

# CM-Informatie

## Analyses en standpunten

Driemaandelijks tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten

270

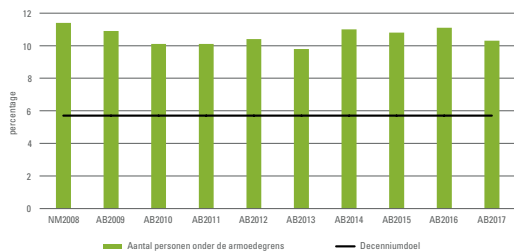
december 2017

### Armoedebeleid

10 Armoedebarmeters tonen dat er na 10 jaar nog ongeveer evenveel mensen in armoede leven en er maar weinig vooruitgang is. Op het vlak van gezondheid blijven de gezondheidsongelijkheden in ons land groot.

De samenleving en de beleidsverantwoordelijken in het bijzonder moeten de verantwoordelijkheid opnemen om werk te maken van hervordering, meer gelijkheid, meer zorg en meer aandacht en bekommernis voor iedereen die kwetsbaar is of wordt.

Grafiek 14: Aantal personen in Vlaanderen onder de armoedegrens in procenten



### Sociale Zekerheid

In 2016 zag een nieuwe wet op de financiering van de sociale zekerheid het licht. De toekomst zal leren of deze wet al dan niet een afbreuk doet aan ons overal geloofde overlegmodel en systeem van sociale zekerheid.

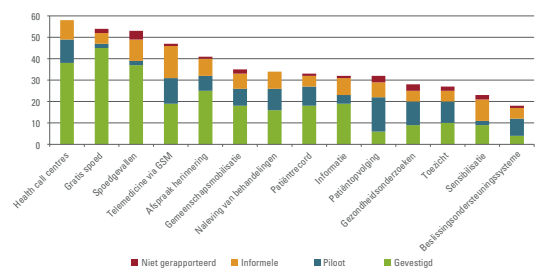
### De proactieve flux

De proactieve controle die in 2015 werd ingevoerd, is erg succesvol gebleken om de toegang tot de verhoogde tegemoetkoming te verbeteren voor gezinnen met een laag inkomen. De contactnames die de ziekenfondsen hebben ondernomen hebben een belangrijk oorzakelijk effect gehad op de opname van de verhoogde tegemoetkoming.

### Gezondheidszorgorganisatie

De Health Call Center zijn de mHealth-initiatieven die het meest worden geïmplementeerd in de wereld.

Figuur 2: Aannemen van gezondheidsinitiatieven via "mobiel", per fase, in de wereld



Meer en meer wil men in beleid werken met concrete, meetbare doelstellingen die men binnen een zekere tijd wil bereiken. Dit zorgt ervoor dat de betrokken stakeholders goede afspraken kunnen maken en methodologieën ontwikkelen om het doel te bereiken. Om de opvolging goed te kunnen monitoren, worden indicatoren bepaald en resultaten weergegeven in bijvoorbeeld jaarlijkse barometers. Een voorbeeld van een dergelijk ambitieus plan zijn de decenniumdoelen 2017 die door een platform van armoedeorganisaties in 2006 bepaald werden. Een eerste artikel van deze CM Informatie bespreekt de evolutie van de jaarlijkse armoedebaarometer. Naast gezondheid komen werk, onderwijs, arbeid, inkomen en wonen aan bod. Helaas besluit het rapport dat er na 10 jaar nog ongeveer evenveel mensen in armoede leven en er maar weinig vooruitgang is. Op het vlak van gezondheid zien we dat de gezondheidsongelijkheden in ons land groot blijven. Er is een pleidooi voor 'health in all policies'. Een hogere terugbetaling voor personen met het statuut van verhoogde tegemoetkoming kan geen sluitende oplossing geven als dit niet samengaat met het verschaffen van een gezonde woning, gezond werk, een voldoende inkomen en onderwijs dat laaggeletterdheid en laaggecijferdheid remedieert.

De meest bekende manier om de gezondheidszorg betaalbaar te houden voor kwetsbare gezinnen, is wellicht het systeem van verhoogde tegemoetkoming (VT). Wie recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming, betaalt bijvoorbeeld minder remgeld bij de huisarts, heeft recht op een regeling derde betalende, betaalt minder voor de Vlaamse sociale bescherming, bij de NMBS en De Lijn etc.

Verskillende groepen – in het totaal ongeveer 8% van de bevolking - hebben automatisch toegang tot de verhoogde tegemoetkoming (mensen met een leefloon, een inkomensgarantie voor ouderen (IGO), een integratietegemoetkoming (IT), een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT), een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB), een toeslag voor kinderen met een handicap of aandoening met een erkenning van minstens 66% ongeschiktheid of vier punten de eerste pijler van de medisch sociale schaal).

Daarnaast is er een groep van zo'n 10% die recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming op basis van een laag inkomen. Deze mensen moeten echter zelf een aanvraag indienen, waarop dan een inkomensonderzoek volgt. Sinds 2015 krijgt CM van de fiscus een lijst van gezinnen die volgens de fiscus een belastbaar inkomen hebben onder de inkomensgrens voor recht op VT. Dit noemt men de proactieve flux. We stellen in dit

nummer een studie voor, uitgevoerd in samenwerking met de universiteit van Antwerpen, die de effectiviteit nagaat van het proactief contacteren van onze leden inzake VT. De contactnames bleken efficiënt en leidden tot een verhoging van het aantal mensen die recht kregen op VT. Er zijn wel verschillen tussen de regionale ziekenfondsen vast te stellen.

Een andere maatregel om de drempel voor de zorg te verlagen, zou het oprichten van 'health call centers' kunnen zijn, die in sommige landen al successen boeken. We maakten op basis van een onderzoek van de literatuur en van ervaringen in andere landen een stand van zaken op. Een contactname met een 'health call center' wordt gemakkelijker door de mobiele telefonie en het internet en staat wereldwijd aan de top van de ontwikkeling in mobile health. Deze centra nemen twee belangrijke rollen op: patiëntselectie voor al dan niet doorverwijzing of zelfzorg en het geven van gezondheids(-zorg) informatie. In sommige landen zijn ziekenfondsen op dat vlak een actieve partner. In België is het initiatief 1733 veelbelovend voor wat de selectie betreft om bijvoorbeeld de juiste patiënten naar ofwel de huisarts, de apotheker of spoed door te sturen. Op het vlak van meer algemene gezondheidsinformatie of informatie over administratieve aspecten van onze gezondheidszorg, zullen ziekenfondsen in het kader van hun opdracht in het bevorderen van de health literacy bij hun leden, verder mee participeren aan deze evoluties.

De ontwikkeling van een maatschappij kan men onder meer beoordelen op basis van de manier waarop zij met kwetsbaren, zieken en ouderen omgaat. Een sterk uitgebouwde sociale zekerheid is een belangrijke factor om een goede aanpak voor deze groepen te kunnen verzekeren. In 2016 zag een nieuwe wet op de financiering van de sociale zekerheid het licht. Niettegenstaande positieve kanten, vreest de auteur die de wet analyseerde, een grotere inmenging en controle van de staat en de politiek in de sociale zekerheid. Want ook de sociale zekerheid zal moeten bijdragen aan budgettaire inspanningen, niettegenstaande de toenemende noden. Dit beschrijft men dan als een 'responsabilisering van de sociale partners'. Een commissie voor 'Financiën en budget' moet toezien op een budgettaire discipline en krijgt verregaande bevoegdheden om te interveniëren. De toekomst zal leren of deze wet al dan niet een afbreuk doet aan ons overal geloofde overlegmodel en systeem van sociale zekerheid.

*Michiel Callens*

*Directeur R&D*

## 10 jaar lang een armoedig beleid. 10 Armoedebarmeters leggen de vinger op de wonde

*Michel Debruyne, Coördinator Decenniumdoelen (www.decenniumdoelen.be)*

### Samenvatting

*Sinds 2006 volgt Decenniumdoelen2017 (d.i. het platform van armoedeorganisaties, middenveld, mutualiteiten en vakbonden dat als doel heeft de armoede in Vlaanderen te halveren), het Vlaamse en federale beleid op de voet op. Op 6 domeinen (m.n. gezondheid, inkomen, werk, onderwijs, wonen en samenleven) werden concrete doelen ontwikkeld. Met deze doelen duwen we hen in de richting van een structureel armoedebestrijdingsbeleid.*

*De doelen worden gemonitord door de Armoedebarmeters. De 10 Armoedebarmeters tonen aan dat een multidisciplinaire aanpak van armoede nodig is, waarin naast gezondheid ook werk wordt gemaakt van onderwijs, arbeid, inkomen en wonen. De Armoedebarmeters stellen onder meer vast dat gezondheidsongelijkheden een groot probleem blijven in België en Vlaanderen.*

*Pas als er een consistent armoedebelid wordt gevoerd, kan dit ook effect teweeg brengen op gebied van gezondheid. Want allemaal goed en wel om bijvoorbeeld te investeren in een hogere terugbetaling van gezondheidszorg voor personen met het statuut van verhoogde tegemoetkoming, maar wat haalt dit uit als men woont in een ongezonde woning in een achtergestelde buurt, als men gevaarlijk en ongezond werk verricht, aan een inkomen dat onvoldoende is om rond te komen en wanneer het onderwijssysteem elke ongelijkheid enkel vergroot? Het wordt tijd dat er echt werk wordt gemaakt van een doordachte aanpak van ongelijkheden in onze samenleving. Pas dan is er een kans dat in de toekomst de gezondheidsongelijkheden drastisch afnemen.*

*Met Decenniumdoelen bekijken we de verschillende levensdomeinen en brengen we die samen in een verhaal. De 10e Armoedebarmeter evalueert 10 jaar armoedebelid op al deze domeinen. Worden de doelstellingen gehaald? Zijn er belangrijke stappen vooruit te melden of gaan we er op achteruit? De conclusie is glashelder: op geen enkele doelstelling zien we een fundamentele verbetering. Meer nog, op 3 doelstellingen (gezondheid, onderwijs en samenleven) gaan we er op achteruit, zelfs fors achteruit. De belangrijkste conclusies zijn:*

- 10 jaar gezondheidsbeleid levert niet het gewenste resultaat op: meer mensen dan ooit voelen zich ongezonder en meer mensen dan ooit moeten om financiële redenen gezondheidszorg uitstellen.*
- Het aantal mensen dat werkt en toch arm is vermindert niet en blijft schommelen rond 90.000 mensen.*
- Laaggeschoolden en mensen met een migratieachtergrond hebben het extra moeilijk op de arbeidsmarkt. Zij zijn ook meer gevoelig voor armoede, zijn meer ziek of voelen zich meer ongezond dan veel andere groepen.*
- Hoewel het aantal sociale woningen gestadig aangroeit, zijn we nog ver verwijderd van het Decenniumdoel. Ook het Vlaamse doel is nog ver weg.*
- Het Decenniumdoel, een halvering van de armoede, wordt niet gehaald. 10 jaar armoedebestrijdingsbeleid heeft dus een muis gebaard. Na 10 jaar blijven er ongeveer evenveel mensen leven in armoede.*
- 10 jaar armoedebestrijdingsbeleid betekent dus niet minder armen, integendeel. Armoede blijft ondanks alle intenties constant hoog. De kinderarmoede-indicator toont bovendien aan dat armoede, ondanks de stijgende welvaart, geen topprioriteit is.*

*Sleutelwoorden: 10 Armoedebarmeters, ongezondheidskloof, financiële armoede, werkarmoede, onderwijsongelijkheid, huurlast, uitsluiting, aantal armen, kleur van armoede*

## 1. 10 Armoedebarmeters

In 2006 kwamen verschillende armoede- en middenveldorganisaties samen met als doel een structureel armoedebeleid af te dwingen. Concrete doelen werden voorgelegd:

- een halvering van de gezondheidsongelijkheid tussen rijk en arm;
- een halvering van het aantal gezinnen waar niemand werkt;
- voor elk gezin, ongeacht de samenstelling, minstens een inkomen dat de Europese armoederisicodrempel bereikt;
- een toename van het aantal goede en betaalbare huurwoningen met 150.000 eenheden, waarvan minstens de helft sociale woningen zijn;
- een daling tot 3% van de laaggeletterdheid en laaggecijferdheid bij jongeren, in alle onderwijsvormen en voor alle jongerengroepen;
- een verbreding van de netwerken van mensen in armoede.

Op basis van deze 6 doelen werd vanaf 2007 een jaarlijkse Armoedebarmeter ontwikkeld. Daartoe werden deze 6 doelen vertaald in meetbare indicatoren die het mogelijk maken de evolutie van de armoede in kaart te brengen en een duidelijk beeld te scheppen van de gevolgen van het beleid. Decenniumdoelen wilde immers vanaf de start het beleid kritisch opvolgen, monitoren: wat zijn de gevolgen van het gevoerde beleid op de gezondheid, het wonen, het werken, ... voor mensen die leven in armoede of op de grens van armoede? De Armoedebarmeter is dus meer dan een knipperlicht. We

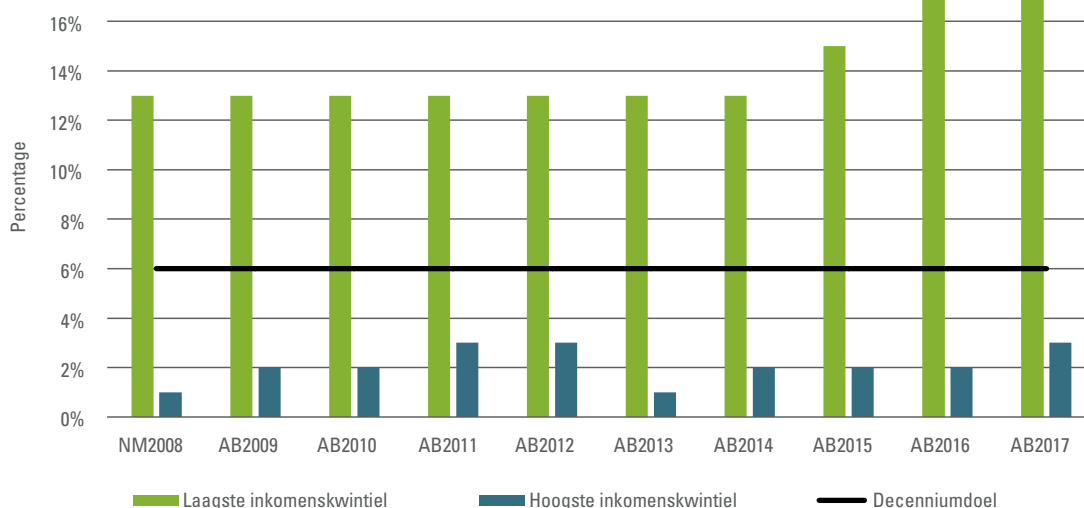
meten ook de temperatuur, met name het gevoerde beleid, van 'de staat van armoede'.

Sinds 2006 heeft Decenniumdoelen2017 9 Armoedebarmeters gepubliceerd. De 10e Armoedebarmeter van 2017 kijkt niet enkel naar het voorbije jaar, deze kijkt naar de voorbije tien jaar en maakt een evaluatie van 10 jaar armoedebestrijdingsbeleid.

## 2. 10 jaar armoedebeleid onder de loep

Decenniumdoelen2017 volgt de 6 domeinen (inkomen, werk, gezondheid, wonen, onderwijs, samenleven) op de voet. We maken gebruik van de cijfers die de overheden en hun agentschappen ons verschaffen. Zij baseren zich op de cijfers van hun agentschappen, bv VDAB, Kind en Gezin, of administraties (Onderwijs), wetenschappelijke steunpunten (rond onderwijs en wonen) en Europese cijfers (EU-Silc of de Europese Enquête naar de inkomenslevensomstandigheden). Het zijn hun cijfers die jaarlijks gepubliceerd worden die we hen voor de voeten gooien. De basisenquête van ons onderzoek is de EU-Silc. Belangrijk om weten is dat deze enquête steeds twee jaar teruggaat. Dit wil zeggen, de Armoedebarmeter van 2017 gaat over het jaar 2015, enzovoort. De EU-Silc is representatief voor Vlaanderen. De Armoedebarmeter kijkt enkel naar Vlaanderen, Brussel niet inbegrepen. De conclusies gelden echter ook voor de andere regio's.

Grafiek 1: Evolutie van het subjectief ongezondheidsgevoel in Vlaanderen



## 2.1. Gezondheid en armoede

Het Decenniumdoel, de halvering van de gezondheidsongelijkheid tussen rijk en arm, vertalen we als het dalen van het subjectief ongezondheidsgevoel van het laagste inkomenskwintiel tot 6%. Deze 6% is het resultaat van de halvering van het verschil tussen het subjectief ongezondheidsgevoel van mensen uit het laagste en het hoogste inkomenskwintiel gemeten tijdens de nulmeting (NM in de grafieken). De gezondheidskloof bekijkt de evolutie van de afstand tussen het doel (met name 6%) en het gemeten subjectief ongezondheidsgevoel bij het laagste inkomenskwintiel. Grafiek 1 toont de evolutie van het subjectief ongezondheidsgevoel van personen uit het laagste en het hoogste inkomenskwintiel, telkens in confrontatie met het doel. De 10 Armoedebaremeters (AB20xx in de grafieken) tonen de toename van de gezondheidskloof.

Tot 2012 (AB2014) meldt 13% van de mensen uit het laagste inkomenskwintiel zich ongezond. Vanaf 2013 (AB2015) stijgt het subjectief ongezondheidsgevoel fors tot 17% in 2015 (AB2017). Hierdoor wordt de afstand met het beoogde doel groter: tijdens de nulmeting 7 procentpunt, in 2015 11 procentpunt.

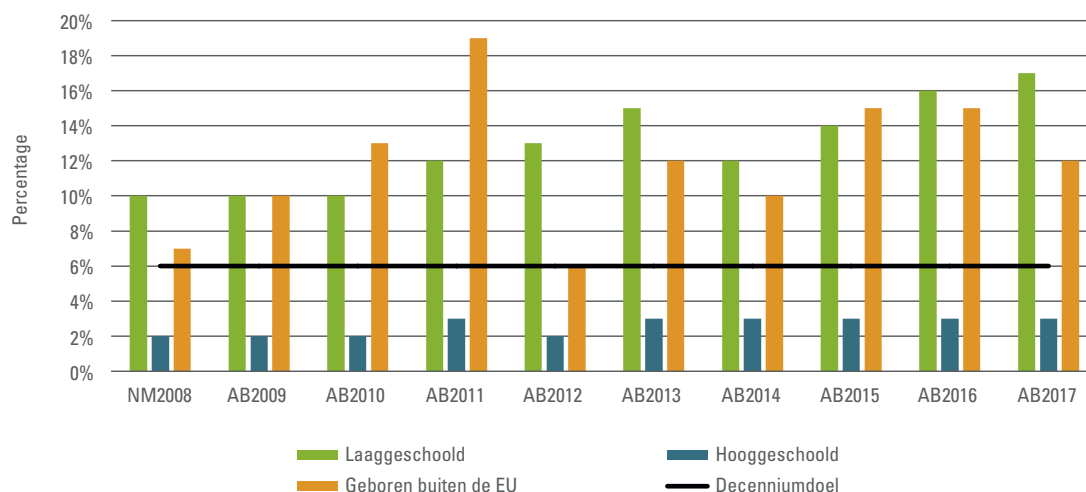
Grafiek 2 toont het subjectief ongezondheidsgevoel bij laaggeschoolden, hooggeschoolden en mensen geboren buiten de Europese Unie (EU).

Hooggeschoolden worden hier opgenomen als vergelijkingsbasis. De evolutie van het ongezondheidsgevoel bij laaggeschoolden volgt een stijgende lijn: in 2006 (NM2008) voelde 10% zich subjectief ongezond, vanaf 2009 (AB2011) voelen meer laaggeschoolden zich ongezond. In 2015 (AB2017) is dit 17%.

Het subjectief ongezondheidsgevoel van mensen geboren buiten de EU vertoont een sterk schommelende lijn: 7% in 2006 (NM2008) en dan sterk stijgend tot 19% in AB2011, om dan terug sterk te dalen tot 6% en vervolgens opnieuw te stijgen tot 12% in 2015 (AB2017). Deze grote schommelingen zijn een gevolg van de methodiek van EU-Silc, waarbij er roterende panels gebruikt worden. Om de zoveel jaar is er een gewijzigde samenstelling die soms een effect kan hebben op de resultaten. Daarom wordt hier vooral gekeken naar de lange termijntrend.

Het Decenniumdoel, de halvering van de gezondheidsongelijkheid tussen rijk en arm, is dus verder weg dan ooit. Laaggeschoolden, mensen met een migratieachtergrond en mensen uit het laagste inkomenskwintiel voelen zich veel meer ongezond dan hooggeschoolden en mensen uit het hoogste inkomenskwintiel. Bovendien vergroot de afstand tussen het doel (6%) en het gemeten subjectief ongezondheidsgevoel.

Grafiek 2: Evolutie van het subjectief ongezondheidsgevoel bij diverse kansengroepen in Vlaanderen



Wie arm is, voelt zich ziek. De volgende grafieken plaatsen de betaalbaarheid van de gezondheidszorg centraal. Er zijn al verschillende maatregelen in het leven geroepen om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verzekeren. Grafiek 3 maakt duidelijk dat er toch nog heel wat werk aan de winkel is.

De lijn in de grafiek toont de evolutie van de betaalbaarheidsproblemen van alle Vlamingen. Dit wordt gebruikt als contrast met de evolutie van de betaalbaarheidsproblemen van sommige groepen. De grafiek toont duidelijk dat steeds meer mensen gezondheidszorg moeten uitstellen: in 2006 (NM2008) amper 1,3% van de Vlamingen, in 2015 (AB2017) al 4,1%. Bekijken we deze grafiek nader, dan komen dezelfde groepen terug die zich subjectief ongezond voelen: laaggeschoolden, geboren buiten de EU en uit het laagste inkomenskwintiel stellen hun gezondheidszorg vaker uit om financiële redenen. In 2006 (NM2008) stelde 5% van personen uit het laagste inkomenskwintiel zorg uit, in 2015 (AB2017) is dit al 12%: een stijging met 7 procentpunt. In 2006 (NM2008) stelde 4% van de mensen geboren buiten de EU zorg uit, in 2015 (AB2017) is dit 12%: een stijging met 8 procentpunt. Voor de laaggeschoolden stellen we eenzelfde evolutie vast: van 2% naar 7%, een stijging van 5 procentpunt.

Meer mensen voelen zich ongezond, steeds meer mensen stellen gezondheidszorg uit, waardoor meer mensen zich ongezond voelen. Een helse cirkel van zich ziek voelen, ziek worden, zorg uitstellen, ... begint.

10 jaar gezondheidsbeleid levert dus niet het gewenste resultaat op.

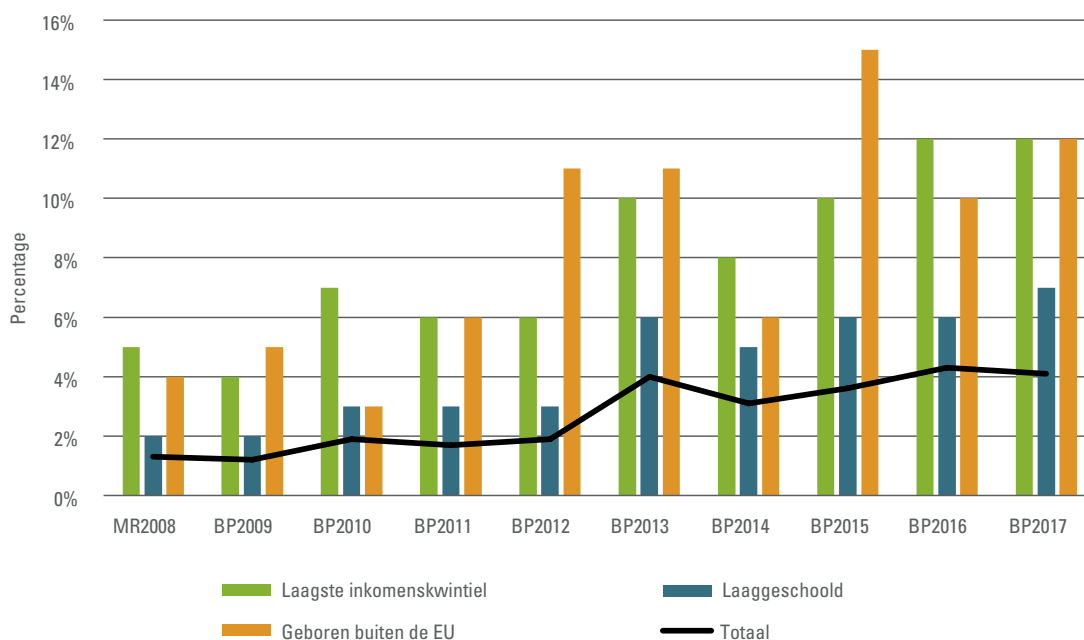
## 2.2. Maar hoe arm zijn mensen?

Grafiek 4 toont de evolutie van het subjectief gevoel van armoede. In tegenstelling tot alle andere grafieken die gebaseerd zijn op het huishoudinkomen van het jaar voorafgaand aan de survey, toont deze grafiek hoe de situatie was van het gezin op het moment van de afname van de survey, met name medio 2015. 2015 is ook het jaar waar de regeringen grote besparingen hebben aangekondigd en uitgevoerd.

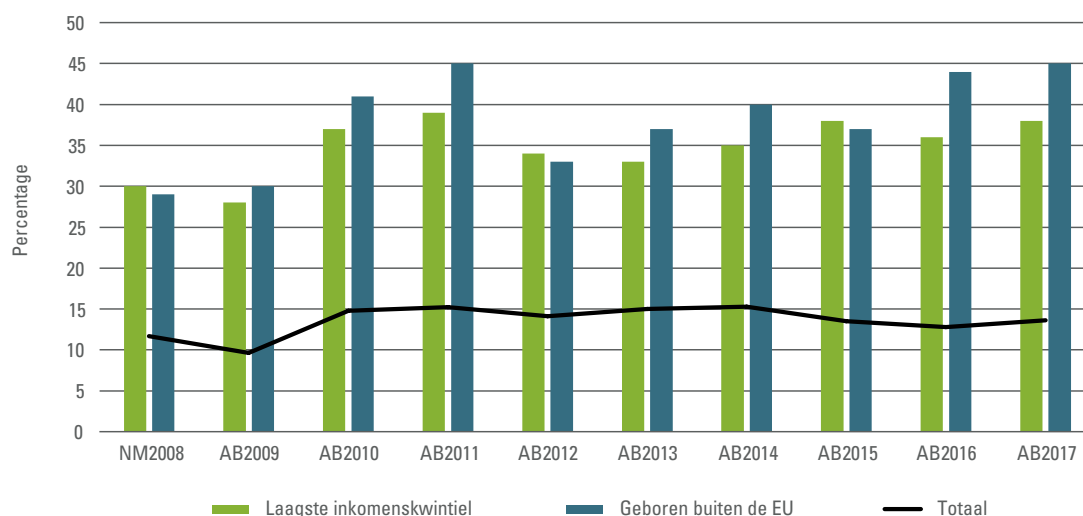
In 2006 (NM2008) voelde 11,7% van de inwoners in Vlaanderen zich arm en dit stijgt in de jaren 2009 en 2010 (AB2011 en AB2012, d.i., in de jaren van de economische crisis) tot ongeveer 15,3% in 2012 om dan terug te dalen tot 13,6% in 2015. Sinds de nulmeting betekent dit een stijging van 2 procentpunt. Kijken we doorheen de schommelingen dan ligt het gevoel van armoede merkkelijk hoger dan in de beginjaren van de meting.

Dezelfde kansengroepen worden opnieuw getroffen. De subjectieve armoede is bij deze groepen sinds de economische crisis van 2008 terug aan het stijgen en nu veel hoger dan in 2006 of bijna even hoog als in 2009. Bijna 1 op 2 mensen geboren buiten de EU voelt zich arm, wat ook het geval is voor meer dan 35% van de mensen uit het laagste inkomenskwintiel.

**Grafiek 3: Evolutie van het percentage van personen uit diverse kansengroepen dat gezondheidszorg moeten uitstellen om financiële redenen**



Grafiek 4: Evolutie van de subjectieve armoede, globaal en voor twee kansengroepen in Vlaanderen



Sinds de nulmeting is dit een stijging van respectievelijk meer dan 15 procentpunt en 7 procentpunt. Sinds 2006 (NM2008) is de situatie voor deze kansengroepen er echt op achteruit gegaan. Wie een vergelijking maakt met de vorige grafiek over de betaalbaarheidskloof (grafiek 3), kan enkel vaststellen dat groepen die hun gezondheidszorg om financiële redenen uitstellen, de groepen zijn die zich arm voelen.

Deze forse achteruitgang kan onder meer te maken hebben met de lasten die gezinnen dragen sinds 2015. De besparingen die vanaf september 2015 in voege getreden zijn, treffen deze gezinnen zwaar. Decenniumdoelen2017 berekent sinds 2015 de gevolgen van deze besparingen voor verschillende types van gezinnen<sup>1</sup>. Enkel die gezinnen waar minstens een gezinslid voltijds werkt, blijven gespaard van de besparingsgevolgen. De gevolgen van de maatregelen op federaal en Vlaams niveau zijn negatief voor gezinnen die leven met een uitkering, pensioen of voor halftijds werkenden zoals eenoudergezinnen. De hogere energiefactuur, de indexsprongen, de hogere kosten voor kinderopvang en zorg, ... wegen zwaar door op het huishouden. In 2016 en 2017 houden gezinnen maandelijks gemiddeld 50 euro minder over.

Het subjectief armoedegevoel is niet enkel gebaseerd op wat er gebeurt aan besparingen, maar tevens op wat mensen al dan niet kunnen uitgeven. Grafiek 5 toont het percentage personen dat zich geen onverwachte grote aankoop van meer dan 1.000

euro kan veroorloven doorheen de tijd (data beschikbaar vanaf 2006 (NM2008)), alsook het percentage personen dat langer dan 2 jaar arm is (data beschikbaar vanaf 2007 (AB2009)).

in 2006 (NM2008) kon 11,8% van de Vlaamse bevolking zich geen onverwachte grote aankoop veroorloven. Dit aandeel steeg gestaag tot 16,5% in 2015 (AB2017). Wie zich geen onverwachte grote aankoop kan veroorloven, hoeft niet per definitie arm te zijn. Dit type gezin leeft echter wel steeds rond de armoedegrens en er hoeft dan niet veel te gebeuren om in de armoede te tuimelen. De gevolgen van de besparingen zijn voor deze gezinnen, die op de grens van armoede leven, dan ook uitermate ernstig: besparingen duwen ze immers nog meer richting armoederisicogrens.

Langdurige armoede betekent zich zowel in het huidige als in de voorbije twee jaar onder de Europese armoederisicodrempel bevinden. In 2007 (AB2009) was 5% van de bevolking langdurig arm, in 2015 (AB2017) was dit 6,4%.

Wie arm is, kan in onze welvaartstaat een beroep doen op de sociale zekerheid of de bijstand. Cruciaal om weten is hoe ver de sociale minima verwijderd (in positieve of negatieve zin) zijn van de Europese armoedegrens. Armoede is groter als de minima ver verwijderd zijn van deze grens. De resultaten van deze oefening worden visueel weergegeven in grafiek 6. De Europese armoedegrens ligt op 100%.

1 Het persdossier m.b.t. de gevolgen van de besparingen: <http://www.decenniumdoelen.be/dcd/pers/>



Geen enkele uitkering bereikt de Europese armoedegrens, zo blijkt meteen uit grafiek 6. Ondanks enkele lichte verbeteringen doorheen de 10 Armoedebaremeters voornamelijk m.b.t. het leefloon en de InkomensGarantie voor Ouderen (IGO), blijven uitkeringen voor werkloosheid en pensioen nagenoeg even ver van de armoedegrens verwijderd. Het leefloon bijvoorbeeld ligt 20 procentpunt onder de Europese armoedegrens. Worden koppels met 2 kinderen genomen, dan ligt het leefloon ongeveer 30 procentpunt onder de armoedegrens.

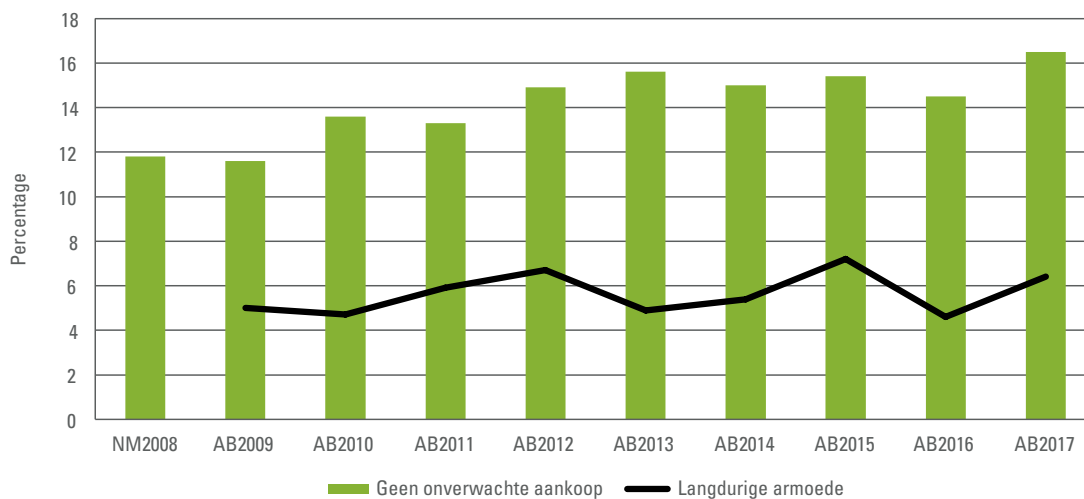
De grafiek toont de beperkte schommelingen: sinds 2006 zijn de minima nagenoeg constant gebleven, en dit ondanks alle

beloften. De federale belofte om de minima op te tillen tot de armoederisicogrens is sinds de laatste beleidsbrief<sup>2</sup> ook verlaten. De Vlaamse ambitie uit het pact 2020 dat iedereen een inkomen heeft dat de Europese armoederisicodrempel bereikt, wordt zo onhaalbaar.

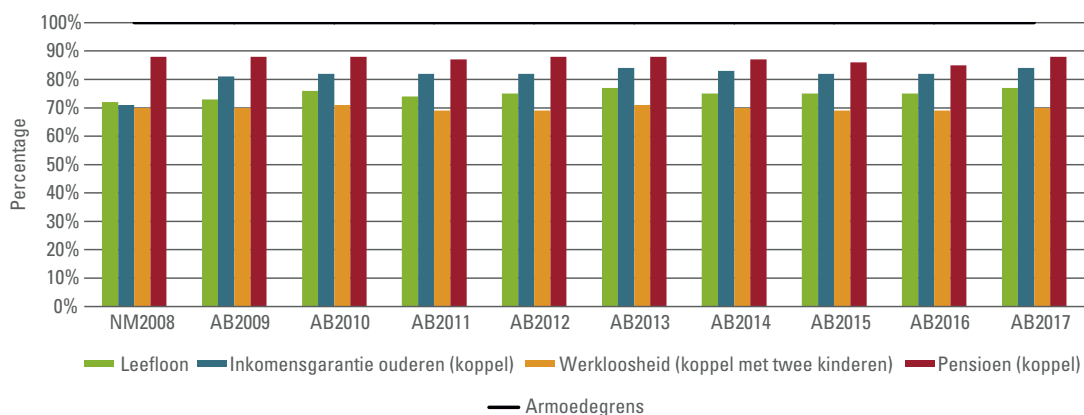
Het Decenniumdoel, voor elk gezin minstens een inkomen dat de Europese armoederisicodrempel bereikt, wordt ook na 10 jaar armoedebestrijdingsbeleid niet gehaald.

Wie de verschillende bovenstaande grafieken na elkaar leest, moet concluderen dat 10 jaar armoedebestrijding gezinnen

**Grafiek 5: Evolutie van de diepte van armoede, percentage dat geen onverwachte aankoop kan veroorloven en percentage dat langer dan 2 jaar arm is**



**Grafiek 6: Positionering van de sociale minima België tot de armoedegrens**



2 De beleidsbrief van mevrouw Demir Zuhail, staatssecretaris voor armoedebestrijding, april 2017, <http://www.dekamer.be/FLWB/PDF/54/0020/54K0020069.pdf>.



niet uit de armoede helpt, maar ze in de armoede houdt. Geen enkele indicator toont een positieve evolutie. In het beste geval is er een stabilisering van de situatie. Maar wie dieper graaft (en dit hoeft niet eens zo diep te zijn), ziet een groeiende verarming van verschillende bevolkingsgroepen.

### 2.3. Als er geen werk is ...

De huidige en vorige regeringen zetten in op jobs als hét antwoord op armoede. In de beleidsbrief van de huidige staatssecretaris voor armoedebestrijding vormt “meer mensen aan het werk” bovendien ook een voorwaarde voor hogere sociale minima<sup>3</sup>. Meer mensen aan het werk is het streefdoel.

Uit de berekeningen van Decenniumdoelen2017 blijkt dat de huidige regeringen met “de wortel en stok methode” werk aantrekkelijk willen maken. Wie werkt wint, wie niet werkt verliest. Uit de berekeningen van de Decenniumdoelen2017, blijkt dat wie noodgedwongen halftijds werkt of halftijds werk vindt, verliest. Werk is dus niet steeds het antwoord op armoede.

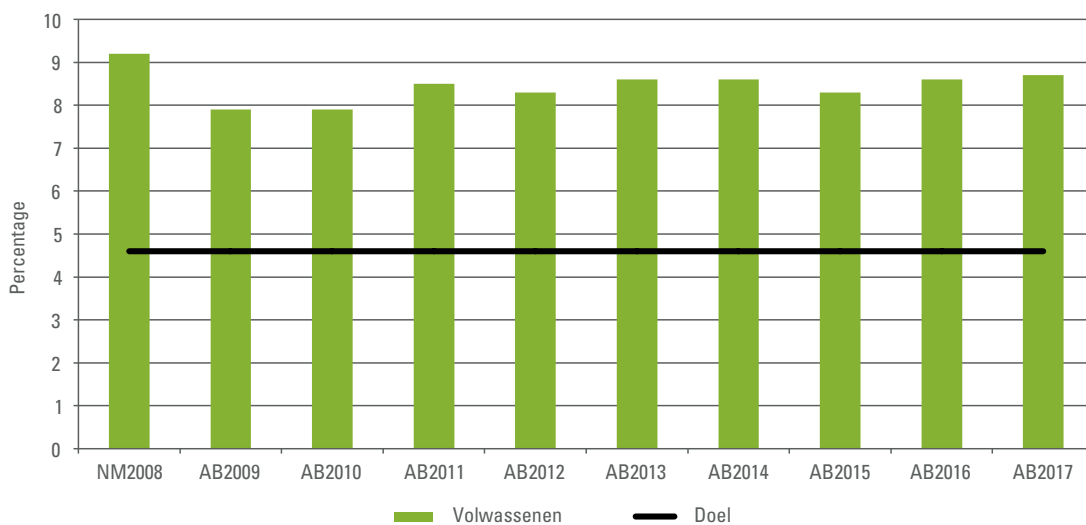
#### a) werk-arme gezinnen

Het aantal werkenden dat leeft onder de armoedegrens in Vlaanderen schommelt rond de 3,5%. Dit cijfer is de voorbije 10 jaar amper veranderd. 3,5% lijkt weinig, maar in absolute getallen gaat dit over 90.000 personen. Werk is dus niet altijd het antwoord om uit armoede te raken.

Grafiek 7 toont de evolutie van het procentueel aantal gezinnen zonder inkomen uit betaald werk. Dit zijn werk-arme gezinnen. In 2006 had 9,2% van de gezinnen geen inkomen uit betaald werk, in 2015 is dit gedaald tot 8,7%. Sinds de nulmeting blijft dit aantal schommelen boven de 8%.

Het Decenniumdoel, een halvering van het aantal gezinnen waar niemand werkt, ligt op 4,6%. Het doel is nog steeds 4 procentpuntverweg. Met andere woorden, het Decenniumdoel ligt nog steeds ongeveer even veraf als bij het begin van de metingen.

**Grafiek 7: Evolutie van het procentueel aandeel aantal gezinnen in Vlaanderen zonder inkomen uit betaald werk**



<sup>3</sup> “Meer mensen aan het werk betekent onder andere op lange termijn betaalbare pensioenen maar ook – wat zeer belangrijk is in het kader van armoedebestrijding – sociale minima die niet significant onder de armoederisicogrens liggen. Substantieel hogere uitkeringen worden immers makkelijker realiseerbaar als er minder mensen nood hebben aan een uitkering en mensen sneller weer doorstromen naar werk.” Pag 11 van de beleidsbrief van mevrouw Demir Zuhail, zie voetnoot hiervoor.

## b) Hoeveel mensen hebben geen werk?

Wat de werkloosheidscijfers betreft, springen 3 groepen in het oog: laaggeschoolden, jongeren en mensen met een migratieachtergrond (grafiek 8).

Het totaal aantal werklozen is vrij laag en blijft schommelen rond 5%. Een blik op verschillende doelgroepen, geeft een ander beeld. Jongeren hebben het moeilijk op de arbeidsmarkt. In 2006 (NM2008) was 12,5% van de jongeren werkloos. Dit aantal daalde tot de economische crisis, om dan opnieuw fors te stijgen tot boven de 16% en in 2015 (AB2017) te eindigen op 15,2%. Een stijging van 2,7 procentpunt t.o.v. de nulmeting.

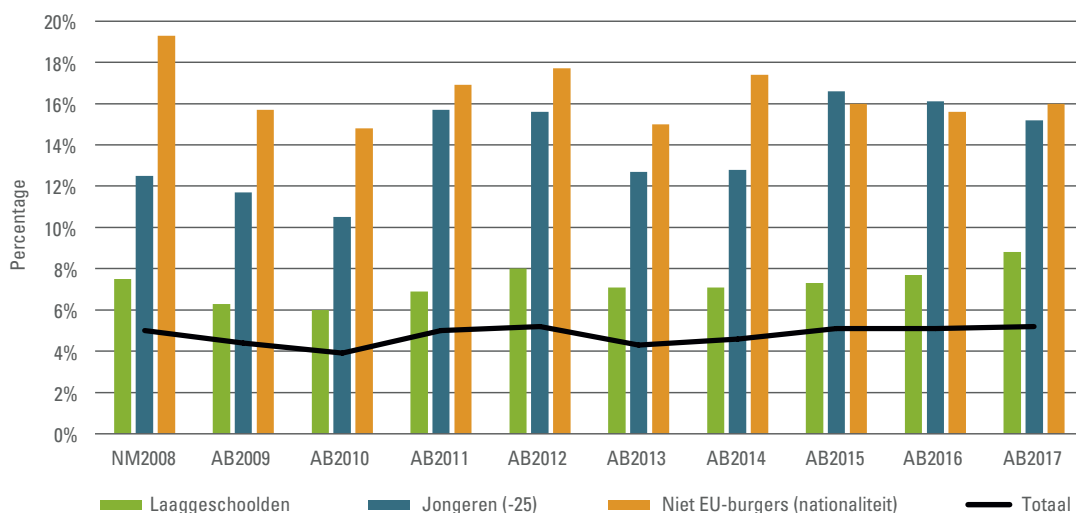
Het aantal laaggeschoolde werklozen steeg van 7,5% in 2006 tot 8,8% in 2015. Een stijging van 1,3 procentpunt. Het aantal

niet-EU-burger werklozen daalde weliswaar van 19,3% in 2006 tot 16% in 2015, maar blijft bijzonder hoog in vergelijking met de andere groepen.

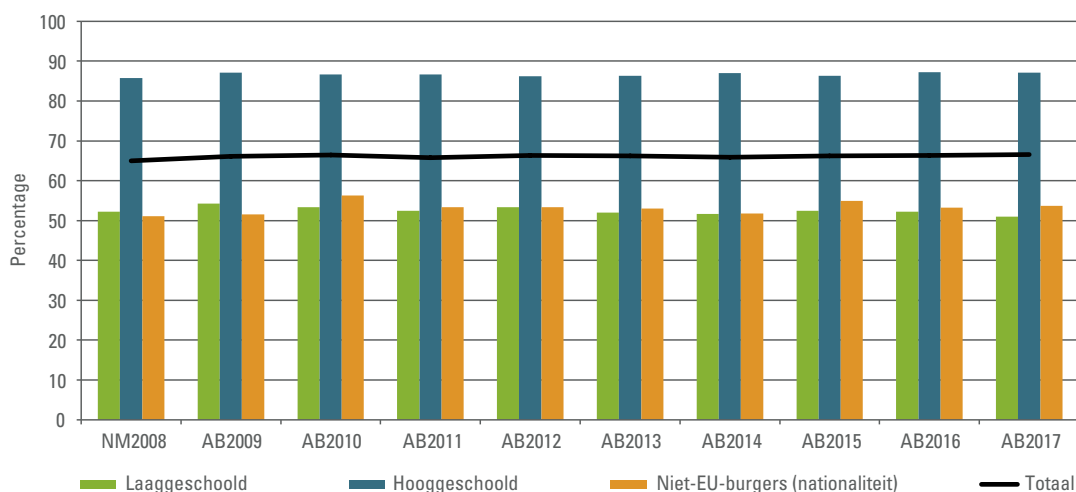
Bovenstaande grafieken kunnen we op elkaar leggen: de werkzaamheidsgraad van de bevolking duidt de kloof tussen hooggeschoolden en alle anderen duidelijk.

De werkzaamheidsgraad van de Vlaamse bevolking tussen de 20 en 64 jaar schommelt sinds 2006 (NM2008) tussen de 65% en 67%. Grafiek 9 maakt de kloof tussen verschillende groepen zichtbaar. Hooggeschoolden hebben een werkzaamheidsgraad van meer dan 85%. In schril contrast met deze hoge cijfers staan de werkzaamheidsgraden van laaggeschoolden en niet-EU-burgers, die net boven de 50% liggen en gedurende deze 10 jaar van monitoring schommelen rond amper 50%.

Grafiek 8: Evolutie van de werkloosheidsgraad bij kansengroepen in Vlaanderen



Grafiek 9: Evolutie werkzaamheidsgraden bij verschillende kansengroepen in Vlaanderen



## 2.4. Onderwijsongelijkheid

De dalende werkzaamheidsgraad bij laaggeschoolden keert ook terug in andere metingen. Zo publiceert de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB) jaarlijks een schoolverlatersrapport. Het aantal schoolverlaters dat na een jaar nog werk zoekt schommelt rond 12% (11,7% in 2012 en in 2015 (AB2017), met tussenin een lichte stijging en daling). Bekijken we leerlingen die het Buitengewoon Secundair Onderwijs (BUSO) verlaten, dan is een toenemend aandeel van deze leerlingen na een jaar nog op zoek naar werk: 31,2% in 2012 en 41,5% in 2015 (AB2017).

De sociale economie probeert bij te dragen tot een hogere werkzaamheidsgraad door mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt (ouderen, jongeren, mensen met een migratiegeschiedenis, gehandicapten, laaggeschoolden en vrouwen) met gepaste ondersteuning aan de slag te helpen. Die bijdrage is echter bescheiden. Amper een 26.000 personen in Vlaanderen worden via de sociale economie aan de slag geholpen. Bovendien werd er geen groeipad uitgetekend voor deze sector. Hierdoor blijft het aantal plaatsen binnen de sociale economie ongeveer stabiel tot licht dalend. Tabel 1 geeft de meest recente cijfers weer.

Jobs vormen het antwoord van deze en vorige regeringen op armoede. Dit antwoord vertaalt zich in "wortel en stok"-methodes. Werkloosheidsuitkeringen zijn ver verwijderd van de armoedegrens. De voorwaarden om een werkloosheidsvergoeding te verkrijgen zijn bovendien sterk verstrengd. Het Decenniumdoel, de halvering van het aantal gezinnen waar niemand werkt, wordt niet gehaald. Laaggeschoolden en mensen met een migratieachtergrond blijven ver achter op de andere groepen. De kloof tussen hen en de anderen wordt steeds groter. Er wordt geïnvesteerd in een werkbonus voor zij die voltijds werken, maar niet in de sociale economie die nochtans laaggeschoolden, mensen met een migratieachtergrond en andere groepen aan de slag helpt.

Decenniumdoelen2017 heeft steeds extra aandacht besteed aan het onderwijs. De school is immers sinds WO II de plek waar jongeren de mogelijkheid krijgen om mee te zijn. Het Decenniumdoel hiervoor is dan ook een daling tot 3% van de laaggeletterdheid en laaggecijferdheid bij jongeren, in alle onderwijsvormen en voor alle jongerengroepen. In grafiek 10 wordt dit doel met de horizontale lijn geduid.

Grafiek 10 resumeert de resultaten van de (PISA) onderzoeken (Programme for International Student Assessment) sinds 2006 voor Vlaanderen. Om de 3 jaar worden in verschillende Europese en niet-Europese landen testen van 15-jarigen afgenomen. Ze geven een momentopname omtrent de laaggeletterd- en laaggecijferdheid per land en regio, en maken een evaluatie mogelijk omtrent de genomen onderwijsmaatregelen.

De evolutie van de laaggeletterdheid en laaggecijferdheid is niet rooskleurig: voor beiden is er een duidelijke toename waar te nemen tussen 2006 (NM2008) en 2015 (AB2017). Het percentage van 15-jarigen met laaggeletterdheid in Vlaanderen steeg met bijna 3 procentpunt tot 17% in 2015. De laaggecijferdheid is met net geen 5 procentpunt gestegen tot 16,8% in 2015. De laaggeletterdheid daalde in de tweede meting naar 13,4% (min 0,7 procentpunt), om vanaf de derde meting terug te stijgen naar 17%. Een forse achteruitgang van bijna 3 procentpunt.

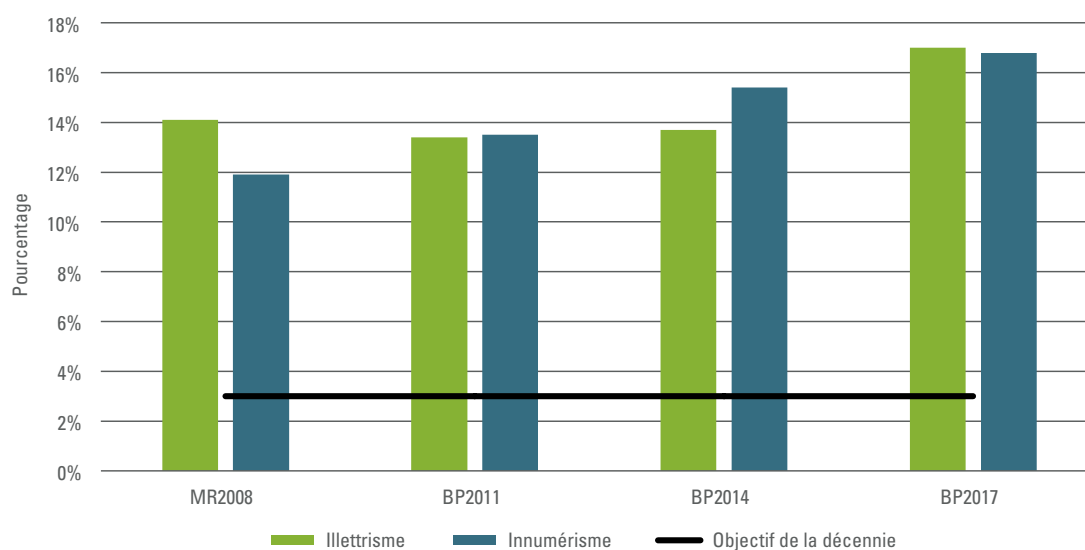
Deze negatieve evolutie was reeds merkbaar bij de laaggecijferdheid: sinds de nulmeting in 2008 stijgt de laaggecijferdheid onrustwekkend: van 11,9% naar 16,8%, een achteruitgang van bijna 5 procentpunt.

In de vorige Armoedebaremeters (de andere vind je op [www.decenniumdoelen.be](http://www.decenniumdoelen.be)) bleek al duidelijk dat het hebben van

**Tabel 1: Evolutie en bereik van de programma's in de sociale economie**

TYPE SOCIALE ECONOMIE	31/12/2014	31/12/2015	VERSCHIL TUSSEN 2014 en 2015
Sociale werkplaatsen	4.730	4.450	-280
Beschutte werkplaatsen	16.881	16.994	+113
Invoegbedrijven	545	227	-318
Lokale diensteneconomie	2.067	1.985	-82
Arbeidszorg	2.313	2.678	365
<b>Totaal</b>	<b>26.536</b>	<b>26.334</b>	<b>-202</b>

Grafiek 10: Evolutie laaggeletterdheid en laaggecijferdheid in Vlaanderen



een migratieachtergrond een determinerende rol speelt wat betreft schoolse achterstand in Vlaanderen. Meer zelfs, we stelden vast dat de nieuwe, eerste generatiejongeren het bijzonder moeilijk hebben op school. De laatste PISA-meting legt opnieuw diezelfde afstand tussen jongeren bloot.

Het PISA-rapport concludeert: *“In 2006 presteerden de autochtone Vlaamse leerlingen gemiddeld 90 punten hoger voor wetenschappelijke geletterdheid dan de leerlingen met een buitenlandse herkomst. Dit verschil verminderde naar 82 punten in 2015, maar nog steeds is het verschil tussen beide groepen heel groot en in het voordeel van de autochtone leerlingen. Opvallend is wel dat, net zoals beschouwd overheen de OESO<sup>4</sup>-landen, de tendens in de Vlaamse kloof volledig veroorzaakt wordt door de verschillen in de gemiddelde prestatie van de autochtone groep. Deze leerlingen presteren in 2015 respectievelijk 7 (OESO) en 10 (Vlaanderen) punten lager dan in 2006 terwijl de prestaties van de groep leerlingen met een buitenlandse herkomst veel minder schommelen.”* Conclusie: de jongeren met een migratieachtergrond blijven onderaan schommelen en gaan er niet op vooruit.

De laatste PISA-meting zorgde voor heel wat discussies. Ouders met een migratieachtergrond werden verantwoordelijk gesteld voor de minder goede resultaten van hun kinderen. Vele onderzoekers wezen daarentegen op de structurele achterstelling van jongeren met een migratieachtergrond.

Orhan Agirdag, socioloog van de KULeuven, is terecht heel scherp: *“Wanneer we alle schuld eenzijdig bij de ouders leggen, vergeten we dat ons onderwijsbeleid ook een verantwoordelijkheid draagt. Of is het de schuld van de moeders dat er na vijftien jaar politiek gekibbel geen echte onderwijshervormingen zijn verwezenlijkt? Is het de schuld van de ouders dat de meest onervaren leraren terechtkomen in de meest gesegregeerde scholen, en dit veel meer dan in andere landen? En wat hebben ‘waarden en normen’ in godsnaam te maken met het watervalstelsel dat verankerd is in ons onderwijssysteem? Nee, deze zijn stuk per stuk verantwoordelijkheden van het beleid. Als het toch allemaal de verantwoordelijkheid van de ouders was, dan hadden we geen onderwijsminister nodig.”*

De zorg die een school heeft voor haar leerlingen is belangrijk. Hoewel grafiek 10 een negatieve evolutie vertoont, zijn er ook enkele meer hoopgevende cijfers. Zo daalt de ongekwalificeerde uitstroom licht. Ook het aantal jongeren met 2 of meer jaar schoolse achterstand blijft (licht) dalen, zowel in het lager als in het secundair onderwijs in Vlaanderen.

Het Decenniumdoel, een daling tot 3% van de laaggeletterdheid en laaggecijferdheid bij jongeren, in alle onderwijsvormen en voor alle jongerengroepen, ligt ver af. Er is zelfs geen daling te bespeuren, enkel een forse toename van de laaggeletterdheid en laaggecijferdheid. In 2006 was de kloof respectievelijk 11 en 7 procentpunt. In 2015 is de kloof

toegenomen tot 14% voor zowel laaggeletterdheid als laaggecijferdheid.

De groeiende kloof tussen laag- en betergeschoolden betekent ook een structurele achterstand later op de arbeidsmarkt en dus ook een armoede die structureel ingebed wordt (en is) in onze samenleving. Onderwijs kan alle jongeren kansen geven, maar hiervoor is een onderwijsbeleid nodig dat iedereen meeneemt.

## 2.5. Van huren word je ziek

Een woning is voor ieder een eerste zorg. Een goed dak boven het hoofd is steeds een eerste antwoord tegen armoede. Een huis is bijgevolg meer dan essentieel. Het raakt de eerste bekommernissen van al wie kwetsbaar is. Het Decenniumdoel is dan ook helder: minstens 75.000 sociale huurwoningen erbij in 10 jaar.

Wonen is echter een dure aangelegenheid. Er zijn vooreerst de stijgende huurprijzen. Onder de 700 euro vind je vandaag (2017) bijna geen woning meer<sup>5</sup>. De Huurdersbond spreekt van een opvallende huurprijsstijging in de goedkopere segmenten van de private huurmarkt.<sup>6</sup> Daarnaast zijn er ook de stijgende energielasten<sup>7</sup>. De berekeningen van Decenniumdoelen2017 i.v.m. de besparingen tonen de gevolgen van onder andere de stijgende energieprijzen. Dit alles vertaalt zich in stijgende woonlasten.

De Vlaamse Woonraad stelt het scherp: *“Onderzoek toont aan dat de woonquote<sup>8</sup> op de private huurmarkt in de periode 2005 - 2013 negatief is geëvolueerd. In 2013 was het aandeel huishoudens met een woonquote boven 40% opgelopen tot 47% van de private huurmarkt. 89% en 40% van de private huurders, respectievelijk uit het eerste en tweede inkomenskwintiel, beschikt na betaling van de woonuitgaven niet over een voldoende resterend inkomen om menswaardig te leven. Er wordt gesteld dat een derde van de private huurders na het betalen van de huur in de armoede belandt (dit betreft 160.000 -170.000 gezinnen). Huishoudens in de onderste lagen van de private huurmarkt kampen dan ook doorgaans met een ernstig betaalbaarheidsprobleem, wat hun woonsituatie bijzonder precair maakt.”*

De woonlasten van gezinnen vormen een goede indicator van de diepte van armoede. Uit het onderzoek van het Steunpunt Wonen (<https://steunpuntwonen.be/>) weten we dat er een groot verschil is tussen eigenaars en huurders. Eigenaars hebben amper woonlasten te dragen, zelfs gezinnen met een hypotheek.

Een recente studie van het Steunpunt Wonen geeft aan dat *“het beleid sterker gericht is op subsidiëring van eigenaars dan van huurders. Worden de fiscale en niet-fiscale woonsubsidies samen geteld, dan is het totale subsidiebedrag voor eigenaar-bewoners 4,9 keer groter dan voor huurders. Er zijn in 2013 wel 2,6 meer eigenaars dan huurders in Vlaanderen (volgens het Grote Woononderzoek). Wanneer gecorrigeerd wordt voor deze verhouding, ontvangt een eigenaar in Vlaanderen gemiddeld 88% meer aan woonsubsidies dan een huurder.”*

De woonlasten kunnen lager liggen als je een sociale woning kunt huren. De Vlaamse regering heeft in haar pact 2020 beloofd dat er tegen 2020 53.000 bijkomende sociale woningen zouden komen. Deze belofte is al enkele keren in de tijd verschoven, ditmaal naar 2023. Decenniumdoelen2017 heeft een hoger streefdoel, met name 75.000 bijkomende sociale woningen tegen 2017.

Sinds 2006 (NM2008) zijn er 13.066 sociale huurwoningen bijgekomen. Met de woningen via sociaal verhuurkantoren bijgerekend, komt dit op 21.416 bijkomende woningen (grafiek 11). Dit is nog ver verwijderd van de Vlaamse doelstelling en nog veel verder van het Decenniumdoel. De kloof met het Decenniumdoel wordt wel gestadig kleiner: in 2015 was de kloof met het Decenniumdoel nog 24%. Het aantal woningen stijgt dus, maar tegelijkertijd stijgt de behoefte aan meer sociale woningen. Een eerste indicator hiervoor vinden we in grafiek 12, alwaar het aantal sociale woningen vergeleken wordt met het aantal huishoudens in Vlaanderen.

Zelfs al worden er meer sociale woningen bijgebouwd, de verhouding tot het aantal huishoudens in Vlaanderen blijft nagenoeg hetzelfde: in 2006 waren er 5,42 sociale woningen op 100 huishoudens, in 2015 is dit 5,52.

Dit voortdurend laag aantal sociale woningen vertaalt zich ook in het constant hoog aantal wachtenden op een sociale woning. In 2006 (NM2008) stonden ongeveer 100.000 personen

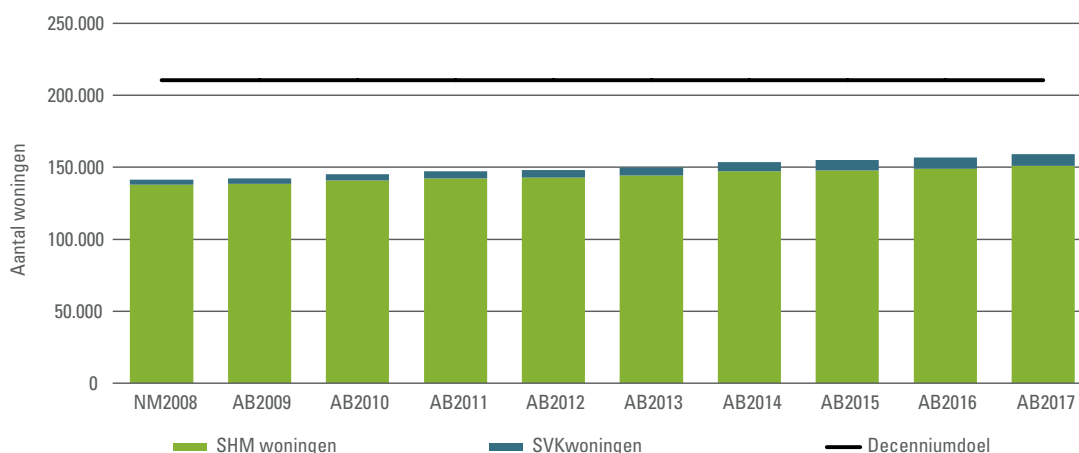
5 Wooncrisis in de onderste lagen van de private huurmarkt. Advies 2017-06 / 27.04.2017 Vlaamse Woonraad. <https://www.wonenvlaanderen.be/sociale-woonactoren/vlaamse-woonraad>

6 <http://huurdersplatform.be/hb/actualiteit-hb/gemiddelde-huurprijzen-volgen-inflatie-maar-opvallende-stijging-in-goedkoper-segment/>

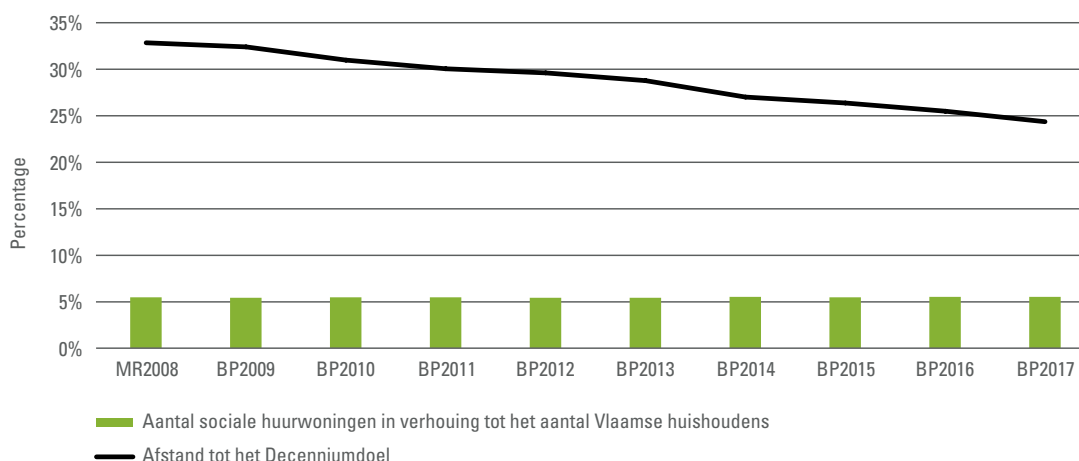
7 Uit hetzelfde advies van de Vlaamse woonraad, pag. 8: “Vrind stelt dat de gewogen gemiddelde elektriciteitsfactuur voor huishoudelijke afnemers in december 2015 29 % hoger ligt dan in december 2014 (onder meer door de BTW verhoging en de verhoogde distributiekost). De VREG heeft becijferd dat een gezin met een verbruik van 3500 kWh in 2016 gemiddeld 285 euro meer betaalt dan het jaar voordien.”

8 De woonquote is het aandeel van het netto huishoudinkomen dat maandelijks wordt uitgegeven aan de huurprijs zonder kosten (voor huurders) of aan de maandelijkse afbetalingen voor hypothecaire leningen (voor eigenaars). Het betreft de maandelijkse naakte woonkosten: de huurprijs zonder verbruikskosten voor huurders en het maandelijks bedrag voor de hypothecaire lening voor eigenaars.

**Grafiek 11: Evolutie sociale huurwoningen en Sociale VerhuurKantoor-woningen**



**Grafiek 12: Evolutie aantal sociale huurwoningen in vergelijking met het Decenniumdoel en in verhouding tot het aantal huishoudens in Vlaanderen**



op de wachtlijsten. In 2015 (AB2017) staan reeds 150.000 personen te wachten. Op 10 jaar tijd is de wachtlijst dus met de helft gegroeid.

Hoewel het aantal sociale woningen gestadig aangroeit, zijn we nog ver verwijderd van het Decenniumdoel. Ook het Vlaamse doel is nog ver weg. De nood aan betaalbare en goede huurwoningen wordt echter nog groter: de wachtlijst voor een sociale woning is met de helft gestegen, de huurprijzen in de laagste segmenten van de private huurmarkt blijven stijgen, de woonlasten zijn voor minstens een kwart van de huurders en laagste inkomensgroepen te hoog, ... Deze nood vertaalt zich echter niet in een grotere ondersteuning van de huurder: meer dan 88% van de ondersteuning door de Vlaamse en federale overheid gaat

naar de eigenaar-bewoner. Een groep die de woonlasten amper te zwaar vindt. Een billijke herverdeling is meer dan nodig.

## 2.6. Samen leven, een uitdaging

Het zesde Decenniumdoel handelt over het samen leven, over hoe mensen in armoede hun netwerken kunnen verbreden. Armoede, discriminatie, segregatie en racisme, ziekte, ... zijn drempels waardoor gezinnen in armoede het moeilijk hebben om deel te nemen aan de samenleving. Het Decenniumdoel gaat over het verbreden van de sociale netwerken van mensen die leven in armoede. Sociale netwerken zijn immers een belangrijke steun voor iedereen die het moeilijk heeft.

De verschillende monitors (Sociaal-Culturele Verschuivingen in Vlaanderen-survey, EU-Silc, Vlaamse migratiemonitor) hebben pas recent het thema samen-leven verder geëxploreerd. Een overzicht van de evolutie van het “verbreden van de netwerken” is daarom moeilijk. Toch doen we dit aan de hand van een enkele grafiek die de problematiek van deelnemen aan de samenleving in een beeld samenvat.

Grafiek 13 bekijkt de evolutie van de vakantieparticipatie. Sinds 2006 is er een stijging van het aandeel personen dat zich geen week vakantie buitenhuis kan veroorloven: van minder dan 15% tot bijna 19%. Sinds 2014 blijft dit cijfer schommelen rond de 18,5%.

Hoewel deelname aan vakantie maar een indirecte indicator is van deelname aan de samenleving, bevestigt deze grafiek de kloof tussen mensen die leven in armoede en anderen. Deze grafiek toont bovendien aan dat deze kloof, net zoals bij

alle andere bovenstaande kloven, ondanks 10 jaar armoedebestrijdingsbeleid niet kleiner wordt. Het zesde decenniumdoel wordt terug niet gehaald.

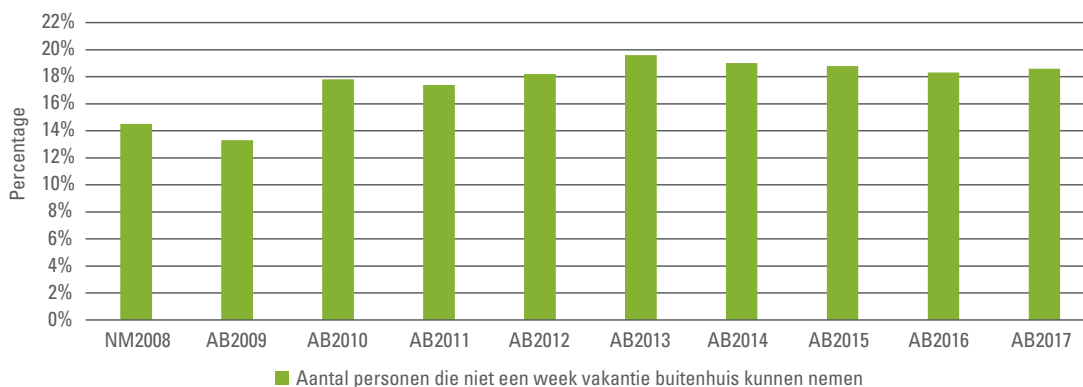
De zes doelen zijn nu overlopen, wat betekent dit nu naar het aantal mensen die leven in armoede in Vlaanderen?

### 3. Hoeveel armen zijn er?

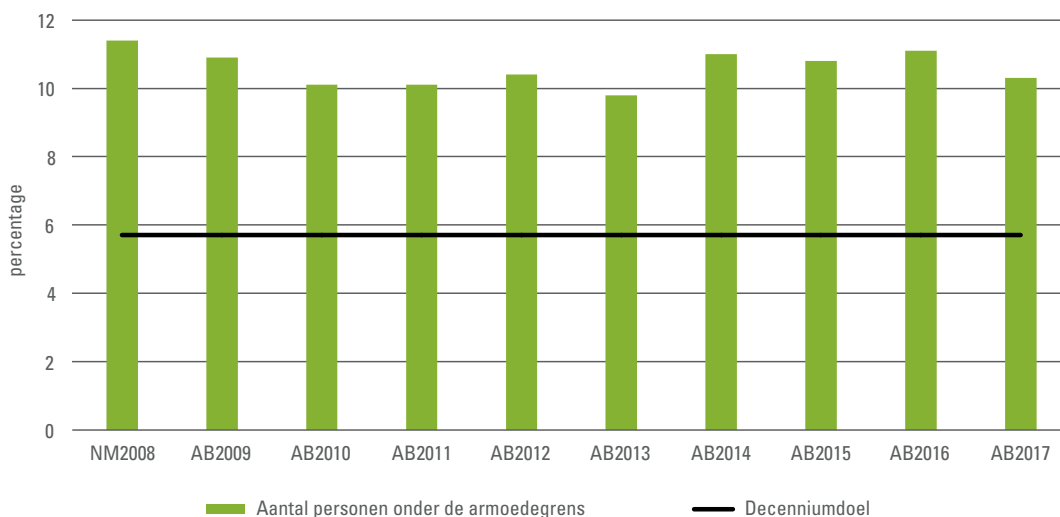
10 jaar armoedebelief heeft weinig opgeleverd. Op enkele doelen gaat men wat vooruit of blijft men op hetzelfde niveau, op andere gaan we achteruit.

Wat betekent 10 jaar armoedig beleid voor mensen die leven in of nabij armoede? Over hoeveel mensen gaat het en zijn het nog dezelfde armen?

**Grafiek 13: Evolutie van het procentueel aantal personen die niet een week vakantie buitenhuis kunnen nemen**



**Grafiek 14: Aantal personen in Vlaanderen onder de armoedegrens in procenten**





### 3.1. Aantal mensen onder armoedegrens

In 2006 leefde 11,4% van de Vlamingen onder de armoedegrens. In 2015 is dit 10,3% geworden. Gedurende de 10 Armoedebarmeters is procentuele aandeel van mensen dat leeft onder de armoedegrens steeds blijven schommelen tussen de 10 en 11%.

De Armoedebarmeter van 2008, onze nulmeting, bepaalde het Decenniumdoel: een halvering van het aantal mensen dat onder de armoedegrens leeft. Dit werd vastgelegd op 5,7%, de horizontale lijn in grafiek 14. Na 10 jaar armoedebeleid is de halvering nog ver weg. Ongeveer nog 5 procentpunt te gaan. Het Decenniumdoel, een halvering van de armoede, wordt niet gehaald.

Percentages zeggen veel, maar tegelijkertijd blijven ze heel abstract. Percentages kunnen ook een realiteit verdoezelen. Omwille van de bevolkingsaan groei is 10% in 2006 niet hetzelfde als 10% in 2015. In grafiek 15 vertalen we deze percentages naar het absoluut aantal personen dat leeft onder de armoedegrens.

In 2006 (NM2008) leefden 693.000 personen onder de armoedegrens. Een halvering betekent 346.500 personen minder. In 2015 (AB2015) leven er echter 663.750 mensen onder de armoedegrens: dit zijn amper 30.000 personen minder. In percentages is de daling groter, meer dan 1 procentpunt. Maar in realiteit betekent dit 1 procentpunt dus amper iets. 10 jaar armoedebestrijdingsbeleid heeft dus een

muis gebaad. Na 10 jaar blijven er ongeveer evenveel mensen leven in armoede.

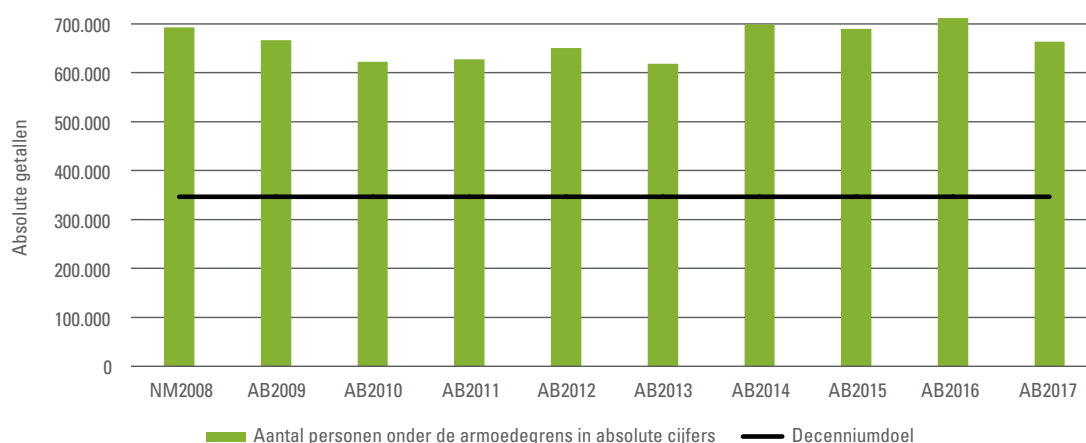
Bovenstaande grafieken zijn gebaseerd op de EU-Silc gegevens. De gegevens worden verkregen op basis van enquêtes bij een 7.000 gezinnen in België. Om de 3 jaar roteert het panel. Hierdoor kunnen lichte schommelingen ontstaan. Vandaar het belang van de foutenmarge. Bovenstaande cijfers werken met een foutenmarge van 2%. Alle schommelingen vallen binnen de foutenmarge. Door het herrekenen naar absolute getallen kunnen we beter aantonen hoe hardnekkig en constant armoede in Vlaanderen (en België) is.

### 3.2. Meer dan een pijnpunt: kinderarmoede

Kind en Gezin werkt met een andere indicator, kinderarmoede, die de armoede meet bij gezinnen met zeer jonge kinderen. Deze indicator wordt berekend op basis van alle kinderen geboren in het desbetreffende jaar. De indicator vlakt grote schommelingen uit door de vorige jaren mee op te nemen<sup>9</sup>. In tegenstelling tot de vorige cijfers zien we in grafiek 16 een zeer duidelijke negatieve trend. Grafiek 16 toont de evolutie van kinderarmoede ten opzichte van de evolutie van de welvaart in Vlaanderen.

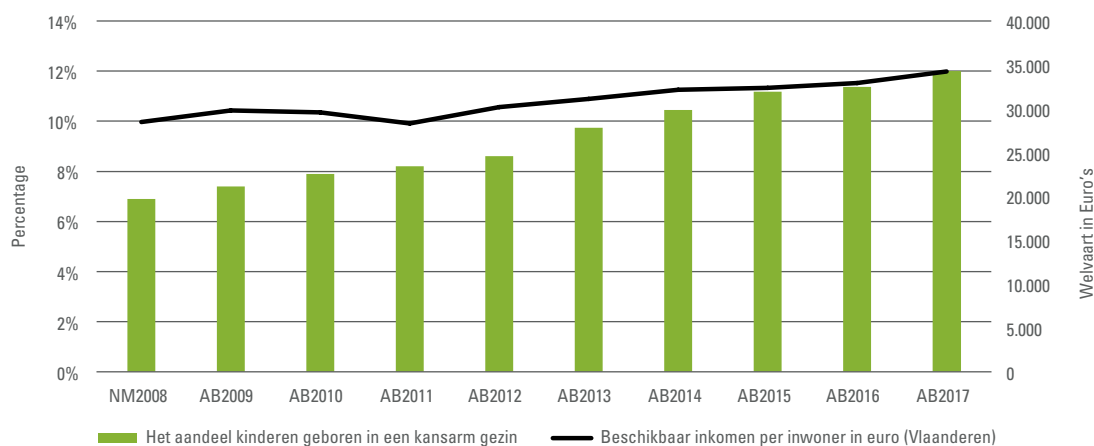
De kinderarmoede stijgt gestadig in Vlaanderen: van 6,9% in 2006 (NM2008) tot 12% in 2015 (AB2015). Cijfers voor 2016 zijn nog slechter: 12,8% van de jonge kinderen wordt geboren in een kansarm gezin. Bijna een verdubbeling! De Vlaamse doelstelling om de kinderarmoede te halveren is m.a.w. onbereikbaar met

Grafiek 15: Aantal personen in Vlaanderen onder de armoedegrens in absolute getallen



<sup>9</sup> Om de evolutie van kansarmoede bij zeer jonge kinderen op te volgen wordt per jaar de kansarmoede-index voor het Vlaamse Gewest door Kind en Gezin berekend. Deze kansarmoede-index voor jaar X wordt als volgt berekend: het aantal kinderen geboren in jaar X, X-1 en X-2 in een gezin dat leeft in kansarmoede en dat woont in het Vlaamse Gewest op 31 december van het jaar X, gedeeld door het totaal aantal kinderen geboren in die 3 jaar en dat woont in het Vlaamse Gewest op 31 december van het jaar X (in percentage). Daarbij is het nuttig om te weten dat kinderen die niet in Vlaanderen geboren zijn, maar er wel wonen, toch meegeteld worden. De index moet dus begrepen worden als een cijfer over de zeer jonge kinderen die op de laatste dag van het meest recente jaar in Vlaanderen wonen. <http://www.kindengezin.be/cijfers-en-rapporten/cijfers/kansarmoede/#Berekening-kansarmoede-in>

Grafiek 16: Kinderarmoede in % versus welvaart per persoon in euro



hetzelfde beleid. Kinderarmoede halveren vraagt m.a.w. een ander armoedebestrijdingsbeleid.

Sinds 2006 (NM2008) neemt de gemiddelde welvaart gestadig toe: van 28.500 tot 34.200 euro in 2015 (AB2017). Enkel tijdens de economische crisis van 2008 nam de gemiddelde welvaart iets af. Het jaar daarop werd het vorige jaar echter meer dan goedge maakt.

In vergelijking met andere Europese landen en regio's, scoort Vlaanderen sterk op het vlak van welvaart. Enkel Luxemburg, Ierland, Nederland, Oostenrijk, Zweden, Duitsland en Denemarken doen het iets beter. Er is dus voldoende welvaart in Vlaanderen.

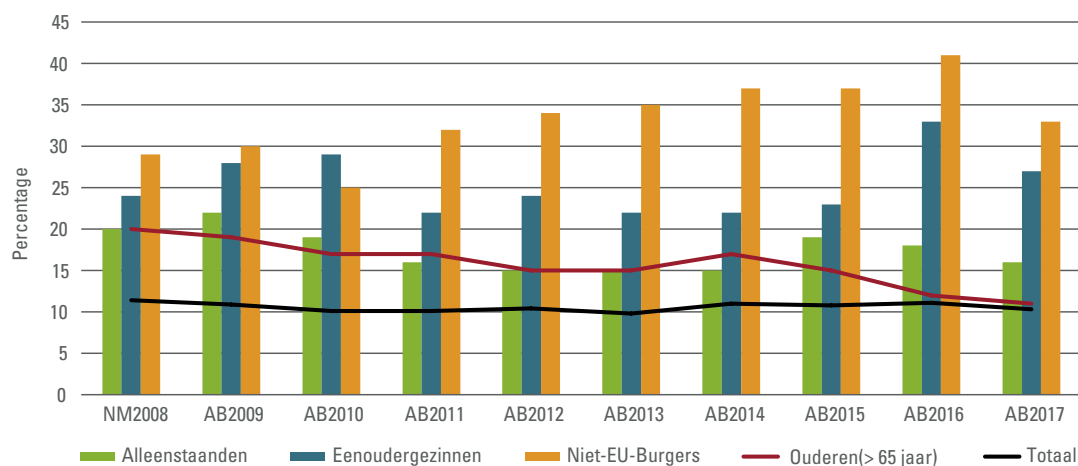
De lijn van de welvaart staat in schril contrast met de lijn van kinderarmoede. Hoe rijker we worden, hoe meer kinderarmoede, zou de vaststelling kunnen zijn. De vraag naar herverdeling wordt hierdoor scherp gesteld.

### 3.3. De kleuren van armoede

De stijgende kinderarmoede die Kind en Gezin noteert bij de jongste kinderen treft vooral gezinnen waarvan de moeder komt uit een niet-EU-land. Meer dan 57% van de jongste kinderen die leven in een kansarm gezin hebben een migratieachtergrond. Armoede heeft een kleur gekregen. Maar niet enkel een kleur.

Grafiek 17 bekijkt 4 groepen van mensen die meer kans hebben om arm te zijn: ouderen, alleenstaanden, eenoudergezinnen en niet-EU-burgers. De zwarte lijn duidt het algemene armoedecijfer in Vlaanderen. Hierboven zagen we reeds dat dit cijfer steeds schommelt tussen de 10 en 11%.

Grafiek 17: Procentueel aantal personen onder de Armoederisicogrens bij verschillende kansengroepen



Wat betreft het armoederisico bij ouderen, is een dalende trend te zien: in 2006 (NM2008) leefde 20% van de personen ouder dan 65 jaar onder de armoedegrens, in 2015 (AB2017) nog 11%. De stijgende welvaart vanaf de jaren 50 en de aandacht voor armoede onder ouderen levert een duidelijk positief resultaat op. Armoede is dus te bestrijden als je zowel werkt aan de sociale zekerheid (de hoogte van de pensioenen) als aan de arbeidsomstandigheden.

Voor de 3 andere groepen is de evolutie echter helemaal niet zo positief.

- 20% van de alleenstaanden leefde in 2006 (NM2008) onder de armoedegrens, in 2015 (AB2017) was dit nog 16.
- 24% van de eenoudergezinnen leefde in 2006 (NM2008) onder de armoedegrens. Dit stijgt tot 29% in 2008 om dan in 2015 (AB2017) te eindigen op 27%. Sinds de nulmeting van de Armoedebaarometer meten we dus een stijging met 3 procentpunt.
- 29% van de niet-EU-burgers leefde in 2006 (NM2008) onder de armoedegrens. In 2015 (AB2017) was dit cijfer gestegen tot 33% voor niet-EU-burgers. Sinds de nulmeting van de Armoedebaarometer meten we dus een stijging met 4 procentpunt.

Armoede krijgt met andere woorden meerdere kleuren. Sommige groepen gaan vooruit op de armoedeladder, zoals ouderen. Verontrustend is echter dat eenoudergezinnen en gezinnen met een migratieachtergrond er op achteruit gaan. Nochtans blijkt uit de evolutie van andere groepen dat vooruitgang mogelijk is mits o.a. een betere sociale zekerheid en betere arbeidsomstandigheden.

#### 4. Besluit. Tien jaar armoedebestrijdingsbeleid: tien jaar armoedig beleid

10 Armoedebaarometers geven een beeld van de resultaten van 10 jaar armoedebestrijdingsbeleid. 10 jaar lang beloven de verschillende regeringen de armoede te bestrijden, de armoede te halveren, mensen die leven in armoede boven de armoedegrens te tillen, ... Niets daarvan, geen enkele indicator toont fundamenteel een verbetering. Op sommige indicatoren gaan we heel licht vooruit of blijven we hangen, op andere gaan we er echt op achteruit.

10 Armoedebaarometers tonen bijgevolg een beeld van 10 jaar armoedig armenbeleid. 10 Armoedebaarometers maken duidelijk dat een ander beleid nodig is.

De Decenniumdoelen dagen het federale en Vlaamse beleid uit. Het beleid, want armoedebestrijding is geen taak van de staatsecretaris of de minister van armoedebestrijding alleen. Een armoedebestrijdingsbeleid is werk voor alle verantwoordelijken, op alle domeinen en op alle niveaus.

Een armoedebestrijdingsbeleid vraagt daarenboven een paradigmashift: armoede is nu immers de kanariepiet van de samenleving. Blijvende armoede ondanks alle plannen en initiatieven duidt op een structurele fout in onze samenleving. Dit verhelpen noodzaakt een andere kijk waarbij 'zorg voor allen en de samenleving' centraal staat.

Daarom moeten de samenleving en de beleidsverantwoordelijken in het bijzonder de verantwoordelijkheid opnemen om werk te maken van herverdeling, meer gelijkheid, meer zorg en meer aandacht en bekommernis voor iedereen die kwetsbaar is of wordt.

Het boek "10 Armoedebaarometers : een decennium armoedig beleid" kun je verkrijgen tegen 10 euro plus verzendingskosten door een mailtje te sturen naar [michel.debruyne@decenniumdoelen.be](mailto:michel.debruyne@decenniumdoelen.be)



## De proactieve flux: Een succesvolle manier om de opname van de verhoogde tegemoetkoming te verbeteren

Tim Goedemé, Raf Van Gestel, Julie Janssens en Eva Lefevere (Universiteit Antwerpen)  
Rik Lemkens, Tom De Spiegeleer

### Samenvatting

*In 2015 startte een proces waarbij CM 'proactief' leden contacteerde om hen te stimuleren een aanvraag voor de verhoogde tegemoetkoming in te dienen. In samenwerking met de Universiteit Antwerpen werd een experiment opgezet om te bekijken welk effect deze contactnames hadden op gezinnen met lage inkomens. In deze bijdrage vatten we de belangrijkste resultaten van de studie samen. Zo blijkt dat de contactnames inderdaad een erg groot effect hadden: in de experimentele groep lag het percentage gezinnen dat de verhoogde tegemoetkoming opnam drie tot vier maal zo hoog als in de controlegroep. Dit wijst op een beloftevolle start om de proactieve controle in de toekomst te herhalen.*

Sleutelwoorden: verhoogde tegemoetkoming, non-take-up, veldexperiment, proactieve flux, toegankelijke gezondheidszorg

### 1. Inleiding

In België bestaan er verschillende manieren om gezondheidszorg betaalbaar te houden. Het principe van de verplichte ziekteverzekering zorgt ervoor dat iedereen zich moet verzekeren. Dit aan een redelijk tarief, ook voor wie een hoge kans heeft om ziek te worden. Daarnaast bestaat er de maximumfactuur (MAF), die resulteert in volledige terugbetaling van gezondheidszorg waarvoor er tussenkomst is van de verplichte ziekteverzekering, eens de uitgaven een bepaalde grens hebben overschreden. De meest bekende manier om gezondheidszorg betaalbaar te houden voor kwetsbare gezinnen is wellicht het systeem van de verhoogde tegemoetkoming (VT)<sup>1</sup>. Wie recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming betaalt bijvoorbeeld minder remgeld (1 euro in plaats van 4 euro voor een consultatie bij de huisarts – met globaal medisch dossier) en bij consultaties bij de huisarts wordt de regeling betalende derde toegepast. Verder zijn er heel wat onrechtstreekse voordelen verbonden aan het VT-statuut, zoals goedkopere tarieven bij De Lijn en de NMBS en een lagere bijdrage voor de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB). Bovendien

gebruiken nogal wat gemeenten het statuut om een sociaal tarief toe te kennen voor allerlei diensten, zoals bijvoorbeeld een abonnement bij de lokale bibliotheek of voor toegang tot het gemeentelijk zwembad.

Verschiedende groepen hebben quasi-automatisch toegang tot de verhoogde tegemoetkoming, zoals personen die minstens één van volgende uitkeringen ontvangen: een leefloon of equivalent leefloon, een inkomensgarantie voor ouderen (IGO), een integratietegemoetkoming (IT), een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT), een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB), een toeslag voor kinderen met een handicap of aandoening met een erkenning van minstens 66% ongeschiktheid of vier punten op de eerste pijler van de medisch sociale schaal. De toekenning van de verhoogde tegemoetkoming is voor deze groepen de voorbije 15 jaar grotendeels geautomatiseerd door de uitwisseling van gegevens via de Kruispuntbank voor de Sociale Zekerheid (KSZ). Hierdoor geniet een aanzienlijk deel van de Belgische bevolking van de verhoogde tegemoetkoming, zo'n 8% eind 2016<sup>2</sup>.

1 In het eenvormig systeem van de verhoogde tegemoetkoming werden begin 2014 het vroegere systeem van de verhoogde tegemoetkoming en het Omniostatuuat samengevoegd.  
2 De cijfers in deze alinea zijn gebaseerd op de online statistieken van het RIZIV – Dienst voor administratieve controle.

Daarnaast is er een nog grotere groep (zo'n 10% van de bevolking eind 2016) die de verhoogde tegemoetkoming ontvangt omwille van een laag inkomen (een inkomen onder een vastgestelde 'VT-grens'). Om in aanmerking te komen voor de toekenning van de verhoogde tegemoetkoming omwille van een laag inkomen, moet de rechthebbende echter zelf een aanvraag indienen. Sinds heel wat jaren contacteert CM quasi automatisch leden die een wijziging in hun omstandigheden doormaken en er een vermoeden van recht op VT is, bv. bij pensionering, bij het ontvangen van een invaliditeitsuitkering of bij langdurige werkloosheid.

Ondanks deze inspanningen werd enkele jaren geleden geschat dat er meer dan 500.000 personen in België waren die recht hadden op de verhoogde tegemoetkoming maar deze toch niet opnamen. In een reactie daarop heeft CM mee aan de kar getrokken om een zogenaamde 'proactieve controle' mogelijk te maken. Bij een dergelijke proactieve controle zouden alle ziekenfondsen van de fiscus informatie ontvangen over wie van hun leden een belastbaar inkomen onder de inkomensgrens (VT-grens) heeft. De ziekenfondsen zouden deze leden dan proactief kunnen contacteren om een aanvraag voor de verhoogde tegemoetkoming in te dienen. In januari 2014 verscheen een Koninklijk Besluit dat concreet vorm gaf aan dit idee. De 'proactieve flux' was een feit.

In het kader van de proactieve flux kreeg CM in 2015 een lijst van meer dan 200.000 gezinnen die in 2013 een bruto belastbaar inkomen onder de VT-grens hadden. Na uitsluiting van wie vermoedelijk ondertussen een hoger inkomen had, werden de voorbije twee jaar ongeveer 128.000 gezinnen aangeschreven, waarvan ongeveer 15% in oktober 2017 de verhoogde tegemoetkoming effectief opnam. Het is echter niet duidelijk hoeveel van deze gezinnen de verhoogde tegemoetkoming hebben gekregen specifiek als gevolg van de proactieve controle. Ook voordat deze werd georganiseerd, stapten sommige gezinnen immers spontaan naar CM om een aanvraag in te dienen. Bovendien ging de proactieve controle gepaard met extra aandacht in de media voor de verhoogde tegemoetkoming en raakt de verhoogde tegemoetkoming wellicht ook meer en meer bekend bij hulporganisaties, artsen en de bevolking in het algemeen. Ook andere factoren, zoals de stijgende armoede bij sommige groepen (zoals laaggeschoolden<sup>3</sup>), kunnen ervoor zorgen dat de opname van de verhoogde tegemoetkoming de afgelopen twee jaar is toegenomen.

De vraag blijft dan ook hoe effectief de proactieve controle is geweest om de opname van de verhoogde tegemoetkoming te verbeteren. Daarnaast stelt zich ook de vraag hoe efficiënt de proactieve controle is: zorgt het er niet voor dat een onevenredig groot deel zich vruchteloos tot CM richt? Om deze vragen te beantwoorden, werkten onderzoekers van de Universiteit

Antwerpen en CM samen om een experimentele studie op te zetten. Zoals we zullen zien, toont deze studie aan dat de proactieve controle inderdaad een groot effect heeft gehad op de opname van de verhoogde tegemoetkoming. In deze bijdrage bespreken we het opzet van de studie en lichten we de belangrijkste resultaten toe.

## 2. Het opzet van de studie: een experimenteel design

De studie werd uitgewerkt in een samenwerking tussen onderzoekers van de Universiteit Antwerpen en medewerkers van LCM in samenspraak met de vertegenwoordigers van de verschillende regionale CM-ziekenfondsen. In totaal besloten 10 van de 19 regionale ziekenfondsen deel te nemen aan de studie.

Voor de deelnemende ziekenfondsen werd een gezamenlijke brief opgesteld die aan de leden in de proactieve flux werd verstuurd, samen met een flyer over de voordelen van de verhoogde tegemoetkoming en de benodigde documenten om een aanvraag in te dienen. De inhoud van de brief was eerder formeel en vermeldde dat de geadresseerde mogelijk recht had op de verhoogde tegemoetkoming. Daarnaast werd het inkomensbedrag dat als grens gold voor de verhoogde tegemoetkoming opgenomen in de brief en werd de geadresseerde uitgenodigd om contact op te nemen met het lokale ziekenfonds om een afspraak te maken om een aanvraag in te dienen. Vier ziekenfondsen besloten om de geadresseerde leden ook telefonisch te contacteren om hen extra aan te moedigen een aanvraag in te dienen. Ten slotte kregen personen van wie het e-mailadres gekend was (zo'n 1 op 6 van de geadresseerden) de brief eerst via e-mail toegestuurd.

In deze studie was het niet mogelijk om het effect van elk van deze contactnames (schriftelijk, telefonisch, per e-mail) afzonderlijk te testen. We konden enkel het totale effect van de contactnames analyseren. Belangrijk hierbij is dat de contactnames enkel in één van de officiële landstalen plaatsvonden, hoewel de kans reëel is dat niet alle geadresseerden de taal voldoende spraken.

Doordat het totaal aantal te contacteren gezinnen zo hoog lag, besloot CM de contactnames over 18 maanden te spreiden. De contactnames gebeurden op zes verschillende momenten (6 'golven') tussen eind november 2015 en begin mei 2017. Om het effect van de contactnames te kunnen meten, deelden we voor de aanvang van het experiment alle geadresseerden op toevallige basis in zes groepen in, overeenkomstig de zes momenten, of golven, van contactname. Door de indeling op

3 Eurostat online database: <http://bit.ly/2kG44s0> (laatst geconsulteerd in oktober 2017).

toevallige basis konden we verwachten dat de gemiddelde kenmerken van elk van deze zes groepen gelijk zouden zijn. Bijkomende controle wees uit dat voor een heel aantal achtergrondkenmerken dit inderdaad het geval is. Dit maakt dat het enige verschil tussen de groepen, het moment is waarop ze gecontacteerd werden. Door de opname van de verhoogde tegemoetkoming in de eerste drie groepen (de 'experimentele groepen') met de opname in de laatste drie (de 'controlegroepen') te vergelijken<sup>4</sup>, vóórdat de laatste drie werden aangeschreven, kunnen we meten wat het effect van de contactnames was. Op dat moment werd de gemeten opname van de verhoogde tegemoetkoming door mensen in de controlegroepen enkel veroorzaakt door andere redenen dan de proactieve flux (bijv. spontane aanvragen).

De opname van de verhoogde tegemoetkoming door mensen in de experimentele groepen werd veroorzaakt door zowel deze andere redenen als door de proactieve flux. Door het verschil te nemen van de opname van de verhoogde tegemoetkoming in de experimentele en in de controlegroepen konden we meten wat het effect was van de proactieve flux. Merk hierbij op dat we het effect van de proactieve controle niet volledig kunnen afzonderen van andere effecten: zo had bijvoorbeeld extra media-aandacht omwille van de proactieve controle een gelijkaardig effect op de gecontacteerden en de 'controlegroepen', het kan ook zijn dat mensen in de controlegroep werden gestimuleerd een aanvraag in te dienen door iemand van de eerste drie groepen die al een brief had gekregen. Deze effecten kunnen we niet meten. Ten slotte werden gezinshoofden geboren na 1985 uitgesloten van de studie, omdat zij pas vanaf eind september 2016 werden gecontacteerd. Tabel 1 geeft een meer gedetailleerd overzicht van het moment van de contactname en het aantal gezinnen en personen betrokken in de studie.

**Tabel 1: Aantal huishoudens en personen betrokken in de studie**

Groep en datum van contactname	Aantal gezinnen	%	Totaal aantal gezinsleden	%
1. 25/11/2015	4.986	9,00	8.365	9,06
2. 07/04/2016	10.016	18,08	16.664	18,05
3. 26/05/2016	14.926	26,94	24.731	26,79
4. 22/09/2016	5.307	9,58	8.874	9,61
5. 14/03/2017	12.569	22,68	20.944	22,69
6. 05/05/2017	7.603	13,72	12.734	13,79
<b>Totaal</b>	<b>55.407</b>	<b>100,00</b>	<b>92.312</b>	<b>100,00</b>

Zoals duidelijk blijkt uit tabel 1, waren in de studie ongeveer 55.000 gezinnen betrokken, waarvan iets meer dan de helft tot de eerste drie ('experimentele') groepen behoorden. In totaal waren 92.000 gezinsleden betrokken. De grootte van de groepen varieerde op vraag van de ziekenfondsen om praktische redenen. De samenstelling van de groepen blijft echter vergelijkbaar zodat valide conclusies kunnen worden getrokken.

### 3. Een groot effect op de opname van de verhoogde tegemoetkoming...

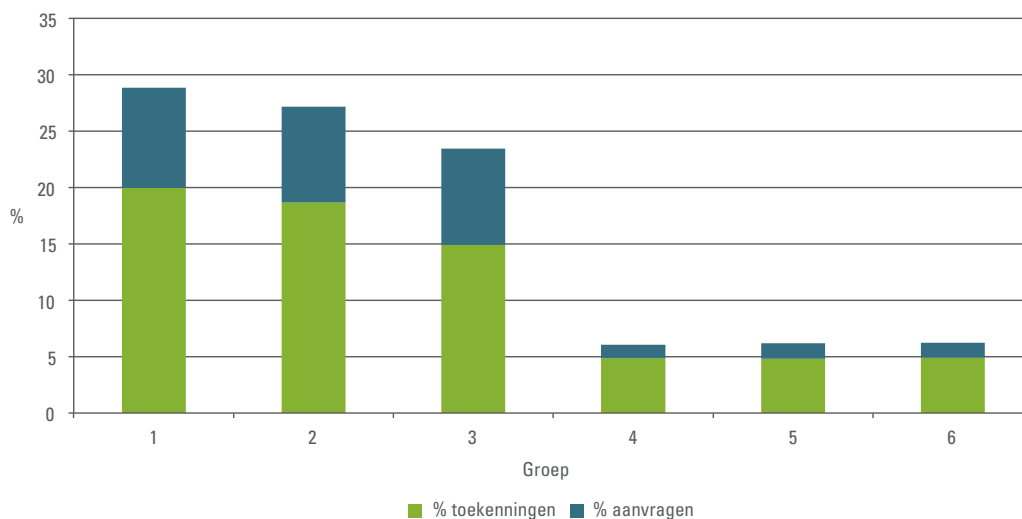
Om te weten te komen wat het effect van de contactnames was, vergelijken we de situatie van de eerste drie groepen met deze van de laatste drie in september 2016, het moment vóórdat groep 4 werd gecontacteerd. Figuur 1 vat het belangrijkste resultaat samen. Uit deze figuur blijkt duidelijk dat in de eerste drie groepen het aantal aanvragen én het aantal toekenningen van de verhoogde tegemoetkoming een stuk hoger lagen dan in de drie controlegroepen (groepen 4 tot 6). Het effect was het grootste in de eerste groep. Het aantal gezinnen dat de verhoogde tegemoetkoming kreeg toegekend, lag tussen de vier (groep 1) en de drie (groep 3) maal hoger dan in de controlegroepen. Door de gezinnen op toevallige basis toe te wijzen aan de zes groepen, zijn we zeker dat dit effect kan worden toegeschreven aan de proactieve flux. Dit bevestigt het vermoeden dat er voorheen een hoge graad van niet-opname was van de verhoogde tegemoetkoming. Helaas is het niet mogelijk om na te gaan hoeveel personen de verhoogde tegemoetkoming nog steeds niet opnemen, hoewel ze er recht op hebben (hierover verder meer). De dalende trend tussen groep 1 en groep 3 kan mogelijk door twee factoren worden verklaard. Aan de ene kant was op het moment van de contactname de inkomensinformatie minder up-to-date voor de laatste twee groepen. Aan de andere kant had op het moment van de meting zeker groep 3 nog minder tijd gehad om een dossier succesvol af te ronden in vergelijking met groep 1.

Een vergelijking van de verhouding van het percentage aanvragen en het percentage toekenningen laat eveneens toe om iets te zeggen over de 'efficiëntie' van de proactieve controle. Niet iedereen die de moeite doet om een aanvraag in te dienen, krijgt immers de verhoogde tegemoetkoming toegekend. Dit betekent dat zowel huishoudens als lokale CM-kantoren tijd investeren in niet-succesvolle dossiers. In het algemeen blijkt dat een hoger aantal ingediende dossiers gepaard gaat met een hoger aantal dossiers dat niet resulteert in een verhoogde tegemoetkoming: terwijl in de controlegroep ongeveer 79% van de dossiers succesvol werd afgesloten, was

<sup>4</sup> Vanaf groep 4 werd niet iedereen meer aangeschreven doordat een extra controle werd gedaan op basis van bijdragebons. Daardoor is het niet mogelijk om het effect van de contactnames over de hele periode te bestuderen.



**Figuur 1. Het percentage gezinnen in elke groep dat de verhoogde tegemoetkoming heeft aangevraagd en het % dat de verhoogde tegemoetkoming werd toegekend**



*Noot: De cijfers worden cumulatief weergegeven. Voor golf 1 is het percentage toekenningen gelijk aan 20% en het percentage aanvragen gelijk aan 29%.*

dit bij groepen 1-3 slechts voor ongeveer 66% het geval. Wellicht lag de 'efficiëntie' nog een beetje lager: niet elk ziekenfonds registreert immers elke aanvraag indien al snel blijkt dat het gezin geen recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming.

#### 4. ... dat sterk verschilt per ziekenfonds

Het hoeft niet te verbazen dat het effect van de proactieve flux zou verschillen tussen de regionale ziekenfondsen. Daar zijn verschillende redenen voor.

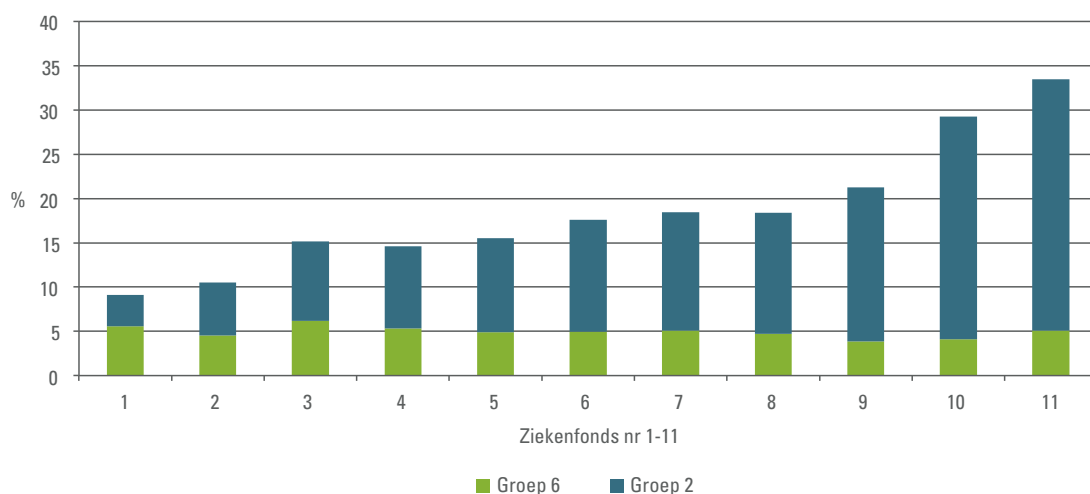
- Ten eerste zijn er een aantal ziekenfondsen die niet enkel een brief en flyer hebben verstuurd, maar die de geadresseerden eveneens hebben opgebeld (in Figuur 2 fondsen 1, 9 (enkel golf 1), 10 en 11).
- Ten tweede hadden sommige ziekenfondsen in het verleden, vóór de proactieve flux, al extra acties ondernomen om hun leden op het bestaan van de verhoogde tegemoetkoming te wijzen en hen aan te moedigen een aanvraag in te dienen. Personen die dan nog overbleven, waren mogelijk moeilijker te overtuigen om alsnog een aanvraag in te dienen. Ook is het mogelijk dat er zich onder deze overblijvers minder mensen bevonden die effectief aanspraak konden maken op de VT.
- Ten derde is de context voor elk ziekenfonds verschillend en wellicht ook de samenstelling van de doelgroep. Zo kan het zijn dat bij sommige ziekenfondsen het aantal personen van wie de inkomenssituatie sterk was gewijzigd tussen 2013 en het moment van contactname een stuk hoger lag dan bij

andere ziekenfondsen of dat er bij sommige ziekenfondsen zich meer leden in de doelgroep bevinden die geen van beide landstalen machtig zijn dan bij andere ziekenfondsen. Desalniettemin toont Figuur 2 toch een wel erg grote variatie in het effect van de contactnames tussen de ziekenfondsen. In het ziekenfonds met het grootste effect (Fonds 11) lag de effectieve opname van de verhoogde tegemoetkoming in groep 2 (de experimentele groep) rond de 33,5% (meer dan een verzesvoudiging). In het ziekenfonds met het kleinste effect (Fonds 1) werd de opname van de verhoogde tegemoetkoming door de contactnames 'niet eens' verdubbeld. Meer diepgaande (regressie) analyses tonen aan dat de verschillen tussen ziekenfondsen kleiner worden, maar verre van verdwijnen, wanneer we rekening houden met verschillen in samenstelling van de populatie van elk ziekenfonds in termen van bv. leeftijd, gezinssamenstelling, gebruik van gezondheidszorgen en periodes van inactiviteit.

Het is opvallend dat Fonds 1 eveneens telefonische contactnames heeft uitgevoerd, maar dat deze daar niet zo goed zijn verlopen. Zowel in Fonds 10 en 11, die ook telefonische contactnames hebben uitgevoerd bij Groep 2, steekt de opname van de verhoogde tegemoetkoming er duidelijk bovenuit. Alles bij elkaar genomen doet dit vermoeden dat ook in de andere ziekenfondsen de opname van de verhoogde tegemoetkoming wellicht nog kan worden verhoogd en dat er toch nog een aanzienlijke groep van gezinnen wel recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming, maar deze niet opneemt.



**Figuur 2. De opname van de verhoogde tegemoetkoming per deelnemend ziekenfonds, groepen 2 en 6 vergeleken**



*Noot: Elk cijfer op de horizontale as stelt een ziekenfonds voor, geordend volgens effect van de proactieve contactnames. Verschillen tussen twee ziekenfondsen van minder dan vier procentpunt kunnen te wijten zijn aan toevallige variaties in de samenstelling van elke groep.*

## 5. Ook tussen gezinnen bestaan er grote verschillen

We wilden ook graag nagaan wie nu precies door de contactname het recht op de verhoogde tegemoetkoming heeft geopend. Daarvoor deden we twee verschillende analyses. Ten eerste bekeken we de gemiddelde kenmerken van wie de verhoogde tegemoetkoming opneemt, ook zonder gecontacteerd te worden (de 'always takers'), van wie de verhoogde tegemoetkoming heeft opgenomen als gevolg van de contactname (de 'treated compliers') en van wie de verhoogde tegemoetkoming niet opneemt, ondanks de contactname (de 'never takers'). Dit geeft meer informatie over het profiel van elk van deze groepen. Verder zijn we geïnteresseerd in de groepen die het sterkst reageren op de contactname (bv. jong of oud). Het kan immers bijvoorbeeld zijn dat mensen met kenmerk A iets meer op de contactname reageren dan mensen met kenmerk B, maar dat, doordat er meer mensen met kenmerk B zijn, de gemiddelde kenmerken van wie een VT-recht opent door de contactname, gedomineerd worden door kenmerk B.

Figuren 3 en 4 beschrijven het gemiddelde profiel van de drie groepen. Hieruit leren we dat wie het recht op de verhoogde tegemoetkoming opende omwille van de contactname ('treated compliers') een gezinshoofd had dat gemiddeld genomen een stuk ouder was dan wie geen recht opende of dan wie het recht ook zonder contactname zou geopend hebben. Bovendien ging het om gezinnen waar er minder ziekte- en invaliditeitsdagen werden geteld. Het hoofd van het huishouden was ook iets minder vaak een man in vergelijking met huishoudens waar

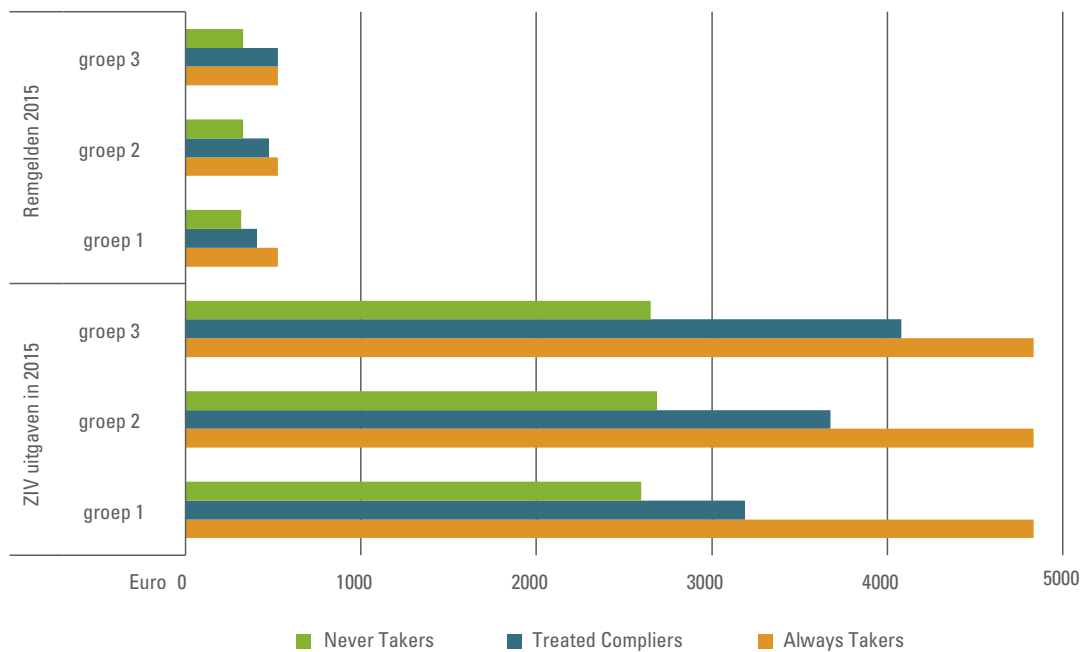
ondanks de contactname toch geen recht geopend werd. Gemiddeld genomen ging het ook om iets kleinere gezinnen (niet zichtbaar op de figuur). Een belangrijke vaststelling is verder dat wie de verhoogde tegemoetkoming opnam zonder contactname gemiddeld genomen hogere gezondheidsuitgaven had dan wie de verhoogde tegemoetkoming opnam als gevolg van de contactname (zie Figuur 4). Deze laatste groep had gemiddeld genomen dan weer hogere gezondheidsuitgaven dan wie ook na de contactname geen recht opende.

De gemiddelde kenmerken van wie het recht op de verhoogde tegemoetkoming opende als gevolg van de contactnames (in vergelijking met beide andere groepen) komt in sterke mate overeen met wie het sterkst op de contactname leek te reageren. Er zijn twee uitzonderingen. In vergelijking met de 'Always takers', telden de gezinnen die als gevolg van de contactname de verhoogde tegemoetkoming opnamen minder dagen werkloosheid. Desondanks gingen meer dagen werkloosheid samen met een hoger effect van de contactname op het openen van de verhoogde tegemoetkoming. Omgekeerd gingen meer gezondheidsuitgaven samen met een lager effect van de contactname, mogelijk omdat wie vermoedde recht te hebben op de verhoogde tegemoetkoming en hoge uitgaven had sowieso de verhoogde tegemoetkoming al opnam. Hierbij moet men in het achterhoofd houden dat effectieve opname van verhoogde tegemoetkoming steeds een samenspel is van reageren op de contactname én succesvol het recht openen.

**Figuur 3. Het gemiddelde profiel van personen die het recht op verhoogde tegemoetkoming openen, ook zonder gecontacteerd te worden (de 'Always takers'), van wie verhoogde tegemoetkoming opent als gevolg van de contactname (de 'Treated compliers') en van wie geen recht opent, ondanks contactname (de 'Never takers')**



**Figuur 4. De kenmerken van wie verhoogde tegemoetkoming al dan niet opneemt, al dan niet als gevolg van de contactname: Gemiddelde gezondheidsuitgaven in 2015, EUR**



## 6. Besluit en vooruitblik

De verhoogde tegemoetkoming is een belangrijk sociaal vangnet voor mensen met een laag inkomen en helpt om gezondheidskosten onder controle te houden. In 2016 had ongeveer 18 % van de bevolking een recht op de verhoogde tegemoetkoming opgenomen (online statistieken RIZIV).

De proactieve controle die in 2015 werd ingevoerd, is erg succesvol gebleken om de toegang tot de verhoogde tegemoetkoming te verbeteren voor gezinnen met een laag inkomen. Door het gebruik van een experimenteel design, kunnen we met grote zekerheid zeggen dat de contactnames die de ziekenfondsen hebben ondernomen een belangrijk oorzakelijk effect hebben gehad op de opname van de verhoogde tegemoetkoming.

Daarbij zijn enkele kanttekeningen te maken.

Ten eerste zien we sterke variaties in opname van de verhoogde tegemoetkoming tussen de ziekenfondsen. Dit heeft een deel met verschillende samenstelling van de populatie te maken en een deel met eerder genomen initiatieven om de toegang tot de verhoogde tegemoetkoming te verbeteren. Desalniettemin is de variatie tussen ziekenfondsen zo groot, dat we sterk vermoeden dat er in een aantal ziekenfondsen ruimte is om nog meer mensen naar de verhoogde tegemoetkoming toe te leiden en dat er nu wellicht nog een groep mensen is die ondanks de contactnames de verhoogde tegemoetkoming niet opnemen. Gemiddeld genomen zijn dit mensen die lagere gezondheidsuitgaven hebben. Dit betekent echter niet noodzakelijk dat er geen kwetsbare gezinnen zonder verhoogde tegemoetkoming zijn achtergebleven.

Het lijkt ons zinvol om de ziekenfondsen bijeen te brengen om te reflecteren over de grote verschillen in effectiviteit van de contactnames en van elkaar te leren. Verder onderzoek zal uitwijzen in welke mate telefonische contactnames kunnen helpen. In samenwerking met een aantal ziekenfondsen hebben we in mei 2017 een experiment opgezet om dit in meer detail te onderzoeken. Daarnaast bekijken we welk effect de opname van de verhoogde tegemoetkoming heeft op gezondheidsuitgaven van gezinnen. Leidt het toekennen van de verhoogde tegemoetkoming sowieso tot meer uitgaven voor de overheid of maakt het gezondheidszorg toegankelijker zonder meteen tot een hoger gebruik te leiden? Verder onderzoek zal hier meer duidelijkheid in brengen.

Ten tweede zijn we ervan overtuigd dat de proactieve controle een zinvol model is om meer mensen toegang te geven tot datgene waar ze recht op hebben: een toegankelijke gezondheidszorg. Dit heeft uiteraard een kost: niet enkel voor de overheid en de ziekenfondsen (die meer dossiers moeten verwerken, die niet allemaal succesvol zijn), maar ook voor de burger, die nu zal worden aangezet om soms vruchteloos een aanvraag in te dienen. Daarom is het belangrijk de proactieve

controle zo efficiënt mogelijk te maken. Dit kan enerzijds door de gegevensstroom tussen de ziekenfondsen en de fiscale administratie te optimaliseren (lees: te versnellen). Anderzijds kan dit door bijkomende controles uit te voeren op de lijst van aan te schrijven personen, bijvoorbeeld op basis van de bijdragebonnen. De kwaliteit van deze bijkomende controles wordt best op een objectieve manier geëvalueerd, zodat kwetsbare gezinnen niet foutief worden uitgesloten. Op die manier kunnen de contactnames zo gericht mogelijk plaatsvinden. De verschillende landsbonden zouden hiervoor hun kennis en expertise best zoveel mogelijk met elkaar delen om het draagvlak voor de proactieve controle verder te verhogen.

## Bedanking

Graag wensen we iedereen te bedanken die een bijdrage heeft geleverd aan deze studie, niet in het minst de medewerkers van de verschillende regionale ziekenfondsen en de Landsbond, waaronder Hervé Avalosse, Werner Cremer en Bram Peters. Deze studie werd deels gefinancierd door Federaal Wetenschapsbeleid (Belspo, het TAKE project – Contract BR/154/A4/TAKE) en de Nationale Bank van België (UA/ADOC/LVP/15-065). Alle meningen in dit artikel zijn deze van de auteurs en komen niet noodzakelijk overeen met deze van de organisatie waarvoor ze werken of de financierders van de studie.

Een meer gedetailleerde bespreking van deze studie is terug te vinden in volgende paper: Van Gestel, R., Goedemé, T., Janssens, J., Lefevere, E. en Lemkens, R. (2017) *A Reminder to Pay Less for Healthcare: take-up of Increased Reimbursement in a large-scale randomized field experiment*, CSB Working Paper 17/12, Herman Deleeck Centre for Social Policy – University of Antwerp.

## “Health(care) call center”: begrippen, toepassingen en gevolgen in Europa

Gauthier Vandeleene (R&D – LCM)

### Samenvatting

*De health call centers (HCC) zijn call centers die een inlichtingen- en informatiedienst over de gezondheidszorg bieden aan patiënten en die een triage toelaten door de aanvragen toe te leiden naar de meest geschikte zorgverlener. Dit zijn de meest verspreide initiatieven in het globale landschap van “mobile health” (of “mHealth”), met andere woorden het gebruik van mobiele technologieën in de gezondheidszorg. In Europa hebben de meeste landen ervoor gekozen om health call centers te implementeren. Hun organisatie hangt echter af van land tot land, naargelang het type diensten dat wordt aangeboden, het implementatieniveau en het profiel van het personeel dat er werkt. Zelfs als de aangeboden diensten door de HCC zich bevinden in het domein van de gezondheidszorg, zijn de toepassingen divers en gevarieerd: het gaat hoofdzakelijk om triagecentra (doorverwijzing naar de geschikte gezondheidsprofessional naargelang de noden van de patiënt), maar vaak bieden ze ook algemene informatie over gezondheid of gezondheidszorgsystemen van een gegeven land aan. Artsen, verpleegkundigen of speciaal opgeleide professionals kunnen instaan om de oproepen van de patiënten te beantwoorden. De HCC zijn desondanks toch geen diensten van “telenursing” of “telegeneeskunde”, want er worden via de telefoon geen raadplegingen gedaan die leiden tot een diagnose. De beschikbare evaluaties van de HCC tonen aan dat deze initiatieven kwalitatief advies en informatie geven en dat hun diensten worden gewaardeerd door de gebruikers. Het is dus niet onbelangrijk dat CM geïnteresseerd is in deze diensten die in ons land nog niet op deze manier bestaan.*

Sleutelwoorden: e-health, m-health, triage, informatie, verpleegkundigen, spoed

### 1. eHealth, mHealth en de health call centers

De HCC<sup>1</sup> kunnen algemeen worden gedefinieerd als “een dienst gecreëerd om advies te bieden over gezondheidszorg en/of om een triage voorafgaand aan de zorg uit te voeren, uitgevoerd door gezondheidsprofessionals via telefonische communicatie”<sup>2</sup>. De HCC onderscheiden zich dus van de noodnummers die in het algemeen worden gebruikt om snel toegang te krijgen tot gezondheidsprofessionals in “maximale” noodgevallen.

Voor we gedetailleerd definiëren wat de health call centers (hierna HCC) doen, lijkt het belangrijk om deze dienst te situeren binnen de wereld van de gezondheidszorg, een wereld die voortdurend evolueert. Dit type dienst maakt deel uit van een nieuwe stroming in de manier om gezondheidszorg te verlenen, “eHealth” genoemd. Deze term behelst een belangrijk spectrum van diensten of systemen die een samenvloeiing zijn van geneeskunde, gezondheidszorg en informatie- en communicatietechnologieën (ICT).<sup>3</sup> mHealth wordt gedefinieerd als “de medische praktijk of de praktijk van de volksgezondheid

1 We behouden deze benaming voor de rest van dit rapport, ondanks het feit dat er andere bestaan (zoals “health care telephone help lines”). Het is immers de meest gebruikelijke. De afkorting HCC wordt ook gebruikt, net zoals de vertaling “oproepcentrum voor gezondheidszorg”.

2 Kay, M., Santos, J., & Takane, M. (2011). mHealth: New horizons for health through mobile technologies. *World Health Organization*, 64(7), 66-71.

3 Deze services/systemen omvatten onder andere: Elektronische gezondheidsregistraties: die de overdracht van de patiëntgegevens tussen verschillende gezondheidszorgprofessionals toelaten - Opdracht aan een arts opgesteld door de computer: manier om testen en behandelingen elektronisch aan te vragen en de resultaten ervan op dezelfde manier te ontvangen - ePrescription: toegang tot de voorschriftopties, afdruk van de voorschriften voor de patiënten en waarom geen rechtstreekse overdracht van deze tussen de arts en de apothekers - Ondersteuning van de klinische besluitvorming: elektronische verzending van informatie naar gezondheidszorgprofessionals om te gebruiken voor de diagnose en behandeling van patiënten, enz. Zie Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., & Jadad, A. (2005). What is eHealth (3): a systematic review of published definitions. *Journal of medical Internet research*, 7(1).

dankzij mobiele toestellen zoals gsm's, apparaten voor toezicht over patiënten, digitale personal assistants of andere draadloze toestellen.”<sup>4</sup>

Bij deze nieuwe diensten is het “mobile health” of “mHealth”-liuk dus net toegevoegd aan de grote vooruitgang in eHealth dankzij de verspreiding van de unieke zogenoemde “mobiele” technologieën, die het gebruik van mobiele communicatietools inhouden om persoonlijke of geaggregeerde gezondheidsgegevens te verzamelen, artsen, onderzoekers of patiënten te informeren, in real time de vitale waarden te controleren of zelfs rechtstreeks zorgen te verlenen via de mobiele “telegeneeskunde”.<sup>5</sup> In de context van mHealth zijn de HCC het meest verspreid over de wereld en bevinden ze zich al in bijna 60% van de landen.<sup>6</sup> Alhoewel de HCC kunnen worden bereikt zonder mobiele technologieën (met name via een vaste lijn), heeft de Wereldgezondheidsorganisatie beslist om het optreden van de HCC binnen de mHealth te analyseren. Er zijn vandaag immers 5 miljard gsm's in de wereld en 85% van de wereldbevolking beschikt over een draadloze verbinding<sup>7</sup>. Doordat de mobiele netwerken, vooral in de ontwikkelingslanden, wijder verspreid zijn dan vaste netwerken, is het dus gemakkelijker geworden om diensten zoals de HCC te ontwikkelen via mobiele technologie.<sup>8</sup>

## 2. Health call centers – Wat doen ze? Wie? Hoe?

### 2.1 Wat doen de health call centers?

#### a) Doelstelling

Het is belangrijk op te merken dat de HCC geen centra zijn voor “telenursing” of “telegeneeskunde”; in ieder geval niet alleen dat. Ook al kunnen bepaalde activiteiten soms overeenstemmen met telenursing- of telegeneeskundediensten, het gaat hier wel

over HCC, met andere woorden over triage- en informatiediensten, uitgevoerd door elk type gezondheidsprofessional.<sup>9</sup> De voornaamste doelstelling van de HCC is om de werklust van huisartsen en spoeddiensten in ziekenhuizen te verminderen. Bepaalde studies hebben aangetoond dat een groot deel van de oproepen die spoeddiensten of artsen van wacht ontvangen gewoon kunnen worden afgehandeld met telefonisch advies<sup>10</sup>. Het is dus niet verrassend dat talrijke landen, om de efficiëntie van het gezondheidssysteem te verbeteren en misschien besparingen te doen binnen een vaak moeilijke financiële context, zich hebben gewaagd aan de HCC<sup>11</sup>, die dus twee hoofddiensten aanbieden: triage en verstrekken van informatie.

Zoals eerder vermeld, vervullen de HCC in bepaalde landen ook andere functies. Twee derde van de ziekenhuizen in de Verenigde Staten gebruikt bijvoorbeeld HCC voor diverse diensten, zoals gezondheidsadvies door verpleegkundigen, beheerprogramma's voor epidemieën, marketingdiensten voor preventiecampagnes en opleidingsprogramma's voor gezondheidsprofessionals.<sup>12</sup>

#### b) Triage

De dienst die het vaakst wordt aangeboden door de HCC is “trriage”. Dit gaat om het bepalen van de dringendheid van een gezondheidsprobleem en het doorverwijzen van de patiënt naar de meest geschikte gezondheidsprofessional, rekening houdend met de ontvangen informatie en specifieke algoritmes. Men kan doorverwijzen naar ofwel “zelfmedicatie”, ofwel naar de apotheek, de arts van wacht of de spoeddienst<sup>13</sup>. Deze triagedienst kan erg nuttig zijn om te vermijden dat de patiënten de wachtzalen van spoeddiensten of dokters van wacht komen opvullen voor kleine problemen, terwijl ernstigere gevallen moeten wachten. Anderzijds zijn de meeste mensen die in de HCC werken verpleegkundigen. Bijgevolg worden de oproepcentra om de schaalvoordelen te behalen vaak gekoppeld aan “klassieke” telenursingdiensten, zoals de opvolging van de vitale tekenen van de patiënten.

4 Kay, M., Santos, J., & Takane, M. (2011). mHealth: New horizons for health through mobile technologies. *World Health Organization*, 64(7), 66-71.

5 Istepanian, R., Laxminarayan, S., & Pattichis, C. S. (Eds.). (2007). M-health: Emerging mobile health systems. Springer Science & Business Media.

6 Kay, M., Santos, J., & Takane, M. (2011). mHealth: New horizons for health through mobile technologies. *World Health Organization*, 64(7), 66-71.

7 Steinbock, D. (2005). *The mobile revolution: The making of mobile services worldwide*. Kogan Page Publishers.

8 Aker, J. C., & Mbiti, I. M. (2010). Mobile phones and economic development in Africa. *The Journal of Economic Perspectives*, 24(3), 207-232.

9 Voor preciezere analyses over telenursing en telegeneeskunde, zie Norris, A. C., & Norris, A. C. (2002). Essentials of telemedicine and telecare (p. 106).

Chichester: Wiley en Snooks, H. A., Williams, A. M., Griffiths, L. J., Peconi, J., Rance, J., Snelgrove, S., ... & Cheung, W. Y. (2008). Real nursing? The development of telenursing. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 631-640.

10 Zie Christensen, M. B., & Olesen, F. (1998). Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *Bmj*, 316(7143), 1502; Dale, J., Crouch, R., & Lloyd, D. (1998). Primary care: nurse-led telephone triage and advice out-of-hours. *Nursing Standard*, 12(47), 39-43; Marsh, G. N., Horne, R. A., & Channing, D. M. (1987). A study of telephone advice in managing out-of-hours calls. *JR Coll Gen Pract*, 37(300), 301-304.

11 Bovendien vaak gekoppeld aan telenursing- en telegeneeskundediensten.

12 Strother, J. B. (2006, October). Call centers in health care: Effect on patient satisfaction. In IEEE International Professional Communication Conference (Vol. 10, pp. 291-298).

13 Deze beslissingsalgoritmes worden ofwel door het health call center zelf uitgewerkt, ofwel aangeschaft bij professionals in de sector. Zie: Ernesäter, A., Engström, M., Winblad, U., & Holmström, I. K. (2014). A comparison of calls subjected to a malpractice claim versus 'normal calls' within the Swedish Healthcare Direct: a case-control study. *BMJ open*, 4(10), e005961.

### c) Informatie

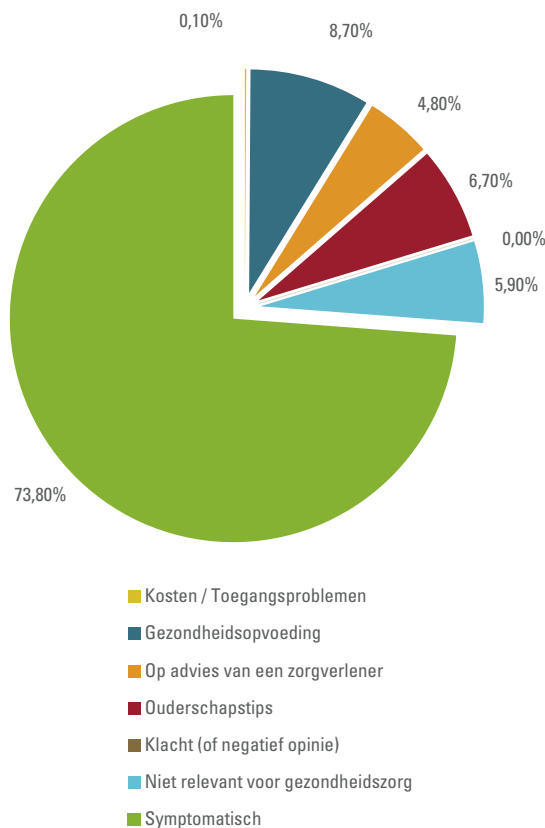
Behalve voor de triage, werden de HCC in een groot aantal landen ingevoerd zodat de patiënten daar op zoek kunnen gaan naar informatie over gezondheidszorg. Deze diensten vormen dan een steunbeleid voor de gezondheidsvaardigheden, met andere woorden "de capaciteit om informatie te vinden, te begrijpen, te evalueren en toe te passen zodat zijn gezondheid en die van zijn omgeving wordt ondersteund, onderhouden en verbeterd in verschillende omgevingen in de loop van de tijd"<sup>14</sup>. De patiënten kunnen gemakkelijk komen zoeken naar de informatie die ze willen. Anderzijds gaat het ook om een dienst die self-care promoot: dankzij de gegeven informatie is het mogelijk voor de patiënt om zichzelf te verzorgen<sup>15</sup>.

Concreet kunnen de HCC (of zouden ze kunnen) informeren over meerdere facetten van de zorg:

- "Specifieke informatie over een aandoening en advies over de behandeling ervan verschaffen, door inlichtingen in te winnen via links naar verschillende bronnen, zoals het antigifcentrum, hulplijnen voor adolescenten, centra voor geestelijke gezondheidszorg, enz.
- Informatie verschaffen over welke specialist men kan raadplegen bij nood aan specifieke zorg
- Informatie verschaffen over een of andere procedure (van het type "Wat te doen in het geval van...")
- Informatie verschaffen rond vaak voorkomende problemen, zoals stoppen met roken, beter slapen, enz."<sup>16</sup>

De lijst met voorgestelde diensten kan natuurlijk langer zijn. Dit hangt af van wat de beslissingnemers die actief zijn in de gezondheidszorgsector willen en van de mate waarin die laatste de uitwisselingen op afstand met een gezondheidszorgprofessional (met camera of andere toestellen, via e-mail, conferenties, enz.) willen doordrukken. Bij wijze van voorbeeld stellen de statistieken in figuur 1 de redenen voor van de oproepen naar de gezondheidslijn van Nieuw-Zeeland. Dit land heeft immers meer dan 20 jaar geleden de HCC ingevoerd en bestudeert al lang de effecten van deze dienst op het nationale gezondheidszorgsysteem. Het is ook een erg interessant voorbeeld, aangezien deze HCC zowel triage doen als informatie verstrekken aan de patiënten. De Nieuw-Zeelanders doen hier dus vaak een beroep op voor andere redenen dan puur medische redenen (administratief, onderwijs of andere). Bovendien wordt deze dienst uitgevoerd door een verzekeraar, met de hulp van verpleegkundigen.<sup>17</sup>

**Figuur 1: Redenen voor de oproep (april-juni 2010), Healthline, Nieuw-Zeeland**



Bron: Clarke L. et al (2010): Healthline: doing its share for primary care, <http://www.gpcme.co.nz/pdf/LesleyClarkeHealthline.pdf>

Zoals we in figuur 1 kunnen zien, houden de oproepen in bijna  $\frac{3}{4}$  van de gevallen (73,8%) verband met een gezondheidsprobleem (symptomatisch). In de rest van de gevallen bellen de mensen om advies te vragen inzake gezondheidsvoorlichting (bijv.: ik ken iemand met deze pathologie, wat moet ik doen in het geval van...) of advies over het ouderschap (bijv.: hoe een pasgeborene goed voeden). Op die manier zijn de HCC een vlot toegankelijk systeem dat toelaat om informatie over de gezondheid te verdelen en daarmee de gezondheidsvaardigheden van de bevolking te verbeteren.

14 Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). Vision d'une culture de la santé au Canada [elektronische bron]: rapport du Groupe d'experts sur la littérature en matière de santé: synthèse. Association canadienne de santé publique.

15 Bentley, P. J., Turner, V. F., Hodgson, S. A., Drimatis, R., & Hart, J. (2005). A central role for the health call centre. *Australian Health Review*, 29(4), 435-438.

16 Grol, R., Giesen, P., & van Uden, C. (2006). After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: new models. *Health Affairs*, 25(6), 1733-1737.

17 <http://www.gpcme.co.nz/pdf/LesleyClarkeHealthline.pdf>



## 2.2 Welke zorgverleners zijn actief in de HCC?

Het zijn hoofdzakelijk verpleegkundigen die actief zijn in de HCC. Ze hebben immers een grondige kennis van symptomen, van het verloop van operaties, van procedures, van angsten van patiënten, enz. Ze voeren geen eigenlijke raadplegingen uit, maar geven de patiënten advies over wat ze moeten doen. Ze worden in het algemeen bijgestaan door een arts in geval van twijfel en kunnen altijd de patiënt doorverwijzen naar een spoeddienst<sup>18</sup>.

Desondanks zijn in bepaalde landen (bijvoorbeeld de VS of het VK, liberaler op het gebied van regelgeving voor de gezondheidszorg) de personen die de telefoon beantwoorden niet noodzakelijk gezondheidsprofessionals. Ze worden opgeleid door de HCC zelf over de gebruikte algoritmes en andere antwoordprotocollen.<sup>19</sup> Omgekeerd kunnen artsen (soms zelfs specialisten zoals in Duitsland) worden ingeschakeld om de vragen van de patiënten te beantwoorden in het kader van een HCC. In dit geval gaat het echter niet om telegeneeskunde waarbij het gesprek leidt tot een diagnose. De arts beperkt zich hier tot het geven van informatie aan de patiënten.

## 2.3 Wie organiseert het?

Al naargelang het land zijn de HCC ofwel georganiseerd:

- Op nationaal niveau, door het land zelf (door de instelling die instaat voor de gezondheidszorg, zoals de NHS<sup>20</sup> in Engeland)
- Op regionaal of provinciaal niveau, of op het vlak van een staat (naargelang de grondwettelijke verdeling van het land) door instellingen verschillend van de gezondheidszorg (in Duitsland zijn dit de “ziekenfondsen”, in Australië zijn dit de instellingen die afgeleid zijn van de NHS)
- Op het niveau van een arrondissement dankzij een samenwerkingsverband van bijvoorbeeld huisartsen (zoals in Nederland).<sup>21</sup>

Afhankelijk van het land kan het systeem ofwel betalend zijn (abonnement via het ziekenfonds – per oproep of andere), ofwel

gratis. Zoals eerder vermeld heeft de invoering van de HCC als voornaamste doelstelling om de kosten voor de gezondheidszorg te rationaliseren door de patiënten zo snel mogelijk door te sturen naar de meest geschikte professional<sup>22</sup>.

## 3. De health call centers in Europa

Zoals hierboven werd vermeld, zijn de HCC de mHealth-initiatieven die het meest worden geïmplementeerd in de wereld. Volgens een enquête van de WGO heeft 60% van de landen stappen gezet met als doel een of meerdere HCC te creëren.

De doelstellingen en de organisatie van die diensten verschillen erg van land tot land. Estland, Finland, Frankrijk, Duitsland of Griekenland hebben aan de WGO gerapporteerd dat ze HCC of hulplijnen die 24/7 actief zijn hebben ingevoerd. Deze centra werken met gezondheidsprofessionals en zijn ofwel openbaar ofwel privé. Het Verenigd Koninkrijk heeft een volledig gratis systeem, ingevoerd door de NHS, maar dit is niet het geval in Finland, Duitsland of Griekenland, waar privéondernemingen (met of zonder winstoogmerk) de oproepen beheren. Denemarken heeft ook contactlijnen via e-mail, een initiatief dat veel gebruikt wordt door de patiënten.

In wat volgt worden meerdere voorbeelden van health call centers-systemen voorgesteld. Er bestaan er nog vele andere, in Europa en elders. De keuze voor deze landen in het bijzonder, nauw verwant met België qua levensstandaard, komt doordat hun HCC-systemen verschillend georganiseerd zijn, wat gevolgen voor de patiënt met zich meebrengt.

Figuur 2 stelt het percentage aan landen voor waar er minstens één initiatief van het type “mHealth” bestaat. We zien dat de HCC de mHealth-services zijn die over de hele wereld het meest verspreid zijn (meer dan 60% van de landen). Dit initiatief wordt immers, gezien het betrekkelijk eenvoudig is om een mobiel telefoonnetwerk te installeren en het financieel redelijk toegankelijk is, erg gewaardeerd door de ontwikkelingslanden.<sup>23</sup>

18 Barber, J. W., King, W. D., Monroe, K. W., & Nichols, M. H. (2000). Evaluation of emergency department referrals by telephone triage. *Pediatrics*, 105(4), 819-821.

19 Turner, J., O’Cathain, A., Knowles, E., & Nicholl, J. (2013). Impact of the urgent care telephone service NHS 111 pilot sites: a controlled before and after study. *BMJ open*, 3(11), e003451; <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/NHS-111.aspx>

20 National Health System of Nationaal gezondheidsstelsel.

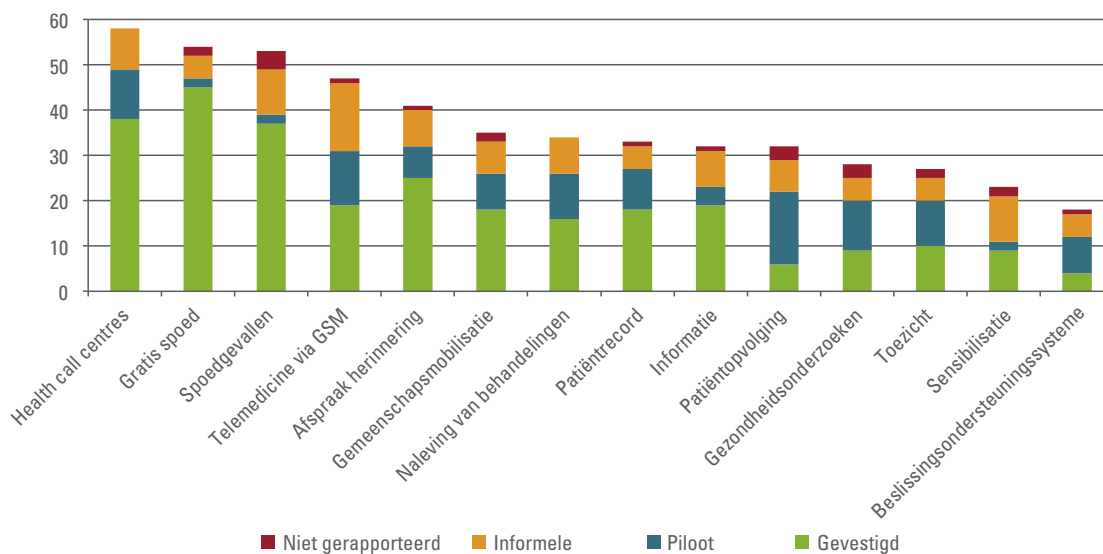
21 Grol, R., Giesen, P., & van Uden, C. (2006). After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: new models. *Health Affairs*, 25(6), 1733-1737.

22 Bunn, F., Byrne, G., & Kendall, S. (2005). The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. *Br J Gen Pract*, 55(521), 956-961; St George, I., Cullen, M., Branney, M., Hogan, M., & Duncan, L. (2003). Telephone triage reduces out-of-hours work for country doctors. *New Zealand Family Physician*, 30(2), 95-101.

23 Zie Istepanian, R., Laxminarayan, S., & Pattichis, C. S. (Eds.). (2007). *M-health: Emerging mobile health systems*. Springer Science & Business Media.



Figuur 2: Aannemen van gezondheidsinitiatieven via "mobiel", per fase, in de wereld



Bron: Kay, M., Santos, J., & Takane, M. (2011). mHealth: New horizons for health through mobile technologies. World Health Organization, 64(7), 66-71.

### 3.1 Verenigd Koninkrijk

In Engeland en Schotland<sup>24</sup>, laat het nummer 111 (georganiseerd door de NHS) toe om niet-dringende informatie over de gezondheidszorg te vragen. Dit is de vervanging van het NHS Direct-systeem, waarop we in het volgende onderdeel terugkomen. Deze dienst is gereserveerd voor "dringende problemen die het leven van de patiënt niet bedreigen"<sup>25</sup>. Het voordeel van dit systeem is dat het op nationaal niveau wordt georganiseerd: de operatoren hebben alle informatie over alle ziekenhuizen, artsen (van wacht of niet), apotheken (van wacht of niet) om de patiënten zo goed mogelijk te sturen.

De patiënten moeten naar 111 bellen als:

- "ze snel medische hulp nodig hebben, maar die niet dringend is (dan moeten ze 999 bellen, de "Engelse 112");
- ze niet weten wie ze moeten bellen of ze geen huisarts kennen;
- ze informatie nodig hebben over de gezondheidszorg."<sup>26</sup>

In het algemeen zijn het geen verpleegkundigen die oproepen naar dit nummer beantwoorden, maar speciaal opgeleide medewerkers. Er zijn evenwel verpleegkundigen ter plaatse aanwezig, maar geen artsen<sup>27</sup>. Deze operatoren verwijzen door naar de klassieke gezondheidszorgdiensten, naargelang het niveau van dringendheid en de mate van twijfel over de pathologie, en kunnen ook rechtstreeks een afspraak maken bij de geschikte zorgverlener.

Deze dienst wordt steeds meer gebruikt. Het aantal oproepen steeg met 33% tussen maart 2015 en maart 2016 (gaande naar 1,5 miljoen oproepen in een maand). In 2015 werd bijna 60% van de oproepen doorgestuurd naar een gezondheidsprofessional van de eerste lijn. De rest waren opvolgingen van eerdere oproepen of patiënten die niet specifiek wilden zijn in verband met hun pathologieën. De grote meerderheid van de mensen die bellen wordt dus doorverwezen naar niet-dringende gezondheidsdiensten (primary-care), terwijl bijna 20% van de bellers naar de spoeddiensten moeten worden gestuurd, ofwel met eigen middelen ofwel per ambulance.<sup>28</sup> De gemiddelde duur van de oproepen bedraagt meer dan 10 minuten.

24 Turner, J., O' Cathain, A., Knowles, E., & Nicholl, J. (2013). Impact of the urgent care telephone service NHS 111 pilot sites: a controlled before and after study. *BMJ open*, 3(11), e003451; <http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/NHS-111.aspx>; Grol, R., Giesen, P., & van Uden, C. (2006). After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: new models. *Health Affairs*, 25(6), 1733-1737.

Er bestaat een gelijkaardig systeem voor Wales.

25 <https://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/Emergencyandurgentcareservices/Pages/NHS-111.aspx>

26 Ibidem.

27 We kunnen dit natuurlijk beschouwen als een beperking van de health call centers, maar het beperkt zich vooral tot de VS en het VK. De andere landen leiden de verpleegkundigen op over dit onderwerp en de artsen zijn altijd beschikbaar om hen te helpen (ter plaatse of per telefoon).

28 <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/nhs-111-minimum-data-set/nhs-111-minimum-data-set-2015-16/>

### 3.2 Duitsland

In Duitsland zijn er geen HCC georganiseerd door de staat. Er zijn evenwel bepaalde "ziekenfondsen" die HCC organiseren, maar in een erg specifieke versie. Bepaalde ziekenfondsen stellen immers gespecialiseerde artsen ter beschikking van hun leden, zodat die artsen informatie via de telefoon kunnen verdelen.

Bovendien is deze dienst niet gekoppeld aan een triagedienst, zoals het geval is elders in de wereld. In de praktijk zijn er gespecialiseerde artsen beschikbaar op bepaalde uren van de dag, om te antwoorden op de vragen die de leden van de ziekenfondsen hebben over bijvoorbeeld de gegrondheid van een riskante operatie. De gespecialiseerde arts bespreekt in detail de risico's, de gevolgen, de alternatieven of een ander onderwerp waarvoor de patiënt de kans niet had om het met zijn behandelende arts te bespreken.

### 3.3 Nederland

Nederland heeft een systeem waarbij de huisartsen een belangrijke plaats innemen inzake de diensten buiten de "normale" werkuren. Deze artsen hebben coöperatieven gevormd in samenwerking met verpleegkundigen. Deze laatsten beantwoorden de oproepen van patiënten, om de triage uit te voeren en passende raad te geven<sup>29</sup>. Er zijn dan meerdere scenario's mogelijk in functie van de situatie van de patiënt: de verpleegkundigen kunnen de patiënten aanraden om ofwel op een later moment naar de huisarts te gaan, ofwel naar de spoeddienst te gaan, ofwel om onmiddellijk een arts bij hen te laten komen. Ze kunnen ook hulp vragen aan de artsen die elk permanentie doen in de call centers. Die houden toezicht op alle oproepen die de verpleegkundigen behandelen<sup>30</sup>.

Er bestaan ook nationale oproepcentra (als gevolg van de steeds vaker voorkomende hergroepering van coöperatieven). In dat geval hebben de verpleegkundigen dus toegang tot veel meer geautomatiseerde protocollen (geschreven richtlijnen en protocollen bestaan nochtans in alle coöperatieven).

### 3.4 Zwitserland

De Zwitserse oproepcentra omvatten in het algemeen drie functies:

- Triage in het geval van acute symptomen, vergezeld van een aanbeveling over de dringendheid van de behandeling.
- Advies over vragen in verband met symptomen en de evolutie van ziektes, in verband met behandelingen en met preventie.

- Het ter beschikking stellen van zorgverleners.

Het Zwitserse systeem van oproepcentra (trouwens erg gelijkend op wat er in Europa bestaat) biedt drie originele aspecten<sup>31</sup>.

- Ten eerste, wanneer de verzekerde persoon ervoor kiest om de mogelijkheid om de HCC te bellen als optie op te nemen in zijn verzekering, verbindt hij zich ertoe om de telegeneeskundendiensten van het oproepcentrum te gebruiken voor hij een zorgverlener raadpleegt (artsen, apothekers of anderen) of voor hij een behandeling start. Dit is een absolute voorwaarde voor de terugbetaling van de zorg. In noodgevallen is het niet verplicht om het centrum te bellen. De verzekeringen hebben een termijn voorzien waarbinnen men moet telefoneren na een noodgeval.
- Ten tweede, wanneer een persoon zich hiertoe verbindt, ontvangt hij een korting op de verzekeringspremie.
- Ten slotte zijn de oproepcentra in het algemeen bedrijven die onafhankelijk zijn van de ziekenfondsen.

De verpleegkundigen en artsen van het centrum voor telegeneeskunde geven medisch advies aan de verzekerde persoon en bekijken samen met hem, als dat nodig is, welke behandeling geschikt is en binnen welke termijn er een eventuele raadpleging met een zorgverlener moet plaatsvinden of hoe vaak (aantal) zo'n behandeling moet gebeuren binnen een bepaalde periode. De verzekerde persoon is gebonden door het geheel van aanbevelingen die hem zijn gemaakt rond de behandeling en/of de categorie van te raadplegen zorgverleners (bijvoorbeeld: reumatoloog, cardioloog, enz.). In principe mag de verzekerde patiënt daarentegen vrij kiezen welke zorgverlener hij wil in het kader van de aanbeveling door het centrum voor telegeneeskunde. Als de behandelende arts een nieuwe raadpleging, een doorverwijzing naar een andere arts of een opname in een ziekenhuis of een medisch-sociale instelling voorstelt, moet de verzekerde persoon binnen maximaal vijf werkdagen het centrum voor telegeneeskunde hiervan op de hoogte brengen.

Het voornaamste voordeel van de telegeneeskundemodellen ligt in de besparing op de premies die worden betaald door de verzekerden. De ziekenfondsen rekenen op het feit dat het verplichte telefoongesprek de verzekeringskosten aanzienlijk gaat laten zakken. Degenen die zich verbinden aan dit systeem krijgen gemiddeld een korting van 14% op een premie van ongeveer 200 Zwitserse frank. Een ander voordeel is dat het telefoongesprek voor advies gratis is, in het bijzonder voor de minder ernstige gevallen waarvoor een raadpleging via telefoon kan volstaan.

29 Bunn, F., Byrne, G., & Kendall, S. (2005). The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. *Br J Gen Pract*, 55(521), 956-961; van Charante, E. P. M., ter Riet, G., Drost, S., van der Linden, L., Klazinga, N. S., & Bindels, P. J. (2006). Nurse telephone triage in out-of-hours GP practice: determinants of independent advice and return consultation. *BMC family practice*, 7(1), 1.

30 van Uden, C. J., Giesen, P. H., Metsemakers, J. F., & Grol, R. P. (2006). Development of Out-of-Hours Primary Care by General Practitioners (GPs) in The Netherlands: From Small-call Rotations to Large-scale GP Cooperatives. *Fam Med*, 38(8), 565-9.

31 <http://www.moneyland.ch/fr/telmed-assurance-comparatif-suisse>; Syburra, T., & Genoni, M. (2008). Applications de la télémédecine en Suisse. *Revue Médicale Suisse*, 182(4), 2652-6.

## 4. Evaluatie van de efficiëntie en de kwaliteit van de HCC

Om het nut van de HCC te evalueren, moet er rekening worden gehouden met meerdere dimensies.

Eerst is het essentieel om te beoordelen of de HCC op een geschikte manier de functies vervullen waarvoor ze zijn ingevoerd, namelijk triage en het verstrekken van informatie. Hiervoor werden twee dimensies geëvalueerd: de mate waarin patiënten het gegeven advies opvolgen en de kwaliteit van de informatie die wordt aangeboden door de operatoren van de HCC.

Ten tweede is het in een breder perspectief belangrijk om de rol te begrijpen die de HCC hebben in de verbetering en rationalisering van de gezondheidsdiensten.

### 4.1 De mate waarin de patiënten het advies van het health call center opvolgen

Het is noodzakelijk dat de patiënten het gekregen advies tijdens een oproep opvolgen opdat de HCC een invloed hebben. De beschikbare studies lijken een positief antwoord op die vraag te tonen.

In de Verenigde Staten heeft een studie aangetoond dat voor 23.000 oproepen naar een HCC, 79,2% van de mensen die worden doorgestuurd naar de spoeddienst daadwerkelijk de aanbeveling heeft opgevolgd. Van zij die worden doorverwezen naar een arts, al dan niet van wacht, is 57% gegaan. 65,8% van zij die een advies voor zelfzorg kregen heeft dit advies opgevolgd<sup>32</sup>.

In Zweden zijn de resultaten zelfs nog beter: 81,3% van de patiënten heeft het advies van de verpleegkundige opgevolgd om zichzelf te verzorgen. 91,1% is naar de huisarts gegaan als het nodig was en 100% van de patiënten ging naar de spoeddienst als de verpleegkundige dit verstandig vond<sup>33</sup>. Deze erg positieve resultaten kunnen verband houden met de cultuur van het land betreffende de autoriteit en ook met het feit dat verpleegkundigen in bepaalde specifieke gevallen rechtstreeks geneesmiddelen mogen voorschrijven, net als rechtstreeks een afspraak maken met de meest geschikte gezondheidsprofessional. Het feit dat er al een afspraak wordt gemaakt, verhoogt de kans dat de patiënt het advies van het HCC opvolgt.

### 4.2 Kwaliteit van het advies

Zoals eerder uitgelegd, is de meest typische functie van een HCC de triage van de patiënten. Om de efficiëntie van de HCC te evalueren is het dus belangrijk om mee op te nemen of de operatoren van de HCC de pathologie en vooral de dringendheid van het probleem juist evalueren.

In een studie<sup>34</sup> over vier call centers in Nederland hebben onderzoekers aangetoond dat 69% van de oproepen werd behandeld volgens het juiste niveau van dringendheid, maar dat de verpleegkundigen het niveau van dringendheid in 19% van de gevallen hadden onderschat. Nog interessanter is het feit dat de goede inschatting van de pathologie en van de dringendheid in belangrijke mate afhangt van de goede opleiding van de verpleegkundige rond het advies geven aan patiënten via de telefoon in plaats van face-to-face. De studie wijst met de vinger naar enkele gevallen waarbij de slechte evaluatie van de dringendheid nefaste gevolgen had. Vijf jaar later heeft een nieuwe evaluatie een verbetering getoond met betrekking tot de voorgaande resultaten: in Nederland<sup>35</sup> werd er op bijna 7.000 oproepen in 91% goed gehandeld met betrekking tot de dringendheid. Een andere studie werd uitgevoerd in de Verenigde Staten<sup>36</sup> in een kinderziekenhuis. Aan de ene kant kwamen kinderen aan op de spoeddienst doordat de ouders dit hadden beslist en aan de andere kant door de beslissing van een triageservice. De dokter die hen onderzocht moest dan bepalen of het een geschikte keuze was om naar de spoeddienst te komen, rekening houdend met de pathologie (zonder te weten wie werd doorverwezen door de triagedienst). Voor de patiënten die werden doorverwezen door de triage, waren 8 op 10 patiënten naar de juiste zorgverlener gestuurd. Voor de anderen was deze verhouding 6 op 10.

Andere studies hebben betrekking op het gebruik en de relevantie van de beslissingsprotocollen die zijn ingevoerd in bepaalde HCC. In Zweden hebben onderzoekers aangetoond dat de verpleegkundigen de neiging hebben om zich meer te baseren op hun eigen ervaringen dan op de aanbevelingen van het systeem om hun patiënten via de telefoon advies te geven.<sup>37</sup> Een Nederlandse studie toont twijfels over de triage- en informatiesystemen wanneer die het interactieve beslissings-systeem via de computer niet gebruiken en zich alleen baseren

32 O'Connell, J. M., Towles, W., Yin, M., & Malakar, C. L. (2002). Patient decision making: use of and adherence to telephone-based nurse triage recommendations. *Medical Decision Making*, 22(4), 309-317.

33 Marklund, B., Ström, M., Månsson, J., Borgquist, L., Baigi, A., & Fridlund, B. (2007). Computer-supported telephone nurse triage: an evaluation of medical quality and costs. *Journal of nursing management*, 15(2), 180-187.

34 Giesen, P., Ferwerda, R., Tijssen, R., Mokkink, H., Drijver, R., van den Bosch, W., & Grol, R. (2007). Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency?. *Quality and Safety in Health Care*, 16(3), 181-184.

35 Huibers, L., Keizer, E., Giesen, P., Grol, R. P. T. M., & Wensing, M. (2012). Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. *Family practice*, 29(5), 547-552.

36 Barber, J. W., King, W. D., Monroe, K. W., & Nichols, M. H. (2000). Evaluation of emergency department referrals by telephone triage. *Pediatrics*, 105(4), 819-821.

37 Crouch, R., Woodfield, H., Dale, J., & Patel, A. (1997). Telephone assessment and advice: a training programme. *Nursing Standard*, 11(47), 41-44.

op medische protocollen<sup>38</sup>, wat kan leiden tot veiligheidsproblemen voor de patiënt.<sup>39</sup>

Een studie in het Verenigd Koninkrijk stelde vast dat er soms 200% meer bezoekers zijn op de spoeddienst na een raadpleging met elektronische protocollen voor het beheer van de oproepen.<sup>40</sup> In het algemeen is er het risico dat de triage- en informatiediensten leiden tot een vertraging van de “definitieve” zorgverlening. Met andere woorden, de patiënten worden niet rechtstreeks doorverwezen naar het juiste type zorg, wat een extra kost betekent voor het gezondheidszorgsysteem.<sup>41 42</sup>

Kortom, het is ingewikkeld om duidelijke conclusies te trekken over de kwaliteit van het advies dat wordt gegeven door de HCC.

### 4.3 Voordelen voor de gezondheidszorgsystemen en de patiënten

De voornaamste doelstelling van de oprichting van oproepcentra inzake gezondheid is dat ze kunnen bijdragen aan de vermindering van de algemene kost van de gezondheidszorg door de patiënten rechtstreeks naar de meest geschikte zorgverlener te sturen of door hen te helpen om zichzelf te verzorgen. In Wallonië ligt het gebruik van de spoeddiensten bijvoorbeeld hoger dan in Vlaanderen, wat kan zorgen voor een grotere verzorgingskost voor de Franstalige bevolking. De health call centers zouden een mogelijkheid kunnen zijn om deze tendens bij te sturen, maar we komen verderop terug op de voordelen voor de Belgische bevolking.

Jammer genoeg zijn de beschikbare evaluaties van de gevolgen van de HCC op de uitgaven voor de gezondheid en meer algemeen op de efficiëntie van de gezondheidssystemen beperkt en niet-overtuigend. Een studie in Denemarken toont aan dat de oprichting van oproepcentra die worden beheerd door huisartsen het aandeel gezondheidsadvies via de telefoon heeft verdubbeld. Het interessantste is dat er in dit land geen enkele van die tussenkomsten, die een betere

toewijzing van middelen moeten toelaten, de werklust van de artsen op het vlak van raadplegingen hebben verminderd: het aantal patiënten is bij elke huisarts hetzelfde gebleven.<sup>43</sup>

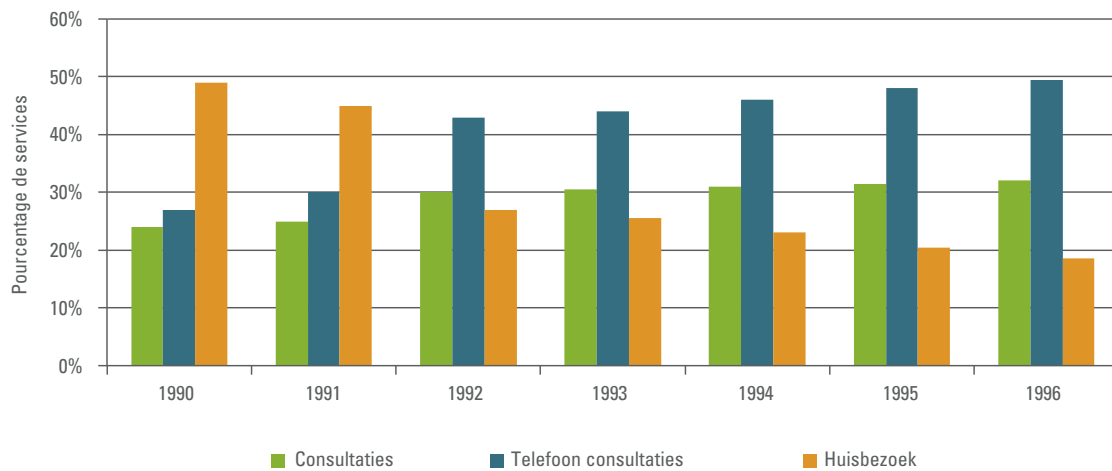
In het Verenigd Koninkrijk hebben de artsen, voordat de NHS 111 werd ingevoerd, een systeem van call centers georganiseerd met de “adviserend verpleegkundigen”, vergelijkbaar met het systeem van huisartscoöperatieven in Nederland. Een evaluatie van de impact van het systeem heeft aangetoond dat de “algemene” vragen om advies aan huisartsen met 69% zijn gedaald; 38% minder patiënten in de “primary care centres” en 23% minder huisbezoeken.

Voor zover we weten is de NHS van het Verenigd Koninkrijk de enige waarvoor er een evaluatie is uitgevoerd van de budgettaire gevolgen van de triage- en informatiediensten. De conclusie ervan is dat de triage- en informatiediensten (uitgevoerd door verpleegkundigen) buiten de kantooruren op lange termijn de kosten van de NHS verminderen doordat ze de nood aan spoeddiensten in het ziekenhuis verlagen. Bovendien lijkt het erop dat huisartsen minder worden geraadpleegd in de regio's waar deze dienst het meeste wordt gebruikt. Aangezien de gezondheid van de Britten stabiel is gebleven tijdens de referentieperiode, lijkt het dat de besparingen niet ten koste zijn gegaan van de patiënt.<sup>44</sup>

Vanuit het standpunt van de patiënt lijken de triage- en informatiediensten in het algemeen erg te worden gewaardeerd door de gebruikers. Doorgaans worden de indrukken van de gebruikers via enquêtes verzameld. Deze evalueren in het algemeen 3 hoofdcriteria: de perceptie van de toegankelijkheid, de tevredenheid van de gebruiker, de evaluatie van de kwaliteit van de antwoorden en het resultaat van de tussenkomst van de persoon die de oproep van de patiënt beantwoordt (bijvoorbeeld minder angst, of rechtstreekse of onrechtstreekse voordelen dankzij het gebruik van de dienst). In figuur 3 kunnen we de groei beoordelen van deze dienst buiten de kantooruren in Denemarken, na de oprichting ervan in 1991 (+40% raadplegingen via de telefoon in 6 jaar).

- 38 Derkx, H. P., Rethans, J. J. E., Muijtens, A. M., Maiburg, B. H., Winkens, R., Van Rooij, H. G., & Knottnerus, J. A. (2008). Quality of clinical aspects of call handling at Dutch out of hours centres: cross sectional national study. *Bmj*, 337, a1264.
- 39 Giesen, P., Ferwerda, R., Tijssen, R., Mokkink, H., Drijver, R., van den Bosch, W., & Grol, R. (2007). Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency?. *Quality and Safety in Health Care*, 16(3), 181-184.
- 40 Richards, D. A., Meakins, J., Tawfik, J., Godfrey, L., Dutton, E., Richardson, G., & Russell, D. (2002). Nurse telephone triage for same day appointments in general practice: multiple interrupted time series trial of effect on workload and costs. *Bmj*, 325(7374), 1214.
- 41 Bunn, F., Byrne, G., & Kendall, S. (2005). The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review. *Br J Gen Pract*, 55(521), 956-961.
- 42 Zie voor meer details Campbell, J. L., Britten, N., Green, C., Holt, T. A., Lattimer, V., Richards, S. H. ... & Fletcher, E. (2013). The effectiveness and cost-effectiveness of telephone triage of patients requesting same day consultations in general practice: study protocol for a cluster randomised controlled trial comparing nurse-led and GP-led management systems (ESTEEM). *Trials*, 14(1), 4.
- 43 Marsh, G. N., Horne, R. A., & Channing, D. M. (1987). A study of telephone advice in managing out-of-hours calls. *JR Coll Gen Pract*, 37(300), 301-304; Christensen, M. B., & Olesen, F. (1998). Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *Bmj*, 316(7143), 1502.
- 44 Lattimer, V., Sassi, F., George, S., Moore, M., Turnbull, J., Mullee, M., & Smith, H. (2000). Cost analysis of nurse telephone consultation in out of hours primary care: evidence from a randomised controlled trial. *Bmj*, 320(7241), 1053-1057.

**Figuur 3: Zorgverlening buiten de kantooruren in Denemarken (1990-1996)**



Bron: Christensen, M. B., & Olesen, F. (1998). Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *Bmj*, 316(7143), 1502.

Een gelijkaardig onderzoek werd gevoerd voor de gebruikers van de dienst Info-Santé in Québec.<sup>45</sup> Sinds het midden van de jaren 1980 geeft deze dienst, beheerd door verpleegkundigen, informatie inzake gezondheidsdiensten, sociale of openbare diensten. Wanneer er geen gespecialiseerde of onmiddellijke tussenkomsten nodig zijn, bieden de verpleegkundigen een professioneel advies. Daarentegen, als een raadpleging van een andere zorgverlener nodig is, geven de verpleegkundigen nuttige informatie (plaats van de raadpleging, uurroosters, telefoonnummer, enz.). De onderzoekers voerden een enquête uit bij 4.700 mensen die deze dienst hebben gebruikt en vroegen hen om tegelijkertijd een evaluatie te geven van hun tevredenheid over de diensten en van de voordelen die ze zien van het bestaan van Info-Santé. Wat de kwaliteit betreft, lijken de gebruikers unaniem: minstens 95% van de respondenten evalueert de diensten en het advies van Info-Santé als "erg goed of redelijk goed", met betrekking tot, onder andere, de relevantie van het advies.

Voor wat betreft de ervaren voordelen, voorgesteld in tabel 1, lijkt de helft van de gebruikers in het bijzonder de snelle toegang en de ontvangen informatie te waarderen. De bespaarde rit, de gemakkelijke toegang, de financiële besparing zijn de voordelen die te maken hebben met de (tijdelijke of financiële) kost om naar de spoeddienst of de arts van wacht te gaan die dankzij Info-Santé werd vermeden. Ongeveer 15% van de gebruikers beschouwt het systeem ook als gunstig voor het gezondheidszorgsysteem in zijn geheel. Samenvattend lijkt deze enquête aan te geven dat de dienst erg gewaardeerd wordt door de gebruikers van Québec.

Volgens het rapport van de WGO zijn de HCC aanwezig in meer dan de helft van de landen op de planeet. Het is bovendien de eerste toepassing van mHealth in de wereld. Ook al doen deze elementen ons geloven dat zowel politieke leiders als de bevolking talrijke voordelen ervaren van deze diensten, toch zijn er nog te weinig gegevens en studies om duidelijke conclusies te trekken over de voordelen die worden ervaren door de gebruikers van de HCC.<sup>46</sup>

<sup>45</sup> Hagan, L., Morin, D., & Lépine, R. (2000). Evaluation of Telenursing Outcomes: Satisfaction, Self-Care Practices, and Cost Savings. *Public Health Nursing*, 17(4), 305-313.

<sup>46</sup> Zie het voorbeeld van de DRC: Corker, j. (2010). Groene Lijn" toll-free hotline: using cell phones to increase access to family planning information in the Democratic Republic of Congo. *Cases in Public Health Communication & Marketing*, 4, 23-37.

Tabel 1: Ervaren voordelen door de gebruikers van Info-Santé

Voordelen*	Respondenten (n=4696), in %
Snelle toegang	55,7
Meer informatie met betrekking tot de problemen en oplossingen	48,3
Bespaarde rit	38,3
Gemakkelijke toegang	25,1
Toegang tot een verpleegkundige	17,0
Verstandigere keuze voor de middelen van het systeem	15,8
Meer tijd om uit te leggen wat het probleem is en het te bespreken	10,3
Financiële besparing	5,4
Andere	29,6

\*(Elkaar niet uitsluitende) categorieën

Bron: Hagan, L., Morin, D., & Lépine, R. (2000). Evaluation of Telenursing Outcomes: Satisfaction, Self-Care Practices, and Cost Savings. *Public Health Nursing*, 17(4), 305-313.

Ondanks het feit dat de evaluaties van de kwaliteit en de impact van de HCC schaars zijn, lijken de beschikbare gegevens aan te tonen dat de HCC kwalitatieve diensten aanbieden die gewaardeerd worden door de gebruikers, wat kan bijdragen tot een betere overeenstemming tussen de behoeften van de patiënten en de verstrekte zorg.

## 5. De health call centers: wat in België?

Is het model van de health call centers toepasbaar op België? Zou het toelaten om de efficiëntie en de doelmatigheid van ons gezondheidssysteem te verbeteren? Zoals het KCE aantoonde, zijn er in België "1,24 spoeddiensten per 100.000 inwoners, een aanzienlijk cijfer in vergelijking met andere landen. De helft van deze spoeddiensten heeft minder dan (gemiddeld) 55 contacten per 24 uur en minder dan 6 contacten per nacht. Bovendien kan een groot deel van de patiënten die zich naar de spoeddienst van een ziekenhuis begeven ook worden behandeld door een huisarts. Maar de 70 huisartswachtposten die de laatste jaren werden geopend, doen de hoeveelheid van deze patiënten niet dalen."<sup>47</sup>

Een artikel dat eerder verscheen in CM-Info toont ook verontrustende feiten over het gebruik van de zorg in spoeddiensten van bepaalde Belgische ziekenhuizen, terwijl veel van deze zorg kan worden gegeven door een huisarts of zelfs een apotheker.<sup>48</sup> Anderzijds zijn voor 42% van de Belgen de gezondheidsvaardigheden beperkt tot onvoldoende (meer of minder naargelang de regio's en het opleidingsniveau).<sup>49</sup>

Het gebrek aan informatie en vorming van de patiënt, net als de behoefte aan rationalisering van het gebruik van bepaalde diensten, meer bepaald de spoeddienst, zijn dus twee problematieken die ook op ons grondgebied voorkomen. De HCC kunnen een eerste antwoord bieden op deze problemen, maar voorlopig bestaat er op Belgisch niveau geen geharmoniseerde en geïntegreerde triage- en informatiedienst. Dit betekent niet dat deze diensten niet bestaan onder een andere vorm.

Elke persoon die dringende hulp nodig heeft (van de brandweer of van een ambulance) kan het nummer 112 bellen (overal in Europa).<sup>50</sup> Parallel met dit nummer is de dienst "1733" beschikbaar om een huisarts van wacht te bereiken 's avonds, 's nachts of tijdens het weekend. Dit nummer voor niet-dringende medische hulp is gekoppeld aan de lokale wachtdiensten. Het nummer 1733 is al gedeeltelijk of volledig operationeel in bepaalde regio's.

47 <https://kce.fgov.be/fr/press-release/services-d%E2%80%99urgence-et-permanences-de-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale-en-un-seul-lieu-plus-clair-et-p> ; zie voor het volledige verslag Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuijdt E, Geissler A, Ghesquiere A, Misplon S, Quentin W, Van Loon C, Van de Voorde C. (2016). Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform. *Health Services Research (HSR)* Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2016. KCE Reports 263. D/2016/10.273/24;

48 Avalosse, H., Chapelle, A. & F. Van Sloten (2015). Toevlucht tot de spoeddienst van een ziekenhuis: exploratie van de gegevens van de CM. *CM-Informatie*, nr. 262, december 2014, pp.18-25.

49 Avalosse, H., Verniest, R., Callens, M., Van den Broucke, S., Renwart, A., Rummens, G. & Gerard, F. (2014). Balans van de kennis van de Belgen op het vlak van gezondheid. *CM-Informatie*, nr. 258, december 2014, pp.48-55.

50 <https://www.112.be/>



De operator van 1733 stelt bepaalde vragen om een correcte inschatting te maken van de ernst van de situatie en de mate van mobiliteit. De operator verwijst door naar de zorgverlener die, op dat moment, de beste persoon is om te beantwoorden aan de noden van de patiënten:

1. Hij kan de patiënt uitnodigen om naar de huisartsenwachtpost te gaan of om op raadpleging te gaan bij de arts van wacht;
2. Hij kan een arts van wacht aan huis sturen;
3. Hij kan voorstellen om de raadpleging met de eigen huisarts af te wachten;
4. Als de situatie ernstig lijkt, kan hij de patiënt vragen om naar de spoeddienst te gaan of kan hij een ambulance naar hem thuis sturen.<sup>51</sup>

Het is dus een echte triagedienst, die jammer genoeg nog niet in alle regio's/gemeentes van het land beschikbaar is.<sup>52</sup>

Naast 1733 kan een CM-lid, aangesloten bij een van de Franstalige of Duitstalige regionale ziekenfondsen bellen naar 0800/10 9 8 7 (gratis nummer) als hij informatie wil over ziekenhuizen (het type kamer, de tarieven en de voorschotten, hospitalisatieverzekeringen, thuiszorg, verkoop en verhuur van medisch materiaal, herstel) of informatie over de aanvullende voordelen en diensten van CM of alle andere informatie met betrekking tot de diensten van CM.<sup>53</sup>

## 6. Conclusie: de health call centers, een goed idee?

De health call centers zijn een origineel en veelbelovend concept. De HCC zijn voornamelijk gekoppeld aan de ontwikkeling van mobiele telefonie en hebben talrijke eigenschappen en kwaliteiten. Het eerste is een toegangspoor zijn voor keuzes in de wereld van de zorg, nog voor de binnenkomst in de wachtzaal van een huisarts of een spoeddienst. Deze dienst geeft via zijn "triage" en "informatie" advies over wat men het best moet doen in elke soort van situatie (soms ook moeilijke). Er zijn nog te weinig studies en evaluaties van het systeem om sterke conclusies te trekken, maar ze lijken toch te suggereren dat er talrijke voordelen zijn voor de patiënt en het gezondheidszorgsysteem in zijn geheel. De HCC zijn bovendien het eerste wereldwijde initiatief van de mHealth-tendens geworden.

Voor België kan het eerste voordeel zijn dat de spoeddiensten van de ziekenhuizen worden ontlast doordat de patiënten naar artsen of zelfs naar de apotheek van wacht worden gestuurd, wat het gebruik van de bestaande middelen verbetert. Het nummer voor medische hulp 1733 is een stap in de goede richting. Dit nummer laat immers toe om zich gemakkelijk te informeren over de aard van het probleem van de patiënt en om hem rechtstreeks en zo snel mogelijk naar de geschikte zorgverlener te kunnen verwijzen. Deze dienst herneemt echter het tweede karakteristieke principe van een HCC niet: het bieden van informatie over gezondheid aan personen die hierom vragen. De CM heeft een oproepcentrum, maar voor specifieke onderwerpen, zoals de hospitalisatieverzekering. Het is een feit dat het Belgische institutionele landschap van de gezondheidszorg moeilijk een combinatie toelaat van de twee delen van de HCC. Toch lijkt er een reële behoefte te bestaan aan informatie over de gezondheidszorg die ingevuld moet worden.

<sup>51</sup> <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/aide-medicale-urgente/services-de-garde> ; Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuijdt E, Geissler A, Ghesquiere A, Misplon S, Quentin W, Van Loon C, Van de Voorde C. (2016). Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2016. KCE Reports 263. D/2016/10.273/24.

<sup>52</sup> Om te weten of een gemeente verbonden is met deze service, kan de gebruiker naar de volgende website gaan: [https://apps.health.belgium.be/ordsm/02/www\\_flow.accept](https://apps.health.belgium.be/ordsm/02/www_flow.accept)

<sup>53</sup> Deze service is beschikbaar van maandag tot vrijdag van 8:30 tot 18 uur en op zaterdag van 9 tot 13 uur.



## Hervorming van de financiering van de sociale zekerheid in België: het begin van een nieuw paradigma

*Nabil Sheikh Hassan - studiedienst van de Centrale Nationale des Employés (CNE) en assistent/vorser aan de Faculté ouverte de Politiques économiques et sociales (FOPES)\**

### Samenvatting:

*In het begin van 2017 zag een nieuwe wet op de financiering van de Belgische sociale zekerheid het licht. Het Belgische socialezekerheidsmodel wordt al gekenmerkt door vele veranderingen in de overgang van verzorgingsstaat naar actieve welvaartsstaat. Deze nieuwe financieringswet raakt aan de verschillende assen van de financiering (alternatieve financiering, overheidsdotatie, evenwichtsdotatie, de oprichting van de Commissie "Financiën en Begroting", veranderingen in de financiering van de gezondheidszorg). De wet is het sluitstuk van de overgang van de sociale zekerheid in het kader van de actieve welvaartsstaat en is verankerd in het werkgelegenheidsbeleid en de vermindering van de staatsschuld. Maar de nieuwe wet betekent ook het begin van een nieuw paradigma door de centrale rol in het beheersmodel die aan de staat wordt toebedeeld, door de activering van de sociale partners en door de invoering van een nieuwe beleidsfilosofie in de sociale zekerheid.*

Sleutelwoorden: sociale zekerheid, financiering, sociale partners, tripartiet beheer, RSZ, actieve welvaartsstaat

Op 30 maart 2017 werd door de regeringsmeerderheid (MR, N-VA, CD&V, Open VLD) in het federale parlement een wet tot hervorming van de Belgische sociale zekerheid (Wet houdende hervorming van de financiering van de sociale zekerheid. (n.d.). B.S. 28 april 2017.) aangenomen. Dit artikel schetst de hoofdlijnen van de hervorming die door de ministers Maggie De Block (Open VLD) en Willy Borsus (MR) wordt bepleit, en plaatst ze vervolgens in perspectief. Ten eerste maken we een korte analyse van het Belgische socialezekerheidsmodel en de evolutie ervan (1. Het Belgische socialezekerheidsmodel). We leggen ook de context van de hervorming uit met betrekking tot de bijdrage van de sociale partners in het debat (2. Context van de hervorming). Vervolgens beschrijven en analyseren we de belangrijkste maatregelen die zijn opgenomen in de tekst (3. Inhoud en analyse van de wet) en besluiten we door na te gaan of deze hervorming een verandering of voortzetting van ons socialezekerheidsmodel inhoudt (4. Conclusies en perspectieven).

### 1. Het Belgische socialezekerheidsmodel

Meerdere differentiëeringscriteria kunnen worden gebruikt om de socialezekerheidsstelsels te karakteriseren (ESPING-ANDERSEN,

1999). De wijze van beheer, de aard van de financiering van het systeem, de begunstigden van het model, de doelstellingen en de omvang van de dekking zijn allemaal factoren die een analyse mogelijk maken. Na de Tweede Wereldoorlog voerde België een systeem met een gezamenlijk beheer in waarin de sociale partners (vertegenwoordigers van werknemers en vertegenwoordigers van werkgevers) een centrale rol speelden. De rol van de staat in het beheer van de sociale zekerheid was dus voornamelijk tweeledig: enerzijds het controleren van de rekeningen, en anderzijds ook het omzetten van de adviezen en voorstellen van de socialezekerheidsbeheerders naar wetteksten (REMAN & FELTESSE, 2003, p. 106). De financiering is gebaseerd op het gezamenlijke beheer: ze is van in het begin in de eerste plaats gebaseerd op de ingehouden sociale bijdragen op arbeidsinkomsten<sup>1</sup>. Met dit model probeerde men om een zo breed mogelijke sociale bescherming aan de bevolking te bieden op basis van de principes van verzekering en horizontale en verticale solidariteit. Sinds de jaren 80 is dit sociale model geëvolueerd en hebben verschillende gerelateerde verschuivingen plaatsgevonden (REMAN & FELTESSE, 2003, p. 107). We vernoemen er drie.

De eerste is een verandering van de doelstellingen van het model. Van in het begin diende de sociale zekerheid vooral als een beleidsinstrument voor een sociale verzekering en de

\* Onderstaande analyse van de wet geeft de mening en de inzichten van de auteur weer.

<sup>1</sup> In 1960 was 69,4% van de financiering afkomstig uit de sociale bijdragen. In 1970 was dit 73,6 %.

bescherming van individuen om het collectieve welzijn en de economische efficiëntie te verbeteren door ongelijkheden te beperken. De strategie werd aangepast om specifieke en gedeeltelijk tegenstrijdige economische doelstellingen met de oorspronkelijke geest te verzoenen. Enerzijds werd door de explosie van de werkloosheid in de jaren 70 de ondersteuning van het werkgelegenheidsbeleid voorgedragen als onderdeel van de sociale zekerheid in de vorm van loonlastenverlaging voor bedrijven. In de jaren 90 tot vandaag is deze evolutie aanzienlijk versneld<sup>2</sup>. Anderzijds wordt de sociale zekerheid steeds meer ingeschakeld in het terugdringen van de staatsschuld (in de ruime zin als de som van overheidsinstanties en de sociale zekerheid). Hiertoe worden twee methoden gezamenlijk of afzonderlijk toegepast: een herfinanciering om de recepten aan de groeiende behoefte aan te passen of een aanpassing van de sociale bescherming door de uitkeringen te beperken. Deze beperking kan op verschillende manieren worden uitgevoerd: een vermindering van de kwaliteit of kwantiteit van de geleverde diensten of een verhoging van de toegangsvoorwaarden (doelgroep, tegenpartijen, ...) voor recht- hebbenden.

De tweede verandering betreft de financiering van de sociale zekerheid. In de loop van de jaren 70 daalde het aandeel van de sociale bijdragen in de financiering. Om het gewicht van de sociale zekerheid op het tekort te beperken, werd extra financiering gevonden. Zo werden in de jaren 80 de opeenvolgende indexsprongen onder de regeringen Martens-Gol ingezet als een speciale sociale bijdrage ("loonmatiging") om de sociale zekerheid te financieren, waardoor ook het aandeel van de sociale bijdragen in de financiering versterkt werd<sup>3</sup>. Als gevolg van de steeds kleiner wordende sociale bijdragen, de aanhoudende massale werkloosheid en de toenemende behoeften aan gezondheidszorg, werden de algemene middelen van de staat aangewend als aanvullende financiering voor de overheidsdotatie en de alternatieve financiering van de sociale zekerheid. Dit alles heeft geleid tot een geleidelijke verzwakking van het aandeel van de sociale bijdragen in de financiering van het begin van de jaren 90 tot de zesde staatshervorming.

De laatste verandering betreft het Globaal Beheer van de sociale zekerheid. Het oorspronkelijke tweepartijenmodel maakte gaandeweg plaats voor een tripartiet systeem. De invoering van het Globaal Beheer in 1994 zorgde voor een gelijke vertegenwoordiging van werkgevers en vakbonden, maar ook van de overheid, die een vetorecht bezit. Gezien het grote gewicht van de gezondheidszorg in de sociale zekerheid hebben de ziekenfondsen in deze commissie vertegenwoordigers in een adviserende rol. In feite kan het financiële beheer niet gebeuren zonder goedkeuring van de overheid, terwijl het wel kan worden uitgevoerd zonder de instemming van de sociale partners.

Al deze ontwikkelingen vinden plaats in de verschuiving van de verzorgingsstaat naar de actieve welvaartsstaat (VIELLE, POCHE & CASSIERS, 2005). De vraag is hoe men de maatregelen van de nieuwe financieringswet kan karakteriseren met betrekking tot deze verschuiving. Zoals vermeld door Pascale Vielle tijdens de parlementaire hoorzittingen bij de Commissie Sociale Zaken (Volledig rapport - Commissie Sociale Zaken), is een dergelijke analyse complex, maar kan ze worden ondersteund door het werk van Peter Hall, (HALL, 1993) die de overgang van een Keynesiaans geïnspireerd beleid naar een neoliberaal beleid onder Margaret Thatcher analyseerde. Hall noemt drie categorieën van veranderingen in het overheidsbeleid:

- kleinere veranderingen die een invloed hebben op de instrumenten van het sociale beleid (uitgekeerde bedragen, ...);
- grotere veranderingen die betrekking hebben op de instellingen (privatisering van een dienst, wijziging in de financiering, ...);
- en ten slotte de meest fundamentele veranderingen, de zogenaamde paradigmatische veranderingen die betrekking hebben op politieke, economische of sociale doelstellingen.

Het is in deze context dat we de belangrijkste elementen van de nieuwe tekst zullen onderzoeken. Vervolgens zullen we de mogelijke effecten ervan ten opzichte van de reeds vermelde verschuivingen beschrijven, om ten slotte te beoordelen of de hervorming een breuk met of een voortzetting van ons huidige sociale zekerheidsmodel betekent.

## 2. Context van de hervorming

De door de regering Charles Michel voorgestelde hervorming van de financiering van de sociale zekerheid is bedoeld als een reactie op verschillende problemen. De sociale partners hebben herhaaldelijk (in juli 2014 en 2015) de wens uitgesproken om de financieringswet te herzien om een zekere continuïteit van de sociale zekerheid te waarborgen. De context en de uitdagingen die dit verzoek zouden rechtvaardigen zijn talrijk.

- De 6<sup>e</sup> staatshervorming en de daaruit voortvloeiende bevoegdheidsoverdracht op het gebied van de kinderbijslag en de zorgtoeslag hebben een invloed op de financiering van de sociale zekerheid. Na de overdracht van een deel van de inkomsten, maar vooral een groot deel van de uitgaven aan de deelstaten, kwam de sociale zekerheid met financieringsoverschotten die de tussenkomst van de evenwichtsdotatie overbodig maakt. Er was dus een wetgeving nodig om de budgettaire impact van de bevoegdheidsoverdracht naar de deelstaten te neutraliseren.
- In het algemeen vond men dat de financieringsbronnen van de sociale zekerheid te talrijk en te weinig transparant waren.

<sup>2</sup> In 1996, werd een vermindering van de sociale bijdragen van 1,23 miljard euro toegekend. In 2004 was dit 3,798 miljard en in 2016 7,289 miljard.

<sup>3</sup> In 1980 werd de sociale zekerheid voor 60,5% gefinancierd door de sociale bijdragen. In 1984 was dit 58,1% en in 1990 was 74,7% van de financiering afkomstig uit de sociale bijdragen.

Ook werden bepaalde uitgaven gebruikt in het kader van de sociale zekerheid, terwijl ze buiten de kerntaken ervan vielen.

- Tussen 2010 en 2014 moest een evenwichtsdotatie (tijdelijke toekenning en dus niet structureel) het mogelijk maken om de tekorten van de sociale zekerheid, die te wijten zijn aan de onderfinanciering, te voorkomen. (Programma-wet (1) van 23 december 2009; Programma-wet (I) (1) van 29 maart 2012). Vanaf 2015 werd de wettelijke basis voor deze evenwichtsdotatie echter niet vernieuwd door de federale meerderheid (MR, N-VA, CD&V, Open VLD).
- Diezelfde meerderheid besloot in juli 2015 om een grote "tax shift" door te voeren. Deze "tax shift" omvatte, onder andere, een in de tijd gefaseerde vermindering van de sociale bijdragen van de werkgevers, de belangrijkste financieringsbron van de sociale zekerheid. Er werd echter geen enkele rechtsgrond ingevoerd om de alternatieve financiering te versterken en de verwachte uitholling van deze middelen te compenseren.
- De groeinorm van de begrotingsdoelstelling voor de gezondheidszorg werd meermaals verlaagd in de afgelopen jaren, van een wettelijke norm van 4,5% tot 1,5% of zelfs 0,5% in de praktijk (in 2017). Deze verlagingen om budgettaire redenen verontrustten de sociale partners. Naast het debat over de kwaliteit van de dienstverlening en het voorzien in de behoeften, zou een overschrijding van het gezondheidszorgbudget op het einde van het boekjaar, bijvoorbeeld als gevolg van het opleggen van een te lage groeinorm, worden ondersteund door het Globaal Beheer van de sociale zekerheid, zonder dat de sociale partners daar iets aan kunnen doen.

De sociale partners hebben dus opgeroepen voor een financieringssysteem dat rekening houdt met deze verschillende kwesties volgens de volgende principes:

- De bevoegdheidsoverdracht naar de deelstaten moet leiden naar een neutralisatie op budgettair vlak, door het verminderen van de middelen in de overheidsdotatie en de alternatieve financiering. Het relatieve gewicht van de sociale bijdragen in de financiering moet dus toenemen na een dergelijke hervorming.
- Een vereenvoudiging en bestendiging van de alternatieve financiering van de sociale zekerheid moeten worden opgelegd door een wet die voorrang geeft aan twee belangrijke financieringsbronnen (een deel van de opbrengst van de BTW en de roerende voorheffing) en een reservebron (de loonbelasting). Een vereenvoudiging van de uitgaven moet leiden tot functionele overheidsbeleiden die onterechte uitgaven in de sociale zekerheid tegengaan.
- Het mechanisme van de evenwichtsdotatie moet gegarandeerd en bestendig worden door een wet ad hoc, om het evenwicht in de sociale zekerheidsbegroting te verzekeren.
- De verlaagde sociale bijdragen op het federale niveau moeten worden gecompenseerd door alternatieve financiering.
- De financiering van de gezondheidszorg moet vereenvoudigd en aangepast worden. Indien een overschrijding van de begrotingsdoelstelling wordt vastgesteld, vragen de sociale partners dat die door de staat worden gedragen (na rekening te houden met de verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen) en niet meer door het Globaal Beheer.

### 3. Inhoud en analyse van de wet

De wet op de hervorming van de sociale zekerheid wil een antwoord zijn op de context en de wensen die door de sociale partners zijn uitgesproken.

De wet houdt namelijk rekening met de verwachtingen van de sociale partners op een aantal gebieden: door de impact van de 6<sup>e</sup> staatshervorming te neutraliseren, door de alternatieve financieringsbronnen te vereenvoudigen, door het principe van de evenwichtsdotatie gedeeltelijk opnieuw te introduceren en tot slot door bepaalde ongeoorloofde uitgaven van de sociale zekerheid te schrappen.

Er moet echter een meer gedetailleerde analyse van de wet worden uitgevoerd om na te gaan of er buiten de voorgestelde technische wijzigingen nog andere kwesties verscholen liggen. We noemen hier vijf gebieden: de alternatieve financiering, de klassieke dotatie, de evenwichtsdotatie, de oprichting van de Commissie "Financiën en Begroting" en de veranderingen in de financiering van de gezondheidszorg.

#### 3.1 De alternatieve financiering

Als gevolg van de staatshervorming neutraliseert de wet de bedragen op de enveloppe van alternatieve financiering en houdt ze de sociale bijdragen intact en op het niveau van de federale sociale zekerheid. De wet vereenvoudigt de alternatieve financieringsbronnen door ze te beperken tot twee belangrijke bronnen: de btw (13,41% van het product, met een minimum van 3,93 miljard) en de roerende voorheffing (40,73% van het product, met een minimum van 1,93 miljard). Er wordt ook een derde financieringsbron voorzien in het geval dat de twee voorgenoemde bronnen onvoldoende blijken, namelijk accijnzen op tabak. Met betrekking tot dat laatste punt volgt de overheid niet het advies van de sociale partners, die bedrijfsvoorheffing als derde inkomstenbron wensen. De alternatieve financiering zal slechts twee bestemmingen hebben voor het globale beheer van loontrekkenden: enerzijds de financiering van de verminderde federale sociale bijdragen en anderzijds de alternatieve financiering voor de gezondheidszorg (\$1quater).

Eveneens in het kader van de alternatieve financiering voorziet de wet in een nieuwe compensatie voor de daling van de sociale bijdragen als gevolg van de tax-shift. Dit bedrag, dat de totale alternatieve financiering doet toenemen, zal niet gelijk zijn aan de brutoverlaging van de sociale bijdragen. De regering verwacht namelijk een positieve terugverdieneffect van de tax-shift. Deze effecten (zoals jobcreatie en werkloosheidsdaling) werden berekend door het Planbureau en de regering houdt hier rekening mee in de berekening van de enveloppe (1,87 miljard in 2017, tot 3,03 miljard in 2020). Vanaf 2021 zal de alternatieve financiering bedoeld om de tax-shift te compenseren worden opgenomen in het basisbedrag van de alternatieve financiering, zodat er nog slechts één alternatieve basisfinanciering overblijft. De impact en evaluatie van de effecten die resulteren uit de tax-shift zouden

dus vanaf deze datum niet langer scheidbaar zijn van de rest van de enveloppe. De wet bepaalt dat de bedragen die voor de alternatieve financiering zijn voorzien jaarlijks kunnen worden aangepast in functie van de impact van de verlaagde sociale bijdragen op de ontvangsten en uitgaven van de sociale zekerheid, en anderzijds in functie van eventuele aanpassingen met betrekking tot de btw en de roerende voorheffing (in opdracht van de ministerraad).

Hoe kunnen we de aanpassingen inzake de alternatieve financiering beoordelen?

Een eerste punt van kritiek werd gegeven door de sociale partners naar aanleiding van het advies van het beheerscomité inzake het wetsontwerp voor de sociale zekerheid. In tegenstelling tot de reservebron die als voorwaarde wordt gesteld (de bedrijfsvoorheffing), leidt de keuze voor tabaksaccijnzen tot een potentiële kwetsbaarheid van de alternatieve financiering. Er is "een reëel risico dat de bron van tabaksaccijnzen ontoereikend zal zijn indien er sprake is van een grote terugval van de btw-inkomsten en/of roerende voorheffing". (Advies van de sociale partners binnen het Beheerscomité SZ, 2016, p. 3).

Een tweede punt van kritiek betreft het relatieve gewicht van de alternatieve financiering en de politieke en institutionele gevolgen op het gebied van het beheer van de sociale zekerheid. Zoals we in de inleiding hebben vermeld, is onder druk van een vermindering van de sociale bijdragen het gewicht van de sociale bijdragen in financiering van de sociale zekerheid gedaald ten koste van de alternatieve financiering die steeds belangrijker wordt. Als de sociale bescherming als geheel in België wordt beschouwd<sup>4</sup>, zal de alternatieve financiering die door de nieuwe wet is voorzien deze tendens alleen maar versterken. In het recente verleden was dit de basis voor de federale aanwezigheid in het beheer van de sociale zekerheid, dat nu tripartiet geworden is. De nieuwe financiering zal zonder twijfel de centrale rol van de overheid in beslissingen over de sociale zekerheid versterken.

De onzekerheid over de toereikendheid van de alternatieve financiering wordt echter niet weggenomen. Aangezien ons sociale-zekerheidsmodel een dubbele doelstelling nastreeft - ondersteuning van het werkgelegenheidsbeleid en participatie in de aanzuivering van de nationale begrotingstekorten - zijn er discussies gevoerd over de wenselijkheid en de haalbaarheid van het gelijktijdig nastreven van deze doelstellingen. De discussie is nog steeds actueel: als de bijdragevermindering wordt toegekend in het kader van de tax-shift, zal de alternatieve financiering een deel van het financieringstekort dekken in afwachting dat het terugverdieneffect het andere deel vult. Er kunnen zich twee situaties voordoen. Het eerste is het succes van het werkgelegenheidsbeleid waarin het terugverdieneffect ruim binnen de begrote proporties valt. Het tweede geval doet zich voor wanneer het terugverdieneffect

ontoereikend is: de alternatieve financiering van de sociale zekerheid wordt dus ontoereikend en het is wachten op een beslissing van de ministerraad om deze te verhogen. Indien dit niet gebeurt, zal het falen van het werkgelegenheidsbeleid dat door de regering werd opgelegd worden opgevangen door diezelfde sociale zekerheid (via een tekort of een verplichting om de uitkeringen te herzien). Als de regering het effect van een ontoereikend beleid op de sociale zekerheid neutraliseert door de alternatieve financiering te verhogen, kan dit natuurlijk een impact hebben op andere overheidsuitgaven indien de middelen die worden aangewend om de financiering te verhogen niet afkomstig zijn uit nieuwe inkomsten.

### 3.2. Klassieke dotatie

De nieuwe wet op de financiering van de sociale zekerheid handhaaft, net zoals in het verleden, de klassieke overheidsdotatie die jaarlijks wordt aangepast op basis van ontwikkelingen in de gezondheidsindex. Het nieuwe element is dat de financiering wordt versterkt om rekening te houden met de demografische evoluties (waaronder de vergrijzing van de bevolking). De dotatie zou inderdaad jaarlijks kunnen worden aangepast via een "verouderingscoëfficiënt". De waarde ervan wordt jaarlijks door de regering bepaald tijdens de ministerraad. Ze is alleen van toepassing als de effectieve leeftijd van de uittreding uit de arbeidsmarkt elk jaar aanzienlijk toeneemt en de werkelijke toename van het BBP minstens 1,5% bedraagt.

Door deze maatregel om het hoofd te bieden aan de vergrijzing van de bevolking wil de federale regering ervoor zorgen dat de overheidsdotatie de toenemende behoeften volgt. Het aanvullende luik van deze dotatie wordt echter aan voorwaarden onderworpen en is dus niet gegarandeerd. Dit is een nieuw fenomeen en houdt een breuk in: voor het eerst wordt een financieringscomponent van de sociale zekerheid formeel gekoppeld aan de handhaving van een minimale economische groei en een arbeidsmarkt criterium (langere loopbanen). Dit is een verschuiving die de centrale rol van de staat in het beheer en de oriëntering van de sociale zekerheid benadrukt: het bedrag van de dotatie is vastgelegd, maar de stijgingen zijn onderworpen aan criteria die extern zijn aan de sociale zekerheid. Om dit bedrag te verkrijgen, moeten de sociale partners een beleid voeren dat overeenstemt met de wil van de regering, in dit geval de loopbaanverlenging. Het mechanisme, als het met andere criteria in andere gebieden van de financiering wordt gebruikt, voorspelt een paradigmaverschuiving waarbij de sociale partners een door de overheid opgelegd beleid moeten uitvoeren om te waarborgen dat de sociale zekerheid aan de behoeften voldoet. Ook moet worden benadrukt dat het verband met een economische groei van 1,5% niet duidelijk (de groei is afhankelijk van economische factoren) en beperkend is (de laatste 20 jaar

<sup>4</sup> Dit is een belangrijke voorwaarde. Met de overdracht van de uitgaven voor de sociale zekerheid naar de gewesten en het handhaven van de volledige sociale bijdragen in de financiering van de federale sociale zekerheid, verhoogt het gewicht van de sociale bijdragen in de financiering van de sociale zekerheid na de bevoegdhedenoverdracht. Als we de perimeter van de sociale bescherming (federaal + gewesten) behouden, neemt dit gewicht af.



waren er 8 jaren met een reële economische groei van minder dan 1,5%).

Zo is de stijging van de klassieke dotatie in verband met de toenemende vergrijzingskosten hier een onzeker antwoord op een reëel probleem, terwijl de sociale partners worden onderworpen aan een nieuwe politieke doelstelling voor de sociale zekerheid inzake werkgelegenheid.

### 3.3. Evenwichtsdotatie

De wet voert opnieuw de evenwichtsdotatie in om het begrotingsevenwicht voor werknemers en zelfstandigen te garanderen. Deze herinvoering gaat gepaard met twee beperkingen. Ten eerste: de evenwichtsdotatie wordt slechts voor vier jaar bepaald (2017-2020). Ten laatste tegen september 2020 moet een evaluatiemechanisme worden ingevoerd waardoor de ministerraad kan beslissen over de aard van de verlenging. Vervolgens wordt de toekenning ervan onderworpen aan bepaalde voorwaarden die zijn gericht op het responsabiliseren van de sociale partners. De lijst met voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op de evenwichtsdotatie, is echter niet exhaustief en kan elk jaar door de ministerraad worden aangevuld of gewijzigd.

Welke zijn de criteria die in de wet zijn voorzien? Vanaf nu zal er met name rekening worden gehouden "met de gevolgen van de maatregelen met betrekking tot de strijd tegen sociale fraude en de strijd tegen ongepaste gebruiksmethodes op het niveau van de uitgaven en de inkomsten". Het is ook zaak om de "bijdrage van de sociale zekerheid aan de oplossing van het begrotingstekort te meten". Deze bijdrage kan elk jaar opnieuw worden bepaald. De uitvoering van de besparingsmaatregelen die door de overheid voor de sociale zekerheid zijn gepland en gevraagd, zal worden bestudeerd. Als deze besparingen niet worden gerealiseerd, zal de overheid de oorzaken onderzoeken en een beslissing nemen over compenserende maatregelen. Er zal ook rekening worden gehouden met de budgettaire neutraliteit van de sociale akkoorden die door de sociale partners zijn gesloten. De regering verduidelijkt dat "de term akkoord in de ruime zin van het woord moet worden opgevat. De sociale partners zullen corrigerende maatregelen moeten voorstellen. De overheid beslist dan of ze het akkoord volledig of gedeeltelijk uitvoert en neemt ze vervolgens een beslissing over compenserende maatregelen" (Wet houdende hervorming van de financiering van de sociale zekerheid. (n.d.). B.S. 28 april 2017., p. 15.).

Om de achtergrond van deze veranderingen te karakteriseren, moeten we terug naar de overgang van de verzorgingsstaat naar

de actieve welvaartsstaat. Een van de belangrijkste kenmerken daarvan is de activering van de sociale zekerheidsuitgaven. Deze ontwikkeling is met name merkbaar in de pijler van de werkgelegenheid. De uitkeringen of vergoedingen worden gekoppeld aan grotere tegenprestaties (bv. de activering van werkzoekenden), striktere voorwaarden (bv. de criteria voor een leefloon) of kleinere tussenkomsten om het gedrag te beïnvloeden (bv. toenemende degressiviteit van de werkloosheidsuitkeringen of geleidelijk uitdoven van tijdskredietregelingen). Hoewel de modaliteiten verschillen, is de dynamiek dezelfde: de staat voert dit beleid om de werkloosheid terug te brengen en de sociale uitgaven te verminderen<sup>5</sup>. De sociale partners moeten dit beleid toepassen zoals in het algemene kader van het Globaal Beheer van de sociale zekerheid en in het bijzonder het beheerscomité van de RVA.

De veranderingen in de evenwichtsdotatie leiden niet alleen tot een activering van de sociale zekerheidsuitgaven door activering van bepaalde bevolkingsgroepen, maar tot de activering van het beheerscomité en dus de sociale partners zelf. De "responsabilisering" van de sociale partners door de invoering van voorwaarden voor het evenwicht van de sociale zekerheid doet denken aan de responsabilisering van de werkzoekenden. Voortaan weten de sociale partners a priori (na het opstellen van de begroting) dat wanneer de begroting overschreden wordt, de regering dit a posteriori zal analyseren om eventuele corrigerende maatregelen te nemen. Dit mechanisme stelt dat de verantwoordelijkheid voor een eventueel tekort wordt gedragen door de sociale partners. De vastgestelde overschrijdingen zijn echter veel meer het gevolg van economische problemen (lagere economische groei, conjuncturele werkloosheid, negatieve effecten van het overheidsbeleid inzake arbeidsvoorwaarden ...) en structurele problemen (onderfinanciering van de sociale zekerheid terwijl de behoeften toenemen). De corrigerende maatregelen zullen dezelfde zijn als degene die reeds in de overgang naar een actieve welvaartsstaat geïmplementeerd zijn. Alleen zal het op een ongekende schaal zijn. De activering van de sociale partners door middel van responsabiliseringscriteria die door de regering worden opgelegd voor het verkrijgen van de evenwichtsdotatie, wijst op een diepgaande verandering in het beheer van de sociale zekerheid. In tegenstelling tot een maatregel die wordt aangenomen door een overheid zonder sociaal overleg op een specifiek segment van de sociale zekerheid, zijn alle sectoren van de sociale zekerheid betrokken en wordt de behevrijheid ervan sterk beïnvloed.

Wanneer we de lijst van geselecteerde criteria bekijken, zijn sommige de institutionele vertaling van recente praktijken. Het onderzoek naar de "bijdrage van de sociale zekerheid in de realisatie van de begrotingsdoelstellingen zoals bepaald in het

<sup>5</sup> De gevolgen van een dergelijk beleid zijn omstreven. De voorstanders van dit beleid bogen op hun resultaten in termen van werkloosheidscijfers. Voor hen daalde de werkloosheid in België van 9,5% in 1996 naar 8,3% in 2006 en 7,8% in 2016 (Eurostat). De tewerkstellingsgraad in 1996 bedroeg 61,7%, in 2006 was dit 66,5% en in 2016 was dit 67,7%. Critici wijzen erop dat deze cijfers een zeer gemengde realiteit tussen de gewesten van het land maskeren. Bovendien is de tewerkstellingsgraad geen goede weerspiegeling van de kwaliteit van de gecreëerde banen omdat een loondienst van een uur per week of een full-time baan gelijk worden behandeld in de statistieken. Ten slotte vermelden de gedaalde werkloosheidscijfers niet dat de gebruikte methoden niet neutraal zijn. Als de het budget van de RVA tot bijna 1,5 miljard daalde tussen 2013 en 2016, ging dit ten koste van uitgesloten werkzoekenden en een explosie van ziekteuitkeringen van het RIZIV (+0,9 miljard tussen 2015 en 2017).

Stabiliteitspact" (Wet houdende hervorming van de financiering van de sociale zekerheid. (n.d.). B.S. 28 april 2017., p. 15.) maakt de positie van de sociale zekerheid als variabele voor begrotingsaanpassingen in het kader van het bezuinigingsbeleid duidelijk. Andere criteria weerspiegelen een nieuw concept van sociale dialoog. Het criterium van budgettaire neutraliteit van de sociale akkoorden legt een zeer restrictieve - zo niet onmogelijke - onderhandelingsvorm op aan de sociale partners, waarbij elk nieuw sociaal voordeel in de begroting moet gecompenseerd worden. In een context waarin het debat over nieuwe financieringsbronnen onmogelijk is geworden, betekent dit dat we ofwel de regering de kans geven om de sociale akkoorden gedeeltelijk uit te voeren, ofwel het sluiten van die akkoorden verhinderen, ofwel elke vooruitgang van de sociale bescherming in een gebied compenseren door strengere voorwaarden of minder dekking in een ander gebied.

Of de responsabiliseringscriteria nu wijzen op de institutionalisering van gevestigde praktijken of de vertaling van een nieuwe tendens zijn, ze tonen duidelijk de wil van de staat om het beheer van de sociale zekerheid aan politieke beslissingen te onderwerpen. Meer in het algemeen verandert de evenwichtsdotatie van een logica van een gegarandeerde continuïteit van de uitkeringen naar een logica waarin deze garantie afhankelijk is van de beslissingen van de regering inzake de sociale zekerheid. Deze breuk is niet zonder gevolgen voor de ziekenfondsen en de vakbonden: ze zijn meer dan voorheen gebonden door de politieke overtuigingen om de omvang van de sociale zekerheid in te perken en de uitkeringen te beperken.

De wet op de financiering van de sociale zekerheid werd uitgewerkt door de regering met het oog op duurzaamheid. De wet bepaalt echter dat vóór september 2020 een analyse moet worden uitgevoerd om het mechanisme te verlengen. Het is dus mogelijk dat er nog nieuwe voorwaarden zullen worden gesteld in ruil voor de verlenging van deze dotatie.

### 3.4. Commissie Financiën en Begroting

De nieuwe financieringswet voorziet een Commissie "Financiën en Begroting" op het niveau van elk Globaal Beheer. De opdracht van deze commissie is het volgen en analyseren van de evolutie van de financiering van de sociale zekerheid en het "volgen van de overheidsmaatregelen door middel van een dashboard". De activiteit van de commissie betreft het gehele boekjaar (aanvankelijke begroting, begrotingscontrole en sluiting). Indien de commissie een "begrotingsontsporing vaststelt", waarschuwt zij de regering en het betrokken beheerscomité en vraagt ze om uitleg en mogelijke maatregelen "om het risico op ontsporing te corrigeren" (Wet houdende hervorming van de financiering van de sociale zekerheid. (n.d.). B.S. 28 april 2017., pp. 19-20). Deze commissie bestaat uitsluitend uit deskundigen inzake Globaal Beheer, deskundigen-vertegenwoordigers van de FOD Sociale Zekerheid, FOD Budget en FOD Financiën.

De analyse van de oprichting van een "Commissie Financiën en Begroting" die de sociale partners uitsluit en parallel is aan het

werk dat wordt uitgevoerd in beheerscomités van de sociale zekerheid is in lijn met de voorstellen inzake de evenwichtsdotatie. Deze commissie waakt over het paritaire beheer en controleert dat de regeringsmaatregelen worden toegepast. Haar rol gaat dus verder dan het waken over het beheer van de sociale zekerheid - wat overigens de rol van het beheerscomité is. De commissie is dus een manier om een agenda met een bestek op te leggen om de overheidsdoelstellingen te behalen. Dit versterkt de paradigmaverschuiving van de sociale zekerheid waarvan het zwaartepunt zich verplaatst van een tripartiet beheer naar een door de staat geleid beheer waaraan de sociale partners deelnemen.

### 3.5. Veranderingen in de financiering van gezondheidszorg

Voor deze nieuwe wet financierde de sociale zekerheid op bijzondere wijze de gezondheidszorg via een mechanisme dat de tussenkomst van het Globaal Beheer beperkte. Samengevat bepaalt de genoemde financiering §1bis het bedrag dat door het Globaal Beheer wordt overgemaakt aan het RIZIV. §1quater bepaalt het bedrag van de alternatieve financiering bedoeld voor gezondheidszorg. Dit bedrag stemt overeen met dat van de begrotingsdoelstelling voor gezondheidszorg min het bedrag §1bis. Een derde financieringsbron was een alternatieve financiering die rechtstreeks aan het RIZIV werd toegekend buiten het Globaal Beheer. En ten slotte was er §1ter, dat de budgettaire overschrijdingen voor gezondheidszorg liet betalen door het Globaal Beheer van de sociale zekerheid na responsabilisering van de ziekenfondsen.

De vraag van de sociale partners was dat de staat de begrotingsoverschrijdingen voor haar rekening zou nemen na responsabilisering van de ziekenfondsen en niet door het Globaal Beheer, aangezien de begrotingsdoelstelling is vastgelegd door de regering en de sociale partners weinig invloed hebben op deze uitgaven.

Het nieuwe wetsontwerp stemt de financiering van de gezondheidszorg af op de overdracht van bevoegdheden ingevolge de 6<sup>e</sup> staatshervorming. Het financieringsbedrag §1bis wordt bijgevolg aangepast na advies van de sociale partners. Het Globaal Beheer treedt op voor de financiering van uitgaven voor gezondheidszorg in functie van de groei in sociale bijdragen. Omwille van de tax-shift, die voorziet in een bijdragevermindering, zou dit mechanisme echter pas tot 2022 kunnen worden toegepast - waarvoor het in deze fase is uitgesteld. Gedurende deze voorbereidende periode (2017-2021) is de evolutie louter gebaseerd op de gezondheidsindex. Vervolgens wordt voorzien om de alternatieve financiering rechtstreeks toegekend aan het RIZIV af te schaffen en ze te verplaatsen naar het Globaal Beheer binnen het bedrag bevestigd door §1quater, met als enige bron de btw.

De nieuwe wet houdt geen rekening met de vraag om een einde te stellen aan de betalingen door het Globaal Beheer wanneer de budgettaire doelstellingen voor de gezondheidszorg worden

overschreden. Gezien de groeinorm van de gezondheidszorg op 1,5% ligt, is het risico op budgettaire overschrijding in de gezondheidszorg groot. Het risico zal toenemen wanneer een nog lagere norm wordt opgelegd. Dit kan resulteren in een staatsinterventie, hetzij via het nieuwe mechanisme van de Commissie "Financiën en Begroting", hetzij aan het einde van het proces door de toekenning van de evenwichtsdotatie na de instelling van eventuele extra bezuinigingsmaatregelen.

#### 4. Conclusies en perspectieven

De nieuwe wet op de financiering van de sociale zekerheid volgt uiteindelijk slechts gedeeltelijk het advies van de sociale partners (vereenvoudiging van de alternatieve financiering, het elimineren van een aantal onnodige door de staat gedragen uitgaven, gedeeltelijk herstel van de evenwichtsdotatie).

Uit de analyse bleek ook dat de wet het sluitstuk is van een 30-jarige evolutie van een sociale zekerheid in een verzorgingsstaat naar een sociale zekerheid in een actieve welvaartsstaat. Op basis van het in de inleiding beschreven kader, verankert de sociale zekerheid haar ondersteunende rol in het overheidsbeleid inzake werkgelegenheid (het criterium van de gemiddelde leeftijd van uittreding uit de arbeidsmarkt voor de evolutie van de overheidsdotatie, een alternatieve financiering die de effecten van de tax-shift anticipeert). De sociale zekerheid is ook een variabele voor de aanpassing van de budgettaire doelstellingen van de federale staat in het kader van de Europese verplichtingen. Of het nu verloopt via de "responsabilisering van de sociale partners" in de evenwichtsdotatie of de oprichting van een Commissie "Financiën en Begroting", het is voortaan officieel institutioneel opgenomen dat de sociale zekerheid moet deelnemen aan de budgettaire inspanningen ondanks toenemende behoeften.

Maar de wettekst gaat nog verder. Het tripartiete beheer dat wordt gedomineerd door vertegenwoordigers van de overheid lijkt te vervagen in het voordeel van een sociale zekerheid waarin de financiering afhankelijk is van het naleven van de politieke impulsen van diezelfde vertegenwoordigers van de overheid. Dit maakt de rol van de staat in het beheer centraal en onmisbaar, terwijl de rol van de andere actoren afneemt. De staat wil niet alleen de inhoud van het socialezekerheidsbeleid bepalen, maar maakt gebruik van de nieuwe financieringsmechanismen om ervoor te zorgen dat de sociale partners dit beleid in hun beheerspraktijken incorporeren. De invoering van een evenwichtsdotatie met een voorafgaand onderzoek van de verantwoordelijkheid van de sociale partners op basis van criteria, het onderwerpen van de overheidsdotatie aan groeicriteria en de uittredingsleeftijd, het toezicht op de werkzaamheden van het beheerscomité van de sociale zekerheid door een commissie "Financiën en Begroting" zijn de belangrijkste elementen die deze activering van de sociale partners kenmerken. De talrijke voorwaarden en onzekerheden

omtrent de financiering die in de ministerraad kan worden herzien, maken de toepassing van een alternatief beleid complex. De tekst institutionaliseert sindsdien enige mate van zekerheid in de beleidsbeslissingen en de onzekerheid in de financiering.

De wet introduceert ook een nieuwe politieke filosofie in het socialezekerheidsbeleid. De controle van het beheer door de sociale partners voor, tijdens en na het begrotingsjaar en de mogelijkheid om de toepassing van sociale akkoorden te weigeren als gevolg van een niet-neutrale begroting gaan veel verder dan de wens van een actieve welvaartsstaat. Het lijkt erop dat men niet zozeer de uitgaven voor de sociale zekerheid wil activeren, maar eerder dat men ze wil beperken en deze doelstelling aan de beheerscomités wil opleggen. Al deze elementen ondersteunen de these van het begin van een nieuw paradigma voor de Belgische sociale zekerheid.

De analyse heeft tot nu toe enkele belangrijke veranderingen blootgelegd die werden opgelegd door de initiatiefnemers van deze wettekst. We herinneren eraan dat deze verschuivingen werden uitgevoerd in overeenstemming met de eisen van de sociale partners. Het parlementaire debat heeft deze verschillen geaccentueerd en leidde tot slechts enkele wijzigingen in het oorspronkelijke ontwerp van de tekst. In plaats van op zoek te gaan naar een consensus over een belangrijke sociale structuur, legt de overheid haar visie van de sociale zekerheid op. Gezien de afhankelijkheid van de ingeslagen weg (path-dependency) van constructies zoals de sociale zekerheid (VIELLE, POCHE & CASSIERS, 2005, p. 26), kunnen de toekomstmogelijkheden door de huidige tekst worden beperkt. De voorwaarden van de komende debatten zouden deze verschuiving naar een nieuw paradigma kunnen voltooien. Er zijn nochtans vele uitdagingen: het toenemend aantal intermediaire statuten tussen werknemers en zelfstandigen en het huidige beleid inzake contracten en vergoedingen die min of meer de kas van de sociale zekerheid spijzen, de vergrijzing van de bevolking en de toenemende gevolgen van de automatisering op het aantal, het type en de vormen van werkgelegenheid. Al deze veranderingen - vrijwillig of opgelegd - vragen om vooruitstrevende antwoorden in het kader van een emancipatorische sociale zekerheid.

De uitdaging voor de ziekenfondsen en vakbonden is te voorkomen dat de sociale zekerheid zijn status als schokdemper van het kapitalistische economische systeem verliest, wat zou kunnen leiden tot een groeiend legitimiteitsverlies bij de leden en verminderde effectiviteit in de strijd tegen ongelijkheid en het precariaat. Dit vergt het overtuigen dat de ingeslagen weg niet de juiste is om de rol van de sociale zekerheid als solidaire verzekering tegen risico's voor iedereen te garanderen. Dit vereist ook een mobilisatie om de toekomstige uitdagingen aan te gaan, ondanks de beperkingen die worden opgelegd door tegenstanders die het neoliberale paradigma van de sociale zekerheid verdedigen.



## Bibliografie

Advies van de sociale partners binnen het Beheerscomité SZ. (2016, december 2). *Wet tot hervorming van de financiering van de sociale zekerheid*.

ESPING-ANDERSEN. (1999). *Les trois mondes de l'Etat-providence. Essai sur le capitalisme moderne*. Paris: PUF.

HALL, P. A. (1993). Policy Paradigms, Social Learning and the State : The Case of Economic Policy-making in Britain. *Comparative Politics*, 25(3), 275-296.

Programma-wet (1) van 23 december 2009. (n.d.). B.S., Titel 5, Hfdst V, art. 73. 30 december 2009.

Programma-wet (I) (1) van 29 maart 2012. (n.d.). B.S. 06 april 2012: Titel 6 - Hfdstuk 1.

REMAN, P. & FELTESSE, P. (2003). L'évolution de la gestion paritaire de la sécurité sociale en Belgique. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 4, pp. 101-113.

VIELLE, P., POCHET, P. & CASSIERS, I. (2005). L'Etat social actif. *Vers un changement de paradigme ?* Bruxelles: PIE - Peter Lang.

Volledig rapport - Commissie Sociale Zaken. (n.d.). B.S., CRIV 54 COM 562 p.18. 13 januari 2017.

Wet houdende hervorming van de financiering van de sociale zekerheid. (n.d.). B.S. 28 april 2017. (n.d.). B.S. 28 april 2017.

## Jaarverslag

In haar recentste jaarverslag maakt CM een balans op van het werkjaar 2016.

Het verslag bestaat uit vier delen.

**Deel 1** staat stil bij een aantal belangrijke ontwikkelingen in de verschillende domeinen van de gezondheidszorg in 2016. Naast een korte beschrijving van maatregelen en evoluties, wordt ook stilgestaan bij de rol van CM hierin. Via studies, beleidsvoorstellen, gerichte acties, via vertegenwoordiging in de talrijke raden en commissies, wil CM actief meebouwen aan de gezondheidszorg van vandaag en morgen. Gedreven door een fundamenteel geloof in het belang van solidariteit en sociale rechtvaardigheid, ijvert CM zo voor een breed toegankelijke en kwalitatieve gezondheidszorg.

**Deel 2** bevat een overzicht van nationale onderzoeken en campagnes, al dan niet met uitlopers in de regionale ziekenfondsen en andere activiteiten van de regionale ziekenfondsen die nauw aansluiten bij de noden en interesses van hun leden.

Aan de hand van deze concrete voorbeelden, wil CM vooreerst de boodschap geven dat ze méér is dan een verzekeraar tegen de risico's van ziekte en arbeidsongeschiktheid. Als 'gezondheidsfonds' neemt CM verschillende initiatieven om een kwaliteitsvolle en toegankelijke gezondheidszorg te garanderen en probeert ze mensen wegwijs te maken in gezondheid en gezondheidszorg. Ook organiseert CM allerhande acties en campagnes om mensen te helpen gezonder in het leven te staan, alsook activiteiten waarin vrijwilligers zich kunnen ontplooiën.

**Deel 3** van dit jaarverslag biedt een overzicht van de samenwerking tussen CM en de verschillende bewegingen in 2016 en van acties die deze bewegingen organiseerden. Bovendien focust dit gedeelte op de rol die CM internationaal vervult.

**Deel 4** ten slotte geeft een aantal kerncijfers weer van CM binnen het landschap van de ziekenfondsen en van het profiel van haar leden. Ook het financieel verslag is in dit deel ondergebracht.

Het jaarverslag 2016 is in digitale vorm beschikbaar en kan geraadpleegd worden op de website van CM.



## 1. Levenskeuzen op de oude dag: enquête onder meer dan 2.000 zestigplussers

Hoe kijken we aan tegen ouderdom? Welke zijn de verwachtingen en voorkeuren van de Belgen over hoe men omgaat met het verlies van zelfstandigheid? Zijn we in staat om correct te anticiperen op deze fase in ons leven? Om deze vragen te kunnen beantwoorden, ondervroeg de Koning Boudewijnstichting meer dan 2.000 zestigplussers die nog volledig onafhankelijk leven.

Uit het onderzoek blijkt dat de Belgen eerder optimistisch zijn wat betreft deze levensfase. 68% van de respondenten zegt hier (zeer) positief tegen aan te kijken. Het merendeel van de respondenten associeert ze met positieve aspecten: het rustiger aan doen en meer ontspannen, meer tijd hebben voor zichzelf, eigen interesses, de (klein)kinderen ...

Maar niet alles is even positief. 32% van de respondenten zegt namelijk (zeer) negatief aan te kijken tegen ouder worden. Vooral mensen met een hoger risico op (verslechterende) gezondheidsproblemen en die minder sociale steun van hun omgeving genieten zijn bezorgd. De kans dat een individu tot de groep met een verhoogd risico behoort, is groter voor personen die maximaal een diploma lager secundair onderwijs behaald hebben, werkten als arbeider tijdens hun beroepsleven (voor degenen die nu gepensioneerd zijn), geen beroep uitoefenden (voor degenen die nog niet gepensioneerd zijn), alleen wonen, geen partner hebben, in een appartement of huurwoning wonen of niet deelnemen aan het maatschappelijk leven.

Zijn we echter in staat om correct te anticiperen op de gevolgen van zelfredzaamheidsverlies? Hoewel de Belg eerder optimistisch is, kan dit ook wijzen op enige achteloosheid ... Slechts 26% van de respondenten zegt voorbereidingen te hebben getroffen op een dergelijke situatie. Dit kan bijzonder problematisch zijn aangezien de gezondheidstoestand snel kan veranderen en sociale netwerken met de leeftijd beperkter worden.

Verder kiest men in het algemeen ook duidelijk voor informele zorg. Ervan uitgaande ooit hulp te zullen nodig hebben, kiest 72% van de respondenten ervoor om te worden verzorgd door de naaste familieleden (partner of kinderen). Onrustwekkend is dat slechts 8% van de respondenten aangeeft dat ze zelf zorg zouden willen verlenen indien een familielid zorg nodig heeft. Het verlenen van zorg zou niet zou worden ervaren als een keuze, maar als een verplichting.

In het algemeen staan de Belgische zestigplussers die geen zorg nodig hebben redelijk optimistisch tegenover ouder worden. De groepen die het meeste risico lopen om problemen

te ondervinden wanneer ze zorg nodig hebben vanwege hun leeftijd, zijn personen die in sociaal isolement verkeren en personen met gezondheidsrisico's; deze risico's worden kleiner voor personen die zich voorbereiden op hun oude dag en die geïntegreerd zijn in een sociaal netwerk.

Voor meer informatie: <https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2017/20170924ND>

## 2. Planning van het artsenaanbod in België: mathematisch model of strategische beslissing?

In de afgelopen maanden is er veel gesproken over de planning van het medische aanbod in België, in het bijzonder de verstrekking van RIZIV-nummers en de invoering van toelatingsexamens aan de faculteiten Geneeskunde in de Franse Gemeenschap. Deze zware taak valt te beurt aan de Planningscommissie voor gezondheidsberoepen van de FOD Volksgezondheid, die daarbij gebruikmaakt van een wiskundig model waarmee het medische aanbod voor de komende 25 jaar kan worden voorspeld en gepland. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) evalueerde dit model, waarbij het werd onderworpen aan een kritische analyse door de belangrijkste stakeholders in de gezondheidszorgsector. Het gaat in feite om de tweede evaluatie die door het KCE werd uitgevoerd: de eerste evaluatie vond plaats in 2008. Wat zijn de belangrijkste bevindingen van deze nieuwe analyse?

Hoewel het Belgische model wordt beschouwd als een van de meest efficiënte in Europa, blijkt dat er een aantal belangrijke verbeteringen zijn aangebracht aan het model tussen de eerste en de tweede evaluatie. De belangrijkste verbetering is het gevolg van de koppeling van "PlanCAD"-gegevens. In dit kader werden de (geanonimiseerde) data van het kadaster van de FOD Volksgezondheid, met de gediplomeerde artsen die hun beroep in België mogen uitoefenen (statische gegevens) gekoppeld met die van het RIZIV (het activiteitsniveau op basis van de terugbetalingen van de medische prestaties), en met het Datawarehouse arbeidsmarkt en sociale bescherming, dat gegevens bevat over o.a. plaats van de praktijk, sociaal statuut - werknemer of zelfstandige - enz.). Door deze koppeling weten we vandaag hoeveel artsen er in België actief zijn, en hebben we een meer nauwkeurig inzicht in de evolutie en de verdeling van hun activiteiten (ziekenhuis, ambulante zorg, ...) en hun verspreiding over het grondgebied. De Planningscommissie kan er toekomstscenario's mee uittesten voor alle curatieve medische specialismen, rekening houdend met o.a. leeftijd, geslacht en nationaliteit, en het land van herkomst van het diploma. Uit het onderzoek blijkt dat het model aanzienlijk zou kunnen worden verbeterd indien het continu kan worden

gevoed, zonder dat er telkens een toelating nodig is om de gegevens te koppelen en te analyseren. Het verkrijgen van deze toelatingen vraagt namelijk veel tijd en vertragen het proces.

Uit de gesprekken met de stakeholders bleek ook dat de geografische verdeling nog kan worden verfijnd. Zelfs binnen eenzelfde gewest of provincie kan de situatie namelijk sterk verschillen van gemeente tot gemeente, iets waar het model niet noodzakelijk rekening mee houdt. Daarnaast moet er ook een onderscheid worden gemaakt tussen de woonplaats van de arts en de plaats van de praktijk, wat nu niet gebeurt.

De stakeholders gaven eveneens aan dat er meer nuances moeten worden ingebouwd bij de inschatting van de activiteit van de artsen. De meeste artsen hebben een zelfstandig statuut. Ze werken dus niet binnen een arbeidsovereenkomst waarin bijvoorbeeld het aantal te presteren uren wordt vermeld. Op basis van de gegevens van het RIZIV kunnen we wel een schatting maken van de activiteitsgraad en profieltypes bepalen, maar daarbij wordt geen rekening gehouden met belangrijke elementen zoals overbevraging van bepaalde artsen of een teveel aan niet-verantwoorde medische interventies. Er wordt ook geen onderscheid gemaakt tussen de kenmerken van de populatie die ze behandelen (stedelijk of landelijk, kansarmen, ouderen en chronisch zieken, enz.).

Een andere verbeteringspiste: bepaling van de zorgvraag. Het wiskundige model moet voorspellen hoeveel artsen er nodig zullen zijn om aan de toekomstige zorgvraag te kunnen voldoen. Het is daarom essentieel, maar ook zeer complex, om een goed idee te krijgen van deze toekomstige vraag. Momenteel tracht het model zich te baseren op de zorgconsumptie in het verleden, maar deze aanpak heeft zijn beperkingen. Zo wordt er geen rekening gehouden met zorg die niet gebruikt werd, bijvoorbeeld omdat de patiënt deze heeft uitgesteld om financiële redenen of door een gebrek aan toegankelijkheid ... of omdat er toen niet tijdig een arts kon worden geraadpleegd.

Met het dynamische model kunnen ook scenario's worden uitgetest met verschillende hypothesen over de toekomstige maatschappelijke ontwikkelingen. Momenteel zijn de alternatieve scenario's gebaseerd op historische waarnemingen. Het zou echter veel interessanter zijn om rekening te houden met snel veranderende trends, zoals de toenemende mobiliteit van studenten en artsen binnen Europa, de verschuivende activiteit tussen beroepsgroepen (vb. de zorg bij zwangerschap die verschuift van gynaecologen naar vroedvrouwen), of met de veranderende behoeften door een vergrijzende bevolking en de verschillende gezondheidsproblemen bij migrantenpopulaties, enz. De stakeholders bevelen daarom aan om het model meer dynamisch te maken, en dit soort evoluties er meer systematisch in op te nemen.

Ten slotte hebben de stakeholders vragen bij de doelstellingen van het projectiemodel. In absolute termen bestaat er geen ideaal aantal artsen. De vraag naar artsen hangt af van politieke

en maatschappelijke keuzes (Hoeveel middelen willen we besteden aan gezondheidszorg? Hoe willen we het gezondheidszorgsysteem organiseren en financieren?). Het Belgische prognosemodel kan dan wel op technisch gebied voldoende performant zijn, toch hebben de stakeholders vragen bij de doelstellingen ervan.

Het uiteindelijk doel van de wiskundige voorspellingen mag niet het uitvoeren van exacte kwantitatieve ramingen zijn, maar wel het vaststellen en voorspellen van de huidige en toekomstige trends, zodat beleidsmakers er zich op kunnen voorbereiden. Wetenschappelijke methoden om het aantal artsen te berekenen om aan de zorgbehoefte van een bepaalde bevolking te voldoen, hebben alleen zin als er duidelijke gezondheidsdoelstellingen zijn met voldoende middelen om deze te bereiken, en als wetenschappelijke adviezen effectief door de beleidsmakers worden opgevolgd.

Als dit niet het geval is, kan de finaliteit van deze projecties zelf in vraag worden gesteld: is het zinvol om binnen het eigen land een strikte planning te proberen handhaven, in een Europese Unie die zo mobiel en open is? De echte uitdaging voor onze samenleving is uiteindelijk het zorgen voor een voldoende, maar niet overmatig aanbod aan artsen, dat adequaat is gespreid over het grondgebied en de verschillende sectoren.

Lees het volledige verslag op: <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/d20081027307.pdf>

### 3. Gezondheidsdoelstellingen in België: van een ad hoc naar een gestructureerde aanpak

Om coherent te zijn, moet het gezondheidsbeleid van een land (of een regio) idealiter een aantal vrij concrete doelstellingen hebben, zodat alle betrokkenen een gemeenschappelijk doel kunnen nastreven. Dit is alleszins de aanbeveling van verschillende internationale instellingen, zoals de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en 'the European Observatory on Health Systems and Policies'. Terwijl vele landen reeds globale programma's met gezondheidsdoelstellingen ontwikkelden, is dit voor België nog niet het geval. Hoewel België al met een aantal gezondheidsdoelstellingen werkt, gebeurt dit nog op een zeer uiteenlopende manier, aangezien deze doelstellingen niet vastgelegd zijn in het kader van een grootschalig globaal plan, maar eerder geval per geval. Om te zorgen voor een meer coherente aanpak, werd het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) opgedragen om een inventaris op te maken van wat er al bestaat op het federale niveau.

De inventaris bevat een mix van zeer algemene (bv. het verkleinen van de ongelijkheid inzake levensverwachting in goede gezondheid naargelang opleidingsniveau en geslacht) en andere, meer specifieke doelstellingen (bv. een

minimumpercentage aan voorschriften voor goedkope geneesmiddelen door elke arts of tandarts). Er wordt ook een onderscheid gemaakt tussen resultaatsdoelstellingen (wat men wil bereiken, met eventueel tussendoelstellingen), procesdoelstellingen (de te ondernemen acties) en structurele doelstellingen (de structurele wijzigingen die nodig zijn om het resultaat te bereiken).

Deze doelstellingen worden geformuleerd door de politiek (bv. de minister van Volksgezondheid die het aantal volwassen rokers wil terugbrengen tot 17%), de wetenschappelijke wereld (bv. de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad inzake voeding), en op een meer operationeel of administratief niveau (bv. de doelstellingen van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie gericht aan de artsen).

Aan deze inventaris moeten ook de uiteenlopende actieplannen worden toegevoegd, die de voorbije jaren werden goedgekeurd. Voorbeelden zijn het gezamenlijke plan 'Geïntegreerde zorg voor chronisch zieken' (van de federale minister van Volksgezondheid en de ministers van de gefedereerde entiteiten) of het actieplan voor een hervorming van het financieringssysteem van de ziekenhuizen (van de federale minister van Volksgezondheid). Elk plan bevat meerdere, ambitieuze doelstellingen.

België heeft dus al talrijke doelstellingen op het vlak van gezondheid(szorg) gedefinieerd. Wat echter nog ontbreekt, is een rode draad en een omkadering. Het KCE stelt daarom voor om een platform op te zetten om het beleid inzake formulering van doelstellingen te coördineren, te ondersteunen en zichtbaar te maken. Dit platform moet de politieke en administratieve vertegenwoordigers van de verschillende bevoegdheidsniveaus en de relevante domeinen, de vertegenwoordigers van de belangrijkste betrokken actoren op het terrein en de wetenschappers samenbrengen.

Als één van de eerste taken zou het platform de prioriteiten van het gezondheidsbeleid moeten vastleggen, idealiter in breed overleg met de stakeholders op het terrein. Zo kan men concrete doelstellingen bepalen, met ambitieuze en realistische streefwaarden. Vervolgens kunnen programma's worden opgezet die door de sector worden gedragen.

Met een beetje optimisme zou dit proces op termijn kunnen worden uitgebreid naar andere sectoren en bestuursniveaus, met het oog op het beginsel van 'gezondheid in alle beleidsdomeinen' (*Health in All Policies*), wat in deze materie toch als een heilige graal wordt beschouwd.

Lees het volledige verslag op: <https://kce.fgov.be/nl/gezondheidsdoelstellingen-in-belgi%C3%AB-van-een-ad-hoc-naar-een-gestructureerde-aanpak>

## 4. Re-integratie van langdurig zieken

Om voor langdurig zieken de kans te vergroten om het werk te hervatten, kan een reïntegratietraject gestart worden. Dit kan op vraag van de langdurig zieke werknemer zelf, de adviserend arts van het ziekenfonds of de werkgever. Dit traject voorziet (tijdelijk) in ander of aangepast werk bij dezelfde werkgever. Op basis van een rondvraag bij 6 preventiediensten, deed het ACV een eerste evaluatie van deze maatregel. In de eerste zes maanden van 2017 is voor 5.400 mensen een aanvraag ingediend voor een dergelijk traject. Dat langdurig zieken graag terug aan de slag gaan, blijkt uit de vaststelling dat deze aanvraag voor 66% van de werknemer zelf kwam. In bijna een kwart van de gevallen deed de werkgever de aanvraag. In 3.570 van de zowat 5.000 opgestarte dossiers (71%) besliste de arbeidsgeneesheer dat de langdurig zieke niet meer geschikt was om de vroegere job uit te oefenen en dat hij bovendien ook geen ander, meer aangepast werk kon doen bij de werkgever. Een aangepaste job was voor slechts 12,5% een optie.

Bron: <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2017/10/05/langdurig-zieken-willen-weer-aan-des-slag--maar-mogen-vaak-niet/>

## Inhoud

**Redactioneel** 2

**Armoedebeleid** 3

10 jaar lang een armoedig beleid.  
10 Armoedebarmeters leggen de vinger op de wonde

**Toegankelijkheid** 19

De proactieve flux: Een succesvolle manier om de opname van de verhoogde tegemoetkoming te verbeteren

**Gezondheidszorgorganisatie** 26

“Health(care) call center”: begrippen, toepassingen en gevolgen in Europa

**Sociale Zekerheid** 37

Hervorming van de financiering van de sociale zekerheid in België: het begin van een nieuw paradigma

**CM in het kort** 45

## CM-Informatie

verschijnt vier maal per jaar (maart, juni, september, december) in het Nederlands en in het Frans en is gratis te consulteren op: <http://www.cm.be/> CM-Informatie.

U kan zich daar tevens inschrijven op een mail-alert zodat u wordt verwittigd bij het verschijnen van een nieuw nummer.

## Colofon

<b>Verantwoordelijke uitgever</b>	Luc Van Gorp, Motmanstraat 29, 3530 Houthalen
<b>Hoofdredactie</b>	Michiel Callens
<b>Eindredactie</b>	Rebekka Verniest en Mieke Hofman
<b>Layout</b>	grafische vormgeving LCM
<b>Druk</b>	Favorit
<b>Retouradres</b>	LCM-R&D Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel