

Dossier

Langdurig zieken



Bij de federale regeringsvorming ligt het dossier van de langdurig zieken terug op tafel. Om in België meer mensen aan het werk te krijgen, zetten de plannen van de onderhandelende partijen in op de activering van zieke werknemers. Dat betekent in de feiten een aanval op de gezondheidstoestand van alle werknemers. De arbeidsomstandigheden van allen dreigen er immers op achteruit te gaan met hun maatregelen. Om te begrijpen waarom moeten we het bredere plaatje bekijken.

Over welke voorstellen gaat het?

De verschillende onderhandelingsnota's hebben het over:

“Een allesomvattend plan voor de preventie en re-integratie van langdurig zieken. De basis van dit omvattend plan is een sterkere responsabilisering van de 5 betrokken actoren: werkgevers, werknemers, behandelende artsen, ziekenfondsen en de regionale diensten voor arbeidsbemiddeling.”

Wat de **werkgevers** betreft gaat het om de volgende maatregelen:

- Ze worden gestimuleerd om een actief ziekteverzuimbeleid te voeren waarbij zieke werknemers regelmatig worden gecontacteerd en opgevolgd;
- Een verlenging van het gewaarborgd loon voor zieke werknemers;
- Hervorming integratietrajecten in functie van tewerkstelling bij een andere werkgever;
- Verplichting om na 4 weken arbeidsongeschiktheid een inschatting te laten maken van arbeidspotentieel en desgevallend een re-integratietraject op te starten met sancties indien dat na 6 maanden arbeidsongeschiktheid nog niet gebeurd is;
- Indien werknemers definitief arbeidsongeschikt blijken tijdens het re-integratietraject, kan de werknemer onmiddellijk ontslaan worden (in plaats van 9 maanden te moeten wachten);
- Re-integratietrajecten kunnen worden opgestart vanaf de eerste dag arbeidsongeschiktheid;
- In ruil schaft de overheid de sancties af voor bedrijven met relatief veel langdurig zieken.

Voor de **werknemers** geldt het volgende:

- De carensdag wordt opnieuw ingevoerd (waardoor je niet wordt uitbetaald voor de eerste dag ziekte) en het recht op afwezigheid zonder ziekteattest wordt voor bepaalde werknemers terug afgevoerd;
- Langdurig zieken met arbeidspotentieel worden verplicht ingeschreven bij arbeidsbemiddeling (VDAB, Actiris, Forem);
- Zowel bij re-integratietrajecten als terug-naar-werktrajecten (zie annex voor uitleg over deze trajecten) worden sancties ingevoerd of verhoogd;

- Bij hervat kunnen zieke werknemers slechts aanspraak maken op gewaarborgd loon na 12 weken
- Preventief een re-integratietraject opstarten wordt mogelijk;
- Gedeeltelijke werkhervatting wordt administratief versoepeld.

De **artsen**:

- Moeten voortaan een 'fitnote' gebruiken, een briefje dat beschrijft wat de werknemer nog kan, in plaats van een ziektebriefje;
- Riskeren sancties indien ze meer of langere ziekteperiodes voorschrijven dan gebruikelijk.

Voor de **ziekenfondsen** geldt dat hun financiering afhankelijk wordt gemaakt van de mate waarin ze langdurig zieken terug aan het werk kunnen krijgen.

Ook de regionale diensten voor arbeidsbemiddeling worden onderworpen aan resultaatgerichte financiering.

Voor **zelfstandigen**, ten slotte, wordt ook een systeem van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid ingevoerd en wordt de administratieve last bij arbeidsongeschiktheid verminderd.

Als we deze maatregelen kritisch bekijken, blijkt dat werkgevers bijzonder weinig geresponsabiliseerd worden. De bestaande sancties zouden zelfs afgeschaft worden. De verlenging van het gewaarborgd loon zou voor hen responsabiliserend kunnen werken maar het is nog niet duidelijk hoe zwaar die zal wegen.

Het zal in elk geval veel minder zijn dan in Nederland, waar werkgevers twee jaar gewaarborgd loon uitbetalen. Zelfs daar zijn de effecten niet eenduidig positief voor de werknemers. Enerzijds lijkt het erop dat in Nederland wel het ziekteverzuim en het aantal arbeidsongeschikten gedaald is door deze maatregel en namen de inspanningen van de werkgever voor de re-integratie toe. Anderzijds lijkt het ook dat werknemers er het werk sneller hervatten, zelfs als hun gezondheid onvoldoende verbeterd is.

Tenslotte ziet men ook dat het systeem in Nederland leidt tot discriminatie omdat enkel gezonde, jonge mensen nog een vast contract kunnen verkrijgen, aangezien de werkgevers het risico anders te groot vinden.

In tegenstelling tot de werkgevers, krijgen werknemers, zeer concrete maatregelen te verduren die hen rechtstreeks en hard treffen. Door de invoering van de carensdag verliezen ze telkens de eerste dag loon als ze ziek worden, wat gemiddeld zou neerkomen op een inlevering van ongeveer 300 euro per jaar. Daarnaast is er het ontradingseffect van deze maatregel waardoor zieke werknemers minder geneigd zijn om van hun recht op ziekteverlof gebruik te maken.

De meest opvallende maatregelen zijn degene rond de re-integratietrajecten en terug-naar-werktrajecten. In de annex is er een overzicht te vinden van de huidige regelgeving.

De re-integratietrajecten zijn op dit moment vrijwillige trajecten voor zieke werknemers met een arbeidscontract. Oorspronkelijk is de filosofie van deze trajecten dat werknemers op een aangepaste manier terug bij hun werkgever aan de slag zouden kunnen mits



aangepast werk, begeleiding, opleiding etc. Door de nieuwe voorstellen wordt het re-integratietraject dwingender en eerder een exit-traject voor de betrokken werknemer.

De terug-naar-werktrajecten zijn er voor alle zieken die niet in een re-integratietraject zitten, met of zonder arbeidscontract. Ze worden opgestart door de adviserend arts van het ziekenfonds, door de zieke zelf, of door de VDAB. Ook hier wordt de druk opgevoerd, zowel via de ziekenfondsen als via de VDAB. Uiteindelijk zal zowat elke zieke na een jaar arbeidsongeschiktheid verplicht in zo'n traject terechtkomen bij de VDAB.

Van alle andere actoren wordt verwacht dat ze zichzelf de doelstelling stellen om mensen terug aan het werk te krijgen. Artsen, ziekenfondsen en de VDAB worden erop beoordeeld en hun financiering wordt ervan afhankelijk.

Een aantal van de voorgestelde maatregelen hebben niets te maken met de re-integratie van langdurig zieken: de carensdag herinvoeren, het ziektebriefje voor korte afwezigheden, de fitnote, ... het zijn pestmaatregelen én ze kunnen enkel leiden tot meer werkdruk, meer presentisme (gaan werken terwijl men eigenlijk ziek is) en dus eigenlijk zelfs meer langdurig zieken.

Ook de maatregel om het gewaarborgd loon pas na 12 weken terug in te voeren, is niet bedoeld om langdurig zieken te re-integreren. Het is enkel een besparingsoperatie voor de werkgevers. Dat zit zo: Als een werknemer na een periode van ziekte meer dan twee weken terug aan het werk is en hervalt, dan krijgt hij of zij opnieuw voor één maand een volledig loon. In de regeringsvoorstellen moet je 12 weken terug aan het werk zijn om opnieuw recht te hebben op gewaarborgd loon. Het enige resultaat kan zijn dat mensen ziek blijven werken om toch aan hun 12 weken te geraken, wat op lange termijn natuurlijk nefast is voor de gezondheid.

De tewerkstellingsgraad verhogen

De drijfveer achter deze maatregelen is dat men meer mensen aan de slag wil. De formatienota constateert dat de werkzaamheidsgraad in België slechts 72,1% is, tegenover het EU gemiddelde van 75,4%. Op Europees vlak hebben slechts 5 landen een lagere werkzaamheidsgraad. Buurlanden als Nederland en Duitsland daarentegen, laten nu al een werkzaamheidsgraad van meer dan 80% optekenen.¹ Die doelstelling is overigens volledig arbitrair.

In een eerste beweging wil de regering in de komende bestuursperiode alvast de kloof met het EU gemiddelde dichten. Dit zijn zeer ambitieuze doelstellingen. Duitsland deed er bijvoorbeeld, ondanks de ingrijpende Hartz-hervormingen, 14 jaar over om de werkgelegenheid te verhogen van 70% naar 80%, iets wat in Nederland 22 jaar duurde.²

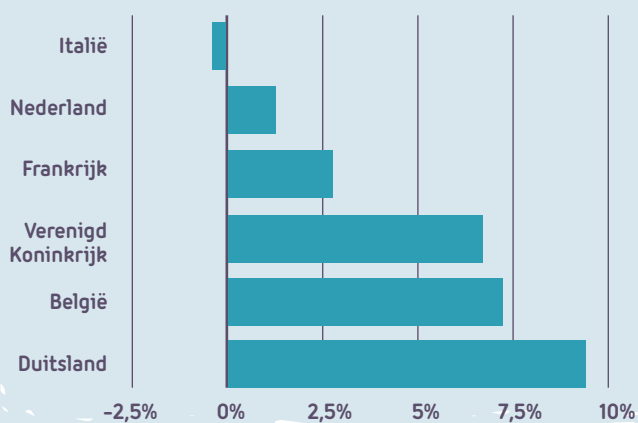
In beide buurlanden, gingen deze hervormingen gepaard met een toename van de preciaire arbeid en werd de 'werkende arme' op grote schaal geïntroduceerd. In Duitsland bijvoorbeeld, leverden de Hartz-hervormingen dan wel 3,3 miljoen bijkomende jobs op, maar stortten ze ook 5 miljoen mensen extra in armoede (+35%), 1,5 miljoen meer mensen in diepe armoede (+61%), en 2 miljoen waren er nadien meer mensen die werken en toch arm zijn (+119%).³

1 Waarom De Werkzaamheid In België En De Gewesten Achterop Bleef Hinken Sinds De Vorige Verkiezingen. Stories @ UGent @ Work, nummer 16, Dinsdag 14 mei 2024. <https://www.ugent.be/ugentatwork/nl/acties/policy-brief-16.pdf>

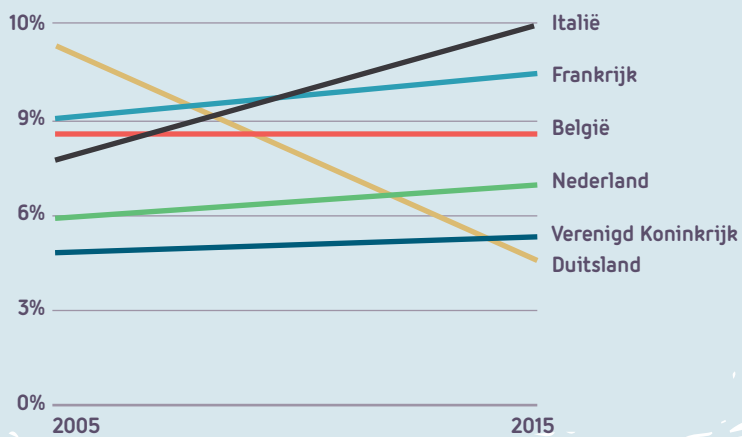
2 <https://www.itinera.team/sites/default/files/Itinera-werkzaamheidsgraad.pdf>

3 <https://www.denktankminerva.be/analyse/2016/12/1/s0h9556wej2srzjr13obrpaavxyj3t>

Evolutie van de werkgelegenheid (2005-2015)

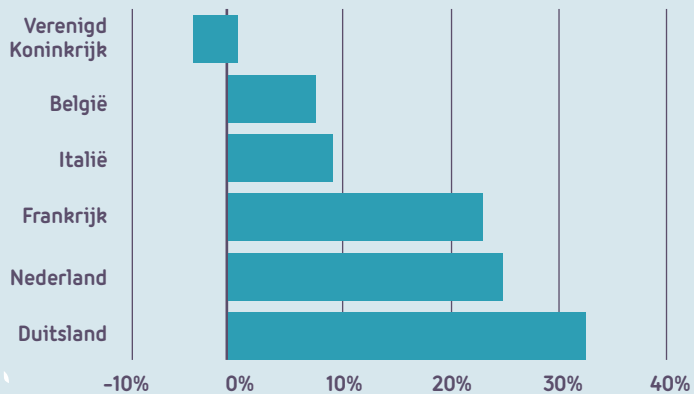


Evolutie van de werkloosheidsgraad



Evolutie armoedecijfer (2005-2015):

aantal personen met een inkomen onder de armoedegrens



(Grafieken van Denktank Minerva: <https://www.denktankminerva.be/analyse/2016/12/1/s0h9556wej2srzjr13obrpaavxyj3>)

In die vergelijking met de buurlanden moet men er ook rekening mee houden dat het gemiddelde aantal gewerkte uren per jaar per werknemer in België hoger ligt omdat er in die landen meer met deeltijdse en onregelmatige contracten gewerkt wordt. Wanneer de werkzaamheidsgraad (het aantal personen aan het werk tov. het totaal) vermenigvuldigd wordt met het gemiddelde aantal gewerkte uren per jaar per werknemer, ligt de reële activiteitsgraad (het aantal gewerkte uren tov. het totaal) van België binnen het Europese gemiddelde.

De werkzaamheidsgraad wordt gedefinieerd als het percentage werkenden in een bepaalde leeftijdscategorie, doorgaans de 20- tot 64-jarigen. Naast de werkenden zijn er nog twee andere groepen, de werklozen en de inactieven (zie tabel). De enige manier om de werkzaamheidsgraad te verhogen is dus de groepen van de werklozen en de inactieven te verminderen. Grofweg gaat het om ongeveer 300.000 werklozen en 1.600.000 inactieven.⁴

Werkenden	4.900.000	72%
Werklozen	300.000	5%
Inactieven	1.600.000	23%
Totaal	6.800.000	100%

De (langdurig) zieken maken minder dan een derde uit van het totaal aantal inactieven. Waarom richt men zich dan zo op de activering van langdurig zieken om de werkzaamheidsgraad te verhogen?

Ten eerste zijn de langdurig zieken een grote groep die zeer snel aangroeit. Het aantal langdurig zieken verdubbelde van 250.000 in 2008 naar 500.000 in 2023 en evolueert verder naar 600.000 in 2025. België is de Europese koploper in het aandeel inactieve personen omwille van ziekte of handicap. Maar liefst 7,2 % van de 20- tot 64-jarigen is inactief om deze reden. Terwijl Nederland een vergelijkbaar percentage laat zien, ligt het in Frankrijk en Duitsland rond de 4%.⁵

Ten tweede komt men er niet door enkel de werkzoekenden te activeren. Om de werkzaamheidsgraad naar 80% (5,4 miljoen) te brengen, moeten meer dan 500.000 mensen extra aan het werk. Kortom, zelfs als alle werklozen – de ‘werkzoekenden’ - een job krijgen, wordt het doel niet bereikt. Als gevolg komen ook de inactieven in het vizier. Enkel de werkzoekenden activeren is niet genoeg. Ook de anderen moeten – of ze dat willen of niet - aan het werk om een 80% werkzaamheidsgraad te halen.

4 <https://statbel.fgov.be/nl/themas/werk-opleiding/arbeidsmarkt/werkgelegenheid-en-werkloosheid>

5 Arbeidsongeschiktheid En De Re-Integratie Van Werknemers Op De Arbeidsmarkt. Hoge Raad voor Werkgelegenheid, Maart 2024.

Wat is het verwachte effect van deze maatregelen?

Om die maatregelen te beoordelen op hun potentieel om langdurig zieken terug te re-integreren, moeten we in de eerste plaats een beoordeling maken van de oorzaken van de enorme toename aan langdurig zieken. De toename van de inactiviteit door langdurige ziekte in ons land is vrij goed bestudeerd en de overheid (RIZIV) heeft deze evolutie ook vrij goed kunnen verklaren aan de hand van de volgende factoren⁶:

- **De stijgende participatiegraad van vrouwen op de arbeidsmarkt**

Een van de belangrijkste lange termijntrends is de sterke toename van de participatiegraad van vrouwen op de arbeidsmarkt, en dit ook in de oudere leeftijdscategorieën aangezien de maatschappij meer en meer evolueerde richting gezinnen met tweeverdieners.

- **De vergrijzing van de bevolking**

Een tweede langetermijntrend is de vergrijzing van de Belgische bevolking. Het aantal werknemers met een leeftijd tussen 50 en 59 jaar neemt toe, terwijl in de jongere leeftijdscategorieën het aantal eerder afneemt. Gezien de arbeidsongeschiktheid een fenomeen is dat stijgt met de leeftijd, veroorzaakt een toename van het aantal oudere werknemers ook een toename van het aantal mensen in het stelsel van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit.

- **Het verhogen van de pensioenleeftijd voor vrouwen**

Een eerste acceleratie in de statistieken, rond 2008, viel samen met de verhoging van de pensioenleeftijd en vooral van vrouwen. De pensioenleeftijd voor vrouwen werd geleidelijk gelijk getrokken met die van mannen. Sinds 2009 is de pensioenleeftijd voor vrouwen en mannen gelijk.


- **Nieuwe ziektebeelden**

Een tweede acceleratie, sinds 2013-2014 is niet volledig te verklaren door de pensioenmaatregelen. Belangrijke verschuivingen vonden plaats met betrekking tot de ziektebeelden die aanleiding geven tot een periode van invaliditeit. Het aantal invaliden dat lijdt aan psychische stoornissen en gedragsstoornissen en aan ziektes van bot-spierstelsel en bindweefsel neemt aanzienlijk toe.

Hieromtrent kan er verwezen worden naar het feit dat steeds meer analyses het verband leggen tussen stress en de werkomstandigheden en de arbeidsongeschiktheid anderzijds. Deze evolutie gaat gepaard met een verdere vervrouwelijking van de invaliditeit. Tussen 2018 en 2022 zien we bijvoorbeeld bij de vrouwelijke werknemers een gemiddelde jaarlijkse stijging met 5,16%, ten opzichte van 2,76% voor de mannelijke werknemers.

Eind 2021 bleken personen met een psychosociale aandoening goed voor iets meer dan

⁶ <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/statistieken-2022/statistieken-over-de-invaliditeit-van-werknemers-en-werklozen-in-2022>



een derde (36,4%) van alle personen in invaliditeit. Twee derde hiervan (66,4%) leed aan een depressie of een burn-out, zowat een kwart van alle personen in invaliditeit. Tussen 2016 en 2021 steeg het aantal personen in invaliditeit door een psychosociale aandoening met 31%. Specifiek voor burn-out en depressie bedroeg de stijging 46,4%. Ook opvallend is dat 59% van alle personen in invaliditeit een vrouw was. Bij invaliditeit door burn-out of depressie was dit zelfs 68%. Vrouwen vertoonden ook de grootste stijging in invaliditeit als gevolg van burn-out of depressie: bijna 50% over 5 jaar. Bij vrouwen die zelfstandige waren, bedroeg deze stijging meer dan 66%. Vrouwen lijden dus vaker aan psychische gezondheidsproblemen, zijn vaker arbeidsongeschikt en zijn zelfs vaker langdurig arbeidsongeschikt vanwege psychische gezondheidsproblemen.⁷

Er is een duidelijke mismatch tussen de echte oorzaken van het groeiende aantal langdurig zieken en de voorgestelde maatregelen. De analyse van de oorzaken geeft aan dat het gaat om mensen die om een of andere reden niet (meer) kunnen werken. Het gaat om oudere werknemers, om vrouwen met andere zorgtaken, en meer en meer om mensen die de werkdruk niet aankunnen, om ziekmakende arbeid dus. De oplossingen moeten met andere woorden gezocht worden in het verlichten van de werkdruk, het voorzien in aangepast werk, tijdige rust en in werkbaar werk.

Alle voorgestelde maatregelen gaan echter uit van een andere logica. Men vertrekt van een fundamenteel wantrouwen in de langdurig zieken. De hypothese is dat men mensen moet activeren omdat ze misbruik maken van het systeem. Bart De Wever liet het al optekenen in een interview in De Morgen dat net voor de verkiezingen verscheen: “Natuurlijk zijn niet al die langdurig zieken écht ziek.”⁸ Hij voegde daaraan toe: “Mensen nestelen zich in dat systeem in het besef dat een ander betaalt. Opnieuw, vooral in Wallonië.” Daarmee haalt hij nogmaals het cliché boven van de Waalse profiteurs. De werkzaamheidsgraad ligt gemiddeld inderdaad lager in Wallonië dan in Vlaanderen maar die verschillen hebben ongetwijfeld eerder te maken met sociaaleconomische en demografische verschillen dan met individuele attitudes. Zo scoort Waals-Brabant bijvoorbeeld wel beter dan het Belgisch gemiddelde en zijn er ook tussen de Vlaamse provincies significante verschillen.⁹

7 Langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van psychosociale aandoeningen. Luk Bruyneel, Xavier Rygaert, Jarmila Oslejova, Hervé Avalosse, Valérie Fabri, Clara Noirhomme, Didier Willaert, Jérôme Vrancken, Annelies Meeus, Agnès Leclercq, Güngör Karakaya, Théo Brunois, Tonio Di Zinno.

Intermutualistisch Agentschap. 30/04/2024. <https://www.riziv.fgov.be/nl/studie/langdurige-arbeidsongeschiktheid-omwille-van-psychosociale-aandoeningen>

8 <https://www.demorgen.be/verkiezingen-9-juni/n-va-voorzitter-bart-de-wever-natuurlijk-zijn-niet-al-die-langdurig-zieken-echt-ziek~b4e51a24/>

9 <https://www.hln.be/binnenland/terwijl-west-vlaanderen-schittert-zakt-vlaams-brabant-verder-weg-expert-stijn-baert-over-nieuwe-studie-van-tewerkstelling-in-onze-provincies-a930c6e1/>

Welk re-integratiebeleid?

Natuurlijk zijn we er ook niet tegen dat zieke werknemers zo vlug mogelijk terug aan het werk gaan. De meeste mensen willen dat ook. Daarom staan vakbonden en wetenschappers niet negatief tegenover re-integratietrajecten.

In de Belgische context hebben de re-integratietrajecten echter niet de beste reputatie. In de eerste plaats bleek dat de versterkte aandacht voor re-integratie en de introductie van nieuwe instrumenten in de periode 2013-2020 niet in staat was om langdurig zieken sneller terug aan het werk te krijgen. De kans dat een arbeidsongeschiktheid minstens een jaar duurt, bleef relatief stabiel tussen 2013 en 2020, rond de 20%.¹⁰

Bovendien eindigde een re-integratietraject dikwijls in een ontslag wegens medische overmacht.¹¹ Daarom werd het systeem in 2022 hervormd waardoor de re-integratietrajecten en de procedure die leidt naar een ontslag wegens medische overmacht van elkaar losgekoppeld werden.

Nu re-integratietraject en ontslag van elkaar zijn losgekoppeld, kelderde het aantal re-integratietrajecten van 10.000 naar 2.000 per kwartaal.¹² Bovendien kwamen vele langdurig zieken meteen in een procedure terecht voor ontslag door medische overmacht, zonder zo'n traject. Volgens de vakbonden maken de nieuwe cijfers duidelijk dat de werkgevers onvoldoende moeite doen om hun ziek personeel opnieuw aan de slag te krijgen. In de plaats van zieke werknemers op weg te helpen naar aangepast werk, kiezen ze ervoor om meteen een ontslagprocedure op te starten.

Nochtans zijn er aanwijzingen vanuit wetenschappelijk onderzoek, dat re-integratietrajecten succesvol kunnen zijn mits aan een aantal voorwaarden voldaan is:

In de eerste plaats moet het gebaseerd zijn op vrijwilligheid. Daarom was het informele integratietraject ook altijd veel succesvoller dan de formele re-integratietrajecten. Hoewel die laatste in principe ook vrijwillig waren, gingen die meestal wel gepaard met enige druk.

Ten tweede wordt het best zo vroeg mogelijk opgestart. De kans op het verlaten van de arbeidsongeschiktheid neemt snel af na 6 maanden afwezigheid. In die eerste 6 maanden verlaat 2/3de van de betrokkenen het stelsel, maar daarna verloopt de terugkeer naar de arbeidsmarkt veel moeilijker. Ongeveer 2 op de 10 personen die arbeidsongeschikt worden, blijven een jaar afwezig. Maar bij diegenen die 1 jaar ziek zijn, is 8 op de 10 een jaar later nog arbeidsongeschikt.¹³

Ten derde is het belangrijk dat het kadert in een breder re-integratiebeleid met aandacht voor participatie door de werknemers. Een evaluatie van de impact van de reglementering op de re-integratie op het werk uit 2020 besloot bijvoorbeeld al dat: "(er) moet op worden toegezien dat re-integratie een centrale plaats inneemt in de onderneming, bijvoorbeeld door de middelen te analyseren die het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW) nodig heeft om hier echt werk van te maken."¹⁴

10 https://hrw.belgie.be/sites/default/files/content/download/files/2024_hrw_arbeidsongeschiktheid_verst_ag.pdf

11 https://werk.belgie.be/sites/default/files/content/documents/Welzijn%20op%20het%20werk/Onderzoek%20projecten/RTW_Verslag_WP1en2_KULeuven_2020.pdf

12 <https://www.tijd.be/politiek-economie/belgie/federaal/veel-vaker-medisch-ontslag-voor-langdurig-zieke-dan-re-integratie/10565079.html>

13 https://hrw.belgie.be/sites/default/files/content/download/files/2024_hrw_arbeidsongeschiktheid_verst_ag.pdf

14 <https://werk.belgie.be/nl/over-de-fod/dienstverlening/onderzoeksprojecten/2020-evaluatie-van-de-impact-van-de-nieuwe>

Ten slotte moet het re-integratiebeleid voor zieke werknemers gekoppeld worden aan het risicopreventiebeleid (risicoanalyse en preventiemaatregelen). Dergelijk beleid kan, wanneer het vóór de arbeidsongeschiktheid in werking treedt, het aantal zieke werknemers verminderen.¹⁵

Werkbaar werk vs ziekmakende arbeid

Re-integratietrajecten kunnen dus een rol spelen om mensen terug aan het werk te helpen na langdurige ziekte. Maar nog belangrijker is het om arbeidsongeschiktheid te voorkomen. Dat kan niet door de voorliggende maatregelen die de druk alleen verder opdrijven en enkel leiden tot meer langdurig zieken. Tegenover het foute beeld van de langdurig zieken als profiteurs stellen wij de switch van ziekmakende arbeid naar werkbaar werk centraal.

De maatregelen die we naar voor schuiven, passen perfect onder de noemer van het werkbaar werk: werk dat geen overmatige stress veroorzaakt, dat voldoende leerkansen biedt, dat motiverend is en een evenwichtige balans tussen werk en privéleven mogelijk maakt. Het gaat met andere woorden om kwaliteitsvol werk.

Dat heeft te maken met verschillende aspecten van de arbeid: een vast contract, voorspelbare uurroosters met voldoende rustpauzes, recht op deconnectie, inspraak op de werkvloer, ondersteuning door leidinggevenden, aangepast werk bij verminderde capaciteit, mogelijkheid tot zelfontplooiing, aangepaste verlof- en pensioenregelingen, etc.

Het zijn de vakbonden en mutualiteiten die de expertise op dat vlak gebundeld hebben. Zij kunnen een belangrijke rol spelen in de bevordering van werkbaar werk en ons zo op weg zetten naar een maatschappij met veel minder langdurig zieken. De vakbonden kunnen onder andere via het Comité Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW) meer inspraak krijgen bij alle beslissingen die impact hebben op de gezondheid en het psychisch welbevinden van werknemers.

Nochtans liggen ook deze organisaties zelf onder vuur.¹⁶ Bouchez en De Wever willen ook de bescherming van vakbondsafgevaardigden tegen ontslag terugdraaien. Ze stellen ook voor dat bedrijfsdirecties de vakbonden kunnen omzeilen om hun werknemers minder gunstige voorwaarden op te leggen. Men moedigt ook individuele onderhandelingen over werktijden aan, wat de rol van de vakbonden verder aantast en werknemers isoleert.

Kortom, degene die de oplossingen kunnen aandragen liggen zelf onder vuur. Vandaar dus dat er zich een breed front vormt om deze maatregelen te voorkomen.

¹⁵ <https://werk.belgie.be/nl/over-de-fod/dienstverlening/onderzoeksprojecten/2023-realisatie-van-een-verzameling-van-goede>

¹⁶ <https://www.pvda.be/hoofdstuk-5-de-vakbonden-verzwakken-om-de-werkende-klasse-te-verzwakken>

Annex:

Wat zijn de huidige maatregelen ivm re-integratie na (langdurige) ziekte?

De (terug-)weg naar het werk na een periode van ziekte heeft verschillende opties:

- 1) Informele re-integratie
- 2) Een formeel re-integratietraject (RIT) dat wordt opgestart op vraag van de werknemer of de werkgever.
- 3) Een terug-naar-werk-traject (TNW-traject) dat wordt opgestart door de adviserend arts of de werknemer.

Daarnaast is er de ontslagprocedure wegens medische overmacht.

De informele re-integratie

Vanaf de eerste dag arbeidsongeschiktheid kan de werknemer of de behandelende arts initiatief nemen voor de re-integratie bij de werkgever. De werknemer kan een bezoek plannen bij de Preventieadviseur-arbeidsarts (PAAA).

Het formele re-integratietraject (RIT)

Het RIT is er enkel voor zieken die een arbeidscontract hebben. Na 4 weken arbeidsongeschiktheid contacteert de preventieadviseur/arbeidsarts (PAAA) de werknemer om de mogelijkheden van werkhervatting te bespreken. Indien de werknemer akkoord is kan de PAAA na onderzoek en overleg drie mogelijke beslissingen nemen:

- a. De werknemer is tijdelijk ongeschikt om het overeengekomen werk te hervatten;
- b. De werknemer is definitief ongeschikt om het overeengekomen werk te hervatten;
- c. De beoordeling over re-integratie is (voorlopig) niet mogelijk.

In geval van a) of b) gaat de werkgever in overleg met de werknemer, de PAAA en eventueel andere actoren. Op basis daarvan wordt een plan opgemaakt voor (tijdelijk of definitief) ander werk, aangepast werk, opleiding, begeleiding etc. Dat plan wordt voorgelegd aan de werknemer die het al dan niet kan aanvaarden. Indien de werknemer het aanvaardt, wordt het uitgevoerd. De uitvoering wordt opgevolgd door de PAAA en zo nodig bijgestuurd.

Het RIT kan enkel uitmonden in een ontslag wegens medische overmacht indien de PAAA besloten heeft dat de werknemer definitief ongeschikt is (beslissing b) én de werknemer geen onderzoek naar aangepast werk aanvraagt; of het aangepast werk niet mogelijk blijkt, of de werknemer het re-integratieplan weigert uit te voeren.

Het terug-naar-werk-traject

Het TNW-traject is er voor alle zieken die niet in een RIT zitten, met of zonder arbeidscontract. Dat kan ofwel op initiatief van de adviserend arts van het ziekenfonds (route A), van de zieke (werknemer, zelfstandige of al dan niet uitkeringsgerechtigde werkloze) (route B); ofwel op initiatief van de VDAB, Actiris of Forem (route C).

Route A:

De adviserend arts kan, in overleg met de zieke, de route A kiezen naar aanleiding van een controle.

Na 10 weken arbeidsongeschiktheid ontvangt een zieke werknemer automatisch een vragenlijst. Indien die niet wordt ingevuld, riskeert de werknemer een sanctie. De werknemer wordt dan ook uitgenodigd voor een inschatting van de restcapaciteit door de adviserend arts van het ziekenfonds. Deze afspraak is verplicht.

Indien de adviserend arts van mening is dat werkherhvatting mogelijk lijkt mits aanpassingen of begeleiding, dan verwijst hij door naar de TNW-coördinator van het ziekenfonds als de betrokkene daarmee akkoord is.

De interventie van de TNW-coördinator hangt ervan af of de zieke al dan niet een arbeidscontract heeft. Als dat zo is, dan zal de TNW-coördinator mits goedkeuring en met begeleiding doorverwijzen naar de PAAA. Indien niet zal de TNW-coördinator in samenspraak met betrokkene een re-integratieplan opstellen.

Route B:

Een zieke kan op elk moment zelf contact opnemen met de adviserend arts van het ziekenfonds om ofwel deeltijds het werk te hervatten ofwel om een re-integratietraject op te starten. Indien voor dit laatste wordt gekozen, verloopt alles zoals bij route A.

Route C is er enkel voor zieken die al meer dan een jaar arbeidsongeschikt zijn. Zij kunnen zich aanmelden bij de VDAB, Actiris en Forem. De bemiddelaar zal de toestemming vragen van de adviserend arts van het ziekenfonds om een TNW-traject op te starten. Na akkoord zal de bemiddelaar van de VDAB, Actiris of Forem de zieke verder begeleiden.

De ontslagprocedure voor medische overmacht

De ontslagprocedure voor medische overmacht staat sinds 2022 los van de re-integratietrajecten en de procedure kan niet opgestart worden zolang een re-integratietraject loopt.

Wanneer is dit wel mogelijk?

- Na minstens 9 maanden arbeidsongeschiktheid
- Na vaststelling definitieve ongeschiktheid Beslissing b
- En als de werknemer geen onderzoek voor aangepast of ander werk aanvraagt;

- Als de werkgever in een verslag gemotiveerd heeft dat er geen aangepast werk mogelijk is;
- Of de werknemer weigert het aangeboden re-integratieplan.

Bij ontslag wegens medische overmacht heeft de ontslagen werknemer recht op werkloosheidsuitkering maar heeft hij of zij geen recht op een vooropzeg of ontslagvergoeding.



geneeskunde 
voor het volk 