DOC 56 **1789/002**

BELGISCHE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

4 november 2026

WETSONTWERP

tot uitvoering van een versterkt terug naar werk-beleid in geval van arbeidsongeschiktheid (II)

Verslag van de eerste lezing

namens de commissie voor Sociale Zaken, Werk en Pensioenen uitgebracht door mevrouw **Isabelle Hansez**

Inhoud Blz.

I. Inleidende uiteenzetting 3
II. Algemene bespreking 6
A. Vragen en opmerkingen van de leden 6
B. Antwoorden van de minister 40
C. Replieken 56
III. Stemmingen 61

Zie:

Doc 56 **1789/ (2025/2026)**:
001: Wetsontwerp.

Zie ook:
003: Artikelen aangenomen in eerste lezing.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS DE BELGIQUE

4 novembre 2026

PROJET DE LOI

exécutant une politique renforcée de retour au travail en cas d'incapacité de travail (II)

Rapport de la première lecture

fait au nom de la commission des Affaires sociales, de l'Emploi et des Pensions par Mme **Isabelle Hansez**

Sommaire Pages

I. Exposé introductif 3
II. Discussion générale 6
A. Questions et observations des membres 6
B. Réponses du ministre 40
C. Répliques 56
III. Votes 61

Voir:

Doc 56 **1789/ (2025/2026)**:
001: Projet de loi.

Voir aussi:
003: Articles adoptés en première lecture.

Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag/
Composition de la commission à la date de dépôt du rapport
Voorzitter/Président: Denis Ducarme

	A. — Vaste leden / Titulaires:	**B. — Plaatsvervangers / Suppléants:**
N-VA	Eva Demesmaeker, Wouter Raskin, Axel Ronse	Kathleen Depoorter, Frieda Gijbels, Lotte Peeters, Wim Van der Donckt
VB	Kurt Moons, Ellen Samyn	Britt Huybrechts, Dieter Keuten, Dominiek Sneppe
MR	Denis Ducarme, Florence Reuter	Daniel Bacquelaine, Christophe Bombled, Victoria Vandeberg
PS	Caroline Désir, Marie Meunier	Frédéric Daerden, Dimitri Legasse, Sophie Thémont
PVDA-PTB	Nadia Moscufo, Robin Tonniau	Roberto D'Amico, Kim De Witte, Raoul Hedebouw
Les Engagés	Isabelle Hansez, Anne Pirson	Xavier Dubois, Jean-François Gatelier, Aurore Tourneur
Vooruit	Anja Vanrobaeys	Fatima Lamarti, Funda Oru
cd&v	Nathalie Muylle	Leentje Grillaert, Nahima Lanjri
Ecolo-Groen	Sarah Schlitz	Jeroen Van Lysebettens, Dieter Vanbesien
Anders.	Vincent Van Quickenborne	Alexia Bertrand, Irina De Knop

N-VA	:	*Nieuw-Vlaamse Alliantie*
VB	:	*Vlaams Belang*
MR	:	*Mouvement Réformateur*
PS	:	*Parti Socialiste*
PVDA-PTB	:	*Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique*
Les Engagés	:	*Les Engagés*
Vooruit	:	*Vooruit*
cd&v	:	*Christen-Democratisch en Vlaams*
Ecolo-Groen	:	*Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen*
Anders.	:	*Anders.*
DéFI	:	*Démocrate Fédéraliste Indépendant*
ONAFH/INDÉP	:	*Onafhankelijk-Indépendant*

Afkorting bij de nummering van de publicaties:		*Abréviations dans la numérotation des publications:*	
DOC 56 0000/000	*Parlementair document van de 56e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer*	*DOC 56 0000/000*	*Document de la 56e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi*
QRVA	*Schriftelijke Vragen en Antwoorden*	*QRVA*	*Questions et Réponses écrites*
CRIV	*Voorlopige versie van het Integraal Verslag*	*CRIV*	*Version provisoire du Compte Rendu Intégral*
CRABV	*Beknopt Verslag*	*CRABV*	*Compte Rendu Analytique*
CRIV	*Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)*	*CRIV*	*Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)*
PLEN	*Plenum*	*PLEN*	*Séance plénière*
COM	*Commissievergadering*	*COM*	*Réunion de commission*
MOT	*Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)*	*MOT*	*Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)*

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft dit wetsontwerp in eerste lezing besproken tijdens haar vergadering van 21 oktober 2026.

I. — **INLEIDENDE UITEENZETTING**

De heer Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, bespreekt de vierde golf aan maatregelen binnen de hervorming van het terug-naar-werkbeleid (TNW-beleid).

Bij het aantreden van de Arizonaregering leek België tegen 2029 af te stevenen op meer dan 610.000 langdurig zieken en bijna 13 miljard euro aan uitkeringen voor loontrekkenden. Achter die cijfers staan mensen die zorg, begeleiding en perspectief verdienen. Wie voltijds of gedeeltelijk kan werken, wordt via het TNW-beleid opnieuw naar werk begeleid. Wie niet kan werken, krijgt bescherming en rust. Dat evenwicht vormt de rode draad van het voorliggende wetsontwerp.

Het voorliggende wetsontwerp steunt op drie beleidslijnen: instroom voorkomen door preventie en vroege opvolging, de medische opvolging versterken via regelmatige herbeoordelingen en de terugkeer naar werk versnellen door alle betrokkenen (de zieke, de arts, het ziekenfonds en de werkgever) verantwoordelijkheid te laten opnemen.

De minister bespreekt allereerst de voornaamste aanpassingen van het TNW-beleid.

Voortaan mag alleen een arts die de patiënt goed kent het attest voor de adviserend arts opstellen. Dat kan de huisarts zijn die toegang heeft tot het globaal medisch dossier, of een erkend arts-specialist dan wel een arts-specialist in opleiding onder toezicht van de stagemeester. Alleen in geval van overmacht kan hiervan worden afgeweken volgens een koninklijk besluit. Zo wordt voorkomen dat artsen die de patiënt niet kennen of opvolgen attesten afleveren.

Voortaan moet de patiënt tijdens de invaliditeit ook een attest aan de adviserend arts bezorgen. Dit attest is maximaal één jaar geldig. Elke persoon in invaliditeit raadpleegt daardoor minstens eenmaal per jaar de behandelend arts om de arbeidsongeschiktheid te

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a examiné ce projet de loi en première lecture au cours de sa réunion du 21 octobre 2026.

I. — **EXPOSÉ INTRODUCTIF**

M. Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la lutte contre la pauvreté, évoque la quatrième vague de mesures prévues dans le cadre de la réforme de la politique de retour au travail (politique ReAT).

Lors de l'entrée en fonction du gouvernement Arizona, les chiffres indiquaient qu'à l'horizon 2029, la Belgique compterait plus de 610.000 malades de longue durée et que les indemnités versées aux salariés avoisineraient les 13 milliards d'euros. Derrière ces chiffres, il y a des personnes qui méritent des soins, un accompagnement et des perspectives. Les personnes qui sont en mesure de travailler à temps plein ou à temps partiel seront réorientées vers un emploi grâce à la politique ReAT, et les personnes qui ne peuvent pas travailler bénéficieront d'une protection et d'un repos. Cet équilibre constitue le fil conducteur du projet de loi à l'examen.

Le projet de loi à l'examen s'articule autour de trois axes stratégiques visant à: prévenir les entrées grâce à la prévention et à un suivi précoce; renforcer le suivi médical grâce à des réévaluations régulières et accélérer le retour au travail en responsabilisant toutes les parties prenantes (malade, médecin, mutualité et employeur).

Le ministre évoque d'abord les principales modifications apportées à la politique ReAT.

À l'avenir, seul un médecin qui connaît bien le patient pourra établir l'attestation destinée au médecin-conseil. Il pourra s'agir du médecin généraliste qui a accès au dossier médical global, d'un médecin spécialiste agréé ou d'un médecin spécialiste en formation sous la supervision de son maître de stage. Il ne pourra être dérogé à cette règle qu'en cas de force majeure, et conformément à un arrêté royal. Cela permettra d'éviter que des médecins qui ne connaissent pas le patient visé ou qui ne le suivent pas délivrent des attestations.

Le patient devra dorénavant aussi transmettre un certificat au médecin-conseil durant sa période d'invalidité. Ce certificat sera valable un an au maximum. Toute personne en invalidité consultera ainsi au moins une fois par an son médecin traitant pour faire évaluer

laten beoordelen. Zo blijft iedereen regelmatig medisch opgevolgd.

Tot slot worden ook de bestaande invaliditeitsdossiers herbekeken. Voor personen die nieuw in invaliditeit instromen, wordt het arbeidspotentieel al enkele jaren ingedeeld in categorieën die bepalen hoe vaak zij fysiek worden gezien door de adviserend arts of een medewerker van diens team. Bij een zeer beperkt arbeidspotentieel en weinig of geen verwachte evolutie vindt zo'n contact bijvoorbeeld minstens om de vier jaar plaats. Bij resterend arbeidspotentieel of een aandoening die nog evolueert, gebeurt dat minstens jaarlijks of om de twee jaar.

De adviserend arts kan die termijn altijd verkorten en personen zo vaak oproepen als nodig. Voor wie al als invalide was erkend, ontbreekt die inschatting nog. Daarom wordt deze groep opgeroepen om het arbeidspotentieel te beoordelen. Iedereen die vandaag als invalide is erkend, krijgt tegen eind 2029 minstens één fysiek contact met de adviserend arts of een medewerker van het multidisciplinaire team. Op basis daarvan wordt bepaald hoe vaak verdere contacten nodig zijn. De minister benadrukt dat de herbeoordeling het begin vormt van een herstelgericht traject en geen controleprocedure betreft.

De Koning bepaalt bij een in de ministerraad overlegd besluit de prioriteiten en volgorde. Vervolgens krijgt iedereen minstens om de vier jaar een fysiek contactmoment. De ziekenfondsen zijn hiermee al in juli 2026 gestart, volgens de prioriteiten die ook in het koninklijk besluit zullen worden vastgelegd.

De artsen van de Geneeskundige raad voor invaliditeit (GRI) krijgen toegang tot de gegevens die de adviserend arts gebruikt bij de evaluatie, strikt afgebakend en met een bewaartermijn van vijf jaar, opdat beslissingen over invaliditeit op dezelfde informatie steunen.

Werkgevers die aangepast werk aanbieden, worden beloond. De werkhervattingspremie stijgt tot 3000 euro voor werkgevers die iemand die minstens één jaar arbeidsongeschikt is, gedurende ten minste drie maanden aangepast werk aanbieden.

son incapacité de travail. Cette mesure permettra à chaque patient de continuer à bénéficier d'un suivi médical régulier.

Enfin, les dossiers d'invalidité en cours seront eux aussi réexaminés. Depuis déjà plusieurs années, le potentiel de travail des personnes nouvellement reconnues en invalidité est classé en catégories, qui déterminent la fréquence à laquelle ces personnes rencontrent physiquement le médecin-conseil ou un collaborateur de son équipe. Si leur potentiel de travail est très limité ou que le médecin-conseil n'escompte pas ou peu d'évolution de leur état, cet entretien a par exemple lieu au moins tous les quatre ans. Si un potentiel de travail est toujours présent ou que la personne en invalidité souffre d'une pathologie qui évolue encore, il a lieu au minimum chaque année ou tous les deux ans.

Le médecin-conseil peut toujours raccourcir ce délai et convoquer ces personnes aussi souvent que nécessaire. Cette évaluation n'était toutefois pas encore prévue jusqu'à présent pour les patients déjà reconnus en invalidité avant l'instauration de ces catégories. C'est pourquoi ceux-ci seront convoqués pour évaluer leur potentiel de travail. Toute personne déjà reconnue en invalidité rencontrera physiquement, d'ici la fin 2029, au moins une fois le médecin-conseil ou un collaborateur de l'équipe multidisciplinaire. Cet entretien permettra de déterminer à quelle fréquence les entretiens ultérieurs devront avoir lieu. Le ministre souligne que cette réévaluation marquera l'entame d'un trajet axé sur le rétablissement de ces personnes, et non d'une procédure de contrôle.

Le Roi déterminera par arrêté délibéré en Conseil des ministres les priorités et l'ordre à suivre. Par la suite, toute personne en invalidité rencontrera physiquement le médecin-conseil au minimum tous les quatre ans. Les mutualités ont déjà entamé les démarches en la matière en juillet 2026, selon les priorités qui seront aussi définies dans l'arrêté royal.

Les médecins du Conseil médical de l'invalidité (CMI) auront accès aux données utilisées par le médecin-conseil dans le cadre de son évaluation. Cet accès sera strictement encadré et le délai de conservation des données sera fixé à cinq ans, pour que les décisions en matière d'invalidité reposent sur les mêmes informations.

Les employeurs qui offrent des emplois adaptés seront par ailleurs récompensés. En effet, la prime de reprise du travail sera portée à 3000 euros pour les employeurs qui offrent un emploi adapté durant au moins trois mois à une personne ayant été en incapacité de travail durant au moins un an.

Ook het Terug-naar-werkfonds wordt versterkt en uitgebreid naar mensen die zes maanden of langer arbeidsongeschikt zijn. De modaliteiten worden verder uitgewerkt bij koninklijk besluit.

De ziekenfondsen ontvangen extra administratiekosten om adviserend artsen en medewerkers voor hun multidisciplinaire teams aan te werven. Deze middelen zijn bestemd voor de opvolging van personen in invaliditeit, en de ziekenfondsen moeten aantonen dat ze daarvoor worden aangewend. Zonder voldoende personeel is een goede opvolging, volgens de minister, niet mogelijk.

Het behoud van het draagvlak voor solidariteit is een gedeelde verantwoordelijkheid. Misbruik moet daarom worden voorkomen. De Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) van het RIZIV kan een administratieve geldboete opleggen aan artsen die welwillendheidsattesten afleveren. Het gaat uitsluitend om kennelijke en bewezen fraude, niet om een verschil in medisch oordeel.

Tot slot regelt het voorliggende wetsontwerp de overgang naar de ziekteverzekering voor ambtenaren van wie het medisch pensioen wordt afgeschaft. Zo wordt rechtszekerheid gewaarborgd en valt niemand tussen het hervormde ambtenarenstelsel en de eveneens hervormde ziekteverzekering.

Het voorliggende wetsontwerp heeft een grondig adviestraject doorlopen. Het beheerscomité van de uitkeringsverzekering, de Gegevensbeschermingsautoriteit en de Raad van State hebben er advies over uitgebracht. Waar de adviezen een fundamentele keuze vereisten, is die keuze transparant toegelicht in de memorie van toelichting. De opmerking van de Gegevensbeschermingsautoriteit betreffende de vaststellingen van andere zorgverleners uit artikel 3 van het voorliggende wetsontwerp vergt nog nader onderzoek en leidde nog niet tot een aanpassing. De regering heeft ervoor gekozen het artikel voorlopig in het ontwerp te behouden, maar wil het alsnog in overeenstemming brengen met de opmerkingen van de Gegevensbeschermingsautoriteit.

De minister merkt op dat de opeenvolgende RIZIV-ramingen inzake de dossierlast wijzen op een trendbreuk.

Bij de start van de huidige legislatuur werden voor 2029 nog 611.732 invaliden verwacht. De huidige begroting raamt hun aantal op 489.289, of 122.443 minder. Die daling is het resultaat van een mensgericht

Le Fonds Retour au Travail est également renforcé et son accès est élargi aux personnes en incapacité de travail depuis au moins six mois. Les modalités seront précisées par arrêté royal.

Les mutualités recevront des moyens supplémentaires au titre de leurs frais d'administration afin de recruter des médecins-conseils et des collaborateurs pour leurs équipes multidisciplinaires. Ces moyens seront destinés au suivi des personnes en invalidité, et les mutualités seront tenues de prouver qu'ils sont effectivement affectés à cette fin. Selon le ministre, un suivi de qualité ne peut pas être assuré si les effectifs ne sont pas suffisants.

Le maintien de l'adhésion au principe de solidarité est une responsabilité partagée. Il faut donc combattre les abus. Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI pourra infliger une amende administrative aux médecins qui délivrent des certificats de complaisance. Il s'agit exclusivement de fraudes manifestes et avérées, et non d'une divergence d'avis médical.

Enfin, le projet de loi à l'examen règle le passage à l'assurance maladie pour les fonctionnaires dont la pension médicale est supprimée. La sécurité juridique est ainsi garantie et personne ne risque de se retrouver privé de couverture en raison de l'articulation entre le régime réformé des fonctionnaires et l'assurance maladie, elle aussi réformée.

Le projet de loi à l'examen a fait l'objet d'un processus de consultation approfondi. Le Comité de gestion de l'assurance indemnités, l'Autorité de protection des données et le Conseil d'État ont rendu des avis à son sujet. Lorsque ces avis nécessitaient un choix fondamental, celui-ci a été exposé en toute transparence dans l'exposé des motifs. L'observation de l'Autorité de protection des données concernant les constatations d'autres prestataires de soins visées à l'article 3 du projet de loi nécessite un examen plus approfondi et n'a dès lors pas encore entraîné de modification. Le gouvernement a choisi de maintenir provisoirement cet article dans le projet, mais il a bien l'intention de le mettre en conformité avec les observations de l'Autorité de protection des données.

Le ministre fait observer que les estimations successives de l'INAMI relatives au nombre de dossiers indiquent une rupture de tendance.

Au début de l'actuelle législature, on prévoyait qu'il y aurait 611.732 personnes en situation d'invalidité en 2029. Ce nombre est aujourd'hui estimé à 489.289, soit 122.443 de moins. Cette baisse est le résultat d'une

beleid dat langdurig zieken ondersteunt met gerichte maatregelen en hulp.

Ook de uitgaven dalen. Voor de invaliditeit van loontrekkenden worden ze in 2029 momenteel 2,6 miljard euro lager geraamd dan bij de start van de regering. Hoewel het om ramingen en niet om vaststellingen gaat, is de kentering ook in de praktijk zichtbaar: in de eerste helft van 2026 daalde het ziekteverzuim met 6,7 %.

Tot slot merkt de minister op dat het langdurige verzuim eveneens afneemt: wie niet kort- of middellang afwezig is, stroomt evenmin door naar een langdurige afwezigheid van de werkvloer. Bovendien betreft bijna één op de vijf uitkeringsdagen een dag van gedeeltelijke werkhervatting.

politique centrée sur l'humain qui soutient les personnes atteintes d'une maladie de longue durée grâce à des mesures et une aide ciblées.

Les dépenses sont également en baisse: celles relatives à l'invalidité des travailleurs salariés en 2029 sont aujourd'hui estimées à 2,6 milliards d'euros de moins qu'au moment de la prise de fonction du gouvernement. Bien qu'il s'agisse d'estimations et non de constatations, ce revirement est également visible en pratique: au cours du premier semestre 2026, l'absentéisme pour cause de maladie a baissé de 6,7 %.

Le ministre conclut en indiquant que l'absentéisme de longue durée diminue également: les personnes qui ne sont pas absentes pour une période de courte ou de moyenne durée ne passent pas non plus à une absence de longue durée. En outre, près d'un jour indemnisé sur cinq correspond à un jour de reprise du travail partielle.

II. — **ALGEMENE BESPREKING**

A. **Vragen en opmerkingen van de leden**

Mevrouw Eva Demesmaeker (N-VA) verklaart dat de re-integratie van langdurig zieken een belangrijk beleidspunt is voor de N-VA-fractie. In België is ongeveer één op de twaalf personen op beroepsactieve leeftijd langdurig ziek.

Het lid juicht toe dat het voorliggende wetsontwerp verschillende beleidsaspecten wijzigt. Zij vindt het positief dat langdurig zieken die tot aan hun pensioen invalide zijn verklaard, opnieuw worden beoordeeld. Dankzij de jaarlijkse invaliditeitsaanvraag en -controle kunnen personen ook niet langer zonder opvolging in invaliditeit blijven.

De N-VA-fractie blijft zich afvragen of de ziekenfondsen de arbeidsongeschiktheid moeten beoordelen. Daarnaast hoopt zij dat de minister in de toekomst meer werk maakt van TNW-jobs, die als opstap naar tewerkstelling dienen door drempels voor werkgevers weg te nemen.

Er wordt 17 miljoen euro extra uitgetrokken voor personeelsversterking bij de ziekenfondsen. Hoe zal de minister controleren of deze middelen daadwerkelijk worden gebruikt voor personeel dat zal instaan voor de opvolging van personen in invaliditeit?

Tot slot vraagt mevrouw Demesmaeker of de vierjaarlijkse controle de (twee)jaarlijkse controle vervangt dan wel als bijkomende controle geldt.

II. — **DISCUSSION GÉNÉRALE**

A. **Questions et observations des membres**

Mme Eva Demesmaeker (N-VA) indique que la réintégration des malades de longue durée constitue un enjeu politique important pour le groupe N-VA. En Belgique, environ une personne sur douze en âge de travailler est malade de longue durée.

La députée se félicite que le projet de loi à l'examen modifie différents éléments de la politique. Elle se réjouit que les malades de longue durée déclarés invalides jusqu'à leur retraite soient désormais réévalués. Étant donné que l'état d'invalidité devra désormais faire l'objet chaque année d'une demande et d'un contrôle, il ne sera plus possible de rester en invalidité sans suivi.

Le groupe N-VA continue de se demander si ce sont bien les mutualités qui doivent évaluer l'incapacité de travail. Par ailleurs, l'intervenante espère que le ministre mettra davantage l'accent à l'avenir sur les trajets de retour au travail (ReAT), qui servent de tremplin vers l'emploi en supprimant des obstacles pour les employeurs.

Un montant supplémentaire de 17 millions d'euros sera alloué au renforcement des effectifs des mutualités. Comment le ministre vérifiera-t-il que ces moyens sont réellement utilisés pour recruter du personnel chargé du suivi des personnes en invalidité?

Enfin, Mme Demesmaeker demande si le contrôle quadriennal remplacera le contrôle (bis)annuel ou s'il s'agit d'un contrôle supplémentaire.

Mevrouw Ellen Samyn (VB) betreurt dat het voorliggende wetsontwerp, dat volgt op de eerste drie wetsontwerpen over de hervorming van het TNW-beleid, geen preventieve maatregelen bevat om langdurige ziekte-uitval te voorkomen.

Artsen beboeten voor opzettelijk foutieve diagnoses, patiënten jaarlijks laten controleren en hun medisch dossier toegankelijker maken voor bepaalde andere zorgverleners, maken volgens het lid geen deel uit van een preventiebeleid. Welke concrete maatregelen in het wetsontwerp moeten wel voorkomen dat werknemers ziek uitvallen?

Mevrouw Samyn merkt bovendien op dat de prognoses van het RIZIV gebaseerd zijn op ramingen en veronderstellingen. Het is volgens haar voorbarig om op basis van die vooruitzichten van een structurele kentering te spreken.

Voorts bevordert het voorliggende wetsontwerp, volgens de spreekster, werkbaar werk niet. Zolang de nadruk ligt op een gedwongen terugkeer naar de werkvloer in plaats van op betere arbeidsomstandigheden, zal het aantal langdurig zieken blijven toenemen. Het Vlaams Belang wil langdurig zieken begeleiden bij hun terugkeer naar de arbeidsmarkt, maar vindt dat te weinig rekening wordt gehouden met onderzoek naar de oorzaken van de toename van onder meer psychische problemen bij arbeidsongeschiktheid.

De minister wil ook artsen sanctioneren wanneer zij patiënten te snel arbeidsongeschikt verklaren en wil verhinderen dat iemand meteen voor een zeer lange periode arbeidsongeschikt wordt verklaard. Dreigen deze maatregelen op lange termijn niet juist tot meer langdurig zieken te leiden?

Zonder een daadwerkelijk preventiebeleid, gericht op werkbaar werk en het voorkomen van langdurige uitval, blijven de oorzaken van arbeidsongeschiktheid bestaan. De instroom in de ziekteverzekering zal daardoor mogelijk niet afnemen, maar slechts worden uitgesteld. Zo groeit het risico dat mensen later in een ernstigere toestand uitvallen en moeilijker opnieuw aan het werk raken.

Het wetsontwerp bepaalt dat huisartsen enkel een getuigschrift voor arbeidsongeschiktheid mogen opstellen voor patiënten van wie zij toegang hebben tot het globaal medisch dossier. Kwam het vaak voor dat artsen zulke getuigschriften afleverden aan personen die zij niet kenden? Welke gevallen gelden als overmacht?

Mme Ellen Samyn (VB) regrette que le projet de loi à l'examen, qui fait suite aux trois premiers projets de loi relatifs à la réforme de la politique ReAT, ne contienne aucune mesure destinée à prévenir l'absentéisme de longue durée pour cause de maladie.

Selon la membre, sanctionner les médecins pour des diagnostics délibérément erronés, soumettre les patients à un contrôle annuel et rendre leur dossier médical plus accessible à certains autres prestataires de soins ne relève en rien d'une politique de prévention. Quelles mesures concrètes du projet de loi visent, quant à elles, à éviter que les travailleurs ne doivent interrompre leur activité professionnelle pour cause de maladie?

Mme Samyn fait en outre observer que les prévisions de l'INAMI reposent sur des estimations et des hypothèses. Évoquer un renversement de tendance structurel sur la base de ces perspectives lui paraît dès lors prématuré.

L'intervenante relève par ailleurs que le projet de loi à l'examen ne favorise pas la soutenabilité du travail. Tant que l'accent sera mis sur un retour forcé au travail plutôt que sur l'amélioration des conditions de travail, le nombre de malades de longue durée continuera à augmenter. Le Vlaams Belang souhaite accompagner les malades de longue durée dans leur retour sur le marché du travail, mais estime qu'il n'est pas suffisamment tenu compte des recherches sur l'augmentation des problèmes de santé mentale, notamment, parmi les personnes en incapacité de travail.

Le ministre souhaite également sanctionner les médecins qui déclarent trop rapidement des patients inaptes au travail et éviter qu'une personne soit d'emblée reconnue en incapacité de travail pour une très longue période. Ces mesures ne risquent-elles pas, à long terme, d'entraîner précisément une augmentation du nombre de malades de longue durée?

Sans véritable politique de prévention, axée sur la soutenabilité du travail et la prévention des absences de longue durée, les causes de l'incapacité de travail subsistent. L'afflux dans l'assurance maladie pourrait dès lors ne pas diminuer, mais simplement être reporté, ce qui accroîtrait le risque que ces personnes se retrouvent ultérieurement en incapacité, dans un état plus grave, et aient davantage de difficultés à reprendre le travail.

La loi en projet prévoit que les médecins généralistes ne pourront établir un certificat d'incapacité de travail que pour les patients pour lesquels ils ont accès au dossier médical global. Était-il fréquent que des médecins délivrent des certificats à des personnes qu'ils ne connaissaient pas? Quelles situations constituent des

Daarnaast kan de Koning bepalen in welke situaties het eerste getuigschrift voor minder dan drie maanden moet gelden. Om welke situaties gaat het?

Vervolgens bespreekt mevrouw Samyn de verplichting om jaarlijks een arts te raadplegen en minstens eenmaal per vier jaar een fysiek contactmoment te hebben. Is een termijn van vier jaar voldoende of zouden die fysieke contacten vaker moeten plaatsvinden? Geldt deze verplichting ook voor de groeiende groep langdurig zieken in het buitenland? Moeten zij minstens eenmaal per vier jaar naar België terugkeren of worden zij op een andere manier gecontroleerd? Zo ja, hoe?

Hoe wordt voorkomen dat langdurig zieken met een chronische aandoening of kanker jaarlijks opnieuw, en vaak onnodig, moeten worden geëvalueerd? Ook de Raad van State deelt die bezorgdheid.

Bovendien blijft het tekort aan huisartsen groot. Welke impact hebben de jaarlijkse herevaluaties en de fysieke contactmomenten om de vier jaar op hun werkdruk? Kunnen huisartsen deze bijkomende taken aan?

Mevrouw Samyn vindt de bepalingen over sancties voor welwillendheidsattesten te vaag. Wat wordt precies verstaan onder een foutief attest? Als een patiënt ten onrechte beweert een langdurige burn-out te hebben, gaat de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) dan uit van de onschuld van de arts? Hoe kan de DGEC aantonen dat de arts te kwader trouw handelde? Omgekeerd rijst de vraag hoe de DGEC kan beoordelen of een attest voor een burn-out terecht is wanneer een arts bereid is dergelijke attesten af te leveren.

De GAOCIT-databank zou worden gebruikt om artsen te monitoren. Zijn er al waarschuwingssignalen vastgesteld of artsen aangesproken op afwijkend voorschrijfgedrag? Zal ook de DGEC deze databank gebruiken, en zo ja, op welke manier? Er zijn signalen dat artsen vrezen voor een heksenjacht en mogelijke sancties. Tegelijk heerst bij patiënten onduidelijkheid, omdat sommigen met ernstige medische problemen niet langer door hun arts arbeidsongeschikt worden verklaard.

Mevrouw Samyn wijst erop dat het RIZIV, de adviserende artsen en de huisartsen uiteenlopende definities van “arbeidspotentieel” hanteren. Ook patiënten kunnen

cas de force majeure? Par ailleurs, le Roi peut déterminer dans quelles situations le premier certificat doit être valable pour une durée inférieure à trois mois. De quelles situations s’agit-il?

Mme Samyn aborde ensuite l’obligation de consulter un médecin chaque année et d’avoir un moment de contact physique au moins une fois tous les quatre ans. Un délai de quatre ans est-il suffisant ou ces contacts physiques devraient-ils avoir lieu plus souvent? Cette obligation s’applique-t-elle également au groupe croissant de malades de longue durée résidant à l’étranger? Devront-ils revenir en Belgique au moins une fois tous les quatre ans ou feront-ils l’objet d’un autre type de contrôle? Dans l’affirmative, de quel type de contrôle?

Comment éviter que les malades de longue durée atteints d’une affection chronique ou d’un cancer doivent être évalués chaque année, souvent inutilement? Le Conseil d’État partage également cette préoccupation.

Par ailleurs, la pénurie de médecins généralistes reste importante. Quelle sera l’incidence des réévaluations annuelles et de l’organisation d’un contact physique tous les quatre ans sur leur charge de travail? Les médecins généralistes seront-ils en mesure d’assumer ces tâches complémentaires?

Mme Samyn estime ensuite que les dispositions relatives aux sanctions en cas de certificats de complaisance sont trop vagues. Qu’entend-on exactement par “certificat incorrect”? Si un patient prétend à tort souffrir d’un burn-out de longue durée, le Service d’évaluation et de contrôle médicaux (SECM) appliquera-t-il la présomption d’innocence au médecin? Comment le SECM pourra-t-il prouver que le médecin a agi de mauvaise foi? À l’inverse, on peut se demander comment le SECM peut évaluer si un certificat pour burn-out est justifié lorsqu’un médecin est disposé à délivrer un tel certificat.

La banque de données GAOCIT serait utilisée pour surveiller les médecins. Des signaux d’alerte ont-ils déjà été détectés ou des médecins ont-ils été interpellés pour des pratiques de prescription inhabituelles? Le SECM utilisera-t-il également cette banque de données, et dans l’affirmative, de quelle manière? Certains signes indiquent que les médecins craignent une chasse aux sorcières et d’éventuelles sanctions. Dans le même temps, la confusion règne chez les patients, car certains d’entre eux, confrontés à de graves problèmes médicaux, n’obtiennent plus de certificat d’incapacité de travail de leur médecin.

Mme Samyn souligne que l’INAMI, les médecins-conseils et les médecins généralistes utilisent des définitions divergentes de la notion de “potentiel de

zichzelf te ziek vinden om te werken, terwijl zij toch aan de slag moeten blijven. Zal de wet een duidelijke en sluitende definitie van “arbeidspotentieel” vastleggen die op alle niveaus op dezelfde wijze wordt toegepast?

Hoe wordt omgegaan met artsen die door een patiënt worden bedreigd om hem of haar langdurig arbeidsongeschikt te verklaren en zo toegang te geven tot een ziekte-uitkering? Ook de Raad van State merkt op dat een arts in beginsel niet kan worden gesanctioneerd louter omdat een andere zorgverlener de diagnose betwist, tenzij opzettelijke fraude wordt aangetoond. Hoe zal deze bepaling een verdere toetsing door de Raad van State en eventueel het Grondwettelijk Hof doorstaan?

Vervolgens wijst de spreekster erop dat de Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA) in haar advies uitdrukkelijk verwijst naar de GAOCIT-databank.

Volgens de GBA vormt de GAOCIT-databank, inclusief datamining, een bijzonder ernstige inmenging in de rechten en vrijheden van de betrokkenen. Er wordt onvoldoende duidelijk en gedetailleerd gemotiveerd waarom deze maatregel noodzakelijk en evenredig is om onder meer behandelende artsen te “responsabiliseren” en te “remediëren”. De GBA betwijfelt bovendien de legitimiteit ervan, vooral omdat datamining zou worden ingezet om “oneigenlijk voorschrijfgedrag” op te sporen. Bovendien voldoet de wettelijke omkadering van de GAOCIT-databank niet aan het legaliteits- en voorzienbaarheidsbeginsel. Datamining vereist ook steeds specifieke waarborgen, waaronder betekenisvolle menselijke tussenkomst en transparantie over de gebruikte modellen en risico-indicatoren. De GBA merkt bovendien op dat de verwijzingen in de toelichting naar datamining via de GAOCIT-databank moeten worden geschrapt zolang de tekortkomingen van die databank niet zijn verholpen. Kan de minister toelichten waarom dit niet is gebeurd?

De GBA geeft aan dat de toegang tot het globaal medisch dossier onvoldoende is afgebakend en dat niet alle gegevens daarin nodig zijn om de arbeidsongeschiktheid te beoordelen. Kan de minister verduidelijken waarom de artsen van de Dienst voor Uitkeringen onbeperkte toegang nodig hebben, ook tot gegevens die voor die beoordeling niet relevant zijn? Kon niet worden voorzien in een afzonderlijk toegangsniveau, zodat zij alleen de gegevens over de arbeidsongeschiktheid kunnen raadplegen?

travail”. Il arrive également que des patients se jugent trop malades pour travailler et doivent pourtant continuer à exercer une activité professionnelle. La loi établira-t-elle une définition claire et exhaustive du “potentiel de travail”, qui sera appliquée de la même manière à tous les niveaux?

Qu’en est-il des médecins qui sont menacés de représailles par un patient s’ils ne lui délivrent pas le certificat d’incapacité de travail de longue durée qui lui permettra d’accéder à des allocations de maladie? Le Conseil d’État fait lui aussi observer qu’un médecin ne peut en principe pas être sanctionné au seul motif qu’un autre prestataire de soins conteste son diagnostic, à moins qu’une fraude intentionnelle ne soit prouvée. Comment cette disposition résistera-t-elle à un examen plus approfondi par le Conseil d’État et, éventuellement, par la Cour constitutionnelle?

L’intervenante souligne ensuite que l’Autorité de protection des données (APD) renvoie explicitement, dans son avis, à la banque de données GAOCIT.

Selon l’APD, le recours à la banque de données GAOCIT, y compris le *datamining*, constitue une ingérence particulièrement grave dans les droits et libertés des personnes concernées. La nécessité et la proportionnalité de cette mesure visant notamment à “responsabiliser” et à “corriger” les médecins traitants ne sont pas expliquées de manière suffisamment claire et détaillée. L’APD en conteste également la légitimité, surtout parce que le *datamining* serait utilisé pour identifier un “comportement de prescription inapproprié”. En outre, l’encadrement légal de la banque de données GAOCIT ne satisfait pas aux principes de légalité et de prévisibilité. Le *datamining* requiert par ailleurs toujours des garanties spécifiques, par exemple une intervention humaine significative et la transparence quant aux modèles et indicateurs de risque utilisés. L’APD observe aussi que les renvois au *datamining* par l’intermédiaire de la banque de données GAOCIT mentionnés dans l’exposé des motifs devront être supprimés tant que les lacunes de GAOCIT persisteront. Le ministre peut-il expliquer pourquoi cela n’a pas été fait?

L’APD indique que l’accès au dossier médical global est insuffisamment délimité et que toutes les données qu’il contient ne sont pas nécessaires pour l’évaluation de l’incapacité de travail. Le ministre peut-il préciser pourquoi les médecins du Service des indemnités ont besoin d’un accès illimité, y compris aux données non pertinentes pour cette évaluation? N’aurait-il pas été possible de prévoir un niveau d’accès distinct qui n’aurait permis de consulter que les données relatives à l’incapacité de travail?

De GBA heeft verzocht artikel 18 van het wetsontwerp aan te vullen met de woorden “die recht geven op een tussenkomst van de uitkerings- en moederschapsverzekering”. Ook die aanpassing werd niet doorgevoerd. Wat is de reden?

Het wetsontwerp verhoogt ook de werkhervattingspremie voor werkgevers tot 3000 euro. Hoeveel werkgevers hebben de premie de afgelopen twee jaar aangevraagd en voor hoeveel werknemers heeft dit tot duurzame tewerkstelling geleid?

Voor een werkgever houdt de aanwerving van iemand die langdurig ziek is geweest een aanzienlijk risico in. Bij een terugval binnen afzienbare tijd wordt de werkgever opnieuw geconfronteerd met onder meer solidariteitsbijdragen voor ondernemingen met meer dan vijftig werknemers tijdens de tweede en derde maand van de arbeidsongeschiktheid en met de mogelijke zoektocht naar een vervanger. Volstaat een premie van 3000 euro dan als stimulans om iemand met een verleden van langdurige ziekte in dienst te nemen?

Daarnaast was aangekondigd dat de solidariteitsbijdrage zou worden uitgebreid tot de vierde en vijfde maand en via de sociale bijdragen kon worden gerecupereerd. Die bepaling staat echter niet meer in het wetsontwerp. Waarom is ze geschrapt?

Vanuit werkgeversperspectief merkt mevrouw Samyn op dat vooral kleine ondernemingen nog steeds aangeven dat langdurig ziekteverzuim hen onevenredig zwaar treft. In kleinere bedrijven weegt de afwezigheid van een langdurig zieke werknemer zwaarder door en is het vaak moeilijk om het werk onder het overige personeel te verdelen. Voorziet de minister daarom in bijkomende ondersteuning voor kleine én grote ondernemingen die met langdurig ziekteverzuim worden geconfronteerd, bijvoorbeeld via preventie- en informatiecampagnes of een centraal, gratis contactpunt? Daarbij moet een onderscheid worden gemaakt tussen werkgevers die aangepast werk willen aanbieden en werkgevers die door de complexiteit van de regelgeving niet weten hoe zij dat kunnen doen.

In dit verband wijst mevrouw Samyn erop dat het langdurig ziekteverzuim in buurlanden zoals Duitsland veel lager ligt. Heeft de administratie dit verschil voldoende onderzocht? Is het te verklaren door een duidelijkere aanpak, een doeltreffender preventiebeleid of strengere voorwaarden voor een ziekte-uitkering?

Hoeveel bijkomende duurzame werkhervattingen verwacht de minister concreet van de verhoging van de

L’APD a demandé que l’article 18 du projet de loi soit complété par les mots “qui donnent droit à une intervention de l’assurance indemnités et de l’assurance maternité”. Cela n’a pas été fait non plus. Pour quelle raison?

Le projet de loi porte en outre à 3000 euros la prime de reprise du travail accordée aux employeurs. Par combien d’entre eux cette prime a-t-elle été demandée au cours des deux dernières années et combien d’employés ont-ils ainsi pu accéder à un emploi durable?

L’engagement d’un ancien malade de longue durée présente un risque considérable pour l’employeur. En cas de rechute rapide, l’employeur doit de nouveau faire face, notamment, aux cotisations de solidarité dues par les entreprises de plus de cinquante travailleurs au cours des deuxième et troisième mois d’incapacité de travail, ainsi qu’à l’éventuelle recherche d’un remplaçant. Une prime de 3000 euros suffit-elle dès lors à inciter les employeurs à engager une personne qui a connu une longue période de maladie?

Il avait par ailleurs été annoncé que la cotisation de solidarité serait étendue aux quatrième et cinquième mois et qu’elle pourrait être récupérée par le biais des cotisations sociales. Cette disposition ne figure toutefois plus dans le projet de loi. Pourquoi a-t-elle été supprimée?

Du point de vue des employeurs, Mme Samyn fait observer que ce sont surtout les petites entreprises qui continuent d’indiquer que l’absentéisme de longue durée les frappe de manière disproportionnée. Dans les PME, l’absence d’un travailleur malade de longue durée pèse plus lourd et il est souvent difficile de répartir le travail parmi les membres du personnel restants. Le ministre prévoit-il dès lors un soutien supplémentaire pour les petites ET les grandes entreprises confrontées à l’absentéisme de longue durée, par exemple par le biais de campagnes de prévention et d’information ou d’un point de contact central et gratuit? À cet égard, il convient de faire la distinction entre les employeurs qui souhaitent proposer un travail adapté et ceux qui, en raison de la complexité de la réglementation, ne savent pas comment s’y prendre.

À cet égard, Mme Samyn souligne que le taux d’absentéisme de longue durée est nettement inférieur dans les pays voisins, comme l’Allemagne. L’administration s’est-elle suffisamment penchée sur cette différence? Celle-ci s’explique-t-elle par une approche plus claire, une politique de prévention plus efficace ou des conditions d’octroi des indemnités de maladie plus strictes?

Concrètement, combien de reprises du travail durables supplémentaires le ministre prévoit-il grâce au relèvement

premie tot 3000 euro? En hoe zal worden beoordeeld of deze extra overheidsmiddelen daadwerkelijk resultaat opleveren?

Het lid is kritisch over de stijgende financiering van de werkingskosten van ziekenfondsen voor bijkomende contactmomenten met langdurig zieken. Daarnaast kunnen zij een bonus ontvangen als zij aantonen dat de extra middelen worden gebruikt om bijkomende adviserende artsen aan te werven en te vergoeden. Volgens mevrouw Samyn komt dit neer op dubbele financiering, zonder dat die voldoende aan meetbare resultaten wordt gekoppeld. Het gaat bovendien om dezelfde ziekenfondsen waarvan inmiddels is gebleken dat zij soms druk uitoefenen op controleartsen om mensen langdurig arbeidsongeschikt te houden.

Het Terug-naar-werkfonds, dat grotendeels of volledig wordt gefinancierd met de solidariteitsbijdragen van ondernemingen, heeft momenteel weinig effect: er worden nauwelijks TNW-vouchers aangevraagd. Moeten deze vouchers worden geïndexeerd? Volstaan de beschikbare middelen als alle langdurig zieken plots een voucher van 1800 euro aanvragen?

Het wetsontwerp stond op vrijdag 16 oktober 2026 nog op de agenda van de ministerraad. Welke punten moesten nog worden besproken of aangepast? Zijn die aanpassingen doorgevoerd en, zo niet, waarom niet?

Daarnaast begint het langdurig ziekteverzuim onder werknemers af te nemen, wat uiteraard positief is. Die daling is echter veel sterker bij arbeiders, terwijl het aantal langdurig zieke bedienden stagneert. Hoe verklaart de minister dit verschil? Hoe zal de vierde golf van maatregelen ook het aantal langdurig zieke bedienden doen dalen?

De minister spreekt over 100.000 minder langdurig zieken dan zonder de hervormingen het geval zou zijn. Met hoeveel zal hun aantal tegen het einde van deze legislatuur daadwerkelijk zijn gedaald? Uiteindelijk moet het beleid op dat resultaat worden beoordeeld.

Mevrouw Samyn had meer verwacht van deze hervorming van het TNW-beleid. Het wetsontwerp bevat opnieuw sanctionerende maatregelen die door hun vage formulering tot meer onzekerheid en zelfs angst bij artsen leiden. Volgens haar dreigt zo een heksenjacht op artsen te ontstaan. Ook in de verschillende hervormingsgolven

de la prime à 3000 euros? Et comment évaluera-t-on si ces fonds publics supplémentaires produisent réellement des résultats?

La députée se montre critique à l'égard de la hausse du financement des frais de fonctionnement des mutualités en vue d'organiser des rendez-vous de suivi supplémentaires avec les malades de longue durée. En outre, celles-ci peuvent recevoir un bonus si elles démontrent que ces moyens supplémentaires sont utilisés pour recruter et rémunérer des médecins-conseils supplémentaires. Selon Mme Samyn, cela revient à un double financement, sans que celui-ci soit suffisamment lié à des résultats mesurables. Il s'agit par ailleurs des mêmes mutualités dont il est apparu entre-temps qu'elles font parfois pression sur les médecins contrôleurs pour maintenir les personnes en incapacité de travail de longue durée.

Le "Fonds Retour au travail", qui est largement ou totalement financé par les cotisations de solidarité versées par les entreprises, a aujourd'hui peu d'impact: les chèques ReAT ne suscitent guère d'intérêt. Faut-il les indexer? Les moyens disponibles seront-ils suffisants si tous les malades de longue durée décident soudainement de réclamer cette intervention de 1800 euros?

Le vendredi 16 octobre, le projet de loi était encore inscrit à l'ordre du jour du Conseil des ministres. Quels points devaient encore être discutés ou modifiés? Ces modifications ont-elles été effectuées et, si ce n'est pas le cas, pour quelle raison?

Par ailleurs, l'absentéisme de longue durée chez les travailleurs commence à diminuer, ce qui est bien sûr positif. Cette baisse est toutefois beaucoup plus marquée chez les ouvriers, tandis que chez les employés, le nombre des malades de longue durée stagne. Comment le ministre explique-t-il cette différence? Comment la quatrième vague de mesures contribuera-t-elle à faire également baisser l'absentéisme parmi les employés?

Selon le ministre, le nombre de malades de longue durée serait inférieur de 100.000 à ce qu'il aurait été sans les réformes. Quelle sera la baisse effective des malades de longue durée d'ici la fin de l'actuelle législature? Au final, une politique doit être évaluée en fonction des résultats obtenus.

Mme Samyn attendait davantage de cette réforme de la politique du retour au travail. Le projet de loi contient à nouveau des sanctions qui, de par leur formulation vague, entraînent une insécurité accrue et même stress et anxiété chez les médecins. L'intervenante considère que ces mesures risquent de mener à une chasse aux

blijven begrippen als “sancties” en “arbeidspotentieel” onvoldoende gedefinieerd.

Terwijl artsen en ondernemingen onder grote druk worden gezet, blijven de ziekenfondsen volgens haar opnieuw buiten schot. De ziekenfondsen ontvangen zelfs meer middelen, ondanks de schandalen die het afgelopen jaar aan het licht kwamen. De hervorming van de minister bestrijdt de symptomen, maar zolang de onderliggende oorzaken niet grondig worden aangepakt, zal België langdurig ziek blijven.

De heer Daniel Bacquelaine (MR) sluit zich aan bij de doelstelling van de regering om de gedeeltelijke, aangepaste of volledige hervatting van de beroepsactiviteit te bevorderen bij personen die nog kunnen werken. Het wetsontwerp moet het mogelijk maken om af te stappen van een zwart-witbenadering, waarbij mensen ofwel als volledig arbeidsongeschikt worden beschouwd, ofwel als in staat om weer aan het werk te gaan.

Hij verduidelijkt dat sommige mensen inderdaad totaal niet in staat zijn om weer aan het werk te gaan en dat hun situatie niet in twijfel wordt getrokken. Nog volgens hem dienen bepaalde vormen van misbruik te worden bestraft. Naast die twee categorieën onderscheidt hij echter nog een derde categorie van zieken die grote moeilijkheden ondervinden bij het hervatten van het werk en die een aangepaste en stapsgewijze begeleiding naar werk zouden moeten krijgen.

Met een dergelijke aanpak zou vooral de waardigheid van de betrokkenen kunnen worden hersteld, zouden ze meer koopkracht krijgen en zou de solidariteit jegens wie zelf het werk niet kan hervatten, worden behouden. Er moeten dan ook veel inspanningen gaan naar wie nog beschikt over een zekere capaciteit om aan de arbeidsmarkt deel te nemen.

De heer Bacquelaine stelt zich evenwel vragen bij de mate waarin de ziekenfondsen in staat zijn die nieuwe benadering ten uitvoer te leggen. De ziekenfondsen zijn al jaren belast met de controle op de invaliditeit, waarvan de resultaten, gelet op het hoge aantal langdurig arbeidsongeschikten in België, evenwel in twijfel kunnen worden getrokken.

De heer Bacquelaine vraagt zich dan ook af of de structuren die jarenlang een binaire aanpak hebben gehanteerd, wel het best geplaatst zijn om een nieuwe visie op arbeidsongeschiktheid in de praktijk te brengen, namelijk een visie die is gebaseerd op een geleidelijke werkhervatting die voltijds of deeltijds kan zijn of de vorm van aangepast werk kan aannemen. Hij uit daarmee

sorcières contre les médecins. Dans les différentes vagues des réformes également, des notions comme “sanctions” et “potentiel d”emploi’ demeurent insuffisamment définies.

Alors que les médecins et les entreprises sont mis sous forte pression, l’intervenante estime que les mutualités tirent une nouvelle fois leur épingle du jeu. Elles reçoivent même davantage de moyens, malgré les scandales qui ont éclaté au cours de l’année écoulée. La réforme proposée par le ministre ne s’attaque qu’aux symptômes. Or, tant qu’on ne coupera pas le mal à sa racine, la Belgique restera malade de longue durée.

M. Daniel Baquelaine (MR) partage l’objectif du gouvernement visant à favoriser la reprise partielle, adaptée ou complète de l’activité professionnelle par les personnes qui disposent encore d’une capacité de travail. Le projet de loi doit permettre de sortir d’une logique binaire, dans laquelle les personnes sont considérées soit comme totalement incapables de travailler, soit comme capables de reprendre un emploi.

L’intervenant précise que certaines personnes sont effectivement totalement incapables de reprendre le travail et que leur situation n’est pas remise en cause. Il considère également que certains abus doivent être sanctionnés. Entre ces deux catégories, il identifie toutefois une troisième catégorie de personnes malades qui éprouvent d’importantes difficultés à reprendre le travail et qui devraient faire l’objet d’un accompagnement adapté et progressif vers l’emploi.

Une telle approche permettrait notamment de restaurer la dignité des personnes concernées, de renforcer leur pouvoir d’achat et de préserver la solidarité à l’égard des personnes qui, pour leur part, ne peuvent pas reprendre le travail. Dès lors, un effort important doit être consacré aux personnes qui conservent une capacité à participer au marché du travail.

M. Bacquelaine s’interroge toutefois sur la capacité des mutualités à mettre en œuvre cette nouvelle approche. Celles-ci sont chargées depuis de nombreuses années du contrôle de l’invalidité: or, les résultats obtenus peuvent être questionnés au regard du nombre élevé de personnes en incapacité de travail de longue durée en Belgique.

L’intervenant se demande dès lors si les structures qui ont appliqué pendant des années une logique binaire sont les mieux placées pour mettre en œuvre une nouvelle philosophie de l’incapacité de travail, fondée sur une reprise progressive de l’activité, à temps plein, à temps partiel ou dans le cadre d’un travail adapté. Il exprime ainsi des doutes quant à la capacité des mutualités à

zijn twijfels over het vermogen van de ziekenfondsen om mee te gaan in die paradigmashift en vraagt zich af of het RIZIV of andere instanties niet méér bij machte zijn om de doelstelling van de regering na te streven.

Voor de heer Bacquelaine is dat een essentiële kwestie, wil men op de lange termijn de doelmatigheid van de in het wetsontwerp voorziene maatregelen kunnen waarborgen.

Vervolgens heeft hij het over twee meer technische aspecten. Aangaande de openstelling van het Terugnaar-werkfonds vanaf de zevende maand arbeidsongeschiktheid, waardoor sneller moet kunnen worden opgetreden, vraagt hij hoe de potentiële begunstigden over die mogelijkheid zullen worden geïnformeerd of naar de aangeboden begeleiding zullen worden doorverwezen. Hij wil ook weten of de beschikbare middelen toereikend zullen zijn om de uitbreiding van de doelgroep op te vangen.

Vervolgens stelt hij de minister een vraag over de werkhervattingspremie, waarvan het bedrag tot 3000 euro is verhoogd. Hij wil namelijk weten hoe de regering de impact ervan op de daadwerkelijke en duurzame werkhervattingen en op de zichtbaarheid ervan bij de werkgevers, en vooral bij de kleine en middelgrote ondernemingen, zal beoordelen.

Tot slot merkt de heer Bacquelaine op dat het wetsontwerp verscheidene koninklijke besluiten in uitzicht stelt. Hij vraagt of de minister al over een tijdschema beschikt voor de aanneming en bekendmaking ervan, opdat de maatregelen zo actief en snel mogelijk kunnen worden ten uitvoer gelegd en aldus de doelstelling van het wetsontwerp mee helpen verwezenlijken.

Mevrouw Caroline Désir (PS) plaatst allereerst vraagtekens bij het tijdpad van dit wetsontwerp: het wordt half oktober voorgelegd, terwijl meerdere maatregelen reeds in november, juni of januari 2026 in werking moeten treden. Ze vraagt hoe de burgers zich kunnen aanpassen aan maatregelen die van kracht worden nog voordat ze in de commissie zijn behandeld, en in welke mate de instellingen zich kunnen voorbereiden op de toepassing van die nieuwe bepalingen.

Vervolgens gaat de spreekster in op de voornaamste maatregel van het wetsontwerp, namelijk de verplichting voor de langdurig arbeidsongeschikte personen die als invalide zijn aangemerkt, alsook voor hun behandelend arts, om minstens jaarlijks een nieuw getuigschrift van arbeidsongeschiktheid aan de adviserend arts van de verzekeringsinstelling te bezorgen. De PS-fractie is al lang van oordeel dat een daadwerkelijke begeleiding van zieken een prioriteit is, zonder sancties en rekening

opérer ce changement de paradigme et demande si l'INAMI ou d'autres structures ne seraient pas mieux à même de poursuivre l'objectif fixé par le gouvernement.

M. Bacquelaine considère cette question comme essentielle pour garantir, à long terme, l'efficacité des mesures prévues par le projet de loi.

L'intervenant aborde ensuite deux aspects plus techniques. Concernant l'ouverture du Fonds Retour au travail dès le septième mois d'incapacité, qui doit permettre d'intervenir plus rapidement, il demande comment les bénéficiaires potentiels seront informés de cette possibilité ou orientés vers l'accompagnement proposé. Il souhaite également savoir si les moyens disponibles seront suffisants pour faire face à l'élargissement du public concerné.

Il interroge ensuite le ministre sur la prime de reprise du travail, dont le montant est porté à 3000 euros. Il demande comment le gouvernement compte évaluer son effet sur les reprises effectives et durables du travail ainsi que sur sa visibilité auprès des employeurs, notamment des petites et moyennes entreprises.

Enfin, M. Bacquelaine relève que le projet de loi prévoit l'élaboration de plusieurs arrêtés royaux. Il demande si le ministre dispose déjà d'un calendrier concernant leur adoption et leur publication, afin de permettre une mise en œuvre aussi active et rapide que possible des mesures et de contribuer à la réalisation de l'objectif poursuivi par le projet de loi.

Mme Caroline Désir (PS) questionne tout d'abord le calendrier du projet de loi: celui-ci est présenté à la mi-octobre alors qu'une série de mesures doivent entrer en vigueur dès novembre, juin ou janvier 2026. Elle s'interroge sur la manière dont les citoyens peuvent s'adapter à des mesures qui entrent en vigueur avant même leur examen en commission et sur la capacité des institutions à se préparer à l'application de ces nouvelles dispositions.

L'intervenante aborde ensuite la mesure centrale du projet de loi, à savoir l'obligation, pour les personnes en incapacité de travail de longue durée passées en invalidité et pour leur médecin traitant, de transmettre au moins une fois par an un nouveau certificat d'incapacité au médecin-conseil. Le groupe PS considère depuis longtemps qu'un véritable accompagnement des personnes malades constitue une priorité, sans sanctions et en tenant compte de leurs capacités ainsi

houdend met hun mogelijkheden en de realiteit van de arbeidsmarkt. Frequenter contact met de behandelend arts of een andere specialist kan een rol spelen bij succesvolle re-integratie en zorgen voor een intensieve begeleiding.

De spreekster werpt evenwel meerdere vragen op over de concrete tenuitvoerlegging van de maatregel.

Mevrouw Désir merkt op dat de jaarlijkse herbeoordeling moet worden uitgevoerd door de huisarts die houder is van het globaal medisch dossier van de patiënt. Derhalve vraagt ze: wat met de 15 tot 20 % van de mensen die niet over een dergelijk dossier beschikken? Wat met de patiënten die soms twee maanden moeten wachten voordat ze bij hun behandelend arts terechtkunnen, met name in de huisartsarme gebieden? Wat met de medische huizen en wijkgezondheidscentra, waar een patiënt soms een andere arts moet raadplegen wanneer zijn vaste arts niet beschikbaar is?

De spreekster vreest dat die maatregel zal leiden tot nog meer overbelasting van de huisartsenpraktijken en de werkdruk van de huisartsen zal verhogen. De tijd die wordt besteed aan die specifieke consulten dreigt de beschikbare tijd voor andere patiënten die dringend een voorschrift, zorg of diagnose nodig hebben evenredig te verminderen.

De spreekster merkt voorts op dat de jaarlijkse herbeoordeling op initiatief van de zieke plaatsvindt. Die verplichting kan een probleem vormen voor bijzonder kwetsbare personen, die het vervallen van die termijn weleens over het hoofd zouden kunnen zien. Mevrouw Désir benadrukt tevens dat de termijn van één jaar tussen twee getuigschriften niet noodzakelijkerwijs overeenkomt met het tijdpad van de raadplegingen die de adviserend arts vraagt. Ze vermeldt met name mensen met een burn-out of een depressie, voor wie het regelen van administratieve zaken en het dagelijks leven op zich reeds een grote uitdaging kan zijn. Wat gebeurt er concreet als het jaarlijks getuigschrift niet tijdig aan de adviserend arts wordt bezorgd? Kan dat aanleiding geven tot een opschorting van de uitkeringen?

Mevrouw Désir wijst tevens op de extra werkdruk voor de adviserend artsen. Zij geven thans reeds aan dat de werkdruk hoog ligt ingevolge de huidige regelgeving.

Alvorens die werkdruk voort te verhogen, acht mevrouw Désir het nuttig te weten hoeveel herbeoordelingen de ziekenfondsen moeten uitvoeren tegen 2029 en hoeveel daarvan reeds werden aangevat. Welke resultaten ter zake zijn thans beschikbaar en van hoeveel betrokkenen werd de invaliditeit na herbeoordeling bevestigd?

que des réalités du monde du travail. Un contact plus régulier avec le médecin traitant ou un autre spécialiste peut contribuer à soutenir la réintégration et à assurer un accompagnement rapproché.

Toutefois, l'intervenante soulève plusieurs questions quant à la mise en œuvre concrète de la mesure.

Mme Désir relève que l'évaluation annuelle doit être effectuée par le seul médecin généraliste disposant du dossier médical global du patient et s'interroge: qu'adviendra-t-il des 15 à 20 % de personnes qui ne disposent pas d'un tel dossier? Qu'en est-il des patients qui doivent parfois attendre deux mois avant de pouvoir consulter leur médecin traitant, notamment dans les zones confrontées à une pénurie de médecins? Qu'en est-il des maisons médicales, où un patient peut être amené à consulter un autre médecin lorsque son médecin habituel n'est pas disponible?

L'intervenante craint que cette mesure n'entraîne un engorgement supplémentaire des cabinets médicaux et n'accroisse la charge de travail des médecins généralistes. Le temps consacré à ces consultations spécifiques risque de réduire d'autant le temps disponible pour les autres patients nécessitant une prescription, des soins ou un diagnostic urgent.

L'intervenante relève par ailleurs que la visite annuelle repose sur une initiative du malade. Or, cette obligation peut poser problème pour des personnes particulièrement vulnérables, qui risquent d'oublier l'échéance. Mme Désir souligne également que le délai d'un an entre deux certificats ne correspondra pas nécessairement au calendrier des visites demandées par le médecin-conseil. Elle évoque notamment les personnes souffrant de burn-out ou de dépression, pour lesquelles la gestion des démarches administratives et du quotidien peut déjà constituer une difficulté importante. Elle demande dès lors ce qui se passera concrètement si le certificat annuel n'est pas transmis à temps au médecin-conseil, notamment si cela peut entraîner une suspension des indemnités.

Mme Désir attire également l'attention sur la charge supplémentaire qui pèsera sur les médecins-conseils, alors que ceux-ci indiquent déjà être fortement sollicités par la réglementation actuelle.

Avant d'ajouter cette nouvelle charge, Mme Désir estime qu'il aurait été utile de disposer d'un état des lieux des réévaluations que les mutualités doivent effectuer d'ici 2029 et qui ont déjà commencé. Elle demande quels sont les résultats disponibles à ce stade et quel est le taux de confirmation des invalidités.

De spreekster vraagt zich ook af welke maatregelen er zijn gepland om een overbelasting van de telefoondiensten van de ziekenfondsen te voorkomen. Wat wordt er gedaan om de leden van het ziekenfonds vlot de nodige informatie te bezorgen?

Vervolgens gaat ze in op de procedure ter onderverdeling van de getuigschriften van arbeidsongeschiktheid op basis van criteria die bij koninklijk besluit moeten worden vastgesteld. Aldus zouden de getuigschriften worden onderverdeeld in een groep A en een groep B, waarbij de adviserend artsen op basis daarvan bepalen welke getuigschriften aanleiding geven tot contact met de patiënt. Ze vraagt toelichting over die criteria en wil weten op basis waarvan wordt bepaald of iemand al dan niet opnieuw bij zijn adviserend arts moet verschijnen voor een herbeoordeling van zijn langdurige arbeidsongeschiktheid.

De spreekster is ingenomen met de beoogde extra middelen voor de adviserend artsen. Ze wijst er evenwel op dat de inwerkingtreding van de maatregel januari 2026 is. Derhalve vraagt ze of de beoogde indienstnemingen reeds werden aangevat. Ze vraagt hoeveel extra artsen reeds werden of nog moeten worden geworven om de nieuwe maatregelen ten uitvoer te kunnen leggen.

Mevrouw Désir stelt vervolgens een aantal meer specifieke vragen:

— In welke situaties, zoals bedoeld in artikel 2 van het wetsontwerp, bedraagt de maximale geldigheidsduur van het getuigschrift van primaire arbeidsongeschiktheid minder dan drie maanden?

— Hoe verloopt de bezorging van de jaarlijkse arbeidsongeschiktheidsgetuigschriften van personen in invaliditeit naar de adviserend arts?

— Is er in een specifieke vergoeding met een bijbehorende nomenclatuurcode voorzien voor huisartsen die deze nieuwe dienst zullen verlenen?

Vervolgens gaat de spreekster in op de toegang van het RIZIV tot de medische gegevens die bij de ziekenfondsen worden bewaard. Het advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA) is zeer kritisch: de GBA is van mening dat die maatregel niet evenredig is. Hoe is de regering van plan op die kritiek te reageren?

Mevrouw Désir gaat vervolgens in op de aanpassing van de wetgeving naar aanleiding van de afschaffing van het pensioen wegens lichamelijke ongeschiktheid.

L'intervenante s'interroge également sur les mesures prévues afin d'éviter une surcharge des services téléphoniques des mutualités et demande ce qui sera mis en place pour assurer une information fluide des affiliés.

Elle aborde ensuite le mécanisme de tri des certificats d'incapacité selon des critères qui doivent être définis par arrêté royal. Les certificats seraient ainsi répartis entre un groupe A et un groupe B, les médecins-conseils déterminant, sur cette base, lesquels donneront lieu à un contact avec le patient. Elle demande quels seront ces critères et ce qui déterminera qu'une personne devra ou non revoir son médecin-conseil pour une réévaluation de son incapacité de longue durée.

Concernant les médecins-conseils, l'intervenante se dit favorable aux financements supplémentaires envisagés. Elle relève toutefois que l'entrée en vigueur de la mesure est prévue en janvier 2026 et demande si les recrutements ont déjà commencé. Elle souhaite savoir combien de médecins supplémentaires ont déjà été engagés ou doivent l'être afin de permettre la mise en œuvre des nouvelles mesures.

Mme Désir pose ensuite plusieurs questions plus spécifiques:

— Quelles sont les situations visées à l'article 2 du projet de loi dans lesquelles la durée maximale du certificat d'incapacité primaire est inférieure à trois mois.?

— Comment est organisée la transmission des certificats annuels d'incapacité des personnes en invalidité aux médecins-conseils?

— Une rémunération spécifique, assortie d'un code de nomenclature, est-elle prévue pour les médecins généralistes qui réaliseront cette nouvelle prestation.

L'intervenante aborde ensuite l'accès, par l'INAMI, aux données médicales détenues par les mutualités. L'avis de l'Autorité de protection des données (APD) est très critique: l'APD considère que cette mesure n'est pas proportionnée. Comment le gouvernement compte-t-il répondre à ces critiques?

Mme Désir évoque ensuite l'adaptation de la législation consécutive à la suppression de la pension pour inaptitude physique et s'interroge: où en est cette mesure?

Hoe ver staat het met die maatregel? Zijn er al cijfers beschikbaar over de ambtenaren die zijn overgeheveld naar het RIZIV?

De spreekster stelt in dat verband een vraag over de situatie van een ambtenaar wiens integratietraject niet is geslaagd en die wegens medische overmacht is ontslagen. De betrokkene ontvangt een uitkering van het RIZIV en staat ingeschreven bij de gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling, aangezien hij geen baan meer heeft. Mevrouw Désir vraagt wat er gebeurt als het RIZIV later oordeelt dat de betrokkene weer arbeidsgeschikt is en de uitkeringen stopzet. Ze vraagt zich met name af of iemand die in het stelsel voor werknemers geen recht op een werkloosheidsuitkering heeft opgebouwd er mogelijk toch aanspraak op kan maken. Ze wijst op het risico dat sommige mensen daardoor zonder enig vervangingsinkomen komen te zitten.

Vervolgens gaat de spreekster in op de werkgevers: het wetsontwerp verhoogt hun werkhervattingspremie, terwijl veel werkgevers hun verantwoordelijkheid op het gebied van het aanpassen van werkplekken en de re-integratie van zieke werknemers onvoldoende nemen. Sommige werkgevers geven nog steeds de voorkeur aan ontslag boven het aanpassen van de functie. De spreekster stelt zich dan ook vragen bij het principe om een premie te verhogen die bedoeld is om werkgevers aan te moedigen hun verplichtingen op het gebied van aanpassing van werk na te komen.

Tot slot gaat mevrouw Désir in op de nieuwe sancties die zijn voorzien ten aanzien van behandelend artsen. Misbruik moet kunnen worden bestraft, maar ze benadrukt dat rekening moet worden gehouden met de beperkte capaciteit van de behandelend artsen en de tijd die zij reeds ter beschikking hebben om de gezondheidstoestand van hun patiënten te onderzoeken en te beoordelen.

De spreekster vraagt hoe het begrip welwillendheidsgetuigschrift zal worden gedefinieerd en hoe de gegevens van GAOCIT zullen worden geanalyseerd teneinde te bepalen welke artsen dergelijke getuigschriften zouden kunnen opstellen. Ze wil ook weten hoe rekening zal worden gehouden met de sociaal-economische kenmerken van de patiëntenpopulatie van de artsen en op basis van welke criteria zal worden beslist of er inspecteurs worden gestuurd of dat er gebruik wordt gemaakt van "mystery visits".

De spreekster legt een link tussen die nieuwe maatregelen en de recente oprichting van een contactpunt waar werkgevers hun klachten kunnen indienen. Ze vraagt zich af of al die maatregelen niet dreigen te verzanden in

Des chiffres sont-ils déjà disponibles concernant les agents de la fonction publique transférés vers l'INAMI?

L'intervenante soulève à cet égard une question concernant la situation d'un agent de l'État dont le parcours d'intégration n'a pas abouti et qui est licencié pour force majeure médicale. Celui-ci se retrouve sous indemnités de l'INAMI et inscrit auprès de l'office régional de l'emploi puisqu'il n'a plus d'emploi. Mme Désir demande ce qu'il advient lorsque l'INAMI considère ultérieurement que la personne est à nouveau apte au travail et met fin à ses indemnités. Elle s'interroge notamment sur l'ouverture éventuelle de droits aux allocations de chômage pour une personne qui n'a pas acquis ces droits dans le régime des travailleurs salariés. Elle souligne le risque que certaines personnes se retrouvent ainsi sans aucun revenu de remplacement.

L'intervenante aborde ensuite la situation des employeurs: le projet augmente leur prime de retour au travail alors que de nombreux employeurs n'assument pas suffisamment leur responsabilité en matière d'adaptation des postes de travail et de réintégration des personnes malades. Elle estime que certains employeurs privilégient encore le licenciement plutôt que l'adaptation du poste et s'interroge dès lors sur le principe consistant à augmenter une prime destinée à encourager les employeurs à accomplir leurs obligations en matière d'adaptation du travail.

Enfin, Mme Désir aborde les nouvelles sanctions prévues à l'égard des médecins traitants. Elle estime que les abus doivent pouvoir être sanctionnés, mais souligne qu'il convient de tenir compte de la capacité limitée des médecins traitants et du temps dont ils disposent déjà pour examiner et évaluer l'état de santé de leurs patients.

L'intervenante demande comment sera définie la notion de certificat de complaisance et comment les données de GAOCIT seront analysées afin d'identifier les médecins susceptibles d'établir de tels certificats. Elle souhaite également savoir comment seront pris en compte les critères socio-économiques de la patientèle des médecins et quels seront les critères permettant de décider de l'envoi d'inspecteurs ou de recourir à des "*mystery visits*".

L'intervenante met ces nouvelles mesures en relation avec la mise en place récente d'un point de contact destiné à recueillir les plaintes des employeurs. Elle s'interroge sur le risque que l'ensemble de ces dispositifs

een te grote druk op artsen, waardoor zij een te strenge houding zouden aannemen ten koste van de patiënten.

Besluitend betreurt mevrouw Désir dat in het wetsontwerp weinig aandacht wordt besteed aan de verbetering van de arbeidsomstandigheden en aan preventie. Een aanzienlijke daling van het aantal zieken kan niet worden bereikt zonder dat er meer aandacht wordt besteed aan die twee aspecten. De spreekster vindt dat de regering onvoldoende signalen in die zin uitstuurt.

De heer Robin Tonniau (PVDA-PTB) benadrukt dat een goede gezondheid voor iedereen van groot belang is. Sommigen hebben de pech om met een ziekte geboren te worden, terwijl anderen hun hele leven gezond blijven. Niet alleen aangeboren factoren bepalen echter iemands gezondheid. Ook het beroep, de loopbaan en gebeurtenissen zoals een ongeval spelen een rol. Langdurige ziekte is bovendien een sociaal en maatschappelijk probleem. Mensen uit de hogere sociale klassen kampen minder vaak met spier- en skeletaandoeningen en gewrichtspijnen. Werknemers in uitvoerende functies, bijvoorbeeld in de bouw en in fabrieken, worden veel vaker langdurig ziek. Hun toekomstperspectieven worden soms al in de lagere school bepaald. De statistieken bevestigen die vaststellingen.

De politiek moet daar rekening mee houden, maar de spreker mist die aandacht in het huidige debat. De parlementaire debatten over ziekte verlopen doorgaans genuanceerd. In interviews, op sociale media en in kranten verschijnen echter uitspraken die een heel ander beeld schetsen. De spreker stoort zich aan de manier waarop de regering en bepaalde politici over langdurig zieken spreken.

Een christendemocratische partijvoorzitter stelde dat “de duimschroeven moesten worden aangedraaid” bij werkzoekenden. Die groep overlapt echter met langdurig zieken: sommigen gaan van de ene naar de andere groep. De spreker vindt die verwijzing naar een vroeger marteltuig om bekentenissen af te dwingen bijzonder stuitend. Moest die term zieken bewust onder druk zetten om zich arbeidsgeschikt te verklaren? Een andere partijvoorzitter stelde “dat iedereen wel een arts kent die iemand een week ziekteverlof voorschrijft voor een muggenbeet”. Zo verschuift de kritiek van zieken naar artsen die te snel ziekteverlof zouden toekennen. Andere partijen viseren de ziekenfondsen.

exerce une pression excessive sur les médecins et les conduise à adopter une attitude trop stricte, au détriment des patients.

Pour conclure, Mme Désir regrette que le projet de loi accorde peu de place à l’amélioration des conditions de travail et à la prévention. Elle estime qu’une réduction significative du nombre de personnes malades ne pourra être obtenue sans s’attaquer davantage à ces deux dimensions et considère que le gouvernement n’envoie pas de signal suffisant en ce sens.

M. Robin Tonniau (PVDA-PTB) souligne qu’il est primordial pour tout le monde d’être en bonne santé. Certaines personnes ont eu la malchance de naître avec une maladie, tandis que d’autres restent en bonne santé toute leur vie. La santé d’une personne ne dépend toutefois pas uniquement de facteurs congénitaux. En effet, la profession qu’elle occupe, sa carrière et des événements qui ont marqué sa vie, par exemple un accident, jouent également un rôle. Les maladies de longue durée constituent en outre une question sociale et sociétale. En effet, les personnes issues des classes sociales plus aisées souffrent moins souvent de troubles musculosquelettiques et de douleurs articulaires. Les travailleurs exerçant des métiers manuels, par exemple dans le secteur de la construction ou à l’usine, sont bien plus souvent absents pour cause de maladie de longue durée. Leur avenir est parfois tracé dès l’école primaire. Les statistiques confirment d’ailleurs ces constats.

L’intervenant indique que les responsables politiques devraient tenir compte de cette réalité. Or, ils omettent de le faire dans le débat actuel. S’il est vrai que les débats parlementaires consacrés à ce sujet sont généralement nuancés, les déclarations faites lors d’interviews, sur les réseaux sociaux et dans les journaux brossent néanmoins un tout autre tableau. L’intervenant s’offusque de la manière dont le gouvernement et certains responsables politiques parlent des malades de longue durée.

Le président d’un parti chrétien-démocrate a déclaré qu’il fallait “serrer la vis” à l’égard des chômeurs. Or, le groupe visé coïncide avec celui des malades de longue durée, certaines personnes passant d’un groupe à l’autre. Selon l’intervenant, il est particulièrement choquant d’ainsi renvoyer à un ancien instrument de torture destiné à extorquer des aveux. Ces mots visaient-ils délibérément à faire pression sur les malades pour qu’ils se déclarent aptes au travail? Selon un autre président de parti, tout le monde connaît un médecin qui délivre des certificats d’incapacité de travail d’une semaine pour une piqûre de moustique, cette critique visant les médecins qui accorderaient trop facilement des congés de maladie, et plus les malades. D’autres partis ont quant à eux visé les mutualités.

Zo worden achtereenvolgens werkzoekenden, zieken, artsen en ziekenfondsen geviseerd. Die laatste spelen nochtans een belangrijke rol in de begeleiding en verdediging van zieke mensen. Ze bieden niet alleen ondersteuning op het terrein, maar beschikken ook over sterke studiediensten. De spreker verwijst naar de recente commissievergadering over nachtarbeid, waar is gebleken dat ziekenfondsen en vakbonden over belangrijke informatie beschikken die parlementsleden helpt om betere wetgeving uit te werken.

De minister verklaart zich niet thuis te voelen in een regering die mensen naar beneden haalt. Als dat werkelijk zijn overtuiging is, wat doet hij dan nog in deze regering? De regering viseert immers al meer dan twee jaar werkzoekenden en zieken. Die aanpak blijft voortduren. Deze regering zoekt 10 miljard euro aan besparingen. Waar wil ze dat bedrag vinden? Ook het vakantiegeld van gepensioneerden komt onder druk te staan, terwijl die groep al zwaar getroffen is door de arizonaregering. Hopelijk kan de minister een rijkentaks of miljonairstaks realiseren, eerder dan nieuwe besparingen op zieken en op de gezondheidszorg.

Wie zijn de langdurig zieken over wie het debat gaat? Meer dan de helft is ouder dan 55 jaar. De minister heeft zelf, tijdens een gastcollege aan de UGent, verklaard dat het aantal langdurig zieken toeneemt doordat mensen langer moeten werken. De afbouw van het brugpensioen heeft inderdaad tot meer langdurig zieken geleid. Tussen 2011 en 2024 daalde het aantal bruggepensioneerden met 108.648. In dezelfde periode kwamen er 124.582 oudere langdurig zieken bij. De oplossing van de Arizona-regering bestaat erin het brugpensioen verder af te schaffen.

Ook het vervroegd pensioen, dat oudere werknemers met gezondheidsproblemen een uitweg bood, werd verstrengd en financieel bestraft. Een kwart van de mensen die vervroegd met pensioen kunnen gaan, zal langer moeten werken. Bijna vier op de tien vrouwen riskeren bovendien een malus bij vervroegd pensioen. De regering dwingt mensen zo om tot 67 jaar te werken, terwijl de gemiddelde levensverwachting in goede gezondheid slechts tot 64 jaar loopt. Voor mensen met een zwaar beroep, een fysiek belastende loopbaan, ploegenarbeid of een hoge mentale belasting ligt die

Les critiques ont donc successivement ciblé les chômeurs, les malades, les médecins et les mutualités. Ces dernières jouent pourtant un rôle important dans l'accompagnement et la défense des personnes malades. Outre qu'elles leur apportent un soutien sur le terrain, elles disposent de services d'étude très compétents. L'intervenant évoque ensuite la réunion récemment consacrée au travail de nuit par la commission, au cours de laquelle il est apparu que les mutualités et les syndicats disposent d'informations importantes qui aident les parlementaires à affiner la législation.

Le ministre déclare ne pas vouloir faire partie d'un gouvernement qui affaiblit les personnes vulnérables. S'il le pense vraiment, que fait-il encore dans ce gouvernement qui, depuis plus de deux ans, s'en prend en effet aux demandeurs d'emploi et aux malades, et qui se cramponne à cette politique. Le gouvernement ambitionne de réaliser 10 milliards d'euros d'économies. Où compte-t-il trouver cette somme? Le pécule de vacances des pensionnés serait également remis en cause, alors que ce groupe a déjà été durement touché par les mesures du gouvernement Arizona. Il faut espérer que le ministre arrivera à faire adopter une taxe visant les riches ou les millionnaires, au lieu de procéder à de nouvelles coupes budgétaires au détriment des malades et des soins de santé.

Qui sont ces malades de longue durée dont il est question dans le débat? Plus de la moitié d'entre eux ont plus de 55 ans. Le ministre a lui-même déclaré, lors d'une conférence donnée à l'UGent, que le nombre de malades de longue durée augmentait à cause de l'allongement des carrières. La suppression progressive de la prépension a en effet entraîné une augmentation du nombre de malades de longue durée. Entre 2011 et 2024, le nombre de prépensionnés a diminué de 108.648. Au cours de la même période, on a enregistré 124.582 nouveaux malades de longue durée parmi les travailleurs âgés. La solution proposée par le gouvernement Arizona consiste à poursuivre la suppression de la prépension.

L'accès à la retraite anticipée, qui offrait une issue aux travailleurs salariés âgés souffrant de problèmes de santé, a également été durci et assorti de sanctions financières. Un quart des personnes qui peuvent prendre une pension anticipée devront travailler plus longtemps. Près de quatre femmes sur dix risquent en outre de se voir infliger un malus en cas de retraite anticipée. Le gouvernement impose ainsi de travailler jusqu'à 67 ans, alors que l'espérance de vie moyenne en bonne santé n'est que de 64 ans. Pour les personnes exerçant un métier pénible, ayant une carrière physiquement

leeftijd nog lager. Op die manier creëert de regering de langdurig zieken van morgen.

Een tweede grote groep langdurig zieken bestaat uit arbeiders. Toch bevat het beleid van de arizonaregering nauwelijks maatregelen om de oorzaken van ziekte op de werkvloer aan te pakken. De regering versoepelt integendeel de regels voor nachtarbeid en wil ook flexibele, zogenoemde “accordeonuurroosters” invoeren. Nachtarbeid schaadt echter de gezondheid en verhoogt het risico op borstkanker bij vrouwen. Met “accordeonuurroosters” kunnen werkgevers werknemers inzetten wanneer dat hen het beste uitkomt. Ook dat zal tot meer ziekte leiden. Arbeiders werken zich kapot en worden vervangen zodra ze lichamelijk versleten zijn. Aangepast werk aanbieden is voor werkgevers vaak duurder dan een zieke werknemer ontslaan en door iemand anders vervangen. Door ontslag wegens medische overmacht blijft de verantwoordelijkheid van de werkgever volgens de spreker te beperkt.

Een derde belangrijke groep, en de groep waarin het aantal langdurig zieken het sterkst stijgt, bestaat uit vrouwen. Het gaat vooral om werknemers in zwaar belaste sectoren, zoals de zorg, de thuisverpleging en de dienstencheques. Volgens het RIZIV neemt het aantal langdurig zieken sterker toe bij vrouwen en bij aandoeningen die verband kunnen houden met het werk, zoals spier- en skeletaandoeningen en burn-out.

Een belangrijke oorzaak is volgens de spreker de onderfinanciering van de openbare diensten. De besparingen in de zorg en het onderwijs verhogen de werkdruk in sectoren waar veel vrouwen werken. Er zijn te weinig zorgverleners voor het aantal patiënten en leerkrachten moeten soms lesgeven aan klassen van dertig leerlingen. Werknemers brengen die concrete problemen ook ter sprake tijdens betogingen.

De conclusie van de heer Tonniau is dat twee op de drie gevallen van langdurige ziekte verband houden met het werk. De regering pakt echter liever de gevolgen, namelijk de ziekte, aan dan de oorzaken op de werkvloer.

Het lid verwijst naar een recente studie van de CM over de financiële situatie van langdurig zieken in België. Daaruit blijkt dat meer dan 47 % van hen financieel niet

exigeante, travaillant en équipes ou soumises à une forte charge mentale, cet âge est encore moins élevé. C’est ainsi que le gouvernement crée les malades de longue durée de demain.

Un deuxième groupe important de malades de longue durée est constitué d’ouvriers. Or, la politique du gouvernement Arizona ne prévoit pratiquement aucune mesure visant à s’attaquer aux causes de la maladie sur le lieu de travail. Au contraire, le gouvernement assouplit les règles relatives au travail de nuit et souhaite également mettre en place des horaires flexibles, dits “en accordéon”. Le travail de nuit est toutefois néfaste pour la santé et augmente le risque de cancer du sein chez les femmes. Les “horaires en accordéon” permettent aux employeurs de faire appel à leurs travailleurs salariés au moment qui leur convient le mieux. Cette pratique entraînera également une hausse du nombre de malades. Les travailleurs s’épuisent et sont remplacés dès qu’ils sont physiquement usés. Proposer un travail adapté coûte souvent plus cher aux employeurs que de licencier un travailleur malade et de le remplacer par un autre travailleur. Selon l’intervenant, la responsabilité de l’employeur demeure trop limitée en cas de licenciement pour force majeure médicale.

Un troisième groupe important, dans lequel l’augmentation du nombre de malades de longue durée est la plus forte, est celui des femmes. Il s’agit principalement de travailleuses actives dans des secteurs très exigeants, par exemple les soins de santé, les soins infirmiers à domicile et les titres-services. Selon l’INAMI, le nombre de malades de longue durée augmente davantage chez les femmes et pour les affections susceptibles d’être liées au travail, par exemple les troubles musculosquelettiques et le burn-out.

Selon l’intervenant, l’une des causes principales réside dans le sous-financement des services publics. Les mesures d’économie dans les soins de santé et l’enseignement accroissent la charge de travail dans des secteurs où les femmes sont nombreuses à travailler. Le nombre de prestataires de soins est insuffisant par rapport au nombre de patients et les enseignants doivent parfois donner cours à des classes de trente élèves. Les travailleurs évoquent également ces problèmes concrets lors des manifestations.

M. Tonniau en conclut que deux cas sur trois de maladie de longue durée sont liés au travail. Le gouvernement préfère toutefois s’attaquer aux conséquences, à savoir la maladie, plutôt qu’aux causes sur le lieu de travail.

L’intervenant évoque une étude récente de la MC sur la situation financière des malades de longue durée en Belgique. Il en ressort que plus de 47 % d’entre

rondkomt met de ziekte-uitkering. Zo bespaart 44,4 % op water, elektriciteit en verwarming. Maar liefst 40,1 % bespaart op gezondheidszorg, veel vaker dan gezonde mensen.

Dat heeft duidelijke oorzaken: de ziekte-uitkeringen zijn te laag en de eigen bijdragen voor medicatie en andere medische kosten zijn te hoog. Zieke mensen moeten regelmatig naar het ziekenhuis reizen, betalen meer voor medicatie of kunnen zich geen tandzorg meer veroorloven. Wie op gezondheidszorg bespaart, herstelt daardoor mogelijk trager en blijft langer ziek. Deze regering houdt daar helemaal geen rekening mee.

Bij ziekte valt iemand in België terug op ongeveer 60 % van het brutoloon. Bij langdurige ziekte kan dat aandeel dalen tot 40 %. Daarmee behoort België tot de minst genereuze landen van Europa. Er worden vaak vergelijkingen met de buurlanden gemaakt, behalve wanneer het over de ziekte-uitkeringen gaat. In Luxemburg behouden zieke werknemers 100 % van hun brutoloon. In Duitsland bedraagt de vergoeding 70 %, vaak aangevuld via collectieve arbeidsovereenkomsten. In Frankrijk bedraagt de wettelijke vergoeding 50 %, maar door sectorale afspraken loopt die gemiddeld op tot 76 %. In Nederland ontvangen werknemers tijdens het eerste ziektejaar 100 % van hun gewaarborgd loon en tijdens het tweede jaar 70 %. Het inkomensverlies komt voor zieke mensen boven op de extra kosten voor specialisten, medicatie en vervoer. Ziek zijn in België kost dus veel geld.

Het debat gaat voortdurend over vermeend profiterende zieken, frauderende ziekenfondsen en malafide artsen. Over de verantwoordelijkheid van werkgevers gaat het veel minder, hoewel twee op de drie gevallen van ziekte verband houden met de werkomstandigheden. Van de bijna 2 miljard euro aan besparingen op langdurig zieken komt amper 4 % voor rekening van de werkgevers. De overige besparingen worden gedragen door de zieken, de ziekenfondsen en de artsen.

Waarom zouden werkgevers investeren in aangepast werk als het goedkoper is om een zieke werknemer te ontslaan? In België kan een werkgever een zieke werknemer voor minder dan één maandloon ontslaan. Acht op de tien werknemers die met een dergelijke situatie worden geconfronteerd krijgen een medisch ontslag, in plaats van een kans op re-integratie. De gemiddelde kostprijs bedraagt slechts 1800 euro. Sommige

eux ne parviennent pas à joindre les deux bouts avec leur indemnité de maladie. Ainsi, 44,4 % réalisent des économies sur l'eau, l'électricité et le chauffage. Pas moins de 40,1 % rognent sur les soins de santé, bien plus souvent que les personnes en bonne santé.

Les causes sont claires: les indemnités de maladie sont trop faibles et les tickets modérateurs pour les médicaments et autres frais médicaux sont trop élevés. Les malades doivent se rendre régulièrement à l'hôpital, paient plus cher leurs médicaments ou ne peuvent plus se permettre de soins dentaires. Les personnes qui réduisent leurs dépenses de soins de santé risquent donc de se rétablir plus lentement et de rester malades plus longtemps. Le gouvernement n'en tient absolument pas compte.

En Belgique, un travailleur ne perçoit en cas de maladie qu'environ 60 % de sa rémunération brute, voire 40 % lorsqu'il s'agit d'une maladie de longue durée. La Belgique figure ainsi parmi les pays les moins généreux d'Europe. Des comparaisons sont souvent établies avec les pays voisins, sauf lorsqu'il s'agit des indemnités de maladie. Au Luxembourg, les travailleurs malades conservent 100 % de leur rémunération brute. En Allemagne, l'indemnisation s'élève à 70 % et est souvent complétée au travers de conventions collectives de travail. En France, l'indemnisation légale est de 50 %, mais elle atteint en moyenne 76 % grâce à des accords sectoriels. Aux Pays-Bas, les travailleurs perçoivent 100 % de leur salaire garanti pendant la première année de maladie et 70 % pendant la deuxième. Pour les personnes malades, la perte de revenus s'ajoute aux frais supplémentaires liés aux consultations de spécialistes, aux médicaments et aux déplacements. Être malade coûte donc très cher en Belgique.

Le débat porte sans cesse sur les malades qui profiteraient du système, les mutualités qui se rendraient coupables de fraude et les médecins qui seraient malhonnêtes. On parle beaucoup moins de la responsabilité des employeurs, alors que deux cas de maladie sur trois sont liés aux conditions de travail. Les employeurs supportent à peine 4 % des près de 2 milliards d'euros d'économies afférentes aux malades de longue durée. Le montant restant est supporté par les malades, les mutualités et les médecins.

Pourquoi les employeurs investiraient-ils dans l'offre de travail adapté s'il est moins coûteux de licencier un travailleur malade? En Belgique, un employeur peut licencier un travailleur malade pour un montant inférieur à un mois de salaire. Huit travailleurs sur dix confrontés à une telle situation font l'objet d'un licenciement pour raisons médicales, au lieu de se voir offrir une chance de réintégration. Le coût moyen d'un tel licenciement

ergonomische bureaustoelen kosten meer. Wanneer een werkgever voor de keuze staat om een werknemer met rug- of polsklachten een aangepaste stoel te geven of hem medisch te ontslaan, is de keuze snel gemaakt. De werknemer blijft achter zonder ontslagvergoeding of compensatie voor jaren hard werk.

Wanneer ondernemers worden geprezen omdat ze risico's nemen, denkt de heer Tonniau ook aan werknemers in zware beroepen. Een bouwvakker kan tientallen jaren dagelijks zijn gezondheid op het spel zetten door op stellingen te werken. Zodra hij ziek wordt, wordt hij aan de kant geschoven en vervangen. In de buurlanden betalen werkgevers het gewaarborgde loon gemiddeld acht keer langer door. In België gaat het maximaal om één maand. Waarom zouden werkgevers investeren in aangepast werk als ontslag nauwelijks iets kost? Er wordt vaak naar de buurlanden verwezen om strengere controles en sancties voor zieken te verdedigen. De spreker hoort echter zelden voorstellen om het gewaarborgde loon uit te breiden tot twee jaar, zoals in Nederland. Volgens het Nederlandse Centraal Planbureau was de verlenging van het gewaarborgde loon tot twee jaar een van de krachtigste maatregelen om de instroom in langdurige ziekte te beperken. Wanneer werkgevers zieke werknemers langer moeten doorbetalen, krijgen ze immers een sterkere prikkel om in preventie te investeren.

De PVDA-PTB-fractie stelt daarom voor om het gewaarborgd loon in België voor arbeiders en bedienden te verlengen van één naar drie maanden. Dat levert drie voordelen op. Zieke werknemers genieten langer financiële zekerheid, werkgevers worden sterker geresponsabiliseerd en zullen meer inzetten op preventie en de maatregel zou de begroting jaarlijks 685 miljoen euro opleveren.

Volgens cijfers van Mensura beschikt amper 12 % van de Belgische ondernemingen over een uitgewerkt re-integratiebeleid voor langdurig zieke werknemers, hoewel dat verplicht is. Na vier jaar voldoet dus slechts één op de acht werkgevers aan die verplichting. Zelfs wanneer een maatregel wettelijk verplicht is en weinig kost, laten veel werkgevers die links liggen. Een zieke werknemer die een afspraak met de controlearts mist, riskeert zijn uitkering te verliezen of een boete te krijgen. Een werkgever die zijn verplichtingen inzake re-integratie jarenlang niet nakomt, blijft daarentegen ongemoeid.

s'élève à seulement 1800 euros, soit moins que le prix de certaines chaises de bureau ergonomiques. Lorsqu'un employeur doit choisir entre fournir une chaise adaptée à un travailleur souffrant de maux de dos ou de douleurs aux poignets et le licencier pour raisons médicales, il n'hésite pas longtemps. Le travailleur se retrouve alors sans indemnité de licenciement ni compensation pour ses années de dur labeur.

Lorsqu'on salue les entrepreneurs pour les risques qu'ils prennent, M. Tonniau pense également aux travailleurs exerçant des métiers pénibles. Un ouvrier du bâtiment peut mettre sa santé en danger quotidiennement pendant des dizaines d'années en travaillant sur des échafaudages. Et dès qu'il tombe malade, il est mis à l'écart et remplacé. Dans les pays voisins, les employeurs continuent de verser le salaire garanti en moyenne huit fois plus longtemps. En Belgique, ils le font au maximum pendant un mois. Pourquoi les employeurs investiraient-ils dans l'offre de travail adapté si le licenciement ne leur coûte pratiquement rien? On cite souvent l'exemple des pays voisins pour défendre des contrôles et des sanctions plus stricts à l'égard des malades. Par contre, l'intervenant entend rarement des propositions visant à étendre le salaire garanti à deux ans, comme aux Pays-Bas. Selon le Bureau central du plan néerlandais, l'extension du salaire garanti à deux ans a été l'une des mesures les plus efficaces pour limiter l'afflux de malades de longue durée. En effet, lorsque les employeurs doivent continuer à rémunérer leurs travailleurs malades plus longtemps, ils sont davantage incités à investir dans la prévention.

Le groupe PVDA-PTB propose dès lors de prolonger la durée du salaire garanti en Belgique pour les ouvriers et les employés, en la faisant passer d'un à trois mois. Cette extension présente trois avantages: les travailleurs malades bénéficieront plus longtemps d'une sécurité financière, les employeurs seront davantage responsabilisés et miseront plus sur la prévention, et la mesure rapporterait 685 millions d'euros par an au budget.

Selon les chiffres de Mensura, à peine 12 % des entreprises belges disposent d'une politique de réintégration élaborée pour les travailleurs malades de longue durée, bien que cela soit obligatoire. Après quatre ans, seul un employeur sur huit respecte donc cette obligation. Même lorsqu'une mesure est imposée par la loi et est peu coûteuse, de nombreux employeurs se permettent de l'ignorer. Un travailleur malade qui manque un rendez-vous avec le médecin-contrôle risque de perdre son indemnité ou de se voir infliger une amende. En revanche, un employeur qui ne respecte pas ses obligations en matière de réintégration pendant des années n'est pas inquiété.

Er bestaan alternatieven voor het huidige beleid. De afschaffing van het brugpensioen heeft mee geleid tot een stijging van het aantal langdurig zieken. De heer Tonniau pleit daarom voor de herinvoering van de pensioenleeftijd van 65 jaar, vervroegd pensioen vanaf 60 jaar na een loopbaan van 40 jaar, landingsbanen vanaf 55 jaar en de herinvoering van het brugpensioen voor zware beroepen. Daarnaast moet de periode van gewaarborgd loon worden verlengd van één naar drie maanden om werkgevers meer verantwoordelijkheid te geven. Ten slotte moet de regering werk maken van werkbaar werk. Ze moet afzien van versoepelingen inzake nachtarbeid en zogenaamde "accordeonuurroosters" en stoppen met de afbraak van de openbare diensten.

Het voorliggend wetsontwerp geeft uitvoering aan een deel van de besparingsmaatregelen uit het begrotingsakkoord van november 2025. Daarin werd afgesproken om 1,9 miljard euro te besparen op langdurig zieken. Het grootste deel, ongeveer 949 miljoen euro, moet komen van een vermindering van het aantal uitkeringen. In de memorie van toelichting schrijft de minister dat de stijging van het aantal langdurig zieken te wijten is aan de vergrijzing, de hogere arbeidsdeelname van vrouwen en de aanhoudende toename van mentale gezondheidsproblemen en aandoeningen van het bewegingsstelsel. De spreker mist echter een analyse van de onderliggende oorzaken, met name de arbeidsomstandigheden, in het wetsontwerp.

De regering richt zich vooral op een vermindering van het aantal mensen met een invaliditeitsuitkering met 100.000 tegen eind 2029. Dat cijfer zegt volgens de spreker niets over een werkelijke daling van het aantal langdurig zieken. Mensen zijn niet noodzakelijk genezen omdat ze uit de statistieken verdwijnen. De doelstelling lijkt vooral budgettair. Preventie en duidelijke verplichtingen voor werkgevers blijven achterwege.

Het wetsontwerp bepaalt dat het uitschrijven van ziekteattesten wordt voorbehouden aan huisartsen die toegang hebben tot het globaal medisch dossier van de patiënt, behalve in situaties van overmacht. Een koninklijk besluit moet bepalen wat onder overmacht valt. Kan de minister dat toelichten? Wat met specialisten? Een patiënt kan bijvoorbeeld met hevige pijn naar de spoeddienst worden verwezen, daar worden opgenomen en vervolgens nog weken thuis moeten herstellen. Mag de behandelende specialist in dat geval zelf een ziekteattest voor drie weken voorschrijven, bijvoorbeeld

Il existe des alternatives à la politique actuelle. La suppression de la prépension a contribué à l'augmentation du nombre de malades de longue durée. M. Tonniau plaide dès lors en faveur du retour de la retraite à 65 ans, de la retraite anticipée à partir de 60 ans après 40 ans de carrière et d'emplois de fin de carrière à partir de 55 ans. Il demande également le rétablissement de la prépension pour les métiers pénibles. Par ailleurs, la période de salaire garanti doit être étendue d'un à trois mois afin de responsabiliser davantage les employeurs. Enfin, le gouvernement doit promouvoir le travail soutenable. Il doit renoncer aux assouplissements en matière de travail de nuit et aux "horaires en accordéon", et arrêter le démantèlement des services publics.

Le projet de loi à l'examen met en œuvre une partie des mesures d'économie prévues dans l'accord budgétaire de novembre 2025. Il avait été convenu dans ce cadre de réaliser 1,9 milliard d'euros d'économies concernant les malades de longue durée, la majeure partie de cette somme, soit environ 949 millions d'euros, devant provenir d'une réduction du nombre d'indemnités. Dans l'exposé des motifs, le ministre indique que la hausse du nombre de malades de longue durée est due au vieillissement, à la participation accrue des femmes au marché du travail et à l'augmentation persistante des affections liées à la santé mentale et à l'appareil locomoteur. L'intervenant déplore toutefois que le projet de loi ne contienne pas d'analyse des causes sous-jacentes, notamment les conditions de travail.

Le gouvernement se concentre principalement sur l'objectif de réduire le nombre de bénéficiaires d'une indemnité d'invalidité de 100.000 personnes d'ici la fin de l'année 2029. Selon l'intervenant, ce chiffre ne reflète en rien une baisse réelle du nombre de malades de longue durée. Ce n'est pas parce qu'une personne disparaît des statistiques qu'elle est guérie. L'objectif semble avant tout budgétaire. Rien n'est prévu en matière de prévention et aucune obligation claire n'est imposée aux employeurs.

Le projet de loi à l'examen dispose que la délivrance de certificats d'incapacité de travail sera réservée aux médecins généralistes ayant accès au dossier médical global du patient, sauf en cas de force majeure. Un arrêté royal devra déterminer ce qu'il convient d'entendre par "force majeure". Le ministre pourrait-il fournir des précisions à ce sujet? *Quid* des spécialistes? Il peut par exemple arriver qu'un patient en proie à de fortes douleurs soit envoyé aux urgences, qu'il y soit pris en charge, puis qu'il doive poursuivre sa convalescence plusieurs semaines à son domicile. Dans ce cas, le

voor een antibioticakuur die thuis wordt voortgezet? Of moet de huisarts dat attest afleveren?

Een ander koninklijk besluit zal bepalen in welke omstandigheden de maximale voorschrijfduur korter moet zijn dan drie maanden. De spreker had begrepen dat de regering die duur wilde beperken tot drie weken. Waarom wordt de verkorting nu via een koninklijk besluit geregeld en slechts voor bepaalde gevallen toegepast?

Voor bepaalde aandoeningen zou een huisarts verplicht een specialist moeten raadplegen wanneer een ziekteattest langer dan zes weken loopt. Ook de lijst van aandoeningen waarvoor die doorverwijzing verplicht wordt, zal via een koninklijk besluit worden vastgelegd. Waarom is die verplichting nodig? Gebeurt dat op vraag van de huisartsen zelf? Op basis van welke noodzaak wil de regering die regels invoeren? Een huisarts kent zijn patiënt doorgaans goed en heeft de nodige opleiding gevolgd om een behandelplan en eventuele doorverwijzingen te bepalen.

Ook de Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA) formuleert bedenkingen. Volgens haar is de bevoegdheid om bij koninklijk besluit vast te leggen welke aandoeningen een doorverwijzing vereisen te ruim: die lijst hoort in de wet. Daarnaast moet duidelijk zijn welke specialistenverslagen in het dossier moeten worden opgenomen en op welke wijze. Waarom gaat de minister aan die opmerkingen voorbij?

Het vierde hoofdstuk uit het wetsontwerp bepaalt dat iemand maximaal één jaar als invalide kan worden erkend en daarna opnieuw moet worden beoordeeld. De behandelende arts moet de patiënt opnieuw onderzoeken en, als die nog steeds niet kan werken, het ziekteattest voor maximaal één jaar verlengen. Vervolgens voert ook de adviserend arts van het ziekenfonds een controle uit. Als ook die de invaliditeit verlengt, volgt nog een derde controle door het RIZIV, dat uiteindelijk de invaliditeit moet erkennen.

De spreker begrijpt dat artsen patiënten opvolgen, maar heeft vragen bij de praktische uitvoering. Wat gebeurt er wanneer de behandelende arts na een jaar oordeelt dat de patiënt genezen is? Hoe worden mensen geholpen om opnieuw werk te vinden? Na twee jaar ziekte zal het vaak moeilijk zijn om bij de vorige werkgever terug te

médecin spécialiste traitant pourra-t-il délivrer lui-même un certificat d'incapacité de travail de trois semaines, par exemple pour que le patient poursuive sa cure d'antibiotiques à domicile? Ou bien ce certificat devra-t-il être délivré par le généraliste?

Un autre arrêté royal déterminera dans quelles situations la durée maximale applicable aux certificats d'incapacité de travail devra être inférieure à trois mois. L'intervenant avait pourtant compris que le gouvernement entendait limiter cette durée à trois semaines. Pourquoi cette limitation sera-t-elle dorénavant réglée par arrêté royal? Et pourquoi ne sera-t-elle appliquée que dans certains cas?

Pour certaines pathologies, le projet de loi à l'examen prévoit d'obliger le médecin généraliste à consulter un spécialiste lorsque la durée d'un certificat d'incapacité de travail dépasse six semaines. La liste des pathologies pour lesquelles cette consultation sera obligatoire sera aussi établie par arrêté royal. Pourquoi cette obligation est-elle nécessaire? Cette mesure fait-elle suite à une demande des médecins généralistes eux-mêmes? Qu'est-ce qui justifie l'instauration de ces règles? En effet, le médecin généraliste connaît généralement bien ses patients et a suivi la formation nécessaire pour établir un plan de traitement et pour procéder, au besoin, à un renvoi vers un spécialiste.

L'Autorité de protection des données (APD) formule, elle aussi, des observations à ce sujet. Selon elle, la compétence de déterminer par arrêté royal quelles pathologies nécessiteront un renvoi est trop large. Elle estime que cette liste doit être inscrite dans la loi. De plus, il conviendrait de préciser quels rapports de spécialiste devront être ajoutés au dossier, et comment. Pourquoi le ministre ignore-t-il ces observations?

Le quatrième chapitre du projet de loi dispose qu'une personne ne pourra être reconnue en invalidité que pour une durée maximale d'un an, après quoi son état devra être réévalué. Ce patient devra se faire réexaminer par son médecin traitant, qui prolongera d'un an au maximum son certificat médical s'il n'est toujours pas capable de travailler. Le médecin-conseil de la mutualité effectuera aussi un contrôle par la suite. S'il prolonge lui aussi la durée de l'invalidité, l'INAMI réalisera un troisième contrôle, qui devra finalement reconnaître ou non l'invalidité.

L'intervenant comprend que les médecins doivent suivre leurs patients, mais il s'interroge sur les modalités pratiques de ce suivi. *Quid* si le médecin généraliste considère après un an que le patient est guéri? Comment l'aidera-t-on à retrouver du travail? En effet, après deux années d'arrêt maladie, il sera souvent difficile

keren. In welke jobs zullen die mensen terechtkomen en hoe duurzaam zullen die zijn?

Het voorliggende wetsontwerp legt vooral de nadruk op de begroting. Tegen eind 2029 wil de regering het aantal uitkeringen met 100.000 verminderen, maar daar staan geen echte waarborgen tegenover voor duurzaam herstel en re-integratie. De regering verhoogt de premie voor werkgevers van 1725 naar 3000 euro, evenwel zonder nieuwe verplichtingen op het vlak van preventie, werkplekaanpassingen of duurzaam behoud van werk. Een hogere premie garandeert niet dat werkgevers meer inspanningen leveren. Hoe zal de minister controleren of een werknemer zes of twaalf maanden na de werkhervatting nog steeds aangepast werk heeft?

De heer Tonniau steunt het Terug-naar-werkfonds en de indexering van de tegemoetkoming. De financiering van begeleiding volstaat echter niet om aangepast werk te garanderen. Wat zijn de meest recente gebruikscijfers van het fonds? Hoeveel trajecten werden opgestart? Hoeveel mensen hebben dankzij het fonds daadwerkelijk werk gevonden? Hoe duurzaam zijn die banen en in welke mate zijn ze aangepast aan de gezondheidstoestand van de betrokken werknemers?

De spreker is ook voorstander van meer middelen voor de ziekenfondsen om zieken te begeleiden en te beschermen. Zullen die middelen echter worden verdeeld via een bonus-malussysteem dat vergelijkbaar is met dat van de derdebetalersregeling? Zal een lager aantal contacten leiden tot minder middelen? Medische beslissingen moeten immers gevrijwaard blijven van een besparingslogica.

Het voorliggende wetsontwerp voorziet boetes tot 3500 euro per attest, met een maximum van 28.000 euro, voor artsen die valse attesten zouden opstellen. De Raad van State wijst er echter op dat een verschil in medisch inzicht geen aanleiding mag geven tot een boete. Waarom bepaalt het wetsontwerp dan dat alleen “klaarblijkelijke en bewezen fraude” kan worden bestraft en dat zulks niet mogelijk is bij een verschil in medisch inzicht? Waarom heeft de regering de te ruime verwijzing naar een sociaal voordeel behouden, ondanks de opmerkingen van de Raad van State?

Ook de GBA vraagt om de verwijzing naar geautomatiseerde gegevensanalyse van de GAOCIT-databank, waarin attesten van arbeidsongeschiktheid worden verzameld, te schrappen zolang de nodige waarborgen

de reprendre le travail auprès de son ancien employeur. Quels emplois ces personnes occuperont-elles et pour combien de temps?

Le projet de loi à l’examen met surtout l’accent sur le volet budgétaire. En effet, d’ici la fin de l’année 2029, le gouvernement entend réduire de 100.000 le nombre d’indemnités versées, sans pour autant garantir véritablement le rétablissement ou la réintégration durable de ces personnes en invalidité. Il prévoit en outre de porter de 1725 à 3000 euros la prime de reprise du travail en faveur des employeurs, sans toutefois prévoir de nouvelles obligations en matière de prévention, d’aménagement du lieu de travail ou de pérennité de l’emploi. Or, une prime plus élevée ne garantit pas que les employeurs accentueront leurs efforts. Comment le ministre contrôlera-t-il qu’un travailleur bénéficie toujours d’un emploi adapté six ou douze mois après avoir repris le travail?

M. Tonniau soutient le Fonds Retour au Travail et l’indexation de l’intervention. Le financement de l’accompagnement ne suffit toutefois pas à garantir un emploi adapté. Quels sont les statistiques d’utilisation les plus récentes de ce fonds? Combien de trajets de retour au travail ont été lancés? Combien de personnes ont effectivement trouvé un emploi grâce au fonds? Dans quelle mesure ces emplois sont-ils durables et adaptés à l’état de santé des travailleurs concernés?

L’intervenant est également favorable à une augmentation des moyens alloués aux mutualités afin d’accompagner et de protéger les malades. Ces moyens seront-ils toutefois répartis selon un système de bonus-malus similaire à celui du régime du tiers payant? Une diminution du nombre de contacts avec les malades entraînera-t-elle une réduction des moyens? Les décisions médicales doivent en effet rester à l’abri de toute logique d’économies.

Le projet de loi à l’examen prévoit des amendes pouvant aller jusqu’à 3500 euros par certificat, avec un plafond de 28.000 euros, pour les médecins qui établiraient des certificats de complaisance. Le Conseil d’État souligne toutefois qu’une divergence d’appréciation médicale ne peut donner lieu à une amende. Pourquoi le projet de loi ne prévoit-il alors pas que seuls “les cas manifestes et avérés de fraude” peuvent être sanctionnés et qu’aucune sanction ne peut être infligée en cas de divergence d’appréciation médicale? Pourquoi le gouvernement a-t-il conservé la référence trop large à un avantage social, malgré les observations du Conseil d’État?

L’APD demande, elle aussi, de supprimer la référence à l’analyse automatisée des données de la base de données GAOCIT, dans laquelle sont rassemblés les certificats d’incapacité de travail, tant que les garanties

ontbreken. Welke waarborgen voorkomen dat een arts als verdacht wordt beschouwd omdat hij meer zieken behandelt of werknemers met zware beroepen verzorgt?

De heer Tonniau stelt vast dat de regering artsen met wantrouwen benadert. Vanuit verschillende fracties van de meerderheid klinkt dat artsen te veel en te lang ziekteattesten voorschrijven en dat er sprake zou zijn van vriendjespolitiek tussen arts en patiënt. Is er daadwerkelijk sprake van een structureel probleem bij artsen? De arts moet in de eerste plaats zelf kunnen bepalen hoelang een patiënt arbeidsongeschikt is, welke behandeling nodig is en wanneer een doorverwijzing aangewezen is. Het lid pleit voor meer vertrouwen in artsen en verdedigt hun vrijheid om de noodzakelijke rust voor te schrijven. Het vertrouwen tussen arts en patiënt is immers essentieel voor het herstel. De strijd tegen fraude mag geen middel worden om druk uit te oefenen op artsen of om periodes van arbeidsongeschiktheid kunstmatig in te korten.

Mevrouw Isabelle Hansez (Les Engagés) stipt aan dat het wetsontwerp een nieuwe stap vormt in het versterkte terug-naar-werkbeleid. Het moet worden gezien als een voortzetting van de eerdere hervormingen.

Bij de bespreking van de derde hervormingsgolf had Les Engagés het doel gesteund om sneller in te grijpen en de betrokken actoren rond arbeidsongeschikten beter te coördineren.

Les Engagés had ook twee essentiële voorwaarden benadrukt: de begeleiding moet individueel blijven en de responsabilisering mag niet uitmonden in administratieve druk, zeker niet voor mensen met psychologische problemen of aandoeningen met een wisselend verloop.

De vierde hervormingsgolf bouwt daarop voort, maar verschuift ook het zwaartepunt van de hervorming.

Na de aanscherping van de terug-naar-werktrajecten en de invoering van nieuwe opvolgingsinstrumenten richt het wetsontwerp zich meer rechtstreeks op de kwaliteit van medische voorschriften, de actualisering van invaliditeitsdossiers en de middelen die nodig zijn om regelmatig contact te houden met de betrokkenen.

Les Engagés onderschrijft de algemene doelstelling van de tekst. Er wordt terecht naar gestreefd arbeidsongeschiktheid zoveel mogelijk te voorkomen, langdurige arbeidsongeschiktheid beter op te volgen en meer perspectief te bieden op werkhervatting wanneer dat

nécessaires font défaut. Quelles garanties permettent d'éviter qu'un médecin ne soit considéré comme suspect simplement parce qu'il traite davantage de travailleurs malades ou exerçant des métiers pénibles?

M. Tonniau constate que le gouvernement se montre méfiant à l'égard des médecins. Plusieurs groupes parlementaires de la majorité affirment que les médecins prescrivent trop d'arrêts de travail et pour des durées trop longues, et qu'il serait question de complaisance entre le médecin et le patient. Existe-t-il réellement un problème structurel chez les médecins? Le médecin doit avant tout pouvoir déterminer lui-même la durée de l'incapacité de travail d'un patient, le traitement nécessaire et le moment où le patient doit être renvoyé vers un spécialiste. Le député plaide pour davantage de confiance envers les médecins et défend leur liberté de prescrire le repos nécessaire. La confiance entre le médecin et le patient est en effet essentielle au rétablissement. La lutte contre la fraude ne doit pas devenir un moyen de faire pression sur les médecins ou de raccourcir artificiellement les périodes d'incapacité de travail.

Mme Isabelle Hansez (Les Engagés) souligne que le projet de loi constitue une nouvelle étape de la politique renforcée de retour au travail. Pour en comprendre la portée, il faut le replacer dans la continuité des réformes précédentes.

Lors de l'examen de la troisième vague, Les Engagés avaient soutenu l'objectif d'intervenir plus tôt et de mieux coordonner les acteurs autour de la personne en incapacité.

Les Engagés avaient aussi insisté sur deux conditions essentielles: que l'accompagnement reste individualisé et que la responsabilisation ne se transforme pas en pression administrative, particulièrement pour les personnes confrontées à des troubles psychiques ou à des maladies dont l'évolution est fluctuante.

La quatrième vague prolonge ce mouvement, mais elle déplace aussi le centre de gravité de la réforme.

Après avoir renforcé les parcours de retour au travail et introduit de nouveaux outils de suivi, le projet s'intéresse plus directement à la qualité de la prescription médicale, à l'actualisation des dossiers d'invalidité et aux moyens nécessaires pour assurer un contact régulier avec les personnes concernées.

Les Engagés partagent l'ambition générale du texte. Il est légitime de vouloir prévenir les incapacités qui peuvent l'être, de mieux suivre les situations qui se prolongent et de donner davantage de perspectives de reprise lorsque celle-ci est médicalement possible.

medisch mogelijk is. Ook de strijd tegen frauduleus afgeleverde attesten is volkomen gerechtvaardigd.

Die ambitie moet echter worden vertaald in degelijke evaluaties en begeleiding die rekening houdt met de persoon, zijn gezondheidstoestand en werksituatie.

Het wetsontwerp voorziet eerst in een nauwkeuriger regeling voor de artsen die bepaalde kennisgevingen van arbeidsongeschiktheid mogen opstellen.

De huisarts zal in principe toegang moeten hebben tot het globaal medisch dossier van de patiënt, behoudens de vastgestelde uitzonderingen in geval van overmacht.

Het koninklijk besluit kan ook voorzien in een regeling voor situaties waarin de voorgeschreven duur korter is dan drie maanden. Die bepalingen kunnen ervoor zorgen dat attesten beter worden onderbouwd en dat de geldigheidsduur ervan beter wordt afgestemd op bepaalde situaties.

Er zal evenwel op moeten worden toegezien dat de toegang tot het globaal medisch dossier in de praktijk geen belemmering vormt voor de zorgverlening of de erkenning van de arbeidsongeschiktheid, met name wanneer iemand daadwerkelijk moeilijk toegang krijgt tot een huisarts of wanneer het dossier onvolledig is.

Na zes weken arbeidsongeschiktheid kan de behandelend arts verplicht worden om in het dossier voor de adviserend arts de bevindingen van andere zorgverleners op te nemen, voor zover die nuttig zijn voor de beoordeling en opvolging. Die coördinatie kan bijdragen tot een beter inzicht in de medische situatie.

Ze mag er echter niet toe leiden dat informatie wordt doorgegeven die klinisch niet relevant is, of dat de patiënt zelf alle zorgverleners moet coördineren. De nadere regels moeten dan ook duidelijk zijn voor artsen en begrijpelijk voor de betrokkenen.

De tekst voorziet ook in een periodieke actualisering van de invaliditeitsdossiers. In principe mag elke voorgeschreven periode niet langer dan één jaar duren, behoudens eventuele uitzonderingen.

Die actualisering mag niet worden verward met de verplichting om jaarlijks een fysiek onderzoek te ondergaan. Het wetsontwerp bepaalt afzonderlijk dat een gerechtigde uiterlijk eind 2029 een fysieke afspraak moet hebben bij een adviserend arts of een lid van het

Il est tout aussi légitime de lutter contre les certificats délivrés frauduleusement.

Toutefois, cette ambition doit se traduire par des évaluations de qualité et par un accompagnement qui tienne compte de la personne, de son état de santé et de sa situation professionnelle.

Le projet prévoit d'abord un encadrement plus précis des médecins habilités à établir certaines notifications d'incapacité.

Le médecin généraliste devra, en principe, avoir accès au dossier médical global du patient, sous réserve des exceptions prévues en cas de force majeure.

L'arrêté royal pourra également prévoir des situations dans lesquelles la durée de prescription sera inférieure à trois mois. Ces dispositions peuvent contribuer à mieux fonder les certificats et à adapter leur durée à certaines situations.

Il faudra néanmoins veiller à ce que l'accès au dossier médical global ne devienne pas, dans la pratique, un obstacle aux soins ou à la reconnaissance de l'incapacité, notamment lorsqu'il existe une difficulté réelle d'accès à un médecin généraliste ou à un dossier complet.

Après six semaines d'incapacité, le médecin traitant pourra devoir intégrer au dossier destiné au médecin-conseil les constatations d'autres professionnels de santé, lorsqu'elles sont utiles à l'évaluation et au suivi. Cette coordination peut améliorer la compréhension d'une situation médicale.

Elle ne doit cependant pas conduire à transmettre des informations sans utilité clinique, ni à faire peser sur le patient la charge de coordonner seul les professionnels qui le suivent. Les modalités devront donc être claires pour les médecins et compréhensibles pour les personnes concernées.

Le texte prévoit aussi une actualisation périodique des dossiers d'invalidité. Chaque période prescrite ne pourra en principe pas dépasser un an, sous réserve des exceptions qui pourront être prévues.

Il ne faut pas confondre cette actualisation avec l'obligation d'un examen physique annuel: le projet prévoit séparément qu'un titulaire ait un contact physique avec un médecin-conseil ou un membre de l'équipe multidisciplinaire au plus tard à la fin de 2029, puis au

multidisciplinaire team, en vervolgens minstens om de vier jaar, behalve in bepaalde zeer ernstige medische situaties.

Dit onderscheid is belangrijk. Een geactualiseerd voorschrift kan bijdragen tot een relevante medische opvolging. Een fysiek contact met een hulpverlener kan helpen om de mogelijkheden, moeilijkheden en begeleidingsbehoeften van iemand beter te begrijpen. Geen van beide mag echter verworden tot een loutere formaliteit die op een vast tijdstip wordt herhaald.

Bij problemen met de geestelijke gezondheid kan iemands toestand niet-lineair evolueren. De spreekster verwijst met name naar het tijdsverloop van burn-outs of het frequente herval bij mentale problemen op het werk.

Uiteraard moet ook worden gekeken naar de werkcontext. De mogelijkheid om een activiteit te hervatten hangt ook af van de werkplek, de werkverplichtingen, de arbeidsrelaties en de mogelijke aanpassingen. Een evaluatie die alleen rekening houdt met het administratief dossier of met de diagnose dreigt voorbij te gaan aan een essentieel onderdeel van het probleem.

Daarom zijn de in het wetsontwerp vervatte middelen bepalend. De geleidelijke verhoging van de administratiekosten moet helpen om de ziekenfondsen meer slagkracht te geven, met een jaarlijkse enveloppe die vanaf 2028 17 miljoen euro zal bedragen. Die maatregel vormt een concrete basis voor een uitgebreidere opvolging. Het zal er dan op aankomen na te gaan of de beschikbare middelen daadwerkelijk voor extra adviserend artsen en multidisciplinaire medewerkers zorgen, alsook voor een kwaliteitsvol contact met de gerechtigden.

Het wetsontwerp behelst tevens stimuli om het werk te hervatten. De werkhervattingspremie wordt opgetrokken naar 3000 euro en de tussenkomst van het Terug-naar-werkfonds wordt geïndexeerd.

De spreekster juicht die maatregelen toe: gedegen terug-naar-werkbeleid omvat immers ook ondersteuning van concrete hervattingsoplossingen en gespecialiseerde bijstandsdiensten.

Tot slot wordt met het wetsontwerp de controle van frauduleuze getuigschriften aangescherpt en wordt een administratieve geldboete ingevoerd die kan oplopen tot 3500 euro per getuigschrift. Opzettelijke fraude moet bestraft kunnen worden. Tegelijkertijd moet een duidelijk onderscheid worden gehandhaafd tussen fraude, een fout en een afwijkende medische beoordeling.

moins une fois tous les quatre ans, sauf dans certaines situations médicales très graves.

Cette distinction est importante. Une prescription actualisée peut contribuer à maintenir un suivi médical pertinent. Un contact physique peut permettre de mieux comprendre les capacités, les difficultés et les besoins d'accompagnement d'une personne. Mais ni l'un ni l'autre ne devrait se réduire à une formalité répétée à échéance fixe.

Dans les situations de santé mentale, l'état de la personne peut évoluer de façon non linéaire. L'intervenante fait notamment référence au processus temporel du burn-out ou à la question des rechutes fréquentes dans le domaine de la santé mentale au travail.

Il faut aussi évidemment prendre en compte la situation de travail. La possibilité de reprendre une activité dépend aussi du poste, des contraintes de travail, des relations professionnelles et des adaptations envisageables. Une évaluation qui ne tient compte que du dossier administratif ou du diagnostic risque de manquer une partie essentielle de la situation.

C'est pourquoi les moyens prévus dans le projet sont déterminants. L'augmentation progressive des frais d'administration doit permettre de renforcer les équipes des mutualités, avec une enveloppe qui atteindra 17 millions d'euros par an à partir de 2028. Cette mesure donne une base concrète au renforcement du suivi. Il sera important de vérifier que les moyens supplémentaires se traduisent effectivement par des médecins-conseils et des collaborateurs multidisciplinaires supplémentaires, et par des contacts de qualité avec les titulaires.

Le projet prévoit également des incitants à la reprise. La prime de reprise du travail sera portée à 3000 euros et l'intervention du Fonds Retour au Travail sera indexée.

L'intervenante salue ces mesures: une politique de retour au travail doit également soutenir les solutions concrètes de reprise et les services spécialisés qui peuvent accompagner les personnes.

Enfin, le projet de loi renforce le contrôle des certificats frauduleux et prévoit une amende administrative pouvant atteindre 3500 euros par certificat. La fraude intentionnelle doit pouvoir être sanctionnée. En même temps, il faut préserver une distinction nette entre la fraude, une erreur et une divergence d'appréciation médicale.

De klinische diagnose behelst soms een zekere mate van onzekerheid, zeker wanneer de symptomen moeilijk objectief te vatten zijn of evolueren met de tijd.

De in het wetsontwerp vervatte procedurewaarborgen (toegang tot het dossier, verweermogelijkheid, beroep bij de arbeidsrechtbank) moeten volle uitwerking hebben.

Als arbeidspsycholoog attendeert de spreekster erop dat de terugkeer naar werk stapsgewijs verloopt. Men moet kunnen achterhalen wat de mogelijkheden zijn voor de betrokkene, maar ook welke belemmeringen hij ondervindt in zijn omgeving en wat de mogelijke aanpassingen zijn.

De verantwoordelijkheid ligt dus niet alleen bij de arts of de rechthebbende; ook de begeleiders en de werkgever moeten inspraak kunnen hebben in een realistische oplossing.

Het welslagen van het wetsontwerp staat of valt met dat evenwicht.

De spreekster heeft de volgende vragen:

1. Hoe zullen de extra middelen voor de ziekenfondsen concreet leiden tot grotere teams en echte fysieke contacten met de rechthebbenden? Aan de hand van welke indicatoren kunnen de kwaliteit van de opvolging en de relevantie van de maatregelen worden beoordeeld, los van het aantal behandelde dossiers of verlengde erkenningen?

2. Welke criteria bepalen de herbeoordeling van de dossiers en de organisatie van de fysieke contacten? In hoeverre zullen de toepassingsbepalingen rekening houden met psychologische problemen, veranderende situaties en de moeite die sommigen ondervinden met fysieke contacten?

3. Aangaande de frauduleuze getuigschriften: hoe wil de regering waarborgen dat de intentie om iemand ten onrechte een bepaald recht te geven ook echt wordt vastgesteld, alsook dat een fout of een afwijkende medische beoordeling niet wordt gelijkgesteld met fraude? Hoe zal het eventuele gebruik van GAOCIT-gegevens bij controles worden geregeld?

De laatste vraag is doelbewust zeer open. Er ontstaan immers hier en daar grijze zones. De spreekster begrijpt uiteraard dat bepaalde handelingen en bepalingen via regelgeving moeten worden vastgelegd. Kan de minister evenwel verduidelijken hoe het aangekondigde multidisciplinaire team zal worden samengesteld? Op basis van welke criteria (inzake kwalificaties) zullen de leden

Le jugement clinique comporte parfois une part d'incertitude, notamment lorsque les symptômes sont difficiles à objectiver ou évoluent dans le temps.

Les garanties de procédure prévues par le texte – accès au dossier, possibilité de présenter une défense et recours devant le tribunal du travail – devront être pleinement effectives.

En tant que psychologue du travail, l'intervenante souhaite rappeler que le retour au travail est une démarche qui se construit. Il faut pouvoir identifier ce que la personne peut envisager, mais aussi les obstacles qui se trouvent dans son environnement et les adaptations qui peuvent être mises en place.

La responsabilité ne repose donc pas uniquement sur le médecin ou le titulaire: les équipes d'accompagnement et les acteurs du monde du travail doivent également pouvoir contribuer à une solution réaliste.

C'est dans cet équilibre que le projet pourra produire des résultats durables.

L'intervenante a les questions suivantes:

1. Comment les moyens supplémentaires destinés aux mutualités seront-ils traduits concrètement en renforcement des équipes et en contacts effectifs avec les titulaires? Quels indicateurs permettront d'évaluer la qualité du suivi et la pertinence des orientations, au-delà du nombre de dossiers traités ou de reconnaissances prolongées?

2. Quels critères guideront la réévaluation des dossiers et l'organisation des contacts physiques? Comment les modalités d'application tiendront-elles compte des troubles psychiques, des situations fluctuantes et des difficultés que certaines personnes peuvent rencontrer pour participer à un contact en présentiel?

3. Concernant les certificats frauduleux, comment le gouvernement garantira-t-il que l'intention d'ouvrir indûment un droit soit effectivement établie et qu'une erreur ou une divergence d'appréciation médicale ne soit pas assimilée à une fraude? Comment l'utilisation éventuelle des données de GAOCIT dans les contrôles sera-t-elle encadrée?

La dernière question est volontairement très ouverte. En effet, certaines zones "de flou" apparaissent. L'intervenante entend évidemment que certains actes et certaines dispositions devront être passées par le biais de normes réglementaires. Toutefois, le ministre pourrait-il déjà préciser comment l'équipe multidisciplinaire annoncée sera constituée? Sur base de quels critères

worden geselecteerd? Zal dat team ook een (klinisch en/of arbeids-) psycholoog bevatten?

De heer Oskar Seuntjens (Vooruit) benadrukt dat wie ziek wordt, moet kunnen rekenen op goede zorg, inkomensbescherming en begeleiding. Wie opnieuw aan het werk kan, verdient kansen en ondersteuning, zonder stigmatisering.

Met deze vierde golf van maatregelen versterkt de minister de medische opvolging en de mogelijkheden tot re-integratie. Personen in invaliditeit zullen jaarlijks hun behandelend arts moeten raadplegen en minstens om de vier jaar persoonlijk contact hebben met de adviserend arts of een lid van een multidisciplinair team. Daarnaast worden de artsen geresponsabiliseerd voor hun voorschrijfgedrag, wordt de werkhervattingspremie verhoogd tot 3000 euro en wordt het Terug-naar-werkfonds versterkt. Daarbij moet steeds rekening worden gehouden met de medische situatie van de betrokkenen.

Voor Vooruit gaat het ook om het draagvlak voor de sociale zekerheid en om nieuwe uitdagingen als gevolg van de medische vooruitgang. Zo kunnen bepaalde vormen van kanker, die vroeger vaak fataal waren, vandaag het karakter van een chronische ziekte krijgen. Sommige patiënten willen opnieuw aan het werk en moeten daarin worden ondersteund. Ook bij werkgevers voltrekt zich op dat vlak een cultuuromslag. Een correcte opvolging en begeleiding blijven evenwel noodzakelijk, zonder stigmatisering of verdachtmaking.

In verband met de responsabilisering van de behandelende artsen vraagt de spreker naar de stand van zaken van het eerder aangekondigde juridische onderzoek naar de mogelijkheid om in de wet van 22 april 2019 betreffende de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg of in de gecoördineerde wet van 15 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen bepalingen op te nemen over het voorschrijven van arbeidsongeschiktheidsattesten tijdens de periode van gewaarborgd loon. De huidige bepalingen in de terug-naar-werkwetgeving hebben immers betrekking op attesten die bestemd zijn voor de adviserend arts. Is dat onderzoek inmiddels afgerond en wat waren de conclusies? In welke wetgeving zou een dergelijke regeling het best worden opgenomen?

Ook werkgevers moeten hun verantwoordelijkheid opnemen door ziekte te helpen voorkomen, contact te onderhouden met werknemers die wegens ziekte uitvallen en aangepast werk mogelijk te maken. Het voorliggende wetsontwerp bevat echter geen concrete

(en termes de qualifications) les personnes seront-elles choisies? La présence d'un psychologue (clinicien et/ou du travail) sera-t-elle intégrée?

M. Oskar Seuntjens (Vooruit) souligne que quiconque tombe malade doit pouvoir compter sur des soins de qualité, une protection du revenu et un accompagnement. Les travailleurs qui peuvent reprendre le travail méritent qu'on leur offre des opportunités et un soutien, sans les stigmatiser.

Avec cette quatrième vague de mesures, le ministre renforce le suivi médical et les possibilités de réintégration. Les personnes en invalidité devront consulter leur médecin traitant chaque année et devront avoir, au moins tous les quatre ans, un contact physique avec le médecin-conseil ou un membre de l'équipe pluridisciplinaire. En outre, les médecins seront responsabilisés quant à leurs pratiques de prescription, la prime de reprise du travail sera portée à 3000 euros et le Fonds Retour au Travail sera consolidé. À cet égard, il faudra toujours tenir compte de la situation médicale des intéressés.

Pour Vooruit, la question concerne aussi l'assise de la sécurité sociale et les nouveaux défis consécutifs aux avancées médicales. Ainsi, certaines formes de cancer, qui se révélaient souvent mortelles jadis, peuvent aujourd'hui prendre le caractère d'une maladie chronique. Certains patients veulent reprendre le travail et doivent être accompagnés dans cette démarche. Chez les employeurs également, un changement de mentalité s'opère à cet égard. Un suivi et un accompagnement corrects restent toutefois indispensables, sans volonté de stigmatiser ou de prêter des intentions frauduleuses.

En ce qui concerne la responsabilisation des médecins traitants, l'intervenant s'enquiert de l'état d'avancement de l'examen juridique annoncé précédemment quant à la possibilité d'insérer, dans la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé ou dans la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, des dispositions relatives à la délivrance de certificats d'incapacité de travail au cours de la période couverte par le salaire garanti. Les dispositions actuelles de la législation sur le retour au travail portent en effet sur les certificats destinés au médecin-conseil. Cet examen a-t-il été finalisé dans l'intervalle et quelles ont été ses conclusions? Dans quelle législation serait-il préférable d'inscrire ce type de réglementation?

Les employeurs doivent, eux aussi, prendre leurs responsabilités en contribuant à prévenir les maladies, en restant en contact avec les travailleurs en arrêt maladie et en mettant en place des aménagements de travail adaptés. Le projet de loi à l'examen ne contient

bepalingen over de responsabilisering van werkgevers. Waar en wanneer zal da verder worden uitgewerkt? Een succesvolle terugkeer naar de werkvloer kan immers niet uitsluitend de verantwoordelijkheid van de werknemer zijn. Ook werkgevers moeten zorgen voor werkbare jobs en een gezonde werkomgeving.

Wat de resultaten van het terug-naar-werkbeleid betreft, geeft recent onderzoek van Securex een hoopgevend signaal. In de eerste helft van 2026 daalde het totale ziekteverzuim met meer dan 6 %, het middellange ziekteverzuim met bijna 7 % en het langdurigste ziekteverzuim met bijna 5 %. Securex brengt die evolutie in verband met de federale maatregelen rond vroegtijdige opvolging en aangepaste werkhervatting. Voorzichtigheid blijft evenwel geboden bij het trekken van conclusies over het effect van afzonderlijke maatregelen. Zo kan ook een milder griepseizoen een rol hebben gespeeld bij de daling van het kortdurende ziekteverzuim. Hoe zal de komende jaren worden geëvalueerd of de vierde golf aan maatregelen daadwerkelijk bijdraagt tot een duurzame terugkeer naar de werkvloer, zonder dat mensen te vroeg hervatten of hun herstel in gevaar brengen?

De ambitie moet blijven om langdurige arbeidsongeschiktheid terug te dringen, preventie en begeleiding te versterken en mensen de kans te bieden om duurzaam te herstellen en opnieuw aan het werk te gaan zodra dat medisch mogelijk is. Ook ambtenaren moeten die mogelijkheid krijgen, in plaats van voor de rest van hun leven terecht te komen in een systeem waarin zij nauwelijks kunnen rondkomen.

Vooruit steunt het voorliggende wetsontwerp en de verdere versterking van het terug-naar-werkbeleid, op voorwaarde dat blijvend wordt geïnvesteerd in zorg en preventie, alle betrokken actoren hun verantwoordelijkheid opnemen en de menselijke maat steeds vooropstaat.

De heer Koen Van den Heuvel (cd&v) is tevreden over het voorliggende wetsontwerp. Een jaar geleden werd de derde golf aan maatregelen inzake arbeidsongeschiktheid en re-integratie goedgekeurd. Voor cd&v zijn evenwel nog bijkomende maatregelen nodig om langdurige arbeidsongeschiktheid aan te pakken en misbruiken tegen te gaan.

Allereerst heeft de spreker enkele vragen over de uitvoering van het wetsontwerp. Heel wat maatregelen zouden al op 1 november 2026 in werking treden, terwijl de parlementaire behandeling tegen dan nog niet afgerond zal zijn. Welke gevolgen heeft dat? Daarnaast

toutefois aucune disposition concrète concernant la responsabilisation des employeurs. Où et quand ces aspects seront-ils précisés? En effet, la réussite du retour au travail ne peut pas relever exclusivement de la responsabilité du travailleur. Les employeurs doivent également veiller à proposer des emplois adaptés et à garantir un environnement de travail sain.

En ce qui concerne les résultats de la politique de retour au travail, une étude récente de Securex envoie un signal encourageant. Au cours du premier semestre 2026, l'absentéisme global a baissé de plus de 6 %, l'absentéisme de moyenne durée de près de 7 % et l'absentéisme de longue durée de près de 5 %. Securex attribue cette évolution aux mesures fédérales relatives au suivi précoce et à la reprise via un travail adapté. La prudence reste toutefois de mise lorsqu'il s'agit de tirer des conclusions sur l'effet de mesures distinctes. Ainsi, une grippe saisonnière moins sévère a peut-être également joué un rôle dans la baisse de l'absentéisme de courte durée. Comment évaluera-t-on, dans les années à venir, si la quatrième vague de mesures contribue réellement à un retour durable au travail, sans que les intéressés ne reprennent le travail trop tôt ou ne compromettent leur rétablissement?

L'ambition doit rester de réduire l'incapacité de travail de longue durée, de renforcer la prévention et l'accompagnement, et d'offrir aux personnes concernées la possibilité de se rétablir durablement et de reprendre le travail dès que possible du point de vue médical. Les fonctionnaires doivent également bénéficier de cette possibilité, au lieu d'échouer, pour le restant de leurs jours, dans un système dans lequel ils peinent à joindre les deux bouts.

Vooruit soutient le projet de loi à l'examen ainsi que la poursuite du renforcement de la politique de retour au travail, à condition que des investissements soient réalisés en continu dans les soins et la prévention, que tous les acteurs concernés assument leurs responsabilités et que la dimension humaine l'emporte toujours.

M. Koen Van den Heuvel (cd&v) salue le projet de loi à l'examen. Il y a un an, la troisième vague de mesures concernant l'incapacité de travail et la réintégration a été approuvée. Le cd&v estime toutefois que des mesures complémentaires restent nécessaires pour lutter contre l'incapacité de travail de longue durée et les abus.

Premièrement, l'intervenant formule quelques questions à propos de la mise en œuvre du projet de loi. Un grand nombre de mesures devraient entrer en vigueur le 1er novembre 2026, alors que l'examen parlementaire n'aura pas encore été finalisé à cette date. Quelles en

moeten nog verschillende koninklijke besluiten worden uitgevaardigd om bepaalde maatregelen concreet in te vullen. Hoe zal de minister dat aanpakken?

Het wetsontwerp bevat positieve verbeteringen met betrekking tot het voorschrijfgedrag van huisartsen. Zo wordt het probleem van patiënten die bij verschillende huisartsen een arbeidsongeschiktheidsattest proberen te verkrijgen, aangepakt door het voorschrijven van dergelijke attesten te beperken tot huisartsen die toegang hebben tot het globaal medisch dossier van de patiënt.

Daarnaast gebeurt het dat patiënten gedurende lange tijd ziekteattesten krijgen van hun huisarts zonder dat een specialist bijkomend onderzoek verricht. Daardoor kunnen bepaalde aandoeningen te lang onbehandeld blijven en kan de arbeidsongeschiktheid langer duren. De verplichting voor de behandelend arts om bij bepaalde pathologieën na minstens zes weken arbeidsongeschiktheid vaststellingen van andere gezondheidszorgbeoefenaars in het dossier voor de adviserend arts op te nemen, moet bijdragen tot een betere medische opvolging en een aangepaste behandeling.

Wat de opvolging van personen in invaliditeit betreft, is het positief dat zij vóór eind 2029 een persoonlijk contact zullen hebben met de adviserend arts of een medewerker van het multidisciplinaire team, en dat nadien minstens om de vier jaar opnieuw een contactmoment wordt georganiseerd. Kan de minister onderzoeken of frequentere contactmomenten tijdens de invaliditeitsperiode een betere opvolging mogelijk zouden maken?

Vervolgens gaat de spreker in op de aanpassingen aan het Terug-naar-werkfonds. Het fonds beschikt over aanzienlijke middelen, maar het potentieel ervan wordt onvoldoende benut. Zijn fractie pleitte een jaar geleden al voor een uitbreiding van de doelgroep die een beroep kan doen op de terug-naar-werkvoucher. Ook de organisaties die de begeleiding verzorgen, waren daar al langer vragende partij voor.

Om het fonds optimaal te benutten, moeten de betrokkenen gemakkelijker de weg vinden naar de vouchers. De terug-naar-werkcoördinatoren kunnen daarbij een belangrijke rol spelen. Hoe vaak hebben zij in 2026 personen doorverwezen naar het fonds met het oog op de aanvraag van een voucher? Kan de minister actuele cijfers bezorgen over het aantal aangevraagde en toegekende vouchers? Hoeveel middelen zijn momenteel nog beschikbaar in het fonds?

seront les conséquences? Qui plus est, plusieurs arrêtés royaux devront encore être pris pour concrétiser certaines mesures. Comment le ministre procédera-t-il à cet effet?

Le projet de loi prévoit des améliorations positives en ce qui concerne les pratiques de prescription des médecins généralistes. Il prévoit par exemple de lutter contre le problème des patients qui tentent d'obtenir un certificat d'incapacité de travail auprès de plusieurs médecins généralistes en limitant la délivrance de ces certificats aux médecins généralistes qui ont accès au dossier médical global du patient.

Il arrive en outre que certains patients obtiennent des certificats de la part de leur médecin généraliste pour de longues périodes sans qu'un spécialiste ne procède à un examen complémentaire. Il arrive dès lors que certaines maladies restent trop longtemps non traitées et que la durée de l'incapacité de travail se prolonge. L'obligation qui imposera au médecin traitant, pour certaines pathologies, de joindre au dossier destiné au médecin-conseil les constatations d'autres professionnels des soins de santé après au moins six semaines d'incapacité de travail, devrait contribuer à un meilleur suivi médical et à un traitement adéquat.

S'agissant du suivi des personnes en invalidité, l'intervenant estime qu'il est positif d'avoir prévu que ces personnes auront, avant fin 2029, un contact personnel avec le médecin-conseil ou avec un membre de l'équipe multidisciplinaire, et qu'un contact sera de nouveau organisé ultérieurement et au moins tous les quatre ans. Le ministre pourrait-il examiner la question de savoir si des contacts plus fréquents au cours de la période d'invalidité permettraient d'assurer un meilleur suivi?

L'intervenant aborde ensuite les modifications apportées au Fonds de retour au travail. Ce fonds dispose de moyens considérables, mais son potentiel n'est pas suffisamment exploité. Le groupe de l'intervenant préconisait déjà, il y a un an, d'élargir le groupe cible pouvant bénéficier de vouchers Retour au travail. Les organisations qui se chargent de l'accompagnement sont également demandeuses depuis longtemps.

Pour tirer le meilleur parti du fonds, il faut permettre aux personnes concernées d'accéder plus facilement aux vouchers. Les coordinateurs de retour au travail peuvent jouer un rôle important à cet égard. Combien de fois, en 2026, ont-ils orienté des personnes vers le fonds en vue d'une demande de voucher? Le ministre peut-il fournir des chiffres actualisés sur le nombre de vouchers demandés et accordés? De quels moyens le fonds dispose-t-il encore actuellement?

In 2026 zou ook een algemene evaluatie van het Terug-naar-werkfonds plaatsvinden. Is deze evaluatie inmiddels aan de gang of bijna afgerond? Wanneer worden de resultaten verwacht en zullen die met het Parlement worden gedeeld? Worden ook de effecten van de vouchers op de effectieve werkhervatting onderzocht? Worden bovendien de verbeteringsvoorstellen, die mevrouw Nahima Lanjri (cd&v) bij de bespreking van de beleidsnota formuleerde, in deze evaluatie meegenomen?

Een andere mogelijke verbetering betreft de begeleiding na de werkhervatting. De ondersteuning van personen die na langdurige ziekte opnieuw aan het werk gaan, schiet immers nog tekort. De voucher zou ook kunnen worden ingezet om begeleiding te bieden wanneer iemand het werk al geheel of gedeeltelijk heeft hervat. Hoe staat de minister tegenover het voorstel om de voucher ook te promoten als instrument voor ondersteuning tijdens de re-integratie op de werkvloer zelf?

Voorts bepaalt het regeerakkoord dat de bijdrage aan het Terug-naar-werkfonds steeds verschuldigd moet zijn bij de beëindiging van de arbeidsovereenkomst. Momenteel is die bijdrage enkel verschuldigd wanneer de werkgever zich op medische overmacht beroept. Daardoor kan de bijdrage worden vermeden wanneer de arbeidsovereenkomst in onderling akkoord wordt beëindigd. Is de minister nog van plan deze verplichting uit te breiden en welke timing wordt daarvoor vooropgesteld?

Een volgend aandachtspunt is de werkhervattingspremie. In Vlaanderen werden de doelgroepverminderingen geschrapt omdat is gebleken dat dergelijke maatregelen, en in het bijzonder eenmalige premies, weinig effect hebben. Personen die met dergelijke steun worden aangeworven, zouden vaak ook zonder de premie of de vermindering van de socialezekerheidsbijdragen zijn aangeworven. Welke effecten heeft de werkhervattingspremie? Wordt een evaluatie op korte termijn gepland? Cd&v is niet gekant tegen financiële stimulansen voor werkgevers om langdurig zieken kansen te bieden, op voorwaarde dat ze aantoonbaar doeltreffend zijn.

Daarnaast heeft de spreker vragen over de GAOCIT-databank en de sanctionering van artsen. Het regeerakkoord bepaalt dat artsen die significant vaker of voor langere periodes arbeidsongeschiktheid voorschrijven, daarop moeten worden aangesproken en financieel geresponsabiliseerd. Het voorliggende wetsontwerp voorziet echter niet in financiële responsabilisering wegens afwijkend voorschrijfgedrag, maar in een sanctionering voor het voorschrijven van welwillendheidsattesten. Zal

Une évaluation générale du Fonds Retour au Travail devait également avoir lieu en 2026. Cette évaluation est-elle en cours ou sur le point d'être achevée? Quand les résultats sont-ils attendus et seront-ils communiqués au Parlement? Les effets des vouchers sur la reprise effective du travail feront-ils également l'objet d'une analyse? Par ailleurs, les propositions d'amélioration formulées par Mme Nahima Lanjri (cd&v) lors de l'examen de la note de politique générale seront-elles prises en compte lors de cette évaluation?

Une autre amélioration possible concerne l'accompagnement après la reprise du travail. En effet, le soutien apporté aux personnes qui reprennent le travail après une maladie de longue durée reste encore insuffisant. Le voucher pourrait également être utilisé pour offrir un accompagnement lorsqu'une personne a déjà repris le travail à temps plein ou à temps partiel. Que pense le ministre de la proposition visant à également promouvoir le voucher comme un outil de soutien pendant la réintégration sur le lieu de travail?

Par ailleurs, l'accord de gouvernement prévoit que la contribution au Fonds Retour au Travail doit toujours être due à la résiliation du contrat de travail. Actuellement, cette contribution n'est due que lorsque l'employeur invoque un cas de force majeure médicale. Dès lors, il est possible d'éviter cette contribution lorsque le contrat de travail est résilié d'un commun accord. Le ministre a-t-il toujours l'intention d'étendre cette obligation et quel est le calendrier prévu à cet effet?

Un autre point à prendre en considération concerne la prime de reprise du travail. En Flandre, les réductions prévues pour les groupes cibles ont été supprimées car il est apparu que ces mesures, en particulier les primes uniques, sont peu efficaces. Les personnes recrutées grâce à ces aides auraient souvent aussi été embauchées sans la prime ou la réduction des cotisations de sécurité sociale. Quels sont les effets de la prime de retour au travail? Une évaluation est-elle prévue à court terme? Le cd&v n'est pas opposé à l'octroi d'incitants financiers aux employeurs pour qu'ils offrent des opportunités aux malades de longue durée, à condition que leur efficacité soit démontrée.

Par ailleurs, l'intervenant s'interroge sur la banque de données GAOCIT et sur les sanctions prévues à l'encontre des médecins. L'accord de gouvernement prévoit que les médecins qui prescrivent des périodes d'incapacité nettement plus nombreuses ou plus longues doivent être interpellés et financièrement responsabilisés. Or, le projet de loi à l'examen ne prévoit aucune responsabilisation financière en cas de déviance en matière de prescription, mais bien une sanction visant la délivrance de certificats

de financiële responsabilisering voor afwijkend voorschrijfgedrag alsnog worden ingevoerd en wanneer?

Uit het advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA) blijkt bovendien dat aanvankelijk was voorzien in de mogelijkheid om een administratieve geldboete op te leggen naar aanleiding van een onderzoek dat volgt op datamining in de GAOCIT-databank. Na het advies van de GBA werd die mogelijkheid uit de tekst geschrapt. Betekent dit dat de gegevens uit de databank in de praktijk niet zullen worden gebruikt om fraude op te sporen?

De strijd tegen misbruiken blijft voor cd&v een belangrijk aandachtspunt. Een voorbeeld daarvan is de combinatie van een ziekte-uitkering met inkomsten uit een flexi-job. Daarom diende mevrouw Nathalie Muylle (cd&v) enkele maanden geleden een wetsvoorstel (DOC 56 1507/001) in om die cumulatie te beperken. Ook de regeling voor de combinatie van een ziekte-uitkering met inkomsten uit een zelfstandige activiteit in bijberoep kan aanleiding geven tot misbruik. De voorwaarden voor dergelijke cumulaties mogen dan ook worden aangescherpt. De aanpak van die excessen ontbreekt nog in de vierde golf van maatregelen.

Tot slot gaat de heer Van den Heuvel in op enkele maatregelen die niet in het voorliggende wetsontwerp zijn opgenomen.

Een eerste daarvan is de invoering van de zogenaamde *fitnote*. Daarbij zou op het arbeidsongeschiktheidsattest van de huisarts een bijkomend vak worden opgenomen waarin de arts kan aangeven welke activiteiten de patiënt nog wel kan uitvoeren. Wat is de stand van zaken? Voor cd&v is het belangrijk dat de mogelijkheden tot re-integratie zo vroeg mogelijk worden onderzocht.

In het licht van de recente cijfers uit de impactanalyse van Securex pleit de fractie daarnaast voor een volledige evaluatie van de regeling waarbij werknemers maximaal tweemaal per jaar geen medisch attest hoeven voor te leggen voor de eerste dag van arbeidsongeschiktheid. Daarbij moet worden nagegaan of en in welke mate deze regeling aanleiding geeft tot misbruik en of zij daadwerkelijk bijdraagt tot het voorkomen van langdurige afwezigheid.

Een tweede aandachtspunt betreft de definitie van arbeidsongeschiktheid en verdienvermogen. Tijdens de voorbereiding van de vierde golf aan maatregelen was sprake van een herziening van deze begrippen, zodat bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid sneller rekening zou kunnen worden gehouden met een ruimere waaier aan mogelijke functies. Voor cd&v

de complaisance. La responsabilisation financière en cas de déviance en matière de prescription sera-t-elle néanmoins mise en place, et quand, dans l'affirmative?

Il ressort en outre de l'avis de l'Autorité de protection des données (APD) qu'il était initialement prévu de pouvoir infliger une amende administrative à la suite d'une enquête basée sur l'exploration des données de la banque de données GAOCIT. À la suite de l'avis de l'APD, cette possibilité a été supprimée dans le texte. Cela signifie-t-il qu'en pratique, les données provenant de la banque de données ne seront pas utilisées pour détecter la fraude?

La lutte contre les abus reste une priorité pour le cd&v. Le cumul d'une indemnité de maladie et de revenus issus d'un flexi-job en offre une illustration. C'est pourquoi Mme Nathalie Muylle (cd&v) a déposé, il y a quelques mois, une proposition de loi (DOC 56 1507/001) visant à limiter ce cumul. Le régime autorisant le cumul d'une indemnité de maladie et de revenus provenant d'une activité indépendante exercée à titre complémentaire peut aussi donner lieu à des abus. Il convient donc de durcir les conditions qui y sont applicables. Or, cette lutte ne figure pas encore parmi les mesures de la quatrième vague.

Enfin, M. Van den Heuvel mentionne plusieurs mesures qui ne figurent pas non plus dans le projet de loi à l'examen.

La première concerne l'instauration de la *fit note*. Il s'agirait d'ajouter une rubrique au certificat d'incapacité de travail établi par le médecin généraliste, où celui-ci pourrait indiquer les activités que le patient est encore capable d'effectuer. Où en est ce dossier? Selon le cd&v, il est important d'examiner les possibilités de réintégration le plus tôt possible.

À la lumière des chiffres récents de l'analyse d'impact de Securex, le groupe plaide également en faveur d'une évaluation complète du régime dispensant les travailleurs salariés, deux fois par an au maximum, de présenter un certificat médical pour le premier jour d'incapacité de travail. Il convient de vérifier si, et dans quelle mesure ce régime entraîne des abus, ainsi que s'il contribue réellement à prévenir les absences de longue durée.

Un deuxième point d'attention concerne la définition de l'incapacité de travail et de la capacité de gain. Lors de la préparation de la quatrième vague de mesures, une révision de ces notions a été envisagée afin que l'évaluation de l'incapacité de travail puisse tenir compte plus rapidement d'un éventail plus large de fonctions possibles. Pour le cd&v, il convient de réexaminer entièrement la

moet de volledige definitie van arbeidsongeschiktheid opnieuw worden onderzocht, aangezien die onvoldoende aansluit bij de huidige arbeidsmarkt en de aard van de hedendaagse jobs.

De uitdagingen inzake langdurige arbeidsongeschiktheid blijven groot en bijkomende maatregelen zullen noodzakelijk zijn. De fractie sluit daarom een vijfde golf van maatregelen niet uit. Het voorliggende wetsontwerp vormt alvast een stap in de goede richting en zal door cd&v worden gesteund.

De heer Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen) beaamt dat het grote aantal langdurig zieken een terechte bron van bezorgdheid vormt, maar benadrukt tevens dat activering niet kan slagen zonder herstel van de gezondheid. Het wetsontwerp gaat vooral uit van wantrouwen zowel tegenover langdurig zieken als tegenover artsen en het zwaartepunt ligt te sterk bij controle, responsabilisering en sanctionering, en onvoldoende bij begeleiding en preventie. De nadruk van het huidige beleid ligt te veel op evaluatie en re-integratie in plaats van op preventie en op de ontwikkeling van de inclusieve arbeidsmarkt.

Het wetsontwerp bevat weliswaar een aantal positieve maatregelen zoals het feit dat zieken reeds vanaf de zevende maand begeleiding kunnen krijgen, dat het bedrag van 1800 euro wordt geïndexeerd en dat een uitzondering op de causaliteitsvoorwaarden wordt ingevoerd voor ex-ambtenaren die anders na de afschaffing van het pensioen wegens medische ongeschiktheid tussen twee regelingen dreigen te vallen. Ook de versterking van de adviserende artsen en multidisciplinaire teams, de bijkomende ondersteuning van de ziekenfondsen en de grotere rol van de huisarts via het globaal medisch dossier zijn positieve punten.

Het wetsontwerp bevat echter een onevenwichtige verdeling van verantwoordelijkheden: patiënten krijgen een jaarlijkse attestplicht en artsen riskeren boetes tot 3500 euro per attest, met een maximum van 28.000 euro, terwijl werkgevers voornamelijk een hogere premie krijgen aangeboden. Deze sterke nadruk op controle en sancties voor patiënten en artsen staat niet in verhouding tot de verplichtingen die aan werkgevers worden opgelegd. Het is trouwens ook onduidelijk hoe maatregelen die volgens het ontwerp op zeer korte termijn in werking zouden treden, praktisch zullen worden uitgevoerd.

définition de l'incapacité de travail, car elle ne correspond pas suffisamment aux réalités du marché de l'emploi et à la nature des emplois actuels.

Les défis concernant l'incapacité de travail de longue durée demeurent importants et des mesures complémentaires seront nécessaires. Le groupe de l'intervenant n'exclut donc pas une cinquième vague de mesures. Le projet de loi à l'examen constitue en tout état de cause un pas dans la bonne direction et il sera soutenu par le groupe cd&v.

M. Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen) reconnaît que le nombre élevé de malades de longue durée constitue une source légitime d'inquiétude, mais il souligne également que la réactivation n'est pas possible sans une amélioration de l'état de santé. Le projet de loi repose principalement sur la méfiance, tant à l'égard des malades de longue durée que des médecins, et met trop l'accent sur le contrôle, la responsabilisation et les sanctions, au détriment de l'accompagnement et de la prévention. La politique actuelle mise trop sur l'évaluation et la réintégration plutôt que sur la prévention et le développement d'un marché de l'emploi inclusif.

L'intervenant reconnaît que le projet de loi contient des mesures positives, notamment la possibilité pour les malades de bénéficier d'un accompagnement dès le septième mois, l'indexation du montant de 1800 euros et l'introduction d'une dérogation aux conditions de causalité pour les anciens fonctionnaires qui, sans cela, risqueraient de se retrouver entre deux régimes compte tenu de la suppression de la pension pour inaptitude médicale. Le renforcement du rôle des médecins-conseils et des équipes pluridisciplinaires, le soutien complémentaire apporté par les mutualités et le rôle accru joué par le médecin généraliste au travers du dossier médical global constituent également des points positifs.

Le projet de loi prévoit toutefois une répartition déséquilibrée des responsabilités: les patients devront rendre un certificat médical chaque année et les médecins s'exposeront à des amendes pouvant aller jusqu'à 3500 euros par certificat, avec un plafond de 28.000 euros, tandis que la principale mesure concernant les employeurs concerne une augmentation de la prime de reprise du travail qui leur est versée. Cet accent prononcé sur le contrôle et les sanctions à l'encontre des patients et des médecins est disproportionné par rapport aux obligations imposées aux employeurs. Par ailleurs, on ne perçoit pas clairement comment les mesures qui, selon le projet, devraient entrer en vigueur à très court terme, seront mises en œuvre en pratique.

Preventie en vroegtijdige detectie moeten inderdaad een eerste prioriteit vormen, maar het wetsontwerp bevat vrijwel geen maatregelen tegen onder meer werkdruk, burn-out en slechte arbeidsomstandigheden. Psychische aandoeningen en aandoeningen van het bewegingsstelsel maken samen ongeveer twee derde van de langdurige arbeidsongeschiktheid uit en er dient dan ook naar de verantwoordelijkheid van werkgevers te worden gekeken. In andere landen waar werkgevers het loon van zieke werknemers langer blijven doorbetalen, worden zij meer gestimuleerd om gezond werk aan te bieden.

Daarnaast pleit de heer Van Lysebettens voor een sterker re-integratiebeleid bij werkgevers, slechts 12 % van de ondernemingen beschikt immers over een formeel re-integratiebeleid voor langdurig zieken, hoewel dit sinds eind 2022 verplicht is, en 41 % van de bedrijven geeft aan dat aangepast werk niet of nauwelijks mogelijk is. Wanneer aangepaste werkplekken of een uitgewerkt re-integratiebeleid ontbreken, wordt de heractivering van langdurig zieken uiteraard bijzonder moeilijk. Er dient derhalve meer druk te worden uitgeoefend op ondernemingen via afdoende controle en eventueel sancties. De regering dient tevens een duidelijker regelgevend kader uit te werken voor het recht op redelijke aanpassingen voor chronisch zieken.

De verplichting voor arbeidsongeschikt erkende gerechtigden om minstens jaarlijks hun behandelende arts te raadplegen met het oog op een onderzoek van hun arbeidsongeschiktheid dreigt bijkomende administratieve druk op behandelende artsen te leggen; hoe wordt dit praktisch uitgewerkt met aandacht voor een degelijke behandeling en herstel en hoe verloopt de jaarlijkse consultatie gelet op de nu reeds lange wachttijden?

Procesmatig stelt zich het probleem dat men een nieuwe golf van maatregelen uitrolt terwijl de maatregelen van de vorige golf nog niet daadwerkelijk zijn geëvalueerd. Het ontbreekt tevens aan een kwantificering van de verwachte effecten van de nieuwe maatregelen. Er is een algemene doelstelling, vermeld in de beleidsnota, om de groei van het aantal langdurig zieken tegen 2029 met 100.000 te verminderen; wat draagt deze vierde golf daaraan concreet toe?

Hoe kan het beleid voorts verder evolueren naar een mensgericht, rechtvaardig en duurzaam kader voor arbeidsongeschiktheid en participatie?

La prévention et la détection précoce doivent en effet constituer une priorité absolue, mais le projet de loi ne prévoit quasiment aucune mesure visant à lutter contre, notamment, la charge de travail, le burn-out et les mauvaises conditions de travail. Les troubles psychiques et les troubles du système locomoteur représentant ensemble près de deux tiers des incapacités de travail de longue durée, il convient d'examiner la responsabilité des employeurs à cet égard. Dans les pays où les employeurs continuent de verser la rémunération des travailleurs malades pendant une période plus longue, ceux-ci sont davantage incités à offrir des conditions de travail saines.

Par ailleurs, M. Van Lysebettens plaide pour un renforcement de la politique de réintégration menée par les employeurs. En effet, seules 12 % des entreprises disposent d'une politique formelle de réintégration des malades de longue durée, bien que cela soit obligatoire depuis fin 2022, et 41 % des entreprises indiquent qu'il est difficile, voire impossible, de proposer un travail adapté. En l'absence de postes de travail adaptés ou d'une politique de réintégration structurée, il est évidemment difficile de remettre au travail des malades de longue durée. Il convient donc d'exercer une pression accrue sur les entreprises par le biais de contrôles efficaces et de sanctions éventuelles. Le gouvernement doit également élaborer un cadre réglementaire plus clair concernant le droit à des aménagements raisonnables pour les malades chroniques.

L'obligation imposée aux titulaires reconnus en incapacité de travail de consulter au moins une fois par an leur médecin traitant en vue d'une évaluation de leur incapacité de travail risque d'alourdir la charge administrative des médecins traitants; comment cette mesure sera-t-elle mise en œuvre concrètement tout en veillant à assurer une prise en charge et un rétablissement adéquats, et comment se déroulera la consultation annuelle compte tenu des délais d'attente déjà longs?

En ce qui concerne la procédure, le problème réside dans le fait qu'une nouvelle vague de mesures est mise en place alors que les mesures de la vague précédente n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation effective. Une quantification des effets attendus des nouvelles mesures fait également défaut. La note de politique générale mentionne un objectif général visant à réduire de 100.000, d'ici à 2029, l'augmentation du nombre de malades de longue durée; comment cette quatrième vague contribuera-t-elle concrètement à cet objectif?

Comment la politique menée peut-elle, par ailleurs, évoluer vers un cadre plus humain, plus juste et plus durable en matière d'incapacité de travail et de participation?

Mevrouw Irina De Knop (Anders.) erkent dat België over een uitstekend zorgsysteem beschikt en dat zieke mensen bescherming verdienen, maar door de sterke toename van het aantal langdurig zieken lopen de uitgaven op tot 10,6 miljard euro. De vierde hervormingsgolf van de regering dreigt te weinig en te laat te zijn; hoeveel van de voor 2026 verwachte opbrengst van 202 miljoen euro werd inmiddels daadwerkelijk gerealiseerd?

In het wetsontwerp wordt de behandelende arts poortwachter van de sociale zekerheid terwijl die arts met de patiënt een vertrouwensrelatie heeft. Dit leidt tot bijkomende administratie, extra consultaties en automatische verlengingen zonder werkelijke onafhankelijke beoordeling. Waarom kiest de minister niet voor een onafhankelijke medische beoordeling op basis van uniforme, wetenschappelijk onderbouwde criteria? Het komt erop aan om mensen die nog arbeidspotentieel hebben, opnieuw perspectief te geven op werk.

De ziekenfondsen krijgen vanaf 2028 jaarlijks 17 miljoen euro extra bovenop hun bestaande werkingsmiddelen; waarom wordt van de ziekenfondsen niet dezelfde efficiëntie- en besparingsinspanningen verlangd als van ondernemingen, organisaties en burgers? Die combinatie van dienstverlening aan de leden en medische controle van hun uitkeringen is betwistbaar; een onafhankelijke beoordeling van langdurig zieken, zoals N-VA trouwens zelf reeds bepleitte, zou veel beter zijn.

Het wetsontwerp bevat weliswaar ook positieve maatregelen zoals de verhoging van de werkhervattingspremie tot 3000 euro, de uitbreiding van het Terug-naar-werkfonds en de strengere aanpak van frauduleuze ziekteattesten; wat zijn echter de concrete resultaten van die maatregelen? Waarom wordt begeleiding pas vanaf de zevende maand toegankelijk en niet van zodra duidelijk is dat een terugkeer naar de oorspronkelijke werkgever niet mogelijk is?

Wie daadwerkelijk ziek is, verdient bescherming; wie opnieuw kan werken, verdient begeleiding en kansen en wie een uitkering ontvangt, moet objectief en onafhankelijk worden beoordeeld. Een echte hervorming vereist dan ook een onafhankelijke poortwachter, duidelijke beoordelingscriteria en een beleid dat wordt afgerekend op resultaten.

Mme Irina De Knop (Anders.) reconnaît que la Belgique dispose d'un excellent système de soins de santé et que les personnes malades méritent d'être protégées. Cependant, la forte augmentation du nombre de malades de longue durée fait grimper les dépenses à 10,6 milliards d'euros. La quatrième vague de réformes du gouvernement risque d'être insuffisante et trop tardive; quelle part des 202 millions d'euros de recettes attendues pour 2026 a été effectivement réalisée à ce jour?

Dans le projet de loi, le médecin traitant devient le gardien de l'accès à la sécurité sociale, alors qu'il entretient une relation de confiance avec le patient. Cette situation entraîne une augmentation de la charge administrative et du nombre de consultations, de même que des prolongations automatiques sans véritable évaluation indépendante. Pourquoi le ministre n'opte-t-il pas pour une évaluation médicale indépendante fondée sur des critères uniformes et scientifiquement étayés? L'important est de redonner des perspectives d'emploi aux personnes qui ont encore un potentiel de travail.

À partir de 2028, les mutualités recevront chaque année un montant supplémentaire de 17 millions d'euros en plus de leurs moyens de fonctionnement actuels; pourquoi n'exige-t-on pas des mutualités les mêmes efforts d'efficacité et d'économies que ceux demandés aux entreprises, aux organisations et aux citoyens? Cette combinaison entre la prestation de services aux affiliés et le contrôle médical des allocations de ces derniers est discutable; une évaluation indépendante des malades de longue durée, comme l'a d'ailleurs déjà préconisé la N-VA elle-même, serait de loin préférable.

Certes, le projet de loi à l'examen comporte également plusieurs mesures positives, comme l'augmentation de la prime de reprise du travail à 3000 euros, l'extension du Fonds Retour au Travail et le renforcement de la lutte contre les certificats médicaux frauduleux. Il est toutefois permis de s'interroger sur les résultats concrets de ces mesures. Pourquoi l'accompagnement ne sera-t-il accessible qu'à partir du septième mois et non dès qu'il apparaît clairement qu'un retour chez l'employeur initial ne sera pas possible?

Les personnes effectivement malades doivent bénéficier d'une protection; celles qui sont de nouveau aptes au travail doivent bénéficier d'un accompagnement et se voir offrir des perspectives; enfin, celles qui perçoivent des indemnités doivent faire l'objet d'une évaluation objective et indépendante. Une véritable réforme suppose la mise en place d'un organisme de contrôle indépendant, la définition de critères d'évaluation clairs et une politique évaluée à l'aune des résultats obtenus.

Mevrouw De Knop stelt vervolgens nog een aantal punctuele vragen. Voor welke situaties wenst de regering een kortere maximumduur vast te leggen en zal dat dan gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek? Betreft deze korte termijn één uniforme dan wel verschillende termijnen naargelang de diagnose? Hoeveel bijkomende consultaties zal de jaarlijkse hernieuwing naar verwachting veroorzaken en welke kosten zullen ten laste van de ziekteverzekering zijn? Waarom wordt niet voor een *fitnote* gekozen en hoe wil de regering mogelijk ontwijkingsgedrag met betrekking tot het vrijwillige globale medische dossier voorkomen?

Een aantal essentiële onderdelen van het wetsontwerp moeten bij koninklijke besluit worden uitgewerkt; zijn die ontwerpen intussen al beschikbaar of werden ze besproken in de regering?

De voorgenomen indeling van dossiers bij de ziekenfondsen in een groep A en een groep B geeft aanleiding tot bezorgdheid. Bij de eerste groep zouden de arbeidsongeschiktheid en het resterende arbeidspotentieel inhoudelijk worden onderzocht, terwijl voor de tweede groep automatisch een voorstel tot verdere erkenning aan de Geneeskundige raad voor invaliditeit (GRI) zou worden doorgestuurd; op basis van welke criteria zal deze indeling gebeuren en welke type ziektes zouden tot de tweede groep behoren?

Hoe verhoudt de jaarlijkse controle door de huisarts zich tot de vierjaarlijkse controle door de adviserend arts en welke uniforme en wetenschappelijke beoordelingscriteria worden daarbij toegepast?

Hoeveel middelen zijn momenteel beschikbaar in het Terug-naar-werkfonds, hoeveel vouchers werden sinds de oprichting aangevraagd en toegekend, hoeveel doorverwijzingen waren er door terug-naar-werkcoördinatoren en hoeveel deelnemers hebben na begeleiding daadwerkelijk stappen naar werk gezet? Waarom zijn deze vouchers niet vroeger beschikbaar en waarom worden arbeidsongeschikten met arbeidspotentieel niet automatisch naar begeleiding doorverwezen wanneer werkhervatting bij de huidige werkgever onmogelijk blijkt?

Voorts is het bevreemdend dat de minister burgers en zelfstandige ondernemers extra wil doen betalen of meer wil laten besparen en tegelijkertijd ziekenfondsen nog meer werkingsmiddelen aanbiedt.

Mme De Knop pose ensuite plusieurs questions ponctuelles. Dans quelles situations le gouvernement entend-il fixer une durée maximale plus courte et cette décision reposera-t-elle sur des études scientifiques? Cette durée réduite sera-t-elle uniforme ou variera-t-elle en fonction du diagnostic? Combien de consultations supplémentaires le renouvellement annuel devrait-il entraîner et quels coûts seront à la charge de l'assurance maladie? Pour quelles raisons n'a-t-on pas opté pour un système de note d'aptitude (*fit-note*)? Enfin, quelles mesures le gouvernement entend-il prendre afin de prévenir d'éventuels comportements d'évitement concernant le dossier médical global volontaire?

Plusieurs volets essentiels du projet de loi à l'examen doivent être élaborés par arrêté royal. Ces arrêtés royaux sont-ils déjà disponibles, ou bien ont-ils été examinés au sein du gouvernement?

La répartition envisagée, en un groupe A et en un groupe B, des dossiers gérés par les mutualités suscite des inquiétudes. Dans le premier groupe, l'incapacité de travail et le potentiel de travail résiduel feront l'objet d'une évaluation de fond, alors que les dossiers du second groupe donneront automatiquement lieu à l'envoi d'une proposition de poursuite de la reconnaissance de l'état d'incapacité au Conseil médical de l'invalidité (CMI). Sur la base de quels critères cette répartition aura-t-elle lieu? Et quels types de pathologies relèveraient de ce second groupe?

Comment le contrôle annuel effectué par le médecin généraliste s'articulera-t-il avec le contrôle effectué tous les quatre ans par le médecin-conseil? Quels critères d'évaluation uniformes et scientifiques seront appliqués à cet égard?

Quels moyens sont aujourd'hui disponibles dans le Fonds retour au travail? Depuis la création de ce Fonds, combien de vouchers ont été demandés et accordés? Combien de renvois ont été effectués par des coordinateurs Retour au travail? Combien de participants ont réellement repris le chemin du travail après avoir été accompagnés? Pourquoi ces vouchers ne sont-ils pas disponibles plus rapidement? Pourquoi les personnes en incapacité de travail présentant un potentiel de travail ne sont-elles pas redirigées automatiquement vers l'accompagnement lorsque la reprise du travail auprès de l'employeur actuel n'est pas possible?

L'intervenante s'étonne par ailleurs que le ministre souhaite faire payer davantage les citoyens et les travailleurs indépendants, ou leur imposer davantage d'économies, tout en prévoyant d'encore augmenter les moyens de fonctionnement alloués aux mutualités.

De strengere controle en sancties voor frauduleuze ziekteattesten zijn weliswaar een stap in de goede richting, maar de regering dient wel rekening te houden met de opmerkingen van de Raad van State en de Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA).

Ten slotte is het opmerkelijk dat de aangekondigde responsabiliseringsbijdrage voor de vierde en vijfde maand niet in het wetsontwerp is opgenomen; houdt dit verband met het erg negatieve advies hierover van de Nationale Arbeidsraad (NAR)? Wanneer wil de regering deze maatregel alsnog invoeren of werd die intussen afgevoerd?

Mevrouw Sarah Schlitz (Ecolo-Groen) benadrukt dat de oppositie regelmatig werd verzocht het vierde deel, het terug-naar-werkdeel, af te wachten, dat zogezegd een antwoord zou bieden op de uitdagingen op het vlak van het voorkomen van arbeidsongeschiktheid en de begeleiding van wie ziek is.

Ze is dan ook teleurgesteld over de inhoud van dat deel, dat volgens haar nog steeds een logica blijft volgen waarbij wie ziek is, individueel dient te worden geresponsabiliseerd. In de hervormingen van de regering is uiteindelijk weinig plaats voor het voorkomen van beroepsziekten, voor de systematische invoering van actieplannen en voor de plannen inzake welzijn op het werk. Ze benadrukt hoe belangrijk die elementen zijn, nu er steeds meer gevallen van burn-out en psychische aandoeningen zijn.

Meer investeringen in preventie en in plannen inzake welzijn op het werk zouden mee een antwoord kunnen zijn op de begrotingsuitdagingen van de regering, doordat de uitgaven op de lange termijn zouden verminderen. Een meer op preventie gerichte aanpak zou dan ook vanuit economisch oogpunt relevant kunnen zijn.

Vervolgens gaat mevrouw Schlitz in op de verschillende maatregelen uit het wetsontwerp. De periode waarvoor een primaire arbeidsongeschiktheid kan worden voorgeschreven, wordt reeds tot drie maanden beperkt en het wetsontwerp voorziet erin dat die periode in bepaalde situaties nog kan worden verkort. Enkel bepaalde artsen zullen arbeidsongeschiktheid kunnen voorschrijven en de huisartsen moeten over een globaal medisch dossier van hun patiënt beschikken om ter zake te kunnen optreden.

Er is in een uitzondering voorzien in gevallen van overmacht, die bij koninklijk besluit moeten worden vastgesteld. Ze vraagt de minister of hij al verduidelijking kan geven over de richting die dat koninklijk besluit

Si l'intervenante salue les mesures visant à renforcer les contrôles des certificats médicaux frauduleux et les sanctions applicables aux médecins qui les délivrent, elle souligne que le gouvernement doit néanmoins tenir compte des observations formulées par le Conseil d'État et par l'Autorité de protection des données (APD).

Enfin, l'intervenante s'étonne que la cotisation de responsabilisation annoncée pour les quatrième et cinquième mois ne figure pas dans le projet de loi. Est-ce lié à l'avis très négatif du Conseil national du travail (CNT) à ce sujet? Quand le gouvernement compte-t-il instaurer cette mesure, ou a-t-il déjà abandonné ce projet?

Mme Sarah Schlitz (Ecolo-Groen) souligne que l'opposition a régulièrement été invitée à attendre ce quatrième volet "retour au travail", présenté comme devant répondre aux enjeux de prévention et d'accompagnement des personnes malades.

L'intervenante se dit dès lors déçue du contenu de ce volet, qui lui semble continuer à privilégier une logique de responsabilisation individuelle des personnes malades. Les réformes du gouvernement accordent finalement peu de place à la prévention des maladies professionnelles, à la mise en place systématique de plans d'action et aux plans de bien-être au travail. Elle souligne l'importance de ces enjeux au regard de l'augmentation des cas de burn-out et de maladies mentales.

Un investissement accru dans la prévention et dans des plans de bien-être au travail pourrait également contribuer à répondre aux enjeux budgétaires du gouvernement, en permettant de réduire les dépenses à long terme. Dès lors, une approche davantage axée sur la prévention pourrait être pertinente d'un point de vue économique.

Mme Schlitz aborde ensuite les différentes mesures prévues par le projet de loi. La possibilité de prescrire une première incapacité de travail est déjà limitée à trois mois et le projet prévoit de permettre, dans certaines situations, de réduire encore cette durée. La possibilité de prescrire une incapacité est limitée à certains médecins et les médecins généralistes doivent disposer d'un dossier médical global pour pouvoir intervenir dans ce cadre.

Une exception est prévue en cas de force majeure: les situations concernées doivent être définies par arrêté royal. L'intervenante demande au ministre s'il peut déjà préciser l'orientation envisagée pour cet arrêté royal,

zal uitgaan, aangezien het wetsontwerp op dat punt te vaag blijft om er een duidelijk standpunt over te kunnen innemen.

Vervolgens gaat ze in op de verscherpte opvolging door de ziekenfondsen, die een groot aantal extra dossiers zullen moeten behandelen en die de invaliditeitsstatus van de betrokkenen wellicht systematischer zullen moeten herevalueren. Mevrouw Schlitz wijst erop dat de ziekenfondsen de dossiers immers in twee groepen zullen moeten indelen op basis van de criteria die bij koninklijk besluit zullen worden vastgesteld. Ze vraagt de minister om ten behoeve van een concreet begrip van hoe de regeling zal worden toegepast, ten minste één voorbeeld van een criterium te geven.

Vervolgens komt mevrouw Schlitz terug op de aanscherping van de sancties tegen de zogenaamde welwillendheidsgetuigschriften. Volgens haar is dat een sterke term en kan die voor problemen zorgen, aangezien hij niet in het ontwerp wordt gedefinieerd. Ze vraagt dan ook om een exacte definitie van wat de regering onder "welwillendheidsgetuigschrift" verstaat. Ze wijst er voorts op dat het Sociaal Strafwetboek reeds in sancties voorziet en vraagt welke meerwaarde de voorgestelde nieuwe maatregel inhoudt.

Vervolgens gaat mevrouw Schlitz in op de maatregelen die worden voorgesteld als tegengewicht voor die nieuwe verplichtingen en sancties. Ten eerste wijst ze op de verhoging van de premie voor werkgevers die een arbeidsongeschikte in dienst nemen of die een werknemer zijn werkzaamheden binnen het bedrijf laten hervatten; die premie stijgt van 1750 naar 3000 euro.

Ten tweede wijst ze op de uitgebreide toegangsmogelijkheden tot het Terug-naar-werkfonds, waardoor wie zijn ongeschiktheids- of invaliditeitsstatuut verloren heeft, op meer gespecialiseerde begeleiding aanspraak kan maken.

Ten derde wijst ze op de stijging van de aan de ziekteverzekeringskassen toegekende administratiekosten. Ze vindt dat dat maatregelenpakket niet alle vragen van haar fractie beantwoordt.

Zo benadrukt ze dat met name de ziekteverzekeringskassen extra administratieve middelen nodig zullen hebben vanwege de vele dossiers die ze in het kader van het wetsontwerp zullen moeten verwerken. Zo zouden volgens haar 218.000 dossiers tegen het einde van het jaar 2029 opnieuw moeten worden onderzocht.

Ze maakt tevens voorbehoud jegens de aan de werkgevers toegekende premie. Ze stelt vast dat die premie

considérant que le projet de loi reste trop vague sur ce point pour permettre de se positionner clairement.

Elle aborde ensuite le suivi renforcé des mutualités, qui devront traiter un nombre important de dossiers supplémentaires et qui seraient amenées à réévaluer plus systématiquement le statut d'invalidité des personnes concernées. Mme Schlitz relève que les mutualités devront notamment répartir les dossiers entre deux groupes selon des critères qui seront définis par arrêté royal. Elle demande au ministre de fournir au moins un exemple de critère permettant de comprendre concrètement la manière dont ce dispositif sera appliqué.

L'intervenante revient ensuite sur le renforcement des sanctions applicables aux certificats dits de complaisance. Elle estime que cette notion est forte et potentiellement problématique dès lors qu'elle n'est pas définie dans le projet. Elle demande dès lors une définition précise de ce que le gouvernement entend par "certificat de complaisance". L'intervenante relève par ailleurs que des sanctions existent déjà dans le Code pénal social et demande quelle est la plus-value de la nouvelle mesure proposée.

Mme Schlitz examine ensuite les mesures présentées comme permettant de contrebalancer ces nouvelles obligations et sanctions. Elle relève, premièrement, l'augmentation de la prime accordée aux employeurs qui engagent une personne en invalidité ou permettent à un travailleur de reprendre une activité au sein de l'entreprise, cette prime passant de 1750 à 3000 euros.

Deuxièmement, l'intervenante mentionne l'élargissement des possibilités d'accès au Fonds retour au travail, qui permet aux personnes ayant perdu leur statut d'incapacité ou d'invalidité de bénéficier d'un accompagnement plus spécialisé.

Troisièmement, elle relève l'augmentation des frais d'administration accordés aux caisses d'assurance maladie. Elle estime toutefois que cet ensemble de mesures ne permet pas de répondre à toutes les interrogations de son groupe.

L'intervenante souligne notamment que les caisses d'assurance maladie auront besoin de moyens administratifs supplémentaires en raison du nombre important de dossiers qu'elles devront traiter dans le cadre du projet de loi. Elle cite à cet égard le chiffre de 218.000 dossiers qui devront être réexaminés d'ici la fin de l'année 2029.

Elle exprime également des réserves concernant la prime accordée aux employeurs. Elle constate que celle-ci

geen rechtstreeks verband lijkt te houden met het feit of de zieke werknemer al dan niet wordt begeleid, er al dan niet redelijke aanpassingen worden doorgevoerd of in een passende opvolging wordt voorzien. Ze vraagt zich dan ook af wat precies het doel van die premie is.

Mevrouw Schlitz wil het tot slot nogmaals hebben over preventie; volgens haar een van de drie aangekondigde speerpunten van dat vierde deel. Ze stelt echter vast dat het wetsontwerp geen enkele concrete maatregel ter zake bevat en verzoekt de minister of hij zijn plannen op het vlak van preventie kan verduidelijken.

Ter afronding van haar bijdrage vraagt ze naar het tijdschema voor de inwerkingtreding van het wetsontwerp. Ze wijst erop dat de meeste hoofdstukken vanaf 1 november 2026 in werking moeten treden, wat ze kort dag vindt. Ze vraagt de minister hoe de regering te werk zal gaan om de maatregelen binnen een dergelijke korte termijn ten uitvoer te leggen.

B. **Antwoorden van de minister**

De heer Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, antwoordt dat de bijkomende 17 miljoen euro, die wordt vrijgemaakt voor de ondersteuning van de extra activiteiten van de adviserend artsen en hun teams binnen de ziekenfondsen, pas definitief wordt toegekend wanneer de betrokken Landsbond, na afloop van het dienstjaar, met een gedetailleerd register aantoont dat de middelen daadwerkelijk dienen voor de bezoldiging van bijkomend aangeworven adviserend artsen en medewerkers van het multidisciplinaire team. Die extra capaciteit moet de opvolging van mensen in invaliditeit en hun terugkeer naar het werk ondersteunen. De ziekenfondsen moeten het gebruik van de middelen nauwkeurig administratief opvolgen. De minister erkent dat dit een aanzienlijke inspanning vergt, maar wil er zeker van zijn dat het geld de beoogde bestemming bereikt.

Vervolgens verduidelijkt hij de verhouding tussen de nieuwe herbeoordelingen en de periodieke controles die eerder zijn ingevoerd. In 2023 werd beslist om vanaf 2024 nieuwe instromers na één, twee of vijf jaar opnieuw te controleren. Die maatregel kwam er omdat mensen soms in het systeem bleven tot aan hun pensioen, wat onaanvaardbaar is. De huidige herbeoordeling richt zich ook op mensen die al lange tijd arbeidsongeschikt zijn en nog niet in dat systeem van periodieke controles zitten. De bedoeling is om ook hen in een vast ritme te brengen, met controles na één, twee of vier jaar. De nieuwe operatie komt dus bovenop de periodieke evaluaties die al voor andere groepen gelden. De ziekenfondsen moeten de betrokkenen dan ook niet alleen gespreid

ne semble pas directement liée à l'accompagnement du travailleur malade, à la mise en place d'aménagements raisonnables ou à un suivi adapté. Elle demande dès lors quelle est précisément la finalité de cette prime.

Mme Schlitz revient enfin sur la prévention, qu'elle identifie comme l'un des trois axes annoncés pour ce quatrième volet. Elle constate toutefois que le projet de loi ne contient aucune mesure concrète en la matière et demande au ministre de préciser ses intentions concernant la prévention.

Pour terminer, elle s'interroge sur le calendrier d'entrée en vigueur du projet. Elle relève que la plupart des chapitres doivent entrer en vigueur dès le 1er novembre 2026 et estime ce délai particulièrement court. Elle demande au ministre comment le gouvernement compte procéder pour assurer la mise en œuvre des mesures dans un délai aussi rapproché.

B. **Réponses du ministre**

M. Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, répond que les 17 millions d'euros supplémentaires prévus pour soutenir les activités additionnelles des médecins-conseils et de leurs équipes au sein des mutualités ne seront définitivement alloués qu'à la condition que l'union nationale demandeuse démontre, à la fin de l'année d'exercice concernée, au moyen d'un registre détaillé, que le montant alloué a effectivement été utilisé pour la rémunération de médecins-conseils et de collaborateurs supplémentaires au sein de l'équipe multidisciplinaire. Cette capacité additionnelle doit permettre d'améliorer le suivi des personnes en situation d'invalidité ainsi que leur retour à l'emploi. Les mutualités devront assurer un suivi administratif précis de l'utilisation de ces moyens. Le ministre reconnaît que cela nécessitera des efforts importants, mais il entend s'assurer de la bonne affectation des moyens concernés.

Le ministre précise ensuite les liens entre les réévaluations prévues par le projet de loi et les contrôles périodiques instaurés antérieurement. En 2023, il a été décidé qu'à partir de 2024, les entrants dans le régime feraient l'objet d'un nouveau contrôle après un, deux ou cinq ans. Cette mesure a été prise parce que certaines personnes bénéficiaient du système jusqu'à la pension, ce qui est inacceptable. La réévaluation actuellement prévue concernera également les personnes qui sont en incapacité de travail depuis une longue période et qui ne relèvent pas encore de ce système de contrôles périodiques. L'objectif est de les intégrer, elles aussi, dans un cycle fixe de contrôles après un, deux ou quatre ans. Cette nouvelle opération s'ajoutera donc aux

over meerdere jaren uitnodigen, maar hen ook opnemen in een systeem van systematische herbeoordeling. Dat brengt extra werk met zich mee, maar volgens de minister gaat het om noodzakelijke inspanningen. Daarom krijgen de ziekenfondsen ook bijkomende middelen. Het gebruik daarvan zal zorgvuldig worden gecontroleerd.

Terecht werd de aandacht gevestigd op het belang van preventie. Niet alle preventieve maatregelen moeten echter in wetgeving worden opgenomen. Zo zijn er het plan tegen burn-out en de inzet van middelen binnen de conventie voor eerstelijnspsychologische zorg, waarvoor geen nieuwe wetgeving nodig is. Ze moeten vooral daadwerkelijk worden uitgevoerd. Niettemin bevat ook het voorliggende wetsontwerp maatregelen die problemen vroeger helpen opsporen en voorkomen dat ze escaleren. Wanneer de adviserend arts na zes weken meer medische informatie ontvangt, kan die de situatie sneller en correcter inschatten en gepast advies geven. Ook de openstelling van het Terug-naar-werkfonds vanaf zes maanden arbeidsongeschiktheid past in die preventieve aanpak. Die ondersteuning kan al starten vóór iemand in invaliditeit terechtkomt. Daarnaast wil de minister werkgevers die aangepast werk aanbieden, een hogere premie toekennen.

Een ander deel van het preventiebeleid betreft de werkvloer, werkbaar werk en dergelijke, die onder de welzijnswetgeving vallen. Dat is belangrijk, maar valt onder de bevoegdheid van de minister van Werk, die hierover kan worden ondervraagd.

De minister geeft vervolgens meer uitleg over de situaties van overmacht waarin een huisarts geen globaal medisch dossier (GMD) moet hebben om een attest te kunnen afleveren. Een koninklijk besluit zal verschillende concrete gevallen omschrijven.

Een eerste situatie betreft een raadpleging in een groepspraktijk waar de huisarts die het GMD beheert, deel van uitmaakt, maar die niet als groepering van huisartsen bij het RIZIV geregistreerd staat. In zo'n praktijk kunnen de collega's toegang hebben tot het medisch dossier. Een tweede situatie betreft een raadpleging tijdens een huisartsenwachtdienst. Een derde voorbeeld is een raadpleging op de spoedgevallendienst. Ook wanneer de huisarts die het GMD beheert om professionele of persoonlijke redenen afwezig is, kan een uitzondering gelden. Daarnaast komt er een algemene definitie van

évaluations périodiques qui s'appliquent déjà à d'autres catégories de bénéficiaires. Les mutualités devront dès lors non seulement convoquer les personnes visées de manière échelonnée sur plusieurs années, mais aussi les intégrer dans un schéma de réévaluation systématique. Cela entraînera un surcroît de travail, mais le ministre estime qu'il s'agit d'un effort nécessaire. C'est pourquoi des moyens supplémentaires seront alloués aux mutualités. L'utilisation de ces moyens fera l'objet d'un contrôle rigoureux.

Il a été dit à juste titre que la prévention a une grande importance. Cependant, toutes les mesures préventives ne doivent pas être prévues par la loi. Par exemple, le plan de lutte contre le burn-out et les moyens prévus pour la convention relative aux soins psychologiques de première ligne ne requièrent aucune nouvelle intervention législative. Ces mesures doivent surtout être effectivement mises en œuvre. Le projet de loi à l'examen prévoit néanmoins aussi des mesures qui visent à détecter plus précocement les difficultés et à éviter qu'elles s'aggravent. Si le médecin-conseil reçoit davantage d'informations médicales après six semaines, il pourra évaluer plus rapidement et plus correctement la situation, et rendre un avis adéquat. L'intervention du Fonds Retour au travail après six mois d'incapacité s'inscrit également dans cette approche préventive. Cet accompagnement pourra commencer avant que l'intéressé soit reconnu en invalidité. Par ailleurs, le ministre souhaite accorder une prime plus élevée aux employeurs qui proposent un travail adapté.

Un autre volet de la politique de prévention concerne le lieu de travail, le travail faisable et les matières connexes, qui relèvent de la législation relative au bien-être au travail. Ces questions sont importantes, mais elles relèvent des compétences du ministre de l'Emploi, qui peut être interrogé à ce sujet.

Le ministre précise ensuite les situations de force majeure dans lesquelles le médecin généraliste pourra délivrer un certificat médical sans disposer d'un dossier médical global (DMG). Plusieurs cas concrets seront exposés dans un arrêté royal.

Une première situation concerne les consultations dans un cabinet collectif dont fait partie le médecin généraliste gérant le DMG, mais qui n'est pas enregistré auprès de l'INAMI en tant que groupement de médecins généralistes. Dans ce type de structure, les autres médecins du cabinet peuvent avoir accès au dossier médical du patient. Une deuxième situation vise les consultations dans le cadre d'un service de garde de médecine générale. Un troisième cas concerne les consultations aux urgences. Une exception pourra également être faite lorsque le médecin généraliste qui gère

overmacht. Die omvat onvoorzienbare of onvermijdbare gebeurtenissen die onafhankelijk zijn van de wil van de patiënt of de huisarts.

De minister deelt de bezorgdheid over mensen met ernstige aandoeningen. Wie een blijvende aandoening heeft, mag niet zonder reden in een administratieve procedure terechtkomen. Daarom bevat het wetsontwerp verschillende uitzonderingen. Artikel 8 bepaalt dat niet altijd een fysiek contact nodig is. Voor mensen met zeer ernstige letsels kan een erkenning tot aan de pensioenleeftijd gelden. Artikel 4 machtigt de Koning bovendien om te bepalen wie geen jaarlijks attest moet indienen. Het ontwerp van koninklijk besluit maakt van die mogelijkheid gebruik. Mensen die op een correcte en legitieme manier tot aan hun pensioen erkend zijn volgens de nieuwe, strengere criteria, vormen een uitzonderingsgroep binnen de jaarlijkse controlecyclus.

De minister erkent dat huisartsen onder druk staan en dat het wetsontwerp een bijkomende focus in hun werk vraagt. Toch blijkt uit de beschikbare gegevens dat langdurig zieke patiënten hun behandelend arts, vaak de huisarts, minstens eenmaal per jaar zien.

Het gaat dus niet noodzakelijk om een extra afspraak of consultatie. De bedoeling is vooral om tijdens de bestaande raadplegingen ook uitdrukkelijk stil te staan bij werk en mogelijke werkhervatting, naast de ziekte en de medicatie. Dat aspect werd uitgebreid besproken met artsen in de werkgroep over de rol van de behandelend arts. De minister heeft de indruk dat de geraadpleegde artsen die benadering begrijpen. Ook de verzekeringsinstellingen moeten bijkomende middelen krijgen om hun taken uit te voeren.

De minister reageert vervolgens op de bezorgdheid over mogelijke sancties bij het onterecht afleveren van medische attesten. Hij begrijpt dat de regeling vragen oproept, maar benadrukt dat een vaststelling door een sociaal inspecteur van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) niet automatisch tot een sanctie leidt.

le DMG est absent pour des raisons professionnelles ou personnelles. Par ailleurs, une définition générale de la notion de force majeure sera introduite. Celle-ci englobe les événements imprévisibles ou inévitables indépendants de la volonté du patient ou du médecin généraliste.

Le ministre indique partager les préoccupations à l'égard des personnes atteintes d'affections graves. Une personne souffrant d'une affection permanente ne peut se retrouver, sans raison, confrontée à une procédure administrative. C'est pourquoi le projet de loi prévoit plusieurs exceptions. L'article 8 dispose qu'un contact physique ne sera pas systématiquement requis. Pour les personnes présentant des lésions très graves, la reconnaissance pourra être conservée jusqu'à l'âge de la pension. L'article 4 habilite en outre le Roi à déterminer les catégories de personnes dispensées de l'obligation de fournir chaque année un certificat. Le projet d'arrêté royal fait usage de cette possibilité. Ainsi, les personnes dont la reconnaissance a été établie de manière régulière et légitime jusqu'à l'âge de la pension sur la base des nouveaux critères plus stricts seront dispensées du contrôle annuel.

Le ministre reconnaît que les médecins généralistes sont sous pression et que la loi en projet requerra une attention supplémentaire dans le cadre de leur travail. Les données disponibles montrent néanmoins que les patients en incapacité de travail de longue durée consultent leur médecin traitant, souvent leur médecin généraliste, au moins une fois par an.

Par conséquent, il ne s'agira pas nécessairement de prévoir un rendez-vous ou une consultation supplémentaire, mais avant tout d'aborder explicitement, lors des consultations déjà programmées, les questions liées au travail et à la reprise éventuelle de celui-ci, en plus du volet relatif à la maladie et aux traitements médicamenteux. Cette question a fait l'objet d'échanges approfondis avec les médecins au sein du groupe de travail consacré au rôle du médecin traitant. De l'avis du ministre, les médecins consultés ont compris l'approche envisagée. Les organismes assureurs doivent également pouvoir disposer de moyens supplémentaires pour effectuer leurs tâches.

Le ministre répond ensuite aux inquiétudes concernant d'éventuelles sanctions en cas de délivrance injustifiée de certificats médicaux. Il comprend que cette réglementation peut soulever certaines interrogations, mais souligne que le constat établi par un inspecteur social du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) ne donnera pas automatiquement lieu à une sanction.

De inspecteur bezorgt de vaststelling in eerste instantie aan het arbeidsauditoraat. Als dat niet optreedt, kan een administratieve procedure volgen. De zorgverlener krijgt dan de mogelijkheid om zich te verdedigen. Pas nadat het volledige dossier is onderzocht, neemt de leidend ambtenaar van de DGEC een beslissing. Tegen die beslissing kan de zorgverlener beroep instellen bij de arbeidsrechtbank. De voorziene sanctie is een administratieve geldboete. De wet bepaalt een vork waarbinnen de boete kan worden vastgesteld, zodat rekening kan worden gehouden met de concrete omstandigheden van elk dossier.

Het is dus niet de bedoeling dat een inspecteur ter plaatse een sanctie oplegt. De minister benadrukt dat hij geen klimaat creëren waarin artsen voortdurend met sancties worden bedreigd. Het gaat om het bewaken van duidelijke grenzen bij manifest frauduleus gedrag, niet om het bestraffen van uiteenlopende medische beoordelingen. De minister benadrukt dat fraude moet worden aangetoond.

De DGEC zal de databank GAOCIT niet gebruiken voor de controleopdracht die het wetsontwerp omschrijft. Ook de Gegevensbeschermingsautoriteit heeft daar uitdrukkelijk aandacht voor gevraagd. De bewijslast voor de DGEC zal niet eenvoudig zijn. Een sociaal inspecteur kan niet zomaar een inbreuk vaststellen zonder over de noodzakelijke elementen te beschikken. Bij twijfel of onvoldoende bewijs zal geen inbreuk worden aangevoerd.

De minister begrijpt dat artsen ongerust zijn over de nieuwe regeling en sommige elementen onduidelijk vinden. De regering probeert daarom in dialoog met de artsen duidelijker af te bakenen wat de regeling inhoudt. Vandaag reeds echter bevat de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging al een definitie van het arbeidspotentieel. Een afwijkende medische beoordeling wordt uitdrukkelijk niet gelijkgesteld met fraude. Fraude kan bijvoorbeeld aan de orde zijn wanneer een arts een attest aflevert zonder de patiënt te hebben gezien of daarvoor een bijkomende betaling vraagt. De minister beweert niet dat zulke gevallen vaak voorkomen, maar is van oordeel dat elk geval het vertrouwen in het solidaire zorgsysteem schaadt.

De Gegevensbeschermingsautoriteit meent dat de toegang tot medische dossiers onvoldoende duidelijk is afgebakend en dat ook de motivering verder moet worden verduidelijkt. De minister wijst erop dat de toegang voor de artsen van de uitkeringsdienst en de leden van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit heel beperkt is. Het wetsontwerp stelt uitdrukkelijk dat de adviserend

L'inspecteur transmettra dans un premier temps son constat à l'auditorat du travail. Si celui-ci n'y donne pas suite, une procédure administrative pourra s'ouvrir. Le prestataire de soins aura alors la possibilité de se défendre. Ce n'est qu'après examen de l'ensemble du dossier que le fonctionnaire dirigeant du SECM rendra une décision. Le prestataire de soins pourra faire appel de cette décision devant le tribunal du travail. La sanction prévue est une amende administrative. La loi fixe la fourchette dans laquelle le montant de l'amende peut être fixée, afin de pouvoir tenir compte des circonstances concrètes de chaque dossier.

L'objectif n'est donc pas qu'un inspecteur inflige une sanction sur place. Le ministre souligne qu'il ne souhaite pas créer de climat où les médecins seraient constamment menacés de sanctions. Il s'agit de veiller au respect de limites claires en cas de comportement manifestement frauduleux, et non de sanctionner des évaluations médicales divergentes. Le ministre insiste sur le fait que la fraude devra être démontrée.

Le SECM n'utilisera pas la base de données GAOCIT dans le cadre de la mission de contrôle prévue par le projet de loi. L'Autorité de protection des données a également insisté expressément sur ce point. La charge de la preuve ne sera pas aisée pour le SECM. Un inspecteur social ne pourra pas constater d'infraction sans disposer des éléments nécessaires. En cas de doute ou de preuves insuffisantes, aucune infraction ne sera alléguée.

Le ministre comprend que les médecins s'inquiètent de la nouvelle réglementation et trouvent que certains éléments ne sont pas clairs. Le gouvernement s'efforce donc, en concertation avec eux, de préciser davantage la portée de cette réglementation. Cependant, la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé définit déjà la notion de potentiel de travail. Le ministre souligne expressément qu'une évaluation médicale divergente ne sera pas assimilée à de la fraude. Il pourra par exemple y avoir fraude lorsqu'un médecin délivre un certificat sans avoir examiné le patient ou lorsqu'il demande un paiement supplémentaire en contrepartie de ce certificat. Le ministre ne prétend pas que ces pratiques soient fréquentes, mais estime que chaque acte de cette nature entame la confiance dans notre système de soins solidaire.

L'Autorité de protection des données estime que l'accès aux dossiers médicaux n'est pas délimité de manière suffisamment claire et que la motivation doit également être précisée. Le ministre souligne que l'accès des médecins du service des indemnités et des membres du Conseil médical de l'invalidité sera très limité. Le projet de loi à l'examen dispose expressément

arts of de medewerker van het multidisciplinaire team de betrokken gegevens uitsluitend mag gebruiken voor de evaluatie en opvolging van de arbeidsongeschiktheid, en niet voor andere doeleinden. Deze beperking is een essentieel onderdeel van de regeling.

Wat de verhoging van de werkhervattingspremie tot 3000 euro, het aantal werkgevers dat premie al heeft aangevraagd en hoe vaak dat tot een duurzame werkhervatting heeft geleid, stelt de minister voor dat hierover een schriftelijke vraag wordt gesteld. Zo kan de administratie de nodige gegevens verzamelen en de resultaten zorgvuldig in kaart brengen.

De solidariteitsbijdrage voor werkgevers bij afwezigheid tijdens de vierde en vijfde maand maakt deel uit van een ander wetsontwerp. Die maatregel volgt een afzonderlijk traject. De opbrengst van de nieuwe bijdrage vloeit integraal terug naar de bedrijven. Omdat de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ) bij die regeling een belangrijke rol speelt, is gekozen voor een ander administratief en wetgevend traject dan dat van de ziekteverzekering. De maatregel wordt momenteel verder uitgewerkt.

De minister gaat ook in op de vraag of de ziekenfondsen meer middelen moeten krijgen of hun rol moet worden herzien. Artikel 15 van het wetsontwerp kent hun extra middelen toe met een duidelijk doel: bijkomende adviserend artsen en medewerkers aanwerven om het vooropgestelde aantal mensen in invaliditeit opnieuw te beoordelen. Het gaat niet om een beloning voor een groter aantal zieken, maar om de financiering van extra capaciteit om de arbeidsongeschiktheid opnieuw te beoordelen. De middelen dienen specifiek om na te gaan of iemand nog arbeidsongeschikt is. De ziekenfondsen moeten achteraf met een register aantonen dat ze het geld daarvoor hebben gebruikt.

De afschaffing van de ziekenfondsen vormt geen onderdeel van deze discussie. Zij voeren de bijkomende herbeoordelingen uit en spelen daarin een cruciale rol. De regering voorziet de nodige mensen en middelen en verwacht concrete resultaten. Bovendien bevat de financiering van de administratiekosten van de ziekenfondsen een variabel gedeelte dat hen responsabiliseert op basis van de resultaten. Dat variabele gedeelte wordt verder uitgebreid.

Het Terug-naar-werkfonds wordt niet gefinancierd met de opbrengst van de solidariteitsbijdragen op uitkeringen. Het ontvangt middelen uit een specifieke bijdrage die werkgevers betalen wanneer zij de arbeidsovereenkomst beëindigen wegens medische overmacht. Het aantal

que le médecin-conseil ou le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire ne pourra utiliser les données concernées que pour l'évaluation et le suivi de l'incapacité de travail, et pas à d'autres fins. Cette restriction constitue un élément essentiel du dispositif.

En ce qui concerne le relèvement de la prime de reprise du travail à 3000 euros, le nombre d'employeurs ayant déjà demandé cette prime et la fréquence à laquelle cela a conduit à une reprise durable du travail, le ministre propose de poser une question écrite à ce sujet, afin que l'administration puisse recueillir les données nécessaires et analyser minutieusement les résultats.

La cotisation de solidarité à charge des employeurs en cas d'absence au cours des quatrième et cinquième mois est intégrée dans un autre projet de loi. Cette mesure fait l'objet d'une procédure distincte. Le produit de cette nouvelle cotisation sera intégralement reversé aux entreprises. Étant donné que l'Office national de sécurité sociale (ONSS) joue un rôle important dans ce dispositif, il a été décidé de suivre une procédure administrative et législative différente de celle suivie pour l'assurance maladie. La mesure est en cours d'élaboration.

Le ministre aborde ensuite la question de savoir si les mutualités doivent bénéficier de moyens supplémentaires ou si leur rôle doit être revu. L'article 15 du projet de loi leur accorde des moyens supplémentaires dans un but bien précis: recruter des médecins-conseils et des collaborateurs supplémentaires afin de procéder à la réévaluation du nombre prévu de personnes en invalidité. Il ne s'agit pas de récompenser l'augmentation du nombre de malades, mais de financer des capacités supplémentaires afin de réévaluer l'incapacité de travail. Ces moyens serviront spécifiquement à vérifier si les personnes concernées sont encore incapables de travailler. Les mutualités devront tenir un registre pour pouvoir démontrer qu'elles ont utilisé ces fonds à cette fin.

La question de la suppression des mutualités n'est pas abordée dans le cadre de la présente discussion. Ce sont elles qui procéderont aux réévaluations supplémentaires et, à ce titre, elles joueront un rôle essentiel. Le gouvernement prévoit le personnel et les moyens nécessaires et attend des résultats concrets. En outre, le financement des frais d'administration des mutualités comprend une partie variable afin de les responsabiliser en fonction de leurs résultats. Cette partie variable sera encore étendue.

Le Fonds Retour au Travail n'est pas financé par le produit des cotisations de solidarité prélevées sur les indemnités. Il est alimenté par une cotisation spécifique versée par les employeurs lorsqu'ils résilient un contrat de travail pour cause de force majeure médicale. Le

aanvragen bij het fonds neemt toe. Om een goede dienstverlening te blijven garanderen, vindt de minister het logisch om de maximale tussenkomst aan te passen aan de stijgende levensduurte.

De minister geeft aan dat de ministerraad op 16 oktober verschillende ontwerpen van koninklijk besluit heeft goedgekeurd om de maatregelen uit het wetsontwerp uit te voeren.

Op de vraag hoeveel minder langdurig zieken er tegen het einde van de legislatuur zullen zijn, verwijst de minister naar de prognoses die hij in zijn inleiding heeft toegelicht. Die prognoses zijn bemoedigender dan bij het begin van de legislatuur. Ze wijzen op een verschil van 122.000 langdurig zieken in de gewenste richting. De minister benadrukt dat voorzichtigheid nodig blijft, omdat het om prognoses gaat die gebaseerd zijn op de huidige ontwikkelingen. Toch beschouwt hij de resultaten als een aanmoediging om het ingeslagen beleid voort te zetten.

De heer Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, gaat in op de opmerking van de heer Bacquelaine over de ziekenfondsen. De regering blijft ervan overtuigd dat de ziekenfondsen deze hervorming, in samenwerking met de regering, kunnen doorvoeren. Zulks vereist een expliciete koersbepaling in die richting. De ziekenfondsen hebben echter al bewezen dat ze die opdracht aankunnen. Zo hebben ze 218.000 dossiers kunnen controleren.

De ziekenfondsen kunnen dat echter niet alleen voor elkaar krijgen. Elke betrokken partij zal haar verantwoordelijkheid moeten nemen: het RIZIV, de artsen, de mensen zelf, de werkgevers en de organisaties die mensen naar werk begeleiden.

Met betrekking tot de vragen over het Terug -naar-werkfonds benadrukt de minister dat, naast de gebruikelijke aanpassingen van de informatie op de verschillende websites, de verschillende terug-naar-werkcoördinatoren zullen worden gesensibiliseerd met betrekking tot die verruimde mogelijkheid. Ze zullen daarmee rekening kunnen houden bij contactmomenten met de verzekerden.

Met betrekking tot de vraag over de termijn voor de inwerkingtreding van de maatregelen wijst de minister erop dat de verschillende ontwerpen van koninklijke besluiten inmiddels zijn opgesteld. Nadat dit wetsontwerp is aangenomen, zullen de betrokken ontwerpen voor advies worden voorgelegd aan de Raad van State. De minister verwacht dat de verschillende maatregelen op 1 februari 2027 volledig in voege zullen zijn.

nombre de demandes adressées au fonds est en hausse. Afin de continuer à garantir un service de qualité, le ministre estime qu'il est logique d'adapter le plafond de l'intervention à l'augmentation du coût de la vie.

Le ministre indique que le Conseil des ministres a approuvé, le 16 octobre dernier, plusieurs projets d'arrêtés royaux visant à mettre en œuvre les mesures du projet de loi à l'examen.

À la question de savoir de combien diminuera le nombre de malades de longue durée d'ici la fin de la législature, le ministre renvoie aux prévisions qu'il a données au cours de son exposé introductif. Ces prévisions sont plus encourageantes qu'en début de législature. Elles font apparaître un écart favorable de 122.000 malades de longue durée. Le ministre souligne toutefois que la prudence est de mise, car il s'agit de prévisions fondées sur les tendances actuelles. Il considère néanmoins ces résultats comme un encouragement à poursuivre la politique actuelle.

M. Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté, en vient à la remarque de M. Bacquelaine relative aux mutualités. Le gouvernement reste convaincu que les mutualités peuvent porter cette réforme, en collaboration avec le gouvernement. Cela requiert une orientation explicite en ce sens. Les mutualités ont toutefois déjà démontré être capables de prendre en charge cette mission. Ainsi, elles ont pu contrôler 218.000 dossiers.

Les mutualités ne peuvent pas y arriver seules. Chaque partie prenante devra prendre ses responsabilités: l'INAMI, les médecins, les personnes elles-mêmes, les employeurs et les organismes qui accompagnent les personnes vers l'emploi.

Concernant les questions relatives au Fonds retour au travail, le ministre souligne qu'outre les adaptations habituelles des informations publiées sur les différents sites web, les différents coordinateurs Retour au travail seront sensibilisés à cette nouvelle possibilité élargie. Ils pourront en tenir compte lors des moments de contact avec les assurés.

Concernant la question relative au délai de l'entrée en vigueur des mesures, le ministre souligne que les différents projets d'arrêté royal ont entre-temps été rédigés. Après l'adoption du présent projet de loi, ils seront transmis au Conseil d'État pour avis. Le ministre s'attend à ce que les différentes mesures soient pleinement opérationnelles au 1er février 2027.

Hij erkent dat er enige vertraging is opgelopen, met name omdat er moest worden gewacht op de adviezen van de verschillende adviesorganen. Niettemin hoopt hij het wetsontwerp op tijd te kunnen bekendmaken zodat dat het op 1 december 2026 in werking kan treden.

Wat de vragen van mevrouw Désir over de werkdruk bij huisartsen betreft, meent de minister daar al op te hebben geantwoord: hij is van mening dat het haalbaar is. De minister benadrukt dat hij overleg pleegt met de huisartsen over de haalbaarheid van de verschillende maatregelen en de manier waarop de gewenste ontwikkelingen moeten worden geïnterpreteerd.

Met betrekking tot de vraag van mevrouw Désir over de concrete procedure voor de patiënt stelt de minister dat de communicatie zal verlopen via de verzekeringsinstellingen, meer bepaald de ziekenfondsen. In de maand voorafgaand aan de inwerkingtreding zal een algemene mededeling worden verstuurd. Bovendien zal elke betrokkene een persoonlijke brief ontvangen. Vanaf de ontvangst van die brief hebben de betrokkenen drie maanden de tijd om het getuigschrift in te dienen.

Er zal dus zowel algemene voorlichting als specifieke informatie aan elke betrokkene worden verschaft. De ziekenfondsen zitten op schema om dat project tot een goed einde te brengen.

Aangaande de vraag van mevrouw Désir over de verdeling tussen de groepen A en B benadrukt de minister dat er een onderscheid moet worden gemaakt tussen enerzijds de verplichting om ten minste een keer per jaar een getuigschrift van arbeidsongeschiktheid te verstrekken en anderzijds de herevaluatie van de invaliditeit door de adviserend artsen en de medewerkers van het multidisciplinair team.

Gedurende de invaliditeit is het in bepaalde uitzonderingen niet verplicht een getuigschrift over te leggen. Dat is bijvoorbeeld zo bij een zeer ernstige aandoening die een erkenning tot aan de wettelijke pensioenleeftijd rechtvaardigt.

De herevaluaties hebben in beginsel betrekking op alle invalide rechthebbenden die op 1 juli 2026 62 jaar of ouder waren. Uitgesloten zijn de personen wier erkenning vanwege een zeer zware ziekte tot aan de wettelijke pensioenleeftijd loopt. De herevaluaties verlopen in vijf fases.

De eerste fase heeft betrekking op alle rechthebbenden met een erkenning tot aan de wettelijke pensioenleeftijd voor een van de volgende pathologieën, volgens de internationale ICD-10-classificatie. Het betreft ten eerste de mentale stoornissen en gedragsstoornissen,

Le ministre reconnaît un certain retard, notamment parce qu'il a fallu attendre les avis des différents organes consultatifs. Le ministre espère toutefois que la loi pourra être publiée à temps et entrer en vigueur le 1er décembre 2026.

Concernant les questions de Mme Désir relatives à la charge de travail sur les médecins généralistes, le ministre pense y avoir déjà répondu: il estime que c'est faisable. Le ministre souligne être en concertation avec les médecins généralistes sur la faisabilité des différentes mesures et la façon dont on doit comprendre les évolutions souhaitées.

Concernant la question de Mme Désir relative à la procédure concrète pour le patient, le ministre souligne que la communication se fera via les organismes assureurs, c'est-à-dire les mutualités. Au cours du mois qui précède l'entrée en vigueur, une communication générale sera envoyée. En outre, chaque personne concernée recevra un courrier personnel. À partir de la réception de ce courrier, les personnes concernées disposeront de trois mois pour introduire l'attestation.

Il y aura donc une sensibilisation générale et une information spécifique pour chaque personne concernée. Les mutualités sont dans les temps pour mener à bien ce chantier.

Concernant la question de Mme Désir relative à la répartition entre les groupes A et B, le ministre souligne qu'il convient de faire une distinction entre, d'une part, l'obligation de fournir au moins une fois par an un certificat d'incapacité de travail et, d'autre part, la réévaluation de l'invalidité par les médecins-conseils et les collaborateurs de l'équipe multidisciplinaire.

Pendant l'invalidité, l'obligation de fournir un certificat ne s'applique pas dans un certain nombre de situations exceptionnelles. C'est le cas, par exemple, d'une affection très grave qui justifie une reconnaissance jusqu'à l'âge légal de la pension.

Les réévaluations concernent en principe tous les titulaires invalides qui ont 62 ans au plus au 1er juillet 2026. Sont exclues les personnes reconnues jusqu'à l'âge légal de la pension en raison d'une pathologie très lourde reprise dans une liste. Les réévaluations se déroulent en cinq phases.

La première phase concerne tous les titulaires reconnus jusqu'à l'âge légal de la pension pour l'une des pathologies suivantes, selon la classification internationale CIM-10. Premièrement, les troubles mentaux et du comportement, c'est-à-dire tous les codes qui

met name alle codes beginnend met de letter F, en ten tweede de ziekten van het musculoskeletaal stelsel en het bindweefsel, met name alle codes beginnend met de letter M; en ten derde burn-out, met name code Z73.0.

In de tweede fase gaat het om alle overige rechthebbenden, met name zij die niet tot de doelgroep van de eerste fase behoren en die op 1 juli 2026 37 jaar of ouder waren.

De derde fase betreft iedereen die op die datum tussen 38 en 47 jaar was.

De vierde fase gaat om iedereen tussen 48 en 57 jaar.

De vijfde fase heeft betrekking op wie minstens 58 jaar oud is.

Enerzijds wordt er dus een zekere volgorde aangehouden op basis van leeftijd, maar tegelijkertijd wordt eerst gekeken naar specifieke aandoeningen binnen de groep personen met een erkenning. Door die combinatie kan de gebrekkige follow-up zo breed mogelijk worden aangepakt.

Aangaande de vraag van mevrouw Désir over de maximumtermijn van drie weken benadrukt de minister dat die betrekking heeft op het eerste getuigschrift dat moet worden bezorgd aan de adviserend arts. De maximale voorschrijfduur bedraagt drie weken.

Er staan geen aanpassingen aan de nomenclatuur gepland.

De wettelijke basis om de artsen van de Dienst voor uitkeringen, leden van de Geneeskundige raad voor invaliditeit, toegang te geven tot de gegevens van de verzekeringsinstellingen, werd aangepast op grond van het advies van de GBA (de betreffende gegevens worden uitdrukkelijk vermeld en moeten door de adviserend arts of door de medewerker van het multidisciplinair team worden gebruikt voor de evaluatie en opvolging van de staat van arbeidsongeschiktheid).

Aangaande de afschaffing van het ziekte- en invaliditeitspensioen benadrukt de minister dat in geval van beëindiging van de statutaire betrekking de werkgever een RSZ-bijdrage moet betalen om de werknemer toegang te geven tot een uitkeringsregeling (werkloosheid of ziekte- en invaliditeitsverzekering). Die bijdrage wordt berekend op basis van de bezoldiging en van het aantal maanden dat nog rest tot aan het pensioen. De

commencent par la lettre F. Deuxièmement, les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, c'est-à-dire tous les codes qui commencent par la lettre M. Troisièmement, le burn-out, qui correspond au code Z 73 point 0.

La deuxième phase concerne tous les autres titulaires, c'est-à-dire ceux qui ne relèvent pas de la première phase, et qui ont 37 ans au plus au 1er juillet 2026.

La troisième phase concerne ceux qui ont entre 38 et 47 ans à cette date.

La quatrième phase concerne ceux qui ont entre 48 et 57 ans.

La cinquième phase concerne ceux qui ont au moins 58 ans.

Il y a donc une combinaison d'une certaine chronologie basée sur les critères d'âge et une priorité pour les pathologies spécifiques dans le groupe de personnes reconnues. Cette combinaison permet de remédier aux lacunes les plus importantes en matière de suivi.

Concernant la question de Mme Désir relative au délai maximal de trois semaines, le ministre souligne qu'il s'agit du premier certificat qui doit être transmis au médecin-conseil. La durée maximale de prescription est de trois semaines.

Aucune adaptation de la nomenclature n'est prévue.

La base légale de l'accès aux données au sein de l'organisme assureur par les médecins du Service des indemnités, membres du Conseil médical de l'invalidité, a été adaptée en tenant compte de l'avis de l'APD (il y a une mention explicite des données concernées, et ces données doivent être utilisées par le médecin-conseil ou le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire dans le cadre de l'évaluation et du suivi de l'état d'incapacité de travail).

Concernant la suppression de la pension pour maladie-invalidité, le ministre souligne qu'en cas de fin de la relation statutaire, l'employeur doit payer une cotisation ONSS pour l'accès du travailleur au régime des allocations (chômage ou assurance maladie-invalidité). La cotisation est calculée en fonction de la rémunération et du nombre de mois jusqu'à la pension. Il y a donc une responsabilité solidaire dans le chef de l'employeur

overheidswerkgever is dus hoofdelijk aansprakelijk om compensatie te geven voor het feit dat een werknemer instroomt in het stelsel van werknemersuitkeringen.

Aangaande de vraag van mevrouw Désir over de welwillendheidsattesten benadrukt de minister dat daarvoor een uitputtende lijst opstellen niet mogelijk is. Zoals evenwel al aangegeven in de memorie van toelichting, beoogt het wetsontwerp de “loutere welwillendheidsattesten” die het recht openen op een onrechtmatig sociaal voordeel, men denke aan getuigschriften die zijn opgesteld zonder objectieve medische reden, zonder grondig voorafgaand medisch onderzoek of zonder dat er sprake is van enige voorafgaande therapeutische relatie. Het mag evenwel duidelijk zijn dat elk geval apart moet worden beoordeeld.

Vervolgens gaat de minister in op de vraag over basisartsen. Gespecialiseerde artsen mogen steeds arbeidsongeschiktheid voorschrijven, maar basisartsen hebben geen gespecialiseerde opleiding genoten. Het is wenselijk dat artsen die arbeidsongeschiktheid vaststellen over voldoende expertise beschikken of onder toezicht werken van een arts met die expertise. Daarom mogen huisartsen in opleiding arbeidsongeschiktheid voorschrijven voor patiënten van wie hun stagemeester het globaal medisch dossier beheert. Voor basisartsen ligt dat minder voor de hand.

Het koninklijk besluit beperkt de voorgeschreven periode van primaire arbeidsongeschiktheid op het eerste getuigschrift voor de adviserend arts tot maximaal drie weken. Die termijn is bewust gekozen, omdat de eerste weken doorslaggevend zijn. Hoe sneller het contact en de opvolging plaatsvinden, hoe groter de kans op werkhervatting. Wanneer een patiënt langer dan zes weken arbeidsongeschikt is en andere zorgverleners hem al hebben onderzocht of behandeld, neemt de huisarts hun relevante bevindingen op in het dossier voor de adviserend arts. Ontbreekt die informatie, dan moet de huisarts doorverwijzen, bijvoorbeeld naar een specialist, klinisch therapeut of psycholoog. Zo kan de adviserend arts een oordeel vormen op basis van een volledig dossier in plaats van een summier getuigschrift. Dat komt ook de patiënt ten goede: een goed onderbouwd dossier voorkomt onnodige oproepingen en bijkomende vragen. De minister erkent dat de huisarts de patiënt het best kent en daarom een centrale rol in de zorg vervult. Wel moet de beschikbare medische informatie ook bij de adviserend arts terechtkomen.

public pour compenser le fait que le travailleur entre dans le régime des allocations des travailleurs salariés.

Concernant la question de Mme Désir relative aux certificats de complaisance, le ministre souligne qu’il n’est pas possible d’établir une liste exhaustive mais, comme mentionné dans l’exposé des motifs, ce sont les certificats de “pure complaisance” ouvrant le droit à un avantage social indu qui sont visés, c’est-à-dire, par exemple, les certificats établis sans raison médicale objective, sans examen médical préalable rigoureux, en dehors d’une relation thérapeutique préalable. Il est évident que la situation devra être appréciée au cas par cas.

Le ministre aborde ensuite la question relative aux médecins ayant uniquement suivi la formation de base. Les médecins spécialistes sont toujours habilités à prescrire une incapacité de travail, tandis que les médecins ayant uniquement suivi la formation de base n’ont pas reçu de formation spécialisée. Il est souhaitable que les médecins qui constatent une incapacité de travail disposent d’une expertise suffisante ou soient supervisés par un médecin qui possède une telle expertise. C’est pourquoi les médecins généralistes en formation peuvent prescrire une incapacité de travail pour les patients dont le maître de stage gère le dossier médical global. C’est moins évident pour les médecins ayant uniquement suivi la formation de base.

L’arrêté royal limite à trois semaines la durée d’incapacité de travail primaire prescrite sur le premier certificat destiné au médecin-conseil. Ce délai a été choisi délibérément, car les premières semaines sont décisives. Plus le contact et le suivi interviennent rapidement, plus les chances de reprise du travail sont grandes. Lorsqu’un patient est en incapacité de travail depuis plus de six semaines et qu’il a déjà été examiné ou traité par d’autres dispensateurs de soins, le médecin généraliste intègre leurs constatations pertinentes au dossier destiné au médecin-conseil. Si ces informations manquent, il doit alors orienter le patient vers un autre prestataire, par exemple un spécialiste, un thérapeute clinicien ou un psychologue. Ainsi, le médecin-conseil peut se forger une opinion sur la base d’un dossier complet plutôt que d’un certificat succinct. Cela profite aussi au patient: un dossier bien étayé permet d’éviter des convocations inutiles et des demandes d’informations supplémentaires. Le ministre reconnaît que le médecin généraliste est celui qui connaît le mieux le patient et qu’il joue dès lors un rôle central dans les soins. Les informations médicales disponibles doivent toutefois également parvenir au médecin-conseil.

De wettelijke basis voor de toegang tot gegevens binnen de verzekeringsinstelling door artsen van de Dienst voor Uitkeringen en leden van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit is aangepast aan de opmerkingen van de GBA. De wet bepaalt nu uitdrukkelijk dat de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team de betrokken gegevens moet gebruiken bij de evaluatie en opvolging van de arbeidsongeschiktheid. De minister vindt de opmerking van de GBA terecht en stelt dat de teksten daaraan zijn aangepast.

De minister gaat vervolgens in op de bezorgdheid over de maximale termijnen en de verplichting om bij de adviserend arts langs te gaan. Wat gebeurt er wanneer de behandelend arts vaststelt dat de patiënt genezen is? En hoe duurzaam zal een eventuele nieuwe tewerkstelling zijn? Wanneer de behandelend arts oordeelt dat iemand niet langer arbeidsongeschikt is, schrijft hij geen nieuw getuigschrift meer uit en wordt de erkenning van de arbeidsongeschiktheid administratief beëindigd. Heeft de betrokkene nog een arbeidsovereenkomst, dan moet hij opnieuw aan de slag bij zijn werkgever. Is er geen arbeidsovereenkomst meer, dan moet hij zich als werkzoekende inschrijven.

De minister betwist dat het beleid uitsluitend op budgettaire doelstellingen gericht is. In de memorie van toelichting formuleert de regering de ambitie om tegen het einde van de legislatuur 100.000 minder mensen langer dan een jaar arbeidsongeschikt te laten zijn. De budgettaire impact is uiteraard belangrijk, maar de minister benadrukt dat solidariteit ook financiële grenzen kent en dat de beschikbare middelen zorgvuldig moeten worden ingezet. De belangrijkste doelstelling blijft evenwel het welzijn van de betrokkenen. Het grote aantal langdurig arbeidsongeschikten vormt een gezondheidsprobleem. Ook werkgevers moeten daarin hun verantwoordelijkheid opnemen. Een oplossing vereist inspanningen van alle betrokken partijen.

Wat de verdeling van de middelen over de ziekenfondsen betreft, antwoordt de minister dat, naast de gebruikelijke variabele financiering, een deel van de vaste administratiekosten wordt gekoppeld aan de behaalde resultaten. De middelen worden verdeeld volgens de bestaande verdeelsleutel voor de vaste administratiekosten, binnen een gesloten enveloppe. Daarbij houdt men rekening met de resultaten van de wettelijke opdrachten inzake socioprofessionele re-integratie en met de thematische controles die de Dienst voor Uitkeringen uitvoert.

De verwijzing naar het regeerakkoord is behouden om de voorgestelde aanpassing in haar beleidscontext te plaatsen. De passage over de databank GAOCIT,

La base légale réglant l'accès aux données au sein de l'organisme assureur par les médecins du Service des indemnités et les membres du Conseil médical de l'invalidité a été adaptée conformément aux observations de l'APD. La loi dispose désormais expressément que le médecin-conseil ou le collaborateur de l'équipe multidisciplinaire doit utiliser les données concernées dans le cadre de l'évaluation et du suivi de l'incapacité de travail. Le ministre estime que l'observation de l'APD est justifiée et précise que les textes ont été adaptés.

Le ministre aborde ensuite les préoccupations concernant les délais maximaux et l'obligation de consulter le médecin-conseil. Que se passe-t-il lorsque le médecin traitant constate que le patient est guéri? Et dans quelle mesure un éventuel retour à l'emploi sera-t-il durable? Lorsque le médecin traitant estime qu'une personne n'est plus en incapacité de travail, il ne délivre plus de nouveau certificat et la reconnaissance de l'incapacité de travail prend fin sur le plan administratif. Si l'intéressé est toujours lié par un contrat de travail, il doit reprendre ses fonctions auprès de son employeur. À défaut, il doit s'inscrire comme demandeur d'emploi.

Le ministre conteste que la politique soit exclusivement axée sur des objectifs budgétaires. Dans l'exposé des motifs, le gouvernement formule l'ambition de réduire de 100.000, d'ici la fin de la législature, le nombre de personnes en incapacité de travail depuis plus d'un an. Si l'impact budgétaire est important, le ministre souligne que la solidarité a aussi ses limites financières et que les moyens disponibles doivent être utilisés judicieusement. L'objectif principal reste toutefois le bien-être des personnes concernées. Le nombre élevé de personnes en incapacité de travail de longue durée constitue un problème de santé. Les employeurs doivent eux aussi assumer leurs responsabilités à cet égard. Une solution nécessite des efforts de la part de toutes les parties concernées.

En ce qui concerne la répartition des moyens entre les mutualités, le ministre répond qu'outre le financement variable habituel, une partie des frais d'administration fixes sera liée aux résultats obtenus. Les moyens seront répartis, à l'intérieur d'une enveloppe fermée, selon la clé de répartition actuellement applicable aux frais d'administration fixes. Cette répartition tiendra compte des résultats obtenus dans le cadre de l'exécution des missions légales en matière de réintégration socioprofessionnelle ainsi que des contrôles thématiques effectués par le Service des indemnités.

La référence à l'accord de gouvernement a été conservée afin de replacer la modification proposée dans son contexte politique. En revanche, le passage concernant

waarop opmerkingen waren geformuleerd, is daarentegen geschrapt.

Op de vraag van mevrouw Hansez antwoordt de minister dat de bijkomende middelen moeten worden ingezet om extra artsen en leden voor de multidisciplinaire teams aan te werven. Dat zal nauwgezet worden opgevolgd.

Wat de vraag van mevrouw Hansez over de indicatoren betreft, benadrukt de minister dat de Geneeskundige raad voor invaliditeit van het RIZIV erop toeziet dat de opvolging correct wordt uitgevoerd, onder meer via thematische controles.

Als een verzekerde om een geldige reden afwezig is bij een medische controle, wordt er geen sanctie opgelegd.

De minister stipt aan dat het onderscheid tussen een fout en misbruik moet blijken uit het concrete onderzoek van de sociaal inspecteur van de DGEC. Na zijn vaststellingen kan de sociaal inspecteur een proces-verbaal opstellen, maar hij kan er ook voor kiezen de betrokken zorgverlener een waarschuwing te geven. De inspecteur beschikt dus over een zekere beoordelingsvrijheid om in elke concrete situatie passend op te treden. De minister is zich er immers terdege van bewust dat er een verschil is tussen een fout en misbruik.

Op de vraag over de multidisciplinaire teams antwoordt de minister dat die binnen de ziekenfondsen kunnen bestaan uit kinesitherapeuten, ergotherapeuten, verpleegkundigen en klinisch psychologen. De minister is niet van plan bij deze vierde hervormingsgolf hun samenstelling aan te passen.

Vervolgens gaat de minister in op de opvolging van het voorschrijven van attesten voor afwezigheid op het werk. Er werd onderzocht of de nodige wettelijke aanpassingen konden worden opgenomen in de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen of in de zgn. “Kwaliteitswet” van 2019. Uit dat onderzoek blijkt dat beide wetten daarvoor niet geschikt zijn. Een aanpassing van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten is meer aangewezen. Dat valt onder de bevoegdheid van de minister van Werk.

De vierde golf voorziet ook in de uitbreiding van de solidariteitsbijdrage tot de vierde en vijfde maand volgend

la banque de données GAOCIT, qui avait suscité des observations, a été supprimé.

Concernant la question de Mme Hansez relative aux moyens supplémentaires, le ministre souligne que les moyens doivent être investis dans des médecins supplémentaires et des membres supplémentaires pour les équipes multidisciplinaires. Le ministre précise que cela sera suivi de manière détaillée.

Concernant la question de Mme Hansez relative aux indicateurs, le ministre souligne que le Conseil médical de l’invalidité de l’INAMI veille à la qualité de l’exécution du suivi, notamment en réalisant des contrôles thématiques.

Lorsque l’assuré est absent à un contrôle médical pour un motif justifié, aucune sanction n’est appliquée.

Concernant la question relative à la distinction entre une erreur et un abus, le ministre souligne que la distinction entre une erreur et un abus devra ressortir de l’examen concret mené par l’inspecteur social du SECM. À la suite d’un constat, l’inspecteur social peut dresser un procès-verbal de constat, mais il peut aussi choisir d’adresser un avertissement au prestataire de soins concerné. Il y a donc, dans le chef de l’inspecteur, une certaine flexibilité afin que ce dernier puisse agir de manière adéquate en fonction de chaque situation concrète. Cette flexibilité tient précisément au fait que le ministre est bien conscient qu’il y a une différence entre une erreur et un abus.

Concernant la question relative aux équipes multidisciplinaires, le ministre souligne que les équipes multidisciplinaires au sein des mutualités peuvent être composées de kinésithérapeutes, d’ergothérapeutes, d’infirmiers et de psychologues cliniciens. Dans le cadre de cette quatrième vague, le ministre ne prévoit pas d’adaptation de leur composition.

Le ministre aborde ensuite la question du suivi de la délivrance de certificats médicaux justifiant une absence au travail. Un examen a été mené afin de déterminer si les modifications de loi nécessaires pouvaient être intégrées soit dans la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l’exercice des professions des soins de santé soit dans la “loi qualité” de 2019. Il en est ressorti qu’aucune de ces deux lois ne constitue un cadre approprié pour intégrer les modifications envisagées. Il serait plus opportun de modifier la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, cette matière relevant de la compétence du ministre de l’Emploi.

La quatrième vague de la réforme prévoit également l’extension de la cotisation de solidarité aux quatrième

op de eerste dertig dagen van arbeidsongeschiktheid. Deze maatregel volgt een afzonderlijk wetgevend traject via een specifiek wetsontwerp.

Verschillende cijfergegevens geven aan dat de aanpak van langdurig zieken de goede richting uitgaat. De minister verwijst naar de cijfers van het RIZIV, de studies van de sociale secretariaten en opeenvolgende ramingen. De sociale secretariaten registreren wat werkgevers daadwerkelijk in hun ondernemingen vaststellen. Die gegevens wijzen op een mogelijke trendbreuk, maar vormen nog geen afdoende bewijs. Voor de uiteindelijke resultaten op het niveau van het RIZIV blijft voorzichtigheid geboden. Nieuwe cijfers moeten eerst bevestigen dat de huidige tendens zich doorzet.

De minister erkent dat het wetsontwerp eerder voorgelegd had kunnen worden, maar het adviestraject heeft voor vertraging gezorgd. Die vertraging heeft evenwel een beperkte budgettaire impact. De belangrijkste maatregel van de vierde golf betreft immers de heropening van bestaande dossiers. De ziekenfondsen zijn daar in juli al mee begonnen en hebben dus niet op nieuwe wetgeving gewacht. Bovendien verloopt de algemene budgettaire ombuiging gunstiger dan aanvankelijk verwacht. De precieze datum van inwerkingtreding moet nog worden vastgelegd, maar de minister gaat ervan uit dat de maatregel op 1 december in werking kan treden. Daarna moeten snel uitvoeringsbesluiten volgen. Hoewel het wetgevende traject op dit punt vertraging heeft opgelopen, loopt de belangrijkste actie – het opnieuw oproepen van arbeidsongeschikte personen – geen vertraging op. Ook de algemene prognoses zien er aanzienlijk beter uit dan bij de start van de hervormingen werd verwacht.

Voor bepaalde gerechtigden met mentale aandoeningen, waaronder burn-out, en met musculoskeletale aandoeningen bepaalt het wetsontwerp dat de huisarts na zes weken primaire arbeidsongeschiktheid geactualiseerde medische gegevens van andere gezondheidszorgbeoefenaars moet opnemen in het dossier dat aan de adviserend arts wordt bezorgd. Dat moet bijkomende informatie en inzicht bieden. De maatregel kwam er na uitvoerige discussie, maar is volgens de minister belangrijk om ervoor te zorgen dat patiënten tijdig door bijvoorbeeld specialisten worden beoordeeld.

De termijnen van één, twee of vier jaar die de minister heeft vermeld, zijn maximumtermijnen. De adviserend arts kan patiënten vaker oproepen en doet dat ook, zeker wanneer hun situatie snel evolueert en regelmatige opvolging noodzakelijk is.

et cinquième mois suivant les trente premiers jours d'incapacité de travail. Cette mesure sera intégrée dans un projet de loi spécifique et fera l'objet d'un parcours législatif distinct.

Plusieurs chiffres indiquent que l'approche adoptée à l'égard des malades de longue durée donne des résultats. Le ministre se réfère à ce propos aux chiffres de l'INAMI, aux études des secrétariats sociaux et aux différentes estimations successives. Il précise que les secrétariats sociaux recueillent des données reflétant les situations concrètement observées par les employeurs au sein de leurs entreprises. Ces données laissent entrevoir un possible renversement de tendance, sans toutefois permettre de le confirmer à ce stade. La prudence reste de mise dans l'interprétation des résultats définitifs au niveau de l'INAMI. Il convient d'attendre de nouveaux chiffres pour confirmer si la tendance observée se poursuit.

Le ministre reconnaît que le projet de loi à l'examen aurait pu être présenté plus tôt, mais ajoute que la procédure de consultation a entraîné du retard. Ce retard n'a toutefois qu'une incidence budgétaire limitée. La mesure la plus importante de la quatrième vague concerne en effet la réouverture des dossiers en cours. À cet égard, les mutualités ont déjà pris les devants en juillet et elles n'ont donc pas attendu la nouvelle législation. Par ailleurs, l'inflexion budgétaire générale se déroule mieux qu'initialement prévu. La date d'entrée en vigueur exacte reste à fixer, mais le ministre estime que cette mesure pourra entrer en vigueur le 1er décembre. Des arrêtés d'exécution devront ensuite être pris rapidement. Bien que le processus législatif y afférent ait pris du retard, la mesure principale, à savoir la reconvocation des personnes en incapacité de travail, n'accuse aucun retard. Les prévisions générales sont également bien plus optimistes qu'on ne s'y attendait au début des réformes.

Pour certains titulaires souffrant de troubles mentaux, notamment d'un burn-out et de troubles musculosquelettiques, le projet de loi prévoit qu'après six semaines d'incapacité de travail primaire, le médecin généraliste devra intégrer les données médicales actualisées d'autres prestataires de soins dans le dossier transmis au médecin-conseil pour le compléter et apporter un nouvel éclairage. Cette mesure a été longuement débattue, mais le ministre estime qu'elle est indispensable pour permettre que l'état des patients soit évalué à temps, notamment par des spécialistes.

Les délais d'un, deux ou quatre ans mentionnés par le ministre seront des délais maximaux. Le médecin-conseil pourra convoquer les patients plus souvent. Il le fait d'ailleurs déjà, en particulier lorsque l'état des patients évolue rapidement et qu'un suivi régulier apparaît nécessaire.

Vervolgens geeft de minister de stand van zaken van het Terug-naar-werkfonds. Volgens de meest recente cijfers hadden de terug-naar-werkcoördinatoren 642 personen naar het fonds doorverwezen. Op 14 september 2026 waren 493 vouchers gebruikt, waren er 705 nog lopende en waren er 78 uiteindelijk niet gebruikt. Het fonds beschikt momenteel over 26.099.764 euro. In totaal werd 27.178.200 euro ontvangen, terwijl 1.078.435,12 euro werd uitbetaald. Die cijfers tonen aan dat het fonds nog niet het beoogde resultaat oplevert en dat een grondige evaluatie noodzakelijk is. In december zal het Beheerscomité van de Dienst voor Uitkeringen de werking evalueren.

De begeleiding die met de vouchers wordt ondersteund, moet immers duidelijk op werkhervatting gericht zijn. Erkende dienstverleners moeten daarom over een kwaliteitslabel beschikken en zich ertoe verbinden een aanbod te doen dat concrete stappen naar werk stimuleert, met het oog op een terugkeer naar het reguliere arbeidscircuit. De afspraken daarover worden vastgelegd in een stappenplan. De reeds voorgestelde verbeteringen zullen worden meegenomen bij eventuele aanpassingen. Ook de feedback die de dienstverleners regelmatig bezorgen, zal bij die evaluatie worden betrokken. De minister voorziet bovendien een wijziging van de aanvraagmodaliteiten voor een tussenkomst van het Terug-naar-werkfonds.

De werkhervattingspremie werd voor het eerst geëvalueerd in maart 2025. Daaruit bleek dat de maatregel nog onvoldoende bekend was. Inmiddels volgde een bijkomende sensibiliseringscampagne in samenwerking met de werkgeversorganisaties. De verhoging van het premiebedrag moet gepaard gaan met een nieuwe informatiecampagne.

Wat het advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit betreft, bevestigt de minister dat de sociale inspecteurs van de DGEC voor deze opdracht geen gebruik kunnen maken van de betrokken databank, aangezien daarvoor momenteel geen wettelijke basis bestaat.

Over flexi-jobs neemt de minister een genuanceerd standpunt in. Een flexi-job kan volgens hem soms een opstap vormen naar duurzaam werk. Het dossier wordt nog onderzocht en is nog niet aan de orde.

Een werkgroep bespreekt momenteel de invoering van een fitnote. Die werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de sociale partners, de verzekeringsinstellingen, de arbeidsartsen en de huisartsen. De werkzaamheden zijn nog aan de gang.

Le ministre fait ensuite le point sur le fonds “Retour au travail”. Selon les derniers chiffres, les coordinateurs chargés du retour au travail ont orienté 642 personnes vers ce fonds. En date du 14 septembre 2026, 493 *vouchers* avaient été utilisés, 705 étaient encore en cours de validité et 78 n’avaient finalement pas été utilisés. Ce fonds dispose actuellement d’une enveloppe de 26.099.764 euros. Sur les 27.178.200 euros qu’il a reçus au total, le fonds a reversé 1.078.435,12 euros. Ces chiffres indiquent que ce fonds n’atteint pas encore les résultats escomptés et qu’une évaluation approfondie de son fonctionnement est nécessaire. Le Comité de gestion du Service des indemnités procédera à cette évaluation en décembre.

L’accompagnement financé par les *vouchers* doit effectivement être clairement axé sur la reprise du travail. Les prestataires de services agréés doivent donc disposer d’un label de qualité et s’engager à proposer une offre qui encourage concrètement le retour au travail, en vue de permettre aux intéressés de réintégrer le circuit du travail normal. Les accords conclus à ce sujet sont consignés dans une feuille de route. Les améliorations proposées seront prises en compte en cas de modifications éventuelles. Les commentaires régulièrement fournis par les prestataires de services seront, eux aussi, pris en compte lors de l’évaluation. Le ministre prévoit en outre de revoir les modalités de demande pour l’intervention du Fonds “Retour au travail”.

La prime de reprise du travail a été évaluée pour la première fois en mars 2025. Il en est ressorti que cette mesure n’était pas encore suffisamment connue. Une nouvelle campagne de sensibilisation a été menée depuis lors en collaboration avec les organisations patronales. Le relèvement de cette prime fera l’objet d’une nouvelle campagne d’information.

En ce qui concerne l’avis de l’Autorité de protection des données, le ministre confirme que les inspecteurs sociaux du SECM ne pourront pas utiliser la base de données en question dans le cadre de cette mission, étant donné qu’il n’existe actuellement aucune base légale à cet effet.

Le ministre adopte une position nuancée sur les flexi-jobs. Selon lui, un flexi-job peut parfois constituer un tremplin vers un emploi durable. Le dossier est toujours à l’étude. Il n’est pas encore à l’ordre du jour.

La mise en place d’un certificat d’aptitude au travail (*fitnote*) est actuellement examinée par un groupe de travail composé de représentants des partenaires sociaux, des organismes assureurs, des médecins du travail et des médecins généralistes. Les travaux sont toujours en cours.

De minister bevestigt dat de impactanalyse van Securex werd ontvangen en onderzocht. Het is evenwel te vroeg om op basis van de huidige resultaten te besluiten dat de recente maatregel opnieuw moet worden afgeschaft. De analyse moet wel worden meegenomen bij het uitwerken van nieuwe maatregelen en bij de evaluatie van het bestaande beleid.

De minister werkt aan een nieuw concept van arbeidsongeschiktheid, met meer nadruk op de functionele mogelijkheden van de betrokkene. In overeenstemming met de vierde golf wil hij duidelijker bepalen hoelang bij de inschatting van het arbeidspotentieel rekening wordt gehouden met de eigen job en met referentieberoepen die aansluiten bij de ervaring of opleiding van de betrokkene. Op een bepaald moment moet ook de volledige arbeidsmarkt in aanmerking worden genomen. Die evolutie vereist een nieuwe definitie van arbeidsongeschiktheid. Het RIZIV leidt een werkgroep die de minister hierover zal adviseren.

Verder herhaalt de minister de vertraging door het zorgvuldige adviestraject dat moest worden doorlopen. Die vertraging heeft echter minder budgettaire gevolgen dan sommigen vrezen. De ziekenfondsen zijn al gestart met het belangrijkste onderdeel van de hervorming en de budgettaire doelstelling blijft overeind. Gelet op de huidige stand van zaken zal de inwerkingtreding vermoedelijk op 1 december worden vastgelegd.

Preventie en vroegtijdige detectie zijn inderdaad prioritair. De minister is het ermee eens dat ook de werkomstandigheden een belangrijke rol spelen. Voor de verdere bespreking van dat aspect verwijst hij naar de minister van Werk.

Het Observatorium heeft een schriftelijk antwoord ontvangen waarin wordt toegelicht hoe rekening zal worden gehouden met zijn adviezen. Daarnaast organiseert de minister, samen met de minister van Werk en andere regeringsleden, een Ronde Tafel over de terugkeer naar het werk. Ook het Observatorium zal daaraan deelnemen.

De minister erkent dat de nieuwe maatregelen de werklast van artsen kunnen verhogen, maar wijst erop dat die belasting op drie manieren wordt beperkt. Niet iedereen zal jaarlijks een attest moeten bezorgen. De wet machtigt de Koning om uitzonderingen te bepalen, bijvoorbeeld voor personen met een aandoening die een erkenning tot aan de pensioenleeftijd rechtvaardigt. Het attest wordt bovendien elektronisch doorgestuurd via het circuit dat huisartsen vandaag al gebruiken. Ten slotte

Le ministre confirme que l'analyse d'impact réalisée par Securex a été reçue et examinée. Il est toutefois trop tôt pour conclure, sur la base des résultats actuels, que la mesure prise récemment doit de nouveau être supprimée. Cette analyse devra toutefois être prise en compte lors de l'élaboration de nouvelles mesures et de l'évaluation de la politique existante.

Le ministre travaille à l'élaboration d'un nouveau concept d'incapacité de travail, mettant davantage l'accent sur les capacités fonctionnelles de la personne concernée. Dans le prolongement de la quatrième vague de mesures liées au retour au travail, il souhaite définir plus clairement pendant combien de temps l'évaluation du potentiel de travail devra tenir compte de l'emploi actuel et des professions de référence correspondant à l'expérience ou à la formation de la personne concernée. À un certain moment, l'ensemble du marché du travail devra aussi être pris en considération. Cette évolution nécessite de redéfinir l'incapacité de travail. L'INAMI dirige un groupe de travail chargé de conseiller le ministre à ce sujet.

Par ailleurs, le ministre rappelle que, si la réforme a pris du retard, c'est à cause du processus de consultation minutieux qui a dû être suivi. Ce retard aura toutefois moins de conséquences budgétaires que certains ne le craignaient. Les mutualités ont déjà commencé à mettre en œuvre la partie la plus importante de la réforme et l'objectif budgétaire reste d'actualité. Compte tenu de la situation actuelle, la date d'entrée en vigueur sera probablement fixée au 1er décembre.

La prévention et la détection précoce sont en effet prioritaires. Le ministre reconnaît que les conditions de travail jouent également un rôle important. Pour un examen plus détaillé de cette question, il renvoie au ministre de l'Emploi.

L'Observatoire a reçu une réponse écrite expliquant comment ses avis seront pris en compte. Par ailleurs, le ministre organisera, en collaboration avec le ministre de l'Emploi et d'autres membres du gouvernement, une table ronde sur le retour au travail. L'Observatoire y participera lui aussi.

Le ministre reconnaît que les nouvelles mesures pourraient alourdir la charge de travail des médecins, mais souligne que cette charge sera limitée de trois manières. Tout le monde ne sera pas tenu de fournir un certificat chaque année. En effet, la loi habilitera le Roi à prévoir des exceptions, par exemple pour les personnes souffrant d'une affection justifiant une reconnaissance de l'invalidité jusqu'à l'âge de la pension. De plus, le certificat sera transmis par voie électronique via le système déjà

zal de uitrol van de maatregelen worden opgevolgd, zodat waar nodig bijsturing mogelijk blijft.

Een jaarlijks consult is volgens de minister echter meer dan een administratieve verplichting. Langdurig zieken hebben er baat bij dat hun arts minstens eenmaal per jaar met hen bespreekt welke mogelijkheden er nog zijn om actief te blijven op de arbeidsmarkt. Hetzelfde uitgangspunt ligt aan de basis van de beperking van de geldigheidsduur van het eerste attest tot maximaal drie weken. De bedoeling is om tijdig na te denken over de mogelijkheden tot werkhervatting.

De minister herinnert eraan dat de termijn vier jaar een maximale termijn is, waarbinnen de betrokkenen opnieuw moeten worden beoordeeld. Personen die nog perspectief hebben op werk, worden jaarlijks of om de twee jaar gezien. De adviserend arts kan hen bovendien vaker oproepen. De behandelend arts beslist niet over de erkenning van de arbeidsongeschiktheid, maar stelt een attest op, zoals vandaag al gebeurt tijdens het eerste jaar. De beoordeling ligt uiteindelijk bij de adviserend arts en diens multidisciplinaire team. Tijdens de invaliditeit neemt de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van het RIZIV die beslissing.

Het jaarlijkse attest van de behandelend arts is niettemin belangrijk. Het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid is immers niet louter een administratieve handeling, maar maakt ook deel uit van de therapeutische begeleiding. De arts die de patiënt kent, kan het best beoordelen hoe het met hem gaat, welke behandeling nodig is en welke mogelijkheden er bestaan, eventueel met het oog op een geleidelijke terugkeer naar het werk. De minister verwacht dat dit de therapeutische vertrouwensrelatie versterkt, omdat de arts aandacht blijft hebben voor de patiënt als geheel.

Over het aantal duurzame werkhervattingen dankzij de werkhervattingspremie beschikt het RIZIV momenteel niet over voldoende gegevens. Het verzamelt vooral informatie over personen die nog arbeidsongeschikt zijn. Er wordt daarom gewerkt aan een wettelijk kader dat het RIZIV ook in staat moet stellen de situatie na de beëindiging van de erkende arbeidsongeschiktheid op te volgen.

Tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid bedraagt de maximale geldigheidsduur van een attest in principe drie maanden. Tijdens de invaliditeit bedraagt die maximaal één jaar. Voor het eerste attest tijdens de primaire arbeidsongeschiktheid geldt een specifieke termijn van

utilisé aujourd'hui par les médecins généralistes. Enfin, le déploiement des mesures fera l'objet d'un suivi, afin de permettre des ajustements si nécessaire.

Le ministre souligne toutefois que la consultation annuelle est bien plus qu'une simple obligation administrative. Les personnes malades de longue durée ont tout intérêt à évaluer au moins une fois par an, avec leur médecin, les possibilités qui s'offrent encore à elles pour rester actives sur le marché de l'emploi. C'est ce même principe qui sous-tend la limitation de la durée de validité du premier certificat à trois semaines au maximum. L'objectif est d'examiner en temps utile les possibilités de reprise du travail.

Le ministre rappelle que le délai de quatre ans dans lequel les personnes concernées doivent faire l'objet d'une nouvelle évaluation est un délai maximal. Les personnes qui ont encore des perspectives d'emploi seront examinées chaque année ou tous les deux ans. Le médecin-conseil pourra en outre les convoquer plus souvent. Le médecin traitant ne sera pas habilité à reconnaître l'incapacité de travail, mais il établira un certificat, comme c'est déjà le cas aujourd'hui au cours de la première année. L'évaluation incombera *in fine* au médecin-conseil et à son équipe multidisciplinaire. Pendant la période d'invalidité, c'est le Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI qui prendra cette décision.

Le certificat annuel du médecin traitant n'en reste pas moins important. En effet, la prescription d'une incapacité de travail n'est pas seulement un acte administratif; elle fait également partie de l'accompagnement thérapeutique. Le médecin qui connaît le patient est le mieux placé pour évaluer son état de santé, déterminer le traitement nécessaire et identifier les possibilités qui s'offrent à lui, éventuellement en vue d'un retour progressif au travail. Le ministre estime que cette mesure renforcera la relation de confiance thérapeutique, car le médecin continuera à s'intéresser au patient dans sa globalité.

L'INAMI ne dispose actuellement pas de données suffisantes concernant le nombre de cas où la prime de reprise du travail a entraîné une reprise durable du travail. Il recueille principalement des informations sur les personnes qui sont encore en incapacité de travail. C'est pourquoi un cadre juridique est en cours d'élaboration afin de permettre à l'INAMI de suivre également la situation des personnes concernées après la fin de l'incapacité de travail reconnue.

Pendant la période d'incapacité primaire, la durée de validité maximale d'un certificat est en principe de trois mois. Pendant la période d'invalidité, cette durée est d'un an au maximum. Le premier certificat établi pendant la période d'incapacité primaire est soumis à

drie weken. De minister wil daarop geen uitzonderingen toestaan op basis van de aandoening.

De bijkomende werklast door extra consultaties zal volgens de minister beperkt blijven, aangezien meer dan 90 procent van de betrokkenen nu al minstens jaarlijks een arts raadpleegt. De invoering van de fitnote wordt nog besproken. Om ontwijkingsgedrag te voorkomen, moet een koninklijk besluit de gevallen van overmacht bepalen waarin een arts een attest mag voorschrijven zonder toegang tot het globaal medisch dossier (GMD). Tegelijk zal worden opgevolgd of er verdachte verschuivingen of verplaatsingen van GMD's plaatsvinden.

De minister bevestigt dat de ontwerpen van koninklijk besluit door de ministerraad zijn goedgekeurd. Voor ze voor advies aan de Raad van State kunnen worden voorgelegd, moet de wet eerst worden bekendgemaakt. Hoewel de besluiten vandaag niet ter bespreking voorliggen, licht de minister de grote lijnen ervan toe.

Een eerste besluit regelt het voorschrijven van attesten. Het bepaalt in welke gevallen van overmacht een huisarts zonder toegang tot het GMD toch een attest kan opstellen, bijvoorbeeld tijdens een wachtdienst, bij een spoedgevallendienst of wanneer de vaste huisarts afwezig is. Het besluit legt ook de maximale geldigheidsduur van het eerste attest vast op drie weken. Daarnaast verplicht het de huisarts om na zes weken voor patiënten met mentale aandoeningen, waaronder burn-out, en aandoeningen van het bewegingsapparaat gegevens van andere zorgverleners door te geven. Een tweede besluit regelt het jaarlijkse attest tijdens de invaliditeit en bepaalt uitzonderingen voor mensen met ernstige aandoeningen. Een derde besluit legt de volgorde vast waarin de ziekenfondsen personen in invaliditeit moeten uitnodigen. Eerst komen personen met mentale aandoeningen, burn-out en aandoeningen van het bewegingsapparaat aan bod. Daarna volgen de andere betrokkenen volgens leeftijdsgroep, van jong naar oud. Een vierde besluit breidt de doelgroep van het Terug-naar-werkfonds uit tot personen die vanaf de zevende maand arbeidsongeschikt zijn.

Vervolgens verduidelijkt de minister het onderscheid tussen groep A en groep B. De criteria worden door de Koning vastgelegd op voorstel van het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering en na advies van de medische deskundigen van het RIZIV. Ze gelden op dezelfde manier voor alle ziekenfondsen. Personen in groep A worden individueel onderzocht door de adviserend arts of diens

une durée de validité spécifique de trois semaines. Le ministre n'entend accorder aucune dérogation à cette règle en fonction de la pathologie.

Selon le ministre, la charge de travail supplémentaire occasionnée par ces consultations restera limitée, étant donné que plus de 90 % des personnes concernées consultent déjà un médecin au moins une fois par an. La mise en place de la *fit note* fait encore l'objet de discussions. Afin d'éviter les comportements d'évitement, les cas de force majeure dans lesquels un médecin pourra délivrer un certificat sans avoir accès au DMG du patient devront être définis par arrêté royal. Parallèlement, il conviendra de surveiller les éventuels transferts ou déplacements suspects de DMG.

Le ministre confirme que les projets d'arrêtés royaux ont été approuvés par le Conseil des ministres. La loi doit toutefois être publiée pour que ceux-ci puissent être soumis à l'avis du Conseil d'État. Bien que ces arrêtés ne figurent pas à l'ordre du jour, le ministre en expose les grandes lignes.

Un premier arrêté règlera la délivrance des certificats médicaux. Il énoncera les cas de force majeure dans lesquels le médecin généraliste pourra établir un certificat sans avoir accès au dossier médical global (DMG), notamment dans un service de garde, un service d'urgence ou en cas de remplacement temporaire du médecin traitant habituel. L'arrêté fixera également à trois semaines la durée maximale de validité du premier certificat. Il imposera en outre au médecin généraliste de transmettre, après six semaines, des informations fournies par d'autres prestataires de soins pour les patients souffrant de troubles mentaux, y compris d'un burn-out, ou d'affections de l'appareil locomoteur. Un deuxième arrêté portera sur le certificat annuel durant la période d'invalidité et prévoira des exceptions pour les personnes atteintes de pathologies graves. Un troisième arrêté fixera l'ordre dans lequel les mutualités devront convoquer les personnes en invalidité. Les personnes souffrant de troubles mentaux, d'un burn-out ou d'affections de l'appareil locomoteur seront convoquées en premier. Les autres seront convoquées ultérieurement, en fonction de leur âge et en commençant par les plus jeunes. Un quatrième arrêté élargira le champ des bénéficiaires du Fonds Retour au travail aux personnes en incapacité de travail à partir du septième mois.

Le ministre précise ensuite la distinction entre le groupe A et le groupe B. Les critères seront fixés par le Roi, sur proposition du Comité de gestion de l'assurance indemnités, et après avis des experts médicaux de l'INAMI. Ils s'appliqueront de manière identique à toutes les mutualités. Les personnes appartenant au groupe A feront l'objet d'un examen individuel par le

team. Daarbij worden zowel de arbeidsongeschiktheid als het arbeidspotentieel beoordeeld. Voor personen in groep B wordt het voorstel tot verlenging rechtstreeks aan de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van het RIZIV voorgelegd. Die raad kan nog altijd beslissen om zelf een onderzoek uit te voeren.

Geen enkele groep kan blijvend buiten een fysieke beoordeling vallen. Artikel 8 verplicht de Koning de criteria zo vast te leggen dat iedereen die in invaliditeit verkeert tegen eind 2029, en vervolgens minstens om de vier jaar, fysiek contact kan hebben gehad met de bevoegde arts of dienst. Groep B is dus geen permanente categorie: wie dit jaar tot die groep behoort, komt binnen de vastgelegde termijn aan de beurt. Een uitzondering geldt voor personen met een zeer ernstige aandoening die een erkenning tot aan de pensioenleeftijd rechtvaardigt en die recent werden beoordeeld.

De minister verduidelijkt dat de adviserend arts of een medewerker van het multidisciplinaire team een erkend arbeidsongeschikte verzekerde met arbeidspotentieel rechtstreeks kan doorverwijzen naar de bevoegde diensten van de gemeenschappen en gewesten voor re-integratie, of naar de terug-naar-werkcoördinator. Dat is ook mogelijk wanneer de verzekerde nog een arbeidsovereenkomst heeft. Het systeem biedt dus de nodige flexibiliteit.

Het wetsontwerp over de responsabiliseringsbijdragen voor de vierde en vijfde maand wordt eerstdaags voor een tweede maal besproken op de ministerraad en zal vervolgens worden voorgelegd aan de Kamercommissie. De inwerkingtreding is gepland op 1 januari 2027.

De opmerkingen van mevrouw Schlitz vindt hij zeer relevant. Hij meent echter dat hij haar vragen al heeft beantwoord.

C. **Replieken**

Mevrouw Ellen Samyn (VB) is tevreden dat een aantal van haar bezorgdheden door de minister worden gedeeld, maar ze blijft bij haar standpunt inzake dwang en het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid. Artsen vrezen dat ze sancties zullen oplopen. Ook patiënten zullen onder druk staan, zonder dat er voldoende rekening wordt gehouden met hun gezondheidstoestand of hun mogelijkheden op de arbeidsmarkt.

De minister erkent dat het aantonen van misbruiken niet eenvoudig zal zijn. Men dient er wel over te waken

médecin-conseil ou par son équipe. Cet examen portera à la fois sur l'incapacité de travail et sur le potentiel de travail. Pour les personnes appartenant au groupe B, la proposition de prolongation sera directement soumise au Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI, qui pourra toujours décider de procéder lui-même à un examen.

Personne ne pourra être exclu de manière permanente d'un contact physique. L'article 8 prévoit que, lors de la fixation des critères, le Roi devra nécessairement permettre à toute personne en invalidité d'avoir un contact physique avec le médecin ou avec le service compétent, au plus tard à la fin de l'année 2029, puis au moins tous les quatre ans. Le groupe B ne sera donc pas une catégorie permanente: les personnes qui en font partie cette année feront l'objet d'une évaluation dans le délai fixé. Une exception est prévue pour les personnes atteintes d'une affection très grave qui justifie une reconnaissance jusqu'à l'âge de la pension et qui ont récemment fait l'objet d'une évaluation.

Le ministre précise que le médecin-conseil ou un collaborateur de l'équipe multidisciplinaire pourra orienter directement un assuré reconnu en incapacité de travail et présentant un potentiel de travail vers les services compétents des communautés et des régions chargés de la réintégration, ou vers le coordinateur retour au travail. Cette possibilité sera également ouverte aux personnes encore liées par un contrat de travail. Le système offrira donc la flexibilité nécessaire.

Le projet de loi relatif aux cotisations de responsabilisation pour le quatrième et le cinquième mois d'incapacité de travail sera examiné une deuxième fois par le Conseil des ministres dans les prochains jours, avant d'être soumis à la commission compétente de la Chambre. Il est prévu qu'il entre en vigueur le 1er janvier 2027.

Le ministre souligne que les observations émises par Mme Schlitz étaient très pertinentes. Il estime toutefois avoir déjà répondu à ses questions.

C. **Répliques**

Mme Ellen Samyn (VB) se réjouit que le ministre partage plusieurs de ses inquiétudes, mais elle campe sur sa position en ce qui concerne la contrainte et la délivrance des certificats d'incapacité de travail. Les médecins redoutent de se faire sanctionner. Les patients seront eux aussi mis sous pression, sans qu'il soit suffisamment tenu compte de leur état de santé ou de leurs capacités sur le marché de l'emploi.

Le ministre reconnaît que les abus ne seront pas simples à démontrer. Il conviendra toutefois de veiller à

dat artsen niet vooraf reeds als verdachten worden behandeld. Anderzijds moet de wet wel afdwingbaar zijn.

De minister werkt een beleid uit om langdurig zieken weer aan het werk te krijgen, terwijl de vice-eersteminister en minister van Werk, de heer David Clarinval, bevoegd is voor bijkomende preventieve maatregelen. Dit wijst op een gebrek aan samenhang.

De spreekster zal de hervorming in ieder geval beoordelen op de werkelijke resultaten. Het komt er immers op aan hoeveel mensen daadwerkelijk weer duurzaam aan het werk gaan en niet hoeveel er uit de langdurige ziekteverzekering verdwijnen. Haar fractie zal zich bij de stemming onthouden.

Mevrouw Caroline Désir (PS) vindt dat de antwoorden van de minister sommige, maar niet alle punten hebben verduidelijkt.

Ten eerste worden in de tekst verschillende inwerkingtredingsdata vastgesteld. Zo voorziet de minister erin dat de regeling op 1 december in werking zal treden en op 1 februari 2027 volledig operationeel zal zijn, zodra de verschillende koninklijke besluiten aan de Raad van State zullen zijn voorgelegd. Die manier van werken roept enige verbazing op, temeer daar de minister erkent dat de aan te nemen wet waarschijnlijk niet zal kunnen worden toegepast op de erin vastgestelde data.

Veel zal afhangen van de koninklijke besluiten. Het zou nuttig, zo niet noodzakelijk zijn dat de minister de ontwerpen van koninklijke besluiten vóór de behandeling van de tekst in tweede lezing bezorgt, zodat het dossier in zijn geheel kan worden geanalyseerd en men de gehele procedure begrijpt.

De minister ontkent dat het wetsontwerp de artsen extra werklast zal bezorgen, aangezien hij van mening is dat de meeste langdurige zieken hun arts sowieso al één keer per jaar bezoeken.

Als dat inderdaad het geval is, zorgt de maatregel niet voor een extra contactmoment tussen patiënt en arts, maar komt er niettemin een extra administratieve verplichting, alsook een sanctie – namelijk het verlies van de uitkeringen – in het geval de patiënt het bewuste bezoek aan zijn arts zou vergeten.

In het omgekeerde geval zal de wet de artsen wel een extra last opleggen, waarvan de minister de ernst minimaliseert.

ne pas considérer *a priori* les médecins comme des suspects. D'autre part, il faudra que la loi soit contraignante.

Le ministre œuvre à l'élaboration d'une politique pour remettre les malades de longue durée au travail, alors que le vice-premier ministre et ministre de l'Emploi, M. David Clarinval, est compétent pour prendre des mesures préventives supplémentaires. Cela témoigne d'un manque de cohérence.

L'intervenante jugera en tout cas cette réforme à l'aune de ses résultats réels. La question sera en effet de savoir combien de malades de longue durée auront réintégré durablement le marché de l'emploi, et pas combien d'entre eux auront quitté le régime d'indemnisation des malades de longue durée. Son groupe s'abstiendra lors du vote.

Mme Caroline Désir (PS) estime que les réponses du ministre ont clarifié un certain nombre de points, mais il subsiste également des zones d'ombre.

Tout d'abord, le texte fixe différentes entrées en vigueur. Toutefois, le ministre prévoit l'entrée en vigueur le 1er décembre, avec un dispositif pleinement opérationnel au 1er février 2027, une fois que les différents arrêtés royaux auront pu être présentés au Conseil d'État. Cette manière de travailler laisse un peu perplexe, d'autant plus que le ministre reconnaît que la loi à voter sera sans doute inapplicable aux dates qu'elle fixe.

Quant aux arrêtés, c'est là que beaucoup va se jouer. Il serait utile, voire nécessaire, que le ministre transmette les projets d'arrêtés royaux avant l'examen du texte en deuxième lecture, afin de permettre une analyse complète du dossier et de comprendre l'ensemble de la procédure.

Le ministre dément que le projet de loi entraîne une charge pour les médecins, puisqu'il affirme que la plupart des malades de longue durée voient déjà leur médecin une fois par an.

Si tel est le cas, la mesure ne crée pas de contact supplémentaire entre le patient et son médecin, mais apporte une obligation administrative supplémentaire et une sanction au cas où le malade oublierait cette démarche, c'est-à-dire la perte des indemnités.

Mais si ce n'est pas le cas, alors la loi imposera une charge supplémentaire pour les médecins, dont le ministre minimise l'importance.

Op verscheidene vragen is nog geen antwoord gekomen. Wat gebeurt er bijvoorbeeld concreet als het attest te laat wordt bezorgd? Ook is het zo dat de ziekenfondsen de vervolgcontroles hebben hervat, maar de resultaten daarvan zijn nog niet gekend, evenmin als het aandeel herbevestigingen. Het lijkt erop dat de huidige regeling wordt verzwaard, zonder dat men al zicht heeft op het resultaat ervan.

De extra middelen voor de ziekenfondsen zullen gelijke tred houden met de aanwerving van adviserend artsen die de langdurig zieken zullen begeleiden. Uiteraard kunnen de socialisten zich in die maatregel vinden. Betekent dit dat de extra adviserend artsen nog niet zijn aangeworven, hoewel de regeling al in werking is getreden? Om hoeveel mensen gaat het? Daarop is geen antwoord gekomen.

Wat de jaarlijkse attesten en triagecriteria betreft, luidt de vraag wie zal worden opgeroepen en op welke basis.

Voor het overige verwijst de minister naar de bevoegdheden van vice-eersteminister en minister van Werkgelegenheid, de heer David Clarinval, hoewel de regering wordt geacht als een geheel op te treden. Vooral de signalen dat er druk wordt uitgeoefend op de zieke en er weinig aandacht gaat naar arbeidsomstandigheden en preventie springen in het oog.

De minister heeft enkele concrete voorbeelden gegeven van attesten die als welwillendheidsattesten kunnen worden beschouwd. Mevrouw Désir keurt die niet goed, maar vindt dat een iets duidelijkere definitie van het begrip geboden is, zo er een sanctie aan verbonden is.

Evenals de minister wil de Parti Socialiste het aantal langdurig zieken terugdringen, maar ze geeft daarbij de voorkeur aan een daadwerkelijke begeleiding boven het risico dat zieken, die reeds kwetsbaar zijn, extra zouden worden getroffen door het verlies van hun uitkering, zo ze hun attest niet elk jaar binnen de vereiste termijn indienen.

De fractie van mevrouw Désir zal het wetsontwerp in zijn geheel dan ook niet steunen, hoewel ze dat wel zal doen voor de artikelen die op de begeleiding van de langdurig zieken betrekking hebben.

De heer Robin Tonniau (PVDA-PTB) erkent dat er een probleem bestaat met langdurig zieken, maar heeft zijn twijfels over de aanpak van de minister, die de zieken wil responsabiliseren en dokters extra controleren en sanctioneren.

Plusieurs questions sont restées sans réponse. Par exemple, que se passe-t-il très concrètement quand le certificat est remis avec retard? Il y a aussi le fait que les mutualités ont recommencé les recontrôles, mais on ignore encore quels sont les résultats ou quel est le taux de reconfirmation. Il semblerait qu'on alourdisse un dispositif, mais sans connaissance du bilan à ce stade.

Les moyens supplémentaires destinés aux mutualités dépendront de l'embauche de médecins-conseils destinés à l'accompagnement des malades de longue durée. C'est évidemment une mesure que les socialistes soutiennent. Cela signifie-t-il que malgré l'entrée en vigueur qui a déjà eu lieu, les médecins-conseils supplémentaires n'ont pas encore été engagés? De combien de personnes s'agit-il? La réponse n'a pas été fournie.

Au sujet des certificats annuels et des critères de tri, la question est de savoir qui sera convoqué et sur quelle base.

Pour le reste, le ministre renvoie aux compétences du vice-premier ministre et ministre de l'Emploi, M. David Clarinval, or le gouvernement est un, et on perçoit surtout des signaux de pression sur le malade et peu d'attention pour les conditions de travail et la prévention.

À propos des certificats de complaisance, le ministre cite quelques exemples concrets. L'intervenante n'y est pas favorable, mais estime que si une sanction y est attachée, il importe de proposer une définition un peu plus claire.

Si le ministre veut réduire le nombre de malades de longue durée, ce qui est un objectif partagé par la Parti socialiste, celui-ci préfère un accompagnement réel plutôt qu'un risque de perte d'indemnité qui pèsera sur des malades déjà fragiles, au cas où ils ne rentreraient pas leur certificat dans les délais requis, chaque année.

Dès lors, le groupe de l'intervenante ne votera pas en faveur du projet de loi, même s'il exprimera son soutien aux articles qui ont trait à l'accompagnement.

M. Robin Tonniau (PVDA-PTB) reconnaît qu'il existe un problème relatif aux malades de longue durée, mais il nourrit des doutes concernant la stratégie du ministre, qui entend responsabiliser les malades ainsi que contrôler et sanctionner davantage les médecins.

Men moet vooral kijken naar de oorzaak van langdurige ziekten. Die oorzaak ligt in eerste instantie bij de werkomstandigheden. Het is supergoedkoop in België om personeel te ontslaan. Het zijn de werkgevers die geresponsabiliseerd dienen te worden door ze onder meer financieel verantwoordelijk te stellen, bijvoorbeeld door ze het gewaarborgd loon langer te laten doorbetalen. Pas dan zullen ze echt nadenken over de werkomstandigheden in de fabrieken, op de werven, bij mensen thuis, in de zorg en zo verder.

Het lid deelt mee dat een tweede lezing van het wetsontwerp zal worden gevraagd.

Mevrouw Isabelle Hansez (Les Engagés) zal de koninklijke besluiten nauwlettend opvolgen, aangezien een groot deel van de wetgeving op die manier ten uitvoer zal worden gelegd.

Het multidisciplinaire team zal onder meer bestaan uit ergotherapeuten, klinisch psychologen en verpleegkundigen. Waarom zitten daar geen arbeidspsychologen bij, die vaak nu al betrokken zijn, bijvoorbeeld in het kader van het Fedris-programma?

Verder wil Les Engagés zich volop blijven inzetten voor preventie en vooral voor geestelijke gezondheid. De fractie van de spreker zal het wetsontwerp dan ook goedkeuren.

Mevrouw Sarah Schlitz (Ecolo-Groen) vraagt zich af waarom er een verschillende aanpak wordt gehanteerd voor enerzijds de premies aan ondernemingen die langdurig zieken in dienst nemen en anderzijds de administratiekosten voor de ziekenfondsen. Aan de premies zijn geen controles of specifieke verplichtingen verbonden, terwijl er voor de administratiekosten wel controles worden uitgevoerd en de ziekenfondsen verplicht worden extra adviserend artsen aan te werven.

Het lid vreest dan ook dat de nadruk meer komt te liggen op strengere controles van zieken en minder op redelijke aanpassingen en begeleiding.

Vervolgens heeft mevrouw Schlitz bedenkingen bij de methode. Waarom wordt gebruikgemaakt van koninklijke besluiten, terwijl de bepalingen ook in het wetsontwerp zelf kunnen worden opgenomen? Bepalingen die bij koninklijk besluit worden vastgelegd, kunnen uiteraard gemakkelijker worden gewijzigd dan wettelijke bepalingen. Het valt te vrezen dat de hervorming later een andere invulling zal krijgen dan oorspronkelijk bedoeld.

Om die redenen zal de fractie van mevrouw Schlitz tegen het wetsontwerp stemmen.

Il faudrait surtout s'intéresser aux causes des maladies de longue durée, qui trouvent d'abord leurs origines dans les conditions de travail. En Belgique, on peut licencier à peu de frais. Ce sont les employeurs qu'il faut responsabiliser, notamment financièrement, par exemple en leur faisant payer plus longtemps le salaire garanti. Ce n'est qu'à partir de ce moment-là qu'ils réfléchiront réellement aux conditions de travail dans les usines, sur les chantiers, à domicile, dans les établissements de soins, etc.

Le membre indique qu'il demandera une deuxième lecture du projet de loi à l'examen.

Mme Isabelle Hansez (Les Engagés) annonce qu'elle sera attentive aux arrêtés royaux, puisqu'une grande partie de la législation sera mise en œuvre ainsi.

Concernant l'équipe multidisciplinaire, elle sera notamment composée d'ergothérapeutes, de psychologues cliniciens et d'infirmiers. Pourquoi les psychologues du travail, dont certains interviennent déjà, par exemple, dans le cadre du programme Fedris, sont-ils absents?

Pour le reste, Les Engagés seront toujours un soutien solide en matière de prévention et surtout de santé mentale. Le groupe de l'intervenante approuvera, par conséquent, le projet de loi.

Mme Sarah Schlitz (Ecolo-Groen) s'interroge sur la différence d'approche lorsqu'il s'agit, d'une part, des primes accordées aux entreprises pour l'engagement de malades de longue durée et, d'autre part, des frais administratifs octroyés aux mutualités. Les primes ne sont assorties d'aucun contrôle ni d'aucune obligation particulière, tandis que les frais font l'objet de contrôles, avec l'obligation d'engager de nouveaux médecins-conseils.

La membre s'inquiète dès lors que l'accent soit davantage mis sur le renforcement des contrôles des malades que sur les mesures d'aménagement raisonnable et d'accompagnement.

Mme Schlitz émet ensuite des réserves quant à la méthode retenue. Pourquoi avoir recours aux arrêtés royaux alors que les éléments pourraient être inscrits dans le projet de loi? Évidemment, des dispositions fixées par arrêté royal peuvent être modifiées plus aisément que des dispositions législatives. Il est à craindre que la réforme puisse ultérieurement se voir dénaturée.

Pour ces raisons, Mme Schlitz annonce que son groupe votera contre le projet de loi.

Mevrouw Irene De Knop (Anders.) constateert dat het reeds de vierde keer is dat de leden hier een wetsontwerp voorgeschoteld krijgen dat nader wordt uitgewerkt bij koninklijk besluit en veelal betrekking heeft op belangrijke kwesties, zoals een uitbreiding of een herwerking van de definitie van arbeidsongeschiktheid, of de inschatting van het arbeidspotentieel. Dit maakt het voor de parlementsleden moeilijk om tot een goede analyse te komen van alle maatregelen.

Het risico lijkt te zijn dat er op het werkveld niet altijd een grote duidelijkheid bestaat over de toepassing van de wetgeving in de praktijk. Ook het antwoord van de minister met betrekking tot de controle is niet overal even duidelijk. Wat het lid betreft, is waar mogelijk intensievere controle wenselijk.

Wat betreft het voorschrijven van arbeidsongeschiktheid zal er toch wel heel veel onzekerheid en ongerustheid blijven bij huisartsen met een risico op bijkomende consultaties.

Inzake de medische informatie na zes weken, vreest het lid dat het risico op extra administratie en onnodige doorverwijzingen blijft zonder voldoende bewezen medische meerwaarde.

Voor de jaarlijkse ziekenattesten bij invaliditeit ligt de verantwoordelijkheid bij de huisarts.

Mevrouw De Knop merkt op dat uit de toelichting van de minister blijkt dat een advies wordt uitgebracht, waarna de adviserend arts over de arbeidsongeschiktheid beslist. Zij meent evenwel dat de bepalingen van het wetsontwerp mogelijk anders zijn geformuleerd en kondigt aan deze opnieuw te zullen bestuderen.

De spreekster geeft aan dat een aantal bepalingen van het wetsontwerp positief kan worden beoordeeld. Zij blijft evenwel met vragen zitten over de artikelen 8 tot 10, met name over de indeling van personen in verschillende groepen, de gevolgen daarvan en de controle door de verzekeringsinstelling.

Wat het Terug-naar-werkfonds betreft, stelt mevrouw De Knop vast dat de cijfers nagenoeg ongewijzigd zijn ten opzichte van de eerder opgevraagde gegevens. Zij verwijst voorts naar de aangekondigde mogelijkheid om na zeven maanden een terug-naar-werkvoucher aan te vragen. Voor bepaalde diagnoses acht zij die

Mme Irene De Knop (Anders.) constate que, pour la quatrième fois, les membres sont amenés à examiner un projet de loi dont les modalités seront précisées par arrêté royal. Elle relève que ces textes portent souvent sur des questions importantes, telles que l'élargissement ou la révision de la définition de l'incapacité de travail, ou encore l'estimation du potentiel de travail. Cette manière de procéder complique l'examen approfondi de l'ensemble des mesures par les députés.

Elle craint que l'application de la législation sur le terrain manque parfois de clarté. Les réponses apportées par le ministre concernant les contrôles ne lui paraissent pas non plus suffisamment claires sur tous les points. À ses yeux, il convient, dans la mesure du possible, de renforcer les contrôles.

En ce qui concerne la question de la prescription d'une incapacité de travail, l'intervenante estime que les incertitudes et les inquiétudes demeureront probablement importantes parmi les médecins généralistes, qui risquent de devoir assurer des consultations supplémentaires.

En ce qui concerne les informations médicales requises après l'écoulement d'une période d'incapacité de travail de six semaines, l'intervenante craint que cette mesure entraîne une charge administrative supplémentaire ainsi que des renvois inutiles, sans plus-value médicale suffisamment avérée.

Concernant les certificats médicaux annuels dans le cadre d'une invalidité, la responsabilité de délivrer ces certificats incombera aux médecins généralistes.

Mme De Knop fait observer qu'il ressort des explications du ministre qu'un avis sera rendu dans un premier temps et que le médecin-conseil se prononcera ensuite sur l'incapacité de travail. Or, selon elle, les dispositions du projet de loi ne reflètent peut-être pas cette interprétation. Elle procédera dès lors à un nouvel examen de ces dispositions.

L'intervenante souligne que plusieurs dispositions de la loi en projet peuvent être considérées comme positives. Elle estime cependant que les articles 8 à 10 soulèvent des questions, notamment en ce qui concerne la classification des personnes en différents groupes, les conséquences qui en découlent et le contrôle exercé par l'organisme assureur.

En ce qui concerne le Fonds Retour au travail, Mme De Knop constate que les chiffres sont pratiquement inchangés par rapport aux données précédemment demandées. Elle évoque par ailleurs la possibilité annoncée de demander un voucher Retour au travail après sept mois. Selon elle, ce délai est trop long pour

termijn te lang. Het moet mogelijk zijn om sneller met de re-integratie te beginnen en daarbij gebruik te maken van de terug-naar-werkvouchers.

Ten slotte blijft de spreekster kritisch over de bijkomende middelen voor de ziekenfondsen, die volgens de minister noodzakelijk zijn voor de uitvoering van hun opdrachten. Gelet op de budgettaire context acht zij die bijkomende middelen problematisch.

Mevrouw De Knop besluit dat het wetsontwerp, ondanks een aantal positieve maatregelen, geen fundamentele hervorming van het beleid inzake langdurig zieken tot stand brengt. Zij betreurt dat meer verantwoordelijkheden bij de huisartsen worden gelegd, terwijl de controle op de arbeidsongeschiktheid grotendeels bij de ziekenfondsen blijft en er geen onafhankelijke medische beoordeling wordt ingevoerd. Om die redenen zal haar fractie het wetsontwerp niet steunen.

certains diagnostics et il devrait être possible d'engager plus rapidement le processus de réintégration, en recourant à ces vouchers.

Enfin, l'intervenante demeure critique à l'égard des moyens supplémentaires prévus pour les mutualités, qui – selon le ministre – sont nécessaires pour leur permettre de s'acquitter de leurs missions. Compte tenu du contexte budgétaire, elle estime que ces moyens supplémentaires posent problème.

Mme De Knop conclut en soulignant que, malgré certaines mesures positives, le projet de loi à l'examen ne constitue pas une réforme fondamentale de la politique concernant les malades de longue durée. Elle déplore les responsabilités accrues qui incomberont aux médecins généralistes, alors que le contrôle de l'incapacité de travail demeurera en grande partie du ressort des mutualités et qu'aucune évaluation médicale indépendante ne sera mise en place. Pour ces motifs, son groupe ne soutiendra pas ce projet de loi.

III. — **STEMMINGEN**

HOOFDSTUK 1

Algemene bepaling

Artikel 1

Dit artikel bepaalt de constitutionele bevoegdheidsgrondslag.

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 1 wordt eenparig aangenomen.

HOOFDSTUK 2

Voorschrijven van arbeidsongeschiktheid door de behandelend arts met het oog op de erkenning van de arbeidsongeschiktheid in het kader van de uitkeringsverzekering

Art. 2

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 2 wordt aangenomen met 9 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

III. — **VOTES**

CHAPITRE 1ER

Disposition générale

Article 1er

Cet article fixe le fondement constitutionnel de la compétence.

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 1er est adopté à l'unanimité.

CHAPITRE 2

Prescription de l'incapacité de travail par le médecin traitant en vue de la reconnaissance de l'incapacité de travail dans le cadre de l'assurance indemnités

Art. 2

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 2 est adopté par 9 voix contre 3 et une abstention.

Art. 3

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 3 wordt aangenomen met 10 tegen 3 stemmen.

Art. 4 en 5

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

De artikelen 4 en 5 worden achtereenvolgens aangenomen met 9 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

HOOFDSTUK 3

Evaluatie van de staat van arbeidsongeschiktheid

Art. 6 en 7

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

De artikelen 6 en 7 worden achtereenvolgens aangenomen met 10 stemmen tegen 1 en 2 onthoudingen.

HOOFDSTUK 4

Versterkte opvolging van de evaluatie van de staat van invaliditeit

Art. 8

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 8 wordt aangenomen met 10 stemmen tegen 1 en 2 onthoudingen.

Art. 9

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 9 wordt aangenomen met 10 tegen 3 stemmen en 1 onthouding.

Art. 10

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 10 wordt aangenomen met 10 tegen 4 stemmen.

Art. 3

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 3 est adopté par 10 voix contre 3.

Art. 4 et 5

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Les articles 4 et 5 sont successivement adoptés par 9 voix contre 3 et une abstention.

CHAPITRE 3

Évaluation de l'état d'incapacité de travail

Art. 6 et 7

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Les articles 6 et 7 sont successivement adoptés par 10 voix contre une et 2 abstentions.

CHAPITRE 4

Suivi renforcé de l'évaluation de l'état de l'invalidité

Art. 8

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 8 est adopté par 10 voix contre une et 2 abstentions.

Art. 9

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 9 est adopté par 10 voix contre 3 et une abstention.

Art. 10

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 10 est adopté par 10 voix contre 4.

HOOFDSTUK 5

Werkhervattingspremie

Art. 11

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 11 wordt aangenomen met 11 tegen 2 stemmen en 1 onthouding.

Art. 12

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 12 wordt aangenomen met 10 tegen 2 stemmen en 2 onthoudingen.

HOOFDSTUK 6

"Terug Naar Werk-Fonds"

Art. 13 en 14

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

De artikelen 13 en 14 worden achtereenvolgens aangenomen met 11 stemmen tegen 1 en 2 onthoudingen.

HOOFDSTUK 7

Administratiekosten van de verzekeringsinstellingen

Art. 15 en 16

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

De artikelen 15 en 16 worden achtereenvolgens aangenomen met 10 tegen 2 stemmen en 2 onthoudingen.

CHAPITRE 5

Prime de reprise du travail

Art. 11

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 11 est adopté par 11 voix contre 2 et une abstention.

Art. 12

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 12 est adopté par 10 voix contre 2 et 2 abstentions.

CHAPITRE 6

"Fonds Retour au Travail"

Art. 13 et 14

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Les articles 13 et 14 sont successivement adoptés par 11 voix contre une et 2 abstentions.

CHAPITRE 7

Frais d'administration des organismes assureurs

Art. 15 et 16

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Les articles 15 et 16 sont successivement adoptés par 10 voix contre 2 et 2 abstentions.

HOOFDSTUK 8

Bevoegdheden van de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle inzake controle van getuigschriften arbeidsongeschiktheid

Art. 17 tot 19

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

De artikelen 17 tot 19 worden achtereenvolgens aangenomen met 10 tegen 2 stemmen en 2 onthoudingen.

Op verzoek van *de heer Robin Tonniau* en *de dames Caroline Désir, Sarah Schlitz* en *Irina De Knop* zal de commissie overgaan tot een tweede lezing (art. 83.1 Rgt.).

De rapportrice, *De voorzitter,*

Isabelle Hansez Denis Ducarme

CHAPITRE 8

Compétences du service d'évaluation et de contrôle médicaux concernant le contrôle des certificats d'incapacité de travail

Art. 17 à 19

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Les articles 17 à 19 sont successivement adoptés par 10 voix contre 2 et 2 abstentions.

À la demande de M. *Robin Tonniau* ainsi que de *Mmes Caroline Désir, Sarah Schlitz* et *Irina De Knop*, la commission procédera à une deuxième lecture (art. 83.1 Rgt.).

La rapporteure, *Le président,*

Isabelle Hansez Denis Ducarme

Centrale drukkerij - Imprimerie centrale