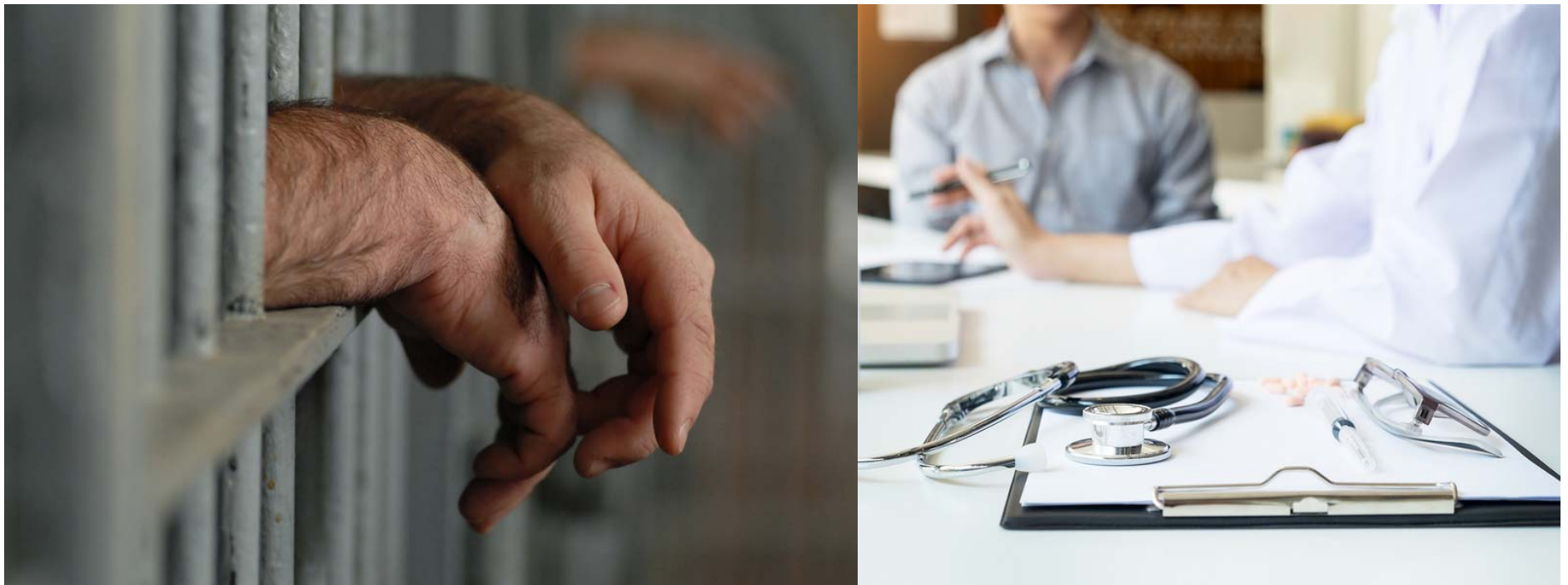


THE INSURABILITY OF PRISONERS IN BELGIUM



THE INSURABILITY OF PRISONERS IN BELGIUM

PAUL SCHOUKENS, JESSIE DE WEYER



COLOPHON

Title:	The insurability of prisoners in Belgium
Authors:	Paul Schoukens (KU-Leuven), Jessie De Weyer (KU-Leuven)
Project coordinator:	Marijke Eyssen (KCE)
Reviewers:	Wendy Christiaens (KCE), Chris De Laet (KCE), Raf Mertens (KCE)
Belgian experts / stakeholders	See chapter 11: List of contributing experts and stakeholders
International experts	See chapter 11: List of contributing experts
External validators:	Kristel Beyens (Vrije Universiteit Brussel, Department of Criminology, Belgium), Eamonn O'Moore (National Lead for Health & Justice, Public Health England & Director of the UK Collaborating Centre for WHO Health in Prisons (European Region), Hans Wolff (Médecin-chef du service de médecine pénitentiaire, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse)
Acknowledgements:	We thank the FPS Justice to have provided the authors with an anonymised Epicure dataset, and in particular Mr. José Derlet for his constant availability. We thank the 'Dienst Gezondheidszorg van de Gevangenen – Service des Soins de Santé en Prison' (DGZG – SSSP), and in particular Mr. Werner van Hout, Mr. Francis De Smet and Mr. José Derlet, for their continuous willingness to share data and answer questions. We thank all persons in the prisons that welcomed us for a visit and to share their insights. We thank the members of the steering committee penitentiary health, for their useful comments on the research protocol and intermediate results. We thank the members of the Penitentiary Health Council for their useful comments on the intermediate results. We thank our KCE-colleagues Carl Devos, Stephan Devriese, Nicolas Fairon, Roos Leroy and Leen Verleye for their support and advices in this research.
Other reported interests:	'All experts and stakeholders consulted within this report were selected because of their involvement in the topic of Health care in Belgian prisons. Therefore, by definition, each of them might have a certain degree of conflict of interest to the main topic of this report'
Layout:	Ine Verhulst

**Disclaimer:**

- The external experts were consulted about a (preliminary) version of the scientific report. Their comments were discussed during meetings. They did not co-author the scientific report and did not necessarily agree with its content.
- Subsequently, a (final) version was submitted to the validators. The validation of the report results from a consensus or a voting process between the validators. The validators did not co-author the scientific report and did not necessarily all three agree with its content.
- Finally, this report has been approved by common assent by the Executive Board.
- Only the KCE is responsible for errors or omissions that could persist. The policy recommendations are also under the full responsibility of the KCE.

Publication date: 18 October 2017

Domain: Health Services Research (HSR)

MeSH: Prisons, Prisoners, Criminals, Health Services Research, Healthcare Financing, Insurance, Health, Legislation as Topic

NLM Classification: WA 300 (Health issues of special population groups)

Language: English

Format: Adobe® PDF™ (A4)

Legal depot: D/2017/10.273/73

ISSN: 2466-6459

Copyright: KCE reports are published under a “by/nc/nd” Creative Commons Licence
<http://kce.fgov.be/content/about-copyrights-for-kce-publications>.

**How to refer to this document?**

Schoukens P, De Weyer J. The insurability of prisoners in Belgium. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2017. KCE Reports 293. D/2017/10.273/73.

This document is available on the website of the Belgian Health Care Knowledge Centre.



■ TABLE OF CONTENTS

LIST OF ABBREVIATIONS	3
■ SUMMARY	4
1 DESCRIPTION OF THE RESEARCH	4
2 COVERAGE OF HEALTH CARE IN THE CURRENT LEGISLATION	5
2.1 GENERAL	6
2.2 EXISTING BELGIAN HEALTH INSURANCE RULES APPLIED TO PRISONERS.....	8
3 POSSIBLE SCENARIOS FOR THE FUTURE	10
3.1 FIRST SCENARIO: APPLY THE EXISTING RULES ON HEALTH CARE INSURANCE	10
3.1.1 Prisoners who are legally residing in Belgium	10
3.1.2 Prisoners who are not legally residing in Belgium	12
3.2 SECOND SCENARIO: FREEZE THE STATUS THAT ONE HAD RIGHT BEFORE THE START OF DETENTION.....	12
3.3 THIRD SCENARIO: CREATE A NEW INSURABLE STATUS 'PERSONS STAYING IN PRISON'	13
■ WETENSCHAPPELIJK RAPPORT.....	15
1 INLEIDING	15
1.1 SCHETS VAN HET ONDERWERP	15
1.2 ONDERZOEKSVRAGEN EN ONDERZOEKSMETHODE.....	16
1.3 BEGRIPPENKADER	17
2 DEKKING VAN GEZONDHEIDSZORG IN DE HUIDIGE WETGEVING	18
2.1 ALGEMENE REGEL: BELGISCHE VERPLICHTE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING (ZIEKTEVERZEKERING).....	18
2.1.1 Verzekerbaarheid.....	18
2.1.2 Terugbetaling of dekking geneeskundige verstrekkingen.....	24



2.2	MENSEN ZONDER WETTIG VERBLIJF: DRINGENDE MEDISCHE HULP	24
2.2.1	Algemeen	25
2.2.2	Onderzoek door OCMW.....	25
2.2.3	Uitreiken van een betalingswaarborg.....	28
2.3	TOEPASSING OP GEDETINEERDEN.....	28
2.3.1	Principes in de Basiswet	28
2.3.2	Verzekerbaarheid van gedetineerden met wettig verblijf.....	29
2.3.3	Terugbetaling of dekking geneeskundige verstrekkingen gedetineerden met wettig verblijf.....	32
2.3.4	Gezondheidszorg van gedetineerden zonder wettig verblijf.....	35
2.3.5	Internering	36
3	PISTES VOOR EEN TOEKOMSTIG BELEID	36
3.1	VERTREKPUNT: REFERENTIEKADER	37
3.2	DIVERSE PISTES.....	38
3.2.1	Piste 1: Volle toepassing van de principes van de algemene ziekteverzekering tijdens detentie	38
3.2.2	Piste 2: Behoud van hoedanigheid op ogenblik van aanvang van detentie	46
3.2.3	Piste 3: Creatie van de hoedanigheid ‘verblijvende in gevangenis’	50
3.3	SUGGESTIE MET BETREKKING TOT DE 3 PISTES	52
3.4	ALGEMENE SUGGESTIES	53
APPENDIX 1.	SCHEMATISCH OVERZICHT HUIDIGE WETGEVING	55



LIST OF ABBREVIATIONS

ABBREVIATION

DEFINITION

CAAMI	Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité
CPAS	Centres Publics d'Action Sociale
DMH	Dringende Medische Hulp
DVZ	Dienst Vreemdelingenzaken
FPS Justice	Federal Public Service Justice
FPS SI	Federal Public Service Social Integration
FOD Justitie	Federale Overheidsdienst Justitie
HZIV	Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie Invalidité
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
POD MI	Programmatorische Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
WHO	World Health Organisation



■ SUMMARY

1 DESCRIPTION OF THE RESEARCH

In 2015, the average prison population in Belgium was 11040. Of all persons arriving in prison, 14,5 % stayed there for less than one week and 56 % left prison within three months. Furthermore, around 45 % of the prisoners in 2015 were foreign nationals of which most were unlawfully residing in Belgium.

Currently, the health care services in Belgian prisons, irrespective of the duration of the imprisonment or the residential status of the prisoner, are a task of the Federal Public Service Justice (FPS Justice). Recently however, a WHO expert group recommended that health ministries should provide and be accountable for health care services in prison. This would lead to better health and well-being of prisoners.

Several Member States, e.g. France, Italy and Norway, have already transferred the responsibility for prison health to their health ministries. Belgium, as well, is considering the implementation of such a reform in the near future. Crucial for this reform, is the question whether or not prisoners can be insured for health care via the obligatory Belgian health insurance scheme, taken into account the large amount of prisoners that are not legally residing in Belgium.

In this research, four research questions needed to be answered:

- How is the provision of health care currently covered: for individuals in general and especially for prisoners?
- Which principles should form the basis for an adjustment of the current regulation regarding health care of prisoners?
- Which changes should be applied to the general health insurance system in order to make it applicable to prisoners?
- How can health care, provided for prisoners to which the general health insurance system does not apply, be covered?



To answer the first research question, the Law of 14 July 1994 (*“Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen”* / *“Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités”*) and the Royal Decree of 3 July 1996 (*“Koninklijk besluit tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen”* / *“Arrêté royal portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités”*) regarding the Belgian health insurance system, including the clarifying legal doctrine on this legislation, were analysed. For persons that are not legally residing in Belgium, the system of urgent medical help (*“dringende medische hulp”/“aide médicale urgente”*), as described in the Royal Decree of 12 December 1996, was studied, next to other explanatory documents and research on this topic, e.g. a study conducted by the Belgian Health Care Knowledge Centre.

The principles that are the answer to the second research question were found in the main ideas that form the basis for the overarching research on health care of prisoners (conducted by the Belgian Health Care Knowledge Centre) and the Belgian Prison Act of 12 January 2005. These principles were presented to a group of experts, including legal assistants of sickness funds, staff of the FPS Justice familiar with health care in prisons, social workers of Public Centres for Social Welfare (*“OCMW's”/“CPAS”*) and academics who have studied the social rights of prisoners.

For the third and fourth research question, elements of the first and second research questions were combined: on the basis of four principles, three possible scenarios for the future were developed. Specific questions and difficulties were verified by the experts. At last, the three scenarios were once more presented to the group of experts.

In the research in hand, the term ‘prisoners’ includes all persons that are held in prison due to the enforcement of a custodial sentence or a detention order. Not only convicts, but also suspects and accused are thus covered by the term ‘prisoners’ in this research. Beside this, the effects of sentence execution modalities, must be taken into account. This means that ‘prisoners’ can also (temporarily) be found outside prison.

Finally it must be noted that currently mentally ill offenders are also placed in the psychiatric departments of Belgian prisons, due to a lack of specialised institutions for mentally ill offenders. If a mentally ill offender is locked in a Belgian prison, the FPS Justice is currently also paying for his health care, so in that case he will fall within the scope of our term ‘prisoner’. However, given the fact that Belgium has already been convicted several times by the European Court of Human Rights for placing mentally ill offenders in prison (without the necessary psychological aid), it is a goal to avoid the detention of mentally ill offenders in prisons.



2 COVERAGE OF HEALTH CARE IN THE CURRENT LEGISLATION

2.1 General

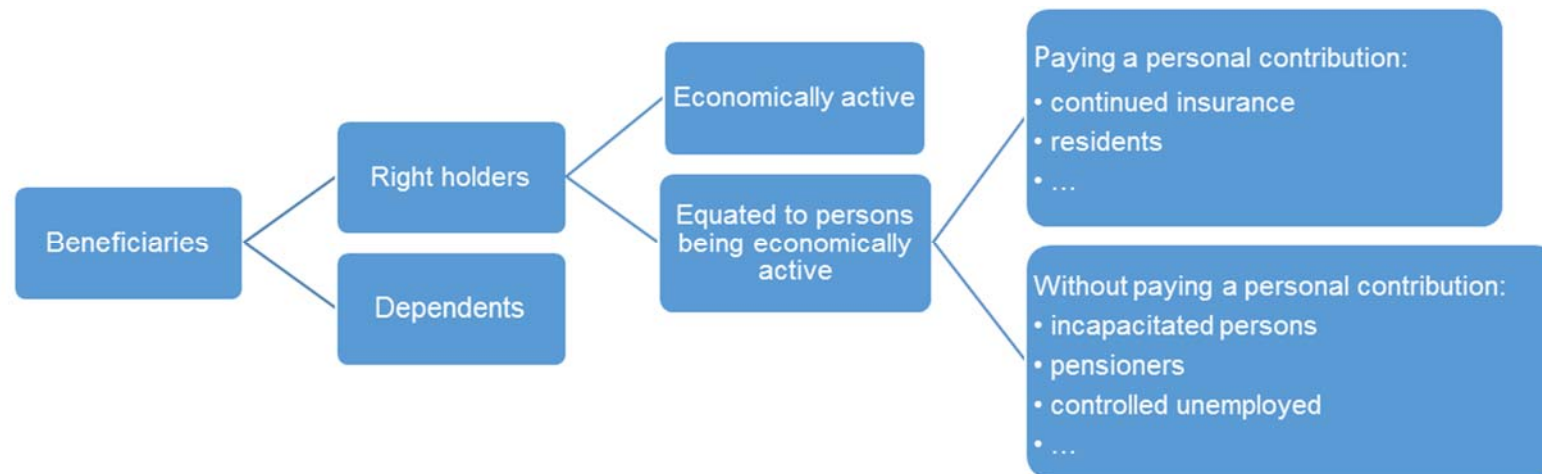
Even though almost every person that is legally residing on the Belgian territory is covered by the general Belgian health care insurance, it is not an automatic right. In order to get coverage via the Belgian health care insurance, one needs to fulfil the condition of insurability. This means that he needs to have an **insurable status** (*“verzekerbare hoedanigheid”/“statut d’assurabilité”*) and that one needs to pay **contributions**.

There are two large groups of persons that can be distinguished in having the right status: persons who have a right on the basis of a status that they have themselves (right holders or *“gerechtigden”/“bénéficiaires”*) and persons who have a right on the basis of their link to a person who has an

insurable status (dependents or *“personen ten laste”/“personnes à charge”*). In order to be considered as a dependent (the second main group) following conditions need to be fulfilled: the dependent needs to have the same primary place of residence as the right holder, his own income may not exceed a certain amount and he may not have a status by which he can have access to the health insurance by himself.

In the first group (right holders) we can distinguish the persons who are economically active, and therefore have an insurable status, and persons who are equated to persons being economically active. For the latter, we need to make a further distinction between two subgroups. Some are equated although they do not pay a contribution themselves (e.g. controlled unemployed, incapacitated persons or persons who receive a pension), and some first need to pay an own contribution in order to be equated with a person being economically active (e.g. persons who make use of the continued insurance system, or persons that are registered in the National Register of natural persons, the so-called residents).

Figure 1 – Possible insurable statuses

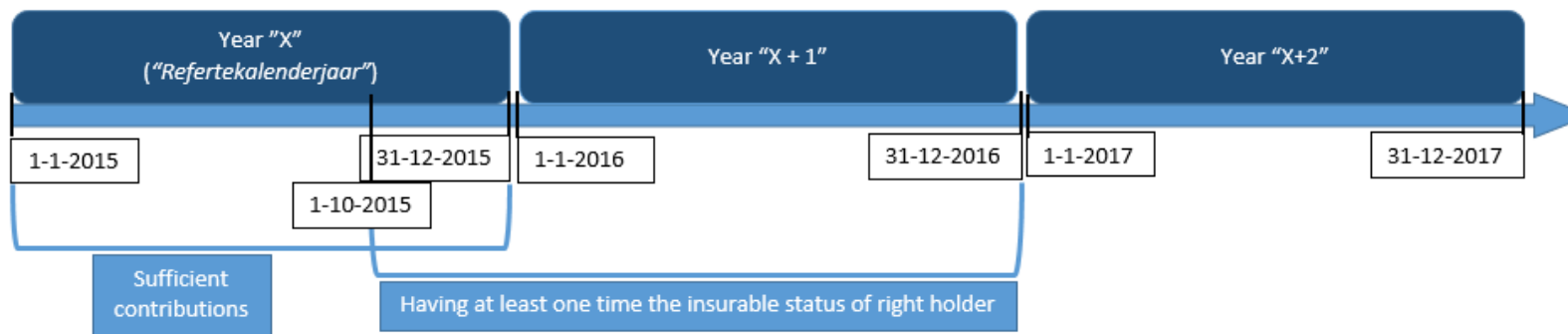




Having the right status can only lead to actual coverage of health care, if one is **also registered with a sickness fund**. Registration of the right holder automatically leads to the registration of his dependents. Once a right to health care coverage is established, it only expires at the end of the calendar year following the year in which the right was established. This right can be extended for one year if two conditions are fulfilled:

- during the second calendar year preceding the beginning of the period of extension (*"refertekalenderjaar"*/ *"année de référence calendrier"*), proof can be supplied that sufficient contributions were paid;
- the beneficiary should have an insurable status at least at one certain moment during the period starting from the fourth quarter of the *refertekalenderjaar* or during the next calendar year.

Figure 2 – Extension of the right





To establish and maintain health care coverage, it is thus necessary to prove that sufficient contributions were paid. If the contributions do not reach the required minimum there are two possible remedies: making use of **equivalent periods** and/or paying an **additional contribution**.

Even though the Belgian health insurance system has a broad scope, not every patient that needs health care in Belgium can be covered by it. An important group that is excluded from the personal application are **persons who are not lawfully residing in Belgium**. For them, the system of urgent medical help ("*dringende medische hulp*" / "*aide médicale urgente*"), where the FPS Social Integration covers health care expenses, can offer a solution. In order to receive coverage for urgent medical help, the Public Centre for Social Welfare ("*OCMW*" / "*CPAS*") of the place of residence, examines:

- whether or not the person needs urgent medical help (on the basis of a declaration of a doctor);
- whether or not the person lacks the necessary financial means to pay for the health care.

When these criteria are fulfilled according to the Public Centre for Social Welfare, they will hand over a document (*requisitorium* / *réquisitoire*) to the applicant, which forms the proof for the health care providers that health care costs will be covered for the person in question.

For residents in Belgium:

To be insurable one needs to have an **insurable status** and to pay **contributions**. Insurable persons have a right to coverage from the obligatory health insurance if they are affiliated to a sickness fund and sufficient contributions were paid to this fund.

For persons who are not lawfully residing in Belgium:

The FPS Social Integration covers health care expenses if the person needs urgent medical help and if the person lacks the necessary financial means to pay for the health care.

2.2 Existing Belgian Health insurance rules applied to prisoners

As already mentioned above, it is the FPS Justice that is currently responsible for the health care services in prisons. Prisoners do not have to pay themselves for the health care that is provided in prison. Thus, the coverage of health care of prisoners does not run via the general Belgian health insurance scheme, neither via the system of urgent medical help.

For the system of urgent medical help, prisoners do not fulfil the condition regarding the lack of financial necessity, as they do not have to pay for the received health care in prison.

For the general health insurance scheme, the coverage or reimbursement is suspended due to Article 5, first clause of the Regulation of 18 July 2003 executing article 22, 11° of the Law of 14 July 1994 on the compulsory health insurance and benefits. This provision states that coverage or reimbursement of costs for provided health care will be denied when the beneficiary is in prison. This article expresses (partially) the principle of subsidiarity of Article 136 § 2 of the Law of 14 July 1994, which encompasses that benefits are denied if the costs are covered by another Belgian legislation, a foreign legislation or by general law. This means that, even if a prisoner can maintain his insurable status in prison, he will not be able to rely on the obligatory health insurance system for actual coverage.

However, this does not mean that the question of the insurability of the prisoner is irrelevant at the moment, since the prisoner can have dependents who are relying on his insurability. Furthermore, having or not having an insurable status in prison, can have consequences in the future, since coverage of health care is based on the situation in previous years (*refertekalenderjaar* / *année de référence calendrier*). A distinction must be made:

- Certain insurable statuses, e.g. those of incapacitated persons or persons who are receiving a pension, can be **maintained** during the time in prison. Also prisoners who choose for the continued insurance system, will have an insurable status. The continued insurance system is an option for right holders who are temporarily no longer insured via the obligatory health insurance due to the lack of an insurable status,



but because they are in a specific situation (e.g. unemployment or imprisonment) recognized by the legislator as being worthy of consideration, they can uphold their insurable status (on the condition of a personal contribution).

- Other statuses that form a basis for the health care insurance can be **lost** through detention, e.g. the status of worker, self-employed or controlled unemployed person.

If a prisoner is possible **to maintain an insurable status**, the period of detention is equated with a period in which the required minimum contributions were paid (because of the fact that the health care services were provided by the FPS Justice).

For prisoners who would **lose their insurable status**, their registration in the National Register of natural persons, could at first glance form a solution to remain insured through the general health insurance scheme. However, article 32, 15° of the Law of 14 July 1994 states that persons who are or can be covered via another Belgian or foreign legislation regarding insurance for health care, are excluded from this status. Since the FPS Justice provides for the health care of prisoners, this is an obstacle for the insurability on the status of 'resident'. Also, prisoners are often crossed out in the National Registers of natural persons via the administration of their home town, since they no longer live there and there are no further details on their current situation.

Finally, if the prisoner enjoys a **sentence execution modality**, this has an important influence on the coverage of health care. The Regulation of 18 July 2003 and the Collective Letter No. 103 show that for prisoners enjoying a permit leave or limited detention, the FPS Justice is still responsible for the health care provision. Contrary, for the health care of persons who enjoy a prison leave, electronic supervision or a conditional release, the FPS Justice is no longer responsible and thus the rules of the general health insurance scheme apply. This distinction leads to a lot of confusion and administrative difficulties in practice.

The FPS Justice is currently responsible for the coverage of health care in prisons. Insurability of the prisoner remains relevant for dependents relying on the prisoner or for coverage of health care in the future.

Prisoners enjoying a permit leave or limited detention → the FPS Justice pays.

Prisoners enjoying a prison leave, electronic supervision or a conditional release → the obligatory health insurance pays.



3 POSSIBLE SCENARIOS FOR THE FUTURE

If the FPS Justice would no longer be responsible for the health care services in prisons, there are several ways to make sure that prisoners can be insured for health care. For the research in question, four principles were used to formulate three possible scenarios for the future:

- the **right to health care and access to health care**: the Belgian Prison Act (2005) states in article 88 that the prisoner is entitled to health care which is equivalent to the health care in the free society and which is adjusted to his specific needs;
- the **neutralisation of the principle of subsidiarity**: if the FPS Justice would no longer be responsible for the health care services in prisons, the current obstacle for the insurability and coverage and reimbursement via the general health care insurance disappears;
- the principle of **normalisation** and the principle of **(social) reintegration**: these principles lie on the basis of the Belgian Prison Act (2005) and entail that prison life should as far as possible, except for the fact that one is deterred from his freedom, correspond to life outside prison and that with the execution of the custodial sentence also the rehabilitation in society is envisaged, next to restoring the wrongdoing;
- the **promotion of prison work**: currently it is not possible to execute prison work under an employment contract. Consequently, prison work does not lead to entitlements regarding health care insurance. Linking more social rights to prison work, could be a way to stimulate prison work. However, this goes beyond the limited scope of the research in hand.

On the basis of the four prescribed elements, three possible scenarios for the future were explored:

1. the regular application of the existing Belgian health insurance rules;
 - freezing the insurable status at the start of the detention;
 - creating a new insurable status in the Belgian health insurance system.

3.1 First scenario: apply the existing rules on health care insurance

The **first scenario** encompasses the idea that if the prisoner is no longer covered by the FPS Justice for health care, the existing rules on health care insurance become fully applicable. This means that for prisoners who are legally residing in Belgium, a normal, similar application of the current health care scheme is possible.

3.1.1 Prisoners who are legally residing in Belgium

3.1.1.1 Insurability

If the prisoner had an **insurable status** on the basis of which the general health care scheme applied, e.g. if he is receiving a pension or he is recognized as an incapacitated person, this insurable status can be upheld during his time in prison. As said, often one is only imprisoned for a rather short period, which will have no impact on the insurability of the person in question. However, a problem that can occur under this first scenario, is that in prison the prisoner will no longer be able to pay the necessary contributions (e.g. a worker needs to pay social contributions for a minimal amount of € 6.007,28 in 2016). However, this can be solved by **including in article 290 of the Royal Decree of 3 July 1996 implementing the Law of 14 July 1994 that the period of detention is equated with a period in which the required minimum contributions were paid.**



If his **insurable status takes an end** during his time in prison, the prisoner will be able to fall back on his status of 'resident'. In any case the prisoner will thus be able to have an insurable status, if he maintains his registration in the National Register of natural persons. If a prisoner has no home (in rent or in ownership) and his civil status is single or there is no more contact with the family he used to be part of, the prisoner will be registered on the address of the Public Centre for Social Welfare of the municipality in which he was registered last. If he was never registered in a municipality, he will be registered in on the address of the public social assistance centre of the municipality in which the prison is located. The contribution that is linked to the status of resident, relates to the income of the person in question. For prisoners a (rebuttable) presumption of lack of income can be assumed, so that they are exempted from paying the necessary contributions.

3.1.1.2 Affiliation to sickness fund

In order to fall under the general health insurance system, one must also be affiliated with a sickness fund. If the prisoner was already affiliated before his detention, this affiliation can be maintained. If the membership fee can no longer be paid by the prisoner, this cost can be paid by the government. Another possibility is that the prisoner can be obliged to affiliate with the Agency for Health and Disability Insurance ("HZIV"/"CAAMI"), where no membership fee is required.

Once the insurability of the prisoner is established, the coverage of health care via the general health insurance is possible. Since the FPS Justice will no longer provide for health care, there is no reason to maintain Article 5 of Regulation of 18 July 2003 executing article 22, 11° of the Law of 14 July 1994 on the compulsory health insurance and benefits. **This article must thus be removed from the law in question.** Furthermore, the general principle of subsidiarity will no longer form an obstacle for the coverage or reimbursement through the general health insurance.

3.1.1.3 Payment system

In practice, it is preferred to work with the system of **third-party payment**, so that the prisoner will only have to pay his own contribution ("*remgeld*" / "*ticket modérateur*") when he receives health care in prison (e.g. for a regular consultation with an acknowledged physician a regular patient pays an own contribution of € 6 in 2017). The obligation to make use of the system of third-party payment in prison can be added to the Royal Decree of 18 September 2015, in addition to the other situations in which the third-party payment system is already obliged. It could also be an option to make the system obligatory for all health care related to prisoners, irrespective of where it is provided (inside or outside prison). It may however not be forgotten that in case of hospitalization, the third-party payment is already obliged. With regard to the own contribution, it can be added that it is also possible to exempt prisoners from paying this, seen the fact that they often lack sufficient means in prison. The own contribution can be e.g. at the expense of the National Institute for Sickness and Invalidity Insurance ("*RIZIV*" / "*INAMI*") or still at the expense of the FPS Justice (since they are currently also covering those costs for prisoners).

If paying the own contribution would be upheld for prisoners, the system of increased reimbursement can also bring relief (e.g. for a regular consultation with an acknowledged physician a regular patient would only pay an own contribution of € 1,5 in 2017). It could be an option to uphold the current rules and to only grant the increased reimbursement for the prisoner and his family if the family income does not reach a certain level. However, it could also be possible to work with a presumption that prisoners do not have sufficient income and therefore they will have an automatic right to increased reimbursement. This automatic right could be extended to the family members of the prisoner, but seen the fact that the right to increased reimbursement also brings along other advantages (e.g. with regard to city tax), it could also be limited to the person of the prisoner. A consideration between the administrative advantages (avoiding the cost of income assessments) and the derogation of the consistency of the system (different concepts of 'family') needs to be made regarding the application of the system of increased reimbursement.



3.1.2 Prisoners who are not legally residing in Belgium

Obviously, the prescribed coverage via the general health care system under the first scenario, is not applicable if a **prisoner is not legally residing in Belgium**. Following the principle of normalisation in this case, it would be able to rely on the system of urgent medical help. In practice this will not lead to significant different treatments of prisoners, since the health care provision that is covered by the FPS Social Integration is based on what is covered through the system of the general health insurance. However, the presumed time of stay can impact the health care that is provided for prisoners that are not legally residing in Belgium.

During the already existing obligatory consultation of a physician within the first 24 hours of detention, the necessary health care could be determined. Furthermore, persons of the prison's social services, who meet with the prisoner within four days after prison entry, could obtain the information from the prisoner that is necessary to apply the system of urgent medical help. As said, this social survey is normally a task of the Public Centre for Social Welfare, but if there is no added value for these Public Centres for Social Welfare to be involved during the time of detention, the task can also be done by the prison's social services. It could also be possible to create a new central institution (equivalent to a Public Centre for Social Welfare) that will be responsible for all prisoners that are not legally residing in Belgium.

3.2 Second scenario: freeze the status that one had right before the start of detention

The **second scenario**, freezing the insurable status at the start of the detention, can be seen as a variation of the first scenario, as it aims at the application of the obligatory health insurance system. However, the second scenario tries to limit the impact of detention on the insurable status, by freezing the status that one had right before the start of detention. This would mean that the prisoner could maintain his insurability without any problems.

However, there are four big **pitfalls** to this scenario:

- First, rules must be made on how to determine which status can be frozen. Which status e.g. will be frozen if a person recently became unemployed because of the criminal accusations, after 5 years of employment? And what if a person does not have an insurable status at the beginning of the detention?
- Secondly, this scenario could lead to several artificial constructions as to remedy the fact that the upheld status will no longer match with reality. This would hinder the idea of simplification that is underlying the second scenario. For example, the prisoner would still be seen as a 'worker' but is no longer having an employment contract and will no longer be paying contributions. This could be addressed by including in article 290 of the Royal Decree of 3 July 1996 implementing the Law of 14 July 1994 that the period of detention is equated with a period in which the required minimum contributions were paid. However, not all problems are that easily solved. If e.g. the status of 'dependent' is upheld during the detention, but the right holder loses his right, there must be rules on how and to which sickness fund the dependent can be affiliated. And what if the prisoner, who was unemployed first, enjoys a sentence execution modality and is able to obtain an insurable status because he works?
- Thirdly, what are the effects of this freezing of a status once the detention ends? If the contributions should be determined, should they be based on the amounts that were established for the year in which the status was frozen?
- Finally, freezing the status is often not necessary. On the one hand, most prisoners are only imprisoned for a rather short period, in which case the regular application of the health insurance, as described in the first scenario, can already overcome a lot of problems. On the other hand, it may not be forgotten that a lot of prisoners are not in order with their insurability, even before they are imprisoned. There is thus no insurable status that gives a right to health care that can be maintained.



3.3 Third scenario: create a new insurable status 'persons staying in prison'

The **third scenario** is also a variation of the first scenario, since it also aims at the application of the Belgian obligatory health insurance system. It starts from the idea of creating a new insurable status in the health insurance system, namely that of "persons staying in prison". This new status would cover all prisoners, irrespective of their residence status and would thus entail a clear-cut approach. Since prisoners often do not have the necessary financial means, it is advised that this new status would not depend on the payment of a certain contribution. This would be in line with the current idea that prisoners do not have to pay for the health care services in prison.

However, there are also a couple of important **pitfalls** linked to the third scenario:

- First, this scenario can lead to situations of unequal treatment. Persons outside prison, that are not legally residing in Belgium, cannot rely on the health insurance system, but have to make use of the system of 'urgent medical help', where a means test is carried out. Furthermore, if a prisoner who was not legally residing in Belgium becomes insurable in the general health insurance, this will also create rights for his dependents outside prison (irrespective of their financial situation). These unequal treatments could be solved by making a distinction between prisoners on the basis of their residence status, but this would also undo the largest advantage of the third scenario, namely the unified approach.
- Secondly, as also mentioned with the second scenario, creating a new status is often not necessary and would lead to an unnecessary heavy administrative burden, since most prisoners are only imprisoned for a rather short period, which will not influence their insurability.
- Thirdly, this third scenario stands in contrast with the principle of normalisation. Creating a whole new insurable status, encompasses a prominent distinct approach for prisoners, which can be more poorly received by the public opinion than small adaptations to an already existing insurable status (e.g. working with a rebuttable presumption to be exempted from the contribution one needs to pay as a 'resident').

As also shown by the opinions of several experts in expert meetings that were held in light of this research, we recommend the **first scenario**. This scenario entails the most extended application of the principle of normalisation and has the smallest impact on the existing system. Furthermore, there will be no longer a problem of inconsistency if a prisoner can make use of sentence execution modalities, since it is possible that the rules of the general insurance system will apply. If a prisoner will not be able to be insured via the general health care system because he is not legally residing in Belgium, the coverage of health care by the FPS Social Integration, on the basis of the system of "urgent medical aid", offers a solution.

For the implementation of the first scenario the following legal actions/decisions should take place:

- remove article 5 of Regulation of 18 July 2003 executing article 22, 11° of the Law of 14 July 1994 on the compulsory health insurance and benefits;
- include in article 290 of the Royal Decree of 3 July 1996 implementing the Law of 14 July 1994 that the period of detention is equated with a period in which the required minimum contributions were paid;
- decide on who is going to pay the contributions to the sickness fund or affiliate all prisoners to the Agency for Health and Disability Insurance ("HZIV"/"CAAMI");
- decide on the exemption of paying the personal contribution related to the insurable status of "resident";
- decide on an obligatory application of the system of third-party payment for prisoners (this obligation should be included in the Royal Decree of 18 September 2015 on the system of third-party payment);
- decide on how the own contribution ("remgeld"/"ticket modérateur") will be dealt with;
- study how practically the necessary elements to create a medical card (in light of the system of urgent medical help) can be obtained from the prisoner (e.g. during the first 24 hours of detention in which the prisoner



visits a physician or during the first four days in prison in which the prisoner meets someone from the prison's social services)

To conclude, six general points of concern must be mentioned. First, in light of the existing rules on health care insurance, it is crucial that the prisoner maintains his registration in the National Register of natural persons. Social services in prison but also the administration of municipalities should be aware of this. Secondly, the effective operation of the first scenario is highly dependent on a good communication between several services: the sickness funds must have a clear view on when the period of detention begins and ends. Thirdly, a clear-cut and consistent approach regarding all sentence execution modalities is strongly advised, to avoid confusion and administrative costs. It could help to rely on the lists in the prisons, on which prisoners are registered (since if a prisoner enjoys a sentence execution modality, he is still registered with a certain prison). Fourthly, for the incorporation of the first scenario, the legislator needs to avoid circulars and collective letters, since their legitimacy to limit the right to (access to) health care and their transparency are contested. Fifthly, it is recommended that health care in all forms of detention is dealt with identically, to avoid confusion and deviating cases. Finally, the promotion of prison work, even though there are a lot of practical obstacles to it, may not be forgotten. If there is a possibility to contribute to the social reintegration of the prisoner in question, this should definitely be explored.



■ WETENSCHAPPELIJK RAPPORT

1 INLEIDING

1.1 Schets van het onderwerp

Dit onderzoek gaat na hoe gezondheidszorgprestaties voor gedetineerden gedekt (kunnen) worden. Het onderzoek kadert in een ruimere studie naar de organisatie van de gezondheidszorg in de Belgische gevangenissen.^a

Momenteel valt de gezondheidszorg in de Belgische gevangenissen onder de bevoegdheid van de FOD Justitie.^b In 2013 werd echter door een expertengroep van de Wereldgezondheidsorganisatie aanbevolen om de gezondheidszorg in gevangenissen te integreren in de algemene gezondheidszorg.^c In o.m. Frankrijk, Italië en Noorwegen heeft men de bevoegdheid reeds overgedragen naar de overheidsdiensten die instaan voor de algemene gezondheidszorg, en ook in België denkt men dus na over een bevoegdheidsoverdracht.^d

Om de FOD Justitie niet langer te doen instaan voor de gezondheidszorg van gedetineerden, dient nagegaan te worden of gedetineerden ook kunnen vallen onder het algemene systeem van verzekeraarheid voor gezondheidszorg, de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (de ziekteverzekering). Echter, er moet rekening gehouden worden met het gegeven dat een groot deel van de gedetineerden in België een buitenlandse nationaliteit heeft.^e Indien deze personen niet beschikken over een geldige verblijfstitel, kan dit een obstakel vormen voor de aansluiting bij de verplichte ziekteverzekering. Waar aansluiting dus niet

^a Onderzoek uitgevoerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, in opdracht van minister De Block en minister Geens.

^b Formeel gezien is het de minister van Justitie die bevoegd is voor de gezondheidszorg in gevangenissen. Deze heeft voor de uitvoering daarvan weliswaar de FOD Justitie belast, meer bepaald het Directoraat-Generaal penitentiaire inrichtingen (DG EPI) en daarbinnen de specifieke dienst gezondheidszorg (DGZG).

^c WHO Regional Office for Europe, *Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health*, 2013, <https://www.unodc.org/documents/hiv->

[aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf](#), 17-18.

^d De transfer gaat over het overdragen van de bevoegdheid (en het daarbij horende budget) aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

^e In 2015 had 55% van de gedetineerden binnen de penitentiaire inrichtingen de Belgische nationaliteit. Iets minder dan de helft heeft dus een buitenlandse nationaliteit (in totaal zijn er meer dan 130 nationaliteiten terug te vinden in de Belgische gevangenissen); DG EPI, *Jaarverslag 2015*, http://justitie.belgium.be/sites/default/files/downloads/2016-06_epi_jaarverslag_2015_nl.pdf, 6 en 39.



mogelijk is, moet gezocht worden naar een andere toegang tot de gezondheidszorg.

1.2 Onderzoeksvragen en onderzoeksmethode

Volgende onderzoeksvragen dienden beantwoord te worden:

2. Hoe worden gezondheidszorgprestaties gedekt in de huidige wetgeving: in het algemeen en in het bijzonder voor gedetineerden?
3. Welke principes vormen het kader voor een aanpassing van de huidige wetgeving inzake de gezondheidszorgdekking van gedetineerden?
4. Welke wijzigingen dienen doorgevoerd te worden om te komen tot een toepassing van de algemene ziekteverzekering op gedetineerden?
5. Welke mogelijkheid bestaat er voor gedetineerden die niet kunnen aansluiten bij de algemene ziekteverzekering?

Voor de eerste onderzoeksvraag werd in de eerste plaats de Ziekteverzekeringswet^f en het Ziekteverzekeringsbesluit^g geanalyseerd, om inzicht te bieden in de algemene ziekteverzekering. Verduidelijkende rechtsleer zoals het 'Handboek Gezondheidsrecht'^h of het "Praktijkboek Sociale zekerheid"ⁱ werden daarbij geraadpleegd. Voor personen die niet

kunnen aansluiten bij de verplichte ziekteverzekering, werd er gekeken naar het systeem van de dringende medische hulp^j, meer bepaald naar het KB van 12 december 1996 betreffende de dringende medische hulp^k en de omzendbrieven die verdere uitwerking bevatten. Hierbij was ook het recent gevoerde onderzoek door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg^l en het informatiedocument van de Programmatorische Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie over de medische bewijsstukken in functie van de betaling van medische kosten wet een belangrijke bron van informatie.^m

Het antwoord op de tweede onderzoeksvraag werd grotendeels gevormd door de principes die aan de grondslag liggen van het ruimere onderzoek naar de gezondheidszorg in de Belgische gevangenis en principes uit de Basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerdenⁿ. Voorstellen die gedaan worden met betrekking tot de verzekeraarbaarheid van gedetineerden voor gezondheidszorgprestaties, dienen immers in lijn te liggen met de grote principes van het ruimere onderzoek en achterliggende principes van de Basiswet. Het kader dat bepaald werd in de tweede onderzoeksvraag, werd ook voorgelegd aan een expertenvergadering, bestaande uit juridische medewerkers van de ziekenfondsen, medewerkers van de FOD Justitie bekend met de gezondheidszorg in het gevangeniswezen, maatschappelijke werkers van

^f Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (Ziekteverzekeringswet).

^g KB 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (Ziekteverzekeringsbesluit), gecoördineerd op 14 juli 1994, BS 31 juli 1996.

^h T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht Volume 1. Zorgverleners: statuut en aansprakelijkheid*, Antwerpen, Intersentia, 2014.

ⁱ J. PUT en V. VERDEYEN (eds.), *Praktijkboek sociale zekerheid. Voor de onderneming en de sociale adviseur*, Mechelen, Kluwer, 2013.

^j Art. 57 § 2 Organieke wet 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, BS 5 augustus 1976.

^k KB 12 december 1996 betreffende de dringende medische hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan de vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven, BS 31 december 1996.

^l D. Roberfroid, M. Dauvrin, I. Keygnaert e.a., *What health care for undocumented migrants in Belgium?*, 2015, https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_257_Health_care_Migrants_Scientific%20Report.pdf.

^m POD MI, *Informatiedocument. De medische bewijsstukken in het kader van de wet van 02/04/1965 en het ministerieel besluit van 30/1/1995*, <https://www.mi-is.be/nl/dringende-medische-hulp> (geraadpleegd 24 februari 2017).

ⁿ Basiswet 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van gedetineerden, BS 1 februari 2005.



openbare centra voor maatschappelijke welzijn en academici die zich verdiept hebben in de sociale rechten van gedetineerden.

Voor de derde en vierde onderzoeksvraag werden elementen uit de eerste en tweede onderzoeksvraag samengebracht. Op basis van het kader dat bepaald werd in de tweede onderzoeksvraag, werden drie pistes ontwikkeld die voortgaan op het systeem van de algemene ziekteverzekering en het systeem van de dringende medische hulp. Specifieke vragen en moeilijkheden werden afgetoetst bij contactpersonen uit het veld. De drie voorgestelde pistes werden ten slotte opnieuw voorgelegd aan een expertenvergadering.

1.3 Begrippenkader

Voor het onderzoek dienen enkele gehanteerde begrippen toegelicht te worden.

Het onderzoek focust op gedetineerden. Hiermee worden alle personen bedoeld die zich binnen een gevangenis bevinden wegens de tenuitvoerlegging van een vrijheidsstraf of van een vrijheidsbenemende maatregel. Niet enkel veroordeelden maar dus ook verdachten^o vallen onder het door ons gehanteerde concept gedetineerden, indien zij zich binnen de gevangenis bevinden (in voorlopige hechtenis).

Hoewel de overheid inzet op de uitbreiding van gespecialiseerde inrichtingen voor de opname van geïnterneerden, zijn er momenteel nog steeds geïnterneerden geplaatst in de psychiatrische afdelingen van gevangenissen. Zij vallen in dat geval dus ook onder het door ons gehanteerde begrip van gedetineerden, maar er zal voor de duidelijkheid ook kort ingegaan worden op de algemene regeling die specifiek bestaat voor geïnterneerden (ongeacht of zij dus opgesloten zijn in een gevangenis of niet).

Er zijn ook veroordeelden die een strafuitvoeringsmodaliteit bekomen, en op basis daarvan gedeeltelijk of zelfs volledig zich buiten de gevangenis bevinden. Indien zij zich binnen de gevangenis bevinden, zullen zij binnen het door ons gehanteerde concept van gedetineerden vallen. Er zal wel beschreven worden in welke mate de strafuitvoeringsmodaliteiten invloed kunnen hebben op de verzekeraarbaarheid van de veroordeelde/gedetineerde.

^o Afhankelijk van de ernst van de feiten wordt er gesproken van een beklagde of een beschuldigde.



2 DEKKING VAN GEZONDHEIDSZORG IN DE HUIDIGE WETGEVING^p

2.1 Algemene regel: Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (ziekteverzekering)

Via de Belgische ziekteverzekeringsregeling kan men terugbetaling of dekking van bepaalde gezondheidszorgprestaties krijgen. De ziekteverzekering is echter geen automatisch recht voor elke patiënt die gezondheidszorg behoeft in België. Het uitgangspunt van de Belgische ziekteverzekering is dat in de eerste plaats beroepsactieven ziekteverzekerd kunnen zijn. Dit personeel toepassingsgebied is over de jaren heen wel verruimd, zodat momenteel bijna elke persoon die bestendig (op basis van een geldige verblijfstitel) op het Belgische grondgebied verblijft, rechten kan laten gelden op terugbetaling of op dekking van gezondheidszorg.^q

2.1.1 Verzekerbaarheid

In principe kan men algemeen stellen dat om verzekeraar te zijn volgens de Belgische ziekteverzekering, en dus een recht op gezondheidszorg te openen en te behouden, men **enerzijds een bepaalde hoedanigheid met inschrijving of aansluiting bij het ziekenfonds** moet bezitten en **anderzijds voldoende bijdragen** betaald moet hebben.

^p Zie ook appendix 1.1 voor een schematisch overzicht.

^q T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht Volume 1. Zorgverleners: statuut en aansprakelijkheid*, Antwerpen, Intersentia, 2014, 42.

^r Art. 32 GVV-wet 1994.

^s De toestand moet erkend zijn door de wetgever als behartenswaardig. Enkele voorbeelden van behartenswaardige maatschappelijke toestanden zijn de

2.1.1.1 Hoedanigheid

Allereerst bestuderen we het hebben van de juiste hoedanigheid, oftewel het hebben van een statuut op grond waarvan men een recht op gezondheidszorg opent. Iemand die het recht op gezondheidszorg opent, wordt ook wel een rechthebbende genoemd.^r

Men kan rechthebbende zijn op basis van een hoedanigheid die men uit eigen hoofde heeft. In dat geval spreekt men over een gerechtigde. Onder de groep van gerechtigden vallen in de eerste plaats de personen die beroepsactief zijn: werknemers, ambtenaren en zelfstandigen. Daarnaast worden sommige categorieën van personen gelijkgesteld met beroepsactieve gerechtigden, zoals gecontroleerde werklozen of gepensioneerden. Binnen de gelijkgestelden kan een onderscheid gemaakt worden naargelang de gelijkgestelde al dan niet een persoonlijke bijdrage moet betalen, waarvan hij in bijzondere omstandigheden eventueel kan worden vrijgesteld. Voorbeelden van gelijkgestelden zonder persoonlijke bijdrage zijn de arbeidsongeschikten, de gecontroleerde werklozen, de gepensioneerden en de niet-begeleide minderjarige vreemdelingen. Personen in voortgezette verzekering – dit zijn verzekerden die tijdelijk niet langer onderworpen zijn aan de verplichte ziekteverzekering maar op basis van het feit dat ze zich in een behartenswaardige toestand bevinden, zoals bijvoorbeeld de opsluiting in de gevangenis, ervoor kunnen kiezen om gedurende enige tijd de hoedanigheid van gerechtigde te behouden - moeten om gelijkgesteld te worden daarentegen een forfaitaire persoonlijke bijdrage betalen.^s Ook personen die ingeschreven zijn in het register van de natuurlijke personen (de zogenaamde ingezetenen) moeten een persoonlijke bijdrage betalen om zich in te kunnen schrijven als gerechtigde.^t

werkloosheid, het borstvoedingsverlof en de periode van internering of opsluiting in de gevangenis. Deze periodes kunnen gekoppeld zijn aan een maximum- en minimumduur en dienen bewezen te worden door de nodige bewijsstukken; Art. 247-250 Ziekteverzekeringsbesluit.

^t Art. 252 Ziekteverzekeringsbesluit; Deze bijdrage moet betaald worden vóór het einde van het kwartaal volgend op de inschrijving.



Die laatste bijdrage is echter gemoduleerd in functie van de financiële draagkracht van de gerechtigde, zodat bijvoorbeeld personen met een belastbaar brutogezinsinkomen dat lager ligt dan het jaarbedrag van het bestaansminimum, vrijgesteld kunnen worden van bijdrage.^u

Naast de gerechtigden, zijn er ook rechthebbenden op basis van een welomschreven band met een gerechtigde, de zogenaamde personen ten laste.^v Personen ten laste verwerven dus geen recht op basis van een eigen hoedanigheid maar hebben een afgeleid recht: zolang de gerechtigde recht heeft op prestaties, heeft ook de persoon ten laste recht op prestaties. Bij personen ten laste kan het gaan om de echtgenoot van de gerechtigde, de samenwonende, de kinderen en descendenten (jonger dan 25 jaar) en de ascendenten. De personen ten laste moeten aan enkele voorwaarden voldoen. Allereerst moeten zij dezelfde hoofdverblijfplaats hebben als de gerechtigde.^w Daarnaast mogen zij geen eigen inkomen hebben boven een bepaalde grens.^x Tot slot mag een persoon ten laste ook niet een hoedanigheid hebben waarmee men, zonder betaling van een persoonlijke bijdrage, zelf een recht opent op gezondheidszorg.^y

^u Art. 134 Ziekteverzekeringsbesluit; De persoonlijke bijdrage voor de ingezetene wordt afgestemd op het gezinsinkomen. Vanaf 2017 gelden volgende bedragen (bron: website RIZIV):

- belastbaar brutogezinsinkomen lager dan het jaarbedrag van het bestaansminimum of men geniet van verhoogde tegemoetkoming: de kwartaalbijdrage is € 0
- belastbaar brutogezinsinkomen lager dan het bedrag dat is vastgesteld om de verhoogde tegemoetkoming te genieten (grens gemiddeld in 2016 = € 3.305,54): de kwartaalbijdrage is € 60,23
- belastbaar brutogezinsinkomen lager dan de grens van het jaarinkomen (grens gemiddeld in 2016 = € 34.428,04) (de kwartaalbijdrage is € 355,21.

- belastbaar brutogezinsinkomen gezinsinkomen hoger dan de grens van het jaarinkomen (grens gemiddeld in 2016 = € 34.428,04): de kwartaalbijdrage is € 710,44.

^v Art. 123-127 Ziekteverzekeringsbesluit.

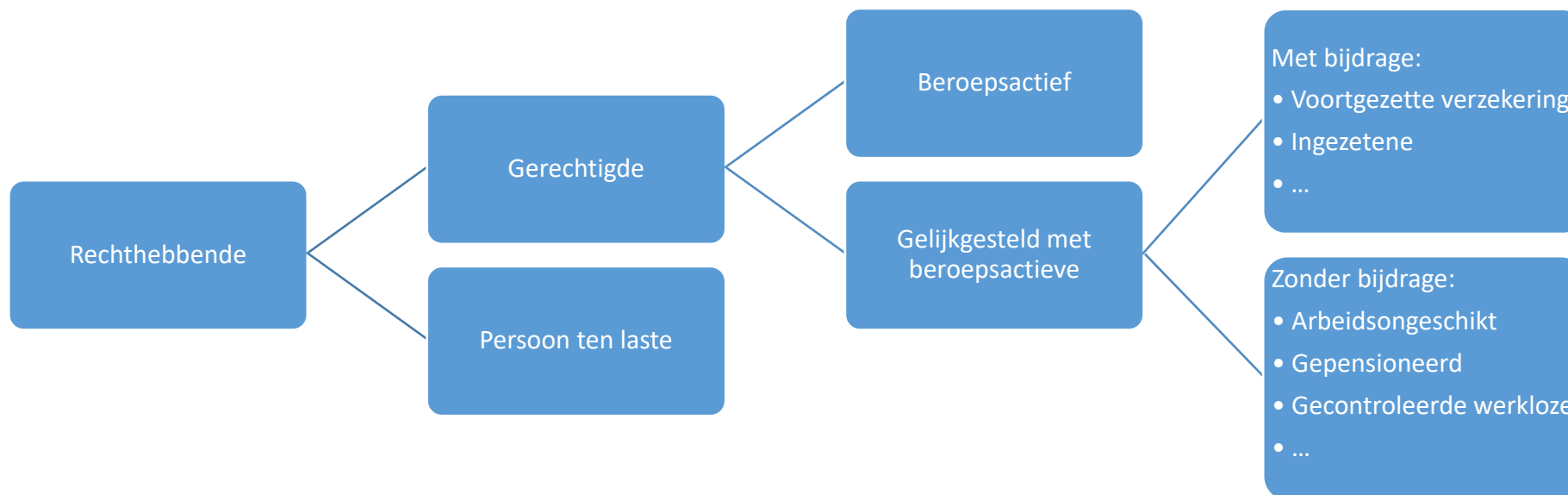
^w Art. 124 § 2 Ziekteverzekeringsbesluit; Deze voorwaarde geldt niet voor drie categorieën: 1) de feitelijk of van tafel en bed gescheiden partner met recht op gezondheidszorg via de gerechtigde 2) de echtgenoot die omwille van het beroep dat hij uitoefent, wettelijk verplicht is een andere hoofdverblijfplaats te nemen dan de feitelijke en 3) de kinderen.

^x Art. 124 § 1,2° Ziekteverzekeringsbesluit; Deze voorwaarde geldt niet voor de kinderen.

^y Art. 124 § 1,2° Ziekteverzekeringsbesluit.



Figuur 1 – Verschillende modaliteiten van hoedanigheid als rechthebbende op gezondheidszorg

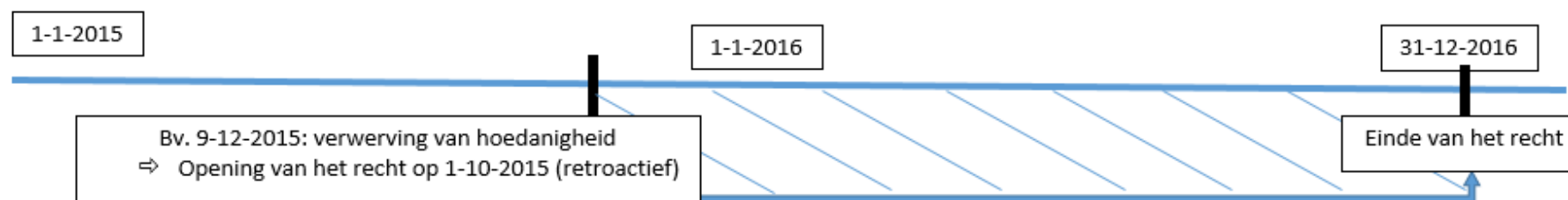




Indien men de juiste hoedanigheid heeft, moet men zich bij een ziekenfonds inschrijven als gerechtigde of aansluiten als persoon ten laste.^z Het louter hebben van een hoedanigheid volstaat dus niet. Indien de gerechtigde zich inschrijft, worden de personen ten laste van de gerechtigde ook aangesloten bij dit ziekenfonds.^{aa} Het recht op gezondheidszorg wordt geopend de eerste dag van het kwartaal waarin iemand de hoedanigheid van gerechtigde verwerft (inschrijving), opnieuw verwerft (herinschrijving) of zich in een andere hoedanigheid dan die van gerechtigde aansluit bij het ziekenfonds (aansluiting of heraansluiting).^{bb} Het recht kan dus telkens met terugwerkende kracht geopend worden. Normaal dient een wachttijd van

zes maanden doorlopen te worden maar gezien er dermate veel uitzonderingen op dit principe zijn aangenomen, is het doorlopen van de wachttijd in de praktijk de uitzondering op de regel geworden.^{cc} Eenmaal een recht geopend is, blijft het recht geldig tot 31 december van het kalenderjaar dat volgt op dat waarin het recht wordt geopend (*Figuur 2*).^{dd}

Figuur 2 – Geldigheid van het recht op gezondheidszorg gedekt door de ziekteverzekering



^z Art. 118 GVVU-Wet 1994; P. HANNES, "Gezondheidszorg" in J. PUT en V. VERDEYEN (eds.), *Praktijkboek sociale zekerheid. Voor de onderneming en de sociale adviseur*, Mechelen, Kluwer, 2013, 234; Met een inschrijving wordt bedoeld dat men voor het eerst gerechtigde wordt. Het is dus slechts eenmaal in het leven mogelijk om zich in te schrijven als gerechtigde. Indien het recht onderbroken wordt, omdat de voorwaarden voor behoud van het recht niet werden vervuld, kan men zich herinschrijven op het moment dat men de hoedanigheid opnieuw verwerft. Indien men in een andere hoedanigheid een recht zou openen op gezondheidszorg (voor het eerst of na een periode waarin het recht werd verloren), spreekt men van een (her)aansluiting bij een ziekenfonds. Bijvoorbeeld: een kind wordt geboren en sluit aan als persoon ten laste bij het ziekenfonds. Als deze persoon gaat werken op 25 jaar, schrijft hij zich in bij hetzelfde ziekenfonds en opent voor het eerst een recht als gerechtigde. Indien het recht nadien voor een bepaalde periode verloren gaat

(bv. door het maken van een reis naar het buitenland voor enkele jaren), en nadien terug wordt verworven (door bv. opnieuw aan de slag te gaan als werknemer), zal de persoon zich moeten herinschrijven bij het ziekenfonds.

^{aa} Art. 118, tweede lid GVVU-wet 1994.

^{bb} P. HANNES, "Gezondheidszorg" in J. PUT en V. VERDEYEN (eds.), *Praktijkboek sociale zekerheid. Voor de onderneming en de sociale adviseur*, Mechelen, Kluwer, 2013, 234; Het recht openen voor de werknemer gebeurt op basis van een bewijs dat er bijdragen worden betaald.

^{cc} Art. 128 GVVU-wet 1994; P. HANNES, "Gezondheidszorg" in J. PUT en V. VERDEYEN (eds.), *Praktijkboek sociale zekerheid. Voor de onderneming en de sociale adviseur*, Mechelen, Kluwer, 2013, 234-235.

^{dd} Art. 129 Ziekteverzekeringsbesluit.



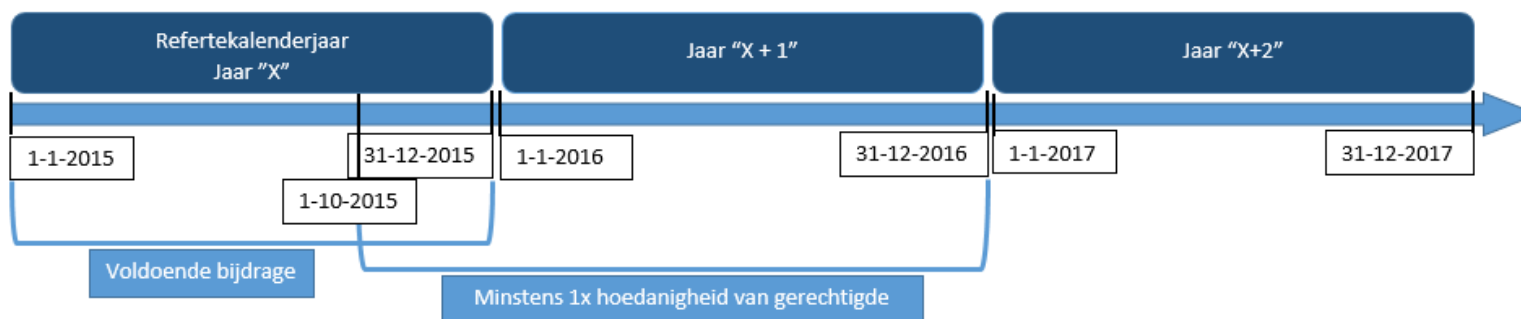
Het recht kan telkens voor een nieuwe periode van 1 jaar behouden worden indien voldaan wordt aan een dubbele voorwaarde (*Figuur 2*), namelijk^{ee}:

- dat gedurende het tweede kalenderjaar dat aan het begin van die periode van verlenging van het jaarrecht voorafgaat (dit is het refertekalenderjaar), het bewijs wordt geleverd dat er voldoende bijdragen werden betaald;
- o Voor een recht in 2017, oftewel jaar “X+2”, dient er dus een voldoende bijdrage betaald te zijn in 2015, oftewel ‘jaar X’.

dat de gerechtigde bovendien minstens op één ogenblik tijdens de periode vanaf het vierde kwartaal van het refertekalenderjaar of in de loop van het daaropvolgende kalenderjaar de hoedanigheid van gerechtigde heeft (continuïteit van hoedanigheid).

- o Voor een recht in 2017, oftewel jaar “X+2” dient men dus de hoedanigheid van gerechtigde te bezitten in het vierde kwartaal van 2015 (jaar X) of in de loop van 2016 (jaar “X+1”).

Figuur 3 – Behoud/verlenging van het recht



^{ee} Art. 131 Ziekteverzekeringsbesluit.



2.1.1.2 Bijdragebetaling

Om een (her)inschrijving als gerechtigde te verkrijgen en vervolgens te behouden, moet de gerechtigde het bewijs leveren dat er voldoende bijdragen werden betaald. Dit bewijs wordt geleverd door de zogenaamde bijdragebescheiden. Wanneer blijkt dat de bijdragen niet het vereiste minimum bereiken zijn er twee mogelijkheden om daaraan tegemoet te komen: de gelijkgestelde periodes en/of de betaling van een aanvullende bijdrage. In de eerste plaats worden een aantal periodes gelijkgesteld en omgerekend naar een fictieve waarde. Voorbeelden hiervan zijn de periode waarin men als persoon ten laste recht had en kon behouden op geneeskundige verstrekkingen³², de periode van door de adviserende geneesheer erkende arbeidsongeschiktheid van minstens 66%³³, de periode van gecontroleerde werkloosheid³⁴, de periode van voortgezette verzekering (indien de forfaitaire bijdrage werd betaald)³⁵ en de periodes van dekking ten laste van de Belgische overheid buiten de regeling van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging³⁶. Wanneer, zelfs na de gelijkstelling van bepaalde periodes, blijkt dat er nog steeds onvoldoende bijdragen zijn betaald, zal men een aanvullende bijdrage moeten betalen om zo zijn recht (en dat van personen ten laste) te vrijwaren. De aanvullende bijdrage moet worden betaald vóór het einde van het jaar waarvoor men de verzekeraarbaarheid nagaat. Wil men dus in 2017 de verzekeraarbaarheid nagaan, dan dient de aanvullende bijdrage voor het jaar 2015 ten laatste betaald zijn op 31 december 2017 (*Figuur 3*).

Zoals reeds opgemerkt zijn bepaalde categorieën van gerechtigden, zoals bijvoorbeeld personen in voortgezette verzekering of personen ingeschreven in het rijksregister van de natuurlijke personen, gehouden tot het betalen van een forfaitaire persoonlijke bijdrage (die voor personen

ingeschreven in het rijksregister daarnaast ook gemoduleerd is naar de financiële toestand van de gerechtigde en zijn gezin).³⁷ Voor een inschrijving in de hoedanigheid van ingezetene dient de persoonlijke bijdrage van het eerste kwartaal (het kwartaal van de inschrijving) uiterlijk betaald te zijn voor het einde van het kwartaal dat volgt op het kwartaal van de inschrijving. Schrijft men zich dus in als gerechtigde op 9 december 2015, dan dient men de bijdragen voor het laatste kwartaal van 2015 (het eerste kwartaal van inschrijving) ten laatste te betalen op 31 maart 2016. Op die manier wordt een recht geopend tot het einde van 2016 (*Figuur 2*). Om het recht te verlengen in 2017 moeten alle bijdragen van 2015 betaald zijn ten laatste 31 december 2017 (*Figuur 3*).

Tot slot is het belangrijk te vermelden dat indien men de vereiste bijdragen niet langer betaalt, men uiteindelijk zijn recht op dekking van gezondheidszorg zal verliezen. Men kan nadien steeds overgaan tot een herinschrijving of aansluiting, maar men moet daarvoor dan mogelijk een wachttermijn doorlopen.³⁸

³² Art. 290, A, 2, 10° Ziekteverzekeringsbesluit.

³³ Art. 290, A, 2, 1° Ziekteverzekeringsbesluit.

³⁴ Art. 290, A, 2, 3° Ziekteverzekeringsbesluit.

³⁵ Art. 290, A, 2, 7° Ziekteverzekeringsbesluit.

³⁶ Art. 290, A, 2, 11° Ziekteverzekeringsbesluit.

³⁷ Art. 252 Ziekteverzekeringsbesluit.

³⁸ Voor personen met een zeer laag inkomen (bijvoorbeeld 3 maanden ononderbroken een bestaansminimum ontvangen) is een herinschrijving eenvoudig, aangezien zij kunnen aansluiten als ingezetene en hiervoor geen bijdrage moeten betalen. Zij worden verder ook vrijgesteld van de wachttermijn van zes maanden.



2.1.2 Terugbetaling of dekking geneeskundige verstrekkingen

Enmaal men de juiste **hoedanigheid** heeft, **ingeschreven of aangesloten is bij het ziekenfonds** en het bewijs kan leveren van het betalen van **voldoende bijdragen**, kan men dus de gehele of gedeeltelijke terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen verkrijgen.

De ziekteverzekering verstrekt uiteraard zelf geen geneeskundige verzorging, dit gebeurt door de zorgverstrekker of –instellingen zoals een huisarts of een ziekenhuis. De verzekerde zal een geneeskundige verstrekking in principe zelf dienen te betalen, waarna hij dan terugbetaling krijgt van het ziekenfonds, op basis van het getuigschrift dat hij ontvangt van de zorgverstrekker.³⁹

Op deze regeling is echter een belangrijke uitzondering: de toepassing van de derdebetalersregeling. Bij de derdebetalersregeling betaalt de verzekerde enkel zijn eigen bijdrage rechtstreeks aan de zorgverstrekker (het zogenaamde “remgeld”). Het ziekenfonds zal het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming rechtstreeks uitbetalen aan de zorgverlener. De derdebetalersregeling is verplicht voor ziekenhuizen en voor alle medische verzorging die in het ziekenhuis plaatsvindt, behalve in de polikliniek.⁴⁰

Tot slot is het belangrijk om te wijzen op artikel 136 van de Ziekteverzekeringswet. Dit artikel stelt dat dekking van gezondheidszorg door de algemene ziekteverzekering wordt geweigerd indien voor de schade voortvloeiend uit ziekte, letsels, functionele stoornissen of overlijden, krachtens een andere Belgische wetgeving, een vreemde wetgeving of in het gemeen recht werkelijk schadeloosstelling is verleend. De terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen door de algemene ziekteverzekering is dus subsidiair: indien dekking mogelijk is door een andere regeling, dan zal de ziekteverzekering niet tussenkomen.

2.2 Mensen zonder wettig verblijf: dringende medische hulp

Ondanks het ruime toepassingsgebied van de verplichte ziekteverzekering (onder meer door de mogelijkheid tot aansluiting op basis van de inschrijving in het rijksregister van de natuurlijke personen), is het niet voor elke patiënt die gezondheidszorg behoeft in België mogelijk om dekking te verkrijgen via de verplichte ziekteverzekering. Een belangrijke groep van personen die buiten het toepassingsgebied kunnen vallen, zijn de personen zonder wettig verblijf.⁴¹ Voor hen kan er teruggeregpen worden naar het systeem van de dringende medische hulp.

³⁹ Art. 53 Ziekteverzekeringswet.

⁴⁰ KB 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling, BS 23 september 2015. De derdebetalersregeling wordt in dit KB in bepaalde gevallen hetzij verplicht, hetzij toegelaten, hetzij verboden.

⁴¹ Opgemerkt dient te worden dat er ook personen zijn die geen illegale verblijfstatus hebben, maar geen recht hebben op dekking via de algemene ziekteverzekering. Een voorbeeld hiervan zijn de asielzoekers, waarvoor

Fedasil (indien de asielzoeker zich bevindt in een opvangcentrum of Federaal opvanginitiatief) of het OCMW (bij behoeftigheid, indien de asielzoeker zich bevindt in een lokaal opvanginitiatief) instaat voor de medische zorgen/kosten. Dit geldt ook voor personen met een ontvankelijke aanvraag tot medische regularisatie. Een ander voorbeeld zijn de EU-burgers en hun familieleden die minder dan 3 maanden op het grondgebied verblijven. Zij zijn uitgesloten van het systeem dringende medische hulp en dienen aanspraak te maken op een reisverzekering, een garant of eigen middelen. Enkel in uitzonderlijke gevallen kan het OCMW voor deze categorie tussenkomen (voor de hoogdringende geneeskundige verstrekkingen). De voormelde categorieën van personen zijn echter zeer specifieke groepen, die maar een zeer marginaal deel uitmaken van de gevangenispopulatie.



2.2.1 Algemeen

Volgens artikel 57 § 2 van de organieke OCMW-wet van 8 juli 1976 hebben mensen zonder wettig verblijf recht op medische zorgen via de procedure dringende medische hulp (DMH).⁴² Het gaat daarbij om alle vreemdelingen die zonder geldige verblijfstitel op het Belgische grondgebied verblijven (ook wel 'mensen zonder papieren' genoemd). Hieronder vallen dus personen waarvan het visum of de verblijfs- of arbeidsvergunning verstreken is of waarvan de aanvraag tot asiel geweigerd werd (of nooit werd ingediend).

Personen 'met papieren', zoals bijvoorbeeld asielzoekers, vallen dus niet onder de categorie 'mensen zonder wettig verblijf'.⁴³

De zorgen die verkregen kunnen worden via DMH omvatten alle preventieve en curatieve zorgen die in een ziekenhuis of ambulant worden verstrekt, en zijn dus niet beperkt tot spoedeisende zorgen.⁴⁴ Wel wordt DMH beperkt tot hulp die een uitsluitend medisch karakter vertoont en omvat het bijvoorbeeld dus geen huisvesting of andere maatschappelijke dienstverlening in natura.⁴⁵

Het OCMW van de woonplaats/verblijfplaats van de persoon in kwestie speelt een belangrijke rol in de procedure DMH. Het OCMW zal in de eerste

plaats controleren of de persoon in kwestie voldoet aan de voorwaarden voor DMH. Indien de voorwaarden voldaan zijn, zal het OCMW de omvang bepalen van de zorg die gedekt zal worden. Voor die zorg reikt zij een betalingswaarborg uit, waarmee het OCMW zich dus garant stelt om de zorg te dekken. De kosten voor DMH kan het OCMW uiteindelijk terugvorderen van de Programmatorische Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie⁴⁶ (POD MI).⁴⁷

2.2.2 Onderzoek door OCMW

Voordat een betalingswaarborg zal worden uitgereikt, gaat het OCMW na:

- of de persoon behoeftig is en de medische kosten bijgevolg dus niet kan dragen: dit zal blijken uit het sociaal onderzoek door het OCMW;
- of de persoon nood heeft aan bepaalde medische hulp: dit zal blijken uit het attest DMH van de huisarts/tandarts.

⁴² Art. 57 § 2 Organieke wet 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, BS 5 augustus 1976.

⁴³ Zie hiervoor ook artikel 128quinquies Ziekteverzekeringsbesluit en M.O. nr. 2010/53 van 30 maart 2010 betreffende de bewijsmodaliteiten voor de inschrijving in de hoedanigheid van ingeschrevene in het Rijksregister, bedoeld bij artikel 32, eerste lid, 15° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

⁴⁴ Art. 1 KB 12 december 1996 betreffende de dringende medische hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan de vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven, BS 31 december 1996; Het gaat dus niet om het onmiddellijk verstrekken van aangepaste hulp aan alle personen van wie de gezondheidstoestand ten gevolge van een ongeval, een plotse aandoening of een plotse verwikkeling van een ziekte een dringende tussenkomst vereist na een oproep via het eenvormig oproepstelsel

waardoor de hulpverlening, het vervoer en de opvang in een aangepaste ziekenhuisdienst worden verzekerd (Wet 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening, BS 25 juli 1964).

⁴⁵ Art. 2 KB 12 december 1996 betreffende de dringende medische hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan de vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven, BS 31 december 1996.

⁴⁶ De POD MI is een programmatorische federale overheidsdienst die in 2003 werd opgericht om een menswaardig bestaan te waarborgen voor iedereen die in armoede leeft. De dienst verdedigt het recht op maatschappelijke integratie, door een menswaardig leven trachten te bieden aan de personen die tussen de mazen van het net van de sociale zekerheid vallen en die in bestaansonzekerheid leven.

⁴⁷ Het OCMW kan ervoor kiezen om meer te dekken dat datgene dat door de POD MI wordt terugbetaald. De extra kosten komen dan ten laste van het OCMW.



2.2.2.1 Sociaal onderzoek

Het systeem van DMH vloeit voort uit de maatschappelijke dienstverlening waarin het OCMW dient te voorzien voor personen die wél legaal verblijven op het grondgebied.⁴⁸ Net zoals het recht op maatschappelijke dienstverlening, is ook het recht op DMH een residuair recht. Dit betekent dat indien er dus een andere wettelijke basis is om de medische kosten te dekken, de kosten niet via DMH gedekt zullen worden.

Het OCMW zal in de eerste plaats nagaan of de betrokken persoon behoeftig is en de medische kosten niet op een andere manier gedekt worden. Dit gebeurt in het zogenaamde 'sociaal onderzoek'.

De omzendbrief van 25 maart 2014⁴⁹ bevat de minimumvoorwaarden voor dergelijk sociaal onderzoek. Doorgaans worden volgende elementen nagegaan:

- Identificatiegegevens en verblijfsituatie/verblijfsstatuut
- Bestaansmiddelen en reden van verblijf (familiebezoek, asiel, medisch...)
- Statuut op het moment van de medische verzorging
- Verzekerbaarheid
- Borgstelling
- Sociaal verslag omtrent de behoeftigheid van de aanvrager

⁴⁸ Voor personen die dus geen irreguliere verblijfsstatus hebben, maar niet kunnen aansluiten bij de algemene ziekteverzekering, kan er teruggegrepen worden naar de algemene maatschappelijke dienstverlening door het OCMW. Het onderzoek naar de behoeftigheid loopt daarbij gelijk aan het onderzoek naar behoeftigheid in de procedure DMH; art. 57§1 en 60 Organieke wet 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, BS 5 augustus 1976.

Indien er een andere verzekering is voor de dekking van de medische kosten, dan dient deze aangesproken te worden. De verzekering kan diverse vormen aannemen:

- publieke ziekteverzekering in België (ziekenfonds)⁵⁰;
 - o Zo kunnen bijvoorbeeld studenten of niet-begeleide minderjarige vreemdelingen aangesloten worden bij de algemene ziekteverzekering. De vreemdelingen die van rechtswege toegelaten of gemachtigd zijn tot een verblijf van meer dan drie maanden in het Rijk (opgenomen in het vreemdelingenregister) en de vreemdelingen die gemachtigd zijn tot een verblijf voor onbepaalde duur (opgenomen in het vreemdelingenregister) of die gevestigd zijn in het Rijk (opgenomen in het bevolkingsregister) kunnen aangesloten worden als ingezetene.⁵¹
 - o Ook moet het OCMW nagaan of de persoon niet als persoon ten laste kan aangesloten worden bij het ziekenfonds.
- publieke ziekteverzekering in het buitenland;
 - o Afhankelijk van het geval kan het OCMW hiervoor contact opnemen met de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV). Zij kunnen bij het verbindingsorgaan in het land van herkomst nagaan of er een verzekering is.
- privé-reisverzekering medische bijstand;
 - o Dergelijke reisverzekering ziet men vaak terug bij personen afkomstig uit landen buiten de EU, die een visum aanvragen van

⁴⁹ Omz. 25 maart 2010 betreffende het sociaal onderzoek vereist voor de terugbetaling van de medische kosten in het kader van de wet van 2 april 1965 en het ministerieel besluit van 30 januari 1995, BS 6 mei 2010.

⁵⁰ Het is een wettelijke verplichting voor het OCMW om de personen die kunnen aangesloten worden bij een ziekenfonds, te doen aansluiten. De medische kosten van die personen worden dan ook prioritair teruggevorderd bij het ziekenfonds.

⁵¹ Art. 128quinquies Ziekteverzekeringsbesluit.



minder dan drie maanden, aangezien zij de verplichting hebben om het bewijs te leveren van een toereikende ziekteverzekering.

- privé ziekteverzekering;
- andere verzekeringen die medische kosten dekken, bijvoorbeeld in het kader van burgerlijke aansprakelijkheid, arbeidsongevallen, vrijwilligerswerk, schoolverzekering, ...

De datum van aankomst in België is van belang bij het nagaan van de verzekeraarbaarheid, aangezien het niet nodig is om de verzekeraarbaarheid in het buitenland na te gaan indien de aanvrager al meer dan één jaar in België verblijft. In dat geval gaat men er immers van uit dat de aanvrager niet meer gedekt wordt door een publieke ziekteverzekering in het buitenland. Een huurcontract, een bewijs van het schoollopen van kinderen of facturen op naam van de aanvrager kunnen dienen als bewijs dienen van het verblijf van meer dan één jaar.

Een borgstelling dient tot twee jaar na de datum van aankomst nagegaan te worden door het OCMW (na het verloop van het kort verblijf, en dus ook het verloop van de verzekering). De borgstelling voor medische zorgen is immers twee jaar geldig. Het OCMW doet dit door navraag te doen bij de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ).⁵² Als er geen borgstelling is, dan betekent dit in principe dat de betrokkene voldoende eigen middelen heeft. Als het OCMW dan toch kosten ten laste wil nemen, moet er een nauwgezet sociaal onderzoek zijn naar de behoefte. Soms duurt het even voor informatie over de verzekeraarbaarheid of over de borgsteller beschikbaar is. In dat geval zal de POD MI betalen, maar indien verzekering of borgsteller bekend raakt, moet het OCMW proberen de kosten terug te vorderen.

Tot slot kan het OCMW een oordeel vellen over de behoefte door een onderzoek te voeren naar de eigen bestaansmiddelen van de aanvrager (in

de praktijk wordt bijvoorbeeld via een verklaring op eer gevraagd naar inkomsten uit zwartwerk of wordt er gekeken naar kinderbijslag die nog ontvangen wordt). Er wordt rekening gehouden met de inkomsten van de samenwonende partner. Met de inkomsten van een verwante in eerste graad waarmee de begunstigde samenwoont kan rekening gehouden worden. De inkomsten van personen die niet onderhoudsplichtig zijn, mogen niet in rekening gebracht worden. Belangrijk is ook dat artikel 60 §1 tweede lid OCMW-wet stelt dat “de betrokkene ertoe gehouden is elke nuttige inlichting nopens zijn toestand te geven, alsmede het centrum op de hoogte te brengen van elk nieuw gegeven dat een weerslag kan hebben op de hulp die hem wordt verleend”.

2.2.2.2 Attest dringende medische hulp

Het attest DMH wordt opgemaakt door een erkende arts (huisarts of tandarts)⁵³ en kan gelden voor één behandeling of een reeks behandelingen die zeer duidelijk voortvloeien uit eenzelfde feit (blijkt uit sociaal dossier). Het attest vermeldt het type noodzakelijke zorg en ook de eventuele medicamenteuze behandeling. Eén attest DMH kan dus prestaties dekken van verschillende zorgverstrekkers. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een zwangerschap, waar zowel de kost van een huisarts als de kost van een gynaecoloog gedekt zullen worden.⁵⁴

Het attest DMH blijft één jaar geldig.

⁵² Voor Algerije, Tunesië of Turkije wordt er ook navraag gedaan via HZIV naar een verzekering in het land van herkomst.

⁵³ Het is ook mogelijk dat een persoon zich rechtstreeks aanmeldt bij de spoeddienst van een ziekenhuis. In dat geval wordt het attest DMH uitreikt door een ziekenhuisarts.

⁵⁴ Dit betekent dus dat voor bijvoorbeeld enerzijds gezondheidszorgen die verstrekt worden voor een longontsteking in de lente en anderzijds de zorgen die versterkt worden voor een gebroken been in de winter, er een apart attest DMH zal zijn.



2.2.3 Uitreiken van een betalingswaarborg

Het OCMW zal na haar onderzoek een beslissing nemen om DMH al dan niet toe te kennen. Indien DMH wordt toegekend, reikt het OCMW een document uit aan de aanvrager, de betalingswaarborg ('requisitorium').⁵⁵ Deze waarborg is beperkt in omvang (het bepaalt de zorgen en de geneesmiddelen die gedekt worden) en in tijd. Met de betalingswaarborg kan de aanvrager naar de zorgverleners, zodat de zorgverleners de garantie hebben dat hun rekening betaald zal worden.⁵⁶ De zorgverleners sturen de rekening rechtstreeks op naar het OCMW. Het OCMW zal de terugbetaling vragen aan de POD MI. De POD MI betaalt alle medische onkosten terug aan het OCMW met uitzondering van die medische zorgen die geen nomenclatuurnummer kregen toegekend door het Rijksinstituut voor Ziekten en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). De dekking via DMH is dus gelijkwaardig aan de dekking via de algemene ziekteverzekering. Kosten die niet kunnen worden teruggevorderd, komen ten laste van het OCMW.⁵⁷

⁵⁵ Meer en meer OCMW's werken met 'medische kaarten'. Deze vervangen het requisitorium en hoeven niet vernieuwd te worden bij elke nieuwe zorgverstrekking.

⁵⁶ Voor verzorging in een ziekenhuis gebeurt met het systeem 'Mediprima' de melding van betaling door het OCMW elektronisch (gegevens worden via dit systeem overgedragen tussen de OCMW's, de ziekenhuizen, de HZIV en de POD MI).

⁵⁷ Er wordt dus een onderscheid gemaakt tussen de zorgen die de persoon zonder wettig verblijf nodig heeft en de zorgen die teruggevorderd kunnen worden van de POD MI. Belangrijk is dat het feit dat een kost wordt

2.3 Toepassing op gedetineerden

De hierboven principes gelden in de vrije samenleving. De vraag stelt zich nu in welke mate gedetineerden ook recht op gezondheidszorg hebben: zijn ze verzekerd via de verplichte ziekteverzekering en kunnen zij op die manier dekking krijgen van gezondheidszorgprestaties? En kunnen gedetineerden zonder wettig verblijf teruggrijpen naar het systeem DMH?

2.3.1 Principes in de Basiswet

Allereerst moet worden nagegaan welk recht op gezondheidszorg toekomt aan de gedetineerden. In de Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van gedetineerden werd een hoofdstuk gewijd aan de gezondheidszorg van gedetineerden. VAN LIMBERGHEN en VAN DER PLANCKEN koppelen de bepalingen in dit hoofdstuk aan drie principes: 1) het gelijkwaardigheidsprincipe, 2) continuïteit en 3) vrije keuze van de arts.⁵⁸ Deze principes kunnen gezien worden als een uitwerking van het normaliteitsbeginsel, een van de basisprincipes van de Basiswet, dat stelt dat men moet trachten om binnen de gevangenis situaties tot stand te brengen die, behoudens het feit dat men van zijn vrijheid beroofd is, zoveel mogelijk moeten overeenstemmen met situaties in de buitenwereld.⁵⁹

terugbetaald door de POD MI niet de beslissingsfactor mag zijn om al dan niet in te staan voor de tenlasteneming van de medische kosten door het OCMW.

⁵⁸ G. VAN LIMBERGHEN en V. VAN DER PLANCKE, *Sociale zekerheid van (ex-)gedetineerden en hun verwanten*, Brugge, Die Keure, 2008,

⁵⁹ Eindverslag van de commissie "basiswet gevangeniswezen en rechtspositie van gedetineerden" van 2 februari 2001, *Parl.St.* Kamer 200-2001, nr. 1076/001, 8; Art. 60 en 65 Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders (30 Augustus 1955), *UN Doc. A/CONF/611*, annex 1 (1955).



Het gelijkwaardigheidsprincipe richt zich op een gezondheidszorg voor gedetineerden die gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg in de vrije samenleving, maar die aangepast is aan de specifieke noden van de gedetineerden of de omstandigheid waarin de gedetineerde zich bevindt.⁶⁰

Met betrekking tot continuïteit stelt de Basiswet dat de gedetineerde in de loop van zijn detentietraject recht heeft op een gelijkwaardige voortzetting van de gezondheidszorg die hij voor de opsluiting in de gevangenis genoot. De gedetineerde dient ook zo spoedig mogelijk na zijn opname, en daarna telkens hij erom verzoekt bij de aan de gevangenis verbonden arts gebracht te worden.⁶¹

Tot slot heeft de gedetineerde het recht om het bezoek te ontvangen van een arts van zijn keuze voor een diagnosestelling. Indien daartoe grondige redenen bestaan, kan de gedetineerde vragen om behandeld te worden door een vrij gekozen arts. De directeur van de gevangenis kan dit verzoek wel weigeren, maar dient zijn beslissing met redenen te omkleden. Er staat een beroepsmogelijkheid open tegen deze beslissing bij de Beroepscommissie van de Centrale Raad.⁶² De Basiswet stelt verder dat via Koninklijk besluit de nadere regels voor het bezoek en de tenlasteneming van de kosten verbonden aan de behandeling door de gekozen arts, dienen uitgewerkt te worden.⁶³ Dergelijk Koninklijk Besluit ontbreekt echter nog.

2.3.2 Verzekeraarbaarheid van gedetineerden met wettig verblijf

De Basiswet poneert dus belangrijke principes met betrekking tot het recht op gezondheidszorg en de toegang tot gezondheidszorg voor de gedetineerden. In het deel hierna wordt nagegaan of de gedetineerde met wettig verblijf verzekeraar is via de algemene ziekteverzekering.

⁶⁰ Art. 88 Basiswet; Het dient opgemerkt te worden dat bij de concrete praktische invulling van de gezondheidszorg voor gedetineerden, er dus ook aandacht moet zijn voor de rechten van de patiënt (Wet 22 Augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002).

⁶¹ Art. 89 Basiswet.

2.3.2.1 In hoedanigheid van 'gerechtigde'

- Verderzetting van verzekeraarbaarheid door behoud van hoedanigheid 'gerechtigde'

Indien de gedetineerde de hoedanigheid van gerechtigde bezat vóór aanvang van de detentie, en een recht geopend had, dan is het in de eerste plaats mogelijk dat hij zijn recht op verzekering behoudt gedurende de hele periode van detentie of een deel daarvan.

Zoals reeds gesteld, loopt het recht dat geopend wordt verder tot het einde van het kalenderjaar dat volgt op het jaar waarin het recht werd geopend. Indien een persoon dus in de loop van 2015 (jaar X) een recht op gezondheidszorg opende (bijvoorbeeld omdat hij na zijn studies aan de slag ging als werknemer), en vervolgens op het einde van datzelfde jaar gedetineerd werd, dan behoudt hij zijn hoedanigheid tot het einde van 2016 (jaar X+1). Nadien kan het recht worden behouden voor telkens een nieuwe periode van 1 jaar (jaar X+2) maar hiervoor geldt zoals reeds gezegd wel een dubbele voorwaarde. Allereerst moet in jaar X (het refertekalenderjaar) het bewijs worden geleverd dat er voldoende bijdragen werden betaald. Daarnaast moet de gerechtigde bovendien minstens op één ogenblik tijdens de periode vanaf het vierde kwartaal van het refertekalenderjaar of in de loop van het daaropvolgende kalenderjaar de hoedanigheid van gerechtigde hebben.

In het hierboven beschreven voorbeeld, waarbij de persoon dus op het einde van 2015 gedetineerd werd, op een moment dat hij als werknemer aan de slag was, blijft het recht dus gelden tot en met 31 december 2017 indien men voldoende bijdragen betaald heeft in 2015.⁶⁴ Hiervoor zal gekeken worden naar de bijdragebescheiden die de persoon ontving als werknemer. Voor de periode waarin hij geen werknemer was, kan er gekeken worden naar gelijkgestelde periodes. Zo is de periode waarin de persoon ten laste

⁶² Art. 91 Basiswet.

⁶³ Art. 91 § 1 Basiswet.

⁶⁴ De bijdragen moeten voldaan zijn uiterlijk op 31 december van het jaar waarvoor het recht wordt toegekend (in casu dus 2017).



was (wat mogelijk is als men student is) een periode die gelijkgesteld wordt met een periode van voldoende minimumbijdrage. Indien er geen gelijkgestelde periode is, dan is een aanvullende bijdrage vereist. Het recht van de gedetineerde in casu zal ook verlengd kunnen worden na 31 december 2017, meer bepaald tot 31 december 2018. In 2018 is immers de dubbele voorwaarde nog vervuld: de gedetineerde kan het bewijs leveren van voldoende minimumbijdrage, op basis van het feit dat men tijdens de detentie dekking geniet ten laste van de Belgische overheid buiten de regeling van de verplichte ziekteverzekering⁶⁵ (zie ook verder), en de gedetineerde bezat tijdens het vierde kwartaal van het refertekalenderjaar (in casu 2016) nog de hoedanigheid van gerechtigde. In 2019 is de dubbele voorwaarde niet meer vervuld: de gedetineerde zal wel het bewijs van voldoende bijdrage kunnen leveren voor 2017, door de gelijkgestelde periode van detentie, maar de gedetineerde zal tijdens het vierde kwartaal van het refertekalenderjaar (in dit geval 2017) of in de loop van het daaropvolgende kalenderjaar (2018) niet meer de hoedanigheid van gerechtigde hebben, indien hij gedetineerd blijft. Zijn recht wordt dus niet behouden.

Indien de gedetineerde bij aanvang van zijn detentie een hoedanigheid had op basis waarvan hij gelijkgesteld werd met een beroepsactieve gerechtigde, kan hij ook rechthebbende zijn tijdens (een deel van) de periode van detentie. Zo worden bijvoorbeeld voor de ziekteverzekering arbeidsongeschikten gelijkgesteld met gerechtigden.⁶⁶ Het feit dat sinds 2016 de uitbetaling van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen geschorst wordt tijdens de periode van detentie, heeft geen invloed op de erkenning van de arbeidsongeschiktheid van de gedetineerde.⁶⁷ Tijdens de detentie behoudt de gedetineerde dus zijn hoedanigheid van gerechtigde. Ook personen die recht hebben op een rustpensioen krachtens de wetgeving betreffende de rust- en overlevingspensioenen worden voor de ziekteverzekering ook gelijkgesteld met gerechtigden.⁶⁸ Het feit dat een

pensioen enkel wordt uitbetaald gedurende de eerste twaalf maanden van detentie, heeft hierop geen invloed.

Door de gelijkstelling van de periode van detentie met een periode van voldoende minimumbijdrage en het behoud van een verzekerbare hoedanigheid, zoals de hoedanigheid van arbeidsongeschikte of gepensioneerde, tijdens de detentie, zal de gedetineerde zijn recht voor zichzelf en voor zijn personen ten laste kunnen vrijwaren, ook voor (minstens een gedeelte van) de toekomst.

- Verderzetting van verzekeraar bij verlies van hoedanigheid als gerechtigde via 'voortgezette verzekering'

Indien de gedetineerde gedurende de detentie zijn hoedanigheid zou verliezen en zijn recht uiteindelijk dus uitdooft, omdat hij niet meer de dubbele voorwaarde voor verlenging van het recht voldoet, dan kan hij kiezen voor het stelsel van voortgezette verzekering. Dit is een tijdelijke vrijwillige verzekering die toelaat dat personen die niet langer onderworpen zijn aan de verzekering voor geneeskundige verzorging en zich in een toestand bevinden die door de wetgever als behartigenswaardig is erkend, toch nog gedurende een zekere tijd hun hoedanigheid van gerechtigde in de ziekteverzekering behouden. De wetgever heeft de periode van voorlopige hechtenis of vrijheidsberoving erkend als een periode van een 'behartigenswaardige maatschappelijke toestand'. De voortgezette verzekering zal worden toegestaan voor een duur die niet langer mag zijn dan de periode van de voorlopige hechtenis of vrijheidsberoving.⁶⁹ De

⁶⁵ Art. 290 § 11 Ziekteverzekeringsbesluit; P. HANNES, "Gezondheidszorg" in J. PUT en V. VERDEYEN (eds.), *Praktijkboek sociale zekerheid. Voor de onderneming en de sociale adviseur*, Mechelen, Kluwer, 2013, 236-240.

⁶⁶ Art. 32, 2° GVV-wet.

⁶⁷ Art. 233 Ziekteverzekeringsbesluit.

⁶⁸ Art. 32, 7° GVV-wet.

⁶⁹ Art. 247 § 1, 7° Ziekteverzekeringsbesluit.



gedetineerde zal een verklaring van de gevangenisdirecteur moeten afleveren waarin de periode van detentie of internering vermeld staat.⁷⁰

Door in te stappen in het stelsel van voortgezette verzekering kan de gedetineerde die dus geen hoedanigheid van gerechtigde meer bezit, ook zijn toekomstig recht vrijwaren.

Om verzekerd te zijn in het stelsel van voortgezette verzekering, dient de gedetineerde wel een persoonlijke bijdrage te betalen voor de kwartalen waarin hij aanspraak wenst te maken op de hoedanigheid van gerechtigde in voortgezette verzekering. De persoonlijke bijdrage voor refertekalenderjaar X dient betaald te zijn ten laatste op 31 december van het refertekalenderjaar X+2.⁷¹ Om dus een recht in 2019 te vrijwaren, moet men in het refertekalenderjaar 2017 instappen in het stelsel van voortgezette verzekering, want op dat ogenblik neemt de hoedanigheid van gerechtigde een einde. De persoonlijke bijdrage voor het tijdvak in 2017 waarin men als gerechtigde in voortgezette verzekering wil treden, moet ten laatste betaald zijn op 31 december 2019.

- Geen verderzetting van verzekerbareheid op basis van 'ingezetenschap'

Mits het betalen van een persoonlijke bijdrage, die zoals reeds gesteld gemoduleerd wordt in functie van de financiële draagkracht van de betrokkene en zijn gezin, kan eenieder die ingezetene⁷² is, toegang krijgen tot de gezondheidszorg. De Ziekteverzekeringswet heeft in artikel 32, 15° echter personen die recht hebben of kunnen hebben op geneeskundige

verzorging krachtens een andere Belgische of buitenlandse regeling inzake verzekering voor geneeskundige verzorging, uitgesloten zijn van deze hoedanigheid.⁷³ De gedetineerde bevindt zich in die positie, aangezien tijdens de detentie geneeskundige en farmaceutische verstrekkingen door de gevangenis ten laste worden genomen (zie eveneens verder).⁷⁴ Hij zal dus niet op basis van zijn inschrijving in het rijksregister een hoedanigheid van gerechtigde kunnen verwerven voor de ziekteverzekering, waarmee hij zijn verzekerbareheid kan vrijwaren.

Het is niet mogelijk voor de gedetineerde om op basis van zijn inschrijving in het register van de natuurlijke personen gelijkgesteld te worden met een beroepsactieve gerechtigde, om zo te beschikken over een verzekerbare hoedanigheid.⁷⁵

2.3.2.2 In hoedanigheid van 'persoon ten laste'

Indien de gedetineerde niet de hoedanigheid van gerechtigde behoudt, kan er worden nagegaan of de gedetineerde een recht op verzekering heeft als persoon ten laste van een andere gerechtigde. Die andere gerechtigde is meestal de echtgenoot of de feitelijke partner van de gedetineerde. Als persoon ten laste dient men, naast het feit dat men geen eigen inkomen mag hebben boven een bepaalde grens en geen eigen recht mag hebben op prestaties, dezelfde hoofdverblijfplaats te hebben als de gerechtigde ten aanzien van wie men ten laste is.⁷⁶ In geval van detentie kan dit een probleem opleveren, aangezien de gedetineerde een andere verblijfplaats

⁷⁰ Art. 248, f) Ziekteverzekeringsbesluit.

⁷¹ Art. 250 Ziekteverzekeringsbesluit.

⁷² Bij gedetineerden stelt zich in de praktijk wel het probleem dat zij vaak ambtshalve geschrapt worden uit het rijksregister.

⁷³ De Koning kan wel bij een in Ministerraad overlegd koninklijk besluit de uitsluiting voor bepaalde categorieën en eventueel voor een bepaalde periode niet van toepassing verklaren of uitbreiden.

⁷⁴ Art. 32, 15° GUV-wet 1994.

⁷⁵ Gesprek met administratief juridisch medewerker Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten: het RIZIV hanteert in de praktijk wel een interpretatie van de wet waarbij de hoedanigheid van ingezetene niet per se uitgesloten is voor gedetineerden. Enkel de uitkeringen op basis van deze hoedanigheid worden geschorst.

⁷⁶ Art. 124 § 2 Ziekteverzekeringsbesluit.



heeft dan de gerechtigde.⁷⁷ In de reglementering over de bevolkingsregisters staat echter dat gedetineerden als tijdelijk afwezig kunnen beschouwd worden, en hun domicilie tijdens de periode van detentie op die manier kunnen behouden op hun oorspronkelijke woonplaats.⁷⁸ In dat geval is het dus mogelijk voor de gedetineerde als persoon ten laste verzekerd te zijn voor de ziekteverzekering.

Indien de gedetineerde over geen enkele haardstede (= eigen woonst in huur of eigendom en als alleenstaande ingeschreven) meer beschikt of als de band met het gezin waarvan de gedetineerde deel uitmaakte verbroken wordt, zal de gedetineerde worden ingeschreven aan het referentieadres van het OCMW van de gemeente waar hij het laatst stond ingeschreven in de bevolkingsregisters. Indien hij nooit eerder ingeschreven was in de bevolkingsregisters van een gemeente, dan wordt hij ingeschreven aan het referentieadres van het OCMW van de gemeente waar de penitentiaire inrichting ligt.⁷⁹ Men zal dan moeten nagaan of de gedetineerde onder de noemer 'feitelijk gescheiden echtgenoot' valt. In dat geval geldt de voorwaarde om dezelfde hoofdverblijfplaats te hebben immers niet.⁸⁰ Het is echter niet eenvoudig om onder de noemer 'feitelijk gescheiden echtgenoot/echtgenote' te vallen. Dit kan immers maar in een van volgende gevallen: hij/zij staat in voor het onderhoud van minstens één kind ten laste, hij/zij ontvangt alimentatiegeld, hij/zij is gemachtigd sommen te innen die door derden aan de echtgenoot/echtgenote verschuldigd zijn krachtens artikel 221 van het Burgerlijk Wetboek of hij/zij geniet een pensioen als feitelijk gescheiden echtgenoot.⁸¹ Indien de domicilie dus niet dezelfde is als

die van de gerechtigde, zal het dus maar uiterst zelden voorkomen dat de gedetineerde als persoon ten laste wordt beschouwd.

2.3.3 *Terugbetaling of dekking geneeskundige verstrekkingen gedetineerden met wettig verblijf*

Hierboven werd beschreven hoe de gedetineerde met wettig verblijf ziekteverzekerd kan blijven tijdens de periode van detentie. Daarnaast moet nagegaan worden hoe de terugbetaling of dekking van geneeskundige verstrekkingen gebeurt tijdens de periode van detentie. Zoals reeds gezegd betekent ziekteverzekerd zijn immers niet dat men in alle gevallen recht heeft op terugbetaling of dekking van geneeskundige verstrekkingen via de ziekteverzekering.

2.3.3.1 *Binnen de gevangensmuren*

Artikel 5 eerste lid van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bepaalt dat de geneeskundige verstrekkingen worden geweigerd zolang de rechthebbende in een gevangenis opgesloten is of in een gesticht voor sociale bescherming is geïnterneerd.⁸²

⁷⁷ Zeer belangrijk is ook dat voorkomen wordt dat de gedetineerde ambtshalve geschrapt wordt uit het rijksregister, aangezien hij op die manier zijn domicilie verliest (art. 8 § 1 wet 19 juli 1991 betreffende de bevolkingsregisters, de identiteitskaarten, de vreemdelingenkaarten en de verblijfsdocumenten en tot wijziging van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen, BS 3 september 1991).

⁷⁸ Art. 18, 5° KB 16 juli 1992 betreffende de bevolkingsregisters en het vreemdelingenregister, BS 15 augustus 1992.

⁷⁹ Art. 1, laatste lid wet 19 juli 1991 betreffende de bevolkingsregisters, de identiteitskaarten, de vreemdelingenkaarten en de verblijfsdocumenten en tot

wijziging van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen, BS 3 september 1991; Deze bepaling is van toepassing op inschrijvingen van gedetineerden die zijn uitgevoerd vanaf 1 januari 2016. Voordien kon de gedetineerde zijn domicilie overbrengen naar de gevangenis (mits toestemming van de gevangenisdirecteur).

⁸⁰ Art. 124 § 2 Ziekteverzekeringsbesluit.

⁸¹ Art. 123, 1 Ziekteverzekeringsbesluit.

⁸² Verordening 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, BS 28 augustus 2003.



Het recht op dekking of terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen door de verplichte ziekteverzekering (maar niet per se de hoedanigheid van rechthebbende) gaat verloren tijdens de detentie.

Hoewel men dus nog steeds ziekteverzekerd kan zijn, zal men de dekking van de geneeskundige verstrekkingen krachtens de algemene ziekteverzekering mislopen. Deze weigering van verstrekkingen is een gedeeltelijke concretisering van het algemeen subsidiariteitsprincipe in de ziekteverzekering: artikel 136 § 2 GVV-wet stelt, zoals reeds gezegd, dat prestaties geweigerd worden indien werkelijke schadeloosstelling is verleend krachtens een andere Belgische wetgeving, een vreemde wetgeving of in het gemeen recht.

In de gevangenis genieten de gedetineerden immers een kosteloze medische verzorging.⁸³ Ze worden gratis verzorgd door de geneesheer van de gevangenis en de geneesmiddelen die de arts voorschrijft krijgen ze gratis. Kiest de gedetineerde ervoor om toch beroep te doen op een vrij gekozen arts (die dan de gedetineerde bezoekt in de gevangenis), dan moet hij wel zelf de honoraria van de arts en de voorgeschreven geneesmiddelen betalen. De gedetineerde heeft in dat geval ook de toestemming nodig van de gevangenisdirecteur.⁸⁴ Ook indien de gedetineerde nood heeft aan geneeskundige verstrekkingen die niet gedekt worden door de FOD Justitie⁸⁵, dan zijn die verstrekkingen ten laste van de gedetineerde zelf. Eventueel kan de overheid wel een deel of het geheel van de kosten ten laste nemen indien de gedetineerde over onvoldoende geld beschikt. Het is ook mogelijk dat de gedetineerde lijdt aan een aandoening die niet behoorlijk kan behandeld worden binnen de gevangenis. Voor dergelijke gevallen kan

de gedetineerde opgenomen worden in een penitentiair genees- en heelkundig centrum of zelfs in een gewoon ziekenhuis. Bij medische ernstige gevallen kan de gedetineerde daarvoor zelfs in voorlopige vrijheid gesteld worden.⁸⁶

Geconcludeerd kan worden dat de algemene ziekteverzekering dus niet tegemoet komt in de medische kosten van geneeskundige verstrekkingen die verricht worden door de penitentiaire zorgverlener of zorginstelling, ook al is de gedetineerde mogelijks nog rechthebbende via de algemene ziekteverzekering. Omdat de FOD Justitie instaat voor de zorg van gedetineerden, treedt immers het subsidiariteitsbeginsel in werking.

2.3.3.2 Strafvatvoeringsmodaliteiten

De hierboven beschreven tenlasteneming van de gezondheidszorg van de gedetineerde door de overheid is opgenomen in het algemeen reglement voor de strafinrichtingen en geldt enkel tijdens de werkelijke detentie.⁸⁷ Dit betekent dus dat indien de gedetineerde zich buiten de gevangenis bevindt, er andere regels (kunnen) gelden dan hierboven beschreven.

Op basis van een strafvatvoeringsmodaliteit kan een veroordeelde zich ook (gedeeltelijk) buiten de gevangensmuren bevinden.⁸⁸ In de strafvatvoeringsmodaliteiten onderscheiden we de uitgaansvergunning, het penitentiair verlof, de beperkte detentie, het elektronisch toezicht en de voorwaardelijke invrijheidstelling. Voordat de impact van deze strafvatvoeringsmodaliteiten op de gezondheidszorg kan worden nagegaan

⁸³ Art. 96-104 KB 21 mei 1965 houdende algemeen reglement van de strafinrichtingen, BS 25 mei 1965.

⁸⁴ Art. 96 KB 21 mei 1965 houdende algemeen reglement van de strafinrichtingen, BS 25 mei 1965.

⁸⁵ Er is weinig zicht op welke verstrekkingen al dan niet worden gedekt door de FOD Justitie. In de praktijk zal dit afhangen van het beschikbare aanbod in

de gevangenis en de mogelijkheden tot beveiliging indien de verstrekking buiten de gevangenis plaatsvindt.

⁸⁶ Art. 97 KB 21 mei 1965 houdende algemeen reglement van de strafinrichtingen, BS 25 mei 1965.

⁸⁷ Art. 1-2 KB 21 mei 1965 houdende algemeen reglement van de strafinrichtingen, BS 25 mei 1965.

⁸⁸ De veroordeelden blijven wel inschreven op de rol van de gevangenis.



te worden, dienen de strafuitvoeringsmodaliteiten kort beschreven te worden.

De verschillende strafuitvoeringsmodaliteiten

1. De uitgaansvergunning is een toelating om de inrichting te verlaten voor een bepaalde duur die niet langer mag zijn dan zestien uur, om de veroordeelde in de gelegenheid te stellen om belangrijke sociale, morele, juridische, familiale, opleidings- of professionele belangen te behartigen waarvoor zijn aanwezigheid in de buitenwereld vereist is, of om een kortstondig medisch onderzoek of medische behandeling te ondergaan buiten de inrichting.⁸⁹
2. Het penitentiair verlof laat de veroordeelde toe de gevangenis driemaal zesendertig uur per trimester te verlaten en heeft als doel de familiale, affectieve en sociale contacten in stand te houden en te bevorderen en de sociale re-integratie voor te bereiden.⁹⁰
3. Via de beperkte detentie kan de veroordeelde de gevangenis op regelmatige basis verlaten voor een maximum van zestien uur per dag. Net zoals de uitgaansvergunning zijn professionele, opleidings- of familiale belangen gekoppeld aan deze strafuitvoeringsmodaliteit.⁹¹
4. Het elektronisch toezicht is een wijze van uitvoering van de vrijheidsstraf waardoor de veroordeelde het geheel of een gedeelte van zijn vrijheidsstraf buiten de gevangenis ondergaat volgens een bepaald

uitvoeringsplan, waarvan de naleving onder meer door elektronische middelen wordt gecontroleerd.⁹²

5. Tot slot kan via de voorwaardelijke invrijheidstelling de veroordeelde zijn straf ook ondergaan buiten de gevangenis, mits naleving van bepaalde voorwaarden die hem gedurende een bepaalde proeftijd worden opgelegd.⁹³

De impact van de strafuitvoeringsmodaliteiten op de (dekking van) geneeskundige verzorging

Allereerst vermeldt artikel 5 tweede lid van Verordening 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, dat de weigering van geneeskundige verstrekking niet geldt tijdens de periode gedurende dewelke de rechthebbende zich ten gevolge van een beslissing van de bevoegde overheid, buiten de gevangenis bevindt, onder toepassing van penitentiair verlof of elektronisch toezicht, zoals bedoeld in de artikelen 6 en 22 van de wet van 17 mei 2006 betreffende de externe rechtspositie. Met die strafuitvoeringsmodaliteiten kan een veroordeelde zich immers richten tot een door hem gekozen arts. Indien de veroordeelde dus geniet van penitentiair verlof of elektronisch toezicht, en hij voldoet aan de verzekeraarvoorwaarden voor de algemene ziekteverzekering, zal hij terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen kunnen verkrijgen.

⁸⁹ Art. 4 Wet 17 mei 2006 betreffende de externe rechtspositie van de veroordeelden tot een vrijheidsstraf en de aan het slachtoffer toegekende rechten in het raam van de strafuitvoeringsmodaliteiten, *BS* 15 juni 2006; Tijdens de twee jaren die de datum voorafgaan waarop de veroordeelde tot voorwaardelijke invrijheidstelling kan worden toegelaten, kunnen aan die veroordeelde uitgaansvergunningen worden toegekend om zijn sociale re-integratie voor te bereiden. Dergelijke uitgaansvergunningen kunnen met een bepaalde periodiciteit worden toegekend.

⁹⁰ Art. 6 Wet 17 mei 2006 betreffende de externe rechtspositie van de veroordeelden tot een vrijheidsstraf en de aan het slachtoffer toegekende rechten in het raam van de strafuitvoeringsmodaliteiten, *BS* 15 juni 2006.

⁹¹ Art. 21 Wet 17 mei 2006 betreffende de externe rechtspositie van de veroordeelden tot een vrijheidsstraf en de aan het slachtoffer toegekende rechten in het raam van de strafuitvoeringsmodaliteiten, *BS* 15 juni 2006.

⁹² Art. 22 Wet 17 mei 2006 betreffende de externe rechtspositie van de veroordeelden tot een vrijheidsstraf en de aan het slachtoffer toegekende rechten in het raam van de strafuitvoeringsmodaliteiten, *BS* 15 juni 2006; Opgelet, het elektronisch toezicht kan sinds 1 mei 2016 ook als autonome straf opgelegd worden.

⁹³ Art. 24 Wet 17 mei 2006 betreffende de externe rechtspositie van de veroordeelden tot een vrijheidsstraf en de aan het slachtoffer toegekende rechten in het raam van de strafuitvoeringsmodaliteiten, *BS* 15 juni 2006.



Uiteraard moet de veroordeelde voorafgaandelijk aan zijn strafuitvoeringsmodaliteit wel ingeschreven zijn bij een ziekenfonds, om terugbetaling te verkrijgen. Hij dient dus rechthebbende te zijn, mogelijks op basis van de hoedanigheid van ingezetene. Het bezwaar voor aansluiting via de hoedanigheid van ingezetene dat eerder werd aangehaald (namelijk de weigering wegens recht op geneeskundige verzorging op basis van een andere regeling) geldt immers niet steeds in geval van een strafuitvoeringsmodaliteit). Met een strafuitvoeringsmodaliteit kan men immers zich buiten de gevangenis begeven, en wordt men dus niet gedekt door de geneeskundige zorg die in de gevangenis verstrekt wordt.

Op het ogenblik dat een veroordeelde met een strafuitvoeringsmodaliteit wel gedetineerd is, kan hij zich nog steeds wenden tot de geneesheer van de gevangenis.⁹⁴ Indien men dus niet meer verzekerd is voor geneeskundige verzorging via de algemene ziekteverzekering, kan de veroordeelde als alternatief zich wenden tot de zorgverlening van de penitentiaire inrichting.

Verordening 28 juli 2003 maakt enkel melding van het penitentiair verlof en het elektronisch toezicht. Van de andere strafuitvoeringsmodaliteiten wordt geen melding gemaakt. De collectieve brief nr. 103 van 3 maart 2011 zorgde voor verduidelijking. Waar tijdens de periode van penitentiair verlof en elektronisch toezicht de algemene ziekteverzekering zorgt voor de geneeskundige dekking, staat tijdens de uitgaansvergunning en de beperkte detentie de FOD Justitie nog steeds in voor de tenlasteneming van de kosten voor gezondheidszorg. Enkel bij voorwaardelijke invrijheidsstelling (ook die voor medische redenen) is de veroordeelde toegewezen op de terugbetaling via de ziekteverzekering.⁹⁵

⁹⁴ Voor de voorwaardelijke invrijheidsstelling en het elektronisch toezicht is dat in principe geen optie, aangezien deze veroordeelden zich niet meer binnen de gevangenis zullen bevinden. Uit contact met een beleidsmedewerker van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin – afdeling Justitiehuisen blijkt dat uitzonderingen op dit principe wel mogelijk zijn, maar slecht zeer zelden voorkomen en daarom geval per geval worden bekeken.

Afdeling Justitiehuisen – Vlaams Centrum Elektronisch Toezicht

⁹⁵ Omzendbrief 2010/36 21 januari 2010.

2.3.4 Gezondheidszorg van gedetineerden zonder wettig verblijf

Net zoals gedetineerden met wettig verblijf, genieten gedetineerden zonder wettig verblijf in de gevangenis ook een kosteloze medische verzorging.⁹⁶ Zij worden dus ook gratis verzorgd door de geneesheer van de gevangenis en krijgen de geneesmiddelen die de arts voorschrijft gratis. In dergelijk geval zal de gedetineerde dus ook geen beroep meer kunnen doen op de procedure van DMH, aangezien er niet meer voldaan zal zijn aan de voorwaarde van behoeftigheid. De medische kosten worden immers reeds gedekt.

Daarnaast is het belangrijk te vermelden dat gedetineerden zonder wettig verblijf geen gebruik kunnen maken van strafuitvoeringsmodaliteiten, aangezien zij daarvan uitdrukkelijk worden uitgesloten door de wet van 17 mei 2006 betreffende de externe rechtspositie.⁹⁷ De vraag hoe gezondheidszorg gedekt zal worden indien de gedetineerde van een strafuitvoeringsmodaliteit geniet, speelt hier dus niet.

⁹⁶ Art. 96-104 KB 21 mei 1965 houdende algemeen reglement van de strafinrichtingen, BS 25 mei 1965.

⁹⁷ Art. 20 en 25/2 Wet 17 mei 2006 betreffende de externe rechtspositie van de veroordeelden tot een vrijheidsstraf en de aan het slachtoffer toegekende rechten in het raam van de strafuitvoeringsmodaliteiten, BS 15 juni 2006; Opgelet, voor de uitgaansvergunning geldt de uitsluiting enkel voor de periodieke uitgaansvergunning. Daarnaast is het ook mogelijk dat de gedetineerde zonder wettig verblijf in voorlopige vrijheid wordt gesteld, met het oog op verwijdering van het grondgebied of met het oog op overlevering.



2.3.5 Internering

Tot slot is het ook belangrijk om stil te staan bij de gezondheidszorg van geïnterneerden die opgesloten zijn in de psychiatrische afdeling van een gevangenis. De wet van 5 mei 2014 betreffende de internering, die in werking trad in oktober 2016⁹⁸, bepaalt in artikel 84 § 2 dat de kosten van de noodzakelijke medische zorgen verstrekt aan de personen die geïnterneerd zijn ten laste vallen van de federale staat (in casu de FOD Justitie). Hiervoor moet de geïnterneerde wel geplaatst zijn in:

- de psychiatrische afdeling van een gevangenis;
- de door de federale overheid georganiseerde inrichting of afdeling tot bescherming van de maatschappij;
- het door de federale overheid georganiseerd forensisch psychiatrisch centrum;
- de door de bevoegde overheid erkende inrichting die is georganiseerd door een privé-instelling, door een gemeenschap of een gewest of een lokale overheid, die in staat is aan de geïnterneerde persoon de gepaste zorgen te verstrekken en die een overeenkomst betreffende de plaatsing hebben afgesloten (inzake de toepassing van de wet van 5 mei 2014).⁹⁹

Het onderhavige onderzoek focust op geïnterneerden die zich bevinden in de psychiatrische afdeling van een gevangenis en dus gedetineerd zijn.¹⁰⁰ In dergelijke situaties vormt de tenlasteneming van de geïnterneerde door de FOD Justitie, net zoals voor de overige gedetineerden, een tweeledig obstakel voor de toepassing van de ziekteverzekering. Enerzijds verhindert de tenlasteneming door de federale staat dat de geïnterneerde kan aansluiten bij de algemene ziekteverzekering onder de hoedanigheid van ingezetene (op basis van zijn inschrijving in het rijksregister) en moet men

dus over een andere hoedanigheid beschikken om verzekeraar te zijn (bijvoorbeeld een erkende arbeidsongeschikte zijn). Anderzijds zullen, indien er toch nog verzekeraarheid zou zijn op basis van een andere hoedanigheid, prestaties op basis van de ziekteverzekering geweigerd worden, aangezien het subsidiariteitsbeginsel van artikel 136 Ziekteverzekeringswet zal spelen.

Volledigheidshalve dient vermeld te worden dat geïnterneerden ook gebruik kunnen maken van uitvoeringsmodaliteiten, zoals de uitgaansvergunning, het verlof, de beperkte detentie, het elektronisch toezicht en de vrijheid op proef.¹⁰¹ Opnieuw dient gewezen te worden op artikel 5 van de verordening van 18 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de Ziekteverzekeringswet dat bepaalt dat de weigering van geneeskundige verstrekkingen niet geldt voor geneeskundige verstrekkingen tijdens de periode gedurende dewelke de rechthebbende zich ten gevolge van een beslissing van de bevoegde overheid, buiten de gevangenis of het gesticht voor sociale bescherming bevindt, onder toepassing van de maatregel van penitentiair verlof of elektronisch toezicht zoals respectievelijk bedoeld in de artikelen 6 en 22 van de wet van 17 mei 2006 betreffende de externe rechtspositie van de veroordeelden tot een vrijheidsstraf en de aan het slachtoffer toegekende rechten in het raam van de strafuitvoeringsmodaliteiten. Zoals reeds toegelicht werd de weigering door de collectieve brief nr. 103 ook uitgebreid naar de voorwaardelijke invrijheidsstelling. Naar analogie kan men dus stellen dat indien de geïnterneerde zich buiten de gevangenis bevindt op basis van het verlof, het elektronisch toezicht of de vrijheid op proef, de ziekteverzekering instaat voor de tenlasteneming van de geneeskundige verstrekkingen.

⁹⁸ Art. 136 wet 5 mei 2014 betreffende de internering, *BS* 9 juli 2014.

⁹⁹ Art. 3, 4° wet 5 mei 2014 betreffende de internering, *BS* 9 juli 2014.

¹⁰⁰ Ter volledigheid: geïnterneerden kunnen ook gebruik maken van uitvoeringsmodaliteiten, zoals de uitgaansvergunning, het verlof, de beperkte

detentie, het elektronisch toezicht en de vrijheid op proef; Art. 19-28 wet 5 mei 2014 betreffende de internering, *BS* 9 juli 2014.

¹⁰¹ Art. 19-28 wet 5 mei 2014 betreffende de internering, *BS* 9 juli 2014.



3 PISTES VOOR EEN TOEKOMSTIG BELEID

3.1 Vertrekpunt: referentiekader

Om voorstellen te kunnen formuleren, dient een referentiekader bepaald te worden. Het in dit onderzoek gehanteerde kader bestaat uit vier elementen.

1. Centraal staat het recht op gezondheidszorg en de toegang tot gezondheidszorgverstrekingen. Dit recht kan teruggevonden worden in onder andere artikel 12 van het Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten, artikel 11 van het Herziene Europees Sociaal Handvest en 23, 2° GW. Artikel 88 van de Basiswet stelt dat de gedetineerde recht heeft op een gezondheidszorg die gelijkwaardig is met de gezondheidszorg in de vrije samenleving en die aangepast is aan zijn specifieke noden.
2. Een tweede element van het referentiekader is de neutralisering van het subsidiariteitsbeginsel. Wanneer de FOD Justitie niet langer de taak heeft om in te staan voor de gezondheidszorg van gedetineerden¹⁰², zijn de gevolgen tweeledig. Enerzijds zal men op basis van de hoedanigheid van ingezetene een recht op gezondheidszorg via de algemene ziekteverzekering kunnen openen of behouden. Indien de dekking door de FOD Justitie wegvalt, zal immers de uitsluiting van artikel 32,15° Ziekteverzekeringswet (die stelt dat personen die recht hebben of kunnen hebben op geneeskundige verzorging krachtens een andere Belgische of buitenlandse regeling inzake verzekering voor geneeskundige verzorging, niet onder de hoedanigheid van ingezetene

kunnen aansluiten) niet meer spelen. Anderzijds zullen prestaties op basis van de ziekteverzekering niet langer geweigerd kunnen worden, aangezien de dekking door de FOD Justitie wegvalt en dus niet langer een schadeloosstelling uitmaakt op basis waarvan artikel 136 § 2 GVV-wet kan spelen. Belangrijk is wel dat artikel 5 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de Ziekteverzekeringswet, dat bepaalt dat de geneeskundige verstrekingen worden geweigerd zolang de rechthebbende in een gevangenis opgesloten is of in een gesticht voor sociale bescherming is geïnterneerd, geschrapt zal moeten worden. Dit artikel is immers een concretisering van het subsidiariteitsbeginsel.

3. Het derde element bestaat uit twee principes die aan de basis liggen van de rechtspositie van de gedetineerde: het normaliseringsbeginsel en het principe van (sociale) re-integratie.¹⁰³ Het normaliseringsbeginsel houdt in dat men moet trachten om binnen de gevangenis situaties tot stand te brengen die, behoudens het feit dat men van zijn vrijheid beroofd is, zoveel mogelijk moeten overeenstemmen met situaties in de buitenwereld.¹⁰⁴ Op die manier kan ook het recht op re-integratie verzekerd worden. Met de tenuitvoerlegging van de vrijheidsstraf beoogt men, naast het herstel van het aangedane onrecht, immers ook de rehabilitatie van de veroordeelde en de tijdige en geïndividualiseerde voorbereiding van zijn re-integratie in de vrije samenleving.¹⁰⁵

¹⁰² Dit betekent dat artikel 96 e.v. van het KB 21 mei 1965 houdende algemeen reglement van de strafinrichtingen zal gewijzigd moeten worden.

¹⁰³ Art. 9 § 2 Basiswet.

¹⁰⁴ Eindverslag van de commissie "basiswet gevangeniswezen en rechtspositie van gedetineerden" van 2 februari 2001, *Parl.St.* Kamer 200-2001, nr. 1076/001, 8; Art. 60 en 65 Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of

Crime and the Treatment of Offenders (30 Augustus 1955), *UN Doc. A/CONF/611*, annex 1 (1955).

¹⁰⁵ Zie ook art. 61 Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders (30 Augustus 1955), *UN Doc. A/CONF/611*, annex 1 (1955); Art. 6 Aanbev. REC(2006)2 van het Comité van Ministers van de Raad van Europa inzake de Europese Gevangenisregels (11 januari 2006).



4. Tot slot is het vierde element van het referentiekader de promotie van gevangenisarbeid. Slechts een beperkt aantal gedetineerden zijn in de gevangenis aan de slag.¹⁰⁶ De Basiswet stelt dat de in de gevangenis beschikbaar gestelde arbeid niet het voorwerp uitmaakt van een arbeidsovereenkomst in de zin van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten.¹⁰⁷ Nochtans is arbeid een belangrijke hoeksteen van het socialezekerheidsrecht: via arbeid kunnen immers rechten op socialezekerheidsuitkeringen geopend worden.¹⁰⁸ Als gevangenisarbeid het voorwerp uitmaakt van een arbeidsovereenkomst, dan zal de gedetineerde ook de hoedanigheid verkrijgen van werknemer, op basis waarvan hij verzekerd kan zijn in de algemene ziekteverzekering.¹⁰⁹ Algemeen zal de mogelijkheid om socialezekerheidsrechten te verkrijgen en op te kunnen bouwen, kunnen bijdragen aan de beoogde re-integratie van de gevangene. Maar voor gevangenisarbeid bestaat deze mogelijkheid dus nog niet.¹¹⁰ Voorlopig zijn de gevolgen gekoppeld aan arbeid binnen de gevangenis muren in België beperkt tot een zeer kleine vergoeding voor de gedetineerde¹¹¹ en de toepassing van een gelijkaardige regeling voor arbeidsongevallen en beroepsziekten¹¹². Een onderzoek naar de verdere uitbreiding van socialezekerheidsrechten gekoppeld aan

gevangenisarbeid valt weliswaar buiten het bestek van dit onderzoek, maar vormt desalniettemin een element bij het formuleren van voorstellen over de verzekeraarbaarheid van gedetineerden inzake geneeskundige verstrekkingen.¹¹³

3.2 Diverse pistes

Rekening houdend met het hierboven beschreven referentiekader, kunnen drie pistes voorgesteld worden.

3.2.1 *Piste 1: Volle toepassing van de principes van de algemene ziekteverzekering tijdens detentie*

Een eerste piste houdt een 'normale' toepassing van de principes van de ziekteverzekering in tijdens de periode van detentie. Zoals reeds geschetst in het referentiekader zal door het einde van de tenlasteneming van de gezondheidszorg van gedetineerden door de FOD Justitie, de algemene ziekteverzekering opnieuw ten volle toegepast kunnen worden: men kan verzekerd zijn op basis van de hoedanigheid van ingezetene en de prestaties zullen niet meer geweigerd worden. Voor dit laatste element dient

¹⁰⁶ Er zijn geen exacte gegevens bekend over de tewerkstelling van gedetineerden. In het antwoord van de minister van Justitie op de schriftelijke vraag nr. 5-1504 van Bert Anciaux d.d. 25 februari 2011 bleek dat ongeveer 45% van de gedetineerden aan de slag is. Het gebrek aan beschikbare arbeidsplaatsen in de gevangenissen blijft momenteel ook een knelpunt om verdere sociaalrechtelijke gevolgen aan gevangenisarbeid te koppelen.

¹⁰⁷ Art. 84 § 4 Basiswet.

¹⁰⁸ Art. 1 RSZ-wet.

¹⁰⁹ Voor de gevangenisarbeid stelt zich wel het specifieke probleem dat de vergoedingen laag zijn, waardoor de minimumbijdrage niet bereikt zal worden. Men moet dan terugrijpen naar gelijkgestelde periodes en/of een aanvullende bijdrage.

¹¹⁰ Nochtans had men bij het ontwerp van de Basiswet ook het idee in het achterhoofd om de toepassing van de sociale zekerheid uit te breiden naar

gedetineerden; Eindverslag van de commissie "basiswet gevangeniswezen en rechtspositie van gedetineerden" van 2 februari 2001, *Parl.St. Kamer* 200-2001, nr. 1076/001, 155; L. DUPONT (ed.), *Op weg naar een beginselenwet gevangeniswezen*, Leuven, Universitaire Pers, 1998, 212-213.

¹¹¹ MB 1 oktober 2004 tot vaststelling van de bedragen van de aan de gedetineerden betaalde arbeidslonen, *BS* 3 november 2004.

¹¹² Min. Omz. 1161/X van 14 november 1972 en Min. Omz. 1169/X, 27 december 1972.

¹¹³ Zie dienaangaande ook G. VAN LIMBERGHEN en V. VAN DER PLANCKE, *Sociale zekerheid van (ex-)gedetineerden en hun verwanten*, Brugge, Die Keure, 2008, 67-86 en K. NEVENS, "Penitentiaire arbeid: dringt het arbeidsrecht de gevangenis binnen?", *TSR* 2007, afl. 3, 275-299 voor de mogelijkheid tot gelijkstelling met een werknemer, eventueel beperkt tot de sector van de geneeskundige verzorging.



artikel 5 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de Ziekteverzekeringswet wel geschrapt te worden.

3.2.1.1 Verzekerbbaarheid

Er zal, net zoals in de vrije samenleving, nagegaan moeten worden of de gedetineerde allereerst een hoedanigheid bezit die een recht in de algemene ziekteverzekering opent en, indien er een bijdrageverplichting is, of er voldoende bijdragen betaald werden om effectief een recht op dekking of terugbetaling te hebben.

De gedetineerde kan **zelf gerechtigde** zijn:

- Indien de gedetineerde net vóór de detentie een hoedanigheid bezat die een recht opende in de ziekteverzekering (jaar X), dan zal hij in de eerste plaats die hoedanigheid behouden tot op het einde van het daaropvolgende jaar (jaar X + 1). Een voorbeeld hiervan is de gedetineerde die werknemer was.
 - o Indien een werknemer dus gedetineerd wordt in de loop van 2016, dan zal hij zijn hoedanigheid van werknemer behouden in 2017. Om na te gaan of hij effectief recht op dekking of terugbetaling heeft, moet er gekeken worden of de gedetineerde voldoende bijdragen heeft betaald voor het refertekalenderjaar 2015. Voor 2018 zal er voldaan moeten zijn aan de dubbele voorwaarde: de gedetineerde moet het bewijs leveren van voldoende minimumbijdrage in 2016 en hij moet tijdens het vierde kwartaal van het refertekalenderjaar (in casu 2016) nog de hoedanigheid van gerechtigde bezitten. De hoedanigheid van werknemer werd, zoals gezegd, behouden tot eind 2017. Maar een probleem stelt zich met betrekking tot het leveren van bewijs van voldoende bijdragebetaling in 2016. De gedetineerde zal maar bijdragen als werknemer betaald hebben tot het ogenblik waarop hij gedetineerd werd. De periode van detentie gelijkstellen met een periode van

voldoende minimumbijdrage, zal in principe niet meer mogelijk zijn, aangezien de dekking door de FOD Justitie immers wegvalt.¹¹⁴ Dit kan echter opgelost worden door een nieuwe gelijkstelling in te voeren in artikel 290 Ziekteverzekeringsbesluit waarbij een periode van detentie wordt gelijkgesteld aan een periode waarvoor voldoende bijdragen betaald worden.

- De gedetineerde kan ook een hoedanigheid hebben die gelijkgesteld is met een beroepsactieve en op basis daarvan een recht in de algemene ziekteverzekering hebben. Hier moet het onderscheid gemaakt worden tussen de gelijkgestelde hoedanigheden zonder bijdragebetaling en mét bijdragebetaling:
 - o In de eerste categorie vallen o.a. de gedetineerden die erkend zijn als arbeidsongeschikte of de gedetineerden die gepensioneerd zijn. Ook niet-begeleide minderjarige vreemdelingen vallen hieronder. Zonder het betalen van een bijdrage zullen deze personen een recht hebben op geneeskundige verstrekkingen. Tijdens de detentie zal de gedetineerde dus zijn recht op gezondheidszorg behouden.
 - o In de tweede categorie vallen o.a. de gedetineerden die kiezen voor een voortgezette verzekering, met betaling van een bijdrage. Voor deze hoedanigheid zou de gedetineerde kunnen kiezen in het geval zijn recht op basis van een bepaalde hoedanigheid (bijvoorbeeld als werknemer) een einde neemt. De gedetineerde bevindt zich immers in een berhartenswaardige situatie die de voortgezette verzekering mogelijk maakt. Op die manier zal de gedetineerde zijn recht kunnen behouden omdat de dubbele voorwaarde voldaan zal zijn: hij heeft een hoedanigheid en heeft de vereiste bijdragen betaald. De voortgezette verzekering vereist echter dus een financiële inspanning van de gedetineerde (meer bepaald een betaling van een forfaitaire bijdrage), die in de praktijk niet altijd haalbaar blijkt.¹¹⁵ Een andere mogelijkheid is dat er

¹¹⁴ Art. 290, 2, 11° Ziekteverzekeringsbesluit.

¹¹⁵ Gesprek met administratief juridisch medewerker Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten: de mogelijkheid van voortgezette verzekering wordt in de praktijk weinig toegepast.



gekeken worden naar de verzekeraarbaarheid op basis van de hoedanigheid als ingezetene (op basis van de inschrijving in het register der natuurlijke personen).¹¹⁶ Door het wegvallen van de tenlasteneming van de gezondheidszorg door de FOD Justitie zal immers het juridische bezwaar voor verzekeraarbaarheid via de hoedanigheid van ingezetene niet meer spelen. Echter, er dient in principe ook in dat geval een bijdrage betaald te worden, die gemoduleerd wordt naar de financiële draagkracht van de rechthebbende en zijn gezin. Voor personen in detentie kan er echter geopteerd worden om te werken met een vermoeden, dat stelt dat gedurende de periode van detentie men geacht wordt over onvoldoende middelen te beschikken, waardoor de gedetineerde vrijgesteld wordt van bijdragebetaling. Op die manier fungeert de hoedanigheid van ingezetene dus als een vangnet, voor alle gedetineerden die niet op basis van een andere hoedanigheid verzekeraarbaar zijn in de algemene ziekteverzekering.

Indien de gedetineerde zelf gerechtigde is, zal hij aangesloten moeten zijn bij een ziekenfonds. Indien de gedetineerde aangesloten was vóór aanvang van de detentie, dan kan die aansluiting behouden blijven. De gedetineerde zal wel het lidgeld moeten blijven betalen. Gezien de beperkte financiële draagkracht van de gedetineerde kan er voor gekozen worden dat de overheid het lidgeld ten laste neemt of kan er door middel van wetgeving¹¹⁷ bepaald worden dat de ziekenfondsen geen sancties mogen nemen indien

de betrokken zijn lidgeld niet betaald heeft. Een andere mogelijkheid is echter om de gedetineerde aan te sluiten bij de Hulpkas voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering (HZIV) gezien bij dit ziekenfonds alle voordelen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen worden gegarandeerd zonder de betaling van bijkomende bijdragen.¹¹⁸

Naast de mogelijkheid dat de gedetineerde zelf gerechtigde is, kan hij uiteraard ook nog steeds verzekerd zijn **als persoon ten laste**. De gedetineerde moet dan wel dezelfde domicilie als de rechthebbende behouden¹¹⁹ (of moet onder de categorie 'feitelijk gescheiden' kunnen vallen indien zijn domicilie overgedragen is naar een OCMW, maar in de praktijk zal het moeilijk zijn om aan de voorwaarden van die categorie te voldoen).

Voor personen zonder wettig verblijf zal er gekeken moeten worden naar het systeem DMH (zie verder).¹²⁰

¹¹⁶ Belangrijk is te voorkomen dat de gedetineerde ambtshalve geschrapt wordt, aangezien hij zonder inschrijving in het rijksregister niet verzekerd kan zijn als ingezetene.

¹¹⁷ Via een Koninklijk Besluit, opgesteld in overleg met de Controledienst op de Ziekenfondsen, kan er bepaald worden wie verplicht is om lidgeld te betalen en wie ervan kan worden vrijgesteld.

¹¹⁸ Men kan op die manier er ook voor zorgen dat bij aanvang van detentie gedetineerden die niet in orde waren met hun ziekteverzekering, wel terug verzekerd kunnen zijn.

¹¹⁹ Zoals reeds gesteld geldt de voorwaarde om dezelfde hoofdverblijfplaats te hebben niet voor drie categorieën: 1) de feitelijk of van tafel en bed

gescheiden partner met recht op gezondheidszorg via de gerechtigde 2) de echtgenoot die omwille van het beroep dat hij uitoefent, wettelijk verplicht is een andere hoofdverblijfplaats te nemen dan de feitelijke en 3) de kinderen.

¹²⁰ Personen die geen irreguliere verblijfsstatus hebben maar ook niet kunnen aansluiten bij de algemene ziekteverzekering kunnen zoals reeds gezegd indien nodig terugvallen op de algemene maatschappelijke dienstverlening die door het OCMW moet verstrekt worden. Gezien dit maar een zeer marginaal deel uitmaakt van de gevangenispopulatie en het onderzoek naar de behoefte gelijkloopt met het sociaal onderzoek bij de procedure dringende medische hulp, wordt hier verder niet op ingegaan.



3.2.1.2 Dekking

Via bovenstaande redenering zal elke gedetineerde die ingeschreven is in het rijksregister een hoedanigheid hebben waarmee men rechten verkrijgt via de algemene ziekteverzekering. Maar er moet ook nagegaan worden hoe de kosten voor geneeskundige verstrekkingen effectief betaald zullen worden.¹²¹ De gedetineerde heeft immers niet de mogelijkheid om over substantiële bedragen in natura te kunnen beschikken. Hoe zullen doktersbezoeken en dergelijke betaald worden, voordat terugbetaling verkregen kan worden?

Allereerst kan er gedacht worden aan de derdebetalersregeling.¹²² Dit betekent dat de gedetineerde enkel zijn persoonlijke bijdrage (remgeld) zal moeten betalen aan de zorgverlener (en eventueel een supplement indien de zorgverlener niet-geconventioneerd¹²³ zou zijn).

De huisarts verplichten de derdebetalersregeling toe te passen voor gedetineerden, kan een eerste stap zijn.

Ten tweede kan er gekeken worden naar het systeem van de verhoogde tegemoetkoming.¹²⁴ Het recht op verhoogde tegemoetkoming zorgt ervoor dat men een lagere persoonlijke bijdrage moet betalen voor de meeste medische verzorgingen. Iemand die recht op verhoogde tegemoetkoming heeft, zal automatisch ook kunnen genieten van de derdebetalersregeling.¹²⁵ Indien het recht op verhoogde tegemoetkoming

wordt toegekend, geldt het ook voor de partner en de personen ten laste van de gerechtigde. Er zijn twee toegangspoorten tot dit systeem: verhoogde tegemoetkoming zonder inkomensonderzoek door het ziekenfonds en verhoogde tegemoetkoming met inkomensonderzoek door het ziekenfonds.¹²⁶

De verhoogde tegemoetkoming wordt toegekend zonder inkomensonderzoek door het ziekenfonds aan enerzijds de personen waarbij een andere instantie reeds een inkomensonderzoek deed (bijvoorbeeld personen die een inkomensgarantie voor ouderen ontvangen, of een leefloon ontvangen gedurende drie volledige en ononderbroken maanden) en anderzijds aan personen die nog geen inkomensonderzoek ondergingen maar waarbij uit hun specifieke situatie voldoende blijkt dat men geen hoog inkomen heeft (bijvoorbeeld wezen en niet-begeleide minderjarige vreemdelingen). Indien een recht op verhoogde tegemoetkoming via de eerste toegangspoort wordt geopend, geldt het tot het einde van het jaar dat volgt op de opening van het recht.

Bij de tweede toegangspoort tot verhoogde tegemoetkoming wordt, na een aanvraag, door het ziekenfonds nagegaan of het gezinsinkomen lager is dan een bepaald grensbedrag. Het ziekenfonds zal een inkomensonderzoek doen waarbij er rekening gehouden wordt met het inkomen van de gerechtigde die de aanvraag deed, de partner en de personen ten laste. Indien de persoon die de aanvraag doet een persoon ten laste is, dan moet er gekeken worden naar het inkomen van die aanvrager, zijn gerechtigde, de partner van die gerechtigde en alle andere personen ten laste. Het

¹²¹ De praktische invulling van de gezondheidszorg in de gevangenis (en meer bepaald het vastleggen van wie wat betaalt) is natuurlijk een belangrijke, nog onbepaalde, factor in dit hoofdstuk.

¹²² KB 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling, BS 23 september 2015.

¹²³ Dit hangt natuurlijk af van de verdere praktische uitwerking van de gezondheidszorg voor gedetineerden. Men kan overeenkomen dat de zorgverlener voor gedetineerden enkel het conventietarief aanrekent.

¹²⁴ Art. 37 § 19 GUV-wet.

¹²⁵ Art. 9, 6° KB 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling, BS 23 september 2015.

¹²⁶ KB 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, BS 29 januari 2014.



inkomensonderzoek gebeurt in beginsel over een volledig kalenderjaar (het jaar dat aan de aanvraag voor de verhoogde tegemoetkoming voorafgaat), maar er kan ook gebruik gemaakt worden van een beperkte referentieperiode van één maand. Dat laatste gebeurt in het geval dat de persoon zich in een situatie bevindt die erop wijst dat men een stabiel laag inkomen heeft (bijvoorbeeld in geval van pensioen of arbeidsongeschikten die gedurende minstens één jaar ononderbroken arbeidsongeschikt zijn geweest (invaliden) of gecontroleerde werklozen die gedurende minstens één jaar ononderbroken volledig werkloos zijn geweest). Indien het recht op verhoogde tegemoetkoming wordt geopend (vanaf eerste dag van het kwartaal waarin de aanvraag gebeurde bij een referentieperiode van 1 jaar en vanaf de maand waarvan het gezinsinkomen onderzocht wordt bij een referentieperiode van 1 maand), blijft het recht behouden zolang er geen wijziging in de inkomens- of gezinssituatie is die ertoe leidt dat het inkomen te hoog zou zijn.¹²⁷

Men kan ervoor opteren om gedetineerden te beschouwen als een categorie van personen waarbij uit hun specifieke situatie voldoende blijkt dat men geen hoog inkomen heeft, maar deze aanpak verdient niet de voorkeur.

Hoewel een automatisch recht op verhoogde tegemoetkoming toekennen aan de gedetineerde de administratieve last voor de ziekenfondsen sterk kan verminderen¹²⁸, mag men de nadelen ervan niet uit het oog verliezen. Allereerst brengt het recht op verhoogde tegemoetkoming voor de gedetineerde ook het recht voor de partner en eventuele personen ten laste van de gedetineerde met zich mee. Een automatisch recht zou dus kunnen

betekenen dat het recht wordt toegekend aan enerzijds gedetineerden die wel voldoende middelen van bestaan hebben en anderzijds aan gezinnen die wel de last van een gedetineerd gezinslid kunnen dragen. Het automatisch recht op verhoogde tegemoetkoming individualiseren voor de gedetineerde zou hieraan deels tegemoetkomen, aangezien er voor de partner en personen ten laste in dat geval nog steeds een afzonderlijk inkomensonderzoek zal nodig zijn om verhoogde tegemoetkoming te verkrijgen. Maar dergelijke constructie is niet ideaal, omdat men afwijkt van de algemene regels.¹²⁹ Tot slot mag ook niet vergeten worden dat het recht op verhoogde tegemoetkoming ook voordelen geeft op andere vlakken (bijvoorbeeld gemeentebelasting), die door een automatisch recht op verhoogde tegemoetkoming ook automatisch aan de gedetineerde (en zijn gezin) zullen toekomen. Rekening houdend met het idee dat veel gedetineerden slechts voor een (zeer) korte periode in de gevangenis zitten¹³⁰, verdient een automatisch recht dus niet de voorkeur.

Werken met de reeds bestaande toekenningsregels omtrent het recht op verhoogde tegemoetkoming lijkt een betere aanpak.

Om te voorkomen dat de gedetineerden (en hun gezinnen) voordelen genieten die eigenlijk niet toegekend dienden te worden, kan men best de reeds bestaande toegangspoorten voor het recht op verhoogde tegemoetkoming volgen. Mogelijks genoot de gedetineerde immers al voor zijn detentie van het recht op verhoogde tegemoetkoming. In dat geval zal het recht op verhoogde tegemoetkoming dan ook behouden worden tijdens

¹²⁷ Het ziekenfonds moet voortdurend een aantal controles uitvoeren. De bedoeling van de controles is na te gaan of de inkomenssituatie van het gezin gewijzigd is. Op basis daarvan kan het recht op verhoogde tegemoetkoming stopgezet worden.

¹²⁸ Er kan wel worden gewerkt met systematische controles, waarbij het ziekenfonds zal nagaan of de inkomenssituatie van de gedetineerde gewijzigd is. Indien de gedetineerde bijvoorbeeld via een strafuitvoeringsmodaliteit aan de slag kan als werknemer buiten de

gevangenis (zie ook verder), en op die manier een voldoende inkomen bereikt, kan het automatische recht op verhoogde tegemoetkoming worden stopgezet.

¹²⁹ Het recht op verhoogde tegemoetkoming is in principe een gezinsrecht.

¹³⁰ Uit gegevens van Justitie blijkt dat 14,5% van de gedetineerden minder dan een week in detentie verblijft. Daarnaast is 56% van de nieuwkomers weer uit de gevangenis na drie maanden.



de detentie.¹³¹ Voor gedetineerden die pas na enige tijd in detentie de noodzaak voelen om beroep te doen op de verhoogde tegemoetkoming, blijft uiteraard een inkomensonderzoek nadien ook mogelijk.

Ten derde wijzen we, naast de derdebetalersregeling en het recht op verhoogde tegemoetkoming, op de toepassing van de maximumfactuur (remgeldteller): eenmaal een bepaald bedrag aan remgeld betaald werd, zal vanaf dat ogenblik het remgeld ook automatisch 100% terugbetaald worden door de ziekteverzekering. Iemand die recht heeft op verhoogde tegemoetkoming heeft automatisch recht op de toepassing van de maximumfactuur (de zogenaamde sociale maximumfactuur).¹³²

Indien de gedetineerde recht op verhoogde tegemoetkoming heeft, is daar de sociale maximumfactuur aan gekoppeld.

Daarnaast bestaat ook de inkomensmaximumfactuur. Dit is een gezinsrecht: er wordt nagegaan wie onder het 'feitelijk gezin' valt op 1 januari van het jaar dat in beschouwing wordt genomen. Het feitelijk gezin omvat alle personen die onder hetzelfde dak wonen, op basis van de gegevens uit het rijksregister.¹³³ Het gezamenlijk inkomen van deze personen wordt in beschouwing genomen om te bepalen of men de remgeldteller kan toepassen. Voor gedetineerden is het aangeraden om, net zoals bij het recht op verhoogde tegemoetkoming, niet te raken aan deze gezinsdefinitie.

Tot slot dient algemeen opgemerkt te worden dat het betalen van remgeld, ook indien de verhoogde tegemoetkoming speelt of zelfs de maximumfactuur toepassing vindt (indien de remgeldteller nog niet het vereiste bedrag bereikt heeft), een duidelijke verandering kan inhouden ten opzichte van de huidige situatie, waarbij de gedetineerde geen remgeld

betaalt bij een zorgverstrekking door een zorgverlener in de gevangenis. Een optie is dat de FOD Justitie het remgeld van gedetineerden ten laste neemt. Dit kan gemotiveerd worden door het feit dat slechts weinig gedetineerden de mogelijkheid hebben om in de gevangenis middelen te verwerven via arbeid en dat daarnaast sociale uitkeringen vaak geschorst worden tijdens detentie. Ook kan de tenlasteneming van het remgeld door de FOD Justitie verhinderen dat gedetineerden noodzakelijke medische zorgen uitstellen wegens geldgebrek. Toch kan er ook voor gepleit worden om het remgeld door de gedetineerde zelf te laten betalen, aangezien dit kan helpen om mogelijke overconsumptie van gezondheidszorg in de gevangenis af te remmen.

3.2.1.3 Invloed van strafuitvoeringsmodaliteiten?

Zoals geschetst is de dekking van gezondheidszorg voor veroordeelden die een strafuitvoeringsmodaliteit verkrijgen niet coherent geregeld. Zo zullen bepaalde veroordeelden nog steeds de dekking door de FOD Justitie genieten, terwijl andere veroordeelden zich niet kunnen beroepen op de dekking door de FOD Justitie en zullen moeten terugvallen op de algemene ziekteverzekering. Aangezien voor deze regelingen ook gebruik gemaakt wordt van omzendbrieven en collectieve brieven, hebben zij een juridische basis dit niet transparant is. Daarbovenop rekening houdend met het feit dat de strafuitvoeringsmodaliteit ook snel kan veranderen (door schorsing of herroeping), zorgt deze situatie voor verwarring en administratieve moeilijkheden.

Bij een volledige toepassing van het systeem van de algemene ziekteverzekering, zal de verschillende behandeling niet langer opduiken. Steeds zal nagegaan moeten worden hoe de veroordeelde verzekerd kan zijn via de algemene ziekteverzekering. Hier zijn verschillende mogelijkheden:

¹³¹ Tenzij de situatie van de gedetineerde en zijn gezin, op basis waarvan het recht op verhoogde tegemoetkoming werd toegekend, wijzigt. Dit kan bijvoorbeeld indien de partner aan de slag gaat en een voldoende hoog inkomen verwerft.

¹³² Uitgezonderd indien het recht op verhoogde tegemoetkoming werd verkregen op basis van een integratietegemoetkoming en de partner een inkomen heeft.

¹³³ Opnieuw is het behouden van het domicilie van de gedetineerde dus cruciaal.



- De veroordeelde is verzekerd als beroepsactieve. Hij kan bijvoorbeeld via de hoedanigheid van werknemer een recht openen. Het idee dat de veroordeelde met een strafuitvoeringsmodaliteit aan de slag gaat, past ook in het ruimer idee van re-integratie. Wel kan het gebeuren dat de tewerkstelling van een beperkte omvang is, waardoor de minimumbijdrage niet bereikt zal worden. Door een gelijkstelling van de periode van detentie (waarbij onder detentie ook de periode valt waarin men geniet van strafuitvoeringsmodaliteiten), kan dit probleem worden opgevangen.
- De veroordeelde wordt gelijkgesteld met een beroepsactieve. Via een strafuitvoeringsmodaliteit kan de gedetineerde beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt, zodat hij ook in de categorie van 'gecontroleerde werklozen' geplaatst kan worden en ziekteverzekerd kan zijn. In detentie is deze mogelijkheid uitgesloten, aangezien men geacht wordt niet beschikbaar te zijn voor de arbeidsmarkt. Andere mogelijke categoriën van gelijkgestelden zijn o.a. arbeidsongeschikten, gepensioneerden of niet-begeleide minderjarige vreemdelingen. Voor deze is er geen bijdragebetaling vereist.
- De veroordeelde kan uiteraard ook aansluiten op basis van zijn hoedanigheid als ingezetene. Weliswaar is in dat geval een inkomensgemoduleerde bijdrage vereist, maar net zoals in detentie kan een vermoeden gelden dat ook in geval van een strafuitvoeringsmodaliteit men onvoldoende inkomen beschikt. Men is dan vrijgesteld van de persoonlijke bijdrage.
- De veroordeelde kan ziekteverzekerd zijn als persoon ten laste, indien hij dezelfde woonplaats heeft als de gerechtigde.

Ook voor veroordeelden met strafuitvoeringsmodaliteiten kan het systeem van verhoogde tegemoetkoming en de maximumfactuur toepassing vinden. Algemeen kan men stellen dat indien men voordelen toekent op basis van 'de periode van detentie' men aandachtig moet zijn of men hieronder ook de periodes waarin men geniet van strafuitvoeringsmodaliteiten verstaat. In de

praktijk zal het tot de minste moeilijkheden leiden indien men onder het begrip 'de periode van detentie' ook de periodes omvat waarin men geniet van strafuitvoeringsmodaliteiten. Enkel de aanvang en het einde van de detentie zullen dan cruciaal zijn en deze kunnen nagegaan worden op basis van het feit of de gedetineerde ingeschreven is op de rol van de gevangenis.

De strafuitvoeringsmodaliteiten vormen verder een belangrijke reden om niet te kiezen voor een automatische toekenning van een (al dan niet individueel) recht op verhoogde tegemoetkoming. Indien men geniet van een strafuitvoeringsmodaliteit is het immers eenvoudiger om een inkomen te verwerven, waardoor het recht op verhoogde tegemoetkoming niet meer nodig is. Ook zal door middel van een strafuitvoeringsmodaliteit de veroordeelde zich vaker (of altijd) bij het gezin bevinden, waarbij het nog logischer is dat men niet naar de individuele situatie van de veroordeelde kijkt, maar een beoordeling maakt op basis van het gezinsinkomen.

Om incoherentie en administratieve moeilijkheden (gezien de mogelijke schorsing of intrekking van strafuitvoeringsmodaliteiten) te vermijden, kan er dus best gekozen worden voor een eenduidige aanpak, waarbij dezelfde regels gelden inzake terugbetaling en dekking, ongeacht de strafuitvoeringsmodaliteit.

3.2.1.4 *Invloed van arbeid in detentie?*

Als de gedetineerde werkt in de gevangenis, kan hij op basis van die tewerkstelling dan ziekteverzekerd zijn?

Momenteel is het niet mogelijk om de in de gevangenis beschikbaar gestelde arbeid¹³⁴ te beschouwen als arbeid verricht in uitvoering van een arbeidsovereenkomst. De gedetineerde die dus gevangenisarbeid verricht, zal dus niet de hoedanigheid van werknemer verkrijgen voor de ziekteverzekering. Mocht hij deze hoedanigheid wel verkrijgen, dan zou zich daarnaast het probleem stellen dat het moeilijk is om voldoende bijdragen te betalen voor de periodes in detentie, gezien de lage vergoeding voor gevangenisarbeid. Zonder gelijkstelling van de periode van detentie aan een

¹³⁴ Er dient opgemerkt te worden dat momenteel er ook te weinig beschikbare arbeid is om alle gedetineerden tewerk te stellen.



periode van voldoende minimumbijdrage, zal een aanvullende bijdrage vereist zijn.

Een mogelijkheid om dit op te vangen is de creatie van een nieuwe categorie van gelijkgestelden, namelijk de 'werkenden in detentie'. Men zou kunnen stellen dat deze personen gelijkgesteld worden met personen die verzekerd zijn als werknemer, weliswaar zonder bijdrageverplichting.

Uiteraard moeten de voordelen en nadelen¹³⁵ van de creatie van dergelijke aparte hoedanigheid worden afgewogen. Het bestaan van een hoedanigheid 'werkende in detentie' die rechten opent in de algemene ziekteverzekering, kan een stimulans zijn voor de gedetineerde om gevangenisarbeid te verrichten. Echter, indien de gedetineerde ook verzekerd kan zijn als ingezetene, zonder het betalen van bijdragen (indien deze beleidskeuze wordt gemaakt), dan geldt het eerder genoemde voordeel niet. Natuurlijk mag men niet uit het oog verliezen dat er nog andere voordelen gekoppeld zijn aan gevangenisarbeid, zoals het hebben van een (nuttige) tijdsbesteding, vaardigheden aanleren, een kleine vergoeding krijgen etc. Ook kunnen aan de hoedanigheid 'werkende in detentie' andere sociale rechten gekoppeld worden, zoals dat in de vrije samenleving ook het geval is. Een volledige toepassing van de arbeidsongevallen- en beroepsziektenregeling is bijvoorbeeld een belangrijke mogelijkheid, aangezien hieraan ook gezondheidszorg gekoppeld is.¹³⁶ Dergelijke uitbreiding van socialezekerheidsrechten kan gevangenisarbeid stimuleren. Dit valt echter buiten het bestek van dit onderzoek.

¹³⁵ Zie hier ook de opmerkingen die gemaakt worden bij de derde piste, met betrekking tot de nadelen van de creatie van een nieuwe verzekerbare hoedanigheid in de algemene ziekteverzekering.

¹³⁶ Momenteel kunnen gedetineerden die gevangenisarbeid verrichten enkel genieten van een gelijkaardige regeling waarbij de toegekende vergoedingen vaak lager zullen liggen dan de wettelijke arbeidsongevallenvergoedingen; Zie hierover ook G. VAN LIMBERGHEN en V. VAN DER PLANCKE, "Naar een volwaardige regeling voor ongevallen bij penitentiaire arbeid" in Liber Amicorum O. Vanachter, *Arbeidsrecht tussen wel-zijn en niet-zijn*, Antwerpen, Intersentia, 2009, 147-162.

3.2.1.5 Personen zonder wettig verblijf in detentie¹³⁷

Voor personen zonder wettig verblijf die niet kunnen aansluiten bij de ziekteverzekering, om op die manier dekking van geneeskundige verstrekkingen te verkrijgen, kan er gekeken worden naar het systeem DMH.¹³⁸

Het OCMW zal, net zoals in de vrije samenleving moeten nagaan:

- of de persoon behoeftig is en de medische kosten bijgevolg dus niet kan dragen: dit zal blijken uit het sociaal onderzoek door het OCMW;
- of de persoon nood heeft aan bepaalde medische hulp: dit zal blijken uit het attest DMH van de huisarts/tandarts.

In geval van detentie lijkt het onevenredig dat het OCMW van het grondgebied waarop de persoon verblijft, bevoegd is, aangezien in dat geval OCMW's die zich bevinden op het grondgebied van een gemeente met een penitentiaire inrichting, zwaar belast worden. Er zijn twee mogelijkheden om dit op te vangen: enerzijds kan men ervoor opteren om het OCMW dat het laatst instond voor de persoon, bevoegd te laten (en enkel indien er voorheen geen OCMW bevoegd was, de gedetineerde koppelen aan het OCMW van het grondgebied waarop de penitentiaire inrichting ligt), anderzijds kan er gedacht worden aan een regeling waarbij de kosten die gekoppeld zijn aan het systeem DMH voor gedetineerden, centraal gedragen worden en ook de administratieve opvolging centraal gebeurt.

¹³⁷ Voor personen zonder wettig verblijf die een asielaanvraag hebben ingediend, zal Fedasil de medische kosten ten laste nemen.

¹³⁸ Zoals reeds gesteld is er een zeer marginale groep die geen irreguliere verblijfstatus heeft, maar tevens ook geen toegang heeft tot de algemene ziekteverzekering. Deze kunnen terugvallen op de algemene maatschappelijke dienstverlening van het OCMW. Het sociaal onderzoek is hier gelijklopend aan dat van de procedure DMH, wat betekent dat indien er een andere manier is om de medische kosten te dekken, het OCMW moet trachten deze optie aan te spreken. Enkel indien dat niet mogelijk is, zal de residuaire dekking door het OCMW mogelijk zijn.



Verder is het ook belangrijk om aan te geven dat de taken van het OCMW in het kader van de procedure DMH niet per se moeten uitgevoerd worden door het OCMW. De sociale diensten van de gevangenis zouden immers ook deze administratieve taak op zich kunnen nemen. Aan de uiteindelijke dekking van de medische kost zal daardoor niets veranderen: de POD MI zal voorzien in de terugbetaling.

In detentie kan men werken met een vermoeden van behoefteigheid.¹³⁹ Tijdens het eerste doktersbezoek, dat momenteel verplicht plaatsvindt binnen de 24 uren na aankomst in de gevangenis, kan men de noodzakelijke medische zorgen vaststellen en kan er een medische kaart toegekend worden die kan gelden voor de duur van de detentie. Op basis daarvan zal de gedetineerde dan gezondheidsverstrekkingen kunnen ontvangen, die gefactureerd worden aan de HZIV. Indien de gezondheidstoestand van de gedetineerde na verloop van tijd wijzigt, moet men uiteraard de noodzakelijke medische kosten herbekijken en de medische kaart op basis daarvan aanpassen.

Personen zonder wettig verblijf die gedetineerd zijn kunnen geen gebruik maken van strafuitvoeringsmodaliteiten, aangezien zij daarvan uitdrukkelijk worden uitgesloten door de wet van 17 mei 2006 betreffende de externe rechtspositie.¹⁴⁰ De vraag hoe gezondheidszorg gedekt zal worden indien

de gedetineerde van een strafuitvoeringsmodaliteit geniet, speelt hier dus niet.

Men zou er ook voor kunnen kiezen om de algemene ziekteverzekering uit te breiden naar personen zonder wettig verblijf die zich in detentie bevinden. Op die manier riskeert men echter een ongelijke behandeling met personen zonder wettig verblijf in de vrije samenleving, die enkel genieten van het systeem DMH. In toepassing van het normaliteitsbeginsel, en om een verkeerde maatschappelijke perceptie te vermijden, staan we dus ook voor de toepassing van het systeem DMH in detentie.¹⁴¹

3.2.2 *Piste 2: Behoud van hoedanigheid op ogenblik van aanvang van detentie*

Een tweede mogelijke piste houdt het aanhouden in van de hoedanigheid die de gedetineerde heeft op het ogenblik waarop hij in detentie wordt genomen.¹⁴²

3.2.2.1 *Analogie met de gezinsbijslagenverzekering*

Deze piste is ingegeven uit het beleid dat momenteel gevoerd wordt met betrekking tot de gezinsbijslagenverzekering.

¹³⁹ Er kan wel een beperkt onderzoek plaatsvinden naar het bestaan van een andere verzekering (of een mogelijke aansluiting bij het ziekenfonds) die nog voorziet in de dekking van medische kosten.

¹⁴⁰ Art. 20 en 25/2 Wet 17 mei 2006 betreffende de externe rechtspositie van de veroordeelden tot een vrijheidsstraf en de aan het slachtoffer toegekende rechten in het raam van de strafuitvoeringsmodaliteiten, BS 15 juni 2006; Opgelet, voor de uitgaansvergunning geldt de uitsluiting enkel voor de periodieke uitgaansvergunning. Daarnaast is het ook mogelijk dat de gedetineerde zonder wettig verblijf in voorlopige vrijheid wordt gesteld, met het oog op verwijdering van het grondgebied of met het oog op overlevering.

¹⁴¹ Indien er gewerkt wordt met een nieuwe hoedanigheid 'werkend in detentie', dan zou deze hoedanigheid kunnen openstaan voor personen zonder een

wettig verblijf, die werken in detentie. Het feit dat een persoon zonder wettig verblijf in de vrije samenleving niet mag werken en kan aangesloten zijn als werknemer, verhindert immers niet dat bepaalde regelingen toch kunnen gelden (denk bijvoorbeeld aan de arbeidsongevallen- en beroepsziektenregeling). Gelijkaardig zou men dus voor gedetineerden zonder wettig verblijf, die werken in detentie, een recht op gezondheidszorg kunnen toekennen.

¹⁴² Zoals reeds gesteld vallen onder het begrip gedetineerden ook de verdachten, beklaagden en beschuldigen die zich in de gevangenis bevinden. Bij de voorlopige hechtenis neemt de detentie dus ook een aanvang.



De rechthebbende die van zijn vrijheid beroofd is krachtens een veroordeling of een maatregel van voorlopige hechtenis, blijft rechthebbende op kinderbijslag.¹⁴³ Detentie leidt dus niet tot het verkrijgen van de hoedanigheid van rechthebbende, maar de wetgever verhindert dus wel dat de detentie betekent dat de rechthebbende zijn hoedanigheid verliest omdat hij de beroepswerkzaamheden waaraan hij die hoedanigheid ontleent, niet meer kan verderzetten. Er wordt geen onderscheid gemaakt naargelang aan de veroordeelde strafuitvoeringsmodaliteiten zijn toegekend.

Wel zijn er twee voorwaarden aan verbonden:

- de gedetineerden moet ten eerste in de loop van de twaalf maanden die onmiddellijk voorafgaan aan zijn vrijheidsberoving hetzij gedurende zes maanden in de werknemers- of ambtenarenverzekering, hetzij gedurende twee kwartalen in de zelfstandigenverzekering aanspraak kunnen maken op kinderbijslag. Voor zelfstandigen kan de minister die periode wel verminderen in behartenswaardige gevallen, net zoals voor werknemers, waarbij dan wel de voorwaarde wordt gesteld dat de rechthebbende op ten minste één forfaitaire maandelijkse bijslag aanspraak kon maken in de loop van de vijf aan zijn vrijheidsberoving voorafgaande jaren.
- de detentie moet in België plaats hebben (ookal kan ook hier in behartenswaardige gevallen een uitzondering voor worden gemaakt).

Er dient wel vermeld te worden dat in de praktijk de voorwaarde dat men het kind hoofdzakelijk ten laste moet hebben, niet vervuld zal zijn.

Voor sommige categorieën van kinderen wordt vereist dat het rechtgevend kind deel uitmaakt van het gezin van de rechthebbende. De wetgever stelt dat die voorwaarde vervuld blijft in het geval van detentie, indien twee voorwaarden vervuld zijn:

- het kind maakte deel uit van het gezin van de gedetineerde rechthebbende, op de dag van diens vrijheidsberoving. In behartenswaardige gevallen kan hier van af worden geweken indien het kind in de loop van de detentie wordt opgenomen in het gezin van de gedetineerde
- de detentie moet in België plaats hebben.

Het idee dat voor de gezinsbijslagen de detentie dus zonder invloed blijft voor de hoedanigheid van de rechthebbende, is gebaseerd op de gedachte dat het kind (voor wie de gezinsbijslag eigenlijk bedoeld is) niet het slachtoffer mag zijn van problemen gelieerd aan de rechthebbende. De gezinsbijslag is een kostendekkende uitkering waarmee de bijzondere kosten die samengaan met het opvoeden van een kind, gedekt worden. De uitkering is er dus niet op gericht om het verlies van inkomen op te vangen, en staat dus eerder los van (het verlies van) arbeid.

Ook bij de ziekteverzekering kan dergelijke gedachtegang gevolgd worden: de ziekteverzekering dekt het risico gezondheidszorg, waarbij men voorziet in uitkeringen die de kosten van gezondheidszorg dekken. Indien er een probleem ontstaat met betrekking tot de (mogelijkheid tot) arbeid, bijvoorbeeld door detentie, zou dit niet mogen raken aan het recht op ziekteverzekering. Dit idee vormt de basis voor de tweede piste: de hoedanigheid op basis waarvan de gedetineerde ziekteverzekerd was, wordt als het ware bevroren bij aanvang van detentie, zodat tijdens de detentie de ziekteverzekering behouden blijft.

Net zoals de gezinsbijslagenverzekering kan er gewerkt worden met tijdsvoorwaarden die verzekeren dat de gedetineerde reeds een 'bestendige' hoedanigheid had.¹⁴⁴

¹⁴³ Art. 56*decies* Gezinsbijslagenwet Werknemers, art. 6*bis* § 1 Gezinsbijslagenbesluit Zelfstandigen; dit geldt ook in geval van internering.

¹⁴⁴ Bij het bevroren van de hoedanigheid kan er immers gedacht worden aan het klassieke voorbeeld van de gedetineerde die werknemer is maar door zijn detentie zijn job verliest. Welke hoedanigheid wordt in dat geval 'bevroren'?



3.2.2.2 Verzekerbearheid

De gedetineerde kan dan opnieuw op verschillende manieren ziekteverzekerd zijn.

Eenzijds is het mogelijk dat net voor de detentie hij op basis van een eigen titel rechthebbende is. De gedetineerde kan bij aanvang van zijn detentie verzekerd zijn als beroepsactieve, of worden gelijkgesteld met een beroepsactieve gerechtigde indien hij arbeidsongeschikt was, gepensioneerd, tot de groep van gecontroleerde werklozen behoorden, etc. Indien de gedetineerde zelf gerechtigd is op basis van een hoedanigheid die een minimumbijdrage vereist, zal net zoals bij de eerste piste die geopperd werd in dit onderzoek, de periode van detentie gelijkgesteld kunnen worden met een periode van voldoende bijdragebetaling. Voor de eerste jaren van detentie zal er uiteraard wel nog gekeken worden naar het refertekalenderjaar dat zich buiten de periode van detentie bevond. In dat geval vormt de gelijkstelling van de periode van detentie met een periode van voldoende minimumbijdrage dus geen oplossing. Er moet dan nagegaan worden of, indien er een bijdrage verschuldigd is, er voldoende bijdragen zijn betaald, op basis van de bijdragebescheiden. Indien dat niet het geval is, kan er gewerkt worden met andere gelijkgestelde periodes en kan er tot slot eventueel een aanvullende bijdrage verschuldigd zijn.

Uiteraard kan de gedetineerde in deze piste ook aangesloten zijn op basis van zijn inschrijving in het rijksregister, dus onder de hoedanigheid van ingezetene.¹⁴⁵ Hij kan immers die hoedanigheid hebben bij aanvang van detentie. Hij moet in principe voor deze hoedanigheid wel een persoonlijke bijdrage betalen, die gemoduleerd is op basis van zijn inkomen. Er kan voor gekozen worden om, net zoals in de eerste piste, gedetineerden automatisch vrij te stellen van deze bijdrageverplichting, aangezien zij tijdens de detentie over een zeer beperkt inkomen zullen beschikken.

Indien de gedetineerde ziekteverzekerd was als persoon ten laste, dan zou hij deze dekking kunnen behouden tijdens detentie. De gedetineerde moet er dan wel over waken dat hij zijn woonplaats behoudt bij de persoon van

wie hij ten laste is. In de specifieke piste van bevrozing van de hoedanigheid, stelt zich wel de vraag wat men doet indien de titel van de gerechtigde wegvalt, en de gedetineerde dus niet langer als persoon ten laste kan beschouwd worden: houdt men dan die fictie aan? Of opteert men ervoor om de gedetineerde in dat geval automatisch te laten aansluiten op basis van zijn inschrijving in het rijksregister (met opnieuw een vermoeden dat er in detentie onvoldoende inkomen is, zodat er vrijstelling van bijdrage is)? Belangrijk te vermelden is dat in de vrije samenleving een persoon ten laste actie dient te ondernemen indien de gerechtigde van wie hij ten laste is wegvalt. Door een automatische aansluiting voorkomt men dat door gebrek aan actie, de gedetineerde niet meer ziekteverzekerd zou zijn. Een automatische aansluiting bij een ziekenfonds op basis van de hoedanigheid van ingezetene gaat wel in tegen de fundamentele keuzevrijheid van het ziekenfonds¹⁴⁶. Verder kan de overstap van een ziekenfonds geweigerd worden indien je nog geen 12 maanden bij je huidige ziekenfonds was aangesloten. Om door verplichte aansluiting de keuzevrijheid dus niet verder te beperken en te bemoeilijken, zou men wel de mogelijkheid kunnen inbouwen dat men kan veranderen van ziekenfonds uiterlijk het kwartaal volgend op de aanvraag.

¹⁴⁵ Opgelet: voor gedetineerden zonder wettige verblijfstitel wordt ook in deze piste de situatie toegelicht in een aparte titel.

¹⁴⁶ Art. 118 Ziekteverzekeringswet.



3.2.2.3 Dekking

Via bovenstaande redenering zal dus ook elke gedetineerde kunnen aansluiten bij de algemene ziekteverzekering.¹⁴⁷ Met betrekking tot de effectieve betaling van geneeskundige verstrekkingen kan er verwezen worden naar wat reeds aangehaald werd bij de uiteenzetting van de eerste piste over de toepassing van de verhoogde tegemoetkoming, de sociale maximumfactuur en inkomensmaximumfactuur en de derdebetalersregeling.

3.2.2.4 Invloed van strafuitvoeringsmodaliteiten

Indien de veroordeelde kan genieten van een strafuitvoeringsmodaliteit, kan de vraag gesteld worden in welke mate de hoedanigheid van voor aanvang van detentie aangehouden moet worden. De veroordeelde zal zich immers terug in de vrije samenleving kunnen begeven, waardoor er een grotere fictie kan ontstaan in vergelijking met de werkelijke situatie van de veroordeelde. Hierbij kan gedacht worden aan de veroordeelde die geniet van een strafuitvoeringsmodaliteit en aan de slag kan als werknemer.¹⁴⁸

Men kan er daarom ook voor opteren om de veroordeelde die geniet van een strafuitvoeringsmodaliteit toch te laten genieten van de volle toepassing van de algemene ziekteverzekering. Hierbij stellen zich echter wel twee moeilijkheden. Allereerst creëert men een situatie waarbij voor veroordeelden met strafuitvoeringsmodaliteiten andere regels worden toegepast dan voor de effectieve gedetineerden. Gezien het feit dat strafuitvoeringsmodaliteiten geschorst kunnen worden of herroepen, zou dit onnodige administratieve werklast met zich mee kunnen brengen. Bovendien brengt niet elke strafuitvoeringsmodaliteit dezelfde mate van vrijheid tot stand, waardoor in het ene geval de veroordeelde zich nog steeds vaak 'in detentie' bevindt, en in het andere geval de veroordeelde volledig buiten de gevangenismuren staat. Wanneer men enkel bij de

effectieve detentie de hoedanigheid wil bevrozen, zou men opnieuw een onderscheid kunnen gaan maken in de verschillende soorten strafuitvoeringsmodaliteiten. Dit komt de coherentie en eenvoud niet ten goede.

3.2.2.5 Invloed van arbeid in detentie

Indien een gedetineerde gevangenisarbeid verricht, zou in principe in geval van bevrozing van de hoedanigheid, dit geen invloed hebben op de verzekeraarbaarheid van de gedetineerde, aangezien de gedetineerde de hoedanigheid behoudt die hij had bij aanvang van de detentie.

Om arbeid in detentie toch te promoten, kan er, zoals reeds gesteld, gedacht worden aan de toekenning van andere socialezekerheidsrechten aan gedetineerden die gevangenisarbeid verrichten. Dit valt echter buiten het bestek van dit onderzoek.

3.2.2.6 Personen zonder wettig verblijf in detentie

Voor personen zonder een wettig verblijf houdt de tweede piste in de meeste gevallen geen wijziging in: de gedetineerde die kan genieten van het systeem DMH, zal dat blijven kunnen doen tijdens de periode van detentie.

Maar wat met personen die een wettig verblijf genoten voor aanvang van detentie en waarbij het wettig verblijf verstrijkt gedurende de detentie (en dus mogelijks de verzekeraarbaarheid via het ziekenfonds)? Een strikte toepassing van het idee van het bevrozen van de hoedanigheid, leidt ertoe dat deze personen geen aanspraak zullen kunnen maken op DMH, maar nog steeds aangesloten kunnen zijn bij het ziekenfonds, indien dat weliswaar een mogelijkheid was net voor de aanvang van de detentie. Indien er immers geen mogelijkheid tot aansluiting bij het ziekenfonds was, maar bijvoorbeeld een buitenlandse verzekering of een privé-verzekering de

¹⁴⁷ Zie voor personen zonder wettig verblijf echter de aparte titel die hierop ingaat. Voor personen met een wettig verblijf, maar zonder de mogelijkheid om aan te sluiten bij de algemene ziekteverzekering wordt er verwezen naar wat hierover reeds gesteld is bij de bespreking van de eerste piste.

¹⁴⁸ Het dient opgemerkt te worden dat indien de veroordeelde een strafuitvoeringsmodaliteit geniet, hij daarom niet per se een bestendige verzekerbare hoedanigheid heeft. Hij kan immers ook periodes van tewerkstelling afwisselen met periodes van werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, etc.



medische kosten dekte, zal er zich een probleem stellen van dekking. Deze verzekeringen hebben immers een einddatum, waardoor de medische kosten in detentie vanaf een bepaald ogenblik niet meer gedekt zullen worden.¹⁴⁹ Er zou in dat geval wel afgesproken kunnen worden dat het systeem van DMH toepassing zal vinden, maar op die manier wordt er afbreuk gedaan aan het principe van het bevriezen van de hoedanigheid (aangezien men uitzonderingen op de regel gaat creëren).

3.2.2.7 Nadelen

De tweede piste lijkt op het eerste zicht een ideale manier om ervoor te zorgen dat de rechten van de gedetineerde zo min mogelijk worden beperkt onder de invloed van detentie.

In de praktijk echter leidt de tweede piste tot situaties waarin de verzekerbare hoedanigheid veraf kan staan van de reële hoedanigheid.¹⁵⁰ Hierdoor moet er gedacht worden aan 'kunstmatige' ingrepen, waardoor men steeds verder afwijkt van de normale toepassing van de regels inzake de algemene ziekteverzekering. Dergelijke constructies vallen dus moeilijker te rijmen met het normaliseringsbeginsel. In de praktijk zal het uiteindelijk ook leiden tot de creatie van dermate veel uitzonderingen op het idee van het bevriezen van de hoedanigheid, waardoor het principe natuurlijk aan kracht zal inboeten.

Verder moet er ook gedacht worden aan de invloed van de tweede piste op de verzekeraar na detentie. Indien de gedetineerde vrijgelaten wordt, zal er een periode van verzekeraar aanbreken waarbij men in het referentiejaar in detentie zat. Gaat men in dat geval nagaan of de bijdragen werden betaald op basis van de minimumbijdrage die vastgesteld werd in dat referentiejaar? Of gaat men nog steeds de bijdragen beoordelen in het

licht van de minimumbijdrage van het referentiejaar waarin de detentie werd aangevangen (aangezien toen de hoedanigheid 'bevroren' werd)?

Tot slot moet opgemerkt worden dat de hoedanigheid bevroren vaak ook een maat voor niets is. Enerzijds is men immers vaak maar voor een korte periode gedetineerd, waardoor men met de normale toepassing van de principes van de algemene ziekteverzekering (zoals beschreven in de eerste piste) dus al een heel eind komt. Anderzijds mag ook niet over het hoofd gezien worden dat velen bij aanvang van detentie niet in orde zijn met hun ziekteverzekering en er daardoor ook geen hoedanigheid (en recht op gezondheidszorg) is die bevroren kan worden.¹⁵¹

3.2.3 Piste 3: Creatie van de hoedanigheid 'verblijvende in gevangenis'

Tot slot kan een derde piste worden voorgelegd, namelijk die van het creëren van een aparte hoedanigheid 'verblijvende in de gevangenis' voor de ziekteverzekering, in artikel 32 eerste lid Ziekteverzekeringswet.

Voor deze piste wordt er dus een nieuwe hoedanigheid ingevoerd op basis waarvan men gerechtigde kan zijn in de algemene ziekteverzekering. Een bijdragebetaling voor deze hoedanigheid moet worden vermeden, aangezien de gedetineerde vaak niet over de nodige financiële middelen zal beschikken om dergelijke bijdrage te betalen.

Het voordeel van deze piste schuilt in de eenduidige aanpak ervan: alle gedetineerden (ook diegenen die gevangenisarbeid verrichten) kunnen immers onder deze categorie geplaatst worden, ook personen zonder wettig verblijf. Vanaf het ogenblik dat de detentie aanvangt, zal de gedetineerde de hoedanigheid 'verblijvende in de gevangenis' verwerven. Een belangrijk gevolg is dat personen ten laste ook worden gedekt: de gedetineerde zal

¹⁴⁹ Hetzelfde vraagstuk duikt op bij personen die een asielaanvraag doen in detentie, waardoor Fedasil in zal staan voor de dekking van medische kosten.

¹⁵⁰ Dit past ook in het licht van het beginsel van beperking van detentieschade, dat stelt dat de gedetineerde geen andere beperkingen van zijn politieke, burgerlijke, sociale, economische of culturele rechten mag ondergaan dan

deze die voortvloeien uit of onlosmakelijk verbonden zijn met de vrijheidsberoving en deze die door of krachtens de wet worden bepaald.

¹⁵¹ Denk hierbij ook aan personen die niet de hoedanigheid van sociaal verzekerde bezitten zonder onwettig te verblijven op het Belgische grondgebied.



immers de gerechtigde zijn van wie de personen ten laste een afgeleid recht verkrijgen. Indien de gedetineerde voor de detentie reeds gerechtigd was op basis waarvan personen ten laste hun recht verkregen, valt dit uiteraard te verdedigen: de personen ten laste worden ook tijdens de detentie van de gerechtigde beschermd. Maar voor personen ten laste van een gedetineerde zonder wettig verblijf, heeft deze nieuwe hoedanigheid wel tot gevolg dat die personen ten laste nu dekking zullen verkrijgen van de algemene ziekteverzekering, waar in de vrije samenleving zij voordien enkel konden terugvallen op het systeem DMH. Op die manier wordt een ongelijkheid gecreëerd tussen personen ten laste van een persoon zonder wettig verblijf die niet gedetineerd is (zij vallen terug op het systeem DMH) en de personen ten laste van een persoon zonder wettig verblijf die wel gedetineerd is (zij zouden gedekt kunnen worden door de algemene ziekteverzekering).

Een mogelijkheid zou zijn om een onderscheid te maken in de gevolgen van de hoedanigheid van verblijvende in de gevangenis, al naargelang de gedetineerde al dan niet beschikt over geldige verblijfstitel, maar op die manier wordt natuurlijk afbreuk gedaan aan het grote voordeel van de nieuwe hoedanigheid, namelijk de eenduidige aanpak.

Naast de gevolgen voor personen ten laste, zijn er ook andere moeilijkheden vast te stellen in de derde piste.

Allereerst worden vele personen enkel voor een korte periode gedetineerd. Zoals reeds gezegd zal bijvoorbeeld een recht op gezondheidszorg dat men opent op basis van een hoedanigheid die in de loop van 2016 wordt verworven, blijven gelden tot het einde van 2017. Nadien kan het recht telkens behouden worden voor een extra periode van 1 jaar indien er voldaan is aan de dubbele voorwaarde. Voor korte periodes van detentie stelt er zich dus vaak geen noodzaak aan een nieuwe hoedanigheid aangezien de verzekeraar op basis van de hoedanigheid van voor de detentie doorloopt.

Ten tweede zal de hoedanigheid van verblijvende in de gevangenis problematisch worden bij gedetineerden die kunnen genieten van strafuitvoeringsmodaliteiten. In welke mate wordt iemand onder een bepaalde strafuitvoeringsmodaliteit nog beschouwd als 'verblijvende in de gevangenis'? Is men enkel verblijvende in de gevangenis indien men

effectief in de gevangenis verblijft? Onderscheid maken tussen de situaties waarin de gedetineerde werkelijk in de gevangenis verblijft, en de situaties waarin hij zich buiten de gevangenis bevindt, zal opnieuw betekenen dat men inboet aan een consistente en eenduidige aanpak. Men kan wel eenvoudig verhelpen aan dit tweede probleem door 'verblijvende in de gevangenis' gelijk te stellen aan 'ingeschreven op de rol'. Op die manier worden zowel gedetineerden met als zonder strafuitvoeringsmodaliteit gedekt.

Ten derde is deze piste mogelijk moeilijker te verdedigen ten opzichte van de maatschappij. Er zijn immers ook andere situaties te bedenken, waarvoor er gedacht kan worden aan de invoering van een nieuwe hoedanigheid binnen de algemene ziekteverzekering. Zo zou men bijvoorbeeld voor vrijwilligers of personen die werken binnen de deeleconomie ook kunnen denken aan een aparte hoedanigheid, met daaraan gekoppeld een specifieke minimumbijdrage. Tot op heden bestaan er voor deze situaties echter ook geen aparte hoedanigheden en wordt er dus gewerkt met de reeds bestaande mogelijke hoedanigheden die het recht op ziekteverzekering openen. Een aparte aanpak voor gedetineerden kan leiden tot een verkeerde maatschappelijke perceptie.

Ten vierde vormt het normaliseringsbeginsel misschien wel het grootste obstakel voor deze derde piste. Het creëren van een nieuwe hoedanigheid weerspiegelt niet het idee dat men moet trachten om binnen de gevangenis situaties tot stand te brengen die, behoudens het feit dat men van zijn vrijheid beroofd is, zoveel mogelijk moeten overeenstemmen met situaties in de buitenwereld. Werken met de reeds bestaande hoedanigheden binnen de algemene ziekteverzekering voor gedetineerden houdt een betere uitvoering van het normaliseringsbeginsel in.



3.3 Suggestie met betrekking tot de 3 pistes

Aangezien hierboven uiteengezet wordt waarom de derde piste niet de voorkeur verdient, moet een afweging gemaakt worden tussen de eerste piste (volle toepassing algemene ziekteverzekering) en de tweede piste (bevrozen van de hoedanigheid bij aanvang van detentie).

Deze twee pistes steunen in principe op hetzelfde idee: de regels van de algemene ziekteverzekering zullen toepassing vinden. Echter wordt bij de eerste piste gekeken naar de werkelijke hoedanigheid die de gedetineerde aanneemt, terwijl de tweede piste steunt op de hoedanigheid die de gedetineerde bezat net voor aanvang van de detentie.

Zoals hierboven beschreven steunt de tweede piste voor een belangrijk deel op het idee dat de gedetineerde die wettig in België verblijft een verzekerbare hoedanigheid heeft bij aanvang van detentie en in orde is met zijn ziekteverzekering. In de praktijk is dat echter niet zo: het is bijvoorbeeld mogelijk dat de gedetineerde wel de hoedanigheid van ingezetene heeft (indien hij ingeschreven is in het rijksregister der natuurlijke personen), maar dat hij bijvoorbeeld niet meer ingeschreven bij een ziekenfonds. Problemen met de ziekteverzekering die zich reeds voor de detentie aandienden, mogen dus niet vergeten worden.

Daarnaast zal de tweede piste in de praktijk ook vaak tot juridische constructies leiden die veraf staan van de werkelijke situatie van de gedetineerde. Zo zal een werknemer die gedetineerd wordt, en daardoor die hoedanigheid verliest, in de praktijk geen werknemer kunnen zijn tijdens de detentie en bijgevolg ook de bijdragen gekoppeld aan die hoedanigheid niet meer kunnen betalen. Er kan dan gekozen worden voor een gelijkstelling van de periode van detentie met een periode van voldoende minimumbijdrage, zodat de gedetineerde toch als werknemer verzekerd

blijft. Dergelijke aanpak is echter in vele gevallen vaak overbodig, aangezien er gewerkt kan worden met de hoedanigheid van gerechtigde op basis van de inschrijving in het rijksregister. Indien men voor gedetineerden een vrijstelling van bijdrage inschrijft voor de verzekering op basis van de hoedanigheid van ingezetene (vanuit een vermoeden van onvoldoende inkomen), zullen gedetineerden tijdens de periode van detentie relatief eenvoudig verzekerd kunnen blijven. Een ander voorbeeld van een onnodige constructie op basis van de tweede piste is de situatie van een gedetineerde die bij aanvang van detentie als persoon ten laste verzekerd was. Indien tijdens de detentie de gerechtigde wegvalt, zou volgens de tweede piste de hoedanigheid ten laste aangehouden moeten worden, hoewel dit een fictie is en de gedetineerde op dezelfde manier verzekerd zou kunnen zijn onder de hoedanigheid van ingezetene.

Tot slot stelt de tweede piste ook moeilijkheden indien de hoedanigheid wordt behouden van personen die net voor de aanvang van detentie nog een wettig verblijfsrecht genoten en op basis daarvan misschien zelfs verzekerd konden zijn via de algemene ziekteverzekering. Indien tijdens de detentie dat wettig verblijf zal aflopen, dienen zij bijgevolg in feite terug te vallen op het systeem DMH.

Aangezien door het wegvallen van de dekking door de FOD Justitie, de verzekering op basis van de hoedanigheid van ingezetene een mogelijkheid zal vormen voor het overgrote deel van de gedetineerden, is het behoud van de hoedanigheid voor aanvang van detentie dus in vele gevallen overbodig. Waar de gedetineerde niet zal kunnen aansluiten bij de algemene ziekteverzekering, wegens het ontbreken van een geldige verblijfstitel, zal de toepassing van het systeem DHM een uitweg bieden.¹⁵² Op die manier (piste 1) wordt ook sterke uitwerking gegeven aan het

¹⁵² Opgelet: er is een politieke tendens om te sleutelen aan de omschrijving 'dringende medische hulp'. Indien men effectief een andere zorg aanbiedt in het kader van het systeem DMH, ontstaat er in de gevangenissen een verschil in behandeling tussen gedetineerden die terugbetaling krijgen via het RIZIV en gedetineerden die onder het systeem DMH vallen. Dit moet vermeden worden.



normaliseringsbeginsel, aangezien in detentie dezelfde principes toegepast worden als in de vrije samenleving.

Het dient daarbij opgemerkt te worden dat de eerste piste eigenlijk deels een uitvoering is van de derde piste. In de eerste piste creëert men immers ook een categorie 'personen in detentie', weliswaar niet als een afzonderlijke verzekerbare hoedanigheid, maar als een categorie van personen die vrijgesteld zijn van de persoonlijke bijdrage die gekoppeld is aan de hoedanigheid van ingezetene. Het voordeel van de eerste piste is dus dat personen in detentie een te onderscheiden categorie zullen uitmaken, zonder dat er echter afbreuk wordt gedaan aan de bestaande opdeling in hoedanigheden van de algemene ziekteverzekering en met een verminderd risico op een foute maatschappelijke perceptie.

Om de eerste piste in te voeren dienen alvast volgende acties ondernomen te worden:

- artikel 5 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de Ziekteverzekeringswet schrappen;
- in artikel 290 Ziekteverzekeringsbesluit invoeren dat de periode van detentie ook gelijkgesteld wordt met een periode van voldoende minimumbijdrage;
- beslissen of en hoe het lidgeld van gedetineerden voor de aansluiting bij een ziekenfonds betaald dient te worden of beslissen dat de gedetineerden dienen aan te sluiten bij de HZIV;
- beslissen over het al dan niet betalen van de persoonlijke bijdrage die gekoppeld is aan de hoedanigheid van ingezetene;
- beslissen of de derdebetalersregeling verplicht dient te worden toegepast in detentie (en deze verplichting dan inschrijven in het koninklijk besluit van 18 september 2015 betreffende de derdebetalersregeling);
- beslissen hoe het remgeld in geval van detentie betaald moet worden;
- nagaan hoe bij aanvang van de detentie de nodige elementen voor het opstellen van een medische kaart in het kader van het systeem DMH

kunnen worden nagegaan (bijvoorbeeld bij het eerste verplichte doktersbezoek dat plaatsvindt binnen de 24 uren).

3.4 Algemene suggesties

Tot slot worden enkele algemene suggesties gedaan inzake de verzekeraarbaarheid van gedetineerden.

- In het kader van de ziekteverzekering is het cruciaal dat de gedetineerde zijn inschrijving in het rijksregister der natuurlijke personen kan behouden. De sociale diensten van de gevangenissen moeten helpen te voorkomen dat gedetineerden ambtelijk geschrapt worden, maar ook steden en gemeenten moeten hiervoor aandachtig zijn.
- De verzekeraarbaarheid van gedetineerden is sterk afhankelijk van een goede communicatie tussen verschillende diensten: de ziekenfondsen moeten zicht hebben op wanneer de detentie aanvangt en wanneer die eindigt. De privacy van de gedetineerde wordt soms geopperd als bezwaar voor een goede communicatie, maar er dient aan herinnerd te worden dat de ziekenfondsen reeds over zeer gevoelige informatie beschikken en ook gebonden zijn door de geheimhoudingsplicht.
- Om zo min mogelijk verwarring en administratieve kosten te creëren, verkiest men best een eenduidige aanpak binnen de verschillende strafuitvoeringsmodaliteiten. In het beste geval loopt deze regeling zelfs volledig gelijk met de regeling voor de periode van effectieve detentie, aangezien strafuitvoeringsmodaliteiten geschorst of herroepen kunnen worden. Werken op basis van de inschrijving van de gedetineerde op de rol gevangenis kan hierbij helpen.
- Bij aanpassingen aan de (mogelijkheid tot) ziekteverzekering van gedetineerden (en bij uitbreiding ook aan het sociaal statuut van gedetineerden) blijft men best weg van omzendbrieven en collectieve brieven. Men kan immers in twijfel trekken of dergelijke initiatieven het recht op gezondheid en toegang tot gezondheidsverstrekkingen dermate mogen beperken.



- Naast de situatie in de gevangenissen mag men ook niet uit het oog verliezen dat er andere 'kleinere' systemen zijn waar de dekking van medische kosten op een afwijkende manier geregeld wordt (bijvoorbeeld wanneer een persoon vanuit de gevangenis in afwachting van zijn uitwijzing naar een gesloten centrum wordt gestuurd, waar de DVZ instaat voor zijn medische kosten). Een eenduidige aanpak over alle systemen is aangewezen.
- Gevangenisarbeid promoten dient een belangrijke rol te spelen in de verdere uitwerking van rechten voor gedetineerden. Niet enkel geeft dit invulling aan het normaliseringsbeginsel, ook gaat het in tegen de maatschappelijke perceptie dat het leven in de gevangenis 'te gemakkelijk' is. Het koppelen van andere socialezekerheidsrechten aan gevangenisarbeid kan een belangrijke stimulans zijn.



APPENDIX 1. SCHEMATISCH OVERZICHT HUIDIGE WETGEVING

