



NAAR EEN BRUSSELSE ZELFSTANDIGHEIDSVERZEKERING

Studie uitgevoerd in opdracht van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad

Eindrapport

De Brouwer, H.¹, Verté, D.², Dumont, D.³, De Blander, R.⁴, Mahieu, C.⁵,
Vandenbroucke, A.⁴, Slautsky, E.³, De Spiegelaere, M.⁵, & De Greef, V.³

1 Université Saint-Louis – Bruxelles - IRIB

2 Vrije Universiteit Brussel – Belgian Ageing Studies

3 Université Libre de Bruxelles- Centre de Droit Public

4 Brussels Studies Insitute

5 Université Libre de Bruxelles – Ecole de Santé Publique

©2016 Brussels Studies Institute - CoCom

I. JURIDISCH LUIK	5
1. De bevoegdheid van de GGC om in Brussel een verplichte zelfstandigheidsverzekering in te voeren	6
1.1. Is de GGC bevoegd om een zelfstandigheidsverzekering in te voeren?	6
1.2. Is de GGC bevoegd om een verplichte zelfstandigheidsverzekering in te voeren?	8
1.3. Besluit	12
2. De financiering van de Brusselse zelfstandigheidsverzekering	12
2.1. Bijdragen van de verzekerde personen	13
2.1.1. De verschillende vormen van verplichte heffingen	13
2.1.2. Belasting	14
2.1.3. Retributie	15
2.1.4. Bijdrage	15
2.2. Dotatie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest	16
2.3. Besluit	17
3. De afbakening van het personele toepassingsgebied van de verzekering ten aanzien van de Europese vrijheid van verkeer	17
3.1. De saga van de Vlaamse zorgverzekering	17
3.2. Lessen trekken uit het precedent van de zorgverzekering	23
3.3. Besluit	25
4. De Brusselse zelfstandigheidsverzekering ten aanzien van het Europees recht aangaande de interne markt en het vrije ondernemerschap	26
4.1. Het principe van de tussenkomst door de GGC en het verplichte karakter van de aansluiting	26
4.2. De organisatie van de Brusselse zelfstandigheidsverzekering	27
4.3. Besluit	29
5. De verplichting van de GGC om de fundamentele sociale rechten na te leven	29
5.1. De standstill-verplichting	29
5.2. De internationale verbintenissen van de Belgische Staat ten aanzien van mindervaliden	31
5.3. Besluit	31
II. FOCUSGROEPEN EN LITERATUUR	32
1. Inleiding	32
1.1 Methodologie	32
1.2 Waarom een Brusselse zelfstandigheidsverzekering?	35
2. Analyse van de focusgroepen en literatuur	39
2.1 Wat zijn de doelstellingen van de zelfstandigheidsverzekering?	39
2.2 Financieringswijze van de zelfstandigheidsverzekering	41
2.2.1. Private financiering	42
2.2.2. Financiering door bijdragen	42
2.2.3. Bijkomende financiering (belastingen en dotaties)	44
2.3 Welk dienstenpakket moet de zelfstandigheidsverzekering aanbieden?	45
2.3.1. Vijf structurerende waarborgen	46

2.3.2. Het al dan niet opnemen van gezondheidszorg	47
2.3.3. Het al dan niet opnemen van de RH's en RVT's	48
2.3.4. Innovatie versus betere toegankelijkheid	49
2.3.5. Het al dan niet opnemen van coördinatie- en oriëntatiediensten	51
2.3.6. Het al dan niet ondersteunen van de mantelzorgers	51
2.4 Criteria om in aanmerking te komen/toegelaten te worden	54
2.4.1. BelRAI	55
2.4.2. Onderlinge afstemming tussen de gewesten	56
2.4.3. Geen aandacht voor het sociale?	56
2.4.4. Implementatie	57
2.4.5. Tijdelijke afhankelijkheid	58
2.4.6. Controle	58
2.4.7. Woonplaats	58
2.4.8. Leeftijdslimiet	58
2.4.9. De niet-aangeslotenen	59
2.4.10. Sociale correcties/ toegankelijkheidsgraad	60
2.4.11. Een individualisering van de rechten om innoverende woonvormen niet te belemmeren	62
2.5. Régulering van de sector	62
2.5.1. Bijzonderheden van het 'care'werk	63
2.5.2. Regulering door overheidsvoogdij (of prestaties in natura)	66
2.5.3. Quasi-marktregulering of financiële tegemoetkoming	67
2.5.4. Regulering door stakeholders of trekkingsrecht	69
2.5.5. Welke wijze van besturen?	70
2.6 Welke actoren?	70
2.6.1. Bijdragen verzamelen en uitkeringen betalen	71
2.6.2. Uitgaven controleren en tarieven reguleren	72
2.6.3. Kwaliteit controleren en dienstverleners erkennen	72
2.6.4. De afhankelijkheidsgraad meten	72
2.6.5. De begeleiding van de persoon coördineren	73
2.7. Brussel afstemmen op Vlaanderen en Wallonië	73
2.7.1. Bijdrage	75
2.7.2. Vlaamse Zorgverzekering in Brussel	75
2.7.3. Meeneembaarheid van rechten	75
2.8. Discussiepunten	77
2.8.1. Parallele discussie: een nieuw zorgmodel?	77
2.8.2. Werkgelegenheidsbeleid	77
III. SIMULATIES I.V.M. DE HAALBAARHEID VAN EEN BRUSSELSE ZORGVERZEKERING	80
1. Inkomstenzijde	80
2. Beheerskosten	81
3. Uitgaven	82
IV. CONCLUSIE	84
1. Conclusies juridische analyse	85
2. Conclusies o.b.v. de focusgroepen en literatuur	86

2.1. Wat zijn de doelstellingen van de zelfstandigheidsverzekering?	86
2.2. Financieringswijze van de zelfstandigheidsverzekering	86
2.3. Welk dienstenpakket moet de zelfstandigheidsverzekering aanbieden?	87
2.4. Criteria om in aanmerking te komen/toegelaten te worden	88
2.4.1. BelRAI	89
2.4.2. Woonplaats	89
2.4.3. Leeftijdslimiet	89
2.4.4. De niet-aangeslotenen	90
2.4.5. Sociale correcties / toegankelijkheidsgraad	91
2.5. Regulering van de sector	91
2.6. Welke actoren?	93
2.7. Brussel afstemmen op Vlaanderen en Wallonië	94
2.8. Discussiepunten	95
2.8.1. Parallele discussie: een nieuw zorgmodel?	95
2.8.2. Werkgelegenheidsbeleid	96
3. Conclusies simulaties i.v.m. de haalbaarheid van een Brusselse zelfstandigheidsverzekering	96
BIJLAGE BIJ HET JURIDISCH LUIK (ENKEL BESCHIKBAAR IN HET FRANS)	98
1. Présentation synthétique du système des allocations pour personnes handicapées	98
2. Evolutions récentes et lacunes constatées par le passé	100
3. Pistes pour la construction du modèle de la COCOM	102
3.1. Opter pour une nature assurantielle ou assistancielle de l'aide ?	103
3.1.1. La Cocom et la construction d'une assurance autonomie	103
3.1.2. La Flandre et la construction d'une « protection sociale flamande »	106
3.2. Prévoir des prestations en nature ou en espèces ?	111
3.3. Quel âge fixer pour les bénéficiaires de l'assurance autonomie ?	113
3.4. Mettre la priorité sur les soins à domicile est-il problématique et implique-t-il un retrait de l'APA pour les personnes résidant en maisons de repos ?	114
4. Conclusion de l'annexe	116

I. Juridisch luik

Het regeerakkoord van de GGC voor de legislatuur 2014-2019 voorziet in de “invoering van een zelfstandigheidsverzekering die de keuze om zelfstandig te blijven wonen moet ondersteunen”, in het bijzonder van de bejaarden in staat van afhankelijkheid¹. Er wordt verduidelijkt dat, indien deze zelfstandigheidsverzekering uitwerking krijgt, zij zal worden uitgebouwd op basis van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) die werd gedefederaliseerd en overgedragen aan de gemeenschappen naar aanleiding van de zesde Staatshervorming². Er wordt echter eveneens gepreciseerd dat, terwijl de THAB, binnen het kader van de federale sociale zekerheid, een sociale uitkering met middelentoets was, de nieuwe prestatie, bestemd ter ondersteuning van het risico op afhankelijkheid, de vorm zal aannemen van een sociale verzekering die onderworpen is aan het paritaire beheer³.

Het is in deze context dat onderhavig verslag bedoeld is om bepaalde juridische vragen over het plan om in Brussel een verplichte zelfstandigheidsverzekering in te voeren te onderzoeken. Rekening houdende met de beperkingen op het vlak van tijd en, vooral, middelen waarbinnen dit onderzoek moest worden uitgevoerd en omwille van de afwezigheid van een gedetailleerd lastenboek kon het geheel van de vragen die zouden kunnen worden opgeworpen, in dit stadium niet grondig worden onderzocht.

Ten einde de belangrijkste vragen te beantwoorden met het oog op de voortgang van het project, zullen wij hierna de volgende kwesties onderzoeken: vooreerst, de kwestie betreffende de bevoegdheid van de GGC om in Brussel een verplichte zelfstandigheidsverzekering op te richten (1.), ten tweede, deze van de financiering van deze zelfstandigheidsverzekering (2.), ten derde, deze van het personele toepassingsgebied die de zelfstandigheidsverzekering zou moeten kennen ten aanzien van de Europese beperkingen (3.), ten vierde, deze van de eventuele impact die het Europees recht op de interne markt en de vrijheid van ondernemerschap kan hebben op deze verzekering (4.) en, ten vijfde, de kwestie betreffende de impact van de verplichting voor de GGC om de sociale rechten na te leven van de personen die zich onder haar rechtsbevoegdheid bevinden (5.).

¹ Regeerakkoord, *Parl.St.*, verenigde vergadering van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie 2014, nr. B-1/1, p. 26.

² Bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, art. 5, §1, II, 4°, a), zoals gewijzigd bij de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de zesde Staatshervorming, *BS* 31 januari 2014.

³ Regeerakkoord, *Parl.St.*, verenigde vergadering van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie 2014, nr. B-1/1, p. 26.

1. De bevoegdheid van de GGC om in Brussel een verplichte zelfstandigheidsverzekering in te voeren

De eerste vraag die rijst is of de GGC wel bevoegd is om een zelfstandigheidsverzekering in te voeren (1.1) en, vooral, om er een verplicht karakter aan te verlenen (1.2).

1.1. IS DE GGC BEVOEGD OM EEN ZELFSTANDIGHEIDSVERZEKERING IN TE VOEREN?

De GGC is bevoegd om, binnen het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad de “bipersonsgebonden” aangelegenheden te regelen. Kan de verzorging van personen die zich in een situatie van afhankelijkheid bevinden worden beschouwd als daar deel van uitmakend?

De persoonsgebonden aangelegenheden worden gewoonlijk gedefinieerd als “alle aangelegenheden die nauw verbonden zijn met het leven van het individu in zijn gemeenschap”⁴. Ze worden opgesomd in artikel 5, §1 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen - wij zullen hierop terugkomen. Ingevolge de bepalingen van artikel 128 van de Grondwet, vallen de persoonsgebonden aangelegenheden onder de bevoegdheid van de gemeenschappen.

Kan de tegemoetkoming in de afhankelijkheid worden beschouwd als een persoonsgebonden aangelegenheid? Deze komt niet uitdrukkelijk voor in de opsomming vermeld in artikel 5, §1 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980. De twijfel werd echter weggenomen door het Grondwettelijk Hof, toen nog Arbitragehof genoemd, in zijn arrest nr. 33/2001 betreffende de zorgverzekering ingevoerd door de Vlaamse Gemeenschap. Het Arbitragehof moest zich uitspreken over de vraag of het Vlaamse decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering⁵, geldig kon worden goedgekeurd door de Vlaamse Gemeenschap uit hoofde van de gemeenschapsbevoegdheid voor de persoonsgebonden aangelegenheden. Het Grondwettelijk Hof volgde op dit vlak het advies van de afdeling wetgeving van de Raad van State⁶ en oordeelde dat de bijzondere wet van 8 augustus 1980 aan de gemeenschappen, uit hoofde van persoonsgebonden aangelegenheden “de hele materie betreffende de bijstand aan personen” - gezinsbeleid, beleid inzake maatschappelijk welzijn, beleid inzake mindervaliden, bejaardenbeleid,... (art. 5, §1, II) - wilde toevertrouwen en dat de Vlaamse Gemeenschap op deze basis gerechtigd was om een tegemoetkoming in kosten gedragen door personen met een verminderd vermogen tot zelfzorg te organiseren. Het Hof voegde daaraan toe dat het “weinig belang heeft dat de categorie van begunstigen van de bestreden maatregelen niet uitdrukkelijk in de opsomming van artikel 5, §1, II, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 is

⁴ *Parl.St.*, Kamer 1977-1978, nr. 461/1, p. 28.

⁵ Decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, *BS* 28 mei 1999. Dit decreet zal worden vernietigd en vervangen, op een datum die moet worden bepaald door de Vlaamse regering, door het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, *BS* 6 september 2016, dat van de zorgverzekering één van de “pijlers” maakt van de nieuwe “Vlaamse sociale bescherming”.

⁶ Raad van State, advies nr. L.28.583/3 van 17 december 1998 over een voorstel van decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering, *Parl.St.*, Vlaams parlement 1998-1999, nr. 1239/3, p. 7 en 8.

vermeld” en dat “de bijstand waarin de gemeenschappen kunnen voorzien [...] niet beperkt is tot de diverse categorieën van personen die worden vermeld” in deze bepaling⁷.

Dit standpunt werd meermaals herhaald door het Grondwettelijk Hof in zijn latere arresten⁸ zodat er geen twijfel lijkt over te bestaan dat het creëren van een systeem van tegemoetkoming bedoeld om personen die zich in een situatie van afhankelijkheid bevinden te ondersteunen, wel degelijk valt onder de taak van de gemeenschappen inzake de bijstand aan personen.

Quid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad? In Brussel oefenen de Vlaamse en de Franse Gemeenschappen de bevoegdheden uit in persoonsgebonden aangelegenheden ten aanzien van instellingen die, wegens hun organisatie, moeten worden beschouwd uitsluitend te behoren tot de ene of de andere Gemeenschap (art. 128, §2), hetzij de “mono-gemeenschapsinstellingen”. *A contrario*, de Vlaamse en Franstalige Gemeenschappen zijn niet bevoegd om in een tweetalig gebied te wetgeven ten aanzien van instellingen die zonder onderscheid vallen onder de ene of de andere Gemeenschap en evenmin ten aanzien van de natuurlijke personen zelf. Voor deze twee soorten situaties (de bipersoonsgebonden aangelegenheden), is de GGC en enkel zij bevoegd. Artikel 60, al. 4 van de bijzondere wet van 12 januari 1989 met betrekking tot de Brusselse instellingen, aangenomen in toepassing van de artikelen 135 en 136 van de Grondwet, voorziet immers het volgende: “De instelling die bevoegd is voor de gemeenschapsaangelegenheden gemeen aan beide Gemeenschappen van Brussel-Hoofdstad [is] de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie”⁹.

Enkel de GGC kan dus in Brussel beslissen over het lot van de bicommunautaire instellingen en ten aanzien van personen rechtstreeks rechten en verplichtingen in het leven roepen, met uitsluiting van de Vlaamse en Franse Gemeenschappen. Deze bevoegdheid is een uiting van het principe van het verbod van subnationaliteiten in Brussel¹⁰. Toen de persoonsgebonden aangelegenheden in 1980 werden toevertrouwd aan de gemeenschappen, werd de idee dat de Brusselaars zouden kunnen worden gedwongen om zich in een Vlaamse of Franstalige subnationaliteit op te sluiten inderdaad uitdrukkelijk verworpen¹¹. Bijgevolg kunnen noch de bicommunautaire instellingen, noch de natuurlijke personen rechtstreeks worden geïmponeerd door de normen die door de Vlaamse en Franse Gemeenschappen zijn goedgekeurd. Enkel de ordonnanties van de GGC mogen, wat betreft persoonsgebonden aangelegenheden, de bicommunautaire instellingen beogen of bedoeld zijn om regels op te stellen die gericht zijn aan alle Brusselaars.

Rekening houdend met de bevoegdheid van de GGC om te wetgeven in gemeenschapsaangelegenheden, zowel ten aanzien van natuurlijke personen als ten aanzien van instellingen die, wegens hun organisatie, niet uitsluitend behoren tot de één van beide Gemeenschappen, zien wij geen principiële belemmering tegen het invoeren, door de GGC, van een

⁷ Arbitragehof 13 maart 2001, nr. 33/2001, B.3.3. en B.3.4.

⁸ Grondwettelijk Hof 22 januari 2003, nr. 8/2003, B.7.; Grondwettelijk Hof 19 april 2006, nr. 51/2006, B.9.5.; Grondwettelijk Hof 21 januari 2009, nr. 11/2009, B.12.1.

⁹ Zie eveneens artikel 63, paragraaf 1 van dezelfde wet.

¹⁰ Over de bronnen en de draagwijdte van dit verbod, zie H. DUMONT en S. VAN DROOGHENBROECK, “L’interdiction des sous-nationalités à Bruxelles”, *Administration publique*, 2011, p. 201-226.

¹¹ Herziening van de Grondwet door de invoering van een of meerdere artikelen betreffende de bevoegdheden van de gemeenschapsraden in persoonsgebonden aangelegenheden en het toepassingsgebied, verslag namens de Commissie voor de Herziening van de Grondwet en de hervorming der instellingen, uitgebracht door de heer de Stexhe en de heer Lindemans, *Parl.St.*, Senaat 1979-1980, nr. 100/27, p. 5.

Brusselse zelfstandigheidsverzekering, op voorwaarde natuurlijk dat zij dit niet doet terwijl zij de Vlaamse of Franstalige mono-communautaire instellingen beoogt, zoals bijvoorbeeld de door de Vlaamse regering erkende zorgkassen.

1.2. IS DE GGC BEVOEGD OM EEN VERPLICHTE ZELFSTANDIGHEIDSVERZEKERING IN TE VOEREN?

In werkelijkheid bestaat het echte probleem uit de vraag of de GGC in Brussel een zelfstandigheidsverzekering kan invoeren met een verplicht karakter, d.w.z. die de gehele bevolking van de hoofdstad dekt.

Van zijn kant, verplicht het decreet van de Vlaamse Gemeenschap houdende de organisatie van de zorgverzekering alle inwoners van het Nederlandstalige gebied die 26 jaar of ouder zijn om zich aan te sluiten bij een “zorgkas” die door de Vlaamse regering is erkend¹².

Met betrekking tot het tweetalige gebied, hadden de auteurs van het voorstel van decreet dat aan de oorsprong lag van de zorgverzekering initieel voorzien dat alle inwoners zouden worden onderworpen aan dezelfde verplichting als die van het Nederlandstalige gebied. Maar in haar advies heeft de afdeling wetgeving van de Raad van State erop gewezen dat dit onmogelijk was aangezien de Vlaamse Gemeenschap in Brussel alleen bevoegdheden heeft ten aanzien van Vlaamse mono-communautaire instellingen en dus geen rechtstreekse verplichtingen kan opleggen aan de inwoners¹³. Ingevolge het decreet dat uiteindelijk is goedgekeurd hebben de Brusselaars de mogelijkheid, maar zijn zij niet verplicht, om zich aan te sluiten bij een zorgkas en om te genieten van de aangeboden dekking¹⁴.

Daaruit blijkt dat, indien de Franse Gemeenschapscommissie (FGC), aan wie de Franse Gemeenschap in 1993 de uitoefening van haar bevoegdheden inzake bijstand aan personen heeft overgedragen voor wat het tweetalig gebied betreft, dit zou wensen¹⁵, ook zij een zelfstandigheidsverzekering kan invoeren waaraan de Brusselaars die dit wensen kunnen toetreden. De FGC kan immers, zoals de Vlaamse Gemeenschap, de Brusselaars bereiken via mono-communautaire, in haar geval, Franstalige, instellingen¹⁶. Daar moet echter worden aan toegevoegd dat, indien aldus twee parallelle zelfstandigheidsverzekeringen zouden worden gecreëerd, men de Brusselaars niet zou kunnen

¹² Decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, art. 4 §1, al. 1; vervangen, op een datum die door de Vlaamse regering zal worden bepaald, door het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, art. 20, §1, al. 1.

¹³ Raad van State, advies nr. L.28.583/3 van 17 december 1998 over een voorstel van decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering, *Parl.St.*, Vlaams Parlement 1998-1999, nr. 1239/3, p. 11.

¹⁴ Decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, art. 4 §1, al. 2; vervangen, op een datum die door de Vlaamse regering zal worden bepaald, door het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, art. 29, §1, al. 2. Voor een bespreking van de moeilijkheden die ontstaan door de invoering van de zorgverzekering in Brussel, zie F. JUDO, “Brussel: zorg(en) verzekerd?”, *Sociaalrechtelijke Kronieken* 2002, p. 313-318.

¹⁵ Decreet II van de Franse Gemeenschap van 19 juli 1993 tot toekenning van de uitoefening van sommige bevoegdheden van de Franse Gemeenschap aan het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie, *BS* 10 september 1993, art. 3, 7°; Decreet III van de Franse Gemeenschapscommissie van 22 juli 1993 tot toekenning van de uitoefening van sommige bevoegdheden van de Franse Gemeenschap aan het Waalse Gewest en aan de Franse Gemeenschapscommissie, *BS* 10 september 1993, art. 3, 7°.

¹⁶ In die zin, J. VANPRAET, “Vers une sécurité sociale flamande complémentaire dans le cadre actuel de répartition des compétences?”, *Journal des tribunaux* 2010, nr. 9, p. 304.

opleggen het systeem te kiezen waaraan zij wensen verbonden te zijn, en dit omwille van het verbod op subnationaliteiten in Brussel. De Franstalige en Nederlandstalige grondwetdeskundigen die zich over de vraag hebben uitgedrukt, lijken het er over eens te zijn dat, op juridisch vlak, de afwezigheid van subnationaliteiten in Brussel leidt tot het recht om zich tot een Franstalige of Vlaamse instelling te richten en tot het recht om van mening te veranderen, maar tevens tot het recht om zich eventueel niet aan te sluiten bij een mono-communautaire instelling om niet “gecatalogeerd” te worden als Franstalig of Vlaams¹⁷.

Om het verbod op subnationaliteiten na te leven moet de GGC dus noodzakelijkerwijs, indien men wil dat alle inwoners van het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad gedekt zijn door een zelfstandigheidsverzekering, ten minste een “derde” systeem organiseren ter intentie van de Brusselaars die noch voor het Vlaamse systeem, noch voor het Franstalige systeem wensen te opteren¹⁸. Men kan natuurlijk eveneens overwegen, wat eenvoudiger is, dat zij een uniek systeem creëert dat bestemd is voor het geheel van de Brusselse bevolking.

Dit laatste scenario stelt echter een belangrijk probleem dat betrekking heeft op de afstemming van een eventuele verplichte zelfstandigheidsverzekering ingevoerd door de GGC op eerdere initiatieven van de gemeenschappen, in het bijzonder de zorgverzekering van de Vlaamse Gemeenschap. Op welke manier moet de - onuitgegeven - co-existentie van identieke, of minstens zeer gelijkaardige, instrumenten voor sociale tegemoetkoming op hetzelfde grondgebied worden georganiseerd en gearbitreerd? Ervan uitgaande dat de GGC een verplichte afhankelijkheidsverzekering invoert in het tweetalige gebied, zullen de Brusselaars die zich vrijwillig hebben aangesloten bij de zorgverzekering in de toekomst dan dubbele bijdragen moeten betalen? In hetzelfde opzicht, zullen zij de tussenkomsten waarop zij recht hebben ingevolge de gelijktijdige aansluiting bij het Vlaamse en het Brusselse systeem kunnen cumuleren? Of zal, omgekeerd, een van beide systemen voorrang moeten verlenen aan het andere systeem?

Op dit ogenblik blijven deze vragen zonder een sluitend en definitief antwoord gelet op de afwezigheid van enig precedent. In elk geval lijkt de piste van voorrang van één systeem ten aanzien van het andere tegenstrijdig met de afwezigheid van enige voorrangsregel binnen het Belgisch federaal systeem zodat men deze suggestie *a priori* kan uitsluiten. De andere piste, deze van de cumul van de bijdragen en tussenkomsten, lijkt juridisch wel haalbaar. Op politiek vlak daarentegen lijkt deze suggestie niet erg zinvol. Men zal dus ongetwijfeld een uitweg moeten vinden via onderhandelingen.

¹⁷ X. DELGRANGE, met de medewerking van H. DUMONT, “Bruxelles et l’hypothèse de la défédéralisation de la sécurité sociale”, *Autonomie, solidarité et coopération. Quelques enjeux du fédéralisme belge au 21^e siècle/Autonomie, solidariteit en samenwerking. Enkele belangen van het Belgisch federalisme in de 21^{ste} eeuw* (dir. P. Cattoir, P. De Bruycker, H. Dumont, H. Tulkens en E. Witte), Brussel, Larcier, 2002, p. 261 en 262; J. VELAERS, “Brussel en de hypothese van de defederalisering van de sociale zekerheid”, *Autonomie, solidarité et coopération/ Autonomie, solidariteit en samenwerking, op. cit.*, p. 293 en p. 296 tot 298; H. DUMONT en S. VAN DROOGHENBROEK, “L’interdiction des sous-nationalités à Bruxelles”, *op. cit.*, p. 214 en 224, en de verwijzingen naar de parlementaire werken en de adviezen van de afdeling wetgeving van de Raad van State die door deze auteurs worden geciteerd. Zie eveneens, naar analogie, J. VELAERS, “‘Vlaanderen laat Brussel niet los’: de Vlaamse invulling van de Gemeenschapsautonomie in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad”, *Het statuut van Brussel/Bruxelles et son statut* (dir. E. Witte, A. Alen, H. Dumont en R. Ergéc), Brussel, Larcier, 1999, p. 602 tot 603.

¹⁸ In die zin, zie, naast de auteurs die geciteerd werden in de vorige voetnoot, J. VELAERS, “Sociale zekerheid tussen unionisme en federalisme”, *Sociale zekerheid en federalisme* (dir. H. Deleeck), Brugge, die Keure 1991, p. 228 en 229.

Een mogelijke manier om de Brusselse en Vlaamse initiatieven te laten aansluiten op het vlak van de tegemoetkoming inzake afhankelijkheid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, is dat een samenwerkingsovereenkomst zou worden gesloten tussen de GGC, de Vlaamse Gemeenschap en de FGC, wat bovendien reeds werd gesuggereerd¹⁹. Eigenlijk zou het, in het licht van de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof, zelfs kunnen dat het voorafgaand afsluiten van een dergelijke samenwerkingsovereenkomst, in geval van een geschil, door het Hof wordt beschouwd als een juridische verplichting waarvan de niet-naleving zou kunnen leiden tot de vernietiging van een eventuele eenzijdig goedgekeurde ordonnantie. Het Hof heeft immers reeds herhaaldelijk het sluiten van een samenwerkingsovereenkomst opgelegd in gevallen die niet worden vermeld onder de §2 tot 4*undecies* van artikel 92*bis* van de bijzondere wet van 8 augustus 1980, die de verschillende kwesties opsommen voor de regeling van aangelegenheden waarvoor de bijzondere wetgever voorziet dat een samenwerkingsovereenkomst verplicht moet worden gesloten²⁰.

Deze rechtspraak, die het principe van de exclusiviteit van de bevoegdheden tempert, werd ontwikkeld vanaf 2004, voornamelijk inzake de infrastructuur voor elektronische communicatie. Ondanks het ontbreken van een uitdrukkelijke wettelijke bepaling op dit gebied - tenminste vóór de zesde Staatshervorming - oordeelde het Hof meermaals dat, in dit domein, “de bevoegdheden van de federale Staat en de gemeenschappen [...] zodanig verweven zijn geworden dat ze niet meer dan in onderlinge samenwerking kunnen worden uitgeoefend”²¹. In het verlengde daarvan heeft het Hof de normen die door de federale wetgever of door een gemeenschap alleen werden aangenomen, ongeldig verklaard omwille van de schending van de evenredigheidsvereiste die verbonden is aan de uitoefening van elke bevoegdheid. Vervolgens heeft het Grondwettelijk Hof deze rechtspraak uitgebreid tot de strijd tegen de broeikasgassen in de luchtvaartsector²². In deze verschillende zaken was het Hof duidelijk gevoelig voor de gevolgen van de technologische ontwikkelingen, evenals het feit dat het Europees recht coördinatieverplichtingen oplegt.

Is deze rechtspraak van toepassing op onderhavige zaak? In andere zaken die reeds werden vermeld, heeft het Grondwettelijk Hof geweigerd te eisen dat er een samenwerkingsovereenkomst wordt gesloten. Dit was onder meer het geval in een zaak betreffende de gezondheidszorg waarin het Hof heeft geoordeeld dat niet werd aangetoond dat de totstandkoming van een akkoord “absoluut noodzakelijk zou zijn voor de tenuitvoerlegging van een coherent beleid van zorgverstrekking”²³. In deze zaak was er geen sprake van technologische ontwikkelingen, noch van Europese beperkingen. Zijn, met betrekking tot de tenlasteneming van het risico op verminderde autonomie, de bevoegdheden van de GGC en de Vlaamse Gemeenschap (en de FGC) “zodanig verweven” dat ze niet meer dan in onderlinge samenwerking kunnen worden uitgeoefend zodat een akkoord “absoluut noodzakelijk” wordt? Met andere woorden, kan men stellen dat de eenzijdige uitoefening door de GGC

¹⁹ Zie J. VANPRAET, “Vers une sécurité sociale flamande complémentaire dans le cadre actuel de répartition des compétences?”, *op. cit.*, nr. 10, p. 305, voor wie “la signature d’un accord de coopération est tout indiquée”.

²⁰ Over deze rechtspraak, zie H. ORBAN, “Les accords de coopération obligatoires : les nouvelles obligations dégagées par la Cour constitutionnelle”, *Revue belge de droit constitutionnel* 2011, p. 3-22 en Y. PEETERS, *De plaats van samenwerkingsakkoorden in het constitutioneel kader*, Brugge, die Keure, reeks “Bibliotheek grondwettelijk recht” 2016, nrs. 217 tot 253, p. 100 tot 114, en de daarin geciteerde verwijzingen.

²¹ Arbitragehof 14 juli 2004, nr. 132/2004, B.6.2; Arbitragehof 13 juli 2005, nr. 128/2005, B.6.2.; Arbitragehof 8 november 2006, nr. 163/2006, B.3.1.

²² Grondwettelijk Hof 2 maart 2011, nr. 33/2011, B.10.2 en Grondwettelijk Hof 14 juni 2012, nr. 76/2012, B.11.2.

²³ Zie Arbitragehof 28 september 2005, nr. 147/2005, B.8.3.

van haar bevoegdheid inzake de bijstand aan personen ten aanzien van de Brusselaars, de uitoefening door de Vlaamse Gemeenschap van haar eigen bevoegdheden op ditzelfde terrein ten aanzien van, wat haar betreft, de Vlaamse mono-communautaire instellingen van het tweetalig gebied, op een overdreven manier bemoeilijkt of onmogelijk maakt? Alles hangt ongetwijfeld af van de concrete modaliteiten die door de Brusselse wetgever worden weerhouden, zowel vanuit het oogpunt van de financiering als van de tegemoetkomingen²⁴. Merk echter op dat, destijds, noch de afdeling wetgeving van de Raad van State, noch het Grondwettelijk Hof hebben geoordeeld dat de Vlaamse Gemeenschap, voor haar eigen zorgverzekering, een samenwerkingsovereenkomst moest sluiten met de GGC over de toepassing van deze verzekering in Brussel. Naar analogie zou het moeten mogelijk zijn om te stellen dat de GGC evenmin een dergelijke verplichting heeft. Als zij daartoe toch verplicht zou zijn, zou deze verplichting eveneens van toepassing zijn op de Vlaamse Gemeenschap.

In elk geval, als de GGC zou opteren - of verplicht zou zijn - om een samenwerkingsovereenkomst te sluiten, zal zij haar voorkeuren moeten bepalen en deze aan haar Vlaamse partner (en de FGC) moeten voorleggen. In dit verband en op het eerste zicht lijken ten minste twee grote opties mogelijk: ofwel worden de Brusselaars die reeds gedekt zijn door de zorgverzekering (of door de verzekering die eventueel zou worden ingevoerd door de FGC) uitgesloten van de aansluiting bij de Brusselse zelfstandigheidsverzekering, ofwel krijgt deze laatste verzekering voorrang²⁵. Bij het vaststellen van haar standpunt, zou het interessant zijn voor de GGC om het socio-economische profiel te kennen van de Brusselaars die aangesloten zijn bij de Vlaamse zorgverzekering.

In ondergeschikte orde bestaat er een andere mogelijkheid om de Brusselse zelfstandigheidsverzekering en de Vlaamse zorgverzekering te laten aansluiten: het uitdrukkelijk voorzien van een vorm van conflictregel in de teksten die door de GGC en de Vlaamse Gemeenschap worden goedgekeurd. Dit is wat in werkelijkheid reeds gedeeltelijk werd gedaan in het Vlaamse decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering. Dit decreet bepaalt immers dat “de tenlastenemingen worden, volgens de regels en onder de voorwaarden die de Vlaamse Regering vaststelt, geweigerd of verminderd, als de gebruiker, krachtens andere wetten, decreten, ordonnanties [...], voor dezelfde kosten van niet-medische hulp- en dienstverlening [...], aanspraak op schadeloosstelling kan maken of heeft gemaakt.”, waarbij wordt gepreciseerd dat de gebruiker zelf zijn aanspraak op schadeloosstelling moet doen gelden²⁶. Merk op dat het woord “ordonnanties” slechts

²⁴ In zijn doctoraatsthesis over de samenwerkingsakkoorden merkt Yannick Peeters het volgende op: “bij het bepalen of bevoegdheden met elkaar verweven zijn, staan de concrete omstandigheden centraal” (Y. PEETERS, *De plaats van samenwerkingsakkoorden in het constitutioneel kader*, op. cit., nr. 249, p. 112).

²⁵ Sven Gatz, Minister bevoegd voor Brussel binnen de Vlaamse regering, heeft naar aanleiding van een debat in het Vlaams Parlement een standpunt ingenomen ten voordele van een variant van de tweede optie: “Ik ben van mening dat we in de eerste plaats moeten streven naar twee systemen die complementair zijn: het verplichte aanbod van de GGC voor alle Brusselaars naast een complementair aanbod van Vlaanderen voor die Brusselaars die zich extra willen verzekeren” (Vlaams Parlement, Commissie voor Brussel en de Vlaamse Rand, 23 september 2015, vraag van Karl Vanlouwe “om uitleg over de zorgverzekering in Brussel”, www.vlaamsparlement.be/commissies/commissievergaderingen/1001772/verslag/1003570).

²⁶ Decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, art. 6, §2; vervangen, op een datum die door de Vlaamse regering zal worden bepaald, door het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, art. 36, al. 1 (geherformuleerde bepaling).

in 2014 aan de bepaling werd toegevoegd²⁷, zonder dat de redenen voor deze toevoeging duidelijk werden uitgelegd in de voorbereidende werkzaamheden²⁸. Het uitvoeringsbesluit van het decreet beoogt echter niet de situatie van een aangesloten inwoner van Brussel die eveneens zou gedekt zijn door een zelfstandigheidsverzekering eigen aan het tweetalig gebied²⁹.

Onder voorbehoud van een wijziging in die zin van het uitvoeringsbesluit van het decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering, zou de verplichte zelfstandigheidsverzekering ingevoerd door de GGC, wat de Brusselaars betreft, voorrang hebben ten aanzien van de Vlaamse zorgverzekering, voor zover de GGC ten minste tegemoetkomt in dezelfde kosten als de Vlaamse zorgverzekering. In dit geval zou de invoering door de GGC van een verplichte zelfstandigheidsverzekering duidelijk tot gevolg hebben dat de inwoners van de tweetalige regio worden ontmoedigd om zich aan te sluiten bij de zorgverzekering aangezien, nog steeds in de veronderstelling dat de tussenkomst identiek is, een dubbele aansluiting slechts zou leiden tot een enkele tussenkomst.

Een dergelijke werkwijze blijft echter redelijk kwetsbaar aangezien ze wordt blootgesteld aan een eenzijdige wijziging van de teksten in de ene of de andere gemeenschap. De piste van het sluiten van een samenwerkingsovereenkomst lijkt dus voorzichtiger, vooral omdat een dergelijke overeenkomst, zoals we hebben gezegd, door het Grondwettelijk Hof zou kunnen worden opgelegd in geval van geschil.

1.3. BESLUIT

Tot slot zijn wij van mening dat de GGC ongetwijfeld, via een ordonnantie, een verplichte zelfstandigheidsverzekering kan creëren in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad. Wij raden wel aan om de goedkeuring van deze ordonnantie te laten voorafgaan door de onderhandeling van een samenwerkingsovereenkomst met de Vlaamse Gemeenschap (en de FGC) om in gezamenlijk overleg de modaliteiten vast te leggen ter regeling van de aansluiting bij de Brusselse zelfstandigheidsverzekering en de Vlaamse zorgverzekering in het tweetalig gebied.

2. De financiering van de Brusselse zelfstandigheidsverzekering

Verschillende werkwijzen zouden, *a priori*, kunnen worden beoogd om de financiering van de Brusselse zelfstandigheidsverzekering te garanderen en, meer bepaald, om ervoor te zorgen dat de GGC geniet van extra middelen ten opzichte van deze waarover zij reeds beschikt, zodat zij in staat wordt gesteld deze nieuwe sociale verzekering te organiseren. Het lijkt inderdaad aannemelijk om uit te gaan van het

²⁷ Decreet houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en de ondersteuning voor personen met een handicap BS 28 augustus 2014, art. 39, 3°.

²⁸ Ontwerp van decreet van de Vlaamse Gemeenschap houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en de ondersteuning voor personen met een handicap, toelichting, *Parl.St.*, Vlaams Parlement 2013-2014, nr. 2429/1, p. 36 (en 33).

²⁹ Besluit van de Vlaamse Regering van 5 februari 2010 houdende de uitvoering van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, BS 9 april 2010, art. 71 tot 74.

principe dat deze verzekering niet uitsluitend zal kunnen worden gefinancierd op basis van de middelen waarover de GGC momenteel beschikt.

Hierna onderzoeken we de piste van een aanvullende financiering via bijdragen ten laste van de personen die van de Brusselse zelfstandigheidsverzekering genieten (2.1), en vervolgens de piste van een aanvullende dotatie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (2.2).

2.1. BIJDRAGEN VAN DE VERZEKERDE PERSONEN

Vooreerst moet men onderzoeken of de GGC de bevoegdheid heeft om aan de personen die aangesloten zijn bij de zelfstandigheidsverzekering op te leggen dat ze moeten bijdragen tot de financiering van deze verzekering, hetzij via een forfaitaire bijdrage - waarvan het bedrag eventueel rekening houdt met het feit dat de verzekerde al dan niet begunstigde is van de verhoogde tegemoetkoming in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging -, hetzij via een proportionele bijdrage, uitgedrukt in een vast percentage van de inkomsten van de aangeslotene, hetzij via een progressieve bijdrage waarvan het bedrag zou stijgen in functie van het inkomensniveau van de aangeslotene.

In dit verband is het van belang de juridische aard van de beoogde bijdrage te bepalen en, daarmee verband houdend, om te weten of de GGC, via een ordonnantie, de aangeslotenen bij de zelfstandigheidsverzekering de betaling van een dergelijke bijdrage zou kunnen opleggen. De bevoegdheid van de GGC om een zelfstandigheidsverzekering te organiseren leidt er immers niet noodzakelijk toe dat zij eveneens bevoegd is om de financiering ervan via verplichte heffingen te regelen³⁰.

2.1.1. De verschillende vormen van verplichte heffingen

De Grondwet voorziet twee soorten verplichte heffingen. Het betreft enerzijds de belasting, waarvan het rechtsregime wordt gedefinieerd in artikel 170 van de Grondwet en, anderzijds, de retributie, of heffing, waarvan het rechtsregime wordt gedefinieerd in artikel 173 van de Grondwet. Belasting betekent “een heffing die op grond van het gezag, door de Staat [of een gefedereerde entiteit], de provincies of de gemeenten verricht wordt op de middelen van personen, hetzij publiek- of privaatrechtelijk, vennootschappen zonder rechtspersoonlijkheid en feitelijke verenigingen of gemeenschappen, die op hun grondgebied wonen of er belangen hebben, om ze voor de diensten van openbaar nut te bestemmen”³¹ (2.1.2.). Retributie betekent de “geldsom die wordt gevorderd als tegenprestatie voor het gebruik van een openbare dienst”³² (2.1.3.).

³⁰ Van zijn kant heeft Paul Palsterman geschreven dat de GGC niet zou bevoegd zijn om de betaling van bijdragen op te leggen in de context van een zelfstandigheidsverzekering (P. PALSTERMAN, “Scission des allocations familiales: aspects bruxellois”, *La communautarisation des allocations familiales* (coord. W. Van Eeckhoutte, D. Dumont en R. Carton), Brugge, la Charte, 2013, p. 102). Zoals we verder zullen zien lijkt deze bewering verkeerd, of allerminst veel te algemeen.

³¹ Cass. 30 november 1950, *Pas.* 1951, I, p. 191; Cass. 12 oktober 1954, *Journal des Tribunaux* 1955, p. 194; Cass. 20 maart 2003, *Fiscale Jurisprudentie* 2003, p. 647.

³² P. GOFFAUX, *Dictionnaire de droit administratif*, 2e uitgave, Brussel, Bruylant, 2016, v° “Redevance”.

Naast deze twee soorten heffingen die worden geregeld in de Grondwet, heeft het Grondwettelijk Hof eveneens het bestaan en de wettelijkheid erkend van andere vormen van verplichte heffingen. Dit is bijvoorbeeld het geval van de sociale zekerheidsbijdragen op federaal niveau³³. Vincent Sepulchre benadrukt dat de sociale zekerheidsbijdragen verschillen van de belastingen door het feit dat ze worden betaald aan een ander organisme dan de Staat - ze behoren dus niet tot de algemene begroting van de Staat - en door het feit dat ze bestemd zijn om prestaties te financieren ten gunste van de bijdragende personen zelf, op een gelijkaardige manier als een verzekering³⁴. Op dezelfde manier, maar op communautair niveau, heeft het Grondwettelijk Hof de grondwettelijke geldigheid aanvaard van de bijdragen voorzien in het Vlaams decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering³⁵, bestemd ter financiering van de Vlaamse zorgverzekering, als organisatorische modaliteit van de uitoefening door de Vlaamse Gemeenschap van haar bevoegdheid inzake bijstand aan personen³⁶ (2.1.4.).

2.1.2. Belasting

In het Belgisch grondwettelijk recht wordt de bevoegdheid om belastingen te heffen beschouwd als een volwaardige bevoegdheid, los van de materiële bevoegdheden waarover de verschillende spelers van de Belgische federatie beschikken³⁷. De GGC beschikt echter niet over de bevoegdheid om belastingen te heffen aangezien zij niet één van de overheden is die worden vermeld in artikel 170 van de Grondwet³⁸. Echter, de bijdrage die wordt beoogd ter financiering van de zelfstandigheidsverzekering gewenst door de GGC komt op bepaalde punten overeen met het begrip belasting. Men zou deze bijdrage inderdaad kunnen beschouwen als een heffing van overheidswege door de GGC op de inkomsten van de personen die verplicht worden zich aan te sluiten bij de zelfstandigheidsverzekering.

Echter, de door de GGC beoogde bijdrage verschilt op twee punten van het begrip belasting, namelijk enerzijds, door de bijzondere bestemming die deze bijdrage zou krijgen (de financiering van de Brusselse zelfstandigheidsverzekering, eerder dan de algemene begroting van de GGC) en anderzijds,

³³ Zie bv. Grondwettelijk Hof 10 februari 1999, nr. 14/99, in het bijzonder B.6.2; Grondwettelijk Hof 16 juni 2011, nr. 103/2011, B.4.2.

³⁴ V. SEPULCHRE, "Fiscalité et parafiscalité, impôts, taxes, rétributions, amendes pénales et amendes administratives", *Tijdschrift voor gemeenterecht* 2006, p. 42. Zie eveneens Grondwettelijk Hof 16 december 2010, nr. 142/2010, B.3.2 en B.3.3.

³⁵ Decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, art. 4 §5; vervangen, op een datum die door de Vlaamse regering zal worden bepaald, door het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, art. 30, §1 en 2 (herschikte bepaling).

³⁶ Arbitragehof 13 maart 2001, nr. 33/2001, B.3.5. Het Hof heeft echter niet gedetailleerd welke de redenen zijn van haar besluit over dit punt, noch heeft zij de bijdragen die door de Vlaamse wetgever zijn uitgevoerd uitdrukkelijk gekwalificeerd (zie eveneens Raad van State, advies nr. L.28.583/3 van 17 december 1998 "over een voorstel van decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering", *Parl.St.*, Vlaams Parlement, 1998-1999, nr. 1239/3, p. 13).

³⁷ E. WILLEMART, *Les limites constitutionnelles du pouvoir fiscal*, Brussel, Bruylant, 1999, p. 10.

³⁸ Zie o.m. E. WILLEMART, *Les limites constitutionnelles du pouvoir fiscal*, op. cit., p. 26 en 27; X. DELGRANGE en M. EL BERHOUMI, "Le découpage des compétences régionales et communautaires à Bruxelles ou la tentation de la transgression", *Le droit bruxellois. Un bilan après 25 ans d'application (1989 - 2014)* (dir. P.-O. van Broux, B. Lombaert en D. Yernault), Brussel, Bruylant, p. 94.

door het bestaan van een rechtstreekse tegenprestatie voor de betaling van deze bijdrage voor de personen die aangesloten zijn bij de zelfstandigheidsverzekering, hetzij het feit dat zij gedekt zijn door deze verzekering³⁹. In dit geval lijkt het ons dus mogelijk om op basis van deze twee elementen te verdedigen dat de beoogde bijdrage niet moet worden gekwalificeerd als belasting, wat ertoe zou leiden dat men niet kan struikelen over de afwezigheid van de fiscale bevoegdheid van de GGC.

2.1.3. Retributie

De GGC is evenmin een van de overheden vermeld in artikel 173 van de Grondwet, wat eveneens zou kunnen leiden tot afwezigheid in haar hoofde van de bevoegdheid om de betaling van retributies op te leggen. Opgemerkt moet worden dat artikel 65 van de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten voorziet dat de GGC over “eigen niet-fiscale middelen”⁴⁰ beschikt, wat eveneens een grond zou zijn als basis voor haar bevoegdheid om de betaling van retributies op te leggen in aangelegenheden die onder haar bevoegdheid vallen⁴¹.

Zelfs in de veronderstelling dat deze interpretatie zou kunnen worden aanvaard, lijkt het in dit geval moeilijk om de beoogde bijdrage te kwalificeren als retributie aangezien het bedrag van een retributie verplicht moet worden bepaald in functie van de geleverde dienst. Het betreft inderdaad een vorm van tegenprestatie waarvan het bedrag evenredig is met de kost, hetzij de waarde, van de geleverde dienst⁴². Het is in het geval van de zelfstandigheidsverzekering echter moeilijk, zonet onmogelijk om, voor elke aangeslotene dezelfde verhouding na te streven tussen de bijdrage en de diensten waarop hij/zij (misschien) recht zal hebben. Bovendien lijkt het principe zelf van de retributie in strijd te zijn met de idee van een financiering die minimaal solidair is⁴³.

2.1.4. Bijdrage

Het moet echter wel mogelijk zijn te stellen dat de GGC, net zoals de Vlaamse Gemeenschap in het kader van de zorgverzekering, bevoegd is om de betaling op te leggen van bijdragen die bestemd zijn ter financiering van de zelfstandigheidsverzekering die zij wil invoeren op basis van haar bevoegdheid inzake de bijstand aan personen. Wij herhalen dat de Vlaamse regeling werd goedgekeurd door het Grondwettelijk Hof, zelfs indien de redenen van zijn besluit op dit punt weinig werden gedetailleerd. In deze omstandigheden zou het rechtskader voor de door de GGC beoogde bijdrage zich ongetwijfeld

³⁹ Zie, naar analogie, het onderscheid tussen belasting en sociale zekerheidsbijdrage uiteengezet door het Grondwettelijk Hof, onder meer in Grondwettelijk Hof 10 februari 1999, nr. 14/99, in het bijzonder B.6.2. Zie eveneens, Grondwettelijk Hof 16 december 2010, nr. 142/2010, B.3.2 en B.3.3; Grondwettelijk Hof 16 juni 2011, nr. 103/2011, in het bijzonder B.4.2.

⁴⁰ Bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de Gemeenschappen en de Gewesten, *BS* 17 januari 1989, art. 65, §1 en 3.

⁴¹ Rappr. J. LE BRUN en A. NOËL, “Le financement des communautés et des régions”, *La Belgique fédérale* (dir. F. Delpérée), Brussel, Bruylant 1994, p. 368, noot nr. 27. Zie eveneens Grondwettelijk Hof 29 juli 2010, nr. 89/2010, B.15.2 (“Vermits de retributie de tegenprestatie is voor een geleverde overheidsdienst, is zij verbonden aan de materiële bevoegdheid van de betrokken overheid”).

⁴² P. GOFFAUX, *Dictionnaire de droit administratif*, op. cit., v° “Redevance”. Zie tevens C. MERTES, M. OSWALD, R. BORN, en V. SCHMITZ, “Le Conseil d’Etat – Chronique de jurisprudence 2011”, *Revue belge de droit constitutionnel* 2013, p. 181.

⁴³ Rappr. E. WILLEMART, *Les limites constitutionnelles du pouvoir fiscal*, op. cit., p. 158.

nuttig kunnen inspireren op het rechtskader voorzien voor de bijdragen die werden ingevoerd door de Vlaamse Gemeenschap. In dit verband lijken twee elementen ons bijzonder belangrijk: de bestemming van de geheven bijdragen tot een Vlaams zorgfonds en het verband tussen de betaling van deze bijdragen en het feit gedekt te zijn door de zelfstandigheidsverzekering. Deze twee elementen zijn inderdaad van dien aard dat ze het risico beperken dat de beoogde bijdragen zouden worden geherkwalificeerd als belastingen, waarvoor de GGC niet bevoegd zou zijn – ook al kan dit risico niet volledig worden uitgesloten⁴⁴. Met andere woorden, het kan opportuun zijn om de bijdragen die zouden worden betaald door de personen aangesloten bij de zelfstandigheidsverzekering, toe te wijzen aan een ‘van de GGC afzonderlijke’ rechtspersoon die vervolgens belast is met de verdeling van de opbrengst ervan in functie van de behoeften van de aangeslotenen. Deze afzonderlijke rechtspersoon zou bovendien, aanvullend op de ontvangen bijdragen, gefinancierd kunnen worden door een dotatie van de GGC.

De vraag of deze bijdrage eerder proportioneel of progressief dan wel forfaitair zou kunnen zijn, ligt nog open gelet op de afwezigheid van enig precedent en van de bevoegdheid van de federale Staat inzake de sociale zekerheid.

2.2. DOTATIE VAN HET BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

Met betrekking tot de aanvullende financiering, vermelden we ook de mogelijkheid waarover het Brussels Hoofdstedelijk Gewest beschikt, in overeenstemming met de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de gemeenschappen en de gewesten, om een aanvullende financiering toe te kennen aan de GGC. Sedert de zesde Staatshervorming kan het Brussels Hoofdstedelijk Gewest inderdaad een dotatie inschrijven op haar begroting ten voordele van de GGC⁴⁵.

Daarenboven zou een dergelijke financieringswijze toelaten dat er een progressief karakter wordt toegekend aan de financiering van de Brusselse zelfstandigheidsverzekering. Die zou zo namelijk onrechtstreeks gefinancierd kunnen worden op basis van fiscale heffingen uitgevoerd door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Gelet op de onzekerheden die hierboven werden onderzocht en die verbonden zijn aan een financiering door middel van bijdragen, zou het bovendien kunnen gaan om de financieringswijze voor de zelfstandigheidsverzekering die de minste risico's inhoudt op het vlak van de rechtszekerheid. Op organisatorisch vlak heeft deze optie het grote niet te verwaarlozen voordeel dat ze kan genieten van de expertise van de fiscale administratie van de Gewestelijke Overheidsdienst Brussel (Brussel Fiscaliteit). Aan de andere kant kan deze optie ongetwijfeld gemakkelijker worden herzien dan een bijdrage die in een ordonnantie van de GGC is gegoten en die per definitie is onderworpen aan de vereiste van de dubbele meerderheid. Deze optie garandeert evenmin dat de aanvullende middelen die door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zouden worden toegekend aan de GGC zouden worden toegewezen aan de financiering van de

⁴⁴ Het Grondwettelijk Hof oordeelt immers dat het enkele feit dat de opbrengst van de bijdragen wordt toegewezen aan een afzonderlijk begrotingsfonds niet volstaat om ze als belasting te kwalificeren. Zie bijvoorbeeld Grondwettelijk Hof 13 september 1995, nr. 64/95, B.13; Grondwettelijk Hof 17 april 1997, nr. 21/97, B.4.4.

⁴⁵ Bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de gemeenschappen en de gewesten, art. 65, §1, 4°.

zelfstandigheidsverzekering, aangezien de gewestelijke dotatie gestort zou worden in de algemene begroting van de GGC.

2.3. BESLUIT

Onzes inziens is de juridisch meest zekere optie voor de financiering van de zelfstandigheidsverzekering beoogd door de GGC, deze van een dotatie door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Vanuit een politiek oogpunt impliceert deze optie echter dat men zich ervan moet vergewissen dat de gewestelijke middelen die aldus worden overgedragen aan de GGC, overgedragen worden op duurzame wijze en dat het, binnen de GGC, de zelfstandigheidsverzekering is die ervan geniet. Als aanvulling of alternatief, kan de uitvoering van een regeling van bijdragen betaald door de personen die van de betrokken verzekering genieten, eveneens worden beoogd, naar analogie van de financieringswijze van de Vlaamse zorgverzekering. Deze optie houdt echter meer risico's in op juridisch vlak, enerzijds in afwezigheid van duidelijkheid over de exacte aard en het regime van de Vlaamse bijdragen, en anderzijds van fiscale bevoegdheid van de GGC, wat een probleem zou kunnen stellen ingeval de beoogde bijdragen zouden worden geherkwalificeerd als belastingen. Het risico zou echter kunnen worden beperkt als de GGC zich laat inspireren door de regeling die door de Vlaamse Gemeenschap is uitgewerkt en die reeds werd goedgekeurd door het Grondwettelijk Hof. Op het vlak van sociaal beleid, heeft een forfaitaire bijdrage het belangrijke nadeel dat het, per definitie, anti-herverdelend is. Deze bespreking valt echter niet binnen het kader van onderhavig onderzoek.

3. De afbakening van het personele toepassingsgebied van de verzekering ten aanzien van de Europese vrijheid van verkeer

Hoe moet men de kring van aangeslotenen en begunstigden van de toekomstige Brusselse zelfstandigheidsverzekering precies afbakenen, zonder enige discriminatie noch enige belemmering ten aanzien van het vrij verkeer van personen dat door het Europees recht wordt gegarandeerd?

Ook hier is het precedent van de zorgverzekering leerzaam. De overeenstemming met het Europees recht van het toepassingsgebied van het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering werd, zowel door de Europese Commissie als door het Hof van Justitie van de Europese Unie onderzocht. Deze opeenvolgende controles hebben de Vlaamse Gemeenschap ertoe aangezet om haar decreet herhaaldelijk te herzien ten einde het in overeenstemming te brengen met het Europees recht van het vrij verkeer van personen (3.1). De GGC moet bepaalde lessen trekken uit deze saga om niet dezelfde fouten te maken als de Vlaamse Gemeenschap (3.2).

3.1. DE SAGA VAN DE VLAAMSE ZORGVERZEKERING

Oorspronkelijk viseerde het Zorgverzekeringsdecreet twee categorieën van personen: de inwoners van het Nederlandstalige gebied en de inwoners van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. Voor de

eerste categorie was de aansluiting verplicht, terwijl deze slechts facultatief was - en kon zijn (zie supra, 1.1) - voor de tweede categorie personen. Zeer snel werd de vraag gesteld of deze afbakening in overeenstemming was met het Europees recht, en in het bijzonder met de coördinatieverordening betreffende de socialezekerheidsstelsels. Destijds betrof het de verordening 1408/71 die sedertdien werd vervangen door verordening 883/2004⁴⁶. Het voorwerp van deze verordening is de coördinatie van socialezekerheidsstelsels van de Lidstaten, op zo'n manier dat wordt vermeden dat de uitoefening door een werknemer - al dan niet in loondienst - van zijn recht op vrij verkeer, negatieve gevolgen zou teweegbrengen op het vlak van uitkeringen van de sociale zekerheid. De verordening is daarentegen niet bedoeld om de nationale socialezekerheidsstelsels te harmoniseren of dichterbij elkaar te brengen. Het doel ervan is beperkt tot de opheffing van de belemmeringen van het vrij verkeer van migranten.

In dit perspectief stelt de verordening onder meer het beginsel van één toepasselijk recht voorop, volgens hetwelk de situatie van personen die aan de verordening zijn onderworpen slechts kan behoren tot de wetgeving over de sociale zekerheid van één enkele Lidstaat. Deze vereiste is bedoeld complicaties te vermijden die zouden voortvloeien uit een gelijktijdige onderwerping aan verschillende wetgevingen, evenals uit het gebrek van enige bescherming die zou voortvloeien uit de onmogelijkheid om ten minste een toepasselijk recht te identificeren. Met betrekking tot de werknemers past de verordening de *lex loci laboris* toe, of het principe van het land waarin de werknemer werkzaam is, met name de vereiste dat de toepasselijke wetgeving over de sociale zekerheid deze is van de Lidstaat op wiens grondgebied de professionele activiteit wordt uitgeoefend, onafhankelijk van de woonplaats van de werknemer. Een migrerende werknemer moet dus, in de Lidstaat waarin hij werkt, genieten van dezelfde rechten als de werknemers van deze Lidstaat.

Op deze basis zou men zich kunnen afvragen of de uitsluiting, in het initiële toepassingsgebied van het Zorgverzekeringsdecreet, van de personen die in Vlaanderen (of in Brussel) werkzaam zijn maar die in een andere Lidstaat dan België verblijven, niet problematisch was, zoals men zich eveneens, maar in de omgekeerde zin, zou kunnen afvragen of de verplichte verzekering van de Europese burgers die in Vlaanderen (of in Brussel) gevestigd zijn maar in het buitenland werken geen probleem stelt. In beide gevallen werd de toepassing van de *lex loci laboris* gedwarsboemd, hetzij doordat geen toegang wordt verleend aan een dienst van sociale zekerheid aan personen die in België werken, hetzij doordat geen vrijstelling wordt toegelaten voor personen die in het buitenland werken en dus, uit dien hoofde, reeds onderworpen zijn aan een ander stelsel van sociale zekerheid.

Ten einde de belemmeringen van het vrij verkeer te vermijden, stelt de verordening voor de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels eveneens het principe van het samentellen van tijdsvakken voorop. Volgens dit beginsel moeten de periodes van verzekering, tewerkstelling of buiten loondienst verrichte werkzaamheden die als dusdanig verwerkt werden door de sociale zekerheid van

⁴⁶ Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de sociale zekerheidsregelingen op loontrekkende en hun gezinnen, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen, *PB*, nr. L 149 van 5 juli 1971, p. 2, vervangen door de verordening (CE) nr. 883/2004 van het Europees parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, *PB*, nr. L 166 van 30 april 2004, p. 1. Voor de analyse van de vragen voorafgaand aan het arrest van het Hof van Justitie van 1 april 2008 die hierna aan bod zullen komen, zie F. GOYENS, "Vlaamse zorg in EG-Verordening nr. 1408/71", *Tijdschrift voor Sociaal Recht* 2002, p. 29-69 en L. VAN ROMPAEY en B. VAN BUGGENHOUT, "De Vlaamse zorgverzekering: de kwalificatie naar Europees versus Belgisch recht", *Sociaalrechtelijke Kronieken* 2002, p. 105-115.

een Lidstaat met het oog op het openen van het recht op tegemoetkoming, in rekening gebracht worden door de ontvangende Lidstaat alsof deze werden voltooid ingevolge haar eigen wetgeving, ten einde te vermijden dat migratie zou leiden tot het verlies van alle rechten die eerder werden opgebouwd in een ander land. Ook hier had men zich kunnen afvragen of het Zorgverzekeringsdecreet in zijn initiële versie niet in strijd was met de verordening, in de mate waarin het vereiste dat de Europese burgers, om een tussenkomst te verkrijgen uit hoofde van de zorgverzekering, er voorafgaand aan hadden bijgedragen gedurende ten minste vijf jaar. Dientengevolge kon een migrerende werknemer die reeds in een andere Lidstaat bijdragen had betaald voor gezondheidstussenkomsten gedurende meer dan vijf jaar, dit tijdsvak van voorgaande verzekering niet doen gelden.

De Vlaamse decreetgever van 1999 leek deze moeilijkheden niet te hebben waargenomen. Misschien omwille van twijfels ten aanzien van de vraag of de zorgverzekering wel onder het materiële toepassingsgebied van de coördinatieverordening viel. Deze verordening is van toepassing op alle wetgeving met betrekking tot de verschillende takken van de sociale zekerheid die erin zijn opgesomd, zonder rekening te houden met het feit dat de tussenkomst al dan niet gefinancierd is door bijdragen. In het Belgisch recht werd de zorgverzekering door het Grondwettelijk Hof beschouwd als niet behorende tot de sociale zekerheid in de zin van de bevoegdheidsverdelende bepalingen (zie supra 1.1), maar de rechtspraak van het Hof van Justitie stelt duidelijk dat de manier waarop een tussenkomst wordt gekwalificeerd door het nationaal recht niet relevant is in het kader van het Europees recht. Het feit dat in de coördinatieverordening, de opsomming van de takken die gedekt worden, de afhankelijkheidstussenkomsten niet uitdrukkelijk vermelden, kon echter twijfels opwekken. Deze opsomming omvat wel de “tussenkomsten bij ziekte”. Echter, daar waar het voorwerp van de (federale) ziekteverzekering in België bestaat uit de tegemoetkoming in de kosten van de medische prestaties, bestaat het voorwerp van de (Vlaamse) zorgverzekering uit de tussenkomst in de niet-medische zorgen die nodig zijn omwille van het verlies aan zelfstandigheid. In zijn rechtspraak is het Hof van Justitie wel gevoelig voor de finaliteit van de prestaties. Het is in dit perspectief dat hij in 1998 heeft geoordeeld dat de Duitse *Pflegeversicherung*, een gelijkaardige vorm van verzekering als de Vlaamse zorgverzekering, valt onder het toepassingsgebied van de verordening als tussenkomst bij ziekte. In deze zaak benadrukte het Hof dat de tussenkomst een aanvulling vormt van de terugbetalingen binnen het kader van de klassieke verzekering⁴⁷.

In 2002 heeft de Europese Commissie een inbreukprocedure ingeleid tegen de Belgische Staat⁴⁸. Volgens de Europese Commissie moest, aangezien de zorgverzekering volgens haar onder het toepassingsgebied valt van de coördinatieverordening, het decreet van de Vlaamse Gemeenschap deze verordening naleven. Na de ingebrekestelling die de Europese Commissie heeft verzonden, heeft de Vlaamse wetgever in 2004 en 2005 een eerste keer getracht om het decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering in overeenstemming te brengen met de beginselen van het land van tewerkstelling en van het samentellen van tijdsvakken. Daartoe werd het toepassingsgebied van het decreet uitgebreid tot personen die niet in België wonen maar die onderworpen zijn aan de Belgische wetgeving betreffende de sociale zekerheid omwille van het feit dat zij werken in het

⁴⁷ Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen 5 maart 1998, *Molenaar*, C-160/96.

⁴⁸ Dit komt terug in het voorstel van decreet houdende wijziging van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, *Parl.St.*, Vlaams Parlement 2003-2004, nr. 1970/1, p. 2.

Nederlandstalige gebied of in het tweetalige gebied en werd de aansluiting verplicht gemaakt voor de eerste categorie personen en facultatief voor de tweede categorie. Omgekeerd werden de personen die, ingevolge de coördinatieverordening, vallen onder de wetgeving van de sociale zekerheid van een andere Lidstaat van de Europese Unie of de Europese economische ruimte, t.t.z., de personen die in Vlaanderen of in Brussel verblijven maar in het buitenland werken, van het toepassingsgebied van het decreet uitgesloten⁴⁹. Met betrekking tot het samentellen van tijdsvakken werd het decreet eveneens aangepast zodat werd voorzien dat de gebruiker die sociaal verzekerd is gedurende een ononderbroken duurtijd van vijf jaar binnen andere Lidstaten van de Europese Unie, recht zou hebben op een tegemoetkoming uit hoofde van de zorgverzekering⁵⁰.

Hoewel de Europese Commissie, na deze opeenvolgende wijzigingen, een einde stelde aan de inbreukprocedure, is het daar niet bij gebleven, verre van dat zelfs. Immers, de uitbreiding van het toepassingsgebied tot personen die werken in het Nederlandstalige gebied of in het tweetalige gebied maar die niet in België wonen, had als bijkomstig gevolg dat de zorgverzekering werd ontnomen aan Belgen die in Vlaanderen of in Brussel werken maar die in Wallonië verblijven evenals aan Europese burgers in diezelfde situatie. Het debat werd dan voor het Grondwettelijk Hof gebracht naar aanleiding van een nieuw verzoek ingeleid door de Waalse overheden en de Franse Gemeenschap, deze keer tegen het decreet van 2004 tot wijziging van het decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering om het in overeenstemming te brengen met de Europese *lex loci laboris*.

Het Hof werd uitgenodigd om te oordelen over de vraag of het beperken van de verplichting - of van de mogelijkheid in Brussel - om aan te sluiten bij een zorgkas en om, later, zijn rechten te doen gelden op een tussenkomst voor personen die gedomicilieerd zijn op het grondgebied van de Vlaamse Gemeenschap enerzijds, en voor Europese burgers die op dit grondgebied werken maar die hun woonplaats hebben in een andere Lidstaat anderzijds, niet discriminatoir is ten aanzien van de Walen en de Europese burgers die in Wallonië zijn gevestigd maar die in Vlaanderen werken. Om dit geschil te kunnen beslechten heeft het Grondwettelijk Hof een reeks prejudiciële vragen gesteld aan het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen⁵¹.

Het Hof van Justitie heeft zijn oordeel geveld in 2008, in een arrest dat in grote kamer werd uitgesproken⁵². Het Hof heeft geredeneerd in twee tijden, nadat het eerst de zorgverzekering heeft

⁴⁹ Decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 30 april 2004 houdende wijziging van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, *BS* 9 juni 2004.

⁵⁰ Decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 25 november 2005 houdende wijziging van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, *BS* 12 januari 2006.

⁵¹ Arbitragehof 19 april 2006, nr. 51/2006. Voor een bespreking, zie F. JUDO, "De Vlaamse zorgverzekering voor het Arbitragehof: nooit vier zonder vijf", *Sociaalrechtelijke Kronieken* 2007, p. 189-193.

⁵² Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen (grote kamer), 1 april 2008, *Gouvernement de la Communauté française et Gouvernement wallon c. Gouvernement flamand*, C-212/06. Over dit arrest, zie de analyse van Y. JORENS, « Arrêt 'Wallonie c. Flandre' : l'accès à une prestation sociale organisée par une collectivité à l'intérieur d'un Etat membre », *Journal de droit européen*, 2008, p. 209-211 ; H. VERSCHUEREN, « De regionalisering van de sociale zekerheid in België in het licht van het arrest van het Europese Hof van Justitie inzake de Vlaamse zorgverzekering », *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, vol. 50, n° 2, 2008, p. 177-231 ; P. VAN ELSUWEGE et S. ADAM, « Situations purement internes, discriminations à rebours et collectivités autonomes après l'arrêt sur l'assurance soins flamande », *Cahiers de droit européen*, 2008, p. 655-711 ; H. STORME, « Vlaamse zorgverzekering : een lange weg naar een geschikte aanknopingsfactor », *Nieuw Juridisch Weekblad*, 2008, p. 614-623 ; C. DAUTRICOURT et S. THOMAS, « Reverse discrimination and free movement of persons under EU law : all for Ulysses, nothing for Penelope ? », *European Law Review*, 2009, p. 433-454 ; T. VANDAMME, « Case C-212/06,

gekwalficeerd ten aanzien van het Europees recht. Voorafgaand heeft het eenvoudigweg, in de lijn van zijn voorgaande rechtspraak en na redelijk korte motiveringen, bevestigd dat de zorgverzekering wel degelijk valt onder het materiële toepassingsgebied van de coördinatie van socialezekerheidsstelsels, uit hoofde van tegemoetkoming bij ziekte.

Vervolgens heeft het Hof het eerste van de twee gevallen waarover het zich moest uitspreken besproken, zijnde het geval van de Belgen die werken in de Vlaamse Gemeenschap maar wonen in Wallonië. Ten aanzien van hen heeft het Hof, in overeenstemming met vaste rechtspraak, bevestigd dat het gemeenschapsrecht inzake het vrij personenverkeer niet kan worden toegepast op “zuiver interne” situaties, zijnde situaties waarvan alle elementen geheel in de interne sfeer van een enkele Lidstaat liggen. In dit geval heeft de situatie van Belgische inwoners die een professionele activiteit uitoefenen op Nederlandstalig grondgebied of op het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, maar die in de Duitstalige of Franstalige gebieden wonen, ten aanzien van het Europees recht geen enkel grensoverschrijdend aspect waardoor ze binnen de “radar” ervan zouden vallen, tenminste voor zover en zolang ze hun vrijheid om binnen de Unie te bewegen niet hebben uitgeoefend.

Zonder er verder te kunnen bij stilstaan, merken we op dat de advocaat-generaal Eleanor Sharpston in de conclusies voorafgaand aan het arrest, die vaak worden besproken, deze vaste rechtspraak in vraag had gesteld. Volgens haar is het zeer paradoxaal dat, ondanks de inspanningen van de laatste 50 jaar op Europees niveau om belemmeringen van het vrije verkeer tussen de Lidstaten uit de weg te ruimen, decentrale overheden van diezelfde Lidstaten langs de achterdeur toch opnieuw belemmeringen kunnen invoeren binnen deze Lidstaten. Is het niet vreemd, vraagt de advocaat-generaal zich af, dat het vrije verkeer wel volledig wordt gegarandeerd tussen Duinkerke en De Panne, maar niet tussen Jodoigne en Hoegaarden? Vervolgens heeft zij het Hof verzocht om terug te komen op haar rechtspraak inzake de zuiver interne situatie, opdat zij eveneens de belemmeringen aan het vrij verkeer van personen binnen eenzelfde Lidstaat zou verbannen, en dit op basis van het statuut van EU-burgerschap dat in het verdrag is neergelegd. Wij zullen hier echter niet verder op ingaan aangezien het Hof geen gevolg heeft gegeven aan dit voorstel. In de mate waarin het Hof is bijeengekomen in grote kamer, kan men er zelfs van uitgaan dat zij haar voorgaande rechtspraak kracht wou bijzetten wat betreft de zuiver interne situaties.

In zijn analyse besloot het Hof desalniettemin om ten aanzien van het Belgisch Grondwettelijk Hof te herhalen dat, indien het betwistbare verschil in behandeling niet te berechten is door Europese restricties, het aan de nationale rechter toekomt om de overeenstemming met het interne Belgisch recht na te gaan. Hiermee wou het Hof van Justitie ongetwijfeld verwijzen naar de beginselen van gelijkheid en non-discriminatie vervat in de artikelen 10 en 11 van de Grondwet. We zullen zien welk gevolg het Grondwettelijk Hof aan deze uitnodiging heeft gegeven.

Als het Hof van Justitie, in elk geval ten aanzien van het Europees recht, het uitsluiten van Belgen van het toepassingsgebied van de zorgverzekering, die in Vlaanderen of Brussel werken maar in Wallonië verblijven en die nooit hun recht op vrij verkeer hebben uitgeoefend, heeft “witgewassen”, heeft ze daarmee geoordeeld dat het Vlaamse decreet, in het tweede voorliggende geval, in strijd is met het

Government of the French Community and the Walloon Government v. Flemish Government, judgment of the Court of Justice (Grand Chamber) of 1 April 2008 », *Common Market Law Review*, 2009, p. 287-300. Adde H. VERSCHUEREN, « Vlaamse zorgverzekering blijft zorgenkind », *Juristenkrant*, n° 167, 2008, p. 7.

Europees recht. Het betreft het geval van de werknemers die afkomstig zijn van een andere Lidstaat en hun beroepsactiviteit uitoefenen in het Nederlandstalige gebied of in het tweetalig taalgebied, maar die verblijven in een ander deel van het nationaal grondgebied, waaraan het Hof de Belgen toevoegt die zich bevinden in een gelijkaardige situatie maar die in het verleden beroep hebben gedaan op hun vrijheid van verkeer. Het loutere feit dat men de nationaliteit heeft van een andere Lidstaat, zonder noodzakelijk te hebben gewerkt in het buitenland, of dat men Belg is maar dat men op een gegeven ogenblik zijn economische activiteit heeft uitgeoefend in een andere Lidstaat dan België, volstaat opdat de betrokken personen zouden vallen onder het toepassingsgebied van het Europees recht. Dienovereenkomstig ontsnappen zij aan de kwalificatie van de zuiver interne situatie.

Ten aanzien van deze twee categorieën van personen heeft het Hof geoordeeld dat de vereiste die door het Zorgverzekeringsdecreet werd gesteld om te wonen op het grondgebied van de Vlaamse Gemeenschap om te kunnen aansluiten bij de zorgverzekering in strijd is met het Europees recht, zoals de advocaat-generaal had uitgenodigd te doen. Met betrekking tot de gemobiliseerde rechtsgrondslag moet worden benadrukt dat het Hof zich niet heeft uitgesproken vanuit het oogpunt van de verordening voor de coördinatie van de sociale zekerheid, maar rechtstreeks vanuit het oogpunt van de bepalingen van het primair recht met betrekking tot het vrij verkeer van werknemers, al dan niet in loondienst, hetzij de huidige artikelen 45 en 49 van het verdrag betreffende de werking van de Europese Unie.

Het Hof oordeelde dat de woonplaatsvereiste gesteld door het decreet een belemmering vormde voor het vrij verkeer van werknemers die hun beroepsactiviteit uitvoeren of willen uitvoeren in Vlaanderen of in Brussel, in de mate waarin deze werknemers zouden kunnen ontmoedigd worden om gebruik te maken van hun vrijheid van verkeer en hun Lidstaat van oorsprong te verlaten, omwille van het feit dat hun vestiging in bepaalde delen van het Belgisch territorium eerder dan in andere delen zou kunnen leiden tot het verlies van het voordeel van bepaalde tegemoetkomingen inzake sociale-zekerheid. Volgens het Hof is de belemmering van het vrij verkeer van werknemers, of ze nu loontrekkend zijn of niet, niet gerechtvaardigd gegeven het feit dat het woonplaatscriterium voor gevolg kan hebben dat bepaalde personen geen toegang krijgen tot de zorgverzekering en diensgevolge worden ontmoedigd om hun professionele vrijheid uit te oefenen.

Ten slotte is de zaak opnieuw voor het Belgisch Grondwettelijk Hof gekomen, die in 2009 een nieuw arrest heeft uitgesproken. Momenteel is dit het laatste arrest dat werd uitgesproken inzake de zorgverzekering⁵³. Het oordeel van het Hof van Justitie heeft, omwille van de niet-overeenstemming met het Europees recht, het Grondwettelijk Hof er toe aangezet om de bepaling van het decreet met

⁵³ Grondwettelijk Hof, 21 januari 2009, nr. 11/2009. Over dit arrest, zie de onderzoeken van S. FEYEN, "Zorgen voor morgen: implicaties van het arrest van het Grondwettelijk Hof over discriminaties in de Vlaamse zorgverzekering. Een juridische veldslag...", *Tijdschrift voor Bestuurswetenschappen en Publiekrecht* 2009, p. 169-174; J. VELAERS en J. VANPRAET, "De materiële en territoriale bevoegdheidsverdeling inzake sociale zekerheid en sociale bijstand (II)", *Tijdschrift voor Bestuurswetenschappen en Publiekrecht* 2009, p. 195-219; I. BUELENS en F. JUDO, "Rechterlijke dialoog over de zorgverzekering: het Luxemburgse arrest van 1 april 2008", *Sociaalrechtelijke Kronieken* 2009, p. 185-193; E. VAN BRUSTEM, "L'affaire de la *zorgverzekering*: comment concilier la libre circulation des travailleurs et l'organisation fédérale des États?", *Chroniques de droit social* 2009, p. 193-200; P. VAN ELSUWEGE en S. ADAM, "Belgium. The limits of constitutional dialogue for the prevention of reverse discrimination", *European Constitutional Law Review* 2009, p. 327-339. Adde V. VERDEYEN, "Zorgverzekering", *Nieuw Juridisch Weekblad* 2009, p. 125-126 en H. STORME, "Vlaamse zorgverzekering: Grondwettelijk Hof beslecht maar lost niet op", *Juristenkrant*, nr. 183, 2009, p. 4-5.

betrekking tot de zorgverzekering te vernietigen volgens welke Europese burgers die in Vlaanderen of Brussel werken maar wonen in Wallonië en Belgen die in Vlaanderen of Brussel werken maar in Wallonië leven en die hun recht op vrij verkeer van werknemers hebben uitgeoefend, worden uitgesloten van het toepassingsgebied. Het arrest van het Hof van Justitie heeft er aldus toe geleid dat voorrang werd gegeven aan het recht van het vrij verkeer op het territorialiteitsbeginsel dat aan de basis ligt van het Belgisch federalisme.

Wat echter de Belgen betreft die in Vlaanderen of Brussel werken maar die in Wallonië leven en die geen gebruik hebben gemaakt van hun recht op het vrij verkeer van werknemers, hetzij de grote meerderheid van de betrokken Belgen, heeft het Hof het verzoek van de Waalse regeringen en de Franse Gemeenschap afgewezen. Het Hof was van oordeel dat het verschil in behandeling op het vlak van de toegang tot de zorgverzekering tussen deze Belgen en de Europeanen die vallen onder het toepassingsgebied van deze voorziening, het loutere gevolg is van het feit dat de bevoegdheden in België exclusief zijn en dat het meest adequate aanknopingspunt met betrekking tot persoonsgebonden aangelegenheden de woonplaats is. Het Hof voegde eraan toe dat het verschil in behandeling waarvan de verzoekers opwierpen dat het discriminatoir was, in elk geval niet kan worden verweten aan de Vlaamse Gemeenschap, maar dat het voortvloeit uit de afwezigheid, in de decreten van de andere gemeenschappen en in het federaal sociaalzekerheidsrecht, van een analoge bepaling als deze van de zorgverzekering. Met andere woorden, het Hof heeft, door voorrang te geven aan de bevoegdheidsverdelende bepalingen, geen gevolg gegeven aan de suggestie die werd gedaan door het Hof van Justitie om eventueel te oordelen dat de uitsluiting van Belgen die in Vlaanderen of Brussel werken maar die elders op het nationale grondgebied wonen, niet in overeenstemming is met de beginselen van gelijkheid en non-discriminatie.

3.2. LESSEN TREKKEN UIT HET PRECEDENT VAN DE ZORGVERZEKERING

Naar aanleiding van het organiseren van een verplichte zelfstandigheidsverzekering, moet de GGC lessen trekken uit het precedent van de zorgverzekering.

De analyse van de weerslag is niet eenvoudig en vraagt om een grondiger onderzoek om tot precieze conclusies te komen. De moeilijkheid bestaat meer bepaald in het feit dat, terwijl elk debat betreffende de overeenstemming van de Vlaamse zorgverzekering met het Europees recht initieel werd gevoerd ten aanzien van het recht dat werd afgeleid uit de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, en dat de eerste wijzigingen vanuit dit oogpunt hebben plaatsvonden, heeft het Hof van Justitie zich in zijn arrest van 1 april 2008 rechtstreeks uitgesproken ten aanzien van het primair recht op het vrij verkeer van werknemers. Het personele toepassingsgebied van de artikelen 45 en 49 van het verdrag, is echter iets breder dan dat van de coördinatieverordening. Het omvat bijvoorbeeld de Europese ambtenaren terwijl deze niet zijn onderworpen aan de verordening. Het omvat ook diplomatieke en consulaire medewerkers van de andere Lidstaten die behoren tot het toepassingsgebied van de verordening, maar die onderworpen zijn aan een andere verwijzingsregel dan deze van de *lex loci laboris*.

Het arrest van het Hof van Justitie en het laatste arrest van het Grondwettelijk Hof hebben de Vlaamse decreetgever er in 2009 toe aangezet om het personele toepassingsgebied van de zorgverzekering

opnieuw te herzien⁵⁴. Het resultaat van deze hervorming is moeilijk leesbaar maar dit komt door de moeilijkheid die we net hebben aangewezen. Sindsdien combineert het toepassingsgebied de verwijzingsregels eigen aan het Belgisch federalisme (woonplaats voor wat betreft de persoonsgebonden aangelegenheden) en die eigen aan het Europees recht op vrij verkeer (werkplaats). In dit perspectief is het decreet - soms verplicht, soms facultatief - van toepassing op personen die wonen in het Nederlandstalige gebied of in Brussel, evenals, enerzijds, op personen die niet in België wonen maar die onderworpen zijn aan de wetgeving betreffende de Belgische sociale zekerheid omwille van de uitoefening van een professionele activiteit in Vlaanderen of in Brussel en, anderzijds, op personen die in het Franstalige of Duitstalige gebied wonen maar die in Vlaanderen of Brussel werken en die gebruik hebben gemaakt van hun recht op vrij verkeer als werknemer in loondienst of als zelfstandige. Omgekeerd zijn de personen die, ingevolge de coördinatieverordening, behoren tot het socialezekerheidsstelsel van een andere Lidstaat van de Europese Unie of van de Europese economische ruimte, t.t.z. die in het buitenland werken, uitgesloten van het toepassingsgebied van het decreet.

De GGC zal ongetwijfeld geen andere keuze hebben dan deze oplossing, natuurlijk *mutatis mutandis*, aan te nemen. Dit betekent dat de volgende personen verplicht onderworpen zullen zijn aan de Brusselse zelfstandigheidsverzekering en daar dus van kunnen genieten: (i) de inwoners van het tweetalig Gebied Brussel-Hoofdstad, met uitzondering van zij die onderworpen zijn aan de sociale zekerheid van een andere Lidstaat van de Europese Unie of van de Europese economische ruimte ingevolge de coördinatieverordening nr. 883/2004; (ii) de personen die niet in België wonen maar die onderworpen zijn aan de wetgeving betreffende de Belgische sociale zekerheid ingevolge de coördinatieverordening, omwille van het feit dat ze in een tweetalig gebied werken; (iii) de personen die wonen in het Nederlandstalige, Franstalige of Duitstalige gebied maar die onderworpen zijn aan de wetgeving betreffende de Belgische sociale zekerheid omwille van de uitoefening van een beroepsactiviteit in het tweetalige gebied en die gebruik hebben gemaakt van het recht op vrij verkeer van werknemers of op de vrijheid van vestiging. M.a.w., alle EU-burgers die wonen in een andere Lidstaat en die in Brussel werken, zouden behoren tot het toepassingsgebied van de Brusselse zelfstandigheidsverzekering⁵⁵, ongeacht hun woonplaats, wat een vrij significante massa vertegenwoordigt. Daarentegen zullen talrijke Vlaamse, Waalse en Duitse pendelaars die in Brussel werken niet bijdragen en derhalve niet kunnen genieten van de tussenkomsten, behalve indien ze in

⁵⁴ Decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 30 april 2009 houdende wijziging van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, BS 28 mei 2009, die artikel 4 van het zorgverzekeringsdecreet volledig heeft herzien. Dit laatste zal worden vervangen, op een datum die door de Vlaamse regering zal worden bepaald, door het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 24 juni 2016 houdende de Vlaamse sociale bescherming, art. 3, §1 en 2 en art. 29.

⁵⁵ Met uitzondering misschien van de Europese ambtenaren en de diplomatieke en consulaire medewerkers: om hun lot te bepalen is een grondiger onderzoek nodig, in de mate waarin zij het statuut hebben van migrerende werknemer in de zin van het primair recht van het vrij verkeer maar niet vallen onder het toepassingsgebied van de coördinatie (Europese ambtenaren) of in de mate waarin zij onder dat toepassingsgebied vallen maar onderworpen zijn aan een afwijkende verwijzingsregel (diplomatieke en consulaire medewerkers van andere Lidstaten). Op het eerste gezicht vormt het arrest van het Hof van Justitie betreffende de zorgverzekering een uitnodiging tot het opnemen van deze personen in het toepassingsgebied van de toekomstige Brusselse zelfstandigheidsverzekering, rekening houdende met de voorrang van het primair recht. Er moet echter worden nagegaan of er geen relevante bepalingen voorkomen in de zetelovereenkomsten afgesloten tussen België en de verschillende Europese en internationale instellingen die op het Brussels grondgebied zijn gevestigd.

het verleden hun recht op vrij verkeer als werknemer in loondienst of als zelfstandige hebben uitgeoefend, wat een redelijke kleine groep zou moeten vertegenwoordigen.

Op wetgevend vlak zou moeten worden nagedacht over de mogelijkheid om een definitie van het toepassingsgebied aan te nemen die iets eenvoudiger is omschreven dan de Vlaamse formulering, maar die uiteraard nog steeds volledig in overeenstemming is met de Europese verplichtingen inzake het vrij verkeer.

Terloops benadrukken we dat de oplossing die door de Vlaamse decreetgever is weerhouden en waarvan hier aan de GGC wordt aangeraden om het om te zetten in Brussel, leidt tot een probleem van omgekeerde discriminatie - *reverse discrimination* in het Europese jargon - in die zin dat de gecombineerde rechtspraak van het Hof van Justitie en het Grondwettelijk Hof de Lidstaten en hun gefedereerde entiteiten vrij laten om aan hun eigen burgers regels op te leggen die zij niet kunnen opleggen aan burgers van andere Lidstaten omdat zij, ten aanzien van deze laatsten, belemmeringen vormen voor het vrij verkeer. In het geval van de Vlaamse zorgverzekering worden de Belgische inwoners van de Franstalige of Duitstalige gebieden die in Vlaanderen of Brussel werken, behalve in dit geval, als ze beroep hebben gedaan op hun recht op vrijheid van verkeer, minder goed behandeld dan de personen die zich in exact dezelfde situatie bevinden maar die inwoner zijn van een andere Lidstaat. Dit probleem blijft voer voor een levendig debat⁵⁶ maar is, gegeven de huidige staat van de rechtspraak en de combinatie van verwijzingscriteria die eigen is aan het Europees en Belgisch recht, een grotendeels onvermijdelijk gevolg.

Om dit probleem structureel op te lossen, zouden er ongetwijfeld akkoorden moeten worden afgesloten tussen de verschillende overheden van het land opdat de intra-Belgische, maar transgewestelijke of transgemeenschapssituaties die aan het Europees recht ontsnappen, in onderling akkoord zouden worden geregeld. In dit perspectief zouden de regels van de Europese verordening tot coördinatie van de socialezekerheidsstelsels kunnen dienen als inspiratiebron, onder meer voor wat betreft het beginsel van de eenheid van de toepasselijke wetgeving: idealiter zou elke situatie slechts aan één enkel gefedereerd recht moeten onderworpen zijn, opdat wetsconflicten of juridische lacunes zouden worden vermeden. Derhalve zou een akkoord moeten worden gevonden betreffende de/het te weerhouden verwijzingscriteria/-criterium⁵⁷.

3.3. BESLUIT

Met betrekking tot de afbakening van het personele toepassingsgebied van de Brusselse zelfstandigheidsverzekering is de meest voorzichtige piste ongetwijfeld deze waarbij men zich ruim

⁵⁶ F. VAN OVERMEIREN, "Vrij verkeer, gelijkheid van Europese burgers en de bevoegdheidsverdeling in België", *Europese voorschriften en Staatshervorming/Contraintes européennes et réforme de l'Etat* (dir. E. Vandebossche en S. Van Drooghenbroeck), Brugge, die Keure, coll. "Bibliotheek grondwettelijk recht" 2013, p. 169-206; S. FEYEN, "De zesde staatshervorming en het EU-recht", *Het federale België na de zesde staatshervorming* (dir. A. Alen *et al.*), Brugge, die Keure, coll. "Bibliotheek grondwettelijk recht" 2014, nr. 32 tot 38, p. 95 tot 102.

⁵⁷ In die zin, zie de voorstellen geformuleerd door G. VAN LIMBERGHEN, "Sociale zekerheid en zesde staatshervorming: een Europeesrechtelijk perspectief", *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, vol. 55, nr. 2, "De impact van de zesde staatshervorming op de sociale zekerheid en de arbeidsmarkt: een kijk van juristen" (dir. D. Dumont), 2015, nr. 20 tot 23, p. 443 tot 450.

laat inspireren door het Vlaamse decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering en waarbij uiteraard de nodige aanpassingen worden doorgevoerd. Om precies aan te geven welke aanpassingen er nodig zijn, en om de mogelijkheid na te gaan of een formulering kan gevonden worden die zowel eenvoudig als volledig in overeenstemming is met het Europees primair en afgeleid recht, is een aanvullend onderzoek nodig. Meer in het algemeen zou de uitwerking door de verschillende gefedereerde entiteiten van het land die bevoegd zijn om een eigen mechanisme van zelfstandigheidsverzekering in te voeren, de gelegenheid kunnen vormen om een vorm van intra-Belgische coördinatie van de respectievelijke toepassingsgebieden van de verschillende gefedereerde voorzieningen te organiseren.

4. De Brusselse zelfstandigheidsverzekering ten aanzien van het Europees recht aangaande de interne markt en het vrije ondernemerschap

Het Europees recht aangaande de interne markt beschermt de vrijheid van verkeer van de economische actoren en omvat mededingingsregels en regels inzake Staatssteun. Gelijkaardige regels komen terug in het Belgisch recht, onder meer met de vrijheid van ondernemen en de grondwettelijke beginselen van gelijkheid en non-discriminatie. De gevolgen van deze regels en beginselen op de organisatie van de Brusselse zelfstandigheidsverzekering moeten worden beoordeeld. We zullen ons hier eerder focussen op de eventuele gevolgen van het vrij verrichten van diensten en de vrijheid van vestiging, en de overeenkomstige bepalingen uit het Belgisch recht, dan op de mededingingsregels en regels inzake Staatssteun. De impact van deze laatste regels zou in principe immers beperkt moeten zijn, op voorwaarde dat de zelfstandigheidsverzekering wordt georganiseerd volgens een logica van solidariteit en onder toezicht van de GGC.

In dat geval zou deze verzekering inderdaad kunnen ontsnappen aan de kwalificatie van economische activiteit in de zin van het Europese mededingingsrecht en het Europees recht betreffende Staatssteun⁵⁸. Een meer gedetailleerd onderzoek naar de overeenstemming van het mechanisme van de zelfstandigheidsverzekering met het Europees recht aangaande de interne markt, zou echter sowieso moeten worden uitgevoerd eens de politieke oriëntaties zijn vastgesteld.

Hierna zullen we het principe zelf beoordelen van de tussenkomst door de GGC en het verplichte karakter van de aansluiting bij de zelfstandigheidsverzekering die zij wil invoeren (4.1) en zullen we vervolgens de vraag onderzoeken naar de actoren die zouden kunnen worden ingezet voor het beheer van deze verzekering (4.2).

4.1. HET PRINCIPE VAN DE TUSSENKOMST DOOR DE GGC EN HET VERPLICHTE KARAKTER VAN DE AANSLUITING

Ten aanzien van het Europees recht op vrijheid van verkeer, is de eerste vraag die zich stelt of de GGC een verplichte zelfstandigheidsverzekering kan invoeren. Het zou inderdaad kunnen dat een dergelijke

⁵⁸ Zie bijvoorbeeld Hof van Justitie 22 mei 2003, C-355/00, *Freskot*, punt 78.

regeling het voor verzekeraars, en meer bepaald buitenlandse verzekeraars, die het risico wensen te verzekeren dat gedekt wordt door de zelfstandigheidsverzekering, minder aantrekkelijk maakt om hun activiteiten in Brussel uit te oefenen. Dit zou een belemmering kunnen vormen tot hun vrijheid van vestiging of tot het vrij verrichten van diensten, vrijheden die beschermd zijn door het Europees recht⁵⁹. Zo zou men eveneens kunnen stellen dat de tussenkomst van de GGC in het domein van de zelfstandigheidsverzekering de handelsmogelijkheden van de verzekeringsinstellingen, en dus eveneens de vrijheid van handel en industrie van deze laatsten, beperkt⁶⁰.

Niet elke beperking van het vrij verkeer is echter in strijd met het vrij verkeer dat wordt beschermd door het Europees recht aangaande de interne markt. Een beperking kan inderdaad gerechtvaardigd zijn als zij beantwoordt aan dwingende redenen van algemeen belang, voor zover zij de verwezenlijking van de beoogde doelstelling kan garanderen en niet verder gaat dan wat nodig is om deze doelstelling te bereiken⁶¹. Op dezelfde manier is de vrijheid van handel en industrie die door het Belgisch recht wordt gegarandeerd evenmin absoluut⁶². Een verplichting tot aansluiting bij een sociale verzekering zou aldus kunnen worden gerechtvaardigd door de doelstelling om het financiële evenwicht van een tak van de sociale zekerheid te verzekeren⁶³. Een van de factoren die toelaat om aan te tonen dat deze verplichting tot aansluiting geoorloofd is, bestaat overigens in de mogelijkheid die al dan niet wordt gelaten aan de personen die zich moeten aansluiten, om hun dekking aan te vullen door zich te richten tot derde verzekeringsinstellingen⁶⁴.

Gelet op het voorgaande zal men in voorkomend geval de redenen waarom het nodig zou zijn om de aansluiting bij de zelfstandigheidsverzekering georganiseerd door de GGC verplicht te maken in hoofde van de aangesloten personen moeten rechtvaardigen, onder meer door de doelstelling van deze maatregel uit te leggen evenals de redenen waarom deze maatregel geschikt en noodzakelijk is om de beoogde doelstelling te bereiken.

4.2. DE ORGANISATIE VAN DE BRUSSELSE ZELFSTANDIGHEIDSVERZEKERING

In dit stadium lijkt het er op dat er drie afzonderlijke organisatiemodellen overwogen worden voor de Brusselse zelfstandigheidsverzekering:

- een gecentraliseerd beheer van de zelfstandigheidsverzekering, door de GGC of door een organisme van openbaar nut opgericht door de GGC;

⁵⁹ Hof van Justitie 22 mei 2003, C-355/00, *Freskot*, punt 63; Hof van Justitie 5 maart 2009, C-350/07, *Kattner Stahlbau*, punt 68.

⁶⁰ Grondwettelijk Hof 18 maart 2010, nr. 29/2010, B. 32 tot B.35; Grondwettelijk Hof 24 november 2011, nr. 180/2011, B.15.1.

⁶¹ Hof van Justitie 5 maart 2009, C-350/07, *Kattner Stahlbau*, punt 84.

⁶² Grondwettelijk Hof 18 maart 2010, nr. 29/2010, B. 33; Grondwettelijk Hof 24 november 2011, nr. 180/2011, B.17.2.

⁶³ Hof van Justitie 5 maart 2009, C-350/07, *Kattner Stahlbau*, punt 88. Zie eveneens Grondwettelijk Hof 24 november 2011, nr. 180/2011, B.15.4.

⁶⁴ Hof van Justitie 22 mei 2003, C-355/00, *Freskot*, punt 70; Hof van Justitie 5 maart 2009, C-350/07, *Kattner Stahlbau*, punt 89.

- heffing van bijdragen en betaling van tussenkomsten door speciaal daartoe door de GGC erkende kassen, opgericht door de mutualiteiten - met uitsluiting van andere soorten operatoren - en door de GGC zelf (of een van de GGC afhankelijke ION) enerzijds; toezicht en financiering van de kassen door de GGC (of een van de GGC afhankelijke ION) anderzijds;
- heffing van bijdragen en betaling van tussenkomsten door speciaal daartoe door de GGC erkende kassen, opgericht door de mutualiteiten of verzekeringsinstellingen, en door de GGC zelf (of een van de GGC afhankelijke ION) enerzijds; toezicht en financiering van de kassen door de GGC (of een van de GGC afhankelijke ION) anderzijds - dit is het Vlaamse model;

Deze drie modellen roepen, op verschillende niveaus, vragen op met betrekking tot het Europees recht van vrij verkeer, maar eveneens met betrekking tot de principes van het Belgisch grondwettelijk recht op gelijkheid en non-discriminatie.

Met betrekking tot het Europees recht op vrij verkeer, zou het eerste scenario kunnen worden aangenomen. De openbare overheden kunnen immers, met betrekking tot dit recht, vrij beslissen om hun bevoegdheden uit te oefenen door terug te grijpen naar hun eigen middelen⁶⁵. Bovendien heeft het Hof van Justitie in het arrest *Teckal*, de situatie waarbij men voorzieningen aanbiedt via een interne aanbesteding gelijkgesteld met de situatie van een overheid die haar taken uitvoert door terug te grijpen naar haar eigen middelen, t.t.z. in regie⁶⁶. Er bestaat interne aanbesteding wanneer de overheid controle heeft over de entiteit van de dienstverlener op een analoge manier als over haar eigen diensten, als de dienstverlener niet beschikt over privékapitaal en hij het grootste deel van zijn activiteiten uitvoert voor rekening van een overheid die hem controleert of voor “zuster” entiteiten.

De overige twee scenario's roepen daarentegen enkele vragen op. De opdracht om bijdragen te verzamelen van de personen die bij de verzekering zijn aangesloten en hen een tussenkomst te betalen indien nodig, zou inderdaad kunnen worden gezien als een dienstverlening die valt onder het toepassingsgebied van het Europees recht betreffende de interne markt, indien men stelt dat deze een grensoverschrijdend belang heeft (vrij verrichten van diensten of vrijheid van vestiging).

De toegang tot deze dienstverlening zou, in die omstandigheden, niet kunnen worden voorbehouden aan bepaalde operatoren zonder voldoende rechtvaardiging. Ook vormen de artikelen 10 en 11 van de Grondwet (beginsel van gelijkheid en non-discriminatie), een belemmering in het Belgisch recht voor de GGC om, zonder aanvaardbare rechtvaardiging, de categorieën van personen die zich in vergelijkbare situaties bevinden, verschillend te behandelen.

Voor zover de voorwaarden voor erkenning kunnen worden gerechtvaardigd op basis van de goede werking van het systeem, leidt het derde scenario, *a priori*, tot minder problemen dan het tweede aangezien het aan het geheel van de betrokken operatoren die diensten kunnen verlenen de mogelijkheid verleent om dit te doen, mits naleving van de financiële en beheersregels die worden bepaald in de erkenning. Het tweede scenario bestaat daarentegen uit het voorbehouden aan de mutualiteiten van de mogelijkheid om kassen op te richten voor de heffing van bijdragen en de

⁶⁵ Zie Hof van Justitie 13 oktober 2005, C-458/03, *Parking Brixen*, punt 61.

⁶⁶ Zie Hof van Justitie 18 november 1999, C-107/98, *Teckal*, punt 50. Zie eveneens Hof van Justitie 13 oktober 2005, C-458/03, *Parking Brixen*, punten 61 en 62.

uitbetaling van tussenkomsten door de zelfstandigheidsverzekering, met uitsluiting van de private verzekeringsinstellingen. Een dergelijke uitsluiting is op het eerste zicht juridisch niet ondenkbaar. Het Hof van Justitie heeft bijvoorbeeld eerder al aanvaard dat terugbetaling door de overheid van prestaties van een sociale gezondheidsverzekering wordt voorbehouden aan verenigingen zonder winstoogmerk, met uitsluiting van vennootschappen die wel een dergelijk oogmerk hebben⁶⁷, of dat de uitvoering van dringende en hoogdringende gezondheids-transportdiensten bij voorrang wordt toevertrouwd aan gecontracteerde vrijwilligersorganisaties⁶⁸. Dit scenario veronderstelt niettemin dat er redenen moeten worden gegeven op basis waarvan men stelt dat de verzekeringsinstellingen zouden moeten worden uitgesloten van elke deelname aan het beheer van de door de GGC beoogde zelfstandigheidsverzekering, in tegenstelling tot, bijvoorbeeld, de mutualiteiten.

4.3. BESLUIT

Vanuit het oogpunt van de naleving van het Europees recht op vrij verkeer, van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet en de vrijheid van handel en industrie, is het volgens ons belangrijk dat de GGC (1) haar keuze om de aansluiting bij de zelfstandigheidsverzekering die zij wenst in te voeren verplicht te maken en (2) haar keuze om, in voorkomend geval, de mogelijkheid om deel te nemen aan het beheer van de betrokken zelfstandigheidsverzekering te beperken tot bepaalde categorieën operatoren (zoals de mutualiteiten) en om hun activiteiten te reglementeren, kan motiveren.

5. De verplichting van de GGC om de fundamentele sociale rechten na te leven

In het kader van de oprichting van een Brusselse zelfstandigheidsverzekering zal er rekening moeten gehouden worden met de situatie van de begunstigen van de THAB indien die tussenkomsten onderhevig zouden zijn aan wijzigingen. In dit verband zal de GGC in het bijzonder rekening moeten houden met het “standstill”-effect (5.1) en met de internationale verplichtingen van de Belgische Staat inzake de hulp aan mindervaliden (5.2).

5.1. DE STANDSTILL-VERPLICHTING

Juridisch gezien bestaat er een standstill-effect dat door de rechtspraak en de rechtsleer, in overeenstemming met de wil van de grondwetgever, wordt afgeleid uit de verklaring door deze laatste van een fundamenteel recht op sociale zekerheid voorzien door artikel 23 van onze Grondwet⁶⁹. Indien

⁶⁷ Hof van Justitie 17 juni 1997, C-70/95, *Sodemare*, punt 35.

⁶⁸ Hof van Justitie 11 december 2014, C-113/13, *Azienda sanitaria locale n. 5 “Spezzino”*. Zie eveneens Hof van Justitie 28 januari 2016, C-50/14, *Consorzio Artigiano Servizio Taxi e Autonoleggio*.

⁶⁹ Over de juridische draagwijdte van het recht op sociale zekerheid (in de ruime zin) verrat in artikel 23, al. 3, 2° van de Grondwet, zie M. DISPERSYN, “Le droit à la sécurité sociale dans l’article 23 de la Constitution”, *Les droits économiques, sociaux et culturels dans la Constitution* (dir. R. Ergéc), Brussel, Bruylant, coll. “Faculté de droit de l’Université libre de Bruxelles” 1995, p. 193-230; M. JAMOULLE, “L’article 23 de la Constitution belge dans ses relations avec les droits sociaux fondamentaux, le droit du travail et la sécurité sociale”, *Sociale grondrechten als*

de uitvoering en materialisatie van het recht op sociale zekerheid een voorrecht zijn van de wetgever die de nodige keuzes en beslissingen moet uitvoeren, moet de inschrijving van dit recht in ons fundamenteel charter ten minste leiden tot een verplichting voor diezelfde wetgever om het niveau van de reeds gegarandeerde prestaties niet te verminderen, ten minste niet zonder rechtvaardigingen.

Echter, het standstill-principe is niet absoluut maar relatief⁷⁰. M.a.w., het laat beperkingen toe ten einde de beoordelingsbevoegdheid voor te behouden aan de wetgever. Maar - en dit is van kapitaal belang - deze beperkingen zijn slechts aanvaardbaar voor zover ze behoorlijk werden gerechtvaardigd en aanvaardbaar zijn vanuit het oogpunt van de proportionaliteit⁷¹. Daarom is het noodzakelijk om na te gaan of de uitgevoerde terugval voldoet aan een reden van algemeen belang, dat deze gepast is en zelfs noodzakelijk omwille van die reden en dat het niet leidt tot onevenredige gevolgen wat betreft het bereikte recht. Opdat de rechterlijke macht zijn controle zou kunnen uitoefenen op de geldigheid van de uitgevoerde beperkingen, weegt er op de wetgevende macht een procedurele, formele verplichting: de auteurs van de bepaling moeten zorgvuldig uitleggen welke redenen de terugval verantwoorden. Zoals I. Hachez schrijft: de wetgever kan niet "het bedrag van de sociale zekerheidsprestaties verminderen zonder de redenen uiteen te zetten die [hem] aanzetten tot deze verandering van beleid"⁷².

Op het vlak van de bijdragen voor mindervaliden herhalen we dat de Raad van State in 2011, in het arrest *Cleo Angelo*, een besluit van het College van de Franstalige Gemeenschapscommissie heeft vernietigd waarmee ze het geldende beschermingsniveau van individuele bijstand bij de sociale integratie van mindervaliden in belangrijke mate had verminderd.⁷³ In dit arrest heeft de Raad van State geoordeeld dat de verwijdering van een aantal mogelijkheden tot tussenkomst ten voordele van de mobiliteit, zonder dat de auteurs van de bepaling enige reden van algemeen belang ter

bakens voor een vernieuwd sociaal recht. Liber amicorum Professor Maxime Stroobant (dir. G. Van Limberghen en K. Salomez), Gand, Mys & Breesch, 2001, p. 121-147; A. VAN LOOVEREN, "Sociale grondrechten en minimarechten", *Actuele problemen van het sociaalzekerheidsrecht* (dir. R. Janvier, A. Van Regenmortel en V. Vervliet), Brugge, La Chartre, coll. "Recht en sociale zekerheid", 2003, p. 241-300; S. VAN DROOGHENBROEK, "La sécurité sociale est-elle un droit de l'homme? La logique du 'tiers' au service de l'effectivité de l'article 23, al. 3, 2° de la Constitution", *Quel modèle de sécurité sociale pour la Belgique de demain ?*, XIX^{èmes} journées juridiques Jean Dabin, Louvain-la-Neuve, U.C.L., 2005, 12 p., niet-uitgegeven; J.-F. LECLERCQ, "Sociale zekerheid: honderdduizend of niets, stop je of ga je verder?", *JTT* 2007, p. 317-331, spec. nr. 2 tot 12, p. 317 tot 321; D. PIETERS en P. SCHOUKENS, "Belgium", *Security: A General Principle of Social Security Law in Europe* (dir. U. Becker, D. Pieters, F. Ross en P. Schoukens), Groningen, Europa Law Publishing, 2010, p. 21-66; J.-F. NEVEN, E. DERMINE, S. PALATE en S. GILSON, "Les droits à la sécurité sociale et à l'aide sociale, médicale et juridique", *Les droits constitutionnels en Belgique. Les enseignements jurisprudentiels de la Cour constitutionnelle, du Conseil d'Etat et de la Cour de cassation* (dir. M. Verdussen et N. Bonbled), préface de F. Tulkens, vol. 2, Brussel, Bruylant, 2011, p. 1323-1382.

⁷⁰ Zie in dit verband: I. HACHEZ, *Le principe de standstill dans le droit des droits fondamentaux : une irréversibilité relative*, Brussel/Athene/Baden-Baden, Bruylant/Sakkoulas/Nomos Verlagsgesellschaft, coll. "Droits fondamentaux", 2008.

⁷¹ Over de verschillende stappen die moeten worden ondernomen om de grondwettelijkheid van een regressie af te wegen ten aanzien van de standstill-verplichting, zie het didactisch vademecum voorgesteld in het eerste deel van I. HACHEZ en B. JADOT, "Environnement, développement durable et standstill : vrais ou faux amis ?", *Aménagement* 2009, p. 5-25, en de vele verwijzingen naar rechtspraak en wetgeving die daarin worden geciteerd.

⁷² I. HACHEZ, "Le principe de standstill dans le droit des droits fondamentaux : une irréversibilité relative", *RBDC* 2007, p. 80.

⁷³ RvS (6^e k.), 23 juli 2011, *Cleon Angelo, ABP en ABMM t./ Commission communautaire française*, nr. 215.309, *Administration publique* 2011, p. 414, met het conform verslag van de auditeur B. Jadot.

rechtvaardiging van de uitgevoerde regressie hebben opgeworpen, in strijd is met de standstill-verplichting die door het grondwettelijk recht wordt opgelegd in het kader van de sociale bijstand.

In dit verband zou het *a priori* ongrondwettelijk zijn om bijvoorbeeld louter en eenvoudigweg de THAB van personen die in een rusthuis verblijven te verwijderen met als reden dat de wetgever het zelfstandig blijven wonen wenst te bevoorrechten. Daarentegen zou de THAB eventueel kunnen worden vervangen door prestaties in natura indien dit zou toelaten dat een gelijkaardige bescherming van de bejaarde wordt verzekerd.

5.2. DE INTERNATIONALE VERBINTENISSEN VAN DE BELGISCHE STAAT TEN AANZIEN VAN MINDERVALIDEN

De GGC moet eveneens de internationale verplichtingen naleven die de Belgische Staat heeft ten aanzien van mindervaliden. Hierbij denkt men in het bijzonder aan artikel 19 van het Internationaal Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap, betreffende de zelfstandigheid en de integratie in de samenleving van mindervaliden. De wetgever moet eveneens rekening houden met het Europees Sociaal Handvest en meer bepaald met het artikel 15 §3 dat voorziet dat, ten einde mindervaliden de onbelemmerde uitoefening van hun recht op zelfstandigheid, sociale integratie en deelname aan de samenleving te waarborgen, de Partijen zich ertoe verbinden “hun volledige integratie en deelname aan het sociale leven te bevorderen, meer bepaald door maatregelen, met inbegrip van technische bijstand, die tot doel hebben hinderpalen uit de weg te ruimen die de communicatie en de mobiliteit in de weg staan en hen in staat te stellen gebruik te maken van vervoersmiddelen en in aanmerking te komen voor huisvesting, culturele activiteiten en andere vrijetijdsbesteding”. In dit perspectief merken we op dat het Europees Comité voor Sociale Rechten in zijn beslissing nr. 75/2011 *Fédération internationale des ligues des droits de l’Homme (FIDH) c. Belgique*, heeft geoordeeld dat de Belgische Staat een onvoldoende aantal opvangcentra en accommodatie heeft gecreëerd om te vermijden dat een groot aantal mindervaliden zouden worden uitgesloten van de diensten die aangepast zijn aan hun specifieke behoeften. Het Comité besloot eveneens dat er in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad geen instellingen bestaan die raad en persoonlijke bijstand bieden aan mindervaliden.

5.3. BESLUIT

Ongeacht het *design* van de zelfstandigheidsverzekering, zal men ervoor moeten zorgen dat de personen die genieten van THAB, of die in de toekomst wellicht zullen kunnen genieten van THAB, tenminste toegang krijgen tot een sociale bescherming op een gelijkaardig niveau als dat wat in het verleden werd toegepast, en dit ingevolge de standstill-verplichting. Bovendien zal de GGC de bepalingen van het Internationaal Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap en het Europees Sociaal Handvest die onlangs het kader van de rechten van de mindervaliden hebben gepreciseerd, moeten naleven.

II. Focusgroepen en literatuur

In dit gedeelte geven we de belangrijkste conclusies weer, gebaseerd op de literatuurgegevens enerzijds en de focusgroepen anderzijds⁷⁴. Eerst (1. Introductie) schetsen we de gehanteerde methodologie en gaan we kort in op de aanleiding voor een Brusselse zelfstandigheidsverzekering. We bespreken een aantal demografische en maatschappelijke veranderingen in Brussel en staan kort stil bij een aantal institutionele veranderingen.

Vervolgens (2. Analyse) bespreken we de relevante aspecten van een zelfstandigheidsverzekering. Daarbij staan we stil bij voor handen zijnde literatuurgegevens en koppelen deze terug naar de argumenten die we haalden uit de discussies met de Brusselse stakeholders. Tijdens de focusgroepen werden in verband met de gedetecteerde thema's telkens de argumenten pro- en contra opgelijst en geïllustreerd met letterlijke uitspraken van de bevroegde stakeholders.

1. Inleiding

1.1 METHODOLOGIE

De vier focusgroepen vonden plaats op 14, 18 maart en 21 maart en op 21 april 2016. Op 25 april 2016 werd een bespreking gehouden met de sociaal economische raad. De focusgroepen werden opgenomen en vervolgens letterlijk uitgetikt. De thematische analyse van de focusgroepen werd door drie onderzoekers uitgevoerd en gerapporteerd.

De groepsgesprekken werden georganiseerd op basis van een lijst met ruim zestig Brusselse stakeholders die het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn ons bezorgde. Deze lijst omvatte leden van de vakbonden, leden van de mutualiteiten, leden van de sectorfederaties die bij het thema betrokken zijn, verschillende leden van de Economische en Sociale Raad, leden van artsenverenigingen en ziekenhuisvertegenwoordigers. We namen eveneens contact op met verantwoordelijken van de OCMW's en met een aantal verenigingen van ouderen en mantelzorgers. In totaal nodigden we zo'n 70 mensen uit. 35 personen reageerden positief op de uitnodiging. 22 mensen namen uiteindelijk deel aan de gesprekken. Hieronder vindt u de lijst van deze personen:

⁷⁴ Alle citaten gevolgd door een paginanummer komen uit de literatuur, de andere citaten komen uit de focusgroepen

14 mars:	
Marc Glorieux	Woonzorg Brussel
Herman Mennekens	mutualité libre du brabant
Michel De Volder	FAMGB
Robbie Dumoulin	expertisecentrum dementie
Fanny Dubois	espace seniors
Emilie De Smet	Eneo
Emmanuel Bawin	CSD
18 mars:	
Axel De Roover	aidants-proches
Lawrence Cuvelier	GBO
Christian Dejaer	CBI - hôpitaux
JM Rombeaux	assoc. ville et commune RBC
Sebastien Alexandre	fedito toxicomanie
Mahdi Amranijai	chargé de mission CES
Paul Palsterman	président du GT Affaires Sociales - CES
Amandine Pradé	mutualité libre
Caterine Doetsch	constellation
21-mars	
GEORGIN Christine FSB	fed. services bruxellois aide à domicile
Kempeneers Thérèse	asbl inclusion
Pierre Cools	Solidaris - secrétaire général adjoint
Alain Conrath	CM
25 avril:	
Ph Andrianne	Eneo
Marieken Engelen	pilier socialiste VFG
Lambert Virginie	LUSS
Jonathan Bouvy	MC

De gespreksleidraad kwam tot stand op basis van een eerste literatuurstudie en voorafgaande uitwisselingen met de opdrachtgevers van de studie. Hij omvatte de volgende vragen:

1. Wat verstaat u onder een “zelfstandigheidsverzekering” die de keuze om in de thuisomgeving te blijven wonen, moet ondersteunen in het Brussels Gewest?
 - Aan welke vereisten moet een dergelijke verzekering voldoen?
 - Wat zijn de opportuniteiten hiervoor in het Brussels Gewest?
 - Wat zijn de knelpunten hiervoor in het Brussels Hoofdstedelijk gewest?
2. Op welke wijze wordt de financiering van de verzekering geïnd?
 - Wie int? Wie beheert?
 - Hoe hoog moet het geïnde bedrag zijn?
 - Welke beheersvergoeding moet voorzien worden?
3. Regulering van de sector
 - In cash of in natura? Wat met de dienstencheques?
 - Op welke wijze moet de verzekering worden uitbetaald? Door wie (vb. mutualiteit, OCMW,...)?
 - Voorbeelden uit het buitenland
4. Welke diensten, zorgen en hulpverlening moeten er voor de verzekering in aanmerking komen?
 - Lijst van de verschillende hulp- en zorgdiensten (incl. dienstencheques) wordt opgemaakt
 - Wordt medische zorgverlening (kiné, arts,...) mee opgenomen?
 - Worden Woonzorgcentra (RH, RVT) mee opgenomen?
 - Op welke wijze worden bewijsstukken van de geleverde diensten, hulp of zorg aangeleverd? Door wie?
5. Hoe moet de zorgnood en de nood aan hulp gedetecteerd worden?
 - Op welke wijze (BelRAI, Katz,...)? Wie doet de screening?
 - Welke criteria moeten meegenomen worden bij het bepalen van de rechten? vb. leeftijd, plaats (vb. woonzorgcentrum, kortverblijf, nachtopvang), andere?
6. Moeten er sociale correcties toegepast worden bij het innen of uitbetalen van de verzekering? Welke sociale correcties?
7. Hoe moet de Brusselse zelfstandigheidsverzekering zich verhouden tot de Vlaamse Sociale Bescherming en de Waalse zelfstandigheidsverzekering?
8. Zijn er nog aspecten die we moeten behandelen?

De vier focusgroepen werden volledig getranscribeerd. Omwille van de technische middelen die beschikbaar waren voor dit voorbereidend onderzoek, was het echter niet mogelijk een transcriptie te maken met de vermelding van de identiteit van de verschillende deelnemers. We hebben een transversale thematische analyse uitgevoerd op basis van de kwesties die met de deelnemers besproken werden ten einde de argumenten pro en contra de verschillende alternatieven met betrekking tot de organisatie van een zelfstandigheidsverzekering naar boven te halen:

- omschrijving en doelstellingen van de zelfstandigheidsverzekering
- financieringswijze van de zelfstandigheidsverzekering

- dienstenpakket
- criteria om in aanmerking te komen/toegelaten te worden
- regulering van de sector
- welke actoren?
- Brussel afstemmen op Vlaanderen en Wallonië
- Parallele discussie over 'nieuw zorgmodel'
- Werkgelegenheidsbeleid

Deze thema's komen voort uit de gespreksleidraad maar ook uit de onderwerpen die spontaan aangesneden werden door de deelnemers zelf. De gespreksfragmenten werden systematisch per thema gegroepeerd, bestudeerd en vervolgens getoetst aan de literatuur om te komen tot de hieronder besproken resultaten.

1.2 WAAROM EEN BRUSSELSE ZELFSTANDIGHEIDSVERZEKERING?

Brussel wordt geconfronteerd met de uitdaging om een adequaat antwoord te vinden op de steeds wijzigende en veranderende zorg- en hulpvragen. Zo blijkt in België 27% van de bevolking aan ten minste één chronische ziekte te lijden. Hoewel de kans dat men hulp of zorg nodig heeft stijgt met de leeftijd, is een langdurige of een tijdelijke nood aan zorg- of hulpverlening niet uitsluitend beperkt tot ouderen.

Toch heeft de toenemende vergrijzing een belangrijke impact op de stijging en de wijziging van de nood- en hulpvraag. Brussel had lange tijd de oudste leeftijdsstructuur van de drie gewesten. Door de stelselmatige verjonging van het gewest keerde de verhouding in leeftijdsstructuren tussen de gewesten zich om sinds de jaren 2000. Brussel geldt thans als 'groenste' gewest, met een dalend aandeel ouderen en een stijgend aandeel jongeren ten aanzien van de gehele Brussels populatie. Anno 2010 telt Brussel ongeveer 152.000 inwoners ouder dan 65 jaar, op een totale bevolking van 1.090.000. Senioren vertegenwoordigen 14% van de Brusselse bevolking. Daarentegen is het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ook het gewest met de hoogste intensiteit van de veroudering. De verhouding 80plussers t.o.v. de totale ouderenpopulatie is immers 1 op 3. Deze vormen vandaag een groep van 50.000 personen waarvoor het risico op kwetsbaarheid en zorgafhankelijkheid erg groot is. Tot de leeftijd van 80 jaar leeft immers het overgrote deel nog thuis, in goede gezondheid. Velen ondervinden relatief weinig beperkingen in het dagelijks leven. Vanaf 85 jaar stijgt het aandeel ouderen in een residentiële voorziening heel snel van 25 % (leeftijdsgroep tot 89 jaar) over 45 % (tussen 90 en 95 jaar) tot 80 % van de ouderen boven 95 jaar.

Sinds 2012 is er ook een reële toename van het aantal ouderen, die volgens de bevolkingsvooruitzichten van het Federaal Planbureau nog elk jaar zal stijgen. Als we naar de absolute aantallen kijken, zien we voor 60plussers een quasi constante stijging van ca. 200 000 in 2010 tot ca. 290 000 in 2040, een verwachte stijging van 43,5%. Het is dit stijgende aantal ouderen dat een indicatie geeft van de concrete nood aan voorzieningen. Een afzwakking van het aandeel ouderen betekent immers niet noodzakelijk ook een afgezwakte nood aan voorzieningen. Over de gemeenten heen, zien we sterke verschillen op vlak van de toename van het aantal ouderen. Gemeenten waar nu nog niet

veel ouderen wonen (en waar ook minder voorzieningen zijn), kennen in de toekomst de sterkste toename.

Samen met het absolute aantal ouderen neemt ook het aandeel ouderen met een zeer klein inkomen toe. In 2010 ontving 9 % van de 65-plussers een Inkomensgarantie voor Ouderen. 22,1% ouderen heeft een maandelijks gezinsinkomen van minder dan 1000 euro. Eén op negen Brusselse ouderen boven 75 jaar verklaart gezondheidsuitgaven uit te stellen omwille van financiële moeilijkheden (t.o.v. Belgisch gemiddelde van 3,9%)⁷⁵. Meer dan 15% vindt de thuiszorg onbetaalbaar. Nochtans hebben mensen met een lagere socio-economische status vaker en vroeger last van gezondheidsproblemen en functionele beperkingen en bijgevolg een hogere kans om gebruik te moeten maken van een thuiszorgdienst.

Op vlak van betaalbaarheid van diensten werden in de programmatiestudie twee scenario's bestudeerd. De eerste studie onderzocht de kostprijs van "levenslang thuis wonen met zorg" en wonen in een rusthuis. Uit de analyses bleek heel duidelijk dat thuis blijven wonen wanneer mensen zorgbehoefstig zijn, en dus hun zorg "inkopen", al snel een hele dure zaak wordt voor de cliënt⁷⁶. Vooral voor alleenstaanden en huurders op de privémarkt is het moeilijk om thuis te blijven. Maar ook voor eigenaars of huurders die als koppel een sociale woning betrekken is er weinig financiële ademruimte. De tweede studie naar de gebruikersbijdrage in de thuiszorg toont duidelijk grote ongelijkheden aan: de kosten voor de zorggebruiker verschillen sterk naargelang de subsidiërende overheid én de plaats waar men woont. In heel wat gevallen is het voor de gebruiker financieel voordeliger om voor poetshulp gebruik te maken van de fiscaal aftrekbare dienstencheques.

Het risico is reëel dat naast de mondige oudere, een groep kwetsbare ouderen groeit die de plaats in zal nemen van de 'traditionele' oudere en zich tevreden zal (moeten) stellen met de klassieke goedkopere voorzieningen. Het waarborgen van een beschikbaar en zowel fysiek als financieel toegankelijk aanbod aan diensten en zorg is ontegensprekelijk één van de belangrijkste uitdagingen van de ouderenzorg.

De demografische evoluties hebben bovendien tot gevolg dat ook het aantal chronische ziekten en het aantal mensen dat nood heeft aan hulp en zorg zal toenemen. Een verschuiving van middelen van cure naar care is daar een logisch gevolg van. Dat betekent dat de middelen die ingezet worden om zorg te verlenen niet enkel meer gericht zijn op genezen, maar ook op het voorzien van hulp en ondersteuning in het kader van de zorg voor een kwaliteitsvol leven voor mensen met een langdurige zorg- en hulpnood.

Het in de negentiende en twintigste eeuw ontwikkelde sociale-beschermingssysteem is echter grotendeels bedacht in het kader van de toen algemeen heersende acute ziekten. Het systeem blijkt dus gedeeltelijk niet geschikt om te voldoen aan de behoeften van een verouderende bevolking die

⁷⁵ Observatorium van Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. (2010). *Welzijnsbarometer: Brussels Armoederapport*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

⁷⁶ Dit geldt voor het geval zoals de thuiszorg op dit moment georganiseerd wordt én in vergelijking met de huidige rusthuisprijzen.

potentieel minder zelfstandig wordt en op lange termijn zorgbehoevend is⁷⁷. De hulp- en zorgbehoefte is weliswaar een universeel sociaal risico, maar verschilt op vele vlakken van het risico op ziekte⁷⁸.

In dat opzicht is het interessant om op te merken dat de Duitstalige landen, waar de sociale zekerheid traditioneel erg duidelijk is, al even geleden een zelfstandigheidsverzekering invoerden als antwoord op de tekortkomingen van de ziekteverzekering, die de lange-termijnzorg niet dekte. De voorlopers waren Nederland (1968), Oostenrijk (1993) en Duitsland (1994). Aangezien in België bepaalde lange-termijnzorgen door de ziekteverzekering worden vergoed (zie gedeelte dienstenpakket), is de nood aan een zelfstandigheidsverzekering er minder snel gekomen.

De meeste middelen in het kader van gezondheidszorg situeren zich in België op het federaal niveau (RIZIV), terwijl de Brusselse bevoegdheden zich eerder op het 'care' niveau bevinden. Dat betekent dat de uitdaging erin bestaat om zowel 'cure' als 'care' op elkaar te laten afstemmen, waardoor overleg tussen de verschillende niveaus onontbeerlijk is.

De wijze waarop de zorg in de toekomst best georganiseerd wordt is niet alleen afhankelijk van een toenemende vergrijzing ook de kenmerken van de huidige en toekomstige generatie ouderen evolueren volop. Zo stellen we een toename vast van het aantal alleenstaande ouderen. Een bijkomende bekommernis in Brussel betreft de toenemende diversiteit en mogelijk ook dualisering binnen de ouderenpopulatie. Het Brussels Observatorium voor Gezondheid en Welzijn berekende dat senioren met een andere culturele achtergrond in 2007 al een derde uitmaakten van de Brusselse ouderenpopulatie⁷⁹. Verwacht wordt dat dit aandeel tegen 2020 verder zal stijgen tot ongeveer de helft van de Brusselse ouderen. Veelal gaat het hier om een groep van laaggeschoolde, kwetsbare ouderen die nog veel te weinig vertrouwd zijn met ons zorgsysteem. Daarbij komt dat er op dit moment geen enkele aandacht voor de regelgeving met betrekking tot de diversiteitsproblematiek bestaat.

Niet alleen demografische evoluties dagen de Brusselse samenleving uit om de zorg- en hulpverlening te herdenken, ook wensen veel individuen meer dan vroeger zelf de regie van hun leven en zorg in handen te houden. Bovendien blijken zij vandaag ook andere woon- en zorgpreferenties te hebben. Zo wordt inwonen bij de kinderen meestal niet als zorgalternatief overwogen door ouderen (4% van de ouderen), terwijl het klassieke woonzorgcentrum op even weinig enthousiasme kan rekenen bij 65 plussers. Ouderen willen blijkbaar zolang mogelijk zelfstandig blijven functioneren.

Een andere niet onbelangrijke factor zijn de economische en familiale veranderingen die de toekomst van de mantelzorger een andere invulling geven. Het model volgens hetwelk de 'huisvrouw' de zorg voor hulpbehoevenden op zich neemt, is grondig veranderd ten gevolge van de economische en familiale evoluties. Het toenemend aantal vrouwen op de arbeidsmarkt en de stijgende mobiliteit van de gezinnen leidt tot een tekort aan informele hulpverleners, wat dan weer zorgt voor een uitbesteding van een deel van de taken die traditioneel binnenshuis plaatsvonden. Eén daarvan is de zorg voor de ouders.

⁷⁷ Hébert, R. (2012). L'assurance autonomie: Une innovation essentielle pour répondre aux défis du vieillissement. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 31(01), 1-11, p.68

⁷⁸ Ledoux, C. (2015). L'assurance dépendance allemande, une copie de l'assurance maladie ? *Revue française des affaires sociales*(4), p.90

⁷⁹ Observatorium van Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad. (2007). *Thuiswonen na je 65ste: atlas van de behoeften en de actoren in Brussel*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Die uitbesteding is echter slechts gedeeltelijk en de mantelzorger wordt meestal verzocht om dat 'informele werk' uit te voeren, wat een negatieve invloed heeft op het sociale en professionele leven. In dat opzicht zou de invoering van een zelfstandigheidsverzekering voor een betere verhouding tussen privé- en beroepsleven moeten zorgen en de mantelzorgers moeten ontlasten.

De invoering van een zelfstandigheidsverzekering kan dan wel beschouwd worden als een antwoord op de behoefte om beter rekening te houden met het meestal onzichtbare werk dat de opvang van hulpbehoevenden inhoudt, toch vestigden sommige deelnemers de aandacht op het tegenovergestelde risico, namelijk dat het uit de instellingen houden (een van de doelstellingen van de zelfstandigheidsverzekering) gepaard zou gaan met een stijgende vraag naar informele hulp (zie gedeelte mantelzorger): *"de verenigingen van mantelzorgers hebben toch vrij hevig gereageerd op dat beleid om hulpbehoevenden thuis te houden want dat, allé, dat is echt zeggen van 'we kunnen niet voldoen aan de vraag naar instellingen, dus we proberen om ze zo lang mogelijk thuis te houden', en ik weet dat de mantelzorgers zich daar vragen bij stellen, want dan heb je ook het risico dat men de informele hulp meer wil gebruiken dan nu al het geval is."*

Het zo lang mogelijk thuis blijven wonen, staat in de Engelstalige literatuur gekend als "Ageing in Place". Enerzijds zien we dat dit de laatste tijd een beleidsideaal is geworden waar de nadruk ligt op ouderen zo lang mogelijk thuis laten wonen. Hoewel dergelijk ideaal vaak gedreven wordt door financiële overwegingen, is 'ageing in place' anderzijds ook wat ouderen zelf meestal nastreven. De meesten willen namelijk zo lang mogelijk thuis of in hun vertrouwde leefomgeving blijven wonen.

'Ageing in place' beschrijft dus niet enkel de wens om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen wanneer het goed gaat, maar ook als het minder goed gaat en er hulp nodig is van thuiszorgdiensten of bijvoorbeeld verpleegkundige zorg aan huis. Zelfs wanneer ouderen in hoge mate zorgbehoevend zijn, het economische moeilijkheden hebben, in een onaangepaste woning of in een achtergestelde buurt leven, blijft de voorkeur om thuis te blijven wonen in de meeste gevallen bestaan. Juist voor die ouderen komt het erop aan 'goed ouder worden in de thuissituatie' te bewaken en te garanderen.

Het concept 'ageing in place' is nauw verbonden met wat de Strategische adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin in zijn visienota uit 2012 omschrijft als 'vermaatschappelijking van de zorg': "Verschuiving binnen de zorg waarbij ernaar gestreefd wordt om mensen met beperkingen, chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven, ..., met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de samenleving te laten verlopen. Begrippen die hierbij een rol spelen zijn onder meer, (...) community care, empowerment, kracht- en contextgericht werken, vraagsturing en respijtzorg".

Naast deze demografische en maatschappelijke transitie hevelt de zesde staatshervorming voor het eerst grote pakketten aan Sociale Zekerheids-bevoegdheden over.

Deze belangrijke budgettaire en institutionele wijzigingen nopen de deelstaten tot een herziening van de organisatie en de financiering van bepaalde aspecten van hulp- en zorgverlening.

Het was de bedoeling van de zesde staatshervorming om tot meer homogene bevoegdheden te komen. De zesde staatshervorming heeft belangrijke onderdelen op het vlak van zorg en gezondheid overgedragen naar de deelstaten. Hierdoor komt de intense revalidatie en "long term care" hoofdzakelijk in handen van de deelstaten terwijl de "cure" hoofdzakelijk federaal blijft.

In dit verband formuleert het Verenigd college de doelstelling om tegen het licht van bovenstaande evoluties een zelfstandigheidsverzekering te organiseren voor de Brusselaar.

2. Analyse van de focusgroepen en literatuur

In dit gedeelte worden de verschillende relevante thema's omtrent de organisatie van een mogelijke Brusselse zelfstandigheidsverzekering toegelicht. Daar waar mogelijk worden de relevante literatuurgegevens toegevoegd aan de thematische analyse van de focusgroepen. Achtereenvolgens worden de volgende thema's toegelicht:

1. Wat zijn de doelstellingen van de zelfstandigheidsverzekering?
2. Welke financieringswijze moet men kiezen?
3. Welk dienstenpakket moet de zelfstandigheidsverzekering aanbieden?
4. Welke criteria om in aanmerking te komen/toegelaten te worden zullen van toepassing zijn?
5. Hoe moet men de sector reguleren?
6. Welke actoren zullen betrokken zijn?
7. Hoe kan men Brussel afstemmen op Vlaanderen en Wallonië?

2.1 WAT ZIJN DE DOELSTELLINGEN VAN DE ZELFSTANDIGHEIDSVERZEKERING?

De in 2001 opgerichte Vlaamse verplichte zorgverzekering is facultatief in Brussel en heeft tot doel om de niet-medische zorgkost beter te vergoeden.

Het betreft hier een soort volksverzekering: een verplichte, publiekrechtelijke verzekering (= sociale verzekering) voor iedere natuurlijke persoon die legaal inwoner is. Ook een niet-inwoner die op grond van de EU-regelgeving recht heeft op de prestaties, is verzekerd in de volksverzekering. Degene die verzekerd is betaalt hiervoor een bijdrage (Vlaamse regering).

Vele stakeholders zijn van oordeel dat het organiseren van een Brusselse zelfstandigheidsverzekering een absolute prioriteit moet zijn en dat men best de fundamenteën zo snel mogelijk legt om later te verfijnen: *"Het is vandaag ook een kans om een systeem op te starten dat nog niet volledig is uitgewerkt, om te proberen het beter uit te werken, om het achteraf te kunnen wijzigen, wanneer het is ingevoerd. Het is ten slotte een tak van de sociale zekerheid, een mechanisme. In sommige landen is het een ouderdomsverzekering. Het is dus een politieke kans [...]"*. Verschillende stakeholders geven aan dat de zelfstandigheidsverzekering voor de eindgebruiker (de burger) eenvoudig moet zijn in gebruik: *"Voor de burger moet dit zo eenvoudig mogelijk zijn."*

Toch is niet iedereen van oordeel dat het oprichten van een zelfstandigheidsverzekering een goede zaak is en dat men beter nadenkt over andere vormen van financiering van zorg en hulp. Bovendien geeft men ook aan dat de Vlaamse zorgverzekering eveneens actief is in Brussel. Toch pleit men voor een breed werkingsgebied van een eventuele zelfstandigheidsverzekering en om ook noden en behoeften van daklozen en verslaafden mee op te nemen. Anderen geven aan dat een

zelfstandigheidsverzekering niet nodig is indien men het inkomen van de mensen zou verhogen: *"Ik ben niet van mening dat men in Brussel iets moet invoeren met als naam 'zelfstandigheidsverzekering'. Ik denk dat men grondig moet nadenken over de financiering en alles wat we al hebben aangehaald, dus: een systeem waarin de mensen aan één enkel loket alles in orde kunnen brengen, afhandeling, enz. Ik denk dat men er tot de volgende staatshervorming niet onderuit zal kunnen dat de verschillende risico's die we kunnen onderbrengen onder het label 'zelfstandigheidsverzekering' worden verspreid over verschillende instellingen, zonder rekening te houden met het feit dat de Vlaamse zorgverzekering ook in Brussel tegemoetkomt. Dus zelfs zonder dat aspect hebt je niets volgens mij. Ik verwacht niet dat de studie het mogelijk zal maken om een plaats aan te duiden (of het nu het gewest of de Franse Gemeenschapscommissie is) waar men alles zal kunnen regelen. Maar ik vind dat het in deze fase van de studie jammer zou zijn om uit te gaan van een te theoretische of te beperkende definitie van het risico met de bedoeling om iets te doen en dan uiteindelijk de essentiële zaken te laten liggen."*

"Maar eigenlijk moeten we het ook hebben over de zorgbehoeften van drugsverslaafden of daklozen, ik vind dat een goed idee."

"De mogelijkheid is al lang geleden aangehaald: een gloednieuwe zelfstandigheidsverzekering invoeren, en dat zal een superingewikkeld ding worden. Of moet men niet eerder de minimuminkomens verhogen zodat iedereen er geleidelijk aan zijn weg in kan vinden? Dat is misschien niet erg aantrekkelijk, maar het is een mogelijkheid."

Tijdens de focusgroepen bleek het uitgangspunt van de zelfstandigheidsverzekering (cf. Zorgverzekering) om mensen zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen, zelfs met een zware zorgbehoefte, niet door iedereen gedeeld. Verschillende stakeholders gaven aan dat het niet de bedoeling mag zijn om de zorg af te wentelen op de mantelzorgers, omdat er onvoldoende zorgomkadering is. *"De verenigingen van mantelzorgers hebben toch vrij hevig gereageerd op dat beleid om hulpbehoevenden thuis te houden want dat, allé, dat is echt zeggen van 'we kunnen niet voldoen aan de vraag naar instellingen, dus we proberen om ze zo lang mogelijk thuis te houden'. En ik weet dat de mantelzorgers zich daar vragen bij stellen, want dan heb je ook het risico dat men de informele hulp meer wil gebruiken dan nu al het geval is. Dus zij overwegen een sociaal plan, naast de objectieve en zeer gemedicaliseerde formulieren, dat ook in rekening zal worden gebracht voor de toekenning van diensten zoals de toegang tot de zelfstandigheidsverzekering."* Bovendien, geven sommige stakeholders aan, mag de doelstelling van de zelfstandigheidsverzekering er niet in bestaan om mensen ten alle prijze thuis te houden, maar de zelfstandigheidsverzekering erop gericht zijn om mensen de mogelijkheid te geven om op een menswaardige wijze te leven, ook met zorg- en hulpnoden: *"Je moet de doelstelling van de zelfstandigheidsverzekering zien. Als het de bedoeling is om de mensen op lange termijn thuis te houden, dan denk ik niet dat dat een juiste doelstelling is. Het is de bedoeling om hen tot het einde een waardig leven te bieden, maar niet noodzakelijk om ze thuis te houden, want als we ze thuishouden en ze daar geen behoefte aan hebben, dan richten we meer kwaad dan goed aan"*. Zo merkt een respondent op dat de term zo lang mogelijk thuis wonen beter vervangen wordt door de omschrijving 'zo lang mogelijk wonen en ondersteund worden in de woonvorm van eigen keuze'.

Tegenwoordig praat men dus eerder over « ondersteuning gegeven de gekozen woonvorm », dan over « ondersteuning aan huis ».

Verschillende stakeholders vragen aandacht voor de definities van afhankelijk enerzijds en autonomie anderzijds. Autonomie verwijst eerder naar de vrije keuzemogelijkheden van een individu, terwijl afhankelijkheid eerder een fysieke connotatie heeft en vrij snel vanuit een gemedicaliseerd standpunt richting kan geven aan een zelfstandigheidsverzekering. *"[...] zoals men in Wallonië gedaan heeft, [...] we moeten opletten met de term autonomie. Dat is niet hetzelfde als afhankelijkheid en onafhankelijkheid. Kijk, voor ons is dat dus belangrijk. Autonomie is het vermogen van een persoon om keuzes te maken. Afhankelijkheid heeft daarentegen een fysieke [connotatie] [...] Dat lijkt me dus een belangrijk concept."*

In tegenstelling tot de stakeholders die vinden dat de zelfstandigheidsverzekering ook gericht moet zijn op mensen die in een instelling verblijven, blijken verscheidene stakeholders deze vooral in functie van ondersteuning van personen in de thuissituatie te zien. *"Het is belangrijk dat de ouderen van het Brusselse Gewest over voldoende middelen en diensten beschikken om thuis begeleid te worden. Voor ons (...) is de begeleiding thuis dus erg belangrijk. Want we weten – en alle onderzoeken bevestigen het – dat het onmogelijk zal zijn om voldoende rusthuizen te bouwen voor het aantal ouderen die er de komende jaren zullen bijkomen en dat mensen door het ouder worden – uiteraard leven we almaar langer en gezonder – toch wel een deel van hun zelfstandigheid verliezen. En dat zelfstandigheidsverlies moet toch gecompenseerd worden door begeleiding thuis. Die thuisbegeleiding moet gefinancierd worden zodat iedereen erover kan beschikken."*

Bovendien geeft men aan dat het bereik van de zelfstandigheidsverzekering zo breed mogelijk moet zijn om alle mogelijke risico's te kunnen dekken en om alternatieve circuits zoals zwartwerk en 'zorg'huwelijken te vermijden: *"Persoonlijk vind ik dat de inbreng van de studie die u bent opgestart... Als u nu zo breed mogelijk zou gaan in het opsommen van de risico's die onpartijdig gedekt moeten zijn, zonder uit te gaan van een theoretische definitie van een zelfstandigheidsverzekering en dat u zou zeggen: 'Kijk, er bestaat een zekere behoefte, maar die is onvoldoende gedekt.' Er zijn een aantal risico's gedekt door zwartwerk van hulpverleners uit Polen of andere landen."*

Een belangrijke doelstelling van de Brusselse zelfstandigheidsverzekering moet de inclusie van Brusselaars van diverse culturen in zorg- en hulpverleningsvoorzieningen kunnen bewerkstelligen: « grootstad, zowel in grote anonimiteit, maar ook zeer grote interculturaliteit en dat vind ik, denk ik wel, een uitdaging dat toekomstige zorgverzekering of onafhankelijkheidsverzekering of hoe dat we het ook noemen daar toch ook een soort toenadering bewerkstelligt naar vormen, allé situaties waar het zeer moeilijk is om binnen te geraken vanuit de culturele context die elementen als thuiszorg en zo van externen niet kent en dat lijkt mij toch ook een dimensie die ergens moet meegenomen worden ». *"Het is een kans om hen de weg te wijzen [...], eerder een kans om toegang te krijgen tot groepen die vandaag moeilijk toegankelijk zijn, die we met onze klassieke structuren niet bereiken."*

2.2 FINANCIERINGSWIJZE VAN DE ZELFSTANDIGHEIDSVERZEKERING

In dit gedeelte bespreken we de verschillende financieringswijzen die men voor de zelfstandigheidsverzekering in overweging kan nemen.

2.2.1. Private financiering

Economen zijn het er unaniem over eens dat risico's die verbonden zijn met afhankelijkheid niet op een bevredigende manier gedekt kunnen worden door facultatieve privéverzekeringen⁸⁰. Enerzijds werkt een privéverzekering goed bij individuele risico's die los staan van elkaar. Dat is niet het geval bij het risico op onafhankelijkheidsverlies. Dat risico evolueert collectief in functie van de socio-demografische, economische en familiale evoluties. Anderzijds werkt een privéverzekering goed wanneer problemen als tegengestelde selectie (*adverse selection*) en moreel risico (*moral hazard*) slechts in beperkte mate aanwezig zijn. Wat de afhankelijkheidsproblemen betreft, kunnen personen met een verhoogd risico dit gemakkelijk verbergen ten opzichte van hun verzekeraar (asymmetrische informatie), met hogere prijzen en een beperktere dekking van het risico als gevolg van deze (werkelijke of vermoedelijke) tegengestelde selectie. Bovendien kan het feit dat men verzekerd is het eventuele gebruik beïnvloeden van de diensten die door de vergoedingen gedekt zijn (*moral hazard*).

Merk op dat het probleem van tegengestelde selectie verdwijnt zodra de bijdrage verplicht wordt, zoals een van de deelnemers aan een focusgroep suggereerde: *"verplicht, anders zal het niet werken."* De *moral hazard* blijft wel bestaan, hoewel bepaalde manieren van regulering die kunnen beperken (zie gedeelte regulering). Uiteindelijk leiden de krappe markt en de onzekerheden eromheen tot de hoge prijzen van de (privé)verzekeringen, die recht geven op geringe compensaties, waardoor ze dus weinig aantrekkelijk worden. Zoals sommige deelnemers aan de groepsgesprekken opmerkten, heeft de privésector zich daarom geleidelijk aan uit de zorgverzekering teruggetrokken.

Is de doelstelling van de zelfstandigheidsverzekering overigens compatibel met de individualistische logica van een privéverzekering? *"Er is geen sprake van verzekeringslogica, ik verzeker mij dus niet tegen een risico; men probeert de risico's te spreiden over de volledige bevolking"*

"Uiteindelijk is het inderdaad een verzekering, of heeft men het misschien over een solidariteitsstelsel? [...] Er moet een andere naam voor zijn, dat is geen verzekering meer."

Uiteindelijk blijkt dat zelfstandigheidsverlies voor privéverzekeraars geen interessant risico is om te verzekeren. Bovendien blijkt dat dat ook niet wenselijk is als men een solidariteitslogica volgt.

2.2.2. Financiering door bijdragen

"Ik denk dat een belasting met een specifieke bestemming – die op het vlak van de grondslag van de belasting bovenop de personenbelasting [PB] komt – de beste oplossing is. Als belastbare grondslag: de inkomsten die onderworpen zijn aan de PB. Ik kan u niet zeggen welke instelling dit zal innen. Zal dat het gewest of de GGC zijn? Dat moet juridisch onderzoek uitwijzen."

De juridische analyse lijkt vrij duidelijk wat dat betreft: de GGC is niet gemachtigd om belastingen te heffen. Het ziet er dus naar uit dat de inning via het bijdragekanaal zal moeten gebeuren. De belangrijkste vraag die zich hier stelt, heeft betrekking op het bedrag van de financiering en op de eventuele sociale correcties.

⁸⁰ Pestieau, P. & Ponthière, G. (2012). Long-term care insurance Puzzle. In *Financing long-term care in Europe* (pp. 41-52). Palgrave Macmillan UK; Barr, N. (2010), Long-term Care: A Suitable Case for Social Insurance. *Social Policy & Administration*, 44: 359–374. doi:10.1111/j.1467-9515.2010.00718.x

De bijdragen kunnen forfaitair (voor iedereen gelijk) of progressief zijn. Indien er wordt gekozen voor forfaitaire bijdragen, die voor de volledige bevolking van toepassing zouden zijn, dan moeten die forfaitaire bijdragen heel laag gehouden worden. Bij gebrek aan bijkomende financiering, blijven de inkomsten uit dit verzekeringsregime beperkt en kunnen ze niet zorgen voor voldoende sociale bescherming.

Heel wat deelnemers hebben aangegeven voorstander te zijn van een progressieve bijdrage:

"Wij zouden het liever hebben dat de financiering door de belasting zo gebeurt dat de bijdrage progressief is in functie van het vermogen van éénieder. Dat zou veel solidairder zijn."

Hoe die progressieve bijdragen invoeren? Sommigen staan terughoudend tegenover de voorgestelde oplossing in Vlaanderen (en ongetwijfeld in Wallonië), namelijk een bijdrage van 25 euro voor rechthebbenden op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming (RVV) en 50 euro voor niet-rechthebbenden: *"Ik ben absoluut geen voorstander van het systeem dat in Wallonië wordt toegepast, want ik vind het niet doeltreffend. En als men dan argumenteert dat de mutualiteiten niet op de hoogte zijn van de inkomens... we leven toch in een digitale wereld? Ja, het zal duur zijn, maar goed. Het is geen kwestie van privacy maar van informaticakosten. Dat lijkt mij een belangrijk punt."*

Een mutualiteitslid haalde de reden aan van het onderscheid tussen RVV's en niet-RVV's: *"De evenredigheid of de progressiviteit van belastingen is veel ingewikkelder en de mutualiteiten hebben nooit fiscale gegevens gekregen [...] RVV/niet-RVV is toepasbaar en houdt tegelijk rekening met bepaalde situaties, ondanks een groot drempel-effect. Maar de herverdeling van de inkomens moet gebeuren via de belastingen, niet via differentiële bijdragen."*

Sommigen vegen deze argumenten van tafel met als reden dat dit niets te maken heeft met het respecteren van de privacy, maar wel met een investering in geschikte informaticamiddelen. *"(...) als men argumenteert dat de mutualiteiten niet op de hoogte zijn van de inkomens... We leven toch in een digitale wereld? Ja, het zal duur zijn, maar goed... Het is geen kwestie van privacy maar van informaticakosten."*

Andere deelnemers merken op dat 25 euro een te groot bedrag is rekening houdend met de bijzonder preciaire situatie waarin sommige Brusselaars zich bevinden: *"Een bijdrage van 25 euro voor de RVV's is veel voor een bepaalde categorie van de Brusselaars. In veel gevallen zullen de OCMW's er dus voor instaan."*

Volgens het laatste armoederapport van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn⁸¹ bedraagt de armoederisicogrens voor een eenoudergezin met twee kinderen 1605 euro, terwijl het leefloon van het OCMW slechts 1089 euro bedraagt, met daarnaast een eventuele kinderbijslag voor twee kinderen van 336 euro. Ook de werkloosheidsuitkering is onvoldoende om zich boven de armoederisicogrens te bevinden. En toch moet bijna 20% van de Brusselse bevolking het met zo'n uitkering stellen. Daarbovenop bestaan er heel wat situaties van preciaire tewerkstellingen, met lage lonen of /en deeltijdswerk (pp.15-22). *« Al te vaak kunnen vrouwen die in armoede leven niet sparen [...] waardoor de minste betaling of onvoorzien omstandigheid (extra factuur, ...) de situatie kan verergeren en doen omslaan »* (p.26).

⁸¹ Brussels armoederapport (2014): « Vrouwen, bestaansonzekerheid en armoede in het Brussels Gewest »

Voor die burgers die in armoedige omstandigheden verkeren is een bijdrage van 25 of 50 Euro voor een zelfstandigheidsverzekering een zware kost. Een mogelijkheid bestaat erin om naast de categorie personen met een verhoogde tegemoetkoming (BIM) en een categorie zonder verhoogde tegemoetkoming ook een derde categorie bijvoorbeeld voor leefloners of daklozen met een 0 Euro bijdrage te voorzien. Daarbij stelt zich de vraag wie deze bijdragen dan wel ten laste zal nemen.

2.2.3. Bijkomende financiering (belastingen en dotaties)

Naast de verplichte bijdragen in Vlaanderen vertegenwoordigen de bijkomende dotaties 2/3 van de zorgverzekering (ZVZ) en 90% van de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB). In Wallonië werd ook overwogen om het budget van de THAB opnieuw in de Waalse verzekering op te nemen. Het lijkt dus vanzelfsprekend dat het fonds van de zelfstandigheidsverzekering met bijkomende dotaties gespijsd zal moeten worden. De bedoeling van dit onderdeel is om de verschillende mogelijke bijkomende financieringsbronnen te bepalen. Waar het ten slotte om draait is *“of de schaal van een miljoen Brusselaars uit 19 gemeenten volstaat om een uitvoerbare zelfstandigheidsverzekering in te voeren”*.

“Ik heb de indruk dat als de uitgaven blijven stijgen, zoals dat het geval was toen het beheerd werd door het RIZIV, de dotaties van de federale overheid de volledige uitgaven niet zullen dekken. Ik weet niet op welke termijn, maar ik vermoed dat er voor dit zorgtype bijkomende financieringen zullen nodig zijn. Of die financieringen nu onder de categorie 'zelfstandigheidsverzekering' vallen of niet, dat maakt voor mij niet uit, maar ze moeten volgen.”

Een eerste belangrijk punt heeft betrekking op de THAB, die door de zesde staatshervorming een gemeenschapsmaterie is geworden. Een van de deelnemers merkte op: *“Dit zal zeer snel leiden tot een heel praktisch probleem, aangezien Vlaanderen en Wallonië opnieuw instaan voor de THAB. Binnenkort is er niemand meer op federaal niveau om ervoor te zorgen dat de THAB in Brussel blijft werken.”*

Een tweede minder belangrijk punt heeft betrekking op het persoonlijk assistentiebudget (PAB): *“Dan is er ook nog het PAB. Wie zal er in Wallonië instaan voor de zelfstandigheidsverzekering? In Brussel zijn dat negen personen, gefinancierd door de GGC. Wat zal er gebeuren met dat budget (100.000 euro)?”*

Een derde punt heeft betrekking op de dienstencheques. Aangezien deze materie te maken heeft met het werkgelegenheidsbeleid, is het naar de gewesten overgeheveld. Hoewel die materie niet rechtstreeks tot de bevoegdheden van de GGC behoort, moet men rekening houden met de evolutie ervan, aangezien heel wat hulpbehoevenden er een beroep op doen.

In bepaalde gevallen is het financieel voordeliger om gebruik te maken van dienstencheques dan om een beroep te doen op het traditionele huishulpaanbod⁸². Dat blijkt uit het hoge aantal oudere gebruikers van dienstencheques (23% van de 90.000 gebruikers zijn ouder dan 65 jaar⁸³). Daarbij komt dat de beroepsinvullingen in de praktijk steeds meer vervagen, ook al verschillen de

⁸² De Donder, L., Verte, E., Teugels, H., Glorieux, M., Bernard, M., Vanmechelen, O., Smetcoren, A.-S. & Verte, D. (2013). Programmatie-studie Brussel: Onderzoek naar het opzetten van de programmatie inzake structuren voor het thuishouden en huisvesten van ouderen, Zelzate: University Press.

⁸³ Gerard, M., Romainville, J.-F. & Valsamis, D. (2013). Evaluation du régime des titres-services pour les services et emplois de proximité 2011. *Consult, Idea*, p.16

opleidingsvereisten⁸⁴. Tot slot moeten huishoudelijke diensten niet beschouwd worden als diensten van ondergeschikt belang, maar wel als preventieve diensten.

Het probleem dat de deelnemers aankaarten, is dat het systeem van de dienstencheques de huishulp (huishoudelijk werk) en de maatschappelijke dienstverlening (begeleiding bij het behoud van de zelfstandigheid van hulpbehoevenden) doet samenvallen: *"Het systeem van de dienstencheques zoals het vandaag bestaat is lachwekkend. De staat subsidieert dienstencheques meer dan de tewerkstelling van personen met een handicap in beschutte werkplaatsen, en dus meer dan de tegemoetkoming van de mutualiteit voor zorg. De staat dekt meer dan 75 procent om bij de mensen te gaan poetsen en te strijken, waarbij er geen enkel selectie criterium voor de gebruiker of de werker wordt gehanteerd: het is lachwekkend! Dit kan niet als model dienen. De vraag die zich eventueel stelt [...] het geld dat het gewest hiervoor ontvangt kan misschien hergebruikt worden om er iets van te maken dat een beetje geloofwaardiger is."*

In Wallonië is er eind 2015 een akkoord gesloten tussen het kabinet van Sociale actie en Gezondheid (*Action sociale et Santé*) en het kabinet van Werkgelegenheid en Opleiding (*Emploi et Formation*) om duizend huishoudsters die met dienstenscheques werken de mogelijkheid te bieden om een opleiding tot maatschappelijke huishoudhulp te volgen, wat een betere opvang van hulpbehoevenden mogelijk maakt: *"Mensen die (soms omwille van financiële redenen indien huishulp te duur is) een beroep doen op dienstencheques, keren terug naar de huishulp zodra de ziekte verbetert, maar zijn niet op een correcte manier geholpen (wie met dienstencheques werkt, is daar niet voor opgeleid). De periode waarin ze thuis worden gehouden met het geschikte personeel is vrij kort, aangezien ze snel naar rusthuizen verhuizen. Dienstencheques dus niet met de zelfstandigheidsverzekering financieren, tenzij de huishoudhulp van de dienstencheque is opgeleid"* (zie gedeelte werkgelegenheidsbeleid en dienstenpakket).

Tot slot stelde zich de vraag naar andere bijkomende financieringsbronnen, gezien de grote financiële noden. *"Wel, ik weet het niet. Toen de sociale zekerheid federaal was, toen kwamen er toch sociale bijdragen. Het principe van de sociale zekerheid, dat was toch solidariteit tussen wie de middelen had om te produceren, dus de werkgevers en de werknemers... Nu is dat helemaal niet meer aan de orde, dus we hadden misschien inderdaad alternatieve financieringen kunnen verwachten die de mensen niet uit eigen zak moeten betalen, hé! Maar goed."*

2.3 WELK DIENSTENPAKKET MOET DE ZELFSTANDIGHEIDSVERZEKERING AANBIEDEN?

Een van de thema's die aan de deelnemers van de focusgroepen werden voorgelegd, was de inhoud van het dienstenpakket waartoe de zelfstandigheidsverzekering toegang zou moeten verlenen.

⁸⁴ Nassaut, S., Nyssens, M., Vermer, M.-C. et al. (2008). Les effets d'une coexistence de différents modes de régulation, suite à la création d'un quasi-marché dans le secteur belge de l'aide à domicile : le cas des services agréés d'aide aux familles et aux personnes âgées. *Economies et Sociétés*, 9(2), p.266

2.3.1. Vijf structurerende waarborgen

Op basis van de uitspraken van de deelnemers identificeerden we vijf elementen die hun beeld over wat de inhoud van het dienstenpakket moet zijn, structureren, vijf waarborgen die verwacht worden bij de uitwerking ervan. We formuleren ze als volgt:

Kwaliteit: De deelnemers leggen de nadruk op de noodzaak om enerzijds een beroep te doen op personeel dat opgeleid is voor de eigenheid van zelfstandigheidsbegeleiding zodat ze gekwalificeerd zijn om de situaties die zich voordoen aan te kunnen en anderzijds om mechanismen in te richten om de kwaliteit van de geleverde diensten te controleren: *"Wat mij ook belangrijk lijkt, is dus om in staat te zijn om wat al bestaat correct te kunnen beoordelen, opdat de diensten voldoende kwaliteitsvol zouden zijn en dat de kwaliteit minstens even goed zou zijn dan vandaag het geval is."*

Evenredigheid: Volgens de deelnemers moet het aangeboden dienstenpakket afgestemd zijn op de afhankelijkheidsgraad van de persoon: *"een systeem dat in hogere mate tussenkomt voor mensen met een hogere afhankelijkheidsgraad"*. Naast de interindividuele verschillen, moet het pakket ook rekening houden met tijdelijke veranderingen van die afhankelijkheidsgraad bij dezelfde persoon en vooral het tijdelijke zelfstandigheidsverlies in acht nemen: *"Het zelfstandigheidsverlies kan ook tijdelijk zijn, waarbij de begeleiding thuis nog uitgebreider moet zijn, omdat er een wil is om de hospitalisatieduur te verminderen."*

Pluralisme: De deelnemers benadrukten hun wens om een bepaalde verscheidenheid van instellingen te behouden, meer bepaald door in het kader van de zelfstandigheidsverzekering kleine verenigingen op te nemen bij de erkende zorgverleners, naast grotere actoren zoals de mutualiteiten. *"[Dat] zouden misschien niet noodzakelijk diensten zijn die in de lijn liggen van die van de mutualiteiten, maar het opent de weg naar andere soorten diensten die niet noodzakelijk in de lijn liggen van die van de mutualiteiten. [...] Er is een overvloed aan verenigingen die steun kunnen bieden aan personen die hun zelfstandigheid verliezen. Ik vind het interessant als we dit middel kunnen aanwenden. En ik denk dat als we voor Brussel de zaken structureren vanuit de mutualiteiten, dat we die kans misschien laten liggen."*

Die toegang tot een verscheidenheid van potentiële actoren moet volgens sommige deelnemers niet locatie gebonden zijn: *"[Het is wenselijk] dat een persoon niet beperkt wordt door verplicht te moeten samenwerken met een bepaalde onderneming of een bepaalde organisatie. Dat is wat er dreigt te gebeuren, wat er alvast in bepaalde gebieden gebeurt, in bepaalde delen van Wallonië. En voor Brussel geldt dus hetzelfde. Afhankelijk van het gebied of de wijk waar je woont, kan je helaas niet vrij kiezen."*

Globaal perspectief: Heel wat deelnemers benadrukten het belang van een globale aanpak van de behoeften van de persoon, en dus de noodzaak om zaken zoals *pedagogische begeleiding, vorming, het relationele* op te nemen. Ze vragen om de ervaringen uit het verleden (de THAB, de Waalse *assurance autonomie*, de beperkingen van de dienstencheques) te benutten om de weg vrij te maken voor diensten die niet alleen beperkt zijn tot de activiteiten van het dagelijkse leven. *"[Het is nodig om] verder te gaan dan het Waalse project, dat alleen hulp bij het aankleden, eten enz. inhoudt, maar geen echte hulp met betrekking tot zelfstandigheid, verworven ervaring, sociale integratie enz."* *"In de Waalse APA stelt men dat de gezinshulp, de diensten enz. bij de mensen thuis kunnen komen, maar niet dat ze de mensen kunnen helpen om hun huis te verlaten."*

Die 'globale aanpak' maakt bovendien deel uit van een algemene trend in Europa waarbij tussen beide aanvullende sectoren (de medische en de sociale sector) partnerschappen worden uitgewerkt, ondanks de gefragmenteerde openbare sectoren⁸⁵.

Toegankelijkheid: Ook het probleem van de financiële, fysieke en sociale toegankelijkheid is van belang om te bepalen waaruit het dienstenpakket moet bestaan: *"Het is belangrijk om toegang te bieden tot een reeks diensten en niet om een pak geld te geven zonder daarbij de toegang te garanderen, want dan zullen er mensen zijn die het geld ontvangen maar thuis, afgezonderd en zonder toegang tot verpleegkundige zorgen zullen achterblijven."*

Deze transversale elementen structureerden de debatten tussen de deelnemers. De deelnemers hadden in de verschillende gesprekken ook aandacht voor volgende thema's: het al dan niet opnemen van gezondheidszorg in het dienstenpakket; het al dan niet opnemen van de rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen (RH en RVT); innovatie versus een betere toegankelijkheid van de bestaande diensten; het al dan niet opnemen van coördinatie- en oriëntatiediensten; het al dan niet ondersteunen van de mantelzorgers.

2.3.2. *Het al dan niet opnemen van gezondheidszorg*

In verband met het hierboven aangehaalde globale perspectief merkte een van de deelnemers op dat de opvang van hulpbehoevenden minstens uit twee aspecten bestaat: *"Persoonlijk geloof ik dat er bij zelfstandigheidsverlies twee aspecten zijn die voortdurend door elkaar worden gehaald en die verwarrend zijn in het Frans en vooral in het Nederlands, namelijk genezen en verzorgen. In het Engels zijn dat de begrippen cure en care."*

Het belangrijkste argument voor het opnemen van beide elementen in het pakket van de zelfstandigheidsverzekering – en dus voor het opnemen van gezondheidszorgdiensten – is dat een dergelijke voorziening logischer zou zijn voor de gebruiker en zijn omgeving: *"Het moet logisch zijn, men stelt zich niet de vraag of iets een zorg of een dienst is. In dat geval zullen [de mantelzorgers] geen onderscheid maken. Het is dus moeilijk om te begrijpen dat je recht hebt op het ene, maar niet op het andere omdat het niet over dezelfde bevoegdheid gaat. Je moet het aan de mensen kunnen uitleggen."* De deelnemers hopen ook op een vereenvoudiging van het institutionele landschap en een beperking van de kosten: *"het dichten van de kloof tussen verzorgen en genezen. Aangezien care steeds globaler wordt, zou men idealiter moeten terechtkunnen bij één enkele instelling die beide aspecten vertegenwoordigt, in plaats van afhankelijk te zijn van financieringen van een verschillende oorsprong. Dat zou gemakkelijker, goedkoper en logischer zijn."*

Als tegenargument vinden sommige deelnemers van de focusgroepen dat het opnemen van gezondheidszorg in het dienstenpakket van de zelfstandigheidsverzekering niet mogelijk is omwille van de verdeling van de bevoegdheden tussen de federale overheid en de gemeenschappen en gewesten: *"Ik heb dus al horen zeggen dat de verzekering in Brussel om diensten en niet om zorg zou draaien, maar de zorg is nog een federale aangelegenheid."*

⁸⁵ Martin, C., Le Bihan, B., Joël, M. E. & Colombini, A. (2002). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suede. Une étude de cas-types. *Etudes et résultats*, (176), p.3

2.3.3. Het al dan niet opnemen van de RH's en RVT's

Een van de meest besproken kwesties tijdens de discussies in de focusgroepen was die van het al dan niet opnemen van rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen in het dienstenpakket van de zelfstandigheidsverzekering. Als argumenten voor de opname werden de volgende punten aangehaald:

- Het toekomstige financieringstekort voor zorgen in RH's en RVT's vermijden: *"Als men vandaag zegt dat de zorg er niet in thuishoort, goed voor mij. Maar ik wil benadrukken dat de zorg, de zorg in rusthuizen, bijkomende financiering zal vinden binnen ik weet niet welke termijn. Ik weet niet of het dit in de komende jaren zal zijn, of op iets langere termijn."*
- Een continuüm tussen leefmilieus bevorderen, waarbij de RH's beschouwd worden als een plaats waar de zelfstandigheid behouden kan worden: *"Blijven geloven dat zelfstandige personen eventueel in een rusthuis kunnen wonen om te zorgen voor informele solidariteit binnen het rusthuis, om niet de logica van het crepeerhok te volgen"; "de link tussen de woonst en de verblijfplaats (rusthuis) niet verbreken, want men weet dat men zich de vraag in Wallonië heeft gesteld."* Volgens dezelfde logica wordt het opnemen van dagcentra in het zorgpakket ook bestudeerd.
- Het principe van rechtvaardigheid en niet-discriminatie handhaven bij een publiek dat zijn huisvesting en zorg niet zelf beheert: *"Dat moet zo zijn ongeacht het leefmilieu. Voor wie thuis gehouden wordt, is dat duidelijk. ¾ van de mensen blijven immers thuis wonen. Maar er bestaan structuren zoals rusthuizen en de meeste mensen die er wonen, hebben geen andere keuze, dus dat is een aspect om mee rekening te houden. [...] Volgens de verzekeringslogica heeft al wie bijdraagt er recht op, we discrimineren dus niet bepaalde personen die in een rusthuis wonen."* Het ethische argument gaat hier gepaard met een juridische dimensie: *"Alles draait om 'wat is de verblijfplaats van de persoon?' Want de verblijfplaats, dat kan een rusthuis zijn waar de mensen gedomicilieerd zijn. Deze moeilijkheid is dus eerder technisch van aard."* De mogelijke verdwijning van de THAB, waarop mensen die in een RH of RVT ingeschreven zijn, geen beroep meer zouden kunnen doen, werd ook aangehaald als een potentiële bron van discriminatie: *"Alle begunstigden van de THAB zullen op een bepaalde manier gediscrimineerd worden. Ze verliezen hun rechten."*

Als argumenten contra met betrekking tot de opname van de RH's en RVT's in het dienstenpakket werden de volgende punten aangehaald:

- Naast de zelfstandigheidsverzekering een houdbaar financieringssysteem voor de RH's en RVT's voorzien: *"Of dat nu met de zelfstandigheidsverzekering of via een ander systeem is, het rusthuis moet betaalbaar blijven. Wel, als het zelfstandigheidsverzekeringssysteem dan eerder gericht is op begeleiding thuis en dat men daarnaast het subsidiesysteem voor de rusthuizen en de rust- en verzorgingstehuizen herziet, dan stoort dat ons niet dat er twee verschillende systemen zijn. Er moet een gemeenschappelijke doelstelling zijn: het moet haalbaar blijven."*

- Voorrang geven aan de diensten die mensen bevorderen om thuis te blijven wonen, aangezien het publiek van RH's en RVT's als niet zelfstandig wordt beschouwd: *"als het om thuiszorg gaat, maar zodra ik naar een instelling ga, red ik het wel"; "Tussen de twee bestaan er overgangsstructuren die nog te weinig ontwikkeld zijn en thuishulp bieden. We zorgen voor een zelfstandigheidsverzekering, dat is per definitie om zelfstandig te blijven. Wanneer je in een rusthuis zit, dan ben je niet meer zelfstandig. Ik zie niet in waarom men een cheque zou geven, of liever een zelfstandigheidsverzekering, aan iemand die in een rusthuis zit. Dan zitten we al niet meer in de categorie zelfstandigheid."*

Anderen stellen dan weer dat de zelfstandigheidsverzekering er moet op gericht zijn om zelfstandigheidsverlies tegen te gaan zodat hospitalisatie en opname in een Woon-Zorgcentrum kan uitgesteld of vermeden worden: *"Ik wilde het algemener houden. Als we het hebben over een onafhankelijkheidsverzekering, dan dacht ik aan de mogelijkheid om mensen niet naar instellingen te sturen en dat de verzekering zorg op maat dekt. Mensen worden niet meteen naar instellingen gestuurd, omdat er een plaatsgebrek is en een met budget om naar de kine te gaan en thuis te blijven wonen."*

Merk echter op dat men ervoor moet zorgen dat het aanbod is afgestemd op de behoeften wanneer men de opname van hulpbehoevenden in een instelling effectief wil uitstellen. In Spanje en Italië bijvoorbeeld maakt de limiet van het aantal thuishulpuren het moeilijk om ouderen die zeer afhankelijk zijn thuis te houden⁸⁶.

2.3.4. Innovatie versus betere toegankelijkheid

Twee tegengestelde redeneringen kwamen in de uitspraken van de deelnemers naar voren. Volgens de eerste redenering moet met de zelfstandigheidsverzekering benutten om de innovatie te bevorderen en de eventuele tekorten met betrekking tot de financiering van de begeleiding thuis op te lossen. Die redenering berust op een zekere soepelheid in het bepalen van het dienstenpakket voor de zelfstandigheidsverzekering. Die aanpak is namelijk gericht op het identificeren van de behoeften van de persoon en op de 'vraag' naar zorg: *"We vertrekken vanuit de behoefte van de persoon. We organiseren de hulpverlening via diensten. Er zijn bestaande diensten en er zullen er andere zijn die we moeten oprichten in functie van de behoeften die we opsporen. [...] Zelf hebben we bijvoorbeeld een klusjesdienst opgericht, we bedachten gemeenschaps-onthaalhuizen om de afzondering te doorbreken. Er worden dus elke dag vzw's opgericht die erkenning zoeken voor hun werk wanneer behoeften worden geïdentificeerd. Men vertrekt dus niet op een starre manier vanuit de bestaande diensten om te bepalen welke diensten men kan oprichten. Er is met andere woorden een analyse van de behoeften. Die gebeurt uiteraard door diensten die daartoe bevoegd zijn."*

⁸⁶ Martin, C., Le Bihan, B., Joël, M. E. & Colombini, A. (2002). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suede. Une étude de cas-types. *Etudes et résultats*, (176), p.7.

Er worden verschillende diensten aangehaald:

- Vergoeding van de vervoerskosten (van de hulpverleners en de hulpbehoevenden): "*[We vinden het] nodig om een tegemoetkoming voor verplaatsingen in te voeren. (er [is een] groot gebrek aan mobiliteit in Brussel)*"; "*In het pakket van de zelfstandigheidsverzekering is het belangrijk om thuis te kunnen blijven, maar je hoeft niet thuis vast te zitten. Je woonplaats kunnen verlaten, een sociaal leven hebben, met name alles wat met vervoerdiensten te maken heeft.*"
- Tele-coaching (opvolging op afstand van patiënten door beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg via geschikte technologische middelen): "*Er is inderdaad een hele reeks diensten die niet bestaan of waar we nog niet aan denken, maar die het mogelijk maken om thuis te blijven wonen. In Denemarken bijvoorbeeld doet men aan de zogenaamde tele-coaching wanneer iemand uit het ziekenhuis ontslagen wordt. Ze geven die persoon een computer of tablet mee en nemen elke dag contact op om te zien hoe hij zijn medicatie inneemt en of dat al dan niet correct gebeurt. Ze zorgen voor de opvolging. [...] Men stelt vast dat patiënten daardoor minder vaak naar het ziekenhuis terugkeren en als dat het geval is, dan is dat verblijf van korte duur. Dat is een belangrijke dienst die momenteel nog niet bestaat om de zelfstandigheid bij personen te behouden. Maar als men een zelfstandigheidsverzekering opricht, dan moet het mogelijk zijn om dat soort diensten heel gemakkelijk op te nemen, opdat de situatie van de ene persoon niet die van de andere is.*"
- Preventie: "*De doelstelling van wat een zelfstandigheidsverzekering in Brussel zou kunnen zijn, is niet alleen een dekking van het zelfstandigheids- en onafhankelijkheidsverlies, maar ook het inzetten van middelen om zelfstandigheidsverlies te voorkomen.*"
Uitrusting (in functie van de behoeften van de persoon) en inrichting van de woning; « *denk maar aan incontinentie materiaal, medicatie, dokter kosten en zo een ding.* »
"*Als men materiaal financiert, dan moet dat goed afgestemd zijn, zodat de persoon zegt: 'Ik kan me beter een robot en een computer aanschaffen in plaats van me door een mens te laten helpen.' Dus de financieringswijzen moeten correct afgestemd zijn, zodat men steeds kan bepalen wat de beste voorziening voor een bepaalde persoon is.*" "*Het grote probleem wanneer we iemand thuis willen laten wonen, is de woning. [...] Dat is het moeilijkste om te veranderen. [...] De inrichting van de woning kan er ook voor zorgen dat de opname in een rusthuis kan worden uitgesteld. [...] Het is ook een belangrijke factor om een nog groter zelfstandigheidsverlies te voorkomen omwille van een omgeving die of een gebouw dat niet aangepast is aan de persoon.*"
- Nachtelijke oppas aan huis;
- Rust voor mantelzorgers: "*nood aan hulp om rustruimte gemakkelijker te financieren (verblijf aan zee, kortverblijf in het rusthuis, wanneer de kinderen vakantie hebben)*".

Naast die redenering, die gericht is op de vraag en de innovatie, is er in de uitspraken van de deelnemers tegelijkertijd ook een andere redenering aanwezig, die eerder gericht is op het bestaande 'aanbod' en waarbij eerder sprake is van een verbetering van de financiële, sociale en fysieke toegankelijkheid via de zelfstandigheidsverzekering: "*Het zou een beetje stom zijn als het zou dienen om nieuwe dingen te dekken en niet voor wat echt nodig is. [...] Dus voor mij moet de zelfstandigheidsverzekering een hefboom zijn voor een betere toegankelijkheid of voor de toegang op*

zich tot bepaalde bestaande zaken." Sommigen benadrukten namelijk dat de middelen die vrijkomen door de zelfstandigheidsverzekering niet zullen volstaan om alle eerder geïdentificeerde behoeften te financieren: "Een nachtelijke oppas aan huis, zoals aanbevolen door de mutualiteit [...] kost 100 euro en wordt niet terugbetaald. Het is niets en tegelijk gigantisch veel. En dat is dan nog alleen 's nachts. Dat is onbetaalbaar. We kunnen geen oplossing bieden voor onbetaalbare bedragen. Dat is onmogelijk. [...] De moeilijkheid voor mij is om op het vlak van budget vast te stellen dat hoe meer we erin steken, hoe minder effect het zal hebben op het vlak van toegankelijkheid."

Een van de aangehaalde oplossingen om de toegankelijkheid van de bestaande diensten te verbeteren, is de organisatie per wijk om de fysieke toegankelijkheid te bevorderen: *"Als we nabijheidszorg willen die de moeilijkheden een beetje doet verdwijnen en waarbij de mensen kunnen zeggen: 'die persoon heeft het moeilijk', dan denk ik dat men veel pro-actiever zal zijn wanneer die naar het ziekenhuis gaat. In plaats van het klassieke schema waarbij men aan zijn lot wordt overgelaten en waarbij de patiënt naar de geriatrie gaat en weer doorgaat na een gesprek met enkele contactpersonen. Dat is geen goede oplossing, want het is te laat."* Sociale toegankelijkheid staat overigens centraal in de argumentatie voor de ontwikkeling van coördinatie- en oriëntatiediensten die in de volgende paragraaf aan bod komen.

2.3.5. Het al dan niet opnemen van coördinatie- en oriëntatiediensten

Rekening houdend met het ingewikkelde institutionele systeem en het overvloedige dienstenaanbod benadrukten sommige deelnemers het belang om de middelen die vrijkomen door de zelfstandigheidsverzekering in te zetten voor de oriëntatie van de gebruikers en zelfs van de hulpverleners: *"Op korte termijn zullen we er niet van uit kunnen dat er in Brussel verschillende instanties naast elkaar bestaan die verantwoordelijk zijn voor verschillende aspecten van wat een zelfstandigheidsverzekering kan inhouden. Een van de mogelijke diensten van het systeem is de coördinatie en oriëntatie van de mensen in het doolhof. [...] Voor iemand zoals wij die dat zal moeten beheren, maar [ook] voor de gebruikers: dat er een persoon is die de taak op zich neemt en kan zeggen: 'in uw situatie kunt u beter dat doen', [die] kan zorgen voor de tussenkomsten waar de mensen nood aan hebben."* In dat opzicht drongen de deelnemers erop aan dat de zelfstandigheidsverzekering zou instaan voor de uitwerking van een hulpplan voor de gebruiker.

De wens van de deelnemers om via de zelfstandigheidsverzekering coördinatie- en oriëntatiediensten te ontwikkelen, wordt echter getemperd door de wens om te vermijden dat tussenpersonen een groot deel van de beschikbare middelen zouden opgebruiken ten koste van de eigenlijke diensten voor zelfstandigheidsbegeleiding. In het licht van een financiering van die oriënteringsdiensten benadrukten de deelnemers bovendien dat er te weinig onafhankelijkheid zou kunnen ontstaan door een te grote institutionele nabijheid van oriëntatie- en coördinatieactoren enerzijds en dienstverleners van zelfstandigheidsbegeleiding anderzijds.

2.3.6. Het al dan niet ondersteunen van de mantelzorgers

Moeten de prestaties van de mantelzorgers al dan niet opgenomen worden in het zorgpakket van de zelfstandigheidsverzekering? De deelnemers aan de focusgroepen hadden uiteenlopende meningen over deze kwestie. Moet men de rust van de mantelzorger ondersteunen? Zijn prestaties? Moeten de

beschikbare middelen uitsluitend dienen voor de rechtstreekse behoeften van de hulpbehoevende zelf of ook om *de ondersteuners te ondersteunen*? Moeten die middelen in het laatste geval diensten of uitkeringen zijn?

Deze kwestie past in de bredere discussie over de rol die de familie⁸⁷ binnen de sociale zekerheid zou moeten spelen. Een interessant concept in dat kader is de defamiliarisering. De defamiliarisering is vergelijkbaar met het concept van de ontcommercialisering, de mate waarin het sociale-beschermingssysteem zich van de markt losmaakt, en verwijst naar het vermogen om, afhankelijk van de sociale-beschermingssystemen, de *care* uit te besteden of collectief te maken, waardoor de mantelzorgers – we wijzen er nog eens op dat dit voornamelijk vrouwen zijn – de kans krijgen om afstand te nemen van de familie en eventueel toegang te krijgen tot betaald werk. We stellen echter vast dat de rol van de mantelzorger zelfs bij het uitbesteden van de *care* niet verdwijnt, maar een andere invulling krijgt (voornamelijk administratieve taken, de logistiek en de organisatie van de hulpregeling)⁸⁸.

Volgens Sarceno⁸⁹ kunnen we een onderscheid maken tussen de standaard familiarisering, wanneer er geen overheidstussenkomst is, een ondersteunde familiarisering, wanneer de overheidsvoorzieningen de investering van de mantelzorgers faciliteren, en een defamiliarisering wanneer de invoering van een aantal sociale rechten leidt tot een vermindering van de verantwoordelijkheden van de familie.

Merk ten slotte op dat het concept defamiliarisering kan opgevat worden vanuit het standpunt van de hulpbehoevende (zijn zelfstandigheidsniveau ten opzichte van de familie) of van de professionele *care* hulpverlener (loon dat al dan niet toelaat om een zelfstandig leven te leiden).

Met betrekking tot deze discussie haalden sommigen de uitputting van sommige mantelzorgers aan, omdat ze niet de gepaste ondersteuning krijgen: "*wat de mantelzorger betreft, denk ik dat het belangrijk is om daarmee rekening te houden. Ik neem waargebeurde situaties als voorbeeld, zoals die van een alleenstaande dochter die voor een familielid moet zorgen en dat alle dagen van de week met volle overgave doet. Op een bepaald moment krijgt ze een burn-out en raakt ze volledig uit evenwicht. Als er voor haar dan niets is voorzien zoals 'nu kan je vertrekken en het is betaald en iemand anders zorgt voor de persoon in kwestie', wel dan leidt dat tot een ramp, terwijl ze alles goed heeft gedaan, maar ze kon het niet meer aan.*" In dat opzicht pleiten sommigen voor de financiering van 'ademruimte' voor de mantelzorgers: "*[we hebben] 'nood aan hulp om ademruimte gemakkelijker te financieren (verblijf aan zee, kortverblijf in het rusthuis wanneer de kinderen vakantie hebben)' om 'de mantelzorger de kans te geven om even uit te blazen, een week weg te gaan, zonder zorgen.'* Die ondersteuning van mantelzorgers kan ook de vorm aannemen van subsidies aan organisaties van mantelzorgers om bijvoorbeeld "*een opleidingsaanbod voor mantelzorgers te hebben (om mishandeling door onwetendheid te vermijden).*"

⁸⁷ Een concept dat sommige auteurs in twijfel trekken, want als we het hebben over de 'familie', dan gaat het eigenlijk meestal over de vrouwen in de familie

⁸⁸ Da Roit, B. & Le Bihan, B. (2009). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France et en Italie. familialisation ou défamilialisation du care ? *Lien social et Politiques*(62), p.48

⁸⁹ geciteerd in Le Bihan, B. (2013). La politique en matière de dépendance. En France et en Europe : des enjeux multiples. *Gérontologie et société*(2), p20

Sommigen gaan nog verder door voor te stellen om een echt statuut aan mantelzorgers te geven en hen rechten toe te kennen. Sommige deelnemers zouden daarbij die mantelzorgers zelfs een inkomen aanbieden om oplossingen te vinden voor de vergrijzing van de bevolking in een context van dalende informele hulp en de afsluiting van de arbeidsmarkt: "*[er is een] uitdaging wat de mantelzorgers betreft – ze zijn een essentiële schakel in de bestaande voorzieningen tot nu toe. Maar gezien de toekomstige demografische situatie volgens de voorspellingen, het dalende bestand van informele hulp en de beperkingen op de arbeidsmarkt, is dat uiteraard ook een publiek dat in zekere zin als rechthebbende op die zelfstandigheidsverzekering kan worden beschouwd.*" Deze bezoldiging zou het eveneens mogelijk maken om het inkomensverlies minder te laten doorwegen voor bepaalde mantelzorgers die hun werktijden noodgedwongen moeten beperken of hun werk volledig moeten opgeven om voor hun hulpbehoevende familielid te zorgen.

Niet iedereen is echter voor dat voorstel te vinden. Een deel van de deelnemers vindt namelijk dat de mantelzorger, naast de tijd die hij aan de zorg voor zijn familielid besteedt, ook een sociaal en professioneel leven moet blijven hebben: "*is het beter voor mama en papa om thuis te blijven en betaald te worden om voor hun zoon te zorgen of is het beter iemand te moeten betalen om dit te doen?*"

De rechtstreekse hulp aan mantelzorgers – in de vorm van een inkomen of van een dienst (ademruimte, opleiding of andere) – roept overigens (vooral juridische) vragen op wie er de begunstigde is van een zelfstandigheidsverzekering (hulpbehoevende of hulpverlener): "*in eerste instantie richt men zich tot de geholpene. De mantelzorger voelt zich buiten beschouwing gelaten. Hij beseft niet dat men dat voor hem doet. Volgens de manier waarop de zaken in de zelfstandigheidsverzekering worden voorgesteld, worden diensten aangeboden aan de geholpene, maar ook aan de mantelzorger, en dat is juridisch ingewikkeld, want het is niet de mantelzorger die betaald heeft. De mantelzorger woont in Wallonië, zijn mama in Brussel, en toch heeft ook hij nood aan diensten.*"

Tot slot vinden bepaalde deelnemers dat niet alle mantelzorgers evenveel ondersteuning aan hun familieleden bieden – wat kan leiden tot een rechtvaardigheidsprobleem tussen rechthebbenden indien deze mantelzorgers rechtstreeks gefinancierd zouden worden – en dat het ter beschikking stellen van bedragen voor mantelzorgers de relatie met hun familieleden kan aantasten: "*Er zijn dus twee soorten mantelzorgers, de enorm toegewijde mantelzorgers en de geïnteresseerde mantelzorgers. Het probleem is dat het erg delicaat wordt als we met geld beginnen tussen te komen.*" Dat laatste argument bracht een andere deelnemer tot het voorstel van een ondersteuning in natura (dienst) in plaats van in de vorm van een inkomen: "*Daarom ben ik in dat geval meer te vinden voor de uitwerking van diensten ofwel voor een budget [dat de mantelzorger] kan aanwenden voor diensten, echt om de ondersteuners te ondersteunen, maar zonder hen geld te geven.*" Een laatste argument voor de ondersteuning van de mantelzorgers in de vorm van diensten in plaats van in de vorm van geld heeft te maken met het feit dat de bedragen per persoon, die via de zelfstandigheidsverzekering beschikbaar worden gesteld, noodzakelijkerwijs beperkt zijn: "*We verkiezen rechtstreekse maatregelen naar de mantelzorgers toe boven wat zakgeld. Want laten we duidelijk zijn, we zijn niet in staat om een dergelijk inkomen te betalen met bijvoorbeeld de zorgverzekering. En dat is echt iets waar we aandacht voor hebben, dat de mantelzorger in staat is om zelfstandig te blijven.*"

Duitsland bijvoorbeeld is traditioneel heel familiegericht. Zo is de bijdrage hoger voor mensen die geen kinderen hebben, wat duidelijk maakt dat kinderen door de *Pflegeversicherung* als hulpbronnen worden beschouwd, want ze worden verondersteld om voor hun ouders te zorgen. Toch werd, onder meer om het tekort aan arbeidskrachten te compenseren, de semiformele *care* ingevoerd. De *Pflegepersonen* worden op basis van een hulpverlening van 14 uur per week wettelijk erkend en krijgen sociale rechten (opleiding, pensioen⁹⁰, een uitkering bij arbeidsongevallen⁹¹, vakantie...) hoewel ze niet als loontrekkenden worden beschouwd⁹².

2.4 CRITERIA OM IN AANMERKING TE KOMEN/TOEGELATEN TE WORDEN

Dit gedeelte behandelt de criteria en de nodige meetinstrumenten om burgers te screenen in functie van hun rechten op ondersteuning vanuit de zelfstandigheidsverzekering. Dat betekent dat voor de toekenning van rechten voor de zelfstandigheidsverzekering altijd een vaststelling van zorg- en ondersteuningsbehoefte nodig is.

Volgens de algemene trend in Europa worden de behoeften individueel bepaald. Het beleid is gericht op het beheer per geval. De ingerichte voorzieningen zijn bedoeld om de behoeften van de hulpbehoevende te identificeren, door na te gaan in welke mate die in staat is om verschillende activiteiten van het dagelijkse leven uit te voeren, rekening houdend met de sociale en familiale omgeving. De beoordelingsmethodes zijn echter afhankelijk van de gebruikte tools, de gekozen dimensie (medisch of sociaal) en het type professionals dat erbij betrokken is. Daartegenover staan de twee tegenovergestelde voorbeelden van Duitsland (erg geformaliseerd en afgebakend systeem) en Zweden (informelere beoordeling, eerder gebaseerd op de ervaring en de inschatting van de *caremanager*). Ook de benaming verschilt: 'afhankelijkheidsgraad', 'behoefte-niveau', 'zelfstandigheidsgraad'.

Het screeningsinstrument voor de zelfstandigheidsverzekering wordt best zo gemodulariseerd dat het voor de burger (cliënt) objectieve screening toelaat om van zijn of haar recht gebruik te kunnen maken, dat het voor casemanagers informatie kan verlenen dat bruikbaar is voor het opstellen van een cliënt gecentreerd behandelingsplan, dat voor de zorgorganisaties de data kunnen geaggregeerd worden op organisatieniveau (Monitoring werking) en op het niveau van het Brussels Hoofdstedelijk gewest geaggregeerde statische informatie kan genereren in functie van beleidsmonitoring en –bijsturing.

Toegang krijgen tot ondersteuning vanuit de zelfstandigheidsverzekering veronderstelt dat het zogenaamde verlies van autonomie duidelijk te definiëren valt. Verlies van autonomie wordt dan ook best vanuit een breed perspectief benaderd. Zo is het belangrijk om een omvattend *assessment* instrument te ontwikkelen en te hanteren, dat zowel medisch-klinische, sociale en psychische aspecten meet. Bovendien moet het instrument (althans de stam) bruikbaar zijn voor verschillende zorg- en ondersteunings-settings (thuis, woonzorgcentrum, ziekenhuis, palliatieve zorg, revalidatiecentrum,...).

⁹⁰ Vergoed door de afhankelijkheidsverzekering

⁹¹ Vergoed door de *Länder*

⁹² Ledoux, C. (2015). L'assurance dépendance allemande, une copie de l'assurance maladie ? *Revue française des affaires sociales*(4), p.96.

De stakeholders uit de focusgroepen haalden aan dat zelfstandigheid en verlies van autonomie niet alleen betrekking heeft op fysieke componenten van het functioneren, maar evenzeer psychische-, sociale- en contextuele aspecten betreft. Zo moet voor verschillende stakeholders zelfstandigheid ook empowerment en maatschappelijke inclusie in rekening brengen. Sommige deelnemers aan de focusgroepen verkiezen bijgevolg een *“ruime omschrijving van het eventuele zelfstandigheidsverlies, of dat nu fysiek, psychisch of sociaal is, waarbij men op sociaal vlak de sociale afzondering bestrijdt”*. Dat betekent dat meetinstrumenten die moeten aangeven of een burger in aanmerking komt voor een ondersteuning van de zelfstandigheidsverzekering alle aspecten moeten meenemen, maar het tevens mogelijk moeten maken om verschillende niveaus van afhankelijkheid objectief vast te leggen.

De gekozen definitie van het begrip 'afhankelijkheid' is dus bijzonder belangrijk. Zo werd afhankelijkheid in Duitsland oorspronkelijk als volgt omschreven: *“een bijzonder grote hulpbehoefte die gepaard gaat met een ziekte of lichamelijke of mentale handicap voor een voorspelbare duur van langer dan zes maanden en waar lichamelijke zorgen, hulp bij voeding, mobiliteit of huishouden bijhoren”*. Die definitie moest later worden herzien omdat die te veel de nadruk legde op lichamelijke problemen en niet voldoende op psychische problemen, zoals dementie. Bovendien dekt het begrip afhankelijkheid niet het begrip handicap, dat omschreven wordt in functie van de deelname aan het maatschappelijk leven, terwijl afhankelijkheid alleen betrekking heeft op de behoeften in het dagelijkse leven. Dat onderscheid tussen een functionele afhankelijkheid en een sociale handicap kreeg echter veel kritiek tijdens de groeps gesprekken (zie hieronder).

2.4.1. BelRAI

Iedereen is het erover eens dat voor het inschatten van het verlies aan autonomie een eenvoudig en snel invulbaar meetinstrument moet gehanteerd worden: *“dat moet volgens een schaal gebeuren, we volgen de redenering van 'rechthebbend' of 'niet rechthebbend'.”* Toch nuanceren de meeste stakeholders bovenstaande opvatting door te stellen dat de gehanteerde schaal (meetinstrument) ook gebruikt moet kunnen worden om binnen het verlies van zelfstandigheid gradaties aan te brengen. Momenteel worden in verschillende sectoren verschillende meetschalen gebruikt om ADL, IADL of verlies van autonomie te objectiveren. Zo worden de Katz-schaal, de Edmontonschaal, de BELFOTO en de BELRAI en de BELRAI screener vaak vermeld als mogelijke instrumenten.

Welke keuze ook gemaakt wordt, het is voor de stakeholders noodzakelijk dat reconversietabellen opgesteld worden om in een transitiefase de omschakeling van de verschillende schalen naar één voor alle gewesten uniforme schaal mogelijk te maken. *“[er is] nood aan reconversietabellen voor de schalen. De invoering van de BelRAI zal tijd in beslag nemen”*

“verschillende schalen die naast elkaar bestaan gedurende een bepaalde periode”

Volgens sommige respondenten wordt de BELRAI en de BELRAI screener momenteel uitgetest en zal het nog verschillende jaren duren vooraleer dit instrument overal kan uitgerold worden. Dat heeft wellicht tot gevolg dat verschillende schalen vermoedelijk nog een tijd naast elkaar gebruikt zullen moeten worden. *“Ja, maar de ervaring van Wallonië toont toch aan dat het 5 tot 10 jaar zal duren vooraleer de BelRAI-schaal effectief wordt. De overheid heeft ingeschat dat om een her-evaluatie te maken, het nog 5 tot 10 jaar zal duren vooraleer de BelRAI-schaal daadwerkelijk gebruikt zal worden. Ondertussen zullen we de andere schalen gebruiken. Er moet toch een beetje overeenstemming zijn ten opzichte van de talloze schalen die er bestaan”*.

Toch pleit het merendeel van de stakeholders dat het best is om bij de start van de zelfstandigheidsverzekering ook duidelijk te kiezen voor één instrument: *"we zouden het nieuwe instrument al kunnen implementeren als we weten dat we ervoor zullen kiezen."* De Katz-schaal geeft volgens een respondent eerder een inschatting van de werkbelasting van de verzorgende en geeft weinig informatie over de graad van zelfstandigheid van de burger. Het is bijgevolg niet opportuun om de Katz-schaal als evaluatieschaal te hanteren.

2.4.2. Onderlinge afstemming tussen de gewesten

Ideaal zou zijn dat een dergelijke evaluatieschaal in alle gewesten op uniforme wijze zou gehanteerd kunnen worden en dat een dergelijke evaluatieschaal ook in de verschillende zorg- en welzijnssectoren kan gebruikt worden. Hierbij wordt verwezen naar de verschillende evaluatieschalen voor afhankelijkheidsbepaling binnen Woon-Zorgcentra, personen met een handicap, tegemoetkoming aan bejaarden (THAB/APA). *"Het zou goed zijn als we een gemeenschappelijke afhankelijkheidsschaal in de drie gewesten/gemeenschappen kunnen hanteren."*

"We moedigen u aan om u niet tot één sector te beperken, maar goed, dat is al gezegd, bijvoorbeeld de ouderen of de instellingensector versus het 'thuis blijven'."

Het merendeel van de respondenten geeft aan dat er een politiek akkoord zou bestaan om de BELRAI in alle gewesten te hanteren als meetinstrument dat de burger volgt in een geïntegreerd zorg- en ondersteuningstraject: *"Ik stel vast dat er een politiek akkoord is waarin staat dat men de BelRAI op termijn overal wil gebruiken. Er is een politiek akkoord."*

"Men moet dus op zoek gaan naar een rooster dat ervoor zorgt dat men niet dezelfde medische onderzoeken opnieuw moet uitvoeren wanneer een persoon zijn voorzieningen van het ene gewest naar het andere overbrengt."

Toch is niet iedereen onverdeeld gelukkig met de keuze voor de BELRAI. Hoewel het toch hoog tijd wordt dat er zich snel een keuze opdringt. Het instrument moet bovendien uitgetest worden op bruikbaarheid, flexibiliteit, validiteit en volledigheid. *"Ik stel vast dat er een akkoord is over de BelRAI. Dat is het resultaat van lange gesprekken. Dus het instrument is niet perfect, maar ik denk dat er positieve eigenschappen aan zijn. Bovendien ben ik niet fetisjistisch. Men had evengoed iets anders kunnen voorstellen. Ik ben niet voor en niet tegen maar ik denk dat men op een bepaald moment in deze gesprekken de knoop moet doorhakken. Het ideale model bestaat niet maar op een bepaald moment moet men zich de vraag stellen: 'Wat kunnen we gebruiken dat tegelijk het meest volledig is en het dus mogelijk maakt om beter te meten of te evalueren, maar ook bruikbaar is?'"*

2.4.3. Geen aandacht voor het sociale?

Vele respondenten wijzen op het gebrek aan sociale parameters in de BELRAI. Men heeft helemaal geen bezwaar tegen het gebruik van de BELRAI op voorwaarde dat voor het evalueren van de zelfstandigheid ook parameters die peilen naar sociale inclusie, psychologische en emotionele aspecten mee opgenomen worden. *"zoeken naar een schaal die ook de zelfstandigheid van de personen meet op psychisch en emotioneel vlak, als aanvulling op de gebruikelijke schalen"*

"noodzaak om een schaal te kiezen waarbij het mogelijk is om rekening te houden met situaties van sociale afhankelijkheid"

"Dat volledige sociale aspect is niet opgenomen in de BelRAI."

Toch waarschuwen verschillende respondenten voor het ongebreideld toevoegen van variabelen aan het evaluatie-instrument. De BELRAI is immers gevalideerd en robuust, waardoor nieuwe toevoegingen de validiteit van het instrument en dus de bruikbaarheid ervan in gevaar kunnen brengen. *"Maar het moeilijke is volgens mij dat we de BelRAI hebben gebruikt als een gevalideerd en robuust instrument. Als we zaken beginnen toe te voegen, dan maken we het nog moeilijker."*

Zo maakt bijvoorbeeld het evaluatierooster dat in Frankrijk wordt gebruikt (AGGIR-rooster) het niet mogelijk om rekening te houden met de sociale aspecten van de afhankelijkheid: 'de behoeften aan relationele tijd worden niet of heel weinig opgenomen in de evaluatie door het AGGIR-instrument' (MESSAOUDI 2012, p. 94). Deze vergetelheid blijkt kenmerkend te zijn voor het niet in rekening brengen van een belangrijk aspect van het werk dat de opvang van hulpbehoevenden inhoudt (zie gedeelte care).

2.4.4. Implementatie

Ook stelt zich de vraag omtrent de hanteerbaarheid van de BelRAI. Er worden nogal wat vragen gesteld bij de uitgebreidheid van het instrument waardoor het veel tijd zou nemen om de evaluatie te doen en waardoor vooral de bevroegde artsen nogal afwijzend staan ten opzichte van de BelRAI. *"De terughoudendheid vanuit medische hoek voor de BelRAI... ik stel vast dat er een politieke wil is en ik heb dus zin om te zeggen dat we erdoor moeten. Zou er geen eenvoudigere versie nodig zijn?"*

"Als arts kan ik zeggen dat dit ontzettend onpopulair is bij huisartsen omdat het enorm veel tijd in beslag zal nemen om het in te vullen, men kan dus alle mogelijke formulieren maken die men wil bedenken. Het meest vervelende is dat men je vraagt om iets te doen ongeacht de kosten. Als je dat zo doet, dan zijn er veel varianten: 'Dokter, ik heb maar één papier om te laten invullen'. Dan is men niet met geneeskunde, maar met papierwerk bezig en bovendien is er de vraag 'Is die persoon echt afhankelijk of niet?'"

"Wat die vraag betreft, hangt het er ook van af welk instrument je gebruikt. Als je het BelRAI-instrument gebruikt, dan moeten er verschillende personen tussenkomen. Wanneer je het Katzinstrument gebruikt, dan volstaat de verpleegster."

Toch maakt men zich sterk dat de afname van het evaluatie-instrument door verschillende professionelen kan afgenomen worden en daarvoor de nodige vorming noodzakelijk is. *« de expertise op het terrein bestaat, bijvoorbeeld in de mutualiteiten en de ocmw's enz, die mensen zijn daar ook voor opgeleid, want het vraagt toch een specifieke opleiding om die screenings te mogen doen. En dan kom ik een beetje terug op wat dat M. zei, ik denk dat huisartsen en verplegers zo'n uitvoerige onderzoeken, die gaan daar niet toe komen, dat vraagt toch wel een zekere dossiervorming en opvolging. »*

"Ik bedoel dat er meerdere personen, functiecategorieën moeten zijn die dit formulier moeten kunnen invullen, afhankelijk van de situatie van de persoon. De BelRAI-schaal lijkt me inderdaad interessant op voorwaarde dat die wordt aangepast naar het sociale, rekening houdend met de sociale omgevingsfactoren van de persoon. Maar afhankelijk van de situatie kan dat een arts zijn, maar evengoed een sociaal assistent. Dat hangt natuurlijk ook af van de behoeften van de persoon. Wanneer we ons echt in een medische situatie bevinden, dan zal een huisarts of een specialist waarschijnlijk het zelfstandigheidsverlies van de persoon moeten bevestigen. Want zelfstandigheidsverlies kan gepaard gaan met een ziekte of een gezondheidstoestand maar ik denk dat dit niet de enige gevallen zijn en dus

denk ik dat profielen zoals sociaal assistenten ook van belang zijn aangezien zelfstandigheidsverlies door verschillende factoren veroorzaakt kan zijn.

"Dus, als het publiek divers kan zijn, moet er ook een opleidingssysteem komen voor het gebruik van de schaal ofwel een beperking van het aantal personen die ze kunnen gebruiken en evalueren in het kader van de zelfstandigheidsverzekering."

2.4.5. Tijdelijke afhankelijkheid

Het evaluatie-instrument (BelRAI) moet ook bruikbaar zijn voor een tijdelijk verlies van zelfstandigheid en er moet bij de evaluatie van het verlies van zelfstandigheid bijgevolg ook de verwachte duur van de situatie meegegeven kunnen worden. *"Het is ook heel goed mogelijk dat het zelfstandigheidsverlies tijdelijk is en daarna weer verbetert. Zo kan er inderdaad een echte arts of iemand anders verklaren: 'Nu vraag ik voor die persoon zes weken hulp aan en daarna herbekijken we de situatie. Een beetje volgens het principe van de controlearts van de mutualiteit. Na een bepaalde tijd is er dan een overkoepelende organisatie die moet [zeggen]: 'wacht even... ik bekijk nu even of we zes maanden geven, meer dan zes maanden of permanent, ja/nee, het is definitief'. Ik denk dat er op een bepaald moment toch een minimale controle moet gebeuren. Ik denk inderdaad om te beginnen het toegangsrecht: [beslissen] wie opgenomen wordt. Als we het luik gezondheid nemen, wel dan kan dat een hele reeks gezondheidsstructuren zijn. Als we het sociale luik nemen, dan kan dat een hele reeks structuren zijn die niets met gezondheid te maken hebben maar die de bevoegdheid hebben om een aanvraag in te dienen en hup... dan wordt hun dossier doorgestuurd, maar na een tijdje staan we daar dan, dan gaan we naar een ander controleniveau."*

2.4.6. Controle

Ten slotte geven heel wat respondenten aan dat er ook controlemechanismen moeten ontworpen worden om mogelijke misbruiken in evaluatie en rechtentoekenning tegen te gaan. *"Ik vind het interessant om duidelijke scheidingen en grenzen in te voeren, zodat de persoon die evalueert niet de persoon is die het geld uitkeert of die verantwoordelijk is over het geld dat wordt uitgekeerd. Ik vind dat interessant met betrekking tot de mutualiteiten."*

2.4.7. Woonplaats

Over de woonplaats van de rechthebbenden op de zelfstandigheidsverzekering zijn de meningen verdeeld. Moeten de (bewoners van de) rusthuizen en (van de) rust- en verzorgingstehuizen al dan niet opgenomen worden in het dienstenpakket van de zelfstandigheidsverzekering?

De argumenten van de deelnemers over deze kwestie zijn uitgewerkt in het punt 2.3. hierboven.

2.4.8. Leeftijdslimiet

Alle stakeholders zijn het er over eens dat er geen leeftijdslimiet mag zijn en dat de zelfstandigheidsverzekering moet openstaan voor alle leeftijden: *"[er moet een] definitie zijn die personen van alle leeftijden omvat. Kinderen moeten er toegang toe kunnen hebben."*

"In Vlaanderen en Wallonië worden kinderen in aanmerking genomen."

"Een ander punt waar we het niet over gehad hebben bij de criteria om in aanmerking te komen is de leeftijd. Dat is dan ook geen criterium. Zolang er maar sprake is van zelfstandigheidsverlies bij de

persoon, ongeacht de leeftijd. De zelfstandigheidsverzekering (...) is zowel voor kinderen als voor ouderen bestemd."

"Ook ons standpunt is vrij duidelijk, namelijk elk hulpbehoevend publiek, ongeacht de leeftijd."

In verband met de vraag of er hulp en zorg bestaat die van nature leeftijdsgebonden is, heeft men in Duitsland lang gedebatteerd in het kader van de invoering van de *Pflegeversicherung*. Volgens het antwoord in het verslag van de *Kuratorium Deutsche Altershilfe* kan afhankelijkheid niet bepaald worden aan de hand van een leeftijdscriterium, ook al komt die voornamelijk bij ouderen voor⁹³.

In verband met die eventuele leeftijdslimiet herinnerde een deelneemster aan de recente veroordeling (2013) van de Belgische staat door het Europees Comité voor Sociale Rechten omwille van een onvoldoende aantal plaatsen in onthaal- en opvangcentra voor volwassen personen met een handicap met een grote afhankelijkheid. *"De bestaande plaatsen in dag-onthaalcentra en nachtopvangcentra, de instellingen die het best zijn afgestemd op de noden van personen met een handicap met een grote afhankelijkheid, voldoen niet aan de vraag, waardoor velen uitgesloten worden van deze sociale dienstverlening. [Die uitsluiting], waardoor deze personen gedwongen worden om hun toevlucht te nemen tot vormen van sociale dienstverlening die mogelijk minder goed of zelfs onvoldoende afgestemd zijn op hun concrete behoeften, heeft als gevolg dat personen met een handicap met een grote afhankelijkheid en hun gezinnen terecht komen in een precaire situatie, ja zelfs een situatie met een gebrek aan materiële middelen, van verarming, sociale uitsluiting en een moeilijkere toegang tot de arbeidsmarkt [...]. Die veroordeling kan in de drie gewesten van het land de weg vrijmaken voor individuele gerechtelijke stappen door personen met een handicap en/of hun gezin, eventueel met de vraag om een dwangsom te ontvangen, in verband met hun moeilijke toegang tot de onthaaloplossingen die zij eisen"*⁹⁴.

2.4.9. De niet-aangeslotenen

"Naast ouderen en personen met een handicap denk ik dat we eventueel de sociaal zwakkeren die in een precaire situatie leven in aanmerking kunnen nemen. Ik denk bijvoorbeeld aan mensen die op straat leven. Wij werken veel met dat publiek. Dat zijn mensen waar we veel voor zullen doen, het zijn mensen die niet zelfstandig kunnen leven. Ik denk dat we ook moeten denken aan dat publiek en aan de instellingen die men hen werken."

De zelfstandigheidsverzekering zou moeten toegankelijk zijn voor alle Brusselaars, ook voor de Brusselaars die in armoede leven, daklozen, enz.

Er bestaat daarenboven een systeem waarbij Brusselaars die instappen in de Vlaamse zorgverzekering een wachttijd wordt opgelegd. Ook wordt er een boete opgelegd aan wie zijn bijdrage niet betaald. Er stelt zich dus de vraag hoe er moet omgegaan worden met (structurele dan wel sporadische) niet-betalers en met wie nood heeft aan een tegemoetkoming tijdens zijn wachtperiode. Er zou kunnen

⁹³ Ledoux, C. (2015). L'assurance dépendance allemande, une copie de l'assurance maladie ? *Revue française des affaires sociales*(4), pp.89-91.

⁹⁴ Uittreksel uit de samenvatting van het besluit van het Europees Comité voor Sociale Rechten, beschikbaar op de website van de liga voor de mensenrechten: <http://www.liguedh.be/les-documents-des-commissions-thematiques/1791-condamnation-de-letat-belge-concernant-le-manque-de-solutions-daccueil-des-personnes-handicapees-de-grande-dependance-synthese-de-la-decision-du-comite-europeen-de-droits-sociaux>

nagegaan worden in welke mate een systeem van behandeling van wie niet betaald heeft/z'n wachttijd doorloopt, toch financieel loont en of beboeting van wie niet betaald heeft, zinvol is.

« *als ge niet betaalt wordt ge uitgesloten, nu zijn daar uitzonderingen op voorzien omdat die persoon voor de financiering zijn intrede doet eigenlijk en zijn daar uitzonderingen van de mensen die niet betaald hebben en die daar toch recht op zouden hebben dat ze dat kunnen inhalen, ook de mensen die in Brussel wonen kunnen nu uitzonderlijk om de twee jaar instappen zonder een boete te moeten betalen.* »

2.4.10. Sociale correcties/ toegankelijkheidsgraad

« [...] *Ik zou pleiten voor een bepaalde aanpassing van de tegemoetkoming in functie van het inkomen. Ik weet dat we in een verzekeringslogica blijven [maar met een] verzekeringslogica vrees ik dat we ons doel missen. Ik denk ook dat de budgetten die beschikbaar (zullen) zijn selectief kunnen aangewend worden.* »

De gewenste universaliteits-/selectiviteitsgraad voor de nieuwe zelfstandigheidsverzekering is des te relevanter door het nogal beperkte budget. Er is sprake van een universele uitkering als de afhankelijkheidsindicator als enige indicator in aanmerking wordt genomen. Er is sprake van een selectieve uitkering als er daarentegen ook bijkomende indicatoren (waaronder het inkomen)⁹⁵ in aanmerking worden genomen. De **selectiviteitskwes**tie heeft betrekking op de voorwaarden die recht geven op een uitkering, zodra de afhankelijkheid is vastgesteld. Dit probleem is nauw verbonden met, maar verschillend van het probleem van het **tegemoetkomingsniveau** (hoogte van de uitkeringen) of van het **bijdrageniveau** (hoogte van de bijdrage, zie gedeelte financiering).

De kwestie selectiviteit en universaliteit kan als volgt worden samengevat⁹⁶. Enerzijds wordt er gesteld dat een sociaal beleid de armoede alleen op een daadwerkelijke en doeltreffende manier (met andere woorden met weinig kosten) kan bestrijden door te focussen op wie er het meest nood aan heeft, waarbij benadrukt wordt dat een beleid ten voordele van de volledige bevolking leidt tot een minder goede herverdeling. Dat argument wordt echter vaak bekritiseerd omwille van twee redenen. Ten eerste geven technische beschouwingen aan dat het in aanmerking nemen van inkomensindicatoren niet werkt. Zo kunnen de controles hoge administratieve kosten teweegbrengen, zijn er stigmatisatieproblemen (en dus soms niet-participatie) die veroorzaakt worden door de noodzaak om als arm beschouwd te worden, en problemen rond de arbeidsmarktvalkuil die ervoor zorgt dat het soms financieel voordeliger is om rechthebbende van het hulpprogramma te blijven dan om zich opnieuw op de arbeidsmarkt te begeven. Ten tweede stellen strategisch-politieke beschouwingen dat de beschikbare middelen voor zeer doelgerichte hulpprogramma's over het algemeen nogal gering zijn, ten gevolge van de kleinere politieke ondersteuning die ze genieten. Met andere woorden: een erg selectief programma leidt tot een belangenconflict tussen de armste klasse, de enige rechthebbende van het programma, en de welgestelde klassen, die het programma financieren terwijl

⁹⁵ Er wordt hier een onderscheid gemaakt tussen selectiviteit verbonden met het inkomen (*income selectivity*) en selectiviteit verbonden met andere criteria (*categorical selectivity*). Beide types van selectiviteit kunnen elkaar uiteraard versterken (zie Marx, I., Salanauskaite, L. & Verbist, G. (2013). The paradox of redistribution revisited: and that it may rest in peace?, *discussion paper IZA DP. n°7414, p.9*)

⁹⁶ Marx, I., Salanauskaite, L. & Verbist, G. (2013). The paradox of redistribution revisited: and that it may rest in peace?, *discussion paper IZA DP. n°7414*

ze er geen beroep op kunnen doen. "Wel, volgens mij is dat afhankelijk van het systeem dat je toepast, want als iedereen bijdraagt..., want kijk, als men mij zegt 'u hebt bijgedragen maar gezien uw inkomen hebt u geen recht op de zelfstandigheidsverzekering'..., dat is iets om in aanmerking te nemen."

In dat opzicht besluiten Korpi en Palme in een artikel van 1998⁹⁷ dat de meest selectieve systemen over het algemeen minder omvangrijk zijn en er dus paradoxaal genoeg een minder goede herverdeling is dan bij de universele systemen. Dat werk krijgt vandaag veel kritiek, zowel wat de onderzoeksmethodes betreft⁹⁸, als vanuit empirisch oogpunt. Volgens Marx et al. (2013)⁹⁹ is het negatief causaal verband tussen de selectiviteitsgraad en de herverdelingsgraad niet relevant. Zij stellen dat 'targetting tends to be associated with higher levels of redistributive impact, especially when overall effort in terms of spending is high' (p. 34).

De progressieve universaliteit blijkt dus in de lift te zitten: "Ik zou eerder geneigd zijn om te stellen dat iedereen er recht op heeft wanneer je hebt bijgedragen, en bovendien in verhouding met je inkomen. Ik weet het niet, dat is het verzekeringsprincipe."

Het PGB (persoonsgebonden budget) in Nederland situeert zich tussen een selectief en een universeel systeem omdat er geen inkomensgrens is, maar de rechthebbende remgeld moet betalen dat is aangepast in functie van zijn belastbaar inkomen¹⁰⁰.

Het Verenigd Koninkrijk heeft dan weer een duidelijk selectief standpunt. De hulp is namelijk gericht op het meest afhankelijke en het armste gedeelte van de bevolking en is dus tegelijk *needs* en *means-tested*. De cijfers zijn vrij duidelijk: ten gevolge van het tekort aan financiering heeft de lokale overheid haar aandacht gevestigd op enkele individuen met 'substantiële' of 'kritieke' behoeften. In de loop van de jaren negentig is het aantal gezinnen dat steun kreeg dan ook sterk gedaald, maar is het gemiddelde aantal gepresteerde hulpuren sterk gestegen. Merk ook op dat de aanwezigheid van mantelzorgers een rol speelt bij de evaluatie van de behoeften. In dat opzicht benadrukte een deelneemster dat "een mantelzorger als een inkomen beschouwd kan worden. Maar in dat geval wordt de mantelzorger gestraft terwijl die net ondersteund moet worden." Het is dus belangrijk goed na te denken over de definitie van 'inkomen' en over de verschillende parameters die erin opgenomen zullen worden.

In Vlaanderen krijgen de rechthebbenden op de zorgverzekering een forfaitair bedrag van 130 euro per maand, met als gevolg dat 40% van hen meer krijgt dan wat ze nodig hebben, terwijl de andere ruime helft meer uitgeeft dan het ontvangen bedrag¹⁰¹. We benadrukken evenwel dat het mogelijk is om een THAB te ontvangen en dat er een maximumfactuur bestaat voor thuiszorg.

⁹⁷ Korpi, W. & Palme, J. (1998). The paradox of redistribution and strategies of equality: Welfare state institutions, inequality, and poverty in the Western countries. *American sociological review*, 661-687.

⁹⁸ De auteurs houden namelijk geen rekening met de marginale gedragsveranderingen die zouden optreden bij de afschaffing van de sociale programma's. Ze voegen verschillende sociale programma's samen die niet dezelfde universaliteits- en selectiviteitscriteria hanteren en tot slot wordt de selectiviteitsgraad berekend op basis van de resultaten en niet op basis van de intenties. De *income selectivity* kan echter versterkt worden door de *categorical selectivity*

⁹⁹ *ibid.* 96

¹⁰⁰ Waterplas, L. & Samoy, E. (2005). L'allocation personnalisée: le cas de la Suède, du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Belgique. *Revue française des affaires sociales*, (2), p.90.

¹⁰¹ Cantillon, B. (2004). L'indispensable réorientation de l'assurance-dépendance flamande, *Revue belge de sécurité sociale*

2.4.11. Een individualisering van de rechten om innoverende woonvormen niet te belemmeren

Samenhuisprojecten en/of gemeenschapswoningen zijn een interessante oplossing als alternatief voor het 'alleen thuis blijven wonen' of de rustoorden voor bejaarden (ROB's)¹⁰². De uitkeringen van de RVA, het RIZIV of het OCMW zijn echter afhankelijk van het statuut (gezinshoofd, alleenwonende of samenwonende) en mensen die in een 'gemeenschap' wonen krijgen over het algemeen een lagere uitkering. De criteria zijn echter niet dezelfde voor de verschillende instellingen, wat leidt tot een grote juridische onzekerheid voor mensen die in een woongemeenschap of in groep leven. Dat kan de keuze voor samenhuizen moeilijker maken (p. 92 en 98).

Als men deze innoverende woonvormen wil promoten, dan is het belangrijk dat de gekozen criteria voor de aanpassing van de uitkering waar de gebruiker recht op heeft er niet voor zorgen dat de personen die willen samenhuizen in plaats van alleen thuis te blijven, gestraft worden.

2.5. REGULERING VAN DE SECTOR

Dit gedeelte handelt over de verschillende manieren om de hulp aan hulpbehoevenden aan te pakken, wat overeenkomt met verschillende reguleringswijzen of *care-regimes*.

Het begrip *care* is afkomstig uit de Angelsaksische literatuur en is moeilijk vertaalbaar. Hoewel het begrip een ethische en filosofische dimensie omvat, beperken we ons hier tot de concrete activiteiten van *care*, namelijk hulp aan hulpbehoevenden. Onthoud dus de volgende definitie: *'de activiteiten en relaties die bedoeld zijn om te voldoen aan de lichamelijke en emotionele behoeften van hulpbehoevende kinderen en volwassenen, evenals de normatieve, economische en sociale kaders waarbinnen die activiteiten en relaties worden omschreven en uitgevoerd'*¹⁰³. We onderscheiden verschillende vormen van *care*¹⁰⁴: formele, informele en semi-formele *care*. De *care* is **formeel** wanneer er een expliciet en openbaar erkend contract bestaat tussen de zorgverstrekker en de hulpbehoevende. De *care* is **informeel** wanneer die geen voorwerp uitmaakt van een expliciet contract. De *care* is **semiformeel** wanneer de mantelzorger, die erkend is in de categorie van de informele *care*, in het geval van hulp aan hulpbehoevenden een financiële tegemoetkoming ontvangt.

Deze concrete *care*-praktijken worden grotendeels beïnvloed door het geldende *care-regime*. Die *care-regimes* kunnen geconceptualiseerd worden zoals de *'institutionele en ruimtelijke regelingen die de toewijzing en de voorziening van care garanderen'*¹⁰⁵. Aangezien het concept het geheel van maatregelen omvat dat door de overheid werd uitgewerkt om *care* te 'produceren', lijkt het ons bijzonder gepast om de regulering van de sector te bespreken¹⁰⁶.

¹⁰² Makay, I. & Lampaert, L. (2012). Wonen zonder zorg(en): 10 woonvormen om over na te denken. Kenniscentrum woonzorg brussel vzw.

¹⁰³ Daly, M. & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The British journal of sociology*, 51(2), p.285.

¹⁰⁴ Degavre, F. & Nyssens, M. (2012). Care regimes on the move: Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy. *Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, Etat et Société, Université Catholique de Louvain*, p.123.

¹⁰⁵ Kofman & Raghurma (2009), p.4, geciteerd in *ibid.*

¹⁰⁶ cf. *ibid.* 104, p.7

Men onderscheidt over het algemeen vier grote types van regulering voor nabijheidsdiensten, in het bijzonder voor hulp aan ouderen: de regulering door overheidsvoogdij, de quasi-marktregulering, de regulering door stakeholders en regulering via de inschakeling van doelgroepwerknemers.

Regulering via de inschakeling van doelgroepwerknemers, waarbij men financiering kan bekomen door het creëren van werkgelegenheid, wordt in de discussiepunten behandeld. Aangezien die financieringswijze uit het werkgelegenheidsbeleid komt, staat die los van de bevoegdheden van de GGC. Gezien het belang ervan voor de sector, lijkt het ons echter essentieel om ze te bespreken. We behandelen dus achtereenvolgens de regulering door overheidsvoogdij, de quasi-marktregulering en de regulering door stakeholders. Maar eerst lijkt het ons belangrijk om de eigenschappen te hernemen van de opvang van hulpbehoevenden, en meer bepaald in de sector van de thuishulp.

2.5.1. Bijzonderheden van het 'care'werk¹⁰⁷

Historisch gezien was *carewerk* niet betaald en maakte het deel uit van de privésfeer. Het werd beschouwd als een taak die in huiselijke kringen plaatsvond, zelfs in het kader van thuishulpverenigingen¹⁰⁸. Daardoor was die taak grotendeels onzichtbaar in vergelijking met het bezoldigde werk van de man in het openbare leven (*male breadwinner model*). Dat model is vandaag achterhaald, dankzij het promoten van het model van de 'zelfstandige volwassen werker' en een verregaande uitbesteding van de *care*-taken.

Die 'formaliseringbeweging' van de *care* moet echter genuanceerd worden. Enerzijds gebeurde de uitbesteding van de *care* – of de *defamiliarisering* – slechts gedeeltelijk¹⁰⁹ en blijft de zorg voor hulpbehoevenden grotendeels de verantwoordelijkheid van vrouwen in de huishoudelijke sfeer. Vandaar dat het belangrijk is om de effecten van de invoering van de zelfstandigheidsverzekering op vlak van gender in aanmerking te nemen (zie gedeelte mantelzorgers).

Anderzijds moet men een onderscheid maken tussen salarisering en professionalisering¹¹⁰. Salarisering uit zich in de eerste plaats in het materiële van de bezoldiging, waar die uiteraard onlosmakelijk verbonden is met een "hiërarchie van sociaal aanzien", via de kwalificatie. Professionalisering verwijst naar 'het proces van sociale opbouw van erkenning ten aanzien van een groep die tegelijk professioneel wordt [...] De professionele erkenning wordt geïnstitutionaliseerd via de reglementering en de financiering door de instellingen voor sociale bescherming of de staatsdiensten, met name via kwalificaties, professionele titels, erkenningen of zelfs de ondersteuning van de markt' (p. 43). Daaraan kunnen we nog de opleidingen en de erkenning van arbeidsrisico's toevoegen. Door dat onderscheid kunnen we benadrukken dat salarisering niet automatisch gepaard gaat met professionalisering, maar ook dat 'de professionalisering van de activiteit niet altijd gepaard gaat met de professionalisering van de werknemers' (p. 48).

¹⁰⁷ Dit onderdeel is slechts in beperkte mate aan bod gekomen tijdens de groeps gesprekken. Het materiaal is dus voornamelijk afkomstig uit de literatuur.

¹⁰⁸ Puissant, E. (2012). Le travail et l'organisation du travail dans les associations d'aide à domicile, entre industrialisation et résistances. In F. Petrella & L. Fraise (Eds.), *Aide à domicile et services à la personne, les associations dans la tourmente* (pp. 101–115). *Presses universitaires de Rennes*.

¹⁰⁹ Merk op dat er ten gevolge van de economische crisis zelfs een herfamiliarisering plaatsvindt, vooral in de Zuid-Europese landen.

¹¹⁰ Dussuet, A. & Flahault, E. (2010). Entre professionnalisation et salarisation, quelle reconnaissance du travail dans le monde associatif ? *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*(111), 35–50

Risico's verbonden met de onzichtbaarheid

Verschillende factoren dragen op die manier bij aan het feit dat het werk grotendeels onzichtbaar blijft, zelfs al wordt het 'uitbesteed', wat de sociale erkenning en bijgevolg de professionalisering ervan verhindert. Die onzichtbaarheidsfactoren zijn eveneens verbonden aan de specifieke risico's van het beroep¹¹¹.

Een eerste factor heeft betrekking op het feit dat de tussenkomst thuis plaatsvindt. Enerzijds betekent dat regelmatige verplaatsingen, wat niet eenvoudig is in een stad als Brussel. Mobiliteit is tijdens de groeps gesprekken inderdaad aangehaald als een groot probleem: *"Ja, dat moet zeker in het Brusselse gezondheidsplan opgenomen worden, dat is duidelijk. Er zijn een heleboel dingen en hier (...) een afhankelijkheidsbijstandsverzekering voor thuis invoeren is heel goed, maar volgens de situatie in Brussel... Als men het de zorgbeheerders en de zorgverleners niet gemakkelijk maakt zodat ze zich naar de woning verplaatsen en er aankomen, wel dan zal niemand zich nog verplaatsen. De kine zal zich niet verplaatsen, de arts zal zich niet meer verplaatsen en alle zorgstructuren die opgericht zullen worden, zullen zich niet meer verplaatsen. Het wordt verschrikkelijk. Dat maakt natuurlijk deel uit van een globaal plan, behalve voor Brussel. Ik heb nog gepraat met een verantwoordelijke in de verpleegsector: 'In de voetgangerszone ga ik niet meer. Wat gaan jullie doen met die 40 hectare en al de mensen die er wonen? Ze zullen geen recht hebben op jullie ding want je kan er niet meer naartoe.' Het gewest moet dus een klein beetje globaal denken."*

Aangezien de privéwoningplaats van de rechthebbenden de werkplaats is van de werknemers, wordt het bovendien bijna ingewikkelder om de regels in verband met veiligheid op de werkvloer toe te passen. Als een van de doelstellingen van de zelfstandigheidsverzekering is om personen die soms zeer afhankelijk zijn, thuis te houden, dan moet men de nodige inrichtingen voorzien om werkomstandigheden te garanderen met aandacht voor de gezondheid van de werknemers. Deze beschouwingen verwijzen naar de bevoegdheid van hulpverleningsorganisaties om de gebruiker in zijn privéruimte [of zelfs zijn intieme ruimte] de invoering van externe regels van openbare aard op te leggen (p. 121).

Een tweede factor heeft te maken met het alledaagse van de handelingen die de hulpverleners thuis uitvoeren: ze maken geen gebruik van geavanceerde technieken of instrumenten waardoor er een onderscheid zou zijn met de huishoudelijke taken die de meeste vrouwen dagelijks uitvoeren. In dat beroep komen arbeidsongevallen echter voornamelijk voor in de vorm van vermoeidheid en uitputting door het herhaaldelijk uitvoeren van dezelfde taken. Het is dus belangrijk om dit werk onder de aandacht te brengen, zodat het in aanmerking komt voor preventiemaatregelen.

Het belang van het emotionele werk is een derde factor die ervoor zorgt dat wat werkelijk 'geproduceerd' wordt niet opgemerkt wordt: 'een essentieel onderdeel van [dat] werk is omgaan met gevoelens, de eigen gevoelens en die van de geholpen persoon (p. 124)'. De betekenis van de uit te voeren taken gaat dus veel verder dan het zuiver materiële aspect: zo is een gerecht in de microgolfoven opwarmen de gelegenheid om te vragen hoe het met de geholpen persoon gaat, wat het dan weer mogelijk maakt om nieuwe behoeften te bepalen, enz.

¹¹¹ Dussuet, A. (2012). Un modèle associatif d'organisation du travail dans l'aide à domicile comme outil de prévention des risques de santé. In F. Petrella & L. Fraisse (Eds.), Aide à domicile et services à la personne, les associations dans la tourmente (pp.117-134). Presses universitaires de Rennes.

Die analyse toont aan dat de risico's die de thuishulpverleners tijdens hun werk nemen [...] verbonden zijn met wat niet opgemerkt of gezegd wordt in verband met het uitgevoerde werk. Vanuit een preventiestandpunt beklemtoont het daarentegen de noodzaak van een expliciete definitie van de dienstverlening en van een verwoording van de na te leven regels (p. 125).

Welke professionalisering voor een dienstverlening die men samen vormgeeft?

Puissant (2012)¹¹² analyseert in welke mate die processen die de erkenning en de verduidelijking van de thuishulpactiviteiten en -beroepen bevorderen, echter mogelijk zijn (p. 101).

Door het standpunt van de gebruikers in te nemen, merkt ze op dat die tegelijk van de voordelen van de dienst genieten en bijdragen tot de definitie ervan: 'het zuivere huishouden kan door een poetsdienst gebeuren, terwijl thuishulp, die gericht is op de gebruiker, inhoudt dat de huishoudelijke taken een middel zijn om nauwe banden aan te knopen en een relatie op te bouwen tussen de beroepsbeoefenaar en de gebruiker'. De preventie van afhankelijkheid als een van de missies, vergroot nog het belang van het samen vormgeven van de dienst: 'door de gebruikers bij hun activiteiten te betrekken, zorgen de thuishulpverleners er mee voor dat het moment waarop de gebruikers hun zelfstandigheid verliezen, wordt uitgesteld'. Vanuit dat standpunt is het aangewezen om de handelingsruimte van de werknemers niet te veel te beperken, om hen niet alleen de mogelijkheid te bieden om zich aan te passen aan de behoeften van de gebruiker, maar ook om samen 'sociale tijd' door te brengen. Men moet hen dus de mogelijkheid bieden om niet alleen tijd vrij te maken om te doen, maar ook om 'mee te doen' (p. 180).

'Een tussenkomst van een kwartier voorzien [om een gerecht in de microgolfoven op te warmen], kan dan wel volstaan om de trap te nemen tot de voordeur van de persoon, binnen te komen, de schotel te nemen, die in de microgolfoven te steken, te wachten tot die warm is en die vervolgens samen met het bestek aan tafel te brengen; het is echter onvoldoende om te vragen hoe het met de persoon gaat en een gesprek te voeren, men mag zich niet tevreden stellen met binnen te komen in iemands woning en privésfeer en vlug even naar de keuken te gaan. Bovendien volstaat die tijd niet om met onvoorziene omstandigheden om te gaan (een depressieve en eenzame persoon die wachtte op het enige bezoek van de dag om even te praten over wat er buiten gebeurt enz.)' (p. 111).

Men lijkt het belang van dat samen vormgeven aan de dienstverlening echter te verwaarlozen door de huidige algemene trend naar industrialisering waarbij de nadruk ligt op de technische prestatie, het zoeken naar productiviteitswinst of -normen (bv. beslissen hoe lang het duurt om een bepaalde oppervlakte schoon te maken). Die rationaliseringsprocessen zijn een mogelijk middel om te professionaliseren maar zijn niet verenigbaar met de aard van de te leveren diensten. Messaoudi (2012)¹¹³ komt eveneens tot de conclusie dat het industriële model waarbij enkel competenties ter beschikking worden gesteld zonder de interactieve dimensie mee op te nemen, sociaal gezien niet optimaal en niet echt gewenst is voor het merendeel van de ouderen (p. 91). Die [relationele]

¹¹² Puissant, E. (2012). Le travail et l'organisation du travail dans les associations d'aide à domicile, entre industrialisation et résistances. In F. Petrella & L. Fraise (Eds.), Aide à domicile et services à la personne, les associations dans la tourmente (pp. 101–115). Presses universitaires de Rennes.

¹¹³ Messaoudi, D. (2012). L'adaptation de la qualité aux attentes des personnes âgées : quelle innovation du modèle associatif ? In F. Petrella & L. Fraise (Eds.), Aide à domicile et services à la personne, les associations dans la tourmente (pp. 83–100). Presses universitaires de Rennes.

competenties worden echter te weinig erkend door de instellingen en bijgevolg te weinig betaald (p. 100).

Een verantwoordelijke van een thuishulpvereniging vertrouwde ons toe dat dit tijdsgebrek, dat te maken heeft met een financieringstekort, zich vertaalt in extra stress voor de werknemers en een merkbaar verminderde interesse voor hun job, wat uiteindelijk leidt tot meer ziekteverlof.

De hulpverleningsactiviteiten voor kwetsbare doelgroepen moeten dus enerzijds taken omvatten die in principe vastgelegd en meetbaar zijn, vooral huishoudelijke taken, maar [anderzijds] ook socialere, niet meetbare en niet vast te leggen taken (noch inhoudelijk, noch op vlak van tijd) (p. 113).

2.5.2. Regulering door overheidsvoogdij (of prestaties in natura)

De overheid, die optreedt als verantwoordelijke 'voogd', financiert en ondersteunt de productie van diensten, die ofwel door de overheid zelf worden voorzien, ofwel door de verenigingssector. De dienstverleners worden gesubsidieerd op basis van vooraf bepaalde kwaliteitscriteria. De hulpbehoevende persoon richt zich tot de door de overheid vooraf gestructureerde diensten. Dat reguleringstype is voornamelijk tot stand gekomen door de oprichting van de welvaartsstaten. De Waalse assurance autonomie zou op dat model gericht zijn: *"Wat we in Wallonië zien, is een financiering van diensten die bij de patiënt thuis worden gepresteerd."*

Voordelen

"We zijn eerder voor een systeem dat de diensten erkent zodat de titel en de opleiding van de personen worden gegarandeerd, dat er wordt vermeden dat sommigen in het zwart gaan werken met een soms heel moeilijke en conflictueuze begeleiding; dat er ten tweede voor zorgt dat er schaalvoordelen zijn op het niveau van het systeem en ten derde dat men twee problemen vermijdt die zouden kunnen opduiken: enerzijds een tariefverhoging – door de Europese wetgeving wordt het almaar moeilijker om de prijzen te controleren, maar als men de vraag financiert, dan stelt men meestal een prijsverhoging vast – en anderzijds, in sommige omstandigheden, problemen binnen het gezin."

Vier punten dus:

- het belang van het statuut van de werknemers, van hun opleiding, van hun begeleiding in een ad-hoc-structuur, wat eveneens de kwaliteit van de zorg garandeert;
- mogelijkheden tot schaalvoordelen;
- het zorgt ervoor dat de zelfstandigheidsverzekering geen inflatie van de prijzen veroorzaakt en dus dat de vrijgemaakte budgetten werkelijk gaan naar de personen die er behoefte aan hebben;
- het zorgt ervoor dat conflicten binnen het gezin vermeden worden (zie gedeelte mantelzorgers).

We vermelden er ook bij dat deze reguleringwijze ervoor zorgt dat men vermijdt dat men dit eventueel als een buitenkansje ziet.

Nadelen

Een belangrijk punt bij dit reguleringstype is de selectie van diensten die opgenomen kunnen worden: *"Zal de zelfstandige verpleegster of de zelfstandige die diensten komt verlenen dan een beroep kunnen doen op de zelfstandigheidsverzekering als je dat aan erkende diensten geeft?"*

Het risico op een bureaucratisering van de sector is ook aanwezig, waarbij enkele grote organisaties de beschikbare budgetten zouden kunnen opslokken, ten koste van de eerder lokaal werkzame verenigingen die soms dicht bij het werkveld staan en beter op de vraag inspelen.

In de Brusselse multiculturele context stelt zich ook de vraag naar de verscheidenheid van voorkeuren. Hoe verhoog je dus de keuze voor hulpbehoevenden wat de aankoop van diensten betreft?

2.5.3. Quasi-marktregulering of financiële tegemoetkoming

De quasi-marktregulering onderscheidt zich van de regulering door overheidsvoogdij door het feit dat niet meer de hulpverleningsorganisaties (de producenten), maar rechtstreeks de 'consumenten' gesubsidieerd worden. De staat neemt nog steeds de financiering op zich, maar er is een onderscheid tussen de rechthebbende op financiering en de producent van de diensten. We hebben het dan over een financiële tegemoetkoming of, in de Angelsaksische wereld, cash-for-care. Dat is het model dat vandaag in Vlaanderen wordt toegepast: *"In Vlaanderen betaalt men een forfait aan de rechthebbende die zich in een afhankelijkheidssituatie bevindt."*

Waterplas en Samoy¹¹⁴ somden de eigenschappen op van het ideaaltype van een gepersonaliseerde uitkering in geld:

- De gepersonaliseerde uitkering is een sociale tegemoetkoming in geld die gestort wordt om de rechthebbenden de mogelijkheid te bieden om zich de hulp te verschaffen die ze nodig hebben om, zoals de rest van de bevolking, een zelfstandig leven te kunnen leiden. De uitkering compenseert alle behoeften, inclusief de behoeften met betrekking tot sociale integratie.
- De uitkering past in het kader van een compensatie, niet van sociale hulpverlening. In dat opzicht is die universeel.
- De uitkeringsgerechtigde is een oordeelkundige consument die in staat is om zijn eigen behoeften te kennen en uit te drukken en een verstandige keuze te maken tussen de dienstverleners die aan deze behoeften zouden kunnen voldoen. Hij is in staat om de in onderlingoverleg aangeworven hulpverleners zelf op te leiden. Hij beheert zijn budget en vervult alle formaliteiten die eigen zijn aan de voorziening.
- De uitkering kan volledig vrij besteed worden.
- De uitkeringsgerechtigde oordeelt als enige over de kwaliteit van het werk. De externe controle door de overheid is tot het strikte minimum beperkt.
- De hulpverleners staan ten dienste van de rechthebbende, 'zijn handen en voeten'.
- Er bestaat een concurrentiële hulpverleningsmarkt en de uitkeringsgerechtigden beschikken over volledige en transparante informatie over het beschikbare aanbod.

Voordelen

Het grootste voordeel van dit reguleringstype is dat er geen vooraf vastgelegde dienst wordt opgelegd die niet voor iedereen geschikt zou zijn: *"als men rechtstreeks de personen financiert die een zelfstandigheidsverzekering afsluiten, dan kunnen ze aan hun werkelijke behoeften voldoen. Als men de diensten financiert, dan worden de personen die deze diensten niet echt nodig hebben een beetje verwaarloosd."* Zo heeft het individu, althans in theorie, meer **vrije keuze**.

¹¹⁴ Waterplas, L. & Samoy, E. (2005). L'allocation personnalisée: le cas de la Suède, du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Belgique. *Revue française des affaires sociales*, (2), p.63

Een ander voordeel is dat het mogelijk wordt om **de mantelzorger te vergoeden**: "*Ik kom even terug op het voorbeeld dat u gaf over een persoon die enkele boodschappen moet doen. De buurvrouw is beschikbaar om dat te doen. Waarom zouden we haar daarvoor geen kleine vergoeding kunnen geven?*" Dat argument moet echter genuanceerd worden (zie gedeelte mantelzorgers).

Het feit dat de prijzen kunnen dalen door de concurrentie tegen elkaar uit te spelen, werd door geen enkele deelnemer als argument aangehaald¹¹⁵.

Nadelen

Het belangrijkste minpunt dat voor deze reguleringswijze wordt aangehaald, is dat "*niet iedereen dit kan, niet iedereen in staat is om **werkgever te zijn**, te organiseren, het arbeidsrecht na te leven...*" In dat opzicht is het interessant om op te merken dat de vertegenwoordigers van de personen met een handicap veel meer te vinden waren voor het principe van de financiële tegemoetkoming dan de vertegenwoordigers van de ouderen ("*een deel van de sector van personen met een handicap pleit voor dat model*"). Het symbool van de jongvolwassene met een lichamelijke handicap die dankzij zijn uitkering universitaire studies volgt, is immers niet vergelijkbaar met veel andere afhankelijkheidsituaties. Zo komt de werkelijke rechthebbende helemaal niet overeen met het beeld van de ideale gebruiker zoals voorzien in de wet. Sommigen merken in dat opzicht echter op dat "*het mogelijk is om verenigingen of diensten op te richten die de mensen helpen om werkgever te worden, de dienst te herorganiseren en te coördineren, zoals de Vlamingen dat doen*".

De concurrentie tegen elkaar uitspelen lijkt bovendien niet vanzelfsprekend. Enerzijds moeten er daadwerkelijk verschillende hulpverleningsorganisaties zijn die met elkaar concurreren ("*het heeft geen zin om een forfaitair bedrag aan een rechthebbende uit te keren als er geen mogelijke georganiseerde/gestructureerde steun is*"), maar anderzijds moet het argument van de vrije keuze van de consument ook genuanceerd worden omwille van redenen die verband houden met de aard van de geleverde dienst. Voor heel wat mensen lijkt een verandering van hulpverleningsorganisatie onmogelijk omwille van gevoelsmatige redenen of gewoonte.

Sommige deelnemers verzetten zich ook tegen het **risico op een commercialisering van de thuiszorgdiensten en bijgevolg [op] een liberalisering van de sector**. Een (onopzettelijk) gevolg van de subsidiëring van de vraag is immers meestal dat er een privémarkt ontstaat van ondernemingen die geen erkenning nodig hebben. Het instabiele personeel in die ondernemingen vormt een bedreiging voor de continuïteit en de kwaliteit van de verleende hulp.

Het **statuut van de werknemers** is ook een discussiepunt in dit reguleringsstype, onder meer omdat de financiële uitkeringen in bepaalde gevallen zwartwerk kunnen bevorderen, zoals bijvoorbeeld het geval is in Italië. Wanneer de gebruiker vrij is om zowat iedereen aan te werven, stelt zich bovendien de vraag naar de professionele kwalificatie van de werknemer. In het geval van een vergoeding van de

¹¹⁵ De quasi-marktervaring in het Verenigd Koninkrijk toont zelfs aan dat men het tegenovergestelde zou kunnen verdedigen. De invoering van de *Personal Budgets* ging gepaard met nieuwe risico's voor de hulpverleningsorganisaties: gebruikers die niet betaalden, het verlies van schaalvoordelen en nieuwe transactiekosten (heel wat verschillende klanten), het verlies van werknemers die 'in onderling overleg' gaan werken en een grotere turnover.

mantelzorgers haalden sommige deelnemers de noodzaak aan om *“een opleidingsaanbod voor mantelzorgers te voorzien (om mishandeling door onwetendheid te vermijden)”*.

Dat ideaaltipe wordt echter zelden verwezenlijkt aangezien de overheid zich zelden beperkt tot haar enige missie, namelijk het solvabel maken van de vraag. In de meeste gevallen geeft ze ook de voorwaarden die gepaard gaan met de financiële tegemoetkoming. In Duitsland bijvoorbeeld controleert een team van de afhankelijkheidsverzekeringskas bij de rechthebbenden op een tegemoetkoming in geld of de verleende hulp goed is afgestemd. In Frankrijk wordt de APA (THAB) gestort om een specifiek hulpplan te financieren dat is vastgelegd door een medisch-sociaal team. Dat team volgt ook de afhankelijkheidsituatie op om het hulpplan waar nodig bij te sturen en ervoor te zorgen dat de gestorte bedragen wel degelijk voor dat hulpplan worden gebruikt¹¹⁶. Merk op dat er in Vlaanderen geen enkel bewijs wordt gevraagd. De rechthebbende is vrij om het geld te besteden zoals hij dat wil.

2.5.4. Regulering door stakeholders of trekkingsrecht

"Ja, het is een trekkingsrecht, maar je kan dat elektronisch doen hé. Zodra de persoon geïdentificeerd is als iemand met zelfstandigheidsverlies, dan zegt het coördinatiecentrum hem: 'Wel kijk, in uw geval kunt u voor hulp terecht bij die of die dienst'."

Zoals blijkt uit het bovenstaande citaat, werd er tijdens de groepsgesprekken ook een tussenliggend model aangehaald. Dat houdt een trekkingsrecht in tussen verschillende vooraf geselecteerde diensten: *“er is een soort van toegangspoort die de evaluatie doet, de evaluatie van afhankelijkheid en dat kan het OCMW zijn, dat kan een coördinatiecentrum zijn, maar daar bovenop, na de evaluatie is er een pakket gekoppeld aan het in kaart brengen van de behoeften, dat pakket is niet beperkend. Het is samengesteld door de coördinatiecentra die de behoeften evalueerden. Maar er zijn ook mogelijkheden voor de geholpen personen en uit dat pakket van erkende hulpverleners kan men een keuze maken.”*

Het voordeel van dat tussenliggend systeem is dat de struikelblokken die voorkomen in de quasi-marktregulering worden vermeden omdat de statuten van de werknemers worden erkend en de kwaliteit van de geleverde diensten in aanmerking wordt genomen. Dit reguleringstype benadrukt bovendien het belang van het samen vormgeven van de hulpverlening door overheid en diensten, om beter rekening te houden met de specifieke eigenschappen en uitdagingen van de zorgsector op lange termijn. Dat model onderscheidt zich van een marktregulering, maar vervalt ook niet in een regulering door overheidsvoogdij, waarbij het initiatief onder de bevoegdheid van een centrale overheid valt. De problematiek van het bestuur staat hier centraal (zie gedeelte actoren).

Het concept van trekkingsrechten maakt het bovendien mogelijk om een backofficesamenwerking te overwegen tussen de Vlaamse, Waalse en Brusselse systemen (zie gedeelte Brussel afstemmen op Vlaanderen en Wallonië).

Ook het voorstel van een gemengd systeem, zoals het Duitse model, werd aangehaald: *"gemengd systeem met een dienstenaanbod, maar ook een forfaitair bedrag waardoor personen hun eigen keuzes*

¹¹⁶ Da Roit, B. & Le Bihan, B. (2009). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France et en Italie. familialisation ou défamilialisation du care ? *Lien social et Politiques*(62), p.44.

kunnen maken." In dat opzicht is het interessant om op te merken dat de Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) voortaan van plan is om ook de hulpverleners gedeeltelijk te subsidiëren zodat ze hun structuur in evenwicht kunnen brengen. Voor Brussel vroeg men zich af of de budgetten toereikend zouden zijn: *"Maar gaat het hier over weinig of zijn het echt aanzienlijke bedragen? Als men zegt dat men het zal halveren, wat blijft er dan nog van over?"*

2.5.5. Welke wijze van besturen?

Behalve de kwestie wie de rechthebbende van de uitkering is (hulpverleners, gebruiker...) is er nog het bestuur van de sector.

Heel wat deelnemers benadrukten het belang van samen door de overheid en de hulpverleners opgebouwde 'spelregels' om beter rekening te kunnen houden met de specifieke eigenschappen en uitdagingen van de zorgsector op lange termijn.

Hier staat de kwestie centraal van het paritair orgaan dat zal worden ingevoerd.

De invoering van een participatieve wijze van besturen zorgt ervoor dat men niet vervalt in de mogelijke valkuilen van een regulering door overheidsvoogdij, waarbij het initiatief zou vallen onder de bevoegdheid van een centrale overheid, die soms minder goed op de hoogte is van de realiteit van het werkveld dan de actoren zelf.

2.6 WELKE ACTOREN?

We vroegen de deelnemers aan de focusgroepen eveneens hun mening te geven over de identiteit en de functie van de verschillende actoren die de zelfstandigheidsverzekering zouden moeten uitwerken. Vooraleer we de geïdentificeerde functies voorstellen, gaan we eerst in op de algemene principes waaraan het systeem van actoren volgens onze deelnemers moet voldoen:

- Het systeem minder complex maken om de toegankelijkheid ervan te verbeteren: *"U zegt dat dit onvermijdelijk door meerdere instellingen zal gebeuren, maar dat is niet mogelijk. Als persoon met een handicap kom je al in contact met het gewest, de gemeente, de GGC en de Franse Gemeenschapscommissie (Cocof): dat is niet mogelijk en we pleiten voor een unieke toegang of iets dat daarop lijkt"* en om de beheerskosten te drukken: *"We kunnen alles bedenken, maar op een bepaald moment zullen we dat praktisch moeten uitwerken, en hoe complexer het systeem wordt, des te meer we naar beheerskosten zullen evolueren";*
- Stabiliteit en coherentie garanderen: *"op het vlak van het globale beheer, om de coherentie te garanderen, want er zullen de facto gewestelijke garanties zijn. Het globale beheer bevindt zich volgens mij op het niveau van de ION.";*
- Transparantie verzekeren: *"het interesseert me niet om me vast te klampen aan fetisjismen [...] Wat mij interesseert is dat we vastleggen welke instantie in staat is om [de zelfstandigheidsverzekering] te produceren. Is dat het eigenlijke gewest, de GGC, de gemeenschapsinstanties? Ik bedoel: wie is het best in staat om een financieringsbron te produceren die stabiel, transparant enz. is?"*

De uitwerking van de zelfstandigheidsverzekering omvat bovendien verschillende functies die moeten worden vervuld. Vijf van die functies zijn in de focusgroepen aan bod gekomen:

- de bijdragen verzamelen en de uitkeringen betalen;
- de uitgaven controleren en de tarieven reguleren;
- de kwaliteit controleren en de dienstverleners erkennen;
- de afhankelijkheidsgraad meten;
- de begeleiding van de persoon coördineren.

2.6.1. Bijdragen verzamelen en uitkeringen betalen

De meerderheid van de deelnemers aan de focusgroepen pleitten ervoor dat de mutualiteiten de bijdragen zouden verzamelen en de uitkeringen zouden uitbetalen. We moeten hierbij wel vermelden dat die mutualiteiten zeer goed vertegenwoordigd waren in de focusgroepen. De ervaring van de mutualiteiten, waarvan dit de corebusiness is, wordt aangehaald. Sommige deelnemers benadrukten eveneens dat die oplossing het ingewikkelde institutionele systeem vereenvoudigt voor de ontwerpers van de zelfstandigheidsverzekering: *"Er moet geen administratie ad nihilo gecreëerd worden"* en voor de gebruikers: *"De mutualiteiten spelen al een rol op federaal niveau (ziekteverzekering). Voor de mensen is het eenvoudiger als ze zich tot dezelfde instantie moeten richten op gewestelijk niveau (zelfstandigheidsverzekering)."*

In dat opzicht wordt het betrekken van de privéverzekeringen – zoals in Vlaanderen is gebeurd – voorgesteld als een tegenvoorbeeld: *"Mijn voorkeur gaat uit naar een beheer waarbij de mutualiteiten betrokken worden en ik wil geen Vlaams model."* *"De privéverzekeringsmaatschappijen hebben zich één voor één uit de Vlaamse zorgverzekering teruggetrokken omdat het weinig rendabel was, [het is] moeilijk om winst te maken en de afgeleide producten zijn beperkt."*

Voor sommige deelnemers is het idee dat de mutualiteiten de bijdragen zouden verzamelen en de uitkeringen zouden uitbetalen echter verbonden aan de voorwaarde dat zij in staat moeten zijn om een zekere progressiviteit van de bijdragen toe te passen – wat betekent dat ze de inkomens moeten kennen: *"Ik ben absoluut geen voorstander van het systeem dat in Wallonië wordt toegepast, want ik vind het niet doeltreffend. En als men dan argumenteert dat de mutualiteiten niet op de hoogte zijn van de inkomens... we leven toch in een digitale wereld? Ja, het zal duur zijn, maar goed. Het is geen kwestie van privacy maar van informaticakosten. Dat lijkt mij een belangrijk punt."*

Naast de mutualiteitsoplossing worden nog andere actoren vermeld:

- Een van de deelnemers stelt voor om een mutualistische entiteit op te richten die verschilt van de mutualiteiten, die handelen op het vlak van de federale zekerheid.
- Ook de oprichting van een residuaire kas voor wie zich niet wil aansluiten bij de Zorgkas werd aangehaald.
- Er wordt herinnerd aan de noodzaak om een orgaan te voorzien dat verantwoordelijk is voor het beheer van geschillen, die zouden optreden wanneer iemand niet betaalt (boetes, enz.) en de continuïteit van het recht zou verzekeren.
- Bij dat beheer van de bijdragen en uitkeringen worden de gezinshulpdiensten en de gemeenteloketten vermeld, afhankelijk van de tegemoetkomingstechniek die voorzien is voor

de zelfstandigheidsverzekering: *"Indien een voorkeurstarief gehanteerd wordt, dan zal dit op het niveau van de gezinshulpdiensten zelf plaatsvinden, als het een cheque is, dan zal dat bijvoorbeeld aan het gemeenteloket zijn."*

- Tot slot verwijst een deelnemer naar het Duitse voorbeeld, een model dat zich eerder aan de administratieve kant bevindt.

2.6.2. Uitgaven controleren en tarieven reguleren

De controle van de uitgaven en de regulering van de tarieven werden geïdentificeerd als essentiële functies waaraan het actorensysteem van de zelfstandigheidsverzekering moet voldoen: *"Een ander punt is de onderhandeling. Men moet er ook op letten dat zich niet hetzelfde probleem stelt als in Frankrijk: toen men geld gaf als huisvestingssteun zijn de woningprijzen gestegen. Uiteindelijk heeft dat niet veel opgeleverd. [...] Dat geldt ook voor het rusthuis. Als [men zich ook met de zelfstandigheidsverzekering richt naar] wie in een rusthuis verblijft, dan zou dit kunnen leiden tot een stijging van de verblijfskosten voor de bewoners."*

Om deze functie te vervullen, pleiten de deelnemers van de focusgroepen voor een paritair orgaan: *"Het voordeel van het paritair beheermodel (zoals op federaal niveau) is dat er enerzijds vertegenwoordigers van de patiënten en anderzijds de dienstverleners zijn. De tarieven kunnen onderhandeld worden en er is een controle van de ene door de andere. De ION die momenteel wordt opgericht, wordt regelmatig aangehaald als plek waar deze regulering zou kunnen plaatsvinden. Sommige deelnemers benadrukten echter dat de mutualiteiten niet de enige vertegenwoordigers van de patiënten zijn, [er zijn ook] representatieve patiëntenverenigingen. Een deelnemer haalt als voorbeeld de sector van personen met een handicap aan: "Dat wil zeggen dat de representatieve verenigingen van personen met een handicap moeten opgenomen worden in de beheersorganen die het budget, de oriëntering, enz. moeten bepalen [...] Aan Waalse kant is men daar nog niet in geslaagd. We moeten dus zeer waakzaam zijn voor Brussel."*

2.6.3. Kwaliteit controleren en dienstverleners erkennen

De kwaliteit van de diensten werd regelmatig aangehaald door de deelnemers (zie hierboven). Ze hebben het echter niet gehad over de actoren die verantwoordelijk zouden zijn voor het toezicht op die kwaliteit in het kader van de zelfstandigheidsverzekering, eventueel via een goedkeuring van de erkende diensten. Een van de deelnemers beklemtoonde nog dat er in Vlaanderen geen kwaliteitscontrole gebeurt bij de zorgverzekering.

2.6.4. De afhankelijkheidsgraad meten

Het meten van de afhankelijkheidsgraad van de personen die een beroep willen doen op de zelfstandigheidsverzekering is een kwestie van instrumenten (zie hierboven), maar ook van actoren: wie zal instaan voor het meten van de afhankelijkheidsgraad van de potentiële rechthebbenden?

De kwestie van de potentiële belangenconflicten die dit systeem kan veroorzaken staat centraal in deze problematiek: *"De persoon die het formulier moet invullen, is ook de persoon die de subsidies aanvraagt."*

Er worden verschillende oplossingen voorgesteld:

- een externe evaluator (het voorbeeld van Luxemburg wordt aangehaald, maar voorgesteld als onbetaalbaar);
- de sociale diensten van de mutualiteit: *"De evaluatie door de sociale diensten [van de mutualiteit] werkt in Vlaanderen en wordt voor 75 euro door de Vlaamse Gemeenschap (via de Zorgkas) gesubsidieerd."*
- verenigingen;
- de zorgverleners zelf, in team; *"Volgens mij worden dat zorgverleners in ruime zin. Ik denk bijvoorbeeld aan iemand die in een rusthuis verbleef. Als die nog geen evaluatie heeft gekregen, dan is het volgens mij de taak van het zorgteam om die uit te voeren. Wanneer er een verpleegster aan huis komt (op voorwaarde dat er ook medische gegevens moeten ingevuld worden), dan moet er een goede verstandhouding zijn met de behandelende arts."*

Het voorbeeld van de rusthuizen illustreert goed de alternatieven voor een evaluatie door een externe speler: *"Met betrekking tot dat belangenconflict stelt zich de vraag naar het controleorgaan. Wat de Katz betreft, is er in de rusthuizen een periode geweest met veel discussies en betwistingen. Daarna is men tot een overeenkomst gekomen tussen de controleurs en de gecontroleerden. Men is erin geslaagd om het systeem in evenwicht te brengen."*

2.6.5. De begeleiding van de persoon coördineren

Volgens de gesprekken in de focusgroepen moet men tot slot ook de coördinatie van de zorgverleners of het opstellen van een begeleidingsplan voor de persoon, aan bepaalde actoren toevertrouwen, voor zover het mogelijk is om dat type diensten te financieren (zie hoofdstuk zorgpakket): *"Het volstaat niet om gewoon geld te geven. De klanten moeten opgevolgd worden, het gaat eerder om een begeleiding naar de bestaande mogelijkheden [...]. De coördinatiecentra zijn diensten die, wanneer de persoon belt, niet alleen de aanvraag doorsturen, maar de persoon ook adviseren over het type beschikbare hulp en diensten." Casemanagement (algemeen en gespecialiseerd) wordt aangehaald als een potentiële organisatiewijze van die coördinatiefunctie: "De algemene diensten bestaan al. U had het over tele-coaching en men heeft mij verteld over casemanagement als platform om de behoeften beter te bepalen en te zien of alles werkt. De algemene diensten mogen er zijn, maar [er is] ook nood aan gespecialiseerde diensten, bijvoorbeeld voor doven of personen met een psychische stoornis."*

2.7. BRUSSEL AFSTEMMEN OP VLAANDEREN EN WALLONIË

Vele stakeholders zijn erg bezorgd omtrent de ontwikkeling van de diverse afhankelijkheidsverzekeringen in Vlaanderen, Brussel en Wallonië. Zij vrezen dat wanneer geen synergiën gevonden worden tussen de gewesten het voor de Brusselaar moeilijk beheersbaar wordt. Sommige stakeholders betreuren bovendien dat geen regeling mogelijk was op het Federale niveau. *"Volgens mij vragen we al jaren naar de oprichting van een zelfstandigheidsverzekering vanuit het federale niveau, maar dat was niet mogelijk. De zesde staatshervorming heeft duidelijk gemaakt dat dit wordt overgeheveld naar de deelstaten."*

"In Brussel wordt dat bijzonder belangrijk, gezien de verdeling van de bevoegdheden tussen de ION en de GGC bijvoorbeeld. We moeten geen kafkaïaans monster creëren."

"Hoe zullen we samenwerkingsakkoorden uitwerken?"

"[men moet] het probleem van de Brusselaars die bijdragen aan de zorgverzekering oplossen."

Men drukt dus de hoop uit dat voor de zelfstandigheidsverzekering bilaterale akkoorden kunnen gesloten worden die het voor de Brusselaar éénduidig, eenvoudig bruikbaar en zoveel mogelijk uniform kunnen maken. Dat betekent echter dat best vrij snel overleg wordt ingepland tussen de gewesten om al in de conceptuele fase potentiële bruggen te kunnen inbouwen.

Een eerste aspect betreft de beheerders van de Zelfstandigheidsverzekering in Brussel. Net zoals dat het geval is in Vlaanderen, blijkt ook bij de stakeholders in de focusgroepen een voorkeur te bestaan om beheersaspecten toe te vertrouwen aan zogenaamde zorgkassen. Informatie omtrent het debat dat momenteel ook in het Waals Gewest wordt gevoerd omtrent de Waalse zelfstandigheidsverzekering blijkt ook in eenzelfde richting te gaan. Indien men in Brussel ook kiest voor zorgkassen dan lijkt het opportuun om na te gaan in hoeverre afspraken kunnen gemaakt worden tussen de verschillende gewesten in dit verband. *"Noch het Waalse noch het Vlaamse model is volgens mij geloofwaardig voor Brussel, behalve de Vlaamse mutualiteiten. Wat de rol van de mutualiteiten als verzekeringsorganisme betreft, zullen er volgens mij geen problemen zijn."*

"In Wallonië zullen ze diensten koppelen aan de zelfstandigheidsverzekering en ik vroeg me dus af of de hoofdspeler in Wallonië de mutualiteit zou zijn, dus voor alles met betrekking tot financiering, controle, enz. We evolueren alleszins echt in die richting dus ik vroeg me af of we in Brussel ook naar een harmonisering konden evolueren, ook al zijn er in Brussel ook bijzonderheden."

Hoger werd reeds uitgebreid stilgestaan bij het belang van uniforme meetinstrumenten zoals de BelRAI screener en de BelRAI. Het aggregeren van data op gewestniveau, verkregen door uniforme screening in de verschillende gewesten, maakt het niet alleen mogelijk om tussen het Brusselse gewest en het Vlaamse gewest enerzijds en tussen het Brusselse Gewest en het Waalse gewest anderzijds, financieringsafspraken te maken voor wat betreft de bijdragen en de rechten van de Brusselaars, maar ook voor de Belgen die in de loop van hun leven van het ene gewest naar het andere verhuizen. *"Het zou goed zijn als we een gemeenschappelijke afhankelijkheidschaal in de drie gewesten/gemeenschappen kunnen hanteren."* Bovendien maakt een uniforme screening het ook eenvoudiger om voor de burger een regeling te treffen in Brussel die hun rechten voor de zelfstandigheidsverzekering of de zorgverzekering garandeert.

Het aggregeren van de uniforme data op het niveau van de zorgkassen maakt het bovendien mogelijk om na een periode van forfaitaire dotatie voor de beheerskost ook meer zorgkasspecifieke beheersfinanciering te voorzien. Dit zou bijgevolg een aspect kunnen zijn dat bij de kwaliteitscontrole en de budgetbewaking mee opgenomen kan worden.

Bovendien moet ook vermeld dat de zorgkassen wellicht beheerskosten zullen hebben die gewestoverschrijdend zijn. Dit laatste betekent dat hierover ook overeenkomsten zullen nodig zijn tussen de gewesten en de zorgkassen.

Een ander aspect in verband met de articulatie tussen de Brusselse en de Waalse zelfstandigheidsverzekering enerzijds en de Vlaamse zorgverzekering en bij uitbreiding de Vlaamse sociale bescherming anderzijds is het aspect van het toezicht op de geïnstalleerde systemen. In de Vlaamse sociale bescherming is er sprake van een intern verzelfstandigd agentschap binnen de administratie WVG die enerzijds de Vlaamse Sociale bescherming zal aansturen met inbegrip van de

Vlaamse zorgverzekering, en anderzijds de controle over en de interactie met de zorgkassen zal voorzien.

Indien Brussel kiest om vergelijkbare functies toe te vertrouwen aan een intern of extern verzelfstandigd agentschap (vb. OIP) en het Waalse gewest ook een enigszins vergelijkbare structuur organiseert, is het wellicht opportuun en noodzakelijk om ook hieromtrent afspraken te maken tussen de gewesten onderling.

2.7.1. Bijdrage

Bijzondere aandacht verdient ook de operationalisering en de grootorde van de bijdragen voor de Brusselse en Waalse zelfstandigheidsverzekeringen en de Vlaamse zorgverzekering.

Momenteel wordt voor de Vlaamse zorgverzekering twee categorieën gehanteerd i.v.m. de bijdragen. Personen die kunnen genieten van een verhoogde tegemoetkoming dienen 25 Euro bij te dragen, alle anderen dragen 50 Euro bij.

Volgens onze informatie en volgens de meeste stakeholders zouden de besprekingen in het Waalse Gewest ook in dezelfde richting evolueren: *"In Wallonië evolueert men naar 25 euro voor RVV's en 50 euro voor niet-RVV's."*

2.7.2. Vlaamse Zorgverzekering in Brussel

De keuze die gemaakt wordt binnen het Brussels Hoofdstedelijk gewest omtrent het niveau van de bijdragen zal niet alleen repercussies hebben op de armslag van de zelfstandigheidsverzekering, maar is tevens afhankelijk van een aantal afspraken of overeenkomsten die tussen de gewesten zullen moeten gemaakt worden. Kiest men in Brussel voor verschillende keuzemogelijkheden voor de Brusselaar? Kan de Brusselaar vrij kiezen bij welke zorgverzekering of zelfstandigheidsverzekering hij of zij aansluit en bijgevolg ook bijdraagt? Of is het mogelijk om voor verschillende verzekeringssystemen te betalen binnen hetzelfde grondgebied? *"Het gaat om het feit dat men samenwerkingsakkoorden heeft en om anders na te denken over de keuze van het systeem dat ze verkiezen."*

"Men moet inderdaad een soort verdrag voorzien om de dubbele belastingheffing te voorkomen voor mensen die onderworpen zijn aan Brusselse bijdragen en daarnaast aan de Vlaamse verzekering bijdragen. Men moet dus die dubbele belastingheffing voorkomen, tenzij er dubbele rechten zijn. [...]."

Andere stakeholders zijn dan weer van mening dat de bijdragen van de Vlaamse zorgverzekering door Brusselaars best geïntegreerd worden in de Brusselse zelfstandigheidsverzekering. *"Het eenvoudigste is om de bijdragen van de Vlaamse zorgverzekering in de Brusselse zelfstandigheidsverzekering te integreren."*

2.7.3. Meeneembaarheid van rechten

Ook inzake de mogelijke rechten van de Brusselaars van de Zelfstandigheidsverzekering dienen afspraken tussen de gewesten gemaakt. Moeten de Brusselaars een keuze maken tussen de Brusselse of de Waalse zelfstandigheidsverzekering of de Vlaamse zorgverzekering, of wordt gekozen voor één territoriaal gealloceerd systeem. *"De hamvraag betreft de meeneembaarheid van de rechten. Hoe zal het verlopen voor de mensen die al recht hebben op de zorgverzekering in Brussel? Als zij een aanbod*

krijgen van de GGC voor de zelfstandigheidsverzekering, hebben zij er dan automatisch recht op omdat ze al hebben bijgedragen, of moeten ze kiezen om te stoppen?"

Bovendien lijkt overleg tussen de gewesten omtrent de korf van diensten waarop men via de zelfstandigheidsverzekering kan beroep doen noodzakelijk. Zo blijken er niet alleen verschillende prijzen gehanteerd voor dezelfde soort diensten in Brussel, afhankelijk van de aanbieder en is er momenteel een aanbod van een uni-communautair en bicommunautair aanbod.

Daarenboven zijn er momenteel restricties als men zich binnen één van de uni-communautaire zorgvoorzieningen wil laten helpen, ook zal duidelijkheid moeten geschapen worden over de mogelijkheid om zich te laten helpen d.m.v. de zelfstandigheidsverzekering hetzij in Brussel (uni-communautair of bicommunautair), in Wallonië of Vlaanderen. *"Het moet mogelijk zijn voor Brusselaars om zich in Wallonië of in Vlaanderen te laten verzorgen en voor Walen om zich in Brussel te laten verzorgen."* Sommige stakeholders pleiten ervoor om gelijke toegang voor alle Brusselaars te regelen in alle erkende aanbod, maar de gedifferentieerde impact voor de gewesten te regelen via een overeengekomen repartitiesysteem. *"In de verzekeringswereld is dat uiteraard heel gemakkelijk, hé. Dan zegt men: 'Er is een verrekenkamer tussen de verzekeringsmaatschappijen'. Dat is niet helemaal hetzelfde als je te maken hebt met volledig verschillende systemen op het vlak van uitkeringen. Als we allemaal een systeem zouden hebben dat puur financieel is, dan richt men een verrekenkamer op en klaar. De verzekeringsmaatschappij, de Vlaamse zorgverzekering, heeft een reeks aangeslotenen en dan zijn er nog een paar die door Wallonië geholpen worden. Volgens mij zal dat binnenkort ook al moeten gebeuren voor de kinderbijslag, maar als er twee verschillende systemen zijn, en daar gaan we naartoe, dan wordt het veel ingewikkelder om een financiële compensatie te vinden. Ja, maar als de diensten niet dezelfde zijn en als de ene eigenlijk duurder is dan de andere, dan leidt dat op een bepaald moment tot een probleem tussen beide systemen omdat het ene systeem meer dekt dan het andere. Als men het interne systeem niet wil blokkeren, dan moet men al aan een verdeling denken."*

Als laatste zullen ook afspraken moeten gemaakt worden tussen de gewesten voor wat betreft de mogelijkheid om rechten te exporteren. Zo moet, wanneer de drie gewesten een aparte zelfstandigheidsverzekering hebben, nagedacht worden over de rechten die een Belg heeft wanneer hij of zij van het ene gewest naar het andere verhuist. *"Er is nog een ander probleem dat zich zal voordoen wanneer er een bepaald type zelfstandigheidsverzekering in Vlaanderen komt, een ander type in Brussel en nog een derde type in Wallonië, en waarom niet nog een ander systeem in de Oostkantons. Wat als een Nederlandstalige die in Vlaanderen woont en zijn hele leven aan het Vlaamse systeem heeft bijgedragen, beslist om zijn laatste levensjaren in Houffalize door te brengen, en zo zijn er toch wel een paar? Of als een Franstalige die zijn hele leven in Wallonië heeft bijgedragen beslist om zijn laatste levensjaren in Oostende door te brengen, zo zijn er toch ook wel een paar? Die vragen mogen we niet negeren.»*

Andere stakeholders stellen voor om de rechten van inwoners die bijgedragen hebben aan één of andere zelfstandigheidsverzekering in één van de gewesten de rechten te gunnen die van kracht zijn in het gewest waar zij wonen. *"Ik heb me heel lang bezig gehouden met Europese verzekeringsvoorschriften en ik kan u zeggen dat er eigenlijk twee modellen zijn. De Scandinavische landen van de Europese Unie hanteren het principe van gelijkheid van rechten. Een Deen die naar Noorwegen gaat, zal er dus dezelfde rechten als de inwoners vinden. Dat is mogelijk omdat de sociale bescherming dezelfde is. Ik hoop dat dit in België ook zo zal blijven. Zo niet, dan zal men het volledige*

arsenaal van Europese verordeningen moeten voorzien met daarbij de mogelijkheid om rechten mee te nemen naar een ander land wanneer je in je land van herkomst hebt bijgedragen."

2.8. DISCUSSIEPUNTEN

2.8.1. *Parallele discussie: een nieuw zorgmodel?*

Vele stakeholders zijn van mening dat de ontwikkeling van een zelfstandigheidsverzekering in Brussel niet los kan gezien worden van een meer globale reorganisatie van een Brussels zorgmodel. *"Ja, maar dan kom ik terug op wat ik eerder al zei, namelijk dat de invoering van die zelfstandigheidsverzekering moet plaatsvinden in een globaler kader waarbij ook andere maatregelen getroffen worden."*

Bovendien geeft men aan dat het in kaart brengen van een verlies aan autonomie moet gepaard gaan met een begeleiding en toeleiding naar een adequaat aanbod van hulp en ondersteuning.

« Ik vind dat die onafhankelijkheidsverzekering ook nog een rol moet spelen naar de begeleiding van dat aanbod, omdat dat dus volgens mij zeker hier in Brussel, de missing link zal zijn om de juiste mensen naar de juiste voorzieningen te krijgen en ja daar kunnen verschillende actoren een rol spelen, dat kan het OCMW, de huisarts, mutualiteit zijn, verpleegster, thuiszorg begeleider enz., maar dat aspect van begeleiding van de persoon naar aanbod denk ik dat de Brusselse context meer dan elders nog veel aandacht zal vragen en daar kan een incentive als de afhankelijkheidsverzekering misschien ook een rol spelen in de opbouw van een aanbod voor een bepaalde persoon die geniet van die verzekering »

De meeste stakeholders pleiten voor een zorgmodel en ondersteuningsmodel dat ontwikkeld wordt op het niveau van de buurt, waarbij medische hulp en zorg gecombineerd wordt met de mogelijkheid tot sociale, administratieve of psychologische hulp en ondersteuning. *"de buurtnetwerken niet onderschatten, een hele reeks diensten die (tussen burens onderling) kunnen verleend worden maar die door een structuur overkoepeld/begeleid moeten worden (structuren van onderlinge hulp tussen burens)."*

"Het gaat om het uitbreiden en beter organiseren van het model van de 'gezondheidskruispunten' en dus ervoor zorgen dat er in de wijken waar het nodig is, in de buurt, cellen, plekjes, lokalen zijn waar men terecht kan met gezondheidsproblemen waar men geen raad mee weet. Het is een model met een heleboel actoren, of alles wat je maar kan bedenken, zorgcoördinatie... Dat kunnen OCMW's, alle andere thuiszorgstructuren, psychologen, diëtisten zijn, wat je maar wil, of gewoon administratieve hulp. [Dit kan plaatsvinden] in een OCMW-kantoor van een gemeente, een kleine polikliniek, een zorgcoördinatiegroeping..."

"Uiteraard is de algemene gezondheidssector vragende partij want die wordt overspoeld met een hele reeks complexe patiëntendossiers om te behandelen die niet noodzakelijk medisch van aard zijn, verre van, en ik weet dat verpleegsters enz. heel wat aan hun hoofd hebben en dan zou men daarnaar moeten kunnen verwijzen, een beetje zoals men gedaan heeft in de multidisciplinaire netwerken."

2.8.2. *Werkgelegenheidsbeleid*

Zoals eerder vermeld, moeten we ook aandacht hebben voor de regulering via inschakeling van doelgroepwerknemers. Daarbij loopt de subsidiëring niet meer via de gebruiker of de hulpverlener, maar is ze verbonden met de aanwerving van kwetsbare doelgroepen. Gezien het belang van die

reguleringswijze in de sector van de nabijheidsdiensten lijkt het ons belangrijk om bij de invoering van een zelfstandigheidsverzekering rekening te houden met de drijvende kracht die de activiteiten rond de begeleiding van hulpbehoevenden betekenen voor het werkgelegenheidsbeleid dat in het Brusselse Gewest gevoerd wordt. De werknemers die vandaag werkzaam zijn in het domein van de begeleiding van hulpbehoevenden hebben namelijk voor een deel hun job te danken aan het beleid dat sinds eind jaren negentig wordt gevoerd in een gevarieerde sector die activiteiten omvat met betrekking tot gezondheid, maatschappelijke dienstverlening, de sociaal-culturele sector en die zich steeds meer als een niet-marktsector ontwikkelt. Volgens Philippe Dryon en Estelle Krzeslo¹¹⁷ omvat de zogenaamde niet-marktsector *een geheel van activiteiten die als gemeenschappelijke eigenschap hebben dat ze taken vervullen ten dienste van de gemeenschap, net als de overheidsdiensten, en geheel of gedeeltelijk door de overheid worden gefinancierd.*

In het Brusselse Gewest, dat gekenmerkt wordt door een hoge werkloosheid en een niet te verwaarlozen aantal risicogroepen op de arbeidsmarkt omwille van de lage kwalificatie of de discriminatie van personen van vreemde origine, moet de discussie over de manier van besturen van de geplande hervorming volgens ons gepaard gaan met een reflectie over de manier waarop de sector wordt gemobiliseerd als tewerkstellingsinstrument voor kwetsbare doelgroepen.

Via de zelfstandigheidsverzekering kunnen nieuwe reguleringsvormen van de sector ingevoerd worden (kwaliteitsgarantie, grotere concurrentie tussen de operatoren, enz.). Het is nodig om de impact hiervan op de beleidscapaciteit van het Brusselse gewest te evalueren, op vlak van werkgelegenheid en opleiding van werknemers. Waar het om draait is weten in welke mate het overheidsbeleid kan zorgen voor (kwaliteitsvolle) arbeidsplaatsen, en niet alleen voor werkuren.

Na verloop van tijd is het aantal integratiemaatregelen toegenomen. Daaruit blijkt dat de wetgever de inschakeling van risicogroepen op de arbeidsmarkt via niet-marktsectoren wenst te bevorderen: werklozen, werkzoekenden, laag gekwalificeerde personen, personen met een handicap, personen die recht hebben op een leefloon of sociale steun en die aan bepaalde voorwaarden voldoen en personen met een migratieachtergrond.

Sommige van de arbeidsplaatsen in het domein van de begeleiding van hulpbehoevenden hebben zich begin jaren 2000 ontwikkeld in het kader van de subsidies van « artikel 60 §7 »¹¹⁸ dat voorziet om het engagement van specifieke doelgroepen voor arbeidsplaatsen in de niet-marktsector financieel te steunen. Het betreft een vorm van sociale steun waarmee het OCMW werk geeft aan personen die de arbeidsmarkt hebben verlaten of van de arbeidsmarkt zijn uitgesloten, met de bedoeling om die opnieuw op te nemen in het sociale zekerheidssysteem en het beroepsleven.

Naast die OCMW-specifieke maatregel heeft het groeiende aantal arbeidsplaatsen in het domein van de begeleiding van hulpbehoevenden ook te maken met de verlaging van de sociale zekerheidsbijdragen die sinds 1997 werd toegekend aan werkgevers in de niet-marktsector op

¹¹⁷ Dryon, Ph. & Krzeslo, E. (2003). Les relations collectives dans le secteur non marchand, *Courrier hebdomadaire du CRISP* 10/2003 (n° 1795), p. 5

¹¹⁸ 8 juli 1976. – Organieke wet betreffende de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn.

voorwaarde dat ze arbeidsplaatsen zouden creëren. Deze maatregelen, die gekend zijn onder de naam van 'sociale Maribel', waren geregeld door een koninklijk besluit¹¹⁹.

In de zorginstellingen die onder de bevoegdheid van de federale overheid vielen (ziekenhuizen, rusthuizen, thuiszorg, revalidatiecentra enz.) was dat werkgelegenheidsbeleid verbonden aan de doelstelling om de werkomstandigheden van het personeel te verbeteren en de opvang van patiënten of klanten te optimaliseren. De arbeidsplaatsen die dankzij de verlaging van de werkgeversbijdragen ontstaan, moeten de werkdruk verlagen, in het bijzonder voor het personeel dat rechtstreeks betrokken is bij de zorg en de bijstand en moeten de intensiteit en de kwaliteit van de zorg en de bijstand verbeteren en het comfort van de patiënten of klanten verhogen.

In sommige zorginstellingen werden de fondsen van de sociale Maribel gebruikt om personen aan te werven die het bestaande personeel ontlastten van bepaalde bijkomende taken en het de kans boden om zich te concentreren op de eigenlijke zorg. Sommige van de arbeidsplaatsen die op die manier ontstonden, hebben geleid tot de organisatie van opleidingen die bedoeld waren om het opleidingsniveau bij te schaven van de beoogde doelgroep die moeilijk toegang heeft tot de arbeidsmarkt.

Het beleid rond werkgelegenheid en opleidingen dat in de niet-marktsector werd gevoerd, ligt dus aan de basis van het groeiende aantal arbeidsplaatsen in het domein van de begeleiding van hulpbehoevenden: *"Aan Franstalige kant bestaat er nog een systeem waarbij diegenen die erkend zijn in de testfase de middelen krijgen om werklozen aan het werk te krijgen en er zijn dus heel wat systemen die op die manier werken."*

Tot slot valt het systeem van de dienstencheques, althans gedeeltelijk, onder de regulering, omdat het ontwikkeld is om de situatie van zwartwerkers te legaliseren.

De arbeidsplaatsen die op die manier gecreëerd werden, voldoen aan verschillende logica's die gekoppeld zijn aan de algemenere jobcreatiedoelstelling: beroepsinschakeling van doelgroepen, betere werkomstandigheden voor het verzorgend personeel en een optimale opvang van patiënten of klanten.

Een van de uitdagingen van de zelfstandigheidsverzekering is volgens ons het behoud van de bevoegdheid van de Brusselse overheid met betrekking tot die verschillende dimensies: *"Er zijn toch veel meer jongeren beschikbaar op piekmomenten in vergelijking met Wallonië. Dan is er toch iets vrij cruciaals, namelijk een deel van de bestaande arbeidskrachten in Brussel opnieuw kunnen mobiliseren. De kwestie van de kwalificatie is dus eigen aan het Brusselse mechanisme, en dus totaal verschillend van het Vlaamse of Waalse mechanisme."*

Merk echter op dat deze opvatting over de hulpverleningssector als 'werkgelegenheidsbron' of als 'sector voor klusjes die voor iedereen toegankelijk zijn' veel stof heeft doen opwaaien in de literatuur omdat die in strijd is met heel wat onderzoek dat de nadruk legt op de nodige vaardigheden om die beroepen uit te oefenen en de noodzaak aan professionalisering om kwaliteitsvolle diensten te kunnen verlenen¹²⁰.

¹¹⁹ 18 juli 2002. – Koninklijk Besluit houdende maatregelen met het oog op de bevordering van de tewerkstelling in de non-profit sector.

¹²⁰ Zie bv. Devetter, F.-X., Jany-Catrice F. & Ribault, T. (2015). *Les services à la personne*. La Découverte.

III. Simulaties i.v.m. de haalbaarheid van een Brusselse zorgverzekering

In dit hoofdstuk gaan we door middel van simulaties de haalbaarheid na van een Brusselse zorgverzekering. We baseren ons hierbij zoveel mogelijk op gegevens over de Vlaamse zorgverzekering, in combinatie met Brusselse socio-demografische data.

Een eerste luik simuleert de bruto inkomsten, het tweede de management overhead en de netto inkomsten, terwijl in een laatste sectie verschillende uitkeringsmechanismen aan bod komen.

1. Inkomstenzijde

Voor de inkomstenzijde, baseren we ons op de pool van aangeslotenen bij een (verplichte) ziekteverzekering, in plaats van de bevolkingsgegevens. Op die manier vermijden we een al te optimistische inkomstenraming, door het opnemen van niet-deelnemers aan de zorgverzekering (EU-ambtenaren, ex-pats) in de simulatie. De gegevens over het aantal aangesloten leden hebben we bekomen van het InterMutualistisch Agentschap¹²¹.

Zowel uit de stuurgroep, als uit de focusgroepen komt een voorkeur naar boven voor een driedelige tarifiering: de volle pot, een verminderd tarief (de helft) voor personen met een verhoogde tegemoetkoming (VT - statut BIM) en het nultarief voor personen die van het OCMW een leefloon ontvangen. Deze driedeling lijkt een werkbaar compromis te zijn tussen enerzijds de verzuchting om een zo progressief mogelijke inning te voorzien en anderzijds de beperking (om institutionele redenen) dat de inkomsten niet het karakter van een belasting mogen aannemen, maar enkel een sociale bijdrage kunnen zijn (zie het juridisch luik voor een verduidelijking). We nemen dezelfde tariefniveaus als in Vlaanderen, namelijk 50 euro en 25 euro.

We beschouwen twee mogelijke inningsscenario's:

Iedereen tussen 25 en 64 jaar betaalt de verplichte bijdrage. Dit scenario komt overeen met 424.629 deelnemers aan het volle tarief, 115.739 bijdragers aan het VT tarief en 23.340 betalenden aan het nultarief.

Iedereen boven 24 jaar betaalt een verplichte bijdrage (521.554 volledige betalers; 162.689 VT tarief bijdragers en 24.782 aan het nultarief).

We houden hierbij rekening met een aantal niet-betalers: uit de gegevens van de Vlaamse zorgverzekering¹²² blijkt immers dat van alle aangeslotenen (zij die één van de vorige jaren wel betaald hebben), er 3.9% personen blijken te zijn die het huidige jaar niet bijgedragen hebben.

¹²¹ InterMutualistisch Agentschap. [geraadpleegd op 27-juni-2016]. Beschikbaar op: <http://www.aim-ima.be>

¹²² www.vlaamsezorgverzekering.be

De gesimuleerde inkomsten bedragen, rekening houdend met alle bovenstaande elementen¹²³:

Iedereen tussen 25 en 64 jaar draagt bij: 23,18 miljoen euro.

Iedereen boven 24 jaar betaalt een bijdrage: 28,97 miljoen euro.

2. Beheerskosten

Om de beheerskosten voor een potentiële Brusselse zorgverzekering te simuleren, baseren we ons volledig op de bestaande Vlaamse zorgverzekering. De beheerskosten voor deze laatste bedragen 8 miljoen euro (bron: elektronische communicatie Verté). We maken nu de veronderstelling¹²⁴ dat de helft van dit bedrag bestaat uit vaste kosten, en de andere helft lineair afhangt van het aantal aangeslotenen.

Wanneer we het aantal aangeslotenen bij de Vlaamse zorgverzekering¹²⁵ vergelijken met het aantal Brusselse aangeslotenen bij een mutualiteit, valt de grote discrepantie op in de -25 jaar categorie. Wanneer we het aantal aangeslotenen bij de Vlaamse zorgverzekering in deze leeftijdscategorie vergelijken met het aantal lopende dossiers, blijkt 80% van de aangeslotenen in deze leeftijdscategorie een lopend dossier te hebben. We concluderen hieruit dat de aangeslotenen bestaan uit de betalende leeftijdsgroep (26+) en de personen jonger dan 26 jaar die ooit een dossier goedgekeurd (of ingediend) hebben. We nemen dan ook als aantal leden van de nieuwe Brusselse “assurance autonomie” enerzijds de pool potentiële betalende (25+), i.e. de aangeslotenen bij een mutualiteit, en anderzijds schatten we het aantal “leden” jonger dan 25 als één vijfde van het aantal aangeslotenen bij de Vlaamse zorgverzekering¹²⁶.

Leeftijd	Vlaamse zorgverzekering		Brusselse leden van een mutualiteit	
	Non-VT	VT	Non-BIM	BIM
00-25	8180	794	223828	121807
26-44	1424068	91036	272605	78935
45-64	1630158	157675	175082	65069
>65	946547	354560	110117	51208

¹²³ Ter vergelijking: in Vlaanderen zijn er 4.009.173 bijdragers aan het volle tarief en 603.844 bijdragers aan het VT tarief, wat resulteert in 207,15 miljoen euro (gesimuleerde) inkomsten.

¹²⁴ Redelijk arbitraire en uiteraard openstaand voor discussie. Naargelang het project Brusselse “assurance autonomie” concreter wordt, kunnen hier ook meer gefundeerde assumpties voor in de plaats komen.

¹²⁵ Agentschap Zorg en Gezondheid. *Lopende dossiers tenlastenemingen* [Online publicatie]. Brussel, [geraadpleegd op 27-juni-2016]. Beschikbaar op: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/>

¹²⁶ We geven toe dat een accuratere schatting zou kunnen bekomen worden door enerzijds een vergelijking van de lopende dossiers bij de Vlaamse zorgverzekering met beter afgelijnde (want nu nog onbekende) toekenningscriteria voor de Brusselse “assurance autonomie” en anderzijds een concrete definitie van de pool betalenden.

De resulterende beheerskosten werden geraamd op 4.58 miljoen euro, wat de netto inkomsten brengt op:

Iedereen tussen 25 en 64 jaar draagt bij: 18,61 miljoen euro.

Iedereen boven 24 jaar betaalt een bijdrage: 24,39 miljoen euro.

Los van enige discussie over de accuraatheid van deze simulaties, zouden we wel willen aanstippen dat de relatief lage beheerskosten voor de Vlaamse zorgverzekering voornamelijk voortvloeien uit het feit dat voor een groot deel gebruik gemaakt wordt van de bestaande administratie van de mutualiteiten. De vraag tot betaling van de bijdrage voor de Vlaamse zorgverzekering beslaat slechts enkele lijnen extra op de bestaande oproep tot betaling van de gewone mutualiteitspremie.

Deze observatie volstaat om te anticiperen dat er niet gevreesd zal moeten worden dat commerciële verzekeraars een concurrentieel bod zouden kunnen uitbrengen ingeval een open “Call for tender” wettelijk verplicht zou zijn.

3. Uitgaven

Dit luik is uiteraard het meest speculatieve, in de zin dat de ruimte van mogelijkheden veel uitgebreider is. De gesimuleerde opties dienen hier dus, meer nog dan in deel één en twee, als een exploratieve oefening beschouwd te worden, die bovendien geen rekening houdt met eventuele dotaties.

Indien maximale overeenstemming met bestaande systemen in andere landsdelen¹²⁷ een doelstelling is, moet er zeker rekening gehouden worden met het feit dat de individuele bijdragen tot de verzekering verhoogd worden met algemene middelen. In Vlaanderen is de verhouding individuele bijdragen t.o.v. algemene middelen ongeveer 1/3 t.o.v. 2/3.

Op zich hoeft compatibiliteit geen aandachtspunt te zijn, maar gegeven de Belgische context, lijkt een ingebouwde maximale afstemming met naburige entiteiten, niet onbelangrijk om “shopping” te voorkomen, zowel op gebied van inning als op gebied van uitgaven en gedekte dienstverlening.

Uiteraard kan deze exploratieve studie geen rekening houden met al de (voorlopig nog speculatieve) beslissingen die met alle opties gepaard gaan. We geven voor elk uitkeringsscenario 2 bedragen weer: het eerste gaat uit van 0€ bijlage uit algemene middelen, het tweede gaat uit van een totaal budget dat het drievoud is van de geïnde inkomsten (wat overeenkomt met de verhouding individuele bijdragen t.o.v. algemene middelen in Vlaanderen). Het tweede bedrag wordt tussen [] gegeven.

Rekening houdend met bovenstaande beschouwingen, hebben we 4 mogelijke uitkeringsscenario's berekend:

1) Alle 65-plussers (145.317 personen) krijgen een extraatje, ongeacht of ze het nodig hebben. Uiteraard gaan we er bij dit scenario van uit dat 65-plussers niet meer hoeven bij te dragen. De resulterende uitkering bedraagt in dit geval 128.04€/persoon [447.12 euro/persoon] (en dit per zelfde tijdseenheid als de bijdragen).

127 Op dit moment dus alleen maar de “Vlaamse zorgverzekering”.

2) Vlaams scenario. Zonder de administratieve details van de “Vlaamse zorgverzekering” te kennen, passen we ratio’s aangeslotenen/lopende dossiers per leeftijdscategorie en per uitkeringsstatuut (gewoon/VT) toe op de pool potentiële betalenden in het Brussels gewest¹²⁸. We komen hier bij op 29.104 personen die gemiddeld 838.07€ zullen ontvangen [2828.81€]. Ter vergelijking, in Vlaanderen gaat het over 237.974 dossiers die gemiddeld 836.85€ [2577.78€] ontvangen¹²⁹.

3) Op basis van de gezondheidsenquête (Drieskens et al, 2013¹³⁰) indentificeren we een aantal chronisch zieken die belangrijke hinder ondervinden van hun ziekte. We spreken hier over 16.128 personen in het Brussels gewest. Hun tegemoetkoming zou 1512.34€/pers [5104.76€/pers] bedragen.

4) Het laatste bestaat uit alle ouderen die aangeven dat ze hulp nodig hebben bij hun dagelijkse activiteiten. 65.767 personen zouden in dit geval zijn. Zij zouden ieder 370.87€ [1251.84€] ontvangen

We menen te kunnen stellen dat deze simulaties de meest plausibele inkomensscenario's omvatten, een goede raming geven van de management overhead en goed beeld schetsen van haalbare uitbetalingsmogelijkheden.

¹²⁸ In de -25 jaar categorie schatten we het aantal uitbetalingen als 1/5 het aantal lopende dossiers bij de Vlaamse zorgverzekering.

¹²⁹ Deze bedragen voor Vlaanderen werden eveneens bekomen op basis van de gesimuleerde inkomsten.

¹³⁰ Drieskens, S., Charafeddine, R., Demarest, S., Gisle, L., Tafforeau, J., Van der Heyden, J., 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013. Health interview survey. Health interview survey interactive analysis, WIV-ISP, Brussels, Belgium. URL <https://hisia.wiv-isp.be/>

IV. Conclusie

Deze studie rond de oprichting van een “zelfstandigheidsverzekering”, die de keuze om in de thuisomgeving te blijven wonen, moet ondersteunen in het Brussels Gewest, werd uitgevoerd in opdracht van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad en het Observatorium voor Gezondheid en welzijn.

De studie werd uitgevoerd door het Brussels Studies Institute en met name:

Hervé De Brouwer (USL-B)

Prof. Dr. Dominique Verté (VUB)

Prof. Dr. Daniel Dumont, Dr. Emmanuel Slautsky & Dr. Vanessa De Greef (CDP-ULB)

Dr. Rembert De Blander (BSI)

Prof. Dr. Céline Mahieu & Prof. Dr. Myriam De Spiegelaere (ESP-ULB)

Coördinatie: Dr. Anneloes Vandenbroucke (BSI)

De studie heeft tot doel verschillende scenario's en potentiële organisatie- en bestuursmodellen inzake een zelfstandigheidsverzekering in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, met hun budgettaire implicaties, te omschrijven.

Om de doelstellingen te realiseren werd o.a. gebruik gemaakt van de programmatiestudie Brussel¹³¹ en de studie van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn¹³².

Vervolgens werd nagegaan, binnen de mogelijkheden van het tijdsbestek, welke aspecten omtrent de mogelijke opzet van een Brusselse zelfstandigheidsverzekering in de literatuur aan bod komen. Zo werden o.a. de Vlaamse zorgverzekering, het ontwerp van de Waalse « assurance autonomie », de gehanteerde meetinstrumenten (BelRai, Katz,...) en buitenlandse modellen voor langdurige zorg, als inspiratiebron gehanteerd om de verschillende aspecten i.v.m. scenario's en potentiële organisatie- en bestuursmodellen, inclusief hun budgettaire implicatie, in kaart te kunnen brengen.

Dit gaf aanleiding tot drie onderscheiden luiken:

- de juridische context
- de argumentatie van de Brusselse Stakeholders, met de formulering van pro en contra
- simulaties omtrent de financiële haalbaarheid van een Brusselse zorgverzekering.

Voor elk luik vermelden we hieronder de belangrijkste conclusies.

¹³¹ De Donder, L., Verte, E., Teugels, H., Glorieux, M., Bernard, M., Vanmechelen, O., Smetcoren, A.-S. & Verte, D. (2013). Programmatie-studie Brussel: Onderzoek naar het opzetten van de programmatie inzake structuren voor het thuishouden en huisvesten van ouderen, Zelzate: University Press.

¹³² Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2010). Welzijnsbarometer: Brussels Armoederapport, Bruxelles: Commission Communautaire Commune.

1. Conclusies juridische analyse

- Wat de bevoegdheden betreft, lijkt de GGC bevoegd om bij ordonnantie een verplichte zelfstandigheidsverzekering in het tweetalig Brussels Hoofdstedelijk Gewest op te richten. We bevelen echter aan om het aannemen van die ordonnantie te laten voorafgaan door de onderhandeling van een samenwerkingsakkoord met de Vlaamse Gemeenschap (en de Franse Gemeenschapscommissie) met de bedoeling om in onderling overleg te bepalen hoe de Brusselse zelfstandigheidsverzekering wordt afgestemd op de Vlaamse zorgverzekering.
- De veiligste manier die de GGC kan voorzien om de financiering van de zelfstandigheidsverzekering te garanderen, is een dotatie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Uiteraard kan men ook de invoering overwegen van een systeem van bijdragen die betaald worden door de rechthebbenden op de zelfstandigheidsverzekering, zoals bij de financieringswijze van de Vlaamse zorgverzekering. Deze oplossing is echter risicovoller dan die van de dotatie, enerzijds omwille van het gebrek aan duidelijkheid wat betreft de aard en het juridische regime van de Vlaamse bijdragen, anderzijds omdat de GGC fiscaal niet bevoegd is. Het risico van de invoering van een bijdragensysteem kan beperkt worden wanneer de GGC zich baseert op het systeem dat in Vlaanderen is ingevoerd en al door het Grondwettelijk Hof is bekrachtigd.
- Wat betreft de afbakening van het personele toepassingsgebied van de zelfstandigheidsverzekering, moet de GGC alle belemmeringen vermijden met betrekking tot het Europees recht en het vrij verkeer van personen. Praktisch gezien is de verstandigste oplossing om zich te laten inspireren door het Vlaamse decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering, zoals gewijzigd ten gevolge van het arrest dat erover is geveld door het Hof van Justitie van de Europese Unie.
- De GGC zou moeten verantwoorden waarom ze eventueel kiest voor een verplichte aansluiting bij de zelfstandigheidsverzekering die ze wenst op te richten. Ze zou ook moeten verantwoorden waarom ze er eventueel voor kiest om voor bepaalde categorieën van operatoren, zoals de mutualiteiten, de mogelijkheid te beperken om deel te nemen aan het beheer van de zelfstandigheidsverzekering en om hun activiteit te reglementeren.
- Wat de grondrechten betreft, moet de GGC, ongeacht de invulling van de zelfstandigheidsverzekering, erover waken dat de personen die recht hebben op de THAB of er in de toekomst recht op zullen hebben, een gelijkaardige sociale bescherming blijven behouden als vandaag het geval is. De GGC moet ook zorgen voor het naleven van de internationale verplichtingen van de Belgische staat, in het bijzonder het verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van personen met een handicap en het Europees sociaal handvest die de rechten van personen met een handicap afbakenen.

2. Conclusies o.b.v. de focusgroepen en literatuur

2.1. WAT ZIJN DE DOELSTELLINGEN VAN DE ZELFSTANDIGHEIDSVERZEKERING?

Hoewel een aantal stakeholders de meerwaarde van een Brusselse zelfstandigheids-verzekering niet zagen of op zijn minst alternatieve financieringsmodellen voor autonomie en afhankelijkheid voorstaan, bleek het merendeel van de stakeholders achter de ontwikkeling van een Brusselse zelfstandigheidsverzekering te staan, die zich als doel stelt:

- eenvoudig te zijn in gebruik
- de financiële toegankelijkheid van niet-medische hulp- en zorgverlening te garanderen
- een breed werkingsgebied garandeert
- niet leeftijdsafhankelijk is
- daklozen, personen met psychische problemen en verslaafden toegang verleent
- niet betekent dat de verantwoordelijkheid voor de zorg afgeschoven wordt op de mantelzorger
- mensen op een waardige manier laten wonen en ondersteunen in de woonvorm van hun keuze
- nadruk op autonomie en niet op afhankelijkheid
- aansluiting vinden bij diverse culturele groepen in Brussel

2.2. FINANCIERINGSWIJZE VAN DE ZELFSTANDIGHEIDSVERZEKERING

In verband met de financiering van de zelfstandigheidsverzekering worden drie verschillende modellen belicht.

Een eerste betreft de **private financiering**. In de literatuur bestaat er een consensus onder economen dat risico's die verbonden zijn met afhankelijkheid (en/of gezondheid) niet verzekeraar zijn op louter vrijwillige basis omwille van het collectieve karakter van het risico (een voorbeeld hiervan zijn demografische fluctuaties). Bovendien blijkt in het geval van de Vlaamse zorgverzekering dat private verzekeraars zich één na één hebben teruggetrokken uit het debat. Volgens de stakeholders moet de Brusselse zelfstandigheidsverzekering gebaseerd zijn op solidariteit, wat conflicteert met de doelstellingen van private verzekeraars.

Een tweede optie om de zelfstandigheidsverzekering te financieren, is deze van de **individuele bijdragen**. Zoals uit het juridisch luik reeds bleek is de GGC niet gemachtigd om belastingen te heffen, maar kan ze, mits de juiste motivering, een verplichte bijdrage opleggen aan haar burgers.

Daarbij worden twee belangrijke discussiepunten opgeworpen. Enerzijds betreft het de hoogte van de bijdragen en ten tweede is de zogenaamde progressiviteit van de bijdragen aan de orde. Velen zijn immers voorstander van een bijdrage die progressief is en afhankelijk van de financiële draagkracht van de individuele Brusselaar. In de praktijk lijkt dit moeilijk op korte termijn te realiseren en dit veronderstelt tevens ondersteuning d.m.v. informatica. Wat de hoogte van de bijdragen betreft dient rekening gehouden met de draagkracht van de Brusselaar. De bijdragen kunnen bijgevolg niet te hoog zijn, waardoor het totale besteedbaar budget, zonder bijkomende middelen, onvoldoende zal zijn om een zelfstandigheids-verzekering te financieren, die naam waardig.

Toch blijken de meesten een bijdragenregeling op basis van het recht op een verhoogde tegemoetkoming (BIM/non BIM), zoals gehanteerd bij de Vlaamse zorgverzekering en recent ook aangekondigd bij de Waalse assurance autonomie, voor te staan. Elke Brusselaar zou bijgevolg 50 Euro per jaar bijdragen aan de zelfstandigheidsverzekering. Brusselaars die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming (BIM) zouden in dit geval slechts 25 Euro betalen. Beide bedragen worden eveneens voorzien in de Vlaamse zorgverzekering en de Waalse assurance autonomie.

In Brussel leven veel burgers in armoedige omstandigheden. Voor hen is een bijdrage van 25 of 50 Euro voor een zelfstandigheidsverzekering een zware kost. Een mogelijkheid bestaat erin om naast de categorie personen met een verhoogde tegemoetkoming (BIM) en een categorie zonder verhoogde tegemoetkoming ook een derde categorie te voorzien, bijvoorbeeld voor leefloners of daklozen met een 0 Euro bijdrage. Daarbij stelt zich de vraag wie deze bijdragen dan wel ten laste zal nemen.

Een derde model behelst een **bijkomende financiering** van de zelfstandigheidsverzekering. Zoals uit het voorbeeld van de Vlaamse zorgverzekering te leren valt, zijn de individuele bijdragen van burgers niet voldoende om voldoende sociale bescherming te garanderen. Zo blijkt dat voor de Vlaamse zorgverzekering 2/3 van de middelen voortkomt uit de algemene middelen, waarbij het budget voor tegemoetkoming hulp aan bejaarden (THAB) voorlopig nog niet is geïntegreerd. Dit laatste is wel het geval in het Waalse voorstel rond de 'assurance d'autonomie. Omdat de tegemoetkoming hulp aan bejaarden (THAB) door de zesde staatshervorming naar de gewesten werd doorgeschoven, moet ook hiervoor een oplossing gezocht worden. Een tweede mogelijkheid bestaat erin om het Persoonlijk assistentiebudget voor personen met een handicap te integreren in de zelfstandigheidsverzekering (zoals in het Waalse voorstel rond de 'assurance d'autonomie). Een derde mogelijkheid bestaat erin om bijvoorbeeld de middelen voor de dienstencheques over te hevelen naar de financiering van de zelfstandigheidsverzekering.

2.3. WELK DIENSTENPAKKET MOET DE ZELFSTANDIGHEIDSVERZEKERING AANBIEDEN?

Ongeacht de inhoud van het dienstenpakket dat de zelfstandigheidsverzekering zal kunnen aanbieden, beklemtonen de deelnemers aan de focusgroepen de noodzaak om aandacht te hebben voor de kwaliteit en de (financiële, fysieke en sociale) toegankelijkheid. Ze bevelen eveneens een globale aanpak van de behoeften van de persoon aan, die evenwel in verhouding staat tot de noden (afgestemd op elke persoon en op de evolutie van zijn afhankelijkheidsgraad). Tot slot pleiten ze ervoor om zo veel mogelijk het pluralisme van de zorgverleners te waarborgen.

Met betrekking tot de inhoud van het dienstenpakket waartoe de zelfstandigheidsverzekering toegang zou moeten bieden, hebben de deelnemers aan de focusgroepen ook besproken of de gezondheidszorg zou moeten opgenomen worden. Men vindt dit logischer voor de gebruiker en zijn nabije omgeving, maar het valt onder de bevoegdheid van de federale overheid, waarmee men bijgevolg nog akkoorden zou moeten sluiten.

Ook over het opnemen van de rusthuizen en de rust- en verzorgingstehuizen in het dienstenpakket werd in de focusgroepen gedebatteerd. De voornaamste argumenten voor, zijn de wens om een zekere continuïteit tussen de leefmilieus (woonplaats, dagcentra, RH/RVT) te behouden en de wil om een rechtvaardigheidsprincipe tussen de doelgroepen te handhaven. Als tegenargument halen bepaalde deelnemers aan dat financiering van diensten die het thuisblijven bevorderen, voorrang

heeft, maar waarbij ook een oproep wordt gedaan om te bekijken hoe de RH's en RVT's kunnen gefinancierd worden, buiten de zelfstandigheidsverzekering om.

Om de gebruikers te helpen omgaan met het ingewikkelde institutionele systeem en het overvloedige dienstenaanbod, zou een deel van de middelen die vrijkomen door de zelfstandigheidsverzekering, aangewend kunnen worden voor de coördinatie van de diensten en de oriëntering van de gebruikers (bv. via de uitwerking van een hulplan). De deelnemers aan de focusgroepen zijn te vinden voor een dergelijk systeem, maar maken zich zorgen over de kosten en het gebrek aan onafhankelijkheid dat zouden kunnen ontstaan door een te grote institutionele nabijheid tussen oriëntatie- en coördinatieactoren enerzijds en dienstverleners van zelfstandigheidsbegeleiding anderzijds.

Moeten de prestaties van de mantelzorgers al dan niet opgenomen worden in het zorgpakket van de zelfstandigheidsverzekering? De steun aan de mantelzorgers – in de vorm van een inkomen of een dienst die 'rustruimte' aanbiedt – wordt over het algemeen als essentieel beschouwd, maar roept (vooral juridische en ethische) vragen op in verband met de te begunstigen doelgroep in het kader van een zelfstandigheidsverzekering (hulpbehoevenden of hulpverleners) en doet ook een rechtvaardigheidsprobleem ontstaan tussen rechthebbenden indien deze mantelzorgers rechtstreeks gefinancierd zouden worden.

Tot slot wensen sommige deelnemers de zelfstandigheidsverzekering te benutten om innovatie te bevorderen en eventuele tekorten met betrekking tot de financiering van de begeleiding thuis op te lossen (vergoeding van de vervoerskosten, tele-coaching, preventie, uitrusting en inrichting van de woning, nachtelijke oppas aan huis, rust voor mantelzorgers). Anderen pleiten voor een redenering die eerder gericht is op het bestaande 'aanbod' en waarbij eerder sprake is van een verbetering van de financiële, sociale en fysieke toegankelijkheid via de zelfstandigheidsverzekering.

2.4. CRITERIA OM IN AANMERKING TE KOMEN/TOEGELATEN TE WORDEN

Dit gedeelte behandelt de criteria en de nodige meetinstrumenten om burgers te screenen in functie van hun rechten op ondersteuning vanuit de zelfstandigheidsverzekering. Dat betekent dat voor de toekenning van rechten voor de zelfstandigheidsverzekering altijd een vaststelling van zorg- en ondersteuningsbehoefte nodig is.

Het screeningsinstrument voor de zelfstandigheidsverzekering wordt best zo gemodulariseerd dat het voor de burger (cliënt) een objectieve screening toelaat van zijn of haar rechten, dat het voor casemanagers informatie verleent dat bruikbaar is voor het opstellen van een cliënt gecentreerd behandelingsplan, dat voor de zorgorganisaties de data kunnen geaggregeerd worden op organisatieniveau (Monitoring werking) en dat er op het niveau van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest geaggregeerde statische informatie kan gegenereerd worden in functie van beleidsmonitoring en –bijsturing.

Toegang krijgen tot ondersteuning vanuit de zelfstandigheidsverzekering veronderstelt dat het zogenaamde verlies van autonomie duidelijk te definiëren valt. Verlies van autonomie wordt dan ook best vanuit een breed perspectief benaderd. Zo is het belangrijk om een omvattend *assessment* instrument te ontwikkelen en te hanteren, dat zowel medisch-klinische, sociale als psychische aspecten meet. Bovendien moet het instrument (althans de stam) bruikbaar zijn voor verschillende zorg- en ondersteuningssettings (thuis, woonzorgcentrum, ziekenhuis, palliatieve zorg, revalidatiecentrum, enz.).

De stakeholders uit de focusgroepen haalden aan dat zelfstandigheid en verlies van autonomie niet alleen betrekking hebben op fysieke componenten van het functioneren, maar evenzeer psychische-, sociale- en contextuele aspecten betreft. Zo moet volgens verschillende stakeholders ook empowerment en maatschappelijke inclusie in rekening gebracht worden.

2.4.1. BelRAI

De BELRAI is de Belgische versie van een internationaal gevalideerde schaal die in tal van landen wordt toegepast en waarvan ook verkorte versies zijn ontwikkeld. De BelRAI-screener is een verkorte versie en wordt momenteel in Vlaanderen uitgetest. Op de Interministeriële Conferentie van 30 maart 2015 werd in consensus beslist om verder te onderzoeken welke acties en randvoorwaarden nodig zijn om de toepassing van de BELRAI mogelijk te maken.

De stakeholders formuleerden verschillende suggesties omtrent de invoering van een screeningsinstrument:

- er moet progressiviteit in de graad van verlies aan autonomie kunnen aangebracht worden
- het instrument zal stapsgewijs moeten geïmplementeerd worden
- er zullen reconversietabellen moeten opgesteld worden tussen de bestaande screeningsinstrumenten en het nieuwe instrument
- men moet kiezen voor één instrument dat in alle zorg- en hulpsectoren kan gebruikt worden
- het moet de cliënt volgen
- het moet getest worden op bruikbaarheid, flexibiliteit, validiteit en volledigheid (niet enkel medisch)
- parameters die peilen naar sociale inclusie, psychologische en emotionele aspecten moeten mee opgenomen worden
- het mag niet te uitgebreid zijn
- het moet bruikbaar zijn om tijdelijk verlies van autonomie te meten
- de personen die de schaal mogen afnemen moeten bepaald worden en er moet een gedegen opleiding voorzien worden
- de personen of diensten die evalueren moeten gecontroleerd worden.

2.4.2. Woonplaats

Over de verblijfplaats van de rechthebbenden op de zelfstandigheidsverzekering zijn de meningen verdeeld. Zo geven heel wat respondenten aan dat, net zoals dit het geval is voor de Vlaamse Zorgverzekering, ook burgers die in een Woon-Zorgcentrum verblijven (MR/MRS) recht moeten hebben op ondersteuning door de zelfstandigheidsverzekering.

Anderen stellen dan weer dat de zelfstandigheidsverzekering er moet op gericht zijn om zelfstandigheidsverlies tegen te gaan zodat hospitalisatie en opname in een Woon-Zorgcentrum kan uitgesteld of vermeden worden.

2.4.3. Leeftijdslimiet

Alle stakeholders zijn het er over eens dat er geen leeftijdslimiet voor de zelfstandigheidsverzekering mag opgenomen worden.

2.4.4. De niet-aangeslotenen

De zelfstandigheidsverzekering zou moeten toegankelijk zijn voor alle Brusselaars, ook voor de Brusselaars die in armoede leven, daklozen, enz.

Er bestaat daarenboven een systeem waarbij Brusselaars die instappen in de Vlaamse zorgverzekering een wachttijd wordt opgelegd. Ook wordt er een boete opgelegd aan wie zijn bijdrage niet betaald. Er stelt zich dus de vraag hoe er moet omgegaan worden met (structurele dan wel sporadische) niet-betalers en met wie nood heeft aan een tegemoetkoming tijdens zijn wachtperiode. Er zou kunnen nagegaan worden in welke mate een systeem van behandeling van wie niet betaald heeft/z'n wachttijd doorloopt, toch financieel loont en of beboeting van wie niet betaald heeft, zinvol is.

2.4.5. Sociale correcties / toegankelijkheidsgraad

Het merendeel van de stakeholders pleit voor een progressief universalisme in het toekennen van steun op basis van enerzijds zorgzwaarte en anderzijds financiële draagkracht. Het PGB (persoonsgebonden budget) in Nederland situeert zich tussen een selectief en een universeel systeem omdat er geen inkomensgrens is, maar de rechthebbende moet remgeld betalen in functie van zijn belastbaar inkomen¹³³. De Vlaamse zorgverzekering daarentegen keert vanaf een bepaalde afhankelijkheidsgraad een forfaitair bedrag van 130 euro per maand uit, ongeacht het inkomen.

2.5. REGULERING VAN DE SECTOR

Men onderscheidt over het algemeen drie grote types van regulering voor nabijheidsdiensten, in het bijzonder voor hulp aan ouderen: de regulering door overheidsvoogdij, de quasi-marktregulering, de regulering door stakeholders. In de onderstaande tabel worden de voornaamste kenmerken, voor- en nadelen van elk model opgesomd zoals aangehaald in de focusgroepen en de geraadpleegde de literatuur.

	WAARGENOMEN VOORDELEN	WAARGENOMEN NADELEN
<p><i>REGULERING DOOR OVERHEIDSVOOGDIJ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • financiering en ondersteuning van de diensten door de overheid • diensten verleend door de overheid of de verenigingssector • subsidies aan de dienstverleners op basis van vooraf bepaalde kwaliteitscriteria <p>-> Waalse <i>assurance autonomie</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • waarborgen met betrekking tot het statuut van de werknemers (opleiding, begeleiding enz.) • waarborgen met betrekking tot de kwaliteit van de zorg • schaalvoordelen en controle over de inflatie van de prijzen • minder conflicten binnen het gezin (zie gedeelte mantelzorgers) 	<ul style="list-style-type: none"> • risico op een bureaucratisering • risico om grote organisaties te bevoordelen ten koste van verenigingen die dichterbij het werkveld staan en die beter inspelen op de diverse voorkeuren van de gebruikers (zie Brusselse multiculturele context)

¹³³ Waterplas, L. & Samoy, E. (2005). L'allocation personnalisée: le cas de la Suède, du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Belgique. *Revue française des affaires sociales*, (2), p.90

<p><i>QUASI-MARKTREGULERING</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • rechtstreekse subsidiëring van de consumenten • onderscheid tussen de rechthebbende op de financiering en de producent van de diensten <p>-> Vlaamse zelfstandigheidsverzekering</p>	<ul style="list-style-type: none"> • waarborg van de keuze van de gebruiker • mogelijkheid om de mantelzorger te vergoeden 	<ul style="list-style-type: none"> • moeilijkheid voor sommige gebruikers om de functie van werkgever te vervullen • moeilijkheid om de concurrentie tegen elkaar uit te spelen (geen echte diversiteit van hulpverleningsorganisaties en/of onmogelijk omwille van gevoelsmatige redenen of gewoonte) • risico op commercialisering van de thuiszorgdiensten en een privatisering van de sector • risico's voor het statuut van de werknemers (geen waarborgen met betrekking tot hun beroepskwalificaties, ontstaan van zwartwerk)
<p><i>REGULERING DOOR STAKEHOLDERS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • selectie van verschillende diensten door de overheid • trekkingsrecht bij de diensten die aan de gebruikers worden aangeboden <p>-> mogelijkheid van een backofficesamenwerking tussen de Vlaamse, Waalse en Brusselse systemen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • waarborgen met betrekking tot het statuut van de werknemers (opleiding, begeleiding enz.) • waarborgen met betrekking tot de kwaliteit van de zorg • samen vormgegeven door overheid en diensten <p>(-> aandacht voor de specifieke eigenschappen en uitdagingen van de zorgsector op lange termijn)</p>	

2.6. WELKE ACTOREN?

Volgens de deelnemers moet het geheel van actoren betrokken bij de zelfstandigheidsverzekering transparantie verzekeren, stabiliteit en coherentie garanderen en het systeem minder complex maken om de toegankelijkheid ervan te verbeteren en de beheerskosten te drukken. Dat geheel van actoren moet bovendien de functies vervullen die in onderstaande tabel worden samengevat.

TE VERVULLEN FUNCTIES	MOGELIJKE ACTOREN
De bijdragen verzamelen en de uitkeringen betalen	mutualiteiten (voordelen: ervaring, maken het minder complex; nadeel: huidige belemmeringen om de progressiviteit van de bijdragen toe te passen) andere mogelijke actoren: mutualistische entiteit die verschilt van de federale operatoren, residuaire kas, gezinshulpdiensten, gemeenteloketten, bestuur
De uitgaven controleren en de tarieven reguleren	Paritair orgaan zoals de ION (met een uitbreiding van de vertegenwoordiging van patiënten)
De kwaliteit controleren en de dienstverleners erkennen	<i>Niet besproken</i>
De afhankelijkheidsgraad meten	een externe evaluator (nadeel: duur) de sociale diensten van de mutualiteit (zoals die in Vlaanderen bestaan) verenigingen de zorgverleners in team -> risico op belangenconflicten
De begeleiding van de persoon coördineren	algemeen en gespecialiseerd <i>casemanagement</i> (volgens beschikbaarheid van de nodige middelen)

2.7. BRUSSEL AFSTEMMEN OP VLAANDEREN EN WALLONIË

Vele stakeholders zijn erg bezorgd omtrent de ontwikkeling van de diverse afhankelijkheidsverzekeringen in Vlaanderen, Brussel en Wallonië. Zij vrezen dat wanneer geen synergiën gevonden worden tussen de gewesten het voor de Brusselaar moeilijk beheersbaar wordt. Sommige stakeholders betreuren bovendien dat geen regeling mogelijk was op het Federale niveau.

Men drukt dus de hoop uit dat voor de zelfstandigheidsverzekering bilaterale akkoorden kunnen gesloten worden die het voor de Brusselaar éénduidig, eenvoudig bruikbaar en zoveel mogelijk uniform kunnen maken. Dat betekent dat er best vrij snel overleg wordt ingepland tussen de gewesten om al in de conceptuele fase potentiële bruggen in te bouwen.

Een eerste aspect betreft de beheerders van de Zelfstandigheidsverzekering in Brussel. Net zoals dat het geval is in Vlaanderen, blijkt ook bij de stakeholders in de focusgroepen een voorkeur te bestaan om beheersaspecten toe te vertrouwen aan zogenaamde zorgkassen. Het debat dat momenteel in het Waals Gewest wordt gevoerd omtrent de Waalse zelfstandigheidsverzekering blijkt ook in eenzelfde richting te gaan. Indien men in Brussel ook zou kiezen voor zorgkassen dan lijkt het opportuun om na te gaan in hoeverre er in dat verband afspraken kunnen gemaakt worden tussen de verschillende gewesten.

Hoger werd reeds uitgebreid stilgestaan bij het belang van uniforme meetinstrumenten zoals de BelRAI-screener en de BelRAI. Het vergelijken van op gewestniveau geaggregeerde data verkregen uit een uniforme screening, maakt het niet alleen mogelijk om financieringsafspraken te maken tussen het Brusselse en de andere gewesten over de bijdragen en de rechten van de Brusselaars, het laat ook toe de rechten vast te leggen voor mensen die van gewest verhuizen. Bovendien maakt een uniforme screening het eenvoudiger om in Brussel een regeling te treffen die de rechten in het kader van de zelfstandigheidsverzekering of de zorgverzekering garandeert.

Het aggregeren van de uniforme data op het niveau van de zorgkassen maakt het bovendien mogelijk om na een periode van forfaitaire dotatie voor de beheerskost ook meer zorgkasspecifieke beheersfinanciering te voorzien. Dit zou bijgevolg een aspect kunnen zijn dat bij de kwaliteitscontrole en de budgetbewaking mee opgenomen kan worden. Bovendien moet vermeld dat de zorgkassen wellicht beheerskosten zullen hebben die gewestoverschrijdend zijn. Dit laatste betekent dat hierover ook overeenkomsten zullen nodig zijn tussen de gewesten en de zorgkassen.

Een ander aspect in verband met de articulatie tussen de Brusselse en de Waalse zelfstandigheidsverzekering enerzijds en de Vlaamse zorgverzekering en bij uitbreiding de Vlaamse sociale bescherming anderzijds is het aspect van het toezicht op de geïnstalleerde systemen. In de Vlaamse sociale bescherming is er sprake van een intern verzelfstandigd agentschap binnen de administratie WVG die enerzijds de Vlaamse Sociale bescherming zal aansturen met inbegrip van de Vlaamse zorgverzekering, en anderzijds de controle over en de interactie met de zorgkassen zal voorzien.

Indien Brussel kiest om vergelijkbare functies toe te vertrouwen aan een intern of extern verzelfstandigd agentschap (vb. OIP) en het Waalse gewest ook een enigszins vergelijkbare structuur organiseert, is het wellicht opportuun en noodzakelijk om ook hieromtrent afspraken te maken tussen de gewesten onderling.

Bijzondere aandacht verdient ook de operationalisering en de grootteorde van de bijdragen voor de Brusselse en Waalse zelfstandigheidsverzekeringen en de Vlaamse zorgverzekering.

De keuze die gemaakt wordt binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest omtrent het niveau van de bijdragen zal niet alleen repercussies hebben op de armslag van de zelfstandigheidsverzekering, maar is tevens afhankelijk van een aantal afspraken of overeenkomsten die tussen de gewesten zullen moeten gemaakt worden. Kiest men in Brussel voor verschillende keuzemogelijkheden voor de Brusselaar? Kan de Brusselaar vrij kiezen bij welke zorgverzekering of zelfstandigheidsverzekering hij of zij aansluit en bijgevolg ook bijdraagt? Of is het mogelijk om voor verschillende verzekeringssystemen te betalen binnen hetzelfde grondgebied?

Andere stakeholders zijn dan weer van mening dat de bijdragen van de Vlaamse zorgverzekering door Brusselaars best geïntegreerd worden in de Brusselse zelfstandigheidsverzekering.

Ook inzake de mogelijke rechten van de Brusselaars dienen afspraken tussen de gewesten gemaakt. Moeten de Brusselaars een keuze maken tussen de Brusselse of de Waalse zelfstandigheidsverzekering of de Vlaamse zorgverzekering, of wordt gekozen voor één territoriaal gealloceerd systeem?

Bovendien lijkt overleg tussen de gewesten noodzakelijk omtrent de korf van diensten waarop men via de zelfstandigheidsverzekering beroep kan doen. Zo blijken er verschillende prijzen gehanteerd voor dezelfde soort diensten in Brussel afhankelijk van de aanbieder en is er momenteel zowel een uni-communautaire als een bicommunautaire aanbod. Daarenboven zijn er momenteel restricties als men zich binnen één van de uni-communautaire zorgvoorzieningen wil laten helpen. Er zal ook duidelijkheid moeten geschapen worden over de mogelijkheid om zich te laten helpen d.m.v. de zelfstandigheidsverzekering in Brussel (uni-communautaire of bicommunautaire), Wallonië of Vlaanderen.

Sommige stakeholders pleiten ervoor om gelijke toegang voor alle Brusselaars te regelen in alle, erkende aanbod, maar de gedifferentieerde impact voor de gewesten te regelen via een overeengekomen repartitiesysteem.

Als laatste zullen ook afspraken moeten gemaakt worden tussen de gewesten voor wat betreft de mogelijkheid om rechten te exporteren. Zo moet, wanneer de drie gewesten een aparte zelfstandigheidsverzekering hebben, nagedacht worden over de rechten die een Belg heeft wanneer hij of zij van het ene gewest naar het andere verhuist.

Andere stakeholders stellen voor om de rechten van inwoners die bijgedragen hebben aan één of andere zelfstandigheidsverzekering in één van de gewesten de rechten te gunnen die van kracht zijn in het gewest waar zij wonen.

2.8. DISCUSSIEPUNTEN

2.8.1. Parallele discussie: een nieuw zorgmodel?

Vele stakeholders zijn van mening dat de ontwikkeling van een zelfstandigheidsverzekering in Brussel niet los kan gezien worden van een meer globale reorganisatie van een Brussels zorgmodel. Bovendien geeft men aan dat het in kaart brengen van een verlies aan autonomie moet gepaard gaan met een begeleiding en toeleiding naar een adequaat aanbod van hulp en ondersteuning. Zij pleiten voor een

zorg- en ondersteuningsmodel dat ontwikkeld wordt op het niveau van de buurt, waarbij medische hulp en zorg gecombineerd wordt met de mogelijkheid tot sociale, administratieve of psychologische hulp en ondersteuning.

2.8.2. Werkgelegenheidsbeleid

Tot slot moet men bij de invoering van een zelfstandigheidsverzekering in het Brusselse gewest rekening houden met de drijvende kracht die de activiteiten inzake de begeleiding van hulpbehoevenden betekenen, voor het werkgelegenheidsbeleid dat in het Brusselse Gewest gevoerd wordt. In het Brussels Gewest, dat gekenmerkt wordt door een hoge werkloosheid en een niet te verwaarlozen aantal risicogroepen op de arbeidsmarkt omwille van de lage kwalificatie of discriminatie van personen van vreemde origine, moet volgens ons de bestuurswijze van de geplande hervorming de overheid de mogelijkheid blijven bieden om de sector op een doeltreffende manier te blijven mobiliseren als een tewerkstellingsinstrument voor kwetsbare doelgroepen. Via de zelfstandigheidsverzekering kunnen nieuwe reguleringsvormen van de sector ingevoerd worden (kwaliteitsgarantie, grotere concurrentie tussen de operatoren, enz.). Het is nodig om de impact ervan op de beleidscapaciteit van het Brusselse gewest te evalueren op het vlak van werkgelegenheid en opleiding van werknemers.

3. Conclusies simulaties i.v.m. de haalbaarheid van een Brusselse zelfstandigheidsverzekering

Wat betreft de inkomsten werd een driedelige tarifiering gehanteerd: het standaard tarief, een verminderd tarief (50%) voor personen met een verhoogde tegemoetkoming (OMNIO statuut / statut BIM) en een nultarief voor leefloners.

Deze driedeling is realistisch compromis tussen enerzijds een sociaal noodzakelijke progressieve inning van de inkomsten en anderzijds de vigerende institutionele beperkingen.

Twee mogelijke innings-scenario's werden gesimuleerd, waarbij rekening werd gehouden met een aantal niet-betalers. In het eerste betaalt iedereen tussen 25 en 64 een bijdrage, in het tweede iedereen vanaf 25 jaar.

De beheerskosten werden gesimuleerd op basis van de Vlaamse zorgverzekering. De resulterende netto inkomsten liggen zo tussen 18,6 miljoen € en 24,4 miljoen €.

Vier potentiële uitkerings-scenario's werden gesimuleerd. In het eerste krijgen alle 65-plussers een bijdrage van 128€ per persoon. Een tweede simulatie past de Vlaamse ratio's van het aantal aangeslotenen tegenover het aantal uitkeringsdossiers (per leeftijdscategorie en per uitkeringsstatuut) op de Brusselse bevolking. Dit levert een gemiddelde premie op van 838€ per dossier. Een derde simulatie gaat uit van het aantal chronisch zieken die belangrijke hinder ondervinden van hun ziekte. De tegemoetkoming zou 1.512€ per persoon bedragen. Een laatste simulatie geeft een tegemoetkoming van 370€ aan alle ouderen die aangeven dat ze hulp nodig hebben bij hun dagelijkse activiteiten.

We willen hierbij benadrukken dat bij de Vlaamse zorgverzekering slechts 1/3 van het budget uit bijdragen komt en 2/3 uit algemene middelen. Om “shopping” te voorkomen, lijkt een zo goed mogelijke afstemming met de naburige gewesten aan te raden.

Bijlage bij het juridisch luik (enkel beschikbaar in het Frans)

L'annexe concerne la question de la conception de l'assurance autonomie pour qu'elle soit la plus complémentaire possible avec les allocations aux personnes handicapées qui existent déjà dans le cadre de la sécurité sociale.

Les questions suivantes sont abordées : comment articuler l'assurance autonomie et l'APA ? Faut-il prévoir une limite d'âge à l'assurance autonomie ? Quelles sont les caractéristiques d'une assurance sociale ? Est-il juridiquement problématique de mettre l'accent sur les soins à domicile ?

Cette partie-ci concerne les questions de protection sociale (et du droit de la sécurité sociale) et intègrent des éléments multidisciplinaires. Pour cette raison, cette partie a été placée en annexe de la partie strictement juridique¹³⁴.

A bien des égards et surtout quand elle est conçue indépendamment de l'âge, la dépendance se rapproche du handicap¹³⁵. Après avoir fait un bref rappel du système des allocations pour personnes handicapées (1), nous expliquerons quelques lacunes constatées dans le système des allocations pour personnes handicapées (2) et proposerons ensuite quelques pistes permettant de construire l'assurance autonomie de la façon la plus complémentaire possible avec le système existant des allocations pour personnes handicapées (3).

1. Présentation synthétique du système des allocations pour personnes handicapées

Il existe trois types d'allocations pour personnes handicapées : l'allocation de remplacement de revenus (ARR), l'allocation d'intégration (AI) et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA).

Avant le transfert effectif de l'APA vers les communautés, le siège de la matière pour les trois allocations est la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées¹³⁶ et l'administration compétente, la Direction générale « Personnes handicapées » du SPF Sécurité sociale.

Les trois allocations doivent être distinguées : l'allocation de remplacement de revenus (ARR) est accordée à la personne handicapée qui est âgée d'au moins 21 ans et qui, au moment de l'introduction de la demande, est âgée de moins de 65 ans. Elle vise à assurer un revenu minimum à la personne dont « l'état physique ou psychique a réduit sa capacité de gain à un tiers ou moins de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner en exerçant une profession sur le marché général du travail »¹³⁷. Cela signifie qu'il faut démontrer une incapacité de travail dite « de 66% » pour bénéficier de cette

¹³⁴ Voor alle vragen m.b.t. deze bijlage kan u contact opnemen met Vanessa De Greef : vdegreef@ulb.ac.be.

¹³⁵ P. MARTIN, « La dépendance, émergence et construction juridique d'un risque social en Europe », Rapport final, juillet 2011, p. 17.

¹³⁶ *Moniteur belge*, 1^{er} avril 1987.

¹³⁷ Article 2, §1^{er} de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées. Voir également l'arrêté royal du 6 juillet 1987 relatif à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration, *Moniteur belge*, 8 juillet 1987.

allocation. Il s'agit d'analyser l'impact économique du handicap, à travers la notion de « capacité de gain ». En règle générale, les personnes qui introduisent une demande d'allocation de remplacement de revenus sont des personnes qui n'ont jamais eu assez de capacité de gain pour pouvoir travailler et avoir accès à l'assurance soins de santé et indemnités¹³⁸.

L'allocation d'intégration (AI) couvre la perte d'autonomie, évaluée à l'aide d'un guide et d'une échelle à points¹³⁹. Elle est cumulable avec l'allocation de remplacement de revenus et vise à compenser le manque d'autonomie et les frais découlant du handicap¹⁴⁰. Pour démontrer sa perte d'autonomie, il faut accumuler plusieurs points qui permettent d'évaluer le degré d'autonomie. Ces points traduisent les difficultés que rencontrent la personne dans son quotidien, son besoin de recourir à des moyens auxiliaires spéciaux ou à l'aide d'un tiers. On évaluera les difficultés de la personnes en observant si elle peut se déplacer, absorber ou préparer sa nourriture, assurer son hygiène personnelle et s'habiller, entretenir son habitat et accomplir des tâches ménagères, vivre sans surveillance, être conscient des dangers et être en mesure d'éviter les dangers et enfin, communiquer et avoir des contacts sociaux¹⁴¹.

Enfin, l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) est accordée à la personne handicapée âgée d'au moins 65 ans qui démontre également une perte d'autonomie importante, sur la base des mêmes critères que l'allocation d'intégration¹⁴². Celle-ci n'est pas cumulable avec l'AI. Tout comme cette dernière, il s'agit d'une allocation complémentaire à un revenu principal¹⁴³.

Ces trois allocations s'inscrivent dans le *système assistanciel*. Elles sont dites « résiduaire », ce qui signifie concrètement qu'il faut avoir fait valoir ses droits aux autres prestations sociales (ex. à la pension, au chômage) avant d'introduire une demande visant à obtenir le bénéfice de ces allocations¹⁴⁴. Il faut également démontrer ne pas disposer de ressources suffisantes¹⁴⁵. La procédure d'introduction de la demande est fixée dans l'arrêté royal du 22 mai 2003 relatif à la procédure concernant le traitement des dossiers en matière des allocations aux personnes handicapées¹⁴⁶. La loi du 27 février 1987 prévoit des cas d'examen d'office, permettant de simplifier la vie du citoyen avec l'administration¹⁴⁷. A titre d'exemple, la demande d'allocation de remplacement de revenus vaut

¹³⁸ Parfois, il arrive que la personne se voit refuser l'assurance chômage et l'assurance soins de santé et indemnités alors qu'elle a un peu travaillé. Au sujet de ces situations d'insécurité juridique, voyez V. DE GREEF, *Droit au travail et troubles mentaux. Une analyse critique des exclusions et des inclusions par le droit en assurance chômage et en aide sociale*, la Charte, coll. « Association belge pour le droit du travail et de la sécurité sociale », 2016 (à paraître).

¹³⁹ Arrêté ministériel du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le guide pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration, *Moniteur belge*, 6 août 1987.

¹⁴⁰ J.-F. NEVEN, « Quelques observations sur les régimes d'aide aux personnes handicapées en Belgique », *Les politiques de protection des personnes handicapées en Europe et dans le monde*, sous la dir. de A. BOUJEKA, ouvrage issu de la journée d'études Atharep, Bruxelles, Bruylant, coll. Droit et société, 2009, p. 162.

¹⁴¹ Article N de l'arrêté ministériel du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le guide pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration.

¹⁴² Articles 3 et 3bis de l'arrêté royal du 5 mars 1990 relatif à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, *Moniteur belge*, 5 avril 1990.

¹⁴³ J.-F. Funck, « Le statut social du senior », *Le droit des seniors. Aspects civils, sociaux et fiscaux*, sous la dir. de F. GEORGES, Louvain-La-Neuve, Anthemis, 2010, p. 24.

¹⁴⁴ Article 7, §2 de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées.

¹⁴⁵ Article 7, §1^{er} de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées.

¹⁴⁶ *Moniteur belge*, 27 juin 2003.

¹⁴⁷ Article 8, §1^{er} de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées. Voir à ce sujet *Doc. parl.*, Chambre, *Projet de loi-programme(I)*, 14 novembre 2002, n° 2124/001 et 50 - 2125/001, p. 95.

demande d'allocation d'intégration et inversement¹⁴⁸. L'article 8, §1^{er}, alinéa 4, de la loi du 27 février 1987 prévoit également que la demande d'allocation d'intégration ou d'allocation de remplacement de revenus introduite par une personne qui a atteint l'âge de 65 ans au moment de l'introduction de la demande est d'office ou automatiquement considérée comme une demande d'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA)¹⁴⁹.

2. Evolutions récentes et lacunes constatées par le passé

A l'heure actuelle, le SPF Sécurité sociale reçoit plus de demandes que par le passé. En 2014, 201.985 personnes ont introduit une demande d'allocations auprès du SPF, ce qui représentait un record absolu (39% de demandes supplémentaires comparativement à 2010 pour bénéficier de l'allocation d'intégration (AI) et de l'allocation de remplacement de revenus (ARR))¹⁵⁰. Les demandes d'APA étaient au nombre de 81.030 (1% de plus qu'en 2013 et 7% de plus qu'en 2010)¹⁵¹. En 2014, il y avait 154.482 bénéficiaires de l'APA et 170.687 bénéficiaires de l'ARR ou/et de l'AI¹⁵².

Sans recherche d'exhaustivité, nous avons distingué quatre grandes difficultés rencontrées par les allocataires sociaux par rapport au système d'allocations pour personnes handicapées.

Une première difficulté est liée au caractère assistanciel des allocations. Les allocations pour personnes handicapées ne sont accessibles qu'aux bas revenus. En effet, les allocations ne peuvent être accordées que si le montant du revenu de la personne handicapée et le montant du revenu de la personne avec laquelle elle forme un ménage ne dépassent pas le montant des allocations¹⁵³. Si certains revenus sont immunisés, la plupart des revenus de la personne dépendante sont pris en compte ainsi que le montant du revenu de la personne avec laquelle elle forme un ménage. L'existence d'un ménage est, en outre, présumée lorsque deux personnes au moins qui ne sont pas parentes ou alliées au premier, deuxième ou troisième degré, ont leur résidence principale à la même adresse¹⁵⁴. Autrement dit, il est possible que la personne « valide » du ménage doive porter à elle seule, sans intervention de l'Etat, l'« invalidité » de son compagnon ou de sa compagne¹⁵⁵.

¹⁴⁸ Article 8, §1^{er} de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées.

¹⁴⁹ Voir à ce sujet Cour const., 6 mars 2014, n°39/2014.

¹⁵⁰ Rapport annuel 2014 de la DG Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale.

¹⁵¹ Ibid.

¹⁵² Rapport annuel de 2014 du SPF Sécurité sociale, p. 50.

¹⁵³ Article 7, § 1^{er} de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées. Voir également le chapitre V de l'arrêté royal du 5 mars 1990 relatif à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, *Moniteur belge*, 5 avril 1990 ainsi que les articles 8 à 9^{ter} de l'arrêté royal du 6 juillet 1987 relatif à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration.

¹⁵⁴ Article 7, § 3 la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées.

¹⁵⁵ Par contre, le système est moins strict que le droit à l'intégration sociale, notamment en ce qu'il ne n'impose jamais de se retourner d'abord contre ses débiteurs alimentaires. Voir à ce sujet J.-F. NEVEN, « Quelques observations sur les régimes d'aide aux personnes handicapées en Belgique », *op. cit.*, p. 164.

Une deuxième difficulté tient à la situation de pauvreté des personnes handicapées comparativement aux personnes qui n'ont pas de handicap. Une étude de 2012 commanditée par le SPP Politique scientifique et le SPF Sécurité sociale et intitulée « Handilab » a analysé les caractéristiques des ménages comportant des personnes bénéficiant d'une AI ou d'une ARR¹⁵⁶. B. Vermeulen et K. Hermans, qui relèvent tous deux du centre LUCAS de la KULeuven et qui ont participé à cette recherche, expliquent ainsi que la médiane des revenus des ménages standardisés comprenant ces allocataires s'élève, pour le mois de décembre 2010, à 1047 euros et insistent sur les conditions de vie précaires des ménages qui comprennent des bénéficiaires de l'AI ou de l'ARR. Ils concluent sur le fait que le coût du handicap n'est pas intégralement couvert par les allocations AI et ARR et que le risque de pauvreté des bénéficiaires de ces allocations est beaucoup plus élevé que pour la population générale. La recherche menée a également permis d'identifier les publics particulièrement précarisés : ce sont majoritairement des femmes (55, 7% en 2010) et souvent célibataires (45,7 %, seuls 32% sont mariés ou cohabitants légaux). En outre, les ménages avec plusieurs personnes handicapées rencontrent encore plus de difficultés que les ménages avec une seule personne handicapée. L'étude révèle également qu'en décembre 2010, 64 % des allocataires sociaux recevaient une aide de l'entourage immédiat pour faire face aux difficultés rencontrées à cause du handicap. De manière générale, les personnes en situation de dépendance participent peu à la vie sociale. Si nous n'avons pas connaissance d'une étude similaire concernant l'APA, d'aucuns soulignent cependant que l'augmentation constante du nombre de ses bénéficiaires est indissociable du vieillissement de la population et de l'insuffisance des pensions de retraite¹⁵⁷.

Une troisième difficulté a trait au système d'évaluation de la perte d'autonomie (pour l'AI et l'APA)¹⁵⁸. Ce système ne serait pas assez interdisciplinaire et engendrerait des approximations, voire parfois des erreurs. C'est ainsi que les pertes d'autonomie mentales ou psychiques ne sont pas toujours bien mesurées à l'aide des échelles existantes et ne tiennent pas assez compte de l'importance de l'environnement autour de la personne. Parfois, ce manque d'autonomie est aggravé par l'isolement et l'absence d'un environnement social stimulant¹⁵⁹.

¹⁵⁶ Voir au sujet des résultats de l'étude, l'article écrit par B. VERMEULEN et K. HERMANS, « Au carrefour du handicap et de la pauvreté : efficacité des allocations pour personnes handicapées », *Revue belge de sécurité sociale*, 2013, pp. 27-55.

¹⁵⁷ J.-F. NEVEN, « Quelques observations sur les régimes d'aide aux personnes handicapées en Belgique », *op. cit.*, p. 166.

¹⁵⁸ Pour une analyse de différents outils permettant d'évaluer la perte d'autonomie, voir la thèse F. FALEZ, défendue à l'ULB en 2006 et intitulée « Contribution à la validation d'instruments de mesure de la dépendance des personnes âgées » ainsi que F. REUSENS, « Rapport de session - Vieillir en bonne santé face à une dépendance croissante », *Regards croisés sur l'adulte âgé. Réflexions autour de l'année européenne du vieillissement actif et de la solidarité entre les générations (2012)*, sous la dir. de V. FLOHIMONT et F. REUSENS, Bruxelles, la Chartre, 2013, p. 223.

¹⁵⁹ Ce point de vue est mis en exergue par les défenseurs d'une approche sociale du handicap, approche qu'on retrouve dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'Organisation des Nations Unies (adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies le 13 décembre 2006 et entrée en vigueur dès le 3 mai 2008 et en Belgique, le 1^{er} août 2009) et dans la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne. Voir à ce sujet J. DAMAMME, « La socialisation de la notion de handicap en droit de la non-discrimination », *Journal européen des droits de l'homme*, 2013, n° 5, pp. 836-859 ; G. DE BECO, « Het recht op arbeid voor personen met een handicap volgens artikel 27 van het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap met een

A cet égard, les centres de soins de jour et les centres d'accueil ou d'activité de jour semblent décisifs pour que la personne participe à la vie sociale et regagne - une partie du moins de - son autonomie. Dans ce contexte, les maisons de repos peuvent répondre tant à un besoin social qu'à un manque d'autonomie¹⁶⁰. Une alternative intéressante consiste en la formule d'habitats groupés pour des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale, couplés parfois à un problème d'autonomie. A l'heure actuelle, ces habitats groupés demeurent cependant très limités et ne suffisent pas pour répondre à la demande. En outre, la personne peut voir ses revenus diminués (notamment la Grapa et l'Apa) si elle décide d'y résider¹⁶¹.

Une quatrième difficulté tient en l'absence d'une politique globale et dite « intégrée » du handicap qui concerne tant le logement, la mobilité et l'aménagement des espaces publics que les soins (hospitaliers ou à domicile) et qui sous-tendrait le système d'allocations pour personnes handicapées¹⁶². A cet égard, le morcellement des compétences en la matière nécessite idéalement de prévoir des instruments ou des lieux de coopération entre autorités compétentes. Certains préconisent également de recourir au « *case management* », notion protéiforme qui désigne notamment des techniques de gestion de processus collaboratifs et qui vise à la collaboration et la coordination entre services¹⁶³.

Comment l'assurance autonomie pourrait-elle mettre fin à certaines des difficultés rencontrées ? Comment pourrait-elle être la plus complémentaire possible avec les allocations aux personnes handicapées que nous venons de présenter et en particulier avec l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) ?

3. Pistes pour la construction du modèle de la COCOM

Quelles conditions d'octroi prévoir pour bénéficier d'une allocation d'autonomie de la COCOM et quelles prestations ce nouveau système doit-il offrir pour compléter et améliorer le système existant ?

toepassing in Vlaanderen », *R.B.S.S.*, 2014, n° 4, pp. 1-23 ; D. CUYPERS et S. VAN DAMME, « Het VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap. Bron van inspiratie voor het Unierecht en het Belgisch sociaal recht ? », *Tijdschrift voor Sociaal Recht*, 2014, n° 1, pp. 53-87.

¹⁶⁰ Il faudrait vérifier quels sont les facteurs qui expliquent que les lits MR sont remplis de personnes à faible dépendance. Il n'est pas impossible que le besoin de contact social (et l'absence d'aides proches) explique cela.

¹⁶¹ J.-F. FUNCK, « Le statut social du senior », *op. cit.*, p. 56.

¹⁶² Voir N. REGUERAS, « Personnes âgées : des séjours en maison de repos de plus en plus longs », *Démocratie*, publié le 1^{er} novembre 2013 ; M. PRIESTLEY, « In search of European disability policy: between national and global », *Alter, European Journal of Disability Research/Revue européenne de recherche sur le handicap*, 2007, pp. 61-74. Notons cependant qu'il existe des centres de coordination de l'aide et des soins à domicile (N. REGUERAS, « Garantir des soins accessibles et de qualité aux personnes âgées », *Démocratie*, 1^{er} octobre 2015).

¹⁶³ B. Vermeulen et K. Hermans suggèrent ainsi d'y recourir (« Au carrefour du handicap et de la pauvreté : efficacité des allocations pour personnes handicapées », *op. cit.*, p. 52). Notons qu'à l'heure actuelle, le décret flamand du 25 avril 2014 portant les parcours de travail et de soins est un outil qui a institutionnalisé des techniques de *case management* concernant les parcours de travail et de soins des personnes souffrant de troubles mentaux (*M.B.*, 14 août 2014).

Les questions et pistes abordées ci-dessous sont décrites sous un angle principalement juridique mais elles tiennent compte des options envisagées par le politique. Certains éléments de droit comparé - provenant tant des autres communautés en Belgique que d'autres pays - sont également mentionnés afin d'envisager le champ des possibles.

3.1. OPTER POUR UNE NATURE ASSURANTIELLE OU ASSISTANCIELLE DE L'AIDE ?

Le risque lié à la perte d'autonomie peut être couvert selon un modèle assurantiel ou assistanciel. En Europe, les pays qui ont mis en place cette couverture ont opté pour l'un ou l'autre modèle, ou parfois, pour un mélange des deux¹⁶⁴. Par opposition à la logique assurantienne, la logique assistancienne est celle de la subsidiarité de l'intervention publique : l'Etat n'intervient que lorsque la personne n'a pas les ressources suffisantes pour se protéger elle-même contre certains risques sociaux. Après avoir rappelé les options retenues par le Collège réuni de la Commission communautaire commune et les caractéristiques d'une « assurance », nous expliquerons la nature du modèle de protection flamande qui a récemment été coulé dans un décret.

3.1.1. La Cocom et la construction d'une assurance autonomie

Le Collège réuni de la Commission communautaire commune a déclaré que le développement de l'assurance autonomie se fera au départ de l'APA, « transformée selon les principes d'une assurance et non seulement d'une politique d'assistance, intégrée dans une gestion paritaire »¹⁶⁵. En commissions réunies de la Santé et des Affaires sociales, il a encore été rappelé qu'il s'agit de construire « une assurance autonomie de type assurance sociale, c'est-à-dire où chacun contribue en fonction de ses revenus et bénéficie des interventions en fonction de ses besoins »¹⁶⁶.

Notre système de sécurité sociale est de tradition « bismarckienne » (par opposition à une tradition « beveridgienne » qui caractérise par exemple le Royaume-Uni). Il a été initialement construit afin de fournir aux travailleurs une couverture en cas de risque lié à la perte de travail. Un tel système a pour caractéristiques principales de couvrir les travailleurs et leurs familles contre les conséquences de la perte de travail ; d'être majoritairement financé par des cotisations sociales - proportionnées à la rémunération du travailleur - payées par les travailleurs et les employeurs ; d'être ouvert aux

¹⁶⁴ En Allemagne, le législateur a opté pour un modèle de type assurantiel : la loi du 26 mai 1994 instaure un régime d'assurance soins de longue durée. Les travailleurs et retraités paient une cotisation obligatoire à hauteur d'1,95% du montant de leur salaire ou pension. En France et en Espagne, on observe davantage un brouillage entre le modèle assurantiel et assistanciel, entre autres parce que l'individu doit participer financièrement (même s'il doit le faire en fonction de sa capacité économique). Au Royaume-Uni, pays de tradition beveridgienne, l'assurance autonomie a les traits de l'assistance. Voir à ce sujet l'analyse de P. MARTIN, « La dépendance comme risque social. Un éclairage par les comparaisons internationales », *La dépendance des personnes âgées, un défi pour l'état social*, sous la dir. de P. MARTIN, Pessac, Presses universitaires de Bordeaux, 2014, pp. 29 et s. et P. MARTIN, « La dépendance, émergence et construction juridique d'un risque social en Europe », Rapport final, juillet 2011.

¹⁶⁵ Déclaration du collège réuni et accord de gouvernement, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, 20 juillet 2014, B-1/1, p. 26.

¹⁶⁶ Intervention de C. Frémault, *Compte rendu intégral des interpellations et des questions orales*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, Commission des Affaires sociales, chargée des Allocations familiales, 18 mars 2015, n° 15, p. 12.

personnes qui ont participé à son financement et d'être géré par les représentants des travailleurs et des employeurs¹⁶⁷.

L'idée est que le système agisse en cas de survenance du risque et ce, sans que l'état de besoin soit pris en considération. En ce sens, le système est dit universaliste. En l'état du droit, il faut cependant indiquer que cet état de besoin pénètre parfois certaines de nos assurances sociales (tels que l'assurance chômage avec la notion de « cohabitants »), même si cette évolution fait l'objet de critiques, surtout du côté francophone du pays. Par contre, les dispositifs tenant compte de la différence entre revenus (mais pas de l'état de besoin qui nécessite une enquête sur les ressources) ne sont pas sujets à de tels critiques. Pensons ainsi au maximum à facturer (MAF) qui est un système où le montant maximal de dépenses dépend de la situation social ou du revenu familial¹⁶⁸.

Notre système de sécurité sociale a également connu des évolutions qui ont modifié les objectifs initiaux d'un système purement bismarckien. Ainsi, certaines prestations ont été intégrées à la sécurité sociale sans qu'elles constituent la couverture d'un risque lié au travail, ni qu'elles consistent en un revenu de remplacement¹⁶⁹. C'est ainsi que la sécurité sociale organise également l'octroi de revenus de compléments (comme les prestations familiales) et que lorsqu'elle est entendue au sens large, la sécurité sociale inclut aussi le système assistanciel qui accorde des revenus minimums ou des revenus de complément (tels que les allocations pour personnes handicapées).

Le système de sécurité sociale est aussi fondé sur le principe de la solidarité. A l'inverse des assurances privées, notre système de sécurité sociale est caractérisé par le fait que « le montant de la cotisation ne dépend pas de la probabilité de la survenance du risque »¹⁷⁰. Le système de sécurité sociale belge est également un système où l'étendue des prestations ne dépend que partiellement de l'importance de la contribution financière¹⁷¹.

Enfin, le système de sécurité sociale est un système obligatoire, ce qui se traduit notamment par le fait que l'exercice d'une activité professionnelle en Belgique entraîne automatiquement l'assujettissement à la sécurité sociale.

Bien que l'assurance autonomie n'est, jusqu'à présent, pas envisagée comme un revenu de remplacement (mais comme un revenu de complément à d'autres revenus de remplacement tels que l'ARR, l'allocation provenant de l'assurance soins de santé indemnités, du système des pensions ou de la grapa) et qu'elle n'est pas limitée aux travailleurs, les autorités peuvent décider de son *design* et du fait qu'elle revête ou non les éléments constitutifs d'une assurance sociale (quand bien même certains de ces traits ont pu connaître des aménagements dans notre système de sécurité sociale). Si la COCOM persiste à vouloir instaurer une « assurance » autonomie, elle devra veiller aux éléments suivants :

¹⁶⁷ J.-F. FUNCK, avec la collaboration de L. MARKEY, *Droit de la sécurité sociale*, 2^{ème} éd., Bruxelles, Editions Larcier, 2014, p. 10.

¹⁶⁸ Voir le chapitre IIIbis la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités, *Moniteur belge*, 27 août 1994.

¹⁶⁹ J.-F. FUNCK, avec la collaboration de L. MARKEY, *Droit de la sécurité sociale*, *op. cit.*, p. 11.

¹⁷⁰ *Ibid.*

¹⁷¹ *Ibid.*, p. 12.

- une cotisation proportionnelle au revenu,
- la nature obligatoire de l'assurance,
- le caractère solidaire de l'assurance qui ne tient pas compte de l'importance de la contribution financière (sauf pour les revenus de remplacement) ou de la probabilité de survenance du risque,
- le caractère universaliste de l'assurance (le système doit être accessible à tous, quel que soit son revenu, et sans qu'il faille donc procéder à une enquête sur les revenus et ressources),
- la gestion de l'assurance par les partenaires sociaux (gestion qui caractérise toujours les matières de la sécurité sociale qui sont restées du ressort de l'autorité fédérale).

Certaines assurances comme les assurances soins de santé ou les prestations familiales pourraient inspirer le législateur lorsqu'il définit les bénéficiaires et les conditions de l'assurance autonomie.

Pour prendre l'exemple de l'assurance soins de santé, les bénéficiaires sont classés dans la catégorie des titulaires ou des personnes à charge¹⁷². Les titulaires comprennent les travailleurs salariés ou assimilés, les personnes handicapées, les étudiants et les personnes inscrites au Registre national¹⁷³. Les conditions de l'assurance sont au nombre de deux : premièrement, la personne doit être affiliée à une mutualité ou à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité¹⁷⁴. Deuxièmement, elle doit prouver que des cotisations suffisantes ont été payées¹⁷⁵. Notons que pour les personnes qui n'ont pas de retenues sur leur rémunération (telles que les étudiants et les personnes inscrites au Registre national), elles doivent payer une cotisation personnelle. A partir du moment où le droit a été ouvert, il est maintenu jusqu'au 31 décembre de l'année suivante¹⁷⁶. Il est conservé annuellement sur la base de la vérification des conditions qui sont examinées sur une année de référence. L'assurance soins de santé pourrait également inspirer l'assurance-autonomie car elle dresse une liste de prestations qui sont prises en charge et fixe la valeur de ces prestations (la valeur relative est fixée dans la « nomenclature », la valeur réelle dans des conventions et accords conclus par des commissions créées au sein de l'INAMI¹⁷⁷).

Qu'en est-il du modèle flamand ? Quelles sont ses sources d'inspiration et ses caractéristiques ?

¹⁷² Article 32 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités.

¹⁷³ Dans ce dernier cas, la reconnaissance n'existe qu'à titre résiduaire dans la mesure où elles ne peuvent pas être attachées à une autre catégorie ou ne peuvent pas avoir droit à une couverture en vertu d'une législation étrangère. Voir aussi J.-F. FUNCK, avec la collaboration de L. MARKEY, *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 299.

¹⁷⁴ Article 118 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités.

¹⁷⁵ Articles 119 et 121 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités et articles 136^{ter} et 136^{quater} de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, *Moniteur belge*, 31 juillet 1996.

¹⁷⁶ Article 122 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités.

¹⁷⁷ J.-F. FUNCK, avec la collaboration de L. MARKEY, *Droit de la sécurité sociale, op. cit.*, p. 306.

3.1.2. La Flandre et la construction d'une « protection sociale flamande »

Le 15 juin 2016, l'assurance autonomie a été intégrée à un système global de protection sociale flamand dans un décret relatif à la protection sociale flamande, dont l'entrée en vigueur sera déterminée par le gouvernement flamand¹⁷⁸. Ce décret vient remplacer le décret du 13 juillet 2012 relatif à la protection sociale flamande¹⁷⁹.

Le nouveau modèle flamand comprend trois volets : la *zorgverzekering*, un budget d'assistance de base pour les personnes handicapées¹⁸⁰ et l'APA¹⁸¹. Il est expressément mentionné que la protection sociale flamande donne priorité aux soins à domicile, à la prévention et au développement de l'autonomie¹⁸². Le décret prend pour modèle conceptuel l'*American Association on Mental Retardation* (AAMR). Il s'agit d'un modèle qui représente le soin et le soutien dont a besoin la personne handicapée à l'aide de cinq cercles concentriques représentant les différentes aides dont a besoin la personne ayant un handicap¹⁸³. Ce modèle est peu détaillé dans l'exposé des motifs mais il est, par contre, décrit dans une note politique de 2013 (dite « note conceptuelle ») de Jo Vandeurzen¹⁸⁴. Plus l'handicap est important, plus la personne a besoin de mobiliser les différents cercles. Le cercle n°1 - qui correspond au handicap le plus léger - ne nécessite pas que la personne doive se faire aider d'autres personnes, le cercle n°2 requiert le soutien des amis et de la famille, le cercle n°3 nécessite de faire appel à des contacts dits informels comme les collègues, les bénévoles ou les voisins, le cercle n°4 concerne les soins et services généraux, et enfin, le cercle n°5 désigne les soins et services spécialisés.

Dans le décret du 15 juin 2016, c'est un nouvel organisme, l'Agence pour la protection sociale flamande qui a dorénavant en charge la gestion du nouveau système¹⁸⁵. Notons ici que le décret prévoit que l'Agence veille à l'accessibilité financière des soins et qu'elle est chargée de mettre en œuvre le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine et le droit à l'épanouissement social, énoncés à l'article 23 de la Constitution¹⁸⁶. Les moyens financiers dont bénéficie l'Agence consiste en des

¹⁷⁸ Le décret n'ayant pas été publié au Moniteur belge, la traduction de la présente partie est une traduction libre.

¹⁷⁹ *Moniteur belge*, 23 août 2012.

¹⁸⁰ Ce budget avait déjà été introduit dans le décret flamand du 25 avril 2014 portant le financement qui suit la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées (*Moniteur belge*, 28 août 2014). Voir à ce sujet P. DRIESENS, « De Vlaamse sociale bescherming », *Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 2011-2016*, sous la dir. de J. PUT et Y. STEVENS, Bruges, la Charte, 2016, p. 719.

¹⁸¹ Notons qu'il n'est pas impossible que le système comprenne d'autres volets à l'avenir. C'est en tout cas l'idée du législateur flamand d'inclure dans ce décret d'autres domaines de compétences transférés avec la sixième réforme de l'Etat. Le législateur flamand vise par exemple les établissements pour personnes âgées aux communautés, les maisons de soins psychiatriques (MSP) et les initiatives d'habitation protégée (IHP). Voir à ce sujet l'exposé des motifs, *Doc. parl.*, Parlement flamand, *Projet de décret relatif à la protection sociale flamande*, 23 mars 2016, n°715-1, p. 3.

¹⁸² Article 4 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.

¹⁸³ Voir à ce sujet l'exposé des motifs, *Doc. parl.*, Parlement flamand, *Projet de décret relatif à la protection sociale flamande*, 23 mars 2016, n°715-1, pp. 3-4.

¹⁸⁴ Voir *Conceptnota* « Persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap », 7 mai 2013, disponible sur le site de Jo Vandeurzen, consulté le 28 juin 2016, pp. 5-6. URL : <http://www.jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/conceptnota%20PVF.pdf>

¹⁸⁵ Le gouvernement règle le fonctionnement et la direction de l'Agence (Article 11 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande).

¹⁸⁶ Article 7 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.

dotations, des contributions dites « solidaires » des personnes affiliées à une caisse d'assurance en matière de soins (*zorgkas*), des donations et des legs et d'autres moyens qui sont utiles aux objectifs poursuivis par l'Agence. L'étendue des contributions est fixée en fonction, d'une part, du nombre de membres et, d'autre part, du nombre de membres qui ont droit à une intervention majorée en assurance soins de santé et indemnités¹⁸⁷. Dans le système flamand actuel, les allocataires payent 50 euros sauf s'ils bénéficient d'une intervention majorée ou du statut OMNIO (dans ce cas, ils payent 25 euros)¹⁸⁸. Dans les travaux préparatoires, certains députés de l'opposition (Sp.a et Groen) ont plaidé pour d'autres systèmes qui permettent de moduler davantage les contributions en fonction des revenus¹⁸⁹.

En ce qui concerne la *zorgverzekering*, elle est destinée à couvrir des soins non-médicaux à des usagers « qui rencontrent une autonomie réduite prolongée et grave »¹⁹⁰. Il revient au gouvernement flamand de préciser davantage cette dernière notion. A l'heure actuelle, le décret flamand du 30 mars 1999 portant l'organisation de l'assurance soins est toujours d'application. Il entend par « autonomie réduite » : « la condition d'une personne dont les capacités d'autonomie sont amputées. Par autonomie, il faut entendre : les décisions prises et les actions entreprises par une personne physique dans sa vie quotidienne en vue de subvenir à ses propres besoins de base, ainsi que les activités connexes se rapportant surtout à l'exécution des activités ménagères et à la capacité d'établir des contacts sociaux, de s'épanouir et de s'orienter dans le temps et dans l'espace »¹⁹¹.

Comme dans le système actuel, le décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande prévoit que l'assurance soins consiste en un montant de 130 euros par mois et cette allocation forfaitaire doit, soit être utilisée pour que la personne puisse se maintenir à domicile, soit pour qu'elle réside dans une institution reconnue par le gouvernement flamand ou dans une institution dite équivalente¹⁹².

En ce qui concerne l'APA flamande, elle n'est accessible qu'aux aînés qui ont une perte d'autonomie et qui ont au moins 65 ans. Les revenus du ménage sont pris en considération pour accorder l'allocation (les revenus ne peuvent dépasser le montant de l'APA) et l'allocataire ne peut y avoir droit que s'il a fait valoir ses droits aux autres prestations sociales dans un premier temps. L'allocataire ne peut pas cumuler l'APA avec l'allocation d'intégration ou avec une allocation ordinaire, spéciale ou pour l'aide d'une tierce personne accordée en vertu de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés (avant qu'elle soit remplacée par la loi du 27 février 1987)¹⁹³. Le montant de l'allocation

¹⁸⁷ Voir au sujet de l'intervention majorée, l'article 37, § 19 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités.

¹⁸⁸ Article 9 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 modifiant l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins ; *Moniteur belge*, 3 mars 2015.

¹⁸⁹ *Doc. parl.*, Parlement flamand, *Projet de décret relatif à la protection sociale flamande*, Rapport au nom de la Commission du Bien-être, de la Santé et de la Famille, 7 juin 2016, n°715-5, pp. 16-17.

¹⁹⁰ Article 42 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande. Traduction libre. Nous avons utilisé la même traduction que pour l'actuelle définition *zorgverzekering* même si l'autonomie a été traduite cette fois par « zelfredzaamheid » et non par « zelfzorgvermogen ».

¹⁹¹ Article 2, 2° du décret du 30 mars 1999 portant l'organisation de l'assurance soins, *Moniteur belge*, 28 mai 1999.

¹⁹² Article 43 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.

¹⁹³ Article 48, §2 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.

varie en fonction de cinq catégories¹⁹⁴ : plus la perte d'autonomie est importante, plus l'allocation est élevée. Bref, et comme l'a expliqué le gouvernement flamand, les principes présidant à ces allocations - les principes construits par l'autorité fédérale - demeurent valables¹⁹⁵.

Enfin, un budget d'assistance de base peut être alloué à la personne handicapée au sujet de laquelle un besoin de soins ou de soutien est clairement constaté. Cette allocation, destinée à financer l'aide et les services non médicaux, consiste en un montant forfaitaire de 300 euros par mois¹⁹⁶. La caisse fixe la durée pendant laquelle le bénéficiaire reçoit l'allocation selon les règles définies par le gouvernement¹⁹⁷. Notons que le décret flamand du 25 avril 2014 portant le financement qui suit la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées¹⁹⁸ qui avait introduit cette allocation ne sera pas abrogé lorsque le décret du 15 juin 2016 entrera en vigueur mais uniquement modifié. Depuis le 1^{er} mai 2016, le budget d'assistance de base est, en vertu du décret flamand du 25 avril 2014, introduit progressivement¹⁹⁹. La personne peut l'obtenir s'il est constaté que la personne handicapée a un besoin de soins et d'assistance clairement constaté et qu'elle est enregistrée dans la banque de données centralisée avec une demande de soins active²⁰⁰. Cette allocation ne peut être cumulée avec un budget d'assistance personnelle ou personnalisé aux personnes handicapées, ni avec l'encadrement offert par un centre d'offre de services flexible ou un centre polyvalent pour personnes handicapées mineures. Elle peut par contre être cumulée avec la *zorgverzekering*.

Notons que le décret flamand du 25 avril 2014 portant le financement qui suit la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées prévoit également un budget de soins et de soutien « non directement accessibles », qui consiste en des soins et du soutien « qui dépassent la durée, l'intensité et la fréquence des soins et soutien directement accessibles »²⁰¹. Le cas échéant, la personne handicapée choisit entre un budget de trésorerie ou un voucher, ou utilise une combinaison des deux. Si la

¹⁹⁴ Article 50 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.

¹⁹⁵ Doc. parl., Parlement flamand, Projet de décret relatif à la protection sociale flamande, 23 mars 2016, n°715-1, p. 15.

¹⁹⁶ Article 56, §2 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.

¹⁹⁷ Article 56, §3 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.

¹⁹⁸ *Moniteur belge*, 28 août 2014.

¹⁹⁹ Arrêté du Gouvernement flamand du 15 avril 2016 modifiant l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, pour ce qui concerne l'introduction du budget d'assistance de base pour personnes handicapées, *Moniteur belge*, 13 mai 2016.

²⁰⁰ Ces demandes sont énumérées à l'art. 86/12 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins (article 3 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 avril 2016 modifiant l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, pour ce qui concerne l'introduction du budget d'assistance de base pour personnes handicapées).

²⁰¹ Article 2 du décret flamand du 25 avril 2014 portant le financement qui suit la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées.

personne reçoit un budget de soins et de soutien non directement accessibles, elle n'aura plus droit au budget d'assistance de base²⁰².

Pour Bruxelles, le gouvernement flamand avait initialement prévu que seuls deux piliers du système de protection flamande - la *zorgverzekering* et le budget d'assistance de base - étaient accessibles aux habitants de la région bilingue de Bruxelles-Capitale. Le gouvernement a dû revoir sa copie suite à l'avis de la section de législation du Conseil d'Etat qui a critiqué fortement le fait que l'APA ne soit pas accessible aux habitants de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, au motif que le législateur flamand n'y serait pas compétent. Ce n'est pas parce que les compétences sont exercées d'une façon (à savoir jusqu'à présent, selon une « logique des droits individuels » et non une logique « des institutions ») que c'est la seule façon d'exercer ces compétences, explique le Conseil d'Etat²⁰³. L'important est, poursuit-il, que le principe de loyauté fédérale soit respecté²⁰⁴. La section de législation du Conseil d'Etat estime que le projet de décret pose également problème au regard du principe d'égalité en excluant les habitants de la région bilingue de Bruxelles-Capitale d'une partie de la protection sociale flamande²⁰⁵. La section de législation du Conseil d'Etat précise qu'en outre, l'article 35 du projet de décret prévoit que le gouvernement flamand pourra prévoir des conditions spécifiques par rapport aux habitants de la région bilingue de Bruxelles-Capitale²⁰⁶, que l'article 36 du projet prévoit des règles

²⁰² En vertu de l'article 16 du décret flamand du 25 avril 2014 portant le financement qui suit la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées, le Gouvernement flamand a arrêté une procédure pour déterminer quelles personnes handicapées majeures reçoivent prioritairement un budget pour des soins et du soutien non directement accessibles dans son arrêté du 4 mars 2016 relatif à la création d'une commission régionale des priorités, à l'identification de groupes prioritaires, à la détermination de la nécessité sociale, à l'orientation vers le soutien, ainsi qu'à l'harmonisation et la planification dans le cadre de l'aide financière personnalisée (*Moniteur belge*, 20 avril 2016). Pour apprécier la profondeur du fossé entre le soutien requis et le soutien reçu, le Gouvernement a tenu compte des trois critères suivants : la nature et l'intensité des besoins de soutien de la personne qui ont été objectivés par une équipe multidisciplinaire, la capacité et la charge de travail des aidants proches ainsi que les possibilités et les limitations du soutien volontaire et professionnel actuel (article 10 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 4 mars 2016 mentionné ci-dessus). Précisons encore qu'une personne handicapée majeure qui souhaite utiliser des soins et du soutien non directement accessibles doit établir un plan de soutien. Le plan de soutien du financement qui suit la personne consiste en un « plan de soutien comprenant une description de l'ensemble de l'accompagnement auquel la personne handicapée peut faire appel, y compris les structures d'aide sociale et de santé, le réseau social, le soutien matériel ainsi que le soutien fourni par les structures qui sont agréées et subventionnées ou autorisées par l'agence » (Article 1^{er}, 15° de l'arrêté du 27 novembre 2015 du Gouvernement flamand relatif à l'introduction et au traitement de la demande d'un budget pour les soins et le soutien non directement accessibles pour personnes majeures handicapées et relatif à la mise à disposition dudit budget, *Moniteur belge*, 15 janvier 2016).

²⁰³ Conseil d'Etat, avis n° 58.697/1 du 5 février 2016 « over een voontwerp van decreet van de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaamse Gewest 'houdende de Vlaamse sociale bescherming' », *Doc. parl.*, parlement flamand, 2015-2016, n° 715-1, 8.3., p. 10

²⁰⁴ Ibidem.

²⁰⁵ La question avait déjà été abordée précédemment lors de la création de la *zorgverzekering* par F. JUDO (« Brussel : Zorg(en) verzekerd ? », *Chron.D.S.*, 2007, n°7, pp. 315-317).

²⁰⁶ Notons que l'article 28, §1^{er} du décret prévoit une forme de stage d'attente de dix ans pour les habitants de la région de Bruxelles-Capitale qui s'affilieraient au système de protection sociale flamand. Il est prévu que le gouvernement flamand puisse le réduire à cinq années si le budget le permet. Sur la possibilité de faire passer le délai d'attente de dix à cinq ans, voyez les discussions dans *Doc. parl.*, Parlement flamand, *Projet de décret relatif à la protection sociale flamande*, Rapport au nom de la Commission du Bien-être, de la Santé et de la Famille, 7 juin 2016, n°715-5, p. 10. La question du délai d'attente pour les habitants de la région bilingue de Bruxelles-

pour éviter le cumul des allocations et que ce faisant, cela évite qu'à Bruxelles, les personnes puissent cumuler deux formes d'APA (celle de la Flandre et celle qui serait organisée par la COCOM)²⁰⁷.

Précisons encore qu'il tenait à cœur au législateur flamand d'établir des possibilités de reconnaissance automatique²⁰⁸. Il a acté le principe pour chacun des trois volets du nouveau système mais il reviendra au gouvernement de préciser le fonctionnement de reconnaissance automatique²⁰⁹.

S'il faudra attendre l'arrêté d'exécution pour préciser les caractéristiques de ce nouveau système de protection flamande²¹⁰, on peut constater que la Flandre semble avoir opté pour un système mixte où l'assurance autonomie et le budget d'assistance de base continueraient d'être attribués sans enquête sur les ressources (il faudra cependant examiner comment le gouvernement flamand va préciser les règles qui empêchent les cumuls de couverture²¹¹) contrairement à l'APA qui elle s'inscrit donc, comme dans le cadre du système fédéral, dans une logique d'assistance. Contrairement à l'APA, la *zorgverzekering* et le budget d'assistance de base se concrétisent par une intervention forfaitaire, ce qui signifie qu'il n'est pas certain que ces allocations puissent couvrir l'intégralité des frais. Il faudra à l'avenir évaluer dans quelle mesure ces trois allocations couvrent le risque de la perte d'autonomie et remédient aux lacunes expliquées ci-dessus. Notons enfin que le système de protection flamande s'appuie sur un modèle conceptuel qui envisage la personne ayant une perte d'autonomie comme devant d'abord s'appuyer sur le soutien des proches avant d'envisager le soutien proposé par les services de l'Etat.

Pour le reste, on constate que le système a été progressivement réformé en Flandre depuis plusieurs années. Ce n'est pas seulement le système des allocations qui a été revu mais toute l'organisation du système, en ce compris l'offre de services. Ont notamment été mis en place des centres d'offre de services flexibles en faveur de personnes handicapées majeures²¹². Il est également prévu que le

Capitale n'est pas neuve et pouvait déjà heurter le principe d'égalité et de non-discrimination comme expliqué par F. JUDO (« Brussel : Zorg(en) verzekerd ? », *op. cit.*, p. 316).

²⁰⁷ Conseil d'Etat, avis n° 58.697/1 du 5 février 2016 « over een voontwerp van decreet van de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaamse Gewest 'houdende de Vlaamse sociale bescherming' », *Doc. parl.*, parlement flamand, 2015-2016, n° 715-1, 7.4., p. 11

²⁰⁸ *Doc. parl.*, Parlement flamand, *Projet de décret relatif à la protection sociale flamande*, Rapport au nom de la Commission du Bien-être, de la Santé et de la Famille, 7 juin 2016, n°715-5, p. 6

²⁰⁹ Articles 44, §1^{er}, 51, §2 et 56, §1^{er} du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.

²¹⁰ Il faudra notamment analyser quelle échelle est utilisée pour évaluer la perte d'autonomie. Différentes échelles pouvaient être utilisées jusqu'à présent pour avoir accès à la *zorgverzekering* (article 32 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 modifiant l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins). Voir à ce sujet P. DRIESSENS, « De Vlaamse sociale bescherming », *op. cit.*, pp. 739-740. Une étude du centre LUCAS de la KUL est en cours afin d'étudier l'outil BELRAI (*Doc. parl.*, Parlement flamand, *Projet de décret relatif à la protection sociale flamande*, Rapport au nom de la Commission du Bien-être, de la Santé et de la Famille, 7 juin 2016, n°715-5, p. 6).

²¹¹ Tels qu'ils sont prévus aux articles 35, 36 et 37 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.

²¹² Ces centres peuvent offrir tant sous forme mobile qu'ambulatoire : l'assistance de jour, l'assistance au logement et l'assistance individuelle. L'offre d'un FAM est subdivisée en quatre catégories d'assistance en fonction des besoins de la personne. Hormis pour l'assistance intensive, un nombre d'heures ou de jours maximum par an est fixé pour chaque catégorie (Articles 9, 1^{er} et 10 de l'arrêté du 26 février 2016 du Gouvernement flamand portant agrément et subventionnement de centres d'offre de services flexibles en faveur de personnes handicapées majeures ; *Moniteur belge*, 12 avril 2016).

gouvernement flamand évalue le décret relatif à la protection sociale flamande trois ans après son entrée en vigueur²¹³.

3.2. PREVOIR DES PRESTATIONS EN NATURE OU EN ESPECES ?

L'accord de gouvernement de la Commission communautaire commune (COCOM) de la législature 2014-2019 insiste sur le fait que l'assurance autonomie doit aider à « soutenir le choix du maintien à domicile via la médecine générale, les services de soins à domicile, la première ligne de soins ainsi que les soins palliatifs à domicile »²¹⁴.

La membre du Collège réuni, Céline Frémault, a également indiqué que « le secteur des aides familiales constituera indéniablement un pilier fort de la future mise en place de l'assurance autonomie » et ce, afin de permettre aux personnes âgées de pouvoir demeurer à domicile²¹⁵. Une des pistes de réflexion consiste à intégrer ces aides au sein de services agréés afin qu'ils atteignent le nombre d'heures fixées dans leur contingentement annuel²¹⁶. Les gardes à domicile sont également considérés par la membre du collège réuni comme remplissant une fonction vitale pour les personnes âgées²¹⁷. Par ailleurs, l'offre encore insuffisante des centres de jour ou de nuit (sans que les lits MR soient l'unique solution) et les problèmes d'accessibilité aux espaces publics et de mobilité sont régulièrement invoqués par les acteurs de terrain²¹⁸.

Afin de s'assurer de la promotion de certains dispositifs qui permettent d'accroître les conditions de vie des personnes âgées, l'octroi de prestations en nature peut paraître plus adéquat que l'octroi de prestations en espèces. Ces prestations en nature évitent également que l'argent soit « mal utilisé » ou que des proches ou des institutions hébergeant des personnes dépendantes puissent, d'une quelconque façon, exiger trop d'argent des personnes dépendantes, en faire un usage inapproprié voire le confisquer²¹⁹. A l'inverse, nous avons vu que les allocations actuelles dans le domaine du handicap pour les moins de 65 ans ne suffisent pas à couvrir le risque de pauvreté qu'elles rencontrent. Partant, des prestations en espèce pourraient améliorer leurs conditions de vie et venir compléter leur revenu de remplacement qui ne suffit pas à prendre en charge le coût engendré par le handicap. Une option pourrait consister en une option mixte (prestations en espèces et en nature pour certains types de services). Enfin, certains préconisent que les prestataires de services « soient directement

²¹³ Article 90 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.

²¹⁴ *Doc. Parl.*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, Déclaration du collège réuni et accord de gouvernement, 20 juillet 2014, B-1/1, p. 26.

²¹⁵ Réponse de C. Frémault à l'interpellation de M. Colson concernant « la mise en place d'une assurance-autonomie en Région bruxelloise », *Compte rendu intégral des interpellations et des questions orales*, Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, Commission des Affaires sociales, chargée des Allocations familiales, le 15 juillet 2015, *Doc. Parl.*, C.R.I. COM (2014-2015) n° 31, p. 13.

²¹⁶ *Ibid.*, p. 14.

²¹⁷ *Ibid.*, p. 14.

²¹⁸ Voir not. N. REGUERAS, « Personnes âgées : des séjours en maison de repos de plus en plus longs », *Démocratie*, publié le 1^{er} novembre 2013.

²¹⁹ En ce sens : B. ANCIAUX, « La question d'une assurance autonomie en Wallonie et à Bruxelles », Etat de la question en octobre 2015, Etude de l'IEV, p. 13.

indemnisés par l'assurance autonomie (système de tiers-payant) sur base de factures ou via un système de chèques-services »²²⁰.

Concernant les aides familiales²²¹, un pays qui pourrait intéresser les autorités bruxelloises et fédérale est l'Espagne. La loi espagnole du 14 décembre 2006 n°39/2006 de promotion de l'autonomie personnelle et d'appui aux personnes en situation de dépendance prévoit un « avantage économique exceptionnel » pour aider les aidants informels (qui comprennent les aidants familiaux et les proches de l'entourage) quand la personne dépendante ne peut avoir accès ni à l'aide de services sociaux publics, ni à un aidant professionnel²²². L'Espagne a mis au point des systèmes spécifiques concernant la garde diurne de personnes dépendantes et aussi des programmes de repos qui facilitent la vie des aidants pendant certaines périodes comme la période de vacances²²³. Des formations spécifiques pour former les aidants ont également été mises au point²²⁴. Le décret-royal 615/2007 du 11 mai 2007 qui régleme la sécurité sociale des aidants informels a également reconnu la possibilité aux aidants informels de signer un accord spécial afin d'être inclus dans le champ d'application de la sécurité sociale²²⁵. En outre, le droit du travail espagnol a été aménagé pour permettre des réductions de temps de travail aux travailleurs qui remplissent le rôle d'aidants²²⁶.

Précisons que juridiquement, rien n'impose, selon nous, de devoir opter pour une prestation en nature ou en espèces. Il faut cependant être attentif à deux éléments. Premièrement, il est utile de préciser quels besoins l'assurance autonomie bruxelloise couvrira précisément et de définir la notion de « dépendance » ou de « perte d'autonomie »²²⁷. Deuxièmement, il faudra tenir compte de la situation

²²⁰ *Ibid.*, p. 14.

²²¹ Voir en Belgique, not. la loi du 12 mai 2014 relative à la reconnaissance de l'aidant proche aidant une personne en situation de grande dépendance, *Moniteur belge*, 6 juin 2014. Afin d'être sûr de ne pas perdre ses droits aux allocations de chômage et d'aménager les efforts du demandeur d'emploi, le gouvernement a adopté l'arrêté royal du 15 avril 2015 modifiant les articles 63, 114 et 116, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage et rétablissant les articles 90 et 125 dans le même arrêté dans le cadre de l'aidant proche (*Moniteur belge*, 22 avril 2015). Voir également l'allocation octroyée aux indépendants : l'arrêté royal du 27 septembre 2015 accordant une allocation en faveur du travailleur indépendant qui interrompt temporairement son activité professionnelle pour donner des soins à une personne (*Moniteur belge*, 15 octobre 2015). Par rapport à la représentation de la vieillesse ainsi qu'aux grandes différences entre l'aidant familial et l'aidant professionnel, voir M. MERCIER, « Personnes de grande dépendance et aidants familiaux : quel type de relation », *Regards croisés sur l'adulte âgé. Réflexions autour de l'année européenne du vieillissement actif et de la solidarité entre les générations (2012)*, sous la dir. de V. FLOHIMONT et F. REUSENS, Bruxelles, la Charte, 2013, pp. 37-48 et E. DERMINE, « Rapport de session - Le senior aidant proche et l'aidant proche du senior », *Regards croisés sur l'adulte âgé. Réflexions autour de l'année européenne du vieillissement actif et de la solidarité entre les générations (2012)*, sous la dir. de V. FLOHIMONT et F. REUSENS, Bruxelles, la Charte, 2013, pp. 49-58.

²²² BOE n°299, 15 décembre 2006. Voir à ce sujet E. M. BLASQUEZ AGUDO et M. G. QUINTERO LIMA, « Les aidants familiaux en Espagne. Statut juridique et politiques en matière de dépendance », *La dépendance des personnes âgées, un défi pour l'état social*, sous la dir. de P. MARTIN, Pessac, Presses universitaires de Bordeaux, 2014, p. 131.

²²³ E. M. BLASQUEZ AGUDO et M. G. QUINTERO LIMA, « Les aidants familiaux en Espagne. Statut juridique et politiques en matière de dépendance », *op. cit.*, p. 133.

²²⁴ Elles sont organisées par le décret-royal 615/2007.

²²⁵ BOE n°114, 12 mai 2007. Voir E. M. BLASQUEZ AGUDO et M. G. QUINTERO LIMA, « Les aidants familiaux en Espagne. Statut juridique et politiques en matière de dépendance », *op. cit.*, p. 129.

²²⁶ E. M. BLASQUEZ AGUDO et M. G. QUINTERO LIMA, « Les aidants familiaux en Espagne. Statut juridique et politiques en matière de dépendance », *op. cit.*, p. 128.

²²⁷ En 2001, la législation allemande a été modifiée pour ne plus se limiter à une approche physiologique de l'autonomie et de couvrir également les besoins de garde et de supervision pour les personnes atteintes de

des bénéficiaires de l'APA s'ils devaient voir leurs prestations modifiées. A cet égard, nous avons déjà expliqué dans la partie juridique que le législateur devra veiller à respecter l'effet de *standstill* ainsi que les obligations internationales de l'Etat belge, notamment l'article 19 de la Convention internationale de l'Organisation des nations unies relative aux droits des personnes handicapées.

3.3. QUEL AGE FIXER POUR LES BENEFICIAIRES DE L'ASSURANCE AUTONOMIE ?

L'assurance autonomie a pour but de couvrir la perte d'autonomie de toute personne. En théorie, il n'y a pas de raison de limiter l'âge auquel la personne a accès à une telle assurance étant donné que les jeunes peuvent également subir une perte d'autonomie. La perte d'autonomie n'est en effet pas propre – ou exclusif – aux personnes âgées. Ne pas prévoir de limite d'âge est également une des options avancées en Commission des affaires sociales par la membre du Collège réuni, Céline Frémault²²⁸.

Cela étant dit, une question qui pourrait se poser concerne l'imbrication de l'assurance autonomie avec les autres allocations existantes : l'allocation d'intégration, l'allocation pour personnes âgées ainsi que les allocations familiales majorées (lorsque l'enfant est handicapé). L'allocation d'intégration est, on l'a dit, accessible dès l'âge de 21 ans, là où l'allocation pour personnes âgées n'est accessible, jusqu'à présent, qu'aux personnes de 65 ans au moins.

Concernant les allocations familiales majorées, elles sont calculées sur la base d'un système de points qui est basé sur trois piliers et qui diffère du système de points utilisé dans le cadre des allocations d'intégration et de l'APA²²⁹. Le deuxième pilier du système de calcul des allocations familiales majorées est cependant en lien direct avec la perte d'autonomie. Il concerne les conséquences de l'affectation relatives à l'activité et à la participation de l'enfant²³⁰. Les conditions relatives à l'incapacité et aux

déficiences cognitives et de troubles psychiques, y compris les personnes souffrant de démence. En ce qui concerne la définition, la législation allemande définit comme dépendant « est considéré comme dépendant l'assuré ou l'ayant droit qui, souffrant de maux physiques, mentaux ou psychiques ou d'un handicap, nécessite pour une période présumée d'au moins six mois, une aide pour exécuter les actes courants et périodiques de la vie quotidienne ». L'Allemagne établit également trois niveaux de dépendance : le besoin d'aide quotidienne à hauteur d'une fois par jour, de trois fois par jour et le besoin d'aide permanent. Voir à ce sujet P. MARTIN, « La dépendance, émergence et construction juridique d'un risque social en Europe », *op. cit.*, pp. 24-25 et p. 52.

²²⁸ Réponse de C. Frémault à l'interpellation d'E. Huytebroeck concernant « la mise en place d'une assurance-autonomie », *Compte rendu intégral des interpellations et des questions orales*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, Commission des Affaires sociales, chargée des Allocations familiales, 4 mars 2015, n° 11, p. 41.

²²⁹ Article 6 de l'arrêté royal du 28 mars 2003 portant exécution des articles 47, 56septies et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'article 88 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, *Moniteur belge*, 24 avril 2003.

²³⁰ Ainsi, il s'agit d'observer si l'affectation a des conséquences « sur le plan de l'incapacité physique ou mentale ou sur le plan de l'activité et de la participation, ou pour son entourage familial ».

conséquences de l'affection sont vérifiées par la DG Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale²³¹. Les allocations majorées sont payées jusqu'à l'âge de 21 ans²³².

Si le politique fait le choix de ne pas mettre de limite d'âge, il faudrait alors décider de la possibilité ou non de cumuler ces différentes allocations. Dans ce cadre, il faudra être attentif à l'éventuel appel d'air que pourrait engendrer l'ouverture de l'assurance autonomie aux bénéficiaires de tout âge (et en cas de non-cumul, il faudra observer si l'assurance autonomie est financièrement plus intéressante que l'allocation d'intégration). Dans ce contexte, il conviendra évidemment d'avoir égard à l'évolution de l'allocation aux personnes âgées et de son éventuelle intégration dans une assurance autonomie.

Enfin, notons qu'en France, l'assurance autonomie est destinée uniquement aux personnes âgées alors qu'en Allemagne ou en Espagne, la perte d'autonomie a été envisagée de manière plus large, sans qu'elle soit circonscrite aux personnes âgées²³³.

3.4. METTRE LA PRIORITE SUR LES SOINS A DOMICILE EST-IL PROBLEMATIQUE ET IMPLIQUE-T-IL UN RETRAIT DE L'APA POUR LES PERSONNES RESIDANT EN MAISONS DE REPOS ?

La Déclaration de Politique Générale du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 20 juillet 2014 indique que « à la faveur des réflexions à venir quant à la gestion de l'APA (Aide aux personnes âgées) dont nous héritons de la compétence, nous avons décidé d'analyser la création d'une 'assurance autonomie', destinée à soutenir le choix du maintien à domicile ».

Le fait de mettre la priorité sur le maintien à domicile des personnes âgées - et de ne pas aborder le secteur maisons de repos - a suscité des inquiétudes auprès des acteurs de terrain en rapport étroit avec le secteur des maisons de repos ou les CPAS qui devraient éventuellement prendre en charge les personnes résidant en maison de repos si elles n'avaient plus accès à l'APA. C'est ainsi que Michel Colson a souhaité s'assurer que les personnes résidant en maisons de repos ne seraient pas exclues de la future assurance en indiquant que 25% des personnes hébergées dans des maisons de repos bruxelloises bénéficient à l'heure actuelle d'une APA et qu'elles seraient amenées à se tourner vers les CPAS si l'APA leur était à l'avenir refusées²³⁴. Alain Maron pose la question de la « perte de droit » qui résulterait de ce changement pour les personnes en maisons de repos²³⁵.

²³¹ Article 18 de l'arrêté royal du 28 mars 2003 portant exécution des articles 47, 56septies et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'article 88 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, *Moniteur belge*, 24 avril 2003.

²³² Article 63 des lois relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés, coordonnées le 19 décembre 1939, *Moniteur belge*, 22 décembre 1939.

²³³ P. MARTIN, « La dépendance comme risque social. Un éclairage par les comparaisons internationales », *La dépendance des personnes âgées, un défi pour l'état social*, sous la dir. de P. MARTIN, Pessac, Presses universitaires de Bordeaux, 2014, p. 28.

²³⁴ *Compte rendu intégral des interpellations et des questions orales*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, Commission des Affaires sociales, chargée des Allocations familiales, le 15 juillet 2015, n° 31, p. 7.

²³⁵ Réponse de C. Frémault à l'interpellation de P. Close concernant « l'accessibilité financière des maisons de repos et des maisons de repos et de soins », *Compte rendu intégral des interpellations et des questions orales*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, Commissions réunies de la Santé et des Affaires sociales, 24 février 2016, n° 31, p. 16.

En vue de couvrir les frais d'hébergement (qui sont partiellement couverts jusqu'à présent *via* l'APA et surtout *via* un système de conventions de l'assurance soins de santé et indemnités qui a été communautarisé avec la sixième réforme de l'Etat²³⁶), C. Frémault précise qu'est à l'étude une autre piste pour l'avenir : l'augmentation des revenus des personnes âgées à faibles revenus « par les pensions, la garantie de revenus aux personnes âgées (Grapa) ou un financement fédéral »²³⁷.

Est-il possible de diminuer l'APA ou de revoir les prestations qui la composent pour le secteur des maisons de repos ? Rien n'empêche le législateur du pouvoir d'apprécier de quelle manière un droit fondamental est le plus adéquatement assuré²³⁸. Par contre, il serait problématique que des personnes qui avaient droit à l'APA n'aient plus droit à une couverture sociale similaire à l'avenir. Juridiquement, c'est à nouveau l'obligation de *standstill* qui empêche de diminuer de façon significative les droits sociaux des résidents en maisons de repos (cf. la partie juridique, la question V). On l'a dit, l'obligation de *standstill* « n'opère pas seulement en faveur des créanciers actuels des droits fondamentaux » mais elle concerne aussi les générations futures²³⁹. Enfin, est-il possible de réduire le montant de l'APA (qu'il soit converti en prestations en nature ou non) en justifiant qu'un autre législateur compte augmenter le revenu de remplacement des personnes concernées ? A notre sens, cette question appelle une réponse négative. Comme l'a expliqué la professeure I. Hachez dans sa thèse de doctorat, « il appartient à chaque autorité publique de réaliser les droits fondamentaux dans ses domaines de compétence aux fins de tendre vers la jouissance pleine et entière des droits consacrés »²⁴⁰. Par contre, et comme nous l'avons expliqué dans la partie juridique, si le législateur fédéral augmente les revenus des personnes âgées et que la COCOM décide de maintenir les mêmes conditions d'octroi et le même revenu que par le passé (en maintenant le caractère assistanciel de l'APA), il est possible que des personnes n'aient plus accès à l'APA si leurs revenus dépassent le montant de cette allocation.

C. Frémault a cependant affirmé que les personnes résidant en maisons de repos ne seraient pas exclues de l'APA²⁴¹. Une des difficultés auxquelles sont ou seront confrontées les autorités est que le prix de certaines maisons de repos est prohibitif et que, par conséquent, une assurance autonomie ou une APA augmentée permettrait aux personnes d'y accéder plus facilement. Cependant, la crainte de certains acteurs est que cette allocation pourrait se limiter à être un subventionnement du secteur

²³⁶ Voyez à ce sujet V. DE GREEF, Verbo « Maisons de repos », *Dictionnaire de la sixième réforme de l'Etat*, sous la dir. de M. UYTENDAELE et M. VERDUSSEN, Larcier, Bruxelles, 2015, pp. 523-546.

²³⁷ Réponse de C. Frémault à l'interpellation de P. Close concernant « l'accessibilité financière des maisons de repos et des maisons de repos et de soins », *Compte rendu intégral des interpellations et des questions orales*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, Commissions réunies de la Santé et des Affaires sociales, 24 février 2016, n° 31, p. 19.

²³⁸ Cour const., 27 novembre 2002, n°169/2002, § B.6.6. Voir aussi J.-F. LECLERCQ, « Sociale zekerheid: honderdduizend of niets, stop je of ga je verder? », *J.T.T.*, 2007, p. 612.

²³⁹ I. HACHEZ, Le principe de *standstill* dans le droit des droits fondamentaux : une irréversibilité relative, *op. cit.*, pp. 316 à 318, n°285.

²⁴⁰ *Ibid.*, p. 297, n°263.

²⁴¹ Réponse de C. Frémault à l'interpellation d'E. Huytebroeck concernant « la mise en place d'une assurance-autonomie », *Compte rendu intégral des interpellations et des questions orales*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, Commission des Affaires sociales, chargée des Allocations familiales, 4 mars 2015, n° 11, p. 42.

privé. Or, on sait que le secteur privé augmente fortement ses prix ces dernières années comparativement au secteur public²⁴². Bref, si le but est de rendre plus accessibles les maisons de repos, l'octroi de l'APA ou de l'assurance autonomie pourrait rendre plus aisé cet accès mais sans garantie que cette accessibilité soit pérenne (le secteur privé pourrait augmenter ses prix), ni que les carences en termes d'offre de services soient automatiquement comblées.

C'est dans ce contexte qu'on mesure que la politique générale qui doit être menée à Bruxelles doit associer systématiquement les compétences de l'aide aux personnes et de la santé, entre autres de façon à ce que l'assurance autonomie puisse parvenir à offrir une meilleure protection sociale de la perte d'autonomie et ce, quel que soit le type d'institutions accueillant la personne.

Enfin, toujours dans le domaine des maisons de repos, on sait qu'elles sont également peuplées à Bruxelles par des personnes qui n'en ont pas toujours besoin mais qui n'ont pas accès à des alternatives (contrairement à celles qui existent notamment en Flandre). Ainsi, plus d'un quart des Bruxellois entrant en MR n'auraient qu'une dépendance légère²⁴³. Ceci démontre l'importance de cibler les publics cible et les besoins spécifiques qu'ils rencontrent. Pour les personnes qui ne nécessitent pas d'être en maisons de repos, il existe une niche spécifique à laquelle l'APA pourrait tout à fait être en mesure de répondre. Il ne faut cependant pas négliger le facteur lié à l'isolement social de certaines personnes et le fait que certaines d'entre elles préfèrent - ou trouvent plus rassurant - de loger dans un habitat groupé ou collectif que de vivre seules²⁴⁴.

4. Conclusion de l'annexe

Pour conclure, si l'objectif est de construire une réelle assurance autonomie, il faudra avoir égard à tous les éléments qui fondent une assurance sociale : cotisation (proportionnelle aux revenus), caractère universaliste ou s'en approchant (évitant en tout cas l'enquête des revenus), caractère solidaire, gestion paritaire et nature obligatoire de l'assurance. Il faut également prendre en compte le récent décret flamand relatif à la protection sociale flamande du 15 juin 2016 qui s'appliquera dans sa totalité (ses trois volets) aux habitants de la région bilingue de Bruxelles-Capitale s'ils décident de s'y affilier et ce, suite à l'avis de la section législation du Conseil d'Etat.

²⁴² Réponse de M. Gosuin à l'interpellation de M. Colson concernant le « papy- et mamy-boom, l'accessibilité financière du secteur de maisons de repos et la menace de la privatisation d'une partie de plus en plus importante du secteur », *Compte rendu intégral des interpellations et des questions orales*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, Commissions réunies de la Santé et des Affaires sociales, 8 juillet 2015, n° 29, pp. 10-11

²⁴³ Les chiffres diffèrent entre 25 et 38%. Voir l'interpellation de M. André du Bus de Warnaffe concernant le « taux et le type d'occupation des lits en maison de repos », *Compte rendu intégral des interpellations et des questions orales*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, Commission des Affaires sociales, chargée des Allocations familiales, le 22 avril 2015, n° 18, p. 29. Voir également « Les personnes âgées résident de plus en plus longtemps en maisons de repos », disponible sur le site de la mutualité chrétienne, https://www.mc.be/actualite/communiqu-presse/2013/personnes_agees.jsp

²⁴⁴ N. REGUERAS, « Garantir des soins accessibles et de qualité aux personnes âgées », *Démocratie*, 1^{er} octobre 2015.

Qu'il soit opté pour des prestations en espèce ou en nature en ce qui concerne l'assurance autonomie, il faudra veiller au fait que les personnes bénéficiant d'une APA ou devant bénéficier à l'avenir d'une APA accèdent à une protection sociale similaire que par le passé et ce, en vertu du principe de *standstill*. Juridiquement, il serait illégal de supprimer l'APA des personnes résidant par exemple en maison de repos au motif que le législateur privilégie le maintien à domicile. Par contre, l'APA pourrait donner lieu à des prestations en nature si cela permet d'assurer une protection similaire à la personne âgée. En fonction de l'âge des bénéficiaires de l'assurance autonomie, il faudra veiller à une articulation étroite avec l'APA (si elle n'a pas fusionné avec l'assurance autonomie), avec l'AI qui s'adresse aux personnes de 21 ans à 65 ans et éventuellement avec les allocations familiales majorées dont sont bénéficiaires les personnes handicapées jusqu'à l'âge de 21 ans. Le fait que les conditions de vie des allocataires bénéficiant de l'AI et de l'ARR soient précaires et ne permettent pas de couvrir le coût du handicap pourraient les inciter à faire appel massivement à l'assurance autonomie. Quelle que soit l'option retenue, il sera particulièrement important que le législateur précise quels besoins les prestations couvrent précisément et qu'il définisse la notion de « dépendance » ou de « perte d'autonomie ». Il est également indiqué de mettre en place des outils de simplification administrative (et de cas d'examen automatique), tels qu'ils existent dans le système actuel d'allocations pour personnes handicapées et tels qu'ils ont été créés par le législateur flamand. Enfin, si la Belgique n'est pas sans outils pour maintenir davantage les personnes à domicile, il semble qu'elle devrait davantage investir dans l'offre de centres de jour (d'accueil/ d'activités ou de soins) ou dans d'autres formules innovantes (habitats groupés, réforme des aidants proches, habitats intergénérationnels²⁴⁵ ou habitats basés sur une culture de participation²⁴⁶) dans la mesure où ils permettent de maintenir l'autonomie de la personne âgée et handicapée, d'accroître sa participation à la vie sociale et ce faisant, de respecter les obligations internationales de l'Etat belge.

²⁴⁵ P. VERSAILLES, « L'habitat intergénérationnel », Regards croisés sur l'adulte âgé. Réflexions autour de l'année européenne du vieillissement actif et de la solidarité entre les générations (2012), sous la dir. de V. FLOHIMONT et F. REUSENS, Bruxelles, la Charte, 2013, pp. 61-91 et C. GUFFENS, Où vivre ensemble ? Etude de l'habitat à caractère intergénérationnel pour personnes âgées, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, 2006.

²⁴⁶ Voir par ex. le projet « Tubbemodellen » en Suède qui entend permettre aux bénéficiaires de soins (les résidents) de participer activement au développement de leur propre modèle de soins. Voir *Innovation sociale en faveur d'un vieillissement actif et en bonne santé*, Recueil d'études de cas, sous la dir. de A. KESSELRING, Fondation Roi Baudouin, 2014, p. 145.