

COMMISSION DES AFFAIRES
SOCIALES, DE L'EMPLOI ET DES
PENSIONS

du

MERCREDI 24 FEVRIER 2021

Matin

COMMISSIE VOOR SOCIALE
ZAKEN, WERK EN PENSIOENEN

van

WOENSDAG 24 FEBRUARI 2021

Voormiddag

Le développement des questions et interpellations commence à 11 h 11. La réunion est présidée par Mme Marie-Colline Leroy.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 11.11 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Marie-Colline Leroy.

01 Débat d'actualité sur les malades de longue durée et questions jointes de

- Gaby Colebunders à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nombre de malades de longue durée" (55013465C)
- Peter Mertens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nombre de malades de longue durée" (55013467C)
- Ellen Samyn à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La décision du CMI de reconnaître des malades de longue durée jusqu'à l'âge de la pension" (55013514C)
- Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le suivi des allocataires par l'INAMI et les médecins-conseils" (55013524C)
- Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les solutions politiques au nombre croissant de malades de longue durée" (55013519C)
- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les malades chroniques" (55013536C)
- Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La dispense du contrôle par les médecins-conseils de 3 catégories de malades de longue durée" (55013547C)
- Tania De Jonge à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reprise progressive du travail pour les malades de longue durée" (55014477C)
- Evita Willaert à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nombre croissant de malades de longue durée" (55014497C)

01 Actualiteitsdebat over langdurig zieken en toegevoegde vragen van

- Gaby Colebunders aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het aantal langdurig zieken" (55013465C)
- Peter Mertens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het aantal langdurig zieken" (55013467C)
- Ellen Samyn aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De beslissing van de GRI om langdurig zieken te erkennen tot aan de pensioenleeftijd" (55013514C)
- Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opvolging van de uitkeringsgerechtigden door het RIZIV en de adviserend artsen" (55013524C)
- Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De beleidsoplossingen voor het stijgend aantal langdurig zieken" (55013519C)
- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Chronisch zieken" (55013536C)
- Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vrijstelling van controle door adviserend geneesheren van 3 categorieën langdurig zieken" (55013547C)
- Tania De Jonge aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De progressieve werkhervatting voor langdurig zieken" (55014477C)
- Evita Willaert aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het stijgende aantal langdurig zieken" (55014497C)

01.01 Gaby Colebunders (PVDA-PTB): België is op weg naar een half miljoen langdurig zieken. Mentale gezondheidsproblemen staan hier met stip op één als belangrijkste oorzaak van langdurige ziekte. 36% van die langdurig zieken kan om die redenen niet meer aan de slag. Ik draai al jaren mee in de vakbond. Vroeger stonden artrose en rugpijn veruit op de eerste plaats; letsels en mentale problemen stonden ver onderaan. Dat percentage doet de vraag rijzen wat daarvan de oorzaak is. Afgelopen week sprak ik met enkele psychiaters van het Ziekenhuis Oost-Limburg in Genk. Zij hebben hun aanvragen gewoon moeten stopzetten. Hun consultatieagenda is volgeboekt tot 23 uur, zelfs middernacht, elke dag opnieuw. Dat is gewoon om de crisis op te vangen; het gaat niet om nieuwe patiënten of patiënten die op de crisisafdeling terechtkomen. Daar loopt de wachttijd op tot maanden. Het is gewoon absurd.

Het is geen nieuw fenomeen. Sinds het generatiepact hebben de regeringen het wel steeds moeilijker gemaakt om vroeger op pensioen te gaan, ook de controle op de werkloosheid is alleen maar toegenomen. De vorige regering spande ter zake de kroon en was daar nog fier op ook. Men spreekt van communicerende vaten. Welnu, het vat van de langdurige zieken loopt serieus over. Het stond ook in de sterren geschreven, dat is duidelijk. In plaats van te kijken hoe we de zieken nog meer kunnen sanctioneren, moeten we toch eens stilstaan bij de manier waarop de arbeid wordt georganiseerd. Voorkomen is altijd beter dan genezen.

In uw beleidsnota staat dat u de blijvende instroom en langdurige arbeidsongeschiktheid wil voorkomen door werkgevers en werknemers te ondersteunen bij meer werkbaar werk. Hoe wil u de werkgevers daartoe aanzetten?

In de nota wordt gesproken over financiële prikkels die aan de responsabilisering kunnen bijdragen. Zullen de financiële prikkels ook toekomen aan de bedrijven die uiteindelijk het werkbaar werk moeten aanbieden?

U hecht belang aan het overleg met de sociale partners. In welke mate wilt u de vakbondsvertegenwoordiging in de bedrijven inspraak en zeggenschap geven bij de invoering van werkbaar werk?

Het thema van de langdurig zieken is nauw verbonden met het eindeloopbaandebat. Welke denksporen volgt de regering om de druk van de loopbaan te verlichten? Ik denk aan een oplossing voor de zware beroepen, het SWT en de wettelijke pensioenleeftijd.

La présidente: La question n° 55013467C de M. Peter Mertens est sans objet.

01.02 Ellen Samyn (VB): De Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit besliste vorig jaar om een wel zeer grote groep van 29.000 langdurig zieke personen meteen te erkennen tot aan hun pensioenleeftijd, zonder nog enige controle uit te voeren.

Werd u op voorhand op de hoogte gebracht van die wel zeer ongewone operatie? Wat was de voornaamste reden van de GRI om die drastische beslissing te nemen? Behoort het overigens tot de bevoegdheid van de GRI om dergelijke globale acties te ondernemen?

Onder de groep van langdurig zieken valt ook een categorie van personen die minstens 50 jaar oud zijn en al minstens vijf jaar arbeidsongeschikt. Wekt het niet de indruk dat die categorie al op voorhand wordt afgeschreven op de arbeidsmarkt in plaats van dat men bijvoorbeeld inzet op meer werkbaar werk?

01.03 Valerie Van Peel (N-VA): Het is een beetje jammer dat ik niet naar de vragen kan verwijzen. Ze zijn immers zeer uitgebreid en specifiek. De eerste vraag gaat over de opvolging van de uitkeringsgerechtigde door het RIZIV en de adviserende artsen. Er is bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid een belangrijke taak weggelegd voor zowel de adviserende artsen van de verzekeringsinstellingen als voor het RIZIV, met name de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit en de dienst voor uitkeringen.

We zien dat de voorbije jaren het aantal arbeidsongeschikten en langdurig zieken sterk is gestegen. Dan lijkt het niet onlogisch dat de stijging van het aantal zieken ook een invloed heeft op de grondigheid waarmee de adviserende artsen en het RIZIV hun controles en begeleiding naar werk kunnen uitvoeren. Heeft het hoge aantal van arbeidsongeschikten invloed op de werking van de GRI en de adviserende artsen? Zijn er procentueel minder medische controles uitgevoerd of meer controles op stukken door de adviserende artsen en het RIZIV? Is er dan nood aan extra middelen of personeel?

In welke mate voeren de adviserende artsen ook controles uit op personen die reeds erkend invalide zijn? Hebt u daar gegevens over? Is dat een dalende of stijgende tendens? Hoeveel controles voert het RIZIV nog uit op personen die reeds erkend invalide zijn? Op welke manier gebeurt dat? Zult u hierrond initiatieven nemen?

Via de programmawet van 1 juli 2016 werd de nieuwe mogelijkheid ingevoerd voor de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit, de GRI, om de arbeidsongeschikten een tweede keer na minstens zeven maanden te beoordelen. Tijdens de bespreking van de betrokken programmawet in de commissie voor Sociale Zaken, Werk en Pensioenen meldde de minister indertijd dat er hierdoor jaarlijks 7.500 dossiers aan een tweede beoordeling door de GRI zouden worden onderworpen. Klopt dat getal? Wordt die doelstelling van 7.500 tweede beoordelingen van arbeidsongeschikten na zeven maanden gehaald? Om hoeveel dossiers gaat het volgens de jongste cijfers? In hoeveel gevallen wordt hierbij door de arts van de dienst Uitkeringen een bijkomende medische controle uitgevoerd?

Op welke dossiers wordt gefocust bij zo'n tweede controle? Waar is dat nuttig? Zijn er bepaalde doelgroepen of types ziektes voor?

Wordt de kans op potentieel misbruik hierbij in rekening gebracht? Zo ja, op welke manier?

Mijn volgende vraag behandelt de beleidsoplossingen voor het stijgend aantal langdurig zieken. Vlaanderen heeft daar belangrijke stappen in gezet de jongste tijd, maar wacht natuurlijk ook op het federale plan. De Zweedse regering had destijds al werk gemaakt van een deel van de oplossing in de vorm van de re-integratietrajecten. U kondigde al aan die te willen evalueren en bijschaven. Dat is een goede zaak. Er zullen hoe dan ook nog meer beleidsoplossingen nodig zijn. Dat voelen alle vraagstellers wel aan. Het zal dé uitdaging van de komende decennia worden.

De N-VA-fractie heeft al een wetsvoorstel hangende in de commissie over de *fit note* of het geschiktheidsattest. Het bestaande ziekteattest zou zo meer activerend gemaakt kunnen worden. Overweegt u dat voorstel te steunen en ook zo'n aanpassing in het ziekteattest in te voeren?

Op welke manier wilt u inzetten op preventie, in aanvulling op de deelstaten, en op meer effectieve heroriëntering van langdurig zieken naar andere werkgevers?

Zult u ook werk maken van de arbeidsintegratiejobs, zoals voorgesteld door de N-VA-fractie? Een voltijds arbeidscontract en een gekoppelde opzegvergoeding als het misloopt, kan zowel voor de werkgever als voor de langdurig zieke werknemer een drempel vormen. De arbeidsintegratiejobs bieden aangepaste arbeidscontracten die dat net zouden kunnen verhelpen.

De Belgische regelgeving inzake terbeschikkingstelling is heel rigide. Tijdelijk werken voor een andere werkgever met behoud van het arbeidscontract zou ook een oplossing kunnen bieden voor mensen die hun huidige job te belastend vinden. Wil u dat denkspoor samen met ons nader onderzoeken?

Terwijl in België de werkgever gedurende slechts één maand een gewaarborgd loon moet betalen aan zijn zieke werknemer, moet een werkgever in Nederland gedurende twee jaar een deel van het loon blijven doorbetalen. Hoe denkt u daarover? Meent u dat een verlenging van het gewaarborgd loon bijvoorbeeld gedurende twee maanden werkgevers kan aansporen om sterker in te zetten op de re-integratie, waardoor men langdurige ziekte kan vermijden? De verantwoordelijkheden liggen hier voor alle duidelijkheid aan beide kanten.

Tot slot, de invaliditeitsuitkering is vandaag gebaseerd op de gezinssituatie. Dat kan er natuurlijk toe leiden dat de invaliden die hierdoor een relatief hoge uitkering krijgen, bang zijn om een deel van hun inkomen te verliezen, als ze opnieuw werken. Ook de partner kan vrezen dat hij of zij door te werken de uitkering van de invalide partner aantast. Denkt u dat een individualisering van de invaliditeitsuitkering een oplossing kan bieden?

01.04 Nathalie Muylle (CD&V): Collega's, ik heb mijn vraag eigenlijk vanuit een totaal andere logica opgebouwd, namelijk vanuit het oogpunt van volksgezondheid. Ik had ze dan ook ingediend bij de commissie voor Gezondheid maar ze is door het secretariaat naar de commissie voor Sociale Zaken verschoven in het kader van het algemeen debat hier. Mijnheer de minister, ik begrijp het als u hier niet op al mijn vragen kunt antwoorden, ik zal ze dan nogmaals indienen bij de commissie voor Gezondheid.

Zoals de collega's geschetst hebben, betreft het hier een complexe problematiek, maar het gaat wel altijd over chronisch zieken. Dat betekent dat de stijging van hun aantal ook bepaalde oorzaken heeft. Voor mij is het heel belangrijk om na te gaan wat die oorzaken zijn. Die kunnen genetisch zijn, maar liggen ook heel vaak bij de levensstijl of het mentale welzijn. Immers, 36 % van de langdurig zieken kampt met mentale gezondheidsproblemen.

Mijn input komt vooral vanuit het gezondheidsaspect van de langdurige zieke, ook al is de verwevenheid met al wat arbeidsmarktgerelateerd is, zeker aanwezig. Mijn vraag betrof veeleer waar we vandaag staan. In het kader van de beleidsnota hebben we kunnen spreken over het plan betreffende de chronisch zieken en over de geïntegreerde projecten inzake chronische zorg. Natuurlijk is er ook overleg nodig met de Gemeenschappen, aangezien arbeidsmarkt noch gezondheid exclusieve bevoegdheden zijn van het federale niveau. De verwevenheid tussen beide is er. Ik zou dan ook graag weten waar u vandaag staat in het licht van het plan betreffende de chronisch zieken en van de geïntegreerde zorgtrajecten. Ze kunnen volgens mij niet worden ontkoppeld, vandaar mijn vraag. Alle begrip als u vandaag minder op dat aspect ingaat, dan doe ik nog wel eens een poging om de kwestie in de commissie voor Gezondheid aan te kaarten.

La **présidente**: Le fait de rediriger les questions est un choix opéré par le cabinet. Nous verrons ce que M. le ministre va dire mais nous pouvons également en reparler plus tard.

01.05 Gitta Vanpeborgh (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, in tegenstelling tot collega Muylle keer ik terug naar de commissie voor Sociale Zaken. Ik zal niet alles herhalen wat hier door voorgaande sprekers is gezegd.

Ik kom terug op de langdurig zieken. Eind vorig jaar is door de Hoge Comissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit inderdaad uitzonderlijk en eenmalig een beslissing genomen om drie categorieën voor langdurig zieken voor 2021 vrij te stellen. Ik zal niet herhalen over welke categorieën het gaat. U weet dat immers beter dan wie dan ook.

Ik heb vier concrete vragen. Ten eerste, waarom werden juist deze categorieën langdurig zieken weerhouden op basis van deze criteria?

Ten tweede, het betreft een eenmalige ingreep. Dat betekent met andere woorden dat diezelfde categorieën het daaropvolgend jaar opnieuw voor controle in aanmerking komen. Druist dat dan niet in tegen het gelijkheidsbeginsel?

Ten derde, worden de vrijgestelde betrokkenen schriftelijk op de hoogte gebracht en geïnformeerd van het feit dat zij geen automatische erkenning dienen te aanvaarden en dus ook terechtkunnen bij hun adviserend arts om het traject verder te zetten?

Ten vierde, ik kom terug op het beleid. Volstaat deze eenmalige ingreep om het controleprobleem van de adviserend geneesheren onder controle te krijgen? Zo niet, op welke manier zal dit controleprobleem in de nabije toekomst onder controle worden gebracht?

01.06 Tania De Jonge (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, in het federaal regeerakkoord stelt de regering de re-integratie van langdurig zieken voorop. Dit kadert mede in het activeren van niet-actieven met het oog op het bereiken van de werkzaamheidsgraad van 80 %, maar moet vooral ook mensen die langdurig ziek zijn en nog in staat zijn om te werken de kans geven om opnieuw aan de slag te gaan op een voor hen haalbare en werkbare manier.

De beweging van progressieve werkhervatting van langdurig zieken is reeds lange tijd aan de gang, maar vaart helaas nog niet op kruissnelheid. Nochtans is dat nodig, want het aantal mensen dat langdurig arbeidsongeschikt is, stijgt dermate dat wij de grens van een half miljoen langdurig zieken dreigen te overschrijden. Dat heeft deels ook te maken met het feit dat meer mensen op de arbeidsmarkt terechtkomen dan vroeger en ook langer werken. Bovendien is er een enorme stijging, wij hebben dat ook gezien met betrekking tot corona, aan burn-outs en psychische aandoeningen.

Inmiddels is er op Vlaams niveau besloten om een tandje bij te steken. De Vlaamse minister van Werk heeft hieromtrent recent aan de Vlaamse regering een visienota voorgelegd, die een actieplan voor de

herintegratie van langdurig zieken beoogt. Vanuit Vlaanderen zijn er ook reeds enkele wensen aan het adres van de federale minister geuit. Ik heb dat ook in mijn parlementaire vraag op 4 februari duidelijk gemaakt. Het gaat dan onder meer over het sneller betrekken van de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling. Sinds 2009 werken het RIZIV, de mutualiteiten en het GTB samen. Er werd daarvoor ook een soort van raamovereenkomst gesloten.

Mijnheer de minister, hoe wilt u komen tot een betere afstemming tussen de bevoegdheden op het niveau van de deelstaten en het federale niveau, om zo bij te dragen aan een gestroomlijnder re-integratieproces? Met andere woorden, wie zal wat moeten doen, want het is een opdracht met heel wat partners? Is hierover reeds overleg aan de gang tussen u en de collega's van de deelstaten?

Op welke manier zult u tegemoetkomen aan de vraag van Vlaanderen om de VDAB sneller te betrekken bij de activering van langdurige zieken via een progressieve werkhervatting? Welke concrete aanpassingen wilt u doorvoeren in het huidige regelgevend kader rond het herintegreren van langdurig zieken? Welke rol zal er worden weggelegd voor de mutualiteiten?

Hoe wilt u de betrokken langdurig zieken die progressief het werk hervatten, responsabiliseren? Op welke manier zult u werkgevers responsabiliseren om ontslag van langdurig zieken te vermijden en optimaal op zoek te gaan naar aangepast werk of eventueel een andere job?

01.07 Evita Willaert (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, in 2021 zullen wij de kaap van een half miljoen langdurig zieken ronden in ons land. Sinds 2019 zijn er zelfs meer uitkeringsgerechtigde langdurig zieken dan voltijdse werklozen. Wij hebben allemaal *De Standaard* gelezen, die begin februari 2021 een spraakmakende reeks met getuigenissen heeft gemaakt over de problematiek.

In reactie op de onrustwekkende cijfers en op de reeks in *De Standaard* met verschillende getuigenissen liet u optekenen dat veel meer moest worden gewerkt met positieve prikkels in plaats van negatieve prikkels. Ik heb een simpele vraag met een denkelijk niet even simpel antwoord. Hoe zal u daarvan werk maken?

De regering zal sterker inzetten op de bestaande re-integratietrajecten en op tijdige detectie en preventie. Uit de reeks in *De Standaard* bleek echter dat slechts 260 artsen meer dan 460.000 langdurig zieken moeten controleren. De artsen van de ziekenfondsen zijn al jaren onderbemand. Er is amper tijd voor controle en dus nog minder voor begeleiding. Op welke manier zal ruimte worden vrijgemaakt voor de artsen, zodat zij kunnen focussen op detectie en preventie?

Behalve de artsen spelen ook de regionale arbeidsbemiddelingsdiensten een grote rol in de re-integratie van langdurig zieken op de arbeidsmarkt. Er bestaat bijvoorbeeld een samenwerking tussen het RIZIV en de VDAB, om mensen opnieuw naar de arbeidsmarkt te begeleiden. Hoe verloopt die samenwerking? Wat is de invloed van de coronacrisis op het aantal begeleidingstrajecten? Op welke manier zal u de samenwerking optimaliseren, zodat zoveel mogelijk mensen de weg daarnaar vinden en opnieuw naar de arbeidsmarkt kunnen doorstromen?

Op 12 februari 2021, net voor de krokusvakantie, kondigde de kern van de regering aan werk te zullen maken van een campagne voor bedrijven en werknemers, om het risico van burn-out beter in kaart te brengen via de *burn-out assessment tool*. Het risico van burn-out in kaart brengen is essentieel voor de preventie van langdurige ziekte. Wat is de huidige stand van zaken en de timing met betrekking tot de campagne die net voor de krokusvakantie werd aangekondigd?

Ik dank u alvast voor uw antwoorden.

La **présidente**: Y a-t-il d'autres groupes qui souhaitent prendre la parole? (*Non*)

01.08 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw de voorzitter, de vragen laten mij toe om de strategische doelstellingen in het kader van het terug-naar-werkbeleid voor mensen met gezondheidsproblemen voor te stellen. Dat zal u waarschijnlijk nog niet helemaal bevredigen omdat ik op een aantal zeer concrete vragen nog niet zal ingaan – ik zal ook uitleggen waarom –, maar ik hoop dat u daarmee toch een beter zicht krijgt op de richting die ik met de federale regering wil uitgaan. Het is echter essentieel dat wij dat hand in hand doen met de verantwoordelijken in de Gewesten en Gemeenschappen. Dat vraagt overleg en dat is ook een van de redenen waarom ik enigszins algemeen blijf over een aantal punten.

Wij gaan uit van vijf strategische doelstellingen, waarvoor wij inspiratie hebben geput uit adviezen van bijvoorbeeld de NAR en andere vormen van sociaal overleg, het plan voor chronisch zieken 'Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid', maar ook een hele reeks gesprekken gevoerd door mijn medewerkers met zowat alle belangrijke stakeholders, en wij laten ons ook inspireren door een aantal goede praktijken die wij zien.

Ik geef u de vijf strategische doelstellingen. Ik ben mij ervan bewust dat zij in zeer algemene termen geformuleerd zijn, maar ik vind het belangrijk dat wij die strategische doelstellingen helder voor ogen hebben.

De eerste strategische doelstelling is dat wij inzetten op een terug-naar-werkbeleid dat ervoor zorgt dat een persoon die uitkeringsgerechtigd is volgens de bepalingen van de ziekteverzekering zo snel mogelijk actief is op de arbeidsmarkt in een job die aansluit bij haar of zijn wensen en mogelijkheden.

De tweede strategische doelstelling is dat wij personen met gezondheidsproblemen maar ook hun werkgevers aanmoedigen om in te zetten op een terugkeer naar het werk.

De derde strategische doelstelling is dat het RIZIV nieuwe samenwerkingsakkoorden sluit met de regionale tewerkstellingsdiensten waarin ook afspraken worden gemaakt over rapportering, monitoring, financiering, auditing en evaluatie van de opleidings- en begeleidingstrajecten.

De vierde strategische doelstelling strekt ertoe met elektrische communicatie en informatiedeling het proces transparant, snel en maximaal eenduidig te maken.

De vijfde strategische doelstelling beoogt onze prioritaire stakeholders, zoals de artsen en de verzekeringsinstellingen te versterken zodat we ervoor kunnen zorgen dat het terug-naar-werkbeleid zo goed mogelijk loopt en misschien zelfs kunnen hopen op dit vlak toonaangevend in Europa te worden.

Die vijf strategische doelstellingen hebben kruisverbanden met alle thema's die in de vragen zijn aangeraakt. Ik ga die doelstellingen koppelen aan concrete acties maar, nu ga ik u een beetje teleurstellen, hoe die concrete acties er heel precies uit zullen zien is het voorwerp van overleg binnen de federale regeling, bijvoorbeeld met mijn collega Dermagne, maar het is ook een kwestie van overleg met de beleidsverantwoordelijken in de regio's. Dat overleg is opgestart. Dat leidt tot meer concretisering. Ik wil nu nog niet op tafel leggen wat ik daaruit hoop te halen omdat ik denk dat het overleg daardoor onrecht wordt aangedaan.

Ik wil wel dit zeggen. Uit de allereerste contacten, die ik bijvoorbeeld met mevrouw Crevits heb gehad, blijkt dat we hier sterk op een lijn zullen zitten. Ik heb ergens gelezen dat er een ideologische clash zal ontstaan tussen het federale en het Vlaamse niveau. Ik heb absoluut niet dat gevoel wanneer ik het Vlaamse actieplan lees dat onlangs werd gepubliceerd. Ik zie daar niet meteen een ideologische clash ontstaan tussen hoe wij daarover denken en dat concrete Vlaamse actieplan. Dat wil niet zeggen dat de concrete afstemming een fluitje van een cent is. Daarover is veel overleg nodig, maar ik zie daar geen diepe ideologische problemen ontstaan. Ik denk ook niet dat die met de andere Gewesten zal ontstaan, maar we moeten het overleg wel concretiseren.

Het uitgangspunt is positief. Iemand heeft gevraagd wat dat betekent. We vertrekken vanuit de overtuiging dat mensen er niet voor kiezen om te leven van een uitkering. Leven van een uitkering, zeker als dat lange tijd duurt, zorgt er immers zeer vaak voor dat mensen zich nog slechter gaan voelen. Ze behoren dan tot een groep met een zeker stigma: de inactieven, de arbeidsongeschikten, de invaliden. Mensen vragen niet om in zo'n groep te worden ondergebracht.

Misschien is de allereerste conclusie dat men dergelijke situaties moet voorkomen door in te zetten op het voorkomen van gezondheidsproblemen en natuurlijk op het genezen ervan. Preventie is dus essentieel. Ik wil verwijzen naar zaken die al lopen. Zowel bij de sociale partners als in ondernemingen, bij de Gewesten en bij de federale sociale parastaten werden al diverse projecten opgestart die zijn gemotiveerd door preventie. Ik denk ook aan het pilootproject van de NAR.

Zo heb ik bijvoorbeeld eind vorig jaar zelf, gelet op de impact van de covidcrisis, extra marge gegeven aan het pilootproject inzake secundaire preventie van burn-out binnen de bank- en ziekenhuissector, project dat sinds 2019 loopt bij Fedris. Ook het kenniscentrum van de Dienst Arbeidsongeschiktheid van het RIZIV heeft

interessante projecten. Het is overigens belangrijk en goed dat de inzichten van alle partners die regelmatig worden samengebracht door de FOD Sociale Zekerheid, worden gedeeld op www.stressburnout.belgie.be, waar men al heel wat inzichten vindt.

De evaluatie van de burn-outpilotprojecten staat nog dit voorjaar op de agenda. Dat moet toelaten om te bekijken hoe we in de toekomst kunnen inzetten op het ondersteunen van werkgevers als het gaat om de mentale gezondheid van werknemers.

Naar aanleiding van de inzichten die groeien vanuit de coronacrisis liggen ongetwijfeld ook mogelijkheden voor om die projecten te verbreden. Ik denk ook dat we niet uitsluitend aan burn-out moeten werken, maar breder, namelijk rond diverse stressgerelateerde problematieken.

Echter, als voorkomen en genezen niet gaat, dan moeten wij dat accepteren en luisteren naar de betrokken mensen. Wij moeten processen bouwen die hem of haar als eerste betrekken in het uittekenen van de weg terug naar een zinvolle activiteit. Dat betekent dat het zelfinzicht van mensen wordt gehonoreerd en dat mensen ertoe worden gestimuleerd om bij zichzelf te ontdekken welke de mogelijkheden zijn. Daarvoor moet er een veilige context worden ontwikkeld, evenals mogelijkheden om kleine en geleidelijke stappen in de richting van activiteit en werk te zetten.

Er werden vragen gesteld over de ondersteuning van de mensen zelf, maar ook van hun werkgevers. Concreet is dat vertaald in vragen naar incentives en responsabilisering. Zonder een voorafname te doen op de processen die ik in overleg met mijn collega's wil uittekenen of op de aanpassing van bestaande processen, wil ik aangeven dat wij in de eerste plaats zoveel mogelijk willen inzetten op het informeel proces dat start bij de behandelende arts, in veel gevallen de huisarts.

Mevrouw Van Peel, ik weet dat u werk wilt maken van een *fit note*. Ik wacht het advies van de experts en sociale partners af om daarover een uitspraak te komen. In ieder geval willen wij ertoe komen dat een attest, uitgeschreven door een arts inzake een arbeidsongeschiktheid, ook meteen een signaal is om in gesprek te gaan met de betrokken persoon over de impact van het gezondheidsprobleem op diens functioneren. Waar er nood is aan ondersteuning, moet die snel en laagdrempelig ingezet kunnen worden. Dat geldt niet alleen voor de persoon zelf, maar ook voor zijn of haar werkgever. Het is immers niet de corebusiness van een werkgever om aanpassingen te zoeken zodat jobs meer toegankelijk worden gemaakt voor mensen met gezondheidsproblemen. Het bedrijf heeft daartoe ook ondersteuning nodig, door de juiste dienstverlening.

Die ondersteuning bestaat in vele vormen, maar misschien is ze nog te onbekend. We zijn ervan overtuigd dat werkgevers die inzetten op een dergelijke toegankelijkheid, toegang krijgen tot talent dat anders links blijft liggen. We denken ook dat werkgevers daar economisch belang bij hebben. Dat moet op zichzelf een motivatie zijn. Als dit qua systeem op punt staat, de informatie beschikbaar is en meer en meer mensen mee zijn met een win-winverhaal, dan kunnen we bekijken hoe we de non-believers op een aangepaste manier kunnen betrekken.

Omdat er verschillende specifieke vragen waren over de coronagerelateerde beslissing van de hoge commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit om een groep van mensen niet op te nemen voor een herevaluatie, ga ik er even op in. Het gaat meer bepaald over de vragen van mevrouw Van Peel, mevrouw Samyn en mevrouw Vanpeborgh.

Men moet deze beslissingen in het juiste perspectief plaatsen. Het aantal mensen met gezondheidsproblemen stijgt inderdaad jaar na jaar. Er is dus wel een toenemende druk op het controleapparaat. Ingaand op een aantal elementen die mevrouw Van Peel op tafel heeft gelegd, wil ik nog even aanstippen hoe dit systeem aangepast werd. Dat is gebeurd in 2016. Het komt erop neer dat overgeschakeld werd naar digitale gegevensstromen en dat het RIZIV niet meer alle dossiers controleert, maar overschakelde op een systeem van steekproeven.

Voor het bepalen van de steekproef worden criteria zoals leeftijd en pathologie meegenomen. In het geval dat de adviserende arts van de verzekeringsinstelling en de arts-inspecteur van het RIZIV tot een verschillende evaluatie komen, volgt er eerst een overleg tussen deze artsen. Als er daaruit geen akkoord voortvloeit, kan er een fysiek contact volgen tussen de persoon in kwestie en de arts van het RIZIV. Die heeft dan het laatste woord.

Het aantal onderzoeken dat in dit kader uitgevoerd werd, stijgt sinds 2016 jaar na jaar. We kunnen natuurlijk

geen oneindige stijging blijven bolwerken met de mankracht die we nu hebben. Daarom zal het RIZIV in de toekomst ook inzetten op de automatisering van een deel van de controles.

Met het oog daarop lopen er nu projecten die een beroep doen op slimme algoritmes en artificiële intelligentie. Het is niet de bedoeling om het aantal controles te verminderen, maar wel om die nog gericht te maken. Door de pandemie zaten we bovendien in een zeer uitzonderlijke situatie, waarin het voor adviserende artsen zeer moeilijk werd om mensen *face to face* te zien voor herevaluaties van de arbeidsongeschiktheid. Wij weten dat de verzekeringinstellingen voluit ingezet hebben op teleconsultaties, maar dat heeft niet kunnen voorkomen dat er een achterstand opgebouwd is.

Om de vragen van onder andere mevrouw Vanpeborgh te beantwoorden, wil ik u toch graag de prioriteiten meegeven die de GRI heeft moeten stellen. Men wilde eerst en vooral inzetten op de nieuwe intredes in de invaliditeit, omdat de mensen die nog geen jaar erkend zijn als arbeidsongeschikt nog een grotere kans hebben op re-integratie, maar ook omdat in de overgang van primaire arbeidsongeschiktheid naar invaliditeit een grondig en zorgvuldig medisch onderzoek extra belangrijk is. Die cases, nieuwe intredes, krijgen dus voorrang.

Bovendien wilde men personen die al lang arbeidsongeschikt zijn en te maken hebben met een problematiek die waarschijnlijk onomkeerbaar is, in de huidige coronacontext niet onderwerpen aan een herevaluatie van de arbeidsongeschiktheid. De groep waarover ik het heb, werd bepaald op basis van leeftijd, in combinatie met de duur van de arbeidsongeschiktheid. Het gaat dus om een pragmatische houding, om de zaken goed te kunnen aanpakken.

Gaat het om een erkenning tot de pensioenleeftijd, zoals hier en daar werd gesteld? Neen, absoluut niet. Het gaat om een beslissing om een groep van mensen niet uit te nodigen voor een herevaluatie, namelijk een groep van mensen die te kampen hebben met ernstige gezondheidsproblemen die waarschijnlijk in zeer veel gevallen onomkeerbaar zijn. Het waren zeer uitzonderlijke omstandigheden die aanleiding gaven tot die uitzonderlijke en eenmalige ingreep. Dat is ook wat er als het ware achter de schermen gebeurt. Er is aan mensen die erkend zijn als arbeidsongeschikt nooit gezegd dat zij een einddatum van de erkenning zullen krijgen.

Men krijgt de boodschap dat een herevaluatie van de situatie altijd mogelijk is en dat de erkenning dus na ieder onderzoek kan worden herzien. De groep die gevat wordt door de eenmalige corona-actie, heeft dan ook geen andere of extra communicatie gekregen.

Dat betekent helemaal niet dat wij een groep mensen afschrijven voor een terug-naar-werkbeleid, zoals hier en daar werd geconcludeerd. Het is inderdaad zo dat de adviserend arts, doordat hij of zij geen contact had met deze doelgroep, hen zelf niet kan sensibiliseren om stappen naar werk te zetten, maar dat neemt niet weg dat elke vraag die kan worden gelinkt aan een werkhervatting, bijvoorbeeld een vraag naar een gedeeltelijke werkhervatting, een opleiding of een andere vorm van begeleiding naar werk, ook voor deze mensen altijd wordt behandeld. Dat is een zorg die mevrouw Vanpeborgh met name had.

Tot slot beseffen wij dat de bottleneck die ontstond bij de adviserend artsen eigenlijk een structureel probleem is en dat wij dus ook naar structurele oplossingen moeten gaan. Een adviserend arts heeft niet alleen een te grote groep patiënten, maar hetgeen hij of zij moet doen voor die patiënten is ook veel te breed. Daarom willen wij de adviserend artsen versterken. De uitbouw van multidisciplinaire teams is de eerste stap. Er werd een kader uitgewerkt voor de samenstelling van de teams en hun opdrachten, en dat wil zeggen dat wij op de korte termijn kunnen overgaan tot de verdere uitrol van die multidisciplinariteit, waarvan iedereen het eens is dat dit moet gebeuren. Ik stel ook bij mijn collega's in de Gewesten vast dat wij allemaal die richting willen uitgaan, dus dat moeten wij op een relatief korte termijn kunnen uitrollen.

Wij willen nog een element toevoegen aan de teams. Wij willen namelijk de functie van re-integratiecoördinator toevoegen. In het regeerakkoord wordt verwezen naar *disability managers*, en ik ben zo al geen voorstander van al te veel Engels in ons Nederlands, maar het is ook misschien niet de beste terminologie, eerlijk gezegd. Wij willen die aanspreekpersonen re-integratie toevoegen aan de teams van de ziekenfondsen. Zij nemen het integratiedossier echt in handen en zijn de brugfiguur tussen alle partners, zoals de behandelende artsen, de arbeidsartsen en de instanties die in de regio's instaan voor de concrete dienstverlening, zoals de VDAB en partners in Vlaanderen, Actiris en partners in Brussel, en de Forem en AVIQ en hun partners in Wallonië.

Daarmee heb ik een algemeen antwoord gegeven. Ik kan mij inbeelden dat u op een aantal punten nog op uw honger blijft. Ik wil echter ook wel ruimte geven aan het overleg met mijn collega's van de federale regering en vooral van de gewestregeringen, vooraleer ik heel precieze standpunten inneem ten aanzien van een aantal vragen. Ik wil wel zeggen dat mijn ambitie op dit vlak hoog is. Ik vind het maatschappelijk gezien een uitermate belangrijk probleem en het is, zoals *De Standaard* onderstreepte, ook een groeiend probleem. Ik ben voorzichtig geweest in mijn verklaringen daarover, vanuit het algemeen motto dat ik liever radicaal ben in de uitvoering van voorzichtige plannen en voorzichtige ambities dan halfslachtig in de uitvoering van radicaal aangekondigde plannen, welk motto ik ook in deze kwestie hanteer. Dat neemt niet weg dat ik dit een zeer belangrijk punt vind in mijn agenda, dat ik echt ambitieus wil aanpakken.

01.09 Gaby Colebunders (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw uitgebreide uitleg.

Ik vat kort samen. U gaf aan dat preventie essentieel is. Ik ben het daarmee eens. Vandaar dat we ook naar de andere kant van de medaille moeten kijken. U stelt dat de bedrijven vanzelf zullen inzetten op werkbaar werk omdat dit voor hen economisch interessant kan zijn.

Ik kom uit de vakbondswereld en als er iets positief is dat ik heb geleerd van de directie van Ford, is het dat men toen zei dat een bijna werkongeval ook een werkongeval is en dat het een kwestie is van geluk hebben. Dat heb ik onthouden. Toen ik als vakbondsman de langdurige uitval omwille van stress, burn-out en depressie spectaculair de hoogte zag ingaan, heb ik de bal teruggekaatst naar de directie van Ford en gezegd dat we beter zouden inzetten op preventie, zodat het niet zover zou komen met die mensen.

We hadden het voordeel dat we sterke delegaties hadden, maar heel veel bedrijven hebben die niet. Wij moeten dringend bekijken hoe we de bedrijven zover kunnen krijgen dat ze inzetten op preventie en dat ze werk maken van werkbaar werk. Gezien mijn praktijkervaring denk ik dat we het best samenwerken met de vakbondsafgevaardigden, die het bedrijf immers het beste kennen, en met de CPWB-coaches. Waar dat niet kan, moeten we nadenken over andere opties.

Er is nog een heel belangrijk aspect dat ik u toch even wil meegeven. In Duitsland worden de bedrijven door de overheid verplicht om een bepaald percentage van hun jobs ter beschikking te stellen van *Schwerbehinderten*. We vinden het warm water dus niet uit, want dit gebeurt al meer dan 30 jaar in Duitsland. Wij moeten de grens oversteken en kijken hoe zij dat aanpakken.

01.10 Ellen Samyn (VB): Mijnheer de minister, wat het controleapparaat betreft, kan er zeker in tijden van covid begrip worden opgebracht voor de toenemende druk. U zult extra middelen vrijmaken en dat is positief.

Wat de beslissing van de GRI betreft met betrekking tot de categorie van vijftigplussers die al vijf jaar of langer arbeidsongeschikt zijn, mogen we vermits het over vijftigers gaat, toch spreken van nog een actieve generatie. Hier wordt de indruk gewekt dat deze categorie geen kans op slagen meer heeft op de arbeidsmarkt. In veel gevallen zal het inderdaad uitermate moeilijk zijn om de terugkeer naar de arbeidsmarkt te regelen en te zoeken naar aangepast en werkbaar werk, maar er zou op zijn minst geprobeerd moeten worden om deze mensen opnieuw te integreren en actief te laten deelnemen aan de arbeidsmarkt.

In uw antwoord stelde u vijf strategische doelstellingen voor, gekoppeld aan concrete actie. Het is goed dat dit prioritair op tafel ligt en u hiervoor overlegt met zowel de federale en de Vlaamse collega's, als de collega's van de deelstaten.

Inzake het inzetten op re-integratietrajecten lijkt het mij dat er momenteel amper financiële middelen beschikbaar voor zijn. Er is dringend nood aan versterking van de re-integratie van langdurig zieken. Ik hoop dat u op korte termijn initiatieven hiervoor zult kunnen voorstellen en financiële middelen zult kunnen vrijmaken.

01.11 Valerie Van Peel (N-VA): Mijnheer de minister, u gaf het zelf al voldoende aan dat er op vele zaken niet concreet geantwoord zou worden. Dan is het een weggever om nu te zeggen dat u op vele dingen niet concreet hebt geantwoord. Ik moet eerlijk zeggen dat ik uw eerste zinnen goed vond, waarin u sprak over terug-naar-werkbeleid. Dat vind ik een goed gevonden term, die hand in hand zal gaan met de Gemeenschappen, ook niet onbelangrijk.

Als er van enige intellectuele eerlijkheid sprake is, dan moet iedereen toegeven dat het veel beter zou zijn dat dit hele pakket in de handen van de Gemeenschappen zou komen, zodat er een volledig beleid kan worden gevoerd. Dat blijft onze mening. Maar goed, vandaag is het wat het is en daar moeten we mee aan de slag.

U hebt vijf zinnen gebruikt in uw antwoord. U zult begrijpen dat die vooral vragen oproepen. U geeft al een bepaalde richting aan, maar nog niet bijster veel. Bij die vragen komen meteen ook al enkele bezorgdheden. In uw vijfde zin hebt u het over het versterken van de verzekeringsinstellingen. Dit maakt u op het einde van uw uitleg zelfs nog concreter. Daar stel ik me ernstige vragen bij.

U zegt dat u toonaangevend wil worden in Europa. Momenteel zijn we precies het tegenovergestelde. Er is dus wel wat werk aan de winkel, wat dat betreft. Ik vrees dat u toch wat heilige huisjes zult moeten aanpakken. Dat is op het federale niveau altijd een zeer moeilijk gegeven. Dat weten we ook.

Dan heb ik het onder andere over de adviserende artsen. Tot vandaag bevinden zij zich in de VI's en de ziekenfondsen. Ze worden apart en op een andere manier aangestuurd. Ze zitten in feite tussen hamer en aambeeld. Het is immers niet de absolute wil van alle ziekenfondsen om in een bepaalde richting te fungeren. Integendeel, volgens de parameters die vandaag bestaan voor de betalingen, brengt het hen zelfs meer op als er meer mensen met een uitkering zijn. Dat slaat als een tang op een varken. Adviserende artsen klagen hier ook al heel lang over. Nu hoor ik dat u met de multidisciplinaire teams nog iemand onder de VI's wil toevoegen, met name een re-integratiemanager.

Laat mij stellen dat ik dat niet volg. Wij hebben al heel lang een resolutie lopen om te zien of we die adviserende artsen niet beter allemaal samenbrengen, los van de ziekenfondsen, zodat de aansturing door de overheid rechtstreeks kan gebeuren. Het ligt wat in lijn met een overheid die op al deze punten liefst niet te veel richting geeft en veel aan sociale partners overlaat. U heeft die term ook weer heel vaak gebruikt. Ik durf in twijfel trekken of dit de beste manier is om hierin een doorstart te maken.

Wij hebben heel veel voorstellen hangen. Binnenkort houden we hoorzittingen met deze commissie. Ik hoop dat daar toch wat concreter kan worden gesproken tegen dan. Uiteindelijk gaat dit over responsabilisering langs alle kanten, van zowel de werkgevers als de artsen als van de werknemers en, zolang ze er nog tussen zitten, ook van de ziekenfondsen. Daar heeft men de verschillende kanten van het verhaal voor nodig en, vooral, knopen die eindelijk worden doorgehakt. U geeft mij niet veel om concreet op in te gaan en dat zal ik dan wel doen op een ander moment, mijnheer de minister. U wist natuurlijk dat ik zou zeggen dat dit heel vaag is, terwijl het één van de grootste problemen is waar we mee kampen.

01.12 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mijnheer de minister, dank u voor uw antwoord. Ook dank voor de vele initiatieven die vandaag gebeuren. Drie korte aanbevelingen die ik graag wil meegeven in het debat, waar we het zeker nog over hebben.

We zijn beland op het moment waarop we weg moeten geraken van de fase van pilootprojecten allerhande. Ik heb het laatste jaar heel wat van die projecten kunnen volgen, zoals de burn-outprojecten. We wachten op de evaluatie, maar mijn eerste aanvoelen was dat dit interessante insteken waren. Heel vaak zat dit in de sfeer van human resources, bedrijfskrantjes, een wekelijkse samenkomst met collega's en dergelijke. Dit kan zeker allemaal bijdragen aan het mentaal welzijn op de werkvloer, maar we zullen meer nodig hebben.

We moeten volgens mij drempels wegwerken en veel meer out of the box gaan denken. Er zijn vandaag immers heel wat van die drempels. Verder kan het niet de bedoeling zijn om structuren te verzwaken, waardoor men voor meer complexiteit en administratieve overlast gaat zorgen. Het laatste jaar heb ik een sterke interne evaluatie van de re-integratietrajecten gemaakt. Ik heb daarbij vastgesteld dat het te gemakkelijk is om uit die trajecten weg te blijven, niet iedereen die hiervoor in aanmerking kwam maakte er ook gebruik van. Heel vaak stapten mensen er ook weer uit. Drempels kunnen dus te hoog zijn, maar anderzijds kunnen bepaalde zaken ook te vrijblijvend zijn. Dat moet nader worden bekeken.

Er moet ook meer out of the box worden gedacht. We kennen *Back to work*, een programma met progressieve werkhervatting voor kankerpatiënten. Als minister van Volksgezondheid weet u dat dit werkt. Deze mensen hebben periodes waarin ze veel kunnen werken terwijl ze in periodes met behandelingen en chemotherapie veel minder kunnen doen. Onze systemen zijn vandaag niet aangepast aan een dergelijke flexibiliteit qua tewerkstelling. Dat vergt een bepaalde mindset en ook stimuli. We hebben dat out of the box denken nodig om mensen te re-integreren in de arbeidsmarkt. We moeten dus drempels wegwerken en out

of the box denken. Bovendien moeten we de regelgeving aanpassen om meer flexibiliteit mogelijk te maken. Deze discussie wordt ongetwijfeld nog voortgezet.

01.13 Gitta Vanpeborgh (sp.a): Mijnheer de minister, u heeft van meet af aan aangegeven dat u niet alles kunt openbaren. Daar heb ik uiteraard alle begrip voor. Maar het was wel een duidelijke uiteenzetting, vond ik, met een aantal duidelijke krachtlijnen. U had het over de vijf strategische doelstellingen die uiteraard nog verder uitgewerkt moeten worden op basis van overleg met de collega's in Gewesten en Gemeenschappen. Dat spreekt voor zich.

In tegenstelling tot andere collega's denk ik overigens dat we de samenwerking met de verschillende entiteiten niet moeten zien als iets negatiefs. Ik denk dat het net heel inspirerend kan werken, als men zich openstelt. Men kan leren van elkaars ervaringen. Daar kunnen we sterker uitkomen.

Het tweede element was preventie. Dat is essentieel. Daarover ben ik het volledig met u eens. Net zoals u denk ik dat de sociale gesprekspartners daarin een cruciale rol te spelen hebben. Zij zijn het die effectief moeten zorgen dat er op een andere manier wordt omgegaan met het voorkomen van ziekte, van zowel de zijde van werkgevers als van werknemers.

Als preventie niet werkt, zoals u in uw derde insteek aangaf, dan moeten we inzetten op incentives en responsabilisering. Dat is voor mij nog heel flou. Dat wordt volgens mij één van de grootste uitdagingen. Hoe kunnen we dit concreet vorm geven? Ik hoop dat er binnen dit Parlement zeker over gedebatteerd kan worden. Ook hier zijn er volgens mij ideeën die voor input kunnen zorgen voor uw kabinet.

Wat de GRI betreft, bedank ik u voor uw antwoorden. Dat waren heel genuanceerde en verhelderende antwoorden. Het aanstellen van een *disability manager*, de re-integratiemanager met een mooi Nederlands woord, is het zeker waard om te overwegen. Zo'n functie ontbreekt momenteel nog en zien we al wel in andere landen.

Ik ben dus hoopvol op dat vlak en kijk uit naar het vervolg.

01.14 Tania De Jonge (Open Vld): Mijnheer de minister, u hebt een duidelijke uiteenzetting gegeven over de strategische doelstellingen die zullen worden gebruikt als kapstok voor het uitwerken van een actieplan. Ik kijk er heel erg naar uit om te zien hoe dat zal worden aangepakt. Wij moeten inzien dat het ontzettend belangrijk is om heel snel een begeleidingstraject aan te vatten, omdat hoe langer men langdurig ziek is en toch de mogelijkheden heeft om te gaan werken, hoe moeilijker het wordt om weer het werk aan te vatten.

Ik vind het heel positief dat er overleg is met heel wat partners, vooral de deelstaten, die momenteel heel hard werken aan nota's en actieplannen. Het zou alleen maar positief zijn als zij op elkaar kunnen worden afgestemd. Ten opzichte van de werknemers komen wij nu ook heel vaak terecht in een negatieve spiraal, dus wij moeten echt werken aan positiviteit en sterk benadrukken wat mensen nog kunnen en niet wat zij niet meer kunnen. Dat is ontzettend belangrijk en door dat te begeleiden, ontdekt men vaak talenten die voor een andere werkgever interessant kunnen zijn. Men moet voor die werkgevers dan ook drempelverlagend werken. Dat is een heel grote uitdaging.

Er is daarnet al gezegd dat het heel belangrijk is om aan preventie te werken. Men moet vermijden dat mensen in een langdurige ziekte terechtkomen. Ik heb het dan vooral over burn-outs en psychische problemen. Een acute detectie op de werkvloer is heel belangrijk om te vermijden dat mensen in zo'n situatie terechtkomen. Uiteraard moeten alle acties gebeuren met respect voor de aard van de ziekte waarmee mensen worden geconfronteerd, want vaak verliezen wij dat uit het oog.

De re-integratie van langdurig zieken wordt een enorme uitdaging, maar u vindt in ons zeker een partner om daaraan mee te werken.

01.15 Evita Willaert (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord.

U zegt dat uw ambitie heel hoog is en volgens mij is die hoge ambitie ook uw plicht, aangezien we voor een gigantische uitdaging staan, een uitdaging die bovendien niet nieuw is.

Enkele van uw uitspraken hoor ik graag. Zo had u het over de inzet op preventie. Het is uiteraard het allerbelangrijkst dat wij vermijden dat we met zoveel langdurig zieken zitten, zeker als het gaat over burn-out

en stressgerelateerde zaken, maar ook fysieke zaken, zoals rugklachten.

Uw inzet op de huisarts lijkt mij eveneens terecht als eerste toegangspoort naar verbetering en beginnende preventie. Enkele collega's pleiten ervoor om out of the box te denken, wat ook waar is. De huisartsen staat het water ook al heel vaak aan de lippen. In ons partijprogramma stelden wij voor om het ziektebriefje voor kortdurende ziekte af te schaffen zodat de huisartsen meer ruimte hebben, bijvoorbeeld om te werken aan de *fit notes*. We kunnen het mandje van de huisartsen immers niet vullen zonder na te gaan welke zaken er eventueel uit kunnen. Voor een simpel griepje of een eenvoudige verkoudheid hebben werknemers een ziektebriefje nodig. In Nederland, waarnaar sommige collega's verwijzen, is een dergelijke werkwijze niet van toepassing. Ik meen dan ook dat wij moeten bekijken hoe wij de mand van de huisartsen kunnen verlichten. Op die manier kunnen wij hun werk ook interessanter maken. Die denkpiste geef ik als interessante overweging mee.

Ik denk dat het ook heel belangrijk is om in te zetten op een gezonde werkvloer. Mijnheer de minister, u hebt het mooi verwoord: eerst informeren en sensibiliseren zodat de mensen weten welke tools er allemaal zijn. Dat lijkt mij een slimme aanpak. Daarna worden de non-believers betrokken. Dat is een sluitstuk waar we zullen moeten terechtkomen. Als alles op punt staat, zullen we ook responsabiliseringsmechanismen moeten bekijken.

Ik hoorde mevrouw Van Peel iets interessants opmerken. Het verbaast mij enigszins, maar zij wil ook op dat punt kijken naar Nederland waar het een piste is om bepaalde werkgevers die weerstand blijven bieden te responsabiliseren, net omdat er zoveel werkgevers zijn die het goed willen doen. Nu betalen alle werkgevers evenveel voor de gigantische kosten die er zijn op het einde van de rit.

Ik wens u echter heel veel succes, heel veel moed, heel veel overleg en vooral ook heel veel daden die, zoals u zelf aangaf, de komende jaren kunnen worden gesteld.

La **présidente**: Plus personne ne demande la parole, nous pouvons clore le débat.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Questions jointes de

- Gaby Colebunders à Pierre-Yves Dermagne (VPM Économie et Travail) sur "Les travailleurs du secteur du nettoyage" (55012202C)

- Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prime pour le personnel d'entretien travaillant par le biais de sous-traitants dans les hôpitaux" (55012798C)

02 Samengevoegde vragen van

- Gaby Colebunders aan Pierre-Yves Dermagne (VEM Economie en Werk) over "De werknemers uit de schoonmaaksector" (55012202C)

- Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanmoedigingspremie voor het schoonmaakpersoneel dat via onderaanneming in ziekenhuizen werkt" (55012798C)

02.01 Gaby Colebunders (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, het personeel van de ziekenhuizen komt in aanmerking voor die aanmoedigingspremie van 985 euro bruto. Deze premie gaat niet alleen naar de verpleegkundigen, maar ook naar de personen die instaan voor het onderhoud, de logistiek en de administratie in het ziekenhuis. Schoonmakers in de ziekenhuizen zijn echter vaak in dienst van schoonmaakbedrijven, waardoor ze uit de boot vallen. De schoonmaaksector maakt nochtans deel uit van de essentiële sectoren die ervoor zorgen dat onze maatschappij blijft functioneren in tijden van de corona-epidemie. De essentie van de schoonmakers, ook schaduwwerkers genoemd, staat meer dan in ooit in de belangstelling in de strijd tegen de pandemie, met de schoonmaak, hygiëne, desinfectie enzovoort. Sommige werknemers voeren deze taken uit waar de virusstorm het hardste woedt, en nog steeds in de ziekenhuizen, bejaardentehuizen enzovoort.

Zal u hierover in overleg gaan met de vakbonden?

Zal u een oplossing zoeken voor de schoonmakers en schoonmaaksters die in dienst zijn van de externe schoonmaakfirma's?

02.02 Gitta Vanpeborgh (sp.a): Mijnheer de minister, ik heb min of meer dezelfde vraag. Begin december hebben de Algemene Belgische Schoonmaakunie, de Algemene Centrale van het Algemeen Belgisch Vakverbond en het Algemeen Christelijk Vakverbond Voeding en Diensten een schrijven gericht aan diverse federale en regionale ministers, waaronder ook aan u. De aanleiding van het schrijven was de bekendmaking van de, overigens terechte, aanmoedigingpremie, niet enkel voor verpleegkundigen, maar ook voor de werknemers die instaan voor het onderhoud, de logistiek en de administratie in de ziekenhuizen.

In veel ziekenhuizen wordt de schoonmaak volledig of deels uitbesteed aan schoonmaakbedrijven. Dat personeel wordt zij aan zij ingezet, samen met het personeel van de ziekenhuizen, in de strijd tegen de verspreiding van corona. Heel wat werknemers tewerkgesteld in die professionele schoonmaakbedrijven kunnen dus geen aanspraak maken op die aanmoedigingspremie. In andere landen, zoals Nederland, wordt die premie blijkbaar wel toegekend aan de schoonmakers die op de payroll staan van een schoonmaakbedrijf dat zijn diensten in onderaanneming aanbiedt aan de ziekenhuizen.

Wat is uw standpunt aangaande voorgaande problematiek?

Kunt u dit standpunt verduidelijken zodat de sociale gesprekspartners ook duidelijkheid kunnen verschaffen aan hun leden, de betrokken werkgevers en werknemers? Dat is vooral belangrijk.

02.03 Minister Frank Vandenbroucke: Ik ga niet herhalen waarom we die premie hebben toegekend, tenzij heel kort. Het personeel in ziekenhuizen heeft enorme inspanningen geleverd tijdens de twee golven van COVID-19. Voor een deel is er nog altijd zeer veel stress in de ziekenhuizen, want de bezetting is nog hoog. Men mag dat niet onderschatten. Dat zorgt voor werkdruk, stress en vaak heel pijnlijke en moeilijke situaties die wegen op al het personeel dat in deze omgeving werkzaam is.

We hebben moeten kiezen voor een duidelijke omschrijving van de groep aan wie we dit voordeel gaven, op basis van overleg met alle betrokkenen. Uiteindelijk hebben we beslist om deze premie die een soort van erkenning inhoudt van de moeilijkheid en de inzet, aan het volledige ziekenhuispersoneel te geven, ook het poetspersoneel en ander ondersteunend personeel.

Dat betekent het volgende. Elke werknemer die op de payroll van het ziekenhuis staat en die in het ziekenhuis werkt op een boekhoudkundige kostenplaats van de ziekenhuisactiviteit – tussen 020 en 899 zoals dat technisch heet – heeft recht op de premie, inbegrepen studenten, artsen, interim-personeel, het personeel dat door een andere entiteit aan het ziekenhuis ter beschikking wordt gesteld. De kostenplaatsen voor niet-ziekenhuisactiviteiten zoals de parking, de crèche, de cafetaria komen niet in aanmerking.

Ik besef dat dit moeilijk is. Heel concreet zullen mensen die in een cafetaria hebben gewerkt deze stress ook hebben gevoeld en moeilijke periodes hebben meegemaakt. Het poetspersoneel dat in onderaanneming in de ziekenhuizen werkzaam is, zal vanzelfsprekend ook wel hebben gevoeld wat de covidcrisis heeft betekend, maar dat ligt buiten ons bereik. De ziekenhuizen beslissen autonoom hoe ze zich organiseren en of ze schoonmaakactiviteiten uitbesteden of niet. We hebben dus beslist om poetspersoneel in onderaanneming niet mee te nemen.

Wil dat zeggen dat we niet erkennen dat die mensen niet hard hebben gewerkt? Nee, dat erkennen we, maar het gaat gewoon om de wijze waarop ons sociaal overleg is georganiseerd en de wijze waarop de ziekenhuisfinanciering georganiseerd is.

Ik wil wel zeggen dat dit een eenmalige maatregel was en dat we het niet bij eenmalige maatregelen willen houden. Ik denk dat het personeel structureel moet worden gehervardeerd. We zullen dus blijvend inzetten op betere lonen en betere werkomstandigheden voor al het personeel. Vanzelfsprekend moet men ook in ziekenhuizen nadenken over de vraag of outsourcing beter is en meer kwalitatief dan personeel vanuit het ziekenhuisbudget tewerkstellen.

02.04 Gaby Colebunders (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik begrijp dat uw bevoegdheden niet tot daar reiken, maar wel in de gesprekken met de sociale partners. Dat vind ik heel belangrijk. Ik heb me altijd ten stelligste verzet tegen outsourcing, zeker bij een bedrijf zoals Ford. Niets is zo frustrerend als mensen die exact hetzelfde werk uitvoeren maar de een verdient zeven euro minder dan de ander.

Ik bedoel daarmee het volgende. De poetsvrouwen van de externe schoonmaakbedrijven doen hetzelfde werk als de poetsvrouwen die op de payroll staan van het ziekenhuis zelf. Alleen verdienen de eersten al

een stuk minder en moesten zij tijdens deze pandemie veel meer werk doen. De firma's hebben dit dan ook nog eens doorgefactureerd aan de ziekenhuizen zelf. Deze mensen hebben enorm veel gevaar gelopen omdat in bepaalde ziekenhuizen hun eigen personeel het werk niet wilde doen, of omdat de ziekenhuizen beslist hebben dit in onderaanneming te laten gebeuren. Nu, met een dergelijke beslissing, zouden ze nog een keer uit de boot vallen.

Mijnheer de minister, ik denk dat u hetzelfde zult voelen als ik, maar dit is een lichte vorm van woede, zeker wanneer men weet wat deze mensen het afgelopen jaar hebben meegemaakt. Gaan we dan ook nog zeggen dat het applaus elke avond om 20u enkel was voor het ziekenhuispersoneel en niet voor hen? Dat zou de volgende stap kunnen zijn. U begrijpt mij als ik zeg dat ik dit echt niet leuk vind en dat ik u vraag uw verantwoordelijkheid op te nemen en dit te bespreken met de sociale partners.

02.05 Gitta Vanpeborgh (sp.a): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord.

Ik begrijp alleszins de context waarin de beslissing genomen is. U heeft dat ook goed uitgelegd. U had het over het sociaal overleg en het feit dat de ziekenhuizen autonoom beslissen. Maar het blijft een moeilijke boodschap voor het schoonmaakpersoneel dat in de vuurlinie heeft gestaan, ten opzichte van het ziekenhuispersoneel dat de premie wel gekregen heeft, maar minder in de vuurlinie heeft gestaan.

Mocht in de nabije toekomst alsnog een aanmoediging gegeven worden, dan hoop ik dat deze invalshoek ook meegenomen wordt. Ik vind het belangrijk dat ook de sociale gesprekspartners effectief een antwoord krijgen op hun schrijven zodat ze de boodschap kunnen overbrengen bij hun leden, werkgevers en werknemers. Ik begrijp dus de context waarin de beslissing genomen is, maar blijf hopen dat bij een nieuwe aanmoediging ook vanuit een andere invalshoek gekeken wordt.

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

03 Samengevoegde vragen van

- **Evita Willaert** aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De procedure voor de erkenning van COVID-19 als beroepsziekte voor zorgverleners" (55012614C)
- **Ellen Samyn** aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Fedris en de waarborg voor essentiële beroepen" (55012768C)
- **Valerie Van Peel** aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van dossiers m.b.t. de erkenning van COVID-19 als beroepsziekte bij Fedris" (55012792C)

03 Questions jointes de

- **Evita Willaert** à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La procédure de reconnaissance du covid comme maladie professionnelle pour le personnel soignant" (55012614C)
- **Ellen Samyn** à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Fedris et la garantie pour les métiers essentiels" (55012768C)
- **Valerie Van Peel** à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le traitement des dossiers de reconnaissance de la covid-19 comme maladie professionnelle par Fedris" (55012792C)

03.01 Evita Willaert (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, COVID-19 wordt erkend als beroepsziekte voor werknemers met een aanzienlijk verhoogd risico in de gezondheidszorg en bepaalde andere cruciale sectoren en essentiële diensten. Op het terrein zijn er veel vragen over de erkenningsprocedure van COVID-19 als beroepsziekte voor zorgverleners in loonverband. Veel coronapatiënten moeten weken en soms zelfs maanden lang herstellen, vooraleer ze opnieuw aan het werk kunnen. De erkenningsprocedures bij Fedris zouden heel lang aanslepen, waardoor die personen ondertussen terugvallen op 60 % van hun loon, terwijl ze eigenlijk recht hebben op een vergoeding voor tijdelijke arbeidsongeschiktheid, volledig of gedeeltelijk.

Volgens de jongste statistieken inzake aangiften en aanvragen tot erkenning van een beroepsziekte van Fedris blijkt dat er sinds maart 2020 bij slechts een derde van de in totaal bijna 10.000 aanvragen een beslissing viel. Mijn eerste evidente vraag is dus hoe het komt dat slechts bij een derde van de aanvragen al een beslissing werd genomen.

Wat is de gemiddelde wachttijd van een erkenningsprocedure? Hoe komt het dat die procedure zo lang duurt? Op welke manier zult u ervoor zorgen dat de in totaal meer dan 6.500 personen die een aanvraag indienen, maar nog geen antwoord kregen, zo snel mogelijk uitsluitsel krijgen in verband met hun aanvraag?

03.02 Ellen Samyn (VB): Mijnheer de minister, de erkenning als beroepsziekte van COVID-19 werd geregeld bij ministerieel besluit van 26 juni 2020, dat verwijst naar een lijst van essentiële sectoren. Behalve voor de personen actief in de zorgsector, is er voor personen actief in de essentiële sectoren geen dekking meer sinds eind mei.

Die einddatum werd toen ingegeven door de opheffing van de maatregelen van de eerste lockdown. Intussen zitten we al ver in de tweede lockdown en zijn die werknemers vergeten geraakt. Voor een aantal van hen is hun taak toch wel essentieel te noemen en zij worden door hun activiteiten wel degelijk dagelijks blootgesteld aan een mogelijke besmetting. De logische vraag is dus of u, gezien de omstandigheden, in een uitbreiding kunt voorzien voor een aantal essentiële functies. Indien niet, wat is hiervoor de reden?

03.03 Valerie Van Peel (N-VA): Mijnheer de minister, in de wet van 11 april 1995 staat dat de vergoedingsbeslissingen van Fedris in principe binnen de vier maanden worden genomen en dat de eerste betalingen die daarop volgen in, principe ook weer binnen de vier maanden moeten plaatsvinden.

In de beheersovereenkomst tussen Fedris en de regering zijn doelstellingen opgenomen wat die beslissings- en betalingstermijnen betreft. Daarin wordt bepaald dat bij 50 % van de aanvragen uit de privésector een beslissing wordt genomen binnen de vier maanden en dat bij 70 % die eerste betaling moet worden uitgevoerd na acht maanden.

Voorts werd er ook de doelstelling in opgenomen dat het aantal dossiers dat langer dan één jaar in instructie is, tot 500 moest worden beperkt.

Zult u in de nieuwe beheersovereenkomst met Fedris, vanaf 2022, doelstellingen opnemen om de termijn meer in lijn te brengen met de wettelijk bepaalde termijn van vier maanden?

Kunt u een stand van zaken geven met betrekking tot de doorlooptijd van dossiers van vergoedingen die betrekking hebben op COVID-19?

Heeft dat de dossierlast in die mate verzwaaard dat er extra maatregelen genomen moeten worden of extra aanwervingen moeten gebeuren?

Hoe is de doorlooptijd van dossiers, in het algemeen, in de voorbije jaren geëvalueerd? De doorlooptijd ligt nog steeds niet op de wettelijke vier maanden. Wat is volgens u de belangrijkste oorzaak daarvan?

03.04 Minister Frank Vandenbroucke: De beroepsziektecode 1.404.03, die al bestond in de lijst van beroepsziekten, kon inderdaad vanaf het begin van de uitbraak van de epidemie gebruikt worden voor medewerkers die werkzaam zijn in de gezondheidszorg. Zij lopen namelijk een aanzienlijk groter besmettingsrisico. Gelet op de volledige lockdown en in het kader van de bevoegdheden die de regering toen kreeg, konden ook werknemers in de cruciale sectoren en essentiële diensten in de periode van 18 maart tot en met 17 mei 2020 erkend worden in het kader van de tijdelijke beroepsziektecode 1.404.04. Dat is bepaald door het KB nr. 39 van 26 juni 2020.

Tijdens de algemene lockdown was het immers de bedoeling om de werknemers te beschermen die geen andere keuze hadden dan te gaan werken en daardoor meer blootgesteld waren aan COVID-19 dan de bevolking in het algemeen. Er was sprake van een objectieve aanwezigheid van een verhoogde blootstellingsgraad aan dragers van het virus voor mensen die onmogelijk konden telewerken en de opgelegde socialdistancingmaatregelen op de werkplaats niet konden respecteren.

De jongste stand van zaken heb ik van Fedris gekregen op 10 februari. Op dat moment waren er 11.417 aanvragen tot schadeloosstelling door werknemers uit de gezondheidszorg met een verhoogd risico en 334 aanvragen door werknemers uit de cruciale sectoren en essentiële diensten, voor de periode van 18 maart tot en met 17 mei 2020. Bijkomend waren er nog 2.112 aanvragen in afwachting van een inschrijving.

Voor de gezondheidswerkers werden er op dat moment al 4.193 beslissingen genomen, waarvan 447 aanvragen verworpen werden. In 37 % van de ingeschreven dossiers werd dus reeds een beslissing genomen. Voor de werknemers werkzaam in cruciale sectoren en essentiële diensten werden er op dat moment al 58 beslissingen genomen, waarvan 21 aanvragen verworpen werden. In 17 % van die

ingeschreven dossiers werd al een beslissing genomen.

De meerderheid van de negatieve beslissingen was het gevolg van het feit dat de aanvrager niet viel onder het toepassingsgebied van de wetten betreffende schadeloosstelling voor beroepsziekten. Zelfstandigen, waaronder bijvoorbeeld huisartsen en zelfstandige kinesisten, komen evenmin in aanmerking voor een vergoeding door Fedris. Sommige aanvragen vielen onder het toepassingsgebied van de wet van 3 juli 1967 betreffende de schadevergoeding voor arbeidsongevallen, voor ongevallen op de weg naar het werk en voor beroepsziekten in de overheidssector. Deze aanvragen voor schadeloosstelling werden doorgestuurd naar de bevoegde instelling. De andere aanvragen hadden onder meer betrekking op de ziekte die niet bewezen is, de persoon die verzaakte aan de aanvraag, de persoon die niet blootgesteld was aan het risico, de persoon die hulp vroeg van een andere persoon die niet noodzakelijk was of de noodzakelijke documenten en inlichtingen gevraagd door Fedris die niet werden verstrekt.

Mevrouw Willaert zegt dat de arbeidsongeschiktheid van deze mensen lang kan duren. Ik kan u ook enkele details geven. Er werden in het kader van de aanvragen onder de code 1.404.03 2.522 beslissingen tot toekenning van een periode van tijdelijke arbeidsongeschiktheid genomen. In 73 % van de gevallen lag de periode van arbeidsongeschiktheid tussen twee en vier weken, in 15 % van de gevallen was deze periode vier tot zes weken, in 7 % van de gevallen zes tot negen weken en in 5 % van de gevallen meer dan negen weken. Voor 1.170 aanvragen werd enkel de terugbetaling van de gezondheidszorg toegekend, omdat er geen periode van arbeidsongeschiktheid was of een periode van arbeidsongeschiktheid korter dan vijftien kalenderdagen.

Vervolgens is er het probleem van de behandeltermijn. De reeds genomen beslissingen werden gemiddeld 152 dagen na de ontvangst van de identificeerbare aanvraag genomen. Ook deze cijfers dateren van 10 februari. Een groot deel van de instructietijd ging als het ware verloren tussen de ontvangst van de aanvraag en de inschrijving ervan, omwille van de onverwachte toestroom van duizenden aanvragen boven op het normale werk. In 2020 heeft Fedris ook 10.152 andere aanvragen tot schadeloosstelling voor een beroepsziekte ingeschreven.

In 2020 ging het om 15.248 ontvangen aangiftes ingediend door de arbeidsgeneesheer, ten opzichte van slechts 2.473 aangiftes in 2019, en om 21.014 ingeschreven aanvragen, voor alle pathologieën samen, ten opzichte van slechts 9.598 in 2019. Heel snel ontstond er dus een grote stock aan te verwerken aanvragen tijdens de eerste golf.

Aangezien het ging om een nieuwe ziekte, moesten ook eerst de nodige procedures en criteria voor erkenning bepaald worden. Het duurde daarom tot de zomer van 2020 voor de ontvangen aanvragen ingeschreven konden worden en de betrokkenen een ontvangstmelding kregen, met een dossiernummer, contactgegevens van de dossierbeheerder en de vraag naar meer informatie of de bevestiging van de volledigheid van het dossier.

In de loop van juni en juli 2020 werden tien extra tijdelijke medewerkers aangeworven voor het verwerken van deze aanvragen. Zij kwamen in dienst in de loop van augustus en september 2020. In november 2020 kwamen daar nog eens twee medewerkers bij. Deze medewerkers werden opgeleid en ingewerkt en draaien nu volop mee in de verschillende teams die de aanvragen met betrekking tot COVID-19 verwerken. De tijd die verloopt tussen de ontvangst van de aanvraag en de inschrijving ervan is daardoor teruggebracht naar het normale niveau. Ook in 2021 zijn er nog extra aanwervingen gepland: twee op niveau A en vier op niveau C.

Ook de interne procedures worden regelmatig bijgestuurd, om ze zo efficiënt mogelijk te laten verlopen. Enkele meewerkende artsen in dienst van Fedris hebben hun arbeidstijd opgetrokken om de vele medische besluiten te kunnen nemen. De regeringscommissaris van Begroting heeft een akkoord gegeven om dit aantal nog verder op te trekken.

Zoals u kunt zien, zijn er sinds juni 2020 maatregelen genomen om het personeelsbestand bij Fedris te versterken. Deze maatregelen hebben het mogelijk gemaakt om de vertraging, die werd opgelopen tijdens de eerste maanden van de pandemie, in te halen. Deze positieve evolutie zal zich verder doorzetten.

Zoals u kunt zien, heb ik veel aandacht voor de ontwikkeling van deze situatie. Ik zal blijven inzetten op de versterking van het personeelsbestand.

Dan kom ik aan de vragen naar de actuele situatie. Sinds 2 november 2020 worden wij geconfronteerd met een nieuwe lockdown, maar die blijft gedeeltelijk en is niet vergelijkbaar met de situatie in maart 2020, zeker niet als wij de voormelde basisbeginselen van de sector met betrekking tot de beroepsrisico's in herinnering brengen. De definitie van een beroepsrisico bepaalt wat een beroepsrisico onderscheidt van een risico dat leidt tot ziekte binnen het gemeenrecht. De beroepsactiviteit moet een verhoogd risico inhouden om de ziekte op te lopen. Die blootstelling moet substantieel hoger zijn dan het gebruikelijke blootstellingsrisico in het dagelijks leven. Er is dus sprake van een beroepsziekte wanneer de blootstelling aan een schadelijke invloed in verband kan worden gebracht met de uitoefening van het beroep en de blootstelling aan die schadelijke invloed aanzienlijk groter is dan de blootstelling van de bevolking in het algemeen.

Gelet op het feit dat volgens de algemeen aanvaarde medische inzichten de blootstelling tijdens het dagelijkse leven de belangrijkste oorzaak van de ziekte is, is de impact niet verwaarloosbaar tijdens de nieuwe gedeeltelijke lockdown sedert november 2020.

Zoals u ongetwijfeld weet, is de specificiteit van de beroepsrisico's zeer delicaat en heeft ze voor de sociale partners een belangrijke waarde, gelet op het heel specifieke statuut en karakter van de beroepsziekteverzekering.

Inzake de uitbreiding van de erkenning van COVID-19 als beroepsziekte voor werknemers buiten de gezondheidszorg moet, rekening houdende met de manier waarop het virus zich verspreidt, ervoor worden gezorgd dat de basis van het beroepsrisicosysteem, zoals eerder uitgelegd, behouden blijft. In het andere geval kunnen wij in de toekomst worden geconfronteerd met aanvragen die afwijken van die basisprincipes en de voordelen die eraan zijn verbonden.

Mede op mijn vraag evalueert en actualiseert het Beheerscomité voor de beroepsziekten van Fedris via werkgroepen regelmatig de situatie op basis van adviezen van de Commissie Biologische Agentia. Die adviezen zijn vanzelfsprekend gebaseerd op medische evidentie.

Ik wil daar ook niet op vooruitlopen. Ik verzeker u dat Fedris en ik de kwestie heel ernstig nemen.

Ik wil, ten slotte, nog aan het volgende herinneren. Een erkenning als arbeidsongeval is mogelijk. Ik denk met name aan bepaalde beroepen, zoals politiediensten, civiele bescherming, brandweerdiensten, medische hulpverlening, kinderopvang en scholen.

Wij weten hoe het virus zich verspreidt. Besmetting vereist geen langdurig of herhaald contact met het virus. Een korte contacttijd kan voldoende zijn, aangezien het nauwe contact van vijftien minuten met een besmette persoon, volgens wat wij nu weten, voldoende is.

In die zin kan een contact van vijftien minuten met een besmette persoon of een persoon die de symptomen van COVID-19 vertoont, de plaats innemen van een plotselinge gebeurtenis, die een onmisbaar element is voor de erkenning als arbeidsongeval.

Om de erkenning van COVID-19 als arbeidsongeval te verkrijgen, dienen de hiernavolgende vier voorwaarden tegelijk te zijn vervuld: een plotse gebeurtenis, die een letsel heeft veroorzaakt en die optrad tijdens en door het feit van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst.

Het bewijs van de plotselinge gebeurtenis en van het feit dat ze is opgetreden in het kader van de uitvoering van de overeenkomst, in dit geval het statuut, kan worden geleverd door een proces-verbaal, opgesteld door een politieagent, door de getuigenis van een collega, door beelden van het optreden, door controle of door een woordenwisseling.

Bewijzen van COVID-19 worden gemeld door een PCR-test of een suggestief klinisch onderzoek, bevestigd door objectieve tests, zoals een long-CT-scan.

De loutere mogelijkheid dat contact met een of meer personen de ontwikkeling van COVID-19 kan hebben veroorzaakt, is voldoende, zonder dat moet worden vastgesteld dat het contact in het individuele geval de oorzaak van COVID-19 is geweest.

Zodra die elementen zijn vastgesteld, moet het arbeidsongeval worden erkend en vergoed, behalve indien de verzekeraar met zekerheid kan vaststellen dat het letsel niet het gevolg is van de plotselinge gebeurtenis,

bijvoorbeeld door vast te stellen dat de personen met wie het slachtoffer nauw contact heeft gehad, geen drager van het virus zijn, door vast te stellen dat het optreden van COVID-19 na de normale incubatieperiode plaatsvond of door vast te stellen dat het ongeval niet is gebeurd tijdens en door het feit van de uitvoering van de overeenkomst.

Ik pleeg overleg met mijn collega's Petra De Sutter en Annelies Verlinden om de te nemen maatregelen op elkaar af te stemmen en voor elke situatie de meest geschikte oplossing te vinden binnen de mogelijkheden die onze sociale zekerheid biedt. Zoals ik al zei, met Fedris wordt dagelijks samengewerkt. Ik luister natuurlijk ook naar de sociale partners en bestudeer hun voorstellen.

Inzake de behandelingstermijn wil ik het specifieke karakter beklemtonen van het onderzoek van een aanvraag met betrekking tot een beroepsziekte, evenals het gespecialiseerd medisch aspect, de noodzaak om de feiten die dikwijls ver in de tijd teruggaan te objectiveren en het feit dat er daartoe veel gegevensuitwisseling nodig is met de aanvrager en/of zijn arts. Al die elementen maken het moeilijk om de dossiers binnen de vooropgestelde behandelingstermijn te behandelen. Binnen de covidpandemie hebben wij bovendien grote gevolgen gezien van de pandemie voor de vergoedingsopdracht met betrekking tot beroepsziekten door een belangrijke verhoging van het volume, dat verdubbelde in minder dan een jaar, wat een hele reorganisatie en bijkomend personeel heeft gevergd.

De covidpandemie heeft de organisatie van Fedris ook zelf sterk beïnvloed. De bezoeken aan ondernemingen voor controle en risicobepaling werden natuurlijk opgeschort tijdens de lockdown en na die periode ook niet op de gewone wijze hervat. Dat geldt ook voor de medische onderzoeken of de vergaderingen van sommige commissies in het kader van een vergoedingsopdracht.

Overigens, doordat Fedris niet volledig digitaal werkte, werd de ontvangst en verwerking van papieren dossiers steeds ingewikkelder. Het verplicht telewerk was natuurlijk ook niet bevorderlijk voor sommige activiteiten, zoals opleiding en aanwerving. Fedris moet zich daaraan houden, maar zoals in de private sector, is dat niet altijd vanzelfsprekend.

Bij de opmaak van de nieuwe beheersovereenkomst met Fedris vanaf 2022 zal ik trachten ervoor te zorgen dat de doelstelling om de termijn meer in lijn te brengen met de wettelijk bepaalde termijn van vier maanden wordt opgenomen.

Ziedaar een, naar ik hoop, voldoende en zeker exhaustief antwoord op de verschillende vragen.

03.05 Evita Willaert (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, dank u voor uw uitvoerig antwoord.

We mogen zeggen dat er al beterschap is en dat er verder beterschap op komst is. Inzake de termijnen waarop mensen antwoord krijgen op hun aanvraag, noteer ik dat er al extra aanwervingen zijn gebeurd en dat er nog zullen volgen in 2021. Ik heb alle begrip voor de uitzonderlijke situatie waarin Fedris terechtgekomen is. Ik heb er ook alle begrip voor dat dan de nodige procedures en criteria op poten moeten worden gezet in een ongeziene situatie ten opzichte van een ongeziene ziekte. Ik hoop dat de beterschap zich verder zet, want het is heel belangrijk dat mensen binnen een redelijke termijn antwoord kunnen krijgen. Dat is belangrijk voor hun inkomen en zekerheid. Het is een goede zaak dat de wettelijke termijn van vier maanden op zich kan worden opgenomen in de nieuwe beheersovereenkomst.

03.06 Ellen Samyn (VB): Mijnheer de minister, dank voor uw zeer uitgebreide antwoord.

Ik begrijp dat de situatie voor werknemers in cruciale sectoren wordt geëvalueerd en dat er mogelijkheden zijn om een dossier in te dienen wanneer een risico van blootstelling reëel wordt geacht. Ik hoop wel dat de mogelijkheid om een dossier in te dienen, voldoende wordt gecommuniceerd aan deze sectoren.

03.07 Valerie Van Peel (N-VA): Mijnheer de minister, dank voor uw omstandig antwoord.

Alle begrip voor de behandeling van de dossiers rond covid. Ik ben blij te horen dat u daar inderdaad serieuze stappen in probeert te zetten. Dat het nu even dweilen is met de kraan open, ga ik u niet verwijten. De problemen met de doorlooptijd bij Fedris gaan echter al langer mee, die hebben niet enkel met dit gegeven te maken. Daar hoorde ik in uw antwoord wat minder over. In 2022 komt er een nieuwe beheersovereenkomst. Ik hoop dat de lessen die nu worden getrokken door een tsunami van aanvragen, ook voor enige verbetering zorgen op langere termijn voor de algemene werking van Fedris. Het is niet

alleen voor mensen met covid belangrijk dat er snelle, duidelijke en juiste beslissingen worden genomen. Dat wilde ik nog meegeven.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Je pense qu'un nouveau rendez-vous est prévu le 17 mars. L'agenda vous parviendra avant la fin de cette semaine.

03.08 Nahima Lanjri (CD&V): Mevrouw de voorzitter, wij hebben een zware agenda met nog heel veel vragen en ik vraag mij af wat wij daarmee gaan doen. Wij kunnen nu toch niet zeggen dat die vragen pas op 17 maart beantwoord zullen worden, want er zal nog een heel pak vragen bijkomen? Misschien moeten wij toch naar een oplossing zoeken?

La **présidente**: Madame Lanjri, c'est toujours le problème.

Pour l'instant, je vois que c'est comme cela dans toutes les commissions, avec tous les ministres. Je pense que la ministre de la Défense doit répondre à 70 questions ce matin. Quant au ministre de la Mobilité, il en avait 80 à l'agenda hier. Nous sommes effectivement très proactifs et nous contrôlons avec beaucoup de vigilance le gouvernement – et c'est très bien. Néanmoins, les agendas sont faits semaine après semaine. Il me semble qu'il n'y a pas d'autre possibilité que ce qui a été prévu pour les quelques jours à venir. Je ne peux que vous proposer de revenir lors de la prochaine séance. Je suis vraiment désolée.

03.09 Nahima Lanjri (CD&V): Ja, maar in andere commissies, onder meer met minister Dermagne, hebben wij al voorgesteld dat de vragen schriftelijk zouden worden beantwoord, maar wel onmiddellijk. Dan zouden wij de antwoorden krijgen van het kabinet. Is dat een optie? Als ik mijn vragen nu immers opnieuw moet indienen als schriftelijke vragen, dan duurt het weer twee maanden. Dat kunnen wij gewoon niet doen.

La **présidente**: Je sais bien, madame Lanjri, mais, comme nous l'avons déjà dit, cette procédure doit être revue par la Conférence des présidents et par le Parlement car elle n'est pas prévue au niveau du Parlement.

Je ne peux pas demander au ministre qu'il envoie ses réponses tout de suite. Cela n'est pas prévu. La seule chose prévue par le Parlement, c'est que l'on fasse basculer ces questions orales vers des questions écrites. Du coup, le délai est généralement plus long que le moment où l'on se revoit, c'est-à-dire trois semaines plus tard. Je souhaite vraiment qu'on trouve une solution pour cette situation mais, pour l'instant, il n'est pas de mon ressort ni de mon initiative de pouvoir le faire au sein de cette commission. Ce n'est malheureusement pas possible.

Par ailleurs, il y a l'initiative personnelle qui vise à contacter directement le cabinet mais cela n'est ni de mon ressort, ni du ressort du Parlement. C'est laissé à la liberté et à l'initiative du ministre. Ici, au Parlement, ce n'est pas possible.

Nous allons essayer de venir à bout des questions, et ce, dès la prochaine fois, pour que cela ne se reproduise plus. Nous allons éviter de prévoir des séances qui traitent à la fois de projets de loi et des questions orales car c'est ce qui nous a aussi mis en difficulté aujourd'hui. Je comprends que c'est un problème mais il n'y a pas de solution pour ce matin.

03.10 Nathalie Gilson (MR): Madame la présidente, je vais un peu dans le même sens. Je crois que chacun essaie de faire du mieux qu'il peut. Personnellement, j'ai une question à l'ordre du jour. Je suis connectée depuis ce matin. J'essaie quand même aussi de faire autre chose mais il est compliqué, dans l'organisation du travail, de suivre une commission partiellement en attendant d'être appelée pour poser sa question et de continuer à travailler. Je me demande s'il n'y a pas moyen de prévoir une commission plus tôt que le 17 mars 2021.

Par ailleurs, comme vous le dites, le Parlement est proactif. Il faudrait peut-être le faire savoir davantage quand je vois la presse de ces derniers jours dire que le Parlement est apathique et dort. Il y a peut-être aussi matière à dire qu'au contraire, on fait notre travail du mieux qu'on peut. Je comprends que les ministres ne peuvent pas non plus passer leur journée en commission au Parlement mais il faut essayer de trouver un équilibre. Or le 17 mars 2021 me semble fort tard car c'est quasiment dans trois semaines, si je

ne m'abuse.

La **présidente**: Oui, tout à fait. Je vais reprendre contact avec le cabinet du ministre pour vérifier s'il n'y a pas d'autres moments disponibles. Je vous rejoins tout à fait sur l'idée de rétablir la réalité de l'engagement de chacun des collègues dans ce Parlement. Nous sommes bien d'accord.

Quant à l'agenda, il avait été fait de telle manière à ce que nous puissions finir normalement aujourd'hui. Le travail a fait qu'un projet de loi est venu s'inscrire dans la séance de ce matin, ce qui nous a pris presque une heure. Cela nous a donc forcément déjà mis un peu en difficulté. Je vais de toute façon vérifier s'il n'y a pas de possibilité plus tôt, sachant que la semaine du 8 mars 2021 est déjà une semaine fort occupée et que la semaine prochaine le ministre n'est pas disponible. C'est la raison pour laquelle j'ai proposé la date du 17 mars.

Je reviendrai rapidement avec un agenda. Vous pourrez ainsi prendre vos dispositions. Je me rallie à votre point de vue. Je suis moi-même en train de suivre d'autres commissions pour voir où on en est dans les questions. C'est effectivement compliqué, on le sait.

La réunion publique de commission est levée à 12 h 48.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.48 uur.