

In december 2019 stelde het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting zijn tiende tweejaarlijkse verslag 'Duurzaamheid en armoede' voor. Het verslag gaat dieper in op de plaats van mensen in armoede in het debat over het beleid inzake klimaat en duurzame ontwikkeling.

Het verslag kwam tot stand op basis van overleg met mensen in armoede en hun verenigingen en diverse andere actoren. Het is een van de manieren waarop het Steunpunt tot bestrijding van armoede - een onafhankelijke en interfederale publieke instelling - zijn opdracht uitvoert om de effectiviteit van de uitoefening van mensenrechten in armoedesituaties te evalueren.

Voor ons gezondheidsdossier publiceren wij hier een fragment uit de paragraaf over gezondheidszorg in het verslag (onder Hoofdstuk II - Strijden voor duurzaamheid is strijden tegen ongelijkheden). Behalve de ongelijkheden in de toegang tot gezondheidszorg, worden in het verslag ook de ongelijkheden in de toegang tot natuur, energie, water, duurzame voeding en consumptie, werk en mobiliteit aangekaart. Elk van deze punten verwijst naar een of meerdere SSG's – Sustainable Development Goals of Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen – van de Verenigde Naties, die als kader werden gebruikt tijdens het denkproces over het verband tussen duurzaamheid en armoede. Aangezien de ruimte beperkt is, konden we helaas niet de volledige paragraaf over gezondheid overnemen en de eindnoten behouden. We verwijzen de lezer dus naar de volledige studie op [www.armoedebestrijding.be](http://www.armoedebestrijding.be).



## STEUNPUNT TOT BESTRIJDING VAN ARMOEDE, BESTAANSONZEKERHEID EN SOCIALE UITSLUITING

Het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting evalueert de effectiviteit van de grondrechten van personen die in moeilijke sociaal-economische omstandigheden leven: recht op een degelijke huisvesting, recht op energie, recht op de bescherming van het gezinsleven, recht op sociale bescherming, recht op de bescherming van de gezondheid, ...

Hiervoor organiseert het Steunpunt diepgaand overleg tussen de verenigingen waar armen het woord voeren, de OCMW's, de sociale partners, de beroepskrachten in de verschillende sectoren, de administraties, ... Op basis van deze werkzaamheden formuleert het aanbevelingen ten aanzien van de beleidsverantwoordelijken in ons land om de voorwaarden tot uitoefening van de grondrechten te herstellen. Deze aanbevelingen vormen het voorwerp van debat in alle regeringen en parlementen, alsook in de adviesorganen.

Het Steunpunt werd als middel in de strijd tegen armoede opgericht door de federale overheid, gemeenschappen en gewesten op basis van een samenwerkingsakkoord dat is ondertekend door alle regeringen en goedgekeurd door alle parlementen.

# TOEGANG TOT CONTINUE GEZONDHEIDSZORG VOOR MENSEN IN ARMOEDE

“We weten dat het effect van de vervuiling op de gezondheid multifactorieel is, bovenop de andere factoren met gezondheidseffect. Het effect van de vervuiling voor mensen in armoede is bovendien nog groter gezien de ongelijke toegang tot gezondheidszorg. Bij het minste longprobleem zal een bemiddeld persoon een dokterscontrole hebben, adviezen krijgen, een weekje in de natuur doorbrengen, enzovoort. Mensen in armoede betalen een veel hogere prijs.”

Mensen in armoede verbinden duurzaamheid met een gezond leven op een gezonde planeet. *“Zich dagelijks uit de slag trekken om te overleven, is dat geen strijd voor het leven, en dus voor de gezondheid?”* Mensen in armoede hebben echter, omwille van hun moeilijke sociaal-economische leefsituatie, een hogere kans op een slechte gezondheid dan mensen die in betere omstandigheden leven. Daarnaast hebben klimaat- en milieuveranderingen een grotere impact op hun gezondheid en welzijn.

Bovendien hebben ze nog meer te lijden onder de gevolgen van deze sociale en milieuongelijkheden, omdat ze geen gelijke toegang hebben tot gezondheidszorg.

Het recht op bescherming van de gezondheid is in verschillende internationale rechtsinstrumenten en verdragen vastgelegd, waarnaar ook SDG 3 ‘Verzekeren een goede gezondheid en promoten welzijn voor alle leeftijden’ verwijst. Hoewel de sociale gezondheidsongelijkheden in Europa slechts gemiddeld voor 10 % door de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg worden verklaard, leggen we er in dit punt de focus op. Voor mensen in armoede blijft het immers een groot probleem met uitstel of afstel van zorg als gevolg. De redenen hiervoor zijn divers en nog steeds te talrijk terwijl de evoluties voor de toekomst zorgwekkend lijken. We geven hier de accenten weer die tijdens het overleg gelegd werden en pleiten ervoor om duurzaam te investeren in gezondheid door de continuïteit van de zorg te garanderen.

*“Het is de toegang tot gezondheid die belangrijk is, met daarin een toegang tot zorg en medicatie. Deze toegang is voor veel mensen nog erg moeilijk. Wat bepalend is voor een situatie van armoede, is de maatschappelijke context. Enkel door het aanpakken van die sociale ongelijkheden kom je tot een gelijkheid inzake de bescherming van de gezondheid; die ongelijkheden bestaan lang voordat de vraag zich stelt van een gelijke toegang tot de gezondheidszorg.”*

## GEZONDHEIDSZORG IS DUUR

### (Sociale) Derdebetalersregeling

Uit het overleg bleek dat de kostprijs een van de grootste drempels is en blijft voor mensen in armoede om toegang te hebben tot de gezondheidszorg. De regel is dat patiënten hun bezoek bij de dokter eerst betalen voordat ze een gedeelte ervan terugbetaald krijgen via hun ziekenfonds (verzekeringsinstelling of mutualiteit).

Zo betalen ze uiteindelijk alleen het remgeld. Voor mensen met een beperkt inkomen is het echter vaak onoverkomelijk de doktersrekening ‘voor te schieten’. Net zoals het een probleem vormt dat sommige huisartsen een extra visite aanrekenen voor het aanmaken van een medisch dossier. Al deze extra kosten zijn extra drempels. De sociale derdebetalersregeling, waarbij de patiënt onmiddellijk alleen het remgeld betaalt, komt hieraan tegemoet. Maar niet alle zorgverstrekkers moeten deze sociale derdebetalersregeling toepassen en slechts bepaalde categorieën rechthebbenden kunnen ervan genieten. Een vertegenwoordiger van een overheidsadministratie erkende dat *“er een gezondheidszorg op twee snelheden bestaat: vele zorg wordt niet of onvoldoende terugbetaald. Zo is de derdebetalersregeling verplicht voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming, maar alleen bij de huisarts. Het betekent dus geen oplossing wanneer de huisarts doorverwijst naar een specialist.”* Verschillende actoren, zowel uit de armoedebestrijding als de gezondheidszorg, ijveren al langer voor een veralgemening van de derdebetalersregeling. Op de spoedafdelingen van ziekenhuizen wordt de algemene derdebetalersregeling reeds toegepast. Het remgeld moet daarenboven niet onmiddellijk betaald worden maar pas nadat men een factuur heeft ontvangen.

Voor een kwetsbare groep mensen kan dit een reden zijn om eerder naar een spoedgevallendienst te gaan dan naar de huisarts (zie verder). Hun betalingsprobleem wordt op deze manier echter alleen maar uitgesteld.

### Verhoogde Tegemoetkoming

Mensen die een leefloon, Inkomensgarantie voor Ouderen (IGO) of een toelage voor personen met een handicap ontvangen of die tot een welbepaalde categorie horen, hebben automatisch recht op de Verhoogde Tegemoetkoming (VT).

Dit wil zeggen dat ze bij een medische raadpleging een lager remgeld betalen. Ook mensen wiens gezinsinkomen onder een jaarlijks grensbedrag ligt, kunnen recht hebben op een VT, indien ze daartoe een aanvraag indienen. Toch kan niet iedereen die aan de gestelde voorwaarden voldoet effectief van de VT genieten. Verenigingen waar armen het woord nemen stellen vast dat er nog steeds mensen zijn die van deze tegemoetkoming niet op de hoogte zijn, die niet weten hoe ze deze moeten bekomen of voor wie de procedures te complex zijn.

Sinds 2014 zijn er maatregelen genomen om deze non-take-up te bestrijden, onder andere de 'proactieve flux' of gegevensuitwisseling. De fiscale administratie bezorgde de verzekeringsinstellingen een lijst van personen die mogelijks in aanmerking komen voor de VT. Deze instellingen contacteerden op hun beurt de potentieel rechthebbenden om het recht eventueel toe te kennen. Het aantal mensen met een VT is hierdoor toegenomen. In Vlaanderen bereikte de Christelijke Mutualiteit dankzij de nieuwe manier van werken drie keer meer rechthebbenden dan voordien. Cijfers van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV tonen aan dat voor 19 % van de gecontacteerde verzekerden het recht werd geopend. Dit is belangrijk omdat de VT ook deuren opent voor andere sociale voordelen (bijvoorbeeld vermindering voor openbaar vervoer, sociaal verwarmingsfonds, lagere zorgpremie voor de Vlaamse Sociale Bescherming). Bovendien leidt de VT – lagere remgelden in combinatie met de sociale derde betaler - tot een betere toegankelijkheid van de huisarts. De 'proactieve flux' was echter een eenmalige oefening. Ondertussen wordt er gewerkt aan een ontwerp van Koninklijk Besluit (KB) om de proactieve flux te bestendigen.

### Generieke geneesmiddelen

*"Een doktersbezoek wordt minder duur, maar de medicijnen die men voorschrijft kunnen we niet betalen."*

Voor mensen in armoede is medicatie erg duur en vaak een reden om ze niet te nemen. Zo komt de continuïteit van hun zorgtraject in gevaar, met alle mogelijke gevolgen van dien. Leden van verenigingen waar armen het woord nemen vragen zich af waarom dokters niet vaker staaltjes van medicijnen meegeven aan patiënten die het moeilijk hebben. Het is geen structurele oplossing, maar kan soms het verschil maken.

Gezondheidsorganisaties wijzen daarnaast op de specifieke situatie van dak- en thuislozen en de moeilijkheden die ze hebben om medicatie tijdig, correct en in hygiënische omstandigheden te nemen.

Ze bekritisieren dat deze kwetsbare patiënten soms uit het ziekenhuis worden ontslagen zonder extra medicatie mee te krijgen waarmee ze enkele dagen verder kunnen.

Tijdens het overleg wordt ook vastgesteld dat generieke geneesmiddelen te weinig worden aangeboden. Mensen moeten er zelf om vragen bij de dokter of de apotheek, maar niet iedereen doet of durft dat of weet dat dat kan. *"Dokters zouden automatisch de goedkopere medicijnen, de witte producten, moeten voorschrijven."* Uit onderzoek van de Onafhankelijke Ziekenfondsen blijkt dat, ondanks een lichte vooruitgang sinds de invoering van nieuwe maatregelen rond goedkope geneesmiddelen, er nog veel te vaak merkgeneesmiddelen worden voorgeschreven terwijl er goedkopere alternatieven van dezelfde kwaliteit voorhanden zijn. Leden van verenigingen waar armen het woord nemen lieten ook verstaan dat medicatie hen niet steeds verder helpt. *"Sommige artsen hebben de neiging om uit gemakzucht veel medicatie voor te schrijven die de mensen eigenlijk niet helpen, maar wel verarmen. Veel medicijnen nemen is slecht voor de gezondheid en de portemonnee."*

Daarnaast werd tijdens het overleg de groeiende macht van de farmaceutische industrie aan de kaak gesteld omdat die onredelijke winst maakt ten nadele van individuele patiënten en het publieke gezondheidszorgsysteem. *"De farmaceutische industrie ontwikkelt medicijnen die ze voor een torenhoge prijs verkoopt, waardoor ze financieel onbereikbaar worden voor de meest kwetsbare mensen."* Verschillende organisaties zoals Test Aankoop, Dokters van de Wereld, de ziekenfondsen en patiëntenorganisaties ijveren al langer voor eerlijkere prijzen van geneesmiddelen.

Ze klagen aan dat de burger twee keer betaalt voor geneesmiddelen. Een eerste keer via de belastingen; hiermee wordt onder andere universitair onderzoek en ontwikkeling gefinancierd waarop de farmaceutische bedrijven verder werken. Een tweede keer via de sociale bijdragen aan de sociale zekerheid; hiermee wordt een deel van de kostprijs van medicatie aan patiënten terugbetaald. Deelnemers aan het overleg vonden dat *"de farmaceutische industrie, die miljarden winst maakt op de kap van zieke mensen, verplicht moet worden om deze winst te investeren in gezondheidszorg."*

### Wijkgezondheidscentra

*"Ik heb me een jaar lang niet verzorgd terwijl ik eigenlijk niet goed was. Dan, op een dag, kwam ik een dokter van het wijkgezondheidscentrum tegen, die ik kende. Hij zei me: Kom naar het wijkgezondheidscentrum, het zal je niks kosten."*

De wijkgezondheidscentra werken volgens een forfaitair systeem waardoor de patiënt geen remgeld moet betalen wanneer hij een dokter raadpleegt. Vele mensen in armoede hebben goede ervaringen met deze centra en niet alleen omdat ze er niet hoeven te betalen. Ze zijn lokaal ingebed en hebben

oog voor de leefomstandigheden van de bezoekers, het onthaal en de sfeer zijn heel laagdrempelig, er zijn zorgverstrekkers van verschillende disciplines aanwezig zodat de zorg integraal en multidisciplinair kan worden aangepakt, patiënten worden herinnerd aan hun afspraak, mensen worden ingeschreven in een gezondheidsnetwerk waarin hun gegevens worden gedeeld, er wordt ook preventief gewerkt rond bijvoorbeeld voeding en beweging. Voor de wijkgezondheidscentra gaat gezondheid over meer dan niet ziek zijn, het gaat over huisvesting, werk, buurt en omgeving ... Omdat gezondheid hand in hand gaat met het klimaat, ondersteunen de wijkgezondheidscentra ook de klimaatacties.

## Gezondheidszorgschulden

Voor vele mensen weegt de kost van gezondheidszorg zo zwaar dat ze gezondheidszorgschulden maken. Mensen die in 2015 in Vlaanderen ondersteuning ontvingen bij het aanpakken van schulden of budgetproblemen kampten in de eerste plaats met energieschulden (59,82 %), gevolgd door gezondheidszorgschulden (51,42 %). In 53 % van de dossiers behandeld door de diensten schuldbemiddeling in Wallonië in 2017 was er sprake van gezondheidszorgschulden, in het bijzonder ziekenhuisrekeningen. Door deze schulden komen mensen vaak in een vicieuze cirkel terecht: ze worden angstig, gestresseerd of depressief omdat ze hun schulden niet kunnen betalen, ze stellen noodzakelijke zorg uit, enzovoort. Bovendien kunnen ze ook gestigmatiseerd worden. Iemand uit een vereniging waar armen het woord nemen klaagde aan dat *“wanneer je een afbetalingsplan hebt voor een ziekenhuisfactuur daarop vermeld staat dat je een wanbetaler bent, terwijl je gewoon in schijven betaalt.”* Daarnaast wees een deelnemer werkzaam bij een mutualiteit op de rol van gerechtsdeurwaarders bij de invordering van schulden. Hun praktijken moeten worden gecontroleerd, vooral als het gaat om gezondheidszorgkosten of ziekenhuisrekeningen.

Daarbovenop hekelt het Netwerk tegen Armoede het stijgend aantal incassobureaus dat wordt ingeschakeld, ook door ziekenhuizen. Deze zouden nog dichter bij hun patiënten moeten staan om betalingsproblemen te kunnen bespreken. Uit een enquête van Zorgnet-Icuro bij de Vlaamse ziekenhuizen blijkt inderdaad dat een preventieve en proactieve aanpak - *“een goede begeleiding door de sociale diensten, het betrekken van het OCMW, én het actief informeren van de patiënt over de kostprijs van zijn behandeling”* - het aantal onbetaalde facturen doet dalen.

## NIET IEDEREEN EN NIET ALLES IS VERZEKERD

*“Mensen in armoede kunnen zich nooit op een duurzame wijze verzorgen. Ofwel doen ze een beroep op de spoedafdeling, ofwel gaan ze naar het OCMW voor een medische kaart om naar een dokter te kunnen gaan. Voor de allerarmsten hangt de toegang*

*tot zorg af van sociale diensten; zij hebben geen toegang zoals andere burgers.”*

## Inschrijving bij mutualiteit

De terugbetalingen en sociale tegemoetkomingen van gezondheidszorgkosten waarvan hierboven sprake zijn een onderdeel van de verplichte ziekteverzekering. In theorie kent België geen probleem met de toegang tot gezondheidszorg. De verplichte ziekteverzekering is, sinds de hervorming van 1998, immers vrijwel universeel en dekt 99 % van de bevolking. Volgens de Euro Health Consumer Index 2018, die de gezondheidszorgsystemen van 35 Europese landen sinds 2005 vergelijkt, staat België dan ook op de 5de plaats. In realiteit kan echter niet iedereen al zijn rechten realiseren (bijvoorbeeld op de VT), ondanks het feit dat ze verzekerd zijn. Bovendien is niet iedereen in orde met de verplichte ziekteverzekering.

Om verzekerd te zijn, moet iedereen zich inschrijven bij een ziekenfonds naar keuze. Deze inschrijving is gratis bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) omdat deze geen aanvullende diensten aanbiedt. De HZIV laat - met akkoord van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) - soms toe dat het OCMW cliënten inschrijft in hun naam om het hen administratief makkelijker te maken. De andere mutualiteiten vragen een bijkomende ledenbijdrage in ruil voor extra diensten. Wanneer mensen hun sociale of ledenbijdragen niet kunnen betalen of wanneer ze administratief niet in orde zijn, kunnen ze worden uitgesloten van de verplichte verzekering. In dit geval kunnen ze zich wenden tot het OCMW of de Dienst Maatschappelijk Werk van de mutualiteit om zich (opnieuw) in orde te brengen. Verenigingen waar armen het woord nemen stellen echter vast dat vele mensen dit niet weten, wat leidt tot non-takeup. Een beroepskracht uit de gezondheidssector bevestigde tijdens het overleg de ernst van dit probleem. Ze voegde eraan toe dat mutualiteiten die mensen in orde willen brengen hiervoor hun ledenbijdragen moeten aanspreken omdat de werkingsmiddelen van de overheid ontoereikend zijn? *“Zowel de mensen zelf als verschillende organisaties weten te weinig over de mogelijkheden om mensen zonder ziekteverzekering toch in orde te brengen. De mutualiteiten beschikken over minder middelen en personeel om mensen in orde te stellen met hun verzekering. Wanneer mensen niet verzekerd zijn, hebben ze ook geen recht op de derdebetalersregeling en dat is een groot probleem.”* Daarnaast proberen ook andere organisaties, zoals Dokters van de Wereld, mensen die om allerlei redenen moeilijk toegang hebben tot zorg te (her)integreren in het Belgische zorgsysteem.

## Dringende medische hulp

Mensen zonder wettig verblijf, die dus niet zijn ingeschreven in het Rijksregister, hebben geen toegang tot de verplichte ziekteverzekering. Voor hen is de toegang tot gezondheidszorg beperkt tot de dringende medische hulp (DMH) van het OCMW. In de

praktijk wordt toegang tot DMH door allerlei factoren bemoeilijkt door de drempel om naar het OCMW te stappen, door de diversiteit aan interpretaties van DMH waardoor mensen niet geholpen worden wanneer ze geen dringend of levensbedreigend probleem hebben, door de discretionaire ruimte die OCMW's en sociaal werkers zich toemeten om te werken met medische kaarten of conventies, door de eigen middelen waarover OCMW's al dan niet

beschikken om tussen te komen in medische of farmaceutische kosten die niet kunnen worden teruggevorderd van de federale overheid.

Bovendien gaan er stemmen op om de controle op de dringende medische hulp aan mensen in illegaal verblijf nog te verscherpen.

Een ervaringsdeskundige verbonden aan een federale administratie deelde tijdens het overleg mee dat er werk wordt gemaakt van de uitwisseling van goede praktijken tussen de OCMW's. Zo kent het OCMW van Brussel medische kaarten toe die één tot drie maanden geldig en hernieuwbaar zijn. Het OCMW van Luik sensibiliseert zijn cliënten om jaarlijks preventief een medische check-up te laten doen. Een lid van een vereniging waar armen het woord nemen, die thuisloos is, bracht de 0,5de lijn ter sprake, een intermediaire zorglijn die primaire gezondheidszorg aanbieden aan kwetsbare populaties met als doel die patiënten opnieuw in de traditionele eerste lijn te integreren. *"Ik word altijd goed verzorgd bij mijn dokter, ook bij SAMU Social. Ik betaal niet voor de zorg die ik krijg omdat ik geen geld heb. Ik heb geen medische kaart gekregen van het OCMW terwijl ik ze wel heb aangevraagd."*

### Dekking van prestaties en medicatie

Deelnemers aan het overleg halen aan dat de dekking voor medicijnen, tandheelkundige zorg, geestelijke gezondheidszorg en andere diensten door de verplichte ziekteverzekering onvoldoende is. *"De terugbetaling van vele medicijnen wordt teruggeschroefd omdat ze als 'comfort' worden beschouwd, met als gevolg dat we ze zeker niet kunnen betalen."* *"Mensen met geestelijke problemen door stress komen te vaak in de psychiatrie terecht. Hun problemen kunnen daar echter niet opgelost worden. Ze zouden een beroep moeten kunnen doen op een psycholoog of terecht moeten kunnen in een huis voor geestelijke gezondheidszorg, maar dat wordt niet terugbetaald."* Gezondheidsorganisaties wijzen erop dat ook mensen die niet in armoede leven meer en meer zorg uitstellen, bijvoorbeeld tandzorg, omdat het niet wordt terugbetaald en dus financieel niet haalbaar is.

### DE AFSTAND TOT GEPASTE ZORG IS GROOT

*"Dokters en ook apothekers zijn steeds minder toegankelijk, zeker 's nachts en in het weekend. Om naar de apotheker van wacht te gaan, moet je soms 15 km rijden en na 20u is er geen vervoer meer. Soms wordt*

*er transport georganiseerd, maar daar is een extra kostprijs aan verbonden. Het gevolg is dat mensen misbruik maken van de spoedgevallendienst."*

### Toegang tot zorgverstrekkers

Verenigingen waar armen het woord nemen wijzen erop dat hun leden niet steeds een (geconventioneerde) huisarts in de buurt vinden of één die gemakkelijk bereikbaar is met het openbaar vervoer, dat artsen steeds minder huisbezoeken afleggen zonder alternatief voor mensen met mobiliteitsproblemen, dat er wachtlijsten zijn om een afspraak bij een specialist te maken enzovoort. Tijdens een overlegbijeenkomst in de Duitstalige Gemeenschap met administraties en betrokken terreinactoren werd deze vaststelling bevestigd en had ze een specifieke oorzaak. *"In de Duitstalige Gemeenschap is het bijzonder moeilijk een dokter of een specialist te vinden. Vele zorgverstrekkers (ook verpleegkundigen) gaan in het Groot Hertogdom Luxemburg werken omdat ze daar beter verloond worden. Ook in ziekenhuizen en rusthuizen is er een gebrek aan personeel."* In haar rapport 2019 over de performantie van het Belgisch gezondheidsstelsel vraagt het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) aandacht voor de beschikbaarheid van gekwalificeerd medisch personeel om de toegang tot gezondheidszorg te garanderen: het aantal geconventioneerde praktiserende artsen (vooral huisartsen en gynaecologen) en tandartsen, de ratio patiënten-verpleegkundige in de ziekenhuizen, de wachttijd voor een afspraak met een specialist.

### Toegang tot ziekenhuizen

Tijdens het overleg verklaarden mensen in armoede naar de spoeddienst te gaan voor medische hulp omdat ze de dokter niet konden betalen, geen vaste huisarts hadden of geen afspraak konden maken bij een specialist. Wie lager op de sociale ladder staat, maakt inderdaad vaker gebruik van de spoeddiens-ten dan wie hoger op die ladder staat. Er spelen vele factoren een rol in de keuze van de patiënt voor een bezoek aan de spoeddienst of de huisarts. Zo doen de Brusselaars onder meer vaker een beroep op de spoeddienst omwille van het grotere lokale aanbod spoeddiens-ten per inwoner. Deze geografische nabijheid in combinatie met een lagere beschikbaarheid van artsen zorgt ervoor dat de tweedelijnszorg de rol van eerstelijnszorg moet spelen. Een gezondheidswerker merkte tijdens een overlegbijeenkomst echter op dat het ziekenhuis de eerste lijn niet kan vervangen. *"Op de spoeddienst van een ziekenhuis wordt geen bijzondere aandacht besteed aan de psychosociale aspecten van patiënten. Hoe kan in deze omstandigheden een vertrouwensrelatie met mensen in armoede worden opgebouwd en een kwaliteitsvolle zorg worden gegarandeerd?"*

In het algemeen blijft de toegang tot het ziekenhuis voor mensen in armoede erg moeilijk. Soms wordt hen zorg, zelfs eerste hulp, ontzegd. Tijdens het overleg vertelden deelnemers uit verenigingen waar armen het woord nemen dat ziekenhuizen eerst naar

het OCMW bellen om te horen of er financiële middelen zijn voor de betaling van de factuur vooraleer iemand te helpen. Of dat een ziekenhuis weigert iemand te verzorgen omdat hij geen geld heeft. Of dat mensen zonder ziekteverzekering de toegang tot een ziekenhuis geweigerd wordt, terwijl *“ziekenhuizen wettelijk verplicht zijn om iemand die op spoedgevallen binnen komt en zorg nodig heeft, op te nemen. De obstakels voor mensen in armoede nemen echter toe.”* Daarnaast hadden ze het gevoel dat ze in sommige ziekenhuizen niet als volwaardig patiënt werden beschouwd. *“Mensen in armoede krijgen soms te horen: ‘U bent vuil, ik verzorg u niet ...’* Zeker voor mensen in een preciaire (woon) situatie leidt dit gebrek aan zorg en omkadering vaak tot een verergering van hun gezondheidstoestand, waardoor er allerminst sprake is van duurzame zorg. *“Daklozen worden als honden behandeld en geven hun behandeling vaak op omdat ze niet willen terugkeren naar het ziekenhuis.”* *“Veel dak- en thuislozen belanden van het ziekenhuis weer op straat en omgekeerd en worden op den duur niet meer opgenomen in het ziekenhuis.”* Gezondheidsorganisaties wijzen erop dat dak- en thuislozen niet als speciale groep zouden moeten gezien worden, maar als de basis, de norm. Als de gezondheidszorg voor hen toegankelijk en continu is, is ze dat voor iedereen.

### Gebrek aan kennis over armoede

Deelnemers aan het overleg vinden een deel van de verklaring voor deze slechte ervaringen in het feit dat de kennis van zorgverstrekkers samenhangt met hun sociale achtergrond en hun levenservaring, die niet noodzakelijk begrip voor armoedesituaties met zich meebrengt. Dit is nochtans essentieel in het zorgtraject. Te weinig kennis van de situatie waarin patiënten zich bevinden kan leiden tot een verkeerde aanpak of behandeling. Het Netwerk tegen Armoede vraagt ziekenhuizen om meer expertise op te bouwen in hun sociale dienst en om meer samen te werken met organisaties en verenigingen die sociale expertise kunnen binnenbrengen. Deze aanbeveling is één van de pistes waarop Hospisoc, de Franstalige vereniging van sociale werkers in een ziekenhuis, inzet. Een vertegenwoordiger van deze vereniging gaf tijdens het overleg aan dat de financiële druk op de ziekenhuizen hun missie -voor iedereen toegankelijke zorg realiseren – in gevaar brengt. Iemand anders verwees naar de BELFIUS-studie over de financiële situatie van de algemene ziekenhuizen in België waarin de financiële kwetsbaarheid van de sector geproblematiseerd wordt.

Tijdens het overleg werden ook voorbeelden genoemd van samenwerkingsverbanden tussen bijvoorbeeld OCMW's, huisartsen, specialisten en gezondheidsinstellingen om de gezondheidszorg toegankelijker en betaalbaarder te maken voor mensen in armoede. In Geel werpt zo'n samenwerking vruchten af. Mensen in armoede worden geïnformeerd en naar de juiste dokter verwezen. De spoedienst wordt alleen gebruikt wanneer dat nodig is en het aantal onbetaalde facturen is afgenomen. Op lokaal niveau proberen gemeenten en OCMW's op

verschillende manieren om meer transversaal te werken om de toegang tot zorg en een goede gezondheid voor mensen in kwetsbare situaties te verzekeren. Zo worden initiatieven genomen opdat iedereen kan genieten van de voordelen waar men recht op heeft (aan de hand van de rechtenverkenner), wordt tussengekomen in medische kosten, worden mensen begeleid naar de huisarts, wordt samengewerkt met hulpverleners en zorgverstrekkers om hen gevoelig te maken voor de drempels die kwetsbare groepen ervaren en wordt gezond leven voor iedereen mogelijk gemaakt.

### Preventieve gezondheidszorg

Tijdens het overleg werd duidelijk dat ook de afstand tussen preventieve initiatieven en kwetsbare doelgroepen vaak erg groot is. Enerzijds klagen verenigingen waar armen het woord nemen erover dat er onvoldoende preventie is.

*“Men neemt niet meer de tijd om naar de mensen te luisteren. Mensen durven niet te praten over hun problemen, soms zijn ze bang dat hun problemen dan erger worden.”* Anderzijds stellen ze vast dat preventiecampagnes de armste mensen vaak niet bereiken omdat er schaamte is bij de mensen of omdat ze bang zijn voor de resultaten van een onderzoek. Het is ook niet steeds gemakkelijk om gezond te leven door bijvoorbeeld meer te bewegen. Voor velen is de toegang tot het zwembad of het lidgeld voor een sportclub te duur of is de drempel te hoog. Om deze obstakels weg te nemen, startte in 2009 een lokaal project *Bewegen op Voorschrift* om mensen met een verhoogd gezondheidsrisico op doktersverwijzing aan het bewegen te zetten.

Omwille van de gezondheidswinst op fysiek, mentaal en sociaal vlak is *Bewegen op Verwijzing* ondertussen over heel Vlaanderen uitgerold. In Wallonië zijn verschillende onderzoekers, verenigingen, zorgverstrekkers en politici vragende partij om een fysieke activiteit aan patiënten te kunnen voorschrijven.

### > Meer info

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2019). *Duurzaamheid en armoede. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie. Tweejaarlijks Verslag 2018-2019. Brussel: Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. Op [www.armoedebestrijding.be](http://www.armoedebestrijding.be) > publicaties > tweejaarlijkse verslagen > 2019*

Vervolg op blz 14.

## HET STEUNPUNT TOT BESTRIJDING VAN ARMOEDE FORMULEERT DE VOLGENDE AANBEVELINGEN

- Voor iedereen een gezond leven in een gezonde omgeving mogelijk maken door – als onderdeel van de gecoördineerde strijd tegen sociale gezondheidsongelijkheden (health in all policies) – in te zetten op een kwaliteitsvolle, nabije en toegankelijke gezondheidszorg op maat van de patiënt zodat de continuïteit van de zorg verzekerd is.
- De bestaande derdebetalersregeling correct toepassen, ze zo snel mogelijk veralgemenen voor alle patiënten bij de huisarts en op termijn uitbreiden naar alle prestaties van zorgverstrekkers op de eerste en de tweede lijn.
- Streven naar een zo hoog mogelijke take-up van de Verhoogde Tegemoetkoming.
- Een sociaal rechtvaardig geneesmiddelenbeleid ontwikkelen. Zorgverstrekkers moeten aangespoord worden om alleen geneesmiddelen voor te schrijven wanneer dat noodzakelijk is en verplicht worden een generieke variant van dezelfde kwaliteit voor te stellen. Op internationaal en Europees niveau is regelgeving nodig opdat burgers geen tweemaal voor medicatie betalen en opdat farmaceutische bedrijven hun winst investeren in een toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg voor iedereen.
- Het aanbod aan wijkgezondheidscentra gevoelig uitbreiden, met aandacht voor een goede geografische spreiding, zowel in de steden als op het platteland.
- De samenwerking tussen OCMW's, mutualiteiten en medische diensten van de 0,5 lijn (intermediaire zorglijn) verbeteren om mensen in orde te brengen met de verplichte ziekteverzekering.
- De dekking van de verplichte ziekteverzekering uitbreiden voor medicatie die nu nog vaak als comfortbehandeling wordt gezien, voor psychotherapie, tandzorg, hoorapparaten, brillen, ziekenvervoer, enzovoort.
- De toegang tot de dringende medische hulp vergemakkelijken en de bestaande goede praktijken van OCMW's, organisaties op het terrein, mutualiteiten... veralgemenen.
- Patiënten permanent en tijdig, op een nauwkeurige, duidelijke en begrijpelijke manier informeren over de feitelijke kostprijs van medische zorgen. Wanneer mensen tijdens hun medisch traject problemen hebben hun gezondheidskosten te betalen, is een aangepaste opvolging en begeleiding door de zorgverstrekker, in samenwerking met het OCMW en sociale diensten, aangewezen om gezondheidsschulden te vermijden.
- Extra aandacht hebben voor de complexiteit van armoedesituaties (fysieke, psychosociale, emotionele dimensie) en voor de sociale gezondheidsongelijkheden in de opleiding en permanente vorming van zorgverstrekkers.
- Voldoende investeren in zorgpersoneel, zowel op de eerste als op de tweede lijn, opdat er voldoende, gekwalificeerde zorgverstrekkers zijn die de nodige tijd kunnen besteden aan de preventieve en curatieve zorg voor patiënten.
- (Lokale) samenwerkingsverbanden ondersteunen tussen verschillende zorgverstrekkers, beroepskrachten uit verwante sectoren, begeleiders en hulpverleners, waarbij (overleg met) de patiënt centraal staat. Hierop dient extra ingezet te worden wanneer eerstelijnszorg moet aangevuld worden met tweedelijnszorg of wanneer ambulante zorg en residentiële zorg moeten samengaan.
- Meer investeren in gezondheidspromotie en -preventie en samen met mensen in armoede gezondheidsbevorderende projecten en instrumenten ontwikkelen.
- De hervormingen in de gezondheidszorg (eerstelijnszorg en ziekenhuizen) toetsen aan hun impact op mensen in armoede, op hun gezondheid en op hun toegang tot gezondheidszorg (ex ante en ex post evaluatie).
- Tijd en middelen die door digitalisering worden uitgespaard effectief wijden aan persoonlijk contact, zorg en begeleiding van kwetsbare groepen.
- Financiële beslissingen nemen in functie van sociale rechtvaardigheid en gelijkheid in gezondheid. Dit kan door sterk te investeren in de verplichte ziekteverzekering als fundamenteel onderdeel van onze sociale zekerheid zodat private hospitalisatieverzekeringen overbodig worden. Ook door striktere regels op te leggen rond conventionering, ereloonsupplementen enzovoort.

### HET EUROPEES NETWERK VAN DE 'GEZONDE STEDEN'

Sinds 2003 maakt Brussel deel uit van het Europees netwerk van de 'Gezonde Steden' van de Wereldgezondheidsorganisatie. Dit label verenigt steden die zich engageren in een proces van transversale opbouw van volksgezondheid met de volgende vier pijlers: strijd tegen sociale ongelijkheid in gezondheid, gezondheid op alle beleidsgebieden, participatieve democratie en werken aan sociale en economische determinanten van gezondheid.

### Meer info over het Europees netwerk van de 'Gezonde Steden'

Zie Engelse versie van de website van de Wereldgezondheidsorganisatie:

<http://www.euro.who.int> > Health topics > Environment and health > Urban health > WHO European Healthy Cities Network