



Dr Karel Vermeyen
Voorzitter AK-VSZ



Dr Jan Van Meirhaeghe
Voorzitter VAV

Is dit land langdurig ziek?

Zaterdag 18 oktober 2025



**Verlagboek Symposium 18 oktober 2025
georganiseerd door VAV en AK-VSZ**



KBC IBAN nr.: BE22 4073 0622 5147
Secretariaat VAV: Dascottelei 78 2100 Deurne
Tel. 0468-309334 (NIEUW NUMMER)
e-post: info@vlaamsartsenverbond.org
webstek: www.vlaamsartsenverbond.org
Het secretariaat is open op
dinsdag en donderdag (9 u-17.30 u).

RAAD VAN BESTUUR 2025-2027

REDACTIERAAD PERIODIEK

Dr. Jan Van Meirhaeghe (Voorzitter)

Dr. Lieve Van Ermen (Oud-voorzitter en Ondervoorzitter,
Redacteur Periodiek)

Dr. Bart Garmyn (Secretaris)

Dr. Geert Debruyne (Peningmeester)

Dr. Jan Dockx (VAV-Cultuur)

Prof. Dr. Eric Ponette (lid)

Dr. Chris Geens (Lid)

Prof. Dr. Karel Vermeyen (Lid), co-redacteur Periodiek

Dr. Stef Borms (gecoöpteerd Lid)

Dr. Jef Mennes (gecoöpteerd Lid), co-redacteur Periodiek

RAAD VOOR ADVIES

Prof. Dr. A. Baert, KUL

Prof. Dr. D. Blockmans, KUL

Prof. Dr. D. Delooze, UGent

Dr. Dirk Dewolf

Prof. Dr. A. Dupont, VUB

Dr. Piet H. Jongbloet

Dr. J. Lamote, VUB

Dr. E. Sleurs, UGent

Prof. Dr. P. Van Cauwenberge, voorzitter HoGent

Prof. Dr. Ph. Vandekerckhove, Rode Kruis Vlaanderen

Em. Prof. Dr. R. Van Hee, Universiteit Antwerpen

PERIODIEK

Verantwoordelijke uitgever: dr. L. Vanermen

Lindendreef, 54, Kalmthout

Hoofdredacteur: dr. L. Van Ermen

De gepubliceerde bijdragen verschijnen onder
de verantwoordelijkheid van de auteurs.

Layout: Drukkerij Goossens

Drukkerij: www.drukkerijgoossens.be

INHOUD

VOORSTELLING REDACTIETEAM	3
RAAD VAN BESTUUR	4
WAAROM DIT ONDERWERP?	6
WELKOMSWOORD	7
WERKEN, EEN GEZONDHEIDS(ZORG) DOELSTELLING	8
RE-INTEGRATIE: SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS, ARBEIDSARTS EN ADVISEREND ARTS	11
DE ROL VAN DE ADVISERENDE ARTS ANNO 2025	14
BELGIË IS ZIEK!	16
DEBAT	20
SLOTWOORD	23

LIDGELD VANAF 2023



Gedrukte Periodiek



Elektronische versie

Gewoon lid

 110

 90

Arts in opleiding of zonder praktijk

 70

 50

Artsenkoppel

 150

 130

Artsenkoppel in opleiding of zonder praktijk

 90

 70

Steunend lid

 200

Voorstelling van het nieuwe redactieteam

Jawel sinds 1 januari 2026 heeft Periodiek een nieuw **Redactieteam** dat de scepter zwaait. Inderdaad het duo Frank Goes en X-Pair wordt nederig door een triumviraat vervangen. (In het klassieke Rome hadden ze geen genderwoord voor een driekoppig beleid met een vrouw erbij?)

Dr. Lieve Van Ermen zorgt voor het samenbundelen van de artikels en is het doorgeefluik naar de nieuwe drukker Goossens in Kalmthout als logistieke organisator “met handen en voeten”.
Contact: lvanermen@telenet.be

Prof. Dr. Karel Vermeyen is het geestelijk “hoofd en de brains” en bekijkt de inhoud en stijl van de ingestuurde stukken als onze redacteur en is zelf auteur van erg analytische artikels.
Contact: karelvermeyen@hotmail.com

Dr. Jef Mennes is met zijn “fotografisch oog” als hobby fotograaf de geschikte persoon om foto’s aan te leveren en mee voor de opsmuk te zorgen als onze vormgever.
Contact: jef@mennes.be

Met dit eerste nummer als Verslagboek van het symposium van oktober 2025 maken we onze niet te missen “entrée”.



Dr. Lieve Van Ermen
lvanermen@telenet.be

**Redactieteam
Periodiek
2026**

Prof. Dr. Karel Vermeyen
karelvermeyen@hotmail.com

Dr. Jef Mennes
jef@mennes.be

OPEN UITNODIGING AAN ALLE LEDEN
stuur uw geïnspireerde artikels en foto's naar ons redactieteam

De huidige raad van bestuur

VOORZITTER



Dr. Jan Van Meirhaeghe
Orthopedist

OUD- EN ONDERVOORZITTER



Dr. Lieve Van Ermen
Cardioloog - Gewezen senator

SECRETARIS



Dr. Bart Garmyn
Securex Directie



VAV-CULTUUR



Dr. Jan Dockx
Huisarts Deurne

PENNINGMEESTER



Dr. Geert Debruyne
Gynecoloog



VAV-POLITIEK



Prof. Emeritus Dr. Eric Ponette
Radioloog KUL

LID



Prof. Dr. Chris Geens
Huisartsgeneeskunde KUL

GECOÖPTEERD LID



Dr. Stef Borms
Anesthesist



LID



Prof. Dr. Karel Vermeyen
Anesthesist UZA

GECOÖPTEERD LID



Dr. Jef Mennes
Anesthesist - Urgentiearts

Waarom dit thema?

De toename van het aantal langdurig zieken en invaliden in ons land is zorgwekkend. Tussen 2010 en 2025 is het aantal bijna verdubbeld tot meer dan 520.000 personen. Volgens een berekening van het Planbureau kan dat aantal nog stijgen tot 600.000 in 2035. Door deze sterke toename zijn de jaarlijkse uitgaven voor langdurige ziekte en invaliditeit gestegen tot meer dan 11 miljard euro. Het is dan ook logisch dat in het huidige regeerakkoord de begeleiding en re-integratie in de arbeidsmarkt van langdurig zieken als een van de belangrijke werven voor de regering opgenomen werd.

In 2007 was in België ongeveer 6% van de actieve bevolking (19-64 jaar) langdurig ziek of in invaliditeit terechtgekomen. Toen was België nog eerder gemiddeld gepositioneerd in een internationale OESO vergelijking. Nu is het aantal gegroeid tot meer dan 9% en behoort België bij de top van Europa. De RIZIV statistieken tonen dat de ziektegroepen “bewegingsstelsel” en “psychische stoornissen” samen meer dan 66% van de diagnoses in de langdurige werkloosheid en invaliditeit vertegenwoordigen. Met psychische stoornissen worden burn-out, angststoornissen en depressie bedoeld. Bovendien is het opvallend dat de stijging van de laatste 7 jaar zich beperkt tot deze twee ziektegroepen.

Binnen België zijn er regionale verschillen. In Wallonië is 8,88 % van de bevolking tussen 19 en 64 jaar langdurig ziek of in invaliditeit, in Brussel is dat 5,51% en in Vlaanderen 6,97%. In Brussel zijn echter een veelvoud personen leefloongerechtigd of werkloos in vergelijking met de andere regio's. De drempel om de statuten toe te kennen verschillen blijkbaar of de opvolging gebeurt niet op dezelfde manier. Door een wetswijziging (21/12/2013, in werking op 31/12/2015) werd de beoordeling van arbeidsongeschiktheid door de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV overgebracht naar de Dienst Uitkeringen van het RIZIV. Per provincie werd een Geneeskundige Raad voor Invaliditeit geïnstalleerd waarbij een belangrijke inbreng aan de ziekenfondsen werd toegewezen. De vastgestelde regionale verschillen zijn mogelijk ook het gevolg van deze decentralisatie.

Een OESO studie van 2022 beschrijft de principes waarop politiek rond langdurige ziekte en invaliditeit best opgebouwd worden. Preventie is belangrijk door het stimuleren van aangepast werk voor mensen met gezondheidsproblemen. Een tweede pijler is te zorgen dat invaliditeit geen “eindstadium” is, maar stimuleer terugkeer naar werk door middel van strikte opvolging en incentives. Het OESO waarschuwt tenslotte voor het effect van overloop tussen de verschillende sociale beschermingsmaatregelen: werkloosheids-, ziekte- en invaliditeitsuitkering en leefloon.

Een meer globale analyse van het Rekenhof (studie van 10/07/2024) onderzocht of de afspraken van het regeer-

akkoord 2020, rond re-integratietrajecten van langdurig zieken een positieve invloed hadden op de terugkeer naar werk. Het stelde vast dat, ondanks het stijgende aantal re-integratie-trajecten, het aantal geslaagde trajecten ten opzichte van het aantal arbeidsongeschikten eerder beperkt bleef. Jaarlijks bereikten de effectief gestarte RIZIV-trajecten (voor personen zonder arbeidsovereenkomst) slechts maximaal 0,6% van de doelgroep, de WASO-trajecten (voor personen met een arbeidsovereenkomst) maximaal 1,7%. Ruim onvoldoende dus.

In het huidige regeerakkoord wordt op de verantwoordelijkheid van alle actoren gewezen met name een sterkere responsabilisering wordt benadrukt van zowel werkgevers, werkenden, artsen (behandelend artsen, arbeidsartsen en adviserend artsen), als de ziekenfondsen en de regionale diensten voor arbeidsbemiddeling.

De krachtlijnen zijn: voorkomen dat mensen ziek worden, voorkomen dat mensen die gezondheidsproblemen krijgen (langdurig) uitvallen op het werk en faciliteren dat mensen die uitvallen snel terug (ten minste deeltijds) aan het werk gaan. Het is duidelijk dat maximale (re)integratie in de arbeidsmarkt de enige oplossing is om een overloopfenomeen (invaliditeit-leefloon) te vermijden en de kostenexplosie in de Sociale Zekerheid te beheersen.

Tijdens dit symposium werd de problematiek van langdurige ziekte en invaliditeit vanuit verschillende hoeken benaderd: het academisch standpunt, de arbeidsgeneeskunde, de ziekenfondssector en de arbeidsmarkt.

Dr. Jan Van Meirhaeghe

Voorzitter Vlaams Artsenverbond

Dr. Karel Vermeyen

Voorzitter Aktiekomitee Vlaamse SZ

Referenties:

- Arbeidsongeschiktheid en de re-integratie van werknemers op de arbeidsmarkt. Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, Maart 2024.
- Langdurig zieken. Maatregelen tot re-integratie op de arbeidsmarkt: opvolging 2024 van de aanbevelingen. Verslag goedgekeurd in de algemene vergadering van het Rekenhof van 10 juli 2024.
- Langdurige arbeidsongeschiktheid en invaliditeit omwille van psychosociale aandoeningen. Sociaal-demografisch, medisch en zorgconsumptieprofiel. April 2024. Een studie in opdracht van de verzekeringsinstellingen via het Inter-Mutualistisch Agentschap (IMA) en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).
- Disability, Work and Inclusion: Mainstreaming in All Policies and Practices. OECD (2022), OECD Publishing, Paris.

Welkomstwoord

Dr. Karel Vermeyen - Voorzitter Actiecomitee Vlaamse Sociale Zekerheid.



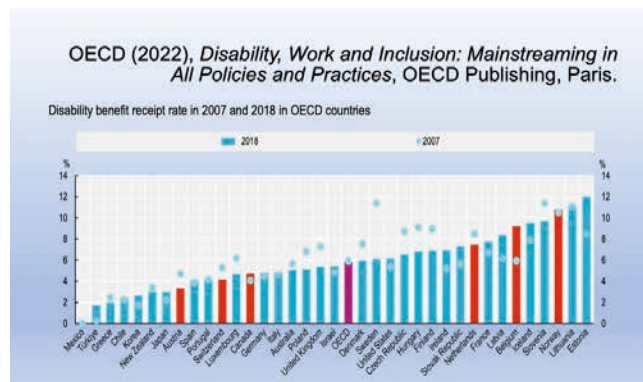
Iedereen van harte welkom op dit symposium dat gezamenlijk door het Vlaams Artsenverbond en het Actiecomitee Vlaamse Sociale Zekerheid georganiseerd werd. Mag ik vooreerst de sponsors bedanken zonder dewelke de organisatie van dit symposium niet mogelijk zou zijn. KBC, RK Vlaanderen, het Vlaams en Neutraal Ziekenfonds, Doktersgild Van Helmont en het Overlegcentrum van Vlaamse Verenigingen.

Laat ons enkele kerncijfers overlopen om aan te duiden hoe ernstig de situatie is. Inderdaad, de toename van het aantal langdurig zieken en invaliden in ons land is zorgwekkend.



Tussen 2010 en 2025 is het aantal ongeveer verdubbeld tot meer dan 520000 personen (werknemers en zelfstandigen samengeteld). Dit is bijna 10% van de 20-64 jarigen. De jaarlijkse instroom versnelt zelfs nog. Tot 2010 was de jaarlijkse instroom van personen in invaliditeit ongeveer 10.000 per jaar. Vanaf dan is deze instroom echter snel begonnen toenemen tot meer dan 70.000 per jaar vanaf 2022! Door deze sterke toename zijn de jaarlijkse uitgaven voor primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit gestegen tot meer dan 11 miljard euro.

Hoe positioneert België zich internationaal? In 2007 was in België ongeveer 6% van de actieve bevolking langdurig ziek. Uit OESO gegevens kunnen we vaststellen dat België toen nog bij de middengroep behoorde. Maar, waar de meeste landen het aantal uitkeringsgerechtigden onder controle hebben is het aantal in België alleen maar toegenomen tot meer dan 9% en behoort België bij de top van Europa.



Hoe is dit zo ver kunnen komen? Het Rekenhof onderzocht of de afspraken van het regeerakkoord 2020 rond re-integratietrajecten van langdurig zieken een positieve invloed hadden op de terugkeer naar werk. Het stelde echter vast dat, ondanks het stijgende aantal re-integratie-trajecten, het aantal geslaagde trajecten eerder beperkt bleef. Jaarlijks bereikten de effectief gestarte trajecten slecht minder dan 2,5% van de doelgroep, ruim onvoldoende dus.

Binnen België zijn er regionale verschillen. In Wallonië is 8,88 % van de bevolking tussen 19 en 64 jaar langdurig ziek, in Brussel is dat 5,51 % en in Vlaanderen 6,97 %. Op te merken valt dat in Brussel verhoudingsgewijs veel meer personen leefloongerechtigd of werkloos is in vergelijking met de andere regio's. De drempel om de statuten toe te kennen verschillen blijkbaar of de opvolging gebeurt niet op dezelfde manier.

We zijn zeer verheugd dat we een aantal experts hebben kunnen samenbrengen die ieder vanuit hun achtergrond hun analyse van de problematiek zullen voorstellen: Prof. Lode Godderis, Dr. Bart Garmyn, Dr. Heidi Reynders en Dhr. Jan Denys. Hopelijk zullen antwoorden gesuggereerd worden die toelaten de zorgwekkende evolutie in België te beheersen.

Ik geef nu het woord aan Dhr. Alain Mouton, journalist bij Trends, die de sprekers zal inleiden en het symposium in goede banen zal leiden.

“Waar de meeste landen het aantal uitkeringsgerechtigden onder controle hebben is het aantal in België alleen maar toegenomen tot meer dan 9% en behoort België bij de top van Europa.”

WERKEN ALS GEZONDHEID(ZORG)DOELSTELLING

Prof. dr. Lode Godderis (KU Leuven).



Tijdens zijn bijdrage aan het symposium pleitte prof. dr. Lode Godderis, professor arbeidsgeneeskunde, voor een fundamenteel andere benadering van arbeidsongeschiktheid en re-integratie. Vertrekkend vanuit zijn meervoudige rol als arts, academicus en bedrijfsleider, stelde hij dat het huidige systeem te sterk georganiseerd is rond controle en het vermijden van misbruik en te weinig rond wat maatschappelijk wél gewenst is: herstel, participatie en een duurzame terugkeer naar werk. Zijn centrale boodschap luidde dan ook dat werk expliciet moet worden beschouwd als een gezondheids- en gezondheidszorgdoelstelling.

Organiseren op wat men wil bereiken

Prof. Godderis opende zijn betoog met een eenvoudige maar confronterende denkoefening. Wie een onderneming opricht, organiseert haar processen doorgaans rond het gewenste doel, niet rond het vermijden van risico's. Volgens hem gebeurt in het beleid rond arbeidsongeschiktheid precies het omgekeerde: het systeem is primair er op ingericht om onterechte uitkeringen te vermijden, terwijl het onvoldoende gericht is op herstel en terugkeer naar werk.

Deze focus vertaalt zich onder meer in de taal die wordt gebruikt. Titels als “besparen op langdurig zieken” suggereren impliciet dat men bespaart op de zieke zelf, eerder dan op uitkeringen. Volgens Godderis is dit geen semantische nuance, maar een weerspiegeling van een dieperliggend probleem in hoe het systeem is opgebouwd.

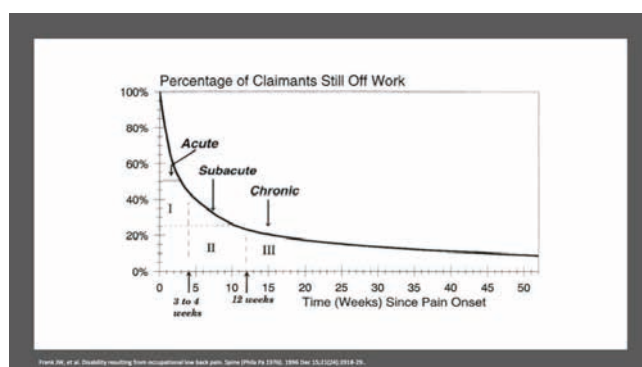
België in vergelijking met andere landen

Cijfers tonen aan dat België een stijgende trend kent in langdurige arbeidsongeschiktheid, terwijl andere Europese landen erin slagen deze cijfers te stabiliseren of zelfs te doen dalen. Nochtans zijn er in België niet meer chronische aandoeningen en zijn de arbeidsomstandigheden niet slechter dan elders. Dit wijst volgens Godderis op een systeemfout in de omgang met arbeidsongeschiktheid, eerder dan op een probleem bij de werknemers zelf.

Een blik over de landsgrenzen leert dat andere keuzes mogelijk zijn. Landen zoals Nederland en de Scandinavische staten hanteren een aanpak die meer inzet op begeleiding, vertrouwen en vroegtijdig contact, en minder op administratieve controle.

De dynamiek van arbeidsongeschiktheid: drie fasen

Om dit te illustreren verwees Godderis naar een klassieke, maar nog steeds relevante studie bij mensen met lage rugpijn. Die studie onderscheidt drie fasen in arbeidsongeschiktheid. In de acute fase (de eerste vier weken) keert het merendeel van de mensen spontaan terug naar het werk. In de subacute fase (tussen één en drie maanden) vlt die terugkeer af en groeit het risico op chroniciteit. Vanaf drie maanden wordt de curve vrijwel vlak: hoe langer men afwezig blijft, hoe kleiner de kans op terugkeer.



De redenen hiervoor zijn vooral psychosociaal. Aan de

kant van de werknemer ontstaan angst en onzekerheid over het werk, de collega's en het eigen functioneren. Tegelijk ontstaat aan de kant van de organisatie een nieuw evenwicht: taken worden herverdeeld, vervanging wordt voorzien, en ook daar groeit de onzekerheid over een succesvolle terugkeer. Vanaf drie maanden spelen deze factoren een doorslaggevende rol, ongeacht het land of de aandoening.

Godderis vergeleek het ziekteattest in dit verband met een geneesmiddel: krachtig, maar met belangrijke nevenwerkingen bij frequent en langdurig gebruik. Artsen moeten zich bewust zijn van de impact van duur en timing van arbeidsongeschiktheid.

Het ziektebriefje en het uitgangspunt van wantrouwen

Volgens Godderis is het veelzeggend dat de eerste maatschappelijke reflex bij ziekte het vragen van een ziektebriefje is. Dat vertrekt impliciet vanuit wantrouwen: de vrees dat werknemers ten onrechte gebruik zouden maken van gewaarborgd loon. Nochtans tonen beschikbare gegevens aan dat "zwart verzuim" – onterecht verzuim – naar schatting slechts 6 à 10% bedraagt. Daartegenover staat een grote grijze zone van werknemers die met beperkte aanpassingen wél zouden kunnen werken.

De ervaring tijdens de coronapandemie bevestigde dit. In sectoren waar verplicht werd getelewerkt, daalde het kortdurend ziekteverzuim aanzienlijk. Dit toont aan dat aanpassing van het werk mensen in staat stelt actief te blijven, zelfs bij gezondheidsklachten.

Daarom pleit Godderis al langer voor het afschaffen van het ziektebriefje in de eerste dagen van afwezigheid. Artsen zijn geen leugendetectoren, en het ziektebriefje blijkt weinig effectief in het tegengaan van misbruik. In organisaties waar het ziektebriefje voor de eerste vijf dagen werd afgeschaft, veranderde de frequentie van kort verzuim nauwelijks of daalde die zelfs. Mensen keren sneller terug omdat zij niet vastzitten aan de duur van een attest.

Cruciaal is wel wat in de plaats komt: geen anonieme melding, maar een rechtstreeks ziektemelding bij de leidinggevende. Dat persoonlijk contact verlaagt de drempel voor misbruik en blijkt een van de sterkste determinanten voor een snelle en duurzame terugkeer naar werk.

Fit notes en samenwerking tussen zorg en arbeid

Ook het concept van de "fit note", die benadrukt wat iemand nog wél kan, sluit inhoudelijk aan bij deze visie. In de praktijk blijken de effecten echter beperkt, omdat behandelende artsen vaak onvoldoende zicht hebben op de concrete werksituatie. Daarom benadrukte Godderis het

belang van structurele samenwerking tussen curatieve zorgverleners en arbeidsartsen, die het werk en de organisatie wél kennen. Werk kan en moet expliciet worden ingezet als onderdeel van de therapie.

De subacute fase als cruciaal venster

De periode tussen één en drie maanden arbeidsongeschiktheid vormt een "window of opportunity". In die fase voerde Godderis, samen met de Belgische ziekenfondsen, grootschalige follow-upstudies uit bij werknemers die acht weken afwezig waren. Op basis van 64 factoren werd een voorspellend model ontwikkeld en gevalideerd.

Opvallend was dat de diagnose zelf geen significante voorspeller bleek. Doorslaggevend waren daarentegen de eigen gezondheidsperceptie van de werknemer en diens inschatting van de kans op een succesvolle terugkeer. Stress, thuissituatie, kwaliteit van de relatie met leidinggevenden en collega's, de betekenis van het werk en persoonskenmerken zoals angst, leeftijd en perfectionisme bleken eveneens belangrijk.



Deze bevindingen onderstrepen dat een louter medische benadering tekortschiet. Zelfs bij ernstige aandoeningen kan werk bijdragen aan levenskwaliteit en herstel.

Controle, begeleiding en rolzuiverheid

In het regeerakkoord worden verschillende maatregelen aangekondigd, waaronder vroegtijdig contact vanuit de preventiediensten en het bepalen van arbeidspotentieel vanaf week acht. Godderis steunt deze maatregelen inhoudelijk, maar waarschuwt voor een vermenging van begeleiding en controle. Wie als begeleider wordt gepercipieerd, als controleur van uitkeringen, verliest het vertrouwen dat nodig is om re-integratie te ondersteunen. Een duidelijke scheiding van rollen is daarom essentieel.

Internationale ervaringen tonen bovendien dat loutere controle en sancties niet leiden tot duurzame re-integratie. In het Verenigd Koninkrijk leidde herhaalde herbeoordeling van langdurig zieken wel tot het stopzetten van uitkeringen, maar niet tot blijvende tewerkstelling. Integendeel, de mentale gezondheid verslechterde en het gebruik van

antidepressiva nam toe.

Werken als gezondheidsdoelstelling

Dit alles brengt Godderis tot zijn kernstelling: werken is geen tegenstelling tot gezondheid, maar draagt er in veel gevallen toe bij. De realiteit is geen zwart-witverhaal van ziek of gezond, maar een continuüm met een grote grijze zone. Re-integratie moet daarom niet worden uitgesteld tot het einde van een behandeling, maar van bij het begin geïntegreerd worden in het zorgproces.

Hij illustreert dit met een metafoer uit de sportwereld: geblesseerde voetballers revalideren niet geïsoleerd, maar blijven aanwezig bij hun ploeg en keren, wanneer het kan, geleidelijk terug op het veld. Die manier van denken – herstel binnen de context van participatie – zou ook rich-

tinggevend moeten zijn voor arbeid en gezondheidszorg.

Besluit

Prof. Godderis besloot met een duidelijke oproep: organiseer het systeem rond het hoofddoel dat men wil bereiken, namelijk herstel en duurzame terugkeer naar werk. Controle en sancties kunnen daar een plaats in hebben, maar alleen als sluitstuk van een goed georganiseerd begeleidend proces. Door werk expliciet op te nemen als gezondheids- en gezondheidszorgdoelstelling kan men zowel menselijk als maatschappelijk winst boeken.

“Werken draagt bij tot gezondheid en dus is dit voor mij een duidelijk pleidooi om werk op te nemen als een gezondheidsdoelstelling en ook als een gezondheidszorgdoelstelling.”



RE-INTEGRATIE: SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS, ARBEIDSARTS EN ADVISEREND ARTS

Dr. Bart Garmyn (Securex).



In zijn voordracht vertrok dr. Bart Garmyn van de centrale vraag van het symposium: “Is dit land langdurig ziek?” Volgens hem kan het vraagteken zonder omwegen worden weggelaten. België kampt met een structureel en ernstig probleem van langdurige arbeidsongeschiktheid. Hij sloot zich daarbij expliciet aan bij de analyse van minister Frank Vandenbroucke, die langdurige uitval door ziekte benoemt als een van de grootste maatschappelijke en gezondheidsproblemen van deze tijd.

Naast het menselijke en gezondheidskundige aspect wees Dr. Garmyn op de budgettaire urgentie. De jaarlijkse uitgaven voor vervangingsinkomens van langdurig zieken bedragen vandaag ongeveer 11 miljard euro, en lopen op tot 14,5 miljard euro wanneer ook kortere ziekteperiodes worden meegerekend. Volgens hem is dit niveau van uitgaven maatschappelijk niet langer houdbaar, wat verklaart waarom het debat over langdurige ziekte en re-integratie vandaag hoog op de politieke agenda staat.

Oorzaken: complex en multifactoriaal

Dr. Garmyn benadrukte dat de oorzaken van de sterke stijging van langdurige ziekte complex en multifactorieel zijn. Hij verwees naar verschillende verklaringsmodellen die in het publieke debat circuleren: de afbouw van het brugpensioen waardoor mensen met een versleten loopbaan vaker in de invaliditeit belanden, de toenemende werkdruk en productiviteitseisen die werknemers fysiek en mentaal uitputten en de impact van permanente digitale connectiviteit en sociale media, die nauwelijks nog ruimte laten voor herstel en mentale rust.

Daarnaast wees hij op het opvallend hoge aandeel vrouwen in de cijfers van langdurige arbeidsongeschiktheid. Dat wordt vaak verklaard door de combinatie van professionele en zorgtaken, maar volgens sommige stemmen speelt ook de menopauze een rol, waarvan de impact lange tijd werd onderschat in een voornamelijk mannelijk onderzoekskaders.

Deze factoren zijn echter ook in de buurlanden belangrijk. Het bijzonder hoge Belgische cijfer – met tot zeven keer meer langdurig zieken dan in Duitsland – kan volgens Garmyn dus niet eenvoudig worden verklaard door louter maatschappelijke trends of individuele fraude. Evenmin gelooft hij dat het probleem hoofdzakelijk te wijten is aan misbruik van het systeem. Ook de beperkte toegang tot psychologische zorg en lange wachttijden kunnen een rol spelen, al werd door andere sprekers al aangegeven dat het effect van psychologische interventies soms wordt overschat.

Volgens Garmyn zal het probleem niet opgelost raken door louter extra controles of marginale ingrepen. Een grondige hervorming van het systeem is noodzakelijk.

Preventie op drie niveaus

Vanuit zijn ervaring als arbeidsarts onderscheidde hij drie niveaus van preventie. Op het vlak van primaire preventie (werkbaar werk) stelde hij vast dat Belgische ondernemingen slechts beperkt worden geresponsabiliseerd voor ziekteverzuim. Hoewel er meer aandacht is voor ergonomische en psychosociale risico's en werkgevers wettelijk verplicht zijn risicoanalyses uit te voeren, blijft de imple-

mentatie vaak ontoereikend. Terwijl arbeidsongevallen grondig worden geanalyseerd en opgevolgd, krijgt ziekteverzuim volgens hem nog te weinig structurele aandacht.

Het system vraag bijsturing

1. Primaire preventie : meer werkzaam werk
2. Secundaire preventie : betere vroegdetectie
3. Tertiaire preventie : betere re-integratie



Wat de secundaire preventie betreft, uitte Garmyn stevige kritiek op de organisatie van de arbeidsgeneeskunde. Die is volgens hem onvoldoende aangepast aan de noden van de 21ste eeuw en blijft te sterk gericht op beroepsziekten uit het verleden. De huidige methodieken slagen er onvoldoende in om werknemers met een verhoogd risico op uitval tijdig te detecteren. Binnen COPREV, de vereniging van externe preventiediensten, wordt daarom gewerkt aan een grondige herziening van het koninklijk besluit rond medisch toezicht. Kernpunten zijn taakdelegatie naar verpleegkundigen, zodat arbeidsartsen zich meer kunnen focussen op begeleiding van risicogroepen en de inzet van digitale tools die vroegdetectie kunnen versterken.

Re-integratie: structurele tekortkomingen

Op het niveau van de tertiaire preventie, met name re-integratie, schetste Garmyn een systeem met fundamentele tekortkomingen. Voor werkgevers is de kost van langdurige afwezigheid relatief beperkt, aangezien het risico grotendeels gemutualiseerd is. Tot voor kort was enkel één maand gewaarborgd loon voorzien. Recent werd dit uitgebreid, maar de responsabilisering blijft volgens hem beperkt.

Er bestaan nauwelijks sancties voor werkgevers die geen verzuimbeleid voeren of niet meewerken aan re-integratie. Zelfs het weigeren van progressieve werkhervatting hoeft vandaag niet te worden gemotiveerd. Dat contrasteert scherp met Nederland, waar werkgevers veel sterker financieel verantwoordelijk worden gesteld. Minister Vandebroucke heeft wel aangekondigd hier verandering in te willen brengen.

Daarnaast wees de spreker op het gebrek aan structureel overleg tussen huisartsen, adviserend artsen van de ziekenfondsen en arbeidsartsen. Ook de samenwerking met de terug-naar-werkcoördinatoren verloopt moeizaam. Het gevolg is dat werknemers vaak te lang volledig ziek blijven, terwijl onvoldoende wordt onderzocht wat zij eventueel nog wél kunnen. Instrumenten zoals de fitnote

en een goed functionerend trioplatform zouden hier volgens hem een belangrijke rol kunnen spelen.

Re-integratietrajecten zijn vandaag sterk vrijblijvend, zowel voor werknemer als werkgever. Ook de inzet van terug-naar-werkcoördinatoren heeft tot dusver slechts beperkte impact gehad. Bovendien worden werknemers waarvan duidelijk is dat zij hun oorspronkelijke functie niet meer kunnen opnemen vaak te laat doorverwezen naar VDAB, FOREM, ACTIRIS of ADG voor heroriëntering of bijscholing. Uit recente steekproeven blijkt nochtans dat een aanzienlijk deel van de mensen in invaliditeit nog arbeidspotentieel heeft. Slechts 17% blijkt effectief tot aan het pensioen terecht invalide te zijn verklaard, terwijl 25% eigenlijk niet in dat statuut thuishoort. Garmyn benadrukte wel dat deze cijfers met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.

Volgens hem is een strengere toegang tot het invaliditeitsstatuut en een betere opvolging noodzakelijk, niet alleen om budgettaire redenen, maar ook om ethische. Mensen langdurig in een statuut van “maatschappelijke uitsluiting” plaatsen zonder perspectief op activering is volgens hem niet verantwoord.

Huidige wetgeving en procedures

Garmyn lichtte vervolgens de bestaande regelgeving rond re-integratie toe. Werkgevers zijn verplicht om na één maand ziekte de externe dienst te verwittigen. In de praktijk gebeurt dit vooral in grotere ondernemingen. De externe dienst neemt dan schriftelijk contact op met de werknemer om de mogelijkheden van een informeel of formeel traject toe te lichten. Informele trajecten laten toe dat werknemers op eigen initiatief de arbeidsarts consulteren. De werkgever kan hierbij aanpassingen weigeren zonder motivatie. Formele trajecten zijn strenger: resultaten worden gedeeld met het ziekenfonds en de werkgever moet een re-integratieplan opstellen of schriftelijk motiveren waarom dit niet mogelijk is. Op die motivatie is echter geen controle en er zijn geen sancties.

Na negen maanden afwezigheid kan een procedure tot vaststelling van definitieve ongeschiktheid (VDO) worden opgestart, wat kan leiden tot beëindiging van de arbeidsovereenkomst wegens overmacht. De vroegere verplichting tot outplacement is vervangen door een bijdrage aan het Terug Naar Werk-fonds. Oorspronkelijk was deze procedure onderdeel van het re-integratietraject, maar ze werd losgekoppeld omdat ze vaak uitsluitend werd gebruikt om contracten te beëindigen.

De arbeidsarts moet deze begeleiding uitvoeren zonder toegang tot medische dossiers en zonder kennis van de diagnose, wat zijn rol beperkt tot bemiddeling en niet tot medische expertise.

Hervormingen in voorbereiding: re-integratie 3.0

Garmyn schetste vervolgens de geplande hervormingen die minister Vandenbroucke in verschillende “golven” heeft aangekondigd. Die moeten leiden tot een minder vrijblijvend systeem waarin zowel artsen, werkgevers, werknemers als ziekenfondsen sterker worden geresponsabiliseerd.

Artsen die ziekteattesten uitschrijven zullen meer richting en feedback krijgen, onder meer via richtlijnen over gebruikelijke herstelduur en via de introductie van de fitnote. Tegelijk benadrukte Garmyn de genuanceerde visie van Domus Medica, dat pleit voor duidelijke rolafbakening en samenwerking, waarbij arbeidsgeschiktheid primair tot het domein van de arbeidsarts behoort.

Werkgevers zullen sterker worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid om contact te houden met zieke werknemers en re-integratie mogelijk te maken. Sancties worden overwogen, al blijft de concrete uitwerking onduidelijk. Voor kleine ondernemingen blijft re-integratie volgens Garmyn bijzonder uitdagend. In het kader van re-integratiebeleid 3.0 zouden werkgevers met meer dan twintig werknemers al na twee maanden ziekte verplicht worden de externe dienst te verwittigen. Vanaf dat moment zou het arbeidspotentieel systematisch worden beoordeeld. Er zijn plannen om relevante medische informatie gecontroleerd te delen via het trioplatform, en om de procedure tot definitieve ongeschiktheid te vervroegen naar zes maanden.

Ook werknemers en ziekenfondsen zouden sterker worden geresponsabiliseerd, met mogelijke sancties bij niet-meewerken. Tegelijk waarschuwde Garmyn voor de risico's van grootschalige herkeuringen van langdurig invalide personen, onder meer op basis van buitenlandse ervaringen die aantonen dat dit kan leiden tot sociale vershraling en slechtere gezondheidsuitkomsten.

Wat werkt volgens onderzoek?

Tot slot verwees Garmyn naar recent onderzoek van de SERV en academische studies die aantonen dat succesvolle re-integratie steunt op vijf principes: steun vanuit relaties, mensgericht leiderschap, aanpassingen aan werk en loopbaan, ruimte voor herstel en zorg, en vooral persoonlijke motivatie en geloof in eigen kunnen. Dat vraagt van arbeidsartsen en adviserend artsen sterke vaardigheden in motiverende gespreksvoering.

Sleutels voor succesvolle re-integratie

securex

1. Steun vanuit informele en formele relaties,
2. Mensgericht leidinggeven
3. Aanpassingen aan werk- en loopbaan
4. Ruimte voor zorg en herstel.
5. Persoonlijke kracht en arbeidsmotivatie.



Wie terug aan het werk gaat gelooft weer of nog steeds in zijn eigen kunnen en wil ook kunnen bijdragen aan de arbeidsmarkt.

Besluit

Dr. Garmyn besloot dat België zich op een kantelmoment bevindt. Het systeem heeft sterke en zwakke kanten, maar verder uitstel is geen optie. Zachte heelmeesters maken stinkende wonden. Alleen een gezamenlijke inspanning van alle betrokken actoren kan leiden tot een duurzaam re-integratiebeleid. Er ligt nog veel werk op tafel, maar ook een duidelijke verantwoordelijkheid voor iedereen die bij dit dossier betrokken is.

“Plus est en vous.”



Rode Kruis
Vlaanderen

ONZE HOOFDSPONSOR

ROL VAN DE ADVISEREND ARTS

ANNO 2025

Dr. Heidi Reynders - Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen..



Historiek en wettelijke grondslag

De functie van adviserend arts is ontstaan uit de noodzaak om medische beslissingen binnen het kader van de sociale zekerheid te standaardiseren en te objectiveren. Eerdere pogingen tot institutionalisering in 1947 en 1954 bleken niet succesvol. Pas in 1962 werd een eerste statuut ingevoerd, dat op 20 juli 1967 werd herzien via Koninklijk Besluit nr. 35. De meest recente aanpassing vond plaats in augustus 2025.

De wettelijke basis is terug te vinden in de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU-wet, artikelen 153 .. /164). De adviserend arts is beëdigd en opereert onder toezicht van de arts-directeur. Tuchtrechtelijke bevoegdheid berust niet bij de Orde der Artsen, maar bij de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) van het RIZIV.

Wettelijke opdrachten van de Adviserend Arts

De adviserend arts ziet toe op het optimaal en rechtmatig gebruik van de beschikbare middelen binnen de wettelijke ziekteverzekering (GVU). De kerntaken omvatten:

- Controle van arbeidsongeschiktheid en van verleende geneeskundige verstrekkingen;
- Begeleiding en advisering van sociaal verzekerden;
- Toezicht op en inschatting van de re-integratiemogelijkheden van arbeidsongeschikte personen (inclusief evaluatie van restcapaciteiten);
- Informeren van zorgverleners ter bevordering van correcte toepassing van reglementering;
- Terugvordering van onterecht uitgevoerde of gefinancierde prestaties.

Voor de erkenning van arbeidsongeschiktheid wordt verwezen naar artikel 100 van de GVU-wet voor loontrekken, en naar artikelen 19 en 20 van het KB van 20 juli 1971 voor zelfstandigen.

Evolutie in het Re-integratiebeleid

Sinds januari 2022 is het re-integratiebeleid structureel hervormd door minister Vandenbroucke, met de invoering van de Terug-Naar-Werk (TNW)-trajecten. Deze hervorming wordt beschreven in vier zogenaamde “golfbewegingen”, waarbij ‘contact’ als kernbegrip fungeert:

- **Eerste golf:** introductie van een eerste contactpunt via de terug-naar-werkcoördinator.
- **Tweede golf:** versterking van de rol van het multidisciplinair team – bestaande uit o.a. een klinisch psycholoog, kinesitherapeut, ergotherapeut of verpleegkundige – naast de adviserend arts, in de beoordeling van arbeidsongeschiktheid en restcapaciteiten en verhogen van de verplichte contactmomenten zowel in de periode van primaire arbeidsongeschiktheid als tijdens de invaliditeitsperiode.
- **Derde golf:** focus op snellere en vroegtijdige contactname tussen alle actoren, inclusief adviserend artsen, arbeidsartsen, huisartsen. De werkgevers krijgen ook een belangrijkere rol.
- **Vierde golf:** voorlopig een politiek vaag, maar met als rode draad het verder intensifiëren van contactmomenten met langdurig zieken, teneinde deze doelgroep permanent in beeld te houden.

Digitalisering en communicatie

Ter ondersteuning van de samenwerking tussen de betrokken zorg- en werk gerelateerde actoren werd in februari 2025 het **TRIO-platform** gelanceerd. Dit digitaal communicatieplatform, geïntegreerd binnen eHealth, faciliteert de gegevensuitwisseling tussen huisarts, arbeidsarts en adviserend arts. Hoewel het platform zich nog in een ontwikkelingsfase bevindt, wordt het gezien als een veelbelovend instrument ter verbetering van de communicatie tussen essentiële partners in het re-integratieverhaal.

Andere geplande digitaliseringsprojecten zijn onder meer: de verdere ontplooiing van verplichte elektronische ge-
tuigschriften, gekoppeld aan centrale registratie bij het RIZIV.

Aankomende wijzigingen in 2026

In de loop van 2026 worden bijkomende hervormingen verwacht, waaronder:

- Beperking van de geldigheidsduur van arbeidsongeschiktheidsattesten tot maximaal drie maanden per attest;
- Invoering van een zogenoemde fitnote door huisartsen;
- Verplichte solidariteitsbijdrage van 30% voor werkgevers tijdens de tweede en derde maand van de arbeidsongeschiktheidsperiode;
- Verdere hervormingen en sanctiemechanismen die op dit moment nog in ontwikkeling zijn.

Verantwoordelijkheid en sanctiebeleid

In het kader van het principe van financiële responsabilisering van de verzekeringsinstellingen worden er vanaf 2026 extra structurele wijzigingen doorgevoerd. Indien bepaalde beheerprestaties niet worden nageleefd, zullen naast sancties, met betrekking tot het variabele gedeelte van de administratiekosten (VARAK), ook structurele correcties worden toegepast op het vaste gedeelte van de administratiekosten.

Ziekenfondsen zullen dan financieel verantwoordelijk worden gesteld voor de mate waarin zij bijdragen aan een succesvolle re-integratie van arbeidsongeschikten. De financiering zal in toenemende mate resultaatgericht zijn.



Imperator Carolus Quintus, Comes Flandriæ:

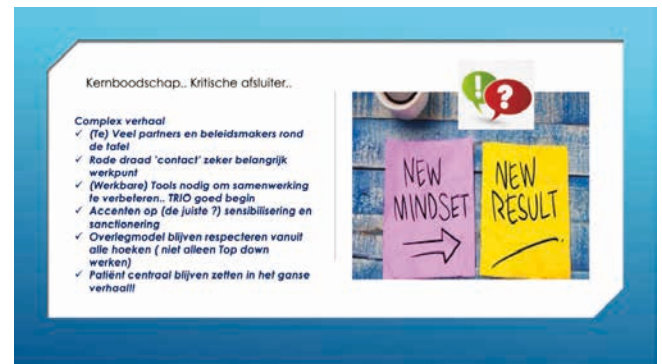
“Il faut être maître de soi pour être maître du monde”

Zo ook Vlaanderen...

Ook op het niveau van de individuele arbeidsongeschikte én andere betrokken actoren worden in 2026 verdere versterkingen in de sanctioneringsprocessen voorzien.

Cijfers en beleidsuitdagingen

Het aantal personen in invaliditeit blijft toenemen, voornamelijk door een hogere instroom dan uitstroom. Deze trend is complex en vraagt om een onderbouwde aanpak, onder meer via peer review en beleidsgericht onderzoek. Het betreft een multifactorieel probleem dat een genuanceerde en integrale benadering vereist, zonder te vervallen in simplificatie of schuldtoewijzing.



Kernboodschap – Kritische reflectie

De uitdagingen in het domein van arbeidsongeschiktheid en re-integratie zijn aanzienlijk. De kernboodschappen zijn:

- Multidisciplinair overleg is essentieel, maar vereist duidelijkheid in rolverdeling en mandaten;
- Contactmomenten vormen de rode draad binnen alle hervormingen en blijven een prioriteit;
- Digitale tools zoals het TRIO-platform zijn een positieve ontwikkeling en noodzakelijk, maar dienen nog verder ontwikkeld te worden;
- Sensibilisering en sanctionering moeten in evenwicht worden gebracht, met focus op rechtvaardigheid en effectiviteit;
- Overlegmodellen moeten inclusief zijn, met aandacht voor bottom-up initiatieven;
- De patiënt dient ten allen tijde centraal te blijven in het gehele re-integratieproces.

“De toekomst: we laten niemand los.”

BELGIË IS ZIEK

Jan Denys, arbeidsmarktextpert.



Jan Denys gaf een analyse van de opvallend hoge cijfers inzake ziekte en arbeidsongeschiktheid in België. Zijn centrale stelling was duidelijk: niet de Belgische bevolking is uitzonderlijk ongezond, maar het Belgische systeem functioneert onvoldoende. Volgens Denys is België “ziek” door een combinatie van gebrekkige activering, beperkte responsabilisering en institutionele complexiteit.

België en Nederland: koplopers in ziekteafwezigheid

Hij plaatste zijn analyse in een internationaal perspectief en verwees daarbij naar de bekende uitspraak van de Nederlandse premier Ruud Lubbers begin jaren 1990: “Nederland is ziek”. Die uitspraak bleef volgens Denys ook decennia later relevant. Recente vergelijkende cijfers tonen aan dat Nederland nog steeds tot de landen behoort met een groot aandeel personen die wegens ziekte of handicap niet actief zijn op de arbeidsmarkt. België doet het echter nog slechter en staat zelfs bovenaan in Europa. Belangrijk daarbij is dat de cijfers methodologisch vergelijkbaar zijn tussen landen. Het gaat om het aandeel personen dat wegens ziekte of handicap niet beschikbaar is voor werk of geen werk zoekt. België en Nederland nemen hierin respectievelijk de eerste en tweede plaats in. Dit staat in contrast met het vaak gehoorde beeld van Nederland als

voorbeeldland inzake activering van zieken. Ondanks een uitgebreid en verregaand activeringssysteem slaagt Nederland er niet in om substantieel betere resultaten te boeken dan België.

Volgens Denys is het daarom zinvol om het blikveld te verruimen en te kijken naar landen die wel duidelijke vooruitgang hebben geboekt, zoals Duitsland of Denemarken. Twee vaststellingen springen in het oog: België telt het hoogste aandeel zieken vanuit arbeidsmarktperspectief én de toename van deze groep verliep de voorbije tien tot vijftien jaar sneller dan in andere Europese landen.

Zijn Belgen zieker of ouder?

Vervolgens onderzocht Denys enkele vaak genoemde verklaringen voor deze cijfers. Een eerste mogelijke verklaring is de algemene gezondheidstoestand van de bevolking. Objectieve gezondheidsindicatoren geven echter geen uitzonderlijk negatief beeld. Het aandeel mensen met een beperking ligt in België rond het Europese gemiddelde van ongeveer 20%, waarbij een aanzienlijk deel van deze groep ook effectief aan het werk is.

Ook subjectieve gezondheidsindicatoren spreken dit tegen. Wanneer mensen hun eigen gezondheid beoordelen, geeft 77% van de Belgen aan dat die goed tot zeer goed is, tegenover een Europees gemiddelde van 69%. Bovendien ligt de levensverwachting in België hoger dan gemiddeld in de Europese Unie.

Een tweede mogelijke verklaring is vergrijzing. België heeft echter een relatief jonge bevolking, met een mediane leeftijd van ongeveer 41,8 jaar. Dat is beduidend jonger dan bijvoorbeeld Italië, waar de mediane leeftijd ruim zes jaar hoger ligt. Toch kent België aanzienlijk meer ziekteafwezigheid dan Italië. Bovendien verloopt de vergrijzing in België relatief traag in vergelijking met andere landen, waaronder Duitsland, dat zelfs een lichte verjonging kent door migratie.

Volgens Denys kunnen gezondheidstoestand en veroudering dus niet verklaren waarom België zo sterk afwijkt van andere landen.

Maakt werken ziek?

Een derde vaak gehoorde verklaring is dat werken steeds meer ziek zou maken. Denys ging kritisch in op dit argument, dat vooral in academische middens sterk leeft. Hij verwees daarbij naar het invloedrijke model van de Amerikaanse socioloog Robert Karasek, dat de kwaliteit van

arbeid beoordeelt op basis van twee dimensies: de eisen van het werk en de mate van autonomie of controle die werknemers hebben over de uitvoering ervan.

In dit model zijn vooral jobs met hoge eisen en weinig autonomie problematisch. Dergelijke jobs vertegenwoordigen volgens Denys ongeveer 15% van de arbeidsmarkt. In sommige academische interpretaties wordt echter gesteld dat enkel jobs met zowel hoge eisen als hoge autonomie “gezond” zijn, wat zou impliceren dat tot 70% van de jobs ziekmakend is. Die redenering vindt Denys overdreven en weinig realistisch. Niet iedereen streeft immers naar een zeer uitdagende en autonome job, en ook minder complexe of meer routinematige functies kunnen waardevol en duurzaam zijn.

Empirische cijfers over de kwaliteit van arbeid ondersteunen volgens Denys de stelling niet dat België uitzonderlijk slecht scoort. Op het vlak van fysieke arbeidsomstandigheden behoort België tot de betere Europese leerlingen, mede dankzij decennialange inspanningen op het vlak van arbeidsveiligheid en preventie. Wat werkdruk betreft, situeert België zich rond het Europese gemiddelde. Ook inzake loopbaanperspectief en betrokkenheid van werknemers scoort België relatief goed.

De conclusie is duidelijk: de hoge instroom in ziekte en invaliditeit kan niet verklaard worden door een algemeen slechte kwaliteit van arbeid. Denys waarschuwde ervoor dat het simplistische discours “werken maakt ziek” het debat weinig vooruithelpt en zelfs contraproductief kan zijn.

Communicerende vaten: geen natuurwet

Een vierde verklaring die vaak wordt aangehaald, is die van de zogenaamde communicerende vaten. Wanneer regels rond werkloosheid of vervroegde uittreding worden verstrengd, zouden mensen massaal uitwijken naar ziekte en invaliditeit. Denys erkende dat dit mechanisme in België historisch een rol heeft gespeeld en dat er empirisch bewijs voor bestaat.

Communicerende vaten?

- In België was en is er sprake van communicerende vaten tussen werkloosheid, vervroegde uittreding en ziekte en invaliditeit
- Maar in de EU zijn er meerdere landen waar dit niet of in veel mindere mate heeft gespeeld
- Denemarken : 2012-2024 werkloosheid van 7,2 naar 5,5 en ziekte van 8,4 naar 3,2
- Polen : werkloosheid van 10 naar 2,8 en ziekte van 6,5 naar 4,5
- Communicerende vaten zijn in essentie politieke keuze

Tegelijk benadrukte hij dat dit geen onvermijdelijke natuurwet is. Internationale vergelijkingen tonen aan dat verschillende landen erin geslaagd zijn om zowel werk-

loosheid als ziekteafwezigheid tegelijk te verminderen. Denemarken is hiervan een sprekend voorbeeld: de werkloosheid daalde er van 7,2% naar 5,5%, terwijl het aandeel ziekteafwezigen in tien jaar tijd terugviel van 8,4% naar 3,2%. Ook Polen kende een sterke daling van zowel werkloosheid als ziekteafwezigheid, parallel met een stijgende welvaart.

Volgens Denys tonen deze voorbeelden aan dat communicerende vaten het resultaat zijn van beleidskeuzes, niet van onvermijdelijke sociale wetten. Hij pleitte ervoor om inspiratie te halen uit landen die aantoonbaar vooruitgang boeken, in plaats van zich blind te staren op Nederland.

Politieke traagheid en ingebakken passiviteit

Wat loopt er dan fout in België? Denys wees op een combinatie van politieke traagheid, een diep ingebakken “DNA van passiviteit” en institutionele complexiteit. Toch nuanceerde hij het beeld van een volledig stilstaande politiek. Reeds in 2015 zette toenmalig minister Maggie De Block eerste stappen om het beleid rond langdurige ziekte te hervormen. Dat proces verloopt traag, maar het gaat om het bijsturen van een log en complex systeem.

De maatschappelijke weerstand tegen activering speelt daarbij een belangrijke rol. Denys maakte de vergelijking met het activeringsbeleid voor werklozen, dat twintig tot vijfentwintig jaar geleden op gelijkaardige kritiek botste. Toen werd activering voorgesteld als repressief en zelfs als een schending van mensenrechten. Vandaag keren dezelfde argumenten terug in het debat over zieken en invaliden.

Volgens Denys heeft België uiteindelijk ook bij de activering van werklozen stappen vooruitgezet, zij het met wisselend succes naargelang het gewest. Vlaanderen boekte betere resultaten dan Brussel en Wallonië. Het debat over activering van zieken dreigt nu dezelfde fouten te herhalen als destijds, onder meer door controle en begeleiding strikt van elkaar te willen scheiden.

Regionale verschillen en communautaire gevoeligheden

Een bijkomend, vaak onderbelicht aspect is het uitgesproken regionale verschil in de evolutie van ziekte en invaliditeit. In Vlaanderen steeg het aandeel langdurig zieken van ongeveer 5% naar 6%, een beperkte stijging die iets boven het Europese gemiddelde ligt. In Brussel steeg dit aandeel van 3,7% naar 6,6% en in Wallonië zelfs tot 9,6%.

Verschillende evoluties in België

	2012	2023
Vlaanderen	5	6,1
Wallonie	4,6	9,6
Brussel	3,7	6,6
EU	3,7	4,3

Aandeel niet aan het werk (20-64) wegens ziekte/invaliditeit



Volgens Denys hebben de communicerende vaten vooral in Brussel en Wallonië sterker gespeeld. Dit verklaart ook de communautaire gevoeligheid van het debat. Uitspraken dat mensen ziek zijn “omdat ze hard moeten werken” krijgen in die context een andere betekenis en leiden tot felle politieke reacties.

Een ziek systeem, geen zieke bevolking

Jan Denys sloot af met een duidelijke conclusie. België is niet ziek in de zin dat zijn burgers proportioneel ongezonder zouden zijn dan elders in Europa. Het is het systeem dat ziek is. De kernproblemen zijn een gebrek aan controle, onvoldoende activering en een beperkte responsabilisering van alle betrokken actoren.

Tegelijk eindigde hij hoopvol. De huidige beleidsdynamiek, versterkt door recente regeringsinitiatieven, bouwt voort op eerdere hervormingen en creëert een nieuw momentum. De tanker is al in beweging gezet. De uitdaging bestaat erin de koers consequent aan te houden en voorbij oude taboes en reflexen te geraken.

“Het is het Belgische systeem dat ziek is: gebrek aan controle, activering en responsabilisering.”



AKTIEKOMITEE
Vlaamse Sociale Zekerheid

DOKTERSGILD



Het VNZ, je preventief gezondheidsfonds



Preventieve terugbetalingen tot 700 euro:

Psychologische begeleiding tot 300 euro

Diëtist tot 50 euro

Lidgeld sportclub tot 50 euro

Oordoppen op maat tot 50 euro

Podologische zolen tot 50 euro

Rookstopmiddel tot 50 euro

Sportmedische keuring tot 50 euro

Vaccinaties tot 50 euro

EHBO-opleiding tot 30 euro

Medische apps tot 20 euro



Ontdek meer voordelen op
vnz.be of bel 015 28 90 90

VNZ zorgt voor het verschil

VNZ
Vlaams & Neutraal
Ziekenfonds

PANELDEBAT: “IS DIT LAND ZIEK?”

Moderator: Alain Mouton



Het paneldebat vormde het tweede luik van de voormiddag en bracht arbeidsmarktexperts, arbeidsartsen en vertegenwoordigers van de mutualiteiten samen rond de vraag hoe België omgaat met langdurige arbeidsongeschiktheid. Centraal stonden de thema's begeleiding versus controle, re-integratie, preventie, de rol van de verschillende actoren en de responsabilisering van zowel instellingen als werkgevers.

Begeleiding en controle: scheiden of integreren?

Het debat werd geopend met een reflectie over de verhouding tussen begeleiding en controle, een thema dat eerder op de dag al was aangeraakt. Jan Denys wees op de ervaringen uit het verleden met de activering van werkzoekenden. In België werd destijds bewust gekozen om begeleiding en controle te scheiden, met begeleiding bij de VDAB en controle bij de RVA. Hoewel dit vertrok vanuit een breed gedragen consensus – begeleiding vraagt vertrouwen – bleek de concrete uitwerking problematisch. Door institutionele spanningen en een gebrek aan samenwerking bleef de activering van werkzoekenden volgens Denys jarenlang achter op andere Europese landen. Uiteindelijk werden begeleiding en controle opnieuw dichter

bij elkaar gebracht, net omdat sanctionering enkel zinvol kan gebeuren op basis van inzichten die tijdens begeleiding worden opgebouwd. Een volledige ontkoppeling dreigt volgens hem dezelfde fouten te herhalen.

Lode Godderis nuanceerde dit standpunt. Voor hem ligt het kernprobleem niet zozeer in de scheiding op zich, maar in het gebrek aan duidelijkheid voor de betrokkene. Wie zich in begeleiding bevindt, moet zeker zijn dat dit niet tegelijkertijd een beslissingsmoment is over het behoud van een uitkering. Wanneer die rollen samenvallen, dreigt essentiële informatie niet gedeeld te worden. Tegelijk benadrukte hij dat controle en sanctie wel degelijk nodig zijn, maar dan geïntegreerd en goed afgestemd. Volgens hem kan men perfect werken met duidelijke informatiestromen tussen begeleidende en controlerende instanties, zolang voor de betrokkene helder is met welk doel elk contact plaatsvindt.

Bart Garmyn sloot hierbij aan vanuit zijn medische praktijkervaring. Hij verwees naar “motivational interviewing” als bewezen methodiek om gedragsverandering te ondersteunen. Empathie en vertrouwen zijn daarin cruciale succesfactoren. Volgens hem is het moeilijk te verzoenen om tegelijk een empathische begeleider te zijn en een controleur die eventueel het vervangingsinkomen in vraag stelt. Die rolvermenging ondergraaft net de effectiviteit van begeleiding.

Re-integratie: van zwart-wit naar graduele trajecten

De moderator bracht vervolgens het thema re-integratie ter sprake. Lange tijd werd terugkeer naar werk benaderd als een alles-of-nietsverhaal: voltijds hervatten in dezelfde functie of volledig thuis blijven. Volgens het panel heeft dit geleid tot tijdsverlies en gemiste kansen.

Godderis benadrukte het belang van progressieve werkhervatting en nuanceerde de vaak geciteerde cijfers over langdurig zieken: een aanzienlijk deel is reeds gedeeltelijk aan het werk. Tegelijk waarschuwde hij voor het risico dat progressieve tewerkstelling een eindstation wordt in plaats van een tussenfase. Het doel moet van bij de start duidelijk zijn: een geleidelijke opbouw met een vastgelegde eindmeet, om te vermijden dat mensen langdurig in een hybride statuut blijven hangen.

Heidi Reynders bevestigde dat deeltijdse werkhervatting in de praktijk vaak voorkomt en dat mutualiteiten hier sterk op inzetten. Tegelijk wees zij op de spanningen die ontstaan wanneer financiële overwegingen de bovenhand nemen. Zodra een progressief traject wordt begrensd of



stopgezet, stuiten adviserend artsen vaak op weerstand, juridische procedures en frustratie. Dit illustreert volgens haar de nood aan een gedeelde boodschap en een betere afstemming tussen alle betrokken actoren.

Garmyn plaatste dit binnen een bredere systeemlogica. De huidige organisatie biedt soms te veel comfort om langdurig deeltijds in invaliditeit te blijven. Hij verwees naar Nederland, waar deeltijds werken veel vaker structureel wordt georganiseerd buiten het ziekteverzekeringstelsel. Volgens hem vraagt dit een fundamenteel debat over hoe arbeid, zorg en inkomensbescherming zich tot elkaar verhoudend.

Terugkeer naar gepast werk en arbeidsmobiliteit

Een belangrijk aandachtspunt in het debat was de beperkte focus op terugkeer naar dezelfde werkgever. Godderis stelde dat het huidige systeem te traag erkent wanneer terugkeer naar de oorspronkelijke job niet meer haalbaar is. De wachttijd van negen maanden alvorens definitieve ongeschiktheid kan worden vastgesteld, leidt tot lange inactiviteit en een steeds moeilijker herintrede op de arbeidsmarkt. Hij pleitte voor een snellere oriëntatie naar andere werkmogelijkheden, eventueel bij een andere werkgever, met behoud van begeleiding.

Denys onderschreef dit pleidooi en wees op een fundamentele weeffout in het systeem: werk wordt nog te vaak bekeken binnen één onderneming, terwijl loopbanen zich vandaag over meerdere werkgevers uitstrekken. Pogingen om re-integratie koste wat het kost binnen dezelfde werkcontext te organiseren, botsen vaak op conflicten en opgebouwde spanningen. Een nieuwe start bij een andere

werkgever kan volgens hem net meer perspectief bieden, mits de regelgeving dit ondersteunt.

Preventie: resultaten en lacunes

Het panel stond ook stil bij preventie. Garmyn benadrukte dat het preventiebeleid wel degelijk successen heeft geboekt, met name in het beheersen van klassieke arbeidsrisico's zoals lawaai, trillingen en chemische agentia. Tegelijk erkende hij dat psychosociale en ergonomische risico's moeilijker te beheersen blijken. Hij waarschuwde ervoor om een rechtstreekse causale link te leggen tussen arbeidsomstandigheden en het hoge aantal langdurig zieken, aangezien België op dat vlak niet uitzonderlijk slecht scoort binnen Europa.

Denys wees erop dat België relatief minder investeert in preventie dan andere landen, wat volgens hem wel ruimte laat voor verbetering, ook breder dan de werkcontext. Godderis verwees naar het Deense model van flexicurity, waarin preventie, flexibiliteit en sociale zekerheid gecombineerd worden.

Veel actoren, weinig samenhang

Een terugkerend thema was de versnippering van het landschap. Reynders uitte haar frustratie over het grote aantal actoren en beleidsniveaus, elk met eigen definities en accenten. Volgens haar zitten te vaak beleidsmakers en bestuurders rond de tafel, terwijl mensen van het terrein onvoldoende betrokken worden. Dit bemoeilijkt coherentie en wederzijds begrip.

Godderis illustreerde deze versnippering met een meta-

foor: patiënten worden van de ene instantie naar de andere gestuurd zonder duidelijk aanspreekpunt. Volgens hem moet het proces radicaal hertekend worden rond de patiënt, die niet alleen centraal staat in woorden, maar ook in de organisatie van het systeem.

Mutualiteiten, RIZIV en poortwachterschap

Het debat ging ook in op de kritiek die recent op mutualiteiten werd geuit. Reynders erkende dat transparantie en evaluatie nodig zijn, maar verzette zich tegen de beeldvorming dat adviserend artsen langdurig zieken bewust “in het systeem houden”. Zij benadrukte dat recente cijfers onvoldoende context kregen en dat beslissingen rond invaliditeit complexer zijn dan louter aantallen.

Denys stelde daar tegenover dat publieke verantwoording essentieel is en dat het uitblijven van een duidelijke reactie bij sommige actoren vragen oproept. Garmyn bracht een structureel element in: het afschaffen van de provinciale commissies tussen 2013 en 2015, waardoor dossiers sneller toegang kregen tot het invaliditeitsstatuut zonder peer review. Volgens hem is een vorm van poortwachterschap noodzakelijk. Reynders onderschreef dit en pleitte expliciet voor de herinvoering van een collegiale beoordeling, wat volgens haar ook de legitimiteit van beslissingen zou versterken.

Responsabilisering van werkgevers

Tot slot kwam de responsabilisering van werkgevers aan bod. Godderis waarschuwde tegen een eenzijdige focus op sancties voor bedrijven. Arbeidsongeschiktheid moet be-

oordeeld worden in relatie tot wat functioneel mogelijk is, rekening houdend met zowel werknemer als werkcontext. Werkgevers kunnen geen ziekte voorkomen, maar wel bijdragen aan herstel door betekenisvol werk aan te bieden.

Denys plaatste kanttekeningen bij voorstellen om werkgevers langer te laten doorbetalen bij ziekte. Hij verwees naar Nederland, waar verregaande responsabilisering niet heeft geleid tot betere cijfers en zelfs ongewenste neveneffecten heeft gehad, zoals een toename van tijdelijke contracten. Duitsland, met een veel kortere loondoorbetaling, scoort volgens hem beter. Responsabilisering is volgens Denys dus geen wondermiddel en moet met omzichtigheid worden toegepast.

Garmyn wees erop dat eerdere vormen van gerichte benchmarking wel degelijk effect hadden, vooral wanneer ze focussten op bedrijven met uitzonderlijk hoog verzuim. Hij pleitte voor een systeem waarin het principe “de vervuiler betaalt” geldt, zonder alle werkgevers over dezelfde kam te scheren.

Slotbeschouwing

Het debat maakte duidelijk dat langdurige arbeidsongeschiktheid geen eendimensionaal probleem is. Het raakt aan arbeidsmarktbeleid, sociale zekerheid, preventie, gezondheidszorg en arbeidsorganisatie. De panelleden waren het erover eens dat meer samenhang, duidelijkheid en samenwerking nodig zijn, met de betrokkene centraal. Tegelijk werd benadrukt dat niet-handelen of halfslachtig beleid zelf ook een politieke keuze is, met langdurige gevolgen.



**OVERLEGCENTRUM VAN
VLAAMSE VERENIGINGEN**

SLOTWOORD

Dr. Jan Van Meirhaeghe (Voorzitter Vlaams Artsenverbond)



Toen we met het bestuur van het Vlaams Artsenverbond en het Aktiecomitee Vlaamse Sociale Zekerheid in het na-jaar 2024 een thema zochten voor het tweejaarlijks symposium meenden we dat de problematiek van langdurige ziekte met oorzaken, gevolgen en eventuele communautaire verschillen, een symposium waard was. Niemand kon toen vermoeden dat die problematiek in 2025 zou uitgroeien tot één van de belangrijkste dossiers in het maatschappelijk debat.

Sinds eind 2024 komt de problematiek dagelijks in de media. In De Tijd van 20/12/2024 werd voor het eerst het cijfer van het recordaantal langdurig zieken gemeld: eind 2023 waren er dat 526.507! Vanaf dan verschenen vrijwel dagelijks nieuwe krantenkoppen.

SITUERING/PROBLEEMSTELLING

- Aantal langdurig zieken en invaliden tussen 2010 en 2025 verdubbeld!
 - Thans meer dan 526,507
 - Planbureau: tot 600,000 in 2035
 - In realiteit pak meer want ambtenaren in die cijfers niet opgenomen! (FOD, onderwijs, steden en gemeenten, politie, ...)
 - Kost langdurig zieken en invaliden is op vandaag **11,1 miljard euro**
 - **14,6 miljard** inclusief minder dan een jaar ziekte
 - 1/4^{de} van totaal gezondheidszorgbudget naar AO wegens ziekte
- Dus: maatregelen in regeerakkoord 2025



18/10/2025

Symposium WHI en AK-VSZ 18 oktober 2025

10

Een andere krantentitel: “Overheid laat bijna 300.000 langdurig zieken tot aan pensioen thuiszitten” zorgde ook voor heel wat beroering en zette minister Vandenbroucke aan om 100.000 langdurig zieken opnieuw te controleren. In maart kwamen de eerste meldingen met cijfers over tien-

duizenden die onterecht thuis zitten. Recent, begin oktober, toonde een steekproef van het RIZIV aan dat meer dan een kwart van de “permanent arbeidsongeschikten” inderdaad onterecht thuis zit.

Vandenbroucke kondigde een kleine revolutie aan voor meer dan 100.000 langdurig zieken. “Men heeft de situatie laten verrotten” was zijn vaststelling. Het is de ironie van het lot dat hij een situatie moet rechttrekken die veroorzaakt is door beslissingen van één van zijn ministers-voorgangers van dezelfde socialistische signatuur.

De Arizonaregering mikt op minstens 1 miljard euro besparing op langdurig zieken, meldt De Tijd op 2 oktober. Die intentie wordt ietwat anders verwoord in Het Nieuwsblad: “Wij gaan ervoor zorgen dat er geen euro meer naar het profitaat gaat: Arizona gaat besparen op langdurig zieken” ...!

De ernst van het probleem

De bijdragen van de verschillende sprekers en het debat toonden de actualiteit maar zeker ook de ernst van het probleem aan. Toch wil ik nog een aantal zaken extra of anders belichten.

De verdubbeling van het aantal langdurig zieken en invaliden op 15 jaar toont aan dat de controles niet efficiënt gedaan werden, maar toont ook de voortschrijdende mentaliteitswijziging bij alle betrokkenen. We moeten ons bovendien realiseren dat het aantal langdurig arbeidsongeschikten nog een pak hoger ligt, want in de cijfers van RIZIV zijn de ambtenaren niet opgenomen!

Jaarlijks kost de invaliditeit 11.1 miljard aan de Sociale Zekerheid. Als de uitgaven voor primaire werkonbekwaamheid (minder dan 1 jaar) worden toegevoegd is dat 14.6 miljard. Bijna een kwart van het RIZIV-budget gaat dus naar arbeidsongeschiktheid. Dat is meer dan het budget voor artsen en geneesmiddelen, budget dat - en als arts mag ik dat toch wel eens beklemtonen - in elke besparings- en begrotingsdiscussie steeds met meer dan argusogen bekeken wordt!

Ik wil ook nog een aantal kanttekeningen maken over de diagnoses bij langdurig zieken en invaliden. De RIZIV cijfers van 2023 tonen dat 66% zich in de ziektegroepen “bewegingsstelsel” en “psychische stoornissen” bevinden. Met dat laatste worden vooral burn-out en depressie bedoeld. Als orthopedisch chirurg die een hele loopbaan gewijd heeft aan het behandelen van aandoeningen van de wervelkolom kan ik gerust meegeven dat een groot deel van de groep “bewegingsstelsel” eigenlijk in de categorie psychische aandoeningen kan ondergebracht worden (denk

aan chronisch rug- en nekpijn).

Ik kon ook de cijfers van ziekteafwezigheid bij federale ambtenaren bemachtigen voor datzelfde jaar. Jammer genoeg alleen de percentages, niet de absolute cijfers en die zijn vergelijkbaar met de RIZIV cijfers. De psychische stoornissen zijn bij ambtenaren ietwat hoger dan bij de algemene populatie, en de locomotorische aandoeningen een pak lager. Dat laatste is te verklaren doordat een groot deel van de ambtenaren een sedentaire job heeft, en dat we bij RIZIV meer arbeiders hebben met bijvoorbeeld slijtage van gewrichten. De verklaring van het eerste verschil laat ik aan uw interpretatie over.

Een andere conclusie in de studie van Medex, die trouwens ook door RIZIV gemaakt werd, is dat het vrouwelijk aandeel in de langdurig arbeidsongeschikten beduidend hoger ligt en trouwens blijft toenemen!

Ik heb ook enkele cijfers verzameld om straks thuis eens rustig over na te denken. De steekproef die recent in de pers kwam stemt uiteraard tot nadenken, maar bevestigt anderzijds wat de medische sector in het veld al jarenlang weet en ondervindt: het werkelijke cijfer is veel hoger dan 25% en gaat eerder richting 50% en meer.... De ontsporing is onverklaarbaar.

In 2023 waren er bijna 12.000 Belgen met een invaliditeitsuitkering die in het buitenland gedomicilieerd zijn. Dat is 2% van het totaal en meer dan de helft hiervan krijgt al meer dan 4 jaar een uitkering. Hoe gaat men die re-integreren op de "lokale" arbeidsmarkt? Hier staat de poort van misbruik toch wagenwijd open? Daarnaast hebben meer dan 56.000 langdurig zieken een buitenlandse nationaliteit. Dat is dus meer dan 10% van het totaal.

Het Rapport Diversiteit 2024 van het FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg telt 378 blz en wijdt 1 hoofdstuk aan langdurige arbeidsongeschiktheid en invaliditeit bij personen met een migratieachtergrond. Zij gebruiken bij de evaluatie van deze cijfers in hun besluiten het woord "dramatisch". Langdurige arbeidsongeschiktheid ligt hoger en neemt sneller toe bij mensen van Maghrebijnse en Turkse origine.

Rapport Diversiteit 2024

- Mensen met wortels in landen als Marokko, Turkije en Albanië blijken relatief vaker langdurig ziek dan landgenoten van Belgische herkomst. Dat blijkt uit een lijvig rapport dat de federale overheidsdienst Werkgelegenheid publiceerde.
- Van 2011 tot 2021 stijging van 9 naar 14%
- De twee groepen samen - **bijna 70.000 mensen in totaal** - waren in 2021 goed voor **bijna 12 procent van alle langdurige zieken**, terwijl ze **maar 8,4 procent van de bevolking** uitmaken.
- **Buitenland + migratieroots = intussen 25% van langdurig zieken**
- De toename van het aantal langdurig zieken verhoogt de budgettaire druk en bemoeilijkt het traject naar een werkzaamheidsgraad van 80 procent.



De twee groepen samen - bijna 70.000 mensen in totaal - waren in 2021 dus goed voor bijna 12 procent van alle langdurige zieken, terwijl ze maar 8,4 procent van de bevolking uitmaken.

Het is een maatschappelijk probleem

Er zijn vele factoren die meespelen en het systeem faalt op vele niveaus. Er is geen objectieve verklaring. Vergrijzing, vervrouwelijking, enzovoort ... zien we ook in de andere Europese landen, maar daar volgt die stijging niet! Er is kritiek op het voorschrijfgedrag en te langdurige behandelingen van de artsen, maar dat is mee ingegeven door de attitude van de patiënten/werknemers. Er is kritiek op bedrijven die niet meegaand zijn in deeltijds of aangepast werk. Er is kritiek op ziekenfondsen, arbeidsartsen, de overheid.

Minister Vandenbroucke heeft gelijk waar hij zegt : *“Dat zoveel mensen uitvallen door ziekte en afwezig blijven van het werk, is een gezondheidsprobleem en wat mij betreft het belangrijkste probleem van deze tijd”*. Een gezondheidsprobleem moet bekeken worden volgens het bio-psycho-sociaal model, maar men moet altijd toetsen of een klacht objectiveerbaar is.

Het leven is stressvoller geworden, dat brengt een aantal ongemakken mee, maar er wordt te vaak ingegaan op een klacht die niet objectiveerbaar is, en dan komt men gemakkelijk tot wat ik eerder etiketten zou noemen dan een diagnose, zoals bijvoorbeeld fibromyalgie en burn-out. Ik heb mijn hele loopbaan patiënten met wervelkolomaandoeningen behandeld. Dus ik ken het probleem lage rugpijn in al zijn facetten en het wetenschappelijk onderzoek daarover. En er zijn veel gelijkenissen met de problematiek van langdurig zieken. Voor WO II bestond “het probleem lage rugpijn” niet. Mensen hadden wel rugpijn, maar dat werd niet behandeld. Men werkte gewoon voort. Rugpijn is een probleem geworden zodra men daarvoor kon thuis blijven en dat behandeling en ongeschiktheid gecompenseerd werd. Sindsdien is lage rugpijn in de meeste Westerse landen de hoogste medische en maatschappelijke/economische kost. Het is dus een probleem geworden door toename van de welvaart en toegankelijkheid tot de sociale zekerheid. Men maakt gebruik van de sociale zekerheid. Veel “gebruik” is geëvolueerd naar “misbruik” en het onderscheid tussen die twee is ... vervaagd.

Veel langdurig zieken hebben geen ziekte!

Langdurig zieken zijn niet per definitie (volledig) arbeidsongeschikt. Ook dat moet duidelijk gemaakt worden. Ik verwijs hiervoor naar deze quote: “Vandaag leeft het idee dat je pas weer kan werken als je volledig genezen bent. Maar terugkeer naar werk is net een essentieel onderdeel van het herstel” (Prof. Godderis). Dit principe heb ik al-

tijd in mijn praktijk toegepast. Wij behandelen dagelijks patiënten die herstellen van breuken en begeleid moeten worden naar werkhervatting. Er is veel overtuigingskracht nodig om de patiënten daarvoor te motiveren. Meestal komen dan 2 reacties. 1: *ik ga maar terug naar het werk als ik 100% genezen ben*, en 2: *“den baas” heeft gezegd dat hij mij maar terug toelaat als ik 100% kan werken*.

Ook enkele bedenkingen bij de rol van artsen. Artsen doen niet meer aan gezondheidsopvoeding: “werken is goed voor uw gezondheid” is een raad die niet meer gegeven wordt. Nochtans is werken effectief goed voor de gezondheid! En over de fameuze ziektebriefjes: een ziekte-attest voorschrijven duurt 5 seconden, een attest weigeren duurt 10 minuten. En als chirurg voeg ik daaraan een analoge bedenking toe die vaak verstrekkinge gevolgen heeft: een operatie boeken duurt 1 minuut, een correct therapeutisch advies geven over een niet-operatieve behandeling duurt een kwartier. De rekening is voor veel artsen jammer genoeg snel gemaakt!

Een laatste bedenking is dat men niet moet weggijken van de problemen! Ik geef hier als voorbeeld migratie. Gecontroleerde migratie is wellicht nodig, ook voor de arbeidsmarkt, maar ongecontroleerde migratie schept problemen. We hoorden dat de maatregelen van de overheid in verband met langdurige ongeschiktheid vooral preventief gericht zijn. Ik verwijs naar de genoemde cijfers over migratie: hier is aanzienlijke “preventieve” winst te boeken. Maar preventieve winst staat haaks tegenover “Wir schaffen das...”.

Na dit verhaal zijn logische suggesties: sociale zekerheid terugbrengen naar de kerntaken, en uitwassen en overconsumptie wegwerken. Een persoonlijke suggestie: betaal de artsen 5 euro meer per consultatie maar verplicht hen om 5 minuten langer met de patiënt te spreken. Dat zou al veel oplossen. Verantwoordelijkheidszin en samenwerking tussen alle actoren is nodig om dit probleem op te lossen, en die actoren vernoem ik nog eens: patiënten, artsen, werkgevers, ziekenfondsen, arbeidsbemiddelingsbureaus, overheid federaal en deelstaten. Het doel is: voorkom uitval en als iemand uitvalt zorg dan voor snelle re-integratie. En blokkeer het overloophenomen, maar kan dit in de huidige Belgische structuur?

De regionale verschillen

De titel van ons symposium was: “Is dit land langdurig ziek?”. Uit de referaten en het debat blijkt een duidelijk antwoord op die vraag. Het Vlaams Artsenverbond zou het Vlaams Artsenverbond niet zijn als we niet in elk symposium zochten naar argumenten voor een eigen integrale Vlaamse gezondheidszorg. Door het leggen van eigen klemtonen wordt de zorg meer efficiënt en meer performant. Responsabilisering zet de gemeenschappen aan tot

een spaarzaam beleid: zeker in de vandaag behandelde materie zou dat zijn vruchten afwerpen. En ook nog maar eens herhalen: het VAV wil een communautarisering en geen regionalisering omdat wij de band met de Vlamingen in Brussel niet willen doorknippen.

Langdurig Zieken: regionale verschillen (werknemers)

2023	Aantal	% actieve bevolking (19-64 jaar)	Evolutie 2017-2022
Vlaanderen	269629	6,9	+18,0%
Wallonië	198277	9,3	+24,1%
Brussel HG	46879	5,9	+28,3%



18/10/2025

Symposium VAV en AKVUZ 18 oktober 2025

50

Ik verwijs daarom nog eens naar de cijfers over de regionale verschillen. Die moeten toch nog eens duidelijk en aan iedereen getoond worden. Ook hier stellen we opnieuw de stilaan overbekende regionale verschillen vast. In Wallonië is 9,3% van de bevolking tussen 19 en 64 jaar langdurig ziek, in Brussel is dat 5,9% en in Vlaanderen 6,9%. De toename van dat aantal is daarenboven sneller in Wallonië. In Brussel zijn er verhoudingsgewijs veel meer personen met een leefloon of een werkloosheidsuitkering, wat het cijfer van 5,9% verklaart: de communicerende vaten.

Met arbeids(on)geschiktheid hangt ook de activiteitsgraad samen. De werkgelegenheidsgraad in Vlaanderen is 77,8%, in Wallonië 68,4% en in Brussel 64,4%. Overeenkomstig is de werkloosheidsgraad in Vlaanderen 3,8%, in Wallonië 7,8% en in Brussel 11,9%.

Ook in het dossier van de langdurig zieken vinden we dus opnieuw argumenten die de visie van het Vlaams Artsenverbond ondersteunen: de splitsing van de arbeidsmarktbevoegdheid en het tewerkstellingsbeleid, en de verdere communautarisering van de gezondheidszorg, inbegrepen de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

WAT MOGEN WE VERWACHTEN IN DE VOLGENDE EDITIE?

STRATEGIE ROOD KRUIS VLAANDEREN

Prof. Dr. Philippe Vandekerckhove

POLITIEKE ACTUALITEIT

ARTIKEL

Prof. Emeritus Dr. Eric Ponette

DE LANGE WEG NAAR DE COMMUNAUTARISERING
VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Prof. Dr. Karel Vermeyen

HISTORIEK

VAN HET VERDRAG VAN WESTFALEN TOT POETIN

Dr. Willem Amery

DE GESCHIEDENIS VAN VLAANDEREN

Dr. Chris Geens

CARITAS EN ARS MEDICA

Prof. Dr. Van Hee



ARTIKEL

Dr. Van Hootegem

CULTUUR

KUNSTENARES ALICJA KWADE

Dr. Lieve Van Ermen

TENTOONSTELLING

UITSTAP NAAR MSK GENT Eventueel bezoek aan expo 'Onvergetelijk' van 7/3 t/m 31/5



Ook een expert heeft
soms een expert
nodig.

Wij brengen
onze service
tot bij u in de
praktijk.

Maak een afspraak
op kbc.be/mediservice





Wij brengen onze service tot bij u in de praktijk.



KBC



VLAAMS & NEUTRAAL ZIEKENFONDS



OVERLEGCENTRUM VAN VLAAMSE VERENIGINGEN



SPONSORS



Rode Kruis Vlaanderen



DOKTERS GILD VAN HELMONT



VLAAMS ARTSEN VERBOND