

The page features a decorative graphic on the left side consisting of several vertical lines in various colors (red, orange, yellow, green, blue, purple). On the right side, there are several large, overlapping, wavy lines in blue, orange, and red that curve across the top and middle of the page. The main title is centered in the middle of the page.

Inactiviteitsvallen bij personen met psychische problemen

Fonds Julie Renson

beheerd door de Koning Boudewijnstichting



Inactiviteitsvallen bij personen met psychische problemen

Kristel Bogaerts
Pieter Vandenbroucke



Fonds Julie Renson

beheerd door de Koning Boudewijnstichting

COLOFON

Fonds Julie Renson

Inactiviteitsvallen bij personen met psychische problemen

Een uitgave van de Koning Boudewijnstichting, Brederodestraat 21 te 1000 Brussel

AUTEURS

Kristel Bogaerts en Pieter Vandenbroucke, onderzoeksmedewerkers
Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck - Universiteit Antwerpen

COÖRDINATIE VOOR DE KONING BOUDEWIJNSTICHTING

Mariette Verrycken, voorzitter van het Fonds Julie Renson
Tinne Vandensande, adviseur
Sabine van Tichelt, projectverantwoordelijke

MET MEDEWERKING VAN

Werkgroep "Inactiviteitsvallen" olv Lieven Lenaerts, raadsheer
in het arbeidshof in Brussel

GRAFISCH CONCEPT VORMGEVING PRINT ON DEMAND

PuPiL
Jean-Pierre Marsily
Manufast-ABP vzw, een bedrijf voor aangepaste arbeid

Deze uitgave kan gratis worden gedownload van onze website www.kbs-frb.be

Een afdruk van deze elektronische uitgave kan (gratis) besteld worden:
online via www.kbs-frb.be, per e-mail naar publi@kbs-frb.be of telefonisch
bij het contactcentrum van de Koning Boudewijnstichting, tel +32-70-233 728,
fax +32-70-233 727

WETTELIJK DEPOT: ISBN-13: EAN: BESTELNUMMER:

D/2893/2009/43
978-90-5130-677-4
9789051306774
1949

November 2009

VOORWOORD

Het Fonds Julie Renson wil bijdragen tot de verbetering van de levensomstandigheden van personen met psychische problemen in België. Specifieke aandacht gaat daarbij uit naar de rechten van de psychiatrische patiënt en de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg.

Mensen met een psychische aandoening zijn vaak zeer gemotiveerd om aan de slag te gaan, maar hun intreden of herintreden op de arbeidsmarkt wordt belemmerd door tal van obstakels. Deze vaak verborgen problematiek en het besef dat personen met psychische problemen specifieke noden hebben, vormden de rechtstreekse aanleiding om een werkgroep op te richten om dit maatschappelijk relevante thema verder te bestuderen. De werkgroep Inactiviteitsvallen, die voorjaar 2008 van start is gegaan, werd al heel snel met de complexiteit van dit probleem geconfronteerd.

Het Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck van de Universiteit Antwerpen, heeft de opdracht gekregen om de inactiviteitsvallen van personen met psychische problemen in kaart te brengen. Zij hebben zich hiervoor gebaseerd op een eerder onderzoek dat werd vertaald en verscherpt naar de sector van de Geestelijke Gezondheidszorg.

Uit het finale rapport is gebleken dat de doelgroep ten eerste vanuit het eigen ziektebeeld en ziekteverloop specifieke problemen ontmoet in de zoektocht naar werk. Bovendien zijn de diverse stelsels niet op elkaar afgestemd, is er onvoldoende of vrijwel geen flexibiliteit aanwezig in de vooropgestelde maatregelen, heerst er veel onduidelijkheid en dat alles met financiële vallen tot gevolg. Zeer belangrijk is de juiste toeleiding in het traject naar de gepaste job en de permanente ondersteuning om deze job te kunnen behouden. Gehoopt wordt dat dit niet een zoveelste hol pleidooi zal zijn, maar dat daarentegen de beleidsmakers zich zullen engageren om er nu echt werk van te maken.

Inspanningen worden niet enkel van de bevoegde overheden verwacht. Het Fonds Julie Renson houdt een vurige pleitrede tot mentaliteitswijziging in de hele maatschappij. Al decennia wordt er geijverd om stigmatisering en discriminatie van psychiatrische patiënten weg te werken. Want enkel dan kan iedereen genieten van de kansen die hij verdient.

Het Fonds Julie Renson dankt de werkgroep en al de medewerkers voor hun deskundig engagement. En vooral dank aan Lieven Lenaerts, die als voorzitter van de werkgroep de complexiteit van de materie gedreven en creatief onder ogen heeft weten te houden. Dank ook aan de wetenschappers van het Centrum Sociaal Beleid Universiteit Antwerpen voor hun gedegen onderzoek en ondersteuning en aan iedereen die op een of andere wijze heeft meegeholpen om dit huidige resultaat te bereiken.

Fonds Julie Renson

INHOUD

Voorwoord	3
Samenvatting	7
Synthèse	9
Zusammenfassung	11
Executive summary.....	13
1. Inleiding	15
a. Arbeidshandicap en geestelijke gezondheid	16
b. Inactiviteitsvallen	17
c. Specifieke noden van de personen met psychische problemen	18
2. Knelpunten in regelgeving en uitvoeringspraktijk bij de activering van personen met psychische problemen	19
a. Begeleiding en toeleiding	19
b. Opleiding	21
c. Activeringsmaatregelen	22
d. Ondersteuning van de vraagzijde	22
3. De toegang tot de uitkering en financiële vallen.....	25
a. Beoordeling van arbeidsongeschiktheid of arbeidshandicap, toegang tot een uitkering	25
– ZIV-uitkering	26
– Werkloosheidsuitkering	27
– IVT & IT	27
– Financiële verschillen tussen de sociale statuten	28
b. Inkomen uit werk en uitgaven voor gezondheidszorgen	29
– Voorbeeldtrajecten in en uit werk van personen met een (psychische) arbeidshandicap	30
– Wat de cases leren.....	37
4. Conclusies	39
5. Beleidsaanbevelingen	41
Referenties.....	43
Lijst met afkortingen	44
Bijlage	45

SAMENVATTING

Personen met psychische problemen, binnen de groep personen met een arbeidshandicap, hebben een aantal specifieke noden met betrekking tot de (her)inschakeling op de arbeidsmarkt. Deze noden vloeien voort uit de kenmerken van hun ziektebeeld en het herstelproces. Dit rapport maakt de oefening om de verschillende problemen die deze groep kan ervaren bij activering en tewerkstelling in kaart te brengen¹.

Personen met psychische problemen kunnen zowel rechten openen op een ziekte- en invaliditeits-uitkering, een werkloosheidsuitkering, een inkomensvervangende en/of integratietegemoetkoming of een leefloon. De toegang tot een bepaald stelsel is afhankelijk van de (vroegere) tewerkstellingssituatie (of de afwezigheid daarvan). De regelgeving rond deze verschillende sociale statuten en de cumulregelingen is complex en niet door alle actoren (betrokken personen zelf, werkgevers, consulenten en begeleiders, adviserend geneesheren, ...) goed of voldoende gekend. De bevoegdheidsverdeling tussen het federale en regionale niveau maakt op verschillende punten coördinatie moeilijk. De gehanteerde definities voor arbeidsongeschiktheid, medische geschiktheid, zelfredzaamheid en MMPP zijn sterk verschillend, maar niet steeds complementair. Door de diversiteit aan uitkeringsstelsels waarin de personen met psychische problemen terecht kunnen komen, zijn de mogelijke problemen waarmee ze geconfronteerd kunnen worden dan ook vaak stelsel-specifiek. Of: afhankelijk van het uitkeringsstelsel, wordt men met andere knelpunten geconfronteerd en verschillen de (her)activeringsmogelijkheden.

Globaal genomen stijgt het beschikbare gezinsinkomen bij (her)tewerkstelling in vergelijking met het inkomen in de uitkeringssituatie. De financiële meeropbrengsten zijn in vele gevallen wel laag tot zeer laag. Het inkomen bij werk kan echter ook lager zijn dan de uitkering indien het werk enkel hervat kan worden aan een loon dat lager is dan vóór de uitkeringssituatie. De cumulregelingen van loon en uitkering zorgen bij deeltijdse baan voor een zelfde of hoger inkomen als in de uitkeringssituatie. Bij de ZIV-regeling bestaat echter wel een gevaar voor een financiële inkomensval bij het aflopen van de tewerkstelling in het kader van de toegelaten arbeid.

Deze groep wordt geconfronteerd met verschillende problemen inzake de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid of handicap en met een herstelproces dat kansen op herval inhoudt. Dit zorgt voor onzekerheid en vertragingen

¹ Dit rapport baseert zich op Bogaerts, K., Vandenbroucke, P., Marx, I., Degraeve, D. (2009), "Inactiviteitsvallen voor personen met een handicap of een langdurig gezondheidsprobleem." Dit onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van de Vlaamse minister van Werk, Onderwijs en Vorming, in het kader van het VIONA-onderzoeksprogramma.

i.v.m. de uitkeringen. En hoewel de stelsels hervat toelaten zonder financieel gestraft te worden, is hierover weinig geweten en kan de vrees voor hervat ervoor zorgen dat personen met psychische problemen de stap naar werk niet wagen.

De noodzakelijke begeleiding die voor de personen met psychische problemen wordt verondersteld (op 3 domeinen: het individu, de omgeving en het werk) om op een duurzame manier het werk te kunnen hervatten, lijkt onvoldoende voorhanden te zijn voor deze specifieke groep. Door het specifieke verloop van het herstelproces hebben ze nood aan een integrale en langdurige begeleiding die niet stopt bij of kort na de aanwerving of werkhervatting.

SYNTHÈSE

Les personnes atteintes de problèmes psychiques et affectées d'un handicap professionnel, ont un certain nombre de besoins spécifiques en termes de (ré)insertion sur le marché de l'emploi. Ces besoins découlent des caractéristiques de leur syndrome et du processus de rétablissement. Ce rapport s'efforce d'identifier les différents problèmes rencontrés par ce groupe dans le cadre de l'activation et de l'emploi².

Les personnes ayant des problèmes psychiques peuvent bénéficier de droits à une indemnité pour cause de maladie ou d'invalidité, une allocation de chômage, une allocation de remplacement de revenus et/ou d'intégration ou un revenu d'intégration sociale. L'accès à un système déterminé dépend de la situation (antérieure) en matière d'emploi (ou d'absence d'emploi). La réglementation relative à ces différents statuts sociaux et aux régimes du cumul est complexe et n'est pas bien ou pas suffisamment connue de tous les acteurs (les personnes concernées, les employeurs, les consultants et les accompagnateurs, les médecins-conseils, ...). La répartition des compétences entre les niveaux fédéral et régionaux complique la coordination sur divers points. Les définitions utilisées pour désigner l'incapacité de travail, la capacité médicale, l'autonomie et les problématiques médicales, mentales, psychiques et psychiatriques sont fortement différentes, mais pas toujours complémentaires. En raison de la diversité des régimes de prestations dont peuvent bénéficier les personnes ayant des problèmes psychiques, leurs problèmes éventuels sont dès lors souvent spécifiques. En d'autres termes, en fonction du régime de prestations, on est confronté à d'autres points noirs et à des possibilités de (ré)activation différentes.

De manière générale, le revenu des ménages disponible augmente lors de la (re)mise au travail, en comparaison avec le revenu perçu dans le cadre des prestations. Or, dans de nombreux cas, les revenus supplémentaires financiers sont faibles ou très faibles. Le revenu professionnel peut toutefois également être inférieur aux prestations en cas de reprise du travail moyennant un salaire inférieur au salaire précédant les prestations. En cas d'emploi à temps partiel, les régimes du cumul de salaire et de prestations impliquent un revenu équivalant ou supérieur aux prestations. Cependant, le régime AMI peut engendrer une chute des revenus financiers à la fin de l'emploi dans le cadre du travail autorisé.

² Ce rapport se base sur: Bogaerts, K., Vandenbroucke, P., Marx, I., Degraeve, D., "Inactiviteitsvallen voor personen met een handicap of een langdurig gezondheidsprobleem" (Pièges à l'inactivité pour les personnes ayant un handicap ou un problème de santé chronique), 2009. Cette enquête a été réalisée pour le compte du ministre flamand de l'Emploi, de l'Enseignement et de la Formation, dans le cadre du programme de recherche VIONA.

Ce groupe est confronté à différents problèmes en matière d'appréciation de l'incapacité de travail ou du handicap et à un processus de rétablissement comportant un risque de rechute, ce qui crée une incertitude et des retards en termes de prestations. Bien que les régimes permettent une rechute sans entraîner de pénalité financière, cet aspect est peu connu et la crainte d'une rechute peut entraver le retour au travail des personnes ayant des problèmes psychiques.

L'accompagnement nécessaire des personnes ayant des problèmes psychiques (dans trois domaines: l'individu, l'entourage et le travail) afin de pouvoir reprendre le travail de manière durable semble insuffisant pour ce groupe spécifique. Au vu du déroulement particulier du processus de rétablissement, elles ont besoin d'un accompagnement intégral et prolongé qui ne s'arrête pas lors de l'embauche ou de la reprise du travail.

ZUSAMMENFASSUNG

Innerhalb der Gruppe von arbeitsunfähigen Personen haben Personen mit psychischen Problemen eine Reihe spezifischer Bedürfnisse im Hinblick auf ihre (Wieder)Eingliederung in den Arbeitsmarkt. Diese Bedürfnisse hängen mit den Merkmalen ihres Krankheitsbildes und dem Genesungsprozess zusammen. In diesem Artikel wird versucht, die verschiedenen Probleme, die diese Gruppe bei der Aktivierung und Beschäftigung erleben kann, deutlich zu machen³.

Personen mit psychischen Problemen können sowohl Anspruch auf eine Kranken- und Invaliditätsbeihilfe als auch auf Arbeitslosengeld, einen Einkommensersatz und/oder Eingliederungszuschuss oder einen so genannten Lebenslohn haben. Der Zugang zu einem bestimmten System hängt von der (früheren) Beschäftigungssituation (oder des Fehlens einer solchen) ab. Die Vorschriften in Bezug auf diese verschiedenen sozialen Statuten und die Kumulierungsregelungen sind komplex. Nicht alle Akteure (die Betroffenen selbst, Arbeitgeber, Berater und Betreuer, Beratungsärzte usw.) sind gut oder ausreichend damit vertraut. Die Kompetenzverteilung zwischen der föderalen und der regionalen Ebene erschwert in verschiedenen Punkten die Koordination. Die Definitionen, die für Arbeitsunfähigkeit, medizinische Eignung, Fähigkeit zur Selbsthilfe und medizinische, mentale, psychische oder psychiatrische Probleme angewendet werden, sind sehr unterschiedlich, aber nicht immer komplementär. Aufgrund der vielfältigen Beihilfesysteme, die Personen mit psychischen Problemen in Anspruch nehmen können, sind die Probleme, mit denen sie möglicherweise konfrontiert werden, oftmals systemspezifisch. Oder: Je nach Beihilfesystem stößt man auf andere Schwierigkeiten und auch auf verschiedene (Re)Aktivierungsmöglichkeiten.

Im Allgemeinen steigt das verfügbare Familieneinkommen bei einer (Wieder) Beschäftigung im Vergleich zum Einkommen in der Beihilfesituation. Allerdings ist der finanzielle Mehrertrag vielfach niedrig oder sehr niedrig. Das Einkommen im Beschäftigungsfall kann jedoch auch niedriger sein als die Beihilfe, wenn die Arbeit nur zu einem Lohn, der niedriger ist als vor der Beihilfesituation, wieder aufgenommen werden kann. Die Kumulierungsregelungen für Lohn und Beihilfe führen bei einem Teilzeitjob dazu, dass das Einkommen genauso hoch oder höher ist als in der Beihilfesituation. Bei der ZIV-Regelung (ZIV: Kranken- und Invaliditätsversicherung) besteht jedoch die Gefahr, dass das finanzielle Einkommen bei Ablauf der Beschäftigung im Rahmen der zugelassenen Arbeit wieder sinkt.

³ Dieser Artikel basiert auf Bogaerts, K., Vandenbroucke, P., Marx, I., Degraeve, D. (2009), "Inactiviteitsvallen voor personen met een handicap of een langdurig gezondheidsprobleem." Diese Untersuchung wurde im Auftrag des flämischen Ministers für Arbeit, Bildung und Ausbildung, im Rahmen des Forschungsprogramms VIONA, durchgeführt.

Diese Gruppe hat mit verschiedenen Problemen zu kämpfen, die mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit oder der Behinderung sowie auch mit dem Genesungsprozess zusammenhängen, der die Möglichkeit eines Rückfalls beinhaltet. Dies führt zu Ungewissheit und Verzögerungen im Hinblick auf die Beihilfen. Und auch wenn die Systeme einen Rückfall ohne finanzielle Sanktionen gestatten, ist hierüber wenig bekannt, und die Furcht vor einem Rückfall kann Personen mit psychischen Problemen davon abhalten, den Schritt in die Beschäftigung zu wagen.

Die notwendige Begleitung, die für Personen mit psychischen Problemen vorausgesetzt wird (in 3 Bereichen: die Person selbst, das Umfeld und die Arbeit), um die Arbeit dauerhaft wieder aufnehmen zu können, scheint für diese spezifische Gruppe nur unzureichend verfügbar zu sein. Aufgrund des spezifischen Verlaufs des Genesungsprozesses brauchen sie eine integrale und lange Begleitung, die nicht bei oder kurz nach der Einstellung oder Wiederaufnahme der Arbeit endet.

EXECUTIVE SUMMARY

Within the group of persons with an employment disability, persons with mental problems have a number of specific needs with respect to their (re) integration into the job market. These needs result from the symptoms of their syndrome and the recovery process. This report aims to map the different problems that this group can experience on activation and employment.⁴

Persons with mental problems are entitled to apply for sickness and invalidity benefit, unemployment benefit, income replacement and/or integration benefit or income support. Access to a specific system is dependent on the (previous) employment situation (or the absence thereof). The regulations applicable to these different social statuses and the cumulation schemes are complex and not all the actors (the persons concerned themselves, employers, consultants and counsellors, consultant physicians, etc.) are well-acquainted or sufficiently familiar with them. The division of authority between the federal and regional level makes coordination difficult on several points. The definitions employed for incapacity to work, medical fitness, the ability to live independently and MMPP (mental, psychological and/or psychiatric problems) vary significantly, but are not always complementary. Due to the diversity of benefit systems which persons with psychological problems can encounter, the problems they may be faced with are often system-specific. In other words, depending on the benefit system, these persons are faced with different bottlenecks and different possibilities for (re)activation.

In general, the disposable household income rises with (re-)employment in comparison with the income when receiving a benefit, although in many cases the marginal financial returns are low to very low. However, the income from work may also be lower than the benefit if work can only be resumed at a lower wage than before the benefit was received. For part-time work, the cumulation schemes for wages and benefits ensure an identical or a higher income than when the benefit was received. However, with the ZIV/AMI (health and invalidity insurance) scheme there is still the danger of a fall in income at the end of employment in the context of the work permitted.

⁴ This report is based on "Inactiviteitsvallen voor personen met een handicap of een langdurig gezondheidsprobleem." (Inactivity traps for persons with a disability or a long-term health problem) by Bogaerts, K., Vandenbroucke, P., Marx, I., Degraeve, D. (2009). This research was carried out on behalf of the Flemish Minister for Work, Education and Training, in the context of the VIONA research programme.

This group is faced with different problems regarding the assessment of incapacity for work or disability and with a recovery process that does not preclude chances of relapse. This gives rise to uncertainty and delays in connection with the benefits. And although the systems permit relapse without financial penalties, too little is known about this possibility and the fear of relapse may mean that persons with mental problems do not risk the step towards work.

The necessary guidance assumed for persons with mental problems (in three areas: the individual, their environment and work) in order to ensure that they can resume work on a permanent basis, does not seem to be in sufficient supply for this specific group. Due to the specific nature of the recovery process, they need integrated, long-term guidance which does not stop at or shortly after recruitment or the resumption of work.

1. INLEIDING

Het Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck (Universiteit Antwerpen) kreeg in het kader van het VIONA onderzoeksprogramma de opdracht de verschillende bestaande obstakels en activiteitsvallen in kaart te brengen die arbeidsgehandicapten ervaren bij de verschillende stappen richting arbeidsmarkt. Het gaat daarbij niet enkel om financiële knelpunten (financiële inactiviteitsvallen), maar ook om de knelpunten in de bestaande regelgeving en uitvoeringspraktijken op de verschillende bevoegdheidsdomeinen en het samenspel tussen de verschillende beleidsniveaus. Dit resulteerde in een onderzoeksrapport: 'Inactiviteitsvallen voor personen met een handicap of een langdurig gezondheidsprobleem' (Bogaerts, Vandenbroucke, Marx en Degraeve, 2009). Deze inventarisatie van de verschillende belemmeringen die personen met een arbeidshandicap of een langdurig gezondheidsprobleem ervaren bij de verschillende stappen richting werk is gebaseerd op een analyse van wetgeving en een exploratie van het veld aan de hand van gesprekken met experts. De analyse is geen empirische representatieve studie die het voorkomen van specifieke knelpunten en hun relatief belang in kaart brengt. De berekening van de financiële vallen gebeurt aan de hand van een theoretisch simulatiemodel dat de netto beschikbare gezinsinkomens voor bepaalde gezinstypes simuleert. De studie focust zich uitsluitend op Vlaanderen. De bevoegdheden die tot het federaal niveau behoren worden ook meegenomen in de studie, maar de eraan verbonden besproken uitvoeringspraktijk beperkt zich tot Vlaanderen. Op die manier worden ook de knelpunten zichtbaar die voortvloeien uit de afstemming tussen de verschillende beleidsniveaus (federaal – regionaal).

Op vraag van het Fonds Julie Renson werd dit VIONA rapport verder uitgediept met betrekking tot personen met psychische stoornissen. In dit onderzoek plaatsen we de voor deze groep relevante opmerkingen uit het basisonderzoek op de voorgrond en vertalen ze verder naar beleidsaanbevelingen m.b.t. deze doelgroep, zowel wat betreft de financiële knelpunten als wat betreft de regelgeving en de uitvoeringspraktijk.

a. Arbeidshandicap en geestelijke gezondheid

Een arbeidshandicap is "elk langdurig en belangrijk probleem van deelname aan het arbeidsleven dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten en persoonlijke en externe factoren" (Samoy, 2008). Deze definitie omsluit expliciet de beperkingen die personen met psychische problemen ervaren. In Vlaanderen heeft 12.5% van de personen tussen 15 en 64 jaar een handicap of langdurige ziekte waarvan hij of zij ook belemmeringen ervaart bij de deelname aan het dagelijkse leven (EAK2007-Vlaanderen⁵). In absolute termen gaat het over 480.000 personen, waarvan 220.000 in erge mate en 260.000 in zekere mate hinder ondervinden (Samoy, 2008).

De personen met psychische problemen vormen een aparte groep binnen de groep van personen met een arbeidshandicap. Het is echter niet duidelijk hoe groot de groep personen is waarvoor de psychische problematiek een arbeidshandicap vormt. Daarnaast is er ook, bij het samengaan van meerdere beperkingen, geen zekerheid over welke beperking doorslaggevend is. De arbeidshandicap kenmerkt zich immers vaak door een veelvoud van samenvallende beperkingen. Psychische stoornissen zijn volgens het RIZIV (RIZIV, 2005 en RIZIV, 2009 – cijfers voor België) de belangrijkste oorzaak van invaliditeit bij loontrekkenden. Bij de invalide vrouwelijke bedienden is zelfs meer dan 40% invalide ten gevolge van een psychische aandoening. Het aantal invaliden ten gevolge van een psychische aandoening nam sterk toe in de periode 1995-2003: van 43808 tot 63911. Dit aantal nam verder toe tot 74054 in 2007. Aangezien de andere belangrijke ziektegroepen in de invaliditeit stabiel bleven of achteruitgingen in deze periode, is het aandeel van de psychische stoornissen in het totaal gestegen.

Het beschikbare cijfermateriaal laat niet toe om de omvang van de groep personen met psychische problemen te bepalen. De verschillende databronnen maken gebruik van andere definities (hoe wordt 'handicap' of 'probleem' gedefinieerd, objectieve meting versus zelfdefinitie, bepaling van het probleem in relatie tot de arbeidsmarkt, ...) en informatie over de afgelegde trajecten is slechts beschikbaar op basis van beperkte screenings (bv via GTB). Een schatting van de belangrijkheid van bepaalde knelpunten en obstakels wordt daardoor onmogelijk.

In deze studie worden personen met psychiatrische en/of psychische beperkingen belicht onafhankelijk van de zorgsituatie en het juridische statuut. Deze groep is ruimer dan de GGZ-cliënten (geestelijke gezondheidszorg). Het gaat hier om een "groep met een **brede waaier** aan psychische of psychiatrische **aandoeningen, stoornissen of problemen**, van licht tot zeer ernstig, en met verschillende juridische statuten, waarvan verondersteld wordt dat de **kansen op (her)integratie op de arbeidsmarkt beperkt(er) zijn omwille van deze problemen**". In de tekst wordt naar deze heterogene groep verwezen als 'personen met psychische problemen'. Hoewel de GG-problematiek divers en individueel van aard is, worden hieronder enkele kenmerken aangehaald die de GG-problematiek karakteriseren ten opzichte van andere arbeidshandicaps.

- **Cognitief en communicatief:** ten gevolge van zijn psychiatrische problematiek kan de persoon met psychische problemen moeilijkheden ondervinden op het vlak van concentratie en geheugen bij de uitoefening van het werk. Wanneer contacten leggen moeilijk is voor de personen met psychische problemen, en hij sociaal geïsoleerd leeft ten gevolge van de aandoening, is het vinden van een job reeds een extra moeilijkheid.

⁵ Voor meer info over de EAK, zie <http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/gegevensinzameling/enquetes/eak/index.jsp>

- **Stressgevoeligheid en kwetsbaarheid:** de psychiatrische problematiek kan zich vertalen in het gebrek om kunnen gaan met stresserende werkomstandigheden.
- **Onzekerheid en stigma:** de psychische stoornis die de cliënt met zich meedraagt, zorgt voor een grotere onzekerheid in eigen kunnen wat kan resulteren in faalangst. Daarnaast is de cliënt vaak ook (terecht) bezorgd om het stigma dat heerst over psychiatrische aandoeningen en dat de aanwerving bemoeilijkt.
- **Specifieke herstelproces:** bij een aantal personen met psychische problemen is er nooit sprake van een genezing, bij anderen komen de beperkingen als gevolg van de psychiatrische problematiek in min of meer frequente mate opnieuw boven water. Psychofarmaca die gebruikt worden in het herstelproces hebben bovendien vaak een impact op het functioneren.
- **Lange periode van arbeidsongeschiktheid:** in sommige gevallen zorgt de lange duur van inactiviteit door de psychiatrische aandoening ervoor dat personen met psychische problemen arbeidsattitudes en arbeidsmarktkennis verliezen of zelfs nooit aanleren.
- **Opleidingsniveau:** de GG-problematiek zorgt er voor dat sommige personen een opleidingsniveau hebben dat boven hun werkelijke functioneringsniveau ligt.

Deze kenmerken hebben een duidelijke weerslag op de arbeidsmarktkansen van de personen met psychische problemen. Uit het GTB jaarverslag (2005) blijkt bijvoorbeeld dat de personen met psychische problemen in vergelijking met hun andere cliënten slechter dan gemiddeld scoren: ze stromen minder door naar begeleiding en opleiding, vinden minder dan gemiddeld werk, haken sneller af en opleidingen duren langer.

b. Inactiviteitsvallen

Een grote groep van de personen met een (arbeids)handicap is niet aan het werk. Slechts 42% van de personen die hinder ondervinden in het dagelijkse leven is aan werk. Bij de personen die geen hinder ondervinden is 71% aan het werk (Samoy, 2008). De haperende arbeidsparticipatie van de personen met een arbeidshandicap en personen met psychische problemen in het bijzonder, ligt niet enkel bij de arbeidsgehandicapten zelf, maar ook bij een aantal omgevingsfactoren. Naast persoonlijke factoren als de gezondheidstoestand, motivatie, houding t.o.v. tewerkstelling en de combinatie tussen gezin en arbeid, speelt immers ook de arbeidsmarkt zelf (beschikbaarheid van geschikte jobs, houding van de werkgever t.o.v. personen met een arbeidshandicap) en het reglementaire kader en de uitvoeringspraktijk een belangrijke rol. In het verleden gaven middenveldorganisaties en de SERV al aan dat het beleid zelf de oorzaak is van een aantal inactiviteitsvallen voor personen met een arbeidshandicap (zie bv: VVI, 2004 en SERV, 2004).

Inactiviteitsvallen worden ruim gedefinieerd als: "elke regeling die ertoe leidt dat personen ... ontmoedigd of beperkt worden om de stap naar de arbeidsmarkt te zetten. Hieronder vallen alle procedures en maatregelen die – hetzij individueel, hetzij in combinatie – door hun inhoud, hun complexiteit, hun klantvriendelijkheid, hun stigmatiserend karakter uiteindelijk het economisch actief negatief beïnvloeden of onvoldoende positief aanmoedigen. Evenzeer vallen hieronder de regelingen die bij de stap naar werk, de inkomenspositie van betrokkene negatief beïnvloeden." (SERV, 2004). In deze studie worden alleen inactiviteitsvallen die betrekking hebben op de inkomenssituatie, de administratieve regelgeving en praktijkuitvoering in beschouwing genomen. Andere afgeleide rechten zoals sociale tarieven allerhande worden niet besproken.

c. Specifieke noden van de personen met psychische problemen

Personen met psychische problemen hebben specifieke noden wanneer ze zich op de arbeidsmarkt bewegen. Door de aard van hun arbeidshandicap (cfr. supra) zijn er een aantal vuistregels waaraan moet voldaan zijn om tot een succesvolle arbeidsdeelname te komen:

- **Extra opvolging en begeleiding (soort en duurtijd).** Door de multi-problematiek, het lange herstelproces en het risico op hervat, is opvolging tijdens en na het herstelproces cruciaal. Dit houdt in dat de looptijd van de begeleiding in elk geval langer is dan voor andere werkzoekenden.
- **Nood aan geleidelijke overstap naar werk.** Door de verhoogde kwetsbaarheid en gevoeligheid voor stress bij personen met psychische problemen en om het risico op hervat te verkleinen, is het belangrijk om stapsgewijs te werken. Een flexibele aanpak op maat van de cliënt is hierbij noodzakelijk (zie ook Steenssens e.a., 2007).
- **Hulp** die gericht is op drie fronten:
 - het **individu** (zorg),
 - **persoonlijke levenssfeer en de omgeving** (budgetbeheer, administratieve opvolging, ...),
 - **professionele omgeving** (begeleiding, aanpassing tewerkstellingssituatie)

Ondanks de specifieke kenmerken van de personen met psychische problemen en hun specifieke noden is werk ook voor deze groep zeer belangrijk voor het herstelproces (zie bv Van Audenhove e.a. 2000, Schneider, 1998). De intrinsieke motivaties die van werk uitgaan (naast de materiële functie: het verschaffen van een inkomen) mogen niet over het hoofd worden gezien. Een job biedt onder andere (dag)structuur, sociale contacten en zelfontplooiing.

2. KNELPUNTEN IN REGELGEVING EN UITVOERINGS- PRAKTIJK BIJ DE ACTIVERING VAN PERSONEN MET PSYCHISCHE PROBLEMEN

Het onderzoeksrapport 'Inactiviteitsvallen voor personen met een handicap of een langdurig gezondheidsprobleem' (Bogaerts e.a., 2009) inventariseerde voor een algemene groep van personen met een handicap eveneens de knelpunten in wetgeving in uitvoeringspraktijk. Deze paragraaf herneemt de meest in het oog springende knelpunten die van toepassing zijn voor personen met psychische problemen en de specifieke noden die voortkomen uit hun beperkingen voor de arbeidsmarkt.

a. Begeleiding en toeleiding

In de begeleiding en toeleiding naar de arbeidsmarkt neemt de VDAB in Vlaanderen een regierol op zich. Wie zich inschrijft bij de VDAB, ontvangt screening en begeleiding en krijgt toegang tot het instrumentarium dat de VDAB hiervoor ter beschikking stelt (bv. WIS-databank, sollicitatietraining, ...). Er wordt daarbij geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende uitkeringsstelsels, er wordt telkens uitgegaan van de behoeften van de werkzoekende. De VDAB werkt met een getrappt begeleidingsmodel (begeleiding wordt afgestemd op de behoeften van de cliënt) en streeft een sluitende aanpak na: iedere werkzoekende wordt benaderd, met bijzondere aandacht voor de verschillende groepen die bijzondere problemen op de arbeidsmarkt ervaren (zie Van Wichelen, 2005).

Inschrijving als werkzoekende is noodzakelijk voor de werklozen (al worden zij er onder bepaalde voorwaarden van vrijgesteld) en ook personen met een leefloon kunnen door het OCMW verwezen worden naar de VDAB. De andere personen met een arbeidshandicap schrijven zich in op vrijwillige basis om gebruik te kunnen maken van de dienstverlening die door de VDAB wordt aangeboden. In principe heeft deze inschrijving geen invloed op de ZIV-uitkering of de inkomensvervangende (IVT) en integratietegemoetkoming (IT). Uit de praktijk blijkt echter dat minder afstemming op dit punt bestaat tussen de plicht van de VDAB om iedereen die zich aanbiedt te begeleiden en (de interpretatie en toepassing van) de RIZIV regeling. De toestemming om het werk te hervatten moet immers gegeven worden door de adviserend geneesheer. Als deze de inschrijving bij de VDAB interpreteert als een uiting van arbeidsgeschiktheid, wordt er in concrete situaties gedreigd met een sanctie of schorsing van de uitkering. Dit is echter niet in overeenstemming met de wetgeving.

De dienstverlening van de VDAB is afgestemd op de persoonlijke behoeften van de werkzoekenden en is uitgebreider voor bijvoorbeeld de personen met MMPP-problemen (medische, mentale, psychische en of psychiatrische problematiek) dan voor de 'gewone' werkzoekende. In gesprekken met experts werd aangegeven dat deze begeleiding in de praktijk toch niet volstaat voor

de personen met psychische problemen door de specifieke complexiteit van hun problemen. De aangeboden begeleiding kent een vrij lineair verloop en is beperkt in de tijd.

Een integraal begeleidingstraject blijkt echter belangrijk te zijn. De bestaande problemen, die niet alleen betrekking hebben op het traject naar werk, maar zich ook in de thuis- en de zorgsfeer situeren, worden dan op een gecoördineerde manier aangepakt (ook bv schuldsituaties) (Cossey, 2007 in Franck, 2008). In deze optiek verwijzen we naar de HIVA publicatie W² waarin integrale trajectwerking als 'synergie tussen werk en welzijn' wordt bekeken. De auteurs merken op dat er randvoorwaarden dienen vervuld te zijn voor er sprake kan zijn van deze synergie: de trajectwerking duurt langer en focust op de cliënt, maar ook op relevante actoren in het systeem; de finaliteit van het traject wordt verruimd tot 'actief burgerschap'; en de methodiek is inclusief, integraal, krachtgericht, participatief, gestructureerd en gecoördineerd (Steenkens e.a., 2008).

Jans en Dierckx (2007) gaven ook aan dat deze trajecten niet lineair verlopen en dat er cyclische trajecten moeten worden voorzien met voldoende ruimte voor terugval en nazorg. De begeleiding kan in het belang van de personen met psychische problemen dus niet stopgezet worden bij het ingaan van de tewerkstelling of korte tijd na de aanwerving. Voor de personen met psychische problemen is verdere nazorg zeer belangrijk. Bij de nazorg is het belangrijk om aandacht te besteden aan de specifieke arbeidsgerelateerde problemen die te maken hebben met draagkracht, stressbestendigheid en sociale vaardigheden.

De tender 'activeringsbegeleiding' bood interessante begeleidingsmogelijkheden. Via deze tender wordt een geïntegreerde begeleiding aangeboden via de partnerschappen die een traject naar werk met zorg combineren⁶. Ondanks een aantal belangrijke troeven kampt deze tender ook met een aantal knelpunten. Zo is de voorwaarde om door de VDAB of de GA (gespecialiseerde arbeidsonderzoeksdiensten) te worden doorverwezen naar de activeringsbegeleiding, dat men verplicht ingeschreven is bij de VDAB als werkzoekende in het kader van de werkloosheidsreglementering⁷. De personen met psychische problemen die vrijwillig ingeschreven zijn met een RIZIV of Vlaams Fonds statuut kunnen dus geen aanspraak maken op deze begeleidingsvorm. De activeringsbegeleiding blijft beperkt in de tijd. Ze duurt maximum 18 maanden. Bij einde van de activeringsbegeleiding dient de persoon met psychische problemen ook zelf in te staan voor de zorgkosten. Tijdens de begeleiding is de aangeboden zorg gratis voor de cliënt. De kosten worden ten laste genomen door de zorgpartner in de tender, zij ontvangen hiervoor financiering via de tender.

Het succes van de activeringsbegeleiding hangt ondermeer af van de samenstelling en de werking van de partnerschappen. Hierdoor en door het ontbreken van een centrale sturing, kunnen in de uitvoering sterke regionale verschillen ontstaan. (Zie Franck, 2008). Bovendien worden er ook opnameproblemen bij de verschillende aanbieders gesignaleerd. De toeleiding door de GA's via de screening zorgen voor meer kandidaten voor de activeringsbegeleiding dan er opgenomen kunnen worden op basis van de tender.

De GA's zorgen via een gespecialiseerde screening voor een beoordeling van de arbeidscapaciteiten en behoefte aan ondersteuning van de cliënten. Voor deze screening wordt gebruik gemaakt van bestaande medische verslagen, gesprekken, stages en screeningsinstrumenten als R-PAS en A-PAS (zie bv. evaluatie in Moenaert, 2007). De beoordeling mondt uit in een van volgende adviezen:

⁶ Voor meer info zie <http://vdab.be/tenderingactivering/documenten.shtml>.

⁷ De zorbegeleidingstender 2009 komt met een ruimere doelgroep hieraan tegemoet.

- traject naar het NEC (Normaal Economisch Circuit)
- traject naar sociale economie, beschutte of sociale werkplaats (maatwerk)
- traject naar arbeidszorg
- activeringsbegeleiding die vooraf gaat aan een traject naar werk
- niet toeleidbaar persoon (ernstig MMPP probleem)

Het doel is dat er op basis van deze screening een goede 'plaatsing' kan gebeuren. Het blijft echter sterk de vraag of er voldoende beschikbare plaatsen zijn bij de aanbieders van arbeidszorg en/of maatwerk. Ook zijn de gevolgen van een diagnose als 'niet meer toeleidbaar' onduidelijk. Kan de werkloosheidsuitkering dan behouden blijven of is doorstroming naar een ander uitkeringsstelsel aangewezen? Is deze diagnose definitief of kan er later op teruggekomen worden wanneer de MMPP-problematiek zich verder gestabiliseerd heeft?

Een andere vorm van toeleiding naar (regulier) werk is 'supported employment' (bv. Heylen en Bollens, 2007). Deze methodiek werd nog maar beperkt ingezet door de VDAB en zit nog in een experimentele fase. Een interessant element in de 'supported employment' is vervat in het continue karakter van de opvolging. De begeleiding stopt immers niet bij het begin van de job.

b. Opleiding

Via de trajectbegeleiding van o.a. de VDAB of GTB kan men ook doorstromen naar de verschillende gespecialiseerde opleidingen. De VDAB stelt de aangeboden opleidingen open voor alle groepen werkzoekenden. De toeleiding gebeurt, specifiek voor de arbeidsgehandicapten, na een screening en aftoetsing van de persoonlijke mogelijkheden. De opleiding of scholing kan gebeuren op vraag van de werkzoekende zelf of op voorstel van de VDAB, maar er kan ook op vraag van het RIZIV in het kader van herscholing tot opleiding worden overgegaan (indien blijkt dat het uitoefenen van een job met de huidige vaardigheden niet meer mogelijk is).

Bij herscholing van het RIZIV geldt voor de personen met psychische problemen, net zoals voor de algemene groep van arbeidsgehandicapten, dat het doel van de herscholing is om opnieuw arbeidsgeschikt te worden. Via de herscholing wordt het bestaande probleem voor tewerkstelling in het oude beroep weggewerkt door het aanleren van een nieuw beroep. Bij deze herscholing verliest men na afloop het statuut van arbeidsongeschikte en verliest men zijn ZIV-uitkering. Uit de gevoerde gesprekken bleek dat niet alle adviserend geneesheren geneigd zijn om personen met psychische problemen de kans te geven zich te herscholen. Het vermoeden van een grote kans op herval zorgt bij veel adviserend geneesheren voor een weigerachtige houding.

Wanneer het over de opleidingen van de VDAB gaat, hanteert men niet als visie dat men opnieuw arbeidsgeschikt wordt, maar dat men zijn mogelijkheden op de arbeidsmarkt vergroot. Er wordt naast de klassieke opleidingsvormen ook gewerkt met nieuwe opleidingsvormen, bv. door opleidingen en stages op de werkvloer. De regelgeving lijkt op dit punt niet altijd aangepast te zijn, omdat er door de verschillende actoren andere visies gehanteerd worden die tot complicaties kunnen leiden. Wat voor de VDAB wordt aanzien als een stage of opleiding op de werkvloer (zonder vergoeding maar met opleidingscontract), wordt in concrete situaties door (sommige) adviserend geneesheren als werk (waarvoor voorafgaande toestemming gevraagd dient te worden) of arbeidsgeschiktheid aanzien. In een aantal gevallen worden daaraan gevolgen voor de uitkering gekoppeld.

Uit het werkveld komt het signaal dat er een tekort is aan deeltijdse opleidingen binnen het VDAB aanbod. Een voltijdse opleidingsduur is voor personen met psychische problemen vaak niet haalbaar. De VDAB heeft een aanbod deeltijdse opleidingen en voor bepaalde opleidingen is ook webleren en afstandslernen mogelijk. Daardoor kan de opleiding meer afgestemd worden op de eigen mogelijkheden. Toch is het voor een groot deel van de opleidingen organisatorisch niet haalbaar om ze deeltijds aan te bieden. Bijvoorbeeld wanneer het om een groepsopleiding gaat met een gezamenlijke startdatum en (niet steeds deeltijds) uurrooster.

c. Activeringsmaatregelen

Om de tewerkstelling van kansengroepen op de arbeidsmarkt te bevorderen, wordt gebruik gemaakt van een waaier aan activeringsmaatregelen.

De toegang tot de activeringsmaatregelen is in sterke mate afhankelijk van het statuut van de arbeidsgehandicapte en de uitkering die hij of zij ontvangt (voor een gedetailleerd overzicht: zie Bogaerts e.a., 2009 p.66). Enkele maatregelen zijn exclusief toegankelijk voor uitkeringsgerechtigde volledig werklozen (UVW) (bv. doorstromingsprogramma) en personen met een leefloon (bv. SINE). Andere zijn ook toegankelijk voor personen met een ZIV-uitkering of een tegemoetkoming voor gehandicapten (bv. IBO, ACTIVA). Telkens gelden er wel specifieke voorwaarden als leeftijd, minimale periode als werkzoekende, maximaal opleidingsniveau, Indien door de psychische problemen het werkelijke functioneringsniveau sterk zou afwijken van het gevolgde onderwijsniveau, kan men ondersteuning mislopen. Het is vaak ook niet mogelijk om in deze tewerkstellingsmaatregelen gradueel aan het werk te gaan (starten met een beperkt aantal arbeidsuren en later het aantal gewerkte uren opdrijven). Voor personen met psychische stoornissen kan dit als een knelpunt aanzien worden indien men uitgaat van een noodzaak aan een geleidelijke opbouw van de arbeidsbelasting.

Als knelpunt kunnen we hier opmerken dat de erkenning en het uitkeringsstatuut dat men heeft, bepalen welke voordelen de werkzoekende en zijn werkgever kunnen genieten. Niet iedere (potentiële) werknemer is financieel even aantrekkelijk voor de werkgever. Dit kan tot discriminaties leiden.

d. Ondersteuning van de vraagzijde

Werk en werkhervatting vormen zoals reeds werd aangehaald een belangrijke factor in het herstelproces van de personen met psychische problemen. In de overgang van uitkeringsafhankelijkheid naar werk situeren zich een aantal specifieke knelpunten. Enerzijds wordt de (deeltijdse) werkhervatting in de verschillende stelsels anders benaderd. In sectie 3.a wordt daarop dieper ingegaan. Anderzijds speelt ook de ondersteuning van de vraagzijde een belangrijke rol.

De vraagzijde, 'de werkgevers', is uiteraard van groot belang, en kan zelf de oorzaak voor of de oplossing van bepaalde knelpunten zijn. Hierboven werden al de problemen van stigma en vooroordelen aangehaald, waarmee personen met psychische problemen vaak geconfronteerd worden. De overheden stimuleren werkgevers om personen met een arbeidshandicap aan te nemen. Hiervoor bestaan diverse kanalen: enerzijds is er de tewerkstelling bij de overheid zelf, die als good practice kan dienen, en anderzijds zijn er allerlei maatregelen die ten goede komen van de werkgevers. De verschillende overheden hanteren een subsidiebeleid, waarmee men werkgevers wilt stimuleren bepaalde niet-actieven aan te werven. De meeste regelingen zijn afhankelijk van het stelsel waarin de persoon zich bevindt. Potentiële werknemers met vergelijkbare werkcapaciteit, maar met een verschillend juridisch statuut kunnen tot een verschillende loonkost voor de werkgever leiden.

Voor een overzicht van de verschillende loonsubsidies, bijdrageverminderingen en 'sociale werkplaatsen' die de door de federale en Vlaamse overheden aangeboden worden, verwijzen we naar Bogaerts e.a. (2009). We belichten hier enkel de toekenning van de BTOM's, de bijzondere tewerkstellingsondersteunende maatregelen. Zij vermelden vaak expliciet de doelgroep van personen met psychische problemen.

De BTOM en de criteria die toegang verlenen tot deze maatregelen werden geconcretiseerd door de VDAB in een lijst die recht geeft op bepaalde maatregelen volgens een automatische toekenning. Er is dan ook geen nieuw onderzoek nodig van zodra de diagnose gesteld is of er reeds een screening werd doorlopen. Er werd hiervoor ook ruimte gelaten voor de psychiatrische problematiek⁸. Bij verschillende ziektebeelden wordt wel de eis van (minimum) 5 jaar psychiatrische behandeling gesteld. Hieraan moet voldaan zijn voor het automatisch recht op BTOM. Via een multipel-elementenverslag (MEA, door trajectbegeleider van een bureau voor gespecialiseerde trajectbepaling en -begeleiding, GTB) of een gespecialiseerd arbeidsonderzoek (GAO, door een gespecialiseerde arbeidsonderzoeksdienst, GA) kan eveneens een recht op BTOM verkregen worden.

De Vlaamse Ondersteuningspremie (VOP), als specifieke BTOM, is een loonsubsidie die tegemoetkomt aan de kosten van de inschakeling in het beroepsleven en de kosten van ondersteuning en van eventuele verminderde productiviteit. Tijdens het eerste jaar bedraagt de loonkostensubsidie 40% van het loon, gevolgd door 3 jaren waarin 30% wordt betaald. Vanaf het vijfde jaar wordt nog 20% van de loonkost terugbetaald. Voor deze algemene regel dient er geen meting van het rendementsverlies te gebeuren; ze wordt automatisch verleend. Dit wordt door enkele experts als positief benaderd, omdat deze meting in het bijzonder voor de personen met psychische problemen als een moeilijke en subjectieve oefening wordt beschouwd. Uitzonderingen op de hoogte en de het uitdovend karakter van de terugbetaling kunnen evenwel worden aangevraagd met een maximale terugbetaling van 60% van het loon, met bijkomende toetsing van de noodzaak van een verhoogde tegemoetkoming. Bij zelfstandigen geldt de 20% terugbetaling vanaf het tweede jaar, op voorwaarde dat het netto belastbaar bedrijfsinkomen hoger is dan het minimumloon (zie Bogaerts, 2009 p.67). De VOP-regeling kan flexibel toegepast worden; de werkgevers kunnen een eigen invulling geven van de arbeidsovereenkomst. Dit kan gepaard gaan met afroming en/of ongelijke behandeling van de personen die via deze BTOM aan het werk zijn.

⁸ Er wordt gebruik gemaakt van de ICD-10 schaal van de WHO.

3. DE TOEGANG TOT DE UITKERING EN FINANCIËLE VALLEN

Naast de stelselspecifieke knelpunten die begeleiding, toeleiding, opleiding en werkhervatting kunnen bemoeilijken, is het ook nodig om de toegangsvoorwaarden voor de verschillende uitkeringen en de financiële implicaties ervan bij werk en werkhervatting te analyseren.

In het eerste deel wordt onderzocht welke verschillen bestaan tussen de sociale statuten, waaronder personen met psychische problemen kunnen vallen. Het tweede deel bekijkt de financiële gevolgen van werken na een periode van inactiviteit voor verschillende trajecten. Het netto beschikbaar gezinsinkomen wordt telkens vergeleken met de gestandaardiseerde armoedelij⁹. Voor de berekening van de netto beschikbare gezinsinkomens wordt gebruik gemaakt van STASIM (zie Bijlage). In het VIONA-rapport dat aan de basis van deze tekst ligt, kunnen alle veronderstellingen en technieken in detail worden geraadpleegd (Bogaerts e.a., 2009). Ook een gedetailleerd overzicht van de netto beschikbare gezinsinkomens en de terugbetaling van de gezondheidskosten voor alle gezinstypes en alle uitkeringsstelsels kan teruggevonden worden in Bogaerts e.a. (2009).

a. Beoordeling van arbeidsongeschiktheid of arbeidshandicap, toegang tot een uitkering

De voorgeschiedenis en het arbeidsverleden bepalen het type en de hoogte van de uitkering. Personen met psychische problemen kunnen tijdens een periode van inactiviteit dus in verschillende sociale statuten terecht komen, afhankelijk van hun voorgeschiedenis. Er kunnen in eerste instantie 2 groepen worden afgebakend: personen met sociale rechten opgebouwd tijdens eerdere tewerkstelling en personen die deze rechten niet hebben opgebouwd. De eerste groep komt terecht in de werkloosheid of de ziekteverzekering en de tweede groep dient een aanvraag te richten tot de bijstandstelsels: leefloon of tegemoetkomingen aan gehandicapten. De hoogte van alle uitkeringen (verzekering en bijstand) is afhankelijk van de gezinsamenstelling en eventuele inkomsten van de partner. De verzekeringsuitkeringen hangen daarenboven af van de hoogte van de bijdragen die tijdens de tewerkstelling betaald werden en dus van het vorige loon. Onderstaande paragrafen bespreken de stelsels van ZIV, werkloosheid en IVT/IT in functie van de bestaande knelpunten

⁹ Deze armoedelij is 60% van het mediaan gestandaardiseerd beschikbaar gezinsinkomen op basis van de SILC 2006 enquête, geïndexeerd naar januari 2009. Wie onder de armoedelij valt, heeft een hoog risico op financiële armoede. Voor een alleenstaande bedraagt de armoedelij € 931 per maand. Deze armoedelij wordt vermenigvuldigd met de equivalentieschaal om de armoedelij voor andere gezinstypes te kennen. De equivalentieschaal bedraagt 1 voor de eerste volwassene, 0,5 voor elke extra volwassene en 0,3 per kind. Op die manier verkrijgen we voor een koppel met twee kinderen een armoedelij van € 1956 per maand en voor een alleenstaande met twee kinderen € 1490 per maand.

op het vlak van de toegankelijkheid/toelaatbaarheid. Het leefloon wordt niet besproken, aangezien dit als een basisdienst kan beschouwd worden met een lage instapdrempel.

ZIV-uitkering

De toegang tot het stelsel van primaire arbeidsongeschiktheid – en invaliditeit na één jaar – kent een grote mate van dualiteit: men is arbeidsongeschikt of arbeidsgeschikt, er bestaat geen tussenstadium. Er is geen directe overstap mogelijk van tewerkstelling naar tewerkstelling met cumul van AO uitkeringen, bijvoorbeeld in de situatie waarin men tijdelijk een verkorte arbeidsduur nodig heeft om medische redenen. Er moet sprake zijn van een plotse gebeurtenis en men moet eerst iedere activiteit stopzetten en 66% arbeidsongeschikt zijn om de toestemming van de adviserend geneesheer te vragen/krijgen voor een gedeeltelijke werkhervatting (toegelaten arbeid)..

De basis voor de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid is de vermindering van het verdienvermogen. Afhankelijk van de duur van de ongeschiktheid (< of > 6 maanden) wordt er geoordeeld op basis van andere referentieberoepen. Voor deze erkenning (en voor de vooraf toegelaten activiteit) is de beoordeling van de adviserend geneesheer en/of de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI) doorslaggevend. Uit gesprekken gevoerd ter voorbereiding van Bogaerts e.a. (2009) bleek dat de beoordelingen, erkenningen en toelatingen, tussen de verschillende geneesheren (en tussen verzekeringsinstellingen onderling) sterk verschillen.

Toestemming van de adviserend geneesheer voor (volledige of gedeeltelijke) werkhervatting bij personen met een mutualiteitstatuut is telkens vereist. Er wordt een evaluatie gemaakt van de medische toestand en de verenigbaarheid ervan met de (voorgestelde) tewerkstelling. Om in het stelsel van toegelaten arbeid te kunnen intreden, moet er een medische ongeschiktheid van minimaal 50% behouden blijven. Wie dit percentage niet haalt, wordt geacht voldoende arbeidsgeschikt te zijn, of kan geen toelating krijgen om de ziekte-uitkering te cumuleren met een activiteit. Bij een psychische handicap blijkt het beoordelen van deze medische (on)geschiktheid nog complexer dan voor de fysieke handicaps. Bovendien is er onder deskundigen heel wat discussie wat de inhoud is van dit begrip 'medische ongeschiktheid' (Samoy, 2008). Dit wordt door een groep adviserend geneesheren geïnterpreteerd alsof men ook niet meer dan 50% kan werken binnen dit stelsel. Toch moet ook een werkhervatting van 65 of 70% binnen het systeem van toegelaten arbeid tot de mogelijkheden behoren. Bogaerts e.a. merken uit gesprekken dat dit vandaag zeer uitzonderlijk is. Er kan dan ook maar weinig flexibel omgesprongen worden met de arbeidsduur. Bij een stopzetting van de toegelaten activiteit zou in de praktijk dan de stap van een halftijdse naar de voltijdse tewerkstelling te groot zijn. Een verdubbeling van het aantal arbeidsuren is fysiek en mentaal zwaar en stelt bijkomende complicaties wat betreft de combinatie gezin-arbeid. Het is evenmin duidelijk hoe het begrip medische geschiktheid zich verhoudt tot de arbeidsongeschiktheidsdefinitie die het verdienvermogen weerspiegelt.

De wetgeving zegt ook niets over de maximale arbeidsduur die toegestaan is in progressieve werkhervatting. De enige voorwaarde die gesteld wordt, is dat er sprake moet blijven van 50% handicap. Gedeeltelijke werkhervatting zolang de arbeidsongeschiktheid of het letsel aanhoudt, zou dus mogelijk moeten zijn. Sommige adviserend geneesheren gaan er van uit dat er een evolutie naar voltijdse tewerkstelling en dus uitstroom uit het RIZIV stelsel moet zijn. Zo niet, wordt de progressieve werkhervatting geweigerd. Het soms grillige verloop van het herstelproces van personen met psychische problemen zorgt hierbij voor een bijkomende beoordelingsmoeilijkheid. Actoren op het veld gaven verder aan dat er regionale verschillen bestaan. Er blijkt

wel meer eensgezindheid te zijn over permanente werkhervatting in beschutte werkplaatsen, ook indien die voltijds is.

De adviserend geneesheer beslist dus over de verderzetting en de stopzetting van de toegelaten arbeid. Twee situaties kunnen zich bij stopzetting voordoen. (1) De toelating tot werkhervatting kan worden ingetrokken (bv door onverenigbaarheid met ontwikkelingen in de gezondheidstoestand). De persoon in kwestie krijgt dan opnieuw recht op de volledige ZIV-uitkering. (2) De adviserend geneesheer kan oordelen dat er voldoende herstel is van de arbeidsongeschiktheid en dat een volledige werkhervatting aan de orde is. In die situatie vervalt iedere verdere tegemoetkoming bovenop het loon, ook indien men zichzelf nog niet in staat voelt om volledig het werk te hervatten.

Wanneer men aan de slag gaat in een nieuwe job bepaalt artikel 43 van de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 dat na minimaal 6 maanden ziekte of tijdens het tijdvak van invaliditeit voor wie het werk hervat en die binnen een periode van 2 jaar hervalt, voor de berekening van de uitkering het gunstigste loon als basis genomen wordt. Dit artikel geldt als vangnet, maar lijkt weinig bekend te zijn bij de betrokkenen.

Werkloosheidsuitkering

Binnen het werkloosheidsstelsel wordt ook een hele groep personen teruggevonden met een 'beperkte geschiktheid'. Deze personen hebben een ongeschiktheid van minder dan 66%. Bij een grotere ongeschiktheid dienen ze door te stromen naar het RIZIV.

De werklozen kunnen op eigen initiatief terug aan het werk gaan, zonder tussenkomst van een adviserend geneesheer en voltijds of deeltijds. Indien het gaat om een deeltijdse tewerkstelling moet men minstens een 1/3de en maximaal een 4/5de arbeidsduur hebben om een Inkomens Garantie Uitkering (IGU) te kunnen ontvangen. Een belangrijke voorwaarde is dat het om een onvrijwillige deeltijdse tewerkstelling gaat. Indien men niet aan deze voorwaarden voldoet, kan men zijn rechten binnen de werkloosheidsverzekering niet behouden en kan men bijgevolg ook geen recht op een IGU openen. Het is in die situatie ook niet mogelijk om de verhoogde kinderbijslag te behouden voor de duur van de deeltijdse tewerkstelling. De periode wordt dan begrensd op 24 maanden (uitgezonderd voor eenouders, indien zij niet boven de gestelde inkomensgrens uitkomen kunnen zij een verhoogde bijslag blijven ontvangen als eenoudertoeslag).

IVT & IT

De beoordelingscriteria om een inkomensvervangende of integratietegemoetkoming te bekomen, zijn sterk afgestemd op fysieke en mentale handicaps (zie Bijlage in VVI, 2004). De beoordeling geschiedt daarenboven uitsluitend door een arts. Voor de toekenning van de IVT wordt als voorwaarde gesteld dat men omwille van zijn lichamelijke of geestelijke toestand niet in staat is meer dan een derde te verdienen van wat een gezonde persoon met een tewerkstelling kan verdienen in het normaal economisch circuit. Voor de toekenning van de IT moet er sprake zijn van een gebrek aan of een vermindering van de zelfredzaamheid. Daartoe worden de volgende aspecten geëvalueerd:

- de mogelijkheid om zich te verplaatsen, om voedsel te nuttigen of te bereiden,
- om in te staan voor persoonlijke hygiëne en zich te kleden,

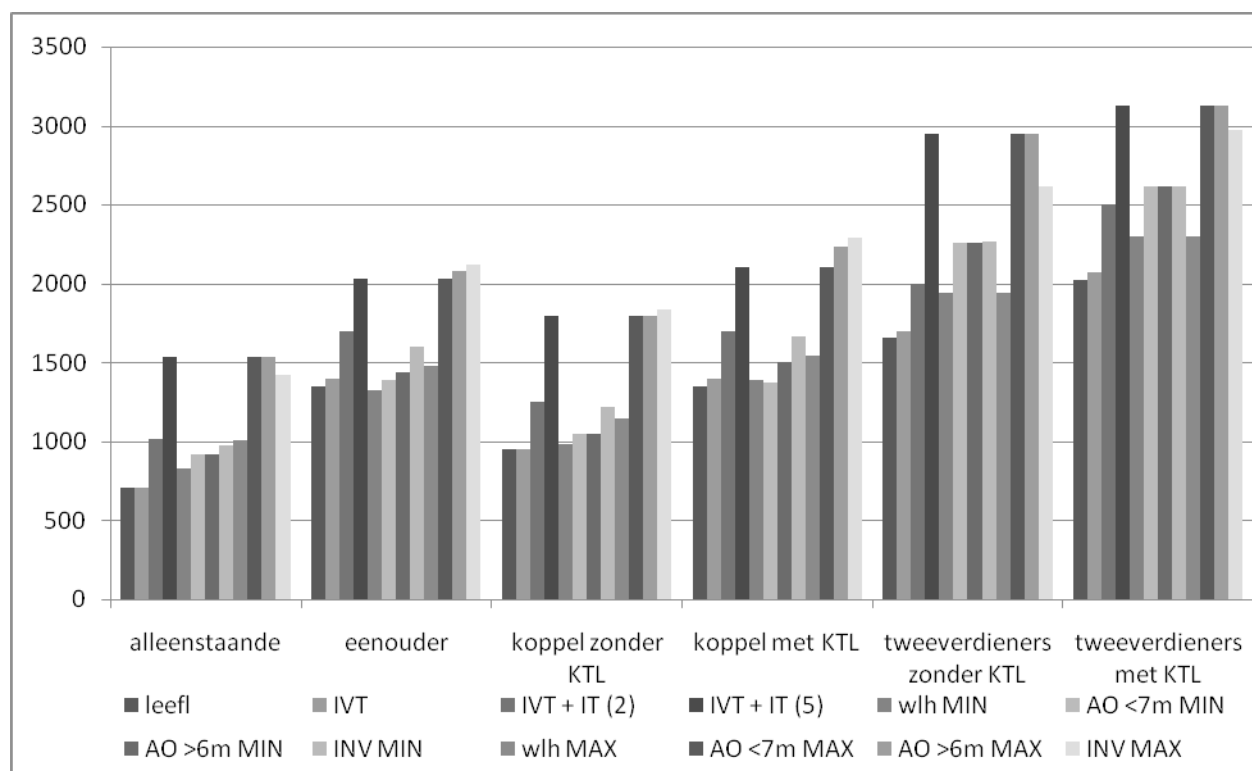
- om huishoudelijk werk uit te voeren en een woning te onderhouden,
- om te leven zonder toezicht en bewust te zijn van gevaar en het te kunnen vermijden
- en om te communiceren en sociale contacten te leggen.

Deze beoordeling leidt tot een toekenning van punten met per aspect een score van 0 tot 3. Dit laat toe de gehandicapten in te delen in de verschillende categorieën. De score die men dient te halen vooraleer er financiële tussenkomst is, is op zich groot (minimum 7 punten). Daarbij komt dat de beoordelingsaspecten op het eerste zicht te weinig relevant lijken met betrekking tot een psychische stoornis. Er is niets geweten over het aandeel van psychiatrische patiënten in de groep van personen die IVT en/of IT ontvangen. Vanuit het werkveld komt in de context van de IT de vraag of personen met psychische problemen wel voldoende op de hoogte zijn van hun rechten en deze dan wel degelijk effectueren.

Met betrekking tot de (her)tewerkstelling van de personen met psychische problemen gelden dezelfde opmerkingen als voor de groep gehandicapten met IVT en/of IT als geheel: een sterke ongerustheid over de herbeoordeling van graad van handicap (en onzekerheid over de toekenning van een uitkering) bij herval of wanneer men zijn job verliest en een nieuwe aanvraag dient in te dienen en ook de gevolgen van een herziening van de uitkering die met tewerkstelling gepaard kunnen gaan (herziening telkens op het einde van het jaar bij stijging van het belastbaar inkomen met 20%, ook al is de activiteit ondertussen reeds stopgezet). Deze periodes van onzekerheid moedigen de activering zeker niet aan.

Financiële verschillen tussen de sociale statuten

Grafiek 1 maakt duidelijk dat er grote verschillen bestaan tussen de sociale statuten voor alle gezinstypes. Voor de tegemoetkomingen aan gehandicapten bekijken we een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT), een IVT met integratietegemoetkoming (IT) van categorie 2 en tenslotte een IVT met IT van categorie 5. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen minimum- en maximumuitkeringen voor de primaire arbeidsongeschiktheid, de invaliditeit en de (langdurige) werkloosheid. Er wordt voor de verzekeringsuitkeringen telkens vanuit gegaan dat de persoon vooraf voltijds aan het werk was.

Grafiek 1. Netto beschikbaar gezinsinkomen bij uitkering, 1 januari 2009, Vlaanderen.

Algemeen kan gesteld worden dat de ZIV-uitkeringen zorgen voor het grootste netto beschikbare gezinsinkomen en dit zowel voor de minimale als de maximale uitkeringen. Het leefloon wordt niet uitgekeerd bij gezinnen waarin de andere partner werkt, en is voor alle gezinstypes de laagst mogelijke uitkering. De hoogte van de tegemoetkomingen aan gehandicapten is sterk afhankelijk van de eventuele bijpassing van de IT en de graad van deze laatste. De werkloosheidsuitkeringen zijn veelal laag, zeker in het geval van minimumuitkeringen. De spanning tussen minimum en maximum uitkeringen is bovendien kleiner in de werkloosheid dan in de ZIV.

b. Inkomen uit werk en uitgaven voor gezondheidszorgen

Een nieuwe job of een werkhervatting, voltijds of deeltijds, zorgt (opnieuw) voor een inkomen uit arbeid voor de personen met psychische problemen. Afhankelijk van de concrete situatie kan er een verdere aanvulling met de uitkering gebeuren of wordt de uitkering volledig stopgezet. Ook andere inkomensdelen (o.a. kinderbijslag) worden eventueel aangepast.

Aan de hand van een aantal cases geven we mogelijke inkomenstrajecten weer¹⁰. Naast het verloop van de uitkering zelf en het beroepsinkomen komen ook de kinderbijslag en eventuele kinderopvangkosten en de personenbelasting aan bod. Deze trajecten tonen de werking van de verschillende mechanismen die in de

¹⁰ Zie bijlage voor een beknopte methodologische toelichting, of Bogaerts, e.a. (2009) voor een uitgebreide toelichting

wetgeving zijn ingeschreven om zo de knelpunten te detecteren¹¹. In reële situaties zullen de werknemers met psychische problemen uiteraard niet al deze stappen doorlopen of zullen bepaalde fases slechts zeer kort duren. In deze trajecten wordt geen evolutie van sociale zekerheidsrechten op lange termijn meegenomen en wordt ook geen rekening gehouden met mogelijke loonsverhogingen bij oplopende anciënniteit.

Voorbeeldtrajecten in en uit werk van personen met een (psychische) arbeidshandicap

Case 1: invalide (Grafiek 2)

Een alleenstaande ouder met twee kinderen werkt aanvankelijk voltijds (VTmin) als bediende aan een minimumloon. Dit gezin heeft een netto gezinsinkomen van € 1690 per maand. Door een psychische aandoening komt de ouder in primaire arbeidsongeschiktheid (AO <7m en AO >6m) en later in invaliditeit (INV) terecht. De ziekteperiode zorgt voor dit gezin voor een inkomensdaling, al is het verschil tijdens de invaliditeit (dankzij de hogere minimumuitkeringen en de verhoogde kinderbijslag) niet groot. Bij invaliditeit bedraagt het netto inkomen € 1600 per maand. De adviserend geneesheer oordeelt op een bepaald moment dat het herstelproces in goede richting verloopt en vindt dat voorzichtig (=deeltijds) de oude job hervat mag worden in het kader van de toegelaten arbeid. Op medische gronden blijft er een ongeschiktheid van 50% bestaan. Men kan dan de uitkering binnen bepaalde grenzen cumuleren met een arbeidsinkomen. Het netto inkomen van dit gezin stijgt bij een toegelaten werkhervatting van 12 uren per week (DTmin) naar € 1935 per maand en bij 19 uren per week (HTmin) naar € 2050 netto per maand. De verhoogde kinderbijslag kan behouden blijven bij toegelaten arbeid op voorwaarde dat het bruto inkomen lager is dan de gehanteerde inkomensgrens (€ 2060,91 per maand voor eenouders, geldig op 1 januari 2009).

Bij een verder herstel (de medische ongeschiktheid is lager dan 50%) of een volledige herstel, kan deze persoon volgens de evaluatie van de adviserend geneesheer opnieuw werken en verliest dan de toelating om de uitkering met een arbeidsinkomen te combineren. De uitkering valt volledig weg. We zien hier na de toegelaten arbeid een inkomensval. Als de persoon met psychische problemen beslist 19 uren te blijven werken aan minimumloon (HTmin zonder cumul), tuimelt het netto gezinsinkomen naar beneden tot € 1194 per maand. Als er opnieuw voltijds wordt gewerkt aan minimumloon heeft het gezin € 1785 netto per maand. Dit is iets hoger dan het aanvangsinkomen omdat men nog gedurende 24 maanden de verhoogde kinderbijslag, die men als invalide ontving, kan behouden.

In één bijzonder geval kan de cumul van uitkering en arbeidsinkomen bij een voltijdse tewerkstelling behouden blijven. Wanneer er geen volledig herstel is, kan men in bepaalde gevallen een erkenning krijgen om te werken in een beschutte werkplaats (BW). Wie effectief in de BW een job krijgt (het moet dus om een nieuwe job gaan en geen werkhervatting in een job die men reeds had in de BW), kan wel de uitkering behouden, bovenop het inkomen dat men verwerft in de beschutte tewerkstelling. Het netto inkomen bedraagt dan € 2125 per maand.

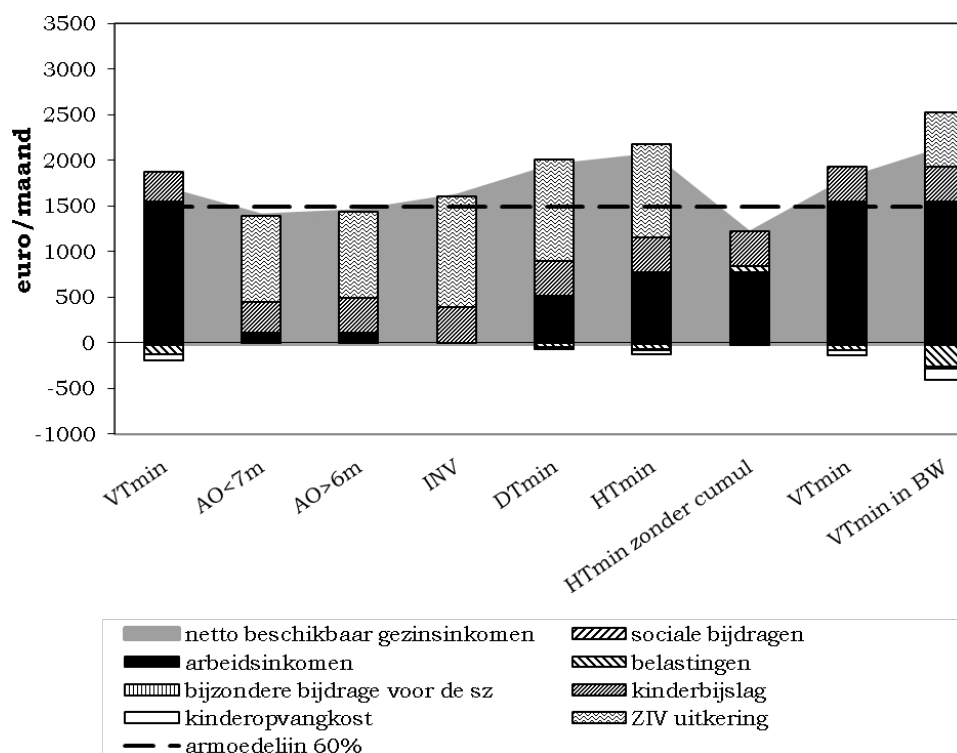
¹¹ Het KB van 17 juli 2009 tot wijziging, wat de cumulatie van uitkeringen met een beroepsinkomen betreft, van het KB van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, werd hier nog niet toegepast. Met terugwerkende kracht tot 1 januari wordt er bij de berekening van de uitkering bij cumul met beroepsinkomen geen rekening meer gehouden met premies als inkomen en wordt er voor de invalide werknemers (>1 jaar arbeidsongeschikt) een uitkering toegekend voor vakantiedagen. Deze uitkering houdt rekening met het normale uitkeringsbedrag voor werkhervatting en het beroepsinkomen, gewaardeerd in werkdagen en met toepassing van de inkomensschijven (€ 11,04 per dag).

De verhoogde kinderbijslag kan onbeperkt in de tijd behouden blijven op voorwaarde dat het bruto inkomen lager is dan de gehanteerde inkomensgrens.

Wanneer de persoon niet werkt, valt het gezin onder de armoedegrens¹². Bij een halftijdse baan aan minimumloon zonder behoud van een deel van de uitkering, beschikt het gezin over een inkomen dat ver onder de armoedegrens valt. De cumul van loon en een deel van de uitkering zorgt ervoor dat het gezinsinkomen boven de armoedegrens uitsteekt.

Indien de persoon met psychische problemen tijdens de werkhervatting opnieuw helemaal uitvalt en terug in primaire arbeidsongeschiktheid terechtkomt, wordt binnen de periode van 2 jaar na de uitkering, gebruik gemaakt van het meest gunstige loon om de nieuwe uitkering te berekenen. Wanneer de persoon in de werkloosheid terecht zou komen, wordt wel het laatste loon gehanteerd als berekeningsbasis voor de uitkering, op voorwaarde dat de persoon gedurende 2 jaar geen uitkeringen heeft ontvangen. Indien de terugval gebeurt voor deze periode van 2 jaar, heeft de werkloze recht op dezelfde uitkering als tijdens de vorige werkloosheidsperiode.

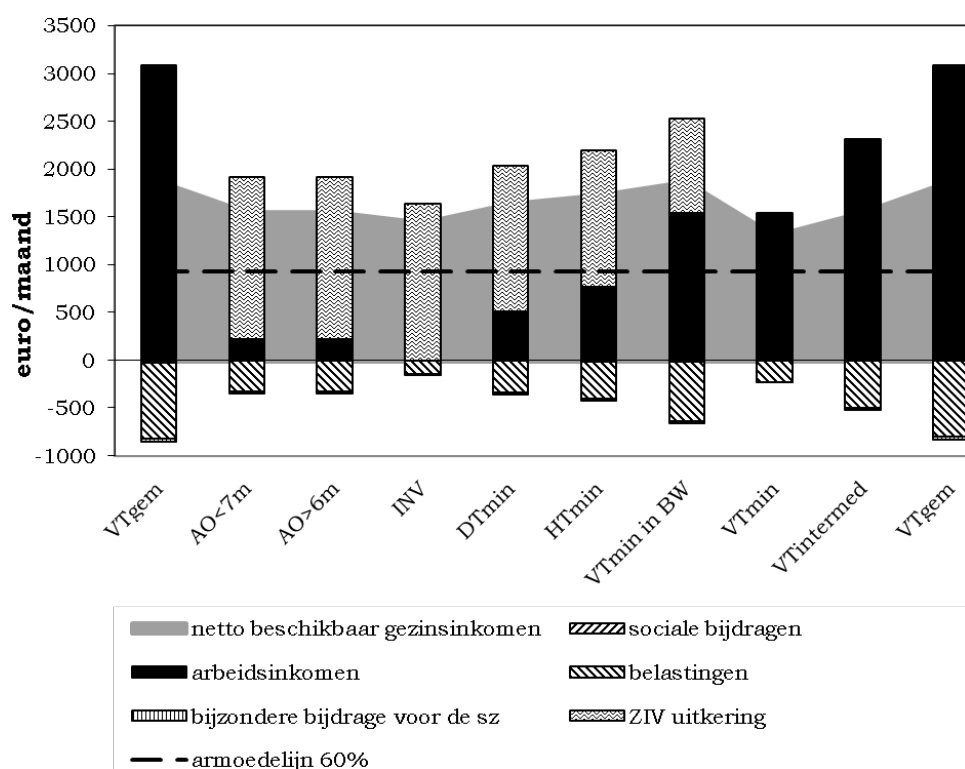
Grafiek 2. Alleenstaande ouder met twee kinderen ten laste, werkhervatting na ZIV-uitkering, 1 januari 2009, Vlaanderen.



¹² Relatieve armoedegrens op basis van 60% van het mediaan gestandaardiseerd gezinsinkomen, gebaseerd op SILC 2006, geïndexeerd.

In een situatie met een gemiddeld aanvangsinkomen (zie Grafiek 3, ter illustratie voor een alleenstaande) en waarbij na de psychische problemen een job aan laag loon wordt aanvaard, merken we een vergelijkbaar inkomenspatroon op. De verschillen tussen het initiële inkomen en het inkomen bij werkhervatting worden echter verder uitvergroot (hoger inkomen bij toegelaten activiteit, sterkere inkomenssterugval na de toegelaten activiteit). Ook hier zal bij verslechtering van de psychische problematiek, binnen de periode van 2 jaar na de uitkering, gebruik gemaakt worden van het meest gunstige loon (dus: hogere loon) om de nieuwe uitkering te berekenen.

Grafiek 3. Alleenstaande, werkhervatting aan lager loon na ZIV-uitkering. 1 januari 2009, Vlaanderen.



Tabel 1 toont voor de opeenvolgende stappen binnen het traject in case 1 de terugbetalingsmodaliteiten voor gezondheidsuitgaven. De tabel geeft weer wat de rechten op terugbetaling zijn op basis van de berekende inkomsten voor 2009 (mits voorbehoud bij de aanpassing van de inkomensgrenzen). Voor de inkomens MAF bijvoorbeeld is dat effect pas na drie jaar voelbaar, aangezien men voor de MAF gedurende deze periode gebruik mag maken van het meest gunstige remgeldplafond. De eerste rij toont aan dat alleen in het geval van voltijdse tewerkstelling in een beschutte werkplaats met behoud van een deel van de uitkering geen recht op verhoogde verzekeringstegemoetkoming geldt. Het gezin heeft zolang (een deel van) de uitkering behouden blijft, recht op het laagste remgeldplafond in de MAF, behoudens de situatie VTmin in BW.

Tabel 1. Gezondheidskosten case 1, 1 januari 2009, Vlaanderen.

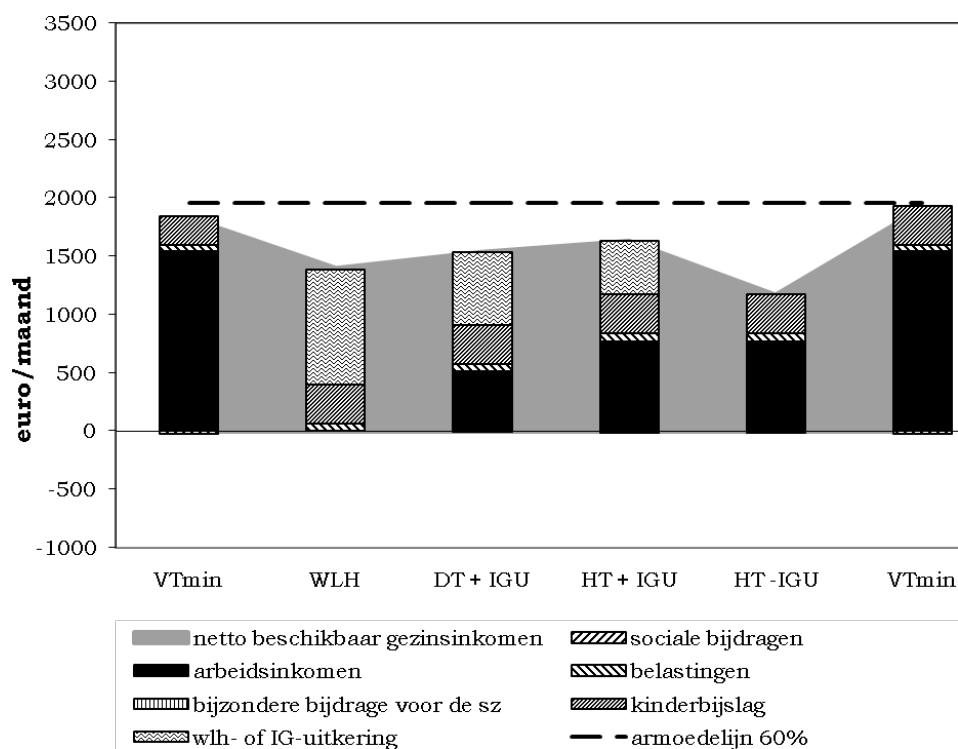
	VTmin	AO <7m	AO >6m	INV	DTmin	HTmin	HTmin zonder cumul	VTmin	VTmin in BW
RVV/OMNIO	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee
sociale MAF	nee	nee	nee	ja	ja	ja	ja	nee	nee
inkomens MAF	650	450	450	450	650	650	450	650	1000

Case 2: laaggeschoold en werkloos (Grafiek 4)

Grafiek 4 toont het inkomenstraject van een koppel met twee kinderen. De vrouw is inactief, de man heeft een psychische stoornis en een voltijdse baan aan minimumloon (VTmin). Het gezin beschikt over een netto inkomen van € 1820 per maand. De man verliest zijn baan, omdat zijn klachten hem beletten zijn werk correct uit te voeren en wordt werkloos. Door zijn beperkte geschiktheid vindt hij pas na lange tijd terug een job, opnieuw aan een laag loon. Het nieuwe gezinsinkomen wordt bepaald door het aantal uren dat gewerkt wordt en bij deeltijds werk, door de beoordeling of het al dan niet een onvrijwillige deeltijdse tewerkstelling is.

Als men kan aantonen dat men een voltijdse job zocht, maar slechts een deeltijdse job heeft gevonden, kan men immers recht hebben op een inkomensgarantie-uitkering (IGU). Een job van 12 uur per week (DTmin + IGU) levert in combinatie met de IGU een netto maandinkomen op van € 1527, een job van 19 uur per week (HTmin + IGU) € 1621 per maand. Onder inkomensvoorwaarden (bruto inkomen lager dan € 2131,19 per maand) behoudt het gezin de verhoogde kinderbijslag zolang de onvrijwillig deeltijdse tewerkstelling duurt. Zonder de IGU (HTmin - IGU), wanneer het dus om een vrijwillig deeltijdse tewerkstelling gaat, houdt het gezin € 1159 per maand over. Het bewijs van de onvrijwilligheid van het deeltijdse karakter van de tewerkstelling is niet eenvoudig. Wanneer de man bijvoorbeeld op een voltijdse vacature solliciteert, en bedingt dat de arbeidsduur door zijn problematiek verminderd wordt, gaat het niet meer om een onvrijwillig deeltijdse tewerkstelling. De verhoogde kinderbijslag die men als werkloze ontving, kan nog maximaal 24 maanden behouden blijven. Daarna ontvangt men opnieuw de gewone kinderbijslag voor werknemers. Een nieuwe voltijdse job aan laag loon (VTmin) levert het gezin tijdelijk (24 maanden, onder inkomensvoorwaarden) een netto inkomen van € 1902 op. Het gezinsinkomen volstaat in geen enkele situatie om boven de armoedegrens te geraken.

Indien de persoon gedurende 2 jaar geen uitkering heeft ontvangen, wordt bij herval in de werkloosheid, de uitkering opnieuw berekend aan de hand van het loon dat ontvangen werd bij de laatste tewerkstelling bij dezelfde werkgever gedurende 4 aansluitende weken.

Grafiek 4. Koppel met 2 kinderen ten laste, werkherovating na werkloosheidsuitkering, 1 januari 2009, Vlaanderen.

Tabel 2 toont de terugbetalingsmodaliteiten voor gezondheidsuitgaven voor de opeenvolgende stappen binnen het traject in case 2. De tabel geeft weer wat de rechten op terugbetaling zijn op basis van de berekende inkomsten voor 2009 (mits voorbehoud bij de aanpassing van de inkomensgrenzen). Voor de inkomens MAF bijvoorbeeld is dat effect pas na drie jaar voelbaar, aangezien men voor de MAF gedurende deze periode gebruik mag maken van het meest gunstige remgeldplafond. De eerste rij toont aan dat het gezin de RVV-hoedanigheid behoudt. Het gezin heeft alleen bij voltijdse tewerkstelling geen recht op het laagste remgeldplafond in de MAF.

Tabel 2. Gezondheidskosten case 2, 1 januari 2009, Vlaanderen.

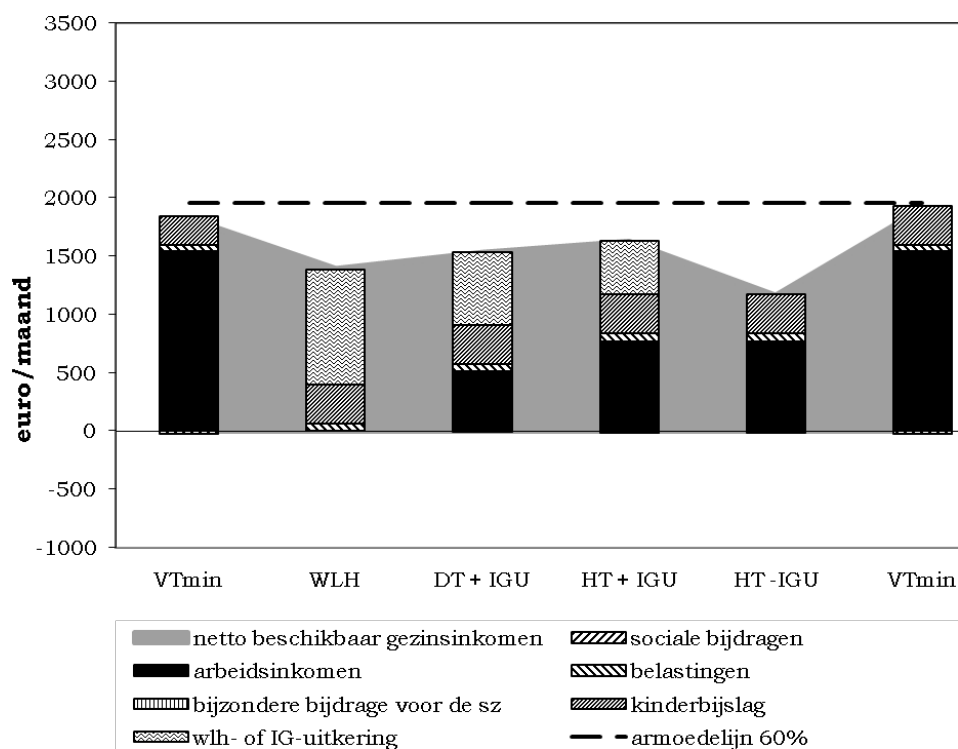
	VTmin	WLH	DT + IGU	HT + IGU	HT -IGU	VTmin
RVV/OMNIO	ja	ja	ja	ja	ja	ja
sociale MAF	nee	nee	nee	nee	ja	nee
inkomens MAF	650	450	450	450	450	650

Case 3: inkomensvervangende tegemoetkoming voor gehandicapten (Grafiek 5)

In een koppel met twee kinderen is de man niet werkend en ontvangt ook geen uitkering en de vrouw ontvangt een inkomensvervangende uitkering voor gehandicapten (IVT). Samen met de (verhoogde) kinderbijslag heeft dit gezin een netto inkomen van € 1400 per maand. Wanneer deze vrouw een geschikte job aan een laag loon vindt, wordt er met haar arbeidsinkomen rekening gehouden bij de berekening van haar uitkering. Bij een job aan 12 uren per week (DTmin) stijgt het inkomen tot € 1707 per maand en tot € 1774 bij 19 uren per week (HTmin). De IVT wordt stelselmatig afgebouwd. Bij een voltijdse job, zelfs aan een laag loon valt de IVT volledig weg (VTmin). Uitgedrukt per maand heeft dit gezin bij een laag loon een inkomen van € 1966 per maand, van € 2321 bij een intermediair loon en van € 2587 bij een gemiddeld loon. Bij laag en intermediair loon kan de verhoogde kinderbijslag die men ontving als gehandicapte behouden blijven (geen beperking in tijd, aangezien er nog een stuk van de uitkering behouden blijft). Bij een gemiddeld loon ontvangt men de gewone kinderbijslag. Het gezin kan aan het risico op financiële armoede ontsnappen van zodra zij start met een baan van 12 uren.

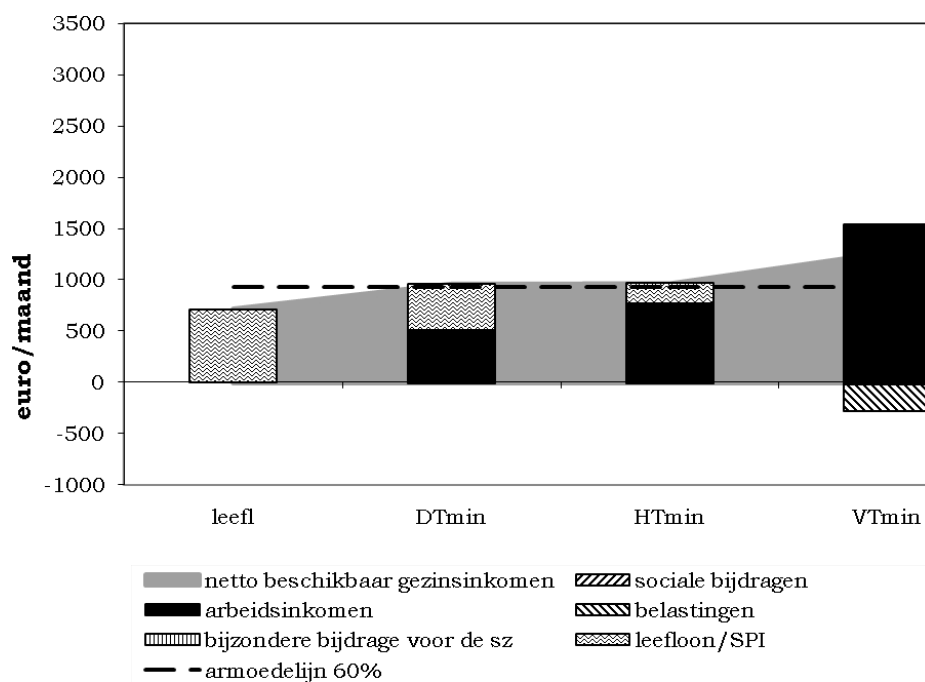
Indien de vrouw hervalt en haar werk moet verlaten, valt het gezin terug op het oorspronkelijke niveau van het beschikbaar inkomen. Dit geldt alleen indien men bij herbeoordeling opnieuw rechten op een uitkering verkrijgt. Deze procedure zorgt voor wachttijden en periodes van onzekerheid die de activering van personen met psychische problemen kunnen tegenwerken. In principe dient elke verandering van het inkomen of de medische toestand gemeld worden en gepaard gaan met een nieuwe aanvraag. Op de aanvraag volgt dan een administratieve en/of medische controle. Indien voldoende dagen gepresteerd werden, kan de cliënt ook terechtkomen in de ZIV-regeling (eventueel uitkeringen voor onregelmatige werknemers indien het om een deeltijdse betrekking ging. De hoogte van de uitkering is in dat geval lager).

Grafiek 5. Koppel met 2 kinderen ten laste, werk na inkomensvervangende tegemoetkoming, 1 januari 2009, Vlaanderen.



Ter vergelijking bekijken we ook kort de situatie waarin men gebruik diende te maken van een leefloon (geen erkenning van de psychische problemen door het VAPH). Voor de uitkerings situatie maakt dit geen verschil (IVT= leefloon), tenzij de IVT aangevuld kon worden met een IT. In de situatie waarin werk aangevat wordt, blijkt de regeling voor de vrijstelling van bestaansmiddelen bij het leefloon veel minder attractief dan de regeling bij IVT (zie Grafiek 6, ter illustratie situatie alleenstaande).

Grafiek 6. Alleenstaande, werk na leefloon, 1 januari 2009, Vlaanderen.



In Tabel 3 vinden we de regeling voor de terugbetaling van de gezondheidskosten voor case 3 terug. De tabel geeft weer wat de rechten op terugbetaling zijn op basis van de berekende inkomsten voor 2009 (mits voorbehoud bij de aanpassing van de inkomensgrenzen). Voor de inkomens MAF bijvoorbeeld is dat effect pas na drie jaar voelbaar, aangezien men voor de MAF gedurende deze periode gebruik mag maken van het meest gunstige remgeldplafond. Alleen bij voltijdse tewerkstelling aan een hoger loon verliest het gezin de RVV-hoedanigheid. Het laagste remgeldplafond gaat verloren bij voltijdse tewerkstelling.

Tabel 3. Gezondheidskosten case 3, 1 januari 2009, Vlaanderen.

	IVT	DTmin	HTmin	VTmin	VT intermed	VTgem
RVV/OMNIO	ja	ja	ja	ja	nee	nee
sociale MAF	ja	ja	ja	nee	nee	nee
inkomens MAF	450	650	650	650	650	1000

Wat de cases leren

In algemene termen is het netto beschikbare gezinsinkomen na een uitkeringssituatie altijd hoger wanneer men het werk kan hervatten aan hetzelfde loonniveau als datgene waarop de uitkering gebaseerd is.

Rekening houdend met de specifieke problemen van personen met psychische problemen, is het behoud van het loonniveau niet vanzelfsprekend. Wie na een maximale ZIV-uitkering (die men verkrijgt indien men voorheen werkte aan een gemiddeld loon) een job aan laag (of lager) loon moet aanvaarden zonder cumulatie met de uitkering in het kader van toegelaten activiteit, wordt in de meeste gevallen geconfronteerd met een terugval in het netto beschikbare gezinsinkomen t.o.v. de uitkeringssituatie. Na een maximale werkloosheidsuitkering en na de bijstandsuitkeringen vinden we deze inkomensterugval niet.

De voltijds werkenden hebben een netto beschikbaar inkomen dat slechts in zeer beperkte mate beïnvloed wordt door de voorgaande uitkering. Dit wil zeggen dat uit eenzelfde job iedereen¹³, los van de vorige uitkering, hetzelfde inkomen kan genereren. De deeltijds werkenden hebben echter sterk uiteenlopende inkomens, ook al oefenen ze dezelfde job uit en hebben ze eenzelfde gezinssamenstelling. Deze inkomens worden immers in sterke mate bepaald door het statuut en de uitkering die men ontving tijdens de periode van niet-werk of arbeidsongeschiktheid via de uiteenlopende cumulregeling van beroepsinkomen en uitkering. We zouden bijgevolg kunnen stellen dat niet alle stelsels in dezelfde mate de personen met psychische problemen aanmoedigen om (deeltijds) aan het werk te gaan en, voor wie reeds werkt, het aantal gewerkte uren te laten stijgen. Het effect dat uitgaat van de financiële elementen in de afweging om al dan niet te werken moet overschat noch onderschat worden. Dit maakt deel uit van een individuele afweging. Financiële elementen kunnen wel degelijk het gedrag bepalen. Zeker wanneer het om lage gezinsinkomens gaat, kunnen enkele euro's meer of minder wel degelijk een verschil uitmaken. Toch mogen ook de intrinsieke motivaties die van werk uitgaan niet over het hoofd worden gezien. Voor personen met psychische problemen zijn deze immateriële functies belangrijk in het herstelproces (zie bijv. Van Audenhove e.a. 2000, Schneider, 1998). Deze intrinsieke motivatie kan doorwegen op het louter financiële element.

¹³ Met een vergelijkbare gezinssituatie

4. CONCLUSIES

Op basis van de beschikbare empirische en administratieve data kunnen we geen coherent beeld krijgen over de omvang van de groep personen met psychische problemen, hun arbeidsmarktsituatie en het verloop van hun loopbaan. De gemaakte analyse blijft een tentatieve oefening om de verschillende problemen die deze groep kan ervaren bij activering en tewerkstelling, in kaart te brengen. Het belang van de verschillende knelpunten en de onderlinge relatie ertussen, kan bijgevolg niet ingeschat worden.

In het algemeen kunnen we stellen dat de regelgeving rond de verschillende sociale statuten en de cumulregelingen complex is en niet door alle actoren (personen met een handicap zelf, werkgevers, consultants en begeleiders, adviserend geneesheren,...) goed of voldoende gekend. De bevoegdheidsverdeling tussen het federale en regionale niveau maakt op verschillende punten de coördinatie moeilijk. De gehanteerde definities voor arbeidsongeschiktheid, medische geschiktheid, zelfredzaamheid en MMPP zijn sterk verschillend, maar niet steeds complementair. Door de diversiteit aan uitkeringsstelsels waarin de personen met psychische problemen terecht kunnen komen, zijn de mogelijke problemen waarmee ze geconfronteerd kunnen worden dan ook vaak stelsel-specifiek. Voor de werkgever geldt evenzo dat vergelijkbare werknemers met een verschillend juridisch statuut, verschillen in loonkosten meebrengen. Of: afhankelijk van het uitkeringsstelsel, wordt men met andere knelpunten geconfronteerd en verschillen de beschikbare (her-) activeringsmogelijkheden.

Globaal genomen, stijgt het beschikbare gezinsinkomen bij (her)tewerkstelling in vergelijking met het inkomen in de uitkeringssituatie. De financiële meeropbrengsten zijn in vele gevallen wel laag tot zeer laag. Het inkomen bij werk kan echter ook lager zijn dan de uitkering indien het werk enkel hervat kan worden aan een loon dat lager is dan vóór de uitkeringssituatie. De cumulregelingen van loon en uitkering zorgen bij deeltijdse arbeid voor een zelfde of hoger inkomen als in de uitkeringssituatie. Bij de ZIV-regeling bestaat echter wel een gevaar voor een financiële inkomensval bij het aflopen van de tewerkstelling in het kader van de toegelaten arbeid. Of een inkomensruigval effectief een invloed heeft op de (her)tewerkstelling is een puur individuele afweging, maar het geeft wel aan dat de wetgeving onvoldoende is afgestemd.

Bij het bekomen van bepaalde uitkeringen, en inzonderheid bij het heropenen van een dossier bij hervat of bij het einde van een tewerkstelling, krijgen de patiënten een herbeoordeling van hun arbeidsongeschiktheid of handicap. In het bijzonder voor de personen met psychische problemen brengt dit veel onzekerheid en vertragingen i.v.m. de uitkering met zich mee, omdat deze groep gevoelig is voor hervat. Hoewel de stelsels hervat toelaten zonder finan-

cieel gestraft te worden, is hierover weinig geweten en kan de vrees voor hervat ervoor zorgen dat personen met psychische problemen de stap naar werk niet wagen.

De noodzakelijke begeleiding die voor de personen met psychische problemen wordt verondersteld (op 3 domeinen: het individu, de omgeving en het werk) om op een duurzame manier het werk te kunnen hervatten blijkt onvoldoende voorhanden te zijn voor deze specifieke groep. Door het specifieke verloop van het herstelproces hebben ze nood aan een integrale en langdurige begeleiding die niet stopt bij of kort na de aanwerving of werkhervatting. Onder andere de tender activeringsbegeleiding en 'supported employment' lijken op dit punt veelbelovend.

5. BELEIDS- AANBEVELINGEN

Op basis van de uitgevoerde berekeningen en de gesprekken met een aantal experts op het werkveld kunnen we volgende aanbevelingen voor het beleid maken:

I. Cijfermateriaal

Er is te weinig **empirische informatie** beschikbaar over de situatie van personen met psychische problemen in België. Het verzamelen van gegevens over de aard van de aandoening, de cumulatie van uitkeringen en arbeidsinkomens en kenmerken van reële trajecten in en uit tewerkstelling gebeurt vandaag niet systematisch. Dit beperkt de **ondersteuning van beleidsvoorbereiding** in sterke mate. Het is dan ook noodzakelijk om op een systematische manier gegevens voor verschillende doelgroepen te verzamelen, om de verschillende beschikbare databestanden verder te analyseren en om al deze databronnen ook beschikbaar te stellen voor doorgedreven wetenschappelijk onderzoek.

II. Samenwerking en communicatie

Er moet duidelijkheid geschept worden over de **interpretatie van de huidige reglementering** in de toegelaten arbeid in de ziekte- en invaliditeitsverzekering. De goede samenwerking tussen alle actoren is hier van groot belang. Er moet gelet worden op de complementariteit van de beleidsniveaus, waarbij de wisselwerking tussen de actoren verloopt op basis van hun expertise. Er kan gewerkt worden aan een uniek loket voor personen met een arbeidshandicap en de personen met psychische problemen in het bijzonder. De verbinding tussen de stelsels, parastatalen en de diverse betrokken actoren en de communicatie ertussen, kan zo gestructureerd worden. Dit kan zorgen voor een gecoördineerde aanpak die toelaat (geleidelijke) stappen naar de arbeidsmarkt te stimuleren.

III. Flexibilisering

Voor een bepaalde groep personen met een psychische stoornis is volledig herstel of genezing nooit aan de orde waardoor een volledige (her)tewerkstelling niet tot de mogelijkheden behoort en waardoor ook de kansen op herval reëel zijn. De huidige regelingen laten dit onderbelicht en laten ook niet steeds de nodige flexibiliteit toe. In de verschillende activeringsmaatregelen en stelsels van gedeeltelijke (her)intrede op de arbeidsmarkt moeten mogelijkheden geschept worden die de **flexibele en permanente deeltijdse tewerkstelling** regelt die rekening houdt met het herstelproces van deze groep. Het versterken van het aanbod aan **deeltijdse of flexibele opleidingen** past in ditzelfde kader. Met betrekking tot de kansen op herval is het aangewezen ook de nodige **garanties voor de werkgever** in te bouwen (bv. in verband met het gewaarborgd loon) zodat hij voor de gecreëerde kansen financieel niet benadeeld wordt.

IV. Activeringsgedachte versterken

De **activeringsgedachte** zou in alle stelsels **versterkt en gecoördineerd** moeten worden. De regelgeving m.b.t. activering in de verschillende uitkeringsstelsels moet zodanig opgesteld zijn dat ze geen belemmering vormt voor personen met psychische problemen die aan het werk willen. Meer nog, de regelgeving moet structureel stimulansen inbouwen om aan het werk te gaan. Het gaat zowel om het wegwerken van beperkingen m.b.t. het juridisch statuut of formeel opleidingsniveau (versus werkelijk functioneringsniveau) als beperkingen die voortkomen uit de specifieke noden m.b.t. de tewerkstelling (bv. geleidelijke en deeltijdse activering, oplossingen bij hervatting,...). Het stroomlijnen van de verschillende cumulregelingen van loon en uitkering kan hier eveneens een oplossing bieden.

V. Begeleiding op alle niveaus

De **begeleiding** van de personen met psychische problemen richting werk moet inspelen op de 3 pijlers waar ondersteuning nodig is: de **individuele zorg, de persoonlijke levenssfeer en omgeving en de professionele omgeving** (arbeidsmarkt). Deze begeleiding, die nu reeds aanwezig is in de tenders activeringsbegeleiding en zorgbegeleiding van de VDAB en in 'supported employment', moet versterkt worden, zodat doorstroming naar de arbeidsmarkt duurzaam gegarandeerd kan worden en er moet gewerkt worden aan de continuïteit van de begeleiding.

VI. Financiële val wegwerken

De **financiële val** in het stelsel van de toegelaten arbeid moet worden weggewerkt, zodat een geleidelijke evolutie naar een voltijdse tewerkstelling niet meer gepaard gaat met een inkomensterugval.

VII. Vereenvoudiging en afstemming uitkeringsstelsels

Een **administratieve vereenvoudiging en afstemming van de verschillende uitkeringsstelsels** zal de taak van maatschappelijk werkers, consulenten en begeleiders vereenvoudigen. De implicaties van (de stappen richting) werk moeten door de betrokkenen op voorhand gekend zijn en berekend kunnen worden om de doorstroming naar de arbeidsmarkt in meer zekerheid te laten verlopen. Een aantal concrete voorstellen voor de verbetering van de levenskwaliteit van personen met chronische ziekten (Plan chronisch zieken, Kabinet van de Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid (2008)) zijn voor deze doelgroep interessant. Met name de voorstellen rond de administratieve vereenvoudiging (vereenvoudiging toegang tot het OMNIO-statuut, ziekenfonds als eenheidsloket voor administratieve formaliteiten) en de integratie in het actieve en sociale leven (voorstel rond gewaarborgd loon bij periodes van hervatting, leidraad voor goedkeuring deeltijdse werkhervatting, hogere cumulatie van loon en uitkering) zijn daarbij belangrijk. Deze voorstellen komen niet enkel tegemoet aan de noden van de chronisch zieken, maar zouden bij uitbreiding zeker ook tegemoetkomen aan de noden van andere groepen met een arbeidshandicap, zoals de personen met psychische problemen.

REFERENTIES

- Bogaerts K., De Graeve D., Marx I. & Vandenbroucke P. (2009), "Inactiviteitsvallen voor personen met een handicap of met langdurige gezondheidsproblemen", Studie in opdracht van de Vlaamse minister van Werk, Onderwijs en Vorming, in het kader van het VIONA-onderzoeksprogramma.
Te raadplegen op www.centrumvoorsociaalbeleid.be.
- Dierckx D. & Jans M. (2007), "Geabonneerd op de banenmarkt." In: Vranken J., e.a., Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007. Leuven, Acco, 2007, p.71-85.
- Franck B. (2008), "Zorgen voor werk. Een eerste kwalitatieve analyse van de tender activeringsbegeleiding", Eindverhandeling ingediend voor het behalen van het bachelordiploma in het sociaal werk, Sociale School Heverlee.
- Heylen, V., Bollens, J. (2007), Supported Employment. Wenselijkheid, haalbaarheid en vormgeving van een nieuw instrument ten behoeve van het Vlaamse arbeidsmarktbeleid. Leuven: HIVA, K.U.Leuven.
- Kabinet van de Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Prioriteit aan chronisch zieken! Programma voor de verbetering van de levenskwaliteit van personen met chronische ziekten 2009-2010. Brussel, 23 september 2008.
- Moenaert H. (2007), "Onderzoeksrapport PASSER. R-PAS, een Ruggengraatinstrument voor het Meten van Arbeidscompetenties bij Personen met een Arbeidshandicap." Uitgegeven door de Federatie van Consultatiebureaus.
Te raadplegen op <http://www.consultatiebureaus.be/Passer/Passer.htm>.
- RIZIV (2005), "Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden: loontrekkenden", studie 28. Te raadplegen op <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study28/pdf/study28.pdf>.
- RIZIV (2009), website: <http://www.riziv.fgov.be/information/nl/statistics/allowances/2008/pdf/statisticsallowances2008all.pdf> Bron RIZIV - Dienst uitkeringen - Directie financiën en statistieken geraadpleegd op 09/2009.
- Samoy E. (2008), "Handicap en Arbeid.", Update juli 2008. Brussel: Vlaamse Overheid, Departement Werk en Sociale Economie. Te raadplegen op www.werk.be.
- Schneider, J., (1998) Work interventions in mental health care: some arguments and recent evidence Journal of Mental Health, 7, 81-94
- SERV (2004), "Advies over het wegwerken van activiteitsvallen bij personen met een arbeidshandicap." Brussel, 3 maart 2004.
- Steenssens K., Sannen L., Ory G., Nicaise I., Van Regenmortel T. (2008) "W²: Werk- en Welzijnstrajecten op maat, Een totaalconcept", Een onderzoek in opdracht van de Vlaamse minister van Werk, Onderwijs en Vorming, in het kader van het VIONA-onderzoeksprogramma, HIVA.
- Van Audenhove, C., Van Rompaey, I., De Coster, I., Lissens, G., (2000) Op weg naar werk. Werkvoorbereiding en werkbegeleiding in de geestelijke gezondheidszorg Bohn, Stafleu Van Loghum
- Van Wichelen L. (2005), "De opdracht en rol van de VDAB in de nieuwe beheersovereenkomst met de Vlaamse Regering", OVER.WERK, tijdschrift van het Steunpunt WAV, 2-3/2005.
- VVI (2004), "De Psychiatrische Patiënt en Tewerkstelling: Moeilijk aan het Werk te krijgen. Een Zoektocht naar Inactiviteitsvallen...", VVI-project GGZ uitgegeven door VVI Verbond der Verzorgingsinstellingen vzw.
Te raadplegen op www.zorgnetvlaanderen.be.

LIJST MET AFKORTINGEN

AO	(primaire) Arbeidsongeschiktheid
BTOM	Bijzondere tewerkstellingsondersteunende maatregelen
DT; HT; VT	Deeltijdse (33%); halftijdse (50%); voltijdse (100%) tewerkstelling
GA	Gespecialiseerde arbeidsonderzoeksdienst
GAO	Gespecialiseerd arbeidsonderzoek
GG; GGZ	Geestelijke gezondheid; Geestelijke gezondheidszorg
GTB	Gespecialiseerde trajectbepaling en begeleiding
IGU	Inkomens Garantie Uitkering
INV	Invaliditeit
IVT; IT	Inkomensvervangende tegemoetkoming; integratietegemoetkoming
KTL	Kinderen ten laste
MAF	Maximumfactuur
MEA	Multiple elementen verslag
MMPP	Medische, mentale, psychische en of psychiatrische problematiek
RVV	Recht op verhoogde verzekeringstegemoetkoming
VDAB	Vlaamse dienst arbeidsbemiddeling
WLH	Werkloosheid
ZIV	Ziekte- en invaliditeitsverzekering

METHODOLOGISCHE TOELICHTING STANDAARDSIMULATIES

De standaardsimulatie berekent voor de verschillende cases van uitkeringsafhankelijkheid en werk, een netto beschikbaar gezinsinkomen. Dat netto inkomen wordt afgeleid uit de bruto inkomens van de verschillende gezinsleden. Het traject van bruto naar netto kan als volgt samengevat worden:

$$D = Y0 + Ybruto - SB(Y0 + Ybruto) + Tr(Y0 + Ybruto) - T(Y0 + Ybruto) - VK$$

waarbij

- **D** het netto beschikbare gezinsinkomen is;
- **Y0** het bruto inkomen van de andere gezinsleden (de partner) uit tewerkstelling of uitkering vertegenwoordigt. Dit wordt over de verandering in activiteit constant gehouden tijdens de simulatie;
- **Ybruto** het bruto inkomen is, uit tewerkstelling of uitkeringsafhankelijkheid;
- **SB** de grootte van de werknemersbijdragen voor de sociale zekerheid weergeeft die op de aanwezige inkomens wordt geheven;
- **Tr** de som is van de sociale transferten waarop het gezin recht heeft. Het gaat daarbij over de inkomensgarantieuitkering, de socio-professionele integratie en de kinderbijslag;
- **T** het geheel is van de inkomensbelastingen van het gezin (inclusief de bijzondere bijdrage voor de sociale zekerheid en de Vlaamse korting op de personenbelasting);
- **VK** de vaste kosten zijn, verbonden aan de tewerkstelling. In deze simulaties zijn enkel de kinderopvangkosten opgenomen.

Bij deze afleiding gebruiken we volgende assumpties:

- De simulaties maken gebruik van bedragen en maatregelen die effectief in uitvoering zijn per 1 januari van het betreffende jaar. Bedragen die gelden per 1 januari 2009 en worden geëxtrapoleerd over een volledig jaar. Er wordt geen rekening gehouden met indexeringen en andere wijzigingen die tijdens het jaar kunnen plaatsvinden.
- De berekeningen worden gemaakt op gezinsniveau voor diverse gezinstypes. Gezinnen met kinderen hebben 2 kinderen: een kind van 2,5 jaar en een van 6 jaar. Bij tweeverdienersgezinnen wordt ervan uitgegaan dat de (tweede) partner voltijds tewerkgesteld is aan 130% van het minimumloon.

- De berekeningen worden gemaakt op jaarbasis. Er wordt een onmiddellijke verrekening gemaakt van alle fiscale en andere effecten. Dit is een belangrijke vereenvoudiging, omdat in de praktijk sommige inkomsten niet onmiddellijk voelbaar zijn (bv. dubbel vakantiegeld) en omdat de fiscaliteit pas gekend is bij eindbelasting.
- Er worden kinderopvangkosten in rekening gebracht en fiscaal verrekend voor werkende eenouders en koppels met 2 werkende partners (met opvangkosten voor het jongste kind). Hiervoor werden de ouderbijdragen berekend overeenkomstig de barema's van Kind en Gezin.
- De personenbelasting geldt voor aanslagjaar 2010, inkomsten 2009 en houdt rekening met (eventuele) fiscale voordelen uit kinderopvang en met belastingkrediet voor kinderen ten laste. De gemeentelijke opcentiemen worden meegenomen in de berekeningen aan 7%. De berekeningen houden rekening met de Vlaamse forfaitaire vermindering van de personenbelasting.
- Bij werk of werkhervatting wordt gewerkt als bediende in de private sector.
- Voor de berekening van het loon uit tewerkstelling maken we gebruik van het gewaarborgd gemiddeld minimum maandinkomen (GGMMI). Dit is het loon dat gemiddeld per maand gewaarborgd wordt aan de werknemers overeenkomstig hun leeftijd en anciënniteit. Naast dit interprofessioneel minimum voor de privé-sector bestaan er ook sectorale minima, die aan het interprofessionele minimum dienen te voldoen, maar zij bepalen doorgaans een hoger minimumloon dan het interprofessionele minimum. Tussen de verschillende sectoren bestaan er ook grote verschillen tussen de vastgelegde minima. Om die reden werd voor de standaardsimulaties het GGMMI als uitgangsbasis genomen.
- Vanuit het bruto maandloon wordt een totaal bruto jaarloon berekend. Voor een bediende omvat dit jaarloon 11 brutolonen voor gewerkte maanden, 1 maandloon als eindejaarspremie, 1 maandloon als enkel vakantiegeld, en het dubbel vakantiegeld. De inhoud van het GGMMI is echter breder dan de inhoud van het maandelijks brutoloon van de werknemer. Naast het loon voor de geleverde prestaties, omvat het ook de eindejaarspremie, maar niet het enkel en dubbel vakantiegeld. Het GGMMI voor een werknemer van minimaal 22 jaar en 1 jaar anciënniteit bedraagt € 1.440,67, het bruto maandloon op niveau van het GGMMI bedraagt dan € 1.329,85 per maand.
- In de uitkeringssituatie geldt telkens de assumptie dat men voldoet aan de gestelde vereisten om recht te kunnen op de uitkering (bv. nationaliteit, betalen van bijdragen,...). Gedetailleerde informatie over de assumpties bij de uitkeringssituaties zijn terug te vinden en Bogaerts et al. (2009).

Voor een betere geestelijke gezondheidszorg in België

Het Fonds Julie Renson werd op 28 april 2008 opgericht in de schoot van de Koning Boudewijnstichting en zet de werking van de voormalige Julie Renson Stichting verder.

Sinds 1957 zet de Julie Renson Stichting zich in om de opvang van en zorg aan mensen met psychische problemen te verbeteren, met specifieke aandacht voor:

- rechten van de psychiatrische patiënt
- vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg.

Werkmethodes van het Fonds Julie Renson

- informeren over geestelijke gezondheid in de ruime betekenis van het woord
- toekennen van een tweejaarlijkse prijs aan een initiatief dat als voorbeeld kan dienen binnen de brede sector van de geestelijke gezondheidszorg
- organiseren en coördineren van studiedagen en multidisciplinaire werkgroepen rond gevoelige of weinig gekende onderwerpen uit de geestelijke gezondheidszorg

Infopunt Geestelijke Gezondheidszorg

- aanspreekpunt sinds 1982
- gratis en anoniem
- zowel voor patiënten, familieleden als hulpverleners
- voor al uw vragen i.v.m. psychiatrische centra, opvanghuizen, beschut wonen, zelfhulpgroepen, behandelingen, opleidingen, ...

Databank Geestelijke Gezondheidszorg Theseas.be

- gratis online zoekstelsel
- info over meer dan 3.500 instellingen, organisaties en verenigingen
- www.theseas.be

www.kbs-frb.be

Meer info over onze projecten,
evenementen en publicaties vindt u op
www.kbs-frb.be.

Een e-news houdt u op de hoogte.
Met vragen kunt u terecht op
info@kbs-frb.be of 070-233 728

Koning Boudewijnstichting,
Brederodestraat 21, B-1000 Brussel
02-511 18 40,
fax 02-511 52 21

Giften vanaf 30 euro
zijn fiscaal aftrekbaar.
000-0000004-04
IBAN BE10 0000 0000 0404
BIC BPOTBEB1

De Koning Boudewijnstichting is een onafhankelijke en pluralistische stichting in dienst van de samenleving. We willen op een duurzame manier bijdragen tot meer rechtvaardigheid, democratie en respect voor diversiteit. De Stichting steunt jaarlijks zo'n 2.000 organisaties en individuen die zich engageren voor een betere samenleving. Onze actiedomeinen voor de komende jaren zijn: armoede & sociale rechtvaardigheid, democratie in België, democratie in de Balkan, erfgoed, filantropie, gezondheid, leiderschap, lokaal engagement, migratie, ontwikkeling, partnerschappen of uitzonderlijke ondersteuning. De Stichting werd opgericht in 1976 toen Koning Boudewijn 25 jaar koning was.

In 2009 werkt de Stichting met een budget van 35 miljoen euro. Naast ons eigen kapitaal en de belangrijke dotatie van de Nationale Loterij, zijn er de Fondsen van individuen, verenigingen en bedrijven. De Koning Boudewijnstichting ontvangt ook giften en legaten.

De Raad van Bestuur van de Koning Boudewijnstichting tekent de krachtlijnen uit en zorgt voor een transparant beleid. Voor de realisatie doet ze een beroep op een 50-tal medewerkers. De Stichting werkt vanuit Brussel en is actief op Belgisch, Europees en internationaal niveau. In België heeft de Stichting zowel lokale, regionale als federale projecten lopen.

Om onze doelstelling te realiseren, combineren we verschillende werkmethodes. We steunen projecten van derden of lanceren eigen acties, bieden een forum voor debat en reflectie, en stimuleren filantropie. De resultaten van onze projecten en acties worden verspreid via diverse mediakanalen. De Koning Boudewijnstichting werkt samen met overheden, verenigingen, ngo's, onderzoekscentra, bedrijven en andere stichtingen. We hebben een strategisch samenwerkingsverband met het European Policy Centre, een denktank in Brussel.

