2019

ARMOEDE EN HANDICAP
IN BELGIË

POD MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE
BETER SAMEN LEVEN
SPP INTÉGRATION SOCIALE
MIEUX VIVRE ENSEMBLE

Federale Overheidsdienst
Sociale Zekerheid

Armoede en Handicap in België

2019

Titel
Handicap en Armoede in België
Eerste Druk: 2019

Eindredactie
Koen Hermans, Jean-Marc Dubois en Annabel Vanroose
FOD Sociale Zekerheid en POD Maatschappelijke Integratie
Administratief Centrum Kruidtuin
Finance Tower Kruidtuinlaan 50
1000 Brussel

Verantwoordelijke uitgever
Peter Samyn en Alexandre Lesiw

Depotnummer
Printversie: D/2019/10.770/39
Webversie: D/2019/10.770/38

Inhoudstafel

VOORWOORD 11

OPZET VAN HET BOEK 13

INLEIDENDE BESCHOUWING 17
Michel Mercier en Michel Grawez, Université de Namur

HOOFDSTUK 1
HET VERANDERENDE BEGRIP 'HANDICAP' 23
Jerome Bickenbach, Universiteit van Luzern en Swiss Paraplegic Research Centre, Zwitserland

1. **De veranderingen van het begrip handicap** 23
2. **Rehabilitatie: de stille partner in de evolutie van het begrip handicap** 26
3. **Alle stukjes in elkaar passen: De ICF** 29
4. **Het einde van de evolutie?** 32
   4.1. Wie is gehandicapt? 33
   4.2. Wat is hier belangrijker, de beperking of de omgeving? 34
   4.3. Is handicap een kwestie van gezondheid? 35
   4.4. Dilemma van verschil 36
5. **Coda** 37

HOOFDSTUK 2
HET FEDERAAL EN REGIONAAL ONDERSTEUNINGSBELEID VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP IN BELGIË 39

HOOFDSTUK 2 – DEEL 1
HET FEDERAAL ONDERSTEUNINGSBELEID VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP 41
Annabel Vanroose, Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid

1. **Inleiding** 41
2. **De tegemoetkomingen van de DG Personen met een handicap** 42
   2.1. De inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) 42
   2.2. De integratietegemoetkoming (IT) 43
3. **Het socialezekerheidsstelsel** 44

3.1. De ziekte- en invaliditeitsverzekering 44
3.2. Forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden 47
3.3. Uitkeringen voor arbeidsongevallen en beroepsziekten 48

4. **Andere sociale voordelen personen met een handicap** 50

5. **Re-integratie op de arbeidsmarkt: Combineren van uitkeringen met werk** 52

6. **Kinderen en ouderen met een handicap: verhoogde kinderbijslag, IGO en THAB** 53

HOOFDSTUK 2 – DEEL 2

HET BRUSSELS BELEID VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP 55
Olivier Gillis en Sarah Luyten, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

1. **Inleiding** 55

2. **Personen met een handicap in Brussel: enkele cijfers** 55

3. **Het beleid inzake personen met een handicap: een complexe organisatie** 57
3.1. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) 57
3.2. De Franse Gemeenschapscommissie (COCOF - Commission communautaire française) 58
3.3. De Vlaamse Gemeenschap (VG) 59

4. **Evolueren naar goed bestuur in Brussel: uitdagingen en vooruitzichten** 60
4.1. Coördinatie: voorbeeld van de steun voor mobiliteit en de THAB 60
4.2. Programmering van de instellingen voor personen met een handicap: meer overleg 61

5. **Besluit** 63

HOOFDSTUK 2 – DEEL 3

HET VLAAMS BELEID VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP 65
Ann Vanden Abbeele, Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

1. **Inleiding** 65

2. **Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)** 66
2.1. Rechtstreeks toegankelijke hulp voor minder- en meerderjarigen 67
2.2. Niet rechtstreeks toegankelijke hulp voor minderjarigen met een handicap 67
2.3. Niet rechtstreeks toegankelijke hulp voor meerderjarigen met een handicap 68
2.4. Diensten Ondersteuningsplan 70
2.5. Bijstandsorganisaties 70
2.6. Vrijetijdszorgorganisaties 71
2.7. Individuele materiële bijstand - Hulpmiddelen en aanpassingen 71
2.8. Enkele cijfers 72

3. **Het beleid voor PmH binnen het departement WVG en andere WVG-entiteiten** 73
3.1. Het Agentschap Jongerenwelzijn 73
3.2. Het departement WVG, Afdeling Welzijn & Samenleving, GBO 73
3.3. Het Agentschap Kind & Gezin (K&G) 74
3.4. Agentschap Zorg & Gezondheid 75

HOOFDSTUK 2 – DEEL 4

HET WAALS BELEID VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP 77
Jean-Michel Lheureux, Agence pour une Vie de Qualité

1. **Inleiding** 77
2. **Agence pour une Vie de Qualité - Agentschap voor een kwaliteitsvol leven** 78
   2.1. Inzake welzijn en gezondheid 78
   2.2. Inzake handicap 78
   2.3. Inzake gezinnen 78
3. **Het beleid voor personen met een handicap van AVIQ** 79
   3.1. Informeren, oriënteren, sensibiliseren en adviseren 79
   3.2. Voorzien in kinderbijslag 80
   3.3. Het mogelijk maken om thuis te blijven wonen en er over de noodzakelijke diensten te beschikken om er in volledige autonomie te leven 80
   3.4. De steun en de praktijken coördineren in het kader van een netwerk 81
   3.5. Deelname aan het leven in de maatschappij, op school en in de arbeidswereld verzekeren 82
   3.6. Nieuwe huisvestingsvormen voorstellen 83
   3.7. Residentiële diensten op lange termijn aanbieden 83
   3.8. Actieplannen opstellen 84

HOOFDSTUK 3

HANDICAP, ARMOEDE EN SOCIALE UITSLUITING 87
Koen Hermans, Katholieke Universiteit Leuven

1. **Inleiding** 87
2. **Armoede en sociale uitsluiting gedefinieerd: van income naar outcome** 88
3. **Armoederisico bij personen met beperking** 90
   3.1. Armoederisico en risico op sociale uitsluiting voor personen met een handicap op actieve leeftijd 91
   3.2. Armoederisico en risico op sociale uitsluiting voor ouderen met een handicap 92
4. **Extra kosten van personen met een beperking** 94
   4.1. De extra kost van een handicap 94
   4.2. Het meten van de extra kost 95
   4.3. De SOL-benadering toegepast op SILC-data 97
5. **Personen met een IVT/IT als kwetsbare groep** 98
   5.1. Inkomensarmoede en materiële deprivatie bij personen met een IVT/IT 98
   5.2. De extra kost van de handicap 100
   5.3. En de maatschappelijke participatie 101
6. **Onderbescherming: het niet-gebruik van rechten** 102
   6.1. Niet-gebruik gesitueerd en verklaard 102
   6.2. Niet-gebruik van de tegemoetkomingen 104
   6.3. Maatregelen om niet-gebruik tegen te gaan 105
7. **Besluit** 106

HOOFDSTUK 4

DE RE-INTEGRATIE VAN LANGDURIG ARBEIDSONGESCHIKTEN OP DE ARBEIDSMARKT: STAND VAN ZAKEN EN KNELPUNTEN 109
Natascha Van Mechelen, Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid en Linde Buysse, Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck

1. **Inleiding** 109
2. **Werkwijze en beperkingen** 110
   2.1. De standaardsimulatiemethode 110
   2.2. Administratieve gegevens 112
3. **Het socio-economisch profiel van langdurig arbeidsongeschikte personen** 113
   3.1. De onderzoekspopulatie 113
   3.2. De arbeidsmarktintegratie van langdurig arbeidsongeschikten 115
   3.3. De arbeidsmarktintegratie van partners van langdurig arbeidsongeschikten 121
   3.4. De gezinsinkomens van langdurig arbeidsongeschikten 123
4. **Wettelijke bepalingen en hun knelpunten inzake cumul van uitkeringen met arbeidsinkomen** 129
   4.1. Gerechtigden op een inkomensvervangende tegemoetkoming 129
   4.2. Partners van IVT-gerechtigden 131
   4.3. Gerechtigden op een integratie-tegemoetkoming 132
   4.4. Partners van IT-gerechtigden 134
   4.5. Gerechtigden op een ziekte- of invaliditeitsuitkering 135
   4.6. Partners van gerechtigden op een ziekte- of invaliditeitsuitkering 137
   4.7. Samenvatting 138
5. **Conclusies en beleidsaanbevelingen** 140

ANNEX BIJ HOOFDSTUK 4

PROFIELSCHETS VAN PERSONEN MET EEN HANDICAP 143
Natascha Van Mechelen, Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid

HOOFDSTUK 5

HANDICAP, DISCRIMINATIE EN ARMOEDE 149
Véronique Ghesquière, Unia en Henk Van Hootegem, Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting

1. **Inleiding** 149
2. **Openbare instellingen tot bestrijding van discriminatie en armoede: Unia en het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting** 151
3. **De vormen van discriminatie op grond van handicap** 153
   3.1. De antidiscriminatiewetgeving 153
   3.2. Discriminatie per sector 154
   3.3. Verband tussen discriminatie en armoede 157
   3.4. Burgerschap, in situaties van armoede en van handicap 159

4. **Rapportage op internationaal vlak en aanbevelingen** 164
4.1. Is het VRPH een hefboom tegen discriminatie en armoede? 164
4.2. Opvolging van andere mensenrechtenverdragen 171

5. **Conclusies** 173

HOOFDSTUK 6

EEN ANALYSE VAN DE GENEROSITEIT VAN DE INKOMENSVERVANGINGEN VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP 175

Sarah Marchal en Bea Cantillon, Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, Universiteit Antwerpen

1. **Inleiding** 175

2. **De inkomensvervangende uitkeringen voor personen met een handicap** 176

3. **Trends** 181
3.1. De uitkeringen doorheen de tijd 181
3.2. Quid kosten? 187

4. **Conclusie** 190

5. **Annex** 191

HOOFDSTUK 7

OVERZICHT VAN DE NON TAKE-UP DOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP DIE IN BESTAANSONZEKERHEID OF ARMOEDE LEVEN IN HET BRUSSELSE GEWEST .. 195

Laurence Noël, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

1. **Inleiding** 195

2. **Context en definities** 197
2.1. Brusselse context: een beleid voor ondersteuning van personen met een handicap dat steeds complexer wordt 197
2.2. Definities van non take-up van rechten 198
2.3. Typologie van de non take-up van de sociale rechten 198

3. **Handicap, non take-up en armoede** 200
3.1. Handicaps en rechten: identiteit en socialisering 200
3.2. Armoede, non take-up en handicap: kruispunt van categorieën en rechten 201

4. **Situaties waarin de rechten niet gekend zijn, niet worden aangevraagd of niet worden toegekend** 202
4.1. Situaties waarin de rechten niet gekend zijn 203
4.2. Situaties waarin de rechten niet worden aangevraagd 204
4.3. Situaties waarin de rechten niet worden toegekend 206
4.4. Rechten worden niet voorgesteld of worden afgesloten, of personen met een handicap in bestaansonzekerheid worden ervan uitgesloten 211

5. **Mogelijke non take-up in de grenszones: analyse van de administratieve gegevens** ... 213
5.1. Sociaal-administratieve statuten die steeds instabieler worden en mensen in de grenszones die niet gekend zijn bij de sociale zekerheid en niet zijn opgenomen in de gestandaardiseerde gegevens. 214

5.2. Mogelijke non take-up: het voorbeeld van de evoluties van de aanvragen 217
5.3. Evolutie van de behandelde dossiers over de (her)beoordeling van de handicap 217
5.4. Evolutie van het aantal eerste aanvragen van uitkeringen voor personen met een handicap in het Brusselse Gewest 219
5.5. Analyse van de redenen voor weigering en potentiële non take-up 220
5.6. Analyse van het aantal klachten over de DG Personen met een Handicap bij de Federale Ombudsman. 221

6. Juridische, organisatorische en institutionele problemen 222
6.1. Problemen met niet-toekenning en juridische beroepsprocedures 222
6.2. Problemen verbonden aan de digitalisering, automatisering en verzending van de gegevensstromen 226

7. Conclusies en aanbevelingen 229

HOOFDSTUK 8

OUDERLIJKE TEWERKSTELLING BIJ GEZINNEN MET EEN KIND MET EEN HANDICAP IN BELGIË: IS HET EEN KWESTIE VAN SOCIALE ACHTERGROND? 231

Julie Vinck, Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, Universiteit Antwerpen
en Wim Van Lancker, Centrum voor Sociologisch Onderzoek, KU Leuven

1. Inleiding 231

2. Theoretisch kader en voorgaand onderzoek 233

3. Data en methoden 235

4. Resultaten 237
4.1. Zijn kinderen met een handicap oververtegenwoordigd in gezinnen met een kwetsbare sociale achtergrond? 237
4.2. Ouderlijke tewerkstellingskloof: een gevolg van de handicap van het kind of van de sociale achtergrond van het gezin? 240

5. Discussie en conclusie 243

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN 249

Koen Hermans, Katholieke Universiteit Leuven

1. De sociaal-economische positie van personen met een handicap in België 250
1.1. Arbeidsmarktparticipatie en inkomen van personen met een handicap in België 251
1.2. Welvaartsvastheid van uitkeringen en activiteitsvallen 252
1.3. Gezinnen met een kind met een handicap 252
1.4. Anti-discriminatieregelgeving in de VN-Conventie en de Belgische wetgeving 253
1.5. De kwetsbaarheid van personen met een tegemoetkoming 254
1.6. Niet-gebruik van rechten 254

2. Aanbevelingen 255
2.1. Generieke componenten van een beleid ter bestrijding van armoede 255
2.2. Maatregelen die specifiek gericht zijn op personen met een handicap 256

NABESCHOUWING

DE VISIE VAN DE NATIONALE HOGE RAAD VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP 259

1. **De IVT/IT-tegemoetkomingen volstaan niet om in de meest elementaire behoeften te voorzien** 260
2. **Steeds meer mensen in het IVT/IT-stelsel** 261
3. **Tewerkstelling en opleiding van personen met een handicap** 262
4. **De rol van mantelzorgers en de noodzaak van een juridisch statuut met concrete rechten** 263
5. **Werken aan de omgeving** 264
6. **Handistreaming : het werken met de adviesraden van personen met een handicap** 266
7. **Een dringende behoefte aan gegevens en statistieken** 267
8. **Overleg tussen alle overheidsniveaus** 267
9. **Tot slot** 268

LIJST MET AFKORTINGEN 269

BIBLIOGRAPHIE 271

VOORSTELLING VAN AUTEURS EN INSTELLINGEN 287

DEELNEMENDE INSTELLINGEN 293

Voorwoord

Beste lezer,

Maar liefst een kwart van de personen met een handicap loopt het risico om in armoede te belanden, dat is dubbel zoveel als het risico bij de gehele bevolking. Ondanks talrijke inspanningen, verhoogt een handicap nog steeds de kans op armoede. Een handicap brengt extra kosten met zich mee en bemoeilijkt nog altijd een vlotte participatie aan de samenleving of aan de arbeidsmarkt.

Te vaak worden armoede en handicap volledig los van elkaar bekeken en het is net daarom dat we ze samenbrengen in dit jaarboek. Academici en experten schetsen de sociale en economische positie van personen met een handicap en gaan op zoek naar de belangrijkste beleidstendensen van de afgelopen jaren. Ze analyseren de impact van het beleid op de levensstandaard van personen met een handicap en op hun participatie aan het maatschappelijke leven.

We leggen met dit jaarboek de kiem voor meer synergiën tussen onderzoek naar armoede en handicap. Beide zijn complex en multidimensionaal en beide treden op in verschillende domeinen die onderling verbonden zijn. Ook beleidsmatig willen we die link tussen armoede en handicap sterker maken. Deze regering heeft de basis gelegd voor een meer coherente visie op sociale bescherming in ons land, door de samenwerking tussen de FOD Sociale Zekerheid en de POD Maatschappelijke Integratie te stimuleren.

We moeten armoede bestrijden en daarbij rekening houden met de specifieke uitdagingen voor personen met een handicap. Alleen zo kunnen we de kloof tussen personen met een zonder een handicap verkleinen, en voor iedereen een goede levensstandaard garanderen. Het armoederisico van personen met een handicap kan én moet lager. De cijfers, analyses en aanbevelingen in dit jaarboek zijn bijzonder interessant en kunnen ons helpen bij het uitwerken van nieuwe beleidsmaatregelen.

Dit themaboek is de vrucht van een nauwe samenwerking tussen de federale overheidsdienst sociale zekerheid (de directoraten-generaal personen met een handicap en beleidsondersteuning- en coördinatie) en de programmatorische overheidsdienst maatschappelijke integratie, die de respectievelijke expertise inzake personen met een handicap, armoede en studies en beleidsaanbevelingen bundelen. Ik wens alle auteurs en de betrokken medewerkers te danken voor hun bijdragen.

Ik hoop dat u dit boek met veel interesse leest en dat het boek bijdraagt aan een levendig maatschappelijk en politiek debat.

Nathalie Muylle
Minister belast met Armoedebestrijding,
Gelijke Kansen en Personen met een handicap

Opzet van het boek

Personen met een handicap zijn een belangrijke doelgroep van onze sociale bescherming, maar we weten weinig over hun sociale en economische positie in onze maatschappij. Het beleid heeft weliswaar aandacht voor de specificiteit van deze doelgroep maar de kennis hierover zit verspreid over verschillende stelsels en instellingen. Hierdoor ontbreekt een globaal beeld van de effectiviteit van dat beleid en de impact op het leven van personen met een handicap.

Dit boek heeft als opzet om de sociale situatie én het ondersteunend beleid transversaal in kaart te brengen en te evalueren. We doen dit door inzichten van experten van de overheid, de academische wereld en het middenveld samen te brengen. Zo ontstaat een combinatie van verschillende onderwerpen die de relatie tussen handicap en armoede verklaren en beïnvloeden. Met dit boek trachten we een vollediger beeld te geven van de complexiteit van deze problematiek en de behoefte aan dialoog tussen de verschillende bevoegde instellingen.

Het boek is niet exhaustief over de verschillende thema's. Elk hoofdstuk kan afzonderlijk gelezen worden, maar de rode draad in het verhaal zijn de verschillende aspecten die de kwetsbaarheid van personen met een handicap beïnvloeden en hoe die kwetsbaarheid door armoede nog versterkt wordt. Het boek dient om beleidsmakers hiervan bewust te maken en hen te motiveren steeds de interactie tussen de twee mee te nemen in de beslissingsvorming. Daarom bevat het boek ook een deel specifieke beleidsaanbevelingen als conclusie. Met dit boek informeren we burgers met en zonder handicap en middenveldorganisaties over een belangrijke groep in de Belgische samenleving.

Dit boek kwam er op vraag van de Beleidscel Armoedebestrijding en Personen met een Beperking. De POD Maatschappelijke Integratie en de FOD Sociale Zekerheid coördineerden de studie. Een stuurgroep met vertegenwoordiging vanuit de verschillende beleidsinstellingen en middenveldorganisaties en een redactiecomité, onder begeleiding van Koen Hermans, volgden de inhoudelijke bijdragen op. Verschillende experten van de overheid, de academische instellingen en de middenveldorganisaties die rond de thema's van handicap en armoede werken schreven de hoofdstukken.

De samenwerking heeft uiteindelijk geleid tot een boek dat de relatie tussen handicap en armoede in België schetst. Het bestaat uit acht hoofdstukken, een inleidende beschouwing en een afsluitend hoofdstuk met beleidsaanbevelingen.

De inleiding legt de multidisciplinaire aanpak van het boek uit en verwijst hierbij naar enkele filosofische denkers. In het eerste hoofdstuk onderzoeken we wat een handicap is en hoe die gemeten wordt. Het bestudeert het internationaal perspectief

en de evoluties in de verschillende benaderingen inzake het begrip 'handicap'. Daarna zetten we het Belgisch ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap uiteen. Eerst beschrijven we het federale inkomensondersteuningsbeleid, daarna het beleid dat op de regionale niveaus gevoerd wordt. In het derde hoofdstuk onderzoeken we vervolgens de relatie tussen armoede en handicap. Hier leggen we de nadruk op het feit dat zowel een inkomens- als een kostenbenadering belangrijk zijn om armoede en sociale uitsluiting bij personen met een handicap te begrijpen. Sociaal en economisch participeren houdt vaak extra kosten in voor personen met een handicap.

Een belangrijke manier om te participeren in de samenleving is deelnemen aan de arbeidsmarkt. Het vierde hoofdstuk behandelt dit thema. Het analyseert de knelpunten voor participatie en arbeidsmarktre-integratie door personen met een handicap en hun partners en het bekijkt hoe we die knelpunten weg kunnen werken. Aangezien personen met een handicap vaak geconfronteerd worden met al dan niet bewuste discriminatie, onderzoeken we in hoofdstuk 5 de relatie tussen handicap, armoede en discriminatie. We bestuderen de meest voorkomende klachten en de specifieke internationale aanbevelingen. We bekijken de impact van de problematiek van statuten zoals bewindvoering en samenwoning op de kwetsbaarheid van personen met een handicap.

Hoofdstuk 6 onderzoekt de doelmatigheid van de inkomensondersteunende maatregelen op federaal niveau, in het bijzonder inzake de preventie van inkomensarmoede. Ook bespreekt het de evolutie van de maxima en minima van de uitkeringen in de verschillende stelsels van de sociale zekerheid en de sociale bijstand. Beleid kan alleen maar effectief zijn als van de gecreëerde rechten ook gebruik gemaakt wordt. De daaropvolgende bijdrage, hoofdstuk 7, besteedt dan ook specifieke aandacht aan de problematiek van de non take-up van rechten door personen met een handicap. Het legt de nadruk op het feit dat de interactie tussen armoede en handicap de problematiek aanscherpt. Het laatste hoofdstuk, 8, behandelt de specifieke situatie van kinderen met een handicap (en hun gezinnen), een extra kwetsbare groep in onze samenleving. Het onderzoekt de arbeidsmarktparticipatie van ouders met kinderen met een handicap en de socio-economische karakteristieken van de gezinnen. Het analyseert of kinderen met een handicap al dan niet een groter risico hebben om op te groeien in armoede.

Het boek sluit af met concrete beleidsaanbevelingen op basis van de bijdragen.

Deze publicatie was niet mogelijk geweest zonder de deelname en steun van verschillende personen en organisaties. We danken hen hiervoor hartelijk.

We willen in het bijzonder de volgende personen bedanken voor hun actieve deelname in het stuurcomité en hun deelname aan inhoudelijke discussies: André Gubbels (DG Personen met een handicap); Alexandre Lesiw (Voorzitter a.i. POD Maatschappelijke Integratie); Peter Samyn (Voorzitter a.i. FOD Sociale Zekerheid); Els Daems (Raadgever 'handicap', beleidscel Zuhal Demir, Staatssecretaris voor Armoedebestrijding, Gelijke Kansen, Personen met een beperking, en Wetenschapsbeleid, belast met Grote Steden); Jeroen Horemans (Raadgever 'armoedebestrijding', beleidscel Zuhal Demir); Gisèle

Marlière (Voorzitter van de Hoge Raad van Personen met een Handicap); Henk Van Hootegem (Steunpunt tot bestrijding armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting); Ellen Van Grunderbeek (Beleidscel Nathalie Muylle, Minister van Werk, Economie en Consumenten, belast met Buitenlandse Handel, Armoedebestrijding, Gelijke Kansen en Personen met een beperking); Bart Ooghe (Beleidscel Nathalie Muylle); Carol Van Besselaere (Unia); Véronique Ghesquière (Unia); Noël Laurence (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad); Véronique Duchenne (Hoge Raad van Personen met een Handicap); Decuman Saskia (RIZIV).

We danken ook Sofie Baré, Evelien De Vos, Rudi de Bleser en Gerrit Van de Mosselaer van de FOD Sociale Zekerheid en Jan De Coninck van de POD Maatschappelijke Integratie voor hun technische ondersteuning.

Het redactiecomité was samengesteld uit Koen Hermans van de Katholieke Universiteit Leuven, Annabel Vanroose, Koen Vleminckx en Natascha Van Mechelen van de FOD Sociale Zekerheid en Jean-Marc Dubois van de POD Maatschappelijke Integratie.

We hopen dat dit boek bijdraagt tot een beter inzicht in de situatie van personen met een handicap in België en dat het beleidsmakers, het middenveld en burgers inspireert om verder en beter te investeren in een maatschappij die personen met een handicap toelaat om effectief en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving.

Veel leesplezier !

Het redactiecomité

Inleidende beschouwing

Michel Mercier en Michel Grawez, Université de Namur

Het opzet van dit boek is om via een multidisciplinaire benadering het verband tussen handicap en armoede onder de loep te nemen.

Aan dit boek werkten verschillende universiteiten en federale of gewestelijke instellingen mee die betrokken zijn bij het beleid voor personen met een handicap. De problemen die in dit boek worden aangekaart zijn divers: vanaf welke inkomensdrempel geraken mensen uit de armoede, wat stelt mensen in staat om te leven zoals zij dat willen en hoe kunnen we achterhalen in welke mate 'geluk' verband houdt met materiële rijkdom?

Stuk voor stuk complexe vragen die heel wat filosofen, economen, sociologen en psychologen bezighouden.

Over één ding zijn de verschillende auteurs die aan dit boek hebben meegewerkt het eens: voor personen met een handicap is een inkomen en/of het bezit van een eigendom niet voldoende om te voorzien in hun behoeften en welzijn. Een voldoende hoog inkomen is dan wel een noodzakelijke voorwaarde, maar volstaat niet om zich zinvol te ontplooien.

We verwijzen in dat verband naar de inzichten van John Rawls[1] over de relatie tussen inkomen en welzijn. In zijn *Theory of Justice* (1971) geeft de auteur immers een lijst van 'primaire goederen' waaraan iedere mens behoefte heeft, ongeacht zijn overtuiging of levensbeschouwing. Die lijst bevat in de eerste plaats een aantal basisvrijheden: politieke vrijheid, vrijheid van denken, geweten, vrijheid van beweging, etc. Vervolgens komen sociaaleconomische aspecten aan bod, zoals de verdeling van rijkdom, inkomen, toegang tot verantwoordelijke en gezagsposities en tot slot de sociale fundamenten van zelfrespect.

In de samenleving die Rawls voor ogen heeft, mag ongelijkheid bestaan, maar moeten de rijkste sociaaleconomisch bevoorrechte personen, een herverdeling ten gunste van de (kans)armen ondergaan.

Is deze herverdeling reëel en efficiënt georganiseerd in de Belgische samenleving? Vlakt zij de verschillen in inkomen en in welzijn tussen de welstellenden en de personen met een hoog armoederisico uit? Wordt de vrijheid van beweging, die deel uitmaakt van de basisbehoeften en vastgelegd door Rawls, mogelijk gemaakt in het dagelijkse leven van personen met een handicap? Is er effectief toegang tot hogere maatschappelijke posities, een andere basisbehoefte? Zijn de inkomens van personen met een handicap

1 John RAWLS (1921-2002). Professor Filosofie aan de Universiteit van Harvard, auteur van A Theory of Justice, Justice and Democracy en Justice and Equity.

"eerlijk" ? Dit wil zeggen: zorgen zij dat aan de basisbehoeften van het individu wordt voldaan? Deze vragen vormen inspiratie voor de verschillende bijdragen van dit werk.

De moderne opvatting van handicap als product van een onaangepaste omgeving[2] mag het feit dat een omgeving waar algemene toegankelijkheid moeilijk aan alle noden kan voldoen aan de zeer grote verscheidenheid aan menselijke situaties niet uitvlakken. Elk individu is verschillend en er moeten 'redelijke' individuele aanpassingen mogelijk zijn in functie van specifieke persoonlijke kenmerken. Inclusie vloeit tegelijk voort uit een universele toegankelijkheid, die is ontstaan uit openbare wetgevingen en financieringen, bestemd voor alle burgers; en uit redelijke aanpassingen, waar elke persoon met een handicap gebruik van zou moeten kunnen maken. De vrijheid om zijn aanpassingen zelf te kiezen zou financieel mogelijk moeten zijn. Niettemin brengt leven met een handicap extra kosten mee, waar zelden rekening mee wordt gehouden in de berekeningen van de armoededrempels, hetgeen uitgebreid wordt aangetoond in de hoofdstukken van dit boek.

Deze vrijheid om te kiezen, die belangrijk is om een bevredigend leven te leiden, werd benadrukt door Nobelprijswinnaar economie Amartya Sen[3]. Volgens Sen is de gelijke verdeling van primaire goederen onder individuen geen goed criterium voor rechtvaardigheid, omdat dit geen rekening houdt met het vermogen van elk individu om zijn eigen keuzes waar te maken en om van deze aangeboden primaire goederen te genieten (Sen, 1987).

Aan de hand van het voorbeeld van een fysieke handicap illustreert hij dat het noodzakelijk is om rekening te houden met het werkelijke vermogen van elk individu om van materiële (inkomen, rijkdom) en formele (vrijheid en rechten) middelen gebruik te maken. Ook in rijke landen zien we dat arme mensen door hun handicap belemmerd worden om de aangeboden primaire goederen (zoals een uitkering) om te zetten in een actieve deelname aan de samenleving of te gebruiken om zich te verplaatsen en gezond te leven. De primaire goederen en de ruimere middelen waarover een individu beschikt, houden op geen enkele manier rekening met het werkelijke vermogen van die persoon om die te benutten.

Volgens Sen is *functioning* (of een verwezenlijking) gelijk aan wat een persoon kan doen met de middelen die hij heeft, m.a.w. zijn *capaciteiten*, die eigenlijk zijn 'toestand' beschrijven. C*apabilities* (of vermogen) zijn de verschillende mogelijke combinaties van die *functionings* voor een persoon. *Capabilities* zijn op die manier een vector van *functionings* die een weergave zijn van de *vrije keuze* van individuen tussen verschillende levensomstandigheden. Die *capabilities* verwijzen dus naar de vrijheid van ieder individu om het leven te bereiken waarnaar hij streeft, een positieve vrijheid, namelijk het vermogen om zijn eigen manier van leven te kiezen. Dit in plaats van een negatieve vrijheid, waar hij louter berust op sociale bijstand, ook al

2 De rol van omgevingsfactoren die, aangezien ze interageren met persoonlijke factoren, 'leiden tot' sociale participatie of het tegengestelde ervan, de handicap, wordt perfect belicht in het "Modèle de développement humain – Processus de production du handicap" van antropoloog Patrick Fougeyrollas in de Canadese NGO INDCP (International Network on the Disability Creation Process). Zie https://ripph.qc.ca/en/

3 Amartya Sen (geboren in 1933). Indiaas economist en filosoof, Nobelprijs economie in 1998.

blijft die noodzakelijk om te overleven[4]. Het begrip c*apabilities* spruit voort uit een economische en sociale benadering van armoede, en het is vooral in die context dat dit begrip zijn volle betekenis krijgt.

Om toegang te krijgen tot zijn *capabilities*, moet elk individu in staat zijn om zijn *functionings* en zijn capaciteiten aan te spreken. In die zin is het belangrijk om het maatschappelijk leven toegankelijk te maken voor personen met een handicap zodat ze in combinatie met redelijke voorzieningen vrije keuzes kunnen maken op het vlak onderwijs, werk, cultuur, sport, vrije tijd en mobiliteit. Het volstaat niet dat een persoon met een handicap gebruik kan maken van gespecialiseerde diensten: hij moet ook toegang hebben tot het algemene aanbod en zo de mogelijkheid hebben te integreren in de samenleving. Het individu mag niet louter worden herleid tot een persoon die gebruik kan maken van gespecialiseerde diensten, vermits dat aanbod niet noodzakelijkerwijs aan zijn vraag voldoet. De inschakeling in een netwerk van gespecialiseerde diensten houdt geenszins een echte integratie of inclusie in de samenleving in.

Sens visie van *capabilities* behelst een dynamische houding naar personen met een handicap: ze mogen zelf keuzes maken en worden niet beperkt tot een statische plaats in de samenleving. Ze maken er niet enkel deel van uit (inclusie) maar geven ze ook vorm (Mercier, 2019).

Sen geeft evenwel geen volledige lijst van zijn 'basic capabilities', in tegenstelling tot Rawls, die zijn primaire goederen op exhaustieve wijze opsomt. Hij verantwoordt die keuze door te stellen *dat er reden is om aan te nemen dat er een veelheid aan doelen bestaat die een mens kan nastreven.* Hij laat daarbij ruimte voor creativiteit en innovatie.

Terwijl het zwaartepunt bij Sen ligt op het bereiken van doelen en vrijheid, draait de visie van Tania Burchardt[5] veelal om middelen, meer bepaald inkomen en materiële rijkdom. Zij benadrukt de negatieve effecten van armoede en ongelijkheid op sociale omstandigheden. Deze kunnen ook van toepassing zijn op personen met een handicap. Voorbeelden zijn de gevolgen van een ongelijke samenleving voor mensen die in armoede leven; de gevolgen voor de sociale mobiliteit van kinderen die in een kansarm gezin opgroeien; de impact van armoede en ongelijkheid in termen van woonsegregatie; de kwetsbaarheid van bepaalde groepen op basis van kenmerken die verband houden met etnische afkomst, geslacht, handicap, migratiestatus enz.; de realisatie van politieke eisen en collectieve acties voor sociale verandering.

Ongelijkheid en armoede hebben een nieuwe plaats gekregen in het academische en institutionele debat. Specialisten van de *capabilities*-benadering maakten het concept en de meting van armoede met succes multidimensionaal. Armoede wordt niet meer statistisch gemeten op basis van het Bruto Binnenlands Product, maar via de Human Development Index die ook het welzijn van de bevolking meetelt. Toch wordt in de

4 Dit ligt niet ver van de notie van "respect van de levensgewoontes" van P. Fougeyrollas, hierboven geciteerd.

5 Tania Burchardt is directrice van het Centre for Analysis of Social Exclusion (CASE) en Associate Professor aan het Department of Social Policy aan de London School of Economics. Zie voor meer : http://www.lse.ac.uk/social-policy/people/academic-staff/Dr-Tania-Burchardt

meeste recente onderzoeken rond ongelijkheid en armoede nog vooral gekeken naar de economische aspecten, in het bijzonder inkomen en rijkdom.

Het conceptuele kader van de *capabilities*-benadering is dus eerder gericht is op doelen dan op middelen en focust vooral op het multidimensionaal karakter van armoede in plaats van op een economisch reductionisme. Dit conceptuele kader erkent de waarde van vrijheden en bereikte manieren van leven (*functionings*). Een dergelijke benadering is een verrijking voor het onderzoek naar ongelijkheden. Het mag echter niet voorbijgaan aan de economische middelen die van cruciaal belang blijven voor het begrijpen van de levensomstandigheden van personen met een handicap.

Dit boek verwerpt de idee om armoede van personen met een handicap enkel als het resultaat te zien van hun persoonlijke situatie en van hun individuele keuzes. Economische, sociale en politieke elementen spelen een rol. Denken we bijvoorbeeld aan de administratieve complexiteit, die vaak tot gevolg heeft dat men de verworven rechten niet aanvraagt; de financiële belemmeringen om opnieuw aan het werk te gaan; de moeilijkheid om het professionele integratieproces te beheersen, zowel door de begunstigden, als door de professionele begeleiders; de moeilijkheden om toegang te krijgen tot onderwijs, tot gezondheidszorg, ...

In de volgende hoofdstukken proberen we duidelijk te maken dat mensen met een handicap vanuit een inkomensperspectief niet alleen vaker rond de armoedegrens leven, maar dat ze bovendien extra kosten als gevolg van die handicap moeten dragen.

Deze kosten dragen, betekent dat ze in staat zijn om hun handicap te dragen. In ons systeem wordt gehandicaptenzorg echter voornamelijk verleend door gespecialiseerde diensten, die samen een weinig flexibel dienstenpakket aanbieden, dat niet noodzakelijk is aangepast aan de vraag van personen met een handicap. Sommigen mensen hebben niet het inkomen om vrijelijk hun eigen, bijzondere situatie in handen te nemen. We kunnen alvast bevestigen dat het persoonsgebonden assistentiebudget het mogelijk maakt om dergelijke doelstellingen, namelijk het uitoefenen van vrijheden en het ontplooien van het eigen vermogen, mee te helpen realiseren.

Het betreft hier een recht, net zoals de rechten die werden vastgelegd in het VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap. Maar naast de noodzakelijke erkenning van rechten, is het vooral het vermogen om de erkende rechten in de praktijk uit te oefenen dat de realiteit voor personen met een handicap verandert. En dat is precies wat de alternatieve rapporten van verenigingen die een oproep lanceren aan de VN-experts, zoals het Belgian Disability Forum en de Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap, naast de rapporten van de overheid, uitdragen. We wijzen er bovendien op dat de begeleidingscommissie voor de toepassing van het VN-Verdrag binnen Unia de non-discriminatieprocessen opvolgt die het verdrag tot stand kan brengen.

In deze bijdrage hebben we geprobeerd de veelheid aan mogelijke benaderingen ten aanzien van handicap en armoede in de verf te zetten, in het bijzonder op basis van de theoretische bijdragen van Rawls, Sen en Burchardt, in de geest van het VN-Verdrag

inzake de Rechten van Personen met een Handicap. We mogen echter onze aandacht niet afwenden van de realiteit, waarbij een inkomen nog steeds een concrete en onmisbare hefboom is en blijft om vrij zijn eigen manier van leven te kunnen kiezen.

De vrijheid om zijn leven te kiezen, houdt dus verband met de toegang tot de correcte inkomens, wat enkel mogelijk is wanneer er opnieuw evenwicht komt in de beschikbare financiële middelen, door transfers van de meer welstellenden naar de minder welstellenden. De mogelijkheid creëren om een eigen leven te kiezen, gebeurt door sociale rechtvaardigheid die wordt waargemaakt door een sociale herverdeling.

In onze sociaaleconomische context is die vrije levenskeuze, gekoppeld aan een voldoend hoog inkomen, de manier om aan de oneindige menselijke diversiteit en haar veelvuldige en gevarieerde behoeften tegemoet te komen. Deze en vele andere aspecten worden in de volgende hoofdstukken verder uitgediept.

De uiteindelijke bedoeling van dit boek is om de balans op te maken van een heikel vraagstuk, meer bepaald de benadering ten aanzien van handicap en armoede vanuit een economisch en sociaal perspectief. Het roept heel wat vragen op, die nader onderzoek verdienen. Toch zijn we van mening dat er nu al originele benaderingen en modellen voorhanden zijn die tot concrete toepassingen kunnen leiden.

Hoofdstuk 1

HET VERANDERENDE BEGRIP 'HANDICAP'

Jerome Bickenbach, Universiteit van Luzern en Swiss Paraplegic Research Centre, Zwitserland

1. De veranderingen van het begrip handicap

In de preambule van het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap (CRPD) wordt verklaard dat

> *« het begrip handicap aan verandering onderhevig is en voortvloeit uit de wisselwerking tussen personen met functiebeperkingen en sociale en fysieke drempels die hen belet ten volle, daadwerkelijk en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving »*

Het CRPD is een indrukwekkend document dat de essentie bevat van een van de vele aanhoudende paradoxen inzake handicaps die ik hieronder bespreek, maar meer dan wat dan ook is het verdrag het hoogtepunt van decennia van academische theoretische beschouwingen en politiek activisme over wat handicap precies is. Het standaardverhaal is dat er een 'paradigmaverschuiving' heeft plaatsgevonden in de conceptualisering van het begrip handicap van een ooit dominant en invloedrijk medisch model naar een sociaal model (Stein en Stein, 2006, Kavess en French, 2008) maar het verhaal is complexer dan dat. Het is misschien het beste om eerst uit te leggen waarom het CRPD beweert dat het begrip aan verandering onderhevig is, door te kijken naar de "gezond-verstand", of pre-theoretische en gewone, kennis van handicaps (en afgeleid daarvan, personen met een handicap).

Op de vraag wat een handicap precies is, zouden de meeste mensen antwoorden dat het een probleem in het lichaam of de geest van een persoon is dat een beperking vormt voor wat hij of zij in zijn of haar leven kan doen. Door hun handicap kunnen mensen met een beperking niet ten volle deelnemen aan essentiële onderdelen van het leven - zelfstandig wonen, naar school gaan, werken of actief lid zijn van de gemeenschap. De onderliggende fysieke of mentale problemen - gewoonlijk beperkingen genoemd - zijn meestal permanent en creëren 'speciale', meestal grotere behoeften dan de behoeften waar mensen zonder beperkingen mee te maken hebben. Deze behoeften

en vereisten leiden er bovendien toe dat mensen met een handicap afhankelijk zijn van anderen, in het bijzonder van de maatschappij in het algemeen. Deze gezond-verstand visie legt de locatie van een handicap bij de persoon zelf en ziet onvermogen en afhankelijkheid als de bepalende kenmerken ervan. Het gebruikelijke beeld van een persoon met een handicap - en zelfs het officiële pictogram - is dat van een persoon in een rolstoel. Maar ook mensen die blind of doof zijn, passen in het model, net als mensen met een cognitieve beperking (hoewel het niet helemaal duidelijk is of de pre-theoretische visie ook mensen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen zoals psychose, schizofrenie en bipolaire stoornissen omvat).

Zoals ik het heb beschreven, komt de gezond-verstand visie heel dicht in de buurt van wat gewoonlijk het 'medisch model van handicap' wordt genoemd, met een extra nuance: in het medische model zijn handicaps het directe gevolg van ziekten en verwondingen, en creëren ze abnormaliteiten of afwijkingen die ernstig en permanent zijn, vooral omdat ze niet medisch kunnen worden genezen of anderszins kunnen worden hersteld. In tegenstelling tot de gezond-verstand visie, wordt het medische model beschouwd als het standaard theoretische model dat academici, zorgverstrekkers en beleidsmakers heeft beïnvloed. De achterliggende gedachte van dit model is dat handicaps zuiver medische problemen zijn die om medische oplossingen vragen, maar als die mislukken, leidt dit tot een persoon met een handicap: een permanent gehandicapte persoon, die zowel onbekwaam als afhankelijk is.

Het lijdt geen twijfel dat de verandering waarnaar het CRPD verwijst een volledige, officiële afwijzing van dit medische model inhoudt. In werkelijkheid is het medische model echter een doorn in het oog van wie er zich tijdens zijn carrièreopbouw tegen heeft verzet, en het is moeilijk om een academicus of zorgverstrekker te vinden die het medische model daadwerkelijk voorstaat. We moeten ook duidelijk onderstrepen dat, zoals de Franse antropoloog Henri-Jacques Stiker heeft aangetoond (Stiker, 1997), het medische model een aanzienlijke, humanistische, stap voorwaarts betekent ten opzichte van eerdere opvattingen over handicap, bijvoorbeeld dat een handicap een teken van zonde of Gods ongenoegen is, of de 15e-eeuwse Engelse visie van de 'waardige armen' die bij wet toelating hadden om in het openbaar te bedelen. Dit gezegd zijnde, is het zo dat de academische literatuur over handicap en de politieke retoriek van de beweging die ijvert voor de rechten van personen met een handicap, de afgelopen halve eeuw één of andere versie van wat gewoonlijk het sociale model wordt genoemd, hebben aangenomen.

Hier wordt het verhaal van de verandering ingewikkelder. Van het einde van de jaren 50 tot de jaren 70 ontwikkelde er zich, vooral in Noord-Amerika en Europa, een visie op handicap die voortvloeide uit intensief, interdisciplinair academisch sociaal theoretisch denkwerk en politiek activisme. Aan de basis van zowel de theorie als de praktijk lag een eenvoudig inzicht: de werkelijke impact van een fysieke of mentale beperking op het leven van een persoon is evenzeer een kwestie van zijn fysieke, sociale, politieke en attitudinale context of omgeving als een kwestie van het functionele probleem zelf, en het is vaak zelfs de sociaaleconomische en politieke omgeving die een handicap creëert (Olivier, 1990).

Het is belangrijk om in te zien hoe eenvoudig dit inzicht in feite is. Neem het voor de hand liggende voorbeeld van hulpmiddelen zoals wandelstokken, prothesen of rolstoelen voor mobiliteitsproblemen, brillen en schermlezers voor visuele problemen en hoorapparaten voor personen met gehoorverlies. Het wel of niet kunnen beschikken over deze hulpmiddelen maakt het grote verschil in hoe 'gehandicapt' iemand uiteindelijk is. Maar al deze apparaten maken deel uit van de wereld, de omgeving, niet het lichaam of de geest van de persoon. Meer in het algemeen is de manier waarop particuliere en openbare gebouwen worden gebouwd - of ze nu toegankelijk zijn voor rolstoelen of niet, of ze nu liften hebben of niet - en de manier waarop het openbaar vervoer wordt gebouwd van invloed op de ervaring van handicaps. Ook de houding van mensen - ondersteunend of stigmatiserend - kan een enorm verschil maken. Het is maar een kleine stap om in te zien dat culturele overtuigingen, politieke prioriteiten, sociaal, arbeids- en economisch beleid en wetten meer in het algemeen allemaal helpen om de vorm en de kwaliteit van het leven van een persoon met één of meerdere beperkingen te bepalen. De wereld kan de handicap meer of minder ernstig maken. Het gaat erom dat mensen, ook mensen met beperkingen, in de wereld moeten leven zoals die nu is; en hoe die wereld is vormgegeven en geconfigureerd, welke middelen, ondersteuning en diensten beschikbaar zijn en welke niet, is dan ook erg belangrijk.

Dit is een eenvoudig inzicht, maar één dat een ver dragende impact kan hebben: handicap is het resultaat van hoe beperkingen zich in het echte leven, in de echte wereld manifesteren. Twee mensen met dezelfde beperking kunnen hun handicap anders ervaren, afhankelijk van het feit of hun omgeving ondersteunend, faciliterend of behulpzaam is, of net het tegenovergestelde. Op dezelfde manier kunnen twee mensen met verschillende handicaps hun handicap ook op dezelfde manier ervaren, afhankelijk van hun omgeving. Beperkingen zijn een essentieel aspect van het concept handicap, maar ze zijn niet de enige factor die bepaalt op welke manier en in welke mate personen hun handicap ervaren. Beperkingen bepalen mee hoe lichaam en geest functioneren, en hebben op die manier invloed op de soort activiteiten die mensen kunnen ondernemen. Maar alle menselijke activiteiten, hoe eenvoudig of complex ook, worden uitgevoerd in de fysieke, door de mens gebouwde, attitudinale, interpersoonlijke, culturele, sociale, economische en politieke wereld, en deze omgeving beïnvloedt hoe een handicap wordt ervaren.

Dit inzicht is ondertussen op vele manieren tot uitdrukking gekomen. Aan één uiterste van het spectrum vinden we de opvatting dat een handicap niets met het lichaam te maken heeft, maar veeleer een 'door de samenleving gecreëerde benadeling' is. (Olivier, 1990). De samenleving beperkt, mensen zijn 'gewoon anders.' Hoewel dit een goede politieke retoriek is, onderschat deze visie de directe impact van de beperkingen op het leven van de mensen. De dagelijkse problemen waarmee een persoon met een visuele beperking wordt geconfronteerd, kunnen sterk positief beïnvloed worden door de beschikbaarheid van visuele hulpmiddelen en nadelig beïnvloed worden door stigma en stereotypen; maar de impact van een ruggenmergletsel op het leven van een persoon heeft veel minder te maken met de sociale omgeving en veel meer met de verlamming van de onderste ledematen. Deze radicale versie van het sociale model werd dus zonder meer bekritiseerd omdat ze 'het lichaam laat verdwijnen' en de werkelijke ervaring van de meeste mensen met een handicap negeert (Hughes en Paterson, 1997; Swain en

French, 2000 en Shakespeare en Watson, 1997). Om recht te doen aan handicaps is het, vooral met het oog op het te voeren sociale beleid, belangrijk dat de realiteit van zowel de omgeving van de persoon als de onderliggende beperkingen worden erkend.

De beweging die ijvert voor de rechten van personen met een handicap, die ontstond in de Verenigde Staten en zich al snel verspreidde naar andere rijke, geïndustrialiseerde landen, won gestaag aan invloed achter de vlag van het sociale model. Dankzij het model konden pleitbezorgers van de beweging hun eisen in zuiver sociale termen, en uiteindelijk ook in termen van burgerrechten, uitdrukken. In de jaren zeventig legde de roep om rechten de basis voor substantiële juridische veranderingen in de vorm van de American with Disabilities Act, 1980 (Anspach, 1979; Scotch, 2001 en Driedger, 1989). Wat later gingen er in Europa stemmen op die in ruimere zin pleitten voor de rechten van personen met een handicap - rechten voor alle mensen, ongeacht hun nationale afkomst en onafhankelijk van de culturele of politieke context. Dit zijn de rechten die zijn opgesomd in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens van de Verenigde Naties van 1948 - rechten die zo fundamenteel zijn dat het een belediging aan het adres van de rechtvaardigheid is, wanneer ze niet worden toegekend. Deze benadering werd voortgezet en resulteerde uiteindelijk in het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap.

2. Rehabilitatie: de stille partner in de evolutie van het begrip handicap

Het standaardverhaal van de evolutie van het begrip handicap - de versmelting van academische theorievorming en politiek activisme - legt gedeeltelijk uit hoe het begrip handicap tot zijn huidige vorm is geëvolueerd. Maar het is niet het hele verhaal. In hun haast om afstand te nemen van het medische model, gingen zowel onderzoekers als mensen die de belangen van personen met een handicap behartigen, ervan uit dat hiermee ook de benadering van handicaps vanuit gezondheidsperspectief begraven zou worden. Maar niet alle zorgverstrekkers zijn medische professionals die beperkingen willen 'genezen en herstellen'; sommigen streven ernaar om de resterende lichamelijke of geestelijke functies die werden beperkt door de handicap, zoveel mogelijk te optimaliseren. Sommige zorgverstrekkers zijn met andere woorden rehabilitatieprofessionals.

Rehabilitatie is een product van de 20e eeuw en is in zekere zin alleen mogelijk geworden dankzij de successen van de curatieve geneeskunde en preventie op het vlak van volksgezondheid. Deze opvatting heeft altijd de noodzaak erkend om patiënten in een holistische, omgevingsgebonden context te plaatsen. Al in 1917 (lang voordat de term 'rehabilitatie' zelfs maar ingang had gevonden) merkte een Engelse arts die diensten regelde voor soldaten die terugkeerden uit de Eerste Wereldoorlog, op dat het gek was om alleen de aard van de verwondingen of beperkingen in aanmerking te nemen bij het plannen van de therapie, omdat twee soldaten met dezelfde

verwondingen mogelijk heel verschillende herstellende therapieën nodig konden hebben, afhankelijk van de baan die ze zouden gaan uitoefenen (Fox, 1917). Hoewel elke soldaat die een arm of een been verloren had, baat kon hebben bij oefeningen om zijn vermogen om te bewegen of voorwerpen te manipuleren te verbeteren, zou een soldaat die eerder in de mijnen werkte een nieuwe baan moeten leren, terwijl degene die vroeger wiskunde doceerde, waarschijnlijk terug dezelfde baan kon gaan uitoefenen. Wanneer iemand de vereisten van een baan niet kan vervullen vanwege een beperking, dan is dat een handicap. Die handicap zit echter niet in het lichaam van de persoon, maar is het resultaat van de interactie tussen de persoon en de fysieke en psychologische omstandigheden op de werkplek en de vereisten van de baan. Voor rehabilitatietherapeuten was dit duidelijk.

Naarmate rehabilitatie zich verder ontwikkelde in de vorm van diverse fysieke, ergo-, spraak- en taaltherapieën en meer gerichte deel-therapieën zoals beroepsrehabilitatie, ontwikkelde de rehabilitatiewetenschap een verfijnder inzicht in haar eigen doelstellingen en methoden. Met name de begrippen lichaamsfuncties en menselijk functioneren werden duidelijker gedefinieerd en geoperationaliseerd. Op niveau van het lichaam kunnen functies worden opgevat als afzonderlijke handelingen van lichaamsdelen en structuren (waaronder het meest complexe lichaamsdeel - het menselijk brein en het centrale zenuwstelsel). Of het nu gaat om spierkracht en elasticiteit van pezen of om gezichtsscherpte en fijne handbewegingen, het lichaam (en de geest) kan worden beschouwd in termen van categorieën van functies en structuren. Op niveau van de persoon creëren verschillende componenten of functies, samen met mentale fenomenen zoals intentie of doelgerichtheid, spontane menselijke acties en activiteiten - wandelen, trappen op- en aflopen, dagelijkse routines organiseren, huishoudelijk werk doen, koken, enzovoort. Als we zeggen dat menselijke acties spontaan voortvloeien uit lichaamsfuncties en -structuren, dan betekent dat het theoretisch of praktisch niet nuttig is om menselijke handelingen op te splitsen in een eindeloos aantal afzonderlijke lichaamsfuncties en -structuren die moeten worden gecoördineerd om zelfs de eenvoudigste handelingen, zoals zichzelf aankleden, te kunnen uitvoeren, laat staan enorm complexe activiteiten zoals basketbal spelen, vriendschappen sluiten, of een cursus aardrijkskunde op universitair niveau volgen.

Bijgevolg heeft de rehabilitatiespecialist twee dimensies van het menselijk functioneren geïdentificeerd: functies en structuren op niveau van het lichaam, en acties en activiteiten op het niveau van de persoon. Problemen met de eerste dimensie (ten gevolge van ziekten of verwondingen) zorgden typisch voor problemen in de tweede dimensie: artritis in de hand verzwakt de grijpkracht, maar tenzij iemand erin slaagt een oplossing voor deze beperking te vinden, zal ze een invloed hebben op hoe hij of zij zich kleedt, de was doet of handenarbeid verricht. Wanneer deze oplossingen geen antwoord bieden of wanneer de impact van de beperking een invloed heeft op een actie of geheel van acties die van bijzonder belang zijn voor de betrokkene, wordt er een beroep gedaan op de diensten van de therapeut. De therapeut streeft er vervolgens naar om de capaciteit van de lichaamsfunctie te verbeteren of, door gebruik te maken van de sterke punten in andere lichaamsfuncties, om manieren te vinden om de ene functie door een andere te vervangen.

Rehabilitatie doet zelden wat de naam lijkt te suggereren - namelijk een persoon herstellen in de precieze toestand waarin hij of zij zich voor de ziekte of verwonding bevond. Vaker - en altijd in het geval van blijvende of chronische beperkingen - is rehabilitatie een kwestie van het optimaliseren van de capaciteit van de betrokken lichaamsfunctie of actie - om deze zoveel mogelijk te verbeteren. Maar dat is niet het hele verhaal. Aangezien rehabilitatie ervoor tracht te zorgen dat mensen opnieuw zo optimaal mogelijk kunnen functioneren in het echte leven, niet alleen hoe hun lichaamsdelen werken, moet de rehabilitatietherapeut rekening houden met de context of de omgeving waarin de betrokken acties en activiteiten plaatsvinden. Door de vereisten die door de omgeving worden gesteld in aanmerking te nemen, kan de rehabilitatietherapeut de persoon voorzien van de nodige ondersteunende toestellen of hulpmiddelen die ervoor zorgen dat de betrokkene de vereiste of gewenste actie kan uitvoeren of op een meer doeltreffende manier kan uitvoeren. De ergotherapeut zal op zijn beurt naar manieren zoeken om een relevante fysieke omgeving (het huis of de werkplek van de persoon) direct te veranderen of nagaan of er aanpassingen kunnen worden gedaan (een helling of leuning plaatsen, de hoogte van het bureau verhogen of verlagen om plaats te bieden aan een rolstoel). Dit alles gebeurt om de prestaties van de persoon in kwestie te optimaliseren.

De principes en doelstellingen van rehabilitatie zijn algemeen gekend en duidelijk, maar de diepgaande inzichten in de begrippen beperking en handicap die rehabilitatie biedt, zijn minder goed gekend. Rehabilitatie is inderdaad altijd de stille partner geweest in de evolutie van het begrip handicap. Hieronder vindt u de belangrijkste van die inzichten:

Hoewel rehabilitatie vaak wordt geassocieerd met de impact van ziekten (bijvoorbeeld herstel na een beroerte of kanker) of verwondingen (herstel na een sport- of verkeersletsel), is ze ook relevant wanneer de factor die verantwoordelijk is voor de achteruitgang in het functioneren helemaal geen gezondheidsprobleem is - bijvoorbeeld in het geval van een achteruitgang in het functioneren ten gevolge van stresserende factoren in de omgeving, gebeurtenissen zoals een zwangerschap of de 'natuurlijke' achteruitgang door veroudering. Hoewel kennis van het onderliggende ziekte- of letselproces nuttig is voor een therapeut, begint de therapie vaak pas nadat deze processen gestabiliseerd zijn en de daaruit voortvloeiende beperkingen chronisch zijn.

Ten tweede richt rehabilitatie zich op relevante categorieën van lichaamsfuncties en -structuren, maar altijd rekening houdend met de impact hiervan op wat de betrokkene wel of niet kan doen in het leven en met de bijkomende impact van de werkelijke omgevingen waarin de persoon leeft en handelt.

Ten derde veronderstelt het optimaliseren van iemands intrinsieke vermogen om acties uit te voeren, of het optimaliseren van de doeltreffendheid van deze acties in het licht van de omgeving waarin ze worden uitgevoerd, dat lichaamsfuncties en -structuren continu en niet dichotomisch zijn. Elke lichaamsfunctie - of het nu gaat om gezichtsscherpte, spierkracht of bloeddruk - is met andere woorden een kwestie van minder of meer, niet van aanwezig of afwezig. Een direct gevolg hiervan

is dat beperkingen niet altijd en alleen ernstig zijn; ze kunnen ook minimaal en verwaarloosbaar zijn, of ze kunnen mild of matig zijn.

Bij dit laatste punt wil ik toch nog even blijven stilstaan. Ik schreef al dat de gezond-verstand visie op het begrip handicap ervan uitgaat dat de problemen waar mensen met een handicap mee geconfronteerd worden altijd levensveranderend en ernstig zijn. Het verschil tussen blind zijn en af en toe een bril nodig hebben om de kleine lettertjes te lezen, of het verschil tussen dementie en vaak vergeten waar je je autosleutels neerlegt, is een categorisch verschil: de ene persoon heeft een handicap, de andere niet. De veronderstelling dat beperkingen permanent zijn, is hetzelfde punt maar dan uitgedrukt in de tijd. Al deze veronderstellingen samen onderbouwen de bredere visie - fundamenteel voor het sociale model - dat mensen met een handicap een onderscheiden en bepalende subpopulatie, een minderheidsgroep, zijn. Deze sociologische stelling was bovendien de motivatie en de reden voor nagenoeg alle politieke en juridische ontwikkelingen van de laatste decennia, tot en met het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. De duidelijke, maar zelden expliciet verwoorde veronderstelling achter dit alles is dat sommige mensen wel en andere niet als personen met een handicap worden beschouwd, en dat degenen die wel als dusdanig worden beschouwd, beschermd moeten worden tegen discriminatie, het ontzeggen van autonomie, verwaarlozing, gebrek aan respect en verlies van waardigheid.

Het conceptuele kader dat bij rehabilitatie wordt gehanteerd, is heel anders. De ernst van beperkingen kan in nagenoeg oneindig veel verschillende gradaties worden uitgedrukt, en hoewel het zinvol is om te zeggen dat sommige mensen zeer milde en andere zeer ernstige beperkingen van een of meerdere lichaamsfuncties hebben, heeft het geen zin te trachten om te bepalen waar nu precies de grens ligt tussen een persoon met een handicap en een persoon zonder. Zelfs wanneer we de gezond-verstand visie op het begrip handicap volledig laten varen en resoluut kiezen voor de moderne consensus dat handicap een ervaring is die in gelijke mate wordt gevormd door beperkingen en bepalende omgevingsfactoren die de onderliggende fysieke of mentale capaciteit verergeren of verbeteren - toch zullen de daaruit voortvloeiende handicaps nog steeds in een continuüm van ernst worden ervaren. Maar als een handicap licht, matig of ernstig kan zijn, hoe kunnen we dan op aannemelijke wijze definiëren wat nu precies een 'persoon met een handicap' is - waar ligt met andere woorden de grens?

3. Alle stukjes in elkaar passen: De ICF

Voordat we proberen een uitweg te vinden voor dat essentiële dilemma van het begrip handicap, is het nuttig om de stukjes bij elkaar te brengen en zo tot de moderne consensusvisie over handicap te komen:

A) Een handicap is het resultaat van een interactie tussen intrinsieke kenmerken van de geest of het lichaam van de betrokken persoon (beperkingen) die in biologische, fysiologische en psychologische termen kunnen worden beschreven, en kenmerken van de algemene fysieke, door de mens gebouwde, attitudinale, culturele, sociale en politieke omgeving.

B) Een handicap staat los van de onderliggende gezondheidstoestand. Hoewel er geen handicap zonder beperkingen bestaat, wordt een handicap ook bepaald door factoren die in de ruimere omgeving van de betrokkene een faciliterende of verergerende rol spelen.

C) Een handicap is een continu, niet dichotomisch fenomeen. Alle dimensies van een handicap zijn een kwestie van 'minder of meer', niet van 'wel of niet'. Hoewel er voor beleidsdoeleinden (bijvoorbeeld om te bepalen of iemand al dan niet recht heeft op een sociale uitkering) altijd grenzen of drempels worden vastgelegd, bestaat er niet zoiets als één enkel, conceptueel geldig, grenspunt.

Het spreekt voor zich dat deze principes conceptuele axioma's zijn van de onderliggende logica van het moderne begrip handicap, geen veralgemeningen van hoe de term 'handicap' feitelijk wordt gebruikt, hetzij informeel, hetzij in een formele context. Hoewel de termen informeel als synoniemen kunnen worden gebruikt, is een beperking conceptueel gezien een intrinsiek kenmerk van het lichaam of de geest van de persoon, terwijl het begrip handicap beschrijft hoe de betrokkenen de interactie tussen hun persoon en hun omgeving werkelijk beleven. Hoewel er in informele contexten weinig verkeerd kan gaan wanneer betwiste termen als handicap op verschillende en inconsistente wijze worden gebruikt, is het voor specifieke doeleinden in de wetenschap en het beleid van essentieel belang dat de begrippen ‘handicap’ en ‘handicap’ op een conceptueel heldere en ondubbelzinnige manier worden gebruikt, om verwarring te voorkomen.

Dit was voor een deel precies de motivatie achter de internationale inspanningen die in de jaren 1990 en het begin van de jaren 2000 onder leiding van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) werden geleverd om een classificatie te ontwikkelen van 'de beleefde ervaring van gezondheid', met name als uitbreiding van de bestaande classificatie van ziekten en andere gezondheidsproblemen van de WHO, de International Classification of Diseases[6]. Het resultaat was de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (WHO, 2001), tot op heden nog steeds de meest grondig uitgewerkte, consistente en operationele weerspiegeling van de moderne consensusvisie op handicaps. Hoewel de WHO in gehandicaptenmiddens vaak wordt afgedaan als een in wezen medische organisatie (en dus een pleitbezorger van het medische model), is de ICF in feite min of meer een direct gevolg van het operationele concept van handicap dat we gewoonlijk in de literatuur rond rehabilitatie terugvinden.

6 WHO. International Classification of Diseases, 11th Revision. Te raadplegen op: https://www.who.int/classifications/icd/en/

Het is belangrijk om te benadrukken dat de ICF, als wetenschappelijk instrument en norm, in essentie een classificatie is (of technisch gezien eerder een reeks classificaties) die als voornaamste beoogde doel heeft om internationaal vergelijkbare gegevens voor gezondheidsonderzoek, -praktijk en -beleid te kunnen verzamelen. Maar daarnaast is het ook belangrijk dat de ICF eveneens een wetenschappelijk model of denkbeeld belichaamt dat de onderliggende structuur biedt voor de classificaties die ze bevat. Het model gaat niet uit van handicaps, maar wel van functionering. ICF-functionering is een theoretische term die het volledige scala lichaamsfuncties en -structuren omvat alsook alle handelingen, taken en activiteiten, van eenvoudig tot complex, die mensen in hun leven uitvoeren. Functionering wordt in de ICF-classificaties formeel geoperationaliseerd in termen van verschillende en onderling volledige categorieën van Lichaamsfuncties en -Structuren, Activiteitendomeinen en Participatiedomeinen.

Aangezien de ICF het zogenaamde 'op interactie gebaseerde' functioneringsmodel (principe A hierboven) hanteert, omvat het ook een classificatie van omgevingsfactoren - fysieke, door de mens gebouwde, attitudinale, interpersoonlijke, sociale, culturele, politieke, economische en juridische factoren - die als facilitator of barrière fungeren. De ICF is dus een geheel van classificaties die samen het begrip functionering volledig operationeel maken. Voortvloeiend hieruit, worden problemen of moeilijkheden die worden ervaren in lichaamsfuncties en -structuren 'beperkingen' genoemd, en worden problemen of moeilijkheden die worden ervaren op het niveau van de persoon 'handicaps' genoemd.

Het begrip functionering zoals dat wordt gehanteerd in de ICF, is eigenlijk een afgeleide formulering van wat in de rehabilitatie-literatuur in verschillende, negatieve bewoordingen als 'functioneel verlies', 'functionele beperking' of 'functioneel onvermogen' wordt bestempeld. Elke functioneringscategorie in de ICF is een afzonderlijke en betekenisvolle component van de volledige gezondheidservaring zoals die door mensen wordt beleefd. In overeenstemming met principe C) beslaat elke functioneringscategorie een toestand die kan worden ervaren op elk mogelijk punt in een continuüm, gaande van totale afwezigheid van de betrokken functie tot volledige functionering. De continuïteit van elke functioneringscategorie betekent dat de ICF geen vooraf vastgestelde drempelwaarden binnen het continuüm heeft, vanaf dewelke een functioneringsniveau als een handicap of beperking wordt beschouwd. Anders gezegd heeft de ICF dus niet de bedoeling om twee verschillende groepen mensen in een populatie te identificeren, namelijk mensen met een handicap en mensen zonder handicap.

In overeenstemming met principe B biedt de ICF de mogelijkheid om kenmerken van de algemene omgeving van de persoon te identificeren die een invloed kunnen hebben op zijn of haar intrinsieke lichaamscapaciteit - van de luchtkwaliteit, de breedte van de deuropening en het wegdek, tot de steeds minder concrete individuele attitudes, culturele overtuigingen en persoonlijke relaties, economische omstandigheden, sociaal beleid en politieke ideologieën. Om de interactie tussen persoon en zijn of haar omgeving volledig te operationaliseren, en in het bijzonder om van een beschrijving over te gaan naar de meting van de mate waarin de handicap wordt ervaren, maakt de ICF tot slot een onderscheid tussen twee concepten, namelijk capaciteit en prestatie.

Capaciteit is in de praktijk een waardering die wordt afgeleid van informatie over de onderliggende gezondheidstoestand en observaties van wat mensen in een gecontroleerde omgeving kunnen doen gezien hun beperkingen. Capaciteit is een beschrijving van de intrinsieke, functionerende toestand van een persoon, onafhankelijk van diens omgeving. Het gaat hier om een theoretische benadering, aangezien het praktisch onmogelijk is om de invloed van de omgeving in de werkelijke wereld volledig te elimineren. Het concept capaciteit omvat hier alle fysiologische en psychologische functies en anatomische structuren van het lichaam en de daaruit voortvloeiende 'capaciteit' van de persoon om alle menselijke activiteiten, van de meest eenvoudige tot de zeer complexe, uit te oefenen. Prestatie daarentegen, beschrijft de mate waarin de persoon met een beperking daadwerkelijk eenvoudige of complexe activiteiten verricht of uitvoert, volledig in de context van en in interactie met alle aspecten van zijn of haar omgeving. Prestatie is geen theoretisch concept; het is de feitelijke beschrijving van wat er werkelijk gebeurt, wat de persoon daadwerkelijk doet, in het licht van factoren in zijn of haar omgeving die het moeilijker of gemakkelijker maken om activiteiten uit te voeren.

De ICF is de meest nauwkeurige en operationele versie van de moderne consensusvisie op handicap. De ICF brengt de volledige beleving van een persoon in kaart, zoals die wordt bepaald door zowel diens intrinsieke gezondheidstoestand als door de algemene fysieke, door de mens gebouwde, attitudinale en sociale omgeving waarin hij of zij leeft.

4. Het einde van de evolutie?

De ICF - en, minder gedetailleerd, ook het CRPD - zorgt voor een conceptualisering van het begrip handicap die de consensusvisie onder academici en mensen die de belangen van personen met een handicap behartigen, weergeeft. Daarnaast biedt de ICF ook de middelen om onze inzichten voor wetenschappelijke doeleinden te structureren en zo onduidelijkheid en verwarring te voorkomen. Betekent dit dan dat we aan het einde van de evolutie zijn? We moeten voorzichtigheid betrachten en denken aan de woorden van de filosoof Edgar Morin, die zei dat wanneer we streven naar wetenschappelijke en conceptuele duidelijkheid over zeer complexe en omstreden begrippen zoals handicap, we de onderliggende realiteiten die we proberen op te helderen, mogelijk minder scherp gaan zien (Morin, 2008). Soms, zo schrijft Morin, moeten we de realiteit van de complexiteit gewoon accepteren, ook al betekent dit dat we 'te maken krijgen met onontwarbare kluwens (het eindeloze spel van wederzijdse interacties), met een onderlinge verbondenheid tussen fenomenen, vaagheid, onzekerheid, tegenspraak'. Hier zijn enkele kluwens die nog moeten worden ontward.

4.1. Wie is gehandicapt?

Als handicap een continu verschijnsel is, wie beschouwen we dan als gehandicapt? Dit is overigens geen academische kwestie, aangezien het grootste deel van de wetgeving en het sociaal beleid inzake handicaps - waaronder ook het CRPD zelf - volledig afhangt van het antwoord op de vraag wie in aanmerking komt voor de bescherming, uitkeringen en steun die het beleid toekent. In de meeste landen waar de sociale zekerheid voldoende is ontwikkeld, baseert men zich voor de toekenning van sociale uitkeringen of invaliditeitspensioenen op medische vaststellingen om te bepalen of iemand al dan niet een handicap heeft - de ziekten of verwondingen die iemand heeft - en in sommige gevallen op functionele beoordelingen die vervolgens in percentages of op een andere schaal worden uitgedrukt en waarvoor een grenswaarde wordt vastgelegd (Bickenbach et al. 2015). Als er geen intrinsieke of conceptuele drempel bestaat tussen 'niet-gehandicapt' en 'gehandicapt' (of tussen licht, matig en ernstig gehandicapt) dan zijn deze grenswaarden in wezen willekeurig. Zelfs empirisch bepaalde, statistische normen voor het functioneren van een populatie, zorgen in het beste geval voor een bereik van wat 'normaal' is, waarbinnen een oneindig aantal grenswaarden mogelijk zijn.

Uiteraard zijn de grenswaarden die binnen het beleid worden gehanteerd om te bepalen of iemand al dan niet in aanmerking komt voor steun, niet willekeurig of irrationeel. Het beleid moet onze basisintuïtie volgen (van een persoon die in een bepaald domein helemaal niet kan functioneren, kunnen we uiteraard niet zeggen dat hij of zij een licht probleem heeft), maar ook de economische en politieke realiteit (de grootte van het budget dat aan het programma wordt toegekend, of de intensiteit en overtuiging waarmee pleitbezorgers lobbyen). Ook voor een systeem om mensen na een ongeval of het begin van een ziekte weer aan het werk te krijgen, zal moeten worden bepaald wie in aanmerking komt voor ondersteuning en diensten, zoals beroepsrevalidatie, financiële steun voor ondersteunende technologie of aanpassingen van de werkplek. In principe zou iedereen daarvoor in aanmerking moeten komen, maar in werkelijkheid moeten er in het licht van de begrotingsrealiteit bepaalde grenzen worden getrokken.

Dit specifieke probleem vertakt zich nog verder in bijkomende sociale en psychologische problemen aangaande de identiteit van een 'persoon met een handicap'. Zo wordt de gezond-verstand visie dat enkel personen met een ernstige beperking in aanmerking komen voor ondersteuning, steeds problematischer. Of iemand al dan niet een handicap heeft, hangt niet uitsluitend af van de ernst van de onderliggende stoornis, maar hangt af van de vraag of de omgeving ondersteuning biedt of het probleem erger maakt. Zo is het bijvoorbeeld niet onmogelijk dat mensen die blind zijn zo'n uitgebreide ondersteunende technologie, persoonlijke begeleiding en andere ondersteuning in hun omgeving hebben, dat hun handicap in werkelijkheid slechts een lichte beperking vormt.

Bovendien zal iedereen waarschijnlijk met een handicap te maken krijgen naarmate hij of zij ouder wordt, aangezien het verouderingsproces in wezen resulteert in steeds meer beperkingen die onvermijdelijk gevolgen zullen hebben voor activiteiten die de betrokkene wil uitvoeren (WHO, 2015). Zelfs wie aan een ernstige chronische

ziekte of verwonding ontsnapt naarmate hij of zij ouder wordt, zal naar alle waarschijnlijkheid toch te maken krijgen met de verschijnselen van multimorbiditeit - de gestage opeenstapeling van beperkingen die, elk op zich, vrij mild kunnen zijn (lichte bijziendheid, licht gehoorverlies, artritis in de knieën), maar die samen toch het leven van de betrokkene zullen verstoren.

Tot slot leidt het feit dat functioneren een continu concept is tot een geheel van vraagstukken die ons veel verder brengen dan louter het concept handicap. Wat is bijvoorbeeld de betekenis van 'normaliteit' of grenswaarden in het algemeen? Wat is bijvoorbeeld een 'normale' wandelsnelheid, 'normale' persoonlijke relaties, opleidingsniveau of werkervaring? Het concept lijkt zelf op een continuüm te liggen, gaande van functioneringsdomeinen die gebaseerd zijn op biologische of biostatistische bevolkingsnormen, tot meer culturele of sociale normen en domeinen van het menselijk leven - relaties met vreemden of politieke participatie - waarvoor het begrip 'normaal' volstrekt misplaatst lijkt te zijn. En wat doen we dan met atleten en hun bovennormale fysieke capaciteiten? Moeten we het bereik van de 'normale wandelsnelheid' verleggen telkens als het record op de 100 meter sprint wordt verbroken, of vallen atleten volledig buiten het continuüm en hebben zij vaardigheden die buiten 'volledig' functioneren vallen of op een geheel andere schaal worden gemeten. Moeten we voor die sporten die intrinsiek afhankelijk zijn van omgevingselementen (sportschoenen, fietsen, Formule 1-auto's - zelfs golfkarretjes) zeggen dat bijvoorbeeld twee fietsers met dezelfde intrinsieke capaciteit, maar die fietsen met een verschillende uitrusting gebruiken, in eerlijke concurrentie zijn? Heeft de atleet met de minder goed uitgeruste fiets een handicap?

4.2. Wat is hier belangrijker, de beperking of de omgeving?

De interactieve benadering van handicap schrijft het ontstaan van een handicap toe aan zowel de inherente gezondheidstoestand van de persoon (beperkingen van het lichaam of de geest) als aan de algemene omgeving van de persoon. Maar welke van de twee is belangrijker? Dit is de vraag die zowel de medische als de sociale modellen probeerden te verhelpen, allebei zonder resultaat. Het eenvoudige antwoord is dat beide groepen bepalende factoren belangrijk zijn, maar dat ze in verschillende gevallen op verschillende manieren belangrijk zijn. Maar dat is te gemakkelijk: in ernstige gevallen van depressie, bijvoorbeeld, heeft nagenoeg geen enkele wijziging in de omgeving zonder medicatie veel invloed op de handicap die iemand ervaart op het werk of in familierelaties. Aan het andere uiterste - zeg maar een goedaardige anomalie in de gezichtspigmentatie - kan de handicap volledig het gevolg zijn van de houding of intolerantie van andere mensen. Beperkingen verschillen en omgevingen verschillen; er is met andere woorden geen eenvoudige manier om deze onoverzichtelijke complexiteit te omzeilen.

Maar vanuit sociaal oogpunt en met name onze verplichting om iedereen met respect te behandelen en sociale regelingen te treffen die tegemoetkomen aan de behoeften van mensen en die de mogelijkheden die ze in hun leven krijgen, veiligstellen, kan deze bijzondere complexiteit een excuus worden voor maatschappelijke passiviteit. Een

manier om dit te voorkomen is door eenvoudig vast te stellen dat, hoewel iedereen een aantal beperkingen in zijn leven ervaart, veel obstakels in de omgeving die handicaps creëren helemaal niet onvermijdelijk zijn en vaak in hoge mate kunnen worden gecontroleerd. Veel van deze obstakels (en het onvermogen om oplossingen aan te reiken) zijn het resultaat van politieke en beleidsbeslissingen die prioriteiten hebben vastgelegd die, misschien onbedoeld, schadelijker zijn geweest voor mensen met een minder dan perfecte gezondheid dan voor anderen. Het is uiteraard gepast om de complexiteit van de verschillende bepalende factoren van handicaps aan te pakken, door ons te richten op oplossingen voor problemen die we zelf kunnen oplossen.

4.3. Is handicap een kwestie van gezondheid?

De ICF conceptualiseert handicaps volledig binnen het domein van de gezondheid. Deze conceptualisering ligt zelfs aan de basis van een misvatting die leeft bij veel mensen die vergeten dat rehabilitatie geen medische gezondheidsinterventie is, namelijk de misvatting dat de ICF een medische benadering belichaamt. Volgens de visie van de WHO zijn beperkingen het gevolg van een onderliggende gezondheidstoestand en conceptueel is de aanwezigheid van een beperking een noodzakelijke (maar niet voldoende) voorwaarde voor de aanwezigheid van een handicap. Er valt veel te zeggen voor deze aanpak: ten eerste wordt het belangrijke politieke doel van de 'mainstreaming' van handicaps in het sociaal beleid gewaarborgd als de handicap intrinsiek wordt gekoppeld aan de gezondheid, aangezien de gezondheidssector in de meeste landen zowel politiek als economisch erg sterk staat. Ten tweede zorgt hij ervoor dat een handicap geen marginale of 'speciale' sociale aangelegenheid wordt die een onderscheiden en relatief kleine minderheid van mensen betreft. Iedereen heeft gezondheidsproblemen in zijn leven; beperkingen zijn een universeel menselijk fenomeen, zowel epidemiologisch als sociaal. Mensen zijn van nature kwetsbare en afhankelijke wezens; het is dus in elke rechtvaardige samenleving een gerechtvaardigde en essentiële eis dat er sociale voorzieningen worden getroffen om deze universele kwetsbaarheid op te vangen (Fineman, 2017).

Dit gezegd zijnde, is het voor pleitbezorgers en academici die zich inzetten voor mensen met een handicap, een geloofsovertuiging dat ‘handicaps niet alleen een gezondheidsprobleem zijn’. Dit is duidelijk als we kijken naar de consensusvisie op het concept handicap. Wat minder duidelijk is, is de bewering dat handicap mogelijk helemaal geen kwestie van gezondheid is. Toen de gehandicaptenbeweging nog in de kinderschoenen stond, werd gewoonlijk benadrukt dat een handicap geen ziekte of aandoening is. Gelukkig vindt dit standpunt weinig ingang, gezien het onrechtvaardige karakter ervan. Het sluit namelijk mensen met aanhoudende of chronische gezondheidsproblemen zoals diabetes, COPD of zelfs depressies - mensen met duidelijke en vanzelfsprekende beperkingen - uit van de status van ‘persoon met een handicap’. Maar er blijft weerstand bestaan tegen de idee dat mensen die een handicap hebben niet in perfecte gezondheid verkeren, of concreter gezegd dat blind zijn of verlamd of depressief zijn op zichzelf geen gezondheidsproblemen zijn. Maar intuïtief voelt dit vreemd aan. Een persoon die vanwege een ruggenmergletsel in een rolstoel zit, kan 'anders gezond' zijn, maar hij of zij kan niet 'perfect gezond' zijn.

Vanuit het perspectief van de ICF is het niet coherent om te zeggen dat iemand een beperking heeft (zoals blindheid, verlamming of depressie), maar geen gezondheidsprobleem, omdat functioneren geoperationaliseerd wordt aan de hand van de gezondheidstoestand. Er bestaan wel versies van het concept gezondheid die welzijn of een ander zeer normatief begrip omvatten (waaronder de beroemde definitie van de WHO zelf van 'volledig fysiek, psychisch en sociaal welzijn'). Maar geen enkele werkbare wetenschappelijk bruikbare definitie van gezondheid kan het concept volledig loskoppelen van de toestand van het menselijk lichaam of geest. Als gezondheid niet zijn oorsprong vindt in de biologie en psychologie, dan is het onduidelijk wat de term precies inhoudt. Toch blijft de weerstand tegen het conceptuele punt dat invaliditeit inherent een kwestie van gezondheid is controversieel, misschien omdat 'ongezond' nog altijd een zekere resterende connotatie als inferieur, corrupt of niet volledig menselijk in zich draagt (Bickenbach, 2015).

De logische uitbreiding van deze visie is dat beperkingen 'slechts verschillen' zijn die geen gevolgen hebben voor het leven van mensen, een diversiteit die moet worden toegejuicht en niet moet worden genezen (Barnes, 2016). Hoewel het uiteindelijk waarschijnlijk niet meer dan mooie retoriek is, is het moeilijk voor te stellen hoe een benadering van de gehandicaptenproblematiek de oprechte, vanuit mensenrechten ingegeven eisen van steun en diensten van mensen met een handicap effectiever zou kunnen ondermijnen.

4.4. Dilemma van verschil

Een van de meer verontrustende en aanhoudende problemen die met het begrip handicap gepaard gaan, houdt verband met het sociale beleid en de juridische theorie en wordt het 'dilemma van het verschil' genoemd (Minow, 1990). Het dilemma is op verschillende manieren geformuleerd (en voor vele vormen van menselijke verschillen), maar het komt neer op de volgende strategische uitdaging voor pleitbezorgers van mensen met een handicap die streven naar politieke en juridische gelijkheid: aan de ene kant is er de druk om niet langer de nadruk te leggen op de kenmerken van zichzelf die hen als verschillend bestempelen ('we zijn net als ieder ander', 'we kunnen hetzelfde doen als ieder ander'); maar als de werkelijke verschillen die door handicaps worden gecreëerd, worden genegeerd, wordt het moeilijk om echte gelijkheid te bereiken, omdat een volwaardige en gelijkwaardige participatie in de samenleving problematische wordt als er geen ondersteuning wordt geboden en aanpassingen worden gedaan die gericht zijn op de betrokken belemmeringen. Zijn mensen met een handicap hetzelfde als alle anderen, of zijn ze verschillend; zijn beperkingen 'slechts verschillen' die genegeerd moeten worden, of vormen ze de basis voor sociale interventies die noodzakelijk zijn om echt zinvolle gelijkheid te bekomen? Als ik in een rolstoel zit, word ik dan gelijk behandeld als ik net als iedereen een trap op moet gaan, of is mijn vraag om een lift te installeren een effectieve en zinvolle manier om mijn gelijkheid te bereiken?

Het dilemma leidt tot een aantal zeer diepgaande en ernstige problemen voor de structuur van het recht en het beleid. Moeten we ernaar streven om ons sociaal beleid

universeel te maken, in die zin dat het onze beleidsdoelstellingen voor iedereen op gelijke wijze kan vervullen, of moeten we ons specifiek richten op mensen met aanwijsbare behoeften die voortvloeien uit beperkingen? Een universeel beleid heeft het voordeel dat er niet moet worden ingegaan op het vroegere pijnpunt van het bepalen van wie wel en wie niet in aanmerking komt; maar zowel wat betreft de praktische uitvoerbaarheid als de populaire perceptie lijkt een universeel beleid zowel een verkwisting voor wie geen steun nodig heeft als mogelijk ondoeltreffend voor wie wel steun nodig heeft.

Een daarmee samenhangend dilemma, waarmee vooral het onderwijsbeleid geconfronteerd wordt, is de vraag of handicaps moeten worden 'gemainstreamd' binnen de bestaande onderwijsstructuren of dat er afzonderlijke, maar gelijkwaardige onderwijsstelsels voor verschillende bevolkingsgroepen moeten worden opgezet die uitgaan van hun verschillende behoeften en sterke punten. Mainstreaming krijgt meestal de voorkeur - aangezien een volledig inclusieve omgeving belangrijke indirecte voordelen biedt voor kinderen met een handicap - maar er is ook aangevoerd dat dove kinderen beter leren met hun leeftijdsgenoten.

5. Coda

Het concept 'handicap' is veranderd, hoewel we momenteel een min of meer stabiele, op consensus gebaseerde conceptualisering kennen die zowel binnen het beleid als binnen de wetenschap als uitgangspunt wordt gehanteerd. Het is verleidelijk om te hopen dat de evolutie tot een einde is gekomen, alleen al omdat we ons moeilijk kunnen voorstellen hoe het nog verder zou kunnen evolueren, of zelfs omdat een verdere 'evolutie' ons mogelijk terug zou kunnen brengen naar eerdere problematische versies van het concept.

Ondanks de huidige consensusvisie waarbij handicap wordt beschouwd als een complex concept en een fundamentele menselijke ervaring, blijft het begrip toch nog opgezadeld zitten met blijvende vragen, dilemma's en paradoxen. Als het concept blijft evolueren, is het niet duidelijk. Is een handicap een universele ervaring of is het een sociale, zelfs culturele, identiteit die strikt beperkt is tot een minderheidsgroep? Zijn de beperkingen verwaarloosbaar, 'slechts' verschillen of zijn het fundamentele en onvermijdelijke kwetsbaarheden die bepalend zijn voor de menselijke conditie? Dit zijn geen dilemma's die kunnen worden opgelost door taalkundige beslissingen, politieke retoriek of zelfs uitgebreid empirisch onderzoek; ze zijn in hoge mate inherent aan het concept zelf.

Hoewel we worstelen met de sociale, juridische en politieke gevolgen van deze inherente complexiteit, is het een strijd die de moeite loont omdat we uiteindelijk meer leren over wat het betekent om mens te zijn.

Hoofdstuk 2

HET FEDERAAL EN REGIONAAL ONDERSTEUNINGSBELEID VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP IN BELGIË

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op het ondersteuningsbeleid van personen met handicap in België. We bespreken eerst het inkomensondersteuningsbeleid dat op federaal niveau gevoerd wordt, waar we dieper ingaan op de verschillen tussen het bijstandstelsel en het sociaal zekerheidsstelsel. Ook de verschillende sociale voordelen op federaal niveau worden kort toegelicht. Vervolgens wordt de situatie en het beleid in elk van de Belgische regio's besproken. We starten met het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, waarna het beleid op Vlaams en Waals niveau besproken wordt.

De verschillende instanties bespreken telkens hun beleid alsook de verschillende sociale voordelen die we in elke gewest terugvinden.

Hoofdstuk 2 – Deel 1

HET FEDERAAL ONDERSTEUNINGSBELEID VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP

Annabel Vanroose, Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid

1. Inleiding

In dit deel bespreken we het federaal inkomensondersteuningsbeleid voor personen met een handicap in België. België heeft een sterk uitgebouwde inkomensbescherming. Er zijn twee grote systemen: een systeem van sociale zekerheid voor personen die actief op de arbeidsmarkt zijn/waren en een systeem van sociale bijstand voor personen die niet actief op de arbeidsmarkt zijn/waren met een inkomen onder een bepaalde grens. Het federaal beleid rond personen met een handicap bestaat dus uit 2 stelsels: het socialezekerheidsstelsel en het bijstandsstelsel.

Afhankelijk van het stelsel waartoe ze behoren of waarin ze erkend worden, kunnen we het aantal personen met een handicap bepalen aan de hand van administratieve data.

De eerste groep personen met een handicap zijn diegene die erkend zijn door de Directie-Generaal Personen met een Handicap, bij de Federale Overheidsdienst (FOD) Sociale Zekerheid. Personen met een handicap worden erkend op basis van de impact van hun handicap op hun dagelijks leven (hun zelfredzaamheid). In 2018 hadden 660.330 personen een erkenning.

Op basis van de erkenning van de handicap, kan iemand in aanmerking komen voor een tegemoetkoming. Het systeem staat los van eerdere arbeidsprestaties of eerdere deelname aan de arbeidsmarkt. De integratietegemoetkoming (IT) is bedoeld als compensatie voor de bijkomende kosten die je als persoon met een handicap hebt om deel te kunnen nemen aan het maatschappelijke leven ('integratie'). Personen met een handicap ouder dan 65 jaar komen in aanmerking voor een Tegemoetkoming Hulp aan Bejaarden (THAB). Gezinnen met kinderen met een handicap kunnen een verhoogde kinderbijslag aanvragen. Daarnaast is er ook een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) die bedoeld is om het inkomen dat je door je handicap niet

kan verdienen (deels) te compenseren. Hiervoor wordt gekeken of iemand maximaal 1/3 van een persoon zonder handicap kan verdienen op de gewone arbeidsmarkt.

De tweede groep die we terugvinden in de administratieve data zijn de personen die arbeidsongeschikt erkend zijn bij de Rijksinstelling voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering (het RIZIV). Dit zijn personen die als gevolg van privé ongeval of ziekte (geen beroepsziekte) niet meer deelnemen op de arbeidsmarkt en dus arbeidsongeschikt worden. Er wordt een verschil gemaakt tussen primaire arbeidsongeschiktheid en langdurige arbeidsongeschiktheid. In 2018, waren 426.607 personen langer dan 1 jaar arbeidsongeschikt. Tenslotte hebben we de groep personen die als gevolg van een arbeidsongeval of beroepsziekte (geheel of gedeeltelijk) arbeidsongeschikt worden. Zij worden erkend door het Federaal Agentschap voor Beroepsrisico's (FEDRIS).

In dit hoofdstuk bespreken we het inkomensbeleid rond personen met een handicap in elk stelsel. We starten met de toekenningsvoorwaarden waaraan moet worden voldaan om steun te genieten. En vervolgens bespreken we het ondersteuningsbeleid. Daarna worden de bijkomende sociale voordelen toegelicht, net als de initiatieven die er zijn om langdurig arbeidsongeschikten te re-integreren op de arbeidsmarkt. We bespreken ook kort het beleid rond kinderen en ouderen met een handicap.

2. De tegemoetkomingen van de DG Personen met een handicap

2.1. De inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT)

De inkomensvervangende tegemoetkoming heeft als doel personen met een handicap te voorzien van een basisinkomen. Het geldt voor personen met een handicap tussen 21 en 65 jaar die geen rechten hebben opgebouwd in de sociale zekerheid. Bij de evaluatie van hun handicap moeten ze minstens 7 punten krijgen op de schaal die de impact van de handicap op het dagelijks leven meet. Ook dient het verdienvermogen beperkt te zijn tot 1/3 of minder van wat een persoon zonder handicap door te werken op de gewone arbeidsmarkt kan verdienen.

Daarnaast wordt ook gekeken of de werkelijke inkomsten niet te hoog zijn. In die middelentoets wordt het inkomen van de partner boven een bepaalde grens opgenomen. Voor het eigen inkomen uit arbeid gelden er bepaalde vrijstellingspercentages. Als het totale inkomen van het huishouden (inkomen van partner, inkomen uit arbeid, vervangingsinkomen en andere inkomens) een bepaald bedrag overschrijdt, dan zal het bedrag van de tegemoetkoming lager liggen dan het maximumbedrag van de

tegemoetkoming. Enkel het belastbaar inkomen komt in aanmerking, dus met niet-belastbare vergoedingen voor vrijwilligerswerk wordt geen rekening gehouden[7].

De inkomensvervangende tegemoetkoming wordt toegekend door de DG Personen met een handicap. Personen die binnen dit stelsel erkend worden, krijgen een vast bedrag per maand dat afhankelijk is van de gezinssamenstelling. Er zijn 3 categorieën: A, B en C. In elke categorie zijn er minima en maxima. De maximumbedragen in categorie C zijn hoger dan die in categorie A. De categorie A wordt toegekend aan personen die samenwonen met een gezinslid uit de 1ste, 2de of 3de graad. Alleenstaanden, of personen die wonen in een aangepaste voorziening of instelling, vallen onder categorie B. Ten slotte vallen de personen die samenwonen met een niet-verwante van de 1ste, 2de of 3de graad, personen die co-ouderschap hebben over een kind, een kind hebben die onder de kinderbijslagregeling valt, of in een aangepaste voorziening of instelling wonen maar domicilie behouden bij hun partner, onder categorie C. Sinds juli 2019 bedroegen de maxima op jaarbasis voor Categorie A: € 7.432,25; voor Categorie B: € 11.148,38 en voor Categorie C: € 15.062,61[8]. De evolutie en hoogte van de minima en maxima worden verder besproken in Hoofdstuk 6 van dit boek.

2.2. De integratietegemoetkoming (IT)

De integratietegemoetkoming heeft als doel de extra kosten verbonden aan de handicap te compenseren. Het bedrag van de IT is afhankelijk van de zelfredzaamheid en het inkomen van de persoon. Een arts verbonden aan de DG Personen met een handicap bepaalt hoe moeilijk de persoon het heeft om bepaalde activiteiten uit te voeren. Men werkt met een puntensysteem die de zelfredzaamheid van een persoon met een handicap meet[9]. Afhankelijk van het aantal punten wordt de graad van zelfredzaamheid bepaald. Personen die een grotere zelfredzaamheid hebben, krijgen een lagere uitkering. Men moet minstens 7 punten hebben om in aanmerking te komen voor een tegemoetkoming.

Bij de evaluatie komen zes domeinen aan bod en telkens wordt de zelfredzaamheid nagegaan: zich verplaatsen; voeding bereiden en opeten; zich verzorgen en aankleden; de woning onderhouden en huishoudelijke activiteiten doen; gevaar inschatten en vermijden; contacten onderhouden met andere personen.

Per criterium kan men maximum 3 punten krijgen: 0 punten indien men geen moeilijkheden ondervindt; 1 punt indien weinig moeilijkheden; 2 punten bij grote

7 In hoofdstuk 4 van dit boek wordt verder ingegaan op deze problematiek.

8 Voor steeds geactualiseerde bedragen zie: http://bit.ly/2Q2jGoN

9 Het meetinstrument dat door de artsen van de DG Personen met een handicap gebruikt wordt, werd vastgelegd in 1987. Op dit moment is de DG Personen met een handicap in samenwerking met de academische wereld bezig met een wetenschappelijke studie voor de opstelling van een nieuw instrument voor de evaluatie van ondersteuningsbehoeften van Personen met een Handicap. Zie voor meer informatie: http://bit.ly/2NkUuH4

moeilijkheden en 3 punten als het onmogelijk is om de handeling zonder hulp van anderen uit te voeren. Hoe hoger het puntentotaal, hoe hoger de uitkering. De toegekende punten worden opgeteld en naargelang dit totaal wordt de persoon met een handicap ondergebracht in één van de volgende categorieën: 7 of 8 punten Categorie 1; 9 tot 11 punten Categorie 2; 12 tot 14 punten Categorie 3; 15 of 16 punten Categorie 4 en 17 of 18 punten Categorie 5. De maximabedragen voor 2018, waren op jaarbasis voor Categorie I: € 1.271,84; Categorie II: € 4.206,76; Categorie III: € 6.690,30; Categorie IV: € 9.722,78 en voor Categorie V: € 11.022,78. Al naargelang de categorie variëren de uitkeringsbedragen dus van 105,98 euro op tot 918,52 euro per maand[10].

Om een integratietegemoetkoming te krijgen moet men dus minstens 7 punten behalen. Het maximumbedrag voor de integratietegemoetkoming is in eerste instantie afhankelijk van de graad van zelfredzaamheid. Aan de hand van het inkomen van het huishouden wordt dan bepaald of men werkelijk recht heeft op het maximumbedrag. Het uiteindelijke bedrag kan van persoon tot persoon heel erg verschillen. Indien het inkomen te hoog is ontvangt men geen uitkering.

Bijkomende voorwaarden voor het ontvangen van een IT of IVT

Naast een minimum aantal punten of een beperkt verdienvermogen zijn er nog enkele bijkomende voorwaarden om effectief een tegemoetkoming te krijgen. Zo moet men minstens 21 jaar zijn en dient men ingeschreven te zijn in het bevolkingsregister. Bovendien dient men gedomicilieerd te zijn in België en er werkelijk verblijven[11]. Om een IVT te krijgen, moet men bovendien minimum 10 jaar, waaronder een ononderbroken periode van minstens 5 jaar, de werkelijke verblijfsplaats in België gehad hebben. De registratie van de hoofdverblijfplaats in het Rijksregister geldt hierbij als referentie.

3. Het socialezekerheidsstelsel

3.1. De ziekte- en invaliditeitsverzekering

Als onderdeel van de sociale zekerheid beschermt de ziekte- en invaliditeitsverzekering personen tegen een sterke daling van het verdienvermogen ten gevolge van ziekte (geen beroepsziekte) of privé-ongeval. Bovendien wordt een verschil gemaakt tussen primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit.

---

10 Voor steeds geactualiseerde bedragen, zie: http://bit.ly/2Q2jGoN

11 Er zijn een aantal uitzonderingen die vermeld staan op www.handicap.belgium.be.

Het Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering, stelt dat "werknemers, werklozen, zelfstandigen en mijnwerkers die door een ziekte of een ongeval (geen beroepsziekte of arbeidsongeval) niet meer kunnen werken, recht kunnen hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering".[12] Indien de arbeidsongeschiktheid korter is dan een jaar, dan spreekt men van *primaire arbeidsongeschiktheid*. Deze primaire arbeidsongeschiktheid wordt bepaald door de arts van het ziekenfonds waarbij men is aangesloten op basis van het attest van de behandelend arts die de ongeschiktheid voorschrijft. Indien de arbeidsongeschiktheid langer duurt dan een jaar spreekt men van invaliditeit. Voor werknemers wil dit zeggen dat men alle werkzaamheid heeft onderbroken als een rechtstreeks gevolg van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen waarvan erkend wordt dat ze het verdienvermogen verminderen tot een derde of minder. Voor de intrede in de invaliditeit zal de adviserend arts een advies doen aan de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI), samengesteld uit artsen van het de verzekeringsinstellingen en van het RIZIV. Deze neemt de beslissing om een persoon als invalide te erkennen.

In de arbeidsongeschiktheid-en invaliditeitsverzekering moet men voldoende socialezekerheidsrechten hebben opgebouwd om recht te hebben op een uitkering. Een werknemer dient een wachttijd van 12 maanden te doorlopen. Een voltijdse werknemer moet in deze wachttijd 180 gewerkte of gelijkgestelde dagen hebben, een halftijds werknemer moet tijdens deze 12 wachttijd minimum 800 gewerkte of gelijkgestelde uren hebben. Periodes van arbeidsongeschiktheid tellen nooit mee. Uiteraard moet een werknemer voldoende socialezekerheidsbijdragen hebben betaald.

De eerste maand van de arbeidsongeschiktheid wordt betaald door de werkgever zelf. Voor bedienden is het loon gewaarborgd gedurende de eerste 30 dagen van de arbeidsongeschiktheid. Voor arbeiders is het loon gewaarborgd gedurende de eerste 7 dagen; daarna krijgen ze gedurende 7 dagen 85,88% van hun normale loon. Van de 15e tot de 30e dag arbeidsongeschiktheid hebben arbeiders recht op een percentage van hun loon. Ook dat percentage wordt door de werkgever betaald[13]. Van de eerste tot de 7de maand arbeidsongeschiktheid vallen werknemers terug op 60% van het brutoloon. Daarna heeft men recht op een minimumuitkering die in sommige gevallen afhankelijk is gemaakt van de gezinssituatie. De minima lagen in maart 2019 op 60,26 euro/dag voor personen met gezinslast; 48,22 euro/ dag voor alleenstaanden en 40,78 euro/dag voor samenwonenden [14].

Het bedrag van de invaliditeitsuitkering hangt af van het vroeger loon en van de gezinssituatie. Iemand met één of meerdere personen ten laste heeft recht op een

---

12 http://bit.ly/2MUMk93

13 Bediende aangeworven voor een onbepaalde tijd, voor een bepaalde tijd van ten minste 3 maanden of voor een duidelijk omschreven werk waarvan de uitvoering normaal een tewerkstelling van ten minste 3 maanden vereist, kunnen aanspraak maken op gewaarborgd loon. Bediende aangeworven voor een bepaalde tijd van minder dan 3 maanden of voor een duidelijk omschreven werk waarvan de uitvoering normaal een tewerkstelling van minder dan 3 maanden vereist, dienen één maand ononderbroken in dienst van de onderneming te zijn om aanspraak te maken op gewaarborgd loon. Arbeiders moeten één maand ononderbroken in dienst van de onderneming te zijn om aanspraak te maken op gewaarborgd loon http://bit.ly/33DQcl7

14 http://bit.ly/2WTd6C8 Voor steeds actuele bedragen: bekijk de website.

invaliditeitsuitkering gelijk aan 65% van zijn eerder loon. Zonder gezinslast bedraagt de uitkering 55% of 40% van het vroeger loon, afhankelijk van de aanwezigheid van andere inkomens in het gezin. De uitkeringen worden begrensd door minima en maxima, die ook verschillen naar gelang de gezinssituatie. De minima lagen in maart 2019 op 60,26 euro/dag voor personen met gezinslast; 48,22 euro/ dag voor alleenstaanden en 40,78 euro/dag voor samenwonenden. De maxima zijn afhankelijk van het jaar waarin men invalide werd. Voor personen die in 2018 invalide werden gelden volgende tarieven in maart 2019: 92,64 euro voor personen met gezinslast; 78,39 euro voor alleenstaanden en 57,01 euro voor samenwonenden[15]. Dit zijn brutobedragen waarop men bedrijfsvoorheffing en belastingen moet betalen. De evolutie van de minima en maxima en de generositeit van de uitkeringen worden verder geanalyseerd in Hoofdstuk 6 van dit boek.

Naast het maandelijkse inkomen hebben invaliden die langer ziek zijn dan een jaar recht op een *jaarlijkse inhaalpremie*. Dit is een forfaitair bedrag dat jaarlijks uitbetaald wordt en kan vergeleken worden met het vakantiegeld in het werknemersstelsel. Dit bedrag lag vast op 320,54 euro in 2018 voor iemand die in mei 2018 langer dan een jaar arbeidsongeschikt was. Voor iemand die langer dan 2 jaar arbeidsongeschikt was bedraagt deze premie 599,20 euro voor personen met gezinslast en 540,04 euro voor personen zonder gezinslast[16].

Zelfstandigen

Voor zelfstandigen geldt een licht ander arbeidsongeschiktheidsconcept dan in de regeling voor werknemers. Zo wordt de vermindering van het verdienpotentieel niet gespecifieerd, maar gaat het meer algemeen over een ongeschiktheid om de gewone activiteiten uit te voeren. Het gaat wel nog steeds om een verandering in fysieke of mentale toestand die ten grondslag moet liggen aan het stoppen van de taken als zelfstandige. Net als bij werknemers mag de zelfstandige op het moment van aanvraag geen beroepsactiviteit meer uitoefenen, en moet hij of zij voldoende rechten hebben opgebouwd binnen de sociale zekerheid. Hier geldt een wachttijd van 6 maanden waarin voor twee kwartalen aan sociale bijdragen werden betaald. Tijdens die zes maanden mag men ook niet arbeidsongeschikt zijn. Na 1 jaar moet de arbeidsongeschiktheid de zelfstandige niet alleen weerhouden zijn eerdere activiteiten op te nemen, maar ook om andere beroepsbezigheden uit te oefenen.

Binnen de zelfstandigenregeling zijn de uitkeringen niet afhankelijk van eerdere inkomsten, maar gaat het om forfaitaire bedragen. Deze bedragen hangen af van de gezinssituatie van de zelfstandige, en van het feit of hij of zij al dan niet het eigen bedrijf heeft moeten stopzetten als een gevolg van de ziekte.

Bij stopzetting is de uitkering gelijk aan de minimumuitkering voor een regelmatig werknemer in de werknemersverzekering, zoals hierboven besproken. Ze bedroeg in maart 2019 op 60,26 euro/dag voor personen met gezinslast; 48,22 euro/ dag

15 http://bit.ly/2NkE7u2 Bekijk ook voor de evolutie van specifieke bedragen doorheen de jaren.

16 http://bit.ly/2Nqd7dW

voor alleenstaanden en 40,78 euro/dag voor samenwonenden. De forfaitaire vergoedingen voor de zelfstandigen worden ook uitbetaald via een 6-dagenweek. Voor de zelfstandigen die hun activiteiten niet moeten stopzetten lag het bedrag in maart 2019 vast op 60,26 euro/dag voor personen met gezinslast; 48,22 euro/ dag voor alleenstaanden en 36,47 euro/dag voor samenwonenden. Dit zijn brutobedragen waarop men bedrijfsvoorheffing en belastingen op dient te betalen[17].

Zelfstandigen die omwille van een ziekte hun professionele activiteit moeten of willen onderbreken, kunnen een beroep doen op een *vervangende ondernemer*. Deze neemt de zaak tijdelijk over. Deze vervanging is mogelijk voor een periode van maximum 30 dagen per jaar, tenzij de afwezige zelfstandige tijdelijk arbeidsongeschikt of invalide is, met moederschapsrust is of zorgt voor een ernstig ziek kind of een terminaal ziek familielid. In die gevallen wordt deze periode afgestemd op het ziekteverloop.[18]

Ook de zelfstandigen hebben recht op een jaarlijkse inhaalpremie. Zelfstandigen die in mei 2018 langer dan een jaar arbeidsongeschikt waren op 31 december 2017 kregen 216,50 euro. Men dient dus langer dan een volledig kalenderjaar arbeidsongeschikt te zijn en nog steeds in het jaar erop in mei[19].

3.2. Forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden

Een ziekenfonds kan een forfaitaire tegemoetkoming voor: de hulp van derden toekennen. Dit kan wanneer de persoon die recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsuitkering, en moeilijkheden heeft om gewone dagelijkse handelingen uit te voeren. Het ziekenfonds betaalt de tegemoetkoming voor hulp van derden, samen met de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Die dagelijkse tegemoetkoming is een forfaitair bedrag, die van belasting is vrijgesteld. Men kan ten vroegste vanaf de vierde maand van de arbeidsongeschiktheid een tegemoetkoming krijgen. Dit bedrag lag op 1 januari 2019 vast op 22,28 euro per dag en varieert mee met de gezondheidsindex[20].

De adviserend arts bepaalt de graad van behoefte aan hulp van derden op basis van de volgende activiteiten: zich verplaatsen; voeding en maaltijden bereiden; zelf instaan voor persoonlijke hygiëne instaan en kleden; de woning onderhouden en huishoudelijke taken uitvoeren; in staat zijn zonder toezicht te leven, bewust zijn van gevaar en in staat zijn gevaar te vermijden; in staat zijn om te communiceren en sociale contacten te hebben. Voor elke activiteit kent de adviserend arts een score van 0 tot 3 punten toe. Hij doet dat op basis van de concrete taken die nog uitgevoerd kunnen worden en erkent de behoefte aan hulp van derden pas als hij een totale 'score' van minimum 11 (op maximum 18) punten toekent en oordeelt dat hulp van derden

17 Voor steeds actuele bedragen zie: http://bit.ly/2Jjz4sI

18 http://bit.ly/2pUIUKo

19 Voor steeds actuele bedragen zie: http://bit.ly/2Jkf8pi

20 http://bit.ly/3473WEN

onmisbaar is voor een periode van ten minste 3 maanden. Deze procedure is dus zeer vergelijkbaar met de toekenning van de IT en het is net als bij de IT de bedoeling om extra kosten aan invaliditeit te compenseren.

3.3. Uitkeringen voor arbeidsongevallen en beroepsziekten

Naast ziekte en invaliditeit zijn er ook werknemers die uitvallen door een arbeidsongeval of beroepsziekte. Bij arbeidsongevallen en beroepsziekten is het systeem voordeliger dan in het Ziekte- en Invaliditeit (ZIV) stelsel omdat naast het loonverlies ook de medische kosten (vaak volledig) terugbetaald worden. De uitkeringen zijn ook hoger dan deze van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De werkgever is verplicht een verzekering voor arbeidsongevallen af te sluiten voor zijn werknemers. Indien de werkgever socialezekerheidsbijdragen betaalt voor zijn werknemer dan is die automatisch verzekerd tegen beroepsziektes. Indien de persoon arbeidsongeschikt wordt door één van erkende beroepsziektes (zie lijst[21]) gebeurt de erkenning door FEDRIS. Indien het een andere ziekte betreft, dient deze ziekte eerst erkend te worden door FEDRIS en bepaald worden dat deze gerelateerd is aan het werk dat uitgevoerd werd. De aanvraag voor deze erkenning gebeurt door een behandeld arts. In geval van arbeidsongevallen, gebeurt de erkenning door het verzekeringsfonds waar de werkgever is aangesloten. In België zijn er in april 2019, 13 erkende verzekeringsfirma's[22] waar een werkgever zich kan aansluiten.

Men kan tijdelijk of permanent en geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt verklaard worden. Tijdelijk betekent dat men gedurende een periode zijn arbeidsactiviteiten moet onderbreken. Permanent betekent dat het niet meer mogelijk is om bepaalde arbeidsactiviteiten uit te voeren. Verder kan men ook voor een bepaalde graad permanente of tijdelijke arbeidsongeschiktheid oplopen. Dit betekent dat het verdienvermogen daalt met een percentage van het percentage dat een gezonder persoon zou verdienen. Men is volledig tijdelijk of permanent arbeidsongeschikt wanneer men niet in staat is om het werk, tijdelijk of permanent, te hervatten. Men is gedeeltelijk tijdelijk of gedeeltelijk permanent arbeidsongeschikt wanneer de arts oordeelt dat men in staat is om het werk dat men op het ogenblik van het ongeval uitvoerde deeltijds te hervatten of om aangepast werk uit te voeren. Het zijn artsen die de graad en duurzaamheid van het letsel erkennen.

Indien de verzekeringsonderneming het ongeval als een arbeidsongeval heeft erkend en men tijdelijk arbeidsongeschikt is, heeft men recht op een vergoeding voor volledige of gedeeltelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheid. Indien men volledig tijdelijk arbeidsongeschikt is, heeft men recht op een dagvergoeding die berekend wordt als 90 % van het jaarlijks basisloon, gedeeld door 365 dagen. Indien men slechts gedeeltelijk tijdelijk arbeidsongeschikt is en men terug aan het werk gaat, past de verzekeringsonderneming het verschil bij tussen het loon dat men vóór het

21 http://bit.ly/2MKpD7r

22 https://www.fedris.be/sites/default/files/assets/NL/lijst_vo_nl.pdf

arbeidsongeval ontving en het verminderde loon door de arbeidsongeschiktheid. Als men om een geldige reden de werkhervatting weigert of stopzet (bijvoorbeeld wegens ziekte), heeft men recht op een dagvergoeding voor volledige tijdelijke arbeidsongeschiktheid. Als men zonder geldige reden de werkhervatting weigert of stopzet, heeft men recht op een dagvergoeding die wordt berekend op basis van de graad van arbeidsongeschiktheid. Als de arbeidsongeschiktheid bijvoorbeeld 40 % bedraagt, zal de dagvergoeding gelijk zijn 40 % van het basisloon, gedeeld door 365 dagen.

De vergoeding voor volledige tijdelijke arbeidsongeschiktheid wordt betaald tot aan de volledige werkhervatting of tot aan de consolidatiedatum. De consolidatiedatum is het moment waarop er geen evolutie meer wordt verwacht van de letsels. Op deze datum wordt men genezen verklaard ofwel wordt er een blijvende arbeidsongeschiktheid vastgesteld. Een persoon die blijvend arbeidsongeschikt is als gevolg van een beroepsongeval, ontvangt een vergoeding en een lijfrente. Men ontvangt een jaarlijkse vergoeding tijdens de herzieningstermijn, die minimum drie jaar duurt en tijdens dewelke de graad van de arbeidsongeschiktheid kan aangepast worden. Nadien krijgt men een lijfrente. De berekening voor de vergoeding en lijfrente zijn afhankelijk van de graad van arbeidsongeschiktheid. Ze zijn een percentage van het basisloon. Indien men meer dan 10% permanent arbeidsongeschikt is, wordt die berekend als het basisloon maal het arbeidsongeschiktheidspercentage[23].

Ook in geval van beroepsziekte kan men, als men als gevolg van een beroepsziekte blijvend arbeidsongeschikt is, recht hebben op een vergoeding van blijvende arbeidsongeschiktheid. Die arbeidsongeschiktheid kan opnieuw volledig of gedeeltelijk zijn. Op basis van de lichamelijke ongeschiktheid en de weerslag daarvan op de mogelijkheid om te werken, kent FEDRIS een graad, uitgedrukt in een percentage, van arbeidsongeschiktheid toe. De jaarlijkse vergoeding is gelijk aan dat percentage van het basisloon van de persoon. Het basisloon dat in aanmerking wordt genomen om de vergoeding te berekenen zal wel nooit meer bedragen dan een vastgelegd maximumbasisloon.

Dit maximumbasisloon is gelijk in beide stelsels (beroepsziekten en arbeidsongevallen) en afhankelijk van de datum waarop men blijvend arbeidsongeschikt werd verklaard. Voor personen die in 2019 arbeidsongeschikt werden verklaard is de grens vastgelegd op 44,330.26 euro. Het minimum is vastgelegd op 6,833.84 euro[24]. De vergoeding voor blijvende ongeschiktheid wordt maandelijks betaald en de vergoeding is dan gelijk aan de jaarlijkse vergoeding gedeeld door 12 maanden[25].

---

23 Indien met minder dan 5% arbeidsongeschikt is, dan wordt deze berekend als {(basisloon x graad van blijvende arbeidsongeschiktheid)/2}, zie http://bit.ly/2qCrToF

24 Dit bedrag wordt geïndexeerd indien de arbeidsongeschiktheid 16 % of meer was. Is de graad van blijvende arbeidsongeschiktheid lager dan 5 %, dan wordt de vergoeding voor blijvende arbeidsongeschiktheid met de helft verminderd. Bedraagt de graad van blijvende arbeidsongeschiktheid minstens 5 en maximaal 9 %, dan wordt de vergoeding voor blijvende arbeidsongeschiktheid verminderd met één vierde (http://bit.ly/2NvoCkm

25 Behalve wanneer het nettobedrag lager ligt dan € 107,33 wordt het driemaandelijks betaald. Zie voor actuele bedragen: https://www.fedris.be/nl/slachtoffer/beroepsziekten-privesector/vergoeding/blijvende-arbeidsongeschiktheid

De zelfstandigen kunnen niet terecht bij FEDRIS voor de vergoeding van arbeidsongevallen of beroepsziektes. Indien zelfstandigen als gevolg van een arbeidsongeval werkongeschikt worden, dienen ze aan te kloppen bij het stelsel van zelfstandigen in de ziekte-en invaliditeitsuitkeringen. Voor hen geldt de regeling in dat stelsel zoals hierboven werd beschreven.

4. Andere sociale voordelen personen met een handicap

De sociale voordelen die personen met een handicap kunnen aanvragen zijn divers. Ze hebben grotendeels een kostencompenserend of inkomensondersteunend karakter. Sommige voordelen zijn toegankelijk voor alle personen die erkend zijn als persoon met een handicap, onafhankelijk of ze nu al dan niet een uitkering genieten. Anderen zijn bestemd voor bepaalde types handicap en de specifieke kosten die deze handicaps met zich meebrengen. Zo is het voor parkeerkaarten nodig dat de immobiliteit groot is, net zoals voor een verminderingskaart voor het openbaar vervoer. In het algemeen gebeurt de erkenning op basis van de graad van de handicap gelinkt aan de zelfredzaamheid en het inkomen van de persoon met een handicap of dat van zijn gezin.

In het algemeen kunnen de sociale voordelen opgesplitst worden in 4 grote categorieën: voordelen rond zorg en gezondheid, sociale voordelen, fiscale voordelen en voordelen rond mobiliteit. Sommige voordelen zijn afhankelijk van de regio waar ment woont, terwijl anderen op federaal niveau toegekend worden.[26] De voorwaarden zijn ook afhankelijk van het type handicap[27].

Ten eerste zijn er de voordelen rond zorg en gezondheid. De *verhoogde tegemoetkoming in de gezondheidszorgen* is een voordeel voor personen die erkend zijn als persoon met een handicap. Bij uitgaven voor gezondheidszorg betaalt men minder remgeld. Dat geldt voor sommige geneesmiddelen, bij een bezoek aan de dokter, tandarts, kinesitherapie of andere zorgverlener en bij opname in het ziekenhuis. De *mantelzorgtoelage* (enkel in het Vlaams Gewest) is een financiële tegemoetkoming aan de mantelzorger die zorgt voor de permanente opvang en thuisverzorging van een zorgbehoevende oudere, als blijk van waardering voor de vrijwillige inzet. Het *zorgforfait voor chronisch zieken* is gericht naar personen die hoge gezondheidsuitgaven hebben (hoger dan 450 euro/jaar) en die hun zelfredzaamheid verliezen. Dit bedrag varieert naar gelang de graad van verlies van zelfredzaamheid. In 2019, waren de bedragen 312,14 euro, 468,24 euro en 624,30 euro[28]. Ook de *maximumfactuur* (MAF) is een financiële beschermingsmaatregel voor personen die hoge gezondheidsuitgaven hebben. De factuur beperkt de jaarlijkse medische kosten voor gezinnen tot een plafondbedrag.

---

26 Voor een steeds actuele lijst zie: https://handicap.belgium.be/nl/onze-dienstverlening/voordelen-andere-instanties.htm

27 Deze sectie is o.a. gebaseerd op een samenvatting van de Brochure "Sociale voordelen voor Personen met een ziekte/handicap": http://bit.ly/2N9TrK0

28 http://bit.ly/2NbuIET

Zodra de uitgaven voor geneeskundige zorg in de loop van het jaar dit plafondbedrag bereiken, krijgt een gezin voor de daaropvolgende verstrekkingen het remgeld volledig terugbetaald[29].

Ten tweede zijn er de sociale voordelen. Het *sociaal tarief voor gas en elektriciteit,* is een verlaagd tarief die personen met een handicap en een IVT-uitkering ontvangen, kunnen aanvragen. De sociale maximumprijs is normaal de prijs die de goedkoopste leverancier van elektriciteit en/of aardgas in België aanbiedt in het gebied van de netbeheerder met de laagste nettarieven. De telecommaatschappijen bieden ook het *sociaal telefoontarief* aan. Dit is een verminderd tarief omwille van sociale of humanitaire redenen aan personen boven de 65 jaar, aan personen met een handicap van meer dan 66%, aan sommige gehoorgestoorden en aan militaire oorlogsblinden. Het *sociaal tarief voor kabeldistributievermindering* zorgt ervoor dat personen met een handicap (invaliditeit van 80% en vermindering zelfredzaamheid van minstens 12 punten), maar de helft van het normale abonnementsgeld voor kabeltelevisie dienen te betalen. Personen met een handicap die een IVT uitkering krijgen of een THAB kunnen een vrijstelling genieten van de heffing op afvalwater.

Mensen met een handicap of een persoon met een handicap ten laste, kunnen in verschillende situaties rekenen op fiscale voordelen zoals bijkomende belastingvrije sommen op de personenbelasting. Om recht te hebben op een belastingvermindering, moet de handicap vastgesteld worden voor de leeftijd van 65 jaar. Het belastingvoordeel loopt wel door nadat men 65 jaar werd. De fiscus past de belastingvermindering automatisch toe. Ook betaalt men minder onroerende voorheffing. Huurders en eigenaars met gezinsleden met een handicap van 66 % of 2 of meer kinderbijslaggerechtigde kinderen hebben recht op een forfaitaire vermindering van de onroerende voorheffing. De *belastingvermindering bij aankoop eigen voertuig* is gericht op personen die volledig blind zijn of het gebruik van de bovenste ledematen hebben verloren, die lijden aan een blijvende invaliditeit die rechtstreeks toe te schrijven is aan de onderste ledematen en tenminste 50% bedraagt, of oorlogsinvalide zijn. Zij genieten van een vrijstelling van BTW bij aankoop, de belasting op verkeersstelling, de jaarlijkse verkeersbelasting en de BTW op herstellingen.

Ten slotte zijn er de mobiliteitsvoordelen. De *nationale verminderingskaart voor het openbaar vervoer* wordt toegekend aan blinden en slechtzienden, waarmee ze gratis kunnen reizen met de openbare vervoersmaatschappijen (De Lijn, TEC, MIVB, NMBS). Bovendien laat De Lijn personen die een uitkering van DG Personen met een handicap krijgen *gratis reizen*. De *Parkeerkaart voor Personen met een Handicap* is bedoeld voor personen met een handicap met beperkte mobiliteit en geeft hen het recht om op de speciaal gereserveerde parkeerplaatsen voor personen met een handicap te parkeren en op sommige plaatsen zonder parkeermeter (beperking) en op sommige plaatsen gratis. Het is de DG Personen met een handicap die de aanvragen voor parkeerkaarten evalueert.

---

29 http://bit.ly/2WeVZL2

5. Re-integratie op de arbeidsmarkt: Combineren van uitkeringen met werk

Naast het pure inkomens- en kostencompenserend beleid zijn er binnen de sociale zekerheid enkele bijkomende beleidsmaatregelen om langdurig arbeidsongeschikten te ondersteunen en te re-integreren op de arbeidsmarkt. De laatste jaren is er enorm ingezet op re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten en is het een vast onderdeel geworden van het sociaal zekerheidsbeleid. De combinatie tussen werk en het behouden van de uitkeringen, maar ook de mogelijke inactiviteitsvallen die deze met zich meebrengt, wordt verder in detail besproken in Hoofdstuk 4 van dit boek. Hier worden kort de verschillende mogelijkheden belicht.

Ten eerste is het mogelijk om *deeltijds* het werk te hervatten binnen de arbeidsongeschiktheidserkenning. De geneesheer dient hiervoor toestemming te geven. Het is dan mogelijk om een deel van de uitkering te behouden. Naast het opnemen van betaald werk is het ook mogelijk om *vrijwilligerswerk* uit te voeren. Ook hier dient de geneesheer toestemming te geven. Men mag een vergoeding krijgen die niet hoger is dan 34,71 euro per dag met een maximum van 1,388 euro/jaar[30].

Vervolgens kan elke persoon die een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt of de adviserende arts van deze persoon, een *re-integratieproject* voorstellen en opstarten. Dit traject is gericht op een terugkeer van de langdurig arbeidsongeschikte naar de arbeidsmarkt. Dankzij aangepast werk, ander werk of een opleiding kan de persoon opnieuw op de arbeidsmarkt integreren.

Het traject voorziet een nauwe samenwerking tussen de persoon, de adviserende arts, de behandelende arts en de arbeidsarts. Elke werknemer/werkloze die als arbeidsongeschikt erkend is en die nog voldoende 'restcapaciteiten' heeft, kan instappen. 'Restcapaciteiten' zijn fysieke en mentale vermogens en vaardigheden die de terugkeer naar de arbeidsmarkt mogelijk maken. Laat de gezondheidstoestand geen re-integratie toe, dan start er geen traject op[31]. Het werk kan worden hervat met behoud van (een deel van) de arbeidsongeschiktheidsuitkering als het re-integratieplan past binnen het regime van toegelaten arbeid/progressieve werkhervatting[32].

Ook *zelfstandigen* kunnen een deel van hun uitkeringen combineren met een hernieuwde activiteit. Voor vrijwilligerswerk is dit net als bij werknemers 34,71 euro per dag met een maximum van 1,388 euro/jaar[33]. Verder wordt er een onderscheid gemaakt tussen de activiteiten die tot doel hebben de zelfstandige activiteit opnieuw te hervatten, of activiteiten die niet tot doel hebben de activiteit volledig te hervatten. Indien de activiteiten tot doel hebben de zelfstandige activiteit te hervatten dan is de uitoefening beperkt tot 6 maand (verlengbaar tot 18 maanden). Indien het niet tot doel

30 Bedragen voor 2019. Voor steeds geactualiseerde bedragen zie: http://bit.ly/2WeVZL2

31 http://www.werk.belgie.be/defaultTab.aspx?id=45586

32 http://www.werk.belgie.be/defaultTab.aspx?id=45586

33 Bedragen voor 2019. Voor steeds geactualiseerde bedragen zie: http://bit.ly/2WeVZL2

heeft de vorige activiteiten te hervatten is er geen maximumperiode. Het is mogelijk de uitkeringen te combineren met een inkomen uit een zelfstandige activiteit, maar ook dit wordt verder besproken in hoofdstuk 4.

6. Kinderen en ouderen met een handicap: verhoogde kinderbijslag, IGO en THAB

Kinderen met een handicap hebben recht op een verhoogde kinderbijslag. De bedoeling is om de meerkost van de opvoeding van een kind met een handicap deels te compenseren. Men gaat na bij kinderen tot 21 jaar wat de lichamelijke of psychische gevolgen van een handicap zijn op het dagelijkse leven van het kind, alsook de gevolgen voor het gezin. De procedure voor deze erkenning lag tot voor kort volledig bij de DG Personen met een handicap.

Omwille van de 6de staatshervorming staat, sinds 1 januari 2019, in Vlaanderen Kind en Gezin in voor de aanvragen van verhoogde kinderbijslag. Het is een arts verbonden aan Kind en Gezin die daar de evaluatie maakt. De verhoogde kinderbijslag heet in Vlaanderen de "zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte" en maakt er deel uit van het nieuwe Groeipakket.[34]

Voor Wallonië en Brussel gebeurt de erkenning nog steeds door de DG Personen met een handicap. DG Personen met een handicap voert het onderzoek naar de gevolgen uit en naargelang wat de artsen bepalen, stellen zij het kinderbijslagfonds op de hoogte.

Verder hebben personen met een handicap recht op de verhoogde kinderbijslag voor hun kinderen als zij een inkomensvervangende of een integratietegemoetkoming genieten, als ze tenminste een vermindering van de zelfredzaamheid van 9 punten hebben en het gezinsinkomsten een zeker plafond niet overschrijdt. Dit geldt eveneens voor kinderen van personen met een ziekte-uitkering van meer dan 6 maanden[35].

Vanaf 65 jaar heeft men recht op de Inkomensgarantie voor Ouderen (IGO)[36]. Dit is een ouderdomspensioen voor personen die niet voldoende bestaansmiddelen bezitten. Het vervangt dus de IVT voor personen ouder dan 65 jaar. Het bedrag is afhankelijk van de bestaansmiddelen en de gezinssituatie en of men al dan niet alleenwonend of samenwonend is. Een aanvraag kan gebeuren bij de gemeente of bij de Rijksdienst voor Pensioenen. De Pensioendienst kent de inkomensgarantie toe.

De Tegemoetkoming voor Hulp aan Bejaarden (THAB), wordt toegekend vanaf 65 jaar, aan ouderen met een bescheiden inkomen en een verminderde zelfredzaamheid.

34 Zie verder hoofdstuk rond Vlaams Beleid. Meer info op de website van het Groeipakket.

35 https://www.zol.be/sites/default/files/brochures/sociale_voordelen_voor_personen_met_een_ziekte-handicap.pdf

36 https://www.onprvp.fgov.be/NL/profes/benefits/igo/paginas/default.aspx

Naargelang de vermindering van de zelfredzaamheid worden 5 categorieën onderscheiden. Deze zijn gelijkaardig aan diegene voor de IT en men kan dus stellen dat de THAB de IT vervangt voor personen ouder dan 65 jaar. De THAB betreft een individuele berekening waarbij het er in de praktijk op neer komt dat iemand met een laag inkomen en een grote vermindering van de zelfredzaamheid de grootste toelage zal krijgen. Men ontvangt per jaar een maximum bedrag afhankelijk van de categorie waartoe men behoort[37].

Ook de THAB is sinds 1 januari 2017, door de Zesde Staatshervorming overgeheveld naar de regio's. Niettemin blijft de DG Personen met een handicap de erkenningen doen voor het Waals en Brussels Gewest.

37 Voor steeds geactualiseerde bedragen zie: http://bit.ly/2Q2jGoN

Hoofdstuk 2 – Deel 2

HET BRUSSELS BELEID VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP

Olivier Gillis en Sarah Luyten, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

1. Inleiding

De opvang van personen met een handicap is een complexe materie en dit geldt voor zowel de identificatie van de noden als de ontwikkeling van een aanbod aan ondersteuning en diensten waarvoor meerdere entiteiten in België bevoegd zijn. De complexiteit is bijzonder groot in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, als gevolg van de sociaaleconomische situatie van zijn inwoners en de institutionele realiteit. In het huidige artikel gaan we voornamelijk nader in op dit laatste punt.

2. Personen met een handicap in Brussel: enkele cijfers

Het is moeilijk om een raming te maken van het aantal personen met een handicap in België (en *a fortiori* in Brussel). Voor elke soort steun of tegemoetkoming wordt de handicap immers op een andere manier geëvalueerd en de verschillende databanken worden vandaag niet of nauwelijks met elkaar gekruist.

De studie «Sociaal-economische positie van personen met een handicap en analyse van de effectiviteit van tegemoetkomingen aan personen met een handicap»[38], die in 2012 werd gepubliceerd binnen het project Handilab, wou precies die raming maken door een kruising van verschillende databanken. Ter informatie geven we mee dat het aantal personen met een erkende handicap op 31 december 2017 voor Brussel werd geraamd op 56.481 personen (of 5,4% van de Brusselse bevolking).

38 http://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=nl&COD=AG/KK/154

Als we de definitie van handicap en het kruisen van de verschillende administratieve databanken even buiten beschouwing, dan stellen we vast dat er ook een risico bestaat dat de raming van het aantal personen met een handicap wordt onderschat als gevolg van de potentiële non take-up van de verschillende vormen van steun en dienstverlening. Aangezien het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wordt geconfronteerd met een hoog armoederisico (33% in 2016), wat een van de factoren is die non take-up in de hand werken, kan men veronderstellen dat de problematiek zeker bestaat. Deze kwestie wordt nader onderzocht in Hoofdstuk 7 van dit boek "Overzicht van de non take-up door personen met een handicap die in bestaansonzekerheid of armoede leven in het Brusselse Gewest".

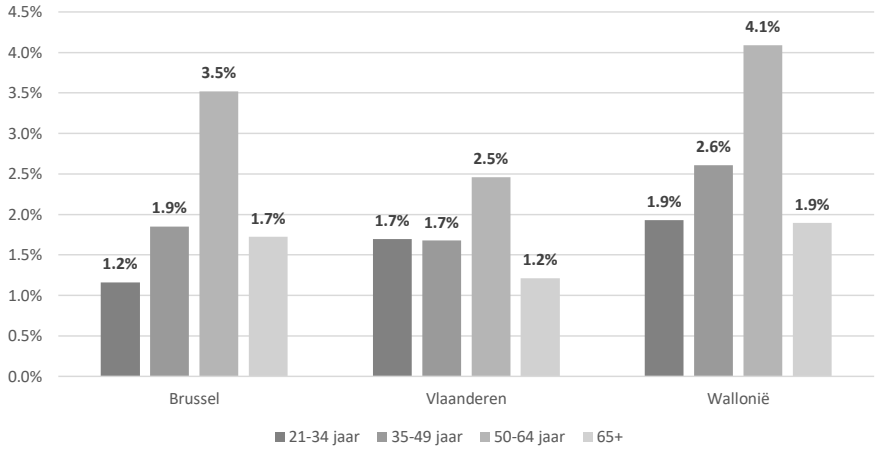
Ter indicatie geven we hierna enkele cijfers voor verschillende types van tegemoetkoming in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest:

- Kinderen en jongeren van minder dan 21 jaar die aan een aandoening lijden, hebben recht op een toeslag boven op hun gewone kinderbijslag. In Brussel bedroeg het aantal betrokken kinderen 5.266 in 2015, of 1,92% van alle kinderen en jongeren van minder dan 21 jaar[39].
- In Brussel kregen 17.388 personen van 21 jaar of meer in 2017 een inkomensvervangende tegemoetkoming en/of een integratietegemoetkoming voor personen met een handicap[40]. Dit vertegenwoordigt 2% van de Brusselse bevolking van 21 jaar of meer van wie wordt erkend dat het gaat om personen met een handicap. Dit aandeel is relatief gezien groter voor de leeftijdsgroep 50-64 jaar (zie Figuur 1) en in de armere gemeenten (i.e. de gemeenten waar het mediaan inkomen van de belastingaangiften lager is).
- Bij de 65-plussers was het aantal begunstigden van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) op 1 januari 2018 gelijk aan 7.341 personen, of bijna 5% van de personen ouder dan 65.

39 http://bit.ly/2NiCZqK

40 Hoewel dit type tegemoetkoming voorbehouden is voor personen tussen 21 en 65 jaar, kan ook wie ouder is dan 65 er aanspraak op maken voor zover de betrokkene de tegemoetkoming al kreeg vóór de leeftijd van 65 jaar en indien het bedrag van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) lager is.

Figuur 1: Aandeel van de begunstigden van een inkomensvervangende tegemoetkoming en/of een integratietegemoetkoming voor personen met een handicap, per gewest en per leeftijdsklasse, 2017 (Bron: FOD Sociale Zekerheid, DG Personen met een handicap)



3. Het beleid inzake personen met een handicap: een complexe organisatie

Naast de specifieke sociale tegemoetkomingen voor personen met een handicap (cf. enkele cijfers supra) die behoren tot de bevoegdheid van de federale overheid, hebben ook de gewesten en gemeenschappen eigen bevoegdheden op het vlak van beleid inzake personen met een handicap. In Brussel en met uitzondering van het bijzonder onderwijs wordt de bevoegdheid voornamelijk gedeeld tussen drie gefedereerde entiteiten: de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), de Franse Gemeenschapscommissie (COCOF - Commission communautaire française) en de Vlaamse Gemeenschap (VG). In dit deel stellen we de voornaamste bevoegdheden van deze drie entiteiten op het Brussels grondgebied voor.

3.1. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC)

Sinds 1989 regelt en beheert de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) voornamelijk de persoonsgebonden aangelegenheden «gezondheid» en «personenzorg» op het tweetalig grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Om de nodige samenhang en het overleg te verzekeren vervult de GGC ook de rol van tussenpersoon tussen de andere twee commissies die in Brussel belast zijn met de gemeenschapsbevoegdheden, i.e. de Commission communautaire française

(COCOF) aan Franstalige kant en de Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC) aan Nederlandstalige kant.

Wat betreft het beleid inzake personen met een handicap is de GGC, meer bepaald de bicommunautaire instelling van openbaar nut Iriscare (buiten de werken van constructie, inrichting en uitrusting die ressorteren onder de diensten van het Verenigd College), voornamelijk bevoegd voor de volgende aangelegenheden:

- Ze erkent en subsidieert (de werking maar ook de constructie, inrichting en uitrusting van) de instellingen en diensten voor personen met een handicap die niet hebben gekozen voor ofwel de Franse (COCOF) ofwel de Vlaamse gemeenschap (VGC-VG); het gaat om 11 dagcentra (onthaal, overdag, van kinderen of volwassenen met een handicap), 7 verblijfscentra (opvang en verblijf 's nachts en, zo daar reden toe is, tijdens het weekend en overdag, voor kinderen of volwassenen), diensten voor begeleid wonen en diensten voor hulpverlening bij activiteiten in het dagelijks leven[41].
- Als gevolg van de Zesde Staatshervorming is de GGC ook bevoegd, in hoofdorde, voor mobiliteitshulpmiddelen (rolstoelen, rollators, manuele of elektrische wagentjes, loophulpmiddelen, orthopedische driewielers, sta-systemen enzovoort)[42].
- Nog als gevolg van de Zesde Staatshervorming is de GGC bevoegd voor de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB). Het gaat om een maandelijks bedrag dat wordt uitgekeerd aan 65-plussers met verminderde zelfredzaamheid en beperkte financiële middelen. Het bedrag van de tegemoetkoming is afhankelijk van de handicap: hoe meer invloed de handicap heeft op de zelfredzaamheid, hoe hoger het barema. Er zijn vijf categorieën gekoppeld aan vijf maximumbedragen. Het bedrag hangt ook af van het inkomen van de begunstigde en van de persoon met wie hij een gezin vormt[43].

3.2. De Franse Gemeenschapscommissie (COCOF - Commission communautaire française)

De Franse Gemeenschapscommissie (COCOF), inzonderheid de dienst Personne Handicapée Autonomie Recherchée (PHARE - Persoon met een handicap en streven naar zelfredzaamheid), is eveneens bevoegd voor het beleid inzake personen met een handicap, voornamelijk[44]:

41 http://www.iriscare.brussels/nl/burgers

42 http://www.iriscare.brussels/nl/burgers/personen-met-een-beperking/tegemoetkoming-voor-mobiliteitshulpmiddelen/

43 http://www.iriscare.brussels/nl/burgers/ouderen/tegemoetkoming-voor-hulp-aan-bejaarden-met-een-handicap/

44 https://phare.irisnet.be/

- Net als de GGC erkent en subsidieert ze (de werking maar ook de constructie, de inrichting en de uitrusting van) de instellingen en diensten voor personen met een handicap die hebben gekozen voor het Franstalig taalstelsel. Ter illustratie en zonder beperking erkent en subsidieert de COCOF 20 dagcentra voor volwassenen, 13 dagcentra voor kinderen, 21 verblijfscentra voor volwassenen en 12 verblijfscentra voor kinderen.
- De COCOF komt ook tussen op het vlak van verschillende vormen van individuele steun (aanpassing van de woning, het voertuig, diverse materiële steun enzovoort). Wat betreft de steun voor mobiliteit komt deze individuele steun boven op de interventie die voornamelijk de GGC en de Vlaamse Gemeenschap toekennen.
- Naast de interventie bij de opvang in het kader van een instelling of van individuele steun organiseert de COCOF ook een eerstelijnsdienst die informatie en advies verstrekt en begeleiding biedt aan personen met een handicap, bijvoorbeeld om werk of een woning te zoeken dan wel in het kader van een opleidings- of schooltraject (gewoon of bijzonder onderwijs enzovoort).

3.3. De Vlaamse Gemeenschap (VG)

De Vlaamse Gemeenschap (VG), meer bepaald het Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), bestrijkt in Brussel het volledige bevoegdheidsdomein van de GGC en de COCOF zoals hierboven beschreven: erkenning en subsidiëring van instellingen en diensten voor personen met een handicap die hebben gekozen voor het Nederlandse taalstelsel, steun voor mobiliteit (in hoofdorde en bijkomende orde) en andere vormen van individuele steun evenals de vroegere tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB), vandaag het «*zorgbudget voor ouderen met een zorgnood*».

Een deel van deze bevoegdheden is opgenomen in het systeem van de Vlaamse sociale bescherming dat wordt geregeld door het decreet van 18 mei 2018 en wordt beheerd door het Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming: de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) («*zorgbudget voor ouderen met een zorgnood*») en de steun voor basismobiliteit. De Vlaamse sociale bescherming is een sociaal zekerheidssysteem: de toegang is afhankelijk van de betaling van een jaarlijkse bijdrage (facultatief voor inwoners in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, verplicht voor inwoners in het Vlaams Gewest).

4. Evolueren naar goed bestuur in Brussel: uitdagingen en vooruitzichten

Gelet op de grote verspreiding van de bevoegdheden op zijn grondgebied en de verschillende modellen van bestuur die er naast elkaar bestaan, moet Brussel het hoofd bieden aan een dubbele uitdaging van enerzijds coördinatie en anderzijds programmering, met als doel te verzekeren dat alle Brusselaars toegang hebben tot steun en een aanbod van diensten die toegankelijk en kwaliteitsvol zijn.

4.1. Coördinatie: voorbeeld van de steun voor mobiliteit en de THAB

De meeste bevoegdheden inzake beleid voor personen met een handicap liggen tegelijk bij de GGC, de Franse Gemeenschapscommissie en de Vlaamse Gemeenschap. Dit houdt een eerste grote uitdaging in op het vlak van coördinatie van het beleid in deze verschillende domeinen, meer bepaald wat betreft de toekenning van de steun voor mobiliteit (basis en bijkomende) en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB).

Steun voor mobiliteit: naar twee gecoördineerde systemen op het Brussels grondgebied

Wat betreft de steun voor mobiliteit bestaat een eerste stap op het vlak van coördinatie in het samenwerkingsakkoord van 31 december 2018 dat de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschapscommissie (COCOF) en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) hebben gesloten met betrekking tot het uniek loket voor de steun voor mobiliteit in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Dit samenwerkingsakkoord heeft een dubbele doelstelling: enerzijds het voor de Brusselaars mogelijk maken zich te wenden tot een uniek loket om van deze verschillende soorten steun voor mobiliteit te kunnen genieten, anderzijds de cumul van prestaties vermijden door informatie-uitwisseling tussen de drie bevoegde entiteiten.

Het uniek loket moet worden begrepen als een systeem waarbij de persoon met een handicap alle steun voor mobiliteit waarop hij recht heeft kan verkrijgen door zich tot een enkele dienst te wenden. Concreet en op termijn (er is voorzien in overgangsbepalingen waar we hier niet dieper op ingaan) voorziet het akkoord in de ontwikkeling van twee systemen voor de steun voor mobiliteit in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest:

- Een loket georganiseerd door de GGC, waar de Brusselaar, al dan niet aangesloten bij de Vlaamse sociale bescherming, een unieke aanvraag kan indienen voor de steun voor mobiliteit in hoofdorde (toegekend door de GGC) en op aanvullende wijze (toegekend door de dienst PHARE – COCOF).
- Een loket georganiseerd door de Vlaamse Gemeenschap, waar de Brusselaar, maar alleen voor zover hij is aangesloten bij de Vlaamse sociale bescherming, een unieke aanvraag kan indienen voor de steun voor mobiliteit in hoofdorde

(toegekend door het Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming - Vlaamse Gemeenschap) en op aanvullende wijze (toegekend door het VAPH - Vlaamse Gemeenschap).

De tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden

In tegenstelling tot de steun voor mobiliteit is er tot vandaag nog geen samenwerkingsakkoord gesloten betreffende de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB). Vandaag kunnen inwoners van Brussel die al dan niet zijn aangesloten bij de Vlaamse sociale bescherming in dit kader niet de THAB genieten en dienen ze zich te wenden tot de GGC.

Het besluit van de Vlaamse regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming bepaalt in artikel 231 § 3: «*Het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood wordt in ieder geval geweigerd aan de persoon die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad woont en die aanspraak kan maken op een vergelijkbare vorm van zorgbudget voor ouderen met een zorgnood, ingesteld door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.*»

4.2. Programmering van de instellingen voor personen met een handicap: meer overleg

Naast een werk van coördinatie tussen de gemeenschappen en gewesten met betrekking tot de toegekende steun en tegemoetkomingen moet het ook mogelijk zijn samen te werken op het vlak van de programmering met als doel te voorzien in voldoende en kwaliteitsvolle opvang voor personen met een handicap (bv. in een dag- of verblijfscentrum). Dit werk van programmering houdt in dat men over voldoende kwantitatieve en kwalitatieve gegevens kan beschikken voor de evaluatie van de noden, inzonderheid van sterk afhankelijke personen met een handicap, en vervolgens aan die noden tegemoetkomt door een programmering die in overleg wordt opgesteld. Dit vereist grote inspanningen om gegevens te verzamelen en te analyseren; vandaag zijn die gegevens verspreid over de verschillende besturen en bevoegdheidsniveaus.

In december 2014 publiceerde het Observatoire de l'accueil et de l'accompagnement de la personne handicapée (Observatorium voor het onthaal en de begeleiding van personen met een handicap, dienst PHARE – COCOF) een enquête[45] over de noden van sterk afhankelijke personen met een handicap en hun omgeving. De voornaamste besluiten van de studie zijn als volgt:

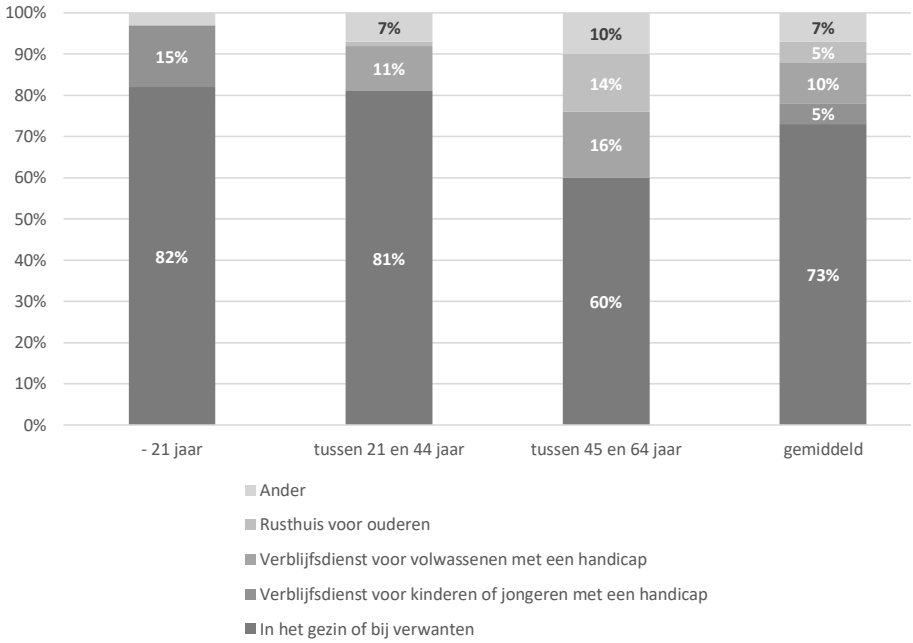
- Meer dan 80% van de respondenten geeft er de voorkeur aan in het gezin te kunnen blijven met ondersteuning vanwege de residentiële diensten: de verblijfsdienst wordt veeleer gezien als steun voor het thuis blijven wonen en

45 Enquête afgenomen bij 2.000 personen jonger dan 65 jaar met een handicap, van wie er 400 sterk afhankelijk zijn: https://phare.irisnet.be/app/download/5948832562/les+chiffres+cles+du+handicap.pdf?t=1529416256

voor de verzelfstandiging van de persoon. Op te merken valt dat de studie aantoont dat de mantelzorger gemiddeld 40 uur per week besteedt aan de hulp aan de persoon met een handicap.

- Gemiddeld verblijft 10% van de sterk afhankelijke personen met een handicap in een rusthuis terwijl ze jonger zijn dan 65 jaar (zie Figuur 2 infra). Dit aandeel bedraagt gemiddeld 36% voor personen zonder ouder of echtgeno(o)t(e). Dit houdt in dat er moet worden voorzien in aangepaste verblijfsoplossingen om het hoofd te bieden aan de vergrijzing van personen met een handicap en dat de rusthuizen worden voorbehouden voor bejaarden (onder wie er ook personen met een handicap zijn). Slechts 57% van de sterk afhankelijke personen met een handicap verklaart immers dat in een rusthuis wonen beantwoordt aan wat zij zelf willen.
- Wat betreft de aanvragen van bijkomende steun is er een vraag naar meer steun vanwege de vervoersdiensten (30% van de personen) en de vrijetijdsdiensten (25% van de personen). In beide gevallen worden de kosten vaak genoemd als een element dat de toegang tot deze diensten beperkt.
- Tot slot kent een groot aantal personen niet de opdrachten van de verschillende gespecialiseerde diensten en weten ze niet waar ze die kunnen vinden. Daaruit volgt een noodzaak wat betreft de ontwikkeling van gecentraliseerde en gestructureerde informatie over de verschillende diensten en de beschikbare middelen.

Figuur 2: Woonplaats van de sterk afhankelijke personen met een handicap die jonger zijn dan 65 jaar, volgens de leeftijd (Bron: PHARE)



5. Besluit

De ingewikkelde institutionele situatie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de specifieke noden waarmee het wordt geconfronteerd vereisen dat de gemeenschappen en gewesten reële inspanningen leveren op het vlak van coördinatie om een gecoördineerd beleid voor personen met een handicap te voeren. Het doel moet erin bestaan een toegankelijk (op administratief en financieel vlak) en kwaliteitsvol systeem te ontwikkelen.

Deze coördinatie-inspanning moet inzonderheid worden geleverd op het vlak van de gedeelde competenties zoals de steun voor mobiliteit of de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB), opdat de Brusselaars vlot een beroep zouden kunnen doen op de georganiseerde steun en diensten maar ook om garanties te bieden voor een relatieve billijkheid inzake rechten tussen de verschillende bevoegde entiteiten.

Bovendien moeten er grote gecoördineerde inspanningen worden geleverd wat betreft de identificatie van de noden van de Brusselaars, meer bepaald om een globale programmering van de instellingen en diensten voor personen met een handicap op te stellen. Vandaag wordt dit werk van identificatie van de noden en van programmering zonder al te veel overleg verricht.

De Zesde Staatshervorming biedt een kans om deze samenwerking op het Brussels grondgebied te versterken als gevolg van de overheveling van belangrijke bevoegdheden op het vlak van het beleid van personen met een handicap.

Hoofdstuk 2 – Deel 3

HET VLAAMS BELEID VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP

Ann Vanden Abbeele, Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

1. Inleiding

Het Vlaamse beleid voor personen met een handicap situeert zich binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) van de Vlaamse overheid.

De Vlaamse overheid bestaat uit verschillende overheidsdiensten, die gegroepeerd worden in 11 beleidsdomeinen. Binnen elk beleidsdomein is er een departement en zijn er verschillende agentschappen. Het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (afgekort tot WVG) is daar één van. Binnen het beleidsdomein WVG is in het bijzonder het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (afgekort tot VAPH) verantwoordelijk voor de uitvoering van het beleid voor personen met een handicap (afgekort tot PmH), maar ook binnen de andere entiteiten van WVG worden deelaspecten van het beleid voor PmH opgenomen.

Er bestaat een nauwe samenwerking tussen het VAPH als WVG-entiteit enerzijds, en het departement WVG en de overige WVG-entiteiten anderzijds.

Het beleidsdomein WVG, en dus ook het Vlaams beleid inzake dienstverlening, bijstand, en zorg en ondersteuning voor personen met een handicap valt onder de politieke bevoegdheid van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Merken we nog op dat het VAPH een intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid is, en dat er een Raadgevend Comité werd samengesteld waarin de onderscheiden 'stakeholders' vertegenwoordigd zijn.

2. Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)

Het VAPH streeft als WVG-entiteit naar een zo groot mogelijke autonomie en levenskwaliteit van personen met een handicap en treedt op als een klantgerichte en efficiënte partner van personen met een handicap en de organisaties die zorgen voor een kwaliteitsvolle ondersteuning. Het VAPH werd opgericht bij decreet van 7 mei 2004.

De dienstverlening, ondersteuning en bijstand georganiseerd of gefinancierd vanuit het VAPH is toegankelijk voor alle personen die erkend worden als persoon met een handicap.

Het VAPH hanteert volgende definitie van handicap:

> *"Elk langdurig en belangrijk participatieprobleem van een persoon dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten, en persoonlijke en externe factoren."*

Een bepaald deel van het door het VAPH gesubsidieerde aanbod is ook toegankelijk voor personen met een *vermoeden* van een handicap. Het gaat dan om erg laagdrempelige zorg en dienstverlening van een lagere intensiteit en frequentie; er hoeft geen aanvraagprocedure doorlopen te worden om van deze ondersteuning gebruik te kunnen maken (zie ook verder, onder Rechtstreeks Toegankelijke Hulp 'RTH').

Tot op heden wordt nog steeds een duidelijke leeftijdsgrens gehanteerd: personen die gebruik willen maken van VAPH-ondersteuning moeten voor de leeftijd van 65 jaar de aanvraagprocedure doorlopen hebben. Eens erkend als persoon met een handicap kan betrokkene blijvend gebruik maken van de zorg en ondersteuning, dus ook voorbij voormelde leeftijdsgrens.

Tot slot moet ook voldaan worden aan een verblijfsvoorwaarde: de persoon moet in Vlaanderen of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen om in aanmerking te kunnen komen voor de door het VAPH gefinancierde zorg en ondersteuning. Dit geldt evenwel niet voor niet begeleide minderjarigen.

Het VAPH voorziet (in de subsidie van) een uitgebreide dienstverlening en een gevarieerd aanbod van zorg, ondersteuning en bijstand voor personen met (een vermoeden van) een handicap. We onderscheiden rechtstreeks en niet rechtstreeks toegankelijke hulp, zowel voor minder- als voor meerderjarigen, evenals tegemoetkomingen voor hulpmiddelen, woningaanpassingen en tolkuren. De voorbije 10 jaar werd, geïnspireerd door het Perspectiefplan 2020[46] van minister Jo Vandeurzen, sterk ingezet op vernieuwing en uitbreiding van de zorg en ondersteuning van personen met een handicap, met de invoering van een systeem van persoonsvolgende financiering sinds 2016 als sluitstuk van een ingrijpende transitie.

---

46 ‹Perspectief 2020 – Nieuw ondersteuningsbeleid voor personen met een handicap›, Jo Vandeurzen, 2010.

2.1. Rechtstreeks toegankelijke hulp voor minder- en meerderjarigen

Rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH) is beperkte, handicapspecifieke ondersteuning in de vorm van begeleiding, dagopvang of verblijf voor wie af en toe hulp nodig heeft. Wie er gebruik van wil maken, richt zich rechtstreeks tot een van de aanbieders. Er hoeft geen aanvraag ingediend te worden.

Het VAPH erkent en subsidieert de aanbieders van rechtstreeks toegankelijke hulp.

RTH bestaat onder verschillende vormen: individuele begeleiding (ambulant of mobiel), groepsbegeleiding, dagopvang en verblijf. Elk van deze vormen heeft een verschillende kost die uitgedrukt wordt in een aantal personeelspunten per begeleiding of per dag of nacht. In totaal kan voor maximaal 8 punten RTH gebruikt worden. Op de website van het VAPH is een handige rekentool beschikbaar waarmee je als gebruiker kan berekenen hoeveel rechtstreeks toegankelijke ondersteuning je nog kan bekomen.

Een aanbieder kan daarnaast ook een eigen financiële bijdrage vragen aan de gebruiker. Er is bepaald wat de maximale bijdrage is die kan gevraagd worden voor elk van de vormen van RTH.

2.2. Niet rechtstreeks toegankelijke hulp voor minderjarigen met een handicap

Voor kinderen en jongeren met een handicap voorziet het VAPH in zorg en ondersteuning via erkend en gesubsidieerd aanbod - de zogenaamde Multifunctionele Centra of MFC's- en via het Persoonlijke Assistentiebudget of PAB. Beide vormen zijn in beperkte mate combineerbaar.

Het PAB is een persoonlijk budget waarmee assistentie thuis of op school georganiseerd en gefinancierd kan worden. De aanvraagprocedure verloopt via de Intersectorale Toegangspoort (binnen het Agentschap Jongerenwelzijn).

Het bedrag van het PAB varieert tussen 10.000 en 47.000 euro (geïndexeerde bedragen in 2019) afhankelijk van de aard en de ernst van de handicap, de concrete leefsituatie en de vraag.

Het PAB is bedoeld om er assistentie mee te vergoeden, zoals bijvoorbeeld hulp bij lichamelijke taken (wassen, aankleden, eten), bij verplaatsingen, bij dagactiviteiten (bijvoorbeeld uitstappen), en ook voor het vergoeden van agogische, pedagogische of orthopedagogische begeleiding of ondersteuning (aanvaarding van en omgang met de handicap, zelfredzaamheid, assertiviteit, opbouw van een sociaal netwerk, toekomstplanning ...).

Een multifunctioneel centrum of MFC richt zich tot kinderen en jongeren met een handicap tot en met 21 jaar (uitzonderlijk verlengbaar tot en met 25 jaar) die nood

hebben aan specifieke ondersteuning. Een multifunctioneel centrum biedt begeleiding, dagopvang, verblijf. Een aantal gespecialiseerde centra bieden ook diagnostiek en intensieve behandeling. Ondersteuning door een MFC moet aangevraagd worden bij de Intersectorale Toegangspoort. Het VAPH erkent en subsidieert de MFC's. Een MFC kan daarnaast aan de gebruiker een eigen financiële bijdrage vragen; hiervoor zijn maxima bepaald. Een PAB kan gecombineerd worden met dagondersteuning en met kortverblijf vanuit een MFC.

Vanaf 2020 zal geleidelijk aan overgeschakeld worden naar een systeem van persoonsvolgende financiering voor minderjarigen met een handicap. Het is de bedoeling een persoonsvolgend budget ter beschikking te stellen waarmee zowel assistentie als ondersteuning in natura, en combinaties van beide, kunnen worden vergoed.

2.3. Niet rechtstreeks toegankelijke hulp voor meerderjarigen met een handicap

Meerderjarige personen met een handicap die nood hebben aan intensieve en frequente zorg en ondersteuning kunnen bij het VAPH een persoonsvolgend budget of PVB aanvragen. Het PVB is een budget op maat waarmee de meerderjarige persoon met een handicap zorg en ondersteuning kan inkopen binnen het eigen netwerk, bij vrijwilligers, individuele begeleiders, professionele zorgverleners en bij door het VAPH vergunde zorgaanbieders.

Naargelang de vraag, de situatie en de zorgzwaarte van de persoon met een handicap kan een budget ter beschikking gesteld worden dat in hoogte varieert van meer dan 10.000 euro tot bijna 90.000 euro. Deze bedragen betreffen de "zorggebonden middelen"; afhankelijk van de besteding komt hier nog een extra percentage middelen bovenop: 11,94% bij besteding van het budget in cash bij een niet vergunde zorgaanbieder en 21,18% bij inzet in cash of voucher bij een vergunde zorgaanbieder.

Het PVB wordt aangevraagd bij het VAPH. Omdat het om vrij hoge bedragen op jaarbasis gaat, die in principe levenslang worden ter beschikking gesteld, moet een uitgebreide aanvraagprocedure doorlopen worden om een budget op maat te kunnen vaststellen. De aanvraagprocedure bestaat uit verschillende onderdelen:

Stap 1: proces van vraagverheldering en desgevallend aanvragen van een PVB

Met een proces van vraagverheldering wordt in kaart gebracht welke ondersteuning er nodig is, welke ondersteuning al gerealiseerd wordt en voor welke ondersteuning een vraag aan het VAPH moet gesteld worden.

Personen met een handicap en hun gezin kunnen zich bij dit proces van vraagverheldering laten helpen door een gebruikersorganisatie, door een Dienst voor Maatschappelijk Werk van de mutualiteit en door een door het VAPH erkende en gesubsidieerde Dienst Ondersteuningsplan. In April 2019 wordt bovendien op

initiatief van het VAPH een tool gelanceerd die personen met een handicap zal toelaten een kwaliteitsvol proces van vraagverheldering te doorlopen zonder hulp van een professional.

Indien uit deze fase van vraagverheldering blijkt dat er nood is aan intensieve, frequente, niet rechtstreeks toegankelijke ondersteuning van het VAPH dan kan de vraag naar een PVB gesteld en gemotiveerd worden aan de hand van het 'Ondersteuningsplan PVB'.

Stap 2: beoordelen van de handicap, zorgzwaarte en prioriteit

Na het indienen van de vraag zal een multidisciplinair team (MDT) de handicap en de zorgzwaarte beoordelen en informatie aanleveren over de prioriteit van de vraag.

Het MDT maakt een multidisciplinair verslag op waarin het op een objectieve manier de handicap en de ondersteuningsnoden beschrijft. In sommige gevallen zal het multidisciplinair team ook de zorgzwaarte van de persoon met een handicap bepalen met behulp van het zorgzwaarte-instrument. Op basis van de verzamelde gegevens stelt het MDT een budgetcategorie voor.

Tot slot vult het team een checklist prioritering in over de dringendheid van de ondersteuningsvraag.

Stap 3: beslissing tot toewijzing

De Provinciale Evaluatiecommissie (PEC) beoordeelt op basis van de door het MDT aangeleverde informatie of er sprake is van een handicap en of de persoon dus in aanmerking komt voor een persoonsvolgend budget van het VAPH.

De Regionale Prioriteitencommissie beoordeelt de prioriteit van de vraag.

Het VAPH neemt (een voornemen tot) een beslissing omtrent:

- de erkenning als persoon met een handicap;
- de toegewezen budgetcategorie;
- de prioriteitengroep.

Er zijn 3 prioriteitengroepen. Binnen elke groep worden de aanvragen chronologisch geordend op basis van de datum van aanvraag; de oudste aanvraag staat vooraan in de groep en komt eerst in aanmerking voor ter beschikking stelling van het PVB. Door de vele vragen loopt de wachttijd binnen elk van de prioriteitengroepen op.

In sommige bijzondere situaties is een vereenvoudigde en versnelde procedure van toepassing. Het gaat dan om situaties waarin geoordeeld wordt dat er onmiddellijk (dus zonder wachttijd) een PVB ter beschikking gesteld moet worden: een noodsituatie, een situatie van maatschappelijke noodzaak, de aanwezigheid van een snel degeneratieve aandoening (spoedprocedure) en de overgang van minder- naar meerderjarigenzorg van het VAPH.

Het PVB kan op uiteenlopende manieren ingezet worden om de nodige zorg en ondersteuning te realiseren.

Budgethouders kunnen ervoor kiezen om de nodige zorg en ondersteuning via een voucher-formule in te kopen bij een vergunde zorgaanbieder. De budgethouder en de zorgaanbieder sluiten dan een overeenkomst waarin de modaliteiten en prijzen van de zorgverlening bepaald worden. De betaling gebeurt dan rechtstreeks via het VAPH aan de vergunde zorgaanbieder zodat de administratieve lasten voor de budgethouder beperkt zijn.

Een budgethouder kan er ook voor kiezen om zijn PVB in cash in te zetten. Hij sluit dan zelf overeenkomsten af, met een vergunde zorgaanbieder of met een vrijwilligersorganisatie, een dienstenchequebedrijf, een groene zorginitiatief, een persoonlijke assistent … . In deze gevallen staat de budgethouder zelf in voor het aangaan en uitvoeren van de overeenkomsten en het beheer en de verantwoording van het budget.

Een beperkt deel van het PVB hoeft niet verantwoord te worden qua besteding. Het gaat om een bedrag van maximaal 3.600 euro op jaarbasis (afhankelijk van de hoogte van het PVB). De inzet van het PVB kan flexibel gewijzigd worden en combinaties van cash- en voucherbesteding zijn mogelijk.

Zeer specifieke zorg en ondersteuning voor meerderjarige personen met een handicap wordt nog steeds aangeboden aan de hand van een rechtstreekse financiering van de betrokken vergunde zorgaanbieder. Het gaat dan in het bijzonder om het ondersteuningsaanbod voor geïnterneerde personen met een handicap en een specifiek aanbod gericht op doorstroom van personen met een niet aangeboren hersenletsel (NAH) uit de revalidatiecentra. Vanuit deze specifieke settings wordt steeds na verloop van tijd ook een doorstroom naar ondersteuning via het persoonsvolgend budget mogelijk gemaakt.

2.4. Diensten Ondersteuningsplan

Het VAPH erkent en subsidieert 5 Diensten Ondersteuningsplan (DOP). Een persoon met (een vermoeden van) een handicap kan bij een DOP terecht om, samen met mensen die vertrouwd zijn met de persoon en de persoon goed kennen, de vraag naar ondersteuning te verkennen en in kaart te brengen en om gericht te zoeken naar ondersteuning binnen de eigen buurt, eerstelijnsdiensten en gespecialiseerde diensten.

2.5. Bijstandsorganisaties

Een bijstandsorganisatie helpt PVB-budgethouders bij de opstart en het beheer van hun PVB en bij de organisatie van hun ondersteuning.

Een bijstandsorganisatie kan ook PAB-gebruikers deskundig advies verlenen over hun verplichtingen en activiteiten als werkgever. Denk bijvoorbeeld aan advies en hulp omtrent de aanwerving van assistenten, de toepassing van de richtlijnen van het VAPH, het aangaan van overeenkomsten, het naleven van de reglementering inzake interimarbeid ....

Er zijn 5 bijstandsorganisaties in Vlaanderen.

2.6. Vrijetijdszorgorganisaties

Het VAPH erkent en subsidieert 20 organisaties voor vrijetijdszorg. Die organisaties bieden aangepaste vrijetijdsactiviteiten aan voor personen met een handicap. Een erkenning als persoon met een handicap door het VAPH is niet vereist.

Een aantal organisaties legt eerder de nadruk op vrijetijdsbemiddeling: zij stimuleren en begeleiden de personen met een handicap in hun zoektocht naar een geschikte, gewone vrijetijdsorganisatie die zich niet specifiek tot personen met een handicap richt. Recent werd de regelgeving bijgesteld met het oog op administratieve vereenvoudiging, en inspelend op wijzigingen in het zorglandschap.

2.7. Individuele materiële bijstand - Hulpmiddelen en aanpassingen

Een persoon die door het VAPH erkend is als persoon met een handicap, kan een financiële tussenkomst vragen voor hulpmiddelen en aanpassingen. Op die wijze wil het VAPH actief bijdragen tot het zelfstandig wonen van PmH.

Hulpmiddelen en aanpassingen waarvoor het VAPH een financiële tussenkomst biedt, zijn opgenomen in een refertelijst. Voor elk hulpmiddel uit de refertelijst is een refertebedrag vastgelegd. Dit is het maximumbedrag van de tegemoetkoming. Verder is er voor elk

hulpmiddel in de refertelijst een hulpmiddelenfiche opgesteld die meer informatie bevat over de aard en het gebruik van het hulpmiddel. Het karakter van deze hulpmiddelenfiches is op dit moment enkel informatief en niet bindend.

De structuur van de refertelijst is gebaseerd op de combinatie van de functiebeperking (de fysieke situering van de handicap) en het interventieniveau (de mate waarin de functiebeperking moet gecompenseerd worden, aanvulling of vervanging). Een paar voorbeelden van combinaties: 'aanvulling onderste ledematen' of 'vervanging gehoor'. Per combinatie biedt de refertelijst een overzicht van de hulpmiddelen en aanpassingen waarvoor men een tegemoetkoming kan krijgen.

Het VAPH baseert haar beslissing over de tegemoetkoming voor een hulpmiddel of aanpassing, op de beoordeling van de provinciale evaluatiecommissie (PEC) over de functiebeperking en het interventieniveau van de persoon met een handicap

die het hulpmiddel aanvraagt. Men kan in de regel enkel aanspraak maken op een tegemoetkoming als de referterubriek van het gevraagde hulpmiddel zich in de refertelijst onder de functiebeperking en interventieniveau bevindt dat de PEC aan deze persoon toekende. Recent werd het besluit op een aantal punten bijgesteld.

Belangrijk om weten, is dat sinds 1 januari 2019 de meeste tussenkomsten voor mobiliteitshulpmiddelen niet langer bij het VAPH doch onder het stelsel van de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) moeten worden aangevraagd. Wie door chronische ziekte, ouderdom of een beperking een hulpmiddel nodig heeft om zich te verplaatsen, kan dus via de VSB een "mobiliteitshulpmiddel" kopen of huren. Een rolstoel, elektrische scooter, duwwandelwagen, driewielfiets … .

De Vlaamse sociale bescherming komt voor een groot stuk tussen in de kosten voor de aankoop of de huur van een mobiliteitshulpmiddel en in de kosten voor het onderhoud en de herstellingen van dat hulpmiddel. Een aantal hulpmiddelen voor verplaatsing over middellange afstand (vergelijkbaar met fietsen) kunnen echter enkel bij het VAPH aangevraagd worden.

2.8. Enkele cijfers

Het VAPH beschikt in totaal over een budget van 1,5 miljard euro voor de zorg en ondersteuning van personen met een handicap. Hiermee worden meer dan 57.000 cliënten ondersteund.

In de eerste helft van 2018 waren er

- bijna 47.000 actieve gebruikers van hulpmiddelen, woningaanpassingen en incontinentiemateriaal;
- 24.196 budgethouders PVB;
- 882 budgethouders PAB

Gedurende het hele jaar 2017 maakten meer dan 11.000 kinderen en jongeren gebruik van een MFC.

In 2017 maakten ongeveer 23.400 cliënten gebruik van rechtstreeks toegankelijke hulp en beschikten meer dan 14.000 cliënten over een basisondersteuningsbudget (BOB) of zorgbudget voor personen met een handicap.

3. Het beleid voor PmH binnen het departement WVG en andere WVG-entiteiten

Ook het departement WVG en de overige WVG-entiteiten dragen actief bij tot het in Vlaanderen gevoerde beleid ten aanzien van personen met een handicap. Dit maakt het voeren van een inclusief beleid voor personen met een handicap binnen het eigen beleidsdomein mogelijk.

3.1. Het Agentschap Jongerenwelzijn

Kinderen en jongeren met een handicap en hun ouders die nood hebben aan hulp en begeleiding, vragen deze aan bij de Intersectorale Toegangspoort van het Agentschap Jongerenwelzijn. De intersectorale toegangspoort regelt de toegang tot intensieve en ingrijpende vormen van jeugdhulp die niet rechtstreeks toegankelijk zijn, ook voor minderjarigen met een handicap.

3.2. Het departement WVG, Afdeling Welzijn & Samenleving, GBO

Eind 2015 werd een conceptnota rond "geïntegreerd breed onthaal" opgesteld met als doelstellingen het realiseren van een toegankelijke sociale hulp- en dienstverlening en het tegengaan van onderbescherming, en dit in het bijzonder door een betere samenwerking en afstemming te realiseren tussen diverse actoren uit het welzijnslandschap.

Het geïntegreerd breed onthaal (GBO) bestaat uit een samenwerkingsverband tussen minimaal het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn (OCMW), het centrum voor algemeen welzijnswerk (CAW) en de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen (DMW).

Om de beoogde doelstellingen te realiseren stemt het samenwerkingsverband ook af met lokale basis- of faciliterende actoren (o.a. samenlevingsopbouw, armoedeverenigingen, huisartsen, thuiszorgdiensten) én met het meer gespecialiseerde begeleidingsaanbod.

In de periode 2016-2018 liep een eerste pilootfase. Het is de bedoeling het geïntegreerd breed onthaal geleidelijk aan over heel Vlaanderen uit te rollen.

In de komende 3 jaren wordt een project opgezet dat specifiek gericht is op jongvolwassenen met een (vermoeden van) handicap in kwetsbare situaties, die na het verlaten van het onderwijs niet meer opgevolgd worden, en voor wie linken naar hulpverlening gemist worden. Deze jongvolwassenen nemen zelf geen initiatief en hebben een meer proactieve en outreachende aanpak nodig om over meerdere levensdomeinen hun vraag te bekijken: VAPH – tewerkstelling - aanvragen tegemoetkomingen – wonen etc. Men beoogt deze schoolverlaters te bereiken door het GBO in te schakelen. De uiteindelijke doelstelling is ervoor zorgen dat jongeren

in deze kwetsbare doelgroep effectief rechten verkrijgen. Een bijzonder aandachtspunt daarbij is de toeleiding naar een betekenisvolle activiteit in de samenleving en afgestemd op de mogelijkheden: dagbesteding, arbeidsmatige activiteit, activiteit binnen de sociale economie of regulier werk.

Aansluitend bij dit project van het departement WVG zet het VAPH daarom vanaf 2019 gericht bijkomende capaciteit RTH (ter waarde van een bedrag van 750.000 euro) in voor schoolverlaters met een (vermoeden van) handicap die na hun opleiding niet terecht kunnen in het reguliere of beschermde arbeidscircuit. Met de inzet van rechtstreeks toegankelijke handicapspecifieke ondersteuning kan na het schoolverlaten de stap gezet worden naar begeleid werken, waardoor de vaardigheden die de jongeren gedurende hun opleiding verworven hebben, verder benut en uitgebouwd kunnen worden.

3.3. Het Agentschap Kind & Gezin (K&G)

Kind en Gezin is één van de andere agentschappen binnen het beleidsdomein WVG. Het heeft als opdracht om actief bij te dragen tot het welzijn van jonge kinderen en hun gezinnen door dienstverlening op de beleidsvelden preventieve gezinsondersteuning, kinderopvang en adoptie.

Kind en Gezin is er voor alle kinderen, dus ook voor kinderen die extra ondersteuning nodig hebben. Sinds 2001 is inclusieve kinderopvang structureel voorzien in de regelgeving kinderopvang en wordt ze financieel ondersteund. Kinderopvanginitiatieven kunnen zo een steuntje in de rug krijgen voor hun extra inspanningen.

Inclusieve kinderopvang is de opvang van kinderen met een specifieke zorgbehoefte samen met kinderen zonder specifieke zorgbehoeften. Centraal staat een kwaliteitsvolle opvang "om de hoek" voor elk kind. Ouders van een kind met een specifieke zorgbehoefte hebben het recht om te kiezen tussen reguliere en gespecialiseerde opvang. Dit sluit aan bij de visie uit de conceptnota Perspectief 2020 en respecteert het Internationaal Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap.

In 2014 werden de Centra voor Inclusieve Kinderopvang (CIK) opgericht. Zij bieden zelf inclusieve opvang aan en sensibiliseren en ondersteunen opvanglocaties in het versterken van hun inclusieve werking. Actueel zijn er vijftien centra operationeel die binnen hun zorgregio ondersteuning aanbieden. Iedere organisator binnen deze regio's kan hier gratis beroep op doen: groeps- en gezinsopvang en opvang van baby's en peuters en van schoolkinderen. Afhankelijk van de vraag, kan er langdurig ondersteuning geboden worden of kan men beroep doen op een netwerk van professionals.

Recent keurde de Vlaamse regering op voorstel van Jo Vandeurzen, huidig Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, definitief het ontwerp van decreet goed over de fusie van de agentschappen Kind en Gezin en Jongerenwelzijn. Dit eengemaakte agentschap krijgt als naam Opgroeien, naar analogie van andere Vlaamse agentschappen als Innoveren en Ondernemen of Wonen. Ook de doelgroep jongeren met een handicap wordt in het decreet concreet beschreven, in het bijzonder wat

betreft het aanbod voor jongeren met een gedrags- en emotionele stoornis (Ges+) en de observatie- en behandelingscentra (OBC's). Verwacht wordt dat de fusie tegen 1 januari 2020 effectief voltrokken zal zijn.

Vermeldenswaard in deze context is ook dat de Vlaamse regering op 1 maart 2019 principieel besliste om het besluit over rechtstreeks toegankelijke hulp (RTH) voor personen met een handicap aan te passen. Bedoeling is laagdrempelige, snel inzetbare hulp te voorzien dicht bij het gezin en vooral ook in meer inclusieve contexten. Specifiek wordt er een nieuwe functie voorzien die een combinatie is van praktische ondersteuning en begeleiding (globale individuele ondersteuning). Deze ondersteuning vindt primair plaats in contexten waar er al een vorm van opvang of ondersteuning is, met name inclusieve kinderopvang of onderwijscontexten.

3.4. Agentschap Zorg & Gezondheid

Vanuit de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) wordt aan mensen die veel zorg nodig hebben een zorgbudget toegekend. Er zijn 3 pijlers: het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden, het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood en het zorgbudget voor personen met een handicap.

Het zorgbudget voor personen met een handicap, ook wel «het basisondersteuningsbudget» genoemd, is een budget van 300 euro/maand voor zowel kinderen als volwassenen met een mentale of fysieke beperking die aan bepaalde voorwaarden voldoen. Dit bedrag wordt automatisch toegekend en hoeft dus niet aangevraagd te worden. Het bedrag is bedoeld om er zorg en ondersteuning mee te vergoeden, maar de besteding ervan hoeft niet verantwoord te worden.

Het zorgbudget wordt uitbetaald door de zorgkassen.

Personen met een handicap en de gezinnen waar ze deel van uitmaken kunnen ook beroep doen op de hulp van diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg. Onder gezinszorg verstaan we onder meer verzorging (hulp bij het wassen, aankleden, verzorgen), hulp in het huishouden (koken, wassen, strijken) en indien nodig een doorverwijzing naar andere zorgverleners. Aanvullende thuiszorg kan bestaan uit schoonmaken, oppashulp en eventueel ook het uitvoeren van kleine karweitjes.

Personen die beroep doen op deze diensten betalen een gebruikersbijdrage per uur.

Hoofdstuk 2 – Deel 4

HET WAALS BELEID VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP

Jean-Michel Lheureux, Agence pour une Vie de Qualité

1. Inleiding

De overheveling naar de gewesten van een groot aantal bevoegdheden inzake gezondheid en sociale dienstverlening als gevolg van de 6de Staatshervorming en de zogenaamde politieke Sint-Emilie-akkoorden van 19 september 2013, vertegenwoordigt een belangrijk keerpunt in het beheer van de mechanismen van sociale bescherming in ons land en is tegelijk een belangrijke uitdaging voor de Waalse bevolking.

Het Waals Gewest heeft alles in het werk gesteld om de instanties te vereenvoudigen en één enkele autonome instelling van openbaar nut (ION) te creëren waar de bevoegdheden inzake gezondheid, welzijn, begeleiding van bejaarden, handicap en kinderbijslag worden samengebracht en die de opdracht krijgt samenwerkingsverbanden tot stand te brengen tussen alle materies die deze instelling beheert met als doel zo goed mogelijk tegemoet te komen aan de noden van de burgers. Deze instelling is het "Agence Wallonne de la Santé, de la Protection sociale, du Handicap et des Familles", het "Waals agentschap voor gezondheid, sociale bescherming, handicap en gezinnen", beter bekend als het "Agence pour une Vie de Qualité" (AViQ), of het "Agentschap voor een kwaliteitsvol leven".

2. Agence pour une Vie de Qualité - Agentschap voor een kwaliteitsvol leven

De algemene opdracht van het AViQ luidt als volgt: bijdragen tot de opmaak, uitvoering, opvolging en evaluatie van het beleid dat de regering voert op het vlak van gezondheid, handicap en gezinnen.

Gelet op de huidige en toekomstige maatschappelijke uitdagingen stelde de regering zich als ambitie een geïntegreerd, efficiënt en billijk beleid van sociale bescherming, gezondheid en een kwaliteitsvol leven te organiseren en uit te voeren.

Het doel bestaat erin de actie te focussen op het tegemoet komen aan de behoeften van elke Waalse burger in deze domeinen gedurende zijn hele leven en garanties te bieden voor een grotere samenhang en een reële vereenvoudiging van de sociale beschermingsmechanismen.

Het AViQ is belast met het beleid in vier belangrijke domeinen: welzijn en gezondheid, handicap en gezinnen.

2.1. Inzake welzijn en gezondheid

Het AVIQ zorgt voor preventie en promotie op het vlak van gezondheid, de organisatie van de eerstelijnshulp en –thuiszorg, de terugbetaling van sociale prestaties op het vlak van gezondheid, rust- en verzorgingstehuis; de financiering van de opvang- en verblijfsinfrastructuur en van de ziekenhuizen en het beleid van zorgverlening inzake geestelijke gezondheid en verslavingen.

2.2. Inzake handicap

Het AVIQ zorgt voor bewustmaking en informatieverstrekking met betrekking tot handicaps, hulp bij de inrichting van de woning, het beleid inzake opvang en verblijf van personen met een handicap, de bevordering van de toegang tot werk voor personen met een handicap en van de steunmechanismen die daartoe bijdragen en voor de inclusie in de samenleving van personen met een handicap.

2.3. Inzake gezinnen

Het AVIQ is belast met de beheer van de kinderbijslag, de beheer van de budgetten en de controle op de kassen die de kinderbijslag betalen en de organisatie van diensten bestemd voor de gezinnen.

3. Het beleid voor personen met een handicap van AVIQ

Het AViQ, dat dus de rol van het AWIPH (Agence Wallonne Pour l'Intégration des Personnes Handicapées) heeft overgenomen op 1 januari 2016, is verantwoordelijk voor de uitvoering, de opvolging en de evaluatie van het beleid bestemd voor personen met een handicap.

De strategie in dit domein is opgebouwd rond drie pijlers: de inclusie in onze samenleving van personen met een handicap, de diversifiëring van de wijzen van opvang en de opmaak van specifieke actieplannen.

Deze strategie omvat 8 prioritaire doelstellingen: informeren, oriënteren, sensibiliseren, adviseren; voorzien in kinderbijslag; het mogelijk maken om thuis te blijven wonen en er over de noodzakelijke diensten te beschikken; de steun en de dienstverlening coördineren in het kader van een netwerk; de deelname verzekeren aan het leven in de maatschappij, op school en in de arbeidswereld; nieuwe huisvestingsvormen voorstellen; residentiële diensten op lange termijn aanbieden; actieplannen opstellen.

3.1. Informeren, oriënteren, sensibiliseren en adviseren

Verschillende studies hebben het gebrek aan informatie voor personen met een beperking aangetoond. Hiervoor heeft het AViQ de volgende initiatieven ontwikkeld: een groen nummer waar mensen antwoord krijgen op al hun vragen in verband met handicap; thematische brochures over alle beschikbare vormen van hulp; een documentatiecentrum, een jeugdcollectie en pedagogische koffertjes bestemd voor jongeren; een driemaandelijks tijdschrift, «C'est l'AViQ», bestemd voor professionelen en het grote publiek; een website, een Facebookpagina en een verzameling «meest gestelde vragen» (FAQ): WIKIWIPH[47].

Er worden ook bewustmakingsdagen in verband met handicap georganiseerd in de lagere en middelbare scholen alsook op plaatsen van jeugdwerking, in samenwerking met verenigingen van personen met een handicap.

Er werd een systeem van onthaal en eerste informatie gecreëerd waar mensen informatie kunnen krijgen betreffende de opvolging van hun dossier:

Alle gewestelijke kantoren kregen samen in 2018 meer dan 55.000 personen over de vloer aan wie informatie werd verstrekt.

Voor al deze media besteedt het AVIQ bijzondere aandacht aan de toegankelijkheid van de documenten en informatie, door ze om te zetten in gebarentaal, in gemakkelijk te lezen documenten ...

47 https://wikiwiph.aviq.be/

3.2. Voorzien in kinderbijslag

Het AViQ is sinds 1 januari 2019 verantwoordelijk voor de uitbetaling van de kinderbijslag.

Circa 20.826 kinderen krijgen extra kinderbijslag wegens een handicap of een aandoening. Ze vertegenwoordigen 2% van het totale aantal kinderen in Wallonië.

Op het vlak van toeslagen voor handicap blijven de wetgeving en de bedragen ongewijzigd in 2020. De toeslagen schommelen in functie van de evaluatie van de situatie van handicap, die gebeurt volgens 3 pijlers. De eerste pijler betreft de fysieke en mentale gevolgen van de aandoening; de tweede, de gevolgen op de activiteiten en deelname van het kind aan het dagelijks leven; en de derde, de gevolgen voor de gezinsomgeving van het kind.

3.3. Het mogelijk maken om thuis te blijven wonen en er over de noodzakelijke diensten te beschikken om er in volledige autonomie te leven

Het AVIQ streeft er bij voorrang naar personen met een handicap en hun gezinnen te ondersteunen in hun leefomgeving en in de maatschappij en heeft dus stap voor stap programma's ontwikkeld die tot doel hebben het voor elke betrokkene mogelijk te maken maximaal toegang te hebben tot de diensten die bestemd zijn voor de hele bevolking. Hoe? Door de professionelen van deze diensten te ondersteunen maar ook en vooral door de personen en hun gezinnen dag in dag uit te begeleiden in deze benadering. Het agentschap heeft ook zijn aanbod uitgebreid om het voor de personen mogelijk te maken de oplossing te kiezen die het best aan hun behoeften beantwoordt.

Het AViQ neemt deel aan en ondersteunt het platform Annonce du handicap, dat tot doel heeft de informatie voor gezinnen te verbeteren op het ogenblik van de aankondiging alsook om de professionelen te vormen.

Op het vlak van opvang van het jonge kind heeft het AViQ, in samenwerking met het ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance)[48], structuren ontwikkeld voor steun bij inclusie, bestemd voor de opvangmilieus. Deze diensten zorgen voor de inclusie van kinderen van 0 tot 3 jaar in opvangmilieus, de bewustmaking van de opvangmilieus aan de beperking en de opleiding van professionals.

Het AVIQ biedt ook individuele steun bij hun integratie, meestal onder de vorm van hulp bij de aanleg van het huis.

Dank zij een persoonlijk-assistentiebudget beschikken personen met beperking over een budget voor diensten aan huis, om hen bij te staan in het dagelijks leven, huishoudelijke taken en maatschappelijke participatie.

48 https://www.one.be/public/

Het AVIQ erkent en subsidieert: diensten voor vroegtijdige hulp die de inclusie van kinderen van 0 tot 6 jaar ondersteunen, ook bij hun integratie op school en diensten voor steun bij de integratie voor jongeren van 6 tot 20 jaar. Deze steun kan de vorm aannemen van hulp bij de inclusie op school. Daartoe wordt een overeenkomst gesloten tussen de school en de dienst. Begeleidingsdiensten bieden steun aan personen van meer dan 18 jaar op alle levensdomeinen.

Het AVIQ heeft respijtdiensten ontwikkeld, als steun voor de gezinnen. Dit aanbod van «even op adem komen» bestaat uit respijt thuis, de organisatie van activiteiten overdag en residentieel respijt voor de meest afhankelijke personen.

Diensten van gezinsbegeleiding zijn opgericht en steunen personen in onthaalgezinnen.

Diensten van hulp in het dagelijks leven maken personen meer autonoom door hen zowel logement als hulpverlening 24u/24 te verstrekken.

In samenwerking met de FOD Volksgezondheid ontwikkelde het AViQ 8 mobiele interventiecellen voor personen bij wie een dubbele diagnose is gesteld (verstandelijke deficiëntie en gedragsstoornissen). Deze diensten komen tussen in de leefomgeving van de personen en streven ernaar om ziekenhuisopnames zoveel mogelijk te voorkomen.

Bovendien heeft het AViQ de toegang tot de eerstelijnszorg verbeterd door een kadaster van artsen aan te leggen en subsidies toe te kennen aan artsen die zich vestigen in gebieden met een tekort aan artsen. Voorts werden de acties van verenigingen voor integrale gezondheid versterkt door de toekenning van infrastructuursubsidies in het kader van het programma FEADER.

3.4. De steun en de praktijken coördineren in het kader van een netwerk

Sinds zijn oprichting staat de deelname van de personen zelf centraal in de bezorgdheid van het AViQ.

De bedoeling is om een individueel project uit te werken binnen elke erkende en gesubsidieerde dienst in de tak «handicap». Dit project wordt uitgewerkt en geëvalueerd met de betrokken persoon en alle belanghebbenden.

Er worden gebruikersraden samengesteld in alle diensten voor verblijf en opvang overdag.

Bovendien wordt de deelname van de personen en de representatieve verenigingen verzekerd in alle beheersorganen en binnen de subregionale commissies.

Het AViQ neemt deel aan het Europees project Interreg V [Frankrijk-Wallonië-Vlaanderen][49] I SAID, dat tot doel heeft het vermogen inzake zelfbeschikking te

49 https://www.interreg-fwvl.eu/nl

bevorderen voor personen met verstandelijke beperkingen alsook om hun begeleiding te verbeteren. In dit kader worden 4 doelstellingen onder de aandacht gebracht: de obstakels inzake bevordering van de gezondheid en het welzijn in de regio Hauts-de-France en in Wallonië identificeren en wegwerken; een grensoverschrijdend platform creëren om de uitwisselingen tussen professionelen in de sector te bevorderen; een benadering van begeleiding promoten die steunt op het concept van zelfbeschikking van volwassenen met een verstandelijke beperking ; inclusieve acties ontwikkelen en de actoren opleiden in zelfbeschikking.

Alle nieuwe projecten zijn het voorwerp van een regelmatige gekruiste evaluatie vanwege de gebruikers, de gezinnen en de maatschappelijk werkers.

Het AViQ heeft samenwerkingsprotocollen uitgewerkt met de voornaamste actoren op het gebied van inclusie:

Het "Office de la Naissance et de l'Enfance" (ONE), de jeugdzorg, het onderwijs, de psychiatrische kliniek Les Marronniers, het Commissariaat-generaal voor Toerisme…

Het neemt actief deel aan de netwerken die op federaal niveau worden ontwikkeld in het domein van e-gezondheid en van geestelijke gezondheid voor kinderen, adolescenten en volwassenen.

3.5. Deelname aan het leven in de maatschappij, op school en in de arbeidswereld verzekeren

Het AViQ streeft ernaar de deelname van personen met een handicap te verzekeren in het domein van onderwijs, opleiding, activiteiten tijdens de dag en steun bij tewerkstelling.

Daarom heeft het de projecten "Transition Ecole Vie Active 15-24 ans" [TEVA] ontwikkeld. Deze projecten hebben tot doel jongeren van 15 tot 24 jaar bij te staan in hun overgang van school naar het beroepsleven door hen te begeleiden in de opbouw van hun levensproject en de opmaak van een individueel plan voor overgang van school naar het beroepsleven. Dit overgangsplan moet tegemoetkomen aan hun behoeften inzake socio-professionele integratie in de samenleving na afloop van hun schoolloopbaan, rekening gehouden met hun verwachtingen en competenties.

De "Centres de formation et d'insertion socioprofessionnelle adaptés" (centra voor socio-professionele opleiding en integratie) staan in voor de opleiding en inschakeling van personen met een beperking.

De "projets Activités citoyennes" (projecten voor burgeractiviteiten) hebben tot doel aan personen met een handicap die niet kunnen worden ingeschakeld in het beroepscircuit de mogelijkheid te bieden een nuttige en valoriserende activiteit uit te voeren en op die manier hun ontplooiing en sociale inclusie bevorderen.

Deze activiteiten nemen de vorm van een individuele begeleiding: de hulpverlener en de persoon zoeken samen een activiteit in de non-profit sector, in overeenstemming met de behoeften, competenties en verlangens van de persoon. De activiteit kan ook op een collectieve basis georganiseerd worden, bv. onder de vorm van een workshop.

De diensten voor gespecialiseerde opvang van jongeren vangen jongeren op (tijdelijk of voor langere duur) die als gevolg van de ernst van hun handicap niet naar school gaan of deeltijds naar een gewone of bijzondere school gaan. Meestal worden ze overdag en tijdens de week opgevangen, met een intensiteit dat verschillend is naargelang de behoeften van de jongere.

De diensten van dagopvang voor volwassenen bieden deze volwassenen de nodige bijstand gedurende de dag en organiseren met en voor hen waardevolle activiteiten.

Het AVIQ heeft dagen van bewustmaking voor handicap georganiseerd, bestemd voor potentiële werkgevers, alsook 5 Handi-Days. Er werden ook opleidingen «handicap en werk» georganiseerd voor professionals.

Personen met beperking krijgen ook op het werk een directe ondersteuning van diensten van Job Coaching namelijk via tutoren binnen het bedrijf.

Het project ERGOJOB heeft tot doel aan werkposten de nodige aanpassingen door te voeren om ze geschikt te maken voor personen met een handicap.

Ten slotte hebben de beschutte werkplaatsen 8.217 personen tewerkgesteld en er werd steun met betrekking tot tewerkstelling verleend aan 8.545 personen.

3.6. Nieuwe huisvestingsvormen voorstellen

Het AViQ streeft ernaar om het voor personen mogelijk te maken te kiezen waar ze willen wonen. Daartoe ondersteunt het de ontwikkeling van vernieuwende en alternatieve projecten van individueel en/of gemeenschappelijk wonen:

De 9 vernieuwende projecten van begeleid wonen hebben het mogelijk gemaakt 142 personen te ondersteunen. De 66 diensten inzake wonen onder toezicht hebben 470 personen gevolgd.

3.7. Residentiële diensten op lange termijn aanbieden

Het AViQ verzekert de terbeschikkingstelling van residentiële diensten op lange termijn die voornamelijk bestemd zijn voor zogenaamde sterk afhankelijke personen.

In 2018 boden de 186 residentiële diensten samen onderdak aan meer dan 6000 personen.

3.8. Actieplannen opstellen

Het AViQ richtte de cel voor «personen in een noodsituatie» op (naar deze personen wordt ook verwezen met de benaming «prioritaire gevallen»).

De medewerkers van deze cel zoeken geval per geval oplossingen voor opvang en/of verblijf voor personen met een handicap die sterk afhankelijk zijn en zich in een noodsituatie bevinden. De hoogdringendheid wordt gemotiveerd door de lichamelijke of geestelijke toestand van de betrokken persoon die aanleiding geeft tot de nood aan toezicht of omvangrijke zorgen of door de maatschappelijke toestand (verlies van gezinsondersteuning, gevaarlijke situatie, verschillende vormen van uitsluiting ...).

Circa 5.278 personen werden ondersteund sinds 2002, van wie er 3.095 in een noodsituatie verkeerden.

Vandaag zijn 761 plaatsen op naam geactiveerd voor een budget van € 31 miljoen.

Om het leven van gezinnen die op zoek zijn naar diensten te ondersteunen en minder moeilijk te maken heeft het AViQ in 2017 de unieke lijst opgesteld.

Deze lijst heeft tot doel alle aanvragen van opvang en verblijf te centraliseren bij het AViQ en vervolgens door te sturen naar alle diensten. Het is de bedoeling om te voorzien in een betere oriëntering door een evaluatie van de behoeften van elke nieuwe aanvrager.

Voorts werd een ingrijpende hervorming van de wijze van beheer van de diensten gelanceerd met als doel vanaf 2021 een beheer volgens doelstellingen te voeren.

De Waalse regering heeft samen met de Federatie Wallonië-Brussel een autismeplan opgesteld. Dit plan omvat meer bepaald maatregelen op het vlak van infrastructuur, opvang en verblijf van zogenaamde prioritaire gevallen, opleiding van ouders etc..

Een meerjarenplan inzake infrastructuur voor personen met een handicap werd reeds in 2013 opgesteld.

Dit plan omvat de volgende doelstellingen: de verbouwingen bevorderen die tot doel hebben meer intimiteit te bieden aan de begunstigden (eenpersoonskamer); de aanpassingen bevorderen die tot doel hebben te anticiperen op de evolutie van de noden van de huidige gebruikers, meer bepaald hun vergrijzing, en meer personen met complexe behoeften te kunnen opvangen; open en toegankelijke plaatsen bevorderen (beschermende en veilige plaatsen kunnen echter verkiesbaar zijn in functie van de specifieke noden van de doelgroep); voorrang geven aan de creatie (bouw of renovatie) van kleine leefeenheden die gericht zijn op de noden van de gebruikers, hun levenskwaliteit, veiligheid en levensproject; en ten slotte tegemoetkomen aan de huidige concepten inzake duurzaamheid, polyvalentie een aanpasbaarheid.

Sinds 2013 wordt dit plan uitgewerkt door middel van 6 projectoproepen voor de opvang van ouderen in crisissituaties met een tweevoudige diagnose of met polyhandicap en hersenletsel.

In 2017 heeft de Waalse regering een toegankelijkheidsplan 2017-2019 aangenomen. Dit plan bevat 28 maatregelen die aansluiten bij transversaliteit en die vallen onder zowel het beleid inzake sociale dienstverlening als de beleidsdomeinen ruimtelijke ordening, huisvesting, infrastructuur, mobiliteit, toerisme, plaatselijke besturen enzovoort. Dit plan heeft toegelaten de aandacht te vestigen op de betrokkenheid van de verschillende Waalse ministers die het thema 'handicap' in aanmerking moeten nemen in het kader van hun beleid, krachtens het concept 'handistreaming'.

Voorts schikt het AViQ zich naar de bakens die worden uitgezet in de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), in vele teksten over de mensenrechten en Europese strategieën.

Voorts heeft het AViQ deelgenomen aan ca. 340 ontmoetingen of zendingen in het kader van de internationale relaties en volgde het 26 projecten in zijn hoedanigheid van functionele administratie en 18 projecten in zijn hoedanigheid van partner of coördinator.

In conclusie, met zijn acties, programma's en diensten streeft AVIQ naar de opbouw van een voor iedereen toegankelijke inclusieve samenleving en het verstrekken van antwoorden die aangepast zijn aan eenieders behoeften. Het wil ook personen met een handicap helpen hun levensprojecten waar te maken en een zo autonoom mogelijk leven te leiden.

Hoofdstuk 3

HANDICAP, ARMOEDE EN SOCIALE UITSLUITING

Koen Hermans, Katholieke Universiteit Leuven

1. Inleiding

In dit hoofdstuk bestuderen we de relatie tussen handicap, armoede en sociale uitsluiting. Armoede bij personen met een handicap is een onderschat sociaal probleem omwille van twee redenen. De eerste reden is dat we met handicap nog te vaak de reflex hebben om de oplossing in zorg- of ondersteuningsbeleid te zien, en dus eerder in termen van dienstverlening dan in termen van geld. Dit blijkt ook uit de vaststelling dat in de jaarlijkse rapportering op basis van de EU-SILC enquête langdurige beperkingen niet meegenomen worden als een specifieke risicofactor (naast geslacht, leeftijd, arbeidsmarktsituatie, woonsituatie)[50]. De tweede reden is methodologisch van aard.

De klassieke wijze waarop armoede gemeten wordt en die gebaseerd is op inkomen, brengt niet de extra kosten van personen met een handicap in rekening. Hierdoor wordt hun werkelijk beschikbaar inkomen overschat. Met andere woorden is de inkomensarmoede bij personen met een beperking hoger dan de cijfers doen vermoeden, net omdat zij verplicht zijn om een groter bedrag vrij te maken voor kosten die het gevolg zijn van hun handicap.

In de eerste paragraaf bepleiten we om een bredere insteek te hanteren die verder gaat dan inkomensarmoede en die tevens peilt naar de mate van sociale uitsluiting. In de tweede paragraaf presenteren we de klassieke armoederisico's voor personen met een handicap. In de derde paragraaf wijzen we op de beperkingen van deze benadering om de armoede van personen met een handicap te berekenen omdat de klassieke armoedemaat te weinig rekening houdt met de extra kosten van personen met een handicap.

50 De EU-statistiek van inkomens en levensomstandigheden, afgekort als EU-SILC (naar het Engelse statistics on income and living conditions) is de referentiebron voor statistieken over inkomensverdeling en maatschappelijke integratie in de EU. De basis ervan vormt een jaarlijkse enquête die gegevens verzamelt over inkomen, sociale uitsluiting, woonomstandigheden, arbeid, opleiding en gezondheid.

We passen de Standard of Living benadering toe op de SILC-data. In het vierde deel besteden we bijzondere aandacht aan het armoederisico en de extra kosten van personen met een inkomensvervangende (IVT) en/of integratietegemoetkoming (IT). In de vijfde paragraaf staan we stil bij het niet-gebruik van sociale rechten, meer bepaald het niet opnemen van de IVT en/of IT. In de laatste paragraaf formuleren we een aantal conclusies en aanbevelingen.

2. Armoede en sociale uitsluiting gedefinieerd: van income naar outcome

Binnen de Europese Unie wordt armoede niet meer uitsluitend op basis van het inkomen gemeten. Het risico op armoede en sociale uitsluiting (AROPE-indicator) wordt gedefinieerd en gemeten aan de hand van drie indicatoren.

1. armoederisicopercentage (na sociale overdrachten)
2. materiële deprivatie-index
3. percentage mensen dat leeft in een huishouden met een zeer lage arbeidsintensiteit

Het armoederisicopercentage is de meeste bekende en meest geciteerde maat en is een relatieve maatstaf voor armoede die gekoppeld is aan de inkomensverdeling. Mensen met een gestandaardiseerd huishoudinkomen dat minder is dan 60 % van de mediaan hebben een armoederisico. De materiële deprivatie-index verwijst naar vormen van sociale uitsluiting die niet louter gerelateerd zijn aan het inkomen, en is zo een aanvulling op het armoederisicopercentage. Mensen die "ernstig materieel gedepriveerd" zijn kampen met minstens 4 van de volgende 9 deprivaties: ze kunnen het zich niet veroorloven: 1) de huur of de gas-, water- en elektriciteitsrekeningen te betalen; 2) hun woning voldoende te verwarmen; 3) onverwachte uitgaven te doen; 4) om de twee dagen vlees, vis of even proteïnerijk voedsel te eten; 5) één keer per jaar een week met vakantie te gaan; of zich 6) een auto; 7) een wasmachine; 8) een kleurentelevisie; of 9) een telefoon aan te schaffen. Mensen in een huishouden met een zeer lage arbeidsintensiteit, zijn mensen tussen 0 en 59 jaar die in een huishouden wonen waar de volwassenen het afgelopen jaar gedurende minder dan 20% van hun totale arbeidspotentieel hebben gewerkt.

Deze drie indicatoren geven samen het risico weer op armoede of sociale uitsluiting. Hiermee vindt er binnen het discours over armoede en sociale uitsluiting een zekere verruiming plaats naar een multidimensionale benadering van armoede. Daarbij wordt de 60%-norm niet langer als het enige criterium gebruikt, maar ook aangevuld met een deprivatie-index en een indicator met betrekking tot de arbeidsintensiteit in huishoudens. Tegelijkertijd worden op die manier wel drie verschillende invullingen

van armoede en sociale uitsluiting samengevoegd, wat de conceptuele duidelijkheid en zuiverheid niet vooruithelpt.

Toch blijft de focus op sociale uitsluiting relatief eenzijdig gedefinieerd, met name als het niet participeren aan de arbeidsmarkt. Het Nederlandse Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) heeft een vijftiental jaren geleden een conceptuele en empirische verkenning gedaan van het begrip sociale uitsluiting.

Het SCP kiest ervoor om het onderscheid tussen armoede en sociale uitsluiting niet verder aan te scherpen, maar de armoededimensie te integreren in het bredere concept sociale uitsluiting. Sociale uitsluiting heeft dus zowel betrekking op materiële als immateriële bestaanscondities. Tevens stelt het SCP vast dat er een duidelijk onderscheid moet worden aangebracht in feitelijke kenmerken van sociale uitsluiting als toestand en in de risicofactoren die de kans op sociale uitsluiting beïnvloeden. Ten aanzien van de feitelijke kenmerken van sociale uitsluiting wordt onderscheid gemaakt tussen de sociaal-culturele dimensie en de economisch-structurele dimensie.

Deze twee hoofddimensies worden verder onderverdeeld (SCP, 2003, p. 41-42). De sociaal-culturele dimensie van sociale uitsluiting betreft onvoldoende sociale participatie: onvoldoende deelname aan sociale netwerken, ook aan vrijetijdsbesteding, onvoldoende sociale ondersteuning, sociaal isolement. De economisch-structurele dimensie verwijst naar materiële deprivatie (tekort aan elementaire levensbehoeften en materiële goederen, 'lifestyle' deprivatie, problematische schulden, betalingsachterstanden) en naar onvoldoende toegang tot sociale grondrechten / (semi-)overheidsvoorzieningen (zoals wachtlijsten en/of financiële drempels voor gezondheidszorg, onderwijs, huisvesting, rechtsbijstand, maatschappelijke dienstverlening, schuldhulpverlening, arbeidsbemiddeling, sociale zekerheid.

Het SCP spreekt van sociale uitsluiting wanneer er op beide hoofddimensies langdurige achterstand is en het zicht op verbetering in de toekomst ontbreekt.

Deze conceptualisering sluit grotendeels aan bij de definitie van Levitas et al. (2007):

> *Social exclusion is a complex and multi-dimensional process. It involves the lack or denial of resources, rights, goods and services, and the inability to participate in the normal relationships and activities, available to the majority of people in a society, whether in economic, social, cultural or political arenas. It affects both the quality of life of individuals and the equity and cohesion of society as a whole.*

Beide benaderingen verwijzen uitdrukkelijk naar een economisch-structurele en naar een sociaal-culturele dimensie. In beide definities wordt de sociaal-culturele dimensie opvallend breder ingevuld dan de huidige AROPE-indicator die participatie herleidt tot deelname aan de arbeidsmarkt. Het SCP verwijst bovendien naar het gebrek aan toegang tot publieke voorzieningen die moeten bijdragen aan een betere insluiting. Burchardt et al (1999) gaan nog een stap verder en verwijzen ook naar het gebrek aan politieke macht, aan het gebrek om te kunnen wegen op de politieke besluitvorming als dimensie van sociale uitsluiting.

De 'UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities' (2006) heeft tot doel om het genot van alle mensenrechten en fundamentele vrijheden van personen met een handicap te bevorderen, beschermen en waarborgen. De conventie markeert een paradigmashift: personen met een handicap worden niet meer gezien als 'objecten' van een medische behandeling en sociale bescherming, maar als 'subjecten' met rechten, die in staat zijn eigen beslissingen te nemen over hun leven en die als actieve burgers kunnen participeren aan de samenleving.

De handicap ontstaat door de interactie tussen de persoon met een handicap en de hindernissen in de omgeving en de attitudes van mensen, waardoor de volledige en gelijkwaardige participatie van de persoon met een handicap belemmerd wordt. De VN-Conventie hanteert een omvattende benadering van participatie met een economisch-structurele dimensie (art. 24), een sociaal-culturele dimensie (art. 26) en een politieke dimensie ('nothing about us without us') (art.29).

In dit hoofdstuk beperken we ons niet tot een louter financiële definitie van armoede, maar kijken we tevens naar de gerealiseerde levensstandaard en naar de sociaal-culturele dimensie van sociale uitsluiting, met name een onvoldoende maatschappelijke participatie van personen met een beperking.

3. Armoederisico bij personen met beperking

Tot nader order worden er in de jaarlijkse rapportering over de Belgische armoedecijfers geen armoederisico's gepresenteerd voor mensen met en zonder handicap. In de EU-SILC zijn er twee vragen die verwijzen naar een handicap of een langdurige beperking die het uitvoeren van activiteiten van het dagelijkse leven bemoeilijken (en die we verder vatten onder de noemer van 'ADL-beperkingen'). In dit hoofdstuk werken we met de volgende vraag om armoederisicocijfers te rapporteren:

Bent u, vanwege een gezondheidsprobleem, gedurende de laatste zes maanden of langer beperkt geweest in activiteiten die mensen gewoonlijk doen?	
Ja, erg beperkt	1
Ja, beperkt	2
Neen, niet beperkt	3

Een belangrijke beperking van EU-SILC is dat personen die verblijven in een voorziening (en vallen onder de noemer van een 'collectieve huishouden') geen deel uitmaken van de steekproef. Dit betekent dat we geen specifieke inkomenscijfers hebben voor deze populatie.

3.1. Armoederisico en risico op sociale uitsluiting voor personen met een handicap op actieve leeftijd

Voor personen op actieve leeftijd met lichte of zware ADL-beperkingen stellen we in tabel 1 vast dat het armoederisico in 2016 24,7 % bedraagt. Het armoederisico is tweemaal groter dan voor personen zonder functiebeperkingen.

We stellen in België een lichte stijging vast in de periode 2007-2016, maar belangrijker is dat de trend in beide bevolkingsgroepen dezelfde is. Daarnaast stellen we ook vast dat de kloof tussen beide groepen in 10 jaar tijd nauwelijks veranderd is.

Als we België vergelijken met een aantal landen in de regio (Nederland, Duitsland, Denemarken, VK, Frankrijk, Zweden), dan stellen we vast dat het armoederisico opvallend veel lager is in Denemarken, Frankrijk en Nederland, dat de situatie in Nederland weliswaar verslechterd is maar nog steeds ruimschoots onder het Belgische cijfer scoort en dat de situatie vooral in Duitsland en Zweden in 10 jaar tijd zwaar verslechterd is.

Het valt ook op dat de kloof tussen beide populaties in 2016 in België internationaal gezien opvallend groot is, in vergelijking met het Europees gemiddelde en met landen zoals Frankrijk, Nederland en Denemarken. Opvallend springen Duitsland en Zweden eruit, maar dan vooral omwille van de uitgesproken verslechtering van de situatie.

Tabel 1: Armoederisico op basis van EU SILC 2007-2016 voor personen met lichte of zware functiebeperkingen in vergelijking met algemeen armoederisico

	2007 PMH	2007	2011 PMH	2011	2016 PMH	2016
Europese Unie	:	:	21,2	15,0	23,3	15,6
België	21,6	11,0	20,5	11,5	24,7	12,8
Denemarken	13,1	10,5	12,8	13,1	16,5	12,4
Duitsland	20,3	13,3	24,8	12,0	30,8	14,3
Ierland	28,4	12,9	19,5	14,8	32,1	:
Frankrijk	16,7	11,5	19,0	12,1	16,8	12,9
Nederland	12,6	8,1	12,0	10,5	17,2	11,8
Finland	15,9	10,8	15,9	11,6	15,4	10,8
Zweden	9,3	10,4	16,3	12,4	25,0	14,5
Verenigd Koninkrijk	23,5	13,8	20,2	13,2	21,8	13,3
Noorwegen	11,0	12,3	12,9	10,5	17,1	12,2
Zwitserland	13,7	10,4	17,3	9,6	13,2	9,7

Bron: Eurostat

Als we de andere indicator bekijken in tabel 2, komen we tot gelijkaardige conclusies. Het risico op sociale uitsluiting is in België voor personen op actieve leeftijd met functiebeperkingen relatief hoog in vergelijking met de buurlanden. 41,7 % loopt het risico om sociaal uitgesloten te zijn.

De kloof is behoorlijk groot tussen personen met en zonder functiebeperkingen. Die kloof blijft stabiel in de periode 2007-2016. En bovendien is de kloof nog groter in vergelijking met het armoederisico. Ook hier valt de significante verslechtering van Zweden en Duitsland op.

Tabel 2: Risico op armoede of sociale uitsluiting op basis van EU SILC 2007-2016 voor personen met gematigde of ernstige functiebeperkingen op actieve leeftijd

	2007 PMH	2007	2011 PMH	2011	2016 PMH	2016
Europese Unie	:	:	36,8	21,8	37,6	21,9
België	40,5	16,7	38,5	16,2	41,7	17,1
Bulgarië	85,3	57,8	62,1	43,5	58,1	36,6
Denemarken	33,6	14,5	28,1	17,7	30,4	16,2
Duitsland	32,9	19,1	34,1	15,7	40,5	17,4
Ierland	42,7	17,8	50,8	27,9	53,4	20,4
Frankrijk	30,7	17,5	31,7	17,4	28,6	17,3
Nederland	32,2	13,0	28,6	14,2	31,0	13,8
Finland	27,4	14,0	26,6	14,9	27,4	14,3
Zweden	22,7	12,8	25,5	14,3	37,0	16,2
Verenigd Koninkrijk	38,1	16,5	39,4	18,0	41,5	17,6
Noorwegen	28,0	15,2	27,7	13,2	32,2	14,5
Zwitserland	21,3	13,0	23,2	11,4	22,4	11,8

Bron: Eurostat

3.2. Armoederisico en risico op sociale uitsluiting voor ouderen met een handicap

Tabel 3 geeft de cijfers voor ouderen met licht of zware beperkingen. Het armoederisico voor deze groep is 18,2 % en bevindt zich op het niveau van het Europees gemiddelde in 2016. In de periode 2007-2016 stellen we een opvallende daling vast, die gelijkloopt met de daling van het armoederisico van ouderen zonder beperking. Het armoederisico bij ouderen met beperkingen is ook kleiner dan bij personen op actieve leeftijd met beperkingen. De kloof in vergelijking met de actieve bevolking is opvallend kleiner en bedraagt een 5 % in 2016. Ook de kloof tussen ouderen met en zonder beperkingen blijft relatief stabiel. In vergelijking met de buurlanden is het armoederisico bij ouderen

met beperkingen opvallend hoger in 2016. Enkel Duitsland en Zweden doen het opvallend slechter. Vooral de verschillen tussen België aan de ene kant en Nederland, Denemarken en Frankrijk aan de andere kant vallen op.

Tabel 3: Armoederisico bij ouderen met lichte of zware beperkingen op basis van EU SILC 2007-2016 en het algemene armoederisico bij ouderen

	2007 PMH	2007	2011 PMH	2011	2016 PMH	2016
Europese Unie	:	:	16,9	14,2	16,3	12,8
België	26,4	20,2	24,2	16,5	18,2	13,1
Denemarken	18,7	17,3	18,5	14,9	9,5	8,3
Duitsland	18,3	14,9	14,4	10,3	19,7	15,4
Ierland	33,3	24,3	12,1	10,3	15,7	:
Frankrijk	15,3	10,7	11,4	7,1	9,8	5,8
Nederland	10,1	10,0	5,6	6,9	10,6	8,6
Finland	25,8	19,3	22,5	14,6	15,3	9,4
Zweden	10,1	9,6	20,7	17,0	23,9	13,9
Verenigd Koninkrijk	27,0	26,4	20,9	22,3	16,9	17,3
Noorwegen	18,4	12,0	12,7	10,0	15,4	7,3

Bron: Eurostat

Op basis van tabel 4 stellen we vast dat het risico op sociale uitsluiting voor ouderen met beperkingen in 2016 20,2 % is, waarmee België zich bevindt op het niveau van het Europese gemiddeld. België slaagde erin een opvallende daling te realiseren voor ouderen met en zonder beperkingen, maar de kloof tussen beide groepen blijft dezelfde.

Als we vergelijken met een aantal buurlanden (Denemarken, Duitsland, Nederland, Zweden en Frankrijk), valt de opvallende verslechtering van Zweden op in de periode 2007-2016. België heeft vergelijkbare cijfers als de UK en Duitsland, maar doet het opvallend slechter dan Nederland, Frankrijk en Denemarken. Deze laatste drie landen slagen er tevens in om de kloof tussen ouderen met en zonder beperkingen opvallend kleiner te houden.

Tabel 4 Risico op armoede of sociale uitsluiting op basis van EU SILC 2007-2016 voor oudere personen met gematigde of ernstige functiebeperkingen

GEO/TIME	2007 PMH	2007	2011 PMH	2011	2016 PMH	2016
Europese Unie	:	:	22,7	17,1	21,0	15,4
België	29,6	21,1	26,2	17,4	20,2	13,5
Duitsland	18,9	15,5	15,6	10,7	20,6	16,2
Ierland	34,0	24,4	17,8	11,2	18,4	16,9
Frankrijk	18,4	11,7	13,6	8,3	11,8	7,3
Nederland	10,8	10,0	6,4	6,9	12,2	8,9
Finland	28,4	19,9	23,9	15,0	17,4	10,0
Zweden	10,9	10,0	21,1	17,4	24,8	13,9
Verenigd Koninkrijk	28,8	27,4	21,9	23,1	18,4	17,7
Noorwegen	18,4	12,2	13,7	10,0	17,4	7,3

Bron: Eurostat

4. Extra kosten van personen met een beperking

Armoede meten bij personen met een handicap op basis van de Europese armoedemaat is problematisch omdat zij vaker extra kosten hebben omwille van hun handicap. Die zorgen ervoor dat zij met hetzelfde bedrag dus een minder hoge levensstandaard kunnen realiseren.

4.1. De extra kost van een handicap

Tibble (2005), Stapleton (2008) en Mitra et al. (2017) voerden een review uit over bestaand onderzoek naar wat ze de 'kostprijs van een handicap' noemen. Tibble (2005) stelt dat de kosten van personen met een handicap om dezelfde levensstandaard te behouden als een vergelijkbaar persoon zonder handicap, worden bepaald door drie factoren: (1) de extra behoeften, (2) de beschikbaarheid van specifieke diensten voor personen met een handicap en (3) het effect van de handicap op het inkomen.

De extra behoeften kunnen sterk verschillen naar gelang van de graad van beperkingen en het type handicap. De beschikbaarheid van diensten wordt sterk bepaald door het soort beleid dat een land, regio of lokale overheid voert. Met het effect van de handicap op het inkomen wordt bedoeld dat de handicap gevolgen kan hebben voor

het vermogen van de gehandicapte om te werken en bijgevolg op het verkregen inkomen uit arbeid.

Kosten kunnen op verschillende manieren worden geclassificeerd (zie Tibble, 2005). Zo kan men een onderscheid maken tussen specifieke of speciale kosten (specifiek omwille van de handicap) en additionele of bijkomende kosten (kosten voor goederen en diensten die iedereen nodig heeft, maar gehandicapten in grotere mate). Ook kan een onderscheid gemaakt worden tussen eenmalige en terugkerende kosten. Een handicap kan zowel directe kosten als indirecte kosten met zich meebrengen. Directe kosten zijn uitgaven om een behoefte te vervullen die ontstaat als gevolg van de handicap, bv. kosten voor medicijnen.

Indirecte kosten hebben betrekking op een vermindering van het financieel vermogen of het algemeen welzijn als gevolg van de handicap. Ten slotte kan men zowel kijken naar de potentiële kosten (de kosten wanneer alle behoeften van de persoon met een handicap zouden worden vervuld) als naar de gerealiseerde kosten (de werkelijke, aan de handicap verbonden uitgaven).

4.2. Het meten van de extra kost

In de literatuur zijn vier methodologische benaderingen te vinden die allen beweren de kost van een handicap te meten, namelijk de subjectieve, comparatieve, budgetstandaard en Standard of Living benadering. In deze vier benaderingen is het onderscheid tussen kosten en uitgaven niet altijd even duidelijk.

Vanuit de *subjectieve benadering* vraagt men aan personen met een handicap wat de extra uitgaven zijn. Het totaal hiervan vormt een schatting van de gerealiseerde bijkomende uitgaven omwille van de handicap. De subjectieve benadering heeft als nadeel dat het opgeven van die bijkomende uitgaven een moeilijke opgave is, zeker voor kwetsbare doelgroepen. Daarnaast zijn de gemaakte uitgaven afhankelijk van het inkomen. Meer uitgaven aan handicap gerelateerde goederen en diensten betekent automatisch minder uitgaven aan gewone goederen en diensten. Als gevolg van dit compensatiemechanisme leidt de schatting van de gerealiseerde uitgaven vaak tot een onderschatting van de totale kost van een handicap.

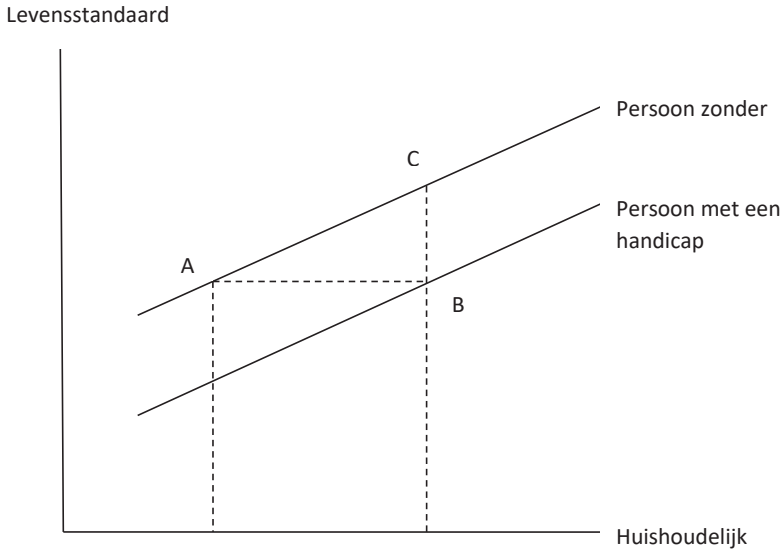
Tegelijkertijd is het mogelijk dat personen met een handicap minder uitgaven hebben, omdat ze recht hebben op een extra tussenkomst van de overheid (bv. statuut verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering). Door enkel bijkomende uitgaven te bevragen blijft dit buiten beeld. De *comparatieve benadering* vergelijkt het uitgavenpatroon van vergelijkbare personen met en zonder handicap. Aan respondenten wordt bijvoorbeeld gevraagd om een maand lang een huishoudboekje bij te houden waarin alle uitgaven gedetailleerd worden opgeschreven. Het verschil in uitgaven tussen personen met en zonder handicap geeft de kost van de handicap. Deze benadering kan alleen gebruikt worden om de gerealiseerde uitgaven te meten, niet de potentiële uitgaven.

In *de budgetstandaard benadering* wordt gepeild naar de behoeften van personen met een handicap (Hirsch en Hill, 2016). Er worden focusgroepen georganiseerd die een uitgebreide lijst van artikelen samenstellen die nodig zijn voor een acceptabele levensstandaard. Op basis daarvan wordt het benodigde inkomen berekend. Een nadeel van deze benadering is dat levensstandaard vaak niet duidelijk wordt gedefinieerd. Ook kost het vaststellen van de lijst artikelen veel tijd. Deze methode kent de laatste 10 jaar in België een sterke opgang in het armoedeonderzoek (zie bv. Storms et al. 2016), maar hierin is slechts beperkte aandacht voor handicap.

Net zoals bij de comparatieve benadering vindt bij de *'Standard of Living' benadering* een vergelijking plaats tussen personen met en zonder handicap. Het verschil tussen beide benaderingen is dat bij de comparatieve benadering de uitgavenpatronen van de twee groepen worden vergeleken, terwijl bij de Standard of Living benadering wordt gefocust op de levensstandaard. Deze benadering onderzoekt of personen met een handicap een lagere levensstandaard hebben dan personen zonder handicap, vertrekkend van hetzelfde inkomen. Indien een lagere levensstandaard wordt vastgesteld, wordt dit de kost van de handicap genoemd.

Onderstaande figuur toont een mogelijke relatie tussen inkomen, levensstandaard en de aanwezigheid van personen met een beperking. In deze voorstelling is het zo dat op elk niveau van het huishoudelijk inkomen, een persoon met een handicap een lagere levensstandaard heeft dan een persoon zonder handicap. De lijn AB meet de achteruitgang in huishoudelijk inkomen als gevolg van de kost van de handicap. Voor het verkrijgen van dezelfde levensstandaard heeft een persoon zonder handicap inkomen A nodig, terwijl een persoon met een handicap inkomen B nodig heeft. B min A geeft dus een schatting van de kost van de handicap.

Figuur 1: 'De Standard of Living' benadering



De 'Standard of Living' methode geeft enkel een schatting van de kost van handicap op niveau van het huishouden, zonder te specificeren waaraan die kosten kunnen toegeschreven worden. De kost van handicap wordt in de Standard of Living methode dus onrechtstreeks berekend. Het is geen rechtstreekse bevraging naar de kost van handicap bij de respondenten zelf zoals in de subjectieve benadering. Er bestaat geen gouden standaard voor de selectie en aanmaak van indicatoren die de levensstandaard meten. Er worden in de literatuur dan ook veel verschillende werkwijzen gebruikt om levensstandaard te operationaliseren.

In de afgelopen jaren is gebleken dat de budgetstandaard en de 'standard of living' benadering een opgang maken in het wetenschappelijk onderzoek. De budgetstandaard is erg gedetailleerd, maar het grote nadeel is dat er een grote diversiteit van beperkingen is, waardoor er telkens een nieuwe standaard moet berekend worden. De 'standard of living' benadering is een stuk eenvoudiger en wordt ondertussen ook gehanteerd in internationaal-vergelijkend onderzoek op basis van de SILC-gegevens. Er is nog geen consensus over de indicator van levensstandaard: het subjectief rondkomen en het bezit van bepaalde of een korf van consumptiegoederen zijn de meest gebruikte maten (Mitra et al. 2017).

4.3. De SOL-benadering toegepast op SILC-data

Armoederisico's houden geen rekening met de extra kosten verbonden aan de handicap. Recentelijk werd de Standard of living benadering toegepast op de SILC-gegevens door Anton et al. (2016) (zie tabel 5). Er wordt hier gewerkt met de groep van personen met ernstige beperkingen qua dagelijkse activiteiten. Uit tabel 5 blijkt dat het bedrag van de extra kost op jaarbasis verschilt tussen de subjectieve en objectieve indicator. België bevindt zich in het peloton. Op jaarbasis heeft een persoon met ernstige beperkingen in België tussen de 10.000 en 14.000 euro extra nodig om dezelfde levensstandaard te hebben als een persoon zonder handicap. Dit benoemen we als de kost van de handicap.

Opvallend is dat vooral de landen met een lager Bruto Nationaal Product (BNP) ook een lagere extra kost hebben. De studie reikt hiervoor enkele belangrijke argumenten aan. Ten eerste is het zo dat de kost groter wordt indien ook het BNP per capita hoger is, wat betekent dat in rijkere landen een handicap leidt tot hogere kosten. Ook hangt het verschil samen met de mate waarin een land sociale uitgaven doet, wat betekent dat overheden via sociale uitgaven de kosten kunnen drukken. Dit verklaart de grote verschillen tussen landen met vergelijkbare sociale uitgaven. Beide vaststellingen wijzen dus op het feit dat de sociale context van een land een duidelijke impact heeft op het inschatten van de extra kost van een handicap.

Tabel 5: De extra kost uitgedrukt in euro op basis van de SOL-benadering aan de hand van twee maten van levensstandaard op basis van SILC-data

	Subjectieve levensstandaard	Objectieve Levensstandaard
België	14.550	10.588
Duitsland	6.802	4.576
Nederland	20.681	9.597
Denemarken	20.555	10.250
Frankrijk	8.761	4.797
Zweden	23.012	15.239
Tsjechië	3.044	2.762
Hongarije	1.294	1.746
Portugal	3.128	2.676

Bron: eigen bewerking van Anton et al (2018)

5. Personen met een IVT/IT als kwetsbare groep

In deze paragraaf bekijken we de inkomenssituatie, levensstandaard en maatschappelijke participatie van personen die een IVT/IT uitkering ontvangen. Dit gebeurt op basis van de resultaten van het HANDILAB-onderzoek van 2012 dat gebaseerd is op een representatieve steekproef van alle individuen tussen 21 en 65 jaar die recht hebben op een uitkering IVT en/of IT. We betreuren het dat er geen recente cijfers voorhanden zijn om hun leefsituatie in kaart te brengen. Om de Standards of Living (SOL-) benadering te kunnen toepassen is de EU SILC-databank uit 2009 meegenomen in de analyse om de levensstandaard tussen personen met en zonder beperking te kunnen vergelijken.

5.1. Inkomensarmoede en materiële deprivatie bij personen met een IVT/IT

De resultaten van de survey van HANDILAB[51] benadrukken de precaire leefsituatie van huishoudens met personen met een tegemoetkoming. De mediaan van het gestandaardiseerd huishoudinkomen bedraagt € 1047. Daarmee heeft 39,3% een

51 De HANDILAB-studie uitgevoerd in 2012 werd gefinancierd door BELSPO en bestond uit twee luiken: (1) een studie van de beschikbare administratieve gegevens over personen met een handicap en (2) een survey bij personen met een IVT- en/of IT-tegemoetkoming. Alle info over het project kan hier teruggevonden worden: http://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=nl&COD=AG/KK/154

inkomen dat onder de Europese armoedegrens ligt, tegenover 14,6% in de totale Belgische bevolking.

Uitkeringsgerechtigden IVT/IT hebben gemiddeld € 251 maandelijkse uitgaven voor gezondheidszorg, wat overeenkomt met 17% van het beschikbaar inkomen. 25% kon in de voorbije 12 maanden minstens één maal de rekeningen van gezondheidsuitgaven niet (op tijd) betalen. 34% van de huishoudens met een persoon met een IVT/IT stelt medische consumptie uit omwille van financiële redenen. De gezondheidskloof en de sociale gradiënt komen hier sterk tot uiting, want in de totale Belgische bevolking moet slechts 14% medische consumptie uitstellen. Het budget dat zij aan gezondheidszorg besteden, vormt dus gezien het aandeel ervan in hun totale inkomen, een grote last.

De uitgaven voor niet-medische professionele zorg (thuishulp, poetshulp, boodschappenhulp, klussen) bedragen gemiddeld € 104 per maand of 6,5% van het beschikbaar inkomen. 28% bespaart op deze zorgen omwille van financiële redenen. Binnen de niet-medische handicap gerelateerde uitgaven vallen vooral de hoge specifieke verplaatsingskosten op als gevolg van de handicap. Gemiddeld moet men aan die extra verplaatsingen € 133 per maand uitgeven. 22% geeft aan dat ze het afgelopen jaar op deze extra verplaatsingskosten hebben bespaard.

De huishuur bedraagt gemiddeld € 371 per maand. 1 op 2 private huurders en 1 op 3 huurders van sociale woning ervaart dit als een zware financiële last, ondanks de aan het inkomen aangepaste huurprijzen. 14% geeft aan dat er grote aanpassingen nodig zijn in de woning, en 19% wenst kleine aanpassingen. Toch bespaart 1 op 5 op de woningaanpassingen. Uitkeringsgerechtigden wonen ook vaker in een woning waarin basisvoorzieningen zoals een douche of toilet ontbreken. 1 op 2 bespaart op de energiekosten, maar toch kon 24% de voorbije 12 maanden de energierekeningen minstens één keer niet (op tijd) betalen.

46,8% kan moeilijk of zeer moeilijk rondkomen. 73 % bespaart op algemene niet-medische uitgavenposten. 56% houdt op het einde van de maand nooit geld over en kan nooit sparen. 68% kan geen onverwachte uitgaven van € 750 betalen. 38% kon in de voorbije 12 maanden minstens één keer de rekeningen niet (op tijd) betalen. 26% moet schulden afbetalen, voor een gemiddeld bedrag van € 250 per maand. Het gaat hier niet om de afbetaling van een woning, maar om schulden die zijn aangegaan voor persoonlijke leningen of huurkopen.

In vergelijking met de gemiddelde Belgische bevolking kunnen uitkeringsgerechtigden IVT/IT zich minder duurzame consumptiegoederen veroorloven. De meervoudige deprivatie vertaalt zich ook in het niet kunnen vervullen van een aantal basisbehoeften. 1 op 5 kan het zich niet veroorloven om elke twee dagen vlees, kip, een vismaaltijd (of een vegetarisch equivalent) te eten. 23% kan het zich niet veroorloven om de woning voldoende te verwarmen. 71% kan het zich niet veroorloven om jaarlijks een week op vakantie te gaan.

Op basis van de Europese indicator ervaart 29,6 % van de uitkeringsgerechtigden IVT/IT ernstige materiële deprivatie tegenover 5,9% in de totale Belgische bevolking. Het

objectieve armoederisico is een minder goede indicator voor de uitkeringsgerechtigden IVT/IT dan voor de totale Belgische bevolking. In de steekproef van HANDILAB ervaart 13,2% ernstige materiële deprivatie hoewel ze een inkomen hebben dat boven de armoedegrens ligt. In totaal heeft 52,5% een armoederisico en/of ernstige materiële deprivatie. Dit kan verklaard worden door de extra kosten die zij hebben waardoor ze moeten besparen op hun basisuitgaven.

De factoren die het algemeen armoedeonderzoek naar voren schuift als risicofactoren voor armoede, vergroten ook in deze populatie het risico op een onvoldoende minimumbescherming. Zo is het objectief armoederisico en het risico op ernstige materiële deprivatie groter in huishoudens met kinderen, huishoudens zonder werk en in huishoudens die geen eigen huis bezitten. Bij de eenoudergezinnen bedraagt het armoederisico 58%, is 64% ernstig materieel gedepriveerd en moet 63% medische consumptie uitstellen omwille van financiële redenen. Gezinnen met kinderen, en in bijzonder eenoudergezinnen, waarvan de ouder een tegemoetkoming ontvangt, zijn dus bijzonder financieel kwetsbaar en ernstig materiaal gedepriveerd.

5.2. De extra kost van de handicap

De hoogte van de kost van de handicap hangt samen met de indicator die gebruikt wordt om de levensstandaard te meten. Om op een gelijkwaardige manier de eindjes aan elkaar te knopen hebben huishoudens met één IVT/IT gerechtigde maandelijks 189 EUR extra nodig. De indicator van levensstandaard die weergeeft in welke mate men zich duurzame consumptiegoederen kan veroorloven, neemt een tussenpositie in (maandelijks 412 EUR). Het bedrag om evenwaardig de basisbehoeften van voeding, verwarming en vakantie te vervullen, loopt op tot 661 EUR per maand. Dit betekent dus dat personen met een handicap een hoog maandelijks extra bedrag nodig hebben om hetzelfde niveau van voeding, verwarming en vakantie te hebben[52]. Deze resultaten tonen aan dat in huishoudens met personen met een IVT/IT de kost van de handicap onvoldoende gedekt wordt door de uitkering aangezien de levensstandaard lager is dan men zou verwachten op basis van het inkomen. De kost van de handicap is afhankelijk van hoe men levensstandaard operationaliseert en begrijpt, maar de bedragen zijn steeds aanzienlijk. Ook Anton et al (2016) stellen vast dat de extra kost lager is, wanneer er gebruik gemaakt wordt van een subjectieve inschatting van rondkomen. Zij schrijven dit toe aan het feit dat huishoudens met een persoon met een handicap hun verwachtingen aanpassen zodat ze alsnog kunnen rondkomen of het gevoel hebben te kunnen rondkomen. Met andere woorden, ze hebben hun levensstandaard aangepast aan hun situatie.

De berekening van de kost van de handicap toont aan dat het armoedeonderzoek best rekening houdt met de aanwezigheid van een persoon met een handicap in het gezin. Net zoals het armoedeonderzoek rekening houdt met de grootte van het huishouden en de aanwezigheid van kinderen jongeren dan 14, is het ook zinvol om

52 Die variatie van de extra kost die samenhangt met de keuze van de indicator van de levensstandaard wordt ook in andere studies vastgesteld (Mitra et al, 2017).

equivalentiefactoren uit te werken die de kost van de handicap verrekenen in het werkelijk beschikbaar huishoudinkomen. Armoederisico's die daar geen rekening mee houden, onderschatten het reële armoederisico.

Het objectief armoederisico van 39,3% stijgt zo aanzienlijk wanneer er rekening wordt gehouden met de kost van de handicap. Wanneer we de extra kost van een handicap in rekening brengen en gebruik maken van de subjectieve deprivatiemaat als uitkomstmaat, dan stijgt de armoederisicograad van 39,3% tot 63,2%. Wanneer we als indicator van levensstandaard het bezit van duurzame consumptiegoederen gebruiken, dan stijgt de armoederisicograad zelfs tot 76,0%. De indicator van levensstandaard die aangeeft in welke mate huishoudens met een beperking zich basisbehoeften kunnen veroorloven zorgt voor het hoogste armoederisico binnen HANDILAB, namelijk 89,0%. Deze cijfers tonen aan dat de klassieke armoedeberekeningen onvoldoende rekening houden met de extra kosten van de handicap, waardoor de gerealiseerde levensstandaard opvallend lager ligt voor personen met een handicap, net omdat zij verplicht zijn een belangrijk deel van hun inkomen te reserveren voor kosten verbonden aan de handicap.

5.3. En de maatschappelijke participatie

De resultaten van de survey van HANDILAB tonen aan dat de tegemoetkomingen onvoldoende maatschappelijke participatie mogelijk maken. Een derde van de respondenten neemt nooit deel aan zowel informele als formele activiteiten. Zo neemt 86% nooit deel aan activiteiten van verenigingen en is 57% het afgelopen jaar nooit op restaurant geweest. De kostprijs van socio-culturele activiteiten is voor 46% van de personen met een IVT/IT de voornaamste reden om minder deel te nemen dan gewenst. Deelname aan het sociale leven is niet enkel een financieel probleem, maar wordt ook beperkt door een gebrek aan toegankelijkheid, een gebrek aan aangepaste activiteiten en een gebrek aan gezelschap.

27% van de respondenten geeft aan zijn vrienden nooit te zien en 2.7% zegt geen vrienden te hebben. In totaal heeft 56% geen enkele wekelijkse contacten met vrienden. 8% van de uitkeringsgerechtigden IVT/IT heeft nooit face-to-face contact met andere familieleden die niet in hetzelfde huishouden wonen. Vooral bij ouderen is het risico op sociale isolatie groot. 24% van de 50-plussers heeft doorheen de week met niemand contact buitenshuis, op geen enkele manier.

1 op 3 personen met een IVT/IT voelt zich vaak of dikwijls eenzaam. Dit onderstreept de beperkte maatschappelijke participatie en integratie in sociale netwerken die een sterke positieve impact op de gezondheid en de kwaliteit van leven hebben. Er is daarom een integrale aanpak nodig om het sociaal isolement en gevoelens van eenzaamheid te doorbreken.

De integratie in de arbeidsmarkt van personen met een IVT/IT is beperkt, ook al is dit een belangrijke motor van sociale inclusie. 11% van de respondenten is op het moment van de bevraging aan het werk. Ook hier verlagen traditionele risicofactoren zoals een

hogere leeftijd, een lager opleidingsniveau en een ernstigere beperking de kans om aan het werk te zijn. Van de uitkeringsgerechtigden IVT/IT zonder werk heeft 6 op 10 ooit wel betaald werk gehad, maar is er geen voldoende aangepast job aanbod om hen opnieuw te integreren in de arbeidsmarkt.

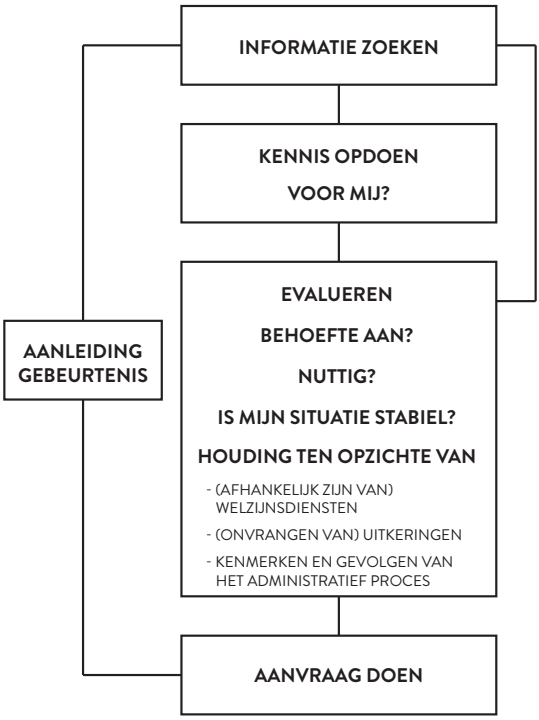
6. Onderbescherming: het niet-gebruik van rechten

Het niet-gebruik van rechten en (sociale) voorzieningen oftewel onderbescherming is een grote uitdaging voor het sociaal beleid. In de meest ruime benadering betekent onderbescherming 'iedere situatie waarin diegenen zich bevinden die niet al hun sociale grondrechten realiseren' (Eeman et al, 2013). Evenals bij het VN Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap en de Grondwet (art 23 en 24) is het uitgangspunt hierbij basisrechten om een menswaardig leven te leiden: recht op onderwijs, arbeid, sociale zekerheid, behoorlijke huisvesting, bescherming en een gezond leefmilieu, culturele en maatschappelijke ontplooiing. Niet-gebruik wijst op een gebrek aan effectiviteit van het sociaal beleid.

6.1. Niet-gebruik gesitueerd en verklaard

Het model van Van Oorschot (1995) blijft toonaangevend om niet-gebruik te conceptualiseren en te verklaren. Hij onderscheidt drie opeenvolgende stadia waarin iemand, al dan niet bewust, een afweging maakt tussen kosten en baten om een recht te claimen of om naar een voorziening te stappen. Het eerste is de drempelfase ('threshold stage'). Personen moeten geïnformeerd zijn over het bestaan van het sociaal voordeel of de dienstverlening en het gevoel hebben hiervoor in aanmerking te komen. Vervolgens komt de afwegingsfase ('trade-off stage'). In dit stadium neemt iemand zowel belemmerende als stimulerende factoren in overweging. Ze wegen, bewust of onbewust, af of het indienen van de aanvraag wel de moeite loont. Is deze evaluatie positief, dan zal iemand in de aanmeldingsfase ('application stage') de aanvraag indienen.

Figuur 2: Het conceptuele model van Van Oorschot (1995) om niet-gebruik te verklaren



De oorzaken van niet-gebruik bevinden zich op drie niveaus: het beleidsniveau, het uitvoeringsniveau en het niveau van het individu. Oorzaken van non take-up op beleidsniveau situeren zich bij de uitwerking van het beleid zoals complexiteit van de wetgeving, werkingskader voor het uitvoeringsniveau en voorwaarden (bv. het uitvoeren van een middelentoets). Factoren op het uitvoeringsniveau kunnen niet-gebruik op een indirecte of directe manier beïnvloeden. Administratieve fouten zoals een beslissing gebaseerd op foute of onvolledige informatie of stereotypering en classificatie van gebruikers hebben een directe invloed. De structuur en de werking van het uitvoeringsapparaat (een complexe en/of lange aanvraagprocedure) en het gedrag van medewerkers (bv. een gebruiker onvoldoende informatie verstrekken of het beleid fout interpreteren) hebben dan weer een indirecte invloed. Op niveau van het individu identificeert Van Oorschot (1995) vijf factoren: een gebrek aan kennis, stigmatisering, weerstand, de subjectieve of ervaren nood aan financiële hulp en de transactiekosten. Eurofound (2015) voegde op basis van een grootschalig onderzoek in 16 lidstaten de samenleving toe als een vierde niveau die aan de basis ligt van non take-up, het gaat dan onder andere wat de dominante culturele kijk is op hulp zoeken. Deze vier domeinen hangen niet enkel onherroepelijk samen, ze versterken en beperken elkaar.

6.2. Niet-gebruik van de tegemoetkomingen

Het schema rond non take-up werd recent gebruikt door Somers (2017) om non take-up van de IVT en IT na te gaan. In deze studie werden 14 sociaal werkers bevraagd over hun ervaringen met deze tegemoetkomingen vanuit verschillende settingen: DG Personen met een handicap (2), Diensten Maatschappelijk Werk van de Ziekenfondsen (DMW) (5), OCMW (3) en voorzieningen voor Personen met een Handicap (PmH) (4). Op beleidsniveau wijzen de sociaal werkers vooral naar de complexe regelgeving, ook de voorwaarden waaraan iemand moet voldoen worden geëvalueerd als onduidelijk en moeilijk te begrijpen. De sociaal werkers geven ook aan dat de term 'tegemoetkoming' soms fout geïnterpreteerd wordt door hun gebruikers en gezien wordt als 'een vergoeding voor hun handicap'. Wat vervolgens leidt tot onterechte aanvragen. Ook de term handicap zorgt voor verwarring. Het gebruik van het zelfredzaamheidscriterium in de wettekst rond IVT en IT leidt tot non take-up bij personen met een chronische ziekte of psychische problematiek. Een andere beïnvloedende factor is de stigmatisering van de term 'handicap'. De sociaal werkers geven aan dat een aantal gebruikers weigert een aanvraag in te dienen omdat ze zichzelf niet als 'gehandicapt' zien. Ze geven eveneens aan dat de zelfredzaamheidstoets, met een focus op wat iemand allemaal niet meer kan, confronterend is, een stigmatiserend effect kan hebben en een extra drempel is voor de aanvragen IVT/IT. Ze zijn van oordeel dat deze toets te weinig ruimte laat voor een psychische problematiek. Als voorbeeld geven sociaal werkers de grote groep personen met een verstandelijke beperking en met ernstige psychiatrische of gedragsproblemen. Deze personen hebben nood aan voldoende ondersteuning ook in het thuisnetwerk, terwijl ze vaak op basis van de zelfredzaamheidschaal een lagere score halen. In de ruimere beleidscontext beschrijft Somers (2017) ook de invloed van de versnippering van het Belgische gehandicaptenbeleid. Hierdoor vinden velen hun weg niet, zeker wanneer ze geen of beperkte begeleiding hebben van ondersteunende diensten doordat de instanties gebruik maken van verschillende instrumenten (bv. voor het meten van de handicap en de zelfredzaamheid) haken gebruikers af bij de aanvraagprocedure.

Somers (2017) beschrijft eveneens drempels op het uitvoeringsniveau. Bijna alle bevraagde sociaal werkers geven aan dat er administratieve fouten en foute toekenning van punten gebeuren bij de DG Personen met een handicap. De medische controle door de controleartsen van de DG Personen met een handicap wordt eveneens aanzien als een belangrijke drempel. Zowel omwille van de verplaatsing naar de controlearts als om de negatieve, stigmatiserende ervaring die dit vaak voor personen is. Mensen voelen zich 'gekeurd'. Deze negatieve ervaringen hebben soms als effect dat iemand afhaakt of geen herziening aanvraagt. Volgens de bevraagde sociaal werkers heeft een verschil in interpretatie tussen de controleartsen een invloed op de uiteindelijke hoogte van de tegemoetkoming. Bovendien lijkt ook de beoordeling van de zelfredzaamheid door de sociaal werker variabel doordat de vragen voor interpretatie vatbaar zijn. De sociaal werkers in het onderzoek benoemen eveneens de beperkte kennis bij sommige sociale diensten uit de sector personen met een handicap over de IVT en IT. Dit heeft een gebrekkige informatieverstrekking en slechte doorverwijzing tot gevolg. Ze zijn bovendien van mening dat onvoldoende ondersteuning bij de aanvraag IVT/IT non take-up tot gevolg kan hebben.

Somers (2017) bevroeg sociaal werkers eveneens over drempels op niveau van het individu. Als voornaamste oorzaak van non take-up van IVT/IT zien ze het gebrek aan kennis bij de persoon zelf. Ze wijst ook op enkele 'transactiekosten': vragenlijsten zijn confronterend, administratieve procedures zijn complex en lang en bezoek aan de controlearts wordt als stigmatiserend ervaren. Deze kosten wegen vooral door als er onvoldoende begeleiding is voor de gebruiker. Vooral stigmatisering bij de aanvraagprocedure leidt tot non take-up IVT/IT. Bovendien geven de sociaal werkers aan dat sommige gebruikers hun zelfredzaamheid overschatten of onderschatten. Overschatting leidt volgens hen tot een negatieve stereotypering bij en door de controlearts. Gebruikers die hun zelfredzaamheid onderschatten en niet willen toegeven of beseffen dat ze bij hun dagelijkse activiteiten hulp nodig hebben, hebben uiteindelijk lagere scores en tegemoetkomingen. Een geïnterviewde medewerker uit de DG Personen met een handicap spreekt in de studie van Somers (2017) over een mogelijk Mattheuseffect in de IVT/IT-aanvraagprocedure: de hoger opgeleide doelgroep vindt beter de weg naar een tegemoetkoming die vooral voor de meest kwetsbaren bedoeld is.

6.3. Maatregelen om niet-gebruik tegen te gaan

Van Oorschot (1995) benoemt vier generieke maatregelen om niet-gebruik te verminderen: (1) verminder de transactiekosten; (2) schep transparantie over de toekenningsvoorwaarden; (3) vereenvoudig administratieve procedures; (4) verbeter de informatieverstrekking. Steenssens (2007) voegt een proactieve benadering toe. Dit betekent dat de overheid inspanningen doet om de dienstverlening en de rechten tot bij de gebruiker te brengen, in plaats van passief te wachten totdat de potentiële gebruiker een vraag stelt. Een recent onderzoek van Boost et al (2018) benadrukt het belang van outreachend en proactief werken in de strijd tegen onderbescherming. In Vlaanderen schrijft het nieuwe decreet lokaal sociaal beleid voor dat de strijd tegen onderbescherming dient gevoerd te worden door het Geïntegreerd Breed Onthaal (GBO), een samenwerkingsverband tussen de OCMW's, de CAW's en de sociale diensten van de mutualiteit.

Outreachend en proactief werken zijn de sleutelprincipes van het GBO. Het gaat hier om het opzoeken van 'moeilijk bereikbare' en hulpbehoevende burgers die geen gebruik maken van het bestaande aanbod van hulp- en dienstverlening. Het gaat bijgevolg niet uitsluitend om burgers die nog niet gekend zijn, maar eveneens om individuen die door een velerlei aan redenen zijn afgehaakt of hun vertrouwen in hulp- en dienstverlenende organisaties hebben verloren (Andersson, 2013). Het uitbouwen van deze contacten en het aanknopen van relaties met maatschappelijk kwetsbare groepen gebeurt in diverse settingen en situaties (Mikkonen et al., 2007). Een gedeeld kenmerk van deze plaatsen van ontmoeting is dat ze niet plaatsvinden binnen de bestaande sociale voorzieningen maar zo veel mogelijk in de leefomgeving van burgers. Het kan gaan om de thuisomgeving, maar ook om een ontmoetingscentrum, op straat, in een café enz. Hierdoor is het noodzakelijk dat outreachende sociaal werkers weten waar en hoe ze best aansluiting kunnen vinden bij de leefwereld van de vooropgestelde doelgroep(en), maar ook dat ze de nodige vaardigheden bezitten om in dergelijke informele contexten

duurzame contacten te leggen (Andersson, 2013). Het leggen van contacten is echter geen doel op zich, maar is een middel om de noden van onderbeschermde groepen te verkennen, het hulp- en dienstverleningsaanbod proactief naar deze burgers te brengen en op die manier een menswaardig bestaan te realiseren. Wanneer outreachers echter de nodige ondersteuning of hulpverlening niet rechtstreeks of eigenhandig kunnen voorzien in de naaste omgeving van burgers, fungeren ze als verbindingsfiguur tussen cliënten en het bredere hulp- en dienstverleningsaanbod.

Een andere manier van proactief werken is om rechten toe te kennen op basis van het kruisen van verschillende soorten van administratieve gegevens. Het verbinden van die gegevens laat toe om automatisch sociale rechten toe te kennen. Maar zelfs dan is het noodzakelijk dat de persoon in het verleden al toegang heeft gekregen tot bepaalde rechten, waardoor hun gegevens ook in administratieve databanken zijn opgenomen. In dat opzicht biedt een proactieve benadering heel wat mogelijkheden, maar men mag niet uit het oog verliezen dat ook dit geen waterdichte oplossing is en best aangevuld wordt met outreachend werken.

De GBO's hebben dus als uitdrukkelijke opdracht om situaties van onderbescherming op te sporen. In één van de experimentele GBO-projecten, opgezet door het OCMW van Gent hebben sociaal werkers op basis van gegevens van de Kruispuntbank van Sociale Zekerheid (KSZ) personen met een tegemoetkoming geïdentificeerd en aan huis bezocht. Aan de hand van een lijst met 30 sociale voordelen bekeken de sociaal werkers of deze personen al hun rechten uitputten. Dit bleek verre van het geval te zijn. Dit voorbeeld bewijst dat situaties van gebruik en niet-gebruik zich kunnen voordoen bij dezelfde persoon: wel toegang hebben tot de IVT maar niet tot de daaraan verbonden sociale voordelen.

Ook de hulpverleners in Brussel bepleiten een centraal info- en onthaalpunt om mensen op weg te helpen in de veelheid van maatregelen en statuten (zie hoofdstuk Noël).

7. Besluit

Uit dit hoofdstuk blijkt dat armoede bij personen met een handicap over het hoofd gezien en onderschat wordt. De Europese en Belgische armoedecijfers op basis van Europese armoedegrens wijzen op substantieel groter risico op armoede bij personen met een handicap. De armoedecijfers van personen met een handicap kennen dezelfde evolutie als de algemene armoedecijfers. In de afgelopen 10 jaar is de situatie van ouderen opvallend verbeterd, terwijl bij personen op actieve leeftijd het armoederisico lichtjes verslechterd is, alhoewel het hier mogelijks niet om een significante verslechtering gaat. Alleszins is België er niet in geslaagd om de kloof tussen personen met en zonder handicap in de afgelopen 10 jaar te verkleinen. België doet het ook opvallend minder goed dan Nederland, Frankrijk en Denemarken, wanneer we kijken naar de landen

die ons omringen. We mogen bovendien niet over het hoofd zien dat in deze cijfers personen die in een collectief huishouden verblijven, niet zijn meegenomen.

De Standards of Living-benadering toont aan dat deze cijfers een onderschatting zijn van de werkelijke armoedecijfers, net omdat personen met een handicap verplicht zijn om een deel van hun inkomen te reserveren voor de extra kosten die met een handicap verbonden zijn. Tegelijkertijd blijft het berekenen van de extra kost van een handicap een methodologische uitdaging. In ieder geval is het zo dat het VN-Verdrag ertoe aanzet om niet louter naar inkomen te kijken maar ook naar deprivatie en maatschappelijke participatie (outcomes).

De situatie van personen met een tegemoetkoming is bijzonder precair. Op basis van de Handilab-studie stellen we vast dat maatschappelijke participatie opvallend lager is en dat de respondenten aangeven dat dit in de eerste plaats te maken heeft met een te laag inkomen. De grootschalige hervorming van het stelsel van tegemoetkomingen die ongeveer een jaar na de Handilab-studie door toenmalig Staatssecretaris Courard werd aangekondigd, is er nooit gekomen. Er zijn in 2018 wel federale aanpassingen gebeurd, meer bepaald om de 'prijs van de liefde' in te perken, maar die lijken onvoldoende te zijn om de uitgesproken deprivatie en sociale uitsluiting van deze personen ten gronde aan te pakken.

De toegankelijkheid van uitkeringen en van dienstverlening blijft ondanks alle beleidsinspanningen nog altijd een uitdaging. Het niet-gebruik is niet eenvoudig in te schatten, maar het kwalitatief onderzoek toont wel dat de complexe procedures bijdragen aan het niet-gebruik. Een meer proactieve houding van de overheid in het opsporen van niet-gebruik is dan ook aangewezen om de effectiviteit van het stelsel van tegemoetkomingen te verhogen. De stem van personen met een handicap hierin moet meegenomen worden.

Hoofdstuk 4

DE RE-INTEGRATIE VAN LANGDURIG ARBEIDSONGESCHIKTEN OP DE ARBEIDSMARKT: STAND VAN ZAKEN EN KNELPUNTEN

Natascha Van Mechelen, Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid
en Linde Buysse, Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck

1. Inleiding

De afgelopen jaren heeft de sociale investeringsgedachte – en de bijbehorende klemtoon op arbeidsmarktparticipatie – in toenemende mate ingang gevonden in de sector van de arbeidsongeschiktheid. Zo keurde de regering in 2011 een Back-to-Work plan goed. Dit plan werkte een aantal obstakels weg die een betere professionele re-integratie van personen met een ziekte- of invaliditeitsuitkering (ZIV) in de weg stonden. Er werden ook maatregelen genomen om de werkzaamheid van partners van personen met een handicap te verhogen. Zo werd in 2008 de 'prijs van de liefde' aangepakt; dit is het financieel nadeel dat partners van gerechtigden op een integratietegemoetkoming (IT) ondervinden als ze gaan werken. In de regeerperiode 2014-2019 werden een bijkomende maatregelen genomen in het kader van het Back-to-Work plan voor ZIV-gerechtigden en de 'prijs van de liefde' voor personen met een IT.

In dit hoofdstuk wordt nagegaan in hoeverre bovenstaande maatregelen hun doel hebben bereikt. En vooral, we inventariseren een aantal resterende knelpunten. De aandacht gaat daarbij naar het financiële aspect: kunnen de vrijstellingsregelingen voor beroepsinkomens garanderen dat langdurig arbeidsongeschikten – of partners – die een job opnemen er ook financieel op vooruit gaan. Een minstens even relevant aspect van het gevoerde beleid, met name de effectiviteit in termen van het versterken van persoonlijke competenties, komt hier niet aan bod.

Dit hoofdstuk bestaat uit 5 delen. Deze inleiding is deel 1. In het volgende deel worden de methodologie van standaardsimulaties en de gebruikte data toegelicht. Deel 3

schetst het socio-professioneel profiel van langdurig arbeidsongeschikten en hun partners op basis van administratieve gegevens: hoeveel langdurig arbeidsongeschikten combineren een uitkering met een job? Hoe zit het met de werkzaamheid van partners van langdurig arbeidsongeschikten? Zijn er grote verschillen in arbeidsintegratie tussen gerechtigden op een invaliditeitsuitkering of een inkomensvervangende uitkering (IVT)? Ook de globale inkomenspositie van langdurig arbeidsongeschikten en hun partners wordt in kaart gebracht. In deel 4 beschrijven we vervolgens de wettelijke vrijstellingsregeling voor beroepsinkomens voor begunstigden van een IT, IVT of ZIV-uitkering, en illustreren een aantal belangrijke negatieve financiële prikkels. In deel 5, ten slotte, worden een aantal beleidsaanbevelingen geformuleerd.

2. Werkwijze en beperkingen

In dit deel beschrijven we de standaardsimulatiemethode waarmee we de financiële vallen in kaart brengen, en vervolgens de administratieve gegevens waarop deel 3 is gebaseerd.

2.1. De standaardsimulatiemethode

De financiële effecten van transities van uitkeringsafhankelijkheid naar tewerkstelling berekenen we aan de hand van standaardsimulaties. Bij standaardsimulaties vergelijken we voor hypothetische of typegezinnen het netto beschikbare gezinsinkomen in geval van volledige uitkeringsafhankelijkheid met situaties van voltijdse en deeltijdse tewerkstelling.

Een belangrijk voordeel van standaardsimulaties is dat ze de interacties, de samenhang en de cumulatie van sociale uitkeringen en fiscale maatregelen zichtbaar maken. Zo verduidelijken de berekeningen in dit hoofdstuk de rol van de sociale en de fiscale werkbonus. De standaardsimulaties tonen het netto beschikbaar gezinsinkomen na verrekening van het bruto-inkomen uit werk en/of uitkering, de sociale bijdragen én de eindafrekening van de personenbelasting.

De standaardsimulaties in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op MIMOSIS, het microsimulatiemodel van de FOD Sociale Zekerheid. Dit model laat simulaties toe over de volgende beleidsdomeinen: de ziekte en validiteitsuitkeringen, de werkloosheidsuitkeringen, de gezinsbijslagen, de inkomensgaranties zoals het leefloon, de inkomensgarantie voor ouderen, de tegemoetkomingen voor personen met een handicap, de sociale zekerheidsbijdragen, en (in mindere mate) de pensioenen.[53]

53 Een beschrijving van het model is te vinden op de website van de FOD Sociale Zekerheid: http://bit.ly/36HMWXE.

De berekeningen van het netto beschikbaar gezinsinkomen gebeuren op jaarbasis zodat fiscale effecten mee kunnen worden verrekend. De resultaten hiervan tonen dus de financiële gevolgen van transities in en uit werk op de langere termijn, dit wil zeggen na de eindbelasting. Er wordt uitgegaan van de bedragen die gelden per 1 september 2018. Deze bedragen worden geëxtrapoleerd naar het volledige jaar. Er wordt geen rekening gehouden met indexeringen of andere wijzigingen die later gedurende het jaar plaatsvinden. Er wordt ook vanuit gegaan dat een gesimuleerd arbeidsregime gedurende het hele jaar ongewijzigd blijft en dat er geen kadastraal inkomen is.

De personenbelasting geldt voor aanslagjaar 2018 en houdt rekening met eventuele fiscale voordelen uit de fiscale werkbonus en het belastingkrediet voor kinderen ten laste en met de belastingvrije som voor personen met een handicap. De gemeentelijke opcentiemen worden meegenomen in de berekeningen aan 7%; de gewestelijke opcentiemen zijn gebaseerd op het Vlaams en het Waals gewest.

Bij tewerkstelling gaan we uit van een werknemer die werkt in een bediendestatuut in de privésector. Voor de berekening van het loon maken we gebruik van het gewaarborgd gemiddeld minimum maandinkomen (GGMMI) voor een werknemer van minimaal 20 jaar en met één jaar anciënniteit. Naast het loon voor de geleverde prestaties, omvat dit GGMMI ook de eindejaarspremie. Voor de berekening van de werkbonus of de berekening van de uitkeringen moet echter het zuivere loon worden genomen exclusief de eindejaarspremie. Daarom wordt in de simulatie het GGMMI omgerekend naar het eigenlijke brutoloon (exclusief de eindejaarspremie). Het is dit brutoloon dat ook het uitgangspunt vormt voor de berekening van het totaal bruto jaarloon. Voor een bediende omvat dit jaarloon 11 brutolonen voor gewerkte maanden, 1 maandloon als eindejaarspremie, 1 maandloon als enkel vakantiegeld, en het dubbel vakantiegeld.

Uitkeringsgerechtigden worden verondersteld aan alle geldende toelaatbaarheids- en toekenningsvoorwaarden te voldoen. Voor de uitkering van primair arbeidsongeschikten gaan we uit van een 'regelmatige werknemer', met name een persoon die voorheen voltijds werkte. We gaan bovendien uit van personen die op basis van hun gezondheids- en/of mentale toestand in staat zijn om aan het werk te gaan en daartoe ook bereid zijn.

Een beperking van standaardsimulaties is de vraag naar representativiteit van de typegezinnen. In dit hoofdstuk simuleren we alleen de financiële vallen voor een alleenstaande. Ter voorbereiding van effectieve beleidshervormingen wordt bij voorkeur een ruimere set van typegezinnen geanalyseerd, maar het is inherent aan standaardsimulaties dat ze niet alle complexe situaties vatten die zich in werkelijkheid voordoen. Bovendien tonen standaardsimulaties de financiële impact en daarom niet de feitelijke impact van een val op het arbeidsaanbod. Gedragseffecten zijn immers niet opgenomen en ook andere aspecten die mogelijk bijdragen tot inactiviteitsvallen (zoals de kwaliteit van het werk, de combinatie van werk en gezin, de motivatie) worden buiten beschouwing gelaten. Ten slotte wordt niet de gehele financiële impact gemeten. Wijzigingen in kosten (gas en elektriciteit, gezondheidszorg, woon-werkverkeer, enzovoort) worden bijvoorbeeld niet meegenomen in de berekeningen.

2.2. Administratieve gegevens

Om het socio-economisch profiel van langdurig arbeidsongeschikte personen te schetsen, maken we gebruik van de onderliggende data van het MIMOSIS-model (cf. supra). Het gaat om een representatieve steekproef van 332.718 gezinnen, of 995.833 personen, uit de populatie van het Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming (DWH AM&SB) van de Kruispuntbank Sociale Zekerheid (KSZ). Deze steekproef is disproportioneel gestratificeerd om betrouwbare resultaten te kunnen genereren voor zowel België als de deelentiteiten (zoals het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en het Duitstalig gebied). De dataset bevat geanonimiseerde gegevens over persoons- en gezinskenmerken, alsook het socio-economisch profiel van de betrokkenen. De gegevens hebben betrekking op 2015.

De dataset laat toe de personen te identificeren die omwille van hun langdurige arbeidsongeschiktheid gekend zijn bij de instellingen voor sociale zekerheid. Voor de afbakening van de langdurig arbeidsongeschikten en de operationalisering van de arbeidsmarktvariabelen (bv. het onderscheid tussen formele en effectieve tewerkstelling) vallen we terug op een eerdere – en zeer gedetailleerde– studie naar het socio-demografisch en socio-economisch profiel van langdurig arbeidsongeschikten op basis van administratieve gegevens in het kader van het zogenaamde HANDILAB-onderzoek (waarover gerapporteerd door Moron en Debels, 2012). We verwijzen dan ook naar deze studie voor een uitgebreide beschrijving van de gebruikte variabelen en definities.[54] In dit hoofdstuk beperken we ons tot beknopte omschrijvingen (cf. infra).

Het werken met administratieve gegevens heeft tal van voordelen. Ze laten grotere en dus betrouwbaardere steekproeven toe dan survey-gegevens en bevatten ook meer detailinformatie. Maar het werken met administratieve databanken heeft ook zijn beperkingen. Ten eerste laat het DWH AM&SB nog niet toe de volledige populatie van langdurig arbeidsongeschikten in kaart te brengen doordat sommige databanken nog niet zijn opgenomen (bv. de gegevens van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap). Dit verklaart waarom we hier tot een minder hoge schatting van het aandeel langdurig arbeidsongeschikten komen dan eerdere studies op basis van survey-gegevens (zie bijvoorbeeld Samoy, 2015). En doordat vooral personen met beperktere vormen van arbeidsongeschiktheid buiten ons bereik vallen, onderschatten we eveneens de werkzaamheidsgraad van de langdurig arbeidsongeschikten (zie Samoy, 2015 en Scholliers et al. 2018 voor alternatieve schattingen op basis van survey-gegevens). Daarnaast ontbreekt in administratieve datasets vaak cruciale informatie. Zo bevat het DWH AM&SB nauwelijks informatie over een onmisbare contextvariabele als het opleidingsniveau, of over de begin- en einddatum van periodes van tewerkstelling. Dit laatste maakt het moeilijk te bepalen of uitkeringen en arbeidsinkomens effectief werden gecumuleerd gedurende bepaalde periodes dan wel dat een periode van ziekte eerder kort werd onderbroken door een periode van werkhervatting. Ten derde volgt de beschikbare informatie vaak een

54 Hoewel we ons door de HANDILAB studie hebben laten leiden bij de operationalisering van de doelgroep en de variabelen, zijn de resultaten die we in dit hoofdstuk presenteren zijn niet geheel vergelijkbaar met de resultaten van de HANDILAB-studie. Dit is het gevolg van verschillen in de steekproeftrekking en de aangevraagde gegevens.

administratieve logica die beperkend is voor sociaalwetenschappelijk onderzoek. Zo verdwijnen invaliden uit het DWH AM&SB van zodra ze een job vinden die buiten de regeling van toegelaten werkhervatting valt, hoewel hun graad van invaliditeit niet noodzakelijk wijzigt. Dit is uiteraard een groot manco voor het onderzoek naar de arbeidsmarktpositie van invalide personen. Desondanks leveren administratieve data een schat aan gegevens die meer inzicht kunnen brengen in de socio-economische positie van moeilijk op de arbeidsmarkt te integreren groepen (zie deel 3).

3. Het socio-economisch profiel van langdurig arbeidsongeschikte personen

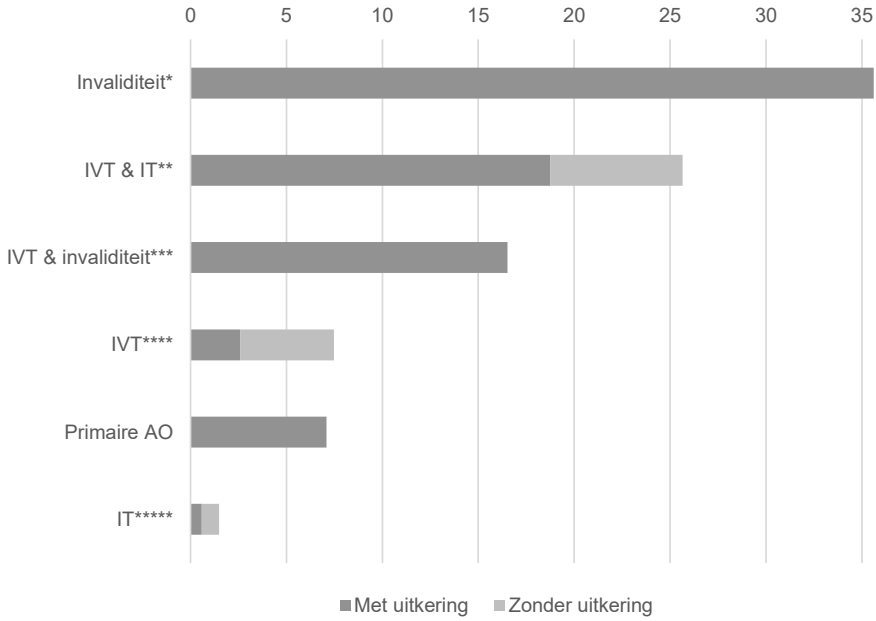
3.1. De onderzoekspopulatie

Dit hoofdstuk analyseert de populatie als in hoofdstuk 2 beschreven en gekend door administratieve data: de personen die omwille van arbeidsongeschiktheid of handicap gedurende minstens 6 maanden gekend zijn bij één van de volgende instellingen: het NIC (primaire arbeidsongeschiktheid), het RIZIV (invaliditeit), de FOD SZ (tegemoetkomingen voor personen met een handicap en verhoogde kinderbijslag), het FBZ (beroepsziekte) of het FAO (arbeidsongeval). De focus ligt hier op de personen op beroepsactieve leeftijd (16-64 jaar) en een aantal specifieke takken van de sociale bescherming: de erkenningen omwille van de primaire arbeidsongeschiktheid, de invaliditeit en de tegemoetkomingen voor personen met een handicap. Van deze regelingen onderzoeken we in deel 4 van dit hoofdstuk de wettelijke bepalingen inzake de cumul van uitkeringen en arbeidsinkomens. Deze regelingen omvatten ook het gros van de langdurig arbeidsongeschikten op actieve leeftijd. In 2015 was 7% van de bevolking tussen 16 en 64 jaar langdurig arbeidsongeschikt; 93% daarvan was erkend binnen één van de hier bestudeerde takken van sociale bescherming.

Een groot deel van deze populatie (52%) ontvangt een invaliditeitsuitkering. Een bijna even groot aantal personen is erkend in het kader van de inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT), al dan niet in combinatie met een integratietegemoetkoming (50%). Ongeveer 7% is meer dan 6 maanden primair arbeidsongeschikt. Een heel kleine groep van 15-64-jarigen, ten slotte, is erkend binnen de IT-regeling zonder tevens erkend te zijn binnen de IVT (1,5% van de onderzochte populatie). Er bestaat overigens een grote overlap tussen de eerste twee groepen: 17% van de onderzochte populatie is zowel erkend als persoon met een handicap als begunstigde van een invaliditeitsuitkering. In dit hoofdstuk zullen we deze overlappende groep slechts in de marge beschouwen. We zijn in de eerste plaats geïnteresseerd in de personen wiens arbeidsmarktprofiel we eenduidig kunnen linken aan de regelingen besproken in deel 4 en 5 van dit hoofdstuk. Het is wel duidelijk dat deze groep minder goed is geïntegreerd op de arbeidsmarkt. Mogelijk weerspiegelt de lage werkzaamheidsgraad van personen

die verschillende uitkeringen cumuleren een grotere afstand tot de arbeidsmarkt. Maar het is even goed mogelijk dat het de complexiteit van de regelgeving verraadt voor personen die beroep moeten doen op meer dan één stelsel.

Figuur 1: Verdeling van de personen met een langdurige arbeidsongeschiktheid (16-64 jaar) over de takken van sociale bescherming (België, 31 december 2015)



*	Rechthebbenden op invaliditeitsuitkering maar geen IVT of IT
**	Rechthebbenden op een IVT en IT maar geen invaliditeitsuitkering
***	Rechthebbenden op een invaliditeitsuitkering en IVT, soms ook IT
****	Rechthebbenden op IVT maar geen invaliditeitsuitkering of IT
*****	Rechthebbenden op een IT, maar geen IVT.

Bron: MIMOSIS (gegevens uit DWH AM&SB, bewerkt door FOD Sociale Zekerheid)

Niet alle onderzochte personen zijn effectief uitkeringsgerechtigd. Net zoals in de studie van Moron en Moron (2012) tracht Figuur 1 alle personen die administratief erkend zijn omwille van een langdurige arbeidsongeschiktheid in te kaart brengen. Ook de personen die gekend zijn omwille van hun handicap maar geen uitkering ontvangen, worden dus meegeteld, voor zover mogelijk. De data van de FOD Sociale Zekerheid laten zo'n afbakening toe. Figuur 1 bevat, bijvoorbeeld, niet-uitkeringsgerechtigde personen van wie de handicap wel erkend is maar van wie het arbeidsinkomen (of dat van de partner) de inkomensgrenzen van IVT of IT overschrijdt. Zo'n brede definitie lukt helaas niet voor de personen met een ziekte- of invaliditeitsuitkering. Van zodra zij een job aanvaarden die niet past binnen de regeling van toegelaten werkhervatting, vallen zij buiten het bereik van de statistieken, ongeacht hun eventueel blijvende invaliditeit. We hebben dus slechts een partieel beeld van het aantal werkende invaliden.

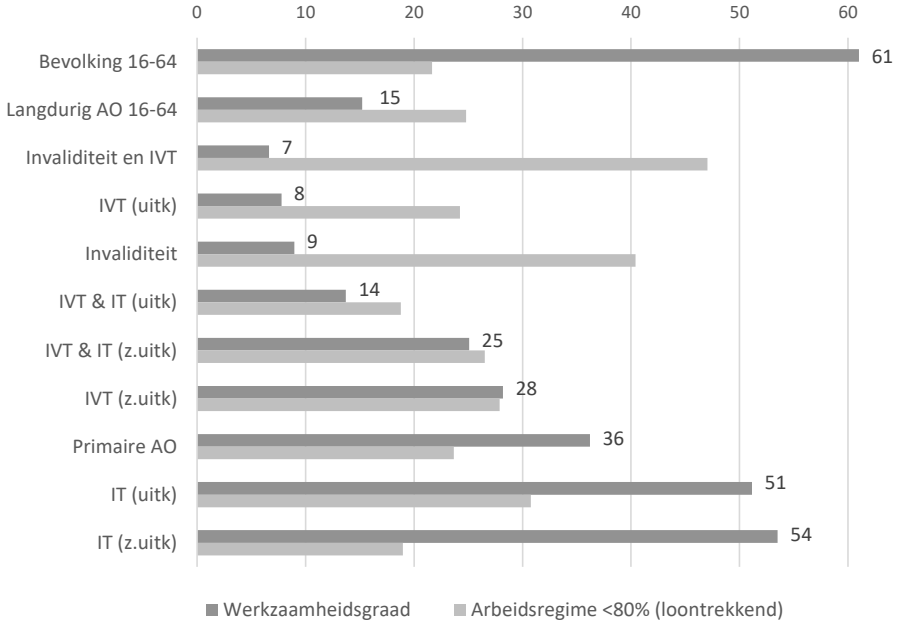
Figuur 1 maakt een onderscheid tussen erkende personen met een handicap mét en zonder uitkering.[55] De personen die effectief een IVT ontvangen, omvatten slechts 28% van de onderzochte populatie (versus 50% als we alle erkenningen beschouwen). Dit betekent dat heel wat personen met een handicap verstoken blijven van een tegemoetkoming. Dit geldt wellicht ook voor invaliden (bijvoorbeeld na arbeidsmarktintegratie), zij het in mindere mate gegeven dat de invaliditeitsuitkering in wezen geen middelengetoetste uitkering is.

3.2. De arbeidsmarktintegratie van langdurig arbeidsongeschikten

Gegeven hun langdurige arbeidsongeschiktheid mag het niet verbazen dat slechts een kleine minderheid van de onderzochte groep actief is op de arbeidsmarkt. 15% is effectief aan het werk, tegenover 61% in de totale bevolking op actieve leeftijd. Met effectief aan het werk bedoelen we dat deze personen in het vierde kwartaal van 2015 hetzij effectief arbeidsuren hebben gepresteerd als werknemer of ambtenaar (dus niet enkel gebonden waren aan een arbeidscontract), hetzij bijdragen hebben betaald in het kader van de sociale verzekering voor zelfstandigen. Onze data laten niet toe om vrijwilligerswerk mee in rekening te nemen. Nochtans is het aandeel arbeidsongeschikten dat vrijwilligerswerk verricht niet onbelangrijk. Dit suggereren althans de cijfergegevens van het RIZIV. Van het totaal aantal toestemmingen voor werkhervatting had in 2015 27% betrekking op vrijwilligerswerk in 2015 (RIZIV, 2018).

55 Merk op dat ook als we enkel de uitkeringsgerechtigde populatie analyseren, de vergelijkbaarheid tussen verschillende takken vertekend blijft door de verschillen in de toegankelijkheidsvoorwaarden en cumulregels met arbeidsinkomens. De groep van werkenden met een IVT verschilt van de werkenden met een invaliditeitsuitkering, ondermeer door de strenge maxima die in de IVT-regeling gelden voor het beroepsinkomens van personen met een handicap (zie verder in deel 4).

Figuur 2: Effectieve werkzaamheid van de langdurig arbeidsongeschiktheid (16-64-jaar), per tak van sociale bescherming (België, 2015)



Bron: MIMOSIS (gegevens uit DWH AM&SB, bewerkt door FOD Sociale Zekerheid)

De effectieve werkzaamheidsgraad verschilt sterk naargelang het stelsel waarbinnen de arbeidsongeschikte erkend is. Het aandeel werkenden varieert van 7 à 9 % bij de begunstigden op een IVT of een invaliditeitsuitkering tot 51 à 54 % bij de kleine groep van 16-64-jarigen met een IT-erkenning. De richting van het verschil ligt enigszins in de lijn van de verwachtingen: de IVT en de invaliditeitsuitkering zijn *inkomensvervangende* uitkeringen die enkel toegankelijk zijn voor personen die ten minste 66% van hun verdienvermogen hebben verloren, terwijl de IT tegemoet wil komen in de *kosten* van personen die ernstige tot zeer ernstige moeilijkheden ondervinden bij het uitvoeren van dagelijkse activiteiten. Om in aanmerking te komen voor IT geldt de strenge norm van 66% verlies aan verdienvermogen niet. Het gaat dus mogelijk om een gemakkelijker op de arbeidsmarkt te integreren groep. Bovendien gelden relatief flexibele regels om arbeidsinkomens en een IT te combineren: werkhervatting is niet gebonden aan toelating van een geneesheer en de regels voor de vrijstelling van het arbeidsinkomen zijn genereuzer dan voor IVT-gerechtigden of personen met een invaliditeitsuitkering (zij het dat voor deze laatste groep de regels versoepeld zijn sinds 2015) (zie deel 4).

Een verschillend profiel biedt mogelijk ook een plausibele verklaring voor het verschil in arbeidsmarktparticipatie tussen personen in primaire arbeidsongeschiktheid en personen met een invaliditeitsuitkering. Personen met een invaliditeitsuitkering zijn gemiddeld een stuk ouder dan personen in primaire arbeidsongeschiktheid (zie

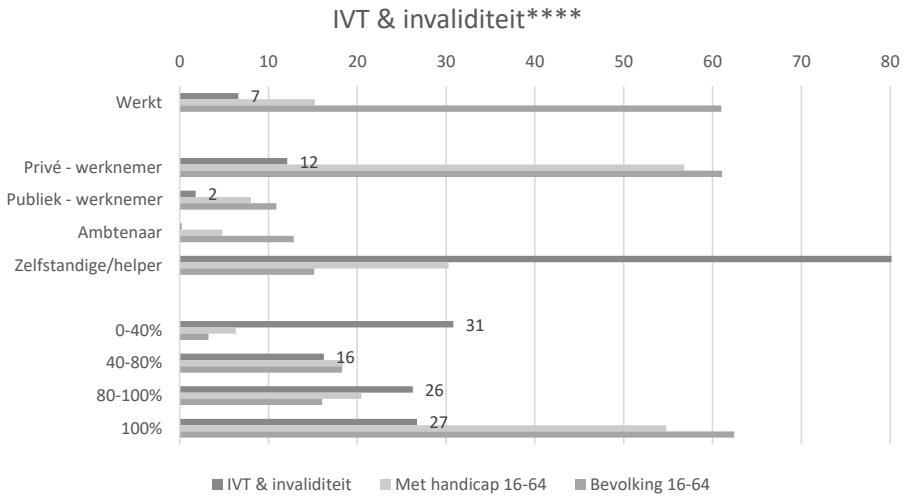
Annex). Mogelijk vergt de integratie van invaliden meer aanpassingen op de werkvloer, of is ze zelfs geheel uitgesloten vanwege de aard van hun beperkingen. Daarnaast hebben studies aangetoond dat de langdurige afwezigheid op zich – onafhankelijk van de ernst van de pathologie – extra afstand tot de arbeidsmarkt creëert (Donceel et al. 2010; Mairiaux et al. 2012). De werkzaamheidsgraad bij personen in primaire arbeidsongeschiktheid (36 %) ligt dan ook een stuk hoger dan bij gerechtigden op een invaliditeitsuitkering of IVT (7 à 9 %).

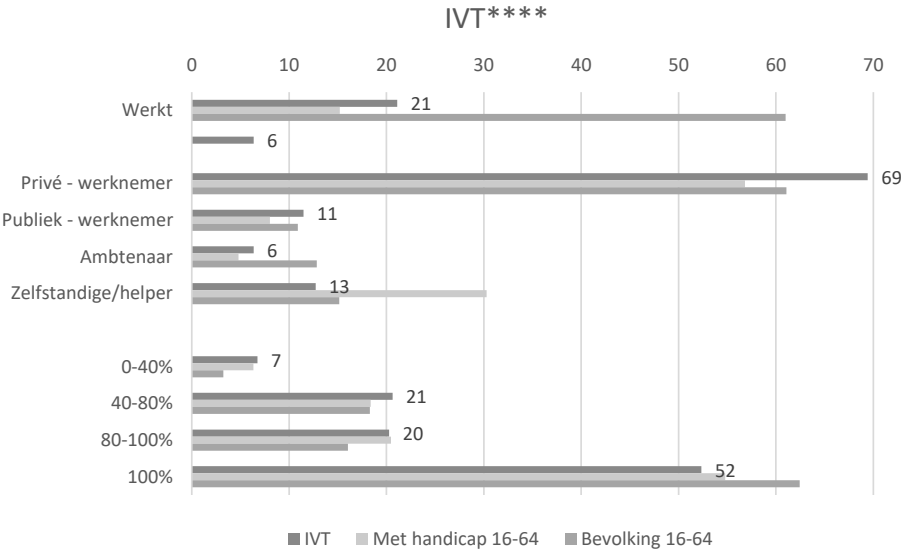
MerkopdaterindicatieszijndatwedewerkzaamheidvanZIV-gerechtigdenoverschatten. Volgens het RIZIV bedraagt de instroom van de primair arbeidsongeschikten in het systeem van gedeeltelijke werkhervatting van de adviserend arts slechts 5,8% in en van de invaliden 2,5% (RIZIV, 2018). De cijfers van het RIZIV zijn niet helemaal vergelijkbaar met de gegevens in Figuur 2 want ze hebben enkel betrekking op de instroom. Maar ze duiden ook op een aantal beperkingen van administratieve gegevens. Ten eerste worden voor werknemers het aantal vakantiedagen opgenomen tijdens periode van ziekte meegeteld als effectief gepresteerde arbeidsuren. Ten tweede blijft voor arbeidsongeschikten die hun job weer opnemen maar snel hervallen de eerste ziektedatum als begin van de arbeidsongeschiktheid gelden. Dat wil zeggen dat personen die in het eerste semester van 2015 arbeidsongeschikt werden, en in het laatste kwartaal van datzelfde jaar enkele dagen werkten, maar vervolgens hervielen, volgens de administratieve data een arbeidsongeschiktheidsuitkering en een (mogelijk zelfs voltijdse) job cumuleerden. Maar het gaat hier niet over de gelijktijdige combinatie van een uitkering met een job die we in dit hoofdstuk in kaart willen brengen. Deze twee factoren verklaren wellicht ook het groot aandeel ZIV-gerechtigden dat volgens administratieve gegevens minstens 80% van een voltijdse job werkt.

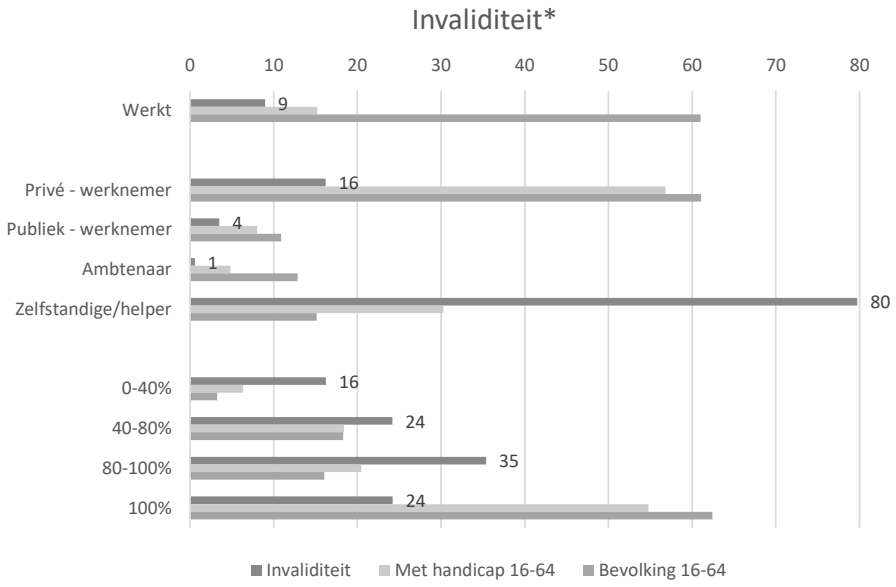
Figuur 3 gaat verder in op de verschillen in arbeidsregime en statuut van langdurig arbeidsongeschikten[56]. Kleine deeltijdse jobs komen vooral voor in het stelsels van de IVT en de invaliditeit. Zo heeft 7% van de loontrekkende IVT-gerechtigden een job van gemiddeld maximaal 2 dagen per week. Voor invaliden gaat het zelfs over 16%. Dit is problematisch aangezien het RIZIV op basis van uitstroomgegevens uit de deeltijdse werkhervatting vaststelt dat arbeidsvolumes tussen de 15 en 35 uur per week de beste kansen geven op een volledige werkhervatting. Meer dan 45% van zij die uittreden nadat 15 tot 35 uren per week werden gepresteerd, gaat opnieuw voltijds aan de slag (RIZIV, 2018). Als verklaring voor het groot aandeel deeltijdse jobs verwijst dezelfde studie naar de voorwaarde dat de sociaal verzekerde enkel in aanmerking komt voor deeltijdse werkhervatting met behoud van uitkering als die een arbeidsongeschiktheid van minstens 50% behoudt. Alhoewel deze voorwaarde arbeidsvolumes van meer dan 50% niet uitsluit, laten adviserende geneesheren er zich schijnbaar wel door leiden bij het bepalen van toegelaten arbeid (RIZIV, 2018).

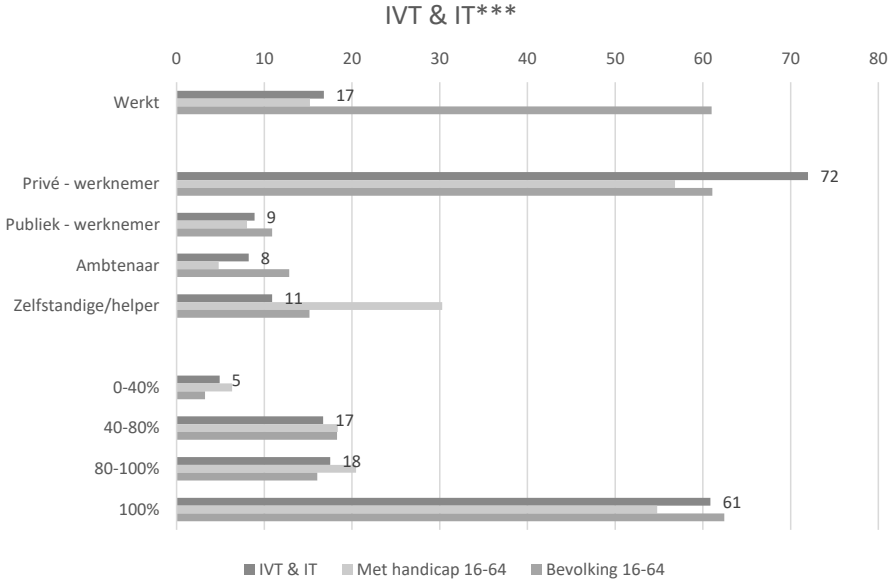
56 Ondanks de zeer omvangrijke steekproef waarop dit hoofdstuk gebaseerd is, is het aantal steekproefeenheden te beperkt om in Figuur 3 binnen de IVT en IT-regeling het onderscheid te maken tussen de personen mét en zonder uitkering.

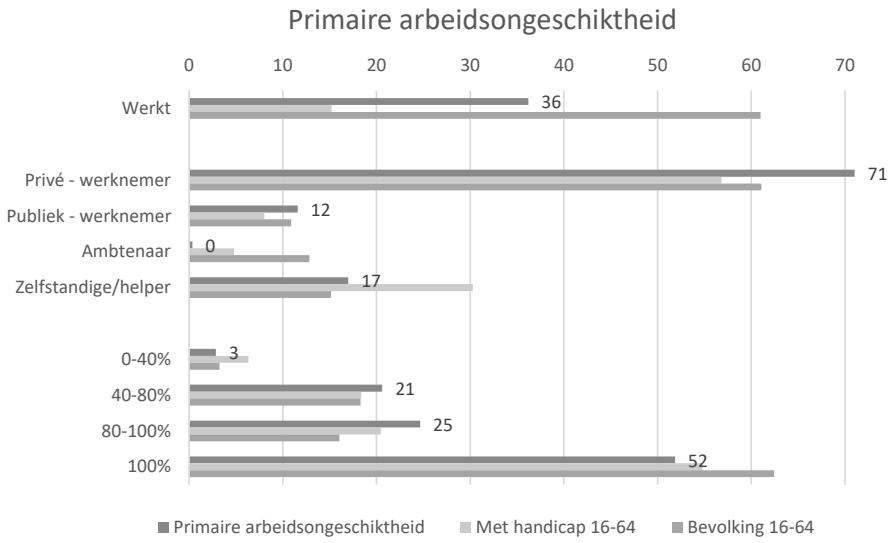
Figuur 3: Arbeidsmarktprofiel van langdurig arbeidsongeschikten (16-64-jaar) (België, 2015)

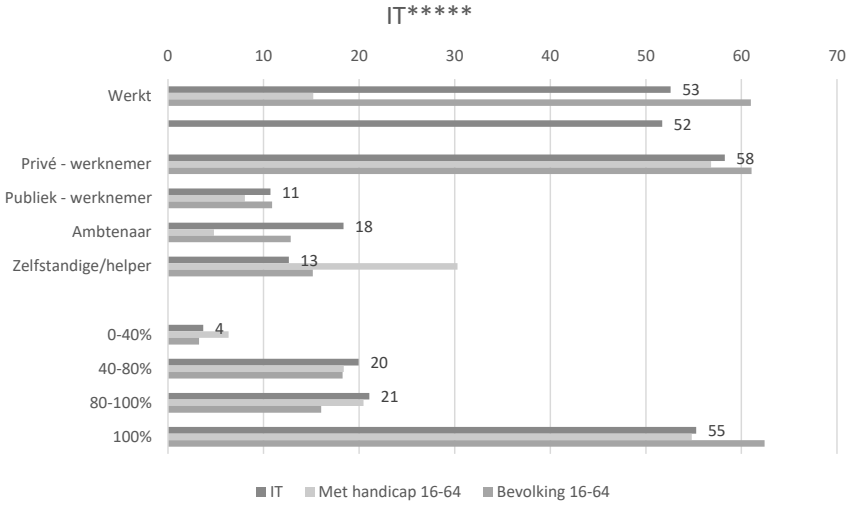





Invaliditeit*
0
10
20
30
40
50
60
70
80
Werkt
9
Privé - werknemer
16
Publiek - werknemer
4
Ambtenaar
1
Zelfstandige/helper
80
0-40%
16
40-80%
24
80-100%
35
100%
24
Invaliditeit
Met handicap 16-64
Bevolking 16-64


IVT & IT***
0
10
20
30
40
50
60
70
80
Werkt
17
Privé - werknemer
72
Publiek - werknemer
9
Ambtenaar
8
Zelfstandige/helper
11
0-40%
5
40-80%
17
80-100%
18
100%
61
IVT & IT
Met handicap 16-64
Bevolking 16-64





Bron: MIMOSIS (gegevens uit DWH AM&SB, bewerkt door FOD Sociale Zekerheid)

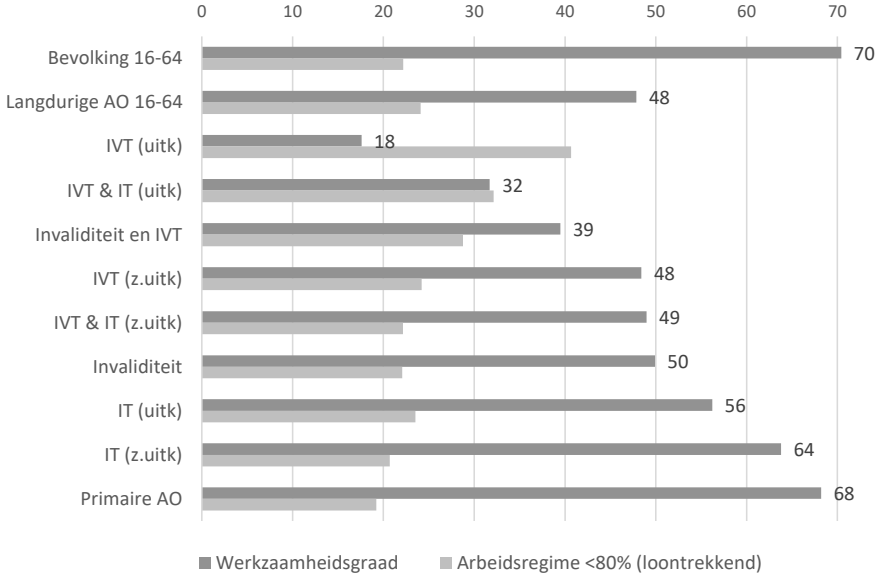
Niet alleen de omvang, maar ook de aard van de jobs verschilt tussen de diverse regelingen. Van de IVT-erkenden is bijna 70% tewerkgesteld in de privésector, veelal als arbeider. Van de uitkeringsgerechtigden gaat het zelfs om 82%. IT-erkenden werken ook vaak in de privésector, maar zijn vooral oververtegenwoordigd onder de ambtenaren. Figuur 3 toont ten slotte dat de meerderheid van de werkenden met een invaliditeitsuitkering zelfstandigen zijn. Althans: meer dan 90% van de zelfstandigen blijkt hun bijdragebetaling niet stop te zetten bij ziekte of invaliditeit. De administratieve gegevens laten niet toe voor zelfstandigen na te gaan of ze effectief gewerkt hebben. Van werknemers kennen we wel het effectief gepresteerde arbeidsregime. In het werknemersstelsel werkt 32% van de primair arbeidsongeschikten en amper 2% van de invaliden.[57]

3.3. De arbeidsmarktintegratie van partners van langdurig arbeidsongeschikten

Langdurige arbeidsongeschiktheid is niet alleen bepalend voor de arbeidsmarktintegratie van de arbeidsongeschikte zelf, het weegt ook op de beroepsactiviteit van andere gezinsleden (zie ook Nys et al, 2014). Net niet de helft van de partners van langdurig arbeidsongeschikten is aan het werk, tegenover meer dan 70% van de partners in de totale bevolking tussen 16 en 64 jaar (Figuur 4). Daarenboven komen ze vaker terecht in kleine deeltijdse jobs. Bijna 18% van de partners van een langdurig arbeidsongeschikte werkt maximaal in een 3/5de regeling, tegenover 14% in de totale bevolking. Figuur 5 toont aan dat ze verhoudingsgewijs ook net iets meer werkzoekend zijn (5% versus 4%).

57

Figuur 4: Effectieve werkzaamheid van partners van langdurig arbeidsongeschikten (16-64-jaar) (België, 2015)

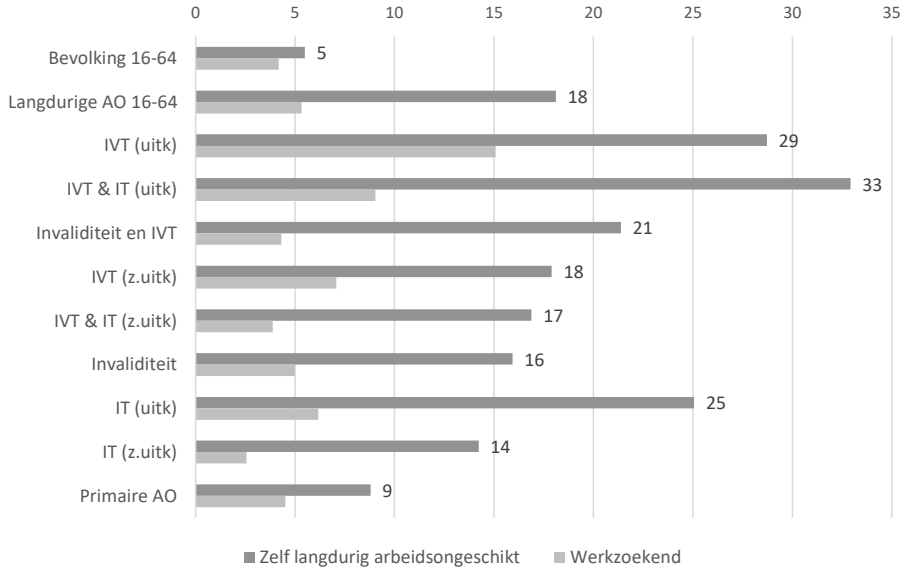


Bron: MIMOSIS (gegevens uit DWH AM&SB, bewerkt door FOD Sociale Zekerheid)

Er bestaan opnieuw opmerkelijke verschillen tussen de stelsels. Partners van personen in primaire arbeidsongeschiktheid zijn bijna net zo vaak aan het werk als een doorsnee partner (68%). Het aandeel werkenden onder partners van IT-gerechtigden is iets minder groot. Nochtans is vooral de arbeidsmarktdeelname van de partners van invaliden en IVT-gerechtigden ontstellend laag. Maar liefst 15% van de partners van IVT-gerechtigden is werkzoekend. Slechts 18% werkt, waarvan velen in deeltijdse jobs.

Aan de basis van de lage werkzaamheid van partners van personen met een handicap ligt mogelijk een tijdsgebrek als gevolg van de extra zorgtaken voor de partner met een handicap. De grote verschillen tussen de stelsels suggereren dat wellicht ook de vrijstellingsregeling voor het (beroeps)inkomen van partners speelt (zie verder). Maar een onmiskenbare factor is de arbeidsgeschiktheid van de partner zelf: 18% van de partners van langdurig arbeidsongeschikten ontvangt zelf een handicapgerelateerde uitkering. Onder IT-gerechtigden en IVT-gerechtigden met een uitkering loopt dit aandeel zelfs op tot 25% of meer. Het is wellicht deze cumulatie van beperkingen die de gezinssituatie van langdurig arbeidsongeschikten zo precair maakt. In de volgende paragraaf gaan we dieper in op deze kwetsbaarheid en bekijken we het gezinsinkomen van langdurig arbeidsongeschikten.

Figuur 5: Profiel van partners van langdurig arbeidsongeschikten (16-64-jaar) (België, 2015)



Bron: MIMOSIS (gegevens uit DWH AM&SB, bewerkt door FOD Sociale Zekerheid)

3.4. De gezinsinkomens van langdurig arbeidsongeschikten

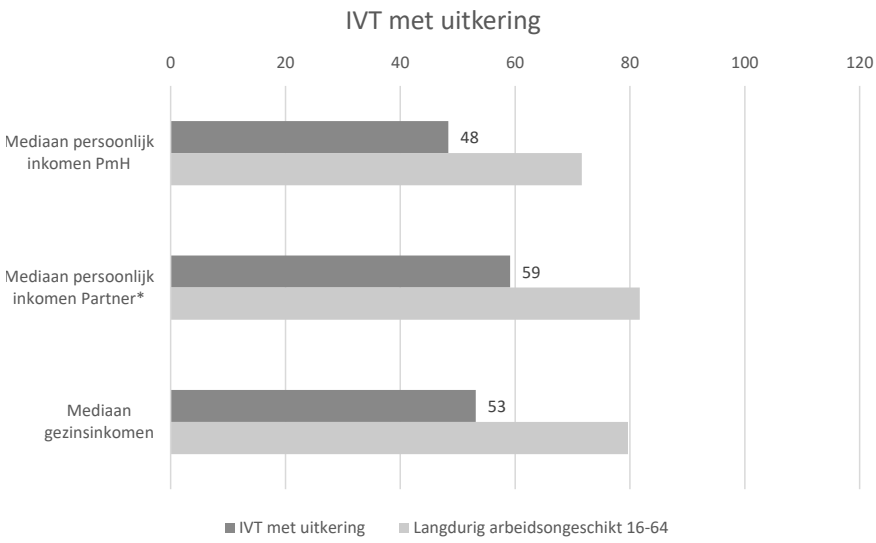
De lage arbeidsmarktparticipatie van personen met een handicap en hun partners vertaalt zich, samen met de relatief lage uitkeringen, in een lager mediaan persoonlijk inkomen en, bijgevolg in een lager gezinsinkomen (Figuur 6). Het mediane persoonlijk inkomen van een langdurig arbeidsongeschikte ligt maar liefst 28% onder de mediaan in de totale bevolking op actieve leeftijd. Bij partners is de achterstelling minder groot maar zeker niet verwaarloosbaar: het mediane persoonlijk inkomen van een partner van een arbeidsongeschikte ligt 18% onder het mediane niveau voor partners in de totale bevolking.

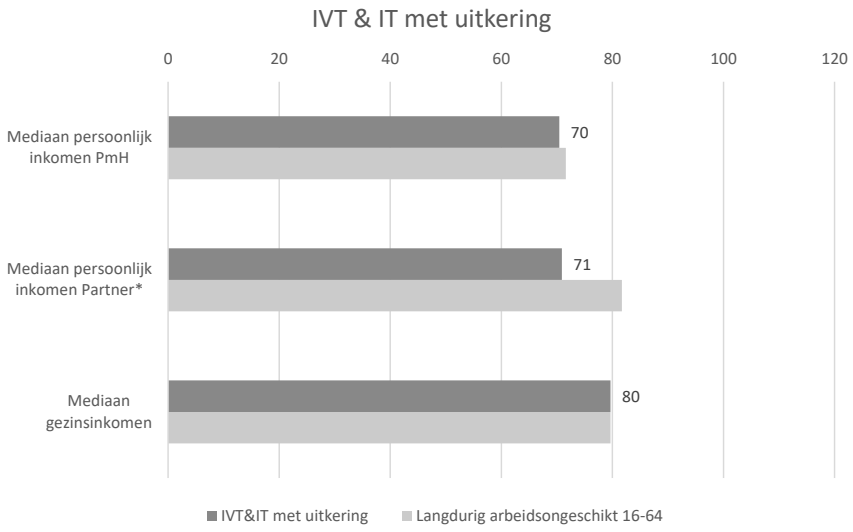
Vooral IVT-erkenden en personen met een invaliditeitsuitkering bevinden zich onderaan de inkomensladder. Voor IVT-gerechtigden met een uitkering bedraagt het persoonlijk mediaan inkomen minder dan de helft van de globale mediaan. Het inkomen van gerechtigden op een invaliditeitsuitkering is doorgaans iets hoger omdat de lage arbeidsmarktparticipatie van personen met een invaliditeitsuitkering wordt gecompenseerd door iets hogere uitkeringen. Maar hun inkomenspositie blijft hachelijk: 69% van het mediaan persoonlijk inkomen in de totale bevolking op actieve leeftijd.

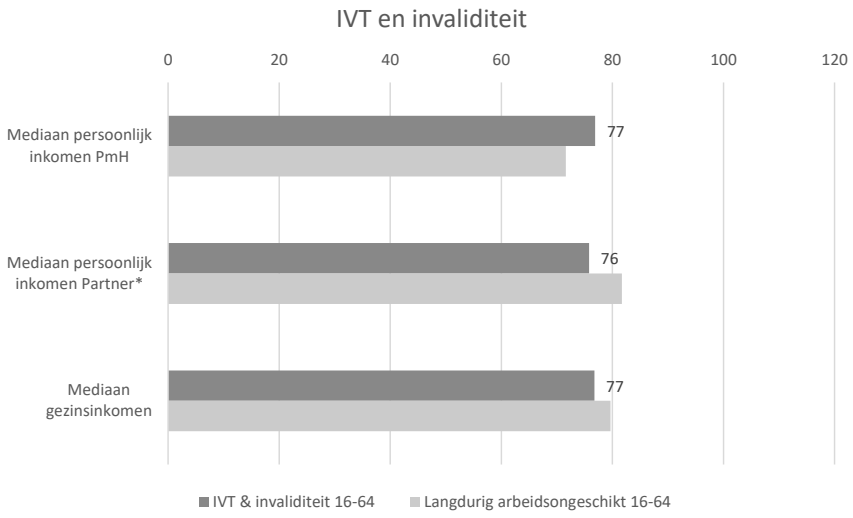
Het inkomen van primair arbeidsongeschikten en personen die erkend zijn in het kader van de IT-regeling liggen vaak wel in de buurt van het globale mediane inkomen, behalve bij IT-gerechtigden die effectief een uitkering ontvangen. Hun persoonlijk inkomen ligt 25% onder de globale mediaan. Bovendien ontvangen ze deze tegemoetkoming als compensatie voor de extra kosten die hun beperkingen met zich meebrengen. Dit zijn kosten die een 'mediane' persoon veelal niet heeft (zie ook hoofdstuk 3 over de impact van kosten op de inkomenspositie van personen met een handicap). Met andere woorden, onze cijfers onderschatten de achtergestelde inkomenspositie van IT-gerechtigden.

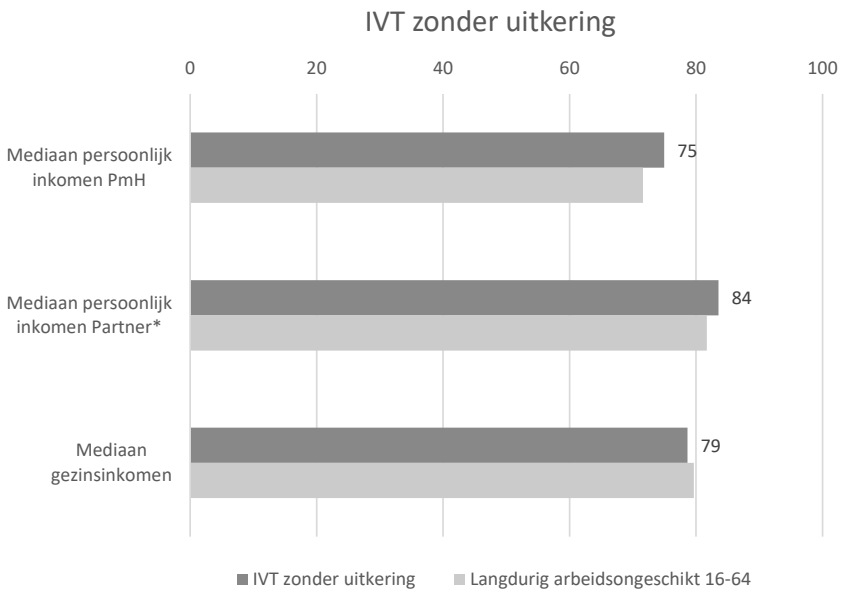
De lage inkomens van langdurig arbeidsongeschikten en hun partners vertalen zich in lage gezinsinkomens. Het mediane gezinsinkomen van een langdurig arbeidsongeschikte ligt maar liefst 1/5de onder de mediaan voor de totale bevolking ondanks de extra kosten die deze gezinnen moeten dragen. Het meest prangend is opnieuw de inkomenssituatie van IVT-gerechtigden: hun gezinsinkomen bedraagt ongeveer de helft van de mediaan.

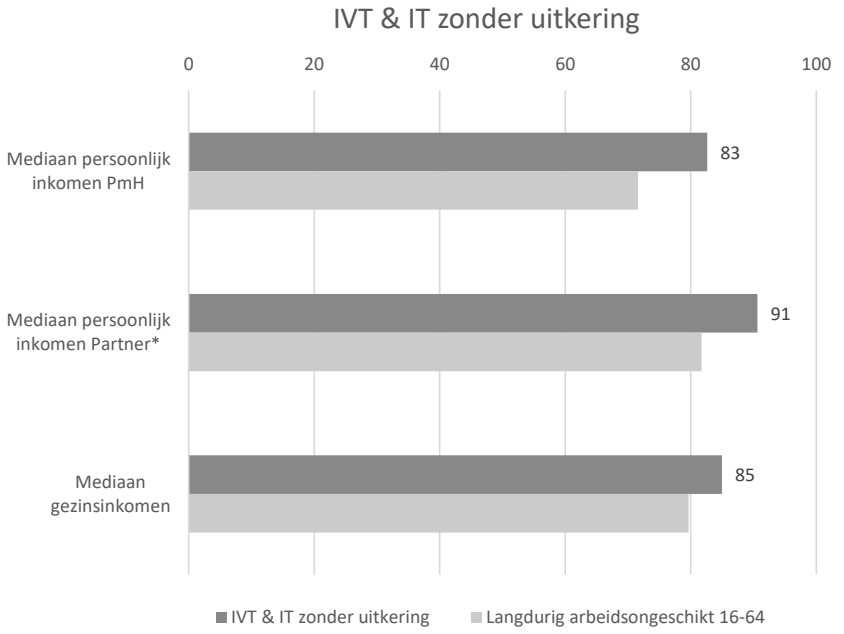
Figuur 6: Het mediaan inkomen van langdurig arbeidsongeschikten als percentage van het mediane inkomen van de totale populatie (16-64-jaar) (België, 2015)

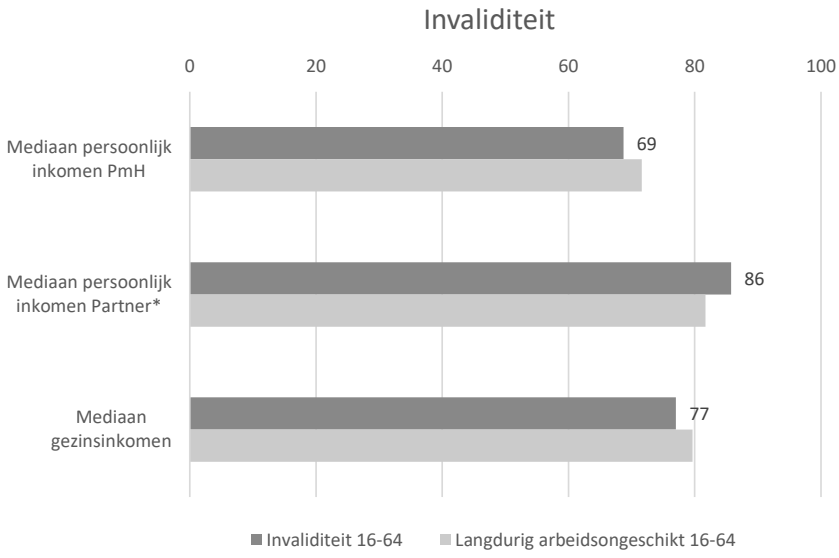


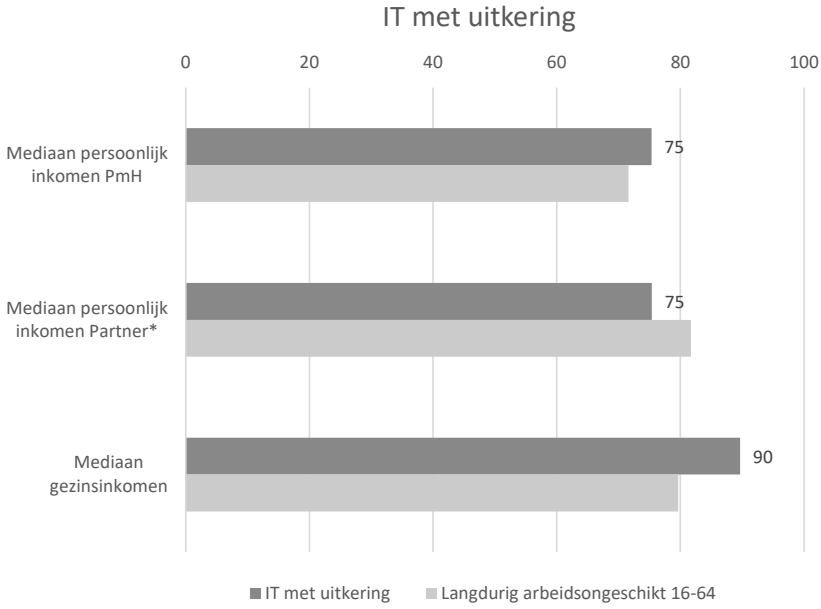

IVT & IT met uitkering
0
20
40
60
80
100
120
Mediaan persoonlijk inkomen PmH
70
Mediaan persoonlijk inkomen Partner*
71
Mediaan gezinsinkomen
80
IVT&IT met uitkering
Langdurig arbeidsongeschikt 16-64

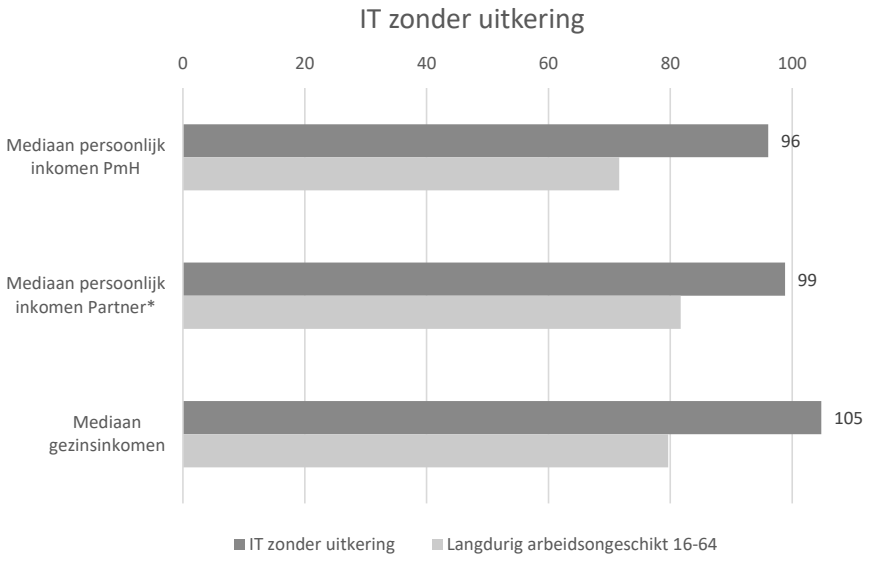

IVT en invaliditeit
0
20
40
60
80
100
120
Mediaan persoonlijk inkomen PmH
77
Mediaan persoonlijk inkomen Partner*
76
Mediaan gezinsinkomen
77
IVT & invaliditeit 16-64
Langdurig arbeidsongeschikt 16-64

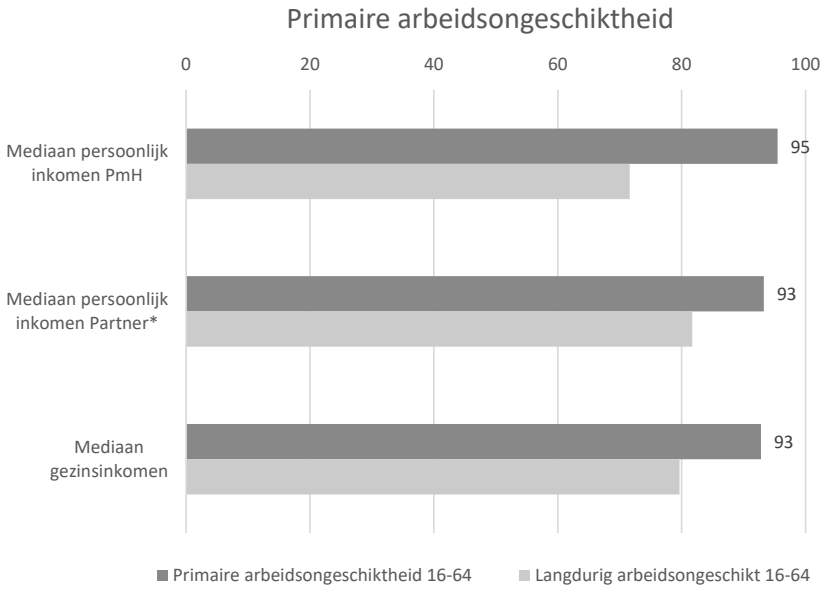

IVT zonder uitkering
0
20
40
60
80
100
Mediaan persoonlijk inkomen PmH
75
Mediaan persoonlijk inkomen Partner*
84
Mediaan gezinsinkomen
79
IVT zonder uitkering
Langdurig arbeidsongeschikt 16-64


IVT & IT zonder uitkering
0
20
40
60
80
100
Mediaan persoonlijk inkomen PmH
83
Mediaan persoonlijk inkomen Partner*
91
Mediaan gezinsinkomen
85
IVT & IT zonder uitkering
Langdurig arbeidsongeschikt 16-64


Invaliditeit
0
20
40
60
80
100
Mediaan persoonlijk inkomen PmH
69
Mediaan persoonlijk inkomen Partner*
86
Mediaan gezinsinkomen
77
Invaliditeit 16-64
Langdurig arbeidsongeschikt 16-64


IT met uitkering
0
20
40
60
80
100
Mediaan persoonlijk inkomen PmH
75
Mediaan persoonlijk inkomen Partner*
75
Mediaan gezinsinkomen
90
IT met uitkering
Langdurig arbeidsongeschikt 16-64





Bron: MIMOSIS (gegevens uit DWH AM&SB, bewerkt door FOD Sociale Zekerheid)

4. Wettelijke bepalingen en hun knelpunten inzake cumul van uitkeringen met arbeidsinkomen

Uit deel 3 van dit hoofdstuk is gebleken dat er grote verschillen bestaan in de arbeidsmarktparticipatie van langdurig arbeidsongeschikten naargelang het uitkeringsstelsel. Zo is het aandeel werkenden onder personen met een IT een stuk hoger dan onder de personen met een IVT of een invaliditeitsuitkering. Zoals eerder gezegd ligt dit ten dele aan verschillen in de afstand tot de arbeidsmarkt van de gerechtigden in de diverse uitkeringsstelsels. In deze paragraaf analyseren we een bijkomende verklaring, namelijk verschillen in de vrijstelling van arbeidsinkomens en dus de financiële prikkels voor langdurig arbeidsongeschikten om (meer) te gaan werken. In sommige stelsels blijkt werken niet of amper te lonen, ondanks de extra kosten die werken vaak met zich brengen. In andere stelsels bestaat een veel adequatere vrijstellingsregeling.

We streven hier geen exhaustieve analyse na, maar bieden een eerste inzicht in hoe maatregelen die bedoeld zijn om de transitie naar werk financieel lonend te maken, een hinderpaal kunnen zijn in het vinden van een job op maat. We beperken ons hier tot slechts één gezinstype (een alleenstaande zonder kinderen) en twee inkomenssituaties (minimumloon en gemiddeld loon). Onze aandacht gaat volledig naar de financiële prikkels. Ook de mate waarin re-integratietrajecten geïnstitutionaliseerd zijn en geflankeerd worden door bijkomende voorwaarden en begeleiding varieert naargelang het uitkeringstype, maar deze verschillen laten we hier buiten beschouwing. We onderzoeken achtereenvolgens de knelpunten voor langdurig arbeidsongeschikten en hun partners met een IVT, een IT en een ziekte-of invaliditeitsuitkering.

4.1. Gerechtigden op een inkomensvervangende tegemoetkoming

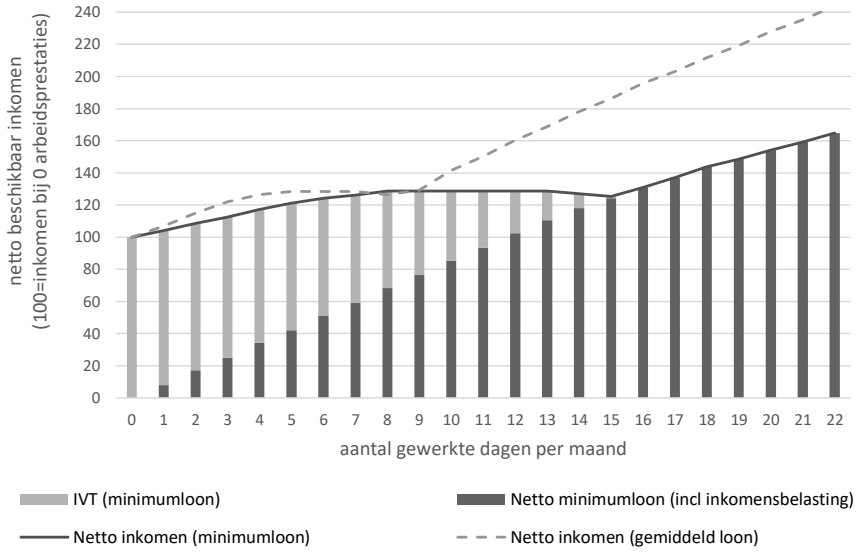
Voor de berekening van de hoogte van de IVT worden niet alle inkomens van het gezin ten volle aangerekend. Er bestaan vrijstellingen voor het beroepsinkomen van de gerechtigde, het inkomen van andere gezinsleden en 'andere' inkomens. Deze vrijstellingen worden beschreven in Tabel 1. In deze alinea bespreken we de vrijstelling van het arbeidsinkomen van de gerechtigde zelf. Dit jaarinkomen wordt tot 4.973 euro voor 50% vrijgesteld. De inkomensschijf tussen 4.973 euro en 7.460 euro wordt voor 25% vrijgesteld. Er is geen vrijstelling voor het inkomen daarboven.

Tabel 1: Vrijgestelde jaarbedragen IVT-uitkering op 1/09/2018.

Jaarbedragen die worden vrijgesteld op 1/09/2018 (bruto belastbaar inkomen)	
1) Gedeelte van het inkomen van de personen met wie de persoon met een handicap een huishouden vormt, dat niet meer bedraagt per jaar dan:	€3.643,26
2) Voor het inkomen uit werkelijk gepresteerde arbeid door de persoon met een handicap:	€0-€4.973,19 €4.973,19-7.459,78
3) Het deel van de andere inkomsten dan die vermeld in 1) of 2) kleiner dan of gelijk aan is:	€700,10

Bron: FOD Sociale Zekerheid Directie-Generaal Personen met een handicap

Figuur 7: De activiteitsval voor een alleenstaande IVT-gerechtigde (België, 2018)



Bron: MIMOSIS (op basis van hypothetisch gezin)[58]

Dergelijk schijvensysteem zorgt ervoor dat arbeidsmarktdeelname, hoe gering ook, onmiddellijk wordt beloond met een hoger inkomen. De laagste arbeidsinkomsten worden immers voor 25% tot 50% vrijgesteld. Het nadeel van dit systeem is echter dat de doorstroom naar een job met meer uren of hogere lonen wordt ontmoedigd. Figuur 7 illustreert dit voor een alleenstaande IVT-gerechtigde. De volle lijn toont de

58 Het gaat hier om een alleenstaande IVT-gerechtigde met geen andere inkomens dan het aangeduide arbeidsinkomen. In het geval van het minimumloon wordt uitgegaan van het gewaarborgd gemiddeld minimum maandinkomen voor een persoon van 20 jaar met 12 maanden anciënniteit, inclusief dubbel vakantiegeld en dertiende maand. Voor het geval van het gemiddeld loon wordt uitgegaan van twee maal het minimumloon.

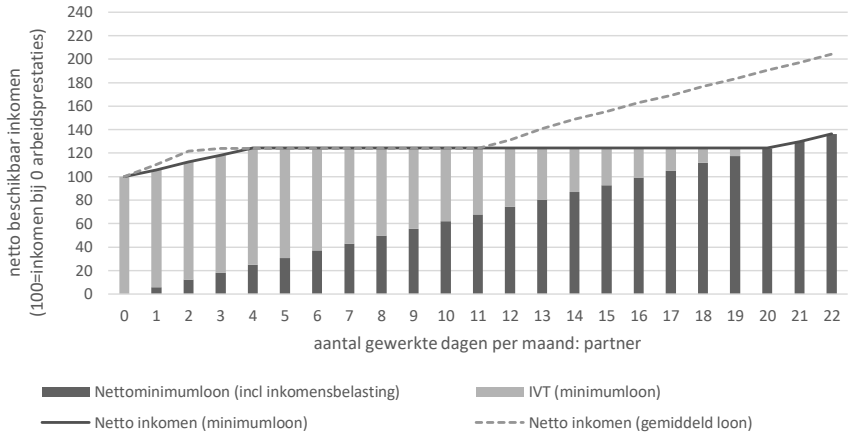
veranderingen in het beschikbaar maandinkomen in functie van het aantal gewerkte dagen en dit voor een persoon die gaat werken aan een minimumloon. De stippellijn toont hetzelfde voor een persoon die gaat werken aan een gemiddeld loon. Elke bijkomende dag dat een IVT-gerechtigde gaat werken, vertaalt zich in een hoger netto inkomen zolang het arbeidsinkomen onder het hoogste inkomensplafond van 7.460 euro blijft. Eens men dit plafond bereikt, dan wordt elke bijkomende euro aan beroepsinkomsten volledig afgetrokken van de IVT, tot de arbeidsinkomsten het bedrag van de IVT overstijgen. Voor een IVT-gerechtigde met een minimumloon betekent dit dat het beschikbare inkomen niet meer stijgt vanaf 8 tot en met 15 werkdagen per maand. Voor iemand met een gemiddeld loon is dit vanaf 5 tot en met 9 werkdagen. Anders gezegd: een IVT-gerechtigde die 40% van een voltijdse job werkt aan een minimumloon en zijn arbeidsvolume wil en kan verhogen tot 60% wordt hiervoor niet financieel beloond. Erger nog, doordat vanaf een bepaald inkomensniveau het terugbetaalbaar belastingkrediet voor lage activiteitsinkomens wordt afgebouwd, genereert een 60%-job voor de bestudeerde persoon na de verrekening van de personenbelasting zelfs minder inkomsten dan de 40%-job. De persoon zit als het ware gevangen in een lage activiteitsval.

De activiteitsval bestaat trouwens niet alleen uit de vermindering van de IVT (of, later in dit hoofdstuk, de IT). Aan het recht op een IVT en een IT zijn immers tal van andere sociale voordelen gebonden die tot doel hebben welbepaalde kosten voor personen met een handicap te reduceren. Met het wegvallen van het recht op IVT of IT kan bijvoorbeeld ook het recht op een verhoogde tegemoetkoming voor gezondheidskosten of het sociale tarief voor water of elektriciteit vervallen. Dus op het punt waar de IVT volledig uitdooft (bij 15 werkdagen per maand voor de minimumloner in Figuur 7), onderschatten onze simulaties de werkelijke financiële val.

4.2. Partners van IVT-gerechtigden

Niet alleen de IVT-gerechtigde, maar ook zijn of haar partner kan worden geconfronteerd met een activiteitsval. Van het jaarinkomen van de persoon waarmee de uitkeringsgerechtigde een gezin vormt, wordt het bedrag onder een welbepaald plafond volledig vrijgesteld (op 1 september 2018 bedroeg dit plafond 3.643 euro per jaar). Het overige inkomen wordt geheel in rekening gebracht. Dit plafond ligt relatief laag. Voor een partner met een minimumloon overstijgt het arbeidsinkomen dit plafond al vanaf een werkregime van 4 werkdagen per maand. Voor een partner met een gemiddeld loon al vanaf een werkritme van 2 dagen per maand (zie Figuur 8). Arbeidsinkomens die hoger liggen worden volledig afgeroomd, opnieuw totdat de verdiensten hoger liggen dan de IVT. Voor een partner met een minimumloon is dit tot een arbeidsregime van 20 dagen per maand (dit is 90% van een voltijds regime). Met andere woorden: een partner van een IVT-gerechtigde met een laag verdienpotentieel heeft geen enkel financieel belang bij het inruilen van een kleine deeltijdse baan voor een grote deeltijdse baan.

Figuur 8: De activiteitsval voor een partner van een IVT-gerechtigde (België, 2018)



Bron: MIMOSIS (op basis van hypothetisch gezin)[59]

4.3. Gerechtigden op een integratie-tegemoetkoming

De IT is gemakkelijker combineerbaar met een job dan de IVT. Ten eerste ligt het inkomensplafond voor arbeidsinkomens van de persoon met een handicap een stuk hoger (22.899 euro op 1 september 2018). Ten tweede wordt het inkomen onder dit bedrag volledig vrijgesteld, evenals 50% van het inkomen boven deze grens. Tabel 2 toont de andere vrijgestelde inkomens.

Figuur 9 analyseert de impact van de regeling voor het arbeidsinkomen voor een alleenstaande persoon met een handicap die zowel IVT- als IT-gerechtigd is en kan gaan werken. Voor een persoon met een minimumloon creëert de IT-regeling geen bijkomende vallen bovenop de al besproken val in de IVT-regeling: de IT wordt volledig behouden, ook bij voltijdse tewerkstelling. Voor een persoon met een gemiddeld loon wordt de IT wel afgebouwd vanaf een arbeidsregime van ongeveer 60%, waardoor voor omvangrijkere jobs méér werken niet méér lonend is.

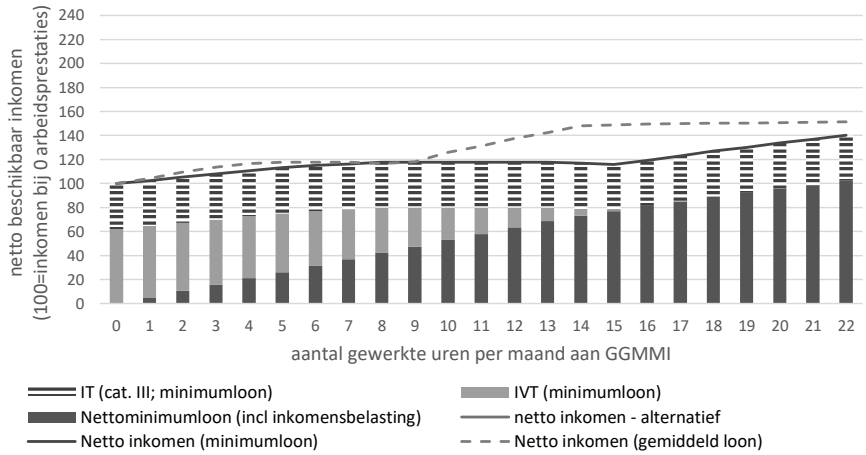
59 Het gaat hier om een koppel zonder kinderen waarvan één persoon IVT-gerechtigd is. Aangenomen wordt dat het inkomen van dit gezin naast de IVT-uitkering enkel bestaat uit het arbeidsinkomen van de niet-IVT-gerechtigde partner. Zie voetnoot 6 voor de hier gehanteerde definitie van minimumloon en gemiddeld loon.

Tabel 2: Vrijgestelde jaarbedragen IT-uitkering op 1/09/2018

Jaarbedragen die worden vrijgesteld op 1/09/2018 (bruto belastbaar inkomen)		
1) Categorievrijstelling	ASamenwonend (familie)	€7.286,51
	B Alleenstaand	€10.929,78
	C Samenwonend (niet familie)	€15.062,61
2) Voor het inkomen van de persoon met wie de persoon met een handicap een huishouden vormt, geldt:	100% voor:	€0 - €40.073,35
	50% voor:	> €40.073,35
3) Voor het arbeidsinkomen van de persoon met een handicap geldt:	100% voor:	€0 - €22.899,05
	50% voor:	> €22.899,05
4) Voor het vervangingsinkomen (VI) van de persoon met een handicap, geldt:	Vrijstelling= €3.270,83, als VI	< €19.627,77
	Vrijstelling= €22.899,05–VI, als	€19.627,77 ≤ VI ≤ €22.899,05
	Geen vrijstelling, als VI	> €22.899,05

Bron: FOD Sociale Zekerheid Directie-Generaal Personen met een handicap

Figuur 9: De activiteitsval voor een alleenstaande IT-gerechtigde (categorie 3) (België, 2018)



Bron: MIMOSIS (op basis van hypothetisch gezin)[60]

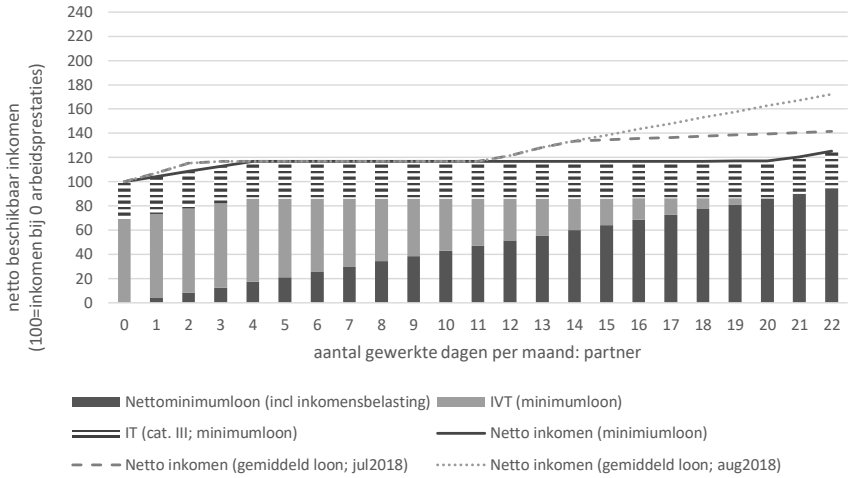
60 Het gaat hier om een alleenstaande IVT-gerechtigde die tevens gerechtigd is op een IT van categorie 3, met geen andere bijkomende inkomens dan het vermelde arbeidsinkomen. Zie voetnoot 15 voor de hier gehanteerde definitie van minimumloon en gemiddeld loon.

4.4. Partners van IT-gerechtigden

Het probleem van de inactiviteitsvallen voor partners van IT-gerechtigden staat al jarenlang op de politieke agenda als de 'prijs van de liefde'. Tot 1 juli 2008 golden voor partners van IT-gerechtigden verschillende loongrenzen naargelang de categorie van zelfredzaamheid. Dit systeem zorgde ervoor dat de prijs van de liefde vooral voor partners van personen met een lichte handicap zeer hoog was. In 2008 werden de inkomensgrenzen voor personen met een lichte handicap opgetrokken tot het niveau van de zwaardere handicaps, tevens het niveau van de IT-gerechtigde zelf.

Tien jaar later volgde een tweede aanpassing. In augustus 2018 werd de vrijstellingsgrens voor partners opgetrokken, tot 175% van het niveau van de IT-gerechtigde zelf. Figuur 10 toont het effect van deze wetswijziging voor de partner van een IT- en IVT-gerechtigde die gaat werken. Voor een partner met een minimumloon veranderde er niets. Diens arbeidsinkomen was voordien al volledig vrijgesteld voor de berekening van de IT en varieerde nauwelijks in functie van het aantal gewerkte dagen omwille van de val gecreëerd door de IVT-regeling (cf supra). Voor een partner met een gemiddeld loon veranderde er in 2018 wel iets. Het arbeidsinkomen neemt dankzij de nieuwe regeling toe voor arbeidsregimes hoger dan 60%. De val is evenwel verschoven naar hogere inkomensschijven.

Figuur 10: De activiteitsval voor een partner van een IT-gerechtigde (categorie 3) (België, 2018)



Bron: MIMOSIS (op basis van hypothetisch gezin)[61]

61 Het gaat hier om een koppel zonder kinderen waarvan één persoon IVT- en IT-gerechtigd (categorie 3) is. Aangenomen wordt dat het inkomen van dit gezin naast de IVT- en IT-uitkering enkel bestaat uit het arbeidsinkomen van de niet-IVT-gerechtigde partner. Zie voetnoot 815 voor de hier gehanteerde definitie van het minimumloon en het gemiddeld loon.

4.5. Gerechtigden op een ziekte- of invaliditeitsuitkering

Ook de moeilijke arbeidsmarktherintegratie van ZIV-gerechtigden is de afgelopen decennia meermaals aanleiding geweest tot nieuwe beleidsmaatregelen. Zo werd bijvoorbeeld in 2011 in het kader van het toenmalige 'Back-to-Work'-plan de maximale cumul tussen uitkeringen en arbeidsinkomsten verhoogd. Ook de vereiste om vóóraf de goedkeuring tot werkhervatting te verkrijgen van de adviserend geneesheer is in dezelfde periode afgeschaft. In april 2018 werd de cumulregeling tussen arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en activiteitsinkomens opnieuw hervormd. Het schijvensysteem voor de vrijstelling van arbeidsinkomsten werd vervangen door een procentuele vrijstelling in functie van het aantal gewerkte uren. In de volgende alinea's beschrijven we de geldende regeling sinds april 2018 en – zij het kort – de situatie vlak voor de hervorming. Deze laatste is relevant omdat ze in voege was op het tijdsstip waarop onze data in deel 3 over de arbeidsmarktparticipatie van ZIV-gerechtigden betrekking hebben (31 december 2015).

4.5.1. Vóór 1/4/2018

In zowel de oude als de nieuwe regeling geldt dat personen met een invaliditeitsuitkering die willen werken en hun uitkering behouden aan de voorwaarden voor aangepaste werkhervatting moeten voldoen. Daarvoor is toelating van een adviserend geneesheer vereist.[62] Het regime van toegelaten arbeid veronderstelt dat de tewerkstelling verenigbaar is met de gezondheidstoestand van de aanvrager en dat er een ongeschiktheid blijft van ten minste 50% op basis van een geneeskundige evaluatie (maar uitzonderingen zijn mogelijk, bijvoorbeeld in het kader van beschutte werkplaatsen).

Bovendien gelden zowel in de oude als nieuwe regeling verschillende bepalingen voor werknemers en zelfstandigen. In het werknemersstelsel gold tot april 2018 een schijvensysteem voor de vrijstelling van arbeidsinkomens. Dit systeem verschilde echter enigszins van de inkomensschijven die gelden in de IVT-regeling: het telde meer schijven en, belangrijker, inkomens boven het maximumplafond werden voor 25% vrijgesteld.

Tot april 2018 kon de adviserend geneesheer aan werknemers de toelating verlenen om voor onbepaalde tijd het werk te hervatten en de statistieken wijzen uit dat hier veelvuldig gebruik van werd gemaakt (RIZIV, 2018). In het zelfstandigenstelsel werd (en wordt nog steeds) een onderscheid gemaakt tussen de tijdelijke werkhervatting van zelfstandigen waarvoor volledige herinschakeling op termijn mogelijk wordt geacht en de werkhervatting van zelfstandigen die niet meer volledig kunnen worden ingeschakeld. De toelating voor deze laatste is veelal onbeperkt in de tijd. Voor de eerste bestaat een maximumperiode van 6 maanden, eventueel verlengbaar tot 18 maanden. In beide gevallen geldt dat de eerste 6 maanden van de werkhervatting de

62 Noch in de IVT-regeling, noch in de IT is een expliciete toestemming vereist om te gaan werken, maar de nieuwe inkomenssituatie moet wel binnen drie maanden worden aangegeven, op basis waarvan de uitkeringshoogte opnieuw kan worden berekend.

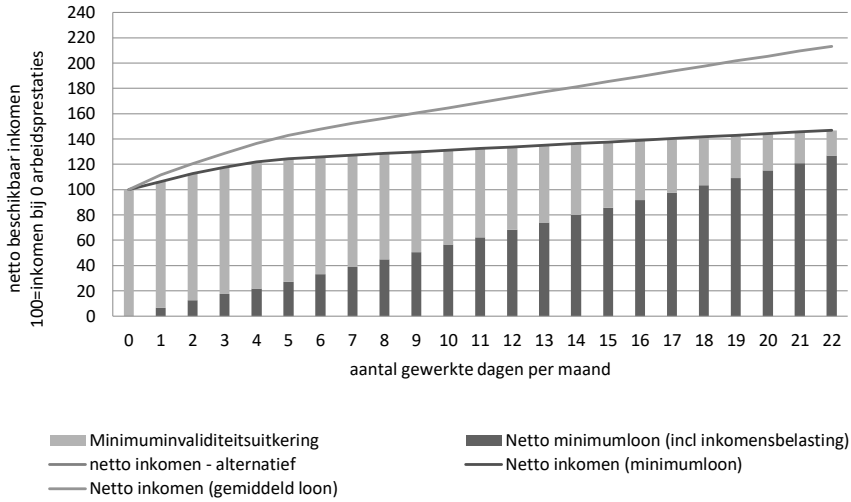
volledige uitkering behouden blijft. Vanaf de 7de maand na de werkhervatting wordt de uitkering met 10% verminderd, onafhankelijk van het arbeidsinkomen. Vanaf het 4de jaar kan – indien het inkomen hoger is dan een bepaalde drempel (in 2018: 17.842 euro op jaarbasis) – de uitkering worden geschorst.

4.5.2. Vanaf 1/4/2018

Sinds april 2018 geldt voor de gerechtigden op een invaliditeitsuitkering een geheel nieuwe regeling voor aangepaste werkhervatting. In het werknemersstelsel geldt nu een maximumperiode van 2 jaar maar deze is onbeperkt hernieuwbaar. Daarnaast wordt in het werknemersstelsel de hoogte van de uitkering na werkhervatting niet meer aangepast in functie van het loon, maar in functie van het aantal gewerkte uren. Personen die maximaal 20% van een voltijdse baan werken, behouden hun volledige uitkering bovenop hun loon. Voor anderen wordt het dagbedrag gereduceerd met het percentage van de werkhervatting, min de vrijstelling van 20%. Voor een persoon die voorheen voltijds werkte en na een periode van ziekte het werk halftijds hervat, betekent dit dat de uitkering met 30% wordt verminderd. In het zelfstandigenstelsel blijft de oude berekeningswijze gelden en is het aantal gewerkte uren dus niet van belang.

Figuur 11 toont de financiële prikkels voor ZIV-gerechtigden met aangepaste werkhervatting in het werknemersstelsel. Dankzij het behoud van de volledige uitkering voor personen die minder dan één vijfde gaan werken, is de financiële beloning om te gaan werken in een kleine deeltijdse job voor ZIV-gerechtigden maximaal en dus groter dan in de IVT-regeling waar lage arbeidsinkomsten voor slechts 50% worden vrijgesteld. Bovendien blijft het beschikbaar inkomen toenemen, naarmate men meer uren kan presteren. De lage activiteitsval die geldt voor IVT-gerechtigden bestaat dus niet (meer) voor ZIV-gerechtigden. Dergelijke val wordt in de nieuwe ZIV-regeling vermeden door ook voltijdse werknemers in principe 20% van de uitkering te laten behouden. Of voltijdse – of zelfs 4/5de tewerkstelling met behoud van uitkering ook in de praktijk zal voorkomen, is nog maar de vraag. Zoals eerder al bleek zijn adviserend geneesheren weinig geneigd om werkhervattingen van meer dan 50% toe te laten omdat ze zich laten leiden door de wettelijke bepaling dat enkel verzekerden met een arbeidsongeschiktheid van minstens 50% in aanmerking komen voor werkhervatting met behoud van uitkering. Bovendien is de toelating van de adviserend geneesheer sinds 2018 beperkt in de tijd. Het lijkt niet onaannemelijk dat kleinere deeltijdse jobs gemakkelijker voor verlenging in aanmerking komen dan grotere deeltijdse jobs.

Figuur 11: Geen activiteitsval voor een ZIV-gerechtigde (werknemer) (België, 2018)



Bron: MIMOSIS (op basis van hypothetisch gezin)[63]

Merk op dat ondanks de ogenschijnlijke generositeit van het nieuwe systeem, er toch gevallen zijn waarvoor het oude systeem voordeliger was. De impact van de hervorming in het werknemersstelsel op de financiële meerwaarde van werken werd op voorhand doorgerekend door de Universiteit Antwerpen (Hufkens et al, 2016). De belangrijkste conclusie van dit onderzoek was dat de nieuwe regeling over het algemeen weliswaar een positieve impact heeft op de financiële prikkels om te gaan werken, maar toch minder progressief is dan het schijvensysteem waarin vooral de laagste inkomensschijven werden vrijgesteld. Het nieuwe systeem scoort daarom minder goed op vlak van de inkomensbescherming van de meest precaire groepen. In de studie wordt aangegeven dat het nadelig effect van de hervorming voor langdurig zieken met een laag verdienpotentieel zou kunnen worden gemilderd door het percentage van de voltijdse baan waaronder de arbeidsinkomens worden vrijgesteld (nu 20%) op te trekken tot een hoger percentage.

4.6. Partners van gerechtigden op een ziekte- of invaliditeitsuitkering

Bij de ZIV-uitkeringen wordt het inkomen van de personen waarmee de uitkeringsgerechtigden een gezin vormt, slechts onrechtstreeks in aanmerking genomen voor de berekening van de dagbedragen. Het inkomen van de partner is in principe vrijgesteld voor de berekening van de uitkeringen, maar het bepaalt wel de gezinscategorie van de verzekerde. ZIV-gerechtigden met een partner zonder eigen inkomen ontvangen een uitkering voor gerechtigden met gezinslast. Als de partner een eigen bruto inkomen heeft van meer dan 1.090 euro per maand maar

63 Zie voetnoot 15 voor de hier gehanteerde definitie van minimumloon en gemiddeld loon.

minder dan 1.594 euro, dan valt de gerechtigde onder de uitkeringscategorie van de alleenstaanden (bedragen van kracht in september 2018). Is het bruto inkomen hoger dan dit laatste bedrag dan wordt de verzekerde beschouwd als een samenwonende zonder gezinslast. De transitie van de ene naar de andere uitkeringscategorie heeft implicaties voor het berekeningspercentage van de uitkering en de geldende maximum- en minimumuitkeringen. Zo bedraagt de uitkering in geval van invaliditeit voor iemand met gezinslast 65% van het brutoloon, voor een alleenstaande 55% en voor een samenwonende 40%. Inkomensvallen komen dus ook voor bij partners van ZIV-gerechtigden, met name wanneer het loon de inkomensgrens bereikt waarboven de arbeidsongeschikte niet langer aanspraak kan maken op een uitkering als gerechtigde met gezinslast, maar terugvalt op de uitkeringscategorie voor samenwonenden zonder gezinslast. Niettemin besluiten Hufkens et al. (2014) in een studie over de inactiviteitsvallen dat de financiële meeropbrengst van partners van uitkeringsgerechtigden in de ZIV over het algemeen relatief groot is.

4.7. Samenvatting

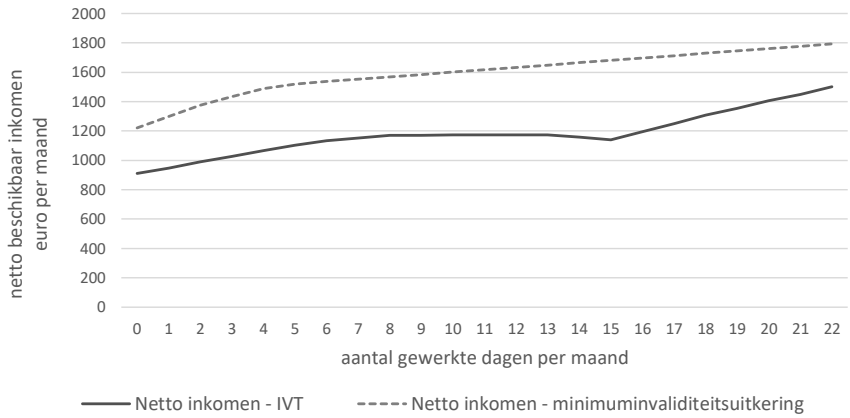
Bovenstaande analyse van de vrijstellingsregelingen voor arbeidsinkomens duidt op een aantal knelpunten die mee aan de basis kunnen liggen van de relatief lage werkzaamheid (én het groot aandeel kleine deeltijdjobs) van gerechtigden op een IVT of invaliditeitsuitkering. De arbeidsmarktintegratie van langdurig arbeidsongeschikten hangt uiteraard ook af van andere factoren (mate van arbeidsongeschiktheid, (de kwaliteit van) het job aanbod, …), maar het gaat dan vaak om aspecten waarop beleidsmakers een minder grote impact hebben dan op de financiële meerwaarde van werken.

De vrijstelling van arbeidsinkomens voor IVT-gerechtigden (en voor ZIV-gerechtigden tot april 2018) is gebaseerd op een schijvensysteem waarbij enkel voor de lage inkomensschijven relatief hoge vrijstellingspercentages worden gehanteerd. Dergelijke systemen zetten vooral in op het aanmoedigen van socio-professionele integratie via deeltijdse jobs van slechts enkele uren per week. De onderliggende premisse is ongetwijfeld dat substantiële arbeidsregimes, van pakweg een halftijdse job, niet weggelegd zijn voor personen met een handicap of invaliditeit. Een belangrijke randvoorwaarde voor het welslagen van dergelijk vrijstellingssysteem is evenwel dat er een toereikend aanbod bestaat aan kleine deeltijdse jobs met een aangepaste werkomgeving voor personen met een handicap, of dat daartoe de geschikte arbeidsmarktmaatregelen worden getroffen.

Voor IT-gerechtigden lijkt de veronderstelling dat het arbeidsvolume van personen met een beperking hoe dan ook gering is, minder te gelden. Zowel het inkomensplafond als de vrijstellingspercentages liggen een stuk hoger. Maar zoals elk vrijstellingssysteem met schijven kan de regeling voor IT-gerechtigden niet garanderen dat meer arbeidsuren automatisch leidt tot een hoger beschikbaar inkomen. Door de hogere inkomensgrenzen wordt de lage activiteitsval weliswaar vermeden voor IT-gerechtigden met een laag verdienpotentieel, maar niet voor IT-gerechtigden met een gemiddeld verdienpotentieel.

Voor ZIV-gerechtigden wordt sinds april 2018 de uitkering procentueel afgebouwd in functie van het aantal gewerkte uren (en dus niet in schijven in functie van het arbeidsinkomen). Dit systeem garandeert een continue stijging van het beschikbaar inkomen in functie van gepresteerde arbeidsvolume. Met deze hervorming werd het trillemma van het oude schijvensysteem gebroken. Dit trillemma wijst op drie doelstellingen die moeilijk tegelijkertijd te realiseren zijn: hoge vrijstellingspercentages voor kleine arbeidsinkomens, de garantie dat meer werken leidt tot een hoger inkomen; en vermijden dat personen die goed geïntegreerd zijn op de arbeidsmarkt onnodig veel of onnodig lang overheidssteun blijven genieten. Het is de combinatie van de eerste met de derde doelstelling – dit is de grote weerstand tegen een systeem waarin (bijna) voltijdse tewerkstelling kan worden gecumuleerd met een arbeidsongeschiktheidsuitkering – die het in het oude schijvensysteem moeilijk maakte om het principe van meer inkomen voor meer werk te handhaven (zie Figuur 12). In de nieuwe regeling voor ZIV-gerechtigden bestaat de mogelijkheid van een grote deeltijdse jobs mét behoud van uitkering wel. Dit zorgt ervoor dat er kan worden ingezet op zowel een maximaal vrijstellingspercentage voor kleine deeltijdse jobs, als loon naar werken voor de grotere deeltijdse jobs. Grote deeltijdse jobs worden weliswaar mogelijk alleen tijdelijk getolereerd en staan alleszins onder het toeziend oog van de adviserend geneesheer. Maar in principe opent de recente hervorming de weg naar meer maatwerk (althans in termen van aantal gewerkte uren). Of dit ook in de praktijk zo zal uitpakken, hangt af van de wijze waarop de geneesheren de nieuwe mogelijkheden benutten.

Figuur 12: Vergelijking vrijstellingssysteem voor beroepsinkomens voor IVT- en ZIV gerechtigden (België, 2018)



Bron: MIMOSIS (op basis van hypothetisch gezin)

Laten we ten slotte nog even terug komen op de knelpunten in de huidige IVT-regeling. Die treffen niet alleen de personen met een handicap, maar ook hun partners. Het inkomen van partners van IVT-gerechtigden dat hoger is dan 3.643 euro per jaar, wordt volledig in rekening gebracht. Voor partners met een laag verdienpotentieel

betekent dat een 4/5de job niet meer oplevert dan een 1/5de job (zie Figuur 8). Het mag dus niet verbazen dat slechts 18% van de partners van IVT-gerechtigden werkt, waarvan maar liefst 40% minder dan 4/5de. Ter vergelijking: onder partners van personen met een invaliditeitsuitkering (waarbij het inkomen van de partner alleen indirect een rol speelt) werkt ongeveer de helft, van de partners van IT-gerechtigden (waar de inkomensgrenzen veel hoger liggen) werkt 56%.

5. Conclusies en beleidsaanbevelingen

Het doel van dit hoofdstuk was om de knelpunten in de vigerende wetgeving over de vrijstelling van beroepsinkomens te inventariseren en in functie daarvan een socio-economisch profiel van langdurig arbeidsongeschikten te schetsen. Uit deze profielschets kwam vooral de precaire arbeidsmarkt- en inkomenssituatie van langdurig arbeidsongeschikten naar voor. Het mediane gezinsinkomen van langdurig arbeidsongeschikten ligt ver onder de mediaan van de totale bevolking, ondanks de extra kosten die deze gezinnen moeten dragen. Het meest prangend is de inkomenssituatie van IVT-gerechtigden: hun mediane gezinsinkomen bedraagt ongeveer de helft van de globale mediaan.

Deze moeilijke inkomenssituatie is het resultaat van vele factoren: lage uitkeringen, lage arbeidsinkomens en vaak een cumul van achterstellingen binnen het gezin. Maar liefst 18% van de partners van langdurig arbeidsongeschikten ontvangt zelf een handicapgerelateerde uitkering. Langdurig arbeidsongeschikten hebben meestal geen arbeidsinkomen en als zij werken gaat het vaak om kleine deeltijdse jobs. Hetzelfde geldt, alhoewel in mindere mate, voor hun partners. Nog niet de helft van de partners van langdurig arbeidsongeschikten is aan het werk. Ongeveer 18% van hen werkt maximaal in een 3/5de regeling.

Er zijn evenwel grote verschillen tussen de diverse uitkeringsstelsels. Langdurige arbeidsongeschikten in primaire arbeidsongeschiktheid en IT-gerechtigden zijn vaker aan het werk dan IVT-gerechtigden of personen met een invaliditeitsuitkering. Hoewel meerdere factoren spelen, zijn de verschillen deels te verklaren door verschillen in de wettelijke bepalingen over de vrijstelling van beroepsinkomens. Zo is vooral de werkzaamheid van partners van IVT-gerechtigden zeer laag. In deze regeling weegt het inkomen van de partner dan ook het zwaarst door bij de berekening van de uitkeringshoogte. Ook het schijvensysteem voor de IVT-gerechtigde zelf bevordert vooral arbeidsintegratie via kleine deeltijdse jobs. Er is zelfs sprake van een lage activiteitsval: in sommige gevallen loont het voor een persoon met een handicap niet om een kleine deeltijdse job in te ruilen voor een grote deeltijdse job. Hetzelfde gold tot voor kort voor ZIV-gerechtigden.

De hervorming van de vrijstellingsregeling voor ZIV-gerechtigden van april 2018 zet in op het principe dat meer werken ook moet leiden tot meer inkomen. De financiële

meerwaarde van werken is in de nieuwe regeling voor de meeste gezinnen groter dan in de oude regeling. In die zin laat ze in principe meer maatwerk in termen van aantal werkuren toe, al hangt in praktijk veel af van hoe adviserend geneesheren de nieuwe wet toepassen.

De nieuwe ZIV-regeling voor het cumuleren van arbeidsinkomens met arbeidsongeschiktheidsuitkeringen lijkt op het eerste zicht dus een stuk doeltreffender dan de oude regeling, of de bestaande schijvensystemen voor IT- of IVT-gerechtigden. De vraag stelt zich dan ook of de ZIV-regeling niet uit te breiden is naar andere doelgroepen. Met andere woorden: hoe gerechtvaardigd zijn de huidige beleidsverschillen inzake arbeidsmarktintegratie, bijvoorbeeld tussen ZIV-gerechtigden en IVT-gerechtigden? Toegegeven, personen met ZIV-uitkering hebben mogelijk een grotere binding met de arbeidsmarkt dan IVT-gerechtigden. Zij hebben immers voldoende bijdragen betaald om in regel te zijn met de sociale zekerheid. Maar in hoeverre verantwoordt dit een vrijstellingssysteem dat voor IVT-gerechtigden geen financiële prikkels bevat om eerder 20 uren dan 10 uren per week tegen een minimumloon te gaan werken?

Een andere ongelijkheid die de aandacht van beleidsmakers verdient is de vrijstelling van het arbeidsinkomen van partners. In de IT-regeling werd de afgelopen jaren stevig gesleuteld aan de prijs van de liefde zodat de inkomensvrijstelling voor partners van personen met een handicap intussen een stuk hoger dan ligt voor de gerechtigde zelf (> 40.000 euro per jaar). In de IVT-regeling blijft de prijs van de liefde echter hoog: de inkomensvrijstelling voor partners ligt er onder de vrijstelling van de gerechtigden (< 3.700 euro per jaar). Reflectie is nodig over hoe verdedigbaar het huidige verschil in vrijgesteld inkomen tussen de IVT-gerechtigde en zijn partner is.

Tot slot biedt de recente hervorming in de ZIV-regeling – met de sterkere financiële prikkels tot arbeidsmarktherintegratie –een mooie opportuniteit voor nieuwe onderzoekspistes. De centrale vraag is of de nieuwe ZIV-regeling zijn beloftes ook echt waar maakt. In hoeverre passen adviserend geneesheren hun beleid inzake toegelaten werkhervatting ook effectief aan aan het nieuwe wettelijk kader? Gaan ZIV-gerechtigden ook daadwerkelijk meer aan het werk? Past deze arbeidsmarktre-integratie binnen een capability benadering van de zorg voor langdurig arbeidsongeschikten? Ook is er nood aan meer toekomstgericht onderzoek. Zo werd in het regeerakkoord voor de periode 2014-2019 een verhoging van de minimumuitkeringen tot de armoedegrens in het vooruitzicht gesteld.

Welke impact zou een verhoging van de minimuminvaliditeitsuitkering hebben op de huidige ZIV-regeling inzake de cumul van arbeidsinkomens en uitkeringen? Welke aanpassingen dringen in dat geval zich op? Of nog: zolang de minimumuitkeringen onder de armoedegrens liggen, welke verbetering kunnen we verwachten van het optrekken van het huidige vrijstellingspercentage van 20%? Eerder onderzoek suggereerde dat zo'n verhoging nodig is om ZIV-gerechtigden met laag verdienpotentieel adequaat te bescherming tegen inkomensarmoede (Hufkens et al, 2016).

Kortom, met de recente beleidshervormingen is op het eerste gezicht een belangrijke stap gezet naar een betere socio-professionele re-integratie van ZIV-gerechtigden. Het is nu een kwestie om de exacte consequenties van nabij te blijven opvolgen, waar nodig de regeling bij te sturen en waar wenselijk uit te breiden naar andere doelgroepen.

Annex bij hoofdstuk 4

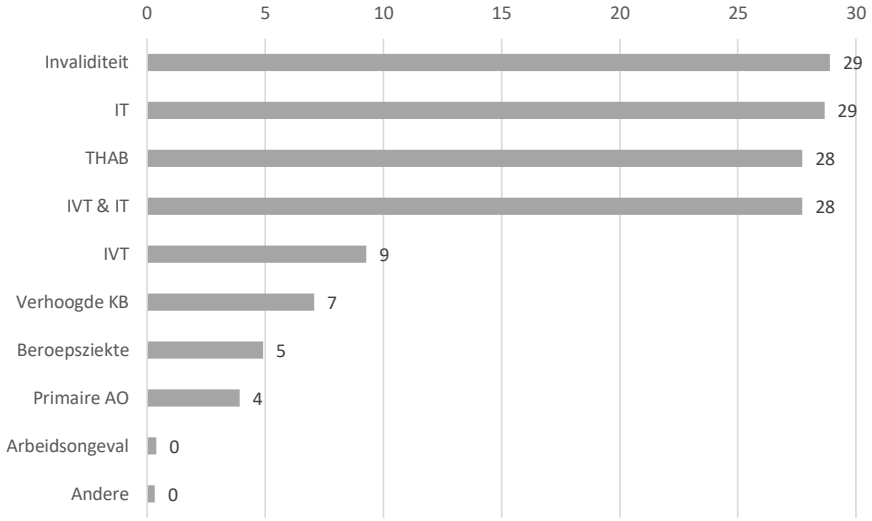
PROFIELSCHETS VAN PERSONEN MET EEN HANDICAP

Natascha Van Mechelen, Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid

Wie zijn de personen die moeten rekenen op een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid of een handicap? We maken hier een profielschets van de langdurig arbeidsongeschikten en personen met een handicap op basis van administratieve bronnen. We beperken onze doelgroep tot alle personen die op basis van hun arbeidsongeschiktheid of handicap minstens 6 maanden erkend zijn door een instelling voor sociale zekerheid, hetzij door het NIC (primaire arbeidsongeschiktheid), het RIZIV (invaliditeit), de FOD SZ (tegemoetkomingen voor personen met een handicap en verhoogde kinderbijslag), het FBZ (beroepsziekte) of het FAO (arbeidsongeval).

Volgens deze definitie was op 31 december 2015 was 8,0% van de Belgische bevolking langdurig arbeidsongeschikt of gehandicapt. Het merendeel van deze personen ontvangen een integratietegemoetkoming (IT), al dan niet gecombineerd met een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT), een invaliditeitsuitkering of een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB). Let op: behalve voor de combinatie van een IT en IVT zijn de cijfers in figuur 1 niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen (zie hoofdstuk 4 voor meer toelichting bij de dubbeltellingen).

Verdeling van de personen met een langdurige arbeidsongeschiktheid over de takken van sociale bescherming (België, 31 december 2015)



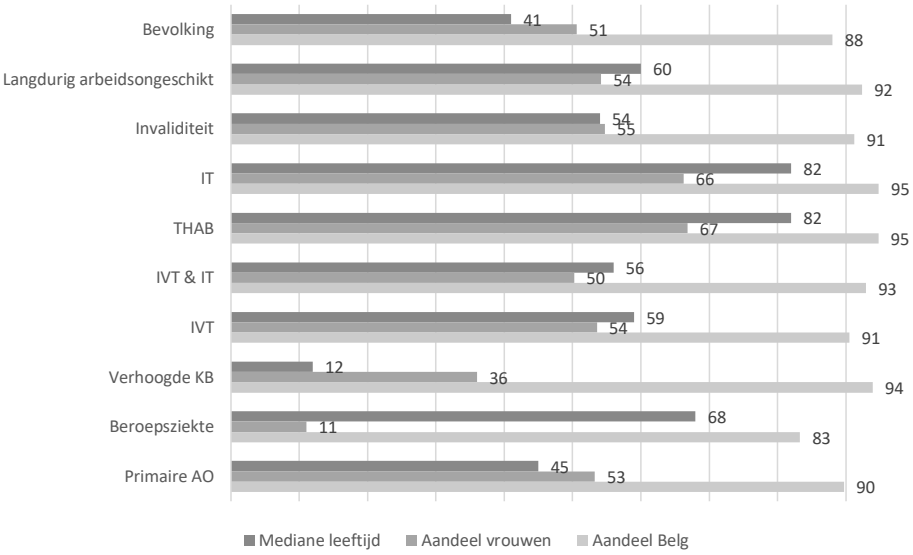
Bron: MIMOSIS (gegevens uit DWH AM&SB, bewerkt door FOD Sociale Zekerheid)

De populatie van personen met een langdurige handicap is relatief oud, behalve in de sector van de verhoogde kinderbijslagen uiteraard. De mediane leeftijd is 60 jaar, versus 41 jaar in de totale bevolking. Voor gerechtigden op een IT of een THAB bedraagt de mediane leeftijd zelfs 82 jaar, maar ook personen met een vergoeding voor een beroepsziekte ligt de mediaan met 68 jaar boven de pensioengerechtigde leeftijd.

Met uitzondering van de rechthebbenden op een verhoogde kinderbijslagen of een vergoeding voor een beroepsziekte, wordt de populatie van langdurig arbeidsongeschiktheid gekenmerkt door een sterke vertegenwoordiging van vrouwen (54 % versus 51% in de totale bevolking). Dit geldt vooral in de sectoren met veel ouderen, zoals de IT en de THAB. Maar ook de begunstigden van een invaliditeitsuitkering, een inkomensvervangende uitkering of een primaire arbeidsongeschiktheidsuitkering zijn merendeels vrouwen.

Sterk ondervertegenwoordigd in de populatie van langdurig arbeidsongeschikten zijn de personen zonder Belgische nationaliteit. In de totale populatie is 88% Belg; in de populatie van langdurig arbeidsongeschikten is dit 92%. Opnieuw zijn vooral rechthebbenden op een vergoeding voor een beroepsziekte de belangrijkste uitzondering: het aandeel Belgen ligt hier onder het populatiegemiddelde (83%).

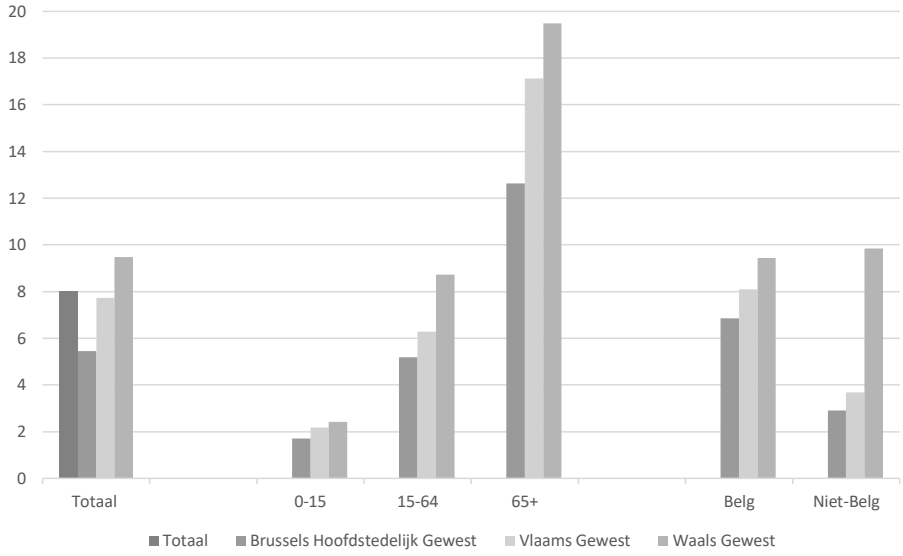
Personen met een langdurige arbeidsongeschiktheid naar leeftijd, geslacht en nationaliteit (België, 31 december 2015)



Bron: MIMOSIS (gegevens uit DWH AM&SB, bewerkt door FOD Sociale Zekerheid)

De kans om erkend te worden als langdurig arbeidsongeschikt verschilt bovendien sterk naar regio. In het Waals Gewest is 10% van de bevolking erkend, in het Vlaams Gewest 8% en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 6%. Het relatief laag aantal erkenden in Brussel is wellicht niet louter het gevolg van de specifieke bevolkingssamenstelling aldaar: de lage erkenningsgraad speelt in alle leeftijdsklassen en zowel bij Belgen als niet-Belgen.

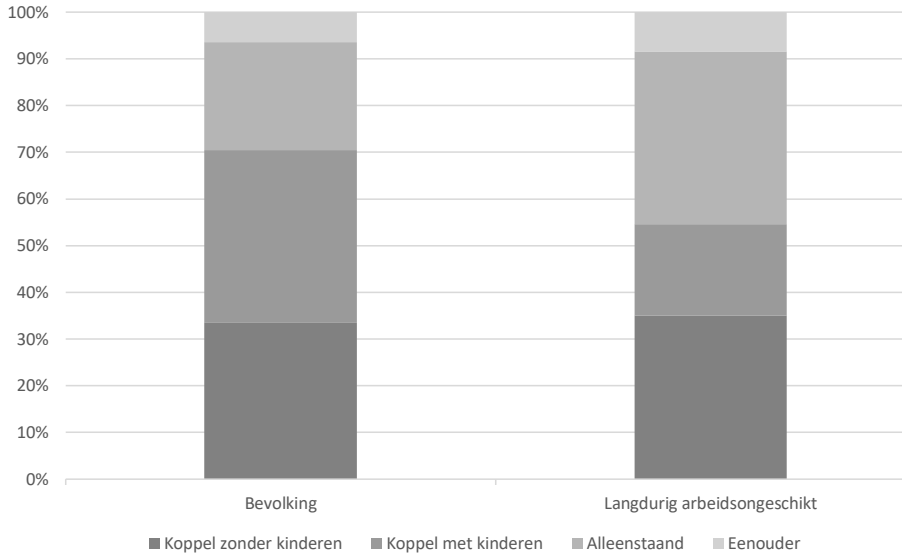
Aandeel personen met een langdurige arbeidsongeschiktheid per gewest (België, 31 december 2015)



Bron: MIMOSIS (gegevens uit DWH AM&SB, bewerkt door FOD Sociale Zekerheid)

De gezinssituatie van langdurig arbeidsongeschikten, tenslotte, is zeer precair. Ten eerste zijn ze relatief vaak alleenstaand (37% versus 20% in de totale populatie). We weten dat het armoederisico en de materiële deprivatie bij alleenstaanden bijzonder hoog is (FPS Social Security, 2018). Het blijkt vandaag moeilijk om rondkomen met één inkomen. Bovendien, zoals al bleek uit hoofdstuk 4, niet-alleenstaande langdurig arbeidsongeschikten wonen zeer vaak samen met een partner die zelf langdurig arbeidsongeschikt is.

Personen met een langdurige arbeidsongeschiktheid naar gezinstype[64] (België, 31 december 2015)



Bron: MIMOSIS (gegevens uit DWH AM&SB, bewerkt door FOD Sociale Zekerheid)

64 Exclusief personen in een collectief huishouden.

Hoofdstuk 5

HANDICAP, DISCRIMINATIE EN ARMOEDE

Véronique Ghesquière, Unia en Henk Van Hootegem, Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting

1. Inleiding

> *"Bezorgd over het feit dat personen met een handicap ondanks deze uiteenlopende instrumenten en initiatieven[65] overal ter wereld nog steeds geconfronteerd worden met obstakels die hun participatie in de samenleving als gelijkwaardige leden belemmeren, alsmede met schendingen van hun mensenrechten" (Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap, Preambule, § k[66]).*

Sinds 2003 – het jaar van de eerste federale wet tot bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie[67] – worden personen met een handicap in België beschermd tegen discriminatie op verschillende openbare domeinen: onder meer werkgelegenheid, huisvesting, opleiding en alle vormen van openbare en private dienstverlening. De Belgische wetgever gaf hierbij blijk van ambitie, want de Europese richtlijn 2000/78[68] legde enkel de omzetting op in het Belgische recht van het verbod op discriminatie in de sectoren werk, arbeid en beroepsopleiding.

---

65 Handvest van de Verenigde Naties; Universele verklaring van de rechten van de mens; Internationaal verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten; Internationaal verdrag inzake burgerlijke en politieke rechten; Verdrag inzake de uitbanning van alle vormen van discriminatie van vrouwen; Verdrag ter voorkoming van foltering en onmenselijke en vernederende behandeling en bestraffing; Verdrag inzake de rechten van het kind; en het Wereldactieplan met betrekking tot personen met een handicap en de Standaardregels voor het bevorderen van gelijke kansen voor personen met een handicap.

66 Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap, aangenomen in New York op 13 december 2006, goedgekeurd door de wet van 13 mei 2009, BS 22 juli 2009. Beschikbaar op www.unia.be, rubriek Wetgeving & Aanbevelingen of op http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413

67 Wet van 25 februari 2003 tot bestrijding van discriminatie en tot wijziging van de wet van 15 februari 1993 tot oprichting van een Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding, BS 17 maart 2003, opgeheven door de wet van 10 mei 2007 tot bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie, BS 30 mei 2007.

68 Richtlijn 2000/78/EG van de Raad van 27 november 2000 tot instelling van een algemeen kader voor gelijke behandeling in arbeid en beroep, PB nr. L 303 van 2 december 2000, p. 16-22.

Het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap (hierna het VRPH of het Verdrag), in werking getreden in België op 1 augustus 2009, vormt een aanvulling op de wettelijke bescherming van personen met een handicap. Het wijst op non-discriminatie als een fundamenteel beginsel, maar richt onze aandacht vooral op aspecten van het leven van mensen met een handicap die vaak over het hoofd worden gezien in onze relatie met hen, of het nu om een persoonlijke, familiale, professionele of juridische relatie gaat. Het VRPH creëert geen nieuwe rechten, maar herinnert ons eraan dat personen met een handicap dezelfde rechten hebben als alle anderen, wat zijn vanzelfsprekendheid verliest en een probleem wordt zodra het om personen met een handicap gaat: het recht om mee te beslissen over zaken die hen aangaan, te kiezen waar en met wie ze willen wonen, een affectief en seksueel leven te leiden, ouders te zijn, niet in isolement en in afzondering van anderen te moeten leven.

Deze wetteksten, zowel in het nationale als in het Europese en internationale recht, vragen ons dus om een paradigmaverschuiving: de persoon met een handicap mag niet langer worden gezien als een voorwerp van zorg, als iemand die vooral gespecialiseerde ondersteuning nodig heeft, die door anderen wordt vertegenwoordigd en over wie anderen het bewind voeren. Hij of zij moet daarentegen worden behandeld als een rechtssubject, als iemand die zijn of haar handelings- en beslissingsbevoegdheid behoudt (en ondersteuning krijgt om die uit te oefenen), die een eigen plaats heeft binnen onze maatschappij en eraan deelneemt, in een toegankelijke en aangepaste omgeving, in de ruime zin.

Na vijftien jaar toepassing van de Belgische antidiscriminatie wetgeving en na tien jaar toepassing van het Verdrag moeten we helaas vaststellen dat, ondanks een zekere vooruitgang, personen met een handicap niet dezelfde rechten en kansen genieten en dat ze nog niet op voet van gelijkheid met anderen staan.

Erger nog, heel veel personen met een handicap leven in armoede. We willen ten eerste aantonen dat de discriminatie waarvan personen met een handicap het slachtoffer zijn, rechtstreekse gevolgen heeft op hun financiële situatie en ten tweede dat deze armoedesituatie op haar beurt hun afhankelijkheid verergert, hun vrijheid en hun levenskeuze beperkt en dus ook hun macht als burgers beknot. In situaties van armoede worden mensen quasi verplicht – bij gebrek aan een menswaardig inkomen – om in eerste instantie te voorzien in de basisbehoeften (gezonde voeding, woonkosten, schoolfacturen, gezondheidskosten, …). Hun keuzevrijheid is erg gering, ze maken louter 'gedwongen' keuzes. Twee fenomenen spelen een rol bij deze beperking van hun vrijheden. Ten eerste het statuut van bewindvoering, waarmee ook heel wat mensen omwille van hun armoedesituatie worden geconfronteerd. Een statuut dat eigenlijk een extreem voorbeeld is van de manier waarop mensen beperkt worden in het maken van eigen keuzes. Ten tweede, het statuut van samenwonende, waarbij mensen met een uitkering – ook uitkeringen voor personen met een handicap – financieel afgestraft worden wanneer ze uit liefde of uit solidariteit gaan samenwonen.

2. Openbare instellingen tot bestrijding van discriminatie en armoede: Unia en het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting

Unia en het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (hierna: het Steunpunt tot bestrijding van armoede) hebben hun werkzaamheden en de eruit voortvloeiende aanbevelingen gebundeld. Ze geven in dit hoofdstuk een overzicht van de situaties waarmee hun respectieve diensten worden geconfronteerd, stellen de bestaande rechtsmiddelen voor en laten de betrokkenen aan het woord.

Het Interfederaal centrum voor gelijkheid van kansen, dat de nieuwe naam Unia kreeg, is een onafhankelijke openbare instelling. Ze is sinds 2003 door de Belgische regering belast is met de bestrijding van discriminatie op raciale en niet-raciale gronden, waaronder handicap en de gezondheidstoestand. In 2013 werd Unia een interfederaal centrum op grond van een samenwerkingsakkoord[69] tussen de federale regering, de gewesten en de gemeenschappen. We zullen zien dat dit een uitgebreide actieradius met zich meebrengt. Unia is bijgevolg zowel voor gewestelijke, communautaire als federale materies bevoegd.

Om haar opdrachten tot een goed einde te kunnen brengen, heeft Unia verschillende werkmethodes, zowel “curatieve” als preventieve. Unia behandelt meldingen van vermeende discriminatiesituaties door advies te verlenen en te bemiddelen. Unia is ook bevoegd juridische stappen te ondernemen om de discriminatie te doen erkennen en te doen beëindigen. Het preventieve werk bestaat uit bewustmaking, informeren en opleiding en begeleiding van de verschillende maatschappelijke actoren. Een andere functie van Unia, dat zeker moet vermeld worden, is het opstellen van adviezen en aanbevelingen gericht aan de overheid en aan andere actoren. Denk maar aan werkgevers, federaties uit bepaalde sectoren (handelszaken, ziekenhuizen, horeca, ...), enz. en dit vaak in samenwerkingsverband met actoren uit het maatschappelijk middenveld, zoals Doof Vlaanderen, de 'Fédération Francophone des Sourds de Belgique', het 'Collectif Accessibilité Wallonie Bruxelles', enz. We richten onze adviezen en aanbevelingen ook aan andere openbare actoren, zoals de 'Délégué général aux droits de l’enfant', het Kinderrechtencommissariaat, het Federale agentschap voor de veiligheid van de voedselketen, Equal.Brussels, enz.

Sinds 2011 heeft Unia er nog een extra opdracht bij: Unia werd aangesteld door de federale staat, de gewesten en de gemeenschappen als onafhankelijke instantie voor de opvolging van de toepassing van het VRPH in België. Deze opdracht heeft zowel betrekking op het opvolgen van de uitvoering als op de promotie en de bescherming van het Verdrag. Bijgevolg analyseert Unia de beleidslijnen, de bestaande wetteksten en de ontwerpen om na te gaan of ze in overeenstemming zijn met het VRPH. Unia

69 Samenwerkingsakkoord van 12 juni 2013 tussen de federale overheid, de gewesten en de gemeenschappen voor de oprichting van het interfederaal Centrum voor gelijke kansen en bestrijding van discriminatie en racisme onder de vorm van een gemeenschappelijke instelling zoals bedoeld in artikel 92bis van de bijzondere wet van 8 augustus 1980.

raadpleegt het middenveld onder meer via haar begeleidingscommissie, die bestaat uit organisaties die personen met een handicap, de academische wereld en de sociale partners vertegenwoordigen (23 leden).

Unia is belast met de strijd tegen discriminatie en de opvolging van de uitvoering van het VRPH in België, terwijl het Steunpunt tot bestrijding van armoede de effectiviteit van de uitoefening van rechten in situaties van armoede evalueert. Merk op dat het Samenwerkingsakkoord betreffende de bestendiging van het armoedebeleid[70] – waarmee het Steunpunt tot bestrijding van armoede in 1999 werd opgericht als interfederale onafhankelijke instelling – armoede beschrijft in termen van een schending van de mensenrechten.

Het Steunpunt tot bestrijding van armoede doet deze evaluatie onder meer door overlegprocessen te organiseren met personen in een armoedesituatie en hun verenigingen en diverse andere actoren. De resultaten van dit overleg, in de vorm van analyses en aanbevelingen rond bepaalde thema's en met een structurele deelname van mensen in armoede, komen terecht in de tweejaarlijkse Verslagen van het Steunpunt tot bestrijding van armoede. De laatste jaren heeft het Steunpunt tot bestrijding van armoede dergelijke overlegprocessen georganiseerd rond thema's zoals sociale bescherming, publieke diensten, en burgerschap. Het tweejaarlijkse Verslag 2016-2017 over burgerschap[71] bevat een hoofdstuk over vrijheid in de uitoefening van rechten en verantwoordelijkheden, als pijler voor burgerschap. Het huidige overlegproces, dat wordt uitgevoerd in het kader van het tweejaarlijkse Verslag 2018-2019 (publicatie in december 2019), gaat over duurzaamheid en armoede.

De evaluatieopdracht van het Steunpunt tot bestrijding van armoede behelst ook activiteiten in verband met het inwinnen van informatie, het publiceren van interessante juridische beslissingen vanuit een armoede-invalshoek, het opvolgen van internationale verdragen over de rechten van de mens (in samenwerking met andere mensenrechtenorganisaties zoals Unia), de ex ante analyse van reglementeringen en hun impact op armoede, de non-take-up van rechten[72].

---

70 Samenwerkingsakkoord tussen de Federale Staat, de Gemeenschappen en de Gewesten betreffende de bestendiging van het armoedebeleid, BS van 16.12.1998 en 10.07.1999, http://http://bit.ly/32o86Xv

71 Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2017). Burgerschap en armoede. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie. Tweejaarlijks Verslag 2016-2017, Brussel, Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, http://bit.ly/36H1Cq9

72 Informatie over deze verschillende werkzaamheden zijn raadpleegbaar op de website van het Steunpunt: www.armoedebestrijding.be.

3. De vormen van discriminatie op grond van handicap

3.1. De antidiscriminatiewetgeving

"Onder 'discriminatie op grond van handicap' verstaat men elk onderscheid en elke uitsluiting of beperking op grond van een handicap dat of die ten doel of tot gevolg heeft dat de erkenning, het genot of de uitoefening, op voet van gelijkheid met anderen van de mensenrechten en fundamentele vrijheden in het politieke, economische, sociale, culturele of burgerlijke leven, of op andere gebieden aangetast of onmogelijk gemaakt wordt. Het omvat alle vormen van discriminatie, met inbegrip van de weigering van redelijke aanpassingen" (VRPH, art. 2).

Sinds de eerste federale antidiscriminatiewet staat Unia in België in voor de analyse, de behandeling en de preventie van discriminatiesituaties op grond van (onder meer) handicap. Unia oefent haar bevoegdheden uit binnen het wettelijke kader van de verschillende teksten van de antidiscriminatiewetgeving[73] en van het VRPH.

Op grond van de antidiscriminatiewetgeving zijn veel gedragingen verboden, zoals rechtstreekse en onrechtstreekse discriminatie, pesterijen, opdracht geven of aanzetten tot discriminatie. Maar één ervan heeft uitsluitend betrekking op personen met een handicap, namelijk de weigering om redelijke aanpassingen te doen.[74] Deze bepaling vloeit voort uit de vaststelling dat dezelfde behandeling niet werkt wanneer personen zich niet in dezelfde situatie bevinden.

In 2004 telde Unia 100 discriminatiedossiers die werden ingediend door personen met een handicap of door hun familiale of professionele omgeving. In 2018 heeft Unia 1.300 meldingen ontvangen, waarvoor ze maar liefst 604 individuele dossiers heeft geopend. Na de raciale motieven is 'handicap' het vaakst genoemde criterium in de situaties van discriminatie waarvan melding wordt gemaakt bij Unia. Dit is altijd zo geweest. In 2004 maakten de dossiers in verband met handicap 7,7 % uit van het geheel van dossiers op grond van alle criteria samen, en in 2018 is dit aandeel gestegen tot 23,7 %.

Elke melding waarvoor Unia bevoegd is, wordt geanalyseerd en de persoon of de instelling die verantwoordelijk wordt gesteld, krijgt de kans zijn eigen versie van de feiten te geven, met uitzondering van bijzonder evidente situaties. Telkens wordt de proportionaliteit van de genomen maatregel geanalyseerd en worden er individuele of structurele oplossingen voorgesteld, besproken in bemiddelingen en aanbevolen.

---

73 Al deze wetteksten kunt u raadplegen op www.unia.be, rubriek Wetgeving & Aanbevelingen.

74 Zie voor de uitwerking van het concept van redelijke aanpassingen, de rechtspraak, praktijkvoorbeelden: "La discrimination fondée sur le handicap", V. Ghesquière, I. Hachez, C. Van Basselaere in Comprendre et pratiquer le droit de la lutte contre les discriminations, red. J. Ringelheim en P. Wautelet, CUP, éd. Anthemis, 2018, p. 111-120.

Een specifiek kenmerk van het verbod op discriminatie dat erg belangrijk is voor personen met een handicap, is dat het discriminerende gedrag niet opzettelijk hoeft te zijn. Zelfs wanneer het goed bedoeld is, kan het personen met een handicap benadelen. Zo worden om veiligheidsredenen - op zich een gewettigd doel - disproportionele en dus discriminerende maatregelen genomen. Denk bijvoorbeeld aan een zwemster met een motorische handicap die de toegang wordt geweigerd tot het zwembad uit schrik dat ze zou verdrinken, en men verbiedt haar om terug te komen tenzij ze begeleid wordt door een volwassene (sic). Een ander voorbeeld is de toegang weigeren aan een jongere met verminderde mobiliteit tot een discotheek uit schrik dat hij zal worden omgeduwd. Tijdens bemiddelingsgesprekken met Unia leek het voor de badmeester of de portier ondenkbaar dat deze personen het erg gewoon zijn om te zwemmen of discotheken te bezoeken en dat ze niet meer bescherming nodig hebben dan anderen.

Deze voorbeelden tonen aan dat een antidiscriminatiewet op zich niet volstaat: de wet moet worden bekendgemaakt, er moeten bewustmakingsacties op touw worden gezet en de inclusie moet worden gepromoot.[75] Op die manier zullen we van jongs af aan personen met een handicap op een andere manier leren kennen dan louter met de focus op hun handicap.

De bemiddelingspoging gaat echter niet steeds de angst of de afwijzing tegen. Zo heeft Unia gerechtelijke stappen ondernomen voor een dove jongere die van een reisbureau niet mee mocht op groepsreis naar Jordanië. Het reisbureau vreesde dat hij niet zelfstandig genoeg was en dat de lokale bevolking aanstoot zou nemen aan zijn gebaren.[76] Meer recent erkende het hof van beroep van Bergen de discriminatie door een hotel dat de toegang had geweigerd van een koppel van wie de vrouw werd begeleid door een geleidehond.[77] In zijn arrest erkende de rechter ook de discriminatie door associatie voor haar man die, ook al heeft hij zelf geen handicap, evenmin toegang kreeg tot het hotel.[78]

3.2. Discriminatie per sector

In welke sectoren komt discriminatie het vaakst voor?

---

75 Zie verder de samenvatting van de Raadpleging van personen met een handicap die door Unia werd uitgevoerd in 2013-2014, in dit hoofdstuk sectie 4.1.2.

76 Gent, 20 januari 2011, R.G. nr. 2010/AR/2943, dat de beslissing genomen in eerste aanleg bevestigt: Kh. Gent, 29 september 2010. De beslissingen kunt u raadplegen op www.unia.be, rubriek Rechtspraak § Alternatieven.

77 Bergen, 23 oktober 2018, 2017/RG/242 en 2017/RG/682, te raadplegen op www.unia.be, rubriek Rechtspraak § Alternatieven. Bergen, 23 oktober 2018, 2017/RG/242 en 2017/RG/682, te raadplegen in de rubriek Rechtspraak § Alternatieven.

78 Discriminatie door associatie betreft discriminatie waarvan een persoon het slachtoffer is wegens zijn nauwe banden met een persoon die wordt gekenmerkt door een beschermd criterium, in dit geval de handicap. Voor meer details: "La discrimination fondée sur le handicap", V. Ghesquière, I. Hachez, C. Van Basselaere in Comprendre et pratiquer le droit de la lutte contre les discriminations, red. J. Ringelheim en P. Wautelet, CUP, éd. Anthemis, 2018, p. 100-101.

De meeste meldingen hebben betrekking op **goederen en diensten** (31,8 % in 2018). Behalve in 2017, toen het aantal meldingen gelijk was aan dat van de sector werkgelegenheid. Dit is kenmerkend voor dossiers met betrekking tot handicap (in vergelijking met dossiers over andere beschermde criteria, zoals zogenaamd ras, leeftijd, seksuele geaardheid, ...). De meldingen van discriminatie op basis van handicap gaan vooral over openbaar vervoer, en openbare en private diensten zoals banken en verzekeringen. Bijna 30 % van de dossiers heeft betrekking op toegankelijkheidsproblemen, vooral dan van gebouwen, van alle mogelijke vormen van openbaar vervoer (treinen, trams, bussen, metro's, vliegtuigen), maar ook het gebrek aan toegankelijkheid van informatie, telecommunicatie- en betalingsmiddelen (geldautomaten, e-banking). Ook het weigeren van de toegang voor personen met een geleidehond komt vaak voor.

Hoe kan men een toegankelijke en aangepaste **woning** vinden als men slechts over beperkte inkomsten beschikt en de sociale woningen ontoegankelijk en schaars zijn? Al jarenlang ontvangt Unia regelmatig meldingen van personen met een handicap aan wie een woning werd geweigerd omwille van hun inkomsten, uitkeringen voor personen met een handicap. Het gaat hierbij om rechtstreekse discriminatie op grond van vermogen en om onrechtstreekse discriminatie op grond van de handicap. De persoon wordt geweigerd omdat hij geen arbeidsovereenkomst heeft of omdat de uitkeringen niet in beslag kunnen worden genomen wanneer de huur niet wordt betaald.[79] Ook de aanpassingen die voor personen met een handicap nodig zijn in huizen en appartementsgebouwen blijken hierin een rol te spelen.[80]

Hoe kan men een **sociaal, familiaal, cultureel leven** uitbouwen zoals iedereen en hoe kan men zelfstandig zijn, als het openbaar vervoer niet toegankelijk is? En als men geen toegang heeft tot informatie? Als men voortdurend wordt doorverwezen naar gespecialiseerde vrijetijdsbestedingen en leefruimtes? In 2012 ontving Unia bijna honderd meldingen toen een welbekend attractiepark zijn veiligheidsnormen had bijgewerkt en negentien van zijn attracties had verboden voor personen met een handicap.

Wanneer een persoon met een handicap een verzekering wil afsluiten om een woning te kopen of zich te beschermen tegen hoge ziekenhuiskosten, moet hij, wegens zijn of haar handicap, een aanzienlijke premietoeslag betalen. Zoniet, dan wordt de verzekering geweigerd. Als een klant om redenen in verband met zijn motorische of visuele handicap de online diensten van zijn bank niet kan gebruiken, is het alternatief om naar het loket van zijn bankkantoor te gaan om er de nodige verrichtingen uit te voeren. En dat wordt hem dan aangerekend als een betaalde dienst.

---

79 Rechtbank van eerste aanleg, Namen, 5 mei 2015, te raadplegen op www.unia.be, rubriek Rechtspraak & Alternatieven of op www.armoedebestrijding.be, rubriek Mensenrechten en armoede, huisvesting. Zie ook infra, noot 85.

80 Zie onder meer: La problématique des aménagements raisonnables dans le contexte des immeubles à appartements en copropriété, Advies van Stefan Sottiaux, Instituut voor Constitutioneel Recht KU Leuven (28 maart 2011) in Evaluation de la loi antidiscrimination et de la loi antiracisme, Unia, 2017, te raadplegen op www.unia.be, rubriek Publicaties en Statistieken.

In 2018 had 24 % van de dossiers over discriminatie op basis van handicap betrekking op de tewerkstellingssector. In 2006 bekwam Unia hierover voor het eerst een rechterlijke uitspraak. De zaak ging over een vrouw met een vervangingscontract. Toen de job vrijkwam voor een contract van onbepaalde duur, werd ze echter geweigerd. Het motief: ze had een epilepsieaanval gekregen op het werk en had haar ziekte verzwegen voor haar werkgever.[81] De arbeidsgeneesheer, die door de werkneemster op de hoogte was gebracht, had haar nochtans geschikt verklaard voor de functie. De rechter heeft er heel terecht op gewezen dat ze de werkgever niet op de hoogte hoefde te brengen en dat dit type informatie enkel moest worden overgemaakt aan de arbeidsgeneesheer, wat ze had gedaan.

Een groot deel van deze dossiers toont wel aan dat zodra de handicap wordt vermeld in een sollicitatieprocedure, de persoon wordt geweigerd. En dit nog voor die zijn of haar kandidatuur heeft mogen verdedigen in een gesprek. De meest voorkomende situaties zijn echter de weigeringen van redelijke aanpassingen op het werk. Zoals bekend, zijn 80 % van de handicaps voor het leven. Wanneer de handicap opduikt of verergert, kan men vaak enkel aan het werk blijven door redelijke aanpassingen. De meldingen die Unia hierover ontvangt en een toenemende rechtspraak wijzen uit dat de verplichting om redelijke aanpassingen te doen nog al te vaak wordt miskend of genegeerd.

Talrijke rechterlijke uitspraken wijzen erop dat de werkgever op een ernstige manier alle mogelijke redelijke aanpassingen moet overwegen voordat hij een persoon met een handicap ontslaat. Het arrest-Ring van het Europees Hof van Justitie stelde reeds in 2013 vast dat een vermindering van de arbeidstijd kan worden beschouwd als een redelijke aanpassing, net als een functiewijziging.[82] Unia stelt vast dat in de door haar behandelde dossiers de meest gevraagde (en geweigerde) aanpassingen zowel materieel (telefoon met geluidsversterker voor een dove medewerker, weigering van een doventolk bij een rekrutering) als organisatorisch (verzoek om telewerk, reorganisatie van de opdrachten, vast klaslokaal op de benedenverdieping voor een lerares met beperkte mobiliteit) zijn.

Tot slot komt discriminatie in het **onderwijs** ook voor in de cijfers van Unia (25,7 %). Het neemt zelfs jaarlijks toe en dit voor zowel de Vlaamse als de Franse gemeenschap. Het gaat om leerlingen met een handicap van wie de inschrijving wordt geweigerd of vooral voor wie men geen redelijke aanpassingen wil doen. Er bestaat spanning in de twee gemeenschappen, waar de twee onderwijssystemen (gewoon en buitengewoon) onder druk worden gezet. Men verwijt het buitengewoon onderwijs een te groot aantal leerlingen die er niet zouden moeten zitten of die er zitten om de verkeerde redenen (leerlingen uit maatschappelijk achtergestelde socio-economische milieus, leerlingen met een taalachterstand). Het gewoon onderwijs wordt dan weer beschuldigd van een gebrek aan bereidheid om leerlingen met leermoeilijkheden of met een handicap te verwelkomen. Het zou daar ook niet voldoende op voorbereid zijn op ondersteund in worden, met als gevolg dat die kinderen worden doorverwezen naar het buitengewoon onderwijs.

---

81 Arbrb. Brussel, 30 november 2006, te raadplegen op www.unia.be, rubriek Rechtspraak § Alternatieven.

82 HvJ, 11 april 2013, HK Danmark, gevoegde zaken C-335/11 en C-337/11.

In 2018 heeft Unia het overleg met ouders, leerkrachten, Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB's) en andere onderwijsactoren opgevoerd. Net als Unia hebben zij er genoeg van om voor leerling per leerling aanpassingen te doen, de nodige steun voor leerlingen met een handicap te moeten regelen en telkens opnieuw te moeten bespreken. Unia promoot daarom de (geleidelijke) totstandkoming van een inclusief onderwijssysteem, zoals het VRPH dat vraagt, met een toenadering van de verschillende betrokken systemen (gewoon en buitengewoon onderwijs, onderwijs en gezondheid, onderwijs en beleid inzake personen met een handicap). Om zo structurele oplossingen en gedeelde middelen te bevorderen en te ondersteunen, en beter te voldoen aan de behoeften van elke leerling, met of zonder handicap.

3.3. Verband tussen discriminatie en armoede

> *"Met nadruk wijzend op het feit dat de meerderheid van personen met een handicap in armoedige omstandigheden leeft en in dit verband erkennend dat het zeer noodzakelijk is dat de negatieve gevolgen van armoede voor personen met een handicap worden aangepakt» (VN-Verdrag, Preambule, t)"*

Ongeveer 40 % van de personen met een tegemoetkoming voor personen met een handicap leven onder de armoedegrens.[83] Deze uitkeringen bevinden zich onder de armoederisicogrens, op 75 %. De SILC enquête toont dat 24,7 % van de personen die verklaren beperkt te zijn door een handicap, een armoederisico kennen (tegenover 12,8 % bij de bevolking zonder handicap). Eén persoon op 10 is ernstig materieel gedepriveerd.

Naast de lage inkomens verhoogt discriminatie – omwille van bijvoorbeeld handicap – het armoederisico. Denk bijvoorbeeld aan de hierboven aangehaalde situaties van discriminatie op de arbeidsmarkt, die kunnen leiden tot een gebrek aan inkomen en een situatie van armoede en bestaansonzekerheid.

Anderzijds worden mensen in armoedesituaties soms met discriminatie geconfronteerd, bijvoorbeeld op het vlak van wonen. Tijdens het overleg dat het Steunpunt tot bestrijding van armoede organiseerde in functie van zijn tweejaarlijkse Verslag 'Burgerschap en armoede'[84] werd door mensen die in bestaansonzekerheid leven een heel sterk gevoel van discriminatie bij het zoeken naar een woning geuit. Dat gevoel werd geobjectiveerd en bevestigd, meer bepaald in de Diversiteitsbarometer die Unia in 2014 opmaakte. In de eerste fase van het huurproces, met name de advertentie, is "veruit het meest geviseerd […] het criterium vermogen". Bij 83,2 % van de bestudeerde advertenties die minstens één direct discriminerend sleutelwoord bevatten, stond een rechtstreeks discriminerende formulering of voorwaarde in verband met het criterium van vermogen.[85]

---

83 Zie hoofdstuk 3 van dit themaboek en de Handilab Studie van 2012: http://bit.ly/34CHVh2

84 Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2017). Supra, noot 71.

85 Interfederaal Gelijkekansencentrum (2014). Diversiteitsbarometer Huisvesting, Brussel, Interfederaal Gelijkekansencentrum, p. 195, beschikbaar op www.unia.be, rubriek Publicaties en Statistieken.

Vaak wordt geselecteerd op basis van de oorsprong van het inkomen en weigeren sommige eigenaars rekening te houden met inkomens die niet uit arbeid voortvloeien (zoals bijvoorbeeld de inkomensvervangende tegemoetkoming voor personen met een handicap). Bij het eerste contact – meestal telefonisch of via mail – blijkt dat *"de kandidaat-huurders met een leefloon of een arbeids-ongeschiktheidsuitkering […] het meest nadelig behandeld worden"*[86]. Zoals we hebben aangehaald, kunnen dergelijke situaties via de anti-discriminatiewetgeving behandeld worden, op basis van de discriminatiegronden 'sociale afkomst' en 'vermogen' of onrechtstreeks 'handicap'. In een uitspraak van 5 mei 2015 heeft de Rechtbank van eerste aanleg van Namen[87] voor de eerste keer deze vorm van voorafgaandelijke selectie veroordeeld. De door Unia aanhangig gemaakte rechtsvordering had als vertrekpunt meerdere meldingen over een eigenaar, die van zijn kandidaat-huurders het bewijs vroeg van een arbeidscontract van onbepaalde duur en een minimum inkomen van 2000 euro per maand[88]. Wat gesanctioneerd werd is het feit van een *"de facto uitsluiting"* door een eigenaar van *"al wie, zonder een arbeidsbetrekking van onbepaalde duur, niet minder in staat is om van een regelmatig inkomen te genieten, zoals de gepensioneerden, de rechthebbenden op een vervangingsinkomen, de huishoudens die hun middelen betrekken uit aandelen/obligaties of ook uit huur van onroerend goed, enz."*.[89] Eerder had de Gegevensbeschermingsautoriteit (voorheen de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer) al hetzelfde standpunt ingenomen.[90]

Het verband tussen discriminatie en armoede werd in het kader van het Europees Jaar van de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting onderzocht door Equinet, het Europees netwerk van equality bodies, wat leidde tot hun publicatie 'Addressing Poverty and Discrimination: Two Sides of the One Coin'. In 2018 werd dit materiaal geactualiseerd in een conferentie[91], waar Unia en het Steunpunt tot bestrijding van armoede in een gezamenlijke bijdrage hun verschillende, maar complementaire aanpak, aanbrachten: Unia onder meer via de individuele klachtenbehandeling, het Steunpunt tot bestrijding van armoede onder meer via zijn collectief overlegproces met verenigingen waar armen het woord nemen en andere diverse stakeholders. Merk op dat een aantal landen niet beschikken over een discriminatiegrond als 'vermogen'. Interessant hierbij is de tekst van ATD Vierde Wereld Nederland die in het kader van

86 Diversiteitsbarometer Huisvesting, zie ook supra, noot 85.

87 Rb. Namen, 5 mei 2015, te raadplegen op www.unia.be, rubriek Rechtspraak & Alternatieven of op www.armoedebestrijding.be, rubriek Mensenrechten en armoede, huisvesting. Zie ook: www.justice-en-ligne.be/IMG/pdf/nbe--2015_05_05_trib._namur.pdf Zie ook supra, noot 79.

88 Interfederaal Gelijkekansencentrum (11 mei 2015). 'Erkenning van discriminatie op basis van 'vermogen' in de huisvestingssector: uitspraak vormt precedent in België'.

89 Bernard, Nicolas. (1 Juli 2015). "Le propriétaire face au choix de son locataire : sélectionner, oui... discriminer, non !", www.justice-en-ligne.be.

90 Zie de aanbeveling n° 01/2009 van 18 maart 2009 aan de verhuurders en vastgoedmakelaars betreffende de verwerking van gegevens van kandidaat-huurders, SE/08/128.

91 Op 22 maart 2018 organiseerden Equinet en de Irish Human Rights and Equality Commission de conferentie 'Poverty and discrimination: two sides of the same coin' in Dublin, http://bit.ly/2Crvvgc.

een toespraak bij het College voor de rechten van de mens voor de invoering van een dergelijke grond in Nederland pleit.[92]

3.4. Burgerschap, in situaties van armoede en van handicap

In hoofdstuk 3 van dit boek wordt het hogere armoederisico voor personen met een handicap besproken. In dit punt bekijken we twee situaties waar armoede en handicap elkaar kruisen. Deze thema's kwamen aan bod in het overlegproces dat het Steunpunt tot bestrijding van armoede over 'Burgerschap en armoede' organiseerde in functie van zijn recentste tweejaarlijkse Verslag[93], en meer specifiek in het kader van de uitwisseling rond het belang van keuzevrijheid voor burgerschap. Burger zijn, betekent vrij zijn om eigen keuzes te maken. Wanneer je in armoede leeft is dit echter niet evident: een gebrek aan een menswaardig inkomen verplicht mensen te 'kiezen' welke factuur al dan niet betaald zal worden (huur, energie- en waterfactuur, gezondheidskosten, schoolfactuur, enz.). Nauw verbonden met het begrip 'vrijheid' is ook recht op respect voor het privéleven: het feit dat mensen in armoede – eens men een bepaalde hulp vraagt – te maken krijgen met controle, dat er voortdurend gegevens over hun leven worden opgevraagd en uitgewisseld, enz. Deze controle en gegevensuitwisseling is de voorbije jaren zeker versterkt in het kader van de strijd tegen sociale fraude en van het (on)veiligheidsdebat. Het recht op een privéleven staat dus ook bij uitkeringsgerechtigde personen met een handicap onder druk.

3.4.1. Bewindvoering van de goederen en/of de persoon

> *"En men is geneigd om tegen ons te zeggen: als je dit werk doet, krijg je X euro, in plaats van X euro, dit of dat krijg je niet. Men steekt ons veel stokken in de wielen. Als je dit niet doet, krijg je straf, enz., terwijl we volwassen zijn, oké, er zijn wel kleine verschillen, maar we zijn net als iedereen." (persoon met een handicap, Raadpleging van personen met een handicap, Unia, 2013-2014)*

Een eerste punt betreft het statuut van bewindvoering van de goederen en/of de persoon. Het beheer van een budget en keuzes met betrekking tot de eigen goederen en de eigen persoon zijn fundamentele onderdelen van de vrijheid van elke burger. Maar als iemand omwille van gelijk welke beperking moeilijkheden heeft om zijn goederen en/of zijn persoon te beheren, dan bestaan er verschillende mechanismen om hem daarin bij te staan. Eén van die beschermingsmaatregelen is het bewind over de goederen en/of over de persoon. Deze maatregel wil meerderjarigen beschermen die zelf niet langer het beheer over hun goederen of over hun persoon in eigen hand kunnen nemen omwille van hun lichamelijke of geestelijke toestand.

---

92 Redegeld, Tom (2017). Discriminatie op grond van armoede. Het bevorderen van een (Europese) aanpak, ATD Vierde Wereld, https://www.academia.edu/34500586/ATD_Vierde_Wereld_Nederland.

93 Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2017). Supra, noot 71.

Bewindvoering is een extreem voorbeeld van hoe mensen geen greep meer hebben op hun eigen leven en er stellen zich vragen over het aantal mensen in armoede die in dit statuut terecht komen. We kregen verschillende signalen dat wanneer een OCMW geen oplossingen meer ziet in een situatie van armoede, de betrokken persoon soms wordt aangeraden om bewindvoering aan te vragen. In dergelijke situaties komt bewindvoering eigenlijk neer op een budgetbeheer van een inkomen dat te beperkt is. We merken ook op dat in de praktijk de scheiding tussen geestelijke gezondheid en leven in precaire omstandigheden soms dun is, en mensen omwille van armoede in het statuut terecht komen.

Mensen in armoede beschikken niet over voldoende informatie om een weloverwogen keuze te maken en komen terecht in een situatie waaruit ze niet meer uit kunnen ontsnappen: *"Mensen in armoede hebben geen enkele keuzevrijheid meer zodra ze onder bewind staan. De rechter heeft geen tijd meer en neemt 'standaard'-beslissingen. Het is erg moeilijk om beslissingen ongedaan te maken. Dit is geen werk van zes maanden of een jaar, maar van ettelijke jaren."*. Zo werd in het overleg binnen het Steunpunt tot bestrijding van armoede het voorbeeld aangehaald van *"iemand bij het Centrum Kauwenberg die al 20 jaar onder bewind staat. Ze heeft geen schulden en zelfs al een aardig spaarpotje. Desondanks wordt haar bewind verlengd om haar 'tegen zichzelf te beschermen"*.

Het systeem van bewindvoering, alsook de toepassing ervan in de praktijk, vormen het voorwerp van kritiek vanwege de verenigingen uit de sociale sector en de gezondheidszorg. Zo hebben meer dan vijftig verenigingen – na de invoering van de nieuwe wet over het statuut[94] - de handen in elkaar geslagen om een meldpunt[95] op te richten waar mensen met klachten terecht kunnen. Het doel ervan is om "een inventaris te maken van de zwakke punten van het nieuwe systeem van gerechtelijke bescherming van meerderjarigen (wet van 17 maart 2013)" en om aanbevelingen te doen in een jaarverslag.

In het overleg binnen het Steunpunt tot bestrijding van armoede werden verschillende problemen aangehaald met betrekking tot het statuut:

- het gebeurt geregeld dat de goederen en/of de persoon van mensen die in armoede leven onder bewind worden geplaatst wanneer iemand voor steun gaat aankloppen bij het OCMW;
- de betrokkenen zijn niet zich niet altijd bewust van de gevolgen van een dergelijke maatregel; vaak wordt deze ook verward met zowel collectieve schuldenregeling als schuldbemiddeling;
- vaak ontbreekt een voorstel aan de betrokkene voor begeleiding en vorming;
- het aantal dossiers en het gebrek aan tijd zijn een probleem voor de vrederechters;
- een conflict met de beheerder – die eventueel tegelijk advocaat is – is niet evident;

94 Wet van 17 Maart 2013 tot hervorming van de regelingen inzake onbekwaamheid en tot instelling van een nieuwe beschermingsstatus die strookt met de menselijke waardigheid, BS, 14 juni 2013, p. 38132.

95 Zie: www.meldpuntbewindvoering.be

- er is vaak een gebrek aan transparantie en aan verstaanbare informatie.

Het statuut op zich en de toepassing ervan hebben dus een aantal negatieve effecten voor diegenen die in armoede leven, met een grote impact op hun privéleven. Ook personen met een handicap komen – omwille van hun handicap – in dit statuut terecht, met gelijkaardige problemen als hierboven vermeld. Bewindvoerders blijken niet altijd genoeg oog te hebben voor de rapportering inzake de bewindvoering, de mogelijkheden tot ontwikkeling van autonomie en tot het verlaten van het statuut. Betrokkenen worden als 'incapabel' beschouwd. Dit zijn vaststellingen die ook vertrouwd klinken bij personen met een handicap. Daarom is het belangrijk om blijvend de wetgeving te evalueren, niet alleen op het beschermend vermogen maar ook op het emancipatorisch vermogen.

3.4.2. Het statuut samenwonende

In het overleg van het Steunpunt tot bestrijding van armoede kwam ook het 'statuut samenwonende' ter sprake als één van de grootste inbreuken op de vrijheid als burger. Hieronder verstaan we alle situaties waarin mensen, omwille van het feit dat ze samenwonen, een lager bedrag ontvangen aan vervangings- of bijstandsuitkeringen of aan sociale toeslagen, correcties of voordelen dan alleenstaanden, of er helemaal geen recht op hebben.

Terwijl samenwonen een vooruitgang kan betekenen in de sociale en economische situatie van de betrokkenen, vormt het statuut een rem en een obstakel voor de effectiviteit van de economische, sociale en burgerlijke rechten van mensen in armoede. Het hypothekeert niet alleen hun recht op een menswaardig bestaan, maar brengt ook hun recht op een gezinsleven en hun recht op een privéleven (cfr. het controle-aspect) in gevaar. Daarenboven betekent het statuut samenwonende een inbreuk op hun keuzevrijheid om samen te wonen met wie ze willen, zelfs binnen hun gezin, en ondermijnt het onderlinge solidariteit.

Het gaat hier om verschillende soorten situaties:

- mensen in armoede die omwille van het statuut samenwonende verhinderd worden om als koppel of gezin samen te leven met een partner en kinderen;
- mensen in armoede die bijna onmogelijk onderdak kunnen verschaffen aan een familielid, vriend, kennis of lotgenoot in nood zonder daar een prijs voor te betalen;
- uitkeringsgerechtigden uit verschillende gezinnen die willen samenwonen om hun woonkosten te drukken met het risico hiervoor financieel gestraft te worden.

Eén van de problemen bij het statuut samenwonende betreft het bestaan van verschillende definities en invalshoeken in de verschillende regelgevingen, en de complexiteit die daarbij komt kijken. Tijdens de reflectievoormiddag die het Steunpunt

tot bestrijding van armoede op 19 april 2018 in de Senaat organiseerde, wees prof. Nicolas Bernard er op dat de notie van 'samenwoning' niet universeel van toepassing is in het domein van de sociale uitkeringen.[96] Voor wat betreft de uitkeringen voor personen met een handicap, is er geen statuut 'samenwonende' in strikte zin:[97]

- Personen die "alleen" wonen, hebben recht op het tussenliggende tarief ("categorie B")[98], net zoals de personen die "gedurende ten minste drie maanden zowel overdag als 's nachts in een zorginstelling verblijven".
- Personen die "in een huishouden wonen"[99] krijgen het hoogste tarief ("categorie C"), met dien verstande dat "het bestaan van een huishouden wordt vermoed wanneer [de betrokkenen], hun hoofdverblijfplaats op hetzelfde adres hebben"[100]; hetzelfde geldt voor personen met een handicap die één of meer kinderen ten laste hebben.
- Maar "Er kan, per huishouden, slechts één persoon zijn" die dit hoogste tarief ontvangt. Daarentegen, wanneer twee personen tot categorie C behoren, zal elk van hen het tussenliggende tarief ontvangen.
- Tot slot zijn er degenen die niet in één van deze categorieën vallen ("categorie A"). Het gaat hier met name om personen die bijvoorbeeld samenwonen met hun meerderjarig kind (niet ten laste), hun broer of hun oom, respectievelijk bloed- of aanverwanten in de eerste, tweede en derde graad.

Personen met een handicap die samenwonen met hun partner behoren dus tot categorie C met de hoogste maximale tegemoetkoming. Deze regeling weerspiegelt de voorkeur van de wetgever voor solidariteit binnen het huishouden van de persoon met een handicap (dit wil zeggen: elke samenwoning van twee personen die geen bloed- of aanverwant zijn in de eerste, tweede of derde graad) of voor de opvang van personen met een handicap in een professionele structuur.

Maar dit betekent niet dat samenwonen geen impact met zich meebrengt voor de uitkeringen. Bij de berekening van de werkelijke tegemoetkoming wordt wel degelijk rekening gehouden met de inkomsten van het huishouden, dus met deze van de partner met wie men samenwoont: *"Het uiteindelijke bedrag kan erg verschillen van*

96 Bernard, Nicolas (2018). "Naar een nieuwe benadering van het statuut samenwonende", in: Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, Verslag van de reflectievoormiddag. Voorbij het statuut samenwonende, 19 april 2018, Brussel, p. 10. http://bit.ly/2Nts2Eg

97 Art. 4 KB 6 juli 1987 betreffende de inkomensvervangende uitkering en de integratietegemoetkoming, BS 8 juli 1997.

98 Zie voor een bespreking van de categorieën hoofdstuk 2 van dit boek over het federaal beleid voor personen met een handicap.

99 Waarbij onder huishouden wordt verstaan: "elke samenwoning van twee personen die geen bloed- of aanverwant zijn in de eerste, tweede of derde graad" – meestal koppels (Art. 7, §3, al. 1 wet 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap, BS 1 april 1987).

100 Art. 7, §3, al. 2 wet 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap.

persoon tot persoon, waardoor het moeilijk vooraf vast te stellen is welke categorie financieel het meest voordelig is."[101]

Principieel kan een onderscheid gemaakt worden tussen de sociale zekerheid – die gebaseerd is op een verzekeringslogica – en de sociale bijstand. De inkomensvervangende tegemoetkoming kadert in de sociale bijstand, waarbij inderdaad rekening wordt gehouden met de inkomsten in het huishouden. Er dringt zich echter een debat op over de schaalvoordelen die gerealiseerd worden bij het samenwonen en of de bedragen niet beter kunnen afgestemd worden op deze reële schaalvoordelen.

De integratietegemoetkoming heeft een andere finaliteit dan de inkomensvervangende tegemoetkoming: deze moet toelaten om de extra kosten van een handicap te dragen. Maar bij de berekening van het bedrag van de integratietegemoetkoming wordt niet alleen gekeken naar de mate waarin de handicap de zelfredzaamheid beperkt, maar worden ook de inkomsten van de partner (samenwonenden zonder bloedverwantschap tot de derde graad) meegerekend. Personen met een handicap wiens zelfredzaamheid in dezelfde mate beperkt wordt, ontvangen dus een verschillende tegemoetkoming naargelang het inkomen van de persoon met wie ze eventueel samenwonen. De integratietegemoetkoming zou in functie van de handicap moeten gezien worden en inkomensonafhankelijk gemaakt moeten worden.[102]

Het erkennen en ondersteunen van samenwonen is in elk geval één van de uitdagingen van het sociaal en armoedebestrijdingsbeleid. Het Steunpunt tot bestrijding van armoede heeft er dan ook voor gekozen om zijn memorandum voor de gewestelijke en federale verkiezingen van 2019 aan het statuut samenwonende op te hangen.[103]

---

101 Bernard, Nicolas (2018), zie supra, voetnoot 96, p. 11.

102 Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2013). Sociale bescherming en armoede. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie, Brussel, Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, p. 93, https://www.armoedebestrijding.be/publications/verslag7/volledigverslag.pdf

103 Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2018). Memorandum van het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting voor de federale en regionale verkiezingen 2019. Samenwonen erkennen, ondersteunen en aanmoedigen, december 2018, Brussel, Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, http://bit.ly/32uoUfx

4. Rapportage op internationaal vlak en aanbevelingen

4.1. Is het VRPH een hefboom tegen discriminatie en armoede?

4.1.1. De opvolging van de uitvoering van het VRPH – Rapportageprocedure aan het VN-Comité van experten[104]

De ratificatie van het VRPH impliceert dat elke staat die partij is, twee jaar nadat dit Verdrag in werking is getreden, een eerste "uitgebreid rapport over de maatregelen die zijn genomen om zijn verplichtingen uit hoofde van dit Verdrag na te komen, alsmede over de vooruitgang die is geboekt in dat verband" (art. 35 VRPH) indient bij het VN-Comité voor de Rechten van Personen met een Handicap. Het eerste statelijk rapport van België werd tijdig ingediend aan het Comité van experten in 2011.[105]

Als onafhankelijke instantie kreeg Unia de opdracht om een zogenaamd parallel rapport op te maken. Unia wil zo dicht mogelijk bij de bezorgdheden en wensen van personen met een handicap staan en heeft daarom samen met haar begeleidingscommissie[106] aan dit rapport gewerkt en heeft in 2013 en 2014 in de drie gewesten een consultatie van personen met een handicap laten uitvoeren (zie hierna, b). Er vloeide een reeks vaststellingen en aanbevelingen uit voort die inspiratie bood voor het parallel rapport van Unia (zie hierna, c)[107]. Elk artikel van het Verdrag werd onderzocht op het vlak van de naleving in België van de vereisten van het artikel, in de wetenschap dat sommige bepalingen een onmiddellijke uitvoering eisen (zoals de plicht tot redelijke aanpassingen), en andere dan weer een geleidelijke realisatie (zoals het toegankelijk maken van gebouwen en het openbaar vervoer of het implementeren van inclusief onderwijs)[108]. De situatie van de verschillende gewesten en gemeenschappen werd erg vaak afzonderlijk geanalyseerd. Elk aan een artikel gewijd hoofdstuk werd afgerond met aanbevelingen. Het Belgian Disability Forum en GRIP hebben ook schaduwrapporten ingediend[109]. Onze drie organisaties hebben de handen in elkaar geslagen om invloed uit te oefenen op de vragenlijst die aan België werd gericht.

---

104 Zie "De evaluatie door het VN-Comité voor de Rechten van Personen met een Handicap: een chronologie" op www.unia.be, rubriek Discriminatiegronden, Handicap.

105 Statelijk rapport van België, 28 juli 2011, CRPD/C/BEL/1,: http://bit.ly/343PmOe

106 Deze commissie werd in 2011 opgericht binnen Unia om Unia te begeleiden in haar opdracht van opvolging van de uitvoering van het VRPH in België. Ze telt 23 leden die adviesraden van personen met een handicap, de sociale partners en de academische wereld vertegenwoordigen. Ze vergadert om de twee maanden.

107 Parallel rapport van Unia, 14 april 2014, beschikbaar op www.unia.be, rubriek Publicaties & Statistieken.

108 De geleidelijke realisatie van een bepaling is wel een "precieze en continue verplichting om zo snel en efficiënt mogelijk alles in het werk te stellen om de volledige realisatie te bereiken" (Algemene opmerking nr. 4 (2016) van het Comité voor de Rechten van Personen met een Handicap over het recht op inclusief onderwijs: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/4&Lang=en).

109 Schaduwrapport opgestart en gecoördineerd door het BDF, 20 februari 2014: http://bit.ly/36PFRVd. Schaduwrapport van GRIP, 21 augustus 2014: http://bit.ly/2Nvm5qd

Op basis van deze verschillende rapporten heeft het Comité in 2017 de federale staat, de gewesten en de gemeenschappen uitgenodigd om hun rapport te verdedigen en de vragen te beantwoorden. Vervolgens doet het Comité aanbevelingen aan België.

In 2019 begint een nieuwe procedure van rapportage aan het Comité, die zal worden versneld. Het tweede en het derde periodieke rapport van België zullen aan het Comité worden voorgelegd in 2020 (zie hierna 4.1.4.).

4.1.2. De consultatie van personen met een handicap (2014) [110]

De resultaten van de consultatie die in opdracht van Unia werd uitgevoerd door een consortium van vijf universiteiten waren kwamen overeen met de discriminatiedomeinen en -situaties waarvan sprake in de meldingen aan Unia, maar hebben ze ook uitgebreid tot de domeinen die aan bod komen in het VRPH, zoals mobiliteit, sociaal leven, zelfstandig leven en wonen, affectief en seksueel leven en zeker ook de toegankelijkheid. De consultatie vestigde de aandacht op minder objectiveerbare discriminatieverschijnselen, die we wel al kennen: de culturele en structurele obstakels die tot discriminatie leiden[111].

Voor de deelnemers aan de consultatie zijn stigmatisering, vooroordelen, op hen geworpen blikken culturele drempels, die volgens hen leiden tot uitsluiting en tot rechtstreekse en onrechtstreekse vormen van discriminatie. Het onbegrip leidt ook tot discriminatie wanneer een redelijke aanpassing wordt geweigerd omdat die als een voordeel wordt gezien (meer tijd op een examen), of als een privilege (prijsvoordeel bij een bezoek aan een bioscoop). De sociale uitsluiting wordt door de deelnemers verklaard door ons verleden van segregatie: veel plaatsen zijn niet ontworpen op zo'n manier dat personen met een handicap er ook toegang toe kunnen hebben en er kunnen deelnemen aan de activiteiten. De bewustmaking en de inclusie, meer bepaald het delen van ervaringen van jongs af aan, werden gezien als mogelijke reacties op de culturele drempels.

De structurele drempels zijn volgens hen gekoppeld aan problemen bij de erkenning en de beoordeling van de handicap (meer bepaald voor personen ouder dan 65 jaar) die al dan niet een reeks rechten openen, aan de toegang tot begeleiding, ondersteuning en individuele hulp, en aan uitkeringen voor personen met een handicap die niet volstaan om van te leven. Ook de wetgeving werd met de vinger gewezen: het gebrek aan aandacht in de algemene wetgevingen voor bepalingen die ongunstig zijn voor de personen met een handicap, maar ook de onderbenutting van de antidiscriminatiewetgeving en de moeilijke evaluatie van het redelijke karakter van de noodzakelijke aanpassingen.

---

110 "De situatie van personen met een handicap in België met betrekking tot hun mensenrechten en fundamentele vrijheden zoals gewaarborgd door het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap", Studie in opdracht van Unia uitgevoerd door het Consortium KU Leuven, ULB, UHasselt, UGent en UAntwerpen, 2014, eindrapport, beschikbaar op www.unia.be, rubriek Publicaties § Statistieken.

111 Eindrapport van de consultatie, reeds aangehaald in noot 110, hoofdstuk Gelijkheid en non-discriminatie, p. 35-53.

De deelnemers hebben het ook over 'watervaleffecten': "*De discriminaties en de beperkingen in een gegeven situatie leiden sneller tot discriminatie in andere situaties, zodat er een reeks nieuwe discriminaties op volgt. Nemen we als voorbeeld het onderwijs: kinderen met een handicap worden bijna automatisch doorverwezen naar het bijzonder onderwijs (...), wat leidt tot een minder hoog ingeschat diploma en dus vaak tot een onrechtstreekse discriminatie op de arbeidsmarkt*[112]*."* Net zo heeft het feit dat veel personen met een handicap onder de armoededrempel leven, gevolgen voor hun sociaal leven, maar ook voor het gebruik van nieuwe technologieën die zij niet kunnen betalen. Veel maatschappelijke en administratieve procedures, het zoeken naar werk en informatie, verlopen digitaal, en net die digitale methodes gebruiken ze zelden of nooit, om financiële redenen of omdat ze er geen toegang toe hebben.

Andere gevolgen van handicap leiden niet enkel tot discriminatie, maar onvermijdelijk ook tot armoede, isolement, verlies van beroepsinkomsten, verlies van sociale en familiale netwerken.

Een handicap, en zeker ook een psychische aandoening, leidt tot armoede, maar de tegenhanger ervan – armoede die tot chronische gezondheidsproblemen en/of tot psychische aandoeningen leidt – is ook al lang aangetoond. "*Ongeacht de graad van de armoede waarin men zich bevindt, leidt armoede tot psychisch lijden (...) en een mentale belasting die veel hoger is dan voor iemand die een comfortabel leven leidt*."[113] (vrije vertaling)

4.1.3. De belangrijkste aandachtspunten die Unia heeft meegedeeld aan het VN-Comité van experten (2014)

Om verschillende redenen is het interessant om de aanbevelingen van Unia uit 2014 te herlezen[114]. Zo kunnen we vaststellen dat een deel ervan actueel blijft voor de volgende rapportage van Unia (in 2019), maar we kunnen ook verheugd zijn over bepaalde positieve ontwikkelingen, ook al zijn ze dan slechts gedeeltelijk verwezenlijkt. Iedereen vindt wel een bron van vreugde of van ongerustheid in de aanbevelingen.

Een gecoördineerd beleid en het verzamelen van gegevens (art. 1, 4 § 1 en 31 VRPH)

Op alle bestuurs- en bevoegdheidsniveaus moeten de overheden hun globale aanpak van handicap versterken (handistreaming) om te komen tot een gecoördineerd beleid met betrekking tot handicapkwesties. Op alle bevoegdheidsniveaus moet een *gemeenschappelijke definitie van handicap* op basis van het maatschappelijk model worden gebruikt. De overheden moeten zorgen voor een continue verbetering van

112 Eindrapport van de consultatie, reeds aangehaald in noot 110, p. 55.

113 Manu Gonçalves in Pauvrophobie, Petite encyclopédie des idées reçues sur la pauvreté, Ed. Luc Pire, 2018, p. 67.

114 De slotopmerkingen die in 2014 aan België werden gericht: http://bit.ly/2Jxa69d

de kwantiteit en de kwaliteit van de gegevensverzameling in verband met het thema 'handicap', en voor een gecoördineerde methodologie voor de verwerking ervan.

Deelname aan het besluitvormingsproces (art. 4.3 VRPH)

De verschillende overheden moeten op alle besluitvormingsniveaus transversale adviesraden oprichten of erkennen voor personen met een handicap of hun representatieve organisaties en moeten die proactief raadplegen om hun maximale deelname aan het besluitvormingsproces te verzekeren, zowel in de fase van de ontwikkeling, de implementatie als de evaluatie van de beslissingen.

Toegankelijkheid (art. 9 VRPH)

De verschillende overheden moeten efficiënter toezien op de goede toepassing van hun reglementering inzake de toegankelijkheid bij de bouw of de renovatie van openbare of publiek toegankelijke voorzieningen. Ze moeten ook het opstellen van een toegankelijkheidsdiagnose van bestaande openbare of publiek toegankelijke voorzieningen stimuleren, of het nu gaat om gebouwen, wegen of het openbaar vervoer, en moeten een ambitieuze programmering vastleggen om de toegankelijkheid op termijn te verzekeren.

Inclusief onderwijs (art. 24 VRPH)

De gemeenschappen moeten investeren in inclusief onderwijs en een langetermijnvisie formuleren. De voortdurende stijging van het aantal leerlingen in het buitengewoon onderwijs, het probleem van het schoolvervoer, het recht op redelijke aanpassingen en de toegankelijkheid van schoolvoorzieningen en het gebrek aan steun zouden de overheden moeten aanzetten tot het opstellen van een plan en een strategie in overeenstemming met het VRPH.

Uitwerken van een algemene beschermingsstatus conform de menselijke waardigheid (art. 12 VRPH)

De overheden moeten de nodige menselijke en financiële middelen vrijmaken voor de uitvoering van de wet inzake de hervorming van de beschermingsstatus conform de voorschriften van artikel 12 van het VRPH.

De situatie van geïnterneerden en van personen met een handicap in hechtenis (art. 14 VRPH)

De langdurige opname van geïnterneerden in psychiatrische afdelingen van penitentiaire instellingen vormt een inbreuk op artikel 14 van het VRPH. Ze heeft voor gevolg dat de fundamentele rechten van de geïnterneerden zelf worden aangetast wanneer zij in dit soort instellingen verblijven.

Unia heeft met name de volgende aanbevelingen gedaan:

- het concept van redelijke aanpassingen in het gevangenisbeleid moet worden geïntegreerd in het beheer van de gevangenisomstandigheden, de opleiding van het personeel en de inrichting van de voorzieningen;
- de bepalingen van de wet inzake de interne rechtspositie van de gedetineerde, die een officieel en onafhankelijk klachtenmechanisme instelt, moeten eindelijk in werking treden;
- er moet een duurzaam en gecoördineerd gevangenis- en gezondheidsbeleid worden geïmplementeerd om aan de geïnterneerde personen een behandeling te bieden die afgestemd is op hun behoeften.

Zelfstandig leven, deel uitmaken van de maatschappij en levensstandaard (art. 19 en 28 VRPH)

Opdat personen met een handicap zoveel mogelijk zelf zouden kunnen kiezen met wie en waar ze willen wonen, moet er een de-institutionaliseringsplan worden ontwikkeld en moet het dienstenaanbod van ondersteuning en zorg meer inclusief en gediversifieerd zijn.

Een behoorlijke levensstandaard en de bestrijding van armoede van personen met een handicap, met name door de verdere hervorming van de wetgeving inzake uitkeringen voor personen met een handicap, moet beter worden afgestemd op de eis van maatschappelijke inclusie en een grote maatschappelijke en professionele participatie. Unia beval ook aan om de geldende regelgeving te wijzigen, zodat samenwonende personen met een handicap niet langer financieel zouden worden afgestraft.

Discriminatie op de arbeidsmarkt en op het vlak van beroepsopleidingen

Unia vroeg de bevoegde overheden om hun hervormingsmaatregelen van de werkloosheidsuitkeringen te herbekijken (in januari 2015 zouden de werkloosheidsuitkeringen op basis van studies worden afgeschaft bij gebrek aan opleiding of werk) naargelang de bijzondere situatie van werkzoekenden met een handicap, om hen te beschermen tegen discriminatie op de arbeidsmarkt en op het vlak van opleidingen en om hen niet uit te sluiten van het recht op werkloosheidsuitkeringen. Unia heeft ook aanbevolen om dringend maatregelen te nemen om de gewone programma's voor socioprofessionele inschakeling en beroepsopleidingen toegankelijk te maken voor personen met een handicap.

Reclassering van werknemers met een handicap

Het arbeidsrecht moet duidelijker zijn over de verplichting tot redelijke aanpassingen en over de plicht om werknemers met een handicap te proberen te re-integreren vóór elk ontslag wegens medische overmacht.

4.1.4. De effecten van het VRPH na tien jaar toepassing in België: uitdagingen voor de volgende evaluatie van België (2020)

We nodigen de lezers uit om de aanbevelingen te lezen die het VN-Comité voor de rechten van personen met een handicap in oktober 2014 aan België heeft gericht in verband met zijn belangen en bevoegdheidsdomeinen.[115]

Er kwam dan wel wetgeving tot stand – die deels of volledig aan deze aanbevelingen beantwoordt –, maar het is vaak nog te vroeg om er de effecten van te meten: we denken bijvoorbeeld aan de Vlaamse wetgeving op het vlak van onderwijs en de-institutionalisering (M-decreet en PVF-decreet) of aan het decreet Inclusie van de Franse Gemeenschapscommissie. Deze decreten werden geïnspireerd door het VRPH. Hun uitvoering stoot op belemmeringen, de trage mentaliteitsverandering, maar ook al te vaak op een gebrek aan middelen, aan structurele veranderingen, aan opleiding van de actoren. Zo poogt de wet tot hervorming van de regelingen inzake onbekwaamheid en tot instelling van een nieuwe beschermingsstatus die strookt met de menselijke waardigheid[116] de evaluatie van de onbekwaamheid om te buigen tot een evaluatie van de bekwaamheden van de persoon. Maar hoe kan men garanderen dat de vrederechter in staat zal zijn – gelet op de berg dossiers en het gebrek aan middelen en tijd – om de huidige en toekomstige capaciteiten van een persoon met een handicap te evalueren? Onze aanbevelingen blijven dus identiek aan die van 2014 (zie hoger).

Het VN-Comité inzake de rechten van personen met een handicap betreurde het gebrek aan adviesraden voor de Vlaamse overheid en voor de Franse en Duitstalige gemeenschap. We kunnen ons dan wel verheugen over de recente invoering van een project voor een Vlaamse adviesraad, maar dat geldt niet voor de andere gemeenschappen. Er werd een procedure opgestart in de Duitstalige gemeenschap, maar in de Franse gemeenschap is er geen enkele voorbode van de oprichting van zo'n raad, ondanks meerdere interpellaties van Unia en van verenigingen die de personen met een handicap vertegenwoordigen.

Het gebrek aan vooruitgang op het vlak van toegankelijkheid is zonder twijfel één van de grootste uitdagingen voor België. Noch in de drie gewesten, noch op federaal vlak is er sprake van de uitvoering van een ambitieus en concreet plan. Integendeel, er worden nog steeds ontoegankelijke nieuwe gebouwen, gerenoveerde voorzieningen, nieuwe scholen, nieuwe tramlijnen ingehuldigd.

De bestaande en oude gebouwen vallen nog altijd niet onder een wetgeving inzake het geleidelijk toegankelijk maken ervan, zoals in Frankrijk. Het gaat nochtans om justitiepaleizen, gemeentehuizen, essentiële gebouwen voor de burgers. De aanbevelingen van het Comité bleven dus dode letter, maar zullen worden herhaald bij de volgende evaluatie.

---

115 De slotopmerkingen die in 2014 aan België werden gericht: http://bit.ly/2Jxa69d

116 Wet van 17 maart 2013 tot hervorming van de regelingen inzake onbekwaamheid en tot instelling van een nieuwe beschermingsstatus die strookt met de menselijke waardigheid, BS 14 juni 2013, p. 38132.

Ook het aanbod aan gede-institutionaliseerde levensruimtes blijft een belangrijke uitdaging voor de komende jaren. Het Vlaamse model van financiering op maat van de persoon probeert het artikel 19 van het VRPH (zelfstandig leven) uit te voeren. De verdere ontwikkeling ervan zal het ons uitwijzen. Het probleem van de te lange wachtlijsten blijft. Het blijft voor veel personen met een handicap de 'makkelijkste' oplossing om in een instelling te gaan wonen. De aan instellingen toegekende budgetten overschrijden in zeer ruime mate de budgetten bestemd voor initiatieven op het vlak van dienstverlening, huisvesting, gede-institutionaliseerde levensruimtes, vooral dan in het Waals gewest.

Inclusief onderwijs en de tewerkstelling van personen met een handicap blijven cruciale uitdagingen. Ondanks het gebrek aan statistieken in privébedrijven tonen de meest recente studies over de arbeidskrachten aan dat de tewerkstellingsgraad van personen met een handicap niet toeneemt in België (evenmin in overheidsbedrijven, waar de quota slechts zelden worden behaald). Het geheel van stimulerende en bindende maatregelen zou moeten worden geëvalueerd. Er moet gewerkt worden aan de bekendheid en de naleving van het begrip 'redelijke aanpassingen' en de werknemers met een handicap en hun werkgevers moeten worden ondersteund bij de aanwerving en het behoud van de job.

We merken dus dat het VRPH onze beleidslijnen beïnvloedt en er structureel op inwerkt, met wisselend succes. Het Verdrag heeft niet dezelfde effecten als een wet, want sommige rechten mogen geleidelijk aan worden vervuld. Op strikt juridisch vlak zou het echter moeten worden nageleefd door de bepalingen en basisprincipes ervan te integreren in de geïmplementeerde beleidslijnen en interne wetteksten. De bepalingen over bijvoorbeeld de toegankelijkheid van openbare gebouwen staan dan wel een geleidelijke uitvoering toe, maar "de belemmeringen zouden op continue en systematische manier, geleidelijk maar regelmatig, moeten worden weggenomen"[117]. Anderzijds is het zo dat "het promoten van gelijkheid en het bestrijden van discriminatie transversale verplichtingen zijn die onmiddellijk moeten worden uitgevoerd. Ze mogen niet het voorwerp uitmaken van een geleidelijke uitvoering[118]. De verplichtingen op het vlak van redelijke aanpassingen zijn bijvoorbeeld onmiddellijk van toepassing op alle rechten."[119] Op dit vlak versterkt het VRPH door de onmiddellijke effecten de bestaande antidiscriminatiewetgeving, maar de staten die partij zijn bij het Verdrag, worden er vooral toe aangezet, of zelfs verplicht, om deze bepalingen geleidelijk maar onvoorwaardelijk toe te passen.

---

117 Algemene opmerking nr. 2 (2014) over artikel 9 van het VRPH, 2014, p. 9; zie ook algemene opmerking nr. 4 (2016) over artikel 24 van het VRPH, p. 13: "Deze geleidelijke uitvoering betekent dat de staten die partij zijn, de precieze en continue verplichting hebben om zo snel en efficiënt mogelijk te ijveren voor de volledige uitvoering van artikel 24"; Zie ook Comité voor de economische, sociale en culturele rechten, algemene opmerking nr. 3 (1990) over de aard van de verplichtingen van de staten die partij zijn bij het verdrag, par. 9.

118 Algemene opmerking nr. 2 (2014) over artikel 9 van het VRPH, 2014, p.3.

119 Algemene opmerking nr. 6 (2018) over gelijkheid en niet-discriminatie, p. 12.

4.2. Opvolging van andere mensenrechtenverdragen

Vanuit hun verschillende werkzaamheden werken Unia en het Steunpunt tot bestrijding van armoede ook mee aan de opvolging van andere mensenrechtenverdragen. We geven hier twee processen mee waar ook een link werd gelegd naar personen met een handicap.

4.2.1. Opvolging van het Verdrag inzake de rechten van het Kind

In het parallel rapport van Unia, Myria en het Steunpunt tot bestrijding van armoede over het vijfde en zesde periodieke rapport van België aan het VN-kinderrechtencomité in het kader van artikel 44 van het Verdrag inzake de rechten van het Kind wordt gewezen op de link tussen kinderen die leven in gezinnen in armoede en het buitengewoon onderwijs.

De oververtegenwoordiging van leerlingen uit arme gezinnen in het buitengewoon onderwijs kan niet uitsluitend toegewezen worden aan eventuele specifieke onderwijsbehoeften. Deze studieoriëntering heeft een enorme impact op de verdere schoolloopbaan van deze leerlingen en hun mogelijkheden voor verdere opleiding en voor hun tewerkstellingskansen.De recente Onderwijsbarometer van Unia heeft in elk geval de problematiek bevestigd.

In het parallel rapport wordt aanbevolen om de redenen voor deze oververtegenwoordiging verder te onderzoeken, en om zowel het lager als secundair onderwijs te versterken om dergelijke doorverwijzingen zo veel mogelijk te beperken.

4.2.2. Universeel periodiek onderzoek door de Mensenrechtenraad van de Verenigde Naties

Het Universeel Periodiek Toezicht (UPR – Universal Periodic Review) is een toezichtsmechanisme dat bestaat uit een periodieke analyse van de mensenrechtensituatie in de 193 lidstaten van de VN. Het betreft een vorm van controle door peers, een toezicht van lidstaten op andere lidstaten, onder auspiciën van de Mensenrechtenraad. Elke lidstaat dient een vierjaarlijks rapport op te maken over de mensenrechtensituatie in zijn land. De evaluatie zelf gebeurt in de werkgroep voor het Universeel Periodiek Toezicht, samengesteld uit 47 leden van de Mensenrechtenraad. Hun rapport wordt doorgestuurd naar de Mensenrechtenraad. De Mensenrechtenraad kan beslissen of er een follow-up noodzakelijk is.

Zowel Unia als het Steunpunt tot bestrijding van armoede hebben een bijdrage[120] geleverd in het kader van dit Universeel Periodiek Toezicht, bij het tweede (en meest recente) Belgisch nationaal verslag. Hierbij werd onder andere gewezen op de moeilijke

120 Universeel periodiek onderzoek door de Mensenrechtenraad van de Verenigde Naties. Tweede cyclus – 24e zitting. Compilatie van de bijdragen, http://www.armoedebestrijding.be/publications/UPD.pdf

toegang tot justitie voor groepen in precaire situaties, waaronder ook personen met een handicap. De afgelopen jaren werden immers verschillende maatregelen getroffen die de financiële drempel voor de toegang tot justitie verder hebben verhoogd:

- De verhaalbaarheid van de kosten en erelonen van advocaten: dit betekent dat de verliezende partij de kosten en erelonen van de advocaten van de winnende partij voor haar rekening moet nemen. Vanuit het veld vangen we signalen op dat personen die over beperkte middelen beschikken, ervan afzien om hun rechten te laten gelden. Ze doen dit uit vrees dat ze bovenop de kosten voor hun eigen advocaat ook nog die van de tegenpartij moeten betalen, ook al heeft de rechter de mogelijkheid om de rechtsplegingsvergoeding tot een symbolisch bedrag te beperken wanneer de verliezende partij juridische bijstand geniet.
- Einde van de vrijstelling van de btw op de erelonen van advocaten: de kosten die op de klanten worden verhaald, stijgen hierdoor met 21 %.
- De afschaffing van het onweerlegbaar vermoeden van behoeftigheid (met uitzondering van dringende procedures): de automatische toekenning van de juridische bijstand voor de meest kwetsbare personen (bijstandsgerechtigden, personen in collectieve schuldenregeling enz.) valt weg.
- De hervorming van het systeem voor juridische tweedelijnsbijstand: met de invoering van remgeld, een forfaitair bedrag voor de aanwijzing van een advocaat en voor de gerechtelijke procedure. De invoering van het remgeld werd ondertussen vernietigd door het arrest van het Grondwettelijk Hof van 21 juni 2018, nr. 6596 en 6598.
- Verhoging van de griffierechten. In zijn advies wijst de Raad van State op een mogelijke schending van het recht tot toegang tot justitie bij gebrek aan link tussen de financiële draagkracht van de rechtzoekende en de schatting van de waarde van de vordering die bepalend is voor het vastleggen van het bedrag van de griffierechten. Ondertussen zijn de griffierechten twee maal verhoogd.

Het spreekt vanzelf dat de toegang tot justitie bijzonder belangrijk is in het kunnen realiseren van zijn of haar rechten en in de strijd tegen de non-take-up van rechten[121]. Bovenstaande maatregelen hebben een belangrijke impact op de kostprijs van deze toegang. Er wordt in het rapport dan ook onder andere voorgesteld om personen die aanspraak kunnen maken op juridische tweedelijnsbijstand buiten de werkingssfeer te houden van de wet betreffende de verhaalbaarheid van de erelonen en de kosten verbonden aan de bijstand van een advocaat.

121 Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2017). Armoede en ineffectiviteit van rechten. Non-take-up van rechten, Brussel, die Keure, http://bit.ly/2Cr9iP8

5. Conclusies

De kwestie van de discriminatie van personen met een handicap en van het verband met de armoedesituatie waarin de meesten van hen leven, blijft een belangrijke uitdaging voor alle Belgische overheden. Het criterium 'handicap' is nog steeds het tweede criterium waarvoor burgers een beroep doen op Unia, na de 'raciale' criteria, en kent net als de criteria 'vermogen' en 'sociale afkomst' van jaar tot jaar een opmerkelijke stijging.

We hebben ook gewezen op de interactie tussen armoede en discriminatie en de manier waarop Unia en het Steunpunt tot bestrijding van de armoede elkaar aanvullen in hun werking, met procedures en processen voor klachtenbehandeling, overleg en aanbevelingen.

Er is sprake van wettelijke bescherming zowel op internationaal vlak, met name door het Verdrag van de Verenigde Naties over de rechten van personen met een handicap en andere mensenrechtenverdragen, als nationaal, via de antidiscriminatiewetgeving. De principes die zijn ingegeven door het Verdrag – de participatie aan en de inclusie in de maatschappij, de individuele zelfstandigheid, inclusief de vrijheid om eigen keuzes te maken – zijn min of meer gedwongen verwerkt in nieuwe beleids- en wetgevende initiatieven. De hervorming van de regelingen inzake onbekwaamheid en de instelling van een nieuwe beschermingsstatus die strookt met de menselijke waardigheid, is hier een goed voorbeeld van. De nieuwe regeling is gebaseerd op het Verdrag en gaat uit van het principe dat de onbekwaamheid de uitzondering moet blijven en de bekwaamheid de regel.

Dit laatste voorbeeld geeft echter ook de beperkingen op het vlak van de uitvoering van rechten van personen met een handicap op het terrein aan. Welke vredegerechten beschikken immers over de passende opleiding en over voldoende menselijke en financiële middelen om de wettelijke doelstelling te bereiken? Tegelijkertijd hebben we vastgesteld dat armoedesituaties ook aanleiding kunnen geven tot de toepassing van deze status, wat als een ingrijpende beperking van de vrijheid van de betrokkenen kan worden gezien. Het lijkt dus belangrijk om de mogelijkheden van deze status ter verbetering van de individuele autonomie te evalueren.

Personen met een handicap zijn in feite nog niet erkend als werkelijke rechtssubjecten. Dit toont aan dat een loutere goedkeuring van wettelijke bepalingen niet volstaat. Er moeten ook doeltreffende en geschikte maatregelen worden genomen om de hele maatschappij bewust te maken van de situatie van personen met een handicap en van de barrières waarmee zij elke dag opnieuw worden geconfronteerd. Barrières die hen verhinderen om voluit deel te nemen aan de maatschappij op voet van gelijkheid met de anderen en om hun burgerschap ten volle uit te oefenen.

De bespreking van de bewindvoering heeft ook aangetoond hoe een armoedesituatie (van een persoon met een handicap) kan leiden tot het invoeren van zo'n maatregel, waarbij de keuzevrijheid van een persoon – die reeds onder zware druk staat in zijn armoedesituatie – drastisch wordt ingeperkt.

Het gebrek aan keuzevrijheid speelt ook een rol in het thema van het samenwonen. We stellen vast dat het statuut van samenwonende in de verschillende reglementeringen de personen straft, door een uitkering in te trekken of te verlagen of door bepaalde voordelen te schrappen, en dit terwijl samenwonen hun situatie net zou kunnen verbeteren.

De noodzaak om de nefaste effecten van armoede op personen met een handicap te bestrijden, waarop werd gewezen in 2006 in de preambule van het VRPH, blijft daarom brandend actueel, net als talrijke aanbevelingen van Unia en van het Steunpunt tot bestrijding van armoede.

Hoe kan men strijd leveren tegen de bestaansonzekerheid van personen met een handicap in de wetenschap dat de toegang tot de arbeidsmarkt voor de meesten van hen een cruciale uitdaging blijft? Ze hebben het moeilijk om hun bekwaamheid te doen erkennen en om hun recht op redelijke aanpassingen uit te oefenen. Als sommigen er dan al in slagen een baan te vinden in een gewone arbeidsomgeving, dan moeten ze nog toegang krijgen tot hun werkplek ... Zonder het aannemen van een langetermijnstrategie gericht op het invoeren van een inclusief onderwijssysteem, zullen veel jongeren met een handicap bovendien het risico lopen op bestaansonzekerheid.

Ten slotte moeten er voor personen die leven van een tegemoetkoming voor personen met een handicap dringend beleids- en wetgevende maatregelen worden genomen om ervoor te zorgen dat deze uitkeringen een behoorlijke levensstandaard mogelijk maken conform de eisen van artikel 28 (Behoorlijke levensstandaard en sociale bescherming) van het VRPH.

Hoofdstuk 6

EEN ANALYSE VAN DE GENEROSITEIT VAN DE INKOMENSVERVANGINGEN VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP

Sarah Marchal en Bea Cantillon, Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, Universiteit Antwerpen

1. Inleiding

In dit hoofdstuk bieden we een overzicht van de generositeit van het Belgische uitkeringsbeleid ten aanzien van personen met een handicap, waarbij we focussen op de inkomensvervangende uitkeringen. Deze bevinden zich op het federale niveau en worden beheerd door de FOD Sociale Zekerheid. Zoals besproken in hoofdstuk 2, zijn de inkomensvervangende uitkeringen voor personen met een handicap gespreid over verschillende stelsels. Enerzijds is er de arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsverzekering, waarvoor toegang afhangt van eerdere arbeidsprestaties als werknemer of zelfstandige. Daarnaast bestaat er een stelsel voor personen met een handicap waarvan de toegang los staat van eerdere arbeidsprestaties. Het gaat dan om de inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT). Inkomensvervangende uitkeringen voor personen met een handicap gelden voor personen op actieve leeftijd. Na de pensioenleeftijd hebben zij toegang tot een rustpensioen of tot de inkomensgarantie voor ouderen (die, net als de inkomensvervangende tegemoetkomingen voor personen met een handicap, mogelijk kunnen worden aangevuld met uitkeringen die de kosten gepaard aan het hebben van een handicap kunnen dekken).

We analyseren de generositeit van de inkomensvervangende uitkeringen voor personen met een handicap. We beschrijven de stand van zaken rond inkomensvervangende uitkeringen voor personen met een handicap, bespreken hoe deze uitkeringen zich verhouden tot andere minima in de sociale zekerheid en gaan na in welke mate de inkomensvervangende uitkeringen beschermen tegen het risico op armoede. Vervolgens gaan we na hoe de inkomensvervangende uitkeringen voor personen met een handicap evolueerden gedurende de voorbije decennia. We bespreken de koopkracht en welvaartsvastheid van deze uitkeringen, en stippen enkele markante trends aan. In het bijzonder bespreken we de verhouding tussen de verschillende stelsels en de gezinsmodulering binnen de stelsels.

2. De inkomensvervangende uitkeringen voor personen met een handicap

Anno 2019 valt het uitkeringsbeleid voor personen met een handicap uiteen in inkomensvervangende uitkeringen (een federale bevoegdheid, deel van de sociale zekerheid) en in aanvullende, kosten compenserende uitkeringen (grotendeels een gemeenschapsbevoegdheid) (Van Nieuwenhove, 2015). In dit hoofdstuk focussen we op de inkomensvervangende uitkeringen. Hierin moeten we onderscheid maken tussen uitkeringen voor personen die rechten hebben opgebouwd binnen de sociale zekerheid, en personen die moeten terugvallen op een bijstandsstelsel. Net zoals elders in onze welvaartstaat, wordt binnen het sociale zekerheidsstelsel verder onderscheid gemaakt tussen werknemers en zelfstandigen. Zelfstandigen en werknemers zijn beschermd tegen een sterke daling van hun verdienvermogen ten gevolge van ziekte of letsels. In eerste instantie is dat via de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Na een jaar verhuist men van de arbeidsongeschiktheidsverzekering naar de invaliditeitsverzekering.[122]

De hoogte van de invaliditeitsuitkeringen voor werknemers hangt af van het vroegere loon en van de gezinssituatie. Iemand met een of meerdere personen ten laste heeft recht op een invaliditeitsuitkering gelijk aan 65% van zijn eerdere loon. Zonder gezinslast bedraagt de uitkering 55% of 40% van het vroegere loon, afhankelijk van de aanwezigheid van andere inkomens in het gezin. De uitkeringen worden begrensd door minima en maxima. De minima en maxima zijn gedifferentieerd naar de gezinssituatie. Er gelden ook lagere minima voor niet-regelmatige werknemers[123].

Zoals gebruikelijk binnen de zelfstandigenregeling, zijn de uitkeringen niet afhankelijk van eerdere inkomsten, maar gaat het om forfaitaire bedragen. De hoogte van deze bedragen hangt af van de gezinssituatie van de zelfstandige, en van het feit of hij of zij al dan niet het eigen bedrijf heeft moeten stopzetten als een gevolg van de ziekte. Bij stopzetting is de uitkering gelijk aan de minimumuitkering voor een regelmatige werknemer binnen de werknemersverzekering. Wanneer dit niet het geval is, blijft de uitkering gelijk aan het bedrag dat men ontving in de periode van arbeidsongeschiktheid, i.e. in het eerste jaar. Voor personen met een handicap op actieve leeftijd zonder toegang tot de sociale zekerheid is de inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) van toepassing.

Deze middelengetoetste tegemoetkoming geldt voor personen die door hun lichamelijke of psychische toestand een arbeidsongeschiktheid hebben van 66%, in vergelijking tot een gezonde persoon. In de middelentoets wordt het inkomen van de

122 De voorwaarden om recht te hebben op de verschillende uikteringen worden besproken in hoofdstuk 2 van dit volume.

123 Artikel 224 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 en bijgewerkt op 31.10.2018 tot het staatsblad van 17.10.2018 (beschikbaar op (RIZIV, 2018b)) vermeldt de voorwaarden om erkend te zijn als regelmatige werknemer. Van belang is dat men minstens 6 maanden voor de start van de arbeidsongeschiktheid de hoedanigheid van uitkeringsgerechtigde had, en van deze periode minstens drie kwart van de werkdagen gewerkt (of daarmee gelijkgesteld) hebben. Bovendien moet de werknemer in deze periode een gemiddeld dagloon van minimaal 59 euro verdiend hebben (indien ouder dan 20 jaar) (zie ACLVB(2018), voor een overzicht van de geïndexeerde bedragen).

partner boven een bepaalde grens mee opgenomen. Voor het eigen inkomen uit arbeid gelden er bepaalde vrijstellingspercentages[124] (Vanderheyden & Van Mechelen, 2017).

Tabel 1 toont de verschillende minimum en maximum bedragen die gelden binnen de verschillende stelsels die een inkomensvervangende uitkering voorzien voor personen met een handicap. Het is duidelijk dat de minima in de verschillende stelsels dicht bij elkaar aanleunen. De forfaits binnen de verzekering voor zelfstandigen zijn gelijk aan de minima voor regelmatige werknemers, terwijl de minima voor niet regelmatige werknemers grotendeels gelijk zijn aan de bedragen binnen de inkomensvervangende tegemoetkoming. Het belangrijkste verschil tussen de bijstandsverzekering en de sociale verzekering valt dan terug te brengen op de middelentoets, die binnen het bijstandstelsel rekening houdt met het volledige netto belastbaar inkomen, en met het inkomen van andere gezinsleden. Binnen het sociale verzekeringsstelsel is het inkomen van andere gezinsleden enkel van belang om te bepalen of zij financieel ten laste zijn of niet – en dus of men recht heeft op een uitkering voor iemand met gezinslast - maar is er geen overeenkomstige verlaging van het uitkeringsbedrag (zie ook noot bij tabel 1).

Tabel 1: Minimale en maximale uitkeringsbedragen voor personen met een handicap in de verschillende stelsels, september 2018, in euro

Personen met toegang tot sociale zekerheid					Personen zonder toegang tot sociale zekerheid
	Invaliditeitsverzekering voor werknemers			Invaliditeitsverzekering voor zelfstandigen	Inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT)
	minimum voor regelmatige werknemer	minimum voor niet regelmatige werknemer	maximum	forfait	forfait
gezinslast	1.556	1.255	2.409	1.556	1.255
alleenstaande	1.245	911	2.038	1.245	911
samenwonende	1.060	911	1.482	1.060/948	607

Noot: de verschillende bedragen voor zelfstandigen zijn afhankelijk van of hij/zij zijn of haar eigen zaak heeft stopgezet. Bedragen geldig in september 2018 en afgerond tot op een euro. Concepten gezinslast, alleenstaande en samenwonende verschillen tussen bijstandsstelsel en sociale zekerheidsstelsel. Voor de IVT gaat het om Categorie C (hier voorgesteld als gezinslast): de persoon met een handicap die een huishouden vormt, of één of meerdere kinderen ten laste heeft; categorie B (hier voorgesteld als alleenstaande): de persoon met een handicap die alleen leeft, of die zelf niet behoort tot categorie C en die gedurende 3 maanden dag en nacht in een instelling verblijft; en categorie A (hier voorgesteld als samenwonende): de persoon met een handicap die niet tot categorie B of C behoort. Binnen de invaliditeitsverzekeringen wordt men erkend als een gerechtigde met gezinslast wanneer met samenwoont met echtgenoot, feitelijke levenspartner, kind of aanverwant tot de 3e graad, die financieel ten laste is, i.e. niet financieel ten laste van iemand anders binnen het gezin en met een bruto maandelijks beroeps- of vervangingsinkomen onder het grensbedrag om als persoon ten laste te worden beschouwt. Ook wordt men als gerechtigde met gezinslast beschouwd wanneer men een alleenstaande is die minimaal 111.55 euro onderhoudsgeld betaald. Men wordt erkend als alleenstaande gerechtigde wanneer men alleen woont (of samenwoont met personen die niet ten laste zijn, maar geen of een laag beroeps- of vervangingsinkomen hebben). Ten slotte is men een samenwonende gerechtigde wanneer men niet voldoet aan de voorwaarden voor de twee andere categorieën.

Bron: RIZIV (2018a); Steunpunt tot bestrijding van armoede (2018)

124 In 2017 werd 50% van het arbeidsinkomen van de persoon met een handicap zelf tussen 0 en 4780.33 euro vrijgesteld, en 25% van het arbeidsinkomen tussen 4780.33 en 7170.48 euro (Vanderheyden en Van Mechelen, 2017). In hoofdstuk 4 van Van Mechelen en Buysse in dit volume wordt hier dieper op ingegaan.

In tabel 2 tonen we hoe de minima die gegarandeerd worden voor personen met een handicap in de verschillende invaliditeitsstelsels zich verhouden tot de minima in andere sociale zekerheids- en bijstandsstelsels. De minimum invaliditeitsuitkeringen zijn gelijk aan de minimum rustpensioenen voor werknemers en voor zelfstandigen met een volledige loopbaan. Daarmee liggen ze boven het leefloon, de inkomensgarantie voor ouderen en de minimale werkloosheidsuitkeringen. De inkomensvervangende tegemoetkoming daarentegen is gelijk aan het leefloon maar lager dan de inkomensgarantie voor ouderen.

Het is belangrijk om op te merken dat deze inkomensvervangende uitkeringen in principe slechts gelden voor personen op actieve leeftijd. Na het bereiken van de pensioenleeftijd vallen personen met een handicap (of met verminderd verdienpotentieel) terug op een rustpensioen of op de inkomensgarantie voor ouderen.

Tabel 2: Minima voor personen met een handicap relatief ten opzichte van minimumloon, gemiddeld loon en minimale werkloosheids-, pensioen, en bijstandsuitkeringen, september 2018

	invaliditeitsuitkering voor reguliere werknemers			invaliditeitsuitkering voor zelfstandigen (stopzetting eigen zaak)			inkomensvervangende tegemoetkoming		
	Gezins-last	Alleen-staand	Samen-wonend	Gezins-last	Alleen-staand	Samen-wonend	Gezins-last	Alleen-staand	Samen-wonend
%bruto minimumloon	100	80	68	100	80	68	80	58	39
%bruto gemiddeld loon	50	40	34	50	40	34	40	29	19
%leefloon	124	137	175	124	137	175	100	100	100
%IGO	n.a.	111	142	n.a.	111	142	n.a.	81	81
%minimum werkloosheid	122	118	136 / 193	122	118	136/ 193	99	87	78/ 110
%minimum werknemers-pensioen	100	100	n.a.	100	100	n.a.	81	73	n.a.
%minimum zelfstandigen-pensioen	100	100	n.a.	100	100	n.a.	81	73	n.a.

Noot: Invaliditeitsuitkering voor regelmatige werknemers. Invaliditeitsuitkering voor zelfstandigen met stopzetting eigen zaak. Percentages verwijzen telkens naar verhouding met uitkering voor gelijkaardig gezinsconcept, al zijn er verschillen in de exacte definitie van gezinslast, alleenstaande en samenwonende over de verschillende stelsels. (Zie noot bij tabel 1.) N.a.: een gelijkaardige gezinscategorie bestaat niet binnen dit stelsel. Exacte minimumbedragen van de onderliggende stelsels zijn beschikbaar in Tabel A1 in appendix. Verhoudingen met werkloosheidsuitkering voor een samenwonende tonen de verhouding bij de start van de werkloosheidsperiode, en wanneer maximale degressiviteit is bereikt.

Bronnen: FOD Sociale Zekerheid (2018); Rijksdienst voor arbeidsvoorziening (2018); RVP (2018); Steunpunt tot bestrijding van armoede (2018)

Een belangrijke vraag is of deze inkomensvervangende uitkeringen er ook daadwerkelijk in slagen om personen met een handicap te beschermen tegen armoede. Om dat in te schatten moeten we rekening houden met andere elementen dan enkel het bruto uitkeringsbedrag. Hoe dit bedrag belast wordt en in welke mate het gecombineerd kan worden met andere uitkeringen speelt immers een belangrijke rol.

De FOD Sociale Zekerheid publiceerde recent het netto beschikbaar inkomen aan een minimum invaliditeitsuitkering en aan een inkomensvervangende tegemoetkoming voor een alleenstaande en voor een koppel met twee kinderen van 6 en 12 jaar oud ten opzichte van de armoedelijn[125], rekening houdende met belastingen en andere uitkeringen (zie tabel 3).

Tabel 3: Netto beschikbaar inkomen bij minimale invaliditeitsuitkering en bij IVT voor een alleenstaande en een koppel met twee kinderen, als % van de armoedelijn en als % van netto beschikbaar inkomen gegarandeerd bij andere uitkeringsbedragen, juli 2018

	invaliditeitsuitkering		IVT	
	alleenstaande	koppel met twee kinderen	alleenstaande	koppel met twee kinderen
% armoedelijn	103	80	75	69
%referentiebudgetten	93	73	67	63
% minimumloon	83	96	60	83
%leefloon	137	119	100	103
%IGO	112	n.a.	82	n.a.
%minimumwerknemerspensioen	100	n.a.	73	n.a.
%werkloosheidsuitkering na 6 maanden	118	118	86	101

Noot: Kinderen zijn 6 en 12 jaar oud. De FOD SZ maakte deze berekeningen voor Vlaanderen en voor de andere gewesten. De verschillen zijn vooralsnog zeer beperkt. Voor de volledigheid tonen we de bedragen voor de andere gewesten in Tabel A2 in appendix. De verhouding ten opzichte van de referentiebudgetten berekenden we door de percentages uit de FOD SZ publicatie terug te rekenen naar euro volgens de methodologie beschreven in de publicatie, en te verhouden tot de referentiebudgetten.

Bron: Federal Public Service Social Security (2018); referentiebudgetten van CEBUD (2019)

125 De gebruikte armoedelijn is de Europese armoederisicolijn, die de armoederisicodrempel vastlegt op 60% van het nationale mediane equivalente huishoudinkomen.

De cijfers van de FOD Sociale Zekerheid tonen aan dat de netto minimum inkomensbescherming voor personen met een handicap niet beschermen tegen het risico op armoede. Enkel een alleenstaande heeft met een minimum invaliditeitsuitkering een netto inkomen boven de armoederisicolijn. Rekening houdende met de netto inkomens gaat een alleenstaande met een minimale invaliditeitsuitkering er op vooruit wanneer hij of zij terug kan beginnen werken, zelfs al is dit aan het minimumloon. Dit is veel minder het geval voor een invalide gezinshoofd met twee kinderen.

Het netto inkomen van personen met een inkomensvervangende tegemoetkoming ligt sterk onder de armoederisicolijn. Indien zij terug kunnen gaan werken is er zowel voor de alleenstaande als voor het koppel met twee kinderen een stijging van het netto beschikbaar inkomen.

Een alternatieve manier om de adequaatheid van netto beschikbare inkomens te beoordelen, is om ze te vergelijken met referentiebudgetten (ook wel budgetstandaarden genoemd). Referentiebudgetten vertrekken vanuit de verschillende basisvoorwaarden die nodig zijn opdat mensen volwaardig deel kunnen nemen aan de samenleving. Voor elk van deze voorwaarden wordt in kaart gebracht welke goederen en diensten noodzakelijk zijn, en welk budget nodig is om deze goederen en diensten aan te kopen.

Zo worden voor verschillende typegezinnen in specifieke situaties referentiebudgetten opgemaakt, het bedrag dat minimaal nodig is om in die situatie volwaardig deel te kunnen nemen aan de samenleving (Storms & Van den Bosch, 2009; Storms, Van den Bosch, Goedemé, & Casman, 2012). Het rapport van de FOD Sociale Zekerheid verhoudt de netto beschikbare inkomens enkel tot de Europese armoedelijn, en niet tot de referentiebudgetten. Voor de meeste typegezinnen in België liggen de referentiebudgetten ofwel hoger dan de Europese armoedelijn, of rond hetzelfde bedrag (Goedemé et al., 2019). In tabel 3 verhouden we de netto bedragen berekend door de FOD Sociale Zekerheid tot de referentiebudgetten berekend door CEBUD.

Niet verrassend zien we dat deze maatstaf de ontoereikendheid van de minimale invaliditeitsuitkeringen en de inkomensvervangende tegemoetkoming bevestigt. Het dient bovendien opgemerkt dat deze referentiebudgetten berekend werden voor gezinnen op actieve leeftijd zonder gezondheidsproblemen. Ze houden dus geen rekening met waarschijnlijke extra kosten waarmee personen met een handicap geconfronteerd worden opdat ze menswaardig kunnen samenleven aan de samenleving.

3. Trends

3.1. De uitkeringen doorheen de tijd

3.1.1. Koopkrachtvastheid van de uitkeringen

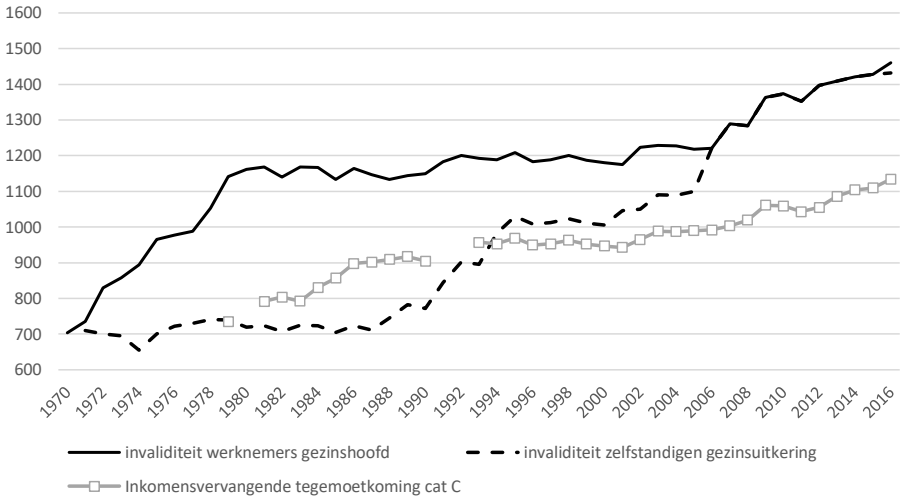
Figuur 1 toont de evolutie in verhouding tot de koopkracht van de minimale uitkeringen in het invaliditeitsstelsel voor werknemers en voor zelfstandigen en van de inkomensvervangende tegemoetkoming. Ofschoon de invaliditeitsverzekering voor werknemers reeds lang voordien bestond, hebben we slechts cijfers vanaf 1970 tot onze beschikking. De invaliditeitsverzekering voor zelfstandigen werd in 1971 ingevoerd (Samoy, 1998), met aanvankelijk bedragen voor een zelfstandige met gezinslast die in de lijn lagen van de bedragen voor een werknemer. We zien dat in de 70'er jaren de reële uitkeringsbedragen voor werknemers (met gezinslast, maar ook voor de andere gezinscategorieën – zie bijlage) een hoge vlucht nemen, met een groeiende divergentie tussen de minimale uitkeringen in het werknemers- en zelfstandigen stelsel tot gevolg.

Vanaf het einde van de jaren 70 tot midden de jaren 2000 stagneren de uitkeringen voor werknemers in reële termen, terwijl de uitkeringen voor zelfstandigen vanaf de jaren 90 een forse inhaalbeweging maken. De stagnatie van de minima in het werknemersstelsel houdt verband met de kwestie van de afhankelijkheidsvallen: omdat het verschil tussen de uitkeringen en de netto minimumlonen klein geworden was bleek het politiek moeilijk haalbaar om – in een context van hoge werkloosheid – de sociale minima verder te verhogen. In het stelsel van de zelfstandigen daarentegen was een inhaalbeweging mogelijk en nodig gegeven de lage bedragen. Vanaf midden jaren 2000 zijn de uitkeringen voor zelfstandigen en regelmatige werknemers gelijk, en dit voor alle gezinscategorieën.

De uitkeringen voor beide groepen kennen sedertdien een parallelle evolutie. In Figuur A1 in de appendix tonen we hoe de minimum invaliditeitsuitkeringen evolueerden ten opzichte van andere uitkeringen in onze welvaartstaat. Wat opvalt, is dat de minimale invaliditeitsuitkering voor werknemers over de hele periode – en dat voor zelfstandigen sinds midden jaren 2000 - gelijk is aan het minimumpensioen, in lijn met de koppeling tussen beiden (ACV, 2017).

De inkomensvervangende tegemoetkoming die in 1987 werd ingevoerd als opvolger van de gewone en bijzondere tegemoetkoming kende aanhoudende koopkrachtverhogingen, zij het aan een trager tempo dan de invaliditeitsuitkeringen. Daarbij hield de inkomensvervangende tegemoetkoming gelijke tred met het leefloon (zie Figuur A1 in appendix). Bovendien liggen deze uitkeringen substantieel onder de bedragen gegarandeerd in de invaliditeitsstelsels voor werknemers en zelfstandigen. De bijstandsminima voor personen met gezinslast bedragen ongeveer 80% van de bedragen in de werknemers- en zelfstandigenstelsels (voor alleenstaanden is dit slechts 75%). De afstand is bovendien licht toegenomen in de jaren 2000.

Figuur 1: Reële evolutie van de minimale uitkeringsbedragen voor een persoon met gezinslast in het werknemers- zelfstandigen- (invaliditeit) en bijstandsstelsel (inkomensvervangende tegemoetkoming) voor personen met een handicap



Noot: trends voor een alleenstaande en een samenwonende worden getoond in Figuur A2 in appendix.

Bron: KOWESZ (Centrum voor Sociaal Beleid, 2016)

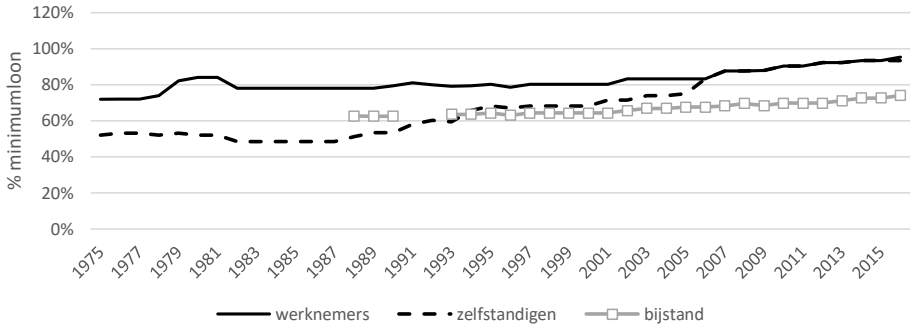
3.1.2. Welvaartsevolutie

Hoe evolueerden de uitkeringen vergeleken met de welvaart? In figuur 2 tonen we de evolutie van de verschillende minima (voor personen met gezinslasten) ten opzichte van het minimumloon, het gemiddelde loon en netto nationaal inkomen. De welvaartscapaciteit van de uitkeringen voor zelfstandigen steeg aanzienlijk terwijl de minima in de regeling voor de werknemers eerst een jarenlange stagnatie kenden vergeleken met de minimumlonen en een teruggang vergeleken met de gemiddelde lonen waarna, sedert de tweede helft van de jaren 2000, opeenvolgende welvaartsaanpassingen voor een inhaalbeweging zorgden.

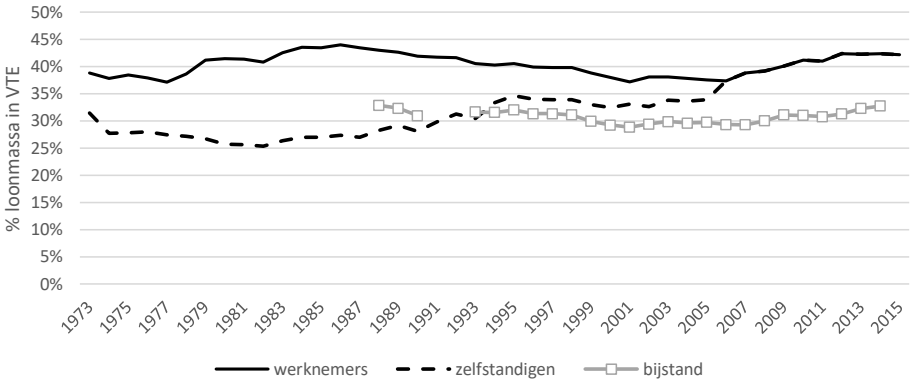
Vandaag is de welvaartscapaciteit van de minima vergelijkbaar aan het niveau op het einde van de jaren '80. Hier ziet men de impact van de welvaartsbinding van de uitkeringen aan de jaarlijks vast te leggen welvaartsenveloppe en het belang ervan voor de vrijwaring van de welvaartscapaciteit van de uitkeringen.

Figuur 2: Evolutie van de minima voor personen met een handicap in de invaliditeitsstelsels voor werknemers en zelfstandigen, en van de inkomensvervangende tegemoetkoming (bijstand), ten opzichte van het minimumloon, de loonmassa in voltijds equivalenten (VTE) en het netto nationaal inkomen

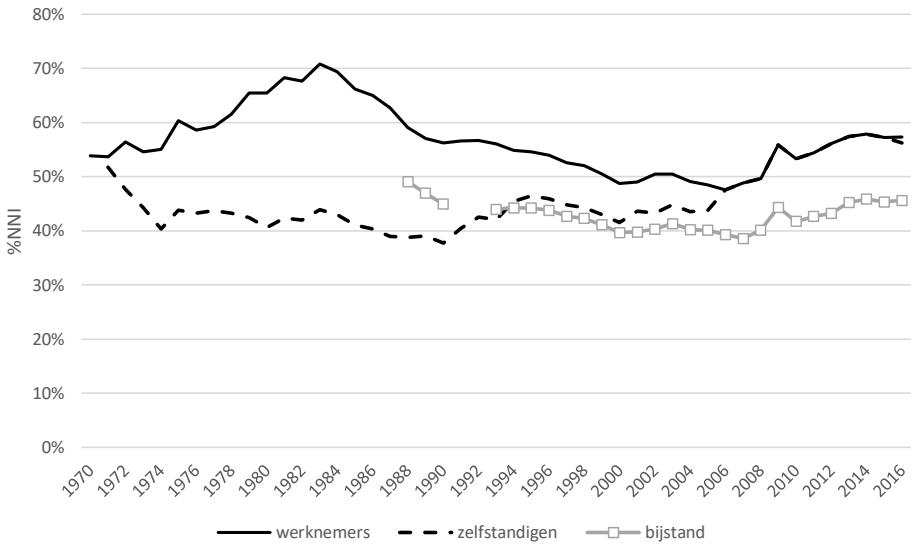
Paneel A: Evolutie ten opzichte van het bruto minimumloon



Paneel B: Evolutie ten opzichte van de loonmasse in voltijds equivalenten



Paneel C: Evolutie ten opzichte van het netto nationaal inkomen



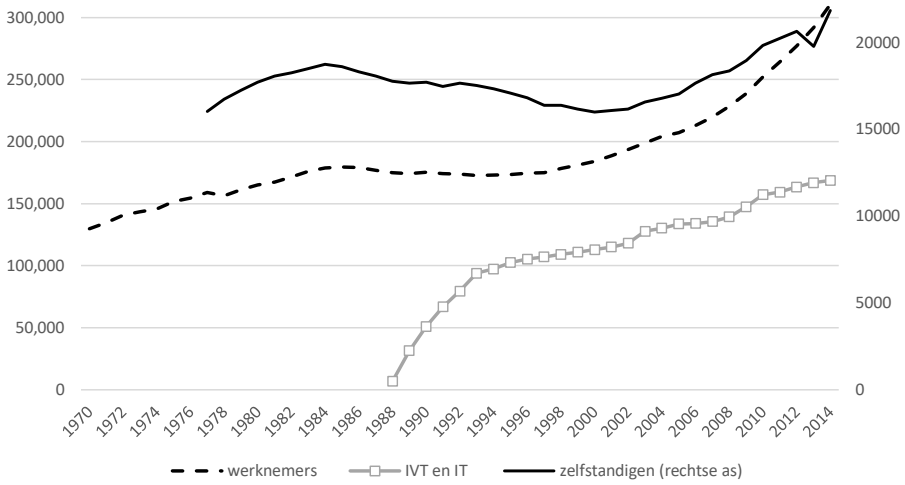
Bron: KOWESZ (Centrum voor Sociaal Beleid, 2016)

Noot: VTE: voltijds equivalenten; NNI: netto nationaal inkomen; bijstand: de inkomensvervangende tegemoetkoming.

In dezelfde periode steeg het aantal begunstigden binnen de invaliditeitsverzekering van 129 723 in 1970 tot 310 424 in 2014. De grootste stijgingen vonden plaats in de jaren '70 en in de jaren 2000. Het aantal zelfstandigen in de invaliditeitsverzekering steeg van 16 030 personen in 1977 tot 21 827 personen in 2014. Het aantal bijstandsontvangers steeg gestaag sinds de introductie in 1988. Merk wel op dat de reeks in figuur 3 gecombineerde aantallen toont voor de IVT en de IT.

De stijging van het aantal invaliden houdt verband met de veroudering van de bevolking, met de verhoging van de pensioenleeftijd voor vrouwen en met de strenger wordende voorwaarden in de werkloosheid en de brugpensioenen (Federal Public Service Social Security, 2018; RIZIV, s.d.).

Figuur 3: Evolutie aantal uitkeringsgerechtigden 1970 – 2014 in het invaliditeitsstelsel voor werknemers en zelfstandigen, en binnen de inkomensvervangende tegemoetkoming en de integratietegemoetkoming



Bron: FOD Sociale Zekerheid (2019)

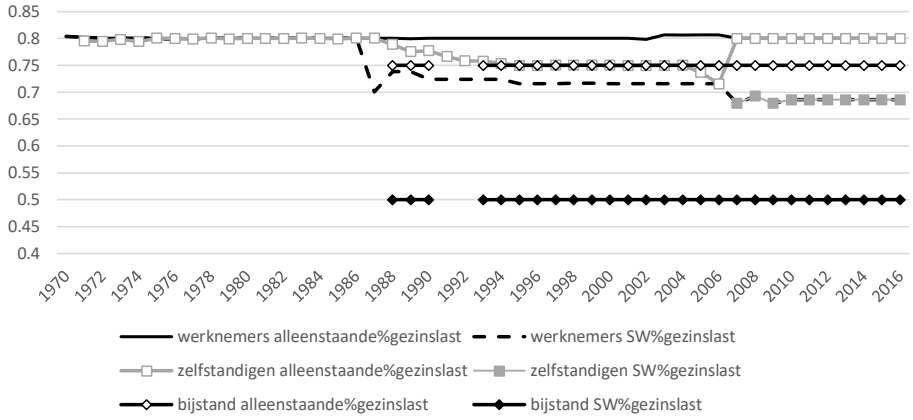
3.1.3. Een aantal markante trends

Figuur 4 toont de evolutie van de uitkeringen voor de verschillende gezinstypen en geeft aldus de mate van gezinsmodulering weer. Ondanks de steeds weerkerende roep naar de individualisering van de uitkeringen zien we dat de afstand tussen de minimum uitkeringen voor alleenstaanden en voor uitkeringstrekkers met gezinslasten enerzijds en deze van samenwonenden niet is afgenomen, integendeel.

Zowel binnen het werknemers als zelfstandigen stelsel heeft een alleenstaande recht op 80% van de uitkering voor iemand met gezinslast. Binnen de bijstand (de inkomensvervangende tegemoetkoming) is deze verhouding 75%. Binnen de werknemersverzekering (en de bijstand) bleef deze verhouding over de hele periode vrij stabiel. Binnen de zelfstandigenregeling was er een lichte afkalving voor alleenstaanden vanaf eind jaren 80, die bij het gelijktrekken van de uitkeringen binnen het zelfstandigenstelsel met het werknemersstelsel werd rechtgetrokken.

Voor samenwonenden is er meer variatie. Binnen de werknemersverzekering erodeerde het bedrag voor een samenwonende van het niveau voor een alleenstaande naar onder de 70%. In het zelfstandigenstelsel werd deze categorie pas in de jaren 2000 ingevoerd. Binnen de bijstand bleef de verhouding tussen het bedrag waar een samenwonende minimaal recht op heeft en iemand met gezinslast over de hele periode stabiel, maar op een heel laag niveau. Een samenwonende die een beroep doet op een IVT heeft slechts recht op 50% van het bedrag voor een persoon met gezinslast.

Figuur 4: Verhouding van de minima voor personen met een handicap in de gezinssituaties alleenstaande en samenwonende ten opzichte van de minima voor een persoon met gezinslast, binnen de invaliditeitstelsels voor werknemers en zelfstandigen en binnen de inkomensvervangende tegemoetkoming (bijstand)



Bron: KOWESZ (Centrum voor Sociaal Beleid, 2016)

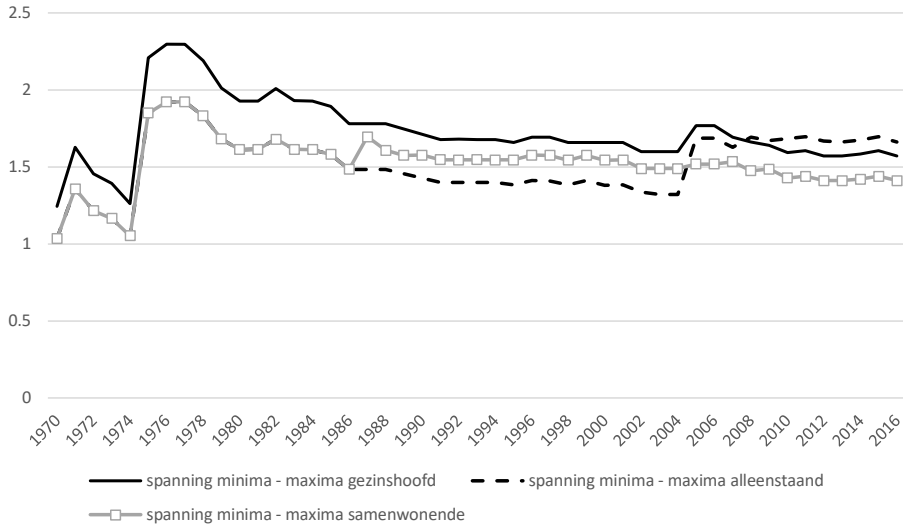
Noot: SW: samenwonende

Figuur A2 in appendix toont wel dat de roep om meer individualisering onrechtstreeks gevolg kreeg in hogere maxima voor alleenstaande personen met een handicap binnen het invaliditeitsstelsel voor werknemers in het midden van de jaren 2000, terwijl de maxima voor personen met gezinslast slechts beperkt stegen. Anders dan wat bij een werkelijke individualisering van invaliditeitsuitkeringen het geval zou zijn geweest, bleven de maxima voor samenwonenden nagenoeg gelijk om budgettaire redenen.

Ook een andere verandering vond enkel in het werknemersstelsel plaats. Net als in andere sociale zekerheidstakken is de verhouding tussen minimum- en maximumuitkeringen aanhoudend afgenomen tot het begin van de jaren 2000 (zie figuur 5). Nadien bleven de maxima voor samenwonenden verder afnemen vergeleken met de minima terwijl er vooral voor alleenstaanden een belangrijke inhaalbeweging was.

Met andere woorden: voor samenwonenden is het uitkeringssysteem aanhoudend verder afgegleden naar een minimum bescherming; voor alleenstaanden en gezinshoofden zijn er afwijkingen in het globale patroon. Ook voor deze gezinscategorieën is de afstand tussen minima en maxima vandaag echter behoorlijk lager dan in het begin van de 80'er jaren.

Figuur 5: Evolutie van de verhouding van de maximale uitkeringen tot de minimale uitkeringen voor personen met een handicap binnen het invaliditeitsstelsel voor werknemers voor de drie verschillende gezinscategorieën



Bron: KOWESZ (Centrum voor Sociaal Beleid, 2016)

Samengevat zien we: a) dat de minimum uitkeringen onder de Europese armoedegrens liggen; b) er een sterke en aanhoudende inhaalbeweging is geweest van de uitkeringen voor de zelfstandigen sedert het begin van de jaren 90; c) de minimum uitkeringen koopkrachtvast bleven dank zij de automatische koppeling aan de prijsevolutie; d) er een gestage afname is geweest van de welvaartscapaciteit van de minimum- en maximum uitkeringen in het werknemerstelsel in de jaren '80 en '90 maar dat er een aanhoudende inhaalbeweging is geweest sedert de invoering van de welvaartskoppeling volgens de jaarlijks vast te leggen welvaartsenveloppe; e) de gezinsmodalisering ondanks veel kritiek, grosso modo, behouden bleef en f) dat de minimum en maximum uitkeringen binnen het werknemerstelsel naar elkaar toegroeiden.

3.2. Quid kosten?

In dit hoofdstuk beperkten we ons tot een bespreking van de adequaatheid, architectuur en evolutie van de inkomensvervangende uitkeringen voor personen met een handicap. Een verontrustende vaststelling is dat deze uitkeringen nauwelijks (of helemaal niet) beschermen tegen het risico op armoede. Puur als inkomensvervanging schieten ze dus tekort.

Daarnaast is het duidelijk dat personen met een handicap geconfronteerd worden met extra uitdagingen om waardig te kunnen deelnemen aan de samenleving, en dat daar ook extra kosten mee gepaard gaan. Deze extra kosten beperken zich niet

tot puur medische uitgaven, maar manifesteren zich op verschillende domeinen. Het kan immers ook gaan over aangepaste kledij, extra randvoorwaarden voor huisvesting en mobiliteit, thuishulpdiensten enzoverder (Avalosse, Vancorenland, Mertens, & Boly, 2009; Van Thielen et al., 2010; Vermeulen, Van Der Niet, Demaerschalk, Van Audenhove, & Hermans, 2012). Er bestaan evenwel verschillende uitkeringen of ondersteuningsbudgetten voor personen met een handicap die gelden als tegemoetkoming in deze extra kosten[126]. Op federaal niveau is er de integratietegemoetkoming, die in 1988 de tegemoetkoming hulp van derden verving.

In tegenstelling tot de IVT heeft deze niet als doel om een minimaal inkomen te garanderen, maar wel om tussen te komen in de extra kosten die verbonden zijn aan het hebben van een handicap. Het bedrag is dan ook afhankelijk van de zelfredzaamheid, die gemeten wordt op een medisch-sociale schaal. Afhankelijk van de punten die men op deze schaal scoort, behoort men tot één van vijf categorieën. Elk van deze categorieën geeft recht op een ander forfaitair bedrag. Anders dan de IVT, staat dit bedrag los van de gezinssituatie. Ook de IT is middelengetoetst naar eigen inkomen, waarbij een hogere vrijstelling geldt voor inkomen uit arbeid dan voor andere inkomens. Bovendien geldt er boven het (verhoogde) grensbedrag nog een vrijstellingspercentage (Janvier, 2011).

Voor oudere personen met een handicap was de tegemoetkoming hulp aan bejaarden (THAB) van belang. Deze werd met de 6e staathervorming evenwel overgeheveld naar de gemeenschappen, en heet nu zorgbudget voor ouderen met zorgnood. Daarnaast voerden de gemeenschappen nog verschillende aanvullende ondersteuningen in. Zo voerde Vlaanderen een basisondersteuningsbudget in voor personen met een lichte ondersteuningsnood, en een persoonsvolgend budget voor personen met een zwaardere ondersteuningsnood. De zorgverzekering biedt dan weer een tegemoetkoming in de kosten voor niet-medische zorg.

Het valt buiten het bestek van dit hoofdstuk om na te gaan of de combinatie van al deze mogelijke tegemoetkomingen werkelijk kostendekkend is. Een grote moeilijkheid bij een dergelijke oefening is het bepalen van de kosten die verbonden zijn aan het hebben van een handicap. Een aantal eerste stappen werden gezet in Van Thielen et al. (2010) en in Vermeulen et al. (2012). Beide studies wijzen echter op de grote verscheidenheid aan specifieke handicaps, en op de uiteenlopende kosten die daarmee gepaard gaan. Bovendien veronderstelt zo'n oefening ook het onderzoeken van welke (ernst van welke) handicap toegang geeft tot welke hoogte van extra ondersteuningsuitkeringen op de verschillende niveaus, hoe die met elkaar en met de inkomensvervangende uitkeringen besproken in dit hoofdstuk interageren, en ten slotte, of die kostendekkend zijn.

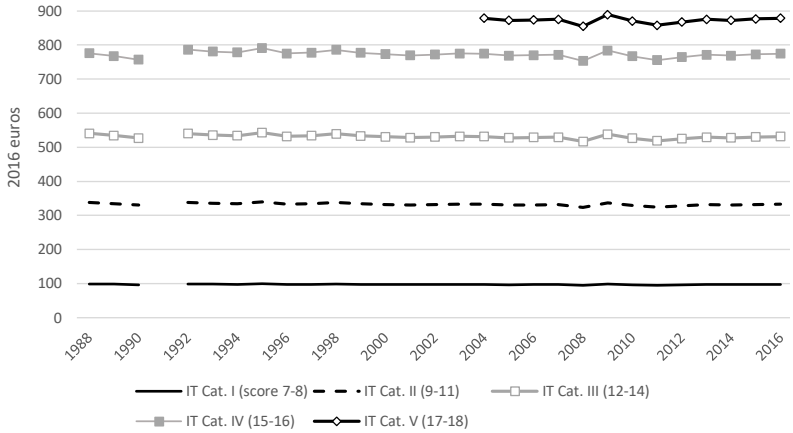
Een dergelijk onderzoek is wel zeer noodzakelijk, aangezien uit dit hoofdstuk blijkt dat de hoogte van de inkomensvervangende uitkeringen niet voldoende marge laten om deze extra kosten op te vangen. Bovendien laten de beschikbare gegevens over de bedragen van de IT en de THAB een sterke stabiliteit zien van de waarde van

126 Zie hoofdstuk 2 van dit volume voor een bespreking van de tegemoetkomingen op de verschillende beleidsniveaus.

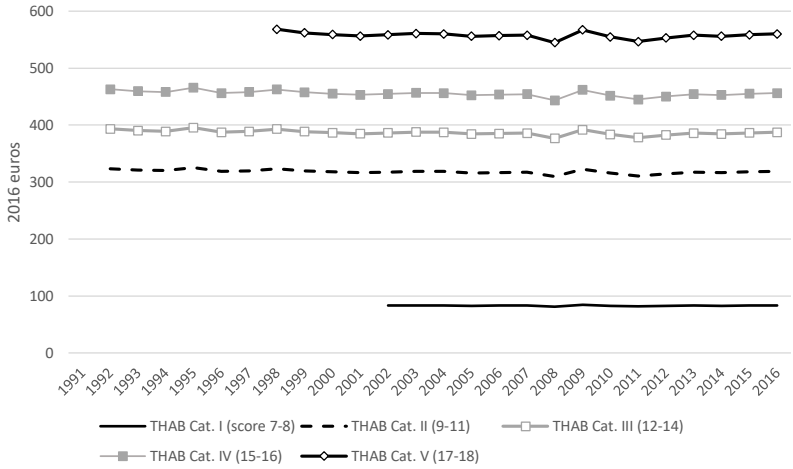
deze kostendekkende uitkeringen (zie figuur 6), en dit tegen een achtergrond van stijgende uitgaven in de zorgsector. Het is dan ook van groot belang in de nabije toekomst na te gaan of deze relatieve afkalving van de IT en de THAB (en van de inkomensvervangende uitkeringen) in voldoende mate gecompenseerd werd door de ondersteuning die door andere overheidsniveaus wordt verzorgd.

Figuur 6: Reële trends in de uitkeringsbedragen van de integratietegemoetkoming en de tegemoetkoming hulp aan bejaarden

Paneel A: Integratietegemoetkoming



Paneel B: Tegemoetkoming hulp aan bejaarden



Bron: KOWESZ (Centrum voor Sociaal Beleid, 2016)

4. Conclusie

Het algemene beeld van de lange termijn evolutie van de uitkeringen voor personen met een handicap is teleurstellend en zorgwekkend. De minimale inkomensbescherming schiet structureel tekort en periodieke verbeteringen bleven ontoereikend.

De uitkeringen bleven weliswaar koopkrachtvast en ze haalden sedert het midden van de jaren 2000 - na een lange periode van welvaartserosie - hun opgelopen achterstand langzaam in, met dank aan de automatische koppeling aan de prijzen en aan de welvaartskoppeling volgens de jaarlijks vast te leggen welvaartsenveloppen. Er was ook sprake van een aanhoudende en sterke inhaalbeweging van de oorspronkelijk erg lage uitkeringen voor zelfstandigen. Anderzijds, blijven de uitkeringen voor personen met gezinslasten ondanks de gezinsmodulering – die standhield ofschoon voortdurend onderhevig aan kritiek – ver onder de armoedegrenzen.

Zelfs indien abstractie wordt gemaakt van de kosten die verband houden met de ziekte of handicap beschermen de uitkeringen onvoldoende tegen de armoede. Bovendien lukt de sociale zekerheid er van langsom minder in om de verworven levenstandaard te waarborgen voor de middenklasse: vooral voor samenwonenden kenden de maximum uitkeringen een bijna voortdurende erosie vergeleken bij de minimum uitkeringen.

Hoewel de indexeringsmechanismen ageren als ingebouwde stabilisatoren, is de sociale verzekering voor personen met een handicap de facto afgegleden naar een minimum bescherming die sterk ontoereikend blijft, in het bijzonder voor eenverdieners met gezinslasten. Gelet op het geringe verschil tussen het niveau van de minimumuitkeringen en de netto minimumlonen zal het optrekken van de minima tot aan de Europese armoedegrenzen een grote inspanning vergen.

Deze operatie moet immers vergezeld gaan met het optrekken van de inkomens van laagverdieners. De versterking van tegemoetkomingen in de kosten die gepaard gaan met handicap, zorg en wonen, kan remediërend zijn, maar het optrekken van de sociale minima voor personen met een handicap moet de allerhoogste prioriteit krijgen binnen het sociale zekerheidsbeleid.

5. Annex

Tabel A1: Bedragen minimumloon, gemiddeld loon en sociale zekerheidsuitkeringen, in euro, september 2018

	alleenstaande	gezinslast	samenwonende
bruto minimumloon	1.563	n.a.	n.a.
bruto gemiddeld loon	3140.2	n.a.	n.a.
leefloon	911	1255	607
IGO	1.118	n.a.	746
minimum werkloosheid	1.053	1.271	550 - 781
maximum werkloosheid	1.736	1.736	1.736
minimum werknemerspensioen	1.245	1.556	
minimum zelfstandigenpensioen	1.245	1.556	

Bronnen: FOD Sociale Zekerheid (2018); Rijksdienst voor arbeidsvoorziening (2018); RVP (2018); Steunpunt tot bestrijding van armoede (2018). Bruto gemiddeld loon is op basis van EU SILC 2017 (zoals gerapporteerd in EUROMOD, 2018).

Noot: Bedragen afgerond tot op 1 euro.

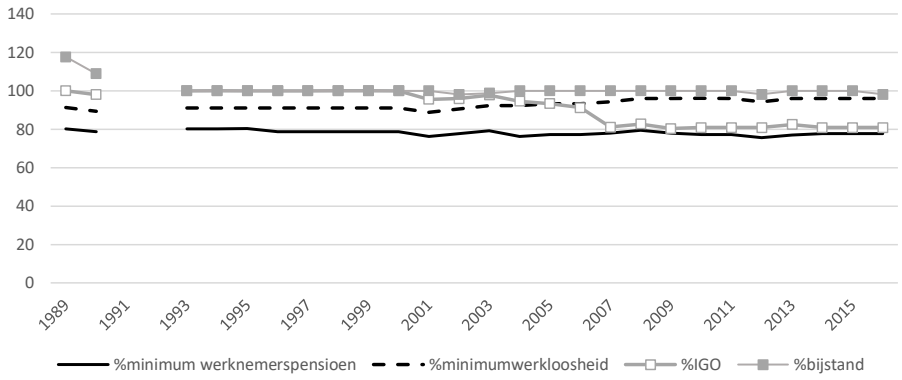
Tabel A2: Vergelijking netto inkomens aan minimale uitkeringen in Vlaanderen vs. de andere gewesten

	Vlaanderen		andere gewesten		Vlaanderen		andere gewesten	
	invaliditeitsuit-kering		invaliditeitsuit-kering		IVT		IVT	
	Alleen-staande	koppel met twee kinderen	Alleen-staande	koppel met twee kinderen	Alleen-staande	koppel met twee kinderen	Alleen-staande	koppel met twee kinderen
% armoedelijn	103	80	103	80	75	69	75	70
% minimumloon	83	96	83	96	60	83	60	84
%leefloon	137	119	137	118	100	103	100	103
%IGO	112	n.a.	112	n.a.	82	n.a.	82	n.a.
%minimumwerkne-mers-pensioen	100	n.a.	100	n.a.	73	n.a.	73	n.a.
%werkloosheids-uit-kering na 6 maanden	118	118	118	118	86	101	86	103

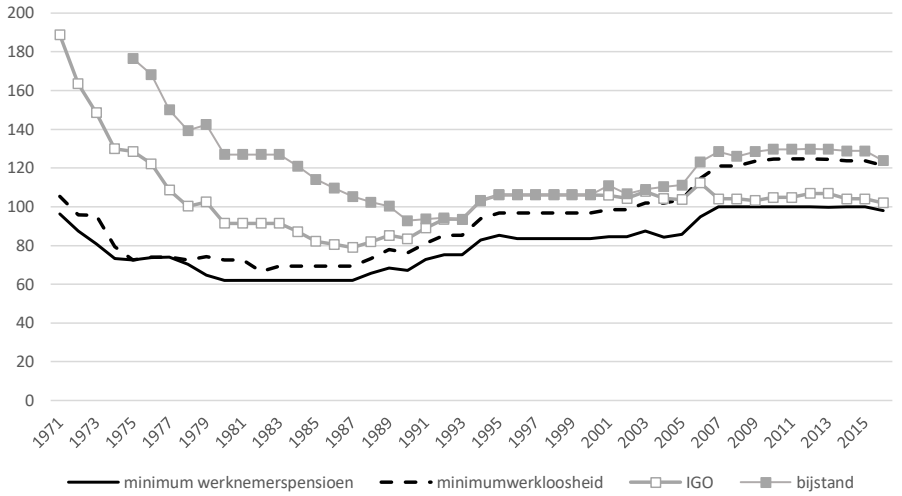
Bron: Federal Public Service Social Security (2018)

Figuur A1: Evolutie van de inkomensvervangende uitkeringen ten opzichte van andere minimale uitkeringen

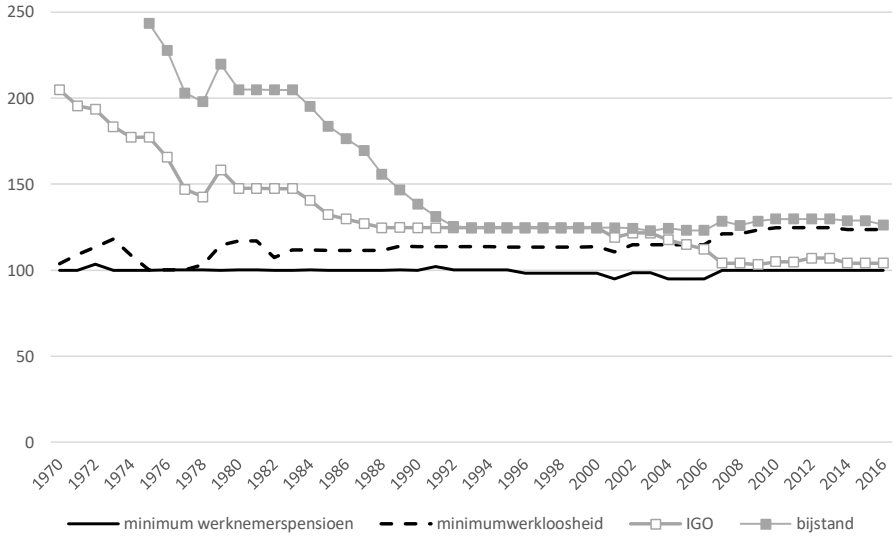
Paneel A: De Inkomensvervangende tegemoetkoming voor personen met gezinslas



Paneel B: De minimum invaliditeitsuitkering voor zelfstandigen met gezinslast



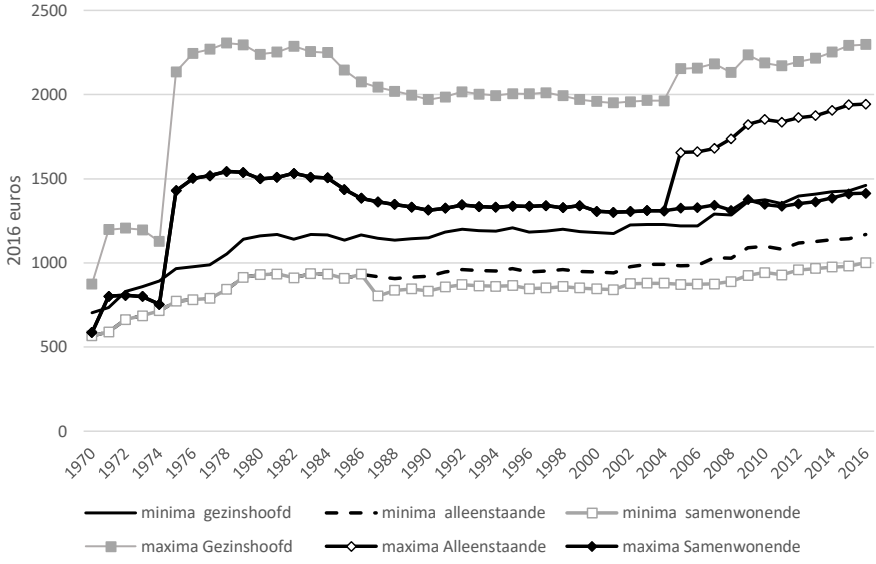
Paneel C: De minimum invaliditeitsuitkering voor werknemers met gezinslast



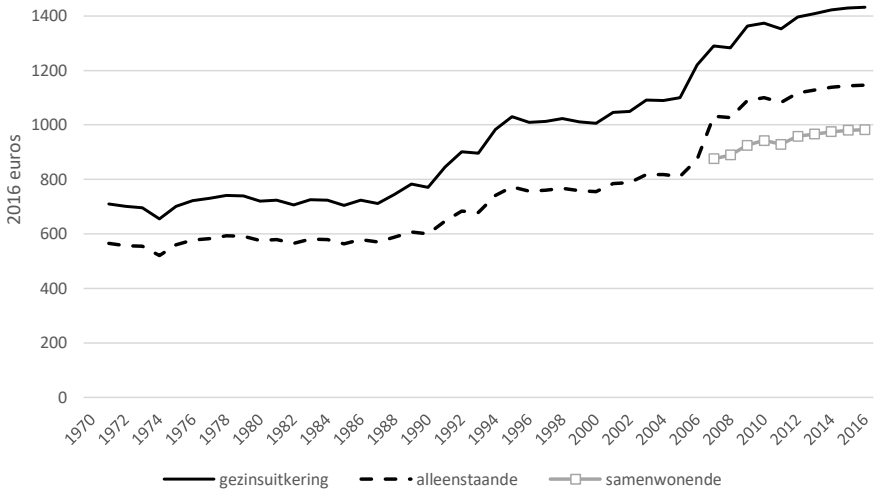
Bron: KOWESZ (Centrum voor Sociaal Beleid, 2016)

Figuur A2: Evolutie in koopkrachttermen van de uitkeringsbedragen voor personen met een handicap

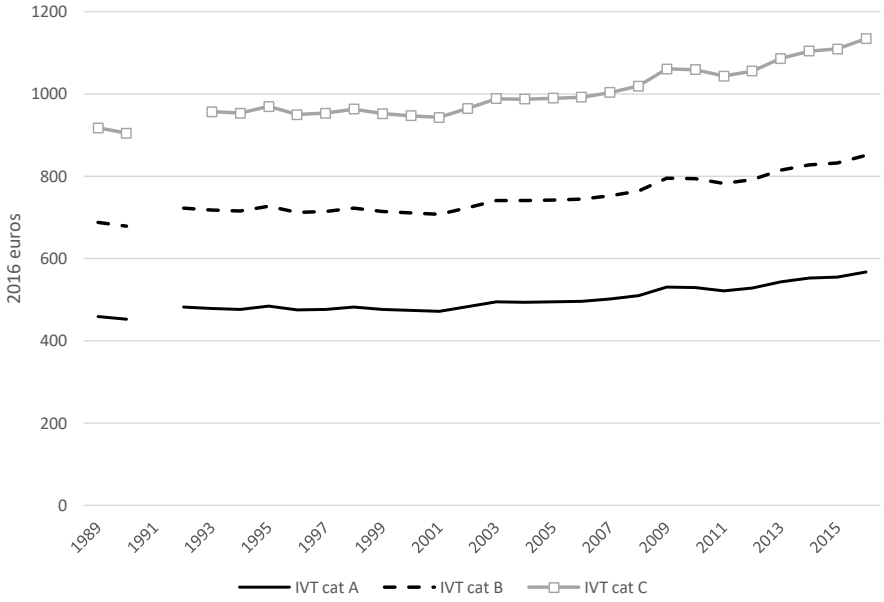
Paneel A: Evolutie in koopkrachttermen van de uitkeringsbedragen in de invaliditeitsverzekering voor werknemers, 1970-2016



Paneel B: Evolutie in koopkrachttermen van de uitkeringsbedragen in de invaliditeitsverzekering voor zelfstandigen, 1970-2016



Paneel C: Evolutie in koopkrachttermen van de hoogte van de inkomensvervangende tegemoetkoming, 1989 – 2016



Bron: KOWESZ (Centrum voor Sociaal Beleid, 2016)

Noot: zie noot bij tabel 1 voor de verklaring van de verschillende gezinscategorieën.

Hoofdstuk 7

OVERZICHT VAN DE NON TAKE-UP DOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP DIE IN BESTAANSONZEKERHEID OF ARMOEDE LEVEN IN HET BRUSSELSE GEWEST

Laurence Noël, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad

1. Inleiding

Waarom komen mensen met een handicap terecht in situaties waarin ze bepaalde sociale rechten niet opnemen? En waarom profiteren deze mensen, ondanks dat ze wel rechthebbende zijn, daar dan niet van.

Voortbouwend op een onderzoek dat een eerste stand van zaken heeft gemaakt van de non take-up in het Brusselse Gewest, worden enkele kenmerken van non take-up (= het niet opnemen) van rechten in situaties van handicap en armoede[127] voorgesteld. Uit de analyse van probleemsituaties[128] en de weg die deze mensen hebben afgelegd (kantelmomenten en periodes "zonder rechten") komen zowel transversale principes als specifieke elementen in de non take-up naar voren. Die hebben in hoofdzaak betrekking op uitkeringen voor personen met een handicap en andere bijstandsstelsels

127 Hiervoor hebben we onze transcripties van de gesprekken opnieuw geanalyseerd en zijn we op zoek gegaan naar alle situaties die betrekking hadden op uitkeringen voor personen met een handicap.

128 Ter sprake gebracht door mensen die zelf in een situatie van non take-up of bestaansonzekerheid/armoede leven of geïdentificeerd door de betrokken beroepskrachten.

of vervangingsinkomens binnen het Belgische systeem van de sociale bescherming of sociale zekerheid[129] (Funck, 2014).

Wie in armoede of bestaansonzekerheid leeft, loopt een veel groter risico op non take-up van rechten (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2017). Bijgevolg stelt de vraag zich of ook het leven met een handicap het risico op een non take-up van de rechten vergroot. En biedt deze individuele handicap de enige verklaring? Wat kunnen we uit administratieve gegevens leren over de non take-up van rechten en de mogelijke gevolgen ervan? Hoe kunnen we de non take-up van rechten door mensen met een handicap analyseren? Er worden factoren van individuele, administratieve, organisatorische en institutionele aard onderzocht, die in verband gebracht worden met situaties van bestaansonzekerheid, handicap en non take-up van de sociale rechten.

Dit artikel is een niet-exhaustieve inventaris van de vele factoren die bijdragen tot (het risico op) non take-up van uitkeringen voor personen met een handicap en andere sociale rechten die gekoppeld zijn aan een situatie van ziekte of handicap door personen die in bestaansonzekerheid leven[130] met een handicap[131]. Er zal in het bijzonder worden ingegaan op de grensgevallen tussen non take-up, mogelijke non take-up, en situaties waarin de desbetreffende rechten blijkbaar geen dekking bieden, maar waarin we een aantal onzichtbare vormen van non take-up terugvinden. De analyse is gebaseerd op al het materiaal en alle gegevens die werden verzameld voor het rapport "**Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het Brussels Gewest**[132]" (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2017) dat deel uitmaakt van het **Brusselse Armoederapport**[133].

---

129 De "sociale zekerheid" in de juridische zin van het woord omvat volgens Funck (2014) "alle instellingen die de sociale zekerheid of de betaling van uitkeringen die daaruit voortvloeien, beheren", d.w.z.: "de takken van de sociale zekerheid binnen de privé- en openbare sector, de regelingen waarvoor geen bijdrage wordt betaald, inclusief de maatschappelijke hulp" (Funck, 2014). "Sociale bescherming" en "sociale zekerheid" zijn ook synoniemen volgens de Verenigde Naties aangezien deze systemen tot doel hebben om de mensenrechten en personen die in armoede leven te beschermen. Hetzelfde geldt voor de uitvoering en toepassing van de Wet tot invoering van het "handvest" van de sociaal verzekerde. Deze wet geldt voor iedere instelling van sociale zekerheid (inclusief "alle regelingen van het stelsel van sociale bijstand, bestaande uit de tegemoetkomingen aan gehandicapten, het recht op een bestaansminimum, (het maatschappelijk welzijn,) de gewaarborgde gezinsbijslag en het gewaarborgd inkomen voor bejaarden") en legt de taken van de instellingen van sociale zekerheid vast, met name door de "administratieve relatie" (Dubois, 2015) en de verhouding tussen de burgers-gebruikers en de werknemers van de overheidsdiensten te structureren.

130 De meesten hiervan leven onder de armoedegrens, enkelen echter net erboven.

131 Omdat ze zichzelf als voldoende gehandicapt beschouwen of omdat de betrokken onderzoekers van oordeel zijn dat ze voldoende gehandicapt zijn om in aanmerking te komen voor een uitkering voor personen met een handicap.

132 http://bit.ly/2CIIpwb. Dit rapport maakt deel uit van het Brusselse Armoederapport 2016 en heeft aanleiding gegeven tot: - verschillende parlementaire interpellaties na de voorstelling van de resultaten tijdens de Rondetafel van het Brusselse parlement van 15 maart 2017; - een advies van de Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap (Advies nr. 2018/09 van 19/02/2018); - een initiatiefadvies van de Economische en Sociale Raad van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (A-2018-032-ESR) van 19/04/2018.

133 Wordt sinds 2008 iedere twee jaar gepubliceerd: http://www.ccc-ggc.brussels/nl/observatbru/publicaties/armoederapporten-5-katernen

2. Context en definities

2.1. Brusselse context: een beleid voor ondersteuning van personen met een handicap dat steeds complexer wordt

Wat betreft de rechten die voortvloeien uit het systeem van de sociale zekerheid en sociale bijstand, worden personen met een handicap geconfronteerd met problemen die vallen binnen verschillende bevoegdheden (gezondheidszorg, sociale bijstand, mobiliteit, invaliditeit, aangepast onderwijs, aanpassingen van de woning, enz.) en dit zowel op het federale niveau als op dat van de verschillende deelstaten.

Het federale niveau is bevoegd voor sociale uitkeringen, vervangingsinkomens en terugbetalingen van gezondheidszorg (ook voor revalidatie). De deelstaten zijn bevoegd voor hulp bij mobiliteit, onthaal en gespecialiseerde instellingen, het ter beschikking stellen van budgetten voor persoonlijke bijstand, aanpassing van de woning, toegankelijkheid van diensten en infrastructuur en aangepast onderwijs. Ook gemeenten hebben bevoegdheden die een rechtstreekse invloed hebben op het dagelijkse leven van personen met een handicap: infrastructuur, sociale huurwoningen, toegankelijkheid van de openbare ruimte, mobiliteit en diensten voor thuishulp.

Het Brusselse Gewest wordt het zwaarst getroffen door de institutionele complexiteit (zie Hoofdstuk 2 van dit volume en meer specifiek het deel over het beleid inzake personen met een handicap in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest). Dit komt voornamelijk door de versnippering van de bevoegdheden, de overlapping van verschillende bijstandssystemen en de verdeling van het grondgebied in 19 gemeenten:

> *"Wist u bijvoorbeeld dat mensen in Brussel vrij kunnen kiezen om (...) de Nederlandstalige of de Franstalige reglementering te volgen? (…). Vergis ik me wanneer ik zeg dat er voor iemand die gehandicapt is, maar liefst vijf verschillende ministeries bevoegd zijn, en dat alleen nog maar voor de basisbehoeften?" (Hulpverlener)*

De mensen begrijpen niet hoe de bevoegdheden verdeeld zijn, ze begrijpen niet wat de verschillen zijn tussen de diensten of interventiesystemen die onder de bevoegdheid vallen van de Vlaamse Gemeenschap (De Vlaamse Gemeenschapscommissie of VGC), de Franstalige Gemeenschap (Commission communautaire Française of COCOF) of de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC).

Bovendien kan een verhuis naar een andere gemeente of gewest voor rechthebbenden de toegang tot verschillende diensten of sociale rechten aanzienlijk bemoeilijken; zelfs als het maar gaat om een kleine verandering zoals aansluiting bij een andere mutualiteit:

> *"Dat doet me denken aan een dame die onlangs naar Brussel is verhuisd. Ze was aangesloten bij [Nederlandstalige mutualiteit] en wel, het heeft zes maanden geduurd voordat de Brusselse mutualiteit haar dossier in orde heeft gebracht. We hebben minstens tien e-mails moeten sturen, telkens moesten er nieuwe documenten worden bezorgd en de informatie was niet beschikbaar. Echt ongelooflijk." (Hulpverlener)*

2.2. Definities van non take-up van rechten

Hoe kunnen we de non take-up van sociale rechten definiëren? De non take-up van rechten "verwijst (…) naar alle situaties waarin iemand in aanmerking komt voor een [financiële] sociale tegemoetkoming maar die – ondanks alles – niet krijgt" (Warin, 2010).

Door de non take-up van rechten te benaderen op een globale en administratieve manier die afwijkt van de traditionele of legalistische benadering[134], komen mensen die in bestaansonzekerheid of armoede leven centraal te staan in de discussie over hoe de openbare diensten moeten worden georganiseerd (Warin, 2009). Philippe Warin stelt voor om de non take-up van sociale rechten te kaderen binnen een globale aanpak van armoede. Daarbij wordt gekeken hoe de non take-up zich verhoudt "tot het aanbod aan openbare diensten en de instanties die daarvoor instaan". De doeltreffendheid en pertinentie van de systemen worden met andere woorden in vraag gesteld waardoor automatisch ook problemen op beheers- en beleidsmatig vlak naar boven komen (Warin, 2010).

Het concept sociale onderbescherming (Steenssens, 2013), dat is gebaseerd op de definitie die wordt gegeven door het Franse Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), probeert echter om het onderzoek naar de non take-up uit te breiden naar de niet-dekking van de rechten. Door het onderzoek naar non take-up en naar niet-dekking van rechten met elkaar in verband te brengen, kunnen bepaalde dynamische aspecten van de non take-up van sociale rechten aan het licht worden gebracht (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2017).

2.3. Typologie van de non take-up van de sociale rechten

Voor onderzoek dat werd gevoerd in het kader van het Rapport over de "Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het Brussels Gewest" werd een descriptieve en verklarende typologie[135] van de non take-up ter beoordeling voorgelegd aan 94 personen, waarvan 26 zelf in een situatie van non take-up zaten en 68 hulpverleners[136] (medewerkers uit verschillende sectoren en leden van organisaties voor sociale bescherming). Personen die in een situatie van non take-up zaten, vergeleken hun ervaringen met de voorgestelde typologie. De hulpverleners bespraken de reële situaties waarmee ze werden geconfronteerd en de dossiers die ze in hun dagelijkse werk behandelen.

---

134 Gebaseerd op een strikte en restrictieve definitie die voornamelijk steunt op behavioristische verklaringen en op het utilitaristische "kosten-baten"- of "kosten-voordelen"-model.

135 Opgesteld op basis van verschillende bronnen: twee artikels van P. Warin (2010 en 2014) en een rapport van K. Steenssens (2009).

136 Deze personen in situaties van non take-up (26) en de gespecialiseerde hulpverleners (68) vertegenwoordigen heel wat sociale rechten en sectoren: de openbare sector van de sociale zekerheid en de betrokken operatoren (RVA, HVW, Mutualiteiten etc.), algemene sociale diensten (OCMW's, centra voor algemene sociale dienstverlening, centrum voor bijstand aan personen, CAW's, etc.), meer gespecialiseerde diensten (gezinsplanning, wijkgezondheidscentra, sociale diensten van de mutualiteiten etc.), diensten voor hulp bij tewerkstelling (tewerkstellingshuis, Actiris-antennes, opleidingscentra, etc.).

Vier situaties van niet-gebruik of non take-up (P. Warin 2010 en 2014):
NIET GEKEND **De betrokkene kent het recht niet** Bijv.: "ik ken(de) dit recht niet"
NIET GEVRAAGD **de betrokkene kent het recht wel (weet dat hij ervoor in aanmerking komt) maar vraagt het niet aan** Bijv.: "ik wil dit recht niet aanvragen"
NIET TOEGEKEND **De betrokkene kent het recht en heeft het aangevraagd, maar het wordt niet toegekend** Bijv.: "ik heb het recht gevraagd, maar ik krijg het niet"
NIET VOORGESTELD **De sociale hulpverleners stellen het recht niet voor aan de persoon die ervoor in aanmerking komt** Bijv.: "niemand heeft het me gezegd"
Vijfde situatie toegevoegd door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn. **UITSLUITING UIT DE RECHTEN** **Wanneer iemand wordt uitgesloten uit de sociale rechten** Bijv.: "ik kom niet meer in aanmerking voor dit recht" Naargelang het geval is de uitsluiting het gevolg van een situatie van non take-up of een situatie van sociale onderbescherming.

Het onderzoek naar de sociale verhoudingen tussen de rechthebbenden en de openbare of semi-openbare instanties[137] in Brussel werpt daarnaast ook een licht op de manier waarop personen die in bestaansonzekerheid leven de gekozen of ondergane situaties van non take-up zoals die in de typologie worden beschreven, ervaren.

137 Bepaalde diensten en verenigingen die niet volledig worden gesubsidieerd, kunnen als semi-openbaar worden beschouwd.

3. Handicap, non take-up en armoede

De analyse die hier[138] wordt voorgesteld, bevat een aantal kwalitatieve elementen over non take-up en de uitsluiting van uitkeringen voor personen met een handicap[139] die een aanvraag tot erkenning hebben ingediend.

3.1. Handicaps en rechten: identiteit en socialisering

Personen met een handicap zijn in de eerste plaats "gebonden" aan hun ziekte, hun handicap en de door hen beleefde situatie. Pas daarna zien ze zichzelf als "personen met rechten" (Fierens, 1992) en gaan ze die rechten ook daadwerkelijk aanvragen. Alvorens hulp en verzorging te kunnen krijgen, hebben ze eerst tijd nodig om zich aan hun situatie te aan te passen en die te accepteren, en moeten ze de hulp van gespecialiseerde professionele hulpverleners aanvaarden.

> *"Zeker omdat er vaak tussenbeide wordt gekomen op het moment dat de mensen worden geconfronteerd met een ziekte en zich dus fysiek en/of psychologisch niet goed voelen" (Hulpverlener)*

> *"De betrokkenen concentreren zich op hun behandeling, op het aanvaarden van de diagnose, al die zaken dus, alvorens ze nog maar kunnen begrijpen dat..". (Hulpverlener)*

De reële beperkingen van de handicap, de persoonlijke geschiedenis van de betrokkene, zijn materiële en zijn psychologische situatie zijn allemaal factoren die mee verklaren waarom het moeilijk is om zich te herkennen in een procedure van erkenning of een administratief statuut als "persoon met een handicap".

Dit statuut (erkenning van een handicap of aanvraag van een overlevingsinkomen) is het eindresultaat van een reeks procedures en evaluaties die allemaal een mogelijke rem vormen en bij elke stap formeel bevestigen dat iemand al dan niet tot een administratieve en sociale categorie behoort. "In de richting gaan van" of behoren tot die categorie, kan worden geïnterpreteerd en ervaren als een stigmatisering. De procedures, het onthaal, de antwoorden die iemand ontvangt, het feit dat de uitkeringen onder het bijstandsregime vallen, de talrijke en frequente onderzoeken en administratieve formaliteiten kunnen het "Welfare stigma" (zie Spicker in Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, 2017) benadrukken.

De situatie en de aanvraagprocedures kunnen anders worden ervaren naargelang iemand met een handicap geboren wordt of die op latere leeftijd krijgt ten gevolge van

138 Deze oefening werd gedaan voor de volgende uitkeringen: de inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) en de integratietegemoetkoming (IT).

139 Voor meer informatie over de non take-up van andere fundamentele, meer algemene sociale rechten verwijzen we naar het rapport "Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het Brussels Gewest".

een ziekte of ongeval in zijn of haar kindertijd of later tijdens zijn of haar leven. In het eerste geval is de rol van de ouders, de naasten en contactpersonen van doorslaggevend belang voor de erkenning van de situatie van het kind en voor de ondersteuning van de socialisering "waarop hij of zij recht heeft". Al deze partijen zijn met andere woorden essentieel om ervoor te zorgen dat het kind kan genieten van de rechten en diensten die ter beschikking worden gesteld. Als de naasten (ouders of contactpersonen) moeten vechten om de rechten van hun kind te doen gelden, kunnen de diagnose en de vertraging van de erkenning worden ervaren als een "strijd". In het tweede geval, bij mensen die op latere leeftijd een handicap krijgen, kunnen er zich daardoor ook moeilijkheden voordoen bij het toegang krijgen tot de rechten die voor hen zijn bedoeld.

In beide gevallen wordt de identiteit van de betrokkene ondermijnd door de handicap. En alvorens die handicap kan worden aanvaard, moeten de betrokkenen door drie fases: de fase van ontkenning, de fase van verzet en tot slot de fase van aanvaarding (Berrat, 2014)

Zo is er dus een deel van de mensen dat zich duidelijk afzet tegen het "stigma" (Goffman, 1975). Het statuut wordt een "dubbel stigma" of een bijkomend stigma wanneer het fysiek of administratief zichtbaar wordt, met name wanneer iemand administratief wordt erkend als een persoon met een handicap die hulp krijgt of als begunstigde van een invaliditeitsuitkering (Simmel, 1908).

Zowel voor handicaps als geldelijke armoede bestaan er specifieke bijstandsregelingen, en zo maken ze allebei deel uit van eenzelfde geheel van "stigmatiserende voordelen" die een deel van de betrokkenen liever vermijdt of uit schaamte niet aanvraagt.

3.2. Armoede, non take-up en handicap: kruispunt van categorieën en rechten

Armoede is een relatief begrip dat niet gewoon kan worden gereduceerd tot geldelijke armoede of tot de statistische drempel waaronder iemand als arm wordt beschouwd. Op symbolisch vlak kan een uitkering uit een bijstandsregime[140] bij sommige personen de voorstellingen oproepen die ze zichzelf maken van "armoede" of van "de armen". Categoriaal of statistisch gezien liggen de minimumbedragen van de uitkeringen van de bijstandsregimes effectief onder de armoedegrens.

140 Zoals het leefloon van het OCMW, de inkomensvervangende tegemoetkoming of de integratietegemoetkoming.

Dankzij de omvang van het onderzoek en door het feit dat er zoveel verschillende diensten en hulpverleners[141] bij betrokken waren, hebben we bepaalde steeds terugkerende soorten non take-up en probleemsituaties kunnen identificeren in de sociaal-administratieve situatie van personen met een handicap die recht hebben op een uitkering.

Deze elementen kwamen naar voor uit verschillende enquêtes[142] en hebben betrekking op zowel de inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT), de integratietegemoetkoming (IT), de erkenning van de handicap (beheerd door de DG Personen met een handicap) en op andere sociale rechten. Die laatste zijn vaak rechtstreeks gelinkt aan ziekten of aan situaties van lichamelijke of geestelijke afhankelijkheid. Ze zijn nauw verbonden met de non take-up van de uitkeringen voor personen met een handicap. Het gaat om: de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, toeslagen voor kinderen met een handicap of aandoening[143], gewaarborgde kinderbijslag (verhoogd voor gezinnen met een beperkt inkomen), de verhoogde tussenkomst en de maximumfactuur, de werkloosheidsverzekering, maar ook de sociale steun van het OCMW (in aanvulling op de IVT en/of de IT) of de uitkering voor ouderen.

4. Situaties waarin de rechten niet gekend zijn, niet worden aangevraagd of niet worden toegekend

Uit de typologie en de gesprekken die werden gevoerd, zijn verschillende specifieke vormen van non take-up van de uitkeringen voor personen met een handicap[144] naar voren gekomen. Globaal gezien komen situaties waarin de rechten niet worden

141 L'Atelier des Droits sociaux (diensten tewerkstelling/sociale zekerheid, maatschappelijke steun, wetgeving inzake huurcontracten), Infor Droits, Steungroep voor personen met schuldoverlast, Medimmigrant, Belgian Anti-Poverty Network, De Union des Locataires Marollienne (ULM), asbl Diogènes vzw, Steunpunt voor de Diensten Schuldbemiddeling van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (alsook verschillende schuldbemiddelingsdiensten), Christelijke Mutualiteit, MC Saint-Michel, CAW Brussel, Sociale Dienst van Socialistische Solidariteit (SDSS), Espace Social Telé Service asbl (Sociale dienst, centrum voor schuldplanning en -bemiddeling…), Begeleiding Actief Zoeken naar Werk (AZW), Actiris, RVA, CAPAC – hvw – hfa, Actiris, antenne van Molenbeek, Partena, Onafhankelijk Ziekenfonds, Dienst steun aan personen, Sociale diensten van de WMW 1030 asbl, Mission Locale pour l'Emploi de Bruxelles-Ville, Plaatselijke Missie van Vorst, FGTB, CGSLB, OCMW van Vorst, OCMW van Etterbeek, OCMW van Anderlecht, OCMW van Koekelberg, Les petits riens asbl, Centre Hospitalier Jean Titeca A.S.B.L., Sociale Dienst, Medisch Huis Calendula, Fédération des Maisons Médicales, Entr'Aide des Marolles asbl, Gaffi asbl, Cenforgil asbl, Constructiv, Opleidingscentrum Bonnevie asbl, Collectif Alpha, Collectif Formation Société asbl, De Jetse Haard, Everecity, Dienst voor Maatschappelijke Begeleiding van Sociale Huurders (DMBSH), Les locataires réunis, Dienst voor Maatschappelijke Begeleiding van Sociale Huurders (DMBSH), Febisp.

142 Hierbij moet worden opgemerkt dat de enquête niet specifiek ging over uitkeringen of handicaps, maar over de non take-up van sociale rechten.

143 Dit is een bijkomende toeslag voor ouders van kinderen van 0 tot 21 jaar met een handicap of aandoening. Zie Famifed: http://bit.ly/2NtXnXe

144 D.w.z. voor de inkomensvervangende tegemoetkoming, de integratietegemoetkoming en andere afgeleide rechten of rechten die specifiek zijn voor een handicap, lichamelijke of geestelijke afhankelijkheid.

toegekend het vaakst voor, naast situaties waarin deze rechten niet worden aangevraagd of niet gekend zijn. Ook situaties waarin de rechten niet worden voorgesteld en uitsluiting van de rechten worden vermeld. We gaan voor elke soort non take-up kort in op de elementen die in de gesprekken werden aangehaald.

Al deze vormen van non take-up vallen binnen de administratieve relatie (Dubois, 2015) die de persoon met zijn specifieke handicap(s) of situatie van bestaansonzekerheid verbindt met de overheid.

4.1. Situaties waarin de rechten niet gekend zijn

Situaties waarin de rechten niet gekend zijn, zijn situaties waarin een persoon die in aanmerking komt, het recht of de dienst waarvoor hij of zij in aanmerking komt, niet kent. Zowel voor de IVT/IT als voor de afgeleide rechten ervan (verhoogde tegemoetkoming, kinderbijslag) is het niet kennen van het recht een probleem dat vaak door de deelnemers aan het onderzoek werd aangehaald.

Niet-kennen houdt verband met het feit of men het recht en de procedures al dan niet begrijpt. De toegang tot informatie, de details over de voorwaarden en de formaliteiten zijn zo complex dat ze vaak vragen om begeleiding, en door de handicap wordt deze behoefte aan begeleiding nog groter.

Verschillende hulpverleners vertelden dat ze heel wat tijd besteden om aan de betrokkenen uit te leggen welke rechten ze precies hebben en hoe ze die rechten kunnen aanvragen. Het is cruciaal dat de algemene of gespecialiseerde sociale diensten de mensen onthalen en naar hen luisteren. Naar de rechthebbende toegaan voor een huisbezoek kan zowel de betrokkene als de hulpverlener helpen om de situatie beter te analyseren. Het is vaak de hulpverlener die vast stelt dat de betrokkene in aanmerking komt voor een bepaald recht.

> *"Dikwijls komt er tijdens de permanenties of bij de mensen thuis, wanneer we dingen uitleggen, zoveel aan bod dat de mensen na 15-20 minuten niet meer geconcentreerd zijn. Ze luisteren nog wel, maar onthouden niets meer…" (Hulpverlener)*

> *"Het is heel ingewikkeld. Soms stop ik en zeg ik, voilà, ik leg u dit allemaal uit maar we zien elkaar in ieder geval terug en dan doen we voort. De dingen in stapjes doen, want anders wordt het te veel voor de mensen." (Hulpverlener)*

De hulpverleners zien de complexiteit, de moeilijke toegang tot informatie en het moeilijke begrip als een inbreuk op de democratie.

> *"Er is toch iets geweldig mis met de democratie als we mensen rechten toekennen maar hen dan niet de middelen geven om die te kunnen gebruiken, ze te kunnen hebben, ze te kunnen benutten. (...) Jullie hebben rechten maar jullie kennen ze toch niet, dus als jullie het geluk hebben iemand tegen te komen die jullie erop wijst, dan*

krijgen jullie dat recht, en anders... jammer voor jullie. Ik vind dat heel erg voor de mensen." (Hulpverlener)

Handicaps hebben een bijkomende impact op dit niet-kennen. In sommige gevallen zorgen ze er namelijk voor dat de personen zelf geen kennis kunnen nemen van hun rechten of de nodige stappen kunnen ondernemen om informatie in te winnen.

4.2. Situaties waarin de rechten niet worden aangevraagd

Situaties waarin de rechten niet worden aangevraagd, zijn situaties waarin de betrokkene wel weet dat hij of zij in aanmerking komt, maar het recht/de dienst waarop hij of zij recht heeft, niet aanvraagt. Hulpverleners maken een onderscheid tussen situaties waarin de rechten vrijwillig niet worden aangevraagd en onvrijwillig niet worden aangevraagd. Sommige personen willen absoluut geen aanvraag indienen terwijl anderen dat niet kunnen omdat hun situatie dat niet toelaat. Zo is het voor mensen met een zware mentale handicap bijvoorbeeld nagenoeg onmogelijk om zelf een aanvraag in te dienen[145], terwijl mensen met een fysieke handicap soms ontmoedigd raken of het te moeilijk vinden om zo'n aanvraag in te dienen (verplaatsingen, toegang tot informatie, dossierbeheer, nood aan hulp), waardoor ze hun aanvraag uiteindelijk niet indienen. Situaties waarin rechten niet worden aangevraagd, kunnen tijdelijk of definitief zijn. Sommigen stellen hun aanvraag een tijd uit, maar worden uiteindelijk in het nauw gedreven en hebben dan geen andere keuze meer dan toch een aanvraag in te dienen.

Bij personen met een handicap komt het heel vaak voor dat ze de rechten waarop ze aanspraak kunnen maken niet aanvragen. We schreven het hierboven al: wanneer een handicap plots ontstaat of geleidelijk aan erger wordt, dan moet de betrokkene eerst door een aantal fases om zijn of haar identiteit terug te vinden. Hierdoor staat hij of zij vaak heel weigerachtig tegenover een aanvraagprocedure die steeds complexer wordt. Vooral in het geval van een handicap worden rechten regelmatig niet aangevraagd omdat het aanvragen van een uitkering voor een persoon met een handicap gelijk staat aan het in vraag stellen van zijn of haar identiteit die wordt ondermijnd wanneer hij of zij het statuut of het voordeel van een uitkering krijgt.

Mensen met een handicap "beschouwen zichzelf in de eerste plaats als iemand met een "ziekte" en niet zozeer als iemand met een "handicap". Daarom zijn ze niet a priori van mening dat de bestaande rechten voor personen met een handicap iets voor hen zijn" (Berrat, 2014). Het feit dat het gaat om een bij wet en door ad hoc commissies gedefinieerd statuut dat wordt toegekend, dat het begrip handicap bepaalde voorstellingen oproept binnen de samenleving en dat personen met een handicap begeleiding krijgen, kan een gevoel van schaamte met zich meebrengen. De sociaal-maatschappelijke voorstellingen of vooroordelen verbonden aan het begrip

145 Omdat de betrokkene verward is door de procedures (bijvoorbeeld in de war door een weigering tijdens een sociaal of medisch consult) of omdat hij of zij niet over de mentale capaciteiten beschikt om de volledige aanvraagprocedure zelf uit te voeren.

handicap zijn vaak ook neerbuigend, en ook het risico gediscrimineerd te worden kan een rem vormen (Berrat, 2014).

De angst om een aanvraag in te dienen en steuntrekker te worden, heeft zowel voor de betrokkenen zelf als voor de anderen een impact op het zelfbeeld. Dit blijkt duidelijk uit de gesprekken die we hebben gevoerd: een categorische weigering uit angst om post te ontvangen met het briefhoofd van de DG voor Personen met een Handicap bijvoorbeeld, of enkel een parkeerkaart aanvaarden maar weigeren om een IVT of IT aan te vragen.

Situaties waarin rechten niet aangevraagd worden, kunnen een vrijwillige keuze en beleving zijn, waarbij rechten niet worden uitgeoefend om het gewenste imago te behouden.

> *"Ik heb nog een voorbeeld van iemand die altijd een heel lichte mentale handicap heeft gehad en geen aanvragen heeft willen indienen. Het is ook iemand die al ouder is dan vijftig, die altijd heeft gewerkt in een bedrijf waar hij aangepast werk kon doen en die zijn handicap nooit wou laten erkennen om niet gestigmatiseerd te worden terwijl hij duidelijk rechten had waarvan hij gebruik kon maken (…) Nu wordt dat een probleem omdat hij fysiek onderhoudswerk doet. Hij heeft nu artrose in zijn vingers en zal als arbeidsonbekwaam worden erkend door de mutualiteit en daar heeft hij volledig recht op. Toen ik over de situatie hoorde, heb ik hem opnieuw gewezen op zijn recht op een uitkering voor personen met een handicap, maar het is voor hem dus totaal uitgesloten dat hij een aanvraag indient die nog maar in die richting gaat." (Hulpverlener)*

Door te praten over de voorstellingen die de mensen hebben van zichzelf, van een statuut, een instantie of handicap, slagen sommige hulpverleners erin om met argumenten het vertrouwen van de betrokkenen te winnen en hen te overtuigen van de noodzaak om een aanvraag in te dienen. Het gaat hier om een proactieve aanpak (Steenssens, 2013) waarbij de persoon en diens vrije wil worden gerespecteerd.

Ook de procedures om bij de instanties van de sociale zekerheid rechten aan te vragen en te behouden, en de verwachtingen en verplichtingen die steeds talrijker worden, leiden ertoe dat mensen hun rechten niet aanvragen. Ze worden soms liever beschouwd als ziek om de procedures met expertisezittingen die vereist zijn om erkend te worden als persoon met een handicap, te vermijden.

> *"Dat zorgt er dus voor dat personen met een handicap geen uitkering aanvragen. Eerst en vooral hebben veel mensen het er moeilijk mee om het gezondheidsprobleem en het etiket dat op een dergelijke erkenning wordt gekleefd, te aanvaarden. En verder zijn de modaliteiten van de medische expertise er soms ook helemaal niet... het is heel moeilijk omdat er een zekere argwaan is dat het gezondheidsprobleem wordt overdreven... En ik heb echt mensen gehad die werkelijk een gezondheidsprobleem hadden dat door de mutualiteit werd erkend, het is niet dezelfde wetgeving, akkoord, maar dat is toch een element. Maar alleen het feit dat... ze dienen dan liever geen aanvraag in dan dat ze die moeilijkheid het hoofd bieden." (Hulpverlener)*

Personen die geen gebruik maken van hun rechten, hadden het ook over een sfeer van argwaan met betrekking tot hun handicap, een blik van buitenaf die zich afvraagt of de handicap wel echt is. Sommige personen met een handicap of hun naasten voelen zich gekwetst en gediscrimineerd omdat ze geconfronteerd worden met twijfels en opmerkingen wanneer het gaat om rechten en eventuele "voordelen" die worden toegekend.

> *"Ik heb een afspraak gemaakt met die dame, de medewerkster van de taxicheques en toen we aan het praten waren zei ze gewoon (...) "er zijn veel mensen die ervan profiteren, die van die rechten willen krijgen voor een handicap terwijl ze niet ziek zijn." (Persoon in situatie van non take-up)*

Bij het niet aanvragen van rechten gaat het ook om alle onzichtbare personen die niets vragen, die nooit iets zullen willen aanvragen. Personen die we niet zien en die naar geen enkele dienst stappen. Sommigen van hen zijn gehandicapt en/of leven geïsoleerd, of ze hebben zelfs geen woning.

> *"Er zijn er zelfs een aantal waarvan we ons helemaal niet bewust zijn, die mogelijk verborgen zijn. In de miserie. Op verschillende niveaus. Ze verplaatsen zich niet en komen niet naar hier, ze kennen ons niet. Misschien moeten wij naar hen toe gaan, maar op een specifieke manier, om hen niet af te schrikken." (Hulpverlener)*

4.3. Situaties waarin de rechten niet worden toegekend

De non take-up omwille van een niet-toekenning van de rechten is een situatie waarin de betrokkene in aanmerking komt, een aanvraag indient, maar het (de) gevraagde recht(en) niet krijgt. Deze soort non take-up werd het vaakst gemeld in onze analyse van de rechten voor personen met een handicap in de ruime zin.

Zodra de eerste hordes genomen zijn (identiteit, informatie, aanvraagprocedure), hebben de administratieve en institutionele factoren vaak een negatieve invloed op het vervolg van de aanvraag (ontvangst, behandeling, opvolging, antwoord) van een federale of regionale uitkering.

Vaak gaan een handicap en de erkenning ervan gepaard met twee andere sociaal-administratieve statuten: ziekte en arbeidsongeschiktheid.

4.3.1. De communicatie met het oog op erkenning en toegang tot uitkeringen voor personen met een handicap (inkomensvervangende tegemoetkoming - IVT en integratietegemoetkoming - IT) wordt complexer

Algemeen genomen vertellen de personen die we hebben ontmoet dat de modaliteiten van de aanvraagprocedure complexer geworden zijn en het moeilijker maken om erkend

te worden en een uitkering van het DG Personen met een Handicap te krijgen. Het is een tijd moeilijker geweest om informatie te krijgen en om met de medewerkers van het DG Personen met een Handicap te communiceren[146].De contactmogelijkheden waren beperkt tot een telefonische afspraak maken en een dossier openen/beheren via het internet (via de interface "My Handicap"). De taal die in de briefwisseling wordt gebruikt, is complex en ook het formulier dat wordt gebruikt om het verlies van zelfstandigheid te beoordelen, lijkt problematisch.

> *"De medische voorwaarden waaraan moet worden voldaan bijvoorbeeld. Er bestaat een formulier om het verlies van autonomie te beoordelen en de dienst van de uitkeringen voor personen met een handicap weet heel goed dat dit formulier niet aangepast is. Zelfs artsen vinden het moeilijk om het in te vullen. Als je twee of drie verschillende artsen hebt, dan zullen die verschillende punten invullen, er zijn heel wat geschillen. Een deel van de handicap, de arbeidsongeschiktheid en ook het verlies van autonomie bij de handelingen in het dagelijkse leven (...) Heel wat mensen komen ons daarom raadplegen. Het hangt af van de beoordeling." (Hulpverlener)*

De voorbije vijf jaar werd de administratieve relatie tussen gebruikers en de DG Personen met een Handicap gekenmerkt door heel wat veranderingen in de communicatie.

4.3.2. Een "lichte" handicap is een handicap die moeilijker wordt erkend.

Een aantal van de mensen die we hebben ontmoet, zijn "licht gehandicapt" en botsen tegen heel wat obstakels aan om hun handicap te laten erkennen. Deze niet-erkenning lijkt een terugkerend probleem voor toegang tot het recht te zijn.

Voorbeeldsituatie: na 20 jaar in de horeca[147] te hebben gewerkt, lijdt een persoon aan allerlei kwalen ten gevolge van de zware arbeidsomstandigheden (problemen aan beide heupen, de rug, de knie) en heeft ze twee operaties ondergaan. Ze is in het buitenland geboren, heeft de Belgische nationaliteit verkregen en spreekt Frans. Haar handicap werd als te licht beoordeeld waardoor ze geen aanspraak kon maken op de betrokken rechten, en tegelijk had ze ook haar rechten op een arbeidsongeschiktheids- en werkloosheidsuitkering verloren. Dit voorbeeld staat symbool voor talloze andere situaties.

Andere voorbeelden gaan over personen die gedeeltelijk invalide zijn (tussen 33% en 65%) maar die in staat worden geacht om te werken terwijl ze hun beroep in de betrokken sector niet (meer) kunnen uitoefenen of niet langer op regelmatige basis kunnen werken. Deze personen worden nog steeds niet als invalide of gehandicapt beschouwd. Zo lopen ze al snel een groot risico om arm te worden:

---

146 Er zijn recent een aantal wijzigingen doorgevoerd om het contact tussen de personen die een aanvraag indienen en de medewerkers van de diensten opnieuw te vereenvoudigen.

147 Bedrijfstak van Hotels, Restaurants en Cafés.

"Ze krijgen geen werkloosheidsuitkering, de FOD zegt dat hun handicap niet voldoende zwaar is dus ze blijven met lege handen achter." (Hulpverlener)

4.3.3. Specifieke kenmerken van niet-toekenning voor personen met een mentale handicap: tussen rechten en inschakelingssystemen

In sommige gevallen weigeren personen met een mentale handicap hun situatie te aanvaarden, schrijven ze zich in voor procedures en systemen voor inschakeling op de arbeidsmarkt en creëren zo een situatie waarbij ze niet in aanmerking komen voor rechten. Een medewerker van een psychiatrische instelling beschrijft dit type situatie:

"Maar er zijn er die zich gaan inschrijven bij de RVA; "ik ben niet gek hoor, ik ga naar de RVA". En daarna loopt het helemaal fout. Ze drijven de verandering door, slagen erin ergens aangenomen te worden en dan zegt men: "je kan opnieuw werken ". En alles wordt ineens stopgezet. En dan breekt de hel los." (Hulpverlener)

Het kan voor de betrokkene en zijn of haar omgeving heel moeilijk zijn om een aanvraag tot erkenning in te dienen. Iemand die zijn of haar situatie niet aanvaardt en die alleen naar een beoordeling gaat, zou kunnen doen alsof hij of zij bepaalde taken kan uitvoeren terwijl dat in het dagelijkse leven niet goed lukt. In dat geval wordt de aanvraag mogelijk niet aanvaard of is de beoordeling negatief terwijl er wel duidelijk een behoefte bestaat.

De meeste sociale rechten moeten door de betrokkenen zelf worden aangevraagd, maar bij bepaalde handicaps is dit een zeer moeilijke tot onmogelijke verplichting.

4.3.4. Onmogelijkheid voor ouders om rechten voor hun kinderen te verkrijgen

Naasten die hulp bieden, ouders of andere zorgverstrekkers worden geconfronteerd met talloze concrete moeilijkheden om rechten voor anderen te verkrijgen.

"Een moeder die kinderen heeft, slaagt er niet in om haar voltijdse baan en de begeleiding van haar kind te combineren en daarnaast ook nog medisch advies van specialisten te betalen, enzovoort. Het lukt haar dus niet om de handicap te laten erkennen, nu... Het is een soort autisme, zoiets in die stijl, maar goed, dat kost de moeder wel geld omdat ze uiteindelijk toch de logopedist betaalt. Haar kind heeft ook problemen met bewegen dus het moet regelmatig naar de kinesist en zo. Ze probeert ondertussen al anderhalf jaar om de handicap van haar kind te laten erkennen. Haar aanvraag werd geweigerd maar nu proberen we het opnieuw." (Hulpverlener)

Als een situatie gedurende een lange tijd niet wordt erkend, dan kan dit ernstige materiële gevolgen hebben. In sommige gevallen kan de financiële hulp die men is

misgelopen niet worden gerecupereerd; de betrokkene moet bepaalde administratieve procedures terug opstarten of komt mogelijk zelfs niet meer in aanmerking.

4.3.5. Eindeloze doorverwijzingen tussen instanties voor sociale bescherming

Sommige personen hebben geen rechten omdat ze omwille van beperkingen in de toewijzingsvoorwaarden niet langer rechtstreeks of op een duidelijke manier in bepaalde categorieën vallen.

> *"Ik vind dat het allemaal zo ingewikkeld is, de rechten... Alles is zo complex, de mensen begrijpen gewoon alle details over de mutualiteit, de FOD handicap niet." (Hulpverlener)*

Personen met een handicap zijn in bepaalde opzichten nog kwetsbaarder voor een non take-up van rechten. Ze hebben tijd nodig om de diagnose te accepteren, hun persoonlijke situatie is vaak nog ingewikkelder geworden (verlies van werk, een handicap die erger is geworden, ...) en dan moeten ze ook nog eens het hoofd bieden aan verschillende weigeringen, met name van de werkloosheidsverzekering of de ziekte-invaliditeitsverzekering.

Na deze weigeringen of uitsluitingen uit verschillende rechten waarvoor ze niet meer het juiste profiel hebben, worden ze vaak verplicht om een aanvraag in te dienen bij het OCMW. Als dienst die instaat voor een residuair recht[148], moet het OCMW controleren of de betrokkene niet in aanmerking komt voor een ander recht. Daarom verwijzen OCMW's mensen vaak "automatisch" door naar de DG Personen met een Handicap of andere instellingen van de sociale zekerheid.

> *"Die mensen werden dus uitgesloten uit de werkloosheid en werden in eerste instantie doorverwezen naar de mutualiteit waar de adviserende geneesheren zeiden "toch niet". Dat noemt men de voorgeschiedenis, een persoon waar ze niets bij te winnen hebben dus: "het is hier niet aan de mutualiteit om tussenbeide te komen. (...) En al die mensen werden dus doorverwezen naar het DG Personen met een Handicap. En we hebben ook beslissingen gezien waarbij de toekenning werd geweigerd (...) omdat men van oordeel was dat er geen handicap was." (Hulpverlener)*

De mutualiteiten, de RVA en de regionale instanties die verantwoordelijk zijn voor werkzoekenden (Actiris voor Brussel) verwijzen die mensen dus door naar de DG voor Personen met een Handicap.

148 De mensen krijgen pas in allerlaatste instantie een leefloon of maatschappelijke ondersteuning.

4.3.6. Personen zonder rechten[149] die genoodzaakt zijn een steunaanvraag in te dienen bij het OCMW

Nadat ze meerdere malen zijn doorverwezen en geen statuut of beschikbare ondersteuning hebben gekregen, moeten deze personen noodgedwongen steun aanvragen bij het OCMW. Ze worden gestuurd door de verschillende instellingen voor sociale zekerheid (mutualiteiten, algemene sociale diensten, RVA, vakbonden, gemeenten,...) en zijn vaak ten einde raad nadat verschillende aanvragen door diverse diensten werden geweigerd.

Zo onderzoekt de arts van een mutualiteit bijvoorbeeld de situatie van een persoon, geeft die een negatieve beoordeling en sluit die persoon zo uit van diens recht op een uitkering wegens ziekte of invaliditeit. De mutualiteit stuurt die persoon door naar de DG Personen met een Handicap, maar de betrokkene weigert om aan te kloppen bij die organisatie. Hij of zij gaat naar het OCMW, maar wordt daar geweigerd: hij of zij heeft namelijk niet geprobeerd om zijn of haar rechten uit te oefenen, en het OCMW komt slechts in laatste instantie tussenbeide.

In sommige gevallen raakt de situatie geblokkeerd tussen de aanvraag om een handicap te erkennen en de steunaanvraag bij het OCMW (voor personen met een handicap die een aanvraag voor aanvullende ondersteuning indienen bij het OCMW, voor personen die een aanvraag hebben ingediend/wachten op erkenning van een handicap en die een financieel voorschot op de uitkering moeten vragen, voor personen aan wie steun worden geweigerd en die beroep aantekenen tegen die beslissing, ...).

4.3.7. Brusselse OCMW's in de problemen door aanvragen van personen die uit verschillende rechten zijn uitgesloten

Deze opeenvolging van doorverwijzingen, deze automatische doorverwijzingen (naar het OCMW of van het OCMW naar de DG Personen met een Handicap en andere instellingen van de sociale zekerheid) leiden ertoe dat de toegang tot hulp wordt uitgesteld. De OCMW's worden bedolven onder de aanvragen en slagen er niet altijd in om binnen de gestelde termijnen[150] te antwoorden of de betrokken personen door te verwijzen. Zo ontstaat er een groot risico dat personen met een handicap die al in onzekerheid leven, schulden gaan opbouwen. Tot slot verklaren ook de financiële en budgettaire circuits waarom de OCMW's het zo moeilijk hebben om tijdig tussenbeide te komen.

149 In bepaalde gevallen hadden de hulpverleners het eveneens over personen die niet gedekt zijn. "Ik heb bijvoorbeeld patiënten die niet voldoende ziek zijn om naar de FOD te gaan, die objectief gezien niet arbeidsongeschikt zijn maar die ook niet langer in staat zijn om te werken." (Hulpverlener)

150 Vanaf het moment van kennisgeving van de ontvangst van een aanvraag (door middel van een ontvangstbevestiging) heeft het OCMW 30 dagen om een beslissing te nemen.

4.4. Rechten worden niet voorgesteld of worden afgesloten, of personen met een handicap in bestaansonzekerheid worden ervan uitgesloten

Het komt niet zo heel vaak voor dat rechten niet worden voorgesteld, maar er zijn andere elementen die wel duidelijker uit de analyse naar voren komen, namelijk situaties waarin rechten worden gesloten of waarin de betrokkenen uit andere sociale rechten worden uitgesloten.

4.4.1. Situaties waarin rechten niet worden voorgesteld, worden gesloten of waarin personen van rechten worden uitgesloten.

Het gebeurt niet vaak dat uitkeringen voor personen met een handicap niet worden voorgesteld, maar er zijn wel dergelijke gevallen bekend. Soms weten de betrokkenen dat het recht bestaat, maar wachten ze tot het aan hen wordt voorgesteld.

> *"Ze kennen het principe wel, maar ze denken: "oh, het wordt mij niet voorgesteld dus ik voldoe wellicht niet aan de voorwaarden". Terwijl ze wel degelijk aan de voorwaarden voldoen. Ik vind dus dat het vaak... Bij ons gaat het vaak zo". (Hulpverlener)*

Situaties waarin mensen hun recht op een uitkering voor personen met een handicap verliezen of waar dat recht wordt "gesloten", komen daarentegen wel voor in de gesprekken. En er worden verschillende redenen voor gegeven: intrekking/niet-ontvangst van de uitkering om onduidelijke redenen, verlies van woning, verhuis, verandering van iemands situatie.

Uitsluitingen uit bepaalde rechten komen vaker voor. De uitsluiting uit de rechten kan *a priori* of *a posteriori* gebeuren. Er moet hier een onderscheid gemaakt worden tussen het "wettige" of "onwettige", "impliciete" of "expliciete" karakter van de uitsluitingen in het recht (De Greef, 2016).

> *"Onwettige" uitsluitingen zijn onzichtbare gevallen van de non take-up van rechten. Het gaat bijvoorbeeld om front desk- en onthaalmedewerkers die onvrijwillig verkeerde informatie verstrekken aan de betrokkenen over het feit of ze al dan niet in aanmerking komen, of om een negatieve beoordeling of beslissing die de betrokkene uitsluit hoewel hij of zij wel in aanmerking komt. Deze onwettige uitsluitingen zijn een van de oorzaken van de non take-up van de rechten en bemoeilijken het werk van de hulpverleners.*
>
> *"Wettige" uitsluitingen zijn de verantwoordelijkheid van de bevoegde instantie en zijn voorzien in nieuwe juridische regelgevingen en veranderingen die vaak slecht gekend zijn en waarvan de toepassing soms leidt tot betwiste interpretaties. Als we de profielen analyseren van de personen die worden uitgesloten, dan merken we dat het gaat om zeer kwetsbare personen die in bestaansonzekerheid leven (Observatorium*

voor Gezondheid en Welzijn, 2017). Ook wettige uitsluitingen liggen aan de basis van de non take-up. Personen die niet meer in aanmerking komen voor een recht verliezen soms tijd omdat ze niet weten welke andere rechten ze nog hebben, zodat ze soms weken of zelfs maanden geen gebruik maken van enig recht.

Sommige uitsluitingen uit een recht komen in de loop der tijd langzaam bovendrijven omwille van steeds vaker voorkomende procedures om de gezondheidstoestand van de betrokkene opnieuw te beoordelen en omdat een statuut steeds omstandiger moet worden gerechtvaardigd. Deze steeds vaker terugkerende onderzoeken werkend ontmoedigend, vernederend. Een deel van de mensen durft de beslissing waartegen ze beroep kunnen aantekenen niet betwisten (uit onwetendheid, vernedering, moedeloosheid) terwijl ze eigenlijk nog steeds in aanmerking komen. Een ander deel van de mensen durft niet alles te zeggen, begrijpt niet wat er op het spel staat en verliest zo zijn rechten.

4.4.2. Sterke samenhang tussen sociale rechten en de impact van de specifieke situatie van het gezin op de rechten

Enerzijds vertonen de situaties van mensen die lichamelijk of geestelijk afhankelijk zijn of die een handicap hebben, een sterke "samenhang" met andere rechten. Die samenhang kan positief zijn, in de zin dat mensen die het statuut van persoon met een handicap hebben verkregen recht (zouden) hebben op heel wat andere rechten (verhoogde tegemoetkoming, maximumfactuur, kinderbijslag, parkeerkaart,...). Hij kan echter ook negatief zijn, in de zin dat mensen die een recht/statuut hebben verloren (recht op werkloosheidsverzekering, recht op de ziekte-invaliditeitsverzekering) bepaalde voordelen verliezen (verhoogde tegemoetkoming), naar de DG Personen met een Handicap worden doorverwezen en/of het hoofd moeten bieden aan langere toekenningstermijnen.

Anderzijds is het zo dat wanneer personen met een handicap hun rechten niet verliezen zolang ze in aanmerking komen en geïndividualiseerde rechten genieten (verhoogde tegemoetkoming, ...), leden van het gezin (familie, zorgverstrekkers) met wie ze samenwonen, de invloed van wijzigingen in hun statuut wel kunnen voelen. Soms is de berekening van het gezinsinkomen nadelig voor andere leden van het gezin die uitkeringsgerechtigd zijn, omdat die berekening rekening houdt met de uitkeringen voor personen met een handicap. Leden van het gezin die van tijd tot tijd werken, die besluiten om een opleiding te gaan volgen, die opnieuw gaan werken of die een aanvraag bij het OCMW indienen, kunnen worden benadeeld door het feit dat ze samenwonen met een persoon met een handicap[151].

151 Het Belgische Netwerk Armoedebestrijding (http://www.bapn.be/) heeft hierover op 28 maart 2019 een debat georganiseerd in de Kamer van Volksvertegenwoordigers waar de politieke partijen toezeggingen hebben gedaan om het minimuminkomen op te trekken tot boven de Europese armoededrempel en om het statuut van samenwonenden te hervormen (enkel met uitzondering van de N-VA voor deze tweede maatregel, omdat de partij afwezig was tijdens het tweede deel van het debat).

4.4.3. De centrale rol van de artsen van de sociale bescherming

De rol van de arts is van cruciaal belang bij de goedkeuring van het statuut van persoon met een handicap of voor de verlenging van dit statuut. De artsen van alle instanties voor sociale bescherming (RIZIV, mutualiteiten, RVA, ...) hebben allemaal hun eigen normatieve en juridische kader om een diagnose te stellen en de situatie te beoordelen.

> *"Ik hoor vaak het volgende: "Waarom zegt de arbeidsgeneesheer mij dat ik arbeidsongeschikt ben? Uw arts zegt van niet en dan dien ik een aanvraag voor erkenning van mijn handicap in en dan krijg ik te horen dat ik niet voldoende gehandicapt ben. Wat moet ik dan doen?" En vaak is het heel ingewikkeld omdat de voorwaarden overal anders zijn en de mensen raken daar niet meer wijs uit, ze begrijpen niet waarom de ene hen wel erkent en de andere niet; en hetzelfde geldt voor de procedures." (Hulpverlener)*

De mensen begrijpen de complexiteit van de wetgeving, de doorverwijzingen en de negatieve beslissingen die daaruit voortvloeien vaak niet. De verschillende wetgevingen en interpretaties ervan zorgen ervoor dat de onzekerheid en de non take-up van rechten blijven duren. Een deel van de hulp- en zorgverstrekkers krijgt steeds meer het gevoel machteloos te staan omdat ze niets kunnen doen om bepaalde situaties op te lossen of te verbeteren.

5. Mogelijke non take-up in de grenszones: analyse van de administratieve gegevens

De realiteit van de non take-up van de rechten gaat verder dan de normen en categorieën. Vaak gaat ze ook schuil in de raakvlakken tussen verschillende problematieken, op de grenzen van definities en juridisch-administratieve categorieën.

Een analyse van de administratieve gegevens kan nuttig zijn om personen op te sporen die zich in de grenszones, "tussen twee stoelen" bevinden. Het gaat om mensen "zonder rechten" die een aanvraag hebben ingediend en op zoek zijn naar het recht waarvoor ze in aanmerking komen.

Een deel van de betrokkenen in deze groep van mensen "zonder rechten" komt in aanmerking voor het aangevraagde recht maar geniet daar niet van. Het gaat in deze gevallen om situaties van mogelijke non take-up. Andere personen hebben een aanvraag ingediend maar komen niet in aanmerking voor het gevraagde recht (hoewel ze wel aanspraak kunnen maken op andere rechten).

In het licht van het bovenstaande is het nuttig om het effectieve aantal nieuwe aanvragen, de evolutie van het aantal positieve en negatieve beslissingen, de redenen achter negatieve beslissingen en de klachten te kennen. Op basis hiervan kunnen we

namelijk de grenszones identificeren waar mensen in situaties van een mogelijke of effectieve non take-up zich bevinden.

In wat volgt bespreken we een aantal grenszones en domeinen van mogelijke non take-up.

5.1. Sociaal-administratieve statuten die steeds instabieler worden en mensen in de grenszones die niet gekend zijn bij de sociale zekerheid en niet zijn opgenomen in de gestandaardiseerde gegevens.

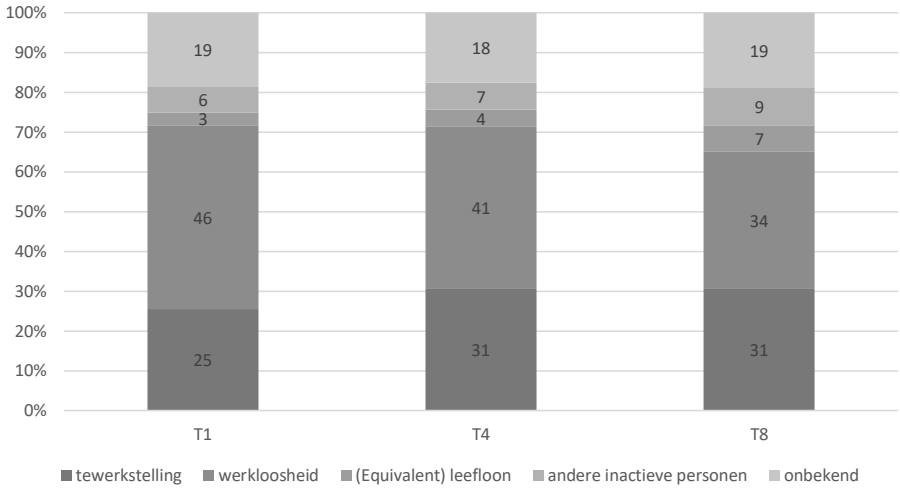
Dankzij het onderzoek kunnen we een aantal kwalitatieve vaststellingen onderbouwen met een longitudinale kwantitatieve analyse van een aantal personen dat geen recht meer heeft op een werkloosheidsuitkering en een aantal personen dat een (equivalent) leefloon ontvangt[152]. Door het sociaal-administratieve[153] statuut van de onderzochte personen gedurende een periode van twee jaar driemaandelijks op te volgen, kon ontegensprekelijk worden vastgesteld dat hun parcours instabiel is.

De analyse van de evoluties in het sociaal-administratieve parcours toont aan dat meer dan 50% van de personen in deze twee groepen in twee jaar ten minste twee verschillende statuten heeft gehad. Het aandeel bedraagt 65% voor mensen die werden gesanctioneerd door de RVA en 51% voor personen die een (equivalent) leefloon ontvangen.

152 Er werd hiervoor een aanvraag ingediend bij het Datawarehouse van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid.

153 Of erkende sociaal-economische posities, zie pagina 125 het rapport "Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het Brussels Gewest" (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2017) voor meer informatie over de methodologie die werd gebruikt om de statuten van de nomenclatuur te hergroeperen.

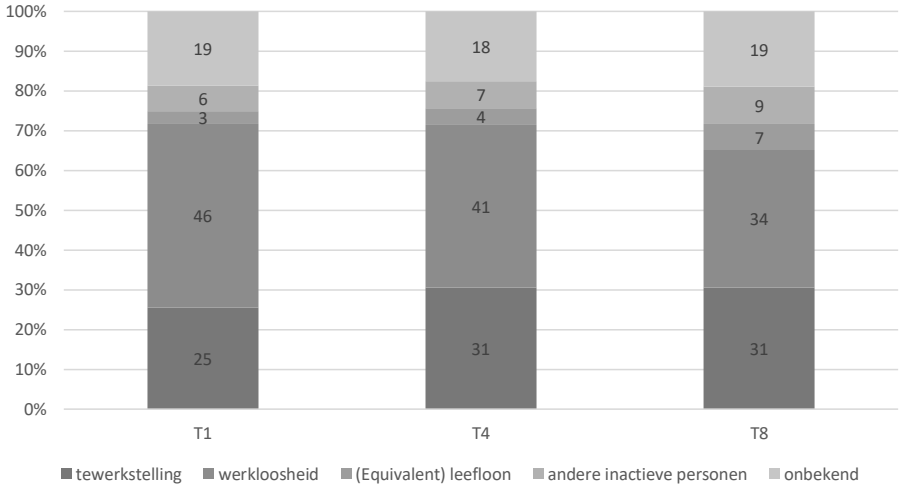
Figuur 1: Verdeling van gesanctioneerde werklozen naargelang hun sociaal-economische positie in het 1e (T1), 4e (T4) en 8e (T8) trimester volgend op de sanctie, Brussels Gewest, 2011-2012



Belangrijk om te noteren is dat de positie van 19% van de gesanctioneerde werklozen (N = 2304) na deze 2 jaar onbekend[154] is bij de sociale zekerheid.

154 In de Datawarehouse arbeidsmarkt en sociale bescherming van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ) kunnen personen die geen enkele link met de instanties van de sociale zekerheid (inclusief de RSZ, het RSVZ,...) hebben, worden geïdentificeerd aan de hand van hun aanwezigheid in het Bevolkingsregister. Het kan hierbij gaan om personen die geen enkele sociale bescherming genieten of personen met andere inkomsten dan degene die beschikbaar zijn in de databank (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2017).

Figuur 2: Verdeling van de personen die in het vierde trimester van 2010 een (equivalent) leefloon ontvangen naargelang hun sociaal-economische positie in het 1e (T1) en 4e (T4) semester van 2011 en in het 8e trimester van 2012 (T8), Brussels Gewest, 2011-2012



Binnen de initiële groep van begunstigden van een (equivalent) leefloon (N = 31 831) had 15% op het einde van de twee jaar een onbekende positie bij de sociale zekerheid.

Deze personen met een onbekende positie binnen de sociale zekerheid komen misschien in aanmerking voor één of meerdere rechten maar vragen die niet aan of genieten er niet van. Een deel van deze personen leeft in armoede en bevindt zich in de grenszones die niet worden opgepikt door de statistieken en de administratieve standaardgegevens.

De instabiliteit van het statuut blijkt ook uit de analyse van de sociaal-administratieve statuten die mensen hebben voordat ze genieten van een recht. In de *Focusnota* van de POD Maatschappelijke Integratie "Situatie voor het leefloon" werden de sociaal-economische situaties van de betrokkenen in de maand voorafgaand aan de datum waarop het leefloon werd toegekend, geanalyseerd op een representatieve staal voor België. Voor de periode tussen 2004 en 2013 had niet minder dan 49,9% van de personen (139 259) een "andere situatie": "personen die niet aanwezig zijn op de arbeidsmarkt, noch in een systeem van sociale bescherming"[155] (POD Maatschappelijke Integratie, 2016b).

155 "Het gaat hier om: personen zonder bestaansmiddelen naar aanleiding in een wijziging van de persoonlijke situatie (scheiding, vertrek uit het ouderlijk huis, ...); jongeren in opleiding zonder recht op gezinsbijslag; buitenlandse onderdanen, zoals erkende vluchtelingen, maar ook bepaalde Europese onderdanen; andere situaties (daklozen, terugkeer naar België, ontslagen uit de gevangenis, ...)" (POD Maatschappelijke Integratie, 2016 b, p.8).

5.2. Mogelijke non take-up: het voorbeeld van de evoluties van de aanvragen

De toenemende instabiliteit van het parcours en de steeds langere periodes zonder statuut of "tussen twee statuten" in (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2017) staat vaak synoniem voor een potentiële non take-up.

Het aantal aanvragen voor een uitkering is een weerspiegeling van het aantal personen die één of meerdere recht(en) aanvragen en die al dan niet krijgen. De aanvraag is dus een nuttige parameter om het fenomeen van de non take-up te begrijpen. De evoluties in het aantal aanvragen, het aantal toekenningen en het aantal weigeringen kunnen een inzicht geven in de potentiële non take-up.

Waarom is het nuttig om de evoluties in het effectieve aantal aanvragen te onderzoeken? Omdat een aantal personen die een aanvraag voor één of meerdere rechten indienen zonder de procedure te voltooien of die een negatief antwoord krijgen, misschien toch in aanmerking komen (cf. punt over de evolutie van het aantal eerste aanvragen van uitkeringen voor personen met een handicap). Bovendien kan een groot aantal negatieve beslissingen de mensen ontmoedigen om hun rechten effectief op te nemen en kan dit een negatieve impact hebben op latere aanvragen (Myria, 2015).

De toenemende instabiliteit van de statuten in het sociaal-economische parcours leidt ertoe dat mensen verschillende uitkeringen gaan aanvragen en vergroot de aanvraagstroom, wat de druk op verschillende instanties van de sociale zekerheid opvoert. Deze druk is vooral voelbaar in de Brusselse OCMW's, waar het aantal aanvragen exponentieel stijgt en het risico op een toename van de non take-up van de rechten heel groot is (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2017). In het Brusselse Gewest is het maandelijkse gemiddelde aantal begunstigden van het leefloon tussen 2003 en 2015 bijna verdubbeld (POD Maatschappelijke Integratie, 2016a). "In de loop van 2015 nam het aantal rechthebbenden op het Recht op Maatschappelijke Integratie (RMI) exponentieel toe met een gemiddelde maandelijkse groei van 11,8%. Dit is het hoogste percentage ooit waargenomen." (POD Maatschappelijke Integratie, 2016 a, p. 6).

Anderzijds is het invaliditeitspercentage (en het aantal invaliden) in het Brusselse Gewest toegenomen van 6% in 2010 (22 586) tot 8% van de bevolking in 2018 (32 283) (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2018).

5.3. Evolutie van de behandelde dossiers over de (her)beoordeling van de handicap

De gegevens over de evolutie van het aantal aanvragen tot beoordeling van een handicap in België tonen een sterke stijging tussen 2008 en 2010, gevolgd door een lichte daling tussen 2010 en 2012 die op haar beurt weer veranderde in een zeer sterke stijging tussen 2013 en 2015. Vanaf 2016 wordt er weer een sterke daling

waargenomen. Deze daling is zo sterk dat het aantal dossiers van volwassenen en aanvragen voor uitkeringen voor personen met een handicap in 2017 lager lag dan in 2008. In 2018 namen alle soorten aanvragen behalve aanvragen voor uitkeringen voor personen met een handicap (IVT - IT) weer toe.

Tabel 1: Evolutie van het aantal aanvragen tot beoordeling van een handicap in België, behandelde dossiers (2008 - 2018)

	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018
Uitkeringen voor personen met een handicap	94 439	107 820	104 720	115 574	121 444	114 122	82 777	72 885
Enkel certificaten/ attesten	18 814	22 067	24 633	28 817	32 256	31 666	29 823	76 586
Subtotaal dossiers van volwassenen	113 253	129 887	129 353	144 391	153 700	145 788	112 600	149 471
Verhoogde/ Bijkomende kinderbijslag	21 202	29 370	25 984	26 351	30 071	30 656	22 662	32 187
TOTAAL	134 455	159 257	155 337	170 742	183 771	176 444	135 262	181 658

Bron: DG Personen met een Handicap, FOD Sociale Zekerheid

In 2015 wordt er voor het totaal (183 771) een maximumpiek opgetekend die vanaf 2016 weer aanzienlijk afneemt, ongeacht het soort dossier of aanvraag.

Het effectieve aantal herbeoordelingen van handicaps volgt deze sterk dalende trend die in 2016 werd ingezet. Tussen 2011 en 2015 is het aantal medische expertises toegenomen van 8 605 tot 11 187. Net zoals voor het aantal aanvragen daalt het aantal herbeoordelingen van handicaps/medische expertises vanaf 2016 tot 2018, meer bepaald van 11 187 naar 6 424.

De ommekeer die in 2016 werd ingezet, kan worden verklaard door verschillende factoren die hun oorsprong zowel binnen de DG Personen met een Handicap als daarbuiten (andere instanties van de sociale zekerheid) vinden. Verschillende organisatorische veranderingen in de manier waarop een aanvraag moet worden ingediend en in de kanalen om de diensten te contacteren, alsook institutionele wijzigingen hadden een impact op de aanvraagmogelijkheden, vooral voor personen met een handicap die in bestaansonzekerheid leven, die kwetsbaar zijn als het gaat om veranderingen.

5.4. Evolutie van het aantal eerste aanvragen van uitkeringen voor personen met een handicap in het Brusselse Gewest

Deze tabel toont de evolutie van het aantal eerste aanvragen voor een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) en een integratietegemoetkoming (IT) in het Brusselse Gewest. Het aantal aanvragen stijgt continu tussen 2011 en 2015 en bereikt een piek van 3 775 aanvragen in 2015. 2016 is hier, net zoals voor gans België, een kanteljaar waarin het aantal aanvragen dat de DG Personen met een Handicap ontvangt, sterk daalt.

Tabel 2: Aantal eerste aanvragen voor een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) of een integratietegemoetkoming (IT) in het Brusselse Gewest, aantal positieve beslissingen en percentage goedgekeurde aanvragen, 2011-2018

	Totaal aantal eerste aanvragen	Totaal aantal positieve beslissingen voor een eerste aanvraag	Percentage goedkeuringen IVT/IT ten opzichte van het totaal aantal eerste aanvragen
2011	3 246	903	27,82
2012	3 221	850	26,39
2013	3 440	836	24,30
2014	3 730	729	19,54
2015	3 775 - piek in het aantal aanvragen	854	22,62
2016	2 896	795	27,45
2017	2 583	612	23,69
2018	2 436	695	33,42
Totaal	25 327	Zie punt 4.5. voor een analyse van de redenen voor weigering en potentiële non take-up	Tussen 20% en 33% van de eerste aanvragen wordt goedgekeurd/ontvankelijk verklaard

Bron: DG Personen met een Handicap, FOD Sociale Zekerheid

Tussen 2011 en 2017 krijgt nagenoeg onveranderlijk een vijfde tot een kwart van de eerste aanvragen in Brussel een positieve beslissing.

In 2018 wordt bijna een derde van de aanvragen goedgekeurd, met dien verstande dat het aantal eerste aanvragen sterk is gedaald. Dit wijst op een toename van het aantal ontvankelijke aanvragen en een hoger percentage toekenningen. Het is echter ook mogelijk dat mensen die weliswaar in aanmerking komen, *a priori* worden ontmoedigd door de communicatie- of aanvraagmodaliteiten bij DG Personen met een handicap, of *a posteriori* door een negatief antwoord.

5.5. Analyse van de redenen voor weigering en potentiële non take-up

Elke administratieve beslissing moet worden gemotiveerd[156]. Aanvragen voor een tegemoetkoming die niet worden goedgekeurd, worden meestal geweigerd op juridische gronden, wat niet wordt beschouwd als non take-up.

Maar uit de analyse van de redenen voor een negatieve beslissing blijkt dat er ook situaties van potentiële non take-up zijn. Sommige redenen kunnen effectieve situaties van non take-up van rechten verhullen.

Tabel 3: Aantal en verdeling van de negatieve beslissingen voor een eerste aanvraag voor een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) of integratietegemoetkoming (IT) en tegemoetkomingen voor hulp aan bejaarden (THAB) per reden, 2011-2018.

	IVT-IT	Verdeling % IVT-IT	THAB	Verdeling % APA
Leeftijd niet-ontvankelijk - 20 jaar	254	1,38		
Bijkomend medisch attest ontbreekt	510	2,76	63	0,65
Med. cert. niet ingediend / Aanvr. overleden	15	0,08	153	1,59
Overleden tijdens de situatie	407	2,21	951	9,89
Administratieve terugtrekking	156	0,85	272	2,83
Medische terugtrekking	41	0,22	22	0,23
De persoon met een handicap is geen 21 jaar	1	0,01		0,00
Woont niet in België	11	0,06	6	0,06
Heeft zich niet aangediend op de medische consultaties.	672	3,64	205	2,13
Ambtshalve geschrapt	65	0,35	6	0,06
Afwijzing om medische redenen	7 619	41,28	1 595	16,58
Afwijzing o.w.v. nationaliteit	604	3,27	105	1,09
Bijkomende informatie ontbreekt	4 912	26,62	2 673	27,79
Inkomen	3 188	17,27	3 569	37,10
Totaal	18 455	100 %	9 620	100 %

Bron: DG Personen met een Handicap, FOD Sociale Zekerheid

156 Wet tot invoering van het "handvest" van de sociaal verzekerde. Art. 13 "De beslissingen tot toekenning van een recht, van een aanvullend recht, van de regularisatie van een recht of tot weigering van sociale prestaties bedoeld in de (artikelen 10 en 11) moeten met redenen worden omkleed."

Deze tabel toont het effectieve aantal negatieve beslissingen voor eerste aanvragen voor een uitkering voor personen met een handicap. Deze tabel is interessant omdat de effectieve aantallen negatieve beslissingen/weigeringen er worden opgesplitst naargelang de reden voor de negatieve beslissing.

Ook al schuilt er nog steeds een subjectieve dimensie in de beoordeling van de situaties (Weller, 2007), toch worden de meeste redenen voor weigering van een aanvraag gerechtvaardigd door objectieve ontvankelijkheidscriteria zoals bijvoorbeeld leeftijd, nationaliteit, voorwaarden op het vlak van inkomsten of woonplaats.

Toch kunnen sommige redenen potentiële situaties van non take-up verhullen, zoals bijvoorbeeld: "Bijkomend attest ontbreekt", "Administratieve terugtrekking", "Medische terugtrekking", "Heeft zich niet aangediend op de medische consultaties" en "Bijkomende informatie ontbreekt". Het feit dat iemand zich niet aandient op een medische consultatie of een administratief document niet indient, betekent niet dat hij of zij niet in aanmerking komt.

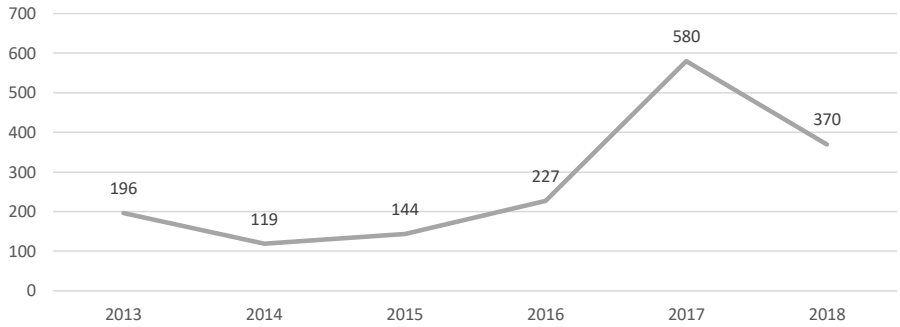
Deze twee laatste redenen zijn goed voor bijna 30% van de geweigerde eerste aanvragen voor een uitkering voor personen met een handicap (IVT-IT) in het Brusselse Gewest. Met andere woorden: tussen 2011 en 2018 werd één op de drie aanvragen voor een uitkering voor personen met een handicap in het Brusselse Gewest geweigerd omdat de betrokkene niet aanwezig was op een afspraak of omwille van een administratieve fout. Bijna een derde van de aanvragen voor een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) werd om dezelfde redenen geweigerd. Problemen met post die zoek raakt of met te moeilijke administratieve procedures zijn factoren die de non take-up van de rechten nog doen toenemen en erger maken. Deze redenen betekenen niet dat de betrokkene niet in aanmerking komt en houden dus een mogelijke situatie van non take-up in (omdat het recht niet wordt toegekend, omdat de betrokkene het recht niet kent of omdat hij of zij wordt uitgesloten).

De complexiteit van de procedures kan voor sommigen ontmoedigend werken. Zeker wanneer deze personen moeilijkheden hebben die verbonden zijn aan hun handicap, maar ook moeilijkheden hebben om te aanvaarden dat ze statutair gezien "steuntrekker" of "gehandicapte" worden. Bovendien kunnen de betrokkenen omwille van hun handicap afhankelijk zijn van hun omgeving of van openbare dienstverlening om administratieve en geïnformatiseerde procedures te doorlopen.

5.6. Analyse van het aantal klachten over de DG Personen met een Handicap bij de Federale Ombudsman.

Het aantal klachten dat bij de Federale ombudsman werd ingediend, is vanaf 2015-2016 sterk gestegen. Dit gebeurde nadat er nieuwe aanvraagprocedures werden ingevoerd en er wijzigingen in de software werden geïmplementeerd waardoor het langer duurde voordat dossiers werden behandeld.

Figuur 3: Evolutie van het aantal klachten DGPH



Bron: Federale Ombudsdienst, 2019

In 2016 daalt dus het aantal eerste aanvragen, behandelde dossiers en medische expertises/onderzoeken, maar is er een toename van het aantal klachten bij de Federale Ombudsman. De financiële gevolgen van de problemen met de software en de bereikbaarheid van de dienst voor personen met een handicap worden overigens beschreven in het Jaarverslag van de Federale Ombudsman 2017[157].

6. Juridische, organisatorische en institutionele problemen

6.1. Problemen met niet-toekenning en juridische beroepsprocedures

De voornaamste problemen met toekenning van een recht, hebben betrekking op het statuut van 'persoon met een ziekte, invaliditeit of handicap' Wanneer een mutualiteit een aangesloten persoon met een invaliditeit omwille van administratieve of medische redenen niet langer kan vergoeden, verwijst ze die persoon door naar de DG Personen met een Handicap (Steunpunt ter bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2013a)).

Uit de analyse van de gesprekken blijk dat deze aanvraag tot erkenning in sommige gevallen mislukt. Personen die nochtans een handicap hebben en soms lang gewerkt hebben, zijn eerst ziek, krijgen daarna een statuut van arbeidsongeschiktheid of invaliditeit en worden uiteindelijk uit dat statuut gesloten. Voor personen met onvoldoende inkomsten is een dergelijke situatie vaak catastrofaal. De mensen die worden doorverwezen naar de DG Personen met een Handicap of naar het OCMW worden niet snel genoeg geholpen (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2017).

157 http://www.federaalombudsman.be/nl/biblio/Jaarverslagen

De moeilijkheden bij de overgang tussen arbeidsongeschiktheid, invaliditeit en de erkenning van een handicap zijn gekend: "ongeschikt zijn om te werken, volstaat niet om recht te krijgen op een tegemoetkoming via de uitkeringsverzekering." Er worden bijkomende voorwaarden gesteld[158]. Mensen die al een zekere arbeidsongeschiktheid hadden voordat ze hun professionele activiteiten begonnen uit te oefenen, komen niet in aanmerking voor de uitkeringen. Op het moment waarop de betrokkene zich aandient op de arbeidsmarkt, moet hij of zij dus voor meer dan een derde arbeidsgeschikt zijn. Anders kan hij of zij geen aanspraak maken op een tegemoetkoming. Ook al bedraagt "de vereiste initiële capaciteit niet noodzakelijk 100%", toch kan er een verergering in aanmerking genomen worden[159] (Funck, 2014, p. 337). Deze voorwaarde heeft voornamelijk betrekking op personen met een handicap.

Wanneer iemand een recht wordt geweigerd[160], zijn de instanties echter verplicht om de betrokkene te informeren en door te verwijzen, wat in dit geval bijzonder acuut is[161]" (Funck, 2014, p. 337).

De problemen die we hieronder verder bespreken werden in het verleden reeds vastgesteld, zijn erger geworden door de evoluties in het systeem van de sociale zekerheid (Zamora & Van Mechelen, 2016) en door verschillende beperkingen en veranderingen van diverse sociale rechten.

6.1.1. Toenemende asymmetrie tussen openbare diensten en rechthebbenden.

Heel wat recente wijzigingen in de wetgeving (werkloosheidsverzekering[162], ziekte- en invaliditeitsverzekering[163], recht op maatschappelijke integratie[164]) met nieuwe principes, creëren momenteel een kloof tussen burgers en openbare diensten.

---

158 Ofwel moet er een verergering van de ziekte of van de letsels zijn op het moment waarop de betrokkene zijn of haar professionele activiteiten stopzet, of anders moet de verergering van deze ziekte (of letsels) de oorzaak van die stopzetting zijn (Funck, 2014).

159 "We mogen niet uit het oog verliezen dat de uitkeringsverzekering een solidariteitsverzekering is die uitsluit dat er een selectie van risico's en begunstigden wordt gemaakt, vergelijkbaar met wat privéverzekeraars doen". Arbeidsrechtbank Brussel, 30 maart 2011, A.R nr. 2009/AB/52417, www.terralaboris.be (in Funck, 2014, p. 337)

160 "Soms wordt er beslist dat een initiële capaciteit afwezig is terwijl de betrokkene al gedurende een lange periode een uitkering krijgt. Aangezien de wetgeving in aard van openbare orde is, is deze soort herziening toegestaan, voor de toekomst" (Funck, 2014)

161 Arbeidsrechtbank Mons, 3 maar 2010, www.terralaboris.be.

162 Door verschillende koninklijke besluiten die strengere voorwaarden voor toekenning en behoud van het recht op de werkloosheidsverzekering opleggen en die nieuwe activeringsprincipes en mogelijke tijdelijke of definitieve sancties creëren (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2017 pp. 56-60).

163 Bijvoorbeeld het herinschakelingstraject van een arbeidsongeschikte werknemer, dat in sommige gevallen risico's op uitsluiting uit het recht inhoudt.

164 Bijvoorbeeld de uitbreiding van het Geïndividualiseerd Project Maatschappelijke Integratie (GPMI) naar alle begunstigden van een leefloon en de mogelijke sanctie door intrekking van de uitkering (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2017 pp.86-90).

De administratieve relatie wordt steeds asymmetrischer. De asymmetrie wordt nog sterker wanneer de persoon die de aanvraag indient geen andere keuze heeft, d.w.z. niet voldoende financiële middelen heeft om te leven: "Aanvragers, vooral wanneer ze arm zijn en afhankelijk van de uitkering van de organisatie waartoe ze zich wenden, ondergaan een administratieve behandeling waarop ze geen enkele grip hebben." (Dubois, 2015).

Deze asymmetrie is ook het gevolg van de frequentie waarmee de verplichtingen en procedures moeten worden herhaald om de rechten te behouden, en van het beoordelingsvermogen van de betrokkenen (administratief medewerkers, maatschappelijk werkers, artsen,...) in het kader van de beperkingen van de toekenning en het behoud van de rechten. Ook de dematerialisering van de administratieve relatie draagt bij tot de asymmetrie.

Bij personen die in aanmerking komen voor bepaalde rechten en die aanvragen, versterken de aard van de handicap en de materiële en relationele levensomstandigheden van de betrokkenen (familiebanden, verzorgend netwerk, buren,...) alle deze asymmetrie nog verder[165].

Tot slot geeft ook de enorme hoeveelheid informatie in databanken of datastromen heel wat bijkomende macht aan de medewerkers van de diensten voor sociale bescherming, die hierdoor toegang hebben tot heel wat oude en recente gegevens over de betrokkene. Deze bijkomende asymmetrie resulteert volgens een aantal hulpverleners in een te ruime beoordelings- en beslissingsmarge.

6.1.2. Veranderingen in de procedure en non take-up

De effectiviteit van het recht op uitkeringen voor personen met een handicap (IVT-IT) en de rechten die daaruit voortvloeien (sociaal energietarief, verhoogde tegemoetkoming,...) hebben de voorbije jaren, en met name sinds 2015, een grote impact gehad op de veranderingen op het vlak van informatica en organisatie bij de DG Personen met een Handicap (cf. supra).

Het jaarverslag 2017 van de Federale Ombudsman benadrukt dat er problemen zijn met de toegang: "Het voorbije anderhalf jaar werd een kwetsbare groep burgers, personen met een handicap, geconfronteerd met problemen om toegang te krijgen tot “hun” administratie". En, zo stelt het verslag, dit heeft financiële gevolgen en leidt ertoe dat de behandelingstermijn van hun dossier langer wordt en de uitkeringen pas later worden toegekend. Deze behandelingstermijnen, de onmogelijkheid om met de

165 Zoals Dubois onderstreept, sluit deze asymmetrie niet uit "dat er ook aan de zwakste zijde van de relatie tactieken kunnen bestaan" (Dubois, 2015).

dienst te communiceren of het uitblijven van een beslissing, brengen ook het recht op beroep in het gedrang[166].

6.1.3. Niet veel beroep op beroep

Er bestaan juridische beroepsmogelijkheden, maar de indiening van een beroep bij de Arbeidsrechtbank vraagt tijd en brengt nieuwe procedures met zich mee. Dit kan zowel de personen in bestaansonzekerheid of met een handicap zelf als hun hulpverleners en begeleiders afschrikken. Een groot deel van de mensen die in bestaansonzekerheid leven, gaat niet in beroep.

In het Brusselse Gewest schommelt het aantal nieuwe Franstalige zaken aangaande uitkeringen voor personen met een handicap dat bij de Arbeidsrechtbank wordt ingediend tussen 225 en 467 (op een totaal van 4282). Het aantal nieuwe Nederlandstalige zaken schommelt tussen 45 en 100 op een totaal van 796 nieuwe zaken.

Tabel 4: Aantal nieuwe zaken voor de Arbeidsrechtbank aangaande uitkeringen voor personen met een handicap voor het arrondissement van het Brusselse Gewest 2008-2018

	Franstalige zaken	Nederlandstalige zaken
2008	410	83
2009	457	66
2010	467 - piek	87
2011	463	100 - piek
2012	413	72
2013	404	61
2014	333	49
2015	403 - piek	79
2016	367	84 - piek
2017	225 - scherpe daling	45 - scherpe daling
2018	340	70
Totaal	4 282	796

Bron: Arbeidsauditoraat van Brussel, 2019

166 "Een belemmering tot een uitoefening van een recht, en een afwenteling van de problemen van een overheid op haar (kwetsbare) burger is sowieso ontoelaatbaar. De toegang tot een recht kan ook vertraagd worden omdat er geen duidelijkheid is over het startpunt van de termijn binnen dewelke een administratie een beslissing moet nemen, termijn die normaliter, eens overschreden, automatische toegang tot dat recht verleent. Soms wordt de toegang tot een recht geblokkeerd door een administratie, omdat die eigenlijk geen beslissing neemt, of nalaat zich uit te spreken over bepaalde elementen van het dossier. Nochtans is een beslissing, ook al houdt die een weigering in, soms de enige basis voor een burger die, met het oog de verdediging van zijn recht, een procedure wil voeren voor een rechter of zijn aanvraag opnieuw wil indienen met kennis van zaken" (Federale Ombudsman, 2017, p. 13).

Ondanks de schommelingen tussen 2008 en 2016 stellen we twee pieken vast, namelijk in 2010-2011 en 2015-2016. Vlak na de tweede piek van 2015-2016 trad er in 2017 een scherpe daling op. Het aantal nieuwe zaken nam dat jaar namelijk met bijna 50% af.

Hoe kan deze tijdelijke daling van het aantal geschillen worden verklaard? Eerst en vooral kan het indienen van een beroep ingewikkeld zijn voor mensen in bestaansonzekerheid of met een handicap. De redenen hiervoor zijn dezelfde als degene waarom ze geen gebruik maken van de uitkeringen (niet gekend, niet voorgesteld, niet aangevraagd, enz.). Vervolgens kan de termijn van 90 dagen te kort zijn voor mensen met beperkte of helemaal geen autonomie of die dringende zorg behoeven. Tot slot is het mogelijk dat mensen geen beroep indienen omdat ze te laat in kennis werden gesteld van de administratieve beslissing aangaande hun uitkering voor personen met een handicap.

Als het steeds langer duurt voordat mensen bericht ontvangen over hun aanvraag (via de modaliteiten inzake indiening, kennisgeving per post), dan zal die vertraging vervolgens worden gerecupereerd bij de eventuele indiening van een beroep. De betrokkenen ontvangen geen kennisgeving (geen brief, geen aangetekend schrijven, ...) wat ertoe leidt dat een deel van de aanvragen niet kan worden ingediend.

6.2. Problemen verbonden aan de digitalisering, automatisering en verzending van de gegevensstromen

De voorbije 20 jaar is de invoering van het e-Government[167] - de digitalisering van de informatie van rechthebbenden - aanzienlijk versneld. Ook andere veranderingen zoals de geautomatiseerde gegevensoverdracht tussen instellingen van de sociale zekerheid, hebben een impact gehad op de behandeling van de dossiers. Er is een grote hoeveelheid informatie beschikbaar via de Kruispuntbank Sociale Zekerheid en de vzw SMALS[168] vereenvoudigt de gegevensoverdracht. Deze veranderingen resulteerden voor heel wat organisaties van de sociale zekerheid in een aanzienlijke tijdswinst en een betere dossierbehandeling en communicatie.

In het kader hiervan verandert elke organisatie van de sociale zekerheid de manieren waarop ze met de gebruikers communiceert, dossiers behandelt en haar dienstenaanbod moderniseert.

---

167 https://economie.fgov.be/nl/themas/online/het-begrip-e-government

168 "Doordat de G-Cloud een gemeenschappelijk programma is waarbinnen zowel overheidsdiensten, Smals, als ICT-leveranciers uit de private sector diensten kunnen verlenen, is het erg belangrijk om goed te overleggen. De leden kunnen informatie krijgen over alle nieuwe diensten via hun klantenbeheerder. De lijst met instellingen die gebruik maken van de G-Clouddiensten groeide fors aan: o.a. Belspo, BIPT, CDZ, CREG, Defensie, De Kamer, eHealth-platform, Famifed, FAGG, FANC, FAVV, Fedasil, Federale Politie, Fedris, de FOD's Beleid & Ondersteuning, Buitenlandse Zaken, Economie, Financiën, Justitie, Kanselarij van de Eerste Minister, Mobiliteit, Sociale Zekerheid, VVVL en WASO, de FPD, HVW, HZIV, Jongerenwelzijn, Kind en Gezin, KSZ, OCAD, Office de la Naissance et de l'Enfance, POD MI, Regie der Gebouwen, Rekenhof, Rijksarchief, RIZIV, RJV, RSVZ, RSZ, RVA, Sigedis en de Vlaamse Overheid. (SMALS, 2017)

Sommige veranderingen die worden gezien als een stap vooruit die de efficiëntie bevordert, kunnen er echter ook toe leiden dat de verwerking (aantal codes, incompatibiliteit, ...) en de opvolging van de dossiers en de procedures in het algemeen complexer worden. Ze veronderstellen eveneens dat de medewerkers die instaan voor de verwerking en de analyse van de dossiers, zich gaan aanpassen. Al deze veranderingen kunnen in sommige gevallen leiden tot een opnieuw toenemende bureaucratisering waarbij de grenzen tussen de openbare en private diensten vervagen en waarbij de naleving van de procedures belangrijker wordt dan de doelstellingen die worden nagestreefd (Hibou, 2012).

6.2.1. Dematerialisering

De digitalisering en de dematerialisering van de aanvraag van een uitkering worden steeds algemener en zorgen bij heel wat mensen die in bestaansonzekerheid leven voor grote moeilijkheden. De aanvraagprocedures voor uitkeringen voor personen met een handicap, die een tijdlang niet online via het internet of via een afspraak (na een telefonische oproep) konden worden uitgevoerd, hebben voor sommige gezinnen problemen met toegang tot hun rechten gecreëerd.

In België, en op meer lokale schaal in Brussel, heeft naar schatting 15% van de gezinnen geen internetaansluiting (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2018). De hoogste percentages vinden we bij de oudere en laagst opgeleide bevolkingsgroepen[169]. Bovendien is het niet omdat iemand Internet, een computer of een smartphone kan gebruiken, dat hij of zij ook overweg kan met een kaartlezer, een IT-interface kan gebruiken, onlineformulieren begrijpt en ze correct kan invullen, bepaalde reflexen heeft (opslaan, screenshots,...) bepaalde applicaties kan gebruiken, downloaden, software kan updaten, een printer bezit om bewijsstukken af te drukken, enz.

De kennis, de knowhow en de kosten die een internetverbinding en het benodigde materiaal inhouden, worden vaak onderschat wanneer de procedures worden veranderd.

6.2.2. Stromen en mensen om die te verwerken

Bovendien zijn de juridische en organisatorische factoren essentieel voor de antwoordtermijnen die moeten worden gerespecteerd voor de behandeling van de dossiers. Het aantal medewerkers dat beschikbaar is om de gegevensstromen te behandelen is cruciaal om de aanvragen te analyseren en de dossiers tijdig op te volgen. Wanneer men bovendien voldoende "deskundigheid" wil hebben in één of meerdere takken van de wetgeving dan moet men ook steeds complexere informatie kunnen verwerken.

169 In 2017 had slechts 66% van de mensen die als hoogst behaalde diploma een diploma lager middelbaar onderwijs hadden, in de voorbije 3 maanden een computer gebruikt.

Tijdens het onderzoek hebben verschillende hulpverleners de aandacht gevestigd op het feit dat een manuele opvolging en een zekere expertise essentieel blijven, zelfs wanneer informatie elektronisch wordt uitgewisseld.

> *"Maar iets wat ik zou willen onderstrepen, omdat u het hebt over proactiviteit en omdat we het hadden over de stromen, zijn de elektronische stromen die toekomen en die niet worden behandeld terwijl dat mogelijkheden biedt om rechten te behouden, open te houden of om nieuwe rechten te openen. Maar goed, er zijn elektronische stromen maar achter die stromen zit nog steeds een manuele verwerking, het zijn dus mensen die de listings moeten behandelen, die individueel honderden of zelfs duizenden dossiers moeten openen en kijk, de middelen van de diensten zoals de mutualiteiten en zo, er wordt overal bespaard dus... Er wordt dus gesproken over automatisering van de rechten, ok goed, maar de rechten zijn helemaal niet automatisch." (Hulpverlener)*

De moeilijkheden van het verwerken van duizenden elektronische gegevens door mensen toont de grenzen van wat er momenteel mogelijk is op het vlak van automatisering of proactiviteit om de rechten van mensen te openen. Verschillende hulpverleners hadden het over problemen die in dit opzicht kunnen optreden: stromen worden overgedragen maar kunnen niet worden verwerkt door de andere organisatie, onbegrijpelijke codes die worden doorgestuurd, fouten in de persoonsgegevens, verplichting om aan de rechthebbende te vragen dat hij bepaalde stappen onderneemt terwijl de organisatie die informatie heeft of kan verkrijgen, automatische beëindiging van rechten.

6.2.3. Cumulatieve non take-up

Deze verschillende problemen met de overdracht van gegevensstromen kunnen ertoe leiden dat rechten die voortvloeien uit uitkeringen voor personen met een handicap worden ingetrokken of niet geactiveerd.

Het cumulatieve karakter van de non take-up gaat vaak over meerdere rechten die aan eenzelfde uitkering zijn gekoppeld. "Een laatste vaststelling is dat in discussies over de non take-up maar heel zelden de aandacht werd gevestigd op het niet te verwaarlozen fenomeen van de cumulatieve non take-up. Het gaat hier om situaties waarin een persoon of een gezin tegelijk recht heeft op meerdere uitkeringen, maar een aantal daarvan niet ontvangt. Het feit dat men altijd weinig belangstelling heeft getoond voor deze soort non take-up, weerspiegelt wellicht de meest algemene bezorgdheid waarbij men zich focust op de efficiëntie van één enkel systeem, met name wanneer de verschillende systemen niet onder dezelfde organisatie voor sociale bescherming ressorteren, eerder dan op een geheel van systemen, of eerder dan op de gevolgen van de non take-up voor de financiële situatie van gezinnen met een laag inkomen." (Van Oorshot, 1991 en Math, 1996)

7. Conclusies en aanbevelingen

De onderzochte sociaal maatschappelijke verhoudingen van openbare en semi-openbare instanties in Brussel, toont dat er verschillende soorten non take-up van uitkeringen voor personen met een handicap bestaan. Situaties waarin het recht niet wordt toegekend, niet wordt aangevraagd, niet is gekend of waarin de betrokkene ervan wordt uitgesloten, zijn de vormen van non take-up die in dit onderzoek het vaakst naar voren zijn gekomen. Het lijkt erop dat de communicatiekanalen, de manieren waarop informatie kan worden verkregen en de aanvraagprocedures de toegang tot uitkeringen voor personen met een handicap sinds 2015 hebben bemoeilijkt, met een niet te verwaarlozen potentiële non take-up als gevolg.

De handicap zelf draagt enkel bij aan de individuele verklaring van de non take-up van uitkeringen voor personen met een handicap. De mate van handicap vergroot het risico op non take-up aanzienlijk, maar ook de materiële omstandigheden (inkomsten, woning,...) en de relationele omstandigheden (zorgnetwerk) in het leven van de betrokkene wegen behoorlijk door in de verklaring. Deze factoren zijn echter niet de enige factoren die de non take-up verklaren. De administratieve en organisatorische factoren lijken namelijk zwaarder door te wegen in de verklaring van situaties van non take-up.

De analyse van het parcours dat mensen afleggen, brengt steeds vaker voorkomende wijzigingen in en dus een instabiliteit van het sociaal-administratieve statuut aan het licht. De grenszones waarin mensen die wachten op toekenning van rechten zich ophouden, die "tussen twee rechten" zitten of die niet gekend zijn bij de sociale zekerheid, zijn zorgwekkend omdat we in enkele van deze gevallen hoofdzakelijk mensen aantreffen die in armoede leven. De afwezigheid van rechten leidt ertoe dat de betrokkenen geen inkomen hebben en zorgt ervoor dat monetaire armoede een centrale bekommernis wordt bij de reeds aanwezige bestaansonzekerheid.

De hulpverleners vragen een gecentraliseerd onthaal waar aanvragen op een betrouwbare manier kunnen worden geanalyseerd en waar de mensen rechtvaardig worden behandeld op basis van een menselijke dialoog die zo snel mogelijk leidt tot een beslissing.

Verder komen er uit de analyse situaties van non take-up van andere rechten naar voren (ziekte-invaliditeitsverzekering en -uitkeringen, werkloosheidsverzekering en maatschappelijke steun). Er werden meerdere specifieke soorten non take-up van deze rechten vastgesteld (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, 2017[170]). De toenemende druk op de verschillende instellingen van de sociale zekerheid, de sterke toename van het aantal personen die maatschappelijke steun ontvangen en van het aantal invaliden, zijn nieuwe moeilijkheden waarmee personen met een handicap in het Brusselse Gewest te maken krijgen wanneer ze hun rechten willen opnemen.

170 Zie Deel II van het verslag voor de specifieke analyse van deze verschillende sociale rechten.

De instabiliteit van de sociaal-administratieve statuten of sociaal-economische posities, de concrete situaties van non take-up en het aantal personen dat "tussen twee rechten" valt of uitgesloten wordt uit de rechten, nemen allemaal toe. Dit resulteert in een duidelijke instabiliteit op het vlak van inkomsten voor deze personen.

Er worden heel wat kwetsbare groepen en verschillende kwetsbaarheden geïdentificeerd die vaak samen voorkomen: soort handicap, financiële middelen, beperkte kennis van de landstalen, kosten van het informaticamateriaal en de internetaansluiting, kennis van de software en de interfaces van de websites van de sociale zekerheid, kennis van de administratieve taal, vaardigheden op het vlak van het schrijven en lezen brieven, mobiliteit etc. Maar naast deze factoren die de non take-up van de rechten verergeren, maakt de analyse van de literatuur over de non take-up ook duidelijk dat de creatie van stelsels die bestemd zijn voor specifieke, of zogenaamde kwetsbare doelgroepen ertoe leidt dat er nog meer mensen worden uitgesloten en dat de non take-up toeneemt.

Er is dus een vereenvoudiging nodig, iets waar alle hulpverleners die we hebben gesproken, het over eens waren. Een vereenvoudiging waarbij de uitzonderingen, nieuwe systemen en stelsels worden beperkt zodat we kunnen terugkeren naar de initiële opdracht van herverdeling en begeleiding, waarbij alle doelstellingen gebaseerd op het Handvest van de Sociaal Verzekerde[171], die gelden voor alle instellingen van de sociale zekerheid in de ruime zin, voorop worden gesteld en worden nagestreefd.

Gewapend met hun kennis over de gekruiste en gecombineerde kwetsbaarheden van de betrokkenen, zouden de instellingen van de sociale zekerheid hun schouders kunnen zetten onder een vereenvoudiging en de uitwerking van doelstellingen die gericht zijn op een proactieve benadering van de toekenning. Dit zou de huidige aanzienlijke toename van de non take-up van de sociale rechten kunnen terugdringen.

171 Wet van 11 april 1995 http://bit.ly/34GAxBl

Hoofdstuk 8

OUDERLIJKE TEWERKSTELLING BIJ GEZINNEN MET EEN KIND MET EEN HANDICAP IN BELGIË: IS HET EEN KWESTIE VAN SOCIALE ACHTERGROND?[172]

Julie Vinck, Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, Universiteit Antwerpen
en Wim Van Lancker, Centrum voor Sociologisch Onderzoek, KU Leuven

1. Inleiding

In deze bijdrage gaan we empirisch na in hoeverre het hebben van een kind met een handicap samenhangt met een kwetsbare sociale achtergrond en hoe die samenhang in verband staat met een belangrijk maatschappelijk domein: de arbeidsmarktparticipatie van ouders.

Tijdens de afgelopen decennia werden aanpassingen aan het welzijnsbeleid in veel welvaartsstaten vormgegeven door het idee dat betaalde arbeid de beste waarborg is voor inkomenszekerheid en sociale integratie (Burkhauser et al., 2016; Hemerijck, 2017). Bijgevolg werden beleidshervormingen in veel landen gekenmerkt door een sterkere nadruk op activering, vaak gepaard met het inperken van uitkeringen om inactiviteitsvallen te voorkomen (Bonoli, 2012). De keerzijde hiervan is dat de minimum inkomensbescherming tegenwoordig vaak niet in staat is om uitkeringsgerechtigden uit de armoede te houden (Marx en Nelson, 2013). Het activeringsbeleid wordt bovendien steeds vaker uitgebreid tot specifieke groepen mensen die voorheen werden vrijgesteld, zoals alleenstaande moeders, personen met een handicap en mantelzorgers (Roets et al., 2012; Lindsay et al., 2015). In feite werden in verschillende Europese welvaartsstaten specifieke tewerkstellingsprogramma's voor mensen met een handicap geïntegreerd in de reguliere arbeidsmarktprogramma's (Hvinden, 2003; Marin et al., 2004; Burkhauser et al., 2016).

Voor gezinnen met een kind met een handicap lijkt het streven naar (meer) tewerkstelling op het eerste zicht problematisch (Cantillon en Van Lancker, 2013). Hoewel er in veel

172 Een uitgebreidere versie van dit hoofdstuk is beschikbaar bij Work, Employment & Society ‹An Intersectional Approach towards Parental Employment in Families with a Child with a Disability: The Case of Belgium›

landen vooruitgang is geboekt op het gebied van gendergelijkheid zijn het voornamelijk moeders die hun betaalde arbeid terugschroeven om zorg te bieden aan hun kinderen, wat wijst op een sterke en blijvende genderongelijkheid in de verdeling van zorg en werk, zelfs in welvaartsstaten met een uitgebreid tweeverdienersbeleid (Uunk et al., 2005; Javornik & Kurowska, 2017; Kleven et al., 2018). Kinderen met een handicap hebben over het algemeen meer zorg nodig dan de alledaagse ouderlijke zorg en de tijd die nodig is om dergelijke zorg te bieden belemmert de arbeidsmarktparticipatie van ouders nog meer (Stabile en Allin, 2012). Daarbovenop hebben ze te kampen met hogere kosten om de medische en zorgbehoeften te betalen. Bijgevolg moeten gezinnen met kinderen met een handicap meestal met lagere inkomens rondkomen. Gezien de bovengenoemde veranderingen in de welvaartsstaat wordt het steeds moeilijker om een fatsoenlijke levensstandaard te handhaven met slechts één of zelfs geen inkomen uit betaald werk. Het gevolg is dat gezinnen met een kind met een handicap een groot armoederisico kennen (Shahtahmasebi et al., 2011).

In een context waarin gezinnen met een kind met een handicap onder druk worden gezet om te werken is het cruciaal om de mechanismen te begrijpen die de volledige realisatie van hun werkpotentieel belemmeren. Dit is belangrijk omdat de handicap van het kind slechts de helft van het verhaal zou kunnen zijn. Kinderen met een handicap wonen vaker in een gezin met een kwetsbare sociale achtergrond. Ouders van kinderen met een handicap hebben gemiddeld een lager opleidingsniveau in vergelijking met ouders van normaal ontwikkelde kinderen (OESO, 2010). Laaggeschoolden hebben over het algemeen een lagere verdiencapaciteit op de arbeidsmarkt en een hoog risico om werkloos te worden (Konietzka en Kreyenfeld, 2010). Bovendien vergroot de aanwezigheid van een kind met een handicap het risico op een scheiding (Sebrechts en Breda, 2012). Het is algemeen bekend dat alleenstaande ouders (vaak moeders) een hoog armoederisico lopen en aanzienlijke moeilijkheden ondervinden om werk en gezin met elkaar te combineren (Christopher et al., 2002). Voor hen is sociale integratie via arbeidsmarktparticipatie een nog groter probleem.

Dat leidt ons tot de volgende, centrale onderzoeksvraag: wordt de ouderlijke tewerkstelling van kinderen met een handicap bepaald door de sociale achtergrond van de ouders, de handicap van het kind, of een combinatie van beide? We vertrekken van de idee van intersectionaliteit waarbij verschillende categorieën van ongelijkheid met elkaar verweven zijn en elkaar kunnen versterken. Daarom moeten die verschillende categorieën expliciet in beeld worden gebracht bij de analyse van deze ongelijkheden. In dit hoofdstuk leggen we de nadruk op mogelijke interactie-effecten tussen sociale achtergrond van de ouders en handicap bij kinderen.

Daarvoor maken we gebruik van unieke en grootschalige administratieve gegevens uit het Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming (DWH AM & SB) en de laatste Census. Hierin wordt informatie over de handicap van kinderen gekoppeld aan ouderlijke en gezinskenmerken, inclusief informatie over de tewerkstelling van de ouders. De dataset bevat ook een controlegroep van kinderen zonder handicap. We onderzoeken eerst het verband tussen de sociale achtergrond van het gezin en de handicap bij kinderen. Ten tweede onderzoeken we de impact van het hebben van een kind met een handicap op de tewerkstelling van de ouders, en tenslotte

gaan we na in welke mate deze tewerkstellingskloof wordt verklaard door de sociale achtergrondkenmerken van het gezin. We eindigen dit hoofdstuk met een besluit en reflectie over het beleid.

2. Theoretisch kader en voorgaand onderzoek

Om de tewerkstellingskloof tussen gezinnen met en zonder kinderen met een handicap te begrijpen richten we ons op de intersectie tussen handicap en sociale achtergrond. Een intersectionele benadering gaat ervan uit dat meerdere categorieën van ongelijkheid, zoals etniciteit, klasse, geslacht of handicap, niet alleen onafhankelijk van elkaar de kansen op werk beïnvloeden, maar elkaar ook kunnen versterken (Cho et al., 2013; Collins, 2015; McBride et al., 2015). Dit betekent dat het verband tussen sociale achtergrond en tewerkstelling aan de ene kant en tussen handicap en tewerkstelling aan de andere kant niet afzonderlijk maar gezamenlijk geanalyseerd moeten worden. Daarom richten we ons in dit hoofdstuk op de interactie tussen handicap van kinderen en sociale achtergrond van het gezin om ons inzicht te vergroten in hoe beide dimensies van ongelijkheid de tewerkstelling van de ouders beïnvloeden.

Uit de literatuur blijkt duidelijk dat kinderen met een handicap extra zorg nodig hebben die groter is dan de gewone ouderlijke zorg (Owen et al., 2003). Met name het arbeidsaanbod van moeders is gevoelig voor de zorgnood in haar gezin. Er is dus een 'direct' tewerkstellingseffect van het hebben van een kind met een handicap omdat moeders (en minder vaak vaders) hun werkuren zullen verminderen of zich volledig uit de arbeidsmarkt terugtrekken om de zorglast op te vangen (Brown en Clark, 2017; Stabile en Allin, 2012). Dit patroon wordt bevestigd voor Australië (Crettenden et al., 2014; Gordon et al., 2007), de Verenigde Staten (DeRigne, 2012; Porterfield, 2002; Powers, 2001; 2003; Wasi et al. 2012), Noorwegen (Hauge et al., 2013), Taiwan (Chou et al., 2018) en België (Van Landeghem et al., 2007; Debacker, 2007). Brekke en Nadim (2016), ook voor Noorwegen, vinden daarentegen dat de kansen op werk van ouders met en zonder kinderen met een handicap vergelijkbaar zijn, wat ze toeschrijven aan gender-egalitaire beleidsmaatregelen. Ze vinden echter wel een sterk, negatief effect op het gemiddelde inkomen uit arbeid. Bovendien kan de aanwezigheid van een kind met een handicap in het gezin indirecte gevolgen hebben voor de tewerkstelling van de ouders doordat de gezondheid van de ouders verslechtert (Brekke et al., 2017; Brekke en Nadim, 2016).

Hoe groot de tewerkstellingskloof tussen ouders met en zonder kinderen met een handicap is hangt af van het type huishouden, de ernst van de handicap en de bijbehorende zorglast, en de leeftijd van het kind. Sommige onderzoekers vinden dat de negatieve impact op de tewerkstelling groter is bij alleenstaande moeders dan bij moeders met een partner (Powers, 2001, 2003; Stabile en Allin, 2012; Wasi et al., 2012), terwijl anderen het tegenovergestelde aantonen (Gordon et al., 2007; Porterfield, 2002) of vinden dat het vooral afhankelijk is van het type handicap (Lu en Zuo, 2010).

Wat dit laatste betreft, toont DeRigne (2012) aan dat de impact op de tewerkstelling het grootst is wanneer kinderen een verstandelijke handicap of ontwikkelingsstoornis hebben, terwijl Lu en Zuo (2010) en Wasi et al. (2012) de grootste impact vinden voor gezinnen met kinderen met een lichamelijke handicap. Echter, de meest consistente bevinding in de literatuur is dat hoe ernstiger de handicap van het kind, hoe hoger de zorglast en hoe moeilijker het is om betaald werk te blijven verrichten (Chou et al., 2018; Crettenden et al., 2014; DeRigne, 2012; Gordon et al., 2007; Hauge et al., 2013; Leiter et al., 2004; Lu en Zuo, 2010; Wasi et al., 2012). Alleen Powers (2003) vindt geen wezenlijk verschil naar de ernst van de handicap. Tenslotte, neemt over het algemeen de zorglast voor kinderen zonder handicap af als het kind ouder wordt, vooral wanneer het kind naar school begint te gaan. Dit valt vaak samen met het hervatten of vergroten van de arbeidsmarktparticipatie door hun moeders. Voor moeders met een kind met een handicap kan echter het tegenovergestelde gelden, omdat de zorglast vaak toeneemt of slechts in beperktere mate afneemt wanneer het kind met een handicap ouder wordt (Crettenden et al., 2014; Gordon et al., 2007; Haveman et al., 1997).

Om de tewerkstellingskloof volledig te begrijpen is het niet voldoende om enkel te focussen op de kenmerken van het kind of het type huishouden. Het is onmisbaar om de interactie tussen de sociale achtergrond van het gezin en de handicap van het kind te onderzoeken. Internationaal onderzoek heeft reeds uitgewezen dat er een verband bestaat tussen een kwetsbare sociaaleconomische status en een slechte gezondheid (Case et al., 2002; Goldman, 2001; Warren, 2009). Hieruit volgt dat kinderen met een handicap oververtegenwoordigd zijn in kwetsbare huishoudens die sociaaleconomische kenmerken combineren die de tewerkstelling van de ouders bemoeilijken. Ouders van kinderen met een handicap hebben vaker een lager opleidingsniveau (Bauman et al., 2006; OESO 2010; Powers, 2003; Sebrechts en Breda, 2012; Van Landeghem et al., 2007; Wasi et al., 2012), lopen een hoger risico op echtscheiding (Bauman et al., 2006; Blackburn et al., 2010; Clarke en McKay, 2008; Emerson en Hatton, 2007; Fujiura en Yamaki, 2000; Powers, 2003; Reichman et al., 2008; Risdal en Singer, 2004; Sebrechts en Breda, 2012; Wasi et al., 2007; een overzicht van studies in Stabile en Allin, 2012), ervaren minder sociale steun van familie en vrienden (Ekas et al., 2010), verkeren vaker in een slechte gezondheid (Powers, 2003; Reichman et al., 2008, Van Landeghem et al., 2007; Wasi et al., 2007), en ze hebben meer kans om zelf een handicap te hebben (Blackburn et al., 2010 ; RKW, 2013; Sebrechts en Breda, 2012; Van Landeghem et al., 2007). De resultaten zijn minder eenduidig als gekeken wordt naar de migratieachtergrond van de ouders. Sommige onderzoekers vinden geen verschil met betrekking tot de migratiestatus (Bauman et al., 2006; Emerson en Hatton, 2007; Fujiura en Yamaki, 2000), terwijl anderen aantonen dat kinderen met een migratieachtergrond meer (Kawa et al., 2016; Wasi et al., 2012) of minder kans hebben (Blackburn et al., 2010; Emerson, 2012; Singh en Lin, 2013) om een handicap te hebben, afhankelijk van het type handicap en de herkomstlanden die werden onderzocht.

Deze verschillende ongelijkheden in termen van sociale achtergrond hebben duidelijk een invloed op iemands tewerkstellingspotentieel *onafhankelijk* van het hebben van een kind met een handicap. Het is bijvoorbeeld veelvuldig aangetoond dat er nog

steeds sterke verschillen naar opleidingsniveau bestaan in de tewerkstellingstrajecten van moeders (Debacker, 2008; Konietzka en Kreyenfeld, 2010; Stahl en Schober, 2017), waarbij hoogopgeleide moeders veel vaker een betaalde baan zullen hebben in vergelijking met laaggeschoolde moeders. Bovendien zijn volwassenen met een handicap grotendeels gemarginaliseerd in de arbeidsmarkt in de meeste welvaartsstaten (Grammenos, 2013; OESO, 2003; Nys et al. 2016; Vornholt et al. 2018) en wonen zij vaak in werkarme huishoudens (Corluy en Vandenbroucke 2014). Daarnaast is de combinatie tussen betaald werk en de zorg voor kinderen een grotere uitdaging voor alleenstaande ouders, wat sterk verband houdt met sociale beleidsmaatregelen zoals het ouderschapsverlof en kinderopvang (Nieuwenhuis en Maldonado, 2018). Tenslotte hebben gezinnen met een migratieachtergrond in veel westerse welvaartsstaten minder kansen om betaald werk te vinden (Eurostat, 2011; OECD, 2012).

Dus, hoewel het duidelijk is dat (1) het hebben van een kind met een handicap een negatieve impact heeft op de ouderlijke tewerkstelling; en (2) gezinnen met een kind met een handicap oververtegenwoordigd zijn in gezinnen met een kwetsbare sociale achtergrond, weten we niet welke van de twee elementen nu doorslaggevend is om de tewerkstellingskloof te begrijpen: sociale achtergrond of handicap? En werken de effecten van handicap en sociale achtergrond onafhankelijk van elkaar of versterken ze elkaar?

Om deze kwestie empirisch te onderzoeken, worden de volgende onderzoeksvragen gesteld. Ten eerste, zijn kinderen met een handicap in België oververtegenwoordigd in gezinnen met een kwetsbare sociale achtergrond? Ten tweede, ervaren ouders met een kind met een handicap een tewerkstellingskloof in vergelijking met ouders zonder een kind met een handicap? Tot slot, in hoeverre wordt deze kloof verklaard door de handicap van het kind en/of door de sociale achtergrond van het gezin?

3. Data en methoden

We maken gebruik van unieke en grootschalige administratieve gegevens om de sociaaleconomische positie van kinderen met een handicap en de impact op de arbeidsmarktparticipatie van hun ouders in te schatten. Daarvoor is microdata van het DWH AM & SB gekoppeld aan de laatste Census. Het DWH AM & SB verzamelt administratieve gegevens van Belgische sociale zekerheidsinstanties, evenals informatie over individuele en gezinskenmerken uit het rijksregister. In deze dataset gebruiken we het ontvangen van de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap of aandoening als indicator voor het hebben van een kind met een handicap. We beschikken over een willekeurig getrokken steekproef van 50% van de kinderen onder de 21 jaar die in België wonen en de verhoogde kinderbijslag ontvangen op 31 december 2010. Bovendien verkregen we een even grote willekeurig getrokken controlegroep van kinderen jonger dan 21 jaar die de verhoogde kinderbijslag niet ontvangen (hierna kinderen zonder handicap).

Om de verhoogde kinderbijslag te verkrijgen, beoordelen artsen van de FOD Sociale Zekerheid de zorgbehoeften als gevolg van de handicap en scoren het kind op een 36-puntenschaal met behulp van een gestandaardiseerde criterialijst. Het doel van deze criteria is om de gevolgen te meten van de handicap van het kind voor de (1) fysieke en mentale gezondheid van het kind; (2) zelfredzaamheid; en (3) familie. Er is geen inkomenstest, maar de hoogte van de uitkering is gerelateerd aan de score van het kind op de 36-puntenschaal (zie Vinck et al. (2019) voor meer informatie over de erkenningsprocedure). De verhoogde kinderbijslag varieert tussen € 80 en meer dan € 500 per maand. In 2015 ontving 2,37% van de kinderen onder de 21 de verhoogde kinderbijslag (Famifed, 2016).

Na het verwijderen van (1) kinderen die broers of zussen met een handicap hebben uit de controlegroep, (2) kinderen waarvan de werkstatus van de ouder niet met zekerheid kan worden bepaald, (3) kinderen die informatie missen voor een van de variabelen die in de analyses zijn opgenomen; en het selecteren van het jongste kind (met een handicap) in het huishouden, zijn er 17 481 kinderen met een handicap en 17 934 kinderen zonder handicap in de ongewogen steekproef.

Logistische en lineaire regressiemodellen worden toegepast om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden, wordt de relatie tussen het hebben van een handicap bij kinderen en de sociaaleconomische positie van het gezin getest aan de hand van een logistische regressie. De afhankelijke variabele is of een kind de verhoogde kinderbijslag ontvangt (1 = ja, 0 = nee). Als onafhankelijke variabelen worden verschillende sociale achtergrondkenmerken van het gezin (gezinstype, onderwijsniveau, geboorteland en het samenleven met andere gezinsleden met een handicap), de leeftijd van het kind (gecategoriseerd in kinderen van 0-3, 4-5, 6-11, 12-17 of 18-20) en geslacht meegenomen. Met betrekking tot het gezinstype wordt een dummyvariabele gemaakt om kinderen te identificeren die wonen bij een alleenstaande ouder[173]. Het onderwijsniveau van de ouders wordt geoperationaliseerd met behulp van de internationale standaardclassificatie van het onderwijs (ISCED)[174], Een dominantiecriterium wordt toegepast waarbij het hoogste opleidingsniveau van één van de ouders wordt toegewezen aan het ganse huishouden. Voor het geboorteland wordt een onderscheid gemaakt tussen België, andere landen van de Europese Unie (EU27) en niet-EU27-landen. Er wordt een 'nabijheidscriterium' toegepast, wat betekent dat als ten minste één ouder in België of in een ander EU27-land werd geboren, het huishouden een Belgische of EU27-migratieachtergrond krijgt toegewezen. Alleen wanneer beide ouders buiten de EU27 zijn geboren, wordt aangenomen dat het huishouden een niet-EU27-migratieachtergrond heeft. Ten slotte is er een dummy-variabele die aangeeft of andere gezinsleden (ouders, andere kinderen of andere volwassenen) die op hetzelfde adres wonen ook een handicap hebben.

173 De dummy neemt de waarde 1 = ja of 0 = nee.

174 Er wordt een onderscheid gemaakt tussen laaggeschoolde (ISCED 0-2: lager secundair onderwijs of lager), gemiddeld geschoolde (ISCED 3-4: secundair onderwijs) en hooggeschoolde ouders (ISCED 5-6: hoger onderwijs).

Met betrekking tot de tweede en derde onderzoeksvraag worden drie stapsgewijze lineaire regressiemodellen toegepast om de tewerkstellingskloof tussen gezinnen met en zonder een kind met een handicap in te schatten en de verklarende factoren (d.w.z. de handicap van het kind en/of de sociale achtergrond van het gezin) te onderzoeken. De afhankelijke variabele in deze modellen meet de arbeidsmarktparticipatie van de ouders gezamenlijk door een indicator genaamd de 'huishoudwerkintensiteit'. Deze wordt gedefinieerd als de verhouding tussen het totale aantal maanden dat de gezinsleden op actieve leeftijd (18-59 jaar, uitgezonderd studenten 18-24 jaar) hebben gewerkt en het totale aantal maanden dat ze in theorie hadden kunnen werken. De verhouding gaat van nul naar één, waarbij nul aangeeft dat geen enkel gezinslid op actieve leeftijd heeft deelgenomen aan de arbeidsmarkt in het bestudeerde jaar, terwijl een score van één impliceert dat alle gezinsleden op actieve leeftijd een volledig jaar voltijds hebben gewerkt.

Model 1 omvat de ernst van de handicap van het kind, gemeten aan de hand van hun score op de 36-puntenschaal, en vijf controlevariabelen: woonplaats (op niveau van gewest), leeftijd en geslacht van het kind, leeftijd van de moeder of als de moeder niet aanwezig is, de leeftijd van de vader (gecentreerd rond het gemiddelde) en het aantal broers en zussen. Model 2 voegt de sociale achtergrondkenmerken toe zoals hierboven uitgelegd, met het verschil dat nu drie dummy-variabelen zijn opgenomen om de aanwezigheid van andere gezinsleden met een handicap aan te duiden: één voor de ouders, één voor de andere kinderen en één voor de andere volwassenen. Ten slotte worden in Model 3 interactie-effecten tussen de ernst van de handicap van het kind en de sociale achtergrondkenmerken van het gezin geïntroduceerd om het handicapeffect van het sociale achtergrondeffect te ontwarren. Een populatiegewicht wordt toegepast op beide steekproeven om de volledige Belgische populatie van respectievelijk kinderen met en zonder handicap te vertegenwoordigen. In 2010 heeft 2% van de Belgische kinderen jonger dan 21 jaar een erkende handicap. Beschrijvende informatie over alle variabelen die gebruikt worden in de analyses is te vinden in Appendix 1.

4. Resultaten

4.1. Zijn kinderen met een handicap oververtegenwoordigd in gezinnen met een kwetsbare sociale achtergrond?

De resultaten in Tabel 1 bevestigen voor drie van de vier sociale achtergrondkenmerken dat kinderen met een handicap in België oververtegenwoordigd zijn in kwetsbare huishoudens. Ze leven vaker samen met alleenstaande ouders, ouders met een laag en gemiddeld opleidingsniveau en andere gezinsleden die ook een handicap hebben. De oververtegenwoordiging van kinderen met een handicap geldt echter niet voor gezinnen met een migratieachtergrond. De resultaten tonen aan dat ouders met een

EU27 en een niet-EU27 migratieachtergrond aanzienlijk minder vaak een kind met een *erkende* handicap hebben dan Belgische ouders[175]. Ten slotte zijn kinderen met een handicap vaker ouder en jongens in vergelijking met kinderen zonder handicap, wat in de lijn ligt van eerder onderzoek (e.g. Blackburn et al., 2010; Emerson en Hatton, 2007; Van Landeghem et al., 2007).

Kortom, de resultaten laten zien dat kinderen met een handicap vaker in huishoudens met kwetsbare sociaaleconomische achtergrondkenmerken wonen die de arbeidsmarktparticipatie van de ouders over het algemeen bemoeilijken, onafhankelijk van de handicap van het kind. Dit geldt echter niet voor kinderen met een migratieachtergrond.

175 Gecontroleerd voor de interactie tussen het opleidingsniveau en het geboorteland van de ouders toont er geen significant verschil naar opleidingsniveau wordt gevonden voor ouders met een EU27 en niet-EU27 migratieachtergrond. In vergelijking met ouders zonder migratieachtergrond hebben laag- en gemiddeld geschoolde EU27 ouders en laaggeschoolde niet-EU27 ouders minder vaak een kind met een handicap. Voor hooggeschoolde EU27 ouders en gemiddeld en hooggeschoolde niet-EU27 ouders is het verschil met Belgische ouders niet significant.

Tabel 1: Logistische regressie op het hebben van een handicap, odds ratios, België, 2010

0-20 jaar	Odds ratio	Robuuste standaardfout
Constante	0.003***	0.000
Kenmerken van het kind		
Leeftijd (0-3j ref. cat.)		
4-5j	2.437***	0.120
6-11j	4.300***	0.159
12-17j	4.231***	0.162
18-20j	1.727***	0.102
Geslacht (Meisje ref. cat.)		
Jongen	1.645***	0.043
Gezinskenmerken		
Huishoudtype (Twee ouders ref. cat.)		
Alleenstaande ouder	1.184***	0.037
Geboorteland ouders (België ref. cat.)		
EU27	0.670***	0.060
Niet-EU27	0.848**	0.051
Opleidingsniveau (Hooggeschoold ref. cat.)		
Gemiddeld geschoold	1.477***	0.041
Laaggeschoold	1.703***	0.067
Andere gezinsleden met een handicap (Geen ref. cat)		
Ja, minstens één	5.743***	0.317
Model fit		
Log pseudolikelihood		-160356.71
Pseudo R^2		0.0733
Prob > Chi^2		0.000
N		35415

Bron: eigen berekeningen op DWH AM & SB (2010) en Census (2011).

Opmerkingen: geen handicap is de basisuitkomst. * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001. Odds ratio's kleiner dan 1 wijzen op een lager risico op handicap, odds ratio's groter dan 1 wijzen op een hoger risico, in vergelijking met de referentiecategorie.

In het volgende deel wordt onderzocht of huishoudens met een kind met een handicap een lagere arbeidsmarktparticipatie hebben dan huishoudens zonder een kind met een handicap, en zo ja, of dit kan worden verklaard door de toegenomen zorglast als gevolg van de handicap van het kind of door hun kwetsbare sociaaleconomische achtergrondkenmerken zoals we in deze sectie hebben aangetoond.

4.2. Ouderlijke tewerkstellingskloof: een gevolg van de handicap van het kind of van de sociale achtergrond van het gezin?

Tabel 2 laat een significant negatief verband zien tussen het hebben van een kind met een handicap en de tewerkstelling van de ouders in elk model. Dit illustreert dat het gecombineerde effect van de drie pijlers die worden toegepast voor de administratieve erkenning van de verhoogde kinderbijslag in de verwachte richting werkt: hogere scores komen overeen met een hogere zorglast en leggen daardoor meer druk op de arbeidsmarktparticipatie van de ouders. In model 1 varieert het handicapeffect van een tewerkstellingskloof van 1.3 procentpunt (pp) voor het laagste aantal punten (6) tot een kloof van 35.6 pp voor de hoogste waargenomen score (32)[176].

Wanneer de verschillende sociale achtergrondkenmerken worden toegevoegd in Model 2 neemt de grootte van het handicapeffect af met 39%. Wonen bij een alleenstaande ouder, ouders met een migratieachtergrond, laag- of gemiddeld geschoolde ouders, of samen met andere gezinsleden met een handicap, heeft een negatieve impact op de werkintensiteit van het huishouden.

In Model 3 worden interacties tussen de ernst van de handicap van het kind en de sociale achtergrondkenmerken opgenomen. De resultaten tonen dat de tewerkstellingskloof die wordt ervaren door ouders van een kind met een handicap blijft bestaan. Het negatieve verband tussen het hebben van een kind met een handicap en de tewerkstelling van de ouders kan dus niet alleen worden verklaard door de kwetsbare sociale achtergrond van het gezin. Het hebben van een kind met een handicap verlaagt de huishoudwerkintensiteit voor *alle* gezinnen. De significante interactie-effecten tonen echter aan dat de sterkte van het verband verschilt naar de sociale achtergrondkenmerken van het gezin. Voor alleenstaande ouders, ouders met een laag en gemiddeld opleidingsniveau, en ouders met meerdere kinderen met een handicap versterken de handicap- en sociale achtergrondeffecten elkaar. Voor deze groepen is het handicapeffect ongeveer een tot twee keer zo groot in vergelijking met tweeoudergezinnen, ouders met een hoog opleidingsniveau en ouders zonder andere kinderen met een handicap. Voor ouders met een migratieachtergrond, ouders die zelf een handicap hebben of die samenleven met andere volwassenen met een handicap, worden er geen significante interactie-effecten gevonden. Voor deze groepen wordt het handicap-effect en het sociale achtergrondeffect dus niet versterkt.

176 Omdat we geen kinderen met 1 tot 5 punten op de zwaarteschaal observeren in onze gegevens, herschalen we deze variabele door 5 punten van het totaal van elk individu af te trekken. Van de totale Belgische bevolking van kinderen die in 2010 de verhoogde kinderbijslag ontvangen, hebben slechts 51 kinderen minder dan 6 punten op de ernstschaal, wat overeenkomt met 0,13% in relatieve termen (Famifed, 2017).

Tabel 2: Stapsgewijze multivariate regressie op huishoudwerkintensiteit, België, 2010

0-20 jaar	Model 1	Model 2	Model 3
Constante	0.805***	0.907***	0.906***
	(0.007)	(0.006)	(0.006)
Handicap			
Ernst van de handicap	-0.013***	-0.008***	-0.003**
	(0.000)	(0.000)	(0.001)
Sociale achtergrond kenmerken			
Alleenstaande ouder (Nee ref. cat.)			
Ja		-0.223***	-0.222***
		(0.006)	(0.007)
Geboorteland ouders (België ref. cat.)			
EU27		-0.034*	-0.034*
		(0.015)	(0.016)
Niet-EU27		-0.145***	-0.145***
		(0.011)	(0.011)
Opleidingsniveau ouders (Hooggeschoold ref. cat.)			
Gemiddeld geschoold		-0.111***	-0.110***
		(0.004)	(0.004)
Laaggeschoold		-0.247***	-0.247***
		(0.007)	(0.007)
Andere gezinsleden met een handicap (geen broers of zussen)			
Minstens één van de ouders		-0.267***	-0.267***
		(0.015)	(0.016)
Minstens één van de andere gezinsleden		-0.166***	-0.168***
		(0.029)	(0.030)
Interactie x Ernst van de handicap			
Alleenstaande ouder (Nee ref. cat.)			
Ja x Ernst van de handicap			-0.006***
			(0.001)
Geboorteland ouders (België ref. cat.)			
EU27 x Ernst van de handicap			-0.001
			(0.003)
Niet-EU27 x Ernst van de handicap			0.001
			(0.002)
Opleidingsniveau ouders (Hooggeschoold ref. cat.)			
Gemiddeld geschoold x Ernst van de handicap			-0.004***
			(0.001)

0-20 jaar	Model 1	Model 2	Model 3
Laaggeschoold x Ernst van de handicap			-0.002*
			(0.001)
Andere gezinsleden met een handicap			
Minstens één van de andere gezinsleden x Ernst van de handicap			0.007
			(0.004)
Minstens één van de ouders x Ernst van de handicap			0.000
			(0.002)
Minstens één van de broers of zussen x Ernst van de handicap		-0.004**	-0.003**
		(0.001)	(0.001)
Leeftijd van het kind (0-3j ref.cat.)			
4-5j x Ernst van de handicap			-0.003*
			(0.001)
6-11j x Ernst van de handicap			-0.003**
			(0.001)
12-17j x Ernst van de handicap			-0.001
			(0.001)
18-20j x Ernst van de handicap			0.002
			(0.002)
Controlevariabelen			
Leeftijd van het kind (0-3j ref.cat.)			
4-5j	0.056***	0.063***	0.064***
	(0.008)	(0.006)	(0.006)
6-11j	0.077***	0.091***	0.092***
	(0.007)	(0.006)	(0.006)
12-17j	0.099***	0.119***	0.119***
	(0.008)	(0.007)	(0.007)
18-20j	0.060***	0.098***	0.098***
	(0.012)	(0.010)	(0.011)
Geslacht (Meisje ref. cat.)			
Jongen	-0.001	0.001	0.001
	(0.004)	(0.004)	(0.004)
Woonplaats (Vlaanderen ref. cat.)			
Brussel	-0.188***	-0.073***	-0.073***
	(0.011)	(0.009)	(0.009)
Wallonië	-0.123***	-0.073***	-0.073***
	(0.005)	(0.004)	(0.004)
Leeftijd moeder (gecentreed rond het gemiddelde)	-0.006***	-0.004***	-0.004***
	(0.001)	(0.000)	(0.000)

0-20 jaar	Model 1	Model 2	Model 3
Aantal broers en zussen (< 21y)	-0.026***	-0.025***	-0.025***
	(0.003)	(0.002)	(0.002)
Model fit			
Log likelihood	-6805.48	-285.30	-280.60
R^2	0.0835	0.3658	0.3660
Likelihood-ratio test in vergelijking met M-1		13040.37	9.39
Prob > Chi^2 in vergelijking met M-1		0.000	0.586
N	35415	35415	35415

Note: Robuuste standaardfouten tussen haakjes. *** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05

Bron: eigen berekeningen op DWH AM & SB (2010) en Census (2011).

Kortom, alle ouders met een kind met een handicap werken minder vaak in vergelijking met ouders met kinderen zonder handicap. Dit verband wordt sterker naarmate de ernst van de handicap toeneemt. Belangrijk is dat deze tewerkstellingskloof slechts gedeeltelijk kan worden verklaard door de sociaaleconomische positie van het gezin. Voor alleenstaande ouders, laag- en gemiddeld geschoolde ouders en ouders met meerdere kinderen met een handicap, versterken handicap en sociale achtergrond elkaar. Deze versterking hebben we niet gevonden voor ouders met een migratieachtergrond, ouders die zelf een handicap hebben, of ouders die samenleven met andere volwassenen met een handicap.

5. Discussie en conclusie

De resultaten tonen aan dat, ten eerste, kinderen met een handicap significant oververtegenwoordigd zijn in gezinnen met een kwetsbare sociale achtergrond. Ze leven vaker samen met alleenstaande ouders, ouders met een laag en gemiddeld opleidingsniveau, en met andere gezinsleden die ook een handicap hebben. Deze oververtegenwoordiging geldt echter niet voor gezinnen met een migratieachtergrond. Kinderen met een handicap in België hebben minder vaak ouders met een migratieachtergrond. Dit kan verband houden met grotere moeilijkheden die ouders met een migratieachtergrond ondervinden bij de erkenningsprocedure bij de FOD Sociale Zekerheid (i.e. non-take up of ondergebruik) en blijft een belangrijke vraag voor toekomstig onderzoek.

Ten tweede wijzen de resultaten erop dat ouders van kinderen met een handicap aanzienlijk minder werken dan ouders van kinderen zonder handicap. Bovendien neemt deze tewerkstellingskloof toe met de ernst van de handicap van het kind. De tewerkstellingskloof kan slechts gedeeltelijk worden verklaard door de sociale achtergrond van het gezin. Het hebben van een kind met een handicap verlaagt

de tewerkstelling van de ouders voor alle gezinnen. Bovendien tonen de resultaten dat voor alleenstaande ouders, ouders met een laag en gemiddeld opleidingsniveau en ouders met meerdere kinderen met een handicap, de handicap van het kind en de sociale achtergrond van het gezin elkaar versterken. Voor ouders met een migratieachtergrond, ouders die zelf een handicap hebben, of ouders die samenleven met andere volwassenen met een handicap, versterken beide effecten elkaar niet.

Onze analyse kent een aantal beperkingen. Ten eerste is onze definitie van handicap beperkt tot kinderen met een *erkende* handicap voor de verhoogde kinderbijslag. Deze definitie omvat echter niet *alle* kinderen met een handicap in België. In Vinck et al. (2019) wordt de non-take up (of ondergebruik) van de verhoogde kinderbijslag geschat op ten minste 10%. De resultaten in dit hoofdstuk zijn echter in lijn met eerder onderzoek op basis van Vlaamse steekproefgegevens (Sebrechts en Breda, 2012; Van Landeghem et al., 2007). Aangezien deze auteurs een bredere definitie van handicap hanteren die ook kinderen met verhoogde zorgbehoeften omvat die niet worden erkend voor de verhoogde kinderbijslag, kunnen we stellen dat onze bevindingen niet noodzakelijk vertekend zullen zijn door dit selectieprobleem.

Ten tweede meet de indicator van de huishoudwerkintensiteit die we hier hanteren de arbeidsmarktparticipatie van beide ouders tezamen. Het is één van de Europese hoofdindicatoren om de EU2020 doelstelling met betrekking tot armoede en sociale uitsluiting te evalueren. De indicator laat echter niet toe om bloot te leggen welke ouder de last van de toegenomen zorgbehoeften van het kind draagt. Zoals uit eerder onderzoek is gebleken worden genderongelijkheden bij gezinnen met een kind met een handicap versterkt omdat de moeder gewoonlijk minder uren gaat werken of zich volledig terugtrekt uit de arbeidsmarkt. Daarom zijn de resultaten waarschijnlijk meer van toepassing op moeders dan op vaders. Toekomstig onderzoek moet nagaan wat het tewerkstellingseffect van het hebben van een kind met een handicap betekent voor beide ouders afzonderlijk en onderzoeken of het waargenomen patroon in andere landen ook in België wordt bevestigd.

Ten derde kon het gebruik van formele en informele kinderopvang niet worden meegenomen in de analyses. Beide dimensies van zorggebruik spelen duidelijk een onmisbare rol bij het combineren van werk en gezinsleven. Uit eerder onderzoek is echter gebleken dat in de meeste EU-landen kinderen van 0 tot 2 uit kansarme gezinnen (laaggeschoolde moeders, gezinnen met een lage sociale klasse, gezinnen met lage inkomens) minder gebruik maken van formele kinderopvang dan kinderen uit kansrijke gezinnen (Ghysels en Van Lancker, 2011; Pavolini en Van Lancker, 2018; Van Lancker, 2013). Voor sommige van deze landen, waaronder België, geldt dit ook voor informele kinderopvang (Van Lancker, 2013). Bovendien geeft het beschikbare onderzoek voor Vlaanderen aan dat formele en informele kinderopvang van kinderen met een handicap slechts een aanvullende rol speelt voor hun gezinnen in het omgaan met de toegenomen zorglast waarmee zij worden geconfronteerd (Van Landeghem et al., 2007). Het gebruik van deze zorgvoorzieningen door gezinnen met een kind met een handicap blijft vrij beperkt en wordt voornamelijk verklaard door hun lagere sociale achtergrondkenmerken (Sebrechts en Breda, 2011).

Bovendien zijn de (meest) belangrijke bronnen van zorgondersteuning voor gezinnen met een kind met een handicap de (semi-)residentiële of ambulante zorgvoorzieningen van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) en de ondersteuning die kinderen in het buitengewoon of geïntegreerd onderwijs krijgen. Het gebruik van deze ondersteuningsvormen hangen met elkaar samen en worden mee bepaald door de sociale achtergrond van het gezin (Van Landeghem et al., 2007). Een (semi-)residentiële zorgvoorziening van het VAPH wordt vaak gecombineerd met buitengewoon onderwijs, terwijl een ambulante zorgvoorziening vaak samengaat met het gebruik van regulier of geïntegreerd onderwijs. Gezinnen met een sterkere sociale achtergrond zullen minder vaak een beroep doen op de collectieve zorgvormen (bijzonder onderwijs en (semi-)residentiële zorg) dan gezinnen met een kwetsbare sociale achtergrond. Eerder onderzoek toonde zelfs aan dat in gezinnen die bijzonder onderwijs en semi-residentiele zorg combineren bijna de helft van de moeders niet deelneemt aan de arbeidsmarkt (Van Landeghem et al., 2007). Van de Vlaamse kinderen die in dit hoofdstuk als gehandicapt worden beschouwd omdat ze de verhoogde kinderbijslag ontvangen, maakt slechts 47% gebruik van een VAPH-zorgvoorziening (Vinck et al., 2019). Bijgevolg kan het voor gezinnen die geen gebruik maken van een VAPH-ondersteuningsvorm nog moeilijker zijn om werk te combineren met de toegenomen zorglast waarmee zij worden geconfronteerd.

Ten slotte kan de vaststelling dat laaggeschoolde ouders met een migratieachtergrond minder vaak een kind met een erkende handicap hebben verband houden met de non-take up van de verhoogde kinderbijslag (van Oorschot, 1996). Deze ouders hebben misschien geen kennis over het bestaan van de verhoogde kinderbijslag en de aanvraagprocedure, ze kunnen bang zijn voor het stigma van een handicap, meer moeilijkheden ondervinden bij het overwinnen van administratieve hindernissen, of de artsen die het medisch onderzoek uitvoeren zouden de ontwikkelingsachterstand van het kind kunnen wijten aan culturele verschillen en taalachterstand en daarom hun aanvraag afwijzen (Kawa et al. 2016; Vinck et al., 2019). We kunnen ook veronderstellen dat de lengte van het verblijf in België een belangrijke variabele is die niet werd meegenomen in dit onderzoek, omdat de bovengenoemde problemen met betrekking tot non-take up in het bijzonder betrekking hebben op nieuw aangekomen immigranten. De beschikbare gegevens laten het niet toe om deze vraag hier te behandelen, maar het blijft een open vraag voor toekomstig onderzoek.

In een context waarin het beleid rond personen met een handicap steeds vaker wordt geïntegreerd in reguliere arbeidsmarktprogramma's en gezinnen met een kind met een handicap onder druk worden gezet om te werken, suggereren onze analyses twee beleidsimplicaties. Ten eerste is het duidelijk dat ouders van kinderen met een handicap extra moeilijkheden ondervinden om werk en zorg te combineren, ongeacht de sociaaleconomische positie van het gezin. Dit suggereert dat de activering van gezinnen met een kind met een handicap moeilijk te bereiken zal zijn zonder extra ondersteuning voor deze gezinnen. Het voor ouders met kinderen met een handicap mogelijk maken om hun arbeidsmarktparticipatie te hervatten, te behouden of te vergroten, veronderstelt dat de toegang tot kwaliteitsvolle formele zorgvoorzieningen aangepast aan de zorgbehoeften van het kind wordt verbeterd, zodat (een deel van) de zorg kan worden uitbesteed. Dit zou kunnen helpen om de tewerkstellingskloof

voor deze gezinnen te verkleinen. Bovendien, aangezien gezinnen met een kind met een handicap met een kwetsbare sociale achtergrond een grotere tewerkstellingskoof ervaren, zouden deze zorgdiensten vooral beschikbaar moeten zijn voor deze sociale groepen. Dit betekent dat de eerder genoemde sociale verschillen in het gebruik van zorgvoorzieningen moeten worden aangepakt.

Ten tweede zal extra zorg alleen niet voldoende zijn voor deze gezinnen. De algemene activering van kwetsbare groepen op de arbeidsmarkt is eveneens van belang. Dit vraagt om een verbetering van de arbeidsmarktkansen voor laaggeschoolden, alleenstaande ouders, migranten en personen met een handicap. België doet het op dat vlak niet erg goed (Cantillon, 2016). Als een tewerkstellingsbeleid erin slaagt om deze kwetsbare groepen kansen te bieden op de arbeidsmarkt, en ook de omstandigheden te creëren om die kansen te benutten, dan zal dat ook gunstig zijn voor gezinnen met kinderen met een handicap. Daarenboven is een zekere mate van flexibiliteit gewenst qua arbeidstijd en verlofmogelijkheden om ouders van kinderen met een handicap meer mogelijkheden te geven om werk en zorg met elkaar te combineren (e.g. Crettenden et al., 2014). Voor de jobs in het kwetsbare segment van de arbeidsmarkt zal dit een grote uitdaging zijn (Kossek en Lautsch, 2018).

Samengevat, om werkpatronen van ouders met een kind met een handicap beter te begrijpen, suggereren de resultaten in dit hoofdstuk dat het hebben van een kind met een handicap niet afzonderlijk, maar samen met de sociale achtergrondkenmerken van het gezin moeten worden onderzocht.

Appendix 1: Beschrijvende gegevens over afhankelijke, onafhankelijke en controlevariabelen voor kinderen met en zonder handicap in België, 2010

0-20 jaar	Handicap	Geen handicap
Afhankelijke variabele		
Huishoudwerkintensiteit		
Zeer lage werkintensiteit (0-0.2)	19%	10%
Lage werkintensiteit (0.2-0.45)	5%	3%
Medium werkintensiteit (0.45-0.55)	11%	7%
Hoge werkintensiteit (0.55-0.85)	23%	21%
Zeer hoge werkintensiteit (0.85-1)	42%	59%
Onafhankelijke variabelen		
Prevalentie	2%	98%
Ernst (punten)		
1-5	Geen observaties	n/a
6-10	60%	n/a
11-15	24%	n/a
16-20	9%	n/a
21-25	5%	n/a
26-30	1%	n/a

0-20 jaar	Handicap	Geen handicap
31-36	0.1%	n/a
Huishoudtype		
Twee ouders	70%	78%
Alleenstaande moeders	27%	19%
Alleenstaande vaders	4%	3%
Geboorteland ouders		
Minstens 1 ouder geboren in België	91%	91%
Minstens 1 ouder geboren in EU27 land (niet in België)	2%	3%
Beide ouders geboren in niet-EU27 land	7%	6%
Opleidingsniveau ouders (hoogste niveau)		
Laaggeschoold	24%	15%
Gemiddeld geschoold	41%	35%
Hooggeschoold	35%	50%
Andere gezinsleden met een handicap		
Minstens één broer of zus (niet-exclusieve categorie)	9%	n/a
Minstens één van de ouders (niet-exclusieve categorie)	8%	2%
Minstens één ander gezinslid (niet-exclusieve categorie)	1%	1%
Geen (exclusieve categorie)	83%	97%
Controlevariabelen		
Leeftijd van het kind		
0-3 jaar	9%	30%
4-5 jaar	9%	11%
6-11 jaar	40%	28%
12-17 jaar	36%	24%
18-20 jaar	6%	8%
Geslacht van het kind		
Jongen	64%	51%
Meisje	36%	49%
Woonplaats		
Brussel	6%	8%
Vlaanderen	61%	59%
Wallonië	33%	33%
Leeftijd moeder (gemiddelde)	40.2	39.8
Aantal broers of zussen (gemiddelde)	1.2	1.1

Bron: eigen berekeningen op DWH AM & SB (2010) en Census (2011).

Note: alle aandelen zijn significant verschillend ($p<0.05$) tussen kinderen met en zonder handicap, behalve voor het aandeel kinderen dat in Wallonië woont, waarvan minstens één ouder in België of in een ander EU27 land geboren is.

Conclusies en aanbevelingen

Koen Hermans, Katholieke Universiteit Leuven

België ratificeerde in 2009 de VN-Conventie betreffende de Rechten van Personen met een Handicap. Het vertrekt vanuit een interactieve benadering van handicap. Niet louter de beperkingen van het individu komen in beeld, maar tevens de wijze waarop de omgeving de autonomie en participatie aan de samenleving mogelijk maakt of tegenwerkt. De ratificatie betekent dat de samenleving en de overheid de verantwoordelijkheid heeft om mensenrechten van personen met een handicap te realiseren en inclusie na te streven.

Het Verdrag creëert geen nieuwe rechten, maar benadrukt dat personen met een handicap dezelfde rechten hebben als iedereen. Artikel 28 benadrukt dat 'de Staten die Partij zijn het recht van personen met een handicap erkennen op een behoorlijke levensstandaard voor henzelf en voor hun gezinnen, met inbegrip van voldoende voeding, kleding en huisvesting en op de voortdurende verbetering van hun levensomstandigheden, en nemen passende maatregelen om de uitoefening van dit recht zonder discriminatie op grond van handicap te beschermen en te bevorderen.

Het Verdrag formuleert drie toetsstenen, maatschappelijke, economische en politieke participatie van personen met een handicap. Een behoorlijke levensstandaard is dus een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde. Het gaat er uiteindelijk om dat personen met een handicap de keuzevrijheid hebben om hun eigen leven in te richten en daartoe de nodige ondersteuning krijgen om dit mogelijk te maken. Tegelijkertijd blijft het vaststellen van een handicap vanuit een interactieve benadering geen evidente opdracht. In hoofdstuk 1 wijst Bickenbach erop dat het ICF-model de concrete vertaling is van dit interactieve model, maar stelt tegelijkertijd dat handicap geen binaire aangelegenheid is.

Die complexiteit vatten in een meetinstrument dat verdergaat dan een medische benadering is verre van gerealiseerd. Daarbij mogen we niet vergeten dat het statuut van handicap tegelijkertijd mogelijkheden biedt en nieuwe rechten opent, maar ook stigmatiserend kan werken. In dit hoofdstuk vatten we de belangrijkste conclusies samen met betrekking tot de realisatie van deze rechten. In het tweede deel formuleren we een aantal aanbevelingen.

1. De sociaal-economische positie van personen met een handicap in België

Ondanks die expliciete verwijzing naar een behoorlijke levensstandaard zijn in het wetenschappelijk onderzoek armoede en handicap twee relatief van mekaar afgesloten onderzoeksterreinen. Er zijn relatief weinig studies die de relatie tussen beide onderzoeken. Het armoedeonderzoek dat focust op internationaal-vergelijkbare gegevens op basis van de SILC-gegevens wijst op de 'klassieke' en 'nieuwe' risicofactoren: werkloosheid, lage scholing, éénouderschap. Ook omtrent de relatie tussen ziekte en armoede is er heel wat onderzoek voorhanden die wijst op de wederzijdse versterking tussen beide: arm maakt ziek en ziek maakt arm. Maar specifieke armoede-indicatoren over handicap zijn tot nader order minder voorhanden. Toch zien we de laatste jaren nogal wat convergentie in het handicap- en het armoedebeleid, als gevolg van de sterk stijgende sociale uitgaven voor ziekte- en invaliditeitsuitkeringen (OECD, 2010) en de omslag naar de sociale investeringsparadigma. De sociale investeringsstaat wil een antwoord bieden op nieuwe sociale risico's en zet daarvoor nieuwe beleidsinstrumenten die toegespitst zijn op het stimuleren van betaalde arbeid, op de investering in ieders talenten en het faciliteren van de combinatie van arbeid en zorgtaken (Cantillon & De Maesschalk, 2012). Werk wordt beschouwd als de ultieme rem op armoede, ondanks de toenemende groep van werkende armen. Dit activeringsbeleid kent drie componenten. Er zijn ten eerste de activeringstrajecten die mensen begeleiden in de richting van werk. Er is, ten tweede, de verstrenging van de uitkeringsvoorwaarden om mensen aan te zetten om te werken. En ten derde zijn er de financiële maatregelen om de activiteitsvallen aan te pakken ('making work pay').

Wat betreft handicapbeleid zien we de afgelopen jaren een drievoudige ontwikkeling in Europa. De eerste is de verschuiving van het financieel compenseren van de handicap naar activering. De stijging van het beroep op ziekte- en handicapuitkeringen zet overheden ertoe aan om maatregelen te ontwikkelen om het beroep op zulke uitkeringssystemen in te dijken. De eerste stap in de richting van activering werd in België al gezet in 1996, toen de combinatie van een inkomen uit arbeid met een gedeeltelijke ZIV-uitkering werd mogelijk gemaakt. Het 'Back to Work' Plan uit 2011 maakte werkhervatting financieel aantrekkelijker en in 2016 werden reïntegratietrajecten voor langdurig zieken op poten gezet. Een tweede verschuiving betreft de dienstverlening van 'in kind' naar 'in cash'. Niet een professioneel zorgaanbod maar financiële ondersteuning, in de vorm van persoonlijke budgetten zou aan personen met een handicap toelaten om eigen beslissingen te nemen en hun leven in te richten. Heel wat landen hebben zulke systemen ingevoerd. In België is dit op dit moment enkel het geval in Vlaanderen. Een derde ontwikkeling betreft de verhouding informele ondersteuning en professionele hulp. Meer bepaald verscherpt de discussie in een aantal Europese landen over wat we van het informele sociale netwerk van een persoon met een handicap mogen verwachten.

1.1. Arbeidsmarktparticipatie en inkomen van personen met een handicap in België

Op basis van administratieve gegevens komen Van Mechelen en Buysse in hoofdstuk 4 tot de conclusie dat 8 % van de bevolking op actieve leeftijd in België erkend als langdurig arbeidsongeschikt. De gemiddelde leeftijd van deze populatie is opvallend hoger dan de gemiddelde leeftijd van de totale actieve bevolking. 52 % van hen heeft invaliditeitsuitkering. 15 % van hen is aan het werk. In de afgelopen jaren is het beroep op zowel de ziekte- en invaliditeitsuitkering als op het stelsel van tegemoetkomingen sterk toegenomen. Over de oorzaken van de toename op de ZIV-uitkeringen worden drie verklaringen naar voren geschoven: (1) de stijgende participatiegraad van vrouwen op de arbeidsmarkt, (2) de vergrijzing van de bevolking, (3) nieuwe ziektebeelden, met vooral een sterke toename van psychische stoornissen en musculosketale aandoeningen. Over de oorzaken van de toename van het beroep op het stelsel van tegemoetkomingen is er veel minder geweten. De drie hier opgesomde oorzaken zullen vast en zeker ook een rol spelen, maar we mogen niet vergeten dat het bij tegemoetkomingen gaat om personen die onvoldoende rechten hebben opgebouwd op een socialezekerheidsuitkering. Opvallend is tevens dat personen met een migratie-achtergrond opvallend minder een beroep doen op ZIV-uitkeringen en tegemoetkomingen. Dit roept heel wat vragen op over de toegankelijkheid van de procedure.

De analyses maken duidelijk dat dit statuut tevens weegt tevens op de beroepsactiviteit van de gezinsleden en dat er een cumulatie is van handicaps in gezinscontext. Hun inkomen is gemiddeld 28 % lager op individueel niveau. De grootste uitschieter in negatieve zin zijn de personen met een inkomensvervangende tegemoetkoming. Hun inkomen is de helft lager. Eén groep binnen deze populatie doet het opvallend beter, met name erkenden met IT-uitkering.

De SILC-enquête bevat enkel vragen omtrent langdurige beperkingen die door de persoon zelf gerapporteerd worden in de bevraging. Desalniettemin geven ze een indicatie van (1) de mate van armoede en sociale uitsluiting bij personen met een lichte en zware langdurige beperkingen, (2) de kloof met personen zonder zulke beperkingen en (3) de evoluties hierin gedurende de laatste 20 jaar. Het armoederisico is opvallend groter bij personen met lichte en zware beperkingen, zowel bij ouderen als bij personen op actieve leeftijd. Het armoederisico is substantieel groter bij personen met zelfgerapporteerde beperkingen. De armoedecijfers van personen met een handicap kennen dezelfde evolutie als de algemene armoedecijfers. In de afgelopen 10 jaar is de situatie van ouderen opvallend verbeterd, terwijl bij personen op actieve leeftijd het armoederisico lichtjes verslechterd is. België is er niet in geslaagd om de kloof tussen personen met en zonder handicap in de afgelopen 10 jaar te verkleinen, maar in tegenstelling tot andere landen heeft de economische crisis na 2008 een relatief kleinere impact gehad op de armoedeproblematiek. België doet het op het gebied van armoedecijfers bij personen met een handicap ook opvallend minder goed dan Nederland, Frankrijk en Denemarken. Een grote beperking van deze cijfers is dat personen die in een collectief huishouden verblijven zoals een voorziening niet

meegenomen worden in de onderzoekspopulatie. Over de inkomenssituatie van personen die in voorzieningen verblijven is weinig geweten.

Tegelijkertijd zijn de armoederisico's voor personen met een handicap een onderschatting van de werkelijke armoede, omdat ze de extra kosten die een persoon heeft omwille van de handicap niet in rekening worden gebracht. De Standard of Living benadering doet dit wel en toont opvallend hogere armoederisicocijfers. Er is dus nood aan specifieke armoede-indicatoren voor personen met een handicap die rekening houden met de bijkomende kosten.

1.2. Welvaartsvastheid van uitkeringen en activiteitsvallen

Het is een terugkerende vaststelling over de lange termijn evolutie van de uitkeringen voor personen met een handicap dat de minimale inkomensbescherming structureel tekortschiet. De grootste achterstand stellen we vast voor personen met gezinslast. De welvaartsenveloppe is vast en zeker van belang geweest om de kloof niet groter te maken, maar slaagde er niet in om de kloof met de Europese armoedegrens te verkleinen. Ook de ZIV-uitkering, nochtans een sociale verzekering met als doel om de levensstandaard te behouden, is meer en meer afgegleden naar een ontoereikende minimumbescherming. Voor de zelfstandigen is er wel een inhaalbeweging gebeurd. Het verkleinen van de kloof hangt natuurlijk ook samen met de hoogte van het minimumloon. Met andere woorden, het minimumloon vormt een remmende factor om de uitkeringen op te trekken. Of nog, het optrekken van uitkeringen kan niet los gezien worden van het verhogen van het inkomen van werkenden.

Opvallend is dat een verhoging van arbeidsactiviteit in geval van een IVT niet leidt tot een hoger inkomen. De activiteitsval doet zich niet enkel voor bij de persoon zelf, maar ook bij de partners. In het ZIV-stelsel heeft men de activiteitsval wel willen aanpakken. Wat betreft de hervorming van de werkhervatting valt op dat het nieuwe systeem globaal genereuzer is maar niet voor de meest precairen. Tevens valt op dat de IVT een soort van eindpunt is, een situatie waar men niet (meer) uitgeraakt, ook al omdat de wetgeving geen professionele begeleiding of ondersteuning voorziet voor de gerechtigden.

1.3. Gezinnen met een kind met een handicap

Ouders van kinderen met handicap ervaren extra moeilijkheden, ongeacht hun sociaaleconomische positie. Opvallend zijn ook de cijfers over niet-gebruik. Het niet-gebruik van verhoogde kinderbijslag is ongeveer 10 %. Migratie-achtergrond lijkt bovendien samen te hangen met niet-gebruik. Kinderen met een handicap groeien op in huishoudens met kwetsbare sociaaleconomische situatie. Hiermee bedoelen we dat (1) hun ouders vaker een lager opleidingsniveau hebben, (2) er vaker alleenstaande ouders aan het hoofd van het huishouden staan, en (3) hun gezin ook vaker andere gezinsleden met een handicap telt, in vergelijking met kinderen zonder

handicap. Gezinnen met kinderen met een handicap hebben bovendien een lagere arbeidsmarktparticipatie. Deze tewerkstellingskloof neemt toe met de ernst van de handicap. Deze kloof kan slechts gedeeltelijk worden verklaard door de kwetsbare sociaaleconomische positie van het gezin. Voor de gezinnen met én een kwetsbare sociaaleconomische positie én een kind met een handicap versterken de effecten elkaar.

Daarnaast brengen we ook nog eens de sociale ongelijkheden in het gebruik van professionele zorg en ondersteuning in herinnering. Kinderen met een handicap die komen uit een gezin met een lagere sociaaleconomische status hebben een grotere kans om terecht te komen in het bijzonder onderwijs. Uit de analyse van Unia blijkt dat redelijke aanpassingen in onderwijs om inclusie mogelijk te maken, een uitdaging blijven. Hetzelfde geldt voor de kinderopvang. De resultaten tonen het belang aan van een generiek arbeidsmarktbeleid (gericht op kwetsbare groepen) en specifiek zorgbeleid dat Mattëuseffecten in zorg wegwerkt.

1.4. Anti-discriminatieregelgeving in de VN-Conventie en de Belgische wetgeving

De VN-Conventie benadrukt dat personen met een handicap rechtssubjecten zijn met een eigen handelingsbevoegdheid en met de mogelijkheid om deel te nemen aan de samenleving. Het wijst in combinatie met de Belgische anti-discriminatiewetgeving op non-discriminatie als een fundamenteel beginsel. Discriminatie op grond van handicap omvat alle vormen van discriminatie met inbegrip van de weigering van redelijke aanpassingen. Unia heeft een dubbele rol hierbij. Enerzijds ondersteunt zij personen die een discriminatieklacht indienen, anderzijds rapporteert ze aan de VN over de toepassing van het Verdrag.

Het aantal klachten bij Unia is in de afgelopen jaren sterk toegenomen. De meeste klachten hebben betrekking op de toegankelijkheid van gebouwen en diensten, het onderwijs, de huisvestingsmarkt en de arbeidsmarkt. Waarom het aantal klachten stijgt, is op basis van de cijfers niet duidelijk. De klachten maken ook duidelijk dat er nog een weg af te leggen is op het realiseren van redelijke aanpassingen om de participatie van personen met een handicap te realiseren.

In het Parallel Rapport van Unia aan het VN-Comité werd in 2014 gepleit voor een opwaardering van de tegemoetkomingen en voor het volledig afschaffen van de prijs van de liefde bij de integratietegemoetkoming.

In het eindverslag uit 2014 beveelt het Comité de Verdragspartij aan om systematisch gegevens die zijn uitgesplitst naar geslacht, leeftijd en handicap te verzamelen, te analyseren en te verspreiden, de capaciteiten ter zake verder te versterken en geslachtsindicatoren uit te werken, met het oog op de uitwerking van wetgeving, ter ondersteuning van de besluitvorming en ter versterking van de institutionele capaciteiten die nodig zijn voor de opvolging van de vooruitgang die wordt geboekt in de uitvoering van de verschillende bepalingen van het Verdrag.

In 2019 bereidt het VN-Comité zijn tweede evaluatie van België voor. In haar recente rapportering wijst Unia onder andere op de lage uitkeringen, de toename van de werkloosheidsvallen, de 'dramatische' achterstand bij de afhandeling van aanvragen voor een tegemoetkoming, het verhogen van de toegankelijkheid van diensten en gebouwen. Ook inclusief onderwijs en het verhogen van de participatie aan de arbeidsmarkt blijven cruciale uitdagingen. Ook bepleit Unia dat onbekwaamheid en dus het installeren van een bewindvoerder de uitzondering moet zijn en bekwaamheid de regel.

1.5. De kwetsbaarheid van personen met een tegemoetkoming

Het aantal personen dat een beroep doet op een inkomensvervangende en/of integratietegemoetkoming blijft stijgen. De Handilab-studie wees op de grote kwetsbaarheid van deze populatie, wat betreft hun inkomenssituatie, de extra kosten die zij hebben, hun lagere levensstandaard, hun beperkte maatschappelijke participatie en hun beperkt sociaal netwerk. Recentelijk werd de 'prijs van de liefde' wel verminderd voor de personen die gerechtigd zijn op een integratietegemoetkoming. Opvallend is ook dat in de Handilab-studie bleek dat personen met een matige handicap het slechtst af zijn. Dat betekent dat de huidige, medische evaluatie van de impact van de handicap onvoldoende rekening houdt met hun situatie. Ondanks deze vaststellingen op basis van de Handilab-studie heeft er geen grondige stelselherziening plaatsgevonden.

1.6. Niet-gebruik van rechten

Het cijfermatig berekenen van de grootte van niet-gebruik van sociale rechten is erg complex, met als gevolg dat er weinig cijfers hierover voorhanden zijn. Niet-gebruik wordt verklaard door een veelheid aan factoren op verschillende niveaus. Alleszins is de aanvraagprocedure van de IVT en IT complex en langdurig, waardoor mensen mogelijks afhaken. Handicap wordt ook op verschillende wijzen gedefinieerd en getoetst, wat voor de hulpvrager het moeilijker maakt om te weten waarvoor hij wel of niet in aanmerking komt. Ook de digitalisering van de aanvraagprocedure creëert mogelijks nieuwe drempels. Er ontstaan als het waren tussenruimtes, tussen verschillende systemen en tussen verschillende rechten. Het onderzoek van het Brussels Observatorium voor Welzijn en Gezondheid wijst op de grote instabiliteit van het sociaal-administratieve statuut van kwetsbare groepen, waardoor er meer tussenruimtes ontstaan. Met die term verwijzen we naar de overgangsfases tussen verschillende rechten en statuten, waarin de betreffende personen telkens opnieuw stappen moet ondernemen om zijn statuut in orde te brengen. Opvallend is ook de lage take-up van tegemoetkomingen in Brussel. Ook de bestuurlijke complexiteit in Brussel ligt mogelijks aan de basis hiervan. Ook de lagere take-up van rechten door personen met een migratie-achtergrond dient verder onderzocht te worden. Mogelijks ligt hier de taligheid van de procedure mee aan de basis. In ieder geval vraagt de strijd tegen niet-gebruik een meer pro-actieve en outreachende aanpak van eerstelijnsdiensten.

2. Aanbevelingen

Aanbevelingen op basis van deze studie bevinden zich op het snijpunt tussen armoedebeleid en handicapbeleid. Een belangrijke vraag hierbij is of er resoluut gekozen wordt voor generieke maatregelen die armoede inperken dan wel voor maatregelen die specifiek gericht zijn op personen met een handicap. Bovendien bevinden zich de bevoegdheden voor zulke maatregelen op verschillende beleidsniveaus, waardoor een interfederale coördinatie nodig is om armoede bij personen met een handicap ten gronde aan te pakken.

2.1. Generieke componenten van een beleid ter bestrijding van armoede

Cantillon et al. (2014) sommen 7 generieke componenten op van een efficiënt en effectief beleid ter bestrijding van armoede:

1. bij prijs- en welvaartsaanpassingen absolute prioriteit geven aan de lage inkomens;
2. de bruto minimumlonen bewaken in een ruimer Europees kader;
3. de fiscale en parafiscale lasten verder selectief verlagen en de voorbereidingen treffen voor het instellen van een belastingkrediet voor lage lonen;
4. de lastenverminderingen compenseren door lasten die niet op de factor arbeid wegen;
5. omdat het optillen van de sociale minima tot aan de armoedegrens structureel tegen een 'glazen plafond' aankijkt, moet er meer worden ingezet op kostencompenserende maatregelen, vooral inzake kinderbijslagen en de tussenkomsten in de huuruitgaven, de studiekosten en de gezondheidsuitgaven;
6. selectiviteit binnen de universaliteit: alert zijn voor problemen van 'non-take up', werkloosheidsvallen, te grote administratieve complexiteit en legitimiteit;
7. betaalbare voor- en naschoolse opvang om de arbeidsmarktparticipatie mogelijk te maken.

Deze generieke componenten wijzen op het spanningsveld tussen de drie doelstellingen van sociale zekerheid: (1) het garanderen van een minimumbescherming, (2) het behoud van de levensstandaard en (3) maatschappelijke integratie via werk. Het is duidelijk dat België achterop hinkt op het gebied van de eerste doelstelling. De kloof tussen minimumuitkeringen en de Europese armoedegrens dient dus verkleind te worden, maar kan niet losgekoppeld worden van de derde doelstelling. Het verhogen van de minima moet dus verbonden worden met het activeren van mensen naar de arbeidsmarkt op basis van hun mogelijkheden en aan het financieel aantrekkelijker maken. Vandaar ook dat er heil gezocht moet worden in kostencompenserende maatregelen om de specifieke kosten te verminderen, zoals gezondheidszorg, huisvesting en onderwijs. Het maakt ook duidelijk dat een interfederale aanpak op dit

terrein nodig is, gezien de complexe verdeling van bevoegdheden. Grote winst kan in ieder geval geboekt worden op het terugdringen van de kosten van huisvesting, zoals blijkt uit de studie naar de referentiebudgetten (Storms et al, 2014).

In zijn Memorandum voegt het Interfederaal Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting één essentiële component toe: het fundamenteel herzien van de categorie van 'samenwonend' in de sociale zekerheid. Onder deze noemer verstaat het Steunpunt alle situaties waarin mensen, omwille van het feit dat ze samenwonen, een lager bedrag ontvangen aan vervangings- of bijstandsuitkeringen of aan sociale toeslagen, correcties of voordelen dan alleenstaanden, of er helemaal geen recht op hebben. Het Steunpunt roept op om het samenwonen als buffer tegen armoede te faciliteren in plaats van af te straffen.

2.2. Maatregelen die specifiek gericht zijn op personen met een handicap

Gezien de specificiteit van de armoedeproblematiek bij personen met een handicap en gezien het pleidooi van de armoede-onderzoekers om te gaan voor 'selectiviteit binnen universaliteit' en 'progressief universalisme', vullen we deze lijst aan met een 4-tal handicapspecifieke aanbevelingen. Het vertrekpunt daarbij vormt de achterliggende visie van de VN-Conventie die de sociale, economische en politieke participatie en sociale inclusie als toetsstenen hanteert.

Een eerste aanbeveling is het verbeteren van de minimumbescherming van personen met een handicap, in de eerste plaats door een fundamentele hervorming van het stelsel van tegemoetkomingen door te voeren. We zouden daarbij de volgende richtinggevende principes willen voorstellen (1) het verhogen van de inkomensvervangende tegemoetkoming minstens tot op het niveau van de Europese armoedegrens en bij voorkeur tot het niveau van de Inkomensgarantie voor Ouderen, (2) het herzien van de criteria en de wijze waarop ze toegepast worden om de integratietegemoetkoming toe te kennen, (3) het afbouwen van de 'prijs van de liefde' en de 'prijs van de arbeid' op de tegemoetkomingen, (4) het vereenvoudigen en versnellen van de toekenning van tegemoetkomingen.

Een tweede aanbeveling vormt het beter monitoren van de maatschappelijke participatie, met inbegrip van het versterken van 'handistreaming'. In 2016 keurde de Federale Regering het Plan Handistreaming goed, dat in elk beleidsdomein een dimensie 'handicap' tracht te integreren. Maar tot nader order blijft de impact van deze beleidsintentie beperkt. De coördinerende rol voor handistreaming wordt best gelegd bij een Minister in plaats van bij een Staatssecretaris. Er zijn op dit moment te weinig indicatoren voorhanden die de dimensie 'handicap' meenemen. De Handilab-studie wees op de zeer precaire situatie van personen met een tegemoetkoming, maar deze studie is ondertussen meer dan 8 jaar oud. Bijzondere aandacht moet hierbij gaan naar personen in collectieve huishoudens. In ieder geval moet bij het monitoren van hun situatie niet alleen aandacht gaan naar hun financiële situatie maar ook naar hun gerealiseerde levensstandaard, hun mate van keuzevrijheid en hun maatschappelijke

participatie. Gezien de complexe bevoegdheidsverdeling is het noodzakelijk om de Interministeriële Conferentie voor personen met een handicap te reactiveren.

Een derde groep van aanbevelingen vormt het verder inzetten op deelname aan de arbeidsmarkt. In de ZIV zijn er recentelijk maatregelen genomen die de activiteitsvallen proberen terug te dringen, maar de simulaties tonen aan dat ze het minst effectief zijn voor personen aan de onderkant van de arbeidsmarkt. Tegelijkertijd moeten we oog blijven hebben voor de mogelijks perverse effecten van de reïntegratietrajecten en dan meer bepaald hun effect op de financiële situatie van deze populatie. Er is dan ook dringend nood aan een onafhankelijke evaluatie van deze beleidsmaatregel. Maar financiële prikkels versterken kan niet los gezien worden van de nood aan werkbaar en aangepast werk voor deze groep, waarbij er rekening wordt gehouden met hun arbeidsmogelijkheden en waarbij hen financiële zekerheid wordt geboden. Ook dienen maatregelen genomen te worden om werkgevers aan te zetten om personen met een handicap in dienst te nemen en in dienst te houden.

Een vierde aanbeveling vormt het blijvend inzetten op het verminderen van niet-gebruik van sociale rechten. Een combinatie van beleidsinstrumenten zijn hiervoor nodig. Een eerste vormt een meer outreachende, pro-actieve benadering binnen de eerstelijnsdiensten. In ieder geval voor personen met een tegemoetkoming moet geëvalueerd worden of het administratief toekennen van het recht niet gekoppeld kan worden aan een begeleidingsaanbod, waarbij sociaal werkers samen met de persoon bekijken welke rechten (nog) niet gerealiseerd zijn en hoe de maatschappelijke participatie kan verbeterd worden. Een tweede instrument is het vereenvoudigen en versnellen van de toekenningsprocedure. Een derde maatregel vormt in kaart brengen en analyseren van de Mattëuseffecten in het gebruik van professionele zorg en ondersteuning. Hiermee bedoelen we dat personen met een hogere sociaal-economische positie vaker een meer kwaliteitsvol ondersteuningsaanbod genieten. Een vierde maatregel is het specifiek inzetten op het ondergebruik van personen met een migratie-achtergrond.

Nabeschouwing

DE VISIE VAN DE NATIONALE HOGE RAAD VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP

De Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap of de NHRPH (die in zijn huidige vorm sinds 1981 bestaat) onderzoekt vaak aspecten van handicap die verband houden met armoede[177]. Al jarenlang stelt de NHRPH, samen met vele verenigingen, zowel in het noorden als in het zuiden van het land, het gebrek aan politieke aandacht voor het verband tussen handicap en armoede aan de kaak: een grote meerderheid van de mensen met een handicap leeft in armoede, moet zichzelf gezondheidszorgen ontzeggen en leeft ver onder de waardigheidsdrempel[178].

Dit compendium bevestigt deze bevindingen. Deze studie reduceert de uitdaging van armoedebestrijding onder mensen met een handicap niet tot een eenvoudige verhoging van de uitkeringen, maar analyseert integendeel verschillende doorslaggevende factoren: het wettelijk kader voor de bestrijding van discriminatie, de bestaande steunstelsels, het fenomeen van de *non-take-up*, enz. De studie analyseert ook specifieke verzwarende factoren: toegang tot werk, kinderarmoede, ... en toont pistes om er iets aan te doen.

De NHRPH hoopt oprecht dat deze bundel eindelijk de politiek zal wakker schudden en overtuigen van de ernst van de armoede van personen met een handicap en van de dringende noodzaak om met structurele en doeltreffende oplossingen voor de dag te komen.

De uitwisselingen in het kader van dit compendium lieten de NHRPH toe om met het redactiecomité een aantal punten te delen die extra aandacht verdienen, punten die de NHRPH ook graag deelt met de lezers.

177 Zie website http://ph.belgium.be/nl/

178 Zie adviezen 2018/30, 2018/12, 2018/09, 2017/04, 2016/09, 2016/07, 2016/06, 2015/17, enz.

1. De IVT/IT-tegemoetkomingen volstaan niet om in de meest elementaire behoeften te voorzien

De inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) voor een alleenstaande ligt 20% onder de armoedegrens en bijna 60% onder het gewaarborgd minimuminkomen. De integratietegemoetkoming (IT) is een forfaitair bedrag ter dekking van de extra kosten in verband met een handicap die niet door andere regelingen worden gedekt.

De kosten van het levensonderhoud hebben een grotere impact op het budget van een persoon met een handicap dan op dat van een andere persoon, omdat de levensomgeving over het algemeen niet toegankelijk is (zie studie Handilab 2012). In de praktijk gebruiken de meeste rechthebbenden de IT voor voeding, huisvesting, ... De maatregelen die in de regio's worden genomen (in het bijzonder de "Persoonsvolgende Financiering" of PVF in Vlaanderen) compenseren in het geheel niet de extra kosten in verband met een handicap, maar laten mensen enkel toe om "zorg en ondersteuning te kopen"[179].

De hervormingen "prijs van de liefde", "prijs van het werk" en het optrekken van de barema's hebben deze tendens niet kunnen keren. Het komt erop neer dat het stelsel van de wet van 27 februari 1987 het mensen met een handicap niet meer toelaat aan de samenleving deel te nemen of zelfs maar in hun elementairste behoeften te voorzien. Talrijke studies van verenigingen en ziekenfondsen tonen aan dat mensen met een handicap zich zelfs verzorging moeten ontzeggen[180]. In zijn *Landverslag België 2019*[181] merkt de Europese Commissie op dat "*Het armoederisicopercentage voor huishoudens met een lage arbeidsintensiteit is aanzienlijk toegenomen. Het ligt boven het EU-gemiddelde, met name voor huishoudens met kinderen. Er doen zich sterke ongelijkheden voor naar sociaaleconomische status, op het gebied van de toegang tot de gezondheidszorg en gezondheidsresultaten. Mensen met een handicap staan voor bijzonder stevige uitdagingen. Wat de langdurige zorg betreft, is er ook een zeer grote lacune op het gebied van onvervulde behoeften in de formele thuiszorgdiensten, ruim het dubbele van het EU-gemiddelde.*"

Ook de erkenning van uitkeringen is vaak een doodlopend straatje: mensen komen in een systeem terecht waar ze zelden nog uitraken. Deze status van "persoon met een handicap" wordt vaak als stigmatiserend ervaren. Tegelijkertijd worden deze mensen aan hun lot overgelaten; er zijn geen sociale diensten die het zoeken naar werk of het volgen van een opleiding ondersteunen. De NHRPH herinnert eraan dat er reeds teksten voorhanden zijn voor een grondige hervorming van het stelsel die aan de verwachtingen van mensen met een handicap voldoet.

---

179 https://www.vaph.be/sites/default/files/documents/13353/brochure-evaluatie-pvf-juni-2019.pdf

180 Onder andere ASPH, Unia, VFG, Christelijke Mutualiteiten:
http://www.asph.be/Documents/analyses-etudes-2014/Analyse-2014-19-handicap-et-pauvrete.pdf,
http://www.asph.be/Documents/analyses-etudes-2010-anysurfer/Etude-2010-cout-handicap.pdf,
https://www.unia.be/files/Documenten/Artikels/SAMPOL_januari2017_Els_Keytsman.pdf,
https://sociaal.net/opinie/inkomen-handicap/,
http://bit.ly/2pQuWcN,
https://www.mc.be/media/MC-INFO-FR-270_tcm49-44108.pdf

181 http://bit.ly/32thZDp, pagina 8

Elke persoon met een handicap moet - via werk en/of een tegemoetkoming - een inkomen hebben dat minstens gelijk is aan het bedrag van het op Belgisch niveau vastgestelde gewaarborgd minimuminkomen. De verhoging van de IVT tot de armoedegrens is een topprioriteit die snel moet worden gerealiseerd. De NHRPH dringt er ook op aan dat de herwaardering van de bedragen van het IVT en het gegarandeerd inkomen (GI - OCMW) altijd synchroon verloopt, omdat het in beide gevallen gaat om minimale middelen voor zeer kwetsbare mensen. Voor de NHRPH kan er geen sprake zijn van het tegen elkaar uitspelen van kansarmen.

De herziening van de wetgeving inzake tegemoetkomingen moet prioritair worden afgerond. Hierbij is het essentieel dat de nieuwe informaticatool (die momenteel wordt ontwikkeld) voor het beheer van tegemoetkomingen en sociale compensaties ook de komende hervormingen van de regelgeving kan verwerken. Het is eveneens noodzakelijk dat de Directie-generaal Personen met een handicap de nodige middelen krijgt voor een snelle en kwalitatief hoogstaande dienstverlening, met ruimte voor een gepersonaliseerde ondersteuning van de informatie- en begeleidingsbehoeften van de aanvragers. Zowel het fenomeen van de non take-up als de digitale kloof worden groter. Hieruit valt af te leiden dat administratieve en organisatorische factoren een belangrijke rol spelen in situaties waar personen geen beroep doen op bestaande maatregelen en compensaties. Daarbij is in het bijzonder aandacht nodig voor de sociaal zwakkere personen/familieleden en gezinnen van allochtone origine. Kortom, de FALC ("easy to read and understand"-communicatiemethode) moet officieel erkend worden om de sociale participatie van mensen met begripsproblemen te vergemakkelijken.

2. Steeds meer mensen in het IVT/IT-stelsel

Het aantal aanvragen voor IVT/IT is de laatste 15 jaar voortdurend toegenomen. Het aantal nieuwe aanvragen en de vragen in administratieve herziening steeg van 35.271 in 2003 tot 57.882 in 2018 (met een piek van meer dan 70.000 aanvragen in 2014 en 2015), een stijging van meer dan 64%. Het aantal erkenningen schommelde in dezelfde periode jaarlijks tussen 6.660 en 11.768.

De NHRPH beschikt niet over de juiste sleutels om definitieve conclusies te trekken uit deze ontwikkelingen, maar vermoedt dat steeds meer mensen doorwijzingsgewijs in het IVT/IT-stelsel belanden nadat ze zijn uitgesloten van de stelsels van werkloosheidsvergoedingen, het RIZIV (art. 100, hervorming back to work) en het OCMW. De NHRPH herinnert ook aan het fenomeen van de non take-up, dat bijzonder acuut is in het stelsel van tegemoetkomingen voor mensen met een handicap. Zonder dit fenomeen zou het aantal erkenningen zelfs nog hoger liggen.

Met een beter inzicht in de ontwikkelingen in dit stelsel zou er efficiënter met bepaalde hefbomen kunnen worden gewerkt. Ter herinnering: eind 2018 hadden

660.330 mensen een dossier bij DG Personen met een handicap. Dat is niet niets! Volgens de NHRPH moet het stelsel van de tegemoetkomingen en compensaties voor personen met een handicap dringend in zijn geheel worden geëvalueerd. Het gaat dan vooral om de toegang tot de stelsels en het verschil in behandeling tussen mensen die op enig moment in hun leven al dan niet een hebben gewerkt.

3. Tewerkstelling en opleiding van personen met een handicap

Veel mensen met een handicap willen werken en beschikken over vaardigheden. Anderen zullen dan weer nooit toegang krijgen tot de algemene arbeidsmarkt omdat ze niet over een minimum aan vaardigheden beschikken. Terwijl deze laatsten hun leven lang tegemoetkomingen nodig zullen hebben om een waardig leven te leiden, moeten de eersten de kans krijgen om zich op de werkplek te ontwikkelen. De werkbegeleiding voor deze mensen wordt op vrijwillige basis georganiseerd door de regionale agentschappen, maar er is geen systematische uitwisseling tussen deze agentschappen en de DG Personen met een handicap. Hierdoor ontvangt een door de DG Personen met een handicap erkend persoon niet noodzakelijkerwijs informatie over werkgelegenheid, opleiding, hulp aan huis, enz.

Bovendien maken de economische cultuur (hardnekkig vooroordeel: "de kandidaat met handicap is vooral een bron van problemen"), de ontoegankelijke omgeving, het stelsel van de tegemoetkomingen (berekeningswijze: rekening houdend met het inkomen van het jaar -2, cumulregels voor inkomsten) en artikel 100 van de wet op de verplichte verzekering van geneeskundige zorgen en uitkeringen ("bestaande toestand") en onvoldoende degelijke opleidingen de toegang tot de arbeidsmarkt tot een lijdensweg voor mensen met een handicap. De op zich veelbelovende "Back to work"-hervorming kreeg niet de vereiste middelen voor begeleiding, wat tot het ontslag leidde van een groot aantal werknemers die door ziekte of handicap zijn getroffen en van wie kansen op re-integratie afhangen van regelmatige menselijke begeleiding. De uitvoering van de antidiscriminatiewet 2007 door het recente koninklijk besluit (KB) "positieve acties" in de privésector, brengt maar verandering teweeg voor zover de werkgevers deelnemen aan de nieuwe dynamiek. De efficiëntie van de maatregel zal in de praktijk moeten worden geëvalueerd.

Ten slotte worden de voor de verschillende overheidsniveaus vastgestelde quota over het algemeen niet gehaald. Erger nog, op federaal niveau is de vervanging van de gepensioneerde werknemers met een handicap niet langer gewaarborgd[182]. De tactiek van openbare aanbestedingen bevredigt niet, omdat die geen antwoord biedt op de doelstelling: mensen met een handicap tewerkstellen aan de overheid.

182 http://bit.ly/33tKjqr

Deze situatie van relatieve onverschilligheid bezorgt België de op één na laatste plaats in Europa voor de tewerkstellingsgraad van personen met een handicap in de EU (40,5% tegenover 48,1%)[183]. Uit een officiële Statbel-statistiek bleek dat in 2018 slechts 23% van de in België erkende personen met een handicap aan het werk was[184].

Het beleid van de erkenning voor tegemoetkomingen en ondersteuning bij tewerkstelling moet geïntegreerd worden benaderd, volgens de capaciteiten van de persoon. Ook moet er werk worden gemaakt van de aanpak, de omgeving, degelijke opleidingen en de compensatieregelingen zoals die nu bestaan. Het koninklijk besluit "positieve acties" wordt een eerste stap, maar die zal wellicht moeten worden gevolgd door een tweede: "effectieve quota in de private en publieke sector". Gezien de zeer lage tewerkstelling van mensen met een handicap moet er binnen de Interministeriële Conferentie Werk (IMC Werk) dringend een werkgroep "personen met een handicap" worden opgericht.

De NHRPH wijst op de grenzen van het activeringsbeleid. Personen met een handicap die wegens hun beperkte capaciteiten nooit actief zullen kunnen deelnemen aan de arbeidsmarkt, mogen niet worden gestraft.

Verder moeten personen met een handicap die vanwege hun handicap een beperkte loopbaan hebben niet langer gestraft worden op het vlak van hun sociale rechten, niet op korte termijn (geen recht op de werkloosheidssteun of steun van het ziekenfonds) en niet op lange termijn (verminderde pensioenrechten).

4. De rol van mantelzorgers en de noodzaak van een juridisch statuut met concrete rechten

In oktober 2016 hield de Koning Boudewijnstichting een symposium met als titel "*Mantelzorgers: belangrijke schakels voor kwetsbare ouderen*". Eén van de vele lessen die we hebben geleerd:

- de economische waarde van mantelzorgers, nl. 4 miljard per jaar. De waarde van de informele mantelzorg varieert tussen 621 en 1189 euro/maand, afhankelijk van de aard en de omvang van de handicap.
- het belang van informele hulp: 6 van de 10 mantelzorgers wonen niet samen met de betrokkene en hebben een baan; 40% zijn samenwonenden, waarvan 73% levenspartners zijn.

183 http://bit.ly/32thZDp, pagina 49

184 https://statbel.fgov.be/nl/nieuws/23-van-personen-met-een-handicap-heeft-werk

Er is nooit een telling van het aantal mantelzorgers op het gebied van gehandicapten geweest. In de overgrote meerderheid van de gezinssituaties waarin een kind, echtgeno(o)t(e) of ouder een handicap heeft, is er vaak ten minste één (belangrijkste) mantelzorger. Aidants proches (asbl) schat het aantal mantelzorgers in België op 10%[185] Dat zijn allemaal gezinnen die zich moeten organiseren om het verlies aan autonomie van de persoon met een handicap op zich te nemen. In al deze gevallen die aanzienlijke en/of regelmatige hulp vereisen, komen de collectieve of geïndividualiseerde diensten slechts gedeeltelijk tegemoet aan de behoeften, waardoor de ouder of partner meestal zelf zijn of haar job niet kan behouden: in veel gezinnen gaan er jobs verloren. De armoede sluipt ongemerkt binnen in de familie en treft alle leden voor langere periodes, zowel tijdens de hulpverlening als erna, omdat de sociale rechten die verbonden zijn aan een baan definitief verloren gaan voor de periodes van arbeidsonderbreking.

> Er moet een volwaardig statuut van sociale rechten worden ontwikkeld voor mensen die gedurende een kortere of langere periode van hun leven een ouder of kind met een handicap moeten verzorgen. Collectieve goederen en diensten moeten worden versterkt en toegankelijk worden gemaakt voor gezinnen. Diensten voor specifieke behoeften moeten toereikend en financieel toegankelijk zijn.
>
> Tegelijkertijd is het belangrijk dat geen enkele ondersteunende of beschermende maatregel voor mantelzorgers, inclusief het behoud van sociale rechten, als voorwendsel voor de overheid dient om geen structurele zorgen of professionele diensten meer te verlenen die tegemoetkomen aan de behoeften van de geholpen personen en van de mantelzorgers zelf.

5. Werken aan de omgeving

De handicapgerelateerde meerkosten zijn grotendeels te wijten aan de gebrekkige toegankelijkheid van collectieve of massale goederen en diensten:

- een taxi moeten nemen of een aangepaste wagen kopen omdat de trein of het station niet toegankelijk is;
- een beroep moeten doen op iemand anders voor je boodschappen omdat de lift kapot is, omdat de trottoirs niet begaanbaar zijn, omdat de ingang van de winkel een paar treden telt;
- een beroep moeten op iemand omdat er geen onthaal in gebarentaal voorzien is bij een overheidsdienst;
- een niet-standaard gsm moeten kopen om gewoon te telefoneren;

185 https://questionsante.org/education-permanente/outils/Aidants_proches.html

- zijn huis moeten verlaten om redenen van ontoegankelijkheid enz.;
- twee tot drie keer hogere verzekeringspremies moeten betalen op grond van een handicap;
- kortere werktijden maken om een kind met een handicap van en naar school te vervoeren omdat de schoolbus 's ochtends al om 6.30 uur en 's avonds pas om 18.00 uur passeert of omdat de gespecialiseerde school na 15.00 uur geen opvang meer biedt;
- …

Allemaal bijkomende kosten waarmee de persoon met een handicap (en zijn familie) in het dagelijkse leven wordt geconfronteerd.

De Handilab-studie heeft aangetoond dat deze extra kosten aanzienlijk bijdragen aan de armoede van personen met een handicap. Voor België spreekt men van een jaarlijkse extra kost van 14.550€! [186]

In 2018 opende Unia 604 nieuwe handicapgerelateerde zaken, wat 23,6% van het totale aantal nieuwe zaken vertegenwoordigt (tweede discriminatiecriterium na het zogenoemde 'raciale' criterium). Dit komt neer op een stijging van 17,1% ten opzichte van 2017. In vergelijking met het vijfjaarsgemiddelde betekent dat een relatieve stijging van bijna 50% voor dit criterium. De sectoren goederen en diensten en onderwijs vertegenwoordigen meer dan de helft van de handicapdossiers, respectievelijk 31,8% en 25,7%. Vervolgens komt de arbeidssector met 24%.

> België moet de European Accessibility Act (EAA - Europese richtlijn die vereist dat de productie en aankoop van bepaalde goederen en diensten voor alle gebruikers toegankelijk moet worden gemaakt) ambitieus uitvoeren. De principes van 'universal design' moeten worden aangeleerd aan architecten, ingenieurs en ontwerpers. Bij het hele aanbod van goederen en diensten die tot het economische, sociale en vrijetijdsleven behoren moet rekening worden gehouden met de behoeften van personen met een handicap. Ontoegankelijke goederen of diensten moeten zo snel mogelijk in overeenstemming worden gebracht met de voorschriften. In opleidingen (vooral op het gebied van zorg en persoonlijke bijstand) moeten de behoeften en verwachtingen van personen met een handicap (levenskeuzes en maatschappelijke inclusie) tijdens het hele traject centraal staan.
>
> Voor de toekenning van steunmaatregelen mag de leeftijd niet langer een discriminatiecriterium zijn (momenteel beperkt tot 65 jaar) en moet de steun uitsluitend gekoppeld zijn aan de handicap.

186 https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs13209-016-0146-5.pdf, blz.300

Een nationaal mobiliteits- en intermodaliteitsplan, met aandacht voor de specifieke behoeften van personen met een handicap, moet een prioriteit van de volgende regering worden. De toegankelijkheid van de NMBS verdient de hoogste prioriteit.

Tot slot moet het Protocol inzake redelijke aanpassingen, op 19 juli 2007 goedgekeurd door alle entiteiten van het land, worden uitgevoerd: het aanpassen van de omgeving is geen "vriendelijk gebaar" naar de persoon met een handicap toe, maar een verplichting voor alle entiteiten. Ter herinnering: de persoon met een handicap (en zijn of haar familie) is een volwaardige consument en het versterken van zijn of haar maatschappelijke inclusie draagt bij aan de economie.

6. Handistreaming : het werken met de adviesraden van personen met een handicap

Met de ratificatie van het Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (UNCRPD) 10 jaar geleden, heeft België zich er sterk toe verbonden om de levenskeuzes van personen met een handicap, maar ook hun deelname aan het sociale leven te ondersteunen. Hoewel de inzet en bereidwilligheid van de recentste staatssecretarissen bevoegd voor personen met een handicap buiten kijf staat, moet worden opgemerkt dat dit niveau niet over de nodige instrumenten beschikt: handistreaming veronderstelt dat elk lid van de regering binnen zijn of haar bevoegdheidsdomein de behoeften van de personen met een handicap kent en zijn of haar verantwoordelijkheid opneemt. Adviesraden voor handicap bestaan nog niet in alle deelstaten[187]. Ze vormen nochtans een eerste en essentiële schakel voor een constructieve samenwerking tussen het beleid en het maatschappelijk middenveld. Het is ook van essentieel belang dat deze raden op eigen initiatief adviezen kunnen uitbrengen en dat de regeringen in elke fase van de voorbereiding van wetgevende teksten de adviesraden raadplegen.

De regeringen moeten handistreaming in al hun acties en beleid toepassen, maar daarnaast ook aangepaste antwoorden bieden op specifieke behoeften van personen met een handicap.

De federale bevoegdheid voor de inclusie van personen met een handicap moet worden toevertrouwd aan een minister (en niet langer aan een staatssecretaris), zodat elk beleid door de lens van de handicap wordt gezien. Ministers moeten systematisch en zo vroeg mogelijk de deelname van de adviesraden voor handicap aanvragen.

187 In de Franse en Duitstalige Gemeenschap bestaat er geen adviesraad voor personen met een handicap. In het Waals Gewest is de Conseil de stratégie et de prospective, verbonden met het AVIQ, verantwoordelijk voor de aangelegenheden van het AVIQ. In het Vlaamse Gewest werd onlangs de adviesraad NOOZO (Niets over ons zonder ons) opgericht. In Brussel is onlangs de adviesraad Iriscare opgericht voor materies van de COCOM.

7. Een dringende behoefte aan gegevens en statistieken

De Belgische autoriteiten beschikken niet over volledige en geïntegreerde statistieken over het aantal personen met een handicap in België en hun behoeften.

De huidige bevoegdheidsverdeling, resultaat van opeenvolgende institutionele hervormingen, biedt geen ideaal kader voor de ontwikkeling van coherente statistische instrumenten: sommige entiteiten beschikken over statistische gegevens over bepaalde aspecten van het handicapbeleid, maar missen andere gegevens die nuttig zouden kunnen zijn. Bovendien zijn deze gegevens niet altijd overdraagbaar van het ene bevoegdheidsdomein naar het andere.

Voor de ontwikkeling van efficiënte beleidslijnen en de ondersteuning van lange termijn keuzes is er dringend nood aan één unieke gegevensbank waarin alle behoeften van personen met een handicap en hun gezinnen worden samengebracht, een nood waarop ook het VN-Comité van experts heeft gewezen.

> Alle regeringen moeten de nodige maatregelen nemen voor het verzamelen van statistische gegevens voor een goede planning van het handicapbeleid in al zijn aspecten.
>
> Het systematische gebruik van de UNCRPD-definitie van handicap biedt een garantie voor een coherente aanpak.

8. Overleg tussen alle overheidsniveaus

De bevoegdheden zijn soms, als gevolg van de opeenvolgende staatshervormingen, naar een ander bestuursniveau verhuisd. De behoeften van personen met een handicap blijven echter dezelfde: goed geïnformeerd worden en hun rechten ten volle kunnen uitoefenen. Om aan deze behoeften tegemoet te komen, is het van essentieel belang om gecoördineerde en integrale antwoorden te bieden die verder gaan dan de bevoegdheden van de verschillende entiteiten afzonderlijk.

> De NHRPH pleit voor de oprichting van een interministeriële conferentie (IMC) 'handicap', want zelden kan een enkel bestuursniveau alleen voorzien in een specifieke behoefte van de persoon in kwestie. De IMC zal inderdaad moeten worden bijeengeroepen om gedeelde bevoegdheden te onderzoeken, zoals toegankelijkheid en mobiliteit (met name intermodaliteit), tewerkstelling (zie bv. onderwerping van beroepsopleidingen aan de sociale zekerheid), gezondheidszorg (bv. Het protocol 'verpleegkundige handelingen') en collectieve diensten.

> De NHRPH pleit ook voor de ontwikkeling van een nationaal plan voor inclusie en armoedebestrijding bij personen met een handicap. Dat plan moet alle domeinen van het leven bestrijken: vervoer en intermodaliteit, de bebouwde omgeving, opleiding en onderwijs, toegang tot openbare en particuliere diensten van algemeen belang, bestaansmiddelen, verzekeringen, tewerkstelling, enz.

9. Tot slot

De verwachtingen van personen met een handicap zijn hooggespannen; de uitdagingen zijn talrijk en sommige van deze uitdagingen raken aan de organisatie van onze sociale zekerheid (hervorming van de wet op de tegemoetkomingen, sociale verantwoordelijkheid van de werkgevers, etc.).

Voor mensen met een handicap en hun families is het noodzakelijk dat hun moeilijkheden in hun dagelijks leven erkend worden: het beleid moet in staat zijn om ze te identificeren en er vervolgens een antwoord op te bieden door middel van een ambitieuze en progressieve planning van oplossingen en middelen.

De NHRPH is zich bewust van de omvang van de uit te voeren hervormingen. De antwoorden zullen niet noodzakelijkerwijs voor morgen zijn, maar ze moeten wel vandaag worden uitgedacht. De vraag is niet wanneer het doel zal worden bereikt, maar wel wanneer we er daadwerkelijk en globaal aan willen gaan werken, op verschillende machtsniveaus en in overleg met en tussen deze niveaus en de adviesraden van mensen met een handicap. Alleen zo zullen we de juiste antwoorden op de juiste vragen vinden.

Deze bundel is de start van een nieuwe bouwwerf. Ja, er bestaan ronkende beleidstoespraken en slogans over inclusie en keuzevrijheid voor mensen met een handicap. Wordt het niet hoog tijd voor de concrete en duurzame uitvoering ervan?

Lijst met afkortingen

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
AROPE	At risk of poverty or social exclusion / Het risico op armoede en sociale uitsluiting
AViQ	Het Agence pour une Vie de Qualité / Agentschap voor een kwaliteitsvol leven
AWIPH	Het Agence Wallonne Pour l'Intégration des Personnes Handicapées
BOB	Basisondersteuningsbudget
CAW	Centrum voor Algemeen Welzijnswerk
CIK	Centra voor Inclusieve Kinderopvang
CLB	Centra voor Leerlingenbegeleiding
COCOF	Commission communautaire française / De Franse Gemeenschapscommissie
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities
DG	Directie-Generaal
DOP	Diensten Ondersteuningsplan
DMW	De Diensten Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen
DWH AM&SB	Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming
FAO	Fonds voor arbeidsongevallen
FBZ	Fonds voor de Beroepsziekten
FEDRIS	Federaal Agentschap voor Beroepsrisico's
FOD	Federale Overheidsdienst
GBO	Geïntegreerd Breed Onthaal
GGC	De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
GGMMI	Gewaarborgd Gemiddeld Minimum Maandinkomen
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IGO	Inkomensgarantie voor Ouderen
ION	Instelling van Openbaar Nut
IT	Integratietegemoetkoming
IVT	Inkomensvervangende tegemoetkoming

K&G	Het Agentschap Kind & Gezin
KSZ	Kruispuntbank Sociale Zekerheid
MDT	Multidisciplinair team
MFC	Multifunctionele Centra
OBC's	De observatie- en behandelingscentra
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
PA	Persoonlijke Assistentiebudget
PEC	De Provinciale Evaluatiecommissie
PHARE	Personne Handicapée Autonomie Recherchée / Persoon met een handicap en streven naar zelfredzaamheid
PmH	Personen met een Handicap
PVB	Een Persoonsvolgend budget
PVF	Een Persoonsvolgende Financiering
RIZIV	Rijksinstelling voor Ziekte-en Invaliditeit
RSZ	Rijksdienst voor Sociale Zekerheid
RTH	Rechtstreeks toegankelijke hulp
RVA	Rijksdienst voor arbeidsvoorziening
SCP	Het (Nederlands) Sociaal Cultureel Planbureau
SILC	Statistics on Income and Living Conditions
POD	Programmatorische federale Overheidsdienst
TEVA	Transition Ecole Vie Active
THAB	Tegemoetkoming voor Hulp aan Bejaarden
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VG	De Vlaamse Gemeenschap
VGC	De Vlaamse Gemeenschapscommissie
VRPH	de Verenigde Naties inzake de Rechten van Personen met een Handicap
VSB	De Vlaamse Sociale Bescherming
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie
WVG	Het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
ZIV	Ziekte- en Invaliditeit

Bibliographie

INLEIDENDE BESCHOUWING

Mercier M., (2019). *Handicap et environnement capacitant*, in Reichhart F., Rachedi Z., Lomo Myazhiom A-C. & Mercier M., *Au carrefour de l'altérité dans l'espace francophone. Pratiques et représentations du handicap*, Presses universitaires de Namur.

Rawls J. (1971). *A Theory of Justice*, Oxford, Clarendon Press.

Rawls J. (2006). *Een theorie van rechtvaardigheid,* Lemniscaat, Rotterdam.

Sen, A. (1987). *On Ethics and Economics*, Basil Blackwell, Oxford.

HOOFDSTUK 1

Anspach, R. (1979), From stigma to identity politics: Political activism among the physically disabled and former mental patients. *Social Science and Medicine*, 13, pp. 765-773.

Barnes, E. (2016). *The Minority Body*. Oxford University Press: New York.

Bickenbach, J., Posarac, A., Cieza, A. & Kostanjsek, N. (2015). Assessing Disability in Working Age Population – A Paradigm Shift: from Impairment and Functional Limitation to the Disability Approach. Rapport Nr.: ACS14124. Washington, DC.: The World Bank.

Bickenbach J. (2013). Disability, 'Being unhealthy' and rights to health. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 41(4), pp. 821-828.

Driedger, D. (1989). *The last civil rights movem*ent. Londen: Hurst.

Fox, FF. (1917). *Physical Remedies for Disabled Soldiers*. Londen: Bailière, Tindal, & Cox.

Fineman, M. (2017). Vulnerability and Inevitable Inequality. *Oslo Law Review*, 4, pp. 133-149.

Kayess, R & French, P. (2008). Out of Darkness into Light? Introducing the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Human Rights Law Review,* 8(1), pp. 1-34.

Hughes, B. & Paterson, K. (1997). The social model of disability and the disappearing body: Towards a sociology of impairment. *Disability and Society*, 12(3), pp. 325-340.

Minow, M. (1990). *Making all the difference: Inclusion, exclusion, and American law.* Ithaca, NY: Cornell University Press.

Morin, E. (2008). On Complexity. Hampton Press: Cresskill, NJ.

Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. New York: St. Martin's.

Scotch, RK. (2001). *From good will to civil rights: Transforming federal disability policy* (2e ed.). Philadelphia, PA: Temple University Press.

Shakespeare, T. & Watson, N. (1997). Defending the social model of disability. *Disability and Society*, 12(2), pp. 293-300.

Stein, MA & Stein PJS. (2016). Beyond Disability Civil Rights. *Hastings Law Journal* 58(1203-40); 2006-7.

Stiker, H-J. (1997). *Corps infimes et sociétés*, Édition Dunod: Parijs.

Swain, J. & French, S. (2000). Towards an affirmative model of disability. *Disability and Society*, 15(4), pp. 569-582.

WHO (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. WHO:Geneva.

WHO (2015). The World Report on Ageing and Health. WHO: Genève.

HOOFDSTUK 3

Andersson, B. (2013). Finding ways to the hard to reach—considerations on the content and concept of outreach work. *European Journal of Social Work*, 16(2), 171-186.

Antón, J., Braña, F., Muñoz de Bustillo, R. (2016). An analysis of the cost of disability across Europe using the standard of living approach. *SERIEs: Journal of the Spanish Economic Association*, 7(3), pp. 281-306

Boost, D., Elloukmani, S., Hermans, K. & Raeymaeckers, P. (2018). *Een beschrijvend en evaluerend onderzoek naar het Geïntegreerd Breed Onthaal*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Burchardt, T., J. Le Grand, D. Piachaud (1999). Social exclusion in Britain 1991–1995. *Social Policy and Administration*, 33 (3) (1999), pp. 227-244

Eurofound (2015). *Access to social benefits: reducing non-take-up.* Luxemburg: Publications Office of the European Union.

Hirsch, D., K. Hill (2016) The additional cost of disability: a new measure and its application to sensory impairment. *Disability & Society*, 31 (7),pp. 897-913

Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E., and Patsios, D. (2007). The Multi-Dimensional Analysis of Social Exclusion. Bristol: Bristol University.

Mikkonen, M., Kauppinen, J., Huovinen, M., & Aalto, E. (2007). Outreach work among marginalised populations in Europe: guidelines on providing integrated outreach services. Amsterdam: Foundation Regenboog AMOC.

Mitra, S., Palmer, M., Kim, H., Mont, D., Groce, N. (2017). Extra costs of living with a disability: A review and agenda for research. Disability and Health Journal, 10 (4), pp. 475-484.

SCP (2003), *Sociale uitsluiting. Een conceptuele en empirische verkenning. Werkdocument 99*. Den Haag: SCP.

Somers, N. & Van Oorschot, W. (2017). *Niet-gebruik van tegemoetkomingen voor personen met een beperking. De inkomensvervangende tegemoetkoming en de integratietegemoetkoming*. (Ongepubliceerd eindwerk). Leuven: KU Leuven.

Stapleton, D., Protik, A., Stone, C. (2008). *Review on the international evidence on the cost of disability. Research report 542.* London: Department for Work and Pensions

Tibble, M. (2005), *Review of existing research on the cost of disability. Working paper 21*. London: Department for Work and Pensions.

Van Oorschot, W. (1995). *Realizing rights: A multi-level approach to non-take-up of mean-tested benefits.* Avebury: Aldershot.

Vermeulen, B. Van der Niet, M., Demaerschalk, E., Van Audenhove, C., & Hermans, K. (2012). *Handilab. Effectiviteit van de inkomensvervangende en integratietegemoetkomingen*. Leuven: LUCAS.

Zaidi, A., Burchardt, T. (2003). *Comparing incomes when needs differ: Equivalisation for the extra costs of disability in the UK. CASE paper 64*. London: Centre for Analysis of Social Exclusion.

Storms, B. & Vandenbosch, K. (2009). Wat heeft een gezin nodig om minimaal rond te komen? Een budgetstandaard voor Vlaanderen. Leuven: ACCO.

HOOFDSTUK 4

Donceel P. & Depypere M. (2010). Gedeeltelijke werkhervatting bij arbeidsongeschikte werknemers op ziekteverzekering in België: een retrospectieve studie. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringskunde* Vol 18 (4), p.151-156.

Hufkens T., L. Buysse, N. Van Mechelen & G. Verbist (2016). Fit for the labour market? An effort to reduce inactivity traps in the transition from benefit to work in the Belgian sickness and disability system. *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*. 4/2016, pp. 491-522.

Mairiaux P., N. Schippers, F. Kéfer, S. Cornelis, P. Donceel & P.-R. Somville (2012). Werkhervatting na een langdurige afwezigheid. Samenvatting van het onderzoeksrapprt. ULG & KULeuven.

Moron en Debels (2012). Eindrapport Handilab. Deel Administratieve Data. Ceso KULeuven.

Nys A., L. Meeusen & V. Corluy (2014). Determinants of low work intensity in households with disabled family members. Empirical analysis for the EU-15. CSB Working Paper No. 14 / 02.

RIZIV (2018). Gedeeltelijke werkhervatting met toestemming van de adviserend artsen bij arbeidsongeschikte gerechtigden. Werknemersregeling. Periode 2013-2016. RIZIV: Brussel.

Samoy, E. (2015). Handicap en Arbeid. Deel I: Definities en Statistieken over de arbeidsdeelname van mensen met een handicap. Vlaamse Gemeenschap: Departement Werk en Sociale Economie.

Scholiers B. & S. Vansteekiste (2018). Doelgroepen aan het werk? Een blik op de arbeidsmarktposities van de doelgroepen uit het Vlaams Doelgroepenbeleid. OVER. WERK *Tijdschrift van het Steunpunt Werk*. Nr 1/2018, pp.19-26.

HOOFDSTUK 5

Bernard, N. (2018). Vers une nouvelle approche du statut de cohabitant. In: Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, *Rapport de la matinée de réflexion. Au-delà du statut de cohabitant*, 19 avril 2018, Bruxelles, p. 10.

Ghesquière, V., I. Hachez & C. Van Basselaere (2018). La discrimination fondée sur le handicap. In Comprendre et pratiquer le droit de la lutte contre les discriminations, red. J. Ringelheim & P. Wautelet, CUP, éd. Anthemis.

Gonçalves, P. (2018). Pauvrophobie, Petite encyclopédie des idées reçues sur la pauvreté, Ed. Luc Pire, 2018.

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2013). Protection sociale et pauvreté. Une contribution au débat politique et à l'action politique, Bruxelles, Centre pour l'Egalité des Chances et la Lutte contre le racisme, https://www.luttecontrelapauvrete.be/publications/rapport7/rapportcomplet.pdf.

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2017). Citoyenneté et pauvreté. Contribution au débat et à l'action politiques. Rapport bisannuel 2016-2017. Bruxelles, Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale.

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2018). Mémorandum du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale en vue des élections fédérales et régionales 2019. Reconnaître, soutenir et encourager la cohabitation,, décembre 2018, Bruxelles, Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, https://www.luttecontrelapauvrete.be/publications/memorandum2019_fr.pdf

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (2017). Pauvreté et ineffectivité des droits. Non-take-up des droits, Bruxelles, die Keure, https://www.luttecontrelapauvrete.be/publication-pauvrete-et-ineffectivite-des-droits-non-take-up-des-droits/

HOOFDSTUK 6

ACLVB. (2018). Ziekte-uitkeringen. Retrieved from https://www.aclvb.be/nl/ziekte-uitkeringen

ACV. (2017). *Samenvatting ontwerp IPA 2017-2018.*

Avalosse, H., Vancorenland, S., Mertens, R., & Boly, J. (2009). Les malades chroniques en Belgique: impact sur la situation financière des ménages. *MC-Informations, 237*(septembre), 23-47.

CEBUD. (2019). *Budgetcalculator*. Retrieved from: https://remipro.be/remi/calculator/index.php

Centrum voor Sociaal Beleid. (2016). *Databank Koopkracht en welvaartsevolutie van minima en maxima in de sociale zekerheid*.

Federal Public Service Social Security. (2018). *The evolution of the social situation and social protection in Belgium 2018.* (Monitoring the social situation in Belgium and the progress towards the social objectives and the priorities of the national reform programme. Brussels: FPS Social Security/ DG BeSoc)

SPF Sécurité sociale. (2018). *Indexation des allocations sociales.* Retrieved from https://socialsecurity.belgium.be/fr/indexation-des-allocations-sociales

SPF Sécurité sociale. (2019). *Statistiques protection sociale*. Retrieved from: https://socialsecurity.belgium.be/fr/chiffres-de-la-protection-sociale/statistiques-protection-sociale

Goedemé, T., Penne, T., Hufkens, T., Karakitsios, A., Bernát, A., Franziskus, A. & Storms, B. (2019). What Does it Mean to Live on the Poverty Threshold? Lessons From Reference Budgets. In B. Cantillon, T. Goedemé, & J. Hills (Eds.), *Decent incomes for the poor? Improving policies in Europe* (pp. forthcoming). Oxford: Oxford University Press.

Janvier, R. (2011). *Arbeidsongeschiktheid.* (Syllabus Sociale Zekerheid, Academiejaar 2011-2012. unpublished:

Rijksdienst voor arbeidsvoorziening. (2018). Barem's (bedragen). Retrieved from https://www.rva.be/nl/documentatie/baremas-bedragen

RIZIV. (2018a). Arbeidsongeschiktheid. Retrieved from https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/arbeidsongeschiktheid/Paginas/default.aspx

RIZIV. (2018b). Koninklijk besluit van 3 juli 1996. Retrieved from https://www.riziv.fgov.be/nl/publicaties/reglementering/Paginas/KB19960703.aspx

RIZIV. (s.d.). *Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden*. Brussels: RIZIV

RVP. (2018). Gewaarborgd minimumpensioen. Retrieved from https://www.onprvp.fgov.be/NL/futur/calculate/minimum/paginas/default.aspx

Samoy, E. (1998). *Ongeschikt of ongewenst? Een halve eeuw arbeidsmarktbeleid voor gehandicapten.* (PhD), Katholieke Universiteit Leuven, Leuven. (33)

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, b. e. s. u. (2018). Faits et chiffres. Retrieved from http://www.luttecontrelapauvrete.be/chiffres_allocations minimales.htm

Storms, B., & Van den Bosch, K. (Eds.). (2009). *Wat heeft een gezin minimaal nodig? Een budgetstandaard voor Vlaanderen*. Leuven / Den Haag: Acco.

Storms, B., Van den Bosch, K., Goedemé, T., & Casman, M.-T. (2012). Naar Europese referentiebudgetten voor maatschappelijke participatie? Wat leren de Belgische budgetten? In J. Vranken, L. Willy, G. Anneline, & C. Catherine (Eds.), *Armoede in België. Jaarboek 2012* (pp. 97-115). Leuven / Den Haag: Acco.

Van Nieuwenhove, J. (2015). De nieuwe gemeenschapsbevoegdheden inzake gezondheidszorg en hulp aan personen met een handicap. *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 269-311.

Van Thielen, L., Deflandre, D., Baldewijns, K., Boeckx, H., Leysens, G., Storms, B., . . . Van den Bosch, K. (2010). *Minibudget. Wat hebben gezinnen nodig om menswaardig te leven in België?* (Onderzoek gefinancierd door Federaal Wetenschapsbeleid in opdracht van de POD MI. Geel: Katholieke Hogeschool Kempen

Vanderheyden, M., & Van Mechelen, N. (2017). *De strijd tegen non-take up: de ontwikkeling van TAKE_ISSOC* (Research Report. Brussel: FOD Sociale Zekerheid

Vermeulen, B., Van Der Niet, M., Demaerschalk, E., Van Audenhove, C., & Hermans, K. (2012). *Handilab: Effectiviteit van de inkomensvervangende en integratietegemoetkomingen*. Leuven: POD Wetenschapsbeleid en de FOD Sociale Zekerheid

HOOFDSTUK 7

Berrat B. (2014). Pourquoi en vient-on à renoncer à ses droits sociaux ? Le cas du non-recours aux droits et dispositifs liés au handicap.In *Accessibilité et non recours aux services publics, Les politiques sociales* 3 & 4 / 2014.

De Greef (2016). *Droit au travail et troubles mentaux*, La Charte, Brussel.

Dubois V. (2015). *La vie au guichet. Administrer la misère*. Parijs, Editions Point, oktober 2015.

Fierens, J. (1992). *Droit et pauvreté. Droits de l'homme, sécurité sociale, aide sociale*, Bruxelles, Bruylant, 1002, 456p.

Funck J.-F. (2014). *Droit de la sécurité sociale*, Groupe Larcier s.a., Brussel.

Goffmann, E. (1975). *Stigmate Les usages sociaux des handicaps* vertaald uit het Engels door Alain Kihm, coll. «Le Sens commun», Éditions de Minuit.

Hibou B. (2012). *La bureaucratisation du monde à l'ère néolibérale,* Parijs, La Découverte, coll. «Cahiers libres».

L'Ombudsman fédéral (2017). *Rapport annuel 2017*.

Math A. (1996). Le non-recours en France : un vrai problème, un intérêt limité. *Recherches et Prévisions*, n° 43.

Myria (2015). *La Migration en chiffres et en droits 2015,* Centre fédéral Migration, Brussel.

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel (2015). *Vrouwen, bestaans-onzekerheid en armoede in het Brussels Gewest,* thematisch katern van het Brussels armoederapport 2014, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie: Brussel.

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2017). *Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het Brussels Gewest,* Thematisch katern van het Armoederapport van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 2016, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie: Brussel

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2018). *Welzijnsbarometer 2018.* Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2013). *Sociale bescherming en armoede.* Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, Brussel.

Simmel G. (1908). *Le pauvre*, Editions Allia, Paris, 2009.

SMALS (2017). *Rapport d'activités 2017*.

SPP Intégration sociale (2016 a). Rapport statistique numéro 15, juin 2016.

SPP Intégration sociale (2016 b). Focus Situation avant le revenu d'intégration, numéro 15, juin 2016.

Spicker P. (2017). Take-up of benefits : lessons from the UK. *in* Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, *Pauvreté et ineffectivité des droits, non take-up des droits,* die Keure / la Charte, Bruxelles.

Steenssens K. (2013). *Sous-protection et traitement proactif par les CPAS*. In: Lahaye, W., Pannecoucke, I., Vranken, J. et Van Rossem, R., *Pauvreté en Belgique. Annuaire 2013*, Louvain/La Haye, Acco, 2013.

Van Oorschot W. (1991). Non take-up of social security benefits in Europe. *Journal of European Social Policy*, vol. 1, n° 1.

Warin P. (2009). Une approche de la pauvreté par le non recours aux droits sociaux *in Lien social et Politiques*, 61, Pauvreté, précarité : quels modes de régulation ? Printemps 2009, pp. 137-146.

Warin P. (2010). Le non recours : définition et typologies, Document de travail n°1, Odenore (Observatoire des non-recours aux droits et services), *Working Paper n°1*, juni 2010.

Warin P. (2014). Le non recours aux prestations sociales : quelle critique du ciblage ? In Accessibilité et non recours aux services publics in *Les politiques sociales* 3 & 4/2014.

Weller J.-M. (2007). Fatigue ou épuisement ? La subjectivité de l'agent public face à l'épreuve du travail » in Genard, J.-L., & CanteIli, F. *Action publique et subjectivite*. LGDJ, Parijs.

Zamora D. & Van Mechelen N. (2016). Herschikkingen in de sociale bijstand en de sociale zekerheid in België vanaf het begin van de 19e eeuw tot vandaag. In *Armoede in België, Jaarboek 2016,* POD Maatschappelijke Integratie, Academia press, Gent, pp. 111-132.

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2017). *Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het Brussels Gewest,* Armoederapport van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 2016, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie: Brussel.

HOOFDSTUK 8

Bauman, LJ, Silver EJ, & Stein REK (2006). Cumulative social disadvantage and child health. *Pediatrics* 117(4), pp. 1321-1328.

Blackburn CM, Spencer NJ. & Read JM (2010). Prevalence of childhood disability and the characteristics and circumstances of disabled children in the UK: secondary analysis of the Family Resources Survey. *BMC Pediatrics* 10(21), pp. 1-12.

Bonoli, G. (2012). Active labour market policy and social investment: a changing relationship. In: Morel N, Palier B, en Palme P (eds) *Towards a social investment welfare state? Ideas, policies and challenges*. Bristol: The Policy Press, pp. 181-204.

Brekke, I., Früh, EA, Kvarme LG. & Holmstorm, H. (2017). Long-time sickness absence among parents of pre-school children with cerebral palsy, spina bifida and down syndrome: a longitudinal study. *BMC Pediatrics,* 17(26), pp. 1-7.

Brekke, I. & Nadim, M. (2016). Gendered effects of intensified care burdens: employment and sickness absence in families with chronically sick or disabled children in Norway. *Work, Employment and Society*, 31(3), pp. 1-18.

Brown, TJ. & Clark, C. (2017). Employed parents of children with disabilities and work family life balance: a literature review. *Child en Youth Care Forum* 46(6), pp. 857-876.

Burkhauser, RV., Daly, MC., & Ziebarth, NR. (2016). Protecting working-age people with disabilities: Experiences of four industrialized nations. J*ournal for Labour Market Research*, 49(4), pp. 367-386.

Cantillon, B. (2016). *De staat van de welvaartsstaat.* Leuven: Acco.

Cantillon, B, & Van Lancker, W. (2013). Three shortcomings of the social investment perspective. *Social Policy and Society* 12(4), pp. 553-564.

Case, A, Lubotsky, D. & Paxon, C. (2002). Economic status and health in childhood: the origins of the gradient. *The American Economic Review* 92(5), pp.1308-1334.

Cho, S., Crenshaw, KW. & McCall, L. (2013) Toward a field of intersectionality studies: Theory, applications, and praxis. *Signs* 38(4): 785–810.

Chou, Y-C, Kröger, T. & Pu, C-Y. (2018) Underemployment among mothers of children with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 31(1): 152-158.

Christopher, K., England P., Smeeding, TM. & Ross Phillips, K. (2002) The gender gap in poverty in modern nations: single motherhood, the market, and the state. *Sociological Perspectives*, 45(3), pp. 219-242.

Clarke, H. & McKay S. (2008) Exploring disability, family formation and break-up: reviewing the evidence. Institute of Applied Social Studies, University of Birmingham on behalf of the Department for Work and Pensions, 113.

Collins, PH. (2015). Intersectionality's definitional dilemmas. *Annual Review of Sociology*, 41(1), pp. 1-20.

Corluy, V. & Verbist, G. (2014) Can education bridge the gap? Employment position of immigrants in Belgium. *Improve Working Paper Series 14/02.* Antwerp, Belgium: Herman Deleeck Centre for Social Policy.

Crettenden, A., Wright A. & Skinner, N. (2014). Mothers caring for children and young people with developmental disabilities: intent to work, patterns of participation

in paid employment and the experience of workplace flexibility. *Community, Work & Family*,17(3), pp. 244-267.

Debacker, M. (2007). De socio-economische positie van gezinnen met kinderen. In: Ghysels J and Debacker M (eds) *Zorgen voor kinderen in Vlaanderen: een dagelijkse evenwichtsoefening?* Leuven: Acco, 19-43.

Debacker, M. (2008). Care strategies among high- and low-skilled mothers: a world of difference? *Work, Employment and Society*, 22(3), pp. 527-545.

DeRigne, L. (2012). The employment and financial effects on families raising children with special health care needs: an examination of the evidence. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(4), pp. 283-290.

EASIE (2017). *European Agency Statistics on Inclusive Education: 2014 dataset cross-country report*. Odense.

Ekas, NV., Lickenbrock, DM. and Whitman, TL. (2010). Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(10), pp.1274-1284.

Emerson, E. (2012). Deprivation, ethnicity and the prevalence of intellectual and developmental disabilities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66(3), pp. 218-224.

Emerson E, & Hatton C (2007) The socio-economic circumstances of children at risk of disability in Britain. *Disability & Society*, 22(6), pp. 563-580.

Eurostat (2011). *Migrants in Europe. A statistical portrait of the first and second generation*. Luxembourg: Eurostat Statistical Books.

Famifed (2016). Een overzicht per entiteit van de kinderbijslag voor kinderen met een aandoening. *Focusstudie 2016-3*. Brussels: Famifed.

Famifed (2017). *Aantal kinderen met een aandoening, volgens zelfredzaamheidsgraad en ernst van de gevolgen van de aandoening, op 31 december 2010.* Available at: http://vlaanderen.famifed.be/nl/statistics/222?year=2010.

Fujiura, GT, & Yamaki, K. (2000). Trends in demography of childhood poverty and disability. *Exceptional Children*, 66(2), pp.187-199.

Ghysels, J. &Van Lancker, W. (2011). The unequal benefits of activation: an analysis of the social distribution of family policy among families with young children. *Journal of European Social Policy*, 21(5), pp. 472-485.

Goldman, N. (2001). Social inequalities in health. Disentangling the underlying mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences* 954(1): 118-139.

Gordon, M., Rosenman, L., & Cuskelly, M. (2007). Constrained labour: maternal employment when children have disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(3), pp.236-246.

Grammenos, S. (2013). European comparative data on Europe 2020 & People with disabilities.

Hauge, LJ., Kornstad, T., Nes, RB., Kristensen, P., Irgens, LM., Eskedal, LT. et al. (2013). The impact of a child's special health care needs on maternal work participation during ealry motherhood. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 27(4), pp. 353-360.

Haveman, M., van Berkun, G., Reijnders. R. et al. (1997) Differences in service needs, time demands, and caregiving burden among parents of persons with mental retardation across the life cycle. *Family Relations*, 46(4), pp. 417-425.

Hemerijck, A. (2017). *The uses of social investment.* Oxford: Oxford University Press.

Hvinden, B. (2003). The uncertain convergence of disability policies in Western Europe. *Social Policy & Administration*, 37(6), pp. 609-624.

Javornik, J., & Kurowska, A. (2017). Work and care opportunities under different parental leave systems: gender and class inequalities in Northern Europe. *Social Policy & Administration*, 51(4), pp. 617-637.

Kawa, R., Saesmunsen, E., Jónsdóttir, SL. et al. (2016). European studies on prevalence and risk of autism spectrum disorders according to immigrant status - a review. *The European Journal of Public Health*, 27(1), pp. 101-110.

Kleven, H., Landais, C., & Søgaard, JE. (2018). Children and gender inequality: evidence from Denmark. *NBER Working Article Series 24219.*

Konietzka, D., & Kreyenfeld, M. (2010). The growing educational divide in mothers' employment: an investigation based on the German micro-censuses 1976-2004. *Work, Employment and Society*, 24(2), pp. 260-278.

Kossek, EE. & Lautsch, B. (2018). Work-life flexibility for whom? Occupational status and work-life inequality in upper, middle, and lower level jobs. *Academy of Management Annals*, 12(1), pp. 5-36.

Leiter, V., Wyngaarden, Krauss M, Anderson B, and Wells N. (2004) The consequences of caring. Effects of mothering a child with special needs. *Journal of Family Issues*, 25(3), pp. 379-403.

Lindsay, C., Greve, B., Cabras, I., Ellison, N., & Kellett, S. (2015). Assessing the evidence base on health, employability and the labour market. Lessons for activation in the UK. *Social Policy & Administration*, 49(2), pp. 143-160.

Lu, Z-H., & Zuo, A. (2010). Effects of a child's disability on affected female's labour supply in Australia. *Australian Economic Articles*, 49(3), pp. 222-240.

McBride, A., Hebson, G. & Holgate, J. (2015). Intersectionality: are we taking enough notice in the field of work and employment relations?. *Work, Employment and Society*, 29(2), pp. 331-341.

Marin, B., Prinz C.,, & Queisser, M. (2004). Transforming disability welfare policies: towards work and equal opportunities. Avebury: Ashgate.

Marx, I., & Nelson, K. (2013). Minimum income protection in flux. London: Palgrave Macmillan.

Nieuwenhuis R, and Maldonado LC (2018). *The triple bind of single-parent families: Resources, employment and policies to improve well-being.* Bristol: Policy Press.

Nys, A., Meeusen, L., & Corluy, V. (2016). Who cares? A counterfactual analysis of household work intensity in households with disabled family members. *Social Indicators Research*, 128(2), pp. 675-691.

OECD (2003). *Babies and bosses: Reconciling work and family life.* Volume 1. Paris: OECD.

OECD (2010). *Sickness, disability and work: breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries*. Paris: OECD

OECD (2012). *Settling in. OECD indicators of immigrant integration 2012*. Paris: OECD.

Owen, L., Gordon, M., Frederico, M., & Cooper, B. (2003). Listen to us: supporting families with children with disabilities: identifying service responses that impact on the risk of family breakdown. School of Social Work & Social Policy, La Trobe University and Victorian Government Department of Human Services, Melbourne.

Pavolini, E., & Van Lancker, W. (2018). The Matthew effect in childcare use: a matter of policies or preferences? *Journal of European Public Policy*, 25(6), pp. 878-893.

Porterfield, SL. (2002). Work choices of mothers in families with children with disabilities. *Journal of Marriage and Family*, 64(4), pp. 972-981.

Powers, ET. (2001). New estimates of the impact of child disability on maternal employment. *The American Economic Review*, 91(2), pp. 135-139.

Powers, ET. (2003). Children's health and maternal work activity: estimates under alternative disability definitions. *The Journal of Human Resources*, 38(3), pp. 522-556.

Reichman, NE., Corman, H., & Noonan, K. (2008). Impact of child disability on the family. *Maternal and Child Health Journal*, 12(6), pp. 679-683.

Risdal, D. & Singer, GHS. (2004). Marital adjustments in parents of children with disabilities: a historical review and meta-analysis. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 29(2), pp. 95-103.

RKW (2013). De kinderbijslag voor kinderen met een aandoening: tien jaar na de hervorming. *Focusstudie 2013-1.* Brussels: RKW.

Roets, G., Roose, R., Claes, L., Vandekinderen, C., Van Hove, G. & Vanderplasschen, W. (2012). Reinventing the employable citizen: a perspective for social work. *British Journal of Social Work*, 42(1), pp. 94-110.

Sebrechts, L. & Breda, J. (2011). Kinderen met bijzondere behoeften en hun gezin. De kwetsbaarheid van deze gezinnen binnen het opkomend burgerschapsmodel. *CSB Bericht December 2011.* Antwerp, Belgium: Herman Deleeck Centre for Social Policy.

Sebrechts, L. & Breda, J. (2012). Families of children with special needs in Flanders: their vulnerability within the citizenship paradigm. *CSB Working Paper 12/01.* Antwerp, Belgium: Herman Deleeck Centre for Social Policy.

Shahtahmasebi, S., Emerson, E., Berridge, D., & Lancaster, G. (2011). Child disability and the dynamics of family poverty, hardship and financial strain: evidence from the UK. *Journal of Social Policy*, 40(4), pp. 653-673.

Singh, GK. & Lin, SC. (2013). Marked ethnic, nativity, and socioeconomic disparities in disability and health insurance among US children and adults: The 2008–2010 American Community Survey. *BioMed Research International*. Pp. 1-17.

Stabile, M. & Allin, S. (2012). The economic costs of childhood disability. *The Future of Children*, 22(1), pp. 65-96.

Stahl, JF. & Schober, PS. (2018). Convergence or divergence? Educational discrepancies in work-care arrangements of mothers with young children in Germany. *Work, Employment and Society*, 32(4), pp. 629-649.

Uunk, W., Kalmijn, W. & Muffels, R. (2005). The impact of young children on women's labour supply: a reassessment of institutional effects in Europe. *Acta Sociologica*, 48(1), pp. 41-62.

Van Landeghem, C., Breda J. & Mestdagh, K. (2007). Zorgpatronen van kinderen met een handicap. In: Ghysels J and Debacker M (eds) *Zorgen voor kinderen in Vlaanderen: een dagelijkse evenwichtsoefening?* Leuven: Acco, pp. 191-235.

Van Lancker, W. (2013). Putting the child-centred investment strategy to the test: evidence for the EU27. *European Journal of Social Security*, 15(1), pp. 4-27.

van Oorschot, W. (1996). Modelling non-take-up: The interactive model of multi-level influences and the dynamic model of benefit receipt. In van Oorschot W (ed),

New perspectives on the non-take-up of social security benefits. Tilburg: Tilburg University Press, pp. 7-59.

Vinck, J., Lebeer, J., & Van Lancker, W. (2019). Non-take up of the supplemental child benefit for children with a disability in Belgium: a mixed method approach. *Social Policy & Adminstration, 53(3), pp. 357-384.*

Vornholt, K., Villotti, P., Muschalla, B., Bauer, J., Colella, A. & Zijlstra F. (2018). Disability and employment–overview and highlights. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 27(1), pp. 40-55.

Wasi, N., van den Berg B., & Buchmueller, TC. (2012.) Heterogeneous effects of child disability on maternal labor supply: evidence from the 2000 US census. *Labour Economics*, 19(1), pp. 139-154.

Warren, JR. (2009). Socioeconomic status and health across the life course: a test of the social causation and health selection hypotheses. *Social Forces*, 87(4), pp. 2125-2153.

Voorstelling van auteurs en instellingen

INLEIDENDE BESCHOUWING

Michel Mercier

Michel Mercier is econoom en psycholoog. Hij is professor emeritus in de psychologie aan de universiteit van Namen en gasthoogleraar aan de universiteit van Lille. Hij is voorzitter van het "Collège central de stratégie et de prospective" van de "Agence wallonne de la Santé, de la Protection sociale, du Handicap et des Familles", beter bekend als "Agence pour une Vie de Qualité" (AViQ). Hij is ook voorzitter van twee vzw's, "l'Association de Recherche et d'Action en faveur des Personnes Handicapées" (ARAPH) en "Psychologie, Aide Technique et Handicap" (PATH).

Michel Grawez

Michel Grawez is econoom en projectleider bij de "Association de Recherche et d'Action en faveur des Personnes handicapées". Hij is ook voorzitter van Atingo, een studiebureau gespecialiseerd in veralgemeende toegankelijkheid.

HOOFDSTUK 1

Jerome Bickenbach

Jerome Bickenbach is professor emeritus aan de Queen's University van Canada en professor aan de Universiteit van Luzern (Zwitserland). Hij is de auteur van Physical Disability and Social Policy (1993) en coauteur van verschillende boeken: Introduction do Disability (1998), Disability and Culture: Universalism and Diversity (2000), A seat at the table: Persons with Disabilities and Policy Making (2001), Quality of Life and Human Difference (2003), alsook van talrijke artikelen en hoofdstukken in studies die betrekking hebben op handicap en in het bijzonder op de aard, de wetgeving en het beleid op het gebied van handicap. Sinds 1995 is hij adviseur bij de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) en werkt hij aan het opmaken, uitvoeren en evalueren van de ICF en aan het sociaal beleid inzake handicap op internationaal niveau. Handicap is zijn onderzoeksgebied en hij gebruikt kwalitatieve en kwantitatieve onderzoekstechnieken in het kader van het participatief onderzoeksmodel. Professor Bickenbach is ook advocaat geweest, gespecialiseerd in mensenrechten en de strijd

tegen de discriminatie van personen met verstandelijke beperkingen en geestesziekten. Sinds 2007 is hij hoofd van de Beleidseenheid handicap van het Zwitsers Centrum voor paraplegiepatiënten in Nottwil, professor aan de Faculteit Menselijke en Sociale Wetenschappen van de Universiteit van Luzern en directeur van het "Collaborative Centre for Rehabilitation in Global Health Systems" van de WGO.

HOOFDSTUK 2 – DEEL 1

Annabel Vanroose

Annabel Vanroose is gedoctoreerd aan de Vrije Universiteit Brussel en Université libre de Bruxelles en werkt als beleidsadviseur bij de FOD Sociale Zekerheid. Ze werkt op thema's van handicap en armoede en het evalueren van het behalen van de doelstellingen van de sociale zekerheid.

De FOD Sociale Zekerheid vervult twee strategische taken: de coördinatie en ondersteuning van het sociaal beleid en een aanbod van sociale dienstverlening aan de gebruikers. De DG Beleidsondersteuning en -coördinatie ondersteunt beleidsmakers, sociale partners en de andere instellingen van sociale zekerheid bij de uitwerking, voorbereiding en evaluatie van het sociaal beleid. De DG Personen met een handicap staat op zijn beurt onder meer in voor de toekenning van tegemoetkomingen aan volwassenen met een handicap op basis van de evaluatie van de impact van hun handicap en een onderzoek naar hun eventuele inkomsten en de gezinssituatie.

HOOFDSTUK 2 – DEEL 2

Olivier Gillis en Sarah Luyten

Olivier Gillis en Sarah Luyten werken bij het "Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale", de studiedienst van de diensten van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Het observatorium heeft drie voornaamste opdrachten: het geeft een globaal overzicht van de huidige gezondheids- en armoedesituatie in Brussel, het belicht specifieke aspecten van de sociale en gezondheidssituatie van de Brusselse bevolking en evalueert het beleid en de acties op sociaal en gezondheidsgebied.

HOOFDSTUK 2 – DEEL 3

Ann Vanden Abbeele

Ann Van den Abbeele is coördinator van het team Beleid binnen het Vlaams Agentschap Personen met een Handicap.

Het VAPH is één van de agentschappen binnen de Vlaamse overheid die uitvoering geeft aan het beleid van het domein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Het VAPH streeft naar een zo groot mogelijke autonomie en levenskwaliteit van personen met een handicap en treedt op als een klantgerichte en efficiënte partner van personen met een handicap en de organisaties die zorgen voor een kwaliteitsvolle ondersteuning.

HOOFDSTUK 2 – DEEL 4

Jean-Michel Lheureux

Jean-Michel Lheureux is directeur-expert en beheerder van strategische projecten bij de Directie-generaal van de "Agence pour une Vie de Qualité" (AVIQ).

De AVIQ is de Waalse instelling die gezondheid en welzijn, handicap en gezinnen beheert. De AViQ heeft op 1 januari 2016 "l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées" opgevolgd. Ze heeft als doel bij te dragen tot het opmaken, de uitvoering, de opvolging en de evaluatie van het beleid inzake gezondheid, handicap en gezinnen van de Waalse regering. Door middel van haar acties, programma's en diensten wil zij een inclusieve samenleving opbouwen, die toegankelijk is voor iedereen, geïndividualiseerde en aangepaste antwoorden geven voor de behoeften van elke persoon en iedereen in staat stellen om zijn levensproject en zijn levensgewoonten op een zelfstandige manier gans zijn leven te realiseren.

HOOFDSTUK 3

Koen Hermans

Koen Hermans is docent sociaal werk en sociaal beleid aan het Centrum voor Sociologisch onderzoek van de KU Leuven. Hij is ook projectleider bij het Instituut LUCAS (Centrum voor zorgonderzoek en consultancy) van de KU Leuven. Hij verricht onderzoek naar de zorg en ondersteuning van kwetsbare groepen.

HOOFDSTUK 4

Natascha Van Mechelen

Natascha Van Mechelen werkt als adviseur bij de FOD Sociale Zekerheid en was voorheen als post-doctoraal onderzoeker verbonden aan het Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck. Haar belangrijkste onderzoeksdomeinen omvatten het comparatief onderzoek naar bijstandsstelsels, het onderzoek naar arbeidsincentieven in stelsels van sociale bescherming en de ontwikkeling en beheer van microsimulatiemodellen voor sociaal beleid.

Linde Buysse

Linde Buysse is medewerker arbeidsmarktbeleid bij de studiedienst van de Sociaal-economische Raad van Vlaanderen. Daarvoor werkte ze als mandaatassistent bij het Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck. Ze schreef samen met prof. dr. Cantillon het boek "De Staat van de Welvaartsstaat".

HOOFDSTUK 5

Henk Van Hootegem

Henk Van Hootegem is coördinator van het Steunpunt tot bestrijding van armoede bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, dat werd opgericht in 1999 als interfederale onafhankelijke instelling via het Samenwerkingsakkoord betreffende de bestendiging van het armoedebeleid. Het steunpunt evalueert de effectiviteit van de uitoefening van rechten in situaties van armoede. Deze evaluatie gebeurt onder meer door de organisatie van overlegprocessen met personen in een armoedesituatie en hun verenigingen en diverse andere actoren. De resultaten van dit overleg, in de vorm van analyses en aanbevelingen rond bepaalde thema's en met een structurele deelname van mensen in armoede, komen terecht in zijn tweejaarlijkse Verslagen die worden overgemaakt aan de verschillende regeringen, hun parlementen en adviesraden. Daarnaast behelst de evaluatieopdracht van het Steunpunt tot bestrijding van armoede ook activiteiten in verband met het verzamelen van informatie over armoede, het publiceren van interessante juridische beslissingen vanuit een armoede-invalshoek, het opvolgen van internationale verdragen over de rechten van de mens (in samenwerking met andere mensenrechteninstellingen zoals Unia), de ex ante analyse van reglementeringen rond hun impact op armoede, de non-take-up van rechten.

Véronique Ghesquière

Véronique Ghesquière is coördinator van Unia, het interfederaal centrum voor de gelijkheid van kansen.

Unia, het Interfederaal Centrum voor gelijke kansen, werd door de federale Staat en de deelgebieden aangewezen als het onafhankelijke mechanisme voor de bevordering, de bescherming en de opvolging van de uitvoering van het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap. Als instantie voor de bevordering van gelijkheid is Unia krachtens de antidiscriminatiewetgeving ook belast met de behandeling van situaties van discriminatie onder andere wegens een handicap. In het kader van haar opdrachten die zijn vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst tussen de federale overheid, de Gewesten en de Gemeenschappen, is Unia bevoegd om onder andere onafhankelijke adviezen en aanbevelingen uit te brengen voor elke overheid, privé-instelling of privépersoon. Unia is ook erkend als nationale instelling voor de mensenrechten (statuut B).

HOOFDSTUK 6

Sarah Marchal

Sarah Marchal behaalde haar doctoraat in de sociaal economische wetenschappen aan de Universiteit Antwerpen in 2017, met een proefschrift over de evolutie, adequaatheid en kenmerken van minimuminkomensbescherming voor verschillende doelgroepen in de Europese welvaarstaten. In haar recent onderzoek zoekt ze naar manieren om welvaartstaatinstituties te vatten in institutionele indicatoren, en gaat ze na hoe die instituties al dan niet bijdragen in de strijd tegen armoede. Ze focust daarbij op minimuminkomensbescherming in België en Europa, en in het bijzonder op de bijstandsuitkeringen voor personen op actieve leeftijd. Ze gaat onder meer na hoe de toekenningsvoorwaarden voor deze uitkeringen een impact hebben op hun effectiviteit. Verder werkt ze ook mee aan een project rond de opname van bijstandsuitkeringen door rechthebbenden.

Bea Cantillon

Bea Cantillon is gewoon hoogleraar en directeur van het Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck aan de Universiteit Antwerpen. Ze publiceert uitgebreid en internationaal over een brede waaier van onderwerpen waaronder armoede, sociaal beleid, sociale zekerheid, de welvaartsstaat en gender. Ze werkte als adviseur voor de Belgische regering. Zij was tevens Belgisch senator (1995-1999) en voorzitter van de Commissie Cantillon tot hervorming van de sociale zekerheid van zelfstandigen (2000-2002). Professor Cantillon is secretaris-generaal van de Foundation for International Studies on Social Security. Zij is voorzitter van het beheerscomité van FAMIFED - Federaal Agentschap voor de Kinderbijslag. Sinds 2003 is Bea Cantillon lid van de Koninklijke Belgische Academie, lid van de Hoge Raad voor de Werkgelegenheid en sinds 2013 lid van de expertencommissie Pensioenhervorming 2020-2040.

HOOFDSTUK 7

Laurence Noël

Laurence Noël is socioloog en wetenschappelijk medewerkster bij het "Observatoire de la Santé et du Social", de studiedienst van de diensten van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Het "**Brussels Armoede rapport**"[188] publiceert om de twee jaar het Brussels verslag over de toestand van de armoede (bestaande uit 5 afdelingen), geeft een globale visie op en een opvolging van de toestand van de armoede en de gezondheid in het Brussels Gewest, belicht de specifieke aspecten van de sociale en gezondheidssituatie van de Brusselse bevolking en evalueert het beleid en de acties op sociaal en gezondheidsgebied.

HOOFDSTUK 8

Julie Vinck

Julie Vinck werkt als FWO-aspirant bij het Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck aan de Universiteit Antwerpen. Haar doctoraatsonderzoek focust op de link tussen armoede en handicap bij kinderen en welke rol ouderlijke tewerkstelling daarbij speelt.

Wim Van Lancker

Wim Van Lancker is professor sociaal werk en sociaal beleid verbonden aan het Centrum voor Sociologisch Onderzoek aan de KU Leuven. Zijn onderzoek is gericht op het ontwerp en de effectiviteit van sociale beleidsmaatregelen bij het verminderen van armoede en ongelijkheid, met een bijzondere focus op ongelijkheid bij kinderen.

188 http://bit.ly/2JYk8jS

Deelnemende instellingen

POD MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE
BETER SAMEN LEVEN
SPP INTÉGRATION SOCIALE
MIEUX VIVRE ENSEMBLE

Federale Overheidsdienst
Sociale Zekerheid

OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL

OBSERVATOIRE
DE LA SANTE ET DU SOCIAL
BRUXELLES

UNIVERSITÄT
LUZERN

VAPH
VLAAMS AGENTSCHAP VOOR
PERSONEN MET EEN HANDICAP

Vlaanderen
is welzijn

Wallonie
familles santé handicap
AVIQ

UNIVERSITÉ
DE NAMUR

Service de lutte contre la pauvreté,
la précarité et l'exclusion sociale

Steunpunt tot bestrijding van armoede,
bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting

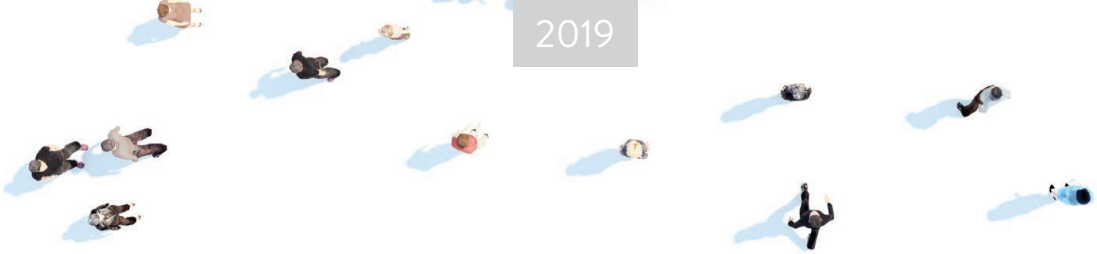
Dienst zur Bekämpfung von Armut, prekären
Lebensumständen und sozialer Ausgrenzung

KU LEUVEN LUCAS
ZORGONDERZOEK & CONSULTANCY

UNIA

CSB
CENTRUM VOOR SOCIAAL BELEID
HERMAN DELEECK

2019



ARMOEDE EN HANDICAP IN BELGIË

Het boek 'Armoede en Handicap in België' onderzoekt en beschrijft de sociale situatie en het gevoerde beleid ten aanzien van personen met een handicap in België. Deze belangrijke doelgroep heeft ondanks onze sociale beschermingssystemen een hoger risico op armoede dan de doorsnee medeburger. Dit boek brengt inzichten samen van experten en academici, waardoor een brede waaier aan onderwerpen belicht wordt die de relatie tussen handicap en armoede verklaren en beïnvloeden: discriminatie, samenwoningstatuten, non-take-up van sociale rechten, arbeidsmarktparticipatie, complexiteit van het institutionele landschap, kinderen met handicap etc. Het boek reikt ook concrete pistes aan om de situatie van deze precaire groep te verbeteren.

Met dit boek willen we beleidsmakers, burgers en middenveldorganisaties inspireren om te blijven investeren in een maatschappij die personen met een handicap toelaat om effectief en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving.

De FOD Sociale Zekerheid (DG Personen met een handicap en DG Beleidsondersteuning en coördinatie) werkte samen met de POD Maatschappelijke Integratie aan het themaboek.

Eindredactie: Koen Hermans, Jean-Marc Dubois en Annabel Vanroose

Depotnummer: D/2019/10.770/39