

# voka wijzer

Een uitgave van Voka vzw | april 2026  
Verschijnt niet in juli en augustus | Afgiftekantoor Brugge  
Erkenningsnummer P708123



## Preventie en re-integratie (langdurig) zieken

**Praktische gids met  
update nieuwe regelgeving**

voka

# Waarom deze Voka Wijzer?

**De uitdagingen rond arbeidsongeschiktheid en re-integratie zijn groter dan ooit. Momenteel telt België naar schatting 585.000 langdurig zieken en de trend neemt verder toe. Prognoses gaan in de richting van 700.000 langdurig zieken tegen 2030, wat een enorme druk zet op onze sociale zekerheid en arbeidsmarkt.**

We schreven eerder dat onze arbeidsmarkt ziek is: een systeem dat mensen te gemakkelijk laat doorstromen naar arbeidsongeschiktheid, en tegelijk te weinig aanzet om terug aan het werk te gaan – aangepast of in een andere job. Doorheen de jaren werd de ziekte- en invaliditeitsuitkering een communicerend vat met de strenger wordende regels rond werkloosheid en pensioen. Denk aan de afbouw van het SWT (stelsel voor werkloosheidstoeslag, het vroegere brugpensioen), de activering van langdurig werklozen en sinds kort de beperking van de werkloosheidsuitkeringen in de tijd.

De regering De Wever focust terecht op een versterkte terugkeer naar werk door alle actoren aan te spreken: artsen, preventiediensten, bemiddelingsdiensten, mutualiteiten, werknemers en de werkgevers. De zogenaamde ‘derde golf’ die sinds 2026 van kracht is, houdt een aantal bijstellingen in op het vlak van re-integratietrajecten, scherpt de verplichtingen aan voor werkgevers en voert een responsabilisering in voor werknemers en ziekenfondsen. Voor werkgevers betekent dit in de eerste plaats inzetten op een goede werkomgeving en via preventie ziekteverzuim maximaal vermijden. Elke langdurige zieke was immers ooit een dag, een week, een maand ziek. Waar preventie niet toereikend is, blijkt aanhoudend warm contact en snel handelen essentieel te zijn. Als dat niet volstaat, rijst de vraag in welke mate de werknemer terug naar het werk kan. Werkgevers staan daar overigens niet alleen voor en kunnen rekenen op een breed veld aan partners die elk een cruciaal puzzelstuk in handen hebben. We



**Sonja Teughels**

Expert Arbeidsmarkt & Teamlead Talent Kennis- en Lobbycentrum Voka



**Daan Aeyels**

Expert Welzijns- en gezondheidsbeleid Kennis- en Lobbycentrum Voka

brenge hen samen in deze Voka Wijzer vol praktische handvaten voor ondernemers.

Intussen wordt de vierde golf uitgerold, met een sterke focus op remediëring en activering van mensen die langer dan een jaar arbeidsongeschikt zijn. De ambitie is duidelijk: tegen 2030 maar liefst 100.000 extra mensen uit deze groep aan het werk krijgen.

Met deze wijzer willen we helderheid brengen in een complex verhaal. We schetsen de recente hervormingen uit de zogenaamde derde golf, we lichten nieuwe verplichtingen toe én wijzen ook op ondersteunende maatregelen die daar tegenover staan. Daarnaast brengen we ook de vele actoren in kaart waarmee je op het terrein te maken kunt krijgen. Deze wijzer is dus te lezen als een gids of kompas: hij informeert, verduidelijkt en sensibiliseert.

Maar Voka doet nog veel meer dan dat. We volgen op het terrein wat wel en niet goed loopt, stellen vast waar het beleid onzekerheid en onduidelijkheid creëert voor ondernemingen en doen suggesties hoe het beter moet. Naast het bewaken van de implementatie van de derde golf, zijn we waakzaam voor de uitwerking van de vierde golf. Want nu al is duidelijk: dit is een belangrijke werf die verre van volbracht is en nog de nodige bijsturing zal vragen.

Deze Voka Wijzer kwam tot stand in samenwerking met Securex, SD Worx, Mediwe, Lydian, Mensura, OZ Onafhankelijk Ziekenfonds, Domus Medica en Assuralia.



# Inhoud

---

## Deel 1. Werk, welzijn en preventie: de basis

<b>Hoofdstuk 1.</b> Voorkomen is beter dan genezen	4
<b>Hoofdstuk 2.</b> Waarom een verzuimbeleid soms faalt: 7 valkuilen blootgelegd	12

---

## Deel 2. Controle, opvolging en (formele) re-integratie

<b>Hoofdstuk 3.</b> Welke rol is er weggelegd voor de controlediensten?	17
<b>Hoofdstuk 4.</b> Re-integratie: naar een nieuwe set van regels, rechten en plichten	20
<b>Hoofdstuk 5.</b> De arbeidsarts: partner in duurzame re-integratie	30

---

## Deel 3. Als terugkeer niet meer vanzelfsprekend is

<b>Hoofdstuk 6.</b> Wat als terugkeer naar de oude job niet lukt?	34
<b>Hoofdstuk 7.</b> Patiënt en huisarts samen in dialoog	39
<b>Hoofdstuk 8.</b> Kan ik mijn onderneming extern verzekeren?	43

---

<b>Uitleiding en vooruitblik</b>	46
<b>Partners en colofon</b>	47

# Hoofdstuk 1. Voorkomen is beter dan genezen

De cijfers over arbeidsongeschiktheid blijven in België jaar na jaar stijgen. De stijgende cijfers doen de vraag rijzen hoe een doeltreffend preventiebeleid dat echt impact heeft, eruitziet. Preventie verhoogt productiviteit en voorkomt absentieïsme. Een goed preventiebeleid is een investering die leidt tot een win-win voor de ondernemingen, de overheid en de werknemers.

## Waarom preventie?

De ziektecijfers nemen jaar na jaar toe. De statistieken van het RIZIV zijn zonneklaar en tonen aan dat de absentieïsmecijfers in België blijven evolueren op een hoog niveau. Vandaag zijn dat naar schatting zo'n 585.000 langdurig zieke werknemers. Niet

enkel de cijfers evolueren, ook de ziektebeelden verschuiven. Zo blijkt uit een studie van maart 2024 van de Hoge Raad voor de Werkgelegenheid dat psychische gezondheidsproblemen en spier- en skeletaandoeningen aan de oorzaak liggen van bijna zeven op de tien langdurige arbeidsongeschiktheden. Uit een studie van november 2025 van de onafhankelijke ziekenfondsen blijkt bovendien dat voornamelijk werknemers tussen 18 tot 34 jaar steeds vaker arbeidsongeschikt verklaard worden door psychosociale problemen (burn-out, depressie, stress en angststoornissen).

Aan de grondslag liggen meerdere maatschappelijke en organisatorische factoren zoals de vergrijzing en de vervrouwelijking van de arbeidsmarkt, de ingrijpende veranderingen in de werkomstandigheden, de onvoorspelbare trajecttijden (zelfs bij relatief kleine woon-werkverplaatsingen), de steeds snellere evolutie op het vlak van jobinhoud en rollen, en de impact van snelle technologische evoluties.

Absentieïsme is een complex fenomeen dat zelden één enkele oorzaak heeft. Het ontstaat vaak uit een samenspel van werkgerelateerde factoren, individuele perceptie en gezondheid, levensstijl en psychosociale omstandigheden. Daarom kan de preventie van absentieïsme niet exclusief bij één enkele partij worden gelegd: ze is een gedeelde verantwoordelijkheid van zowel de werkgever, de werknemer en de partnerorganisaties.



## Gedeelde verantwoordelijkheid

De werkgever draagt een belangrijke verantwoordelijkheid in het creëren van een gezonde, veilige en ondersteunende werkomgeving. Dit betekent aandacht hebben voor ergonomie, werkdruk, duidelijke taakafspraken, een open communicatiecultuur en respectvol leiderschap. Ook het tijdig signaleren van risico's, het voeren van constructieve gesprekken bij beginnende klachten en het aanbieden van preventieve ondersteuning, zoals arbeidsgezondheidszorg, psychosociale begeleiding of welzijnsinitiatieven, behoren tot die verantwoordelijkheid. Door preventie structureel te verankeren in het HR-beleid, toont de werkgever zorg voor zowel het individu als de organisatie.

Tegelijk heeft ook de werknemer een actieve rol te spelen. Van werknemers mag worden verwacht dat zij zorgdragen voor hun eigen gezondheid, signalen van overbelasting of klachten tijdig aangeven en meewerken aan preventie en re-integratie. Open communicatie over werkbaarheid, grenzen en noden zijn hierbij essentieel. Voor werknemers werkt preventie alleen wanneer zij zich betrokken voelen en bereid zijn om samen naar oplossingen te zoeken.

Een effectieve aanpak van absentieïsme veronderstelt dus partnerschap. Werkgever en werknemer hebben elk hun eigen verantwoordelijkheden, maar delen hetzelfde doel: duurzame inzetbaarheid en welzijn op het werk. Door deze verantwoordelijkheid expliciet te erkennen en samen op te nemen, ontstaat een cultuur van wederzijds vertrouwen, waarin absentieïsme niet enkel wordt opgevolgd, maar vooral wordt voorkomen.

## Drie hefboomen om welzijn duurzaam te versterken

Preventie werkt pas wanneer je verder kijkt dan wettelijk verplichte acties. Organisaties die inzetten op welzijn, vertrekken steeds vaker vanuit drie essentiële bouwstenen: 'mentaal welzijn', 'fysiek welzijn' en 'werkomgeving & organisatie'.

Deze drie bouwstenen hangen nauw samen: hoe medewerkers zich voelen, hoe ze fysiek functioneren en hoe het werk georganiseerd is, beïnvloedt elkaar voortdurend. Door deze elementen samen te bekijken,

zie je sneller waar risico's ontstaan en welke acties het meeste verschil maken, zowel voor teams als voor individuele medewerkers.

### Fysiek welzijn

Fysiek welzijn vormt een cruciale pijler in de preventie van langdurige ziekte. Aandacht voor locomotorische problematiek is hierbij essentieel, aangezien musculoskeletale aandoeningen tot de belangrijkste oorzaken van absentieïsme behoren. Een doordachte aanpak combineert ergonomische werkplekinrichting met een realistische regeling van werkdruk en een doordacht jobdesign, afgestemd op de fysieke mogelijkheden van de werknemer.

Via gezondheidsadvies kunnen werknemers actief ondersteund worden in het versterken van hun fysieke veerkracht en blijven ze langer aan de slag. De arbeidsarts van je externe dienst kan een sleutelrol spelen via vroegdetectie van fysieke overbelasting en het opzetten van gerichte preventieve en re-integratieprogramma's.

### Mentaal welzijn

Het mentaal welzijn is een essentiële pijler in de preventie van langdurige arbeidsongeschiktheid. Ook hier geldt dat je eerst de mentale gezondheid versterkt. Een proactieve aanpak vertrekt vanuit de vroegdetectie van psychosociale risico's, waarbij een louter om de vijf jaar uitgevoerde psychosociale risicoanalyse onvoldoende is.

In nauwe samenwerking met de preventieadviseur psychosociale aspecten en de arbeidsarts kan ingezet worden op continue monitoring via gevalideerde instrumenten zoals de Need for Recovery (NFR) en de Burnout Assessment Tool (BAT). Het eerste instrument is een wetenschappelijk ontwikkelde vragenlijst uit de arbeid- en gezondheidspsychologie die meet in welke mate werknemers na een werkdag moeten herstellen van werkgerelateerde inspanning of vermoeidheid.

**Meer info  
NFR**



Het tweede instrument is een gevalideerde zelfrapportagevragenlijst om burn-outsymptomen in kaart te brengen.

Werknemers die hoger scoren, kunnen laagdrempelig ondersteund worden. Dat kan via een Employee Assistance Program (EAP) of door de preventieadviseur psychosociale aspecten. Deze biedt psychologische begeleiding en gerichte ondersteuning. Daarnaast is er expliciete aandacht voor werkbaarheidsfactoren zoals emotionele belasting, autonomie en conflicten op het werk. Deze factoren hangen samen met burn-outcijfers en langdurige uitval.

Tot slot is psychologische veiligheid hierin cruciaal: een werkomgeving waarin medewerkers zich veilig voelen om signalen van mentale overbelasting te benoemen, vergroot de effectiviteit van preventieve maatregelen en versterkt duurzame inzetbaarheid.

#### Meer info BAT



## Werkomgeving en -organisatie

De manier waarop werk is ingericht, bepaalt in sterke mate hoe medewerkers functioneren en zich voelen, of dat nu in kleine teams, middelgrote bedrijven of grote organisaties is. Factoren zoals werkdruk, autonomie, leiderschap en duidelijke afspraken vormen daarbij essentiële bouwstenen van welzijn.



### Wist je dat... Financiële stress vaak onzichtbaar is, maar wel impact heeft op mentaal welzijn

Uit onderzoek blijkt dat meer dan zes op de tien werknemers zich zorgen maakt over hun financiële situatie, zelfs wanneer ze aangeven voldoende te verdienen. Financiële onzekerheid blijft dus een stille stressfactor, die ervoor zorgt dat zorgen zich opstapelen, de concentratie daalt en mentale belasting stijgt.

Hoe kan je als organisatie ondersteunen?

- » Transparante communicatie over verloning;
- » Voorspelbare uurroosters en premies;
- » Eenvoudige loonkeuzes;
- » Laagdrempelige budgetcoaching.

Kleine ingrepen verminderen onzekerheid en stress en versterken daarenboven het mentale welzijn van medewerkers.





## Enkele tips

### 1 Zorg voor een haalbare werkdruk en autonomie

Een haalbare werkdruk met daarbij voldoende autonomie zijn cruciale voorwaarden voor welzijn en duurzame inzetbaarheid. Een te hoge of onvoorspelbare werkdruk verhoogt stress, vergroot foutenlast en ondermijnt motivatie. Autonomie daarentegen versterkt eigenaarschap, betrokkenheid en veerkracht.

Praktische aandachtspunten voor alle organisaties:

- » Werk met duidelijke prioriteiten en realistische deadlines;
- » Bewaak taakverdeling en piekbelasting, ook binnen grotere teams;
- » Geef medewerkers ruimte om zelf keuzes te maken over hoe ze hun werk uitvoeren;
- » Vermijd overmatige ad-hoc opdrachten door een heldere planningscyclus.

### 2 Maak duidelijke afspraken

Heldere rollen, afspraken en verwachtingen zorgen voor rust en efficiëntie, zowel in organisaties waar mensen dicht bij elkaar werken als in complexe structuren met meerdere lagen. Onduidelijkheid leidt immers snel tot frustratie, miscommunicatie en verminderde samenwerking of zelfs conflicten.

Praktische tips:

- » Maak afspraken visueel en houd ze eenvoudig (bijvoorbeeld één pagina met teamafspraken);
- » Zorg ervoor dat verantwoordelijkheden helder zijn, vooral bij samenwerking tussen verschillende afdelingen;
- » Herhaal en verfijn afspraken wanneer teams groeien of rollen veranderen;
- » En vooral: betrek je medewerkers bij deze afspraken en rolbeschrijvingen.

### 3 Zorg voor een gestructureerde leiderschapscultuur

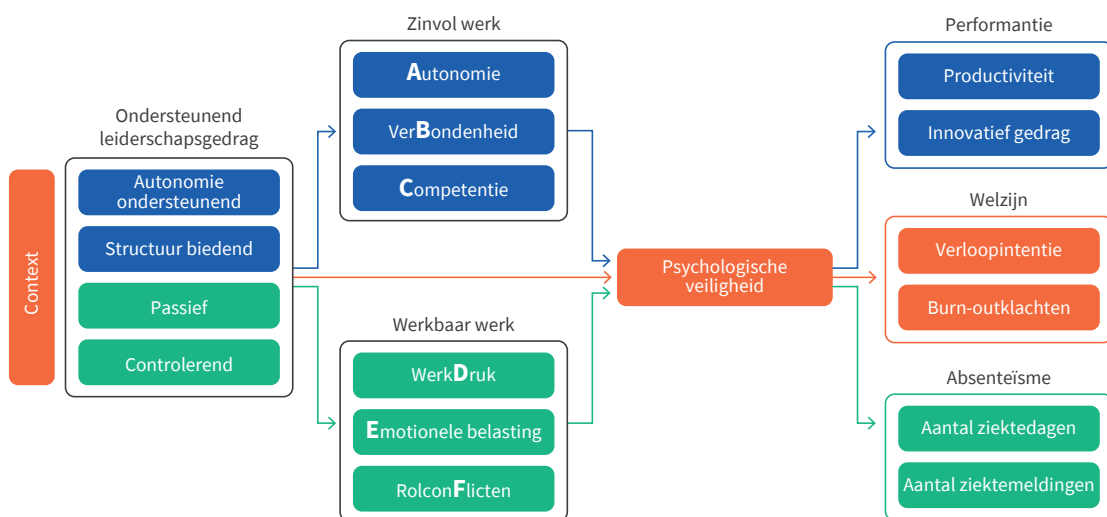
Het is belangrijk dat we ons bewust zijn dat de kwaliteit van het leiderschap, in deze context, een steeds grotere rol speelt in hoe medewerkers hun werk beleven, en hoe inzetbaar ze zich daarbij voelen. Voor onze bedrijven is het duidelijk dat de toekomst staat of valt met gezonde, competente en geëngageerde medewerkers. In een arbeidsmarkt waar talent schaars is, wordt het versterken van menselijk kapitaal een strategische prioriteit. Daarbij vormt leiderschap zonder meer de belangrijkste hefboom: leidinggevendens bepalen in grote mate de werkbeleving, de psychologische veiligheid, de helderheid van verwachtingen en de mate waarin medewerkers zich verbonden voelen met hun organisatie.

Sterk leiderschap is daarmee geen zachte factor, maar een directe voorspeller van welzijn, motivatie én retentie. Leiderschap wordt elke dag zichtbaar in gedrag: hoe leidinggevendens communiceren, ondersteunen, beslissen en omgaan met moeilijkheden. Dat geldt zowel voor een teamleider van vijf medewerkers als voor managers op directieniveau. Medewerkers floreren immers wanneer ze structuur ervaren, autonomie krijgen en weten dat hun ideeën en zorgen gehoord worden. Een ondersteunende leiderschapscultuur is een van de sterkste beschermende factoren tegen uitval vanwege fysieke en mentale gezondheidsklachten.

Gedragingen die in elke organisatie het verschil kunnen maken:

- » Leg uit waarom beslissingen worden genomen;
- » Wees consequent en voorspelbaar in verwachtingen;
- » Toon waardering voor gewenst gedrag, hoe klein ook;
- » Voer moeilijke gesprekken tijdig en respectvol;
- » Creëer een psychologisch veilig werkklimaat door een open dialoog over noden, belemmeringen en nieuwe ideeën te stimuleren.

## Figuur 1 Psychologische veiligheid als voorspeller voor prestatie, welzijn en betrokkenheid



### Impact van psychologische veiligheid

Recent onderzoek naar psychologische veiligheid toont dat factoren zoals autonomie, duidelijke structuur, haalbare werkdruk en ondersteunend leiderschap rechtstreeks bijdragen aan psychologische veiligheid – wat een cruciale voorspeller is van welzijn, betrokkenheid en prestatie.

#### Meer info



### Van visie naar actie: stappenplan voor een preventiebeleid

#### Stap 1. Maak een analyse op en bepaal de prioriteiten

Een sterk preventiebeleid begint bij het verzamelen van objectieve gegevens en het in kaart brengen van risico's. Zo maak je de belangrijkste risico's zichtbaar en weet je waar je krachtige hefboomen hebt om de meeste impact te creëren. Ze geven richting aan je actieplan en de indicatoren die je later verder opvolgt.

Werkgevers kunnen hiervoor eigen gegevens gebruiken of ondersteuning vragen aan een externe dienst of een sociaal secretariaat.

Belangrijke bronnen en instrumenten zijn onder meer:

- Absenteïsmegegevens: identificeer frequent langdurig absentieïsme en analyseer trends;

- Risico-Inventarisatie & Evaluatie (RIE): breng zowel fysieke belasting (ergonomie, werkplek, taakbelasting) als mentale belasting in kaart;
- Korte pulse-metingen: doe regelmatig laagdrempelige peilingen bij medewerkers om signalen van overbelasting vroegtijdig te detecteren;
- Welzijnsbevragingen: voer welzijnsbevragingen uit, gericht op mentale gezondheid en werkbaarheidsfactoren;
- Herstelbehoefte: breng de herstelbehoefte in kaart met instrumenten zoals Need for Recovery (NFR), bij voorkeur in samenwerking met de externe dienst, om inzicht te krijgen in werkbelasting versus herstelcapaciteit. Eenvoudigweg gesteld wordt aan de hand van een vragenlijst onderzocht hoeveel moeite het kost voor een werknemer om te herstellen van een dag werk.

Op basis van deze analyse kunnen werkgevers:

1. Risicogebieden en trends identificeren (bijvoorbeeld specifieke afdelingen, functies of werkprocessen met hoge fysieke of mentale belasting);
2. Prioriteiten bepalen voor interventies, gericht op zowel fysieke als mentale gezondheid;
3. Een datagedreven basis creëren voor de volgende stappen van het preventiebeleid: actieplanning, implementatie van maatregelen en evaluatie.

Aanvullende aandachtspunten:

- Zorg voor betrokkenheid van medewerkers bij het verzamelen en interpreteren van gegevens, dit verhoogt de acceptatie van maatregelen;
- Koppel de analyse aan bestaande HR-processen zoals performance reviews, werkplekonderzoeken of gezondheidstoezicht;
- Denk aan een continue monitoring: een analyse is geen eenmalige oefening, maar een startpunt voor een dynamisch beleid.

## Stap 2. Stel een actieplan op

Preventie bestaat altijd uit een combinatie van organisatiegerichte maatregelen en individuele gerichte ondersteuning. Sommige organisaties starten vanuit individuele initiatieven (zoals coaching, trainingen of check-ups), terwijl anderen vertrekken vanuit structuren, afspraken en werkorganisatie. Organiserende acties vormen vaak de basis (bijvoorbeeld werkdruk, leiderschap, afspraken, taakverdeling) omdat ze de context creëren waarin welzijn duurzaam kan groeien. Individuele acties helpen medewerkers om in die context sterker, veerkrachtiger of bewuster te functioneren. Beide invalshoeken hebben waarde en versterken elkaar wanneer ze goed op elkaar zijn afgestemd.

### Hoe kies je de juiste acties?

- Vertrek van wat de analyse toont op zowel organisatie- als individuniveau;
- Bepaal eerst welke structurele elementen aandacht nodig hebben;
- Vul aan met individugerichte acties om medewerkers optimaal te ondersteunen;
- Combineer 'quick wins' met structurele verbeteringen, zodat vooruitgang voelbaar is en standhoudt.

## Voorbeelden van organisatiegerichte acties (structuur & cultuur)

- Duidelijke afspraken over prioriteiten en taakverdeling;
- Heldere rollen en verantwoordelijkheden;
- Versterken van leiderschapsgedrag: duidelijkheid, voorspelbaarheid, betrokkenheid;
- Optimaliseren van werkprocessen om piekbelasting te verminderen;
- Afspraken rond bereikbaarheid, communicatie en samenwerking.

## Voorbeelden van individugerichte acties (ondersteuning & groei)

- Check-ups (preventieve screenings);
- Coaching rond stress, gezondheid of veerkracht;
- Workshops over focus, communicatie of gezonde levensstijl.

## Stap 3. Meten, evalueren en bijsturen

De analyse uit stap 1 (Maak een analyse op en bepaal de prioriteiten) vormt niet alleen de basis voor actieplanning, ze bepaalt ook in zekere mate wat je nadien moet meten. Meten is geen doel op zich, maar een manier om te evalueren of de genomen maatregelen effect hebben. Door van begin af aan te bepalen welke indicatoren belangrijk zijn, blijft het beleid gericht, werkbaar en impactvol.

De KPI-structuur weerspiegelt de drie lagen uit stap 1: organisatieniveau, interventieniveau en trendanalyse.

Hoe hou je het werkbaar?

- Kies een beperkt aantal kernindicatoren;
- Herhaal metingen op vaste momenten;
- Stuur bij met kleine, gerichte acties.

Wat meten?	Voorbeelden	Waarom belangrijk?
<b>1. Organisatiebrede welzijnsindicatoren</b>	Percentage afwezigheden (kortlang), verloop, werkdrukindicatoren, herstelbehoefte	Toont of het algemene beleid werkt en waar structurele knelpunten zitten
<b>2. Actie-specifieke KPI's</b>	Bereik doelgroep, tevredenheid, bruikbaarheid, inzichten & motivatie, engagement voor vervolg	Geeft zicht op de impact van specifieke acties en toont waar bijsturing nodig is
<b>3. Evolutie in tijd</b>	Kwartaalmeting, trends in NFR/BAT, pulse-metingen	Maakt zichtbaar of acties effect hebben en waar snelle bijsturing mogelijk is

## Wat levert dit op? De ROI van preventie

Wat leveren preventie-inspanningen op voor een organisatie? Die vraag stellen bedrijfsleiders en HR-professionals zich regelmatig.

Ondertussen zijn er heel wat studies verricht die eenduidig aangeven dat er wel degelijk sprake is van ‘terugverdieneffecten’, op voorwaarde dat het preventiebeleid strategisch goed ingebed is en coherent volgehouden wordt.

Deze opbrengsten situeren zich vooral op volgende domeinen:

- Hogere productiviteit: werknemers met betere fysieke en mentale gezondheid presteren 5–15% beter, volgens diverse bedrijfsinterventiestudies;
- Betere retentie en minder vrijwillig verloop: een gezond werkklimaat verhoogt betrokkenheid en verlaagt rekruteringskosten;
- Daling van het absentieïsme: reducties van 10–30% worden gerapporteerd, uiteraard met lagere kosten tot gevolg.

In termen van terugverdieneffecten uitgedrukt in euro’s rapporteren meta-analyses op het vlak van bedrijfsinterventies rond beweging, mentale gezondheid, ergonomie en leefstijlverbetering een gemiddelde ROI tussen 2,2 euro en 5,1 euro per geïnvesteerde euro.

Dat betekent dat elke euro die een bedrijf investeert in preventie zelfs op korte (productiviteit) of langere (retentie, absentieïsme) termijn, gemiddeld meer dan twee tot bijna zes euro oplevert.

Uiteraard spelen een aantal contextvariabelen in deze assumpties mee, zoals:

- Het type sector (zware fysieke arbeid vs. kantoorwerk);
- Het niveau van gezondheid van werknemers bij de start;
- De organisatiegrootte (grotere bedrijven halen vaak hogere ROI door schaalvoordelen);
- De kwaliteit (coherentie) en intensiteit van het programma;
- De mate van participatie van de werknemers;

- De duur van de interventie (ROI stijgt meestal na 2–3 jaar);
- De betrokkenheid van de leidinggevenden;
- De combinatie van fysieke, mentale en sociale interventies;
- De aanwezigheid van een bredere welzijnscultuur in het bedrijf.

Een studie van Securex in samenwerking met GraydonCreditsafe Belgium uit 2024 toont aan dat ook langdurige afwezigheden wegens ziekte, een directe en significante impact hebben op de productiviteit en meteen ook op de financiële prestatie van bedrijven. Bedrijven met weinig langdurige afwezigheden door ziekte zijn tot 1,39 keer productiever dan bedrijven met de hoogste langdurige ziektepercentages. ✘

Bronnen:

<https://press.securex.be/langdurig-ziekteverzuim-bereikt-opnieuw-recordhoogte>

<https://press.securex.be/burn-out-een-op-de-drie-belgische-arbeiders-in-risicozone>

<https://www.securex.be/nl/publicaties/focus-reports/psychologische-veiligheid-op-het-werk>

<https://www.securex.be/nl/publicaties/focus-reports/hoe-kunnen-leidinggevenden-performant-televaak-ondersteunen> en <https://press.securex.be/passieve-bazen-riskeren-vertrek-van-werknemers>

<https://www.securex.be/nl/lex4you/werkgever/nieuws/werkgever-betaalt-solidariteitsbijdrage-voor-langdurig-arbeidsongeschikte-werknemers>

<https://www.securex.be/nl/publicaties/white-papers/burn-out-en-bedrijfsperformantie-2024>

Thonon, F., Van den Broucke, S., Godin, I., & Leroy, R. (2023). Economic evaluations of workplace health promotion: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 33(4), 654–662. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad080> (doi.org in Bing)

Thonon, F., Van den Broucke, S., Godin, I., & Leroy, R. (2023). Economic evaluations of workplace health promotion: A systematic review [Open-access versie]. HAL Open Archive. <https://hal.science/hal-04196544> (hal.science in Bing)

Stepanek, M., Pechacek, T., & Zheutlin, A. (2017). Workplace wellness programs: A report to the U.S. Congress. RAND Corporation. [https://www.rand.org/pubs/research\\_reports/RR2547.html](https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR2547.html) (rand.org in Bing)

Baicker, K., Cutler, D., & Song, Z. (2010). Workplace wellness programs can generate savings. *Health Affairs*, 29(2), 304–311.

Verlinden, H., Vandenbroele, E., (2024), Burn out en bedrijfsperformantie

<https://www.securex.be/nl/publicaties/white-papers/burn-out-en-bedrijfsperformantie-2024>, 39-42

De Neve, J.-E., Ward, G., Why workplace wellbeing matters, Harvard Business School Publishing Corporation, 2025, Part 3, The Benefits of workplace wellbeing, p. 163-223

Braunig, D., Kohstall, T., (2012), International Social Security Association, Geneva, Calculating the international return on Prevention for Companies: costs and benefits of investments in Occupational Safety and Health, p. 14

## Checklist: Hoe sterk is jouw preventiebeleid?

### 1. Fundament & visie

- Onze organisatie heeft een duidelijke visie op welzijn en preventie (fysiek, mentaal, werkorganisatie)
- Preventie wordt gezien als strategische hefboom, niet als louter wettelijke verplichting
- Leiderschap wordt actief beschouwd als bepalende factor voor welzijn, retentie en inzetbaarheid
- We hebben een cultuur waarin medewerkers zich veilig voelen om problemen of signalen te bespreken (psychologische veiligheid)

### 2. Analyse & inzicht

- We verzamelen systematisch absenteïsmegegevens (kort/lang, trends, patronen)
- We vullen dit aan met relevante inzichten uit bijvoorbeeld RIE-analyses, pulse-metingen, welzijnsbevragingen en herstelindicatoren (zoals NFR/BAT)
- De analyse toont niet alleen risico's, maar ook hefbomen waar we de meeste impact kunnen halen
- We betrekken medewerkers bij de analyse en duiden inzichten samen
- Analyse is geen eenmalige oefening: we volgen parameters op doorheen het jaar

### 3. Acties: balans tussen organisatie, leiderschap & individu

- We zorgen voor een goede mix van organisatiegerichte acties (duidelijke afspraken, haalbare werkdruk, realistische werkprocessen, heldere communicatie en leiderschap)
- Leidinggevendens spelen hierin een actieve rol: ze creëren duidelijkheid, autonomie, psychologische veiligheid en detecteren signalen tijdig
- We vullen dit aan met individugerichte ondersteuning (check-ups, coaching, opleidingen en workshops)
- We stemmen acties af op de noden die uit de analyse naar voren komen en op de werkcontext

### 4. KPI's en opvolging

#### Organisatieniveau

- We volgen kerncijfers op: afwezigheden (kort-lang), verloop, werkdruk, herstelbehoefte

#### Interventieniveau

- We meten bereik, tevredenheid, bruikbaarheid en motivatie bij acties
- We evalueren of acties effectief iets veranderen in gedrag of beleving

#### Trendniveau

- We voeren kwartaalmetingen of regelmatige pulses uit
- We sturen acties bij op basis van evoluties, niet enkel op basis van incidenten

### 5. Maturiteit van ons beleid

- Basis: wettelijke verplichtingen zijn in orde (Risico-Inventarisatie en -Evaluatie, preventieadviseur, gezondheidstoezicht en psychosociaal beleid)
- Gevorderd: acties worden afgestemd op data, trends en feedback
- Strategisch: preventie is verankerd in leiderschap, cultuur en bedrijfsstrategie
- Wendbaar: we meten, leren en sturen continu bij

### 6. ROI & impact

- We zien een daling van absenteïsme of stagnatie bij stijgende nationale trends
- We merken betere retentie en minder vrijwillig verloop
- Leidinggevendens ervaren meer voorspelbaarheid en minder 'brandjes blussen'
- Medewerkers rapporteren hogere werkbaarheid en minder psychosociale belasting
- Investerings in preventie worden opgevolgd in termen van impact en opbrengst

# Hoofdstuk 2. Waarom een verzuimbeleid soms faalt: 7 valkuilen blootgelegd

Als preventie niet volstaat en absentieïsme oploopt, is het een kwestie van snel en juist handelen. Elke langdurige ziekte begon immers ooit met één dag ziekte. Hoe evolueert het absentieïsme in ondernemingen, wat betekent dit in termen van kostprijs en vooral: hoe wordt daar best op gereageerd. Kortom, wat is een goed verzuimbeleid?

## Een blik op verzuim in 2025

In 2025 kostte kortdurend ziekteverzuim (afwezigheden van minder dan dertig dagen) Belgische werkgevers gemiddeld 1.608,81 euro per voltijdse medewerker. Dat gaat over een gemiddelde per werknemer en niet per zieke werknemer. Voor een organisatie met honderd medewerkers loopt dit dus op tot meer dan 160.000 euro per jaar, nog vóór de patronale bijdragen of indirecte kosten zoals vervanging, overuren of kwaliteitsverlies worden meegerekend.

Die kosten zullen in 2026 verder stijgen. Sinds 1 januari 2026 geldt een solidariteitsbijdrage van 30% op de ziekte- en invaliditeitsuitkering voor nieuwe arbeidsongeschiktheden. Voor twee maanden arbeidsongeschiktheid kan die bijdrage oplopen tot ongeveer 1.700 euro extra. Vanaf 2027 zou de bijdrage bovendien uitgebreid worden naar de vierde en vijfde maand arbeidsongeschiktheid.

Hoewel de kosten sterk toenemen, blijft het aandeel van de werkgever in het totaalplaatje beperkt. Zodra de periode met doorbetaling en bijdragen voorbij is, neemt de maatschappij de financiële last over en die maatschappelijke kost is vele malen hoger.

De boodschap is eenvoudig: verzuim aanpakken is besparen. Sinds 1 januari 2026 is die boodschap niet alleen economisch. Werkgevers worden verplicht om een zogenaamd actief verzuimbeleid te gaan voeren. Belgische werkgevers zullen een clause in het arbeidsreglement moeten opnemen over 'de procedure voor het onderhouden van contact met arbeidsongeschikte werknemers'. Die procedure moet volgens de Codex Welzijn minstens bepalen:

1. wie de arbeidsongeschikte werknemer contacteert, en
2. hoe vaak dat contact plaatsvindt.

Daarbovenop komen nieuwe financiële prikkels: vanaf 2026 verhoogt de solidariteitsbijdrage van 30% van de ziekte- en invaliditeitsuitkering voor nieuwe arbeidsongeschiktheden de directe werkgeverskosten. In combinatie met een verplicht re-integratietraject (indien arbeidspotentieel) is de boodschap van de wetgever helder: werkgevers moeten verantwoordelijkheid nemen voor de arbeidsgeschiktheid van hun werknemers.

Het is terecht dat werkgevers zich soms afvragen hoe ver die verantwoordelijkheid reikt. Ziekte ontstaat vaak volledig buiten hun invloedssfeer. Dat kan je als werkgever niet ‘managen’. Zelfs met het meest efficiënte verzuimbeleid is het onmogelijk om de nieuwe solidariteitsbijdrage te vermijden. Maar de vaststelling dat een deel ziekte onvermijdelijk is, betekent nog niet dat een verzuimbeleid zinloos is.

De sleutel ligt in het onderscheid tussen ziekte en verzuim. Ziekte gaat over de medische toestand. Verzuim gaat over de beslissing om al dan niet te werken. In functie van de overlap tussen ziekte en verzuim wordt de driedeling tussen wit, grijs en zwart verzuim gemaakt. Wit verzuim is louter medisch, zwart verzuim staat los van ziekte en grijs verzuim zit daar ergens tussen. Die indeling toont waarom een verzuimbeleid zinvol is: een aanzienlijk deel van verzuim heeft een gedragscomponent. Niet alleen ‘kunnen’ werken, maar ook ‘willen’ werken. En gedrag is wél beïnvloedbaar. Een actief verzuimbeleid probeert precies dat te doen, door in te grijpen op twee beslissende momenten: de ziektemelding en de terugkeerbeslissing.

### **Invloed op de ziektemelding**

In eerste instantie gaat dit over procedures. Hoe eenvoudiger en onpersoonlijker de ziektemelding, hoe lager de drempel om je ziek te melden. Een melding via een anonieme HR-mailbox voelt heel anders dan een rechtstreeks telefoontje met de leidinggevende voor een bepaald uur.

Daarnaast bepaalt vooral de reactie na terugkeer de kans op herhaling van een ziektemelding. Een afwezigheid die schijnbaar niet opgemerkt werd, vergroot dat de kans op een volgend verzuimincident.

### **Invloed op de terugkeerbeslissing**

Veel organisaties hebben een strakke procedure rond ziektemelding, maar negeren de invloed die ze kunnen hebben op de terugkeerbeslissing. Toch is dit minstens even fundamenteel. Verzuim dat start als volledig wit verzuim, wordt vaak steeds grijzer naarmate de afwezigheid langer duurt.

Waar de ziektemelding gebaat is bij drempelverhogende procedures, werkt dat bij de terugkeer net omgekeerd. Extra voorwaarden opleggen die wettelijk niet bestaan – zoals eisen dat de behandelende arts expliciet toestemming geeft om



**“Elk problematisch verzuim begint bij één eerste verzuimdag en net die dagen worden te vaak volledig genegeerd.”**

vroeger terug te keren – hebben vrijwel geen impact op genezing, maar wel op de verzuimduur.

Het is cruciaal dat de binding met het werk blijft bestaan en op dit vlak komt de nieuwe wetgeving wel tussenbeide. Werknemers die zich verbonden voelen, keren sneller terug, niet omdat ze sneller genezen, maar omdat de drempel lager is. Hoe langer de ziekte duurt, hoe belangrijker het ook wordt op een heronboardingsprocedure te voorzien.

## 7 valkuilen die je verzuimbeleid doen vastlopen

Hoewel wetgeving en economische realiteit de richting duidelijk aangeven, blijkt het in de praktijk helemaal niet vanzelfsprekend om een effectief actief verzuimbeleid te voeren. Procedures zijn snel geschreven, maar het echte verschil ontstaat in de manier waarop ze worden uitgevoerd. Directe leidinggevendens worden belast met de dagelijkse uitvoering van het verzuimbeleid missen vaak handvaten of ervaren na verloop van tijd opvolgingsmoeheid. In de praktijk zien we zeven vaak voorkomende valkuilen. Je kan deze valkuilen best vermijden.

### Valkuil 1: Een verzuimbeleid gaat over opvolgen van verzuim

Veel organisaties vertrekken vanuit een te enge definitie van verzuimbeleid: regels opstellen om afwezigheden zo snel en strikt mogelijk op te volgen. Strenge meldingsprocedures, verplichte gesprekken en verzuimcijfers worden dan het fundament. Maar daarmee focust men uitsluitend op de administratieve kant van verzuim, terwijl de echte impact dieper ligt: de kosten-batenafweging die een medewerker maakt.

Als de mentale, fysieke of sociale kost van werken hoger ligt dan de kost van niet-werken, is thuisblijven logisch gedrag. Een verzuimbeleid moet die afweging beïnvloeden. Het bereiken van een bepaalde Bradford-score (score die de impact van frequent kort verzuim geeft) is misschien een trigger in een HR-systeem om opvolging te geven, maar de werknemer heeft weinig tot geen boodschap aan die score. De leidinggevende zal dit moeten vertalen naar de impact die hun afwezigheid heeft op collega's, klanten en processen. Enkel als de concrete impact van verzuim duidelijk is, kan een werknemer de belangen van de onderneming meenemen in een volgende verzuimbeslissing.

### Valkuil 2: Aanwezigheid is de norm en doorbijten wordt gewaardeerd

Een goed verzuimbeleid is balanceren: het moet afwezigheid bespreekbaar houden zonder presentisme te normaliseren. Toch zien we dat organisaties soms onbewust dat laatste versterken. Wanneer doorwerken ondanks ziekte wordt geprezen als betrokkenheid of loyaliteit, ontstaat de indruk dat aanwezig zijn altijd de juiste keuze is.

Iemand die niet *kán* werken, *má*g niet werken en ook dat moet bespreekbaar zijn. In elke organisatie

zijn er medewerkers die hun eigen onmisbaarheid overschatten en zich daardoor koste wat het kost blijven voortduwen. Het is opvallend dat dit vaker gebeurt bij leidinggevendens, die net daardoor hun voorbeeldrol ondermijnen. Een leidinggevende die ziek doorwerkt, toont impliciet welk gedrag gewenst is.

Een gezond verzuimbeleid vraagt dus een duidelijke norm: aanwezigheid wanneer het kan, afwezigheid wanneer het moet. Leidinggevendens moeten die norm niet alleen uitdragen, maar ook zelf naleven.

### Valkuil 3: Verzuimgesprekken worden niet (goed) gevoerd

In veel organisaties is de directe leidinggevende belast met de opvolging van verzuim. Die taak komt bovenop een uitgebreid takenpakket en wordt meer dan eens als een bijkomende last ervaren. Gesprekken worden uitgesteld, afgeraffeld of helemaal niet gevoerd. De redenen die leidinggevendens aanhalen zijn herkenbaar: "Ik heb daar geen tijd voor", "Het heeft toch geen zin", of "Ik weet niet wat ik wel of niet mag vragen."

## “Vanaf 2027 zou de bijdrage bovendien uitgebreid worden naar de vierde en vijfde maand arbeidsongeschiktheid.”

Achter die argumenten schuilt zelden onwil. Het gaat meestal om ongemak: onzekerheid over hoe zo'n gesprek aan te pakken, angst om iets verkeerd te zeggen, of de vrees om het vertrouwen van een medewerker te schaden. Dat ongemak leidt tot vermijding en vermijding leidt tot een verzuimbeleid dat op papier bestaat, maar in de praktijk stilvalt.

Nochtans kunnen veel van die drempels worden weggewerkt door gerichte ondersteuning. Eenmalige opleidingen bij het opnemen van een leidinggevende rol zijn onvoldoende. Wat nodig is, zijn herhaalde momenten van oefening, kennisdeling en casusbespreking, zodat leidinggevendens vooraf weten wat bespreekbaar is, hoe ze moeilijke situaties kunnen hanteren en welke vragen wel gesteld mogen worden. Ook de mogelijkheid om de inhoud van een gepland verzuimgesprek te kunnen aftoetsen of zelfs oefenen met collega's is niet te onderschatten.



Daarnaast kan het helpen om transparantie over verzuimcijfers tussen afdelingen te creëren. In sommige contexten werkt een mild competitief element motiverend – niemand wil de afdeling zijn met het hoogste verzuim. Maar nog belangrijker: het maakt het mogelijk om leidinggevendende te erkennen die het verzuim op een positieve manier weten te beïnvloeden.

#### **Valkuil 4: Occasioneel kort verzuim wordt genegeerd**

Veel organisaties komen pas in actie wanneer verzuim zichtbaar problematisch wordt: wanneer frequentiepatronen opduiken of wanneer het HR-systeem een rode vlag geeft. Maar elk problematisch verzuim begint bij één eerste verzuimdag en net die dagen worden te vaak volledig genegeerd.

Vanuit het perspectief van de medewerker verloopt die eerste afwezigheid meestal geruisloos. Niemand lijkt iets te merken, niemand vraagt hoe het gaat, niemand erkent dat hij of zij er even niet was. Pas wanneer het patroon zich herhaalt, volgt er plots een ‘harde’ aanpak.

Voor de medewerker voelt dat onredelijk: het contrast tussen stilte in het begin en striktheid achteraf is groot en onbegrijpelijk.

Wanneer een medewerker na enkele dagen ziekte terugkeert en niemand daar aandacht aan besteedt, ontstaat een gevoel van onzichtbaarheid. Dat heeft gevolgen voor betrokkenheid, motivatie en – ironisch genoeg – ook voor toekomstig verzuimgedrag.

Een simpele erkenning maakt een wereld van verschil. Een korte check-in zoals “Fijn dat je terug bent, ik had gezien dat je afwezig was, hoe gaat het?” duurt dertig seconden en heeft grote impact. Onderzoek toont dat gedragingen die met waardering worden beantwoord, vaker worden herhaald. In deze context gaat waardering niet over complimenten, maar over gezien worden.

Elke leidinggevende zou dit minimale contactmoment moeten nemen. Het zet de toon: aanwezigheid wordt opgemerkt, afwezigheid wordt niet genegeerd, en het gesprek over verzuim blijft laagdrempelig en

mensgericht vanaf de eerste ziekte. Door occasioneel verzuim al vroeg aandacht te geven, vermijd je dat kleine afwezigheden uitgroeien tot grotere problemen.

### **Valkuil 5: Verzuimgesprekken worden alleen met verzuimers gevoerd**

Een vaak onderschat risico is dat verzuimgesprekken uitsluitend worden gevoerd met medewerkers die afwezig zijn geweest. Daardoor verschuift alle aandacht automatisch naar wie verzuimt, terwijl de medewerkers die wel aanwezig zijn en taken hebben opgevangen, minder in beeld komen. Dat is onlogisch: juist die groep draagt extra belasting en verdient minstens evenveel aandacht in het kader van preventie.

Verzuimgesprekken zouden daarom geen losstaande interventies mogen zijn, maar deel moeten uitmaken van de reguliere performancecyclus. Het gaat om structureel bespreken wat werkt, waar knelpunten zitten en welke ondersteuning nodig is bij alle medewerkers, niet alleen bij de verzuimers. Door ook expliciet stil te staan bij de impact van afwezigheden op het team en die inspanningen te benoemen, ontstaat een evenwichtiger aanpak.

### **Valkuil 6: Als leidinggevende ben je geen arts**

We bespraken al de indeling in wit, grijs en zwart verzuim. Dat kader helpt om te begrijpen waarom een verzuimbeleid kan werken, maar deze indeling wordt vaak misbruikt op individueel niveau. Leidinggevendens gaan – meestal zelfs onbewust – proberen inschatten of een werknemer ‘echt ziek’ is. En daar ontstaat een grote valkuil: een leidinggevende is geen arts. Je hebt nooit volledige informatie over iemands gezondheidstoestand. Het proberen beoordelen van legitimiteit is niet alleen zinloos, het is contraproductief. Het levert leidinggevendens frustratie op, creëert wantrouwen en genereert defensieve reacties bij medewerkers die zich onterecht beoordeeld voelen.

Het doel van een verzuimgesprek is niet om te bepalen of iemand écht ziek was. Het doel is toekomstgericht: duidelijk maken wat de impact is van verzuim op de organisatie en samen bekijken welke hulpmiddelen de medewerker nodig heeft om bij een volgende gezondheidskwestie een goede beslissing te kunnen maken. Dat vraagt dat de leidinggevende met een open geest en zonder vooroordeel in gesprek gaat met de werknemer.

### **Valkuil 7: De leidinggevende verwacht een onmiddellijke impact**

Veel leidinggevendens gaan ervan uit dat één of enkele gesprekken voldoende zijn om gedragsverandering in gang te zetten. Maar wie ooit een nieuwbijbelofte heeft gemaakt, en tegen februari alweer heeft opgeborgen, weet dat gewoontes hardnekkig zijn. Verzuim wordt vaak gevoerd door ingesleten patronen: levensstijlgewoontes, maar even vaak werkgewoontes die stress verhogen en motivatie aantasten.

Een van de meest onderschatte gewoontes is uitstelgedrag. En het hoeft niet spectaculair te zijn: even wachten met een taak omdat iets onduidelijk is, eerst koffie halen, of ‘heel even’ het nieuws checken voor je begint. Als dat kleine uitstelgedrag een dagelijkse reflex wordt, stapelt stress zich op en daalt de mentale veerkracht. Op dat moment is de stap naar uitval klein en kan verzuim op termijn een voorspelbare uitkomst worden.

Het is onwaarschijnlijk dat één enkel verzuimgesprek een blijvende gedragsverandering oplevert. Het vraagt tijd, herhaling en ondersteuning. Een medewerker moet eerst zelf erkennen dat er een probleem is, daarna de wens ontwikkelen om het anders te doen, en vervolgens een realistisch plan opbouwen. En dat proces is bijna altijd een traject van vallen en opstaan.

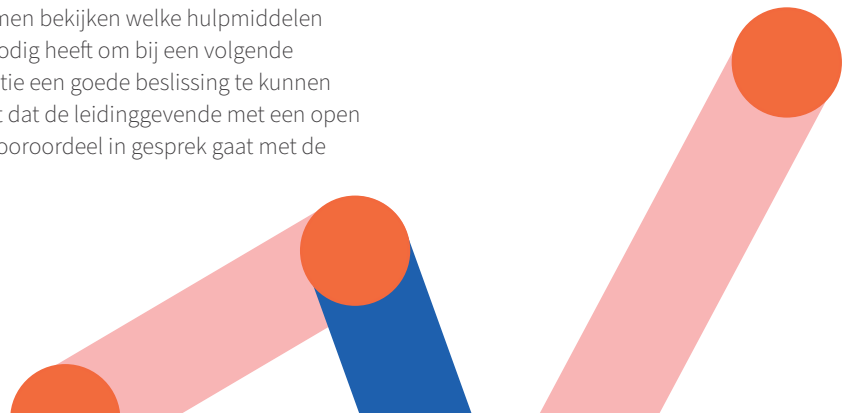
De rol van de leidinggevende is daarom niet om onmiddellijke verbetering te verwachten, maar om geduldig en ondersteunend te blijven. Dat betekent gesprekken herhalen, kleine stappen opvolgen, ieder succesje erkennen en terugval normaliseren. ✘

#### **Bronnen:**

Hemp P. (2004). Presenteeism: at work – but out of it. *Harvard Bus Rev.* 82:49–58.

Ruhle, S. A., & Süß, S. (2019). Presenteeism and absenteeism at work—An analysis of archetypes of sickness attendance cultures. *Journal of Business and Psychology, Online First*, 1–15.

Janssens H, Clays E, De Clercq B, De Bacquer D, Braeckman L. (2013) The relation between presenteeism and different types of future sickness absence. *J Occup Health.* 2013;55(3):132-41.



# Hoofdstuk 3.

## Welke rol is er weggelegd voor de controlediensten?

Een specifiek element in het verzuimbeleid is het inschakelen van controlegeneeskunde, soms ad random, soms zeer gericht als er nood is aan een ontradende aanpak. Waar en wanneer is dit zinvol en vooral hoe organiseer je dit best?

### Wanneer is controle zinvol?

Medische controles zijn zinvol als ze passen in een ruimer aanwezigheids- en verzuimbeleid. Dit beleid moet garanderen dat controles voorzien worden op basis van objectieve criteria, bijvoorbeeld bij frequent ziekteverzuim, en gericht zijn op het halen van concrete doelstellingen, bijvoorbeeld het verminderen van de ziektefrequentie in een bepaalde doelgroep.

De idee is dat je als werkgever veel investeert in een degelijk, preventief en ondersteunend aanwezigheidsbeleid, maar dat je extra kan ingrijpen waar preventieve maatregelen het gewenste effect niet halen. Anderzijds hebben medische controles een preventieve, indirecte impact omwille van hun ontradend effect. Dit effect mag niet onderschat worden.

### Wat mag je van controle verwachten?

Een controlearts evalueert de arbeidsonbekwaamheid en de duur van de afwezigheidsperiode. De arts kan de arbeidsongeschiktheid bevestigen, afwijzen of inkorten. Let wel, dit gaat niet om het inschatten van het arbeidspotentieel als voorwaarde voor de opstart van een re-integratietraject, maar louter om het controleren of er daadwerkelijk een arbeidsonbekwaamheid is op het moment van controle. De controlearts controleert en beslist of er wel of geen arbeidsongeschiktheid is en

geeft advies over de duurtijd van de afwezigheid als er een ziekteattest voorhanden is.

Op jaarbasis worden ongeveer 300.000 controles verricht. Dat is vrij beperkt, gegeven het totale nationale ziekteverzuim.

- 5-15% van de controles wordt uitgevoerd bij ondernemingen zonder specifiek controlebeleid;
- 20-40% van de controles vindt plaats bij organisaties met een hoog verzuim of actief controlebeleid;
- 50% tot slot situeert zich enkel bij gerichte controlecampagnes of bij specifieke risicoprofielen.





## “Digitale controles zullen in de toekomst verder aan belang winnen.”

- **Het huisbezoek met thuisplicht:** de medewerker moet vier aaneensluitende uren beschikbaar zijn voor controle.  
Is de medewerker tijdens deze uren niet bereikbaar, dan wordt de controle afgesloten. De werkgever kan in dat geval gewaarborgd loon inhouden.
- **De rechtstreekse convocatie op het kabinet:** de medewerker moet zich voor controle verplaatsen naar het kabinet van de controlearts. Deze procedure is voor de controlearts eenvoudiger dan het huisbezoek.
- **De digitale medische controle:** dit is een nieuwe uitvoeringsmodaliteit waarbij er tussen de medewerker en de controlearts, met aandacht voor veiligheid en privacy, digitaal een controle wordt georganiseerd.

De klassieke huisbezoeken staan steeds meer onder druk, waardoor vandaag een mix van deze controleprocedures toegepast wordt. Digitale controles zullen in de toekomst verder aan belang winnen.

De controles kunnen dus gericht gebeuren zoals toegespitst op ‘maandag-/brugdagverzuim’, afwezigheid rond verlofperiodes, eerste ziektedagen van nieuwe werknemers of werknemers op kritieke functies/planning.

Er zijn vandaag vier mogelijke uitvoeringsmodaliteiten:

- **Het huisbezoek:** de controlearts bezoekt de zieke medewerker op diens verblijfadres.  
Is de medewerker niet thuis, dan volgt een uitnodiging op het kabinet van de controlearts.

### Hoe zorg je voor optimale organisatie?

Meestal wordt binnen een organisatie de best geschikte procedure gekozen. In dit overzicht sommen we de voor- en nadelen van de vier controleprocedures op:

Uitvoeringsmodaliteit	Huisbezoek	Huisbezoek met thuisplicht	Op het kabinet van de arts	Digitaal
Verrassingseffect	✓	✓	✗	✗
Verplaatsing voor de medewerker	✓	✓	✗	✓
Beschikbaarheid controleartsen	★	★	★★	★★★
Aangepast voor controles in het buitenland	✗	✗	✗	✓
Aangepast voor 1-dags ziekte	★	★	★★★	★★★

Het huisbezoek vindt plaats op het verblijfadres van de werknemer, zodat hij zich niet moet verplaatsen. De verplaatsing bij een huisbezoek is zeer tijdrovend voor de controlearts, deze vorm zal op termijn verdwijnen.

Op het kabinet van de arts: de werknemer moet zich verplaatsen, wat niet altijd mogelijk is. Voor een 1-dagsziekte is dit een interessante optie omdat de medische controle na de afspraak afgewerkt is, ook als de werknemer niet komt opdagen. Er is geen vervolgstap aan verbonden.

Digitale controle heeft de kleinste voetafdruk, want er is geen verplaatsing nodig. Het is efficiënter, vermindert

papierwerk en kan veilig. De beschikbaarheid van een controlearts is 100% gegarandeerd. De controle kan meteen afgewerkt worden, wat interessant is voor controles op ziekteperiodes van 1 dag alsook voor controles op minder bereikbare adressen.

Omwille van de maatschappelijke evolutie, die ervoor zorgt dat de huisbezoeken onder druk staan, adviseren we om in het arbeidsreglement géén melding te maken van de uitvoeringsmodaliteiten, zodat in alle omstandigheden een passende uitvoeringsmodaliteit gekozen kan worden. ✕



## Goed voorbeeld van een artikel over medische controle in het arbeidsreglement

### Recht op controle

De werkgever behoudt zich het recht voor om de arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of ongeval te laten controleren door een controlearts.

### Medewerking van de werknemer

De werknemer is verplicht mee te werken aan de medische controle en de controlearts toe te laten zijn opdracht uit te voeren.

### Gevolgen van weigering of afwezigheid

Als de werknemer zonder geldige reden weigert zich te laten onderzoeken of niet aanwezig is bij een controle, kan dit gevolgen hebben voor het gewaarborgd loon overeenkomstig de toepasselijke wetgeving.

### Bindende kracht van het oordeel

Het oordeel van de controlearts is bindend voor de periode vermeld in het controleverslag, tenzij een scheidsrechtelijke procedure wordt opgestart overeenkomstig de wettelijke bepalingen.

### Kosten

De kosten verbonden aan de medische controle zijn ten laste van de werkgever.



## Minder goed voorbeeld

### Recht op controle

De werkgever behoudt zich het recht voor om de arbeidsongeschiktheid wegens ziekte of ongeval te laten controleren door een controlearts.

### Huisbezoek

De controlearts kan de werknemer onderzoeken op het door de werknemer meegeedeelde verblijfadres tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid. Als de werknemer niet wordt aangetroffen, wordt een uitnodiging ter controle op het kabinet van de controlearts achtergelaten.

### Bereikbaarheid

De werknemer dient ervoor te zorgen dat hij/zij bereikbaar is op het opgegeven verblijfadres en de controlearts toegang verleent om het onderzoek mogelijk te maken.

### Gevolgen van weigering of afwezigheid

Als de werknemer zonder geldige reden weigert zich te laten onderzoeken of niet aanwezig is bij een controle, kan dit gevolgen hebben voor het gewaarborgd loon overeenkomstig de toepasselijke wetgeving.

### Kosten

De kosten van de medische controle zijn ten laste van de werkgever.

**Meer info  
over  
medische  
controles**



# Hoofdstuk 4. Re-integratie: naar een nieuwe set van regels, rechten en plichten met RIT 3.0

De kern van de vernieuwde regelgeving die in werking is getreden vanaf januari 2026, situeert zich in de organisatie van de re-integratietrajecten met aangescherpte termijnen en een sterkere sanctionering en responsabilisering voor onder meer de werkgever. Toch is nog niet alles helemaal uitgeklaard en rijzen hier en daar juridische vragen die om verdere opvolging vragen.

## Tien jaar hervormingen

Op 30 december 2025 werden de Wet over het Terug naar Werk beleid en het Koninklijke Besluit over het 're-integratietraject 3.0' (RIT 3.0) gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad. De nieuwe regels die van toepassing zijn sinds 1 januari 2026 passen in het allesomvattend plan voor de preventie en re-integratie van langdurig zieken zoals voorzien in het Federaal Regeerakkoord 2025-2029 van de regering De Wever. In dit deel spelen de werkgever, werknemer, de arbeidsarts en de Codex Welzijn de hoofdrol.

De regering is daarmee niet aan haar proefstuk toe en het werk is geenszins af. Het originele re-integratietraject (RIT 1.0) dateert immers al van 2017. In oktober 2022 volgde het RIT 2.0, met als belangrijkste nieuwigheden de vereenvoudiging van vijf (A-B-C-D-E) naar drie (A-B-C) beslissingsmogelijkheden (zie kader) met de focus op aangepast of ander werk en de loskoppeling van het re-integratietraject van de procedure voor medische overmacht.

### Pro memorie: drie beslissingsmogelijkheden

De preventieadviseur-arbeidsarts (PA-AA) kan drie beslissingen nemen:

**Beslissing A:** de werknemer is tijdelijk ongeschikt voor het overeengekomen werk en aangepast of ander werk is mogelijk;

**Beslissing B:** de werknemer is definitief ongeschikt voor het overeengekomen werk en aangepast of ander werk is mogelijk;

**Beslissing C:** het is om medische redenen (voorlopig) niet mogelijk om een re-integratiebeoordeling te maken. Het RIT wordt in dit geval beëindigd en kan in principe ten vroegste drie maanden na deze beslissing opnieuw worden opgestart.

Het doel van de huidige regering is helder:

- maximaal vermijden dat mensen instromen in de langdurige ziekte en de toenemende trend afbuigen tegen 2030, wanneer er naar verwachting 700.000 werknemers in langdurige arbeidsongeschiktheid verwacht worden bij ongewijzigd beleid;
- zo'n 100.000 langdurig zieken minder laten instromen in langdurige arbeidsongeschiktheid zodat de huidige cijfers minstens stabiel blijven.

Dat gebeurt in twee fasen. Via de zogenaamde derde golf, in werking vanaf 2026, grijpt de regering in hoofdzaak in op het re-integratieproces. De focus ligt op de eerste zes maanden van arbeidsongeschiktheid (dus nog niet op de langdurig zieken). Het accent verschuift daarmee naar vroegtijdige ondersteuning en processen. Parallel wordt er gewerkt aan de vierde golf, die de terugkeer van langdurig zieken naar de arbeidsmarkt beoogt. De grote lijnen of fases van het RIT zijn min of meer ongewijzigd gebleven. De belangrijkste nieuwigheden zorgen voor bredere omkadering.

## Preventie van uitval

De werknemer die nog niet arbeidsongeschikt is, maar dreigt uit te vallen wegens gezondheidsproblemen, kan aan zijn werkgever preventief vragen om na te gaan of een aanpassing van zijn werkpost en/of aangepast of ander werk mogelijk is (zogenaamd 'preventief RIT' om uitval te voorkomen).

De werkgever kan hierover, indien nodig, het advies vragen van de preventieadviseur-arbeidsarts (PA-AA), de preventieadviseur-ergonoom (PA-E), de preventieadviseur psychosociale aspecten (PAPSY), de preventieadviseur arbeidsveiligheid (PAV) of de preventieadviseur arbeidshygiëne (PAH). Zo kan een werkgever voor een werknemer met rugklachten met de ergonoom de mogelijkheden van telewerk bespreken.

De werkgever is tot nader order niet verplicht om op dit preventief verzoek in te gaan, maar moet wel zo snel als mogelijk de werknemer informeren over zijn beslissing (met name of er al dan niet gevolg wordt gegeven aan het verzoek).

### Opgelet

Ondanks het feit dat de regelgeving voor het voortraject geen concrete formaliteiten of sancties voorziet, zijn hierbij enkele kritische bemerkingen te plaatsen.

• **Formele gevolgen van een informeel verzoek:** hoewel de bedoeling van het 'preventief RIT' erin bestaat om op een laagdrempelige en informele manier mogelijke aanpassingen te verkennen, creëert de regelgeving in de praktijk toch een zekere formaliteit. De werkgever heeft immers een informatieplicht: hij moet 'zo snel mogelijk' reageren op het verzoek van de werknemer. Wat onder 'zo snel mogelijk' moet worden verstaan, wordt niet verduidelijkt. Om discussies te vermijden is het in elk geval aangeraden schriftelijk en binnen een redelijke termijn te reageren.

• **Nood aan duidelijke interne opvolging:** omdat het preventieve verzoek van een werknemer geen formeel RIT doet starten en het verzoek aan geen voorwaarden/formaliteiten (bijvoorbeeld schriftelijk) gebonden is, bestaat het risico dat dergelijke vragen in de praktijk niet of onvoldoende worden opgevolgd. Het is daarom van belang dat ondernemingen intern bepalen hoe met deze verzoeken om te gaan en dat ze hieromtrent duidelijke richtlijnen geven aan leidinggevendenden/HR die hiermee wellicht bij uitstek geconfronteerd zullen worden. Het opvolgen van dergelijke vragen is essentieel om te vermijden dat belangrijke signalen over werkbelasting of gezondheidsproblemen over het hoofd worden gezien.

• **Mogelijke kwalificatie als verzoek tot redelijke aanpassingen:** ook al wordt het preventief verzoek niet uitdrukkelijk gekwalificeerd als een vraag tot redelijke aanpassingen vanwege de werknemer, toch moeten werkgevers hier voorzichtig mee omgaan. Het voorwerp van het verzoek, namelijk het onderzoeken van een werkpostaanpassing of aangepast werk om gezondheidsredenen, overlapt inhoudelijk sterk met wat in de anti-discriminatie wetgeving als 'redelijke aanpassingen' wordt beschouwd. Het valt dan ook niet uit te sluiten dat in een latere fase (bijvoorbeeld in geval van een gerechtelijke procedure naar aanleiding van een ontslag) een werknemer zich op dit eerdere verzoek zou beroepen om te argumenteren dat de werkgever onvoldoende inspanningen heeft geleverd, hetgeen, gelet op de huidige strenge rechtspraak, mogelijks een vermoeden van discriminatie kan creëren. Daarom is het aangewezen dat werkgevers elk preventief verzoek zorgvuldig en volgens een transparant proces behandelen, met aandacht voor documentatie en motivatie van de genomen beslissingen. Ze kunnen hierbij desgevallend de indicatoren uit het Protocol van 2007 als leidraad nemen (het gaat daarbij bijvoorbeeld om de financiële en organisatorische impact, de te verwachten frequentie en de duur van het gebruik van de aanpassing, de impact op de levenskwaliteit van de verzoeker alsook op de omgeving, het ontbreken van gelijkwaardige alternatieven, ...).

## Verplichte contactname door werkgever

De werkgever moet werk maken van een actief afwezigheidsbeleid dat tot doel heeft de terugkeer naar het werk in het geval van arbeidsongeschiktheid te faciliteren en voor te bereiden.

De werkgever moet in dat verband in het arbeidsreglement een procedure opnemen voor het onderhouden van contact met arbeidsongeschikte werknemers, waarin tenminste het volgende is vastgelegd:

- Door wie de arbeidsongeschikte werknemer gecontacteerd zal worden;
- De frequentie van het contact.



### Opgelet

Werkgevers zijn voor het overige vrij om de procedure rond contactopname vorm en inhoud te geven. Wij zien hierbij enkele belangrijke aandachtspunten:

• **Opname in het arbeidsreglement:** werkgevers die nog geen procedure hebben, moeten een contactprocedure voorzien via de normale procedure van wijziging van het arbeidsreglement, dus met akkoord van de ondernemingsraad of de werknemers. Werkgevers die wel al een procedure hebben, moeten nagaan of deze compatibel is met de nieuwe regels. Het is dus niet mogelijk om deze procedure in te voeren via een policy of een bijlage bij het arbeidsreglement.

• **Doel van het contact:** de regelgeving bepaalt uitdrukkelijk dat de procedure in geen geval beoogt na te gaan of de afwezigheid van de werknemer om gezondheidsredenen gegrond is. Het is dan ook niet aangewezen vragen te stellen naar de medische toestand van de werknemer. De bedoeling is een warm, informeel verbindend contact met de werknemer te onderhouden dat de drempel tot terugkeer verlaagt. Typische gespreksonderwerpen kunnen daarbij zijn:

- » De werknemer in het algemeen vragen hoe het gaat (wat aanleiding kan geven tot medische antwoorden, maar dan op eigen initiatief van de werknemer);
- » Nagaan of er ondersteuning door de werkgever nodig/mogelijk is;
- » Toelichting verschaffen over de mogelijkheden over werkhervatting en de verdere contactnames;
- » Vragen van de werknemer beantwoorden;
- » Eventuele wijzigingen in het team van de zieke werknemer of de onderneming meegeven.

• **Contactpersoon:** omdat deze gesprekken vaak gevoelig zijn en vertrouwen vereisen, ligt het voor de hand dat de persoon die het contact onderhoudt idealiter iemand is die de werknemer kent en bij wie hij zich comfortabel voelt. In de meeste gevallen is dit de directe leidinggevende. Toch kunnen er omstandigheden zijn waarin die keuze niet gepast is, bijvoorbeeld bij spanningen of een verstoorde werkrelatie. In dat geval is HR soms beter geplaatst om het contact op te nemen vanuit een meer neutrale en professionele rol. Het is bijgevolg aangeraden meerdere mogelijke contactpersonen (rollen) en/of een cascade te voorzien in het arbeidsreglement.

### • **Wisselwerking met andere interne afspraken**

**en rechtsbronnen:** de contactprocedure in het arbeidsreglement kadert in het bredere HR- en welzijnsbeleid en moet aldus rekening houden met bestaande afspraken binnen de onderneming, waaronder:

- » De regels over deconnectie: aangezien de communicatie tijdens een periode van arbeidsongeschiktheid per definitie in de privésfeer van de werknemer indringt;
- » GDPR-verplichtingen en interne privacy documentatie: zoals het verwerkingsregister en de ‘data protection notice’, die mogelijk moeten worden geactualiseerd. Het zal hierbij belangrijk zijn zorgvuldig te bepalen welke gegevens worden verwerkt, met welk doel, wie toegang heeft tot deze gegevens en hoelang deze bewaard worden.

• **Sanctie werknemer:** de vraag rijst hoe een werkgever best omgaat met een arbeidsongeschikte werknemer die (meermaals/pertinent) niet ingaat op de pogingen tot contactname vanwege de werkgever. Een sanctie is niet voorzien in de regelgeving. De medewerkingsplicht zoals voorzien in artikel 1.4-78 van de Codex Welzijn op het Werk heeft enkel betrekking op de medewerking van de werknemer aan de procedure van het formele RIT, en slaat dus niet op de contactname door de werkgever. Het opleggen van een (tucht)sanctie door de werkgever lijkt, gelet op de doelstelling van het contact (met name niet sanctioneren/controleren doch louter re-integreren), niet vanzelfsprekend. De werkgever heeft wel een inspanningsverbintenis om contact te onderhouden, maar de werknemer is niet verplicht hierop in te gaan. Een werkgever doet er alvast goed aan zijn inspanningen tot contactname te registreren en te noteren of er al dan niet een gesprek heeft kunnen plaatsvinden.

**Sanctie werkgever:** hoewel artikel 6,\$1 van de Arbeidsreglementenwet, dat de verplichte vermeldingen in het arbeidsreglement opsomt, werd aangevuld met de contactprocedure, werd artikel 201 van het Sociaal Strafwetboek, dat de werkgever bestraft met een sanctie van niveau 1 als één van de verplichte vermeldingen in het arbeidsreglement ontbreekt, niet gewijzigd. Het niet opnemen van de contactprocedure en de niet-naleving ervan kunnen in dat geval wel gesanctioneerd worden onder het ‘vangnet-artikel’ 127 van het Sociaal Strafwetboek, dat in een algemene sanctie van niveau 3 voorziet voor de niet-naleving van de welzijnsreglementering. De vraag is of dit niet buiten verhouding is, omdat andere verplichte vermeldingen die ontbreken in het arbeidsreglement maar gesanctioneerd worden met een sanctie van niveau 1. De vraag is ook

of artikel 127 van het Sociaal Strafwetboek wel geldig is. Dat artikel maakt elke niet-naleving van de Codex Welzijn op het Werk strafbaar. Maar omdat het zo algemeen en vaag is geformuleerd, kan het mogelijk in strijd zijn met het wettigheidsbeginsel. Daarom rijst de vraag of het artikel niet buiten toepassing moet worden gelaten. In eerdere rechtspraak is dat namelijk al gebeurd bij andere overtredingen van de Codex Welzijn op het Werk.

**Let wel,** de verplichting tot het onderhouden van contact komt bovenop – en dus niet in de plaats van – onderstaande in het RIT 2.0 geïntroduceerde verplichtingen:

- » Het contactmoment van de preventieadviseur-arbeidsarts (PA-AA) met werknemers die meer dan vier weken arbeidsongeschikt zijn, om hen te informeren over de mogelijkheden bij werkhervatting. Nieuw is wel dat ook een gesprek met het verpleegkundig personeel van de PA-AA tot de mogelijkheden behoort;
- » Het ontwikkelen van een collectief re-integratiebeleid, op regelmatige basis te evalueren en indien nodig aan te passen. In de zogenaamde vierde golf aan maatregelen wil minister Vandenbroucke via de sociale inspectiediensten in de toekomst (vanaf midden 2026/2027) toezien op een betere handhaving van deze verplichting opgenomen in de Codex Welzijn op het Werk.

### **Mogelijkheid opstart informeel RIT door werkgever**

Nieuw is dat werkgevers de PA-AA vanaf de eerste dag arbeidsongeschiktheid kunnen verzoeken om de werknemer uit te nodigen voor een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting (verzoek dat voorheen enkel mogelijk was door de werknemer). De werknemer is echter niet verplicht om in te gaan op de uitnodiging van de PA-AA, op verzoek van de werkgever.

## **Formeel RIT**

### **Opstart werknemer**

Aan de opstartmogelijkheden van het RIT door de werknemer verandert er niets. De werknemer (of zijn behandelend arts als de werknemer hiermee instemt) kan een RIT nog steeds opstarten vanaf de eerste dag arbeidsongeschiktheid. De werknemer kan zich hierin laten bijstaan door een werknemersafgevaardigde in het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk (CPBW) of bij afwezigheid hiervan, door een vakbondsafgevaardigde van zijn keuze.

## Opstart werkgever

De werkgever heeft twee mogelijkheden om een RIT op te starten:

- Hetzij vanaf de eerste dag arbeidsongeschiktheid, mits instemming van de betrokken werknemer. Werkgevers hoeven dus niet langer de wachtperiode van drie maanden ononderbroken arbeidsongeschiktheid van de werknemer af te wachten. Vraag is hoe realistisch dergelijke opstart van een RIT vanaf de eerste dag arbeidsongeschiktheid is en hoe een werknemer zijn toestemming hiervoor kan geven. Als de toestemming van de werknemer niet via het aanvraagdocument van de externe preventiedienst wordt gedocumenteerd, lijkt het ons aangewezen dat een werkgever het schriftelijk akkoord vraagt van de werknemer om desgevallend aan de PA-AA te kunnen aantonen dat de werknemer wel degelijk zijn akkoord heeft gegeven.
- Hetzij, ongeacht de duur van de arbeidsongeschiktheid maar ten vroegste na acht weken arbeidsongeschiktheid van de werknemer, als de werknemer arbeidspotentieel heeft.

## Verplichting werkgever inschatting arbeidspotentieel

Werkgevers zijn verplicht om na minstens (dus niet 'op') acht (ononderbroken) weken arbeidsongeschiktheid een inschatting te laten maken van het arbeidspotentieel van de betrokken werknemer door de PA-AA en zijn verpleegkundig personeel volgens een gestandaardiseerde werkwijze.

Als uit deze inschatting blijkt dat de arbeidsongeschikte werknemer geen arbeidspotentieel heeft, is het aangewezen om in contact te blijven met de werknemer en eventueel op een later moment een nieuwe inschatting aan te vragen.

Als uit deze inschatting blijkt dat de arbeidsongeschikte werknemer arbeidspotentieel heeft, worden de werkgever en de werknemer hierover geïnformeerd en:

- Kan (facultatief) de werkgever de PA-AA verzoeken om de werknemer uit te nodigen voor een bezoek voorafgaand aan werkhervatting, of om een RIT op te starten; of,
- Vraagt (verplicht) de werkgever die twintig of meer werknemers tewerkstelt, aan de PA-AA om een (formeel) RIT op te starten, uiterlijk zes maanden

na het begin van de arbeidsongeschiktheid van de werknemer, tenzij de werknemer intussen het werk zou hebben hervat (geheel of gedeeltelijk, voor 1 dag of langer).

- » Deze verplichting is van toepassing op arbeidsongeschiktheden die aanvatten vanaf 1 januari 2026, en geldt dus niet voor langdurig zieke werknemers wiens ongeschiktheid al vóór 2026 is gestart. Uiteraard zal een werkgever voor de langdurig zieken die zelf geen toestemming geven tot de opstart van een RIT, ook een inschatting van het arbeidspotentieel moeten aanvragen als hij een RIT wil opstarten voor hen.
- » Werkgevers die deze verplichting niet naleven, riskeren een sanctie. De werkgever die nog slaagkansen ziet voor een informeel RIT, moet niet onmiddellijk een formeel RIT opstarten, maar het lijkt aangewezen niet tot de vijfde maand arbeidsongeschiktheid te wachten met de opstart van dat informeel RIT, want dan is de kans reëel dat het informeel RIT onder tijdsdruk komt te staan. Werkgevers moeten de timings dus goed monitoren en bewaken.

## Medewerking werknemer

Ook in het RIT 3.0 betekent de niet-medewerking van de werknemer het einde van het RIT: als de werknemer drie keer niet ingaat op de uitnodiging van de PA-AA met het oog op de re-integratiebeoordeling, wordt het RIT beëindigd. Deze regel blijft dus overeind.

Met het RIT 3.0 wordt de werknemer ook (financieel) gestimuleerd om mee te werken aan het RIT. Werknemers die zonder geldige rechtvaardiging een tweede en/of een derde keer niet ingaan op de uitnodiging van de PA-AA, riskeren gesanctioneerd te worden op het vlak van hun ziekte-uitkering. De beoordeling van de eventuele rechtvaardigingsgrond komt toe aan de adviserend arts van het ziekenfonds.

De volgende omkaderende maatregelen zijn voorzien:

- **Vormvereisten uitnodiging PA-AA:** om discussies te vermijden, moeten uitnodigingen van de PA-AA voor een RIT-beoordeling:
  - » Per aangetekende zending worden verstuurd;
  - » Vermelden dat de adviserend arts van het ziekenfonds geïnformeerd wordt als de werknemer niet is ingegaan op de uitnodiging van de PA-AA, en dat de werknemer in dat geval gesanctioneerd kan worden op het vlak van zijn ziekte-uitkering.

### • Informatie-uitwisseling procedureverloop via

**TRIO-platform:** de PA-AA moet de adviserend arts van het ziekenfonds via het TRIO-platform informeren over het verloop van de procedures. Zo kan de arts van het ziekenfonds zijn wettelijke opdrachten uitvoeren (zoals sancties voorzien als een werknemer een tweede en/of een derde keer niet ingaat op de uitnodiging van de PA-AA in het kader van het RIT). Voor deze informatiedoorstroming is, anders dan voor het overleg en de gegevensuitwisseling tussen artsen via het TRIO-platform, geen toestemming van de werknemer vereist.

Ook hier stelt zich de vraag of de werkgever in een sanctie kan voorzien voor de arbeidsongeschikte werknemer met arbeidspotentieel die niet meewerkt aan een RIT, bijvoorbeeld via een tuchtsanctie in het arbeidsreglement. Deze vraag stelde zich ook al onder het RIT 2.0. Dit lijkt niet evident. Het is immers niet aan de werkgever om te beoordelen of de werknemer al dan niet een 'geldige rechtvaardiging' had om niet in te gaan op de uitnodiging van de PA-AA.

### Beslissingsmogelijkheden PA-AA

Aan het aantal en soorten beslissingsmogelijkheden door de PA-AA is niets gewijzigd.

Nieuw is dat de PA-AA een doorverwijzing moet voorzien naar de bevoegde dienst of instelling van de Gewesten en Gemeenschappen (VDAB, Forem, Actiris) wanneer een werknemer definitief ongeschikt wordt verklaard voor het overeengekomen werk (beslissing B) en het RIT werd beëindigd. Dat is het geval wanneer de werkgever een gemotiveerd (weigerings)verslag heeft opgesteld of wanneer het door de werkgever opgestelde RIT-plan door de werknemer werd geweigerd. Deze doorverwijzing gebeurt met het oog op verdere begeleiding in het kader van re-integratie.

De regionale bemiddelingsdiensten worden uitdrukkelijk vermeld als actor in het RIT, omdat het nuttig kan zijn om tewerkstellingsmogelijkheden bij andere werkgevers te onderzoeken. Om dezelfde reden worden zij ook vermeld bij het bezoek voorafgaand aan werkhervatting.

### Werking in de tijd

De wijzigingen in het kader van het RIT 3.0 zijn in werking getreden op 1 januari 2026 en zijn van toepassing op re-integratietrajecten die worden opgestart vanaf die datum, ongeacht de startdatum van de arbeidsongeschiktheid.



Uitzondering hierop is, zoals vermeld, de verplichte opstart van het RIT voor werkgevers met meer dan twintig werknemers uiterlijk zes maanden na het begin van de arbeidsongeschiktheid; deze verplichting geldt slechts voor arbeidsongeschiktheden die aanvangen vanaf 1 januari 2026.

### Schema

Onderstaand schema biedt een overzicht van de verschillende acties en betrokken actoren in het kader van het RIT 3.0 (zowel vóór als tijdens ziekte van een werknemer).

## Sanctionering en responsabilisering

Wat de sanctionering en/of responsabilisering betreft, zijn er een aantal nieuwe maatregelen waaruit blijkt dat alle betrokken actoren hun steentje moeten bijdragen.

### De rol van de werkgever

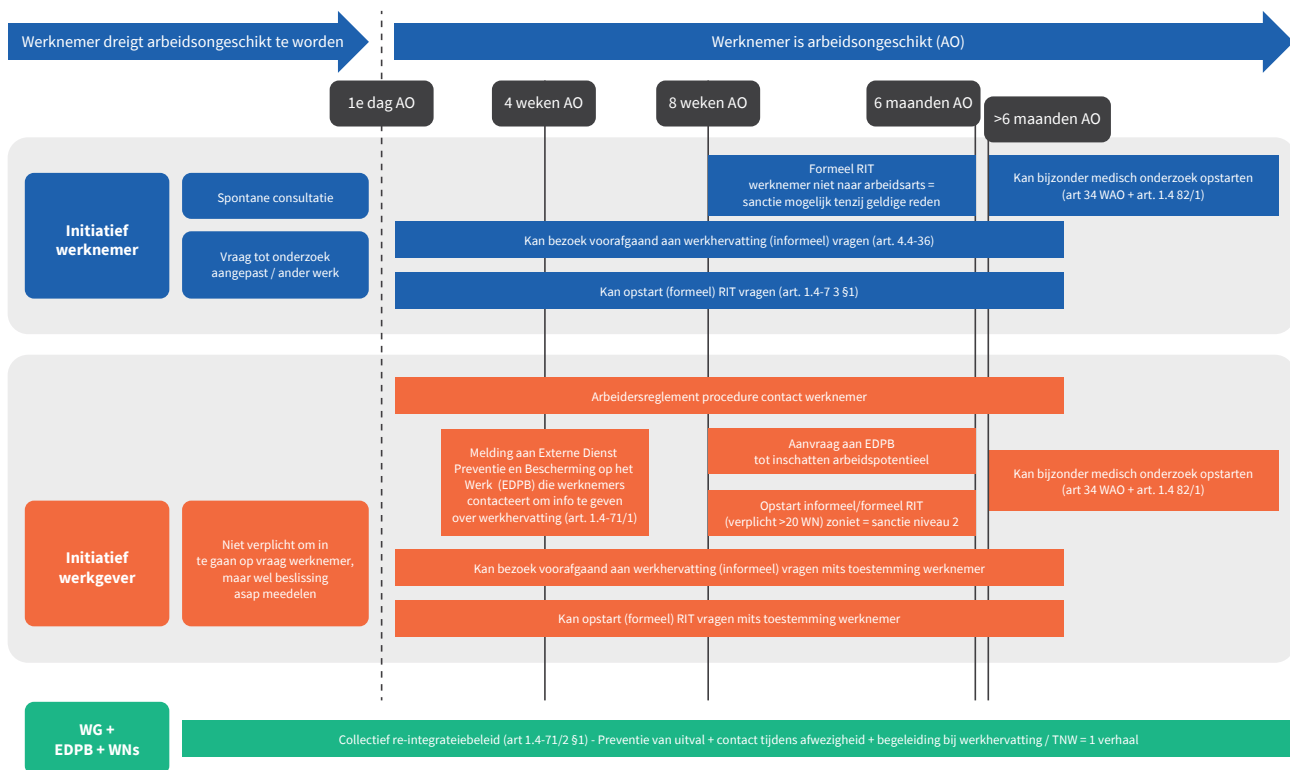
- Werkgevers die de regels over het RIT niet naleven, konden eerder al worden gesanctioneerd op basis

van het Sociaal Strafwetboek, onder de ruime categorie van ‘inbreuken op de Welzijnswet en de uitvoeringsbesluiten ervan’, zoals voorzien in artikel 127 van het Sociaal Strafwetboek. Dit algemene sanctiemechanisme blijft ook onder RIT 3.0 volledig van toepassing: elke werkgever die de regels over het RIT niet naleeft, en bijgevolg een inbreuk begaat op de Codex Welzijn op het Werk, riskeert een sanctie van niveau 3 (te verhogen naar sanctieniveau 4 wanneer de inbreuk gezondheidsschade of een arbeidsongeval tot gevolg heeft voor een werknemer).

- Werkgevers met meer dan twintig werknemers die de specifieke verplichting tot opstart van een RIT bij arbeidspotentieel uiterlijk zes maanden na het begin van de arbeidsongeschiktheid niet naleven, riskeren een sanctie van niveau 2 op basis van het nieuw artikel 127/1 van het Sociaal Strafwetboek.

- » Rekening houdend met de verhoging van de opdecimen voor inbreuken vanaf 1 februari 2026, komt dit neer op hetzij een administratieve geldboete van 250 tot 2.500 euro hetzij een strafrechtelijke geldboete van 500 tot 5.000 euro;

**Figuur 2 Schema acties RIT 3.0**



» De geldboete wordt vermenigvuldigd met het aantal ‘betrokken’ werknemers, met als maximum het honderdvoud van de maximumgeldboete, met andere woorden 250.000 euro (administratieve geldboete) of 500.000 euro (strafrechtelijke geldboete).

• Werkgevers (uitgezonderd werkgevers met gemiddeld minder dan 50 werknemers tijdens een bepaalde referentieperiode) moeten een trimestriële solidariteitsbijdrage betalen voor werknemers tussen 18 en 54 jaar die langer dan 30 dagen arbeidsongeschikt erkend zijn. Er zijn uitzonderingen voorzien voor bepaalde werknemers, zoals uitzendkrachten en flexijobbers, alsook voor werknemers waarvan de primaire arbeidsongeschiktheid begint tijdens de eerste dertig dagen van de tewerkstelling bij de betreffende werkgever. De solidariteitsbijdrage is gelijk aan 30% van de som van de primaire ongeschiktheidsuitkeringen die verschuldigd zijn voor de tweede en derde maand arbeidsongeschiktheid. Rekening houdend met de huidige maximale ziekte-uitkering van 2.857 euro per maand, bedraagt de solidariteitsbijdrage 857 euro per maand ofwel 1.714 euro voor de twee maanden gezamenlijk, en dit per werknemer. De bijdrage kan dus stevig oplopen. De bijdrage wordt door de RSZ geïnd via een debetbericht, samen met de bijdragen voor het derde kwartaal volgend op het kwartaal waarin de primaire arbeidsongeschiktheid is gestart. Deze solidariteitsbijdrage is verschuldigd voor periodes van primaire arbeidsongeschiktheid die beginnen vanaf 1 januari 2026, zodat de eerste inningen voorzien zijn voor het vierde kwartaal van 2026.

Verwacht wordt dat deze solidariteitsbijdrage vanaf 2027 uitgebreid wordt tot de vierde en vijfde maand arbeidsongeschiktheid in het kader van de zogenaamde ‘vierde golf’ aan maatregelen van minister Vandenbroucke.

De nieuwe solidariteitsbijdrage wordt gepresenteerd als een vervanging van de oude trimestriële responsabiliseringsbijdrage voor werkgevers met een bovenmaatse instroom van werknemers in de invaliditeit. De onderliggende logica van de bijdrage onder het oude systeem was nochtans fundamenteel anders: enkel werkgevers die slechter scoorden dan vergelijkbare ondernemingen in hun sector en de private sector in het algemeen werden financieel gestimuleerd om actie te ondernemen. De nieuwe solidariteitsbijdrage is automatisch en onvoorwaardelijk verschuldigd door werkgevers. Er is geen verband meer met een bovenmaatse

## **“Met de solidariteitsbijdrage is er voortaan eerder sprake van sanctionering dan van responsabilisering.”**

instroom of geen benchmark/vergelijking met andere ondernemingen. Bijgevolg is er voortaan eerder sprake van sanctionering dan van responsabilisering.

Volledigheidshalve merken wij wel op dat in het kader van de vierde golf, de solidariteitsbijdrage niet verschuldigd zou zijn als een werknemer die zich in de eerste vijf maanden van de arbeidsongeschiktheid bevindt, het werk gedeeltelijk hervat bij de eigen of een andere werkgever.

### **De rol van de werknemer**

Zoals hoger vermeld, kunnen werknemers die een tweede en/of een derde keer niet zijn ingegaan op de uitnodiging van de PA-AA gesanctioneerd worden in het kader van hun ziekte-uitkeringen. Concreet wordt in een nieuwe §2/1 van artikel 215 van het ZIV-besluit bepaald dat de uitkeringen worden stopgezet wanneer een gerechtigde voor de tweede keer afwezig is op een fysiek contact met de PA-AA. De stopzetting geldt vanaf de datum waarop dat contact gepland was, tot en met de dag waarop de gerechtigde opnieuw contact opneemt met de adviserend arts van zijn ziekenfonds. Dit geldt niet wanneer de gerechtigde een geldige reden voor zijn afwezigheid kan aantonen. Als deze gerechtigde echter een derde keer afwezig is op het fysieke contact bij de PA-AA, wordt de toekenning van de uitkeringen stopgezet vanaf de datum van deze afwezigheid tot en met de dag voordat het desbetreffende fysieke contact bij de PA-AA of een eerste contactmoment bij de TNW(Terug naar Werk)-coördinator effectief heeft plaatsgevonden. In november 2022 werd ingevoerd dat de werkgever niet opnieuw een gewaarborgd loon moet betalen wanneer de werknemer tijdens de eerste twintig weken van de gedeeltelijke werkhervatting opnieuw uitvalt wegens ziekte of ongeval (beperkte neutralisatie van het gewaarborgd loon). Deze beperking tot twintig weken wordt nu opgeheven. Hiermee wordt teruggekeerd naar de regelgeving ingevoerd in 2016: de werkgever wordt volledig vrijgesteld van zijn verplichting tot het betalen van gewaarborgd loon tijdens de periode van gedeeltelijke werkhervatting wanneer de werknemer tijdens deze periode geconfronteerd

wordt met een ziekte of ongeval (beroepsziekte of arbeidsongeval uitgezonderd) (volledige neutralisatie van het gewaarborgd loon). De werknemer valt met andere woorden onmiddellijk en volledig terug op de arbeidsongeschiktheidsuitkering ten laste van het ziekenfonds. Deze maatregel is van toepassing op arbeidsongeschiktheden die zich voordoen vanaf 1 januari 2026. Een lopende periode van gewaarborgd loon zal dus niet onderbroken worden.

- De termijn waarbinnen een herval geen recht geeft op een nieuwe periode van gewaarborgd loon wordt verlengd van veertien dagen naar acht weken. Wordt de werknemer binnen de eerste acht weken die volgen op het einde van een periode van arbeidsongeschiktheid die recht gaf op gewaarborgd loon opnieuw arbeidsongeschikt door dezelfde ziekte of hetzelfde ongeval, dan start er geen nieuwe periode van gewaarborgd loon. Deze maatregel is ingevoerd om het zogenaamde 'draaideureffect' te vermijden, waarbij werknemers bij herval telkens opnieuw aanspraak maakten op het gewaarborgd loon. Deze regels zijn van toepassing op de arbeidsongeschiktheden die zich voordoen vanaf 1 januari 2026. Een lopende periode van gewaarborgd loon zal dus niet onderbroken worden.

### De rol van artsen en ziekenfondsen

Tot slot worden ook de behandelend artsen en ziekenfondsen geresponsabiliseerd:

- Binnen het RIZIV werd op 1 januari 2026 de zogenaamde 'GAOCIT-databank' (Databank voor Getuigschriften ArbeidsOngeschiktheid) gecreëerd, die in een eerste fase de elektronisch verzonden getuigschriften door de huisarts naar de adviserend arts van het ziekenfonds verzamelt voor arbeidsongeschiktheden van meer dan veertien dagen. Deze dataverzameling moet uiteindelijk toelaten om instrumenten voor zelfsturing voor

artsen te ontwikkelen, door hen toe te laten hun eigen voorschrijfgedrag te vergelijken met en aan te passen aan wetenschappelijk onderbouwde 'standaarden' en het voorschrijfgedrag van hun collega's in eenzelfde regio. In een latere fase, uiterlijk vanaf 1 januari 2027, zal de databank eveneens gebruikt worden om een financiële responsabilisering te voorzien bij artsen die aanzienlijk meer/langere periodes van arbeidsongeschiktheid voorschrijven. De GAOCIT-databank heeft voorlopig geen impact op werkgevers. Het is wel voorzien om de databank op een later moment uit te breiden naar de getuigschriften van arbeidsongeschiktheid bestemd voor de werkgevers en dit vanaf de eerste dag arbeidsongeschiktheid.

- Daarnaast worden ook de ziekenfondsen financieel geresponsabiliseerd door de verdeling van het jaarlijkse bedrag aan administratiekosten dat aan de vijf landsbonden wordt toegekend meer afhankelijk te maken van de mate waarin de ziekenfondsen er effectief in slagen om langdurig zieken te re-integreren op de arbeidsmarkt.

Samengevat: het nieuwe systeem verschuift van een eerder 'zachte responsabilisering' naar een strikter en structureel sanctioneringsmodel, vooral voor middelgrote en grote werkgevers. De solidariteitsbijdrage weegt hierin het zwaarste door: deze is niet langer afhankelijk van prestaties of sectorvergelijkingen, maar is automatisch en kosten gebaseerd – en kan daardoor snel oplopen.

Scan de QR-code voor een schematisch overzicht van alle sanctie- en responsabiliseringsmaatregelen.



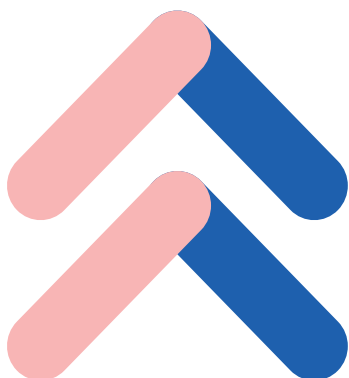
## Medische overmacht

### Verkorting opstart- en wachttermijn

De periode van ononderbroken arbeidsongeschiktheid die vereist is om een procedure tot beëindiging van de arbeidsovereenkomst wegens medische overmacht op te starten, wordt verkort van negen naar zes maanden. Hetzelfde geldt voor de wachttermijn om een nieuwe procedure medische overmacht op te starten als een eerdere procedure eindigt zonder gevolg.

Deze wijziging trad in werking op 1 januari 2026 zonder overgangsmaatregel zodat ze ook geldt voor werknemers die al arbeidsongeschikt waren vóór 2026.

De overige voorwaarden en modaliteiten van de procedure medische overmacht blijven ongewijzigd van toepassing.



Hierbij moet worden opgemerkt dat de verkorting van de opstart- en wachtermijn in de praktijk wellicht niet altijd tot een snellere opstart van de procedure medische overmacht zal leiden. Zoals gezegd, geldt voor werkgevers met meer dan twintig werknemers immers de verplichting om, in geval van arbeidspotentieel, uiterlijk zes maanden na het begin van de arbeidsongeschiktheid een RIT op te starten. Wordt het RIT pas tegen het begin of het einde van de vijfde maand arbeidsongeschiktheid opgestart, dan kan de procedure wegens medische overmacht in de praktijk pas na zeven tot negen maanden arbeidsongeschiktheid worden gestart. De voorwaarde dat er geen lopend RIT mag zijn, blijft immers ongewijzigd. Het RIT zal dus eerst volledig moeten worden doorlopen inclusief alle (beroeps)termijnen. Zodoende lijken het RIT en de procedure medische overmacht toch weer meer met elkaar verweven dan wellicht de bedoeling was: de verkorting van de opstart- en wachtermijn van de procedure medische overmacht zal in de praktijk slechts effect hebben als het RIT bijvoorbeeld vlak na de beslissing over het arbeidspotentieel wordt opgestart.

### Bijdrage TNW-fonds

Sinds 1 april 2024 moet de werkgever die zich beroept op medische overmacht (dus niet wanneer de medische overmacht in onderling akkoord of op vraag van de werknemer wordt ingeroepen) uiterlijk binnen een termijn van 45 kalenderdagen nadat de arbeidsovereenkomst werd beëindigd:

- Het TNW-fonds (beheerd door het RIZIV) in kennis stellen van een aantal identificatiegegevens van zowel de werkgever als de betrokken werknemer;
- Een bijdrage van 1.800 euro betalen aan dit fonds.

Deze maatregel vervangt de bijzondere regeling van outplacement in geval van beëindiging van de arbeidsovereenkomst wegens medische overmacht door de werkgever, die dus sinds 1 april 2024 is opgeheven. De werkgever moet de werknemer dus geen outplacement ter waarde van 1.800 euro meer aanbieden.

Als de werkgever het RIZIV niet informeert of de bijdrage niet betaalt, kan hij bestraft worden met een sanctie van niveau 2 (specifiek artikel 220/2 van het Sociaal Strafwetboek). De werkgever moet dus tijdig zorgen voor de nodige kennisgeving/betaling. Minister Vandenbroucke voorziet in de vierde golf aan maatregelen een indexering van de maximale



tussenkost die kan worden toegekend: het bedrag van 1.800 euro zou worden gekoppeld aan de spilindex van toepassing op 1 juli 2026. ✘

#### Bronnen:

[https://werk.belgie.be/sites/default/files/content/documents/Welzijn%20op%20het%20werk/Thema%20files/05\\_Werkwijze%20inschatting%20arbeidspotentieel\\_09\\_02\\_26.pdf](https://werk.belgie.be/sites/default/files/content/documents/Welzijn%20op%20het%20werk/Thema%20files/05_Werkwijze%20inschatting%20arbeidspotentieel_09_02_26.pdf)

Wet van 19 december 2025 tot uitvoering van een versterkt terug naar werk-beleid, BS 30 december 2025.

KB van 17 december 2025 tot wijziging van de codex over het welzijn op het werk wat de re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers en de preventie van langdurige afwezigheid betreft, BS 30 december 2025.

Hoge Raad voor de Werkgelegenheid, Arbeidsongeschiktheid en de re-integratie van werknemers op de arbeidsmarkt, maart 2024, beschikbaar via <https://hrw.belgie.be/nl/home/verslagen-adviezen/alle-verslagen/verslagen-2024/arbeidsongeschiktheid-en-de-re-integratie-van-werknemers-op-de-arbeidsmarkt-maart-2024>.

Onafhankelijke ziekenfondsen, Jongeren en arbeidsongeschiktheid. De sleutelrol van geestelijke gezondheid, november 2025, beschikbaar via <https://www.mloz.be/nl/documentatie/jongeren-en-arbeidsongeschiktheid-sleutelrol-van-geestelijke-gezondheid>.

Protocol van 19 juli 2007 tussen de Federale Staat, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, de Duitstalige Gemeenschap, het Waals Gewest, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie ten gunste van personen met een handicap, BS 20 september 2007.

Zie art. 6, § 1, 20° Arbeidsreglementenwet.

# Hoofdstuk 5. De arbeidsarts, partner in duurzame re-integratie

De nieuwe regelgeving schakelt een versnelling hoger om de inzetbaarheid van werknemers te verhogen en langdurig ziekteverzuim terug te dringen. De nadruk ligt op snelle actie, professionele samenwerking met de preventiedienst en HR en een sterk preventief beleid. De arbeidsarts speelt daarbij een cruciale en verbindende rol. In dit hoofdstuk zoomen we specifiek in op deze rol en zetten we alles nog eens op een rijtje.



Voorkomen dat werknemers uitvallen en, als dat toch voor een langere periode gebeurt, opnieuw re-integreren is geen klein bier. Maar je staat er als werkgever niet alleen voor.

Een externe dienst voor preventie en bescherming vormt een belangrijke steun, met de arbeidsarts als facilitator.

## 1. Op organisatieniveau helpt je externe dienst:

- Bij het opzetten van een welzijns- en preventiebeleid (bijvoorbeeld door risicoanalyses op te maken);
- Met het uitbouwen van een verzuimbeleid, inclusief actief afwezigheidsbeleid en collectief re-integratiebeleid;
- Bij het verwerven van inzichten op basis van data en rapportering, aangevuld met aanbevelingen.

## 2. Leidinggevenden kunnen rekenen op ondersteuning:

- Via een opleiding rond verzuimbegeleiding, intervisie, coaching;
- Advies over hun rol in preventie en welzijn;
- Analyses door externe preventieadviseurs van verzuim- en ongevallencijfers, advies bij hoge werkdruk of spanningen, of preventieve acties rond ergonomie en mentaal welzijn brengen inzichten op collectief niveau aan het licht.

### 3. Werknemers krijgen op verschillende manieren individuele ondersteuning:

- Ze kunnen medische onderzoeken aanvragen;
- Ze krijgen begeleiding bij gezondheidsklachten of werkgerelateerde problemen;
- Ze ontvangen advies bij werkherhating en psychosociale ondersteuning.

## De unieke rol van de arbeidsarts

De arbeidsarts faciliteert duurzame re-integratie op collectief en op individueel niveau:

### Collectief

- Input leveren voor risicoanalyses;
- Resultaten van preventieve medische onderzoeken analyseren;
- Anonieme groepsrapporten opstellen;
- HR en de interne preventieadviseur adviseren over trends en verbeterkansen.

### Individueel

- Advies geven over werkpost, taken of werkrooster;
- Functioneren als neutrale contactpersoon;
- Werkomstandigheden verduidelijken aan de behandelende arts.

Deze combinatie maakt de bijdrage van de arbeidsarts uniek en onmisbaar binnen Re-integratie 3.0.

## Actief aanwezigheidsbeleid en collectief re-integratiebeleid: hoe zit dat precies?

Centraal in deze wetgeving staan twee preventieve beleidskaders, die dienen als fundament.

### 1. Actief afwezigheidsbeleid: contact houden is key

Dit beleid legt afspraken en acties vast om contact te houden met de afwezige medewerker. Het doel? De terugkeer naar het werk bevorderen. Afwezigheden opvolgen doe je vanaf dag één door in gesprek te gaan met de zieke medewerker. Door dat contact regelmatig te herhalen, blijft de afwezige medewerker betrokken. En ook het omgekeerde is waar. Als werkgever blijf je betrokken met je medewerker en kan je al in een pril stadium meedenken in oplossingen om de medewerker op een gezonde en duurzame manier te laten terugkeren.

Contact houden tijdens afwezigheid verlaagt de drempel om het werk te hervatten. Anders gezegd: de duur van het verzuim zal korter zijn. Het zorgt ervoor dat de werknemer vertrouwen krijgt in de mogelijke ondersteuning en oplossingen die je als werkgever kunt bieden bij de werkherhating.

### 2. Collectief re-integratiebeleid: voorbereiding is het halve werk

Beschouw het collectief re-integratiebeleid vooral niet als een papieren oefening. Goed uitgewerkt en doorgevoerd is het een solide basis voor succesvolle re-integratie op individueel niveau.

Dit beleid omvat:

- De mogelijkheden voor aangepast werk in kaart brengen;
- Maatregelen uitrollen die uitval voorkomen;
- Opleidingen en bewustmaking;
- Inzichten uit eerdere re-integratieplannen en motivatieverslagen verzamelen;
- Data die de arbeidsarts verstrekt verwerken;
- De effectiviteit van het beleid minstens jaarlijks evalueren.

## Nieuwe termijnen en verplichtingen

In Re-integratie 3.0 spelen tijdige contacten een centrale rol. De procedure en vorm moet in het arbeidsreglement opgenomen worden. Hoewel hier een zekere vrijheid is, gelden er ook verplichtingen:

### Na 4 weken arbeidsongeschiktheid

De arbeidsarts informeert de werknemer over alle beschikbare opties en contactmogelijkheden. De bedoeling is om de drempel voor een informeel gesprek te verlagen.

### Vanaf 8 weken arbeidsongeschiktheid kan het arbeidspotentieel worden ingeschat

De werkgever moet een inschatting van het arbeidspotentieel aanvragen aan de preventiedienst. De inschatting kan vanaf acht weken arbeidsongeschiktheid. De inschatting gaat na of er nog een mogelijkheid is tot (aangepast) werk. Indien er arbeidspotentieel is, vormt dat de basis voor de start van een re-integratietraject op uiterlijk zes maanden. Zonder positief arbeidspotentieel kan de werkgever niet verplicht worden om een re-integratietraject te starten.



Het arbeidspotentieel is dus een vorm van triage die gebeurt aan de hand van een formulier 'verzoek om inschatting van het arbeidspotentieel'.

De inschatting van het arbeidspotentieel beoordeelt het vermogen van de werknemer om aangepast of ander werk uit te voeren. Het helpt bepalen of een (informeel of formeel) re-integratietraject kan worden opgestart en zo ja, wanneer. Als het niet mogelijk is dit potentieel in te schatten omdat de werknemer niet meewerkt en/of geen informatie verstrekt, zal de arbeidsarts besluiten tot negatief arbeidspotentieel zonder verdere repercussies voor de werknemer of de werkgever. Op dit moment stoelt de inschatting van het arbeidspotentieel dus volledig op de (medewerking van de) werknemer. Vanaf 2027 zou er ook een uitwisseling moeten gebeuren via het TRIO-platform. Dat zou de arbeidsarts informatie moeten bezorgen over de reden van uitval en de diagnose en dus de inschatting van het potentieel moeten vergemakkelijken.

Let wel, parallel aan de arbeidsarts, zullen de mutualiteiten na tien weken een vragenlijst uitsturen naar de werknemer. Als daar ook niet aan wordt meegewerkt, zullen er wel sancties volgen naar de werknemer die in extremis zijn ziekte-uitkering kan verliezen.

### **Informele en formele re-integratie: wat verandert er?**

Informele re-integratie krijgt een duw in de rug: de wetgever benadrukt het belang van goed contact tussen werkgever en werknemer. Nieuw is dat je als werkgever voortaan vanaf dag 1 een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting kunt aanvragen. De werknemer is niet verplicht hierop in te gaan. Maar goede afspraken voorkomen problemen en versnellen de terugkeer.

Formele re-integratie blijft inhoudelijk gelijk: als werkgever moet je nog steeds, op basis van de beoordeling van de arbeidsarts, een re-integratieplan opstellen. De gegevens uit het collectieve beleid bieden hierbij een waardevolle basis.

De procedure wordt wel strikter georganiseerd. Uitnodigingen verstuurt je externe dienst voortaan aangetekend. Komt een werknemer tweemaal ten opzichte van de uitnodiging op dagen, dan wordt de mutualiteit verwittigd en kunnen uitkeringen worden stopgezet. ✘



### **Hoe gebeurt de inschatting van het arbeidspotentieel praktisch?**

De inschatting gebeurt door het samenleggen van beschikbare informatie over de gezondheidstoestand en de mogelijkheden van de werknemer. De werknemer moet een vragenlijst invullen of bespreken tijdens een (telefonisch) contact met een verpleegkundige of arbeidsarts. De inschatting gebeurt dus zonder dat er een medisch onderzoek plaatsvindt. De actieve medewerking van de werknemer is cruciaal om een inschatting van het arbeidspotentieel te maken. De werkgever en de werknemer ontvangen een attest dat aangeeft of er al dan niet arbeidspotentieel is.

Bij een positieve inschatting moet een werkgever met twintig of meer werknemers vóór het einde van zes maanden arbeidsongeschiktheid een formeel of informeel re-integratietraject opstarten. Bij negatieve inschatting is de werkgever dus niet verplicht tot opstart van een RIT en kan hij bijgevolg na zes maanden overgaan tot de procedure medische overmacht en de arbeidsovereenkomst beëindigen.



### **Conclusie: RIT 3.0 vraagt actie, structuur en samenwerking**

Het nieuwe KB legt meer verantwoordelijkheid bij werkgevers, maar biedt ook duidelijke kaders en instrumenten om langdurige uitval te vermijden. Wie investeert in preventie, tijdig contact met werknemers, een stevig collectief re-integratiebeleid, en een constructieve samenwerking met de arbeidsarts bouwt aan een organisatie waar medewerkers duurzaam inzetbaar blijven en re-integratie vlotter verloopt.

# Hoofdstuk 6.

## Wat als terugkeer naar de oude job niet lukt?

**Als preventie, verzuimbeleid en het inzetten van een goed re-integratiebeleid door de werkgever met de hulp van een preventiedienst, niet het gewenste resultaat opleveren, moet er gedacht worden aan andere oplossingen. Wat is de rol van de ziekenfondsen in deze?**

In dit hoofdstuk beperken we ons tot de algemene regeling, die van toepassing is op bedienden en arbeiders in de privésector. Hoewel de zelfstandige regeling gelijkenissen vertoont, gaan we niet in op de specifieke kenmerken daarvan, aangezien deze Voka Wijzer in de eerste plaats gericht is op werkgevers en hun HR-diensten.

### **Wat doen de adviserend arts en het multidisciplinair team**

De adviserend artsen spelen een centrale rol in het beheer van arbeidsongeschiktheid binnen de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Zij zijn verantwoordelijk voor het controleren van de arbeidsongeschiktheid, het opvolgen van de evolutie ervan en het overmaken van de verplichte rapporten aan de Dienst Uitkeringen van het RIZIV en aan de Geneeskundige raad voor invaliditeit. Hun missie omvat ook het inschatten van het arbeidspotentieel van arbeidsongeschikte werknemers met het oog op begeleiding naar socio-professionele re-integratie. Dit gebeurt aan de hand van een vragenlijst na tien weken en staat in se los van de inschatting van het arbeidspotentieel dat de werkgever kan aanvragen via zijn preventiedienst vanaf acht weken. Daarnaast beoordelen zij of de gezondheidstoestand verenigbaar

is met een eventueel 'terug-naar-werktraject' en kunnen zij verzekerden doorverwijzen naar een terug-naar-werkcoördinator ('RTWC' of 'TNWC' in het Nederlands).

Sinds enkele jaren kunnen adviserend artsen samenwerken in multidisciplinaire teams, bestaande uit kinesitherapeuten, psychologen en ergotherapeuten, die bevoegd zijn om zowel de arbeidsongeschiktheid als het arbeidspotentieel te evalueren. Belangrijke beslissingen, zoals het beëindigen van de erkenning van arbeidsongeschiktheid, blijven echter onder de verantwoordelijkheid van de adviserend arts.

Tijdens de eerste zes maanden van de primaire arbeidsongeschiktheid wordt de vermindering van het verdienvermogen (die minstens twee derden moet bedragen) beoordeeld ten opzichte van het laatst uitgeoefende beroep. Er wordt dus in eerste instantie gekeken naar de huidige job voor zover de oorzakelijke aandoening gunstig kan evolueren. Vanaf de zevende maand wordt het verdienvermogen breder beoordeeld en wordt gekeken naar een ruimer pallet aan jobs dat, rekening houdende met de beroepsopleiding, zou kunnen worden uitgeoefend. De reële beroepsbekwaamheid primeert daarbij op de behaalde diploma's.



## De terug-naar-werkcoördinator

De terug-naar-werkcoördinator (TNWC) werkt binnen het ziekenfonds. Hij begeleidt personen in arbeidsongeschiktheid tijdens alle stappen die leiden tot een duurzame hervatting van de beroepsactiviteit. De TNWC fungeert als persoonlijk aanspreekpunt van de verzekerde en werkt nauw samen met het team van het ziekenfonds: de adviserend arts, het multidisciplinair team en de administratieve assistenten. Hij heeft als voornaamste rol de verzekerde te helpen zijn professionele project te verduidelijken, realistische mogelijkheden voor re-integratie te identificeren en weloverwogen beslissingen te nemen. De TNWC bespreekt de mogelijke pistes met de werknemer: een deeltijdse werkhervatting bij de werkgever, een aanpassing van de werkpost bij de huidige werkgever, een verandering van beroep, opleiding, ... Samen werken zij het 'terug-naar-werktraject' uit.

De TNWC biedt dus geen jobcoaching of therapie aan, maar zorgt voor een gerichte doorverwijzing naar de bevoegde partners (VDAB, GTB, externe diensten voor preventie, ...). Hij ondersteunt de werknemer ook bij het administratieve proces. Gedurende het volledige traject garandeert hij een regelmatige opvolging (meestal driemaandelijks) en blijft hij bereikbaar om vragen van de werknemer of van de betrokken partners te beantwoorden.

## Wat is het 'terug-naar-werktraject'?

Het terug-naar-werktraject is een verzamelbegrip voor alle mogelijke acties om arbeidsongeschikte werknemers te begeleiden bij hun terugkeer naar het werk. Het vertrekt niet vanuit het re-integratietraject zoals beschreven in de Codex Welzijn, maar vanuit de ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV). Meer concreet gaat het om elk traject dat tot doel heeft om de werknemer in arbeidsongeschiktheid zo snel mogelijk

en onder coördinatie van de TNWC, te begeleiden bij het uitoefenen van een job die is aangepast aan zijn mogelijkheden en noden. Het terug-naar-werktraject is complementair aan het re-integratietraject RIT dat eerder in deze Voka Wijzer werd toegelicht (zie hoofdstukken 4 en 5).

Een terug-naar-werktraject begint steeds via een van de vier voorziene routes: zie kader.

Tijdens een terug-naar-werktraject geven het ziekenfonds en de werknemer in eerste instantie voorrang aan de meest doeltreffende vormen van werkherhating, wanneer een volledige werkherhating met beëindiging van de arbeidsongeschiktheid nog niet mogelijk is. Eerst en vooral moet worden nagegaan of de persoon al dan niet een arbeidsovereenkomst heeft. Op voorwaarde dat de werkgever hiermee instemt en de gezondheidstoestand dit toelaat, wordt een deeltijdse werkherhating vaak als eerste maatregel overwogen. Het komt bovendien vaak voor dat de werknemer zelf spontaan een deeltijdse werkherhating aanvraagt, na overleg met zijn werkgever.

De werknemer kan ook worden doorverwezen naar de preventieadviseur-arbeidsarts (PA-AA) met het oog op een RIT. Daarnaast kan de TNWC de werknemer adviseren om een bezoek voorafgaand aan de werkherhating aan te vragen bij de PA-AA.

In sommige gevallen wenst de werknemer een C4 wegens medische overmacht te verkrijgen, wanneer sprake is van een definitieve arbeidsongeschiktheid bij de huidige werkgever. In dat geval neemt de werknemer rechtstreeks contact op met de PA-AA om te laten beoordelen of hij inderdaad definitief ongeschikt is voor het overeengekomen werk. Wanneer het de werkgever is die de arbeidsovereenkomst wil beëindigen wegens medische overmacht, evalueert de PA-AA eveneens de situatie om na te gaan of deze beëindiging gerechtvaardigd is. Deze procedure kan worden opgestart vanaf zes maanden ononderbroken arbeidsongeschiktheid. De periode van zes maanden eindigt zodra de werknemer zijn activiteit hervat, zelfs gedeeltelijk, behalve wanneer deze hervatting binnen de veertien dagen wordt gevolgd door een nieuwe periode van arbeidsongeschiktheid.

## Routes A, B, C en D: hoe kan een werknemer toegang krijgen tot het ‘terug-naar-werktraject’?

Er zijn vier instaproutes naar een terug-naar-werktraject:

### Route A - Doorverwijzing door de adviserend arts of een medewerker van het multidisciplinair team

Na een evaluatie door de adviserend arts of een medewerker van het multidisciplinair team, kunnen zij de werknemer doorverwijzen naar de TNWC. Dit gebeurt wanneer zij inschatten dat er arbeidspotentieel is. Dit is de meest gestructureerde route: er wordt binnen een maand een eerste gesprek gepland. Het traject begint doorgaans vanaf de vierde maand van arbeidsongeschiktheid, zodra de gezondheidstoestand dit toelaat.

### Route B – Spontaan verzoek van de werknemer

De werknemer kan zelf op elk moment van zijn arbeidsongeschiktheid begeleiding aanvragen, via een online formulier op de website van zijn ziekenfonds of telefonisch. Deze route is volledig gebaseerd op de motivatie van de werknemer. De TNWC analyseert het verzoek, controleert de haalbaarheid en legt het re-integratieplan vervolgens voor aan de adviserende arts voor medische goedkeuring.

## Route C – Doorverwijzing via de VDAB na meer dan een jaar arbeidsongeschiktheid

In dit geval kan de verzekerde zich op eigen initiatief rechtstreeks bij de VDAB inschrijven, die het verzoek doorstuurt naar het ziekenfonds. Het traject kan van start gaan zonder voorafgaand advies van de adviserend arts, mits de persoon als arbeidsongeschikt is erkend. De TNWC informeert daarna de adviserend arts en het RIZIV over de opstart van het traject. Deze route is vooral bedoeld om administratieve vertraging te beperken.

## Route D – Doorverwijzing via de VDAB door de preventieadviseur-arbeidsarts (PA-AA)

Deze route richt zich tot de verzekerde die als arbeidsongeschikt erkend is en voor wie de PA-AA oordeelt dat hij begeleiding nodig heeft om opnieuw tot de arbeidsmarkt toe te treden, nadat hij definitief ongeschikt werd bevonden voor het overeengekomen werk (beslissing B na een re-integratietraject van het type RIT CODEX).

## Het terug-naar-werktraject naar aangepast of ander werk



**Niet te verwarren met het re-integratietraject RIT volgens de codex dat al is besproken in hoofdstuk 4 en 5**

Het terug-naar-werktraject wordt opgestart wanneer de werknemer, na contact, instemt om de mogelijke aanpassings- en begeleidingsmaatregelen die voor hem geschikt zijn, dieper te onderzoeken, in overleg met de TNWC, de adviserend arts en, indien nodig, de PA-AA. Dit geldt zowel voor werknemers zonder arbeidsovereenkomst als voor werknemers met een contract, wanneer er geen traject RIT loopt of wanneer de werknemer ervoor kiest om er geen te starten na een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting. Het terug-naar-werktraject kan echter tijdelijk worden opgeschort als de werkgever een verzoek tot re-integratie RIT indient. Het terug-naar-werktraject wordt opnieuw opgestart zodra het traject RIT definitief is afgesloten, mits instemming van de werknemer.

Tijdens de uitwerking van het terug-naar-werktraject kunnen de TNWC en de adviserend arts, met instemming van de werknemer, andere betrokken actoren raadplegen, zoals de behandelende arts, de therapeutisch adviseur, de werkgever, de VDAB-adviseur of andere dienstverleners.

Het traject bevat duidelijke doelstellingen en wordt opgevolgd door de TNWC. Soms kan het traject een opleiding vereisen (via de VDAB) om competenties te verwerven of bij te werken met het oog op een andere functie. In dat geval is goedkeuring nodig van zowel de adviserend arts als het RIZIV. Belangrijk: sinds januari 2026 geldt er geen wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid meer tijdens het volgen van een terug-naar-werktraject.



**Deeltijdse werkhervatting (DWH) of progressieve werkhervatting**

Dit laat toe aan de werknemer om zijn laatste functie of een andere functie bij zijn laatste of een andere werkgever, of zelfs als zelfstandige, met minder werkuren te hervatten. Als het gaat om een functie bij een andere werkgever kan de persoon worden aangeworven via een klassiek contract of een flexi-jobcontract.

Deze regeling wint de laatste jaren aan populariteit. Ze maakt het mogelijk om het werkvolume te verminderen



op basis van de capaciteiten van de werknemer. Het gaat hierbij niet per se om een halftijds contract (de term 'deeltijds werk om medische redenen' wordt overigens ten onrechte gebruikt). Het is ook mogelijk om het aantal uren geleidelijk te verhogen totdat een volledige 100%-werkhervatting mogelijk is.

Bedrijven spelen hierbij een centrale rol en hebben de verantwoordelijkheid om het gebruik van deze regeling te stimuleren. Ze zijn echter niet verplicht een verzoek van een werknemer voor een deeltijdse werkhervatting te aanvaarden. Helaas weigeren sommige bedrijven dit nog vaak, en wachten ze op een volledige werkhervatting, terwijl een deeltijdse werkhervatting juist een belangrijke stap kan zijn naar een duurzame terugkeer naar werk.

De wetgeving bepaalt dat bedrijven die een werknemer in arbeidsongeschiktheid toestaan om deeltijds te hervatten, vrijgesteld zijn van de solidariteitsbijdrage vanaf het moment dat de werknemer zijn werk, zelfs deeltijds, hervat. Dit is een voordeel voor zowel de werkgever als de werknemer.

Een werknemer kan een deeltijdse werkhervatting aanvragen vanaf de tweede dag van arbeidsongeschiktheid. Opgelet: de werknemer moet altijd het akkoord van de adviserend arts vragen, uiterlijk op de werkdag vóór de start van de deeltijdse werkhervatting. De werknemer moet echter niet wachten op de goedkeuring van de adviserend arts om het werk te hervatten. Bij elke wijziging van het aantal uren of taken (bijvoorbeeld bij een geleidelijke terugkeer) moet opnieuw het akkoord van de adviserend arts worden gevraagd.

Belangrijk is dat werknemers die het werk deeltijds hervatten, nog steeds meetellen in de statistieken van het RIZIV over personen in invaliditeit. De statistieken omvatten alle ontvangers van een invaliditeitsuitkering, ongeacht of ze gedeeltelijk actief of volledig inactief zijn.

## Het Terug-naar-werfonds

Het Terug-naar-werfonds is een fonds dat de socio-professionele re-integratie van arbeidsongeschikte personen ondersteunt, via gespecialiseerde en gepersonaliseerde diensten geleverd door het RIZIV erkende private dienstverleners. Het fonds richt zich op werknemers wiens contract door de werkgever is beëindigd wegens medische overmacht, en werknemers erkend in invaliditeit (meer dan 1 jaar

## Wist je dat...

Als werkgever kan je een werkhervattingspremie van 1.750 euro ontvangen (vanaf 2027 wordt dit bedrag verhoogd tot 3.000 euro). Deze premie wordt toegekend wanneer je een zieke werknemer re-integreert of een nieuwe werknemer in dienst neemt. Enkele voorwaarden:

-Enkel voor werknemers die meer dan een jaar ziek zijn geweest.

-De werknemer hervat werk dat aangepast is aan zijn gezondheidstoestand en heeft toestemming van de adviserend arts ontvangen (hervattingen van 100% zijn uitgesloten).

-Geldig voor contracten van onbepaalde duur of contracten van bepaalde duur langer dan drie maanden (flexi-jobs zijn uitgesloten).

-De premie wordt alleen toegekend als de werknemer minstens drie maanden in dienst blijft.

De premie wordt door het ziekenfonds van de werknemer aan de werkgever uitbetaald. De werkgever kan de premie aanvragen via een uniek elektronisch portaal, ten vroegste drie maanden na de werkhervatting.

ziek) zonder noodzakelijk een C4 wegens medische overmacht te hebben ontvangen. Er is aangekondigd dat het fonds in de toekomst mogelijk al na zes maanden arbeidsongeschiktheid toegankelijk zal zijn.

Om beroep te doen op het fonds vraagt de werknemer een voucher aan het RIZIV. Die voucher kan worden gebruikt bij een van de door het RIZIV erkende diensten. Deze diensten helpen de werknemer om een nieuwe job te vinden. Dat kan bij een andere werkgever of in een andere sector. Het fonds is complementair aan andere maatregelen.

Het fonds is vandaag nauwelijks gekend en amper gebruikt. De komende maanden zullen wellicht nog promotie en sensibilisering volgen. Interessant is dat werkgevers hun werknemers kunnen wijzen op het bestaan van dit fonds en dus de mogelijkheid om een voucher aan te vragen voor inkoop van gespecialiseerde begeleiding om opnieuw aan het werk te gaan. ✕

# Hoofdstuk 7.

# Patiënt en huisarts samen in dialoog

Naast de werknemer, de werkgever én de mutualiteiten, worden voortaan ook de artsen geresponsabiliseerd in het terugdringen van het (langdurig) ziekteverzuim. Welke rol speelt de huisarts en hoe interageert hij met alle betrokken actoren?

## Arbeidsongeschiktheid van korte duur

In het regeerakkoord werd opgenomen dat de gewettigde afwezigheid wegens ziekte zonder arbeidsongeschiktheidsattest voor werknemers in ondernemingen met meer dan vijftig werknemers wordt beperkt van drie naar twee kalenderdagen per jaar. Deze beperking werd ondertussen wettelijk verankerd en is vandaag van kracht.

Deze wettelijke regeling vormt echter het minimumkader. Werkgevers kunnen ervoor kiezen om ruimer te gaan dan wat wettelijk vereist is en meer gewettigde afwezigheidsdagen toe te staan. Een flexibelere regeling kan worden overwogen binnen het bredere welzijns- en personeelsbeleid van de onderneming, rekening houdend met de noden van zowel organisatie als werknemers.

Uit brede bevragingen blijkt dat huisartsen vragende partij zijn voor een uitbreiding van het aantal dagen afwezigheid zonder attest. Aan de basis van de houding van de huisartsen ligt een administratieve druk op de huisartsenpraktijk. De administratieve druk bij huisartsen wordt afgewogen ten opzichte van de opvolging van ziekteverzuim door werkgevers. Voka was vragende partij voor een volledige afschaffing van de ziektedagen zonder attest.

Het is belangrijk dat hierover een constructieve afstemming kan gebeuren tussen zorgverleners, werkgevers, werknemers, en beleidsmakers, zodat gezocht kan worden naar werkbare oplossingen die zowel rechtszekerheid voor werkgevers als een

efficiënte inzet van de zorgcapaciteit garanderen. Zeker in een context waarin het aantal langdurig arbeidsongeschikte werknemers toeneemt, is het cruciaal dat huisartsen voldoende tijd kunnen vrijmaken voor de begeleiding, opvolging en re-integratie van deze patiënten.

Sinds 1 januari 2026 zijn huisartsen verplicht om arbeidsongeschiktheidsattesten met een duur van meer dan veertien dagen elektronisch te versturen naar de werkgever en de adviserend artsen van de mutualiteit. Op termijn zal dit ook worden bezorgd aan de preventieadviseur-arbeidsarts. Voor attesten van korte duur is elektronische verzending momenteel nog niet mogelijk. Ook voor arts-specialisten is het verplicht elektronisch attesteren nog niet van kracht. Voor korte arbeidsongeschiktheid zal voorlopig dus nog met papieren attesten moeten worden gewerkt.



## De behandelend arts als sleutelrol

De recente maatregelen binnen de regering De Wever over arbeidsongeschiktheid versterkt de rol van de behandelende artsen en plaatst hen nadrukkelijk centraler in het terug-naar-werkbeleid. Als behandelend arts is de huisarts vaak het eerste aanspreekpunt voor patiënten die arbeidsongeschikt zijn, en speelt deze een sleutelrol in de medische opvolging, de continuïteit van zorg en de ondersteuning van patiënten richting re-integratie op de arbeidsmarkt. Deze rol steunt in belangrijke mate op de vertrouwensrelatie met de patiënt en het brede zicht op de medische, psychosociale en contextuele factoren die een terugkeer naar werk beïnvloeden.

De evoluties in voorschrijfgedrag en attestering impliceren een intensievere opvolging van arbeidsongeschiktheid, met een grote nadruk op tijdige evaluatie, herhaalde contacten en actieve reflectie over arbeidspotentieel. Dit vergroot de inhoudelijke rol van de huisarts, maar verhoogt tegelijk de druk op de reguliere werking van de huisartsenpraktijk. Een tekort aan ondersteuning bedreigt de goede opname van deze rol voor de huisarts.

Wanneer de huisarts optreedt als behandelend arts, vervult hij of zij een centrale ondersteunende rol doorheen het volledige traject van terugkeer naar werk. De huisarts fungeert hierbij als eerste aanspreekpunt voor de patiënt en biedt een continue, laagdrempelige begeleiding. Vanuit deze positie ondersteunt en



begeleidt de huisarts de patiënt in de verschillende stappen van het traject en blijft hij of zij beschikbaar wanneer de werkhervatting niet in één vlotte beweging verloopt. Dit is essentieel, aangezien een terugkeer naar werk zelden een lineair proces is, maar vaak gepaard gaat met terugvallen en nood aan bijsturing vanuit verschillende invalshoeken.

Doordat de huisarts de patiënt doorgaans goed kent en een langdurige behandelrelatie heeft die een positief effect heeft op gezondheidsuitkomsten, ontstaat een veilige context waarin twijfels, kwetsbaarheden en psychosociale factoren openlijk besproken kunnen worden. Deze vertrouwensrelatie laat de huisarts toe om de situatie van de patiënt in haar geheel te begrijpen en een passend medisch en adviserend kader te bieden. Vanuit deze positie ondersteunt en motiveert de huisarts de patiënt richting werkhervatting door samen te kijken naar haalbare stappen binnen het herstelproces en door mogelijke belemmeringen tijdig te signaleren en bespreken met de andere actoren betrokken in het terug-naar-werk beleid.

De huisarts neemt hierbij een coördinerende en opvolgende rol op: hij of zij bewaakt de continuïteit van de zorg, volgt het verloop van het traject op en zorgt voor afstemming met andere betrokken actoren. De huisarts kan moeilijkheden detecteren, medische redenen verduidelijken en meedenken over realistische trajecten, zonder daarbij de beslissingsnemer te zijn.

Beslissingen over arbeidsgeschiktheid, werkbelasting en het concrete moment van werkhervatting behoren in de eerste plaats tot de expertise van andere actoren, zoals de arbeidsarts. Ook adviserend artsen en terug-naar-werkcoördinatoren spelen hierin een belangrijke rol voor de patiënt. Zij hebben zowel een controlerende als informerende functie. De adviserend arts beslist finaal over de erkenning van arbeidsgeschiktheid. De TNWC is een laagdrempelig aanspreekpunt, en werkt nauw samen met de adviserend arts.

Een duurzaam terug-naar-werktraject veronderstelt een samenhangend kader waarin elke actor zijn expertise ten volle kan inzetten, ondersteund door duidelijke handvaten, efficiënte communicatie en realistische randvoorwaarden. Alleen zo kan de huisarts zijn centrale rol opnemen zonder overbelasting, en kan de begeleiding van arbeidsgeschiktheid zowel kwalitatief als werkbaar georganiseerd worden.

## Dialogo tussen artsen

Daarnaast is het aanreiken van geschikte tools essentieel. Dit betreft zowel instrumenten die actuele informatie ter beschikking stellen als tools die overleg en samenwerking tussen actoren faciliteren. Er bestaan verschillende tools die de artsen kunnen ondersteunen bij de begeleiding van arbeidsgeschikte patiënten. Veel van deze tools zijn recent ontwikkeld of verder uitgebouwd, waaronder het: TRIO-platform, Multi-eMediatt en fitnote.

### TRIO-platform

Het TRIO-platform is beschikbaar sinds 24 februari 2025. Het is een platform ter ondersteuning van begeleiding bij arbeidsgeschiktheid van de patiënt/werknemer. De bedoeling van het platform is de communicatie tussen de drie belangrijkste gezondheidsactoren (huisarts, arbeidsarts en adviserend arts) in arbeidsgeschiktheidsdossiers efficiënter en veiliger te maken.

In de eerste fase van het project is TRIO toegankelijk voor huisartsen, adviserend artsen, terug-naar-werkcoördinatoren, multidisciplinaire teams en medische secretariaten binnen de verzekeringsinstellingen en arbeidsartsen van externe preventiediensten en hun medische secretariaten.

In de tweede fase van het project wordt er voorzien in extra functionaliteiten en nieuwe gebruikers, zoals arts-specialisten, interne preventiediensten, Medex, Empreva en regionale tewerkstellingsdiensten (VDAB, Actiris, Forem).

Het TRIO-platform wordt nog verder uitgebouwd. Updates kan je hier vinden:



### Multi-eMediatt

Multi-eMediatt is een nieuwe eGezondheidsdienst die de administratieve processen rond het versturen van arbeidsgeschiktheidsattesten aanzienlijk vereenvoudigt. Multi-eMediatt verstuurt arbeidsgeschiktheidsattesten rechtstreeks vanuit de huisartsensoftware naar mutualiteiten, bedrijven, overheidsinstellingen en scholen. Dit zorgt voor

standaardisatie, administratieve vereenvoudiging en de garantie van beveiliging.

Deze toepassing zorgt ervoor dat naargelang de situatie, het juiste attest automatisch gegenereerd wordt en verzonden via eenzelfde toepassing. Op deze manier moet de patiënt/werknemer het niet binnen een bepaalde termijn en via verschillende (meer of minder beveiligde) kanalen naar elke ontvanger versturen.

De implementatie van Multi-eMediatt verloopt gefaseerd, met als doel om uiteindelijk voor alle soorten arbeidsongeschiktheidsattesten te worden gebruikt, ongeacht de duur of het type ontvanger. In een volgende fase breidt de functionaliteit uit van enkele mutualiteiten en Medex naar werkgevers.

Het Multi-eMediatt-platform wordt nog verder uitgebouwd, verdere updates kan je hier terugvinden:



Er is een belangrijke voorwaarde om Multi-eMediatt te gebruiken: de patiënt/werknemer moet zijn akkoord geven om het bestand met zijn/haar/hun contactgegevens te gebruiken om de juiste ontvanger van een attest terug te vinden.

## Fitnote

De invoering van de fitnote is opgenomen in het regeerakkoord. De concrete uitrol, timing en praktische modaliteiten moeten echter nog verder worden uitgewerkt, waardoor de precieze implementatie momenteel nog niet volledig vastligt.

Het is de bedoeling dat er aan het elektronisch medisch getuigschrift (eGAO) een keuzemenu wordt voorzien waarin de behandelend arts kan aangeven wat voor een patiënt bevorderlijk is in het kader van een mogelijke werkhervatting. Het zou ook wenselijk zijn om deze informatie via het TRIO-platform door te geven, wat het gebruik van het platform zou verhogen. De fitnote is gericht naar de arbeidsarts, adviserende arts en werkgever. De fitnote moet ook tot doel hebben de oriëntering en triage van de verzekerde naar de juiste professional (arbeidsarts, adviserend arts) te vergemakkelijken en als een 'signaal' te dienen.



Op dit moment wordt de fitnote gezien als een hulpmiddel binnen het terug-naar-werkbeleid, wat essentieel is voor een goede samenwerking tussen de verschillende actoren, zodat werkhervatting haalbaar wordt en in veilige omstandigheden kan plaatsvinden.

De fitnote kan verschillende voordelen bieden:

- Ze focust op wat een werknemer nog wel kan doen, waardoor re-integratie en werkhervatting mogelijk worden, zelfs bij beperkingen.
- Ze kan de werknemer ook het vertrouwen geven om het gesprek met de werkgever aan te gaan.
- De fitnote stimuleert overleg tussen de verschillende actoren (de drie artsen en de werkgever), waardoor de terugkeer naar werk beter wordt afgestemd op de mogelijkheden van de werknemer.

De fitnote kan echter ook nadelen hebben:

- Artsen vinden het vaak moeilijk om correct in te schatten welke taken een werknemer ondanks zijn beperkingen nog kan uitvoeren, vooral bij complexe ziektebeelden.
- De fitnote zegt meestal vooral iets over de fysieke mogelijkheden, terwijl het voor artsen lastig is om te beoordelen hoe de situatie bij de patiënt op de werkvloer is en of een patiënt ook over de juiste vaardigheden beschikt voor bepaalde taken.
- Het systeem blijft afhankelijk van het oordeel van de arts, wat niet altijd volledig objectief is. Artsen geven aan dat het behoud van een goede arts-patiëntrelatie belangrijk is en dat zij rekening houden met de input van de patiënt, zeker bij chronische pijn of psychische problematiek. Dit kan soms leiden tot onzekerheid over de haalbaarheid van werkhervatting. ✘

Bronnen:

Engström, S. G., André, M., Arvidsson, E., Östgren, C. J., Troein, M., & Borgquist, L. (2025). Personal GP-continuity improves healthcare outcomes in primary care populations—A systematic review. *British Journal of General Practice*.

Sylvain, C., Durand, M. J., Maillette, P., & Lamothe, L. (2016). How do general practitioners contribute to preventing long-term work disability of their patients suffering from depressive disorders? A qualitative study.

*BMC family practice*, 17(1), 71.

# Hoofdstuk 8. Kan ik mijn onderneming extern verzekeren

Door de toegenomen aandacht voor welzijn en gezondheid, het oplopende absentisme en bijbehorende kosten, zoeken ondernemingen naar mogelijkheden om toekomstige kosten onder controle te houden en zich daartegen te verzekeren. Wat zijn de mogelijkheden als de formele weg onvoldoende toereikend is?



Een collectieve verzekering gewaarborgd inkomen, ook arbeidsongeschiktheidsverzekering genoemd, beschermt je werknemers wanneer zij afwezig zijn door ziekte of ongeval. De verzekeraar zal dan een rente uitkeren aan de afwezige werknemer ter compensatie van zijn verlies aan inkomen. Deze rente komt boven op de uitkering die je zieke werknemer ontvangt van het ziekenfonds.

Er bestaan verschillende formules op de markt om de hoogte van de rente te bepalen en het moment vanaf wanneer de verzekeraar de rente zal uitkeren. Als werkgever kies je de formule en de verzekering die jij wenst. Een verzekeringstussenpersoon of je verzekeraar kan je hierbij helpen. Maar een verzekering gewaarborgd inkomen doet meer dan enkel een rente uitkeren.

## Preventie is belangrijk

Verzekeraars bieden verschillende preventie maatregelen aan, zoals online-consultaties met een psycholoog die binnen enkele uren worden georganiseerd. Dit verlaagt de drempel voor je werknemer om bij problemen een specialist te contacteren. Hij zal een eerste gesprek hebben met je werknemer en deze, indien nodig, doorverwijzen naar gespecialiseerde hulp. Dergelijke diensten zijn

inbegrepen in de premie van je verzekering en zijn volledig vertrouwelijk.

Je kan ook een welzijnsscan van je onderneming laten maken. Meestal doet de verzekeraar hiervoor een beroep op een dienstverlener waarmee hij samenwerkt. Bij zo'n scan wordt via een vragenlijst nagegaan hoe het gesteld is met het welzijn van je werknemers. Je kan zelf aan de slag gaan met de resultaten van zo'n scan of opteren voor de programma's aangeboden door de verzekeraar of dienstverlener om het welzijn van je werknemers te verbeteren.

### **Informele re-integratietrajecten via de verzekering gewaarborgd inkomen**

Wanneer je werknemer afwezig is door een psychische en stress gerelateerde aandoening zoals burn-out of depressie, kan de verzekeraar hem een 'informeel re-integratietraject' voorstellen, in de feiten is dit een bijzondere vorm van informele re-integratie. Dit zijn zorgtrajecten die inbegrepen zijn in de premie van je verzekering gewaarborgd inkomen en kosten dus niets

## **“Bij een welzijnsscan wordt via een vragenlijst nagegaan hoe het gesteld is met het welzijn van je werknemers.”**

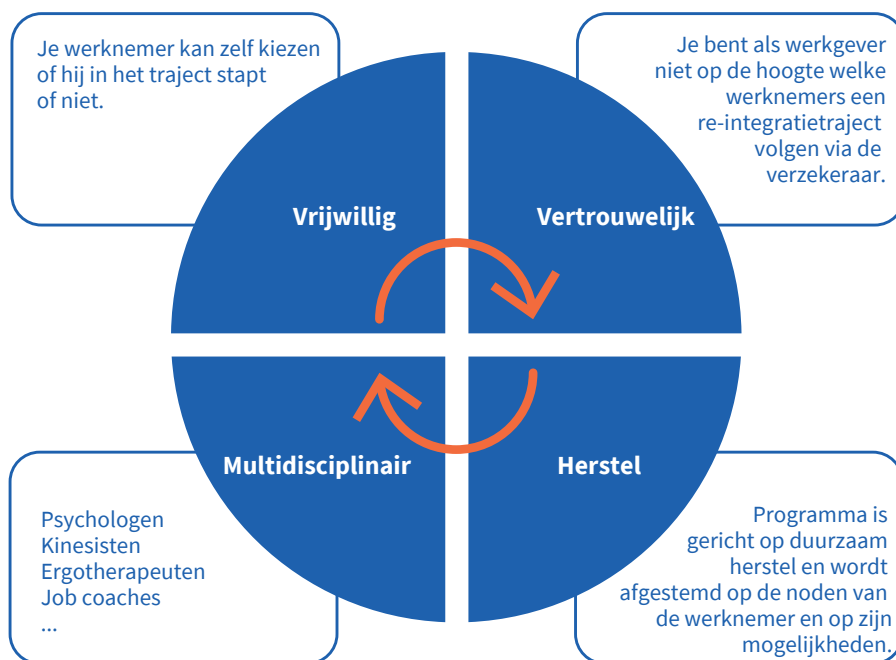
extra. Ze zijn in eerste instantie gericht op het herstel van je werknemer waardoor deze op een duurzame wijze zijn leven en werk kan hervatten, bij voorkeur bij jou. Deze trajecten zijn een volwaardige aanvulling op de wettelijke initiatieven.

Verzekeraars werken samen met onafhankelijke, gekwalificeerde re-integratiepartners die het traject organiseren en begeleiden.

### **Werking van het traject**

Je meldt de afwezigheid van je werknemer zo snel mogelijk aan je verzekeraar gewaarborgd inkomen. Dit is cruciaal om het traject zo snel mogelijk te kunnen opstarten. Dit leidt immers tot de beste resultaten. De verzekeraar zal evalueren of de werknemer in

**Figuur 3 Kenmerken van het traject**





## Figuur 4 Resultaten van het traject

8.500

Aantal trajecten voorgesteld door verzekeraars in de periode 2022 - 2025.

50%

Ongeveer de helft van de werknemers kiest ervoor om in een traject te stappen.

60 à 70%

Tussen de 60 en 70% van de werknemers die een traject volgen, hervatten het werk tijdens of op het einde van het traject.

80%

80% van deze werknemers hernemen het werk bij hun zelfde werkgever, in dezelfde of een andere functie.

aanmerking komt voor een traject. Als dit het geval is, zal hij de werknemer hierover informeren.

Vervolgens zal de re-integratiepartner de werknemer contacteren en het traject voorstellen. De werknemer beslist zelf of hij al dan niet wil deelnemen aan het traject. Bij een positief antwoord, zal de re-integratiepartner een intakegesprek organiseren met de werknemer, waarna hij een op maat gemaakt

programma ontwikkelt voor de werknemer. Een traject duurt gemiddeld tussen de vijf en zeven maanden, met de bedoeling om al tijdens het traject het werk (deeltijds) te hervatten.

Uiteindelijk is de doelstelling dat de werknemer het werk hervat. Hier zijn verschillende mogelijkheden:

- Werkhervatting in dezelfde functie bij de werkgever
- Werkhervatting in een andere functie bij de werkgever
- Werkhervatting bij een andere werkgever.

Vaak start de werknemer eerst deeltijds met werken, waarna dit evolueert naar een voltijdse werkherhervatting. Indien nodig, wordt je werknemer na de werkherhervatting verder begeleid via sessies rond hervalpreventie.

De hervalcijfers zijn zeer laag. Na zes maanden is 90% van de werknemers nog steeds aan de slag. Werknemers die een traject gevolgd hebben, zijn hierover ook zeer positief.

## Ondersteuning voor werkgevers: meten en opvolgen

De verzekeraars geven geanonimiseerde analyses die bedrijven helpen hun beleid rond absentieïsme doelgericht vorm te geven. Op basis van deze inzichten krijgen organisaties een helder beeld van de situatie binnen hun onderneming en kunnen ze beter achterhalen welke factoren aan de basis liggen van langdurige arbeidsongeschiktheid omwille van psychische redenen. ✕

# Uitleiding en vooruitblik

Deze Voka Wijzer wil werkgevers inspireren, informeren en de weg wijzen doorheen een ruim veld aan actoren en diverse soorten artsen. Er zal immers met argusogen gekeken worden naar de evolutie van de ziektecijfers en de vraag of het beleid, de artsen, de mutualiteiten, de bemiddelingsdiensten, de werknemers, de ondernemingen en dus wij allen erin slagen deze tanker te keren.

De wijzer komt op een moment dat het topic leeft in vele directiekamers, al is het beleidswerk nog niet af en volop in beweging. Zo wordt de solidariteitsbijdrage volgend jaar verder verhoogd naar vier maanden, wordt er een lineaire lastenverlaging in het vooruitzicht gesteld als 'bonus malus' en zal de werkhervattingspremie worden opgetrokken tot 3.000 euro bij aanwerving. Tegelijk wachten we de eerste resultaten af van de benchmarking van het voorschrijfgedrag van artsen om waar nodig bij te sturen. Ook is het uitkijken naar de fitnote en of die erin slaagt het gesprek rond terugkeer naar werk daadwerkelijk te faciliteren. Daarnaast rijst de vraag wanneer de specialist-artsen mee instappen in het elektronisch attest dat de transparantie verder moet verhogen.

Hier blijft het niet bij. Parallel wordt het medisch gezondheidstoezicht in de Codex Welzijn bijgestuurd wat impact zal hebben op de rol en taken van de preventiediensten. En zal VDAB in Vlaanderen paraat staan om mee haar schouders te zetten onder de ambitie om langdurig zieken sterker te activeren? Voorlopig zijn er meer vragen dan antwoorden.

De ingevoerde responsabilisering moet alle partijen aanzetten tot handelen. Een bijzondere zorg gaat evenwel uit naar de werkgever en de wijze van responsabilisering. Een goede responsabilisering beloont extra inspanningen en grijpt in waar de werkgever zijn verplichtingen niet nakomt. Die logica

**“Wanneer de werkgever een voorbeeldig preventie-, verzuim- en re-integratiebeleid uitzet en alles heeft gedaan wat enigszins kan, zal hij toch worden geconfronteerd met de verplichte bijdrage bij uitval van een medewerker.”**

is nu niet helemaal gevolgd want zelfs wanneer de werkgever een voorbeeldig preventie-, verzuim- en re-integratiebeleid uitzet en alles heeft gedaan wat enigszins kan, zal hij toch worden geconfronteerd met de verplichte bijdrage bij uitval van een medewerker.

Het is bovendien uitkijken naar hoe andere actoren hun rol zullen opnemen en of er op het terrein voldoende capaciteit wordt opgebouwd om in te schatten, bij te sturen, te re-integreren en activeren – en of al die schakels ook naadloos op elkaar zullen aansluiten. De vraag blijft in welke mate dit alles effect zal hebben op de ondernemingen.

De komende maanden worden cruciaal. Voka wil daarom de impact van het beleid op het terrein op de voet volgen en maximaal capteren wat goed loopt en wat anders moet. Het is belangrijk om goede voorbeelden in navolging van deze wijzer te delen. Want het is uitkijken hoe ondernemingen met de nieuwe set aan regels aan de slag gaan en welke vragen of problemen ze onderweg tegenkomen. Eén ding staat vast: het werk is nog lang niet af. ✕

## Deze Voka Wijzer kwam tot stand dankzij de unieke samenwerking met verschillende partners die elk vanuit hun expertise en invalshoek het thema 'Preventie en re-integratie van (langdurig) zieken' toelichtten



Melissa Thirion is adviseur gezondheids- en levensverzekeringen bij Assuralia, de beroepsvereniging van de private verzekeringsondernemingen. Gezondheidsverzekeraars bieden i.k.v hun verzekeringen diensten aan voor preventie en re-integratie van langdurig zieken.



Tim Francis is commercieel directeur van Mediwe. Mediwe is specialist op het vlak van organisatie van medische controles bij ziekte. Mediwe bestaat 50 jaar, maar is springlevend. Uitgangspunten: medische controles heruitgevonden en eerlijke communicatie.



Gretel Schrijvers is CEO van de Mensura Group. Als welzijnspartner voor werkgevers zorgt Mensura voor relevante oplossingen met een duurzame impact op verzuim en welzijn. Meer info op [www.mensura.be](http://www.mensura.be).



Thomas Otte is expert bij de dienst 'Vertegenwoordiging en Studies' van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Hij is gespecialiseerd in arbeidsongeschiktheid en re-integratie, met een achtergrond in Public Health Sciences en ergotherapie.



Domus Medica is een onafhankelijke ledenvereniging van huisartsen en huisartsenkringen in Vlaanderen en Brussel. Ze behartigt hun belangen en biedt ondersteuning met kwalitatieve vorming, wetenschappelijke richtlijnen, advies en begeleiding.



Eline D'Hooge is jurist en specialist arbeidsrecht met een achtergrond in arbeids- en organisatiepsychologie. Bij SD Worx combineert ze juridische expertise met HR-inzicht en focust ze op oplossingen die duurzaam inzetten op menselijk kapitaal.



Eveline Ankaert is vennoot arbeids- en gezondheidsrecht bij het advocatenkantoor Lydian. Zij is tevens als Research Fellow verbonden aan het Instituut voor Arbeidsrecht van de KU Leuven.



Elisabeth Van Steendam is Talent & Wellbeing Manager bij Securex Consulting. Securex Consulting ondersteunt organisaties rond welzijn, leiderschap en duurzame inzetbaarheid, met een geïntegreerde blik op mens en organisatie.



Mira Giagnacovo is advocaat arbeidsrecht bij het advocatenkantoor Lydian, waar zij tevens deel uitmaakt van het team gezondheidsrecht.

3 GOOD HEALTH AND WELL-BEING



Met deze Voka Wijzer draagt Voka bij aan SDG 3: goede gezondheid en welzijn. Door

in te zetten op preventie, welzijn op het werk en duurzame re-integratie van langdurig zieken, willen we bijdragen aan een gezondere beroepsbevolking en een inclusieve arbeidsmarkt. Deze Voka Wijzer ondersteunt ondernemingen met inzichten en handvaten om ziekteverzuim te voorkomen en terugkeer naar werk te faciliteren, en onderstreept zo het belang van werk als hefboom voor zowel gezondheid als maatschappelijk welzijn.

## Colofon

### Eindredactie

Alessandra Magnus, Sandy Panis

### Foto's

Adobe Stock en cases

### Vormgeving

Capone

### Druk

INNI Group, Heule

'Preventie en re-integratie (langdurig) zieken' is een uitgave van Voka vzw. De overname of het citeren van tekst uit deze Voka Wijzer wordt aangemoedigd, mits bronvermelding.

### Verantwoordelijke uitgever

Frank Beckx, i.o.v. Voka vzw,  
Koningsstraat 154-158, 1000  
Brussel  
[info@voka.be](mailto:info@voka.be)  
[www.voka.be](http://www.voka.be)



