

# INHOUD

## III. Sociale bescherming voor wie ziek is of een handicap heeft

Inleiding

1. Armoede en gezondheid

1.1. *Ziek maakt arm - arm maakt ziek*

1.2. *Recht op bescherming van de gezondheid*

2. Terugbetaling van kosten voor gezondheidszorgen

2.1. *Universaliteit en selectiviteit*

2.2. *Sociale correcties*

2.3. *Grenzen en voorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging*

3. Uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid

3.1. *Toename van uitkeringsgerechtigden*

3.2. *Ontoereikende uitkeringen*

3.3. *Heroriëntering naar werk*

4. Sociale bijstand

4.1. *Tegemoetkomingen voor personen met een handicap*

4.2. *Toegang tot rechten*

4.3. *Tussenkost in medische kosten door OCMW*

4.4. *Dringende medische hulp*

Aanbevelingen

Lijst van deelnemers

# III. SOCIALE BESCHERMING VOOR WIE ZIEK IS OF EEN HANDICAP HEEFT

*Mensen in armoede zijn minder gezond, stellen meer medische zorgen uit en gebruiken het gezondheidszorgaanbod anders. De relatie tussen armoede en gezondheid is complex. Wie ziek is of een handicap heeft, heeft immers ook hogere gezondheidskosten. Wanneer een ziekte of handicap daarenboven tot arbeidsongeschiktheid leidt, komen deze personen in een nog meer bestaansonzekere situatie terecht. De uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid of de tegemoetkomingen voor personen met een handicap laten meestal niet toe om menswaardig te leven, laat staan om extra, structurele medische kosten te dragen. Via de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de tussenkomst in medische kosten en de Dringende Medische Hulp door de OCMW's zou gezondheidszorg in principe voor iedereen toegankelijk moeten zijn. In de dagelijkse realiteit van mensen in armoede is het recht op bescherming van de gezondheid echter steeds moeilijker te garanderen.*

## Inleiding

De Belgische gezondheidszorg wordt beschouwd als kwaliteitsvol, toegankelijk en betaalbaar. Toch bestaan sociale gezondheidsongelijkheden en blijven ze toenemen. Mensen met een lagere socio-economische positie verkeren in een slechtere gezondheid dan mensen met een hogere positie op de sociale ladder en maken minder of anders gebruik van het zorgaanbod.

In dit hoofdstuk bekijken we in welke mate ons systeem van sociale bescherming ertoe bijdraagt dat mensen in armoede hun fundamenteel recht op bescherming van de gezondheid kunnen laten gelden. Iedereen heeft immers het recht om in de best mogelijke gezondheidstoestand te leven en levenslang toegang te hebben tot gezondheidszorg.

We staan eerst stil bij de relatie tussen armoede en gezondheid (1). Bovenop de moeilijke leefomstandigheden van mensen in armoede, scherpen onder andere de volgende factoren deze relatie aan: vroegtijdige veroudering; tijdelijke, deeltijdse, onregelmatige of ongezonde jobs die zorgen voor meer stress dan voor bestaanszekerheid; de onaangepastheid van jobs aan mensen in kwetsbare situaties of met gezondheidsproblemen; de tendens tot medicalisering en culpabilisering (1.1). Een geïntegreerd gezondheidsbeleid dat rekening houdt met alle sociale determinanten van gezondheid is noodzakelijk om hierin verandering te brengen (1.2).

## 1. Armoede en gezondheid

Mensen in een kwetsbare situatie hebben vaker een slechte gezondheid, stellen vaker gezondheidszorg uit (ook om financiële redenen) en maken op een andere manier gebruik van het gezondheidszorgaanbod dan mensen die in meer comfortabele omstandigheden leven. In dit punt werken we de wederkerige relatie tussen armoede en gezondheid uit (1.1) en kijken we wat het recht op bescherming van de gezondheid voor mensen in armoede kan betekenen (1.2).

In het kader van dit Verslag beperken we ons tot de rol van de sociale zekerheid en de sociale bijstand. De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen komt financieel tussen in de kosten voor gezondheidszorg (2.1). Ondanks sociale correcties blijven sommige gezondheidskosten voor mensen in armoede te hoog, waardoor ze noodzakelijke zorgen uit- of afstellen (2.2 en 2.3).

In geval van ziekte en arbeidsongeschiktheid worden uitkeringen uitbetaald die het inkomensverlies moeten dekken (3). Het aantal uitkeringsgerechtigden neemt vandaag toe (3.1). Tegelijk zijn de uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid ontoereikend om menswaardig te leven en om structurele gezondheidsuitgaven te dragen (3.2). Bovendien staan de uitkeringsgerechtigden extra onder druk in de huidige context van budgettaire krapte en activering (3.3).

We komen tot gelijkaardige vaststellingen voor de tegemoetkomingen voor personen met een handicap (4.1). Deze behoren, net als de tussenkomst van het OCMW bij medische en farmaceutische kosten (4.3) en de Dringende Medische Hulp (4.4), tot de sociale bijstand (4.2). Dit sociaal opvangnet is nodig voor wie moeilijk of geen toegang heeft tot een aangepast zorgaanbod en voor hen die niet ingeschreven zijn in het Rijksregister.

### 1.1. Ziek maakt arm - arm maakt ziek

#### 1.1.1. Gezondheidskloof

We zijn vandaag anders en meer ziek dan enkele decennia geleden<sup>153</sup>. Zo is het aantal mensen met chronische aandoeningen toegenomen ten gevolge van de toegenomen levensverwachting dankzij de ontwikkeling van nieuwe medische technieken. Mede door

.....  
153 Vervotte, Inge (2013). "We zijn nu anders ziek dan 40 jaar geleden" in Yvo Nuyens en Hugo De Ridder, *Dokter, ik heb ook iets te zeggen*, Leuven, Lannoo-campus, p. 16-30.

de stijgende druk van de actieve welvaartsstaat en van ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, nemen ook psychische en emotionele problemen enorm toe.

We zijn ook steeds meer ongelijk ziek. Mensen in armoede of met een lagere sociale status (opleidingsniveau, activiteitsgraad, inkomensniveau) verkeren vaker in slechtere gezondheid, hebben minder te verwachten gezonde levensjaren voor zich<sup>154</sup> en sterven vroeger dan mensen met een hogere positie op de sociale ladder. Hun moeilijke leefomstandigheden vormen een belangrijke verklaring voor hun slechte gezondheidstoestand en voor de ongelijkheden op het vlak van gezondheid die blijven groeien volgens een sociaal-economische gradiënt<sup>155</sup>. Deze 'oude' vaststelling<sup>156</sup> wordt steeds opnieuw bevestigd in onderzoek<sup>157</sup>. Zo vergroot een leven in armoede de kans op handicaps en komen verschillende chronische ziekten significant meer voor naarmate het opleidingsniveau daalt<sup>158</sup>.

De relatie tussen armoede en gezondheid betreft zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid. Er is een significant statistisch verband tussen geestelijke gezondheidsproblemen en armoede<sup>159</sup>: 34,4 % van de mensen met een inkomen van minder dan 750 euro verklaren dat ze in psychologische nood verkeren, 20,9 % vertonen een 'probable mental disorder' terwijl het slechts om 21,5 % en 8 % gaat in de categorie mensen die meer dan 2.500 euro verdienen. Uit de laatste gezondheidsenquête van 2008 blijkt dat significant meer personen met een lage opleiding (geen diploma of diploma lager onderwijs) psychologisch onwelbevinden melden, waaronder depressieve en angstgevoelens (29,4 %), dan degenen met een oplei-

ding hoger onderwijs (25,5 %). De socio-economische verschillen zijn minder groot dan bij andere gezondheidskenmerken, maar waarschijnlijk zijn de omstandigheden die leiden tot deze mentale toestand erg verschillend voor lager- en hogeropgeleiden. Financiële problemen bijvoorbeeld kunnen op een ernstige manier het zelfbeeld en zelfvertrouwen aantasten. Een grote schuldenlast verhoogt de kans op depressie, angststoornissen en obsessieel dwangmatig handelen<sup>160</sup>.

### 1.1.2. Gezondheidskosten

De toename en nieuwe aard van de huidige gezondheidsproblemen zet samen met de groei van (dure) medische technologie, infrastructuur en apparatuur ons gezondheidssysteem financieel onder druk<sup>161</sup>. De uitgaven voor gezondheidszorg zijn de laatste 20 jaar verdrievoudigd terwijl de rijkdom van het land verdubbeld is<sup>162</sup>. Het grootste deel van deze kosten wordt betaald door de verschillende overheden en de ziekteverzekering. Ondanks de afgenomen stijging in 2012 blijft de financiering van de geneeskundige verzorging de belangrijkste uitgavenpost van de sociale zekerheid voor werknemers (32,9 %) <sup>163</sup>. Ook de patiënt betaalt, via remgelden en niet terugbetaalde kosten. Hoeveel de patiënt betaalt, varieert naargelang het gevoerde onderzoek. Duidelijk is dat gezondheidszorg voor meer en meer mensen een onoverkomelijke kost is.

Uit de gezondheidsenquête 2008 blijkt dat een Belgisch huishouden gemiddeld 125 euro per maand uitgeeft aan gezondheidskosten (zonder rekening te houden met eventuele terugbetalingen). Hoewel uit de vorige enquêtes blijkt dat dit bedrag over de jaren heen constant blijft, neemt het percentage huishoudens dat deze bijdrage te hoog vindt in verhouding tot hun beschikbaar inkomen toe. Vooral huishoudens met een (eerder) beperkte opleiding en een (relatief) laag inkomen, geven aan dat deze bijdragen zwaar doorwegen in het huishoudbudget. Anderen stellen dat de zorgverstrekkingskosten van patiënten ook

154 Van Oyen, Herman (2013). *Zijn we gezond genoeg om langer te werken*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 26/07/2013, [https://www.wiv-isp.be/news/Pages/NL\\_PensioenLevensverwachting.aspx](https://www.wiv-isp.be/news/Pages/NL_PensioenLevensverwachting.aspx).

155 Koning Boudewijnstichting (2012). *De sociale ongelijkheid inzake gezondheid blijft hardnekkig hoog in België*. Gezamenlijke nota van de TAHIB-onderzoekers (Tackling Health Inequalities in Belgium) en de werkgroep ongelijkheid in gezondheid van de KBS. Van Cauwenberghe, Sabine (2010). "Hoe armer, hoe ongezonder", *Lokaal*, vol. oktober 2010, p. 26-28. Hautekeur, Gerard (2012). *Recht op gezondheid. Aanpak gezondheidskloof. Resultaten van verkenning*, Brussel, Samenlevingsopbouw Vlaanderen.

156 Zie o.a. ATD Vierde Wereld, Vereniging van Belgische Steden en Gemeenten (afdeling Maatschappelijk Welzijn), Koning Boudewijnstichting (1994). *Algemeen Verslag over de Armoede*, Brussel, Koning Boudewijnstichting.

157 Henin, Elise (2013). *Rechthebbers op het leefloot: vinden zij hun weg in het gezondheidssysteem?*, Brussel, Departement onderzoek en ontwikkeling, Christelijke Mutualiteit.

158 Demarest S. et al. (2010). *Gezondheidsenquête België, 2008*, Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. In 2013 wordt in België een vijfde nationale Gezondheidsenquête georganiseerd.

159 Leroy, Liliane (2010). *Pauvrete et santé mentale, Action*, Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS).

160 La santé mentale aux prises avec les dettes (2012). *Echos du crédit et de l'endettement*, vol. 35, p. 11-19.

161 Brutin, Brecht (2011). *De uitdagingen voor de ziekteverzekering in de 21<sup>ste</sup> eeuw. Een bedreiging voor de toegankelijkheid?* Gent, Masterproef, faculteit rechtsgelerdheid, Universiteit Gent.

162 Kesenne, Jos (2012). "De financiering van de gezondheidsuitgaven in België", *CM-Informatie*, vol. 250, nr. december 2012.

163 RSZ (2013). *Jaarverslag 2012*. Brussel, RSZ.

feitelijk stijgen ten opzichte van hun inkomen omdat de uitgaven voor gezondheidszorg heel wat sneller toenemen dan het gezinsinkomen<sup>164</sup>.

Statistieken tonen aan dat heel wat mensen hun geneeskundige verzorging of de aankoop van geneesmiddelen om financiële redenen uit- of afstellen. Volgens de EU-SILC enquête 2011 bedraagt het percentage personen dat leeft in een huishouden waarvan één van de leden in de loop van het voorbije jaar een bezoek aan de huisarts heeft moeten uitstellen 5,1%<sup>165</sup>. Het tweejaarlijks onderzoek van het vaktijdschrift *De Apotheker* besluit dat almaar meer patiënten hun geneesmiddelen niet meer kunnen betalen en aan de apotheker vragen om hun betalingen uit te stellen<sup>166</sup>. Volgens de gezondheidsenquête 2008 stelt 14% van de huishoudens gezondheidszorgen (medische zorg inclusief bril, chirurgie, geestelijke gezondheidszorg) uit omwille van financiële redenen, een cijfer dat oploopt tot 18% voor huishoudens behorend tot het laagste opleidingsniveau en tot 27% voor huishoudens behorend tot het laagste inkomstenkwintiel. Een bevraging van Test Gezondheid levert gelijkaardige resultaten op. De cijfers lopen op tot 47% wanneer een gezinslid aan een chronische ziekte lijdt en tot 61% voor eenoudergezinnen. Daarenboven vindt bijna 30% van alle ondervraagden dat het onvrijwillig ondergeschikt maken van hun gezondheid aan de onzekerheden van hun budget een belangrijke invloed heeft op hun algemene gezondheidstoestand.

Tijdens het overleg wordt bevestigd dat mensen met lage inkomens inderdaad moeilijkheden kunnen ondervinden om de kosten voor geneeskundige verzorging te betalen, ondanks de tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU) en - voor mensen in bestaansonzekerheid - het sociale derdebetalersstelsel. Dit is des te meer het geval wanneer die kosten oplopen, zoals in gezinnen met verschillende zieke kinderen of met een chronische zieke of bij hospitalisatie en het veelvuldig gebruik van ziekenvervoer. De kostprijs schrikt mensen in armoede af om naar de dokter, de tand-

arts ... te gaan en gezondheidsuitgaven kunnen nu eenmaal makkelijker worden uitgesteld dan de huur bijvoorbeeld<sup>167</sup>. *“Je moet sparen voor je gezondheid. Als je veel medicatie nodig hebt, zet je daarvoor een beetje aan de kant. Of je koopt ze in het begin van de maand in de hoop dat je toekomt op het einde. Het is een beetje afwegen tegenover elkaar. Ofwel koop je medicatie, ofwel koop je eten”*<sup>168</sup>. Deelnemers aan het overleg leggen uit dat mensen in armoede uit rationele financiële overwegingen beslissen om zich uiteindelijk niet te laten verzorgen. Ze rekenen, leggen prioriteiten en proberen het risico op een te grote schuldenlast te vermijden. Dat is ook één van de redenen waarom ze vaak niet ingaan op een preventief aanbod. Waarom zouden ze zich bijvoorbeeld laten screenen op kanker wanneer ze de hospitalisatiekosten toch niet zouden kunnen betalen, indien effectief kanker zou worden vastgesteld? Het feit dat in Brussel, in de periode 2009-2010, het aandeel vrouwen dat een borstkankerscreening ondergaat hoger was in de gemeenten met een hoog sociaal-economisch statuut, bevestigt dit<sup>169</sup>. Deelnemers aan het overleg denken dat wanneer mensen vooraf zouden weten hoeveel ze exact moeten betalen voor de nodige medische zorgen en op de hoogte zouden zijn van de mogelijkheden om deze kosten en eventuele schulden die ermee gepaard gaan, af te betalen, ze hun recht op toegang tot de gezondheidszorg beter zouden kunnen laten gelden.

Gezondheidszorgschulden vormen vandaag een groot probleem. In Vlaanderen had in de periode 2008-2011 gemiddeld 38,8% van de gezinnen in schuldhulpverlening te kampen met minstens één (gezondheids-) zorgschuld<sup>170</sup>. In 2009 ging 56,4% van de dossiers behandeld door de Waalse schuldbemiddelingsdiensten onder andere over gezondheidszorgschulden, voor een gemiddeld bedrag van 1.138 euro<sup>171</sup>.

Een enquête in 2010 bij ongeveer 2.000 respondenten in Vlaanderen toonde aan dat één op drie mensen

164 Feltse, Patrick (2008). “Sociale zekerheid en de strijd tegen armoede” in Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, *Armoede-waardigheid-mensenrechten. 10 Jaar Samenwerkingsakkoord*, Brussel, Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, p. 125-134.

165 <http://barometer.mi-is.be/nl/infopage/uitstel-van-gezondheidszorgen-omwille-van-financi%C3%A9le-redenen>.

166 “Steeds meer vraag naar uitstel van betaling geneesmiddelen”(2012), *De Standaard*, 17 december.

167 Atelier “Pauvreté et accès aux soins de santé”, *Colloque sur la lutte contre la pauvreté*, 14 oktober 2011, CEPESS.

168 De citaten, in cursief in de tekst en zonder bronvermelding, zijn uitspraken van deelnemers aan het overleg of van mensen in armoede tijdens interviews.

169 Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad (2012). *Welzijnsbarometer, Brussels Armoederapport 2012*, Brussel, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, p. 57.

170 Tack, Sylvie (2012). *Gezondheid kost geld. Eerste hulp bij (gezondheids)zorgschulden*, Brussel, Politeia en Vlaams Centrum Schuldenlast.

171 Duvivier, Romain (2011). “Les personnes surendettées sont-elles en bonne santé?”, *Echos du crédit et de l'endettement*, nr.°30.

met een handicap een bezoek aan de dokter of tandarts uitstelt of niet meteen een bril koopt. Binnen de categorie van mensen met de lichtste handicap, stelt zelfs de helft medische zorgen uit. 40 % kon niet de hulpmiddelen aanschaffen die nodig zijn omwille van de handicap en 26,9 % kon geen hospitalisatieverzekering afsluiten<sup>172</sup>. In Brussel en Wallonië hebben meer dan 20 % van de personen met een handicap die antwoordden op een enquête gevoerd in 2010, een hospitalisatie uitgesteld en meer dan 17 % hebben deze afgesteld<sup>173</sup>.

De aanwezigheid van een handicap of chronische aandoening leidt bovendien vaak tot een vermindering van het inkomen en tot een groter aantal kosten op verschillende vlakken, en dus tot de vermeerdering van het risico op armoede (zie 4.1). Een recente survey<sup>174</sup> laat toe om de omvang en de kenmerken van de armoedeproblematiek bij mensen met een handicap<sup>175</sup> beter te beschrijven. Personen met een handicap kennen een hoog armoederisico, met name 39,3 %, met problemen op verschillende domeinen: de woon- en energiekosten zijn een zware last (slechts 28 % van de bevroegden is eigenaar), schuldenproblematiek (26 % moet schulden afbetalen, met een gemiddelde van 317 euro per maand, wat 17 % van het maandinkomen betreft), besparingen op handicapgerelateerde niet-medische uitgaven (55 %), op vrije tijd en ontspanning (58 %), op energiekosten (50 %) ... Deelnemers aan het overleg merken op dat de ontoereikende tegemoetkomingen voor personen met een handicap ook armoede kunnen veroorzaken in hun gezinnen, zeker wanneer deze het verblijf binnen een instelling en/of tal van andere medische kosten moeten financieren.

172 Augustyns et al. (2010). *Handicap, inkomen en toegang tot de gezondheidszorg. Resultaten van een kwantitatief en kwalitatief onderzoek*, Antwerpen, Symposium 5 oktober 2010, Katholieke Vereniging Gehandicapten – Vereniging voor personen met een handicap – Universiteit Antwerpen.

173 Observatoire ASPH de la Personne Handicapée (2010). *Etude 2010, Coûts du handicap, de la maladie : quelque(s) réalité(s) financière(s) et autres*, Brussel, p. 34.

174 De Handilab-studie had twee doelstellingen: (1) het in kaart brengen van de socio-economische positie van personen met een handicap met behulp van administratieve gegevens, (2) analyse van de effectiviteit van de inkomensvervangende en integratietegemoetkomingen. Bij de survey werden 1.118 personen die een integratietegemoetkoming of een inkomensvervangende tegemoetkoming ontvangen, bevroegd. Personen die in een instelling leven of die uitkering in het kader van de ziekteverzekering ontvangen, maakten geen deel uit van de doelgroep van de bevraging. De onderzoeksrapporten zijn raadpleegbaar op: <http://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=nl&COD=AG/KK/154>

175 Personen met een handicap omvat personen met langdurig fysieke, mentale, verstandelijke of zintuiglijke beperkingen die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, daadwerkelijk en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving (art. 1 van het VN-verdrag inzake handicap).

### 1.1.3. Toegang tot zorg

Naast financiële belemmeringen wordt de toegang tot (eerstelijns-)gezondheidszorg voor mensen in armoede ook door andere factoren bemoeilijkt<sup>176</sup>. Eén daarvan is dat mensen in armoede vaak onvoldoende geïnformeerd zijn over en onvoldoende kennis hebben van hun rechten op gezondheidszorg en van het gezondheidszorgaanbod. De werking van de verzekering voor geneeskundige verzorging is bijvoorbeeld erg complex en daardoor vaak slecht bekend (wat is een globaal medisch dossier, wanneer heb ik recht op een verhoogde tegemoetkoming, kom ik in aanmerking voor de sociale derdebetalersregeling ...). Of mensen weten niet voor welke hulp (preventief en curatief) ze bij welke instanties en organisaties terecht kunnen. Meestal zijn ze ook minder mondig om de nodige informatie actief te vergaren of voelen ze zich ontmoedigd door administratieve procedures of door het gebrek aan duidelijkheid bij instanties die de verantwoordelijkheid soms naar elkaar doorschuiven. “*Het is zo dat je heel veel zelf moet weten vooraleer je naar een instantie kunt stappen en kunt vragen: help me hier eens. Als je zelf je mond niet open doet en als je het zelf niet weet, gaan ze het je over het algemeen ook niet zeggen. En het is niet omdat je recht hebt of omdat je denkt dat je recht hebt, dat je het ook krijgt*”. De economische gezondheidskloof wordt zo versterkt door een informatieve kloof. De vraag naar een betere informatieverstrekking en –doorstroming tussen mensen in armoede, hulpverleners en medische zorgverstrekkers klonk reeds in ons Verslag 2005<sup>177</sup>.

Daarnaast kan de organisatie van het gezondheidszorgaanbod een obstakel vormen. Volgens deelnemers aan het overleg is dit aanbod hoe langer hoe meer gesegmenteerd door de toegenomen verscheidenheid van gezondheidsactoren en -organisaties. Tijdens het overleg wordt tegelijk het tekort aan huis-

176 Verlinde, Evelyn (2012). *Equity in primary health care use among vulnerable populations in Belgium: an exploration*, Gent, PhD thesis of the Department of Family Medicine and Primary Health Care, Ghent University.

177 “Oriëntatie IX, Socio-economische gezondheidsongelijkheden bestrijden” in Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2005). *Armoede uitbannen. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie*, Brussel, Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding.

artsen in verschillende regio's gehegeld<sup>178</sup>. Er wordt ook gesignaleerd dat in sommige streken het aanbod aan geconventioneerde artsen/specialisten erg beperkt is, met lange wachtlijsten als gevolg. In de Duitstalige Gemeenschap<sup>179</sup> leggen huisartsen slechts zelden huisbezoeken meer af vanwege de lange afstanden en het gebrek aan (betaalde) tijd. Bijgevolg worden de patiënten met een mobiliteitsprobleem geconfronteerd, een probleem dat deelnemers aan het overleg ook in andere landelijke gebieden vaststellen. Onderzoek toont aan dat de toegang tot het gezondheidszorgaanbod inderdaad ruimtelijk bepaald is<sup>180</sup>. Het beperkt en verspreid aanbod van (gespecialiseerde) diensten in combinatie met het gebrek aan tegemoetkomingen in de vervoerskosten leidt er vaak toe dat mensen in armoede er niet geraken.

De drempel naar de geestelijke gezondheidszorg<sup>181</sup> is tot nu toe erg hoog omdat prestaties van psychologen en psychotherapeuten nog niet worden terugbetaald binnen het kader van de verplichte ziekteverzekering en meestal ook niet (of niet volledig en voor iedereen) door de aanvullende verzekering van de mutualiteiten<sup>182</sup>. Mensen kunnen wel tegen zeer beperkte tarieven of gratis terecht in de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) en meer en meer ook in de centra voor algemeen welzijnswerk en de wijkgezondheidscentra. Mensen in armoede en op het terrein stellen echter vast dat deze organisaties overbevraagd zijn en met lange wachtlijsten werken. Ze hebben ervaren dat het gebeurt dat een CGG het zinloos acht iemand te behandelen wanneer diens leefomstandigheden te erbarmelijk zijn en het succes van de behandeling dreigen te hypothekeren. Ze getuigen ook dat mensen in armoede vaker dan anderen gehospitali-

seerd worden omwille van psychologische problemen of 'sociale aanpassingsproblemen' die verbonden zijn met hun moeilijke leefomstandigheden.

Wanneer mensen in armoede de stap naar gezondheidszorg zetten, lijkt het aanbod niet steeds aangepast aan hun kwetsbare situatie. Ze voelen zich niet altijd goed begrepen en hebben wel eens het gevoel dat ze misprijzend behandeld worden. Al te vaak reageert de medische sector door hen te culpabiliseren. In de zin van: *"Uw kinderen hebben recht op gratis tandheelkundige verzorging, waarom gaat u dan niet naar de tandarts?"*. Mensen in armoede staan onder andere huiverachtig tegenover preventieve initiatieven omdat ze het controlerend karakter ervan vrezen. Wanneer ouders in armoede met hun kind naar het ziekenhuis of naar Kind en Gezin gaan, getuigen sommigen van het risico veroordeeld te worden als 'slechte ouders', met een mogelijke melding aan de Bijzondere Jeugdzorg als gevolg. *"Ik heb hen altijd gezegd: ik contacteer jullie, maar ik wil niet dat mijn kinderen weggenomen worden. Ik wil gewoon een beter leven en ik heb nu hulp nodig. Ik heb dat toen ook gekregen van Kind en Gezin. En daar ben ik hun enorm dankbaar voor"*. Bovendien kan preventie soms een bijkomende voorwaarde zijn voor de toekenning van een recht. In de praktijk wordt gewag gemaakt van situaties waarin mensen wordt gevraagd om bijvoorbeeld inspanningen te leveren op vlak van gezondheidspreventie (gezonder eten, stoppen met roken, ...) als voorwaarde om hulp te krijgen. Voor thuislozen is het dan weer erg moeilijk om een medische behandeling correct op te volgen, bijvoorbeeld regelmatig medicatie nemen. De bereidheid, mogelijkheden en inspanningen van medische instanties en zorgverstrekkers om een aangepast aanbod te creëren voor mensen in een kwetsbare situatie lopen sterk uiteen. Hoewel een aangepast aanbod voor mensen in armoede noodzakelijk is, is een dual gezondheidszorgsysteem niet wenselijk.

Het jaarverslag van Dokters van de Wereld<sup>183</sup> beaamt de moeilijke toegang tot zorg. In 2012 is het aantal consultaties toegenomen met 34% (in totaal 19.516 consultaties). 10% van hun patiënten had een verblijfsvergunning en zou normaal gezien geen problemen mogen ondervinden met de toegang tot de reguliere

178 Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg bevestigt dat er in bepaalde gemeenten en regio's een tekort aan actieve huisartsen kan zijn. Toch heeft België een zeer grote dichtheid aan huisartsen en hebben die één van de allerkleinste praktijken in vergelijking met andere Europese landen. Het echte probleem is de te beperkte organisatiegraad en ondersteuning van artsen. Zie Vrijens, France et al. (2013). *De performantie van het Belgisch gezondheidsstelsel*. Rapport 2012, Health Services Research (HSR), Brussel, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

179 De actoren uit de Duitstalige Gemeenschap werden bij het overleg betrokken tijdens een ontmoeting in Eupen op 26 april 2013 samen georganiseerd door de Duitstalige minister voor Gezin, Gezondheid en Sociale Zaken en het Steunpunt.

180 Zie het onderzoek naar armoede op het platteland en in de stad, <http://www.armoedebestrijding.be/publications/Pocico/eindrappport.pdf>, p. 33.

181 Van Herck, Pieter en Ivan Van de Cloot (2013). *Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen*, Brussel, Itinera Instituut.

182 Psychotherapie is in België voorlopig nog niet erkend ondanks wetenschappelijke evidentie dat het werkt. "Praten is vaak beter dan pillen slikken" (2013), *De Standaard*, 14 september, p. 20-21.

183 Dokters van de Wereld (2013). *Jaarrapport 2012. Staat van de toegang tot zorg in België. De Belgische projecten van Dokters van de Wereld*, Brussel, Dokters van de Wereld.

gezondheidszorg. Toch ervoeren ze allerlei informatieve, administratieve en financiële barrières.

Al deze obstakels maken dat de toegang tot gezondheidszorg ongelijk verdeeld is, volgens een sociaal-economische gradiënt. De armste bevolkingsgroepen maken veel minder gebruik van zorgvoorzieningen en de medische zorgen (preventief en curatief) zijn ongelijk verdeeld over de Belgische bevolking. Mensen die in de armste wijken wonen, gaan minder vaak naar hun huisarts dan mensen uit andere, meer welgestelde wijken. De bewoners van die welgestelde wijken raadplegen over het algemeen ook vaker specialisten. Ze doen ook veel aan preventie en inwoners uit armere wijken minder.

#### 1.1.4. Medicalisering/psychiatisering

Het complexe verband tussen armoede en gezondheid in combinatie met een moeilijke toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor mensen in armoede dreigt de psychiatisering van het sociale in de hand te werken. Deze tendens - waarbij problemen, gevoelens en gedragingen van mensen, die eigenlijk binnen 'het normale' vallen, pathologisch worden geduid en behandeld<sup>184</sup> - heeft zware gevolgen voor mensen in armoede: ze hebben geen verweer meer. Hun opstandigheid en ontmoediging worden beschouwd als individuele 'gemoedswisselingen'. Het sociale, culturele en economische probleem wordt verstopt achter een medische diagnose<sup>185</sup>.

De psychiatisering van de armoede lijkt een proces te zijn dat gebonden is aan de leefomstandigheden van mensen die niet 'geneesbaar' worden geacht na enkele behandelingen. Dit proces kan ongenueanceerd als volgt beschreven worden. Wanneer een medische behandeling geen goede resultaten oplevert omdat de moeilijke leefomstandigheden van de patiënt dit belemmeren, is de kans groot dat de relatie tussen de patiënt en de geneesheer verstoord geraakt. De patiënt voelt zich niet begrepen of in de steek gelaten en begint

de arts te wantrouwen. De arts verbergt zijn gevoel van falen en onmacht door meer medicatie voor te schrijven in plaats van te investeren in een individuele begeleiding. Ofwel staat de patiënt weigerachtig tegenover de initiatieven van de arts en ziet deze het gedrag van zijn patiënt hoe langer hoe meer als onsamenhangend, abnormaal en pathologisch met een doorverwijzing naar de psychiatrie als gevolg. Ofwel zitten mensen onder de medicatie (anti-depressiva, neuroleptica) terwijl dit eigenlijk geen effect (meer) heeft en er afhankelijkheid en verslaving dreigt te ontstaan met ongekende gevolgen (onder invloed van medicatie kan bijvoorbeeld het gedrag van mensen veranderen, het is moeilijk om de medicatie af te bouwen ...). Bovendien is het voor mensen in armoede moeilijk om regelmatig medicatie te nemen<sup>186</sup>.

De deelnemers aan het overleg benadrukken dat de visie op het recht op gezondheidszorg sterk geëvolueerd is. Mensen worden steeds vaker met de vinger gewezen over hun gezondheidstoestand, zonder dat er met de oorsprong van hun probleem rekening wordt gehouden. Onzekerheid over bestaansmiddelen, angst en een laag zelfbeeld zijn belangrijke stressfactoren die de gezondheid beïnvloeden. Bovendien kunnen de meeste gedragingen waarvan deze mensen beschuldigd worden, gezien worden als een poging om om te gaan met de problemen waarmee ze geconfronteerd worden.

De psychiatisering of medicalisering verontrust de deelnemers aan het overleg ten zeerste. Ze verwijzen bijvoorbeeld naar het recent in het leven geroepen statuut voor langdurig werkzoekenden met een ernstige medische, mentale, psychische en of psychiatrische problematiek (MMPP) binnen de werkloosheidsverzekering. Voor hen lijkt dit een strategie om het aantal werklozen te doen dalen door werklozen op termijn te oriënteren naar het statuut van een persoon met een handicap. Het risico bestaat erin dat mensen, enkel omdat ze arm zijn en geen werk vinden, als personen met een handicap erkend zullen worden (zie 4.1).

184 De Wachter, Dirk (2013). "Mensen weten niet meer wie ze zijn" in Yvo Nuyens en Hugo De Ridder, *Dokter, ik heb ook iets te zeggen*, Leuven, Lannoocampus, p. 132-141.

185 Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2005). *Discussienota. Het recht op bescherming van de gezondheid 10 jaar na het Algemeen Verslag over de Armoede*, Brussel, Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, p. 9 en *Santé conjugée*, april 1999, nr. 8, p. 28.

186 Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2005). *Debat Opener. 10 jaar Algemeen Verslag over de Armoede*, Brussel, Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding.



## 1.2. Recht op bescherming van de gezondheid

Het recht op bescherming van de gezondheid wordt bekrachtigd door onze Grondwet en door tal van internationale mensenrechteninstrumenten<sup>187</sup>. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO), “vormt de best mogelijke gezondheidssituatie die men in staat is te bereiken één van de fundamentele rechten van ieder mens, welke ook zijn ras, religie, politieke opinies, economische of sociale situatie is”<sup>188</sup>. “Het recht op gezondheid vooronderstelt om tijdig toegang te kunnen hebben tot behoorlijke, betaalbare en kwaliteitsvolle zorgen”<sup>189</sup>. Dit houdt onder andere in dat de overheid gezondheidsvoorzieningen creëert en garandeert dat die voor iedereen toegankelijk zijn.

In België geniet de meerderheid van de bevolking een hoog beschermingsniveau op het vlak van gezondheid waardoor ze toegang hebben tot medische verzorging, raad en hulp krijgen of kunnen deelnemen aan informatie- en preventieactiviteiten<sup>190</sup>. Nochtans wordt het recht op bescherming van de gezondheid in de dagelijkse realiteit van mensen in armoede steeds moeilijker in de praktijk om te zetten, zoals we hierboven reeds beschreven.

### 1.2.1. Primaire preventie

Reeds in het Algemeen Verslag over de Armoede benadrukten de verenigingen het volgende: “een gezondheidsbeleid (kan) slechts geïntegreerd worden in een geheel dat voor elkeen middelen waarborgt om in waardigheid te leven en zijn kapitaal gezondheid te vrijwaren : een fatsoenlijke woning, erkend werk, voldoende inkomsten, de mogelijkheid om positieve relaties op te bouwen, enz ...”<sup>191</sup>. Omdat de leefomstandigheden van mensen in armoede (huisvesting, toegang tot water en energie, onderwijs, werkgelegenheid ...) een belangrijke verklaring vormen voor

hun slechte gezondheidstoestand, pleiten actoren in de strijd tegen armoede ervoor om preventie op het vlak van gezondheid erg breed te zien en in te zetten op een verbetering van de leefomstandigheden van mensen in armoede. Indien preventie geen deel is van een coherent armoedebestrijdingsbeleid, dreigt het een druppel op een hete plaat te zijn. “We hebben eveneens informatie gegeven over gezonde voeding, maar ook daar waren er talloze obstakels. Wanneer men geen elektriciteit meer heeft om te koken, gaat men naar de frituur om te eten”. Daarnaast is het ook nodig om het persoonlijk welzijn van mensen in armoede te bevorderen zodat ze voldoende kracht en zelfvertrouwen hebben om hun gezondheid in eigen handen te nemen. Volgens deelnemers aan het overleg kunnen huisartsen in samenwerking met lokale gezondheidsactoren hierin een belangrijke rol spelen.

In de strijd tegen de voortschrijdende sociale gezondheidsongelijkheden zijn ook de Wereldgezondheidsorganisatie en de Europese Unie ervan overtuigd dat de meeste gezondheidswinst geboekt kan worden door maatregelen op andere beleidsdomeinen dan dat van de gezondheid alleen. Daartoe hebben ze het beleidsconcept *Health in all policies* ingevoerd met het oog op het creëren van een intersectoriële samenwerking met betrokkenheid van alle beleidsdomeinen en -niveaus. De bedoeling is dat zowel de Europese Unie zelf als haar lidstaten hier werk van maken. In België heeft de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu begin 2013 een eerste dialoog hierover georganiseerd<sup>192</sup>. De verschillende gefedereerde entiteiten spannen zich in om een transversaal beleid te voeren, onder andere op het domein van de preventie.

Wat betreft de geestelijke gezondheid bekrachtigden de gezondheidsministers van ons land tijdens een interministeriële conferentie Volksgezondheid in juni 2012 de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, mogelijk gemaakt door artikel 107 van de ziekenhuiswet<sup>193</sup>. Deze hervorming zou ervoor moeten zorgen dat mensen met psychische problemen sneller gedetecteerd en opgevangen kunnen worden. Daartoe zouden residentiële instellingen in de geestelijke gezondheidszorg moeten samenwerken met onder andere het algemeen

187 Artikel 23 van de Belgische Grondwet, Artikel 25 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, Artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten, het Europees Sociaal Handvest ...

188 Oprichting van de Wereldgezondheidsorganisatie, aangenomen door de Internationale Gezondheidsconferentie in 1946.

189 Organisation Mondiale de la Santé (Novembre 2012). *Le droit à la santé*, Aide-mémoire nr. 323.

190 Kesenne, Jos (2010). “L’avenir de notre système de soins de santé”, *MC – Informations*, 240, juin 2010.

191 ATD Vierde Wereld, Vereniging van Belgische Steden en Gemeenten (afdeling Maatschappelijk Welzijn), Koning Boudewijnstichting (1994). *Algemeen Verslag over de Armoede*, Brussel, Koning Boudewijnstichting, p. 153.

192 De Bock, Christian (2013). “Un dialogue politique sur les inégalités sociales de santé”, *Education Santé*, 290, juin 2013, p. 13-16.

193 Voor meer informatie zie: <http://www.psy107.be/>

welzijnswerk en de eerstelijnsgezondheidszorg om een zorgcircuit te vormen rond de patiënt. Deze werkwijze zou professionals moeten toelaten om uit hun kader en specialisme te treden en met anderen samen te werken. Wetende dat sociale en mentale problemen elkaar wederzijds versterken en dat mensen in armoede meestal met een geheel van problemen kampen, kan deze hervorming het perspectief bieden dat hun complexe problematiek in beeld komt. Verenigingen van mensen in armoede wachten de uitvoering op het terrein af. Tegelijk waarschuwen ze voor de perverse effecten van een ‘vermaatschappelijking van de zorg’ voor mensen in armoede wiens sociaal netwerk vaker minder uitgebreid en minder sterk is.

### 1.2.2. Sociale bescherming

In het kader van dit Verslag over ‘armoede en sociale bescherming’ ligt de focus van dit hoofdstuk op slechts één aspect van het recht op bescherming van de gezondheid. Binnen het gehele gezondheidsbeleid en gezondheidszorgsysteem bekijken we slechts hoe de toegang tot de gezondheidszorg wordt bevorderd door de sociale zekerheid en door de sociale bijstand. Tegelijk beseffen we dat deze keuze wat kunstmatig is. Het gezondheidssysteem is immers op zich een complex

van systemen<sup>194</sup>.

Als onderdeel van de sociale zekerheid verstrekt de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU) geen gezondheidszorg, maar biedt ze financiële tegemoetkoming in de kosten van de gezondheidszorg. In het geval van ziekte of letsel worden uitkeringen toegekend die het inkomensverlies moeten dekken. De dekking van deze verzekering is vandaag de dag nagenoeg universeel. In 1998 werd ze uitgebreid tot alle personen die in het Rijksregister zijn ingeschreven<sup>195</sup>. Mensen die onwettig in het land verblijven hebben via het OCMW toegang tot gezondheidszorg, de Dringende Medische Hulp (DMH). Daarnaast kan het OCMW onder bepaalde voorwaarden ook tussenkomen in de medische kosten van mensen. Binnen de sociale bijstand zijn ook de tegemoetkomingen voor personen met een handicap, met name de inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) en de integratietegemoetkoming (IT), aan de orde.

194 Callens Stefaan en Jan Peers (2003). *Organisatie van de gezondheidszorg*, Antwerpen, Intersentia.

195 Koninklijk Besluit van 29 december 1997 houdende de voorwaarden waaronder de toepassing van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot de zelfstandigen en de leden van de kloostergemeenschappen wordt verruimd, *Belgisch Staatsblad*, 31 december 1998.

## 2. Terugbetaling van kosten voor gezondheidszorgen

In dit punt lichten we eerst de uitdaging toe waar het solidair verzekeringsstelsel binnen de verplichte GVU-verzekering voor staat (2.1). Vervolgens geven we aan op welke manier deze verzekering de toegang tot geneeskundige zorg effectief voor zoveel mogelijk mensen mogelijk maakt (2.2). Tot slot staan we stil bij de beperkingen van het systeem die tot onderbescherming kunnen leiden (2.3). Ondanks hun waarde blijken de sociale correctie maatregelen binnen de verplichte GVU-verzekering onvoldoende om de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk te maken en blijft een breder gezondheids- en armoedebeleid cruciaal.

### 2.1. Universaliteit en selectiviteit

Onze sociale zekerheid is gebaseerd op het solidair verzekeringsprincipe en slingert voortdurend heen en weer tussen het universaliteits- en selectiviteitsbeginsel. Deze spanning uit zich anders in de verplichte GVU-verzekering dan in de andere takken van de sociale zekerheid. Waar in de tak van de werkloosheid en de pensioenen<sup>196</sup> min of meer begrepen en aanvaard wordt dat er inkomensverschillen bestaan en dat uitkeringen berekend worden in functie van de geleverde sociale bijdragen (verzekeringsprincipe),

196 Voor een beschrijving van de concrete berekeningen en bedragen en voor een kritische analyse, zie de respectievelijke hoofdstukken in dit Verslag.

wordt het veel minder aanvaard dat gezondheidszorg minder toegankelijk is voor mensen met minder financiële mogelijkheden. “*In de gezondheidszorg is en blijft het criterium voor toekenning van solidaire zorg uiteindelijk de individuele behoefte aan zorg, en die is zeker niet gelijklopend met het inkomen van mensen, integendeel zelfs*”<sup>197</sup>. 76 % van de Vlamingen vindt het inderdaad tamelijk tot heel oneerlijk dat mensen met een hoger inkomen zich een betere gezondheidszorg kunnen veroorloven. Daartegenover staat evenwel dat slechts één op vier Vlamingen bereid is om meer belastingen te betalen om de kwaliteit van de gezondheidszorg voor alle mensen te verbeteren en dat er een lichte tendens is om de eigen verantwoordelijkheid voor gezondheidsproblemen te benadrukken<sup>198</sup>.

De hervorming van de toegang tot de ziekteverzekering uit 1998 betekende een grote stap vooruit in de richting van een algemenere dekking van gezondheidszorgen. Sinds 2008 zijn ook zelfstandigen via de verplichte ziekteverzekering verzekerd tegen grote én kleine risico's, waardoor ze dezelfde rechten en terugbetalingen hebben als werknemers. Tegelijk neemt het aantal maatregelen om de gedeeltelijke vergoeding van medische kosten te verhogen voor mensen met een verhoogd risico op armoede of bestaansonzekerheid, toe<sup>199</sup>. Telkens ontdekt men immers nieuwe uitgaven of groepen patiënten die vergeten zijn in het bestaande maatregelenaanbod en waarvoor specifieke schikkingen nodig zijn. Vanuit de wil om de minst begunstigden tegemoet te komen, stijgt zowel het aantal ‘statuten’ als het aantal gerechtigden hierop. De Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag over de Armoede waarschuwen voor een sociale zekerheid die te selectief gericht is op de allerarmsten omdat deze minder legitiem kan lijken in de ogen van de bevolking in haar geheel<sup>200</sup>.

De economische context en sommige politieke keuzes stellen de mutualisering van de risico's en de solidariteit aan de basis van het systeem echter ter discussie. Bij gebrek aan een universeel solidariteitsbeginsel dat

belichaamd wordt door de verplichte ziekteverzekering voor iedereen, tekent de evolutie naar een meerpijlersysteem zich steeds duidelijker af<sup>201</sup>. Deze aanvullende private – collectieve of individuele – verzekeringen bieden de verzekerden tegen betaling een zekere flexibiliteit en keuzemogelijkheden bovenop de verplichte verzekering. Maar deze privéverzekeringen zijn minder toegankelijk voor mensen in armoede en dreigen de verplichte verzekering uit te hollen (zie 2.3.2).

De sociale beschermingsmaatregelen inzake gezondheid worden ook beïnvloed door de tendens naar een toenemende individuele responsabilisering. Het individu wordt verantwoordelijk gemaakt voor zijn gezondheid door zijn slechte gedragingen op de voorgrond te plaatsen. Deze responsabilisering verhult volledig de collectieve dimensie van risico's, de invloed van leefomstandigheden, de toegang tot informatie en zorgen<sup>202</sup> ...

## 2.2. Sociale correcties

### 2.2.1. Remgeld en Globaal Medisch Dossier

Het remgeld of persoonlijk aandeel is het bedrag dat de patiënt uiteindelijk zélf moet betalen als hij naar de dokter gaat, geneesmiddelen koopt of gehospitaliseerd wordt. Een deel van het officieel tarief voor medicijnen en consultaties die zijn opgenomen in de nomenclatuur<sup>203</sup> van de geneeskundige verstrekkingen wordt door de verzekeringsinstelling terugbetaald (verzekeringstegemoetkoming). Ondanks de officiële tarieven vastgelegd tussen artsen en ziekenfondsen<sup>204</sup>, is het voor de patiënt op voorhand vaak niet duidelijk welke arts geconventioneerd is en hoeveel hij zal moeten betalen (vooral bij de tandarts en de oogarts en specialisten)<sup>205</sup>. Het persoonlijk aandeel van de patiënt vertegenwoordigt ongeveer 19 % van de totale uitgaven voor gezondheidszorg in België (het

197 Kesenne, Jos (2012), *op.cit.*, p. 6.

198 Pelfrene, Edwin (2013). “Perceptie van de gezondheid en de gezondheidszorg bij Vlamingen”, *SVR-Webartikel*, 2013/2, Brussel, Studiedienst van de Vlaamse Regering.

199 Léonard, Christian (2006). *La protection sociale et les soins de santé dans un contexte historique et international*, MC-Informations, nr. 225, p. 18-43.

200 VPAVA – Vereniging Partners van het Algemeen Verslag over de Armoede (1996). “Bijdrage van de Verenigingen Partners inzake de modernisering van de sociale zekerheid”, *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, nr.3, p. 510.

201 Kesenne, Jos (2010), *op.cit.*

202 Lanoy, Sophie (2013). “La responsabilisation individuelle dans le secteur de la santé”, *Le Chânon*, Ligue des Usagers des Services de Santé, LUSS Asbl, nr. 29.

203 Dit is een lijst met de geneeskundige prestaties die (geheel of gedeeltelijk) vergoed worden door de verzekering, afgesproken in de conventie tussen artsen en ziekenfondsen.

204 Een geconventioneerde arts verbindt er zich via de medicomutovereenkomst toe referentie-erelonen te vragen. 83,10 % van de artsen (87,87 % van de huisartsen) zijn toetgetreden tot het akkoord artsen ziekenfondsen 2013-2014.

205 Hermesse, Jean (2013). “Que pense le patient des soins de santé?”, *En marche*, Editorial, 20 juni.

EU-15-gemiddelde ligt op 15 %)²⁰⁶.

Het remgeld werd initieel ingevoerd als responsabiliseringsinstrument om overconsumptie van verzorging tegen te gaan wanneer die verzorging niet strikt nodig is²⁰⁷. Deze maatregel blijkt echter om verschillende redenen niet erg efficiënt. Vooreerst omdat ze niet ontradend werkt voor hen die over meer middelen beschikken. Daarnaast kunnen mensen in armoede problemen ondervinden bij het voorschieten van de verzekeringstegemoetkoming die ze nadien van de mutualiteit terugkrijgen (zie 2.2.4). Bovendien kan het remgeld op zich nog een drempel vormen voor hen (zie 2.2.2 en 2.2.3). Hoewel de overheid inspanningen levert om het remgeld van bijvoorbeeld specialisten of bij hospitalisatie te plafonneren, blijft het een feit dat niet-geconventioneerde artsen vrij zijn om ereloon-supplementen op kosten van de patiënt te vragen. Deze ereloon-supplementen zijn sinds 1 januari 2013 verboden bij een verblijf in een gemeenschappelijke of tweepersoonskamer, ongeacht het statuut van de arts.

Toch verschillen de kosten bij een hospitalisatie sterk van ziekenhuis tot ziekenhuis, zeker voor de verblijven in een eenpersoonskamer²⁰⁸. Een bevraging van de schuldbemiddelaars in Wallonië heeft uitgewezen dat volgens hen de ziekenhuisfacturen de meest voorkomende gezondheidszorgschuld zijn in de dossiers van schuldbemiddeling. Ze hebben ook de indruk dat de facturen van de spoedhulp meer en meer voorkomen. Mensen in armoede wenden zich immers tot de spoedhulpdiensten om medische zorgen te krijgen omdat ze niet onmiddellijk moeten betalen. Maar deze kosten moeten vroeg of laat toch vereffend worden, het probleem wordt alleen maar uitgesteld²⁰⁹.

Wie een Globaal Medisch Dossier (GMD) heeft bij zijn huisarts, krijgt tot 30 % meer terugbetaald voor een raadpleging. Het huidig honorarium van een huisarts is 24,15 euro. Het remgeld voor patiënten zonder GMD

.....  
206 Vrijens, France et al., *op.cit.*

207 Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg zoekt alternatieve manieren om via het remgeld het zorgconsumptiegedrag van mensen te sturen, bijvoorbeeld: hoe hoger de maatschappelijke waarde van een medische interventie, hoe lager het remgeld. Cleemput, I. et al. (2012). *Bepaling van het remgeld in functie van de maatschappelijke waarde van een verstrekking of product*, Health Services Research (HSR), Brussel, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

208 Maron, Leila et al. (2012). *Baromètre hospitalier 2011, Nature, ampleur et évolution des coûts à charge du patient hospitalisé en hôpital général*, Brussel, UNMS – Direction Etudes La Mutualité Socialiste.

209 Duvivier, Romain, *op.cit.*

bedraagt zes euro, voor patiënten met een GMD vier euro. Hoewel uit de GMD barometer van het Socialistisch Ziekenfonds blijkt dat het aantal van hun leden met een GMD gestegen is met 44 % ten opzichte van 2005, zijn bijkomende inspanningen nodig om deze maatregel en de voordelen ervan kenbaar te maken. Dit is vooral in Wallonië en Brussel belangrijk omdat daar de verspreiding van het GMD gevoelig lager is dan in Vlaanderen²¹⁰. Daarnaast melden verenigingen van mensen in armoede ons dat hun leden minder vaak een vaste huisarts hebben en dus ook minder vaak een GMD, wat door een recente studie wordt bevestigd²¹¹.

### 2.2.2. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming en OMNIO

Rechthebbenden op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming (RVV-statuut), hun partner en personen ten laste, betalen een lager remgeld op ziektekosten en bij hospitalisatie. Voor een consultatie bij de huisarts bedraagt het remgeld voor rechthebbenden met de voorkeurregeling zonder GMD anderhalve euro, met een GMD één euro. Ze kunnen daarnaast een beroep doen op de sociale derdebetalersregeling en op een lager plafond bij de maximumfactuur (2.2.3). Bovendien genieten ze ook andere sociale voordelen (vermindering openbaar vervoer, sociaal telefoon-, gsm-, en internettarief, sociaal verwarmingsfonds ...). Mensen met een leefloon, een Inkomensgarantie voor Ouderen (IGO) of een tegemoetkoming voor personen met een handicap genieten automatisch van het RVV-statuut. Weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen (WIGW) en nog enkele andere groepen (minstens één jaar volledig werklozen, eenoudergezinnen, rechthebbenden op verwarmingstoelage ...) kunnen er recht op hebben na controle van het belastbaar bruto-gezinsinkomen²¹². Het RVV-statuut bleef echter beperkt tot mensen die een sociaal voordeel genieten of een bepaald statuut hebben. Mensen met een laag inkomen, zonder dit voordeel of statuut konden er geen gebruik van maken.

Sinds 2007 bestaat daarom het OMNIO-statuut dat ook aan personen met een laag belastbaar bruto-gezins-

.....  
210 Laasman, Jean-Marc et al. (2012). *Baromètre Dossier Médical Global 2011*, Brussel, UNMS – Direction Etudes La Mutualité Socialiste.

211 Henin, Elise, *op.cit.*

212 Het gezin bestaat hier uit de rechthebbende, zijn partner en personen ten laste.

inkomen (gezin = Rijksregistergezin = iedereen die op hetzelfde adres als de aanvrager gedomicilieerd is) het recht op de verhoogde tegemoetkoming verschaft. Ondanks het feit dat het aantal OMNIO-statuten stijgt door de vele inspanningen van armenorganisaties, ziekenfondsen en vakbonden, blijft dit statuut onvoldoende gekend en wordt het onvoldoende opgenomen. In een vorig Verslag wees het Steunpunt reeds op deze non take-up en pleitte het voor een verbeterde toegang tot het OMNIO-statuut<sup>213</sup>. De Programmawet van 29 maart 2012 voorziet een vereenvoudigde en snellere toekenning van de verhoogde tegemoetkoming voor alle potentiële rechthebbenden<sup>214</sup>. De hervorming RVV/OMNIO zal op 1 januari 2014 in werking treden en het systeem enigszins eenvoudiger maken door het gebruik van één identieke definitie van huishouden en een nieuw model voor de verklaring op eed over de inkomsten (die voor de verzekerden minder ingewikkeld is om in te vullen). Daarenboven moet ook een pro-actieve flux ontwikkeld worden door de mutualiteiten met als doel om potentiële rechthebbenden op te sporen (op basis van gegevens van de fiscale administratie) en hen te contacteren met het oog op een mogelijke toekenning van het recht. Ondertussen zijn er mensen in armoede die reeds hun mutualiteit zijn aangeschreven en uitgenodigd om samen hun recht op het RVV-statuut na te kijken, omdat ze bijvoorbeeld tot de groep van 55-plussers behoren. *“Zo krijg ik veel meer terug van een visite aan de dokter en is het maar een opleg van enkele euro. Voor mijn medicatie is het ook veel beter.”*

### 2.2.3. Maximumfactuur

De maximumfactuur (MAF) bepaalt een plafond voor de remgelden die gezinnen per jaar voor medische kosten moeten betalen. Het plafond van de inkomens MAF hangt af van het belastbaar netto-gezinsinkomen (inkomen van alle personen die op hetzelfde adres gedomicilieerd zijn): hoe hoger het inkomen, hoe hoger het plafond. Rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, hun partner en personen ten laste kunnen genieten van een aanvullende sociale

MAF. Vanaf het ogenblik dat iemands medische kosten het plafondbedrag van dat jaar overstijgen, betaalt het ziekenfonds de verdere kosten maandelijks automatisch terug.

Mensen in armoede wijzen op enkele tekortkomingen van de maximumfactuur. Voor velen ligt het plafond te hoog. Ook het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) stelt vast dat één op tien van de gezinnen (vooral chronische zieken en psychiatrische patiënten), ondanks de maximumfactuur, meer dan vijf tot tien procent van hun inkomen betalen aan remgelden<sup>215</sup>. Dat komt onder andere omdat enkel terugbetaalbare prestaties en geneesmiddelen in aanmerking komen voor de MAF.

### 2.2.4. Sociale derdebetaler

Dankzij het systeem van de sociale derdebetaler moet de patiënt de verzekeringstegemoetkoming van een consultatie niet meer voorschieten, maar betaalt hij alleen het remgeld. Alle personen die recht hebben op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming komen voor deze regeling in aanmerking.

Ze moeten er echter zelf om vragen, wat voor mensen in een kwetsbare situatie niet steeds duidelijk of evident is en als stigmatiserend kan worden ervaren. Bovendien weten ze niet op voorhand welke artsen bereid zijn deze regeling toe te passen. *“Over de derdebetaler, bij de huisarts kennen ze dat, maar bij de tandarts niet. En als je het zelf niet vraagt, krijg je het niet. Dus moet je eigenlijk mondig zijn en zeggen: hoe zit dat hier? Er zijn ook dokters die er helemaal niet aan mee doen. Je moet dus elke keer kijken van welke dokters vind ik die het wel doen”*. Meerdere organisaties op het terrein pleiten dan ook voor de veralgemening van het derdebetalerssysteem naar alle patiënten. Dat zal in Frankrijk gebeuren vanaf 2017<sup>216</sup>. Bij ons is de toepassing van de sociale derdebetalersregeling bij de huisarts vanaf 1 januari 2015 verplicht voor wie recht heeft op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming

213 “Een betere toegang tot de gezondheidszorg met het OMNIO-statuut?” in Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2009). *Verslag armoedebestrijding 2008-2009*. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie, Brussel, Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding.

214 Programmawet van 29 maart 2012, *Belgisch Staatsblad*, 6 april 2012.

215 Schokkaert, Erik et al. (2008). *Evaluatie van de effecten van de maximumfactuur op de consumptie en financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg*. Equity and patient behaviour (EPB), Brussel, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

216 Interventie van Marisole Touraine, Franse minister van Sociale Zaken en Gezondheid, Voorstelling van de nationale gezondheidsstrategie, 23 september 2013.

en/of het statuut chronische aandoening<sup>217</sup>. Nu botsen nog teveel patiënten in een kwetsbare situatie op een weigering van hun huisarts de regeling toe te passen. In 2011 werden slechts 32 % van de consultaties of huisbezoeken bij een huisarts in sociale derdebetaler afgerekend<sup>218</sup>. Via de implementatie van MyCareNet<sup>219</sup> zullen zorgverleners en mutualiteiten op een eenvoudige en vertrouwelijke manier informatie kunnen uitwisselen, onder ander over het statuut van een patiënt, waardoor administratieve problemen en overlast weggewerkt worden.

Deze regeling geldt alleen voor huisartsen en jammer genoeg (nog) niet voor (dure) specialisten. Tijdens het overleg werden mogelijkheden geopperd die zowel artsen als mensen in armoede op eigen initiatief kunnen benutten. Zo stellen sommige mutualiteiten een formulier ter beschikking dat de patiënt kan meenemen op consultatie om de arts te vragen een verklaring op te maken dat zijn patiënt het financieel niet breed heeft. Of er ontstaat een informele regeling tussen patiënt en zorgverstrekker. *“Ik moet zeggen dat we een hele goede samenwerking hebben met de kinesist. Ik weet niet of ik dat eigenlijk mag zeggen, maar we krijgen eerst onze briefjes mee die we binnen doen in de ziekenbond en pas daarna betalen wij de kinesist”*.

### 2.2.5. Forfaitaire gezondheidszorg

De forfaitaire gezondheidszorg<sup>220</sup> wordt toegepast tussen de medische huizen (in Vlaanderen wijkgezondheidscentra genoemd, ook de praktijken van Geneeskunde voor het volk behoren ertoe), de patiënt en de ziekenfondsen. In plaats van de arts te vergoeden per geleverde prestatie (prestatiegeneeskunde), ontvangt het wijkgezondheidscentrum per ingeschreven (en verzekerde) patiënt een forfaitair bedrag (het gemiddelde dat het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) per jaar per patiënt uitgeeft, recentelijk gecorrigeerd rekening houdend met het profiel van de patiëntenpopulatie van het wijkgezond-

heidscentrum). Dit forfait dekt het remgeld waardoor de patiënt niet hoeft te betalen voor de ontvangen zorg. Voor technische prestaties wordt het derdebetaalerssysteem toegepast en betalen patiënten alleen het remgeld. Ongeveer 3 % van de Belgische bevolking wordt in dit systeem verzorgd. 39 % van de patiënten van de Vlaamse wijkgezondheidscentra hebben recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming<sup>221</sup>. Een onderzoek<sup>222</sup> uitgevoerd in Brussel heeft aangetoond dat het forfaitaire systeem de eerstelijnszorg beter toegankelijk maakt voor rechthebbenden van een RVV-statuut, ongeacht de wijk waarin ze wonen. In 2008 toonde een andere studie<sup>223</sup> aan dat de forfaitaire praktijken niet meer kosten aan het RIZIV dan de praktijken die worden terugbetaald per prestatie, terwijl ze de kosten voor de patiënt verminderen. Patiënten die zijn ingeschreven in het forfaitaire systeem betalen inderdaad geen remgeld voor eerstelijnszorg, krijgen vaker generische geneesmiddelen voorgeschreven en betalen minder remgeld en supplementen voor tweedelijnszorg omdat ze minder naar deze tweedelijnszorg worden doorverwezen. Daarenboven tonen de gekozen kwaliteitsindicatoren een gelijkwaardige kwaliteit van de zorg aan tussen de prestaties ‘per prestatie’ of ‘met forfait’ voor wat betreft de opvolging van bepaalde pathologieën. De resultaten zijn beter voor de forfaitaire prestaties als het gaat over preventie en voorschrijvingen van antibiotica. Het is dus wenselijk het forfaitaire systeem verder te promoten, parallel aan de prestatiegeneeskunde.

Ondanks het feit dat wijkgezondheidscentra zorgen voor een laagdrempelig, multidisciplinair en ook preventief gezondheidszorgaanbod, werd tijdens het overleg op enkele gebreken van dit systeem gewezen. De werking en voorwaarden van de wijkgezondheidscentra zijn niet steeds goed gekend bij de mensen. Zo denken sommigen dat thuislozen (die geen vaste verblijfplaats hebben op het territorium van het centrum) of mensen in precair of onwettig verblijf (die niet verzekerd zijn) er geen toegang toe hebben. Deze patiënten kunnen echter steeds ‘per prestatie’ behandeld worden.

217 Wet van 27 december 2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, *Belgisch Staatsblad*, 31 december 2012.

218 Henin, Elise, *op.cit.*

219 [http://www.mycarenet.be/nl/cin/TV/content/cin/technical\\_information/mycarenet](http://www.mycarenet.be/nl/cin/TV/content/cin/technical_information/mycarenet)

220 Artikel 52 § 1 van de wet van 14 juli 1994 voorziet dat huisartsen, verpleegkundigen en kinesisten forfaitair betaald kunnen worden op basis van het aantal patiënten dat zich bij de praktijk inschrijft, in Vlaanderen ook wel abonnementsgeneeskunde genoemd.

221 Cijfers afkomstig van de Vereniging voor Wijkgezondheidscentra, april 2013.

222 Maron, Leila en Michel Boutsen (2011). *L'accessibilité des maisons médicales au forfait : une analyse sur base des quartiers statistiques à Bruxelles*, Brussel, UNMS – Direction Etudes La Mutualité Socialiste.

223 Federaal Centrum voor de Gezondheidszorg – KCE (2008). *Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België*, KCE Reports 85B, Brussel, Federaal Centrum voor de Gezondheidszorg, p. 6.

Mensen in armoede melden bovendien dat er in vele regio's een gebrek is aan deze centra. Het gevolg is dat vele wijkgezondheidscentra verzadigd zijn en met wachtlijsten werken of geen inschrijvingen meer aanvaarden. Het risico bestaat dat de gezinnen die erin geslaagd zijn zich in te schrijven, de best georganiseerde en vooruitziende gezinnen zijn, waardoor degene met de meeste nood opnieuw uit de boot dreigen te vallen. Sinds mei 2013 is er een nieuwe financiering van de wijkgezondheidscentra. Het bestaande budget wordt billijker verdeeld door rekening te houden met de zorgbehoeften van de patiëntenpopulatie van elk centrum<sup>224</sup>. De actoren van de Duitstalige Gemeenschap betreuren dat, omwille van het rurale karakter van hun Gemeenschap, dit concept slechts toepasbaar is in een aangepaste vorm, namelijk als medische groepspraktijk met forfait.

#### 2.2.6. Statuut chronisch ziekte

Voor chronisch zieken voorziet de verplichte ziekteverzekering in verschillende forfaits om hun niet berekenbare medisch gerelateerde onkosten te vergoeden<sup>225</sup>. In uitvoering van het plan 'Prioriteit aan de chronische ziekten' van minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is er in mei 2012 een Observatorium voor chronische ziekten opgericht waarin voor de eerste keer patiëntenverenigingen formeel betrokken worden bij de uitwerking van het gezondheidszorgbeleid. Het RIZIV werkte ook aan een specifiek statuut voor personen met een chronische aandoening. Op 8 juli 2013 keurden onder meer de ziekenfondsen en zorgverstrekkers het ontwerp Koninklijk Besluit ter uitvoering van dit statuut goed. Dit statuut zorgt ervoor dat personen met een chronische aandoening (met langdurig hoge ziekte-uitgaven of die genieten van het zorgforfait of met een zeldzame aandoening) automatisch bepaalde rechten genieten om hun gezondheidskosten te kunnen betalen. In eerste instantie genieten patiënten met dit statuut van een specifieke en uitgebreide maximumfactuur en vanaf 2015 van de verplichte toepassing van de sociale derdebetalersregeling.

Deelnemers aan het overleg wijzen op het fenomeen van vroegtijdige veroudering bij mensen in armoede, dat niet erkend wordt als ziekte, maar wel verhoogde gezondheidskosten met zich mee brengt. Ze waarschuwen ook voor een te strikte definitie die mogelijks opnieuw degenen die buiten de definitie vallen, uitsluit. Mensen in armoede die gezondheidszorgen uitstellen bijvoorbeeld, komen – juist door hun onderconsumptie – niet steeds aan de vereiste acht kwartalen hoge ziekte-uitgaven om als chronisch zieke erkend te worden.

### 2.3. Grenzen en voorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

#### 2.3.1. Complexiteitsval

Door de invoering van specifieke tegemoetkomingen en statuten is het systeem van de terugbetaling van kosten voor gezondheidszorgen erg ingewikkeld geworden. Het aantal statuten en hun verschillende voorwaarden, bemoeilijken de toegang voor potentieel begunstigden. Deelnemers aan het overleg hebben de ervaring dat ook dokters of sociaal assistenten er soms moeilijk aan uit raken, waardoor ze niet altijd proactief optreden, niet steeds de correcte informatie geven en soms belangrijke formaliteiten veronachtzamen.

Heel wat statuten fungeren bovendien als toegangspoort tot andere sociale voordelen. Zo geeft het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming toegang tot korting op het openbaar vervoer, een goedkopere telefoonaansluiting, enzovoort. Als een begunstigde zo'n statuut verliest, zijn de gevolgen dus groter dan het verlies van het statuut op zich.

Het feit dat deze voordelen worden toegekend op basis van het statuut in plaats van op basis van het inkomen kan bovendien onrechtvaardig zijn jegens mensen met lage inkomens die niet over het desbetreffende statuut beschikken. De invoering van inkomensgebaseerde maatregelen (bijvoorbeeld: RVV uitbreiding met OMNIO) zorgt ervoor dat ze voor iedereen met hetzelfde inkomen van toepassing zijn. Tegelijk komen mensen wiens inkomen (net) te hoog is, hiervoor niet in aanmerking. Toch kan het zijn dat ze, door hoge en structurele gezondheidskosten en ondanks de maximumfactuur, slechts over een (zeer) beperkt besteedbaar inkomen beschikken. *“Ze kijken naar het inkomen, maar niet naar de uitgaven. Op dit moment*

224 V.C. (2013). *Een financiering 'op maat' van de wijkgezondheidscentra*, 28 mei 2013. Zie ook: <http://www.maisonmedicale.org/Depuis-le-1er-mai-le-systeme-de.html>.

225 Vancorenland, Sigrid (2013). "Evolutie van het gezondheidszorgbeleid van chronisch zieken", *CM-Informatie*, 252, p. 12-25.

*zijn de uitgaven voor de ziekenhuizen, dokters, apothekers zo hoog dat je eigenlijk geen hoog inkomen meer hebt als je dat zou uittellen. Dat vind ik het ergste, dat ze nooit kijken naar de uitgaven die een persoon heeft aan medische kosten”.*

Deze complexiteit is één van de redenen waarom mensen hun recht op bepaalde tegemoetkomingen niet kunnen laten gelden. Als remedie wordt vaak naar een automatische toekenning van rechten gegrepen, maar ook dit is een complexe aangelegenheid omwille van het probleem van de beschikbaarheid en uitwisseling van gegevens<sup>226</sup>. Deelnemers aan het overleg wijzen erop dat automatisering voor mensen in armoede een goede zaak is. Ze moeten dan immers niet langer zelf het initiatief nemen om hun recht op bijvoorbeeld de verhoogde tegemoetkoming te onderzoeken en te laten gelden, de arts heeft minder papierwerk en dus meer tijd voor zijn patiënt ... Sommigen vrezen wel de gevolgen van ‘systematische’ afspraken tussen zorgverstrekkers. Deelnemers getuigen dat er artsen zijn die samen werken met een vaste apotheker die de voorgeschreven medicatie automatisch klaar legt voor de patiënt. Dit kan efficiënt zijn, maar laat de patiënt weinig mogelijkheid om de aankoop van medicatie uit of af te stellen wanneer hij die niet kan betalen. *“De dokter schrijft toch medicijnen voor en ik kan ze toch niet betalen dus moet ik prioriteiten stellen”.*

De toekenning van het RVV- en OMNIO-statuut en van de MAF zijn afhankelijk van het inkomen van het gezin. Tot nu toe wordt ‘gezin’ ofwel gedefinieerd als de rechthebbende en zijn partner en personen ten laste (RVV) of als alle personen die op hetzelfde adres gedomicilieerd zijn (OMNIO en MAF). Deze definitie is problematisch voor samenwonenden. Door de optelling van hun inkomens bij de berekening van het ‘gezinsinkomen’ zien ze hun kans op een tegemoetkoming verkleinen. Vanuit genderperspectief stelt men vragen bij de aansluiting bij de verplichte ziekteverzekering die op individuele basis gebeurt en de berekening voor de uitkeringen waarbij naar de samenstelling en het inkomen van het huishouden wordt gekeken<sup>227</sup>. Dit gaat in tegen het verzekeringsprincipe.

226 Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2013). *Automatisering van rechten met betrekking tot de bevoegdheden van de federale staat*. Nota op vraag van de Begeleidingscommissie.

227 Nederlandse Vrouwenvrouwraad (2011). *Individuele rechten in de sociale zekerheid*, Brussel, NVR.

### 2.3.2. Ongedekte zorgen en medicatie

De verplichte GVV-verzekering dekt (een deel van) de officiële tarieven van medicijnen en consultaties. Bepaalde belangrijke zorgen en medicatie worden vandaag bijgevolg niet of onvoldoende terugbetaald (niet-dringend medisch vervoer, thuiszorg, bepaald medisch materiaal, gespecialiseerde tandheelkundige zorg, brillen ...) <sup>228</sup>. Ook consultaties binnen de geestelijke gezondheidszorg worden niet terugbetaald, wat de drempel om er een beroep op te doen nog vergroot. Sociaal en financieel zwakkere personen met ernstige psychische of psychiatrische problemen hebben toegang tot de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) tegen een verminderde bijdrage of zelfs gratis. Mensen in armoede getuigen dat wanneer raadplegingen bij een arts terugbetaald zijn, dit niet steeds geldt voor de opvolging ervan, bijvoorbeeld bepaalde medicatie, orthodontie ... Door betalingsmoeilijkheden hebben ze onvoldoende mogelijkheden om de voorgeschreven behandeling uit te voeren, waardoor hun situatie vaak verergerd.

Deze tekortkoming van de verplichte ziekteverzekering doet de vraag naar privé-verzekeringen toenemen. Cijfers van private ziekteverzekeraars tonen dat de helft van de Belgen over een privéverzekering beschikt<sup>229</sup>. Kwetsbare groepen doen hier echter minder of helemaal geen beroep op. Ze hebben een grotere kans dat hun werkgever geen collectieve verzekering aanbiedt of dat ze een individuele verzekering niet kunnen betalen. Nochtans hebben juist zij baat bij een bijkomende dekking, omdat zij vaker in een slechtere gezondheid verkeren. Deelnemers aan het overleg weerleggen bovendien het argument dat een privéverzekering alleen extra ‘comfort’ zou dekken. Ze achten een ruimere verplichte dekking noodzakelijk om gezondheidskosten te betalen.

### 2.3.3. Aansluiting bij ziekenfonds

Om te kunnen genieten van de verplichte GVV-verzekering is een inschrijving bij een verzekeringsinstelling (mutualiteit of ziekenfonds) naar keuze noodzakelijk.

228 De Vlaamse zorgverzekering vangt specifieke zorgkosten onder bepaalde voorwaarden op: <http://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/gezondheidszorg/vlaamse-zorgverzekering/vlaamse-zorgverzekering>.

229 [http://www.assuralia.be/fileadmin/content/stats/03\\_Cijfers\\_per\\_tak/05\\_Gezondheid/04\\_Aantal\\_verzekerden/NL/01\\_Aantal\\_verzekerden%2001.htm](http://www.assuralia.be/fileadmin/content/stats/03_Cijfers_per_tak/05_Gezondheid/04_Aantal_verzekerden/NL/01_Aantal_verzekerden%2001.htm).



Bij de meeste mutualiteiten wordt voor de aansluiting lidgeld betaald, waarmee het ziekenfonds haar aanbod aan aanvullende verzekering financiert. Bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) bestaat dit aanvullend aanbod niet en moet er dus geen lidgeld betaald worden. Hoewel dit de toegang vergemakkelijkt, betreuren mensen in armoede dat ze bij de HZIV niet kunnen genieten van de aanvullende verzekering en dat ze dus zelf hogere kosten moeten dragen wanneer ze een risico hebben die niet gedekt is. De verplichte verzekering van de ziekenfondsen wordt gefinancierd door de sociale bijdragen van de gerechtigde op basis van zijn arbeidsinkomen of gelijkgestelde situatie. Verzekerden die geen sociale bijdragen betalen (studenten, renteniers, kloosterlingen, resident of 'verblijvende' ...), moeten persoonlijke bijdragen betalen afhankelijk van hun gezinsinkomen. Mensen die een leefloon ontvangen, betalen geen sociale bijdragen. Ook zelfstandigen moeten zich bij een ziekenfonds aansluiten en sociale bijdragen betalen.

Gezinnen in armoede getuigen dat sommige ziekenfondsen het statuut van persoon ten laste niet erkennen omdat het kind niet voorkomt in de gezinssamenstelling. Een kind ten laste moet nochtans niet dezelfde woonplaats delen met de gerechtigde.

Een andere ervaring is dat ze door hun ziekenfonds worden uitgesloten vanwege een overmatige schuldenlast. Ze zouden een wachttijd hebben moeten doorlopen alvorens opnieuw toegang te krijgen tot hun rechten. Bij een eerste inschrijving bij een verzekeringsinstelling geldt geen wachttijd. Het recht gaat onmiddellijk in en blijft geldig tot twee jaar na het laatste jaar waarin men in orde was met de (sociale of persoonlijke) bijdragen. Wanneer men zijn recht verliest, kan men een beroep doen op de sociale dienst van de mutualiteit of op het OCMW om dit recht terug in orde te brengen. Wanneer iemand binnen een periode van twee jaar zijn bijdragen opnieuw in orde brengt, wordt het dossier geregulariseerd en is er geen wachttijd.

Na twee jaar moet men zich herinschrijven en geldt er een wachttijd van zes maanden, dit om te vermijden dat mensen geen persoonlijke bijdragen betalen en toch van de verplichte verzekering genieten. Bepaalde categorieën zijn van deze wachtperiode vrijgesteld: WIGW; rechthebbenden op een leefloon, op een Inkomensgarantie voor Ouderen (IGO), op verhoogde kinderbijslag voor een kind met een handicap, op een

tegemoetkoming voor personen met een handicap; langdurig oudere werklozen en personen in een behatenswaardige situatie (dit wordt bepaald door de leidend ambtenaar van het RIZIV op basis van een verslag opgesteld door het betrokken ziekenfonds). In principe kunnen mensen in een kwetsbare situatie zich dus zonder wachttijd herinschrijven bij een mutualiteit. De deelnemers aan het overleg vragen zich dan ook af waarom zo'n ingewikkelde procedure blijft bestaan. Herinschrijven is wel nodig wanneer men geen (referentie-)adres meer heeft. Volgens de deelnemers aan het overleg kunnen de werkwijzen van mutualiteiten in de praktijk wel van elkaar verschillen. Ze hebben ook ervaren dat – daar een herinschrijving meestal minder administratie met zich meebrengt dan een regularisatie waarbij veel opzoekwerk vereist is – sommige beroepskrachten voor de gemakkelijkste weg kiezen in plaats van voor de meest voordelige voor de rechthebbende.

In de ogen van mensen in armoede blijven de meeste diensten die de ziekenfondsen aanbieden vaag en is de informatie over de medische kosten en hun terugbetaling ontoereikend, ondanks de vele inspanningen van mutualiteiten (folders, fiches, website ...). Anderzijds zijn mensen in armoede vragende partij om de informerende en begeleidende rol van de ziekenfondsen te versterken, vanuit een positieve ervaring met hun sociaal assistent. *“We hebben ondertussen wel een sociaal assistente bij de mutualiteit, die ons al een paar keer geholpen heeft met dingen. Want ik moet daar eerlijk in zijn ... Op den duur krijg je zoveel papieren van verschillende dokters, van controles ... dat je niet meer weet wat je ermee moet doen. Want ik ben maar een gewoon mens hé. Ik ben maar gewoon naar school geweest. En dan ben je afhankelijk van mensen die hogerop staan”*. Tijdens het overleg werd bevestigd dat het ziekenfonds, via zijn maatschappelijke diensten, een assisterende en raadgevende taak heeft. Mensen in armoede zouden moeten worden aangezet om daar meer gebruik van te maken. Vele mutualiteiten voeren immers een nabijheidsbeleid (permanenties, huisbezoeken ...) dat dreigt ingeperkt te worden in tijden van budgettaire krapte.

Voor zelfstandigen kan er zich een probleem stellen. Om hun rechten op gezondheidszorg te openen gedurende een burgerlijk jaar (bijvoorbeeld 2014), moeten ze in orde zijn met hun sociale bijdragen in de loop van het referentiejaar 'x-2' (in ons voorbeeld 2012). Er wordt een bijdragebon afgeleverd vanaf het begin van het volgend jaar (januari 2013). Het valt echter voor dat dit pas gebeurt op het

einde van het jaar (nadat de zelfstandige zijn sociale bijdragen heeft betaald voor het referentejaar). Wanneer in ons voorbeeld, de zelfstandige niet in orde is met zijn sociale bijdragen voor 2012, zal de verzekeringsinstelling pas eind 2013 aan de zelfstandige meedelen dat zijn dekking voor gezondheidszorgen niet zal kunnen verlengd worden op 1 januari 2014. Op dat ogenblik is een vrijstellingsaanvraag (bij de Commissie voor Vrijstelling van Bijdragen van de FOD Sociale Zekerheid) voor het referentejaar (2012) niet meer ontvankelijk of slechts voor het laatste trimester. Het is immers maar mogelijk een vrijstelling retroactief aan te vragen voor maximum één jaar. De dekking voor gezondheidszorgen van de zelfstandige kan slechts hersteld worden door de betaling, door de zelfstandige of het OCMW, van ofwel het saldo van de sociale bijdragen van het referentejaar, ofwel de bijdragen 'ingeschrevene in het Rijksregister' (zie 2.3.4). Deze kunnen echter bijna even hoog zijn dan de sociale bijdragen van dat jaar en bovendien blijft de betaling van de sociale bijdragen invorderbaar door de sociale zekerheidskas.

#### 2.3.4. *Inschrijving in Rijksregister*

De dekking van de verplichte GVVU-verzekering werd in 1998 uitgebreid naar iedereen die in het Rijksregister is ingeschreven. Ondanks deze veralgemening van het recht op ziekteverzekering blijven er mensen uit de boot vallen. Mensen in een precair of onwettig verblijf hebben geen toegang tot de verplichte ziek-

teverzekering. Dit geldt ook voor thuislozen zonder referentieadres. Toch blijft men streven naar een universele dekking. Zo zijn sinds 2008 niet begeleide schoolgaande minderjarigen als aparte categorie rechthebbenden opgenomen<sup>230</sup>. In principe hebben alle mensen in een precair of onwettig verblijf wel toegang tot bepaalde gezondheidszorgen via de Dringende Medische Hulp aangeboden door het OCMW. Toch hebben burgers uit de Europese lidstaten en de leden van hun gezin sinds kort niet langer toegang tot de DMH gedurende de eerste drie maanden van hun verblijf (zie punt 4.3).

Naast de verschillende mogelijkheden om sociale of persoonlijke bijdragen te betalen (2.3.3), biedt de loutere hoedanigheid van 'resident' of 'ingeschrevene in het Rijksregister' toegang tot de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Deze hoedanigheid is gecreëerd voor personen die geen ander statuut hebben of die extreem weinig inkomsten hebben. Hun persoonlijke bijdragen worden berekend in functie van hun inkomen (er bestaan vrijstellingen). Zelfstandigen (gefaillieerd of niet) kunnen ook een beroep doen op deze mogelijkheid.

230 Punt "22" in artikel 32, eerste lid, 15° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994. Het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding pleit momenteel om het recht op de GVVU-verzekering ook toegankelijk te maken voor de begeleide schoolgaande minderjarigen.

### 3. Uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid

Naast de terugbetaling van gezondheidskosten kent de verplichte GVVU-verzekering uitkeringen toe die het loonverlies van gerechtigden moeten opvangen in geval van ziekte. Door de toename van het aantal arbeidsongeschikten wint deze tak van de sociale zekerheid aan belang en komt hij zelfs onder druk te staan (3.1). Na de geneeskundige verzorging, de pensioenen en de werkloosheid gaan er, binnen de sociale zekerheid, de meeste middelen naartoe<sup>231</sup>. Tegelijk wordt hoe langer hoe meer duidelijk dat de bedragen van de uitkeringen

vaak ontoereikend zijn om menswaardig te kunnen leven en om bijkomende structurele gezondheids- en zorgkosten te betalen (3.2). We bekijken in welke mate de recent verhoogde aandacht voor de terugkeer naar werk een effectieve oplossing kan zijn voor deze tendensen (3.3).

231 RIZIV (2013). RIZIV-jaarverslag 2012 - 4° Deel - Thematische uiteenzettingen - Evoluties en oorzaken van arbeidsongeschiktheid, Brussel, RIZIV.

### 3.1. Toename van uitkeringsgerechtigden

Wanneer een onderworpen aan de verplichte GVV-verzekering omwille van gezondheidsredenen voor 66 % of meer ongeschikt wordt geacht om te werken, kan hij door de adviserend geneesheer van de mutualiteit arbeidsongeschikt worden verklaard en moet hij het werk volledig stoppen. Het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid wordt 'primaire arbeidsongeschiktheid' genoemd. Na één jaar arbeidsongeschiktheid spreekt men van 'invaliditeit', waarover de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI) van het RIZIV beslist.

Het aantal invaliden neemt voortdurend toe. Eind 2011 telde België 289.814 invaliden (werknemers en zelfstandigen) tegenover 278.071 in 2010. Het gaat om een toename van 42 % tussen 2001 en 2011. Deze stijging wordt onder andere veroorzaakt door de vergrijzing, maar ook door de toename van psychische en mentale stoornissen en door evoluties op de arbeidsmarkt<sup>232</sup>. Een recent OESO-onderzoek bevestigt dat 1/3 van de aanvragen voor invaliditeitsuitkeringen gebeurt op basis van geestelijke problemen en dat dit aandeel toeneemt<sup>233</sup>. Invaliditeit trof 6,6 % van de Brusselaars in de periode 2008-2011 en vaker vrouwen dan mannen. Mentale gezondheidsproblemen zijn hier de voornaamste oorzaak van invaliditeit<sup>234</sup>.

De invloed van de arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden op de toename van de invaliditeit is niet meer te negeren. Ook de toegenomen degressiviteit van de werkloosheidsuitkeringen heeft mogelijks een impact op het aantal arbeidsongeschikten (zie ook hoofdstuk werk). Daarnaast klagen mensen in armoede het gebrek aan kwaliteitsvolle jobs en de onaangepastheid van de arbeidsmarkt al langer aan. Dit maatschappelijk probleem wordt echter vaak geïndividualiseerd, gemedicaliseerd en afgeschoven op de gezondheidssector (zie ook 1.1.4).

232 RIZIV (2013), *op.cit.*

233 OESO (2013). *Mental health and work: Belgium*, OESO Publishing.

234 Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad (2012). *Welzijnsbarometer, Brussels Armoederapport 2012*, Brussel, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, p. 57.

### 3.2. Ontoereikende uitkeringen

Gedurende de periode van primaire arbeidsongeschiktheid stemt de uitkering overeen met 60 % van het gederfde salaris. Vanaf de zevende maand gelden er minimumprestaties die onder andere variëren naargelang de gezinssituatie (gezinshoofd, alleenstaand, samenwonend). De invaliditeitsuitkering stemt overeen met 65 % van het salaris voor invaliden met personen ten laste, 55 % voor alleenstaanden en 40 % voor samenwonenden<sup>235</sup>. De maximum- en minimumbedragen verschillen ook naargelang de gezinssituatie. Bij ziekte en onderbreking van hun activiteit hebben ook zelfstandigen recht op een uitkering, mits ze aan enkele voorwaarden voldoen. Tijdens de eerste maand van hun arbeidsongeschiktheid ontvangen ze echter niets. Dit is een moeilijke maand omdat hen ook geen gewaarborgd loon wordt uitbetaald. Pas vanaf de tweede maand krijgen ze een forfaitaire dagvergoeding die eveneens afhankelijk is van hun familiale situatie. Tijdens de periode van ziekte of invaliditeit kunnen zelfstandigen gelijkstelling wegens ziekte aanvragen, waardoor ze hun sociale rechten behouden zonder sociale bijdragen te moeten betalen.

De evolutie van de invaliditeitsuitkeringen heeft geen gelijke tred gehouden met de loonevolutie en de uitkeringen zijn dus geleidelijk geërodeerd. Bovenop de dagelijkse uitgaven komen ook nog de uitgaven voor geneeskundige verzorging, die zwaar kunnen wegen op het budget van een invalide persoon. De te lage uitkeringen dragen ertoe bij dat mensen noodzakelijke zorgen uitstellen, wat hun gezondheid niet ten goede komt.

Het debat over de individualisering van rechten lijkt minder problematisch voor het domein van de gezondheidszorg. Op basis van een inschrijving in het Rijksregister heeft iedereen immers rechtstreeks individuele rechten. Bovendien genieten de personen ten laste van een gerechtigde op de verplichte GVV-verzekering dezelfde rechten als deze gerechtigde. Wel kan de aansluiting bij de verplichte GVV-verzekering – op individuele basis – op gespannen voet komen te staan met de berekening van de uitkeringen – op basis van de samenstelling en/of inkomen van het huishouden –

235 De uitkering toegekend aan alleenstaanden wordt beschouwd als het individueel recht. Het deel dat mensen met personen ten laste meer krijgen is het afgeleid recht. Het verschil tussen het bedrag voor een alleenstaande en voor een samenwonende wordt het niet ontvangen eigen recht genoemd.

waardoor een huishouden met twee bijdragebetalers een lagere uitkering kan krijgen dan een huishouden met één bijdragebetaler en één persoon ten laste. Het niet-ontvangen eigen recht van de samenwonenden wordt als problematisch beschouwd. Dit wekt een gevoel van onrechtvaardigheid op en is in strijd met de gelijke behandeling van vrouwen en mannen<sup>236</sup>.

### 3.3. Heroriëntering naar werk

De statuten van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit zijn niet definitief maar bestaan in het perspectief van een werkhervatting. Hiertoe evalueert de adviserend geneesheer regelmatig de arbeidsongeschiktheid van de betrokkene en geeft hij al dan niet zijn toelating om zich terug te integreren op de arbeidsmarkt. Na zes maanden arbeidsongeschiktheid onderzoekt hij eerder de restcapaciteiten van arbeidsongeschikten dan hun belemmeringen/handicap. Hij zal daarbij niet alleen kijken of de arbeidsongeschikte in staat is om naar zijn vorige betrekking terug te keren, maar ook om een beroep uit te oefenen aansluitend bij zijn opleiding. Uit een studie van het RIZIV blijkt echter dat in 2008 slechts 3,5% van de invaliden uit het systeem treedt om het werk te hervatten<sup>237</sup>. Vele deelnemers aan het overleg vragen zich af of de arbeidsmarkt niet steeds minder aangepast is aan steeds meer burgers, en vooral aan de meest kwetsbare en dit ondanks de toegenomen intenties van de overheid, diensten en instellingen om arbeidsongeschikte mensen aan het werk te helpen.

#### 3.3.1. Inkomensval

Mensen in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit kunnen zich omwille van allerlei objectieve en subjectieve factoren geremd voelen om het werk te hervatten. Het overleg getuigt dat velen de benaming 'invaliditeit' niet alleen als stigmatiserend ervaren, maar ook als definitief. In hun perceptie is er weinig opening naar hertewerkstelling. *"Ik heb zelf bijna een jaar op ziekenkas gestaan. De mutualiteit vertelde me toen dat ik na een jaar over zou gaan op invaliditeit, maar dat wou ik echt niet. Nee, dan hebt ge een stempel waar ge*

*niet meer vanaf geraakt. Vind dan nog maar eens werk erna"*<sup>238</sup>. Het feit dat de beroepsactiviteiten volledig moeten worden stop gezet vooraleer men als arbeidsongeschikt kan worden erkend, bevordert de hervatting van het werk niet. Zeker voor zelfstandigen is dit een reëel probleem omdat ze hun activiteit volledig terug moeten opstarten.

Arbeidsongeschikten vrezen ook terug ziek te worden of uit te vallen nadat ze een tijdje gewerkt hebben, waardoor hun werkgever weer een gewaarborgd loon moet uitbetalen, ze een labiele of onbetrouwbare indruk maken ... *"Ik ben dan vanzelf terug beginnen werken toen ik ziek was, halftijds. En dan is dat naar de adviserend geneesheer gegaan dat ik 15 uur werkte en de rest werd betaald door de ziekenkas. Maar ik ben dan terug door mijn benen gegaan en viel dan weer volledig op de ziekenkas. Maar omdat ik terug was gaan werken, was dat voor de ziekenkas blijkbaar een probleem. En dan denk ik: wat is nu het beste, toch dat je probeert terug te gaan werken?"*. Bovendien is het bij een voltijdse werkhervatting onmogelijk om een stap terug te zetten naar een deeltijdse werkhervatting aangevuld met een uitkering. Bij een late terugval<sup>239</sup> wordt men eerst weer 'voltijds' arbeidsongeschikt. Wanneer men terug aan de slag gaat in een andere functie voor een lager loon, kan er ook inkomensverlies zijn wanneer men opnieuw arbeidsongeschikt wordt, daar de uitkering berekend wordt op het loon. Voor mensen in armoede is dit een reëel risico, waardoor hun kwetsbare situatie nog verergert.

Mensen met een invaliditeitsuitkering dreigen bij een hertewerkstelling hun sociale voordelen te verliezen, tenzij ze een officieel attest van invaliditeit kunnen voorleggen. *"... dan moet je een jaar wachten om terug 66% erkend te worden als invalide. Dan moet je een jaar wachten vooraleer je terug je busabonnement aan 25 euro per maand hebt, vooraleer je de telefoonkosten kan verminderen ..."*. Het sociale beschermingssysteem probeert deze val te vermijden. Zo blijft de sociale toeslag voor langdurig zieken en invaliden op de kinderbijslag acht kwartalen gelden na de werkhervatting en indien aan de inkomensvoor-

.....

236 Nederlandstalige Vrouwenraad vzw, *op.cit.*

237 RIZIV (2011). *Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden - loontrekkenden*, Brussel, RIZIV. Dit cijfer is erg globaal en spreekt zich uit over een heterogeen publiek in leeftijd, geslacht, sociale situatie ... en is dus slechts indicatief.

238 Netwerk tegen Armoede (2013). *Invaliditeit en participatie*, Werknota 2 juli 2013, Brussel, Netwerk tegen Armoede.

239 Tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid wordt elke werkhervatting van minder dan 14 dagen als een terugval beschouwd (welke geen einde maakt aan de periode van arbeidsongeschiktheid). Tijdens de periode van invaliditeit wordt elke werkhervatting van minder dan 3 maand als een terugval beschouwd (welke geen einde maakt aan de periode van invaliditeit).

waarden wordt voldaan. Men blijft ook het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming behouden tot na de eerst volgende controle en een stopzetting ervan gebeurt steeds op het einde van het kalenderjaar. Ook de regeling van progressieve tewerkstelling probeert, onder andere door het behoud van het statuut van invalide, aan bovenstaande bekommernissen tegemoet te komen (3.3.3).

Wanneer arbeidsongeschikten het werk niet hervatten binnen de zes maanden verhoogt de kans dat ze langdurig in de invaliditeit terecht komen. Hoe langer men ziek is, hoe meer de arbeidsmarkt evolueert en de eigen capaciteiten stagneren, hoe groter de mentale impact is van niet te werken en hoe lager de weerbaarheid om de veranderde arbeidsmarkt het hoofd te bieden ...<sup>240</sup> Bij arbeidsongeschiktheid omwille van psychische stoornissen krijgt deze invaliditeitsval een vicieus karakter. Stoppen met werken, lijkt vaak de gemakkelijkste weg uit een stresserende of conflictueuze arbeidssituatie, maar de potentieel nefaste gevolgen van het ziekteverzuim kunnen de mentale gezondheid nog verslechteren<sup>241</sup>. Omgekeerd speelt de invaliditeitsval ook. Mensen in armoede delen tijdens het overleg hun ervaring dat een OCMW hen heeft aangeraden om op invaliditeit te blijven in plaats van te gaan werken. Wanneer het loon lager is, beschikken ze immers over minder inkomen om hun eventuele schulden af te betalen. Ze kennen ook werkgevers die hun arbeidsongeschikte werknemers soms liever op invaliditeit zien staan zodat ze geen verbrekingsvergoeding moeten betalen bij ontslag wegens ziekte (mogelijk na zes maanden arbeidsongeschiktheid).

### 3.3.2. *Verschillende statuten*

Ook de complexiteit van de verschillende statuten van arbeidsongeschiktheid kan mensen afschrikken of in moeilijkheden brengen wanneer ze opnieuw willen gaan werken<sup>242</sup>. De arbeidsongeschiktheid wordt anders gedefinieerd door verschillende instellingen

(aangestuurd door verschillende beleidsniveaus, zoals RIZIV, Directie-Generaal Personen met een Handicap, VDAB ...) vanuit een andere invalshoek (medisch, arbeidsmarktgericht ...) en met een andere finaliteit (evalueren, controleren, activeren ...) en kent andere uitkeringen en voordelen toe.

Binnen de ziekte- en invaliditeitsverzekering spreekt men van tweederde arbeidsongeschiktheid en invaliditeit (66 %) <sup>243</sup>. Binnen de werkloosheidsreglementering daarentegen kan de RVA een erkenning van arbeidsongeschiktheid van minstens 33 % toekennen aan werkzoekenden die moeilijkheden hebben om werk te aanvaarden vanwege gezondheidsredenen. In dit geval verstrekt de arts van de RVA sinds kort advies over de beroepen die de werknemer wel nog kan uitvoeren en maakt hij dit advies over aan de gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling<sup>244</sup>. In 2011 was slechts 38,6 % van deze personen met een arbeidshandicap aan de slag<sup>245</sup>. Sinds kort wordt de druk om te werken voor werklozen met een arbeidshandicap groter. Ze zullen hun arbeidsongeschiktheid niet langer kunnen aanwenden om vrijgesteld te worden van de controleprocedure van actief zoekgedrag<sup>246</sup> (zie ook hoofdstuk werk).

Voor mensen die niet erkend worden als minstens 66 % arbeidsongeschikt door de mutualiteit en als meer dan 66 % door de RVA, stelde zich tot voor kort een groot probleem. Ze konden immers geen aanspraak maken op een arbeidsongeschiktheids- of werkloosheidsuitkering en werden “*van het kastje naar de muur gestuurd*”. De samenwerkingsakkoorden tussen het RIZIV, de verzekeringsinstellingen, het VAPH/AWIPH en de arbeidsbemiddelingsdiensten zouden dit probleem moeten verhelpen (3.3.3).

.....

240 Remacle, Anne et al. (2012). “Langdurige arbeidsongeschiktheid. De levensloop van personen met een langdurige arbeidsongeschiktheid”, *CM-Informatie*, 218, p. 3-13.

241 Donceel, Peter (2011). *Arbidsongeschiktheid evalueren bij psychische aandoeningen: een uitdaging voor de uitkeringsverzekering*, RIZIV symposium, 8 juni 2011.

242 Vandembroucke, Pieter (2010). “Niet elke handicap geeft gelijke kansen: over werk, armoede en handicap”, in Jan Vranken et al. (red.), *Armoede en sociale uitsluiting, jaarboek 2010*, Leuven, Acco, p. 339-359.

.....

243 Het gaat om een verminderd verdienvermogen van tweederde of meer van wat een gezonde persoon in gelijkaardige omstandigheden en met een gelijkaardige opleiding kan verdienen.

244 Palsterman, Paul (2012). “Les réformes de l’été en matière de chômage”, in F. Etienne en M. Dumont (2012). *Regards croisés sur la sécurité sociale*, Limal, Anthemis, p. 645-966.

245 Samoy, Erik (2013). *Handicap en arbeid. Deel 1. Definities en statistieken over de arbeidsdeelname van mensen met een handicap*, Brussel, Departement Werk en Sociale Economie.

246 K.B. van 23 juli 2012 tot wijziging van de werkloosheidsreglementering en diens toepassingsmodaliteiten in het kader van de versterkte degressiviteit van de werkloosheidsuitkeringen, *Belgisch Staatsblad*, 30 juli 2012.

@Een ander statuut heeft betrekking op mensen in een MMPP-statuut<sup>247</sup>. De gewestelijke arbeidsbemiddelingsdiensten hebben de taak een screening uit te voeren om te bepalen of een werkzoekende al dan niet tot dit statuut behoort. Deze worden dan begeleid in een activeringstraject dat zich moet focussen op de medische/mentale/psychische/psychiatrische problematiek en op de socio-economische, sociale of psychosociale obstakels die hun socioprofessionele inschakeling belemmeren. Sommige deelnemers aan het overleg keuren deze categorisering van werkzoekenden zwaar af. Volgens hen is de kans groot dat de arbeidsbemiddelingsdienst zich beroept op een sociale norm die overeenstemt met de inzetbaarheids-criteria die door een onderneming bepaald zijn maar die ver af staan van de leefwereld van de mensen in armoede. Ze menen dat de kans groot is dat deze categorie een 'catch-all'<sup>248</sup> wordt, waarin alle mensen met een atypisch traject ondergebracht en gestigmatiseerd worden (zie ook 1.14).

Hier dient ook de overgang van het statuut van werkloze naar dat van arbeidsongeschikte vermeld te worden. Een werkloze die arbeidsongeschikt wordt, ontvangt de eerste zes maanden een arbeidsongeschiktheidsuitkering die gelijk is aan zijn werkloosheidsuitkering. Met de invoering van de degressiviteit van de werkloosheidsuitkeringen komen deze arbeidsongeschikten snel in een zeer precarie situatie terecht. Vele actoren klagen deze onrechtvaardige situatie aan. Arbeidsongeschikte werklozen zijn niet alleen niet in staat om te werken maar hebben ook meer gezondheidskosten ten gevolge van hun ziekte.

### 3.3.3. *Back to work*

Het stijgend aantal invaliden brengt zowel financiële als maatschappelijke uitdagingen met zich mee, waarop - volgens de bevoegde instellingen - een verhoogde inzet op de socioprofessionele re-integratie van arbeidsongeschikten een zinvol antwoord lijkt, voor zover dat voor hen denkbaar is. Hiertoe zijn het RIZIV en de mutualiteiten nauwer gaan samenwerken met de gewestelijke diensten die een actief arbeidsmarktbe-

leid voeren. Deze samenwerkingsakkoorden tussen het RIZIV, de verzekeringsinstellingen, de agentschappen voor personen met een handicap en de arbeidsbemiddelingsdiensten kregen recent concreet vorm in de verschillende regio's. Hierdoor zou er een wisselwerking moeten ontstaan tussen medische en activerende expertise en tussen partners die elkaars beslissing over het percentage arbeidsongeschiktheid respecteren. Het wordt in theorie dus onmogelijk dat mensen tussen de mazen van het net vallen en de speelbal zijn tussen uitkeringsinstanties. Vooralsnog merken verenigingen van mensen in armoede in de praktijk weinig verschil.

In deze context heeft de federale regering in mei 2011 het *Back to work*<sup>249</sup>- plan aangenomen. Dit plan beoogt de vrijwillige en begeleide socioprofessionele re-integratie te bevorderen door rechthebbenden de kans te geven om zich opnieuw - gedeeltelijk of volledig - op de arbeidsmarkt te begeven, zonder hun sociale rechten of gezondheidstoestand in gevaar te brengen. Het is een verzameling van nieuwe en versterkte initiatieven, bijvoorbeeld het stimuleren van herscholing (door de vergoeding per opleidingsuur en de slaagpremie op te trekken) en het uitwerken van trajecten op maat.

Vooraf het systeem van de deeltijdse werkhervatting is versoepeld. Binnen deze progressieve tewerkstelling of toegelaten arbeid kunnen arbeidsongeschikten met een verminderd verdienvermogen van minstens 50 % met toelating van de adviserend geneesheer deeltijds weer gaan werken met behoud van hun statuut en (een deel van) hun uitkering (volgens bepaalde regels)<sup>250</sup>. Voortaan hebben arbeidsongeschikte werknemers bovendien de toestemming van hun adviserend geneesheer niet langer vooraf nodig, waardoor ze niet op goedkeuring van hun aanvraag moeten wachten vooraleer te kunnen starten<sup>251</sup>. Via dit systeem is in 2011 8,1 % van de invalide werknemers en 10 % van de invalide zelfstandigen deeltijds aan de slag gegaan. Dat is een toename ten opzichte van 2010. 40 % van de werknemers en 25 % van de zelfstandigen hervat

247 Beleidsnota, MMPP en activering, 15 januari 2010. [http://www.cgsb-bruxelles.be/uploads/media/Note\\_MMPP\\_-\\_activation\\_02.pdf](http://www.cgsb-bruxelles.be/uploads/media/Note_MMPP_-_activation_02.pdf)

248 Van Leuven, Frédérique (s.d.) "MMPP: médicaliser le chômage pour mieux exclure", *Mental'idées*, nr. 18, p. 10-20.

249 Zie beleidsnota van de staatssecretaris voor Sociale Zaken, Gezinnen, Personen met een handicap en Wetenschapsbeleid, belast met Beroepsrisico's: <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/53/1964/53K1964007.pdf>.

250 Artikel 100, § 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, *Belgisch Staatsblad*, 31 december 1998.

251 Koninklijk besluit van 12 maart 2013 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, *Belgisch Staatsblad*, 2 april 2013.

het werk voltijds. De kans om het werk voltijds te hernemen, is groter wanneer de deeltijdse werkhervatting gebeurde in de eerste zes maanden van de arbeidsongeschiktheid (de helft van de arbeidsongeschikten herneemt dan het werk) en wanneer deze deeltijdse activiteit van korte duur is (één tot zes maanden). Ongeveer één op vier hervalt terug in volledige arbeidsongeschiktheid<sup>252</sup>. Hoewel dit systeem zeker een meerwaarde heeft (bijvoorbeeld behoud van statuut), kent het ook nog knelpunten<sup>253</sup>. Tijdens het overleg wordt aangehaald dat het 50 % verminderd verdienvermogen door verschillende adviserende geneesheren anders wordt geïnterpreteerd. Het wordt bijvoorbeeld vaak als richtlijn gebruikt om halftijdse tewerkstelling (voor 50 %) goed te keuren. Daarnaast wordt geopperd dat ondanks het feit dat een voltijdse werkhervatting niet het einddoel is, sommige adviserend geneesheren dat toch voor ogen hebben. Voor chronisch zieken lijkt het systeem daardoor nog niet flexibel genoeg.

Hoewel het plan *Back to work* opgezet is als een begeleiding naar werk op vrijwillige basis en hierin zeker kansen liggen voor de rechthebbenden, klonken er tijdens het overleg ook waarschuwingen. Sommige deelnemers vrezden bijvoorbeeld dat de uitkeringen, die al zeer laag zijn, aan gelijkaardige voorwaarden verbonden zullen worden als de werkloosheidsuitkeringen, waarvan de degressiviteit reeds een feit is. Daarnaast stelt men zich vragen bij de betekenis van 'vrijwilligheid' en staat men huiverachtig tegenover het risico dat ook arbeidsongeschikten en invaliden in een activeringslogica zullen vervat worden. Het feit dat werkzoekenden met een arbeidshandicap hun actief zoekgedrag naar werk sinds kort moeten bewijzen, voedt deze vrees (zie 3.3.2).

Bovendien is volgens deelnemers aan het overleg de kans groot dat arbeidsongeschikten niet terugkeren naar werk maar naar de werkloosheid. Het risico is immers groot dat onvoldoende werkgevers bereid zijn om mensen met gezondheidsproblemen na een re-integratietraject in aangepaste jobs aan te werven, opdat dit plan werkelijk een wedertewerkstellingsprogramma zou zijn. Het is best mogelijk dat men zich via een preselectie zal richten tot de mensen die het makke-

lijkst te integreren zijn. De meest kwetsbaren blijven zodoende in hun statuut van invalide vast zitten.

Hier komt ook de rol van de adviserend geneesheer in beeld. Hij geeft immers zijn goedkeuring voor de toegelaten arbeid, de herscholing of voor andere opleidingen en stages, en keurt bij hervatting ook opnieuw de arbeidsongeschiktheid goed. Wanneer een arbeidsongeschikte gerechtigde een herscholingstraject volgt bijvoorbeeld, zal de adviserend geneesheer na zes maanden beoordelen of de betrokkene door zijn herscholing voldoende verdienvermogen heeft opgebouwd. Bij deze evaluatie moet de adviserend geneesheer geen rekening houden met het al dan niet hervatten van een beroepsactiviteit. Het gebeurt dat de rechthebbende niet langer als arbeidsongeschikt wordt beschouwd en het risico loopt in de werkloosheid terecht te komen<sup>254</sup>.

Mensen in armoede klagen het gebrek aan communicatie tussen de adviserend geneesheer, de behandelend arts en de patiënt aan. Ze hebben de ervaring dat informatie vaak verkeerd wordt doorgegeven of geïnterpreteerd waardoor ze met hun slechte gezondheidssituatie in een vicieuze cirkel terecht komen. Ze vragen zich bijvoorbeeld af waarop een adviserend geneesheer zich baseert om de belasting van een bepaalde job in te schatten voor mensen in een kwetsbare situatie. De interpretatie van de adviserend geneesheer kan mensen "binnen of buiten het stelsel zetten". Er is een mogelijkheid om in beroep te gaan tegen een beslissing van de adviserend geneesheer bij de Arbeidsrechtbank. Dit blijft echter een grote stap voor mensen in armoede, ondanks de juridische steun die mutualiteiten hierbij kunnen bieden. Het is aan te bevelen een interne beroepsprocedure in te voeren waarbij een tweede opinie wordt voorzien.

Deelnemers aan het overleg zijn zich bewust van de moeilijke rol van de adviserend geneesheer. Hij heeft te weinig tijd per verzekerde om zijn eigenlijke rol van adviseur en begeleider te vervullen, waardoor hij eenzijdig overkomt in zijn rol als controleur. Deze perceptie dreigt nog versterkt te worden door de responsabilisering van de adviserend geneesheren in het kader van de strijd tegen sociale fraude die hen nog meer in een controlelogica duwt.

252 Dienst voor uitkeringen (2012). *Deeltijdse werkhervatting met toestemming van de adviserend geneesheren bij arbeidsongeschikte gerechtigden*, Brussel, RIZIV.

253 Vlaams Patiëntenplatform (2013). *Knelpuntennota over toegelaten arbeid*, Heverlee, Vlaams Patiëntenplatform.

254 RIZIV (2012). *Jaarverslag 2011*, Brussel, RIZIV.

### 3.3.4. Verhoogde druk op het systeem

Tijdens het overleg meldden mensen in armoede ons dat ze sinds enkele jaren een toename van het aantal uitsluitingen uit de uitkeringsverzekering vaststellen. Arbeidsongeschikten zouden niet langer erkend worden omdat hun dossiers worden herbekeken in het licht van hun ‘voorafbestaande toestand’<sup>255</sup>. Wanneer blijkt dat er geen oorzakelijk verband is tussen de medische aandoening en het begin van de arbeidsongeschiktheid, verliest de persoon zijn recht op een uitkering. Mensen die dus reeds een verminderd verdienvermogen hadden voordat ze op de arbeidsmarkt kwamen, worden uit de sociale zekerheid geweerd en doorverwezen naar het stelsel van de tegemoetkomingen voor personen met een handicap. Dit stelsel garandeert hen echter geen eigen inkomen en voorziet geen begeleiding naar werk.

Ook de strijd tegen sociale fraude, een politieke prioriteit sinds het federaal regeerakkoord van 2011<sup>256</sup>, verhoogt de druk op het systeem. Met het oog op de terugvordering van onterecht uitgekeerde bedragen en de strijd tegen de uitkeringsfraude zet het akkoord in op meer controle en op een sterkere responsabilisering van de verzekeringsinstellingen. Zo worden de zieken-

255 Altéo (2010). *Ligt het begrip ‘vroegere staat’ (in het kader van artikel 100 § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994) aan de basis van de uitsluiting van bepaalde kwetsbare personen uit de invaliditeitsverzekering?*, CM-Informatie, 239, maart 2010, p. 13-19.

256 Staatssecretaris voor Fraudebestrijding (2012). “Even streng voor sociale als voor fiscale fraude”, interview in *Het Laatste Nieuws*, 6 oktober 2012.

fonds verplicht het RIZIV een keer per kwartaal het totaalbedrag aan onterechte betalingen mee te delen. Ze worden er ook toe aangezet de gegevens van het Rijksregister van natuurlijke personen te raadplegen. Ook de behandelende artsen en de adviserende geneesheren worden geresponsabiliseerd<sup>257</sup>.

Binnen het RIZIV is de Dienst voor Administratieve Controle (DAC) belast met de strijd tegen de sociale fraude. Zo zoekt die naar niet toegestane cumuls van ziekteverzekeringssuitkeringen met het bij de RSZ aangegeven inkomen (opsporing via gegevenskruising - datamatching - of kruising van databanken), fictieve onderwerpen aan de sociale zekerheid, niet toegestane activiteiten (zwartwerk), domiciliefraude, fraude met SIS-kaarten, enzovoort<sup>258</sup>.

Bij het overleg leeft heel wat kritiek op deze strategie. De communicatie errond geeft de indruk dat de problematiek groot is en houdt het risico in dat rechthebbenden op de uitkeringen bijna systematisch gestigmatiseerd worden. Het opvoeren van de strijd tegen uitkeringsfraude verhoogt bij mensen in armoede bovendien de angst voor sociale controle bij huisbezoeken, preventie maatregelen en outreachende activiteiten, terwijl ze eigenlijk nood hebben aan vertrouwen en een aangepaste begeleiding.

257 Di Rupo, Elio (2011), *Ontwerpverklaring over het Algemeen Beleid, 1 december 2011*, 2.1.9. De sociale fraude bestrijden, p. 99.

258 Stiernon, Michel (2010). “Sociale fraude. Definities, acties door het RIZIV, coördinatie van de strijd tegen fraude”, *Informatieblad*, 2010/3, p. 159-190.

## 4. Sociale bijstand

Ondanks de bescherming die de verplichte GVV-verzekering biedt, vertoont de tegemoetkoming in de kosten voor geneeskundige verzorging nog tekortkomingen, waardoor sommige mensen in zware financiële problemen kunnen komen bij gezondheidsproblemen. De verhoogde druk op de uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid kan tot gevolg hebben dat meer en meer mensen hun recht hierop verliezen. Voor personen met een handicap (4.1) en voor hen die buiten de sociale zekerheid vallen, kan de sociale bijstand een laatste vangnet bieden, zowel om hen te helpen hun recht

op een uitkering te laten gelden (4.2) als om tussen te komen in hun medische kosten (4.3). Mensen in een precair of onwettig verblijf kunnen er terecht voor Dringende Medische Hulp (4.4).

Het onderscheid tussen sociale zekerheid en sociale bijstand is echter niet zo strikt af te lijnen. Wanneer er binnen de verplichte GVV-verzekering van de sociale zekerheid maatregelen worden genomen zoals de invoering van de maximumfactuur of de niet-terugbetaling van bepaalde behandelingen, beïnvloeden



deze beslissingen of en in welke mate OCMW's hulpvragers kunnen tegemoetkomen. Door de druk op de sociale zekerheid, waardoor meer mensen een beroep doen op de sociale bijstand en door de huidige federale budgettaire besparingslogica, verhoogt ook de druk op het residuair stelsel. Bovendien kan de huidige dominante logica van activering en voorwaardelijkheid er toe leiden dat OCMW's, bij ernstige gezondheidsproblemen, het behoud van het leefloon afhankelijk maken van het volgen van een medische behandeling. Zo worden maatschappelijk assistenten soms verplicht om een sociaal probleem te 'medicaliseren' om te voorkomen dat iemand zijn rechten verliest<sup>259</sup>.

#### 4.1. Tegemoetkomingen voor personen met een handicap

##### 4.1.1. Toename van uitkeringsgerechtigden

Personen wiens verdienvermogen door hun handicap beperkt is tot 1/3 van wat een gezond persoon op de algemene arbeidsmarkt kan verdienen, kunnen recht hebben op een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT). Afhankelijk van de invloed van hun handicap op hun zelfredzaamheid kunnen personen met een handicap ook recht hebben op een integratietegemoetkoming (IT). Deze tegemoetkomingen worden uitbetaald door de Federale Overheidsdienst voor Sociale Zekerheid, Directie-Generaal voor Personen met een handicap, na erkenning van de handicap.

Het aantal personen met een IVT/IT is sterk toegenomen, van 115.915 in 2000 tot 163.336 eind 2012 (51,6 % heeft recht op een IVT en een IT; 38 % alleen op een IT en 10,4 % alleen op een IVT). In de periode 2001-2011 is het aantal uitkeringsgerechtigden op beroepsactieve leeftijd gestegen met 42 %, maar de stijging vlak de laatste jaren wel af<sup>260</sup>.

Ondanks de toename van personen met een IVT/IT, is ons gesignaleerd dat een aantal personen met een handicap hun rechten toch niet opnemen, omdat ze niet erkend zijn en dus geen tegemoetkoming krijgen. Voor deze non take-up kunnen verschillende redenen

zijn, zoals onbekendheid met de maatregelen, de complexiteit van het systeem, de vrees voor stigmatisatie en controle, drempel om een aanvraag in te dienen bij de gemeente. Omwille van de negatieve perceptie van handicap, zullen bijvoorbeeld mensen in kwetsbare situaties zichzelf niet snel beschouwen als iemand met een handicap, zelfs al is hun verdienvermogen of zelfredzaamheid beperkt. Een gelijkaardige redenering geldt ook voor ouderen die hun verminderde zelfredzaamheid bijvoorbeeld aan hun leeftijd wijten en niet beschouwen als een handicap, waardoor ze geen erkenning aanvragen en geen recht op tegemoetkomingen creëren<sup>261</sup>.

##### 4.1.2. Ontoereikende uitkeringen

Om het bedrag van de inkomensvervangende tegemoetkoming te bepalen, wordt vooreerst rekening gehouden met de gezinssituatie van de persoon, naargelang hij alleenstaand, samenwonend is of kinderen ten laste heeft. Nadien wordt ook het inkomen van de rechthebbende (met inbegrip van vervangingsinkomsten) in rekening gebracht en eventueel dat van zijn partner (samenwonenden zonder bloedverwantschap tot de derde graad). Het bedrag van de integratietegemoetkoming hangt af van de mate waarin de handicap de zelfredzaamheid beperkt.

Een recent onderzoek naar de effectiviteit van de IVT en IT voor mensen met een handicap<sup>262</sup> besluit dat de bedragen van de tegemoetkomingen te laag zijn om een minimumbescherming te bieden, om de extra kosten die de handicap met zich meebrengt te kunnen dragen, en om voldoende mogelijkheden voor maatschappelijke participatie te garanderen. Deze studie kijkt ook naar de hoeveelheid extra uitgaven die een persoon met een handicap heeft om een zelfde levensstandaard te bereiken als iemand zonder handicap. Als men rekening houdt met deze extra kosten, schieten de tegemoetkomingen nog meer te kort. Huishoudens met personen met een IVT/IT hebben immers hoge extra kosten die niet gedekt worden door de tegemoetkoming. Wanneer iemand erkend wordt als een persoon met een handicap, kan hij wel rekenen op een aantal

259 Herscovici, Anne (2007). "Les CPAS, au pied du mur des inégalités", *Santé conjugée*, nr. 40, p. 60-66.

260 FOD Sociale zekerheid – Directie-Generaal Personen met een handicap (2013). *Jaaroverzicht 2012 in cijfers*, Brussel, DG Personen met een handicap.

261 65-plussers kunnen een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) aanvragen. Daar deze tegemoetkoming niet aan bod is gekomen tijdens het overleg, laten we haar verder buiten beschouwing.

262 Vermeulen, Bram et al. (2012). *Handilab. Effectiviteit van de inkomensvervangende en integratietegemoetkomingen*, Leuven, LUCAS.

andere rechten die uit die erkenning voortvloeien, zowel op het federale niveau als dat van de gewesten en gemeenschappen<sup>263</sup>. Er bestaan een aantal regelingen die in een compensatie moeten voorzien voor de extra kosten. De vraag is hier of dit vooral financieel dient te gebeuren of in de vorm van diensten.

Ook de complexiteit van het systeem is in vele gevallen nadelig voor de situatie en de bestaanszekerheid van personen met een handicap. Ze worden geconfronteerd met verschillende maatregelen en statuten (ziekteverzekering, werkloosheidsverzekering, leefloon, tegemoetkoming handicap), waarbij de overgang van het ene naar het andere vaak leidt tot andere uitkeringsbedragen, voorwaarden, voordelen, enzovoort. In het federale regeerakkoord staat dat: *“De regering zal voorts een evaluatie uitvoeren van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten en een algehele hervorming van het stelsel voorstellen om het te vereenvoudigen [en] de evaluatiecriteria van een handicap te moderniseren ...”*<sup>264</sup>. De staatssecretaris voor Personen met een handicap heeft in het kader hiervan een raadpleging van de mensen op het terrein opgezet; een synthese van de verzamelde bijdragen is ondertussen opgemaakt<sup>265</sup>. Intussen zijn door de DG Personen met een handicap verschillende projecten inzake vereenvoudiging en automatisering van procedures opgestart<sup>266</sup>.

#### 4.1.3. Prijs van de liefde

In de berekening van het bedrag van de tegemoetkomingen voor personen met een handicap worden ook de inkomsten van de partner meegerekend (met een vermindering als gevolg). Er worden heel wat vragen gesteld bij deze ‘prijs van de liefde’. Een integratietegemoetkoming bijvoorbeeld moet helpen om de extra kosten van een handicap te dragen, een handicap die los staat van samenwonen of niet.

Uit de voormelde studie blijkt dat bij de respondenten met een partner slechts een kwart van deze partners werkt. Vooral van de inkomensvervangende tegemoetkoming blijft niet veel meer over eens er rekening is gehouden met de inkomsten van de partner. Actoren wijzen er op dat dit de autonomie van mensen met een handicap niet ten goede komt. Wanneer bijvoorbeeld vrouwen met een slechte gezondheid die nooit hebben gewerkt van hun man scheiden, kunnen ze niet anders dan bij het OCMW aankloppen voor een leefloon. Omdat hun kansen op tewerkstelling zo goed als onbestaande zijn, worden ze aangespoord om een IVT aan te vragen. Wanneer ze daarna echter een andere partner leren kennen en willen gaan samenwonen, dreigen ze hun tegemoetkoming te verliezen en komen ze opnieuw in een afhankelijke positie terecht. *“Toen ik getrouwd was, kreeg ik geen inkomen omdat ik getrouwd was. Dan heb ik 10 jaar hard geknokt om iemand te zijn en nu krijg ik weer niets. Dat is zo van: wie ben ik nog? Wat schiet er nu van mij over als persoon? Dat geeft geen aangenaam gevoel voor mezelf, dat weer afhankelijk worden van iemand, leven op iemand zijn kosten”*.

#### 4.1.4. Prijs van de arbeid

Personen met een inkomensvervangende of – weliswaar in mindere mate – een integratietegemoetkoming betalen een hoge prijs wanneer ze hun tegemoetkoming willen combineren met een inkomen uit arbeid. Voor personen met een IVT is de cumul nagenoeg onmogelijk. Bovendien vrezen ze dat ze hun tegemoetkoming met terugwerkende kracht moeten terugbetalen eens ze werk hebben gevonden. Voor de IT zorgt de beperkte vrijstelling op vervangingsinkomen (ziekte-invaliditeit-werkloosheid) ten opzichte van de uitgebreidere vrijstelling op inkomen uit arbeid, voor spanningen wanneer inkomen uit arbeid wordt omgezet in een vervangingsinkomen. Het huidige stelsel werd immers uitgewerkt vanuit de gedachte dat de combinatie van handicap en een job slechts sporadisch voorkwam. Toch zoeken personen met een handicap naar mogelijkheden om te participeren aan de arbeidsmarkt. In tegenstelling tot mensen in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit kunnen personen die genieten van een IVT/IT echter geen beroep doen op de begeleiding naar werk die voorzien is in het *Back to work*-programma (3.3.3). Heel wat actoren vragen dan ook maatregelen om de tewerkstellingsmogelijkheden van personen met een handicap te verhogen en om de combinatie met een erkenning/uitkering te vergemakkelijken.

263 De brochure *“Maatregelen voor personen met een handicap in vogelvlucht”* van de DG Personen met een handicap geeft een overzicht van een aantal voordelen voor personen met een handicap, of ze nu toegekend worden door de DG Personen met een handicap of door een andere instantie.

264 Federale regering (2011). *Regeerakkoord*, p. 160.

265 <http://www.presscenter.org/nl/pressrelease/20121126/herziening-van-de-wet-van-1987-betreffende-de-uitkeringen-voor-personen-met-ee>

266 Zie de bijdrage van de DG Personen met een handicap in: Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2013). *Automatisering van rechten met betrekking tot de bevoegdheden van de federale staat*. Nota op vraag van de Begeleidingscommissie, p. 15-17.

## 4.2. Toegang tot rechten

Artikel 1 van de organieke OCMW-wet<sup>267</sup> stelt dat het OCMW “eenieder in de mogelijkheid moet stellen om een menswaardig leven te leiden”. Binnen het systeem van sociale bescherming maakt het aanbod van het OCMW deel uit van de sociale bijstand, het laatste vangnet voor hulp. Het recht op maatschappelijke dienstverlening is met andere woorden een residuair recht. Het OCMW dient dus “alle nuttige raadgevingen te verstrekken en stappen te doen om aan de betrokkenen alle rechten en voordelen te verlenen waarop zij krachtens de Belgische of de buitenlandse wetten aanspraak kunnen maken”<sup>268</sup>. Dit wil zeggen dat OCMW’s steeds moeten onderzoeken of hulpvragers niet elders de nodige hulp kunnen krijgen. OCMW’s zullen dus nagaan of hulpvragers zijn aangesloten bij een mutualiteit en of ze in aanmerking komen voor een tegemoetkoming aan personen met een handicap.

Het OCMW moet “- indien de persoon aan wie hulp wordt geboden niet verzekerd is tegen ziekte en invaliditeit - de betrokkene lid maken van een verzekeringsinstelling naar zijn keuze, en bij gebrek aan een dergelijke keuze, van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (HZIV). In de mate van het mogelijke wordt er een persoonlijke bijdrage geëist van de betrokkene”<sup>269</sup>. Voor Europeanen moet worden bekeken of ze al dan niet gedekt zijn door een ziekteverzekering in hun eigen land vooraleer ze in België verzekerd kunnen worden. Wanneer ze tijdens dit onderzoek ziek worden, lopen ze het risico dat ze nergens verzekerd zijn. Bij problemen om de sociale bijdragen te betalen, kan het OCMW tussenkomen om het vroegere of huidige tekort aan te vullen. Een deel van de hulpvragers van het OCMW, bijvoorbeeld de begunstigen van een (equivalent) leefloon of een IGO, zijn vrijgesteld van sociale bijdragen. Het OCMW zal samen met deze rechthebbenden ook de nodige stappen zetten opdat ze van een verhoogde tegemoetkoming kunnen genieten. In sommige gevallen is een herinschrijving niet nodig en kan de situatie van de hulpvrager bij het ziekenfonds geregulariseerd worden (2.3.3). Uit het overleg bleek het belang van een goede samenwerking tussen maatschappelijk assistenten en

267 Organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, *Belgisch Staatsblad*, 5 augustus 1976.

268 Artikel 60 § 2 van de organieke wet.

269 Artikel 60 § 5 van de organieke wet geldt sinds de wet van 5 augustus 1992 houdende bepalingen betreffende de OCMW’s (art. 35).

consulenten van OCMW’s en mutualiteiten om voor alle betrokkenen de meest opportune oplossing te vinden.

Van mensen die bij het OCMW aankloppen voor een leefloon en die omwille van erkende gezondheidsproblemen moeilijk of niet te integreren zijn op de arbeidsmarkt, wordt nagegaan of ze in aanmerking komen voor een IVT. Deze overgang loopt niet steeds even vlot bij gebrek aan een goed dossier, door de lange doorlooptijd van de afhandeling van dat dossier of door moeilijke samenwerking tussen het OCMW en de DG Personen met een handicap. Merken we op dat slechts de helft van de aanvragen worden goedgekeurd, vaak na een lange procedure, en dus met een ontgoochelend antwoord voor de betrokkenen en grote dossierlast voor de administratieve diensten.

## 4.3. Tussenkost in medische kosten door OCMW

Om zijn opdracht tot maatschappelijke dienstverlening uit te voeren, kan het OCMW tussenkomen in de betaling van medische of farmaceutische kosten, in de vorm van een betalingsverbintenis, medische kaart of medische conventie<sup>270</sup>. Binnen het principe van de gemeentelijke autonomie mag elk OCMW verschillende prioriteiten stellen<sup>271</sup>.

### 4.3.1. Context

Volgens de organieke OCMW-wet beslist elk OCMW autonoom welke medische kosten op welke manier ten laste worden genomen. Deze autonomie heeft als voordeel dat elk OCMW haar beleid bijvoorbeeld kan afstemmen op de kenmerken en behoeften van de personen die op haar grondgebied verblijven. Een nadeel is dat er zoveel verschillende praktijken bestaan als er OCMW’s zijn en dat dit bij hulpvragers die bij een OCMW aankloppen zowel onduidelijkheid wekt als de indruk van willekeur.

Het OCMW moet een sociaal onderzoek uitvoeren om de behoefte van hulpvragers vast te stellen, vooraleer tussen te komen in medische kosten. Dit onderzoek

270 Artikel 57 van de organieke wet.

271 Mast, A. et al. (2006). *Overzicht van het Belgisch administratief recht*, Meche- len, Kluwer, p. 627.

vraagt niet alleen tijd maar houdt ook geen rekening met het deel van het inkomen dat sowieso moet gespendeerd worden aan structurele medische kosten. Sinds midden juni 2012 kan ongeveer 80 % van de Belgische OCMW's online nagaan in welke juridische situatie de hulpvrager zich bevindt en het inkomen uit uitkeringen controleren<sup>272</sup>. Dat verlicht enerzijds het administratief werk van de OCMW's en kan de behandelingstermijn van de aanvraag inkorten. Anderzijds blijft het problematisch dat alleen het 'officieel' inkomen in beeld komt in plaats van het inkomen dat werkelijk beschikbaar is.

Onder vastgestelde voorwaarden kan het OCMW bepaalde kosten terugvorderen van de federale overheid (tot op vandaag via de Programmatorische Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie (POD MI))<sup>273</sup>. Het gaat vooral over tussenkomsten in de medische en farmaceutische kosten in het kader van dringende medische hulp. Voor de kosten die niet terugvorderbaar zijn, is het OCMW aangewezen op eigen middelen. Deze kosten kunnen voor sterk verschillen van OCMW tot OCMW, afhankelijk van de vraag naar sociale hulp op hun grondgebied en van de middelen die ze kunnen besteden aan de tussenkomst in medische kosten. Het al dan niet terugbetalen van de medische kosten door de POD MI zou het OCMW niet als motivatie mogen gebruiken om de medische kosten van een hulpvrager al dan niet ten laste te nemen.

Wanneer het OCMW gevraagd wordt om tussen te komen in medische kosten die reeds gemaakt zijn, bijvoorbeeld een niet betaalde ziekenhuisfactuur, kan er discussie ontstaan over het al dan niet ten laste nemen ervan. Het is immers moeilijk te achterhalen of de hulpvrager op een moment in het verleden behoeftig was. Dit betekent concreet dat hulpvragers best naar het OCMW stappen vooraleer ze een beroep doen op een zorgverlener, wat problematisch is in het geval van een spoedopname.

#### 4.3.2. Medische kaart

Een medische kaart (MK) is een document dat het OCMW aflevert aan een hulpvrager en waarmee het er

.....

272 Staatssecretaris voor Armoedebestrijding (2012), "De OCMW's hebben rechtstreeks toegang tot informatie over werkloosheidsuitkeringen", persbericht, 25 juni 2012, <http://www.deblock.belgium.be/nl/ocmw%E2%80%99s-hebben-rechtstreeks-toegang-tot-informatie-over-werkloosheidsuitkeringen>.

273 POD Maatschappelijke Integratie (2012). *Informatiedocument. De medische bewijsstukken in het kader van de wet van 02/04/1965 en het ministerieel besluit van 30/01/1995*, Brussel, POD Maatschappelijke Integratie.

zich ten aanzien van een zorgverlener toe verbindt de kosten van bepaalde medische prestaties gedurende een bepaalde termijn ten laste te nemen. Een MK kan uitgeleend worden voor een noodzakelijke behandeling die beperkt is in de tijd (bijvoorbeeld een zwangerschap). Deze werkwijze veronderstelt dat de patiënt een eerste consultatie betaalt om de noodzaak van de behandeling te laten vast stellen. Een medische kaart kan ook periodiek (of preventief), los van een eventuele behandeling, overhandigd worden.

In principe bevordert de MK de toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor de hulpvrager. Ze vergemakkelijkt de contacten tussen OCMW-cliënten en verschillende zorgverstrekkers (dokters, apothekers, ziekenhuizen ...). De kaart kan niet alleen flexibel aangepast worden aan zijn noden, maar werkt ook preventief doordat gezondheidsproblemen sneller (kosteloos) behandeld kunnen worden. Bovendien vermindert ze de administratieve rompslomp voor zowel de begunstigde als de zorgverlener en is het bijvoorbeeld niet meer nodig om zich telkens naar het OCMW te begeven, wat een belangrijk voordeel is voor personen die zich moeilijk verplaatsen, oudere mensen of chronisch zieken. De zorgverlener kan er ook zeker van zijn dat hij betaald wordt.

Toch kampt de huidige vorm van de MK ook met beperkingen. Zo vrezen OCMW's onder andere dat ze de financiële controle op de medische uitgaven van de gebruikers verliezen. Zorgverleners van hun kant zijn niet steeds gewonnen voor het gebruik van de MK omdat ze het onvoldoende kennen en problemen vermoeden met het medisch beroepsgeheim. Deelnemers aan het overleg bevestigen dat wanneer slechts enkele artsen met de medische kaart willen werken in een bepaalde gemeente, de vrije keuze van de patiënt voor een arts en de toegang tot aangepaste kwaliteitsvolle zorg in het gedrang kan komen. Daarnaast is er ook het risico dat er een parallel zorgcircuit ontstaat voor mensen met financiële problemen. Gebruikers klagen ook het stigmatiserend karakter van de tussenkomst van het OCMW aan en de diversiteit in de toekenningsvoorwaarden en modaliteiten van de MK. Voor sommige gebruikers vormt het feit dat de maatschappelijk werker kennis heeft van bijvoorbeeld de medicijnen die hij neemt of van de behandelingen die hij moet ondergaan een inbreuk op zijn privacy.

OCMW's hebben ook de mogelijkheid om medische conventies af te sluiten met zorgverstrekkers. Dit is een afsprakenkader tussen het OCMW en zorgverleners op haar grondgebied (of daarbuiten) om een beleid te voeren

inzake de toegang tot gezondheidszorg en de terugbetaling van gezondheidskosten. Een conventie kan bijvoorbeeld het probleem van de eerste consultatie oplossen, de betrokkenheid van en samenwerking met zorgverleners formaliseren en het OCMW de mogelijkheid bieden om de medische consumptie van hulpvragers mee te sturen (bijvoorbeeld alleen generische geneesmiddelen voorschrijven, werken met een globaal medisch dossier ...). De invoering van conventies tussen het OCMW en een netwerk van zorgverstrekkers, die een voldoende breed zorgaanbod (eventueel zelfs buiten gemeentelijk grondgebied) aan geconventioneerde tarieven toegankelijk maken, is belangrijk voor de patiënten. Maar ook hier kan de vrijheid van de hulpvrager om te kiezen voor een bepaalde arts, apotheek of een bepaald ziekenhuis beperkt worden door de keuzes die het OCMW maakt om met welbepaalde zorgverstrekkers samen te werken. Sommige deelnemers aan het overleg vinden daarom dat patiënten en zorgverstrekkers (ook buiten het gemeentelijk grondgebied) aan het OCMW zouden moeten kunnen voorstellen om een conventie te ondertekenen om de zorgcontinuïteit en het behoud van de vertrouwensrelatie tussen de patiënt en zijn vaste arts te garanderen. Anderen benadrukken dat OCMW's meer conventies zouden moeten afsluiten met privé-ziekenhuizen, om de keuze van de patiënt te verruimen.

Uit onderzoek<sup>274</sup> blijkt dat in 2009 25 % van de 380 deelnemende OCMW's gebruik maakte van de MK, hoofdzakelijk voor de terugbetaling van kosten voor geneesmiddelen en een bezoek aan de huisarts. Het is het OCMW zelf dat beslist over de relevantie van het gebruik van de MK en over de omvang van de ten laste genomen zorgen. Ook de concrete uitvoeringsbepalingen verschillen bijgevolg naargelang de omgeving van het OCMW (grootte, middelen, doelpubliek) en zijn interventiebeleid (het belang van toegankelijke gezondheidszorg). Er zijn grote verschillen in de geldigheidsduur van de MK, de ten laste genomen zorgprestaties, de gegevens op de MK, de toekenningsvoorwaarden. Meestal zijn deze criteria zowel financieel als sociaal. Het zijn vooral rechthebbenden op een leefloon die van de MK gebruik maken. Personen met een inkomen uit arbeid (bijvoorbeeld via een contract onder artikel 60) genieten er meestal niet

van, tenzij hun inkomen onvoldoende is om noodzakelijke medische kosten te dekken. OCMW's kunnen ook bijkomende criteria hanteren om de MK toe te kennen: permanent in de gemeente verblijven, de ernst en de duur van een ziekte, een bijzondere sociale situatie (schulden, kinderen ...) <sup>275</sup>. Deze grote diversiteit aan praktijken wekt vaak de indruk bij hulpvragers dat OCMW's willekeurig te werk gaan. Het houdt ook in dat kaartgebruikers die naar een andere gemeente verhuizen soms niet langer van bepaalde, broodnodige maatregelen kunnen genieten.

#### 4.3.3. Harmonisering en vereenvoudiging

Tegelijk ontwikkelen OCMW's ook zelf oplossingen om bepaalde hinderpalen te overwinnen en hun praktijken te harmoniseren. Zo hanteren de 19 OCMW's van het Brussels Gewest eenzelfde lijst van medisch-farmaceutische producten die ze terug betalen aan hun cliënten maar zelf niet kunnen terug vorderen bij de federale overheid. Vanuit een preventief perspectief maken ze zo de toegang tot medicijnen mogelijk en vermijden ze dat mensen achteraf duurdere zorgen nodig hebben. Sommige OCMW's in Wallonië en Vlaanderen hebben er ook voor gekozen om medicijnen uit deze lijst terug te betalen <sup>276</sup>.

Momenteel loopt er binnen de POD MI een project om de tenlasteneming van de medische hulp door de OCMW's te beheren. Het informaticaprogramma MediPrima<sup>277</sup> zal op korte en middellange termijn door alle OCMW's en verpleeginstellingen gebruikt worden om de behandeling van medische hulp te verbeteren, vereenvoudigen en rationaliseren. Het systeem zal in een eerste fase alleen gelden voor de Dringende Medische Hulp en voor facturen van medische zorgen (ambulante en residentieel) in verpleeginstellingen. OCMW's zullen hun beslissingen over de medische tenlastename elektronisch kunnen invoeren

.....  
275 Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad in samenwerking met het Gezondheidsobservatorium van Brussel-Hoofdstad (2001). *De rol van de Brusselse OCMW's in de gezondheidszorg van hun cliënteel. Een bevraging naar de diverse tegemoetkomingen in de medische kosten met in het bijzonder de toepassing van de medische/farmaceutische kaart*, Brussel, BWR.

276 RTBF Info (06/02/2013), *Nouvelle liste des médicaments remboursés par les CPAS bruxellois et FAMGB*, Commission CPAS (2006), *Le droit aux soins de santé pour tout individu vivant dans la Région de Bruxelles-Capitale, une utopie ? Accessibilité aux soins de santé pour les patients dépendants du CPAS*, Livre blanc.

277 Denis Feron (2013). "Mediprima. La réforme de l'aide médicale octroyée par les CPAS". *CPAS Plus*, nr. 6-7, p. 10-15.

.....  
274 Chaoui Mezabi, Dounia (2009). *Verkenning van de werkwijze van OCMW's betreffende de medische kaart*, Brussel, Université de Liège in opdracht van de POD Maatschappelijke Integratie. Het Waalse Gewest heeft aan het Steunpunt ter bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting gevraagd om het gebruik van de medische kaart te bekijken, ook in Brussel en Vlaanderen.

en deze zullen geconsulteerd kunnen worden door de verschillende betrokken zorgverstrekkers. Facturen in het kader van de DMH zullen elektronisch verstuurd kunnen worden naar de HZIV, die bevoegd zal zijn voor de betaling van deze medische zorgen in plaats van de POD MI. In een volgende fase zal de toepassing van het systeem MediPrima uitgebreid worden tot alle zorgverstrekkers en alle mensen die bij het OCMW medische hulp komen vragen, dus ook zij die verzekerd zijn en voor wie het OCMW de kosten draagt. Deelnemers aan het overleg staan positief tegenover een harmonisering van de OCMW-praktijken, op voorwaarde dat de praktijk die het meest gunstig is voor mensen in een kwetsbare situatie de norm wordt.

#### 4.4. Dringende medische hulp

Voor mensen zonder wettig verblijf<sup>278</sup> is de toegang tot de gezondheidszorg beperkt tot de Dringende Medische Hulp (DMH) die via het OCMW<sup>279</sup> wordt verstrekt. De naam ‘dringend’ van deze procedure is misleidend, daar de hulp zowel curatief als preventief kan zijn, ambulante of in een hospitaal. Mensen zonder wettig verblijf moeten zich richten tot het OCMW op wiens grondgebied ze verblijven en meewerken aan een sociaal onderzoek. Op basis van een vastgestelde behoeftigheid en een attest van DMH opgesteld door een arts, komt het OCMW tussen in hun gezondheidskosten, ook voor een verblijf en behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis<sup>280</sup>. De medische kaart is het aanbevolen

instrument om ook voor de begunstigden van de DMH de toegang tot zorg te bevorderen. Daarnaast kunnen deze mensen die zich in een zeer kwetsbare situatie bevinden, ook terecht bij private organisaties die hen tijdelijke zorg bieden en toeleiden naar het regulier gezondheidssysteem.

Tijdens het overleg werden enkele situaties aangehaald waarin de toegang tot de DMH belemmerd wordt<sup>281</sup>. Zo zouden personen die onwettig in het land verblijven maar wonen bij een persoon die een uitkering ontvangt, niet geneigd zijn om een beroep te doen op DMH. Ze moeten dan immers hun verblijfplaats opgeven aan het OCMW. Ze vrezen dat de persoon die hen onderdak verschaft zijn statuut van alleenstaande kan verliezen en als samenwonende een (lager) uitkeringsbedrag zal ontvangen. Toch stellen enkele deelnemers aan het overleg een positieve evolutie vast: OCMW's zouden de situatie meestal niet als een geval van samenwonen beschouwen.<sup>282</sup> Daarnaast zouden sommige ziekenhuizen weigerachtig zijn om tussen te komen in het kader van de dringende medische hulp wanneer mensen geen verblijfplaats hebben waarnaar ze kunnen terug keren na de opname en zouden weigeren het hospitaal te verlaten.

Bovendien kan ook regelgeving in het kader van migratie een negatief effect hebben op iemands recht op bescherming van gezondheid. In 2012 is beslist dat EU-burgers gedurende de eerste drie maanden van hun verblijf in België geen recht hebben op maatschappelijke dienstverlening van het OCMW en geen recht op dringende medische hulp<sup>283</sup>.

278 Toch zijn er uitzonderingen, wanneer de persoon aangegeven arbeid verricht, gehuwd is met een aangesloten persoon, nog geen 25 jaar is en ten laste is van een aangesloten persoon, ouder is van een Belgisch kind, kan terugvallen op een vroegere situatie waarin hij in orde was, een niet begeleide minderjarige is, student in het hoger onderwijs is.

279 Koninklijk Besluit van 12 december 1996 betreffende Dringende Medische Hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven, *Belgisch Staatsblad*, 31 januari 1996.

280 Wet van 2 juni 2006 tot wijziging van artikel 1, 2<sup>e</sup> lid., van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, *Belgisch Staatsblad*, 30 juni 2006.

281 Zie ook: Samenlevingsopbouw Brussel, Dokters van de wereld, Pigment vzw, Medimmigrant, Stadslabo Jes (2012). *Memorandum. Dringende Medische Hulp voor mensen zonder wettig verblijf. Waar knelt het schoentje?*

282 Zie ter zake een vonnis van het Grondwettelijk Hof: Grondwettelijk Hof, 10 november 2011, n°176/2011.

283 Artikel 57quinquies van de OCMW-wet van 17 februari 2012, in werking getreden op 27 februari 2012. Zie POD Maatschappelijke Integratie, Omzendbrief betreffende de burger van de EU en zijn familieleden: wijziging van de voorwaarden om aanspraak te maken op maatschappelijke dienstverlening, 28 maart 2012.

## Aanbevelingen

### 1. Prioriteit geven aan een coherent gezondheidsbeleid, geïntegreerd in alle beleidsdomeinen

Om het recht op bescherming van de gezondheid voor iedereen te realiseren en om de sociale gezondheidsongelijkheden terug te dringen, is het nodig een gezondheidsbeleid te voeren dat ingrijpt op alle determinanten van de gezondheid (tewerkstelling, huisvesting, onderwijs, sociale participatie ...) in samenwerking met de betrokken beleidsdomeinen en -niveaus (*Health in all policies*).

### 2. Uitbouwen van een voldoende, geïntegreerd, toegankelijk en aangepast zorgaanbod

De gezondheidssituatie van mensen in armoede is vaak verbonden met hun leefomstandigheden. Ze vinden vaak moeilijk aansluiting bij het klassieke zorgaanbod dat hoe langer hoe meer gesegmenteerd is en geen rekening houdt met de globaliteit van hun persoon en situatie. Het overleg pleit daarom voor:

- een versterkt kwaliteitsvol en toegankelijk aanbod van eerstelijnszorg, zowel curatief als preventief;
- een toegankelijke kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg;
- meer pro-actieve voorlichting, hulp, en begeleiding van mensen in armoede;
- meer samenwerking tussen de verschillende betrokken zorgverstrekkers, beroepskrachten uit verwante sectoren, begeleiders en hulpverleners.
- 

### 3. De toegang tot de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen waarborgen

#### 3.1. Garanderen dat mensen in armoede geïnformeerd zijn over en toegang hebben tot hun rechten

In België heeft iedereen die is ingeschreven in het Rijksregister toegang tot de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Binnen deze verzekering zijn verschillende sociale correcties ingebouwd opdat ook mensen in precare socio-economische omstandigheden hun gezondheidskosten zouden

kunnen betalen. De hoeveelheid en complexiteit aan statuten, voorwaarden en voordelen kunnen echter een non take-up in de hand werken. Het is primordiaal het gebruik van de bestaande maatregelen te maximaliseren door:

- te blijven werken aan een automatische toekenning van rechten;
- de bestaande inspanningen te versterken van onder andere mutualiteiten en sociale en armenorganisaties om mensen in kwetsbare situaties te informeren over hun rechten op gezondheidszorg en over het gezondheidszorgaanbod. Extra middelen zijn nodig om deze informatie gepaard te laten gaan met advies, begeleiding en/of opvolging om ervoor te zorgen dat de informatie effectief leidt tot een verbeterde toegang tot de gezondheidszorg;
- in het Handvest van de sociaal verzekerde op te nemen dat alle diensten voor sociale bescherming de verplichting hebben om gezamenlijk alle passende acties te ondernemen opdat iedereen, in het bijzonder mensen in een bestaansonzekere situatie, krijgt waar hij recht op heeft.

#### 3.2. Vereenvoudiging van de procedure van regularisatie en herinschrijving bij de verzekeringsinstelling

Om te kunnen genieten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, moet men zich inschrijven bij een verzekeringsinstelling. Wanneer iemand niet in orde is met zijn sociale bijdragen, komt deze inschrijving samen met de verzekering, in het gedrang. Er kan dan een procedure van regularisatie (minder dan twee jaar niet in orde) of herinschrijving (meer dan twee jaar niet in orde) worden doorlopen. Deze procedure is respectievelijk administratief erg ingewikkeld of impliceert een wachtperiode van zes maanden waarin men niet door de verzekering is gedekt. Mensen in kwetsbare situaties zijn echter van deze wachtperiode vrijgesteld. De deelnemers aan het overleg vragen zich af waarom zo'n complexe procedure blijft bestaan wanneer het in principe mogelijk is om de inschrijving voor iedereen die is ingeschreven in het Rijksregister in orde te brengen. Ze pleiten voor een vereenvoudiging van deze procedure en voor een gelijke toepassing door alle mutualiteiten en OCMW's.

## 4. Een betaalbare gezondheidszorg garanderen

Er bestaan verschillende sociale correcties ter bevordering van de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg. De deelnemers aan het overleg pleiten ervoor om de onderlinge coherentie van de verschillende maatregelen te bewaken en om bepaalde maatregelen te versterken. Ze vinden bovendien dat een duaal gezondheidssysteem, waarbij een aanvullende en privéverzekering noodzakelijk wordt om essentiële gezondheidskosten te kunnen betalen, vermeden moet worden.

### 4.1. *Patiënten permanent en tijdig nauwkeurige, duidelijke en begrijpelijke informatie bezorgen over de feitelijke kostprijs van medische zorgen.*

Ondanks beschikbare informatie over de consultatieprijs bij artsen, over welke zorgverstrekkers al dan niet geconventioneerd zijn, over simulaties voor hospitalisatiekosten ... blijft het voor mensen in precaire omstandigheden moeilijk om in te schatten hoeveel een bepaalde medische behandeling hen zal kosten, inclusief de medicatie, nazorg ... Het is belangrijk dat ze hierover vooraf zo duidelijk en correct mogelijk geïnformeerd worden en doorheen hun traject begeleid worden om een oplossing te zoeken om deze zorgen te bekostigen.

### 4.2. *De toepassing van de derdebetalersregeling verruimen*

Vanaf 1 januari 2015 is de toepassing van de sociale derdebetalersregeling bij de huisarts verplicht voor wie recht heeft op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming of het statuut chronisch zieke. Het is wenselijk de derdebetalersregeling in eerste instantie te veralgemenen voor alle patiënten bij de huisarts en op langere termijn uit te breiden naar alle prestaties van zorgverstrekkers op de eerste (en tweede) lijn.

### 4.3. *De forfaitaire gezondheidszorg beter bekend maken en uitbreiden*

Deelnemers aan het overleg zijn positief over de laagdrempelige, multidisciplinaire, preventieve aanpak van de wijkgezondheidscentra, maar klagen de ontoe-

reikendheid van het aanbod aan. Voor mensen in bestaansonzekerheid vormen deze centra een waardevol alternatief naast het meer klassieke zorgaanbod, dat beter ondersteund moet worden.

### 4.4. *De dekking van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen versterken*

De verplichte verzekering zorgt voor de terugbetaling van geneeskundige prestaties (medicatie en consultaties) die zijn vastgelegd in de nomenclatuur. De deelnemers aan het overleg willen de dekking van de verzekering uitbreiden voor prestaties die nu nog vaak als comfortbehandeling worden gezien en voor psychotherapie. Niet-vergoede kosten verbonden aan protheses en implantaten vormen bijvoorbeeld een groot probleem voor mensen in armoede.

## 5. Het beschermingskarakter van de uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid verhogen

De uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid beogen om bij ziekte het loonverlies van gerechtigden op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen op te vangen. Deze uitkeringen evolueerden echter niet mee met de lonen. Bovendien zijn ze ontoereikend om de hogere gezondheidskosten van arbeidsongeschikten te dragen.

### 5.1. *Het bedrag van de uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid verhogen*

De uitkeringen moeten minstens welvaartsvast worden gemaakt. De deelnemers aan het overleg vinden ook dat er manieren moeten worden gezocht om bij de berekening van het beschikbaar inkomen rekening te houden met de noodzakelijke en structurele gezondheidsuitgaven die zwaar kunnen doorwegen op het budget van mensen in arbeidsongeschiktheid.

Wanneer mensen het statuut van invalide verliezen, verliezen ze vaak ook sociale voordelen die met dit statuut gepaard gaan. Het is aan te bevelen deze voordelen enige tijd te verlengen bij verlies van statuut.



### 5.2. De positie van arbeidsongeschikten ten aanzien van de arbeidsmarkt verduidelijken en verbeteren

- Arbeidsongeschiktheid wordt anders gedefinieerd en geëvalueerd door het RIZIV, de RVA of de FOD Sociale Zekerheid. De verschillen tussen deze statuten kunnen ertoe leiden dat mensen door de mazen van het net vallen, dat juist bedoeld is om hen te beschermen. De recente samenwerkingsverbanden tussen de verschillende verantwoordelijke instanties zouden dit probleem moeten voorkomen. Het is wenselijk de toepassing en impact van deze samenwerking in de praktijk op te volgen en te evalueren.
- Wanneer mensen als arbeidsongeschikt erkend worden, moeten ze het werk helemaal stopzetten. Wanneer ze langdurig arbeidsongeschikt zijn, roept de term ‘invaliditeit’ een permanente toestand op. Het systeem van progressieve tewerkstelling gaat tegen deze perceptie in. Het overleg dringt erop aan deze regeling beter bekend te maken bij adviserend geneesheren en werkgevers en het gebruik ervan te stimuleren.
- Wat betreft het recente plan *Back to work* is het overleg van mening dat het vrijwillig karakter moet primeren op de activeringslogica. Daarnaast is er nood aan aangepaste jobs voor mensen met gezondheidsproblemen en aan flexibiliteit bij de werkgevers en in de regelgeving om op veranderingen in hun gezondheidssituatie in te spelen.

## 6. Tegemoetkomingen voor personen met een handicap meer effectief maken

### 6.1. Het bedrag van de tegemoetkomingen voor personen met een handicap verhogen

De tegemoetkomingen voor personen met een handicap moeten van die aard zijn dat ze ten eerste voorkomen dat personen met een handicap in een situatie van armoede en bestaansonzekerheid terecht komen en ten tweede dat ze de extra kosten van handicap dekken. De integratietegemoetkoming – die de meerkosten van de handicap moet compenseren – moet in functie van de handicap gezien worden en inkomensafhankelijk gemaakt worden.

### 6.2. Het stelsel van tegemoetkomingen openstellen voor personen met een handicap vanaf 18 jaar

De toekenning van de IVT/IT vanaf 18 jaar in plaats van 21 jaar moet het mogelijk maken om jongvolwassenen in een overgangssituatie financieel te helpen.

### 6.3. Verdere stappen nemen in de vereenvoudiging en automatisering van erkenningsprocedures.

De samenwerking tussen verschillende diensten en instellingen moet zo georganiseerd worden dat het dossier van de aanvrager terecht komt bij de aangewezen instantie, zonder dat de aanvrager zelf initiatieven hiertoe moet ondernemen en zonder dat er een onderbreking komt in de uitkering.

### 6.4. Verhogen van de tewerkstellingsmogelijkheden voor personen met een handicap.

Het *Back to work*-programma dient uitgebreid te worden naar de groep van personen met een handicap, om hun begeleiding naar werk te versterken. Daarbij is het nodig om voldoende flexibiliteit in te bouwen om de combinatie van een uitkering en een inkomen uit werk mogelijk te maken.

## 7. Bestrijden van de uitsluiting van medische zorg via de sociale bijstand

### 7.1. Stimuleren en verbeteren van de samenwerking tussen OCMW's, mutualiteiten en de FOD Sociale Zekerheid

OCMW's hebben de opdracht om hulpvragers te helpen om hun rechten te laten gelden. Het overleg dringt aan op een betere samenwerking tussen OCMW's en de mutualiteiten om de inschrijving bij de mutualiteit in orde te brengen en met de FOD Sociale Zekerheid om de aanvraag voor een tegemoetkoming voor personen met een handicap in te dienen op basis van een degelijk dossier met een reële kans op goedkeuring.

### 7.2. *Harmoniseren en vereenvoudigen van de praktijken van de OCMW's*

De OCMW's beslissen autonoom of en hoe ze tussenkomen in de betaling van medische kosten van hulpvragers, waarbij ze zich beroepen op het wettelijk criterium van een menswaardig bestaan. Hoewel dit hen toelaat hun beleid af te stemmen op het publiek van hulpvragers op hun terrein, leidt dit tot verschillende praktijken die rechtsonzekerheid in de hand kunnen werken. Daarom pleiten de deelnemers aan het overleg ervoor dat alle OCMW's hun praktijk harmoniseren en voldoende tussenkomen bij medische kosten. Het gebruik van de medische kaart en de medi-

sche conventie zien ze daarbij als een handig instrument. Ook het informatiseringsproject Mediprima kan daartoe bijdragen en moet met het oog daarop opgevolgd en geëvalueerd worden.

### 7.3. *Harmoniseren en vereenvoudigen van de praktijken van Dringende Medische Hulp*

Mensen die onwettig in het land verblijven, kunnen een beroep doen op de Dringende Medische Hulp. Ook hier heeft een OCMW een grote autonomie. Een grotere harmonisatie en vereenvoudiging van bestaande praktijken is primordiaal.

## Lijst van deelnemers

### Overleggroep

- ABVV / FGTB
- ATD Vierde Wereld / ATD Quart Monde
- CAW Oost-Vlaanderen
- Collectif des Femmes de Louvain-la-Neuve
- Collectif Solidarité Contre l'Exclusion
- De Fakkel
- Dokters van de Wereld / Médecins du Monde
- Fédération des Centres de Services Sociaux
- Fédération Wallonne des Assistants Sociaux de CPAS (FéWASC)
- FOD Sociale Zekerheid, DG Personen met een handicap / SPF Sécurité sociale, DG Personnes handicapées
- Gezinsbond
- Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkering (HZIV) / Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI)
- Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen / Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes
- KAAP (Armoedewerking CM Oostende)
- Landsbond Christelijke Mutualiteit / Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
- Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS)
- Luttes Solidarités Travail
- Maison médicale Vieux Molenbeek
- Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten / Union Nationale des Mutualités Socialistes
- Nederlandstalige Vrouwenraad
- Netwerk tegen Armoede
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad / Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles-Capitale
- Relais Santé - CPAS de Liège
- Réseau wallon de lutte contre la pauvreté
- Riso Vlaams-Brabant
- Santé Mentale et Exclusion Sociale - Belgique (SMES-B)
- Straatverplegers vzw / Infirmiers de Rue asbl
- Vereniging van de Stad en de Gemeenten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (VSGB) / Association de la Ville et des Communes de la Région de Bruxelles-Capitale (AVCB)
- Vereniging van Wijkgezondheidscentra (VWGC)
- Vlaamse Ouderenraad
- Vlaams Patiëntenplatform

## Traject 4

*Opgetekend op 12 december 2012*

Een vrouw van rond de 40 jaar woont samen met haar moeder. Ze huren op de privé-markt. Beiden kampen met gezondheidsproblemen. Ze leven van een invaliditeitsuitkering en een pensioen.

Vader was leerkracht, moeder kleuteronderwijzeres. Het gezin heeft het goed totdat vader begint te sukkelan met zijn hart. Wanneer hij overlijdt, komt moeder in een depressie terecht en wordt op rust gesteld. Om financiële redenen moeten dochter en moeder enkele keren verhuizen. Ze huren nu op de privé-markt en hebben een afspraak met de eigenaar om de huurwaarborg in schijven te betalen.

Ze heeft een graduaatsopleiding gevolgd, maar omwille van haar gezondheidstoestand heeft ze haar eindwerk niet gemaakt. Nadien volgde ze een 'GOP'-project (een geïntegreerde beroepsopleiding voor personen met een arbeidshandicap) maar na zeven maanden wordt ze arbeidsongeschikt verklaard. *Financieel is dat een enorm zware belasting, want ik kan niet werken. Ik zou het wel willen, maar kan het gewoon niet.* Sindsdien ontvangt ze een invaliditeitsuitkering van de mutualiteit. Tevergeefs heeft ze het statuut van persoon met een handicap aangevraagd. *Ik heb dat statuut aangevraagd natuurlijk en dan zeiden ze van: 'Ga maar werk zoeken. U heeft nog een goed hoofd op uw schouders staan, ga maar werk zoeken'.* Om sociaal niet geïsoleerd te geraken, is ze actief als vrijwilligster in het buurthuis.

Het gaat bergaf met haar gezondheid en de gezondheid van haar moeder (diabetes, depressie, dementie ...). Omwille van onbetaalde facturen voor hospitalisatie, thuiszorg, de ambulance ... krijgen ze schulden en komen ze in schuldbemiddeling terecht. Ze heeft al zes maanden de apotheker niet betaald. *En ik doe echt mijn best om alles te betalen maar je kunt ook niet van de bomen blijven leven.* Ze ontzegt zichzelf noodzakelijke zorgen omdat ze onbetaalbaar zijn. *Maar op dit moment zitten we dus zwaar in de problemen. Zo erg dat ik de laatste maanden niet meer naar mijn specialist ben kunnen gaan. Die kost 74 euro per consult. Die kan ik gewoon niet betalen.*

Dochter en moeder worden beschouwd als samenwonend en hebben geen recht op OMNIO omdat hun gezamenlijk inkomen te hoog is. Moeder heeft immers het geluk een goed pensioen te ontvangen. Om dezelfde reden komen ze ook niet in aanmerking voor een sociale woning en komt het OCMW niet tussen voor de huurwaarborg. Ze hebben ook geen recht op andere sociale voordelen of een huursubsidie. Toch hebben ze hoge medische kosten die ze moeilijk kunnen betalen. *Maar wij vallen overal uit de boot en inderdaad, als we alles bij elkaar tellen en we zouden geen gezondheidsproblemen hebben, zouden we het goed kunnen hebben. Dan hebben we niets met armoede te maken en dan komen wij daar helemaal niet in. Maar als ik u nu zeg, wat ik in mijn portemonnee heb, vijf euro voor de rest van deze maand door te komen. Dan hebben we wel problemen en komt dat ... OK, je kan een deel laksheid hebben, maar als het echt niet aan uzelf ligt, als het aan uw gezondheid ligt?*

Moeder komt in aanmerking voor de zorgforfait voor chronisch zieken via de mutualiteit. De mutualiteit heeft daarbij goed geholpen. Ze komt misschien ook in aanmerking voor een incontinentieforfait, maar dan moet het probleem medisch vastgesteld worden en dat kost ook geld. *Dan moet je terug al die dokters langs. Dat kost allemaal geld, want je moet altijd 25 euro voorschot betalen. Verleden week, ik heb niets meer. Ik ging het aan de bank vragen: 'Mag ik efkes onder nul gaan voor eten te gaan halen' en dat mocht niet.*