

CONCLUSIES FORUM 14/12/2002

Armoede en gezondheid:
knelpunten in de toegankelijkheid van
de gezondheidszorg

Van ervaringen en onderzoek naar beleid

Collectief van
de Verenigingen
Partners van het
Algemeen Verslag
over de Armoede



Federaal Ministerie
van Sociale Zaken,
Volksgezondheid en
Leefmilieu



CENTRUM VOOR
GELIJKHEID
VAN KANSEN
EN VOOR RACISME
BESTRIJDING

Steunpunt tot bestrijding
van armoede,
bestaansonzekerheid
en sociale uitsluiting



Vakgroep
Huisartsgeneeskunde en
eerstelijnsgezondheidszorg

Met financiële
steun van:



INHOUDSTAFEL

Inleiding	4
Een forum in opvolging van het Algemeen Verslag over de Armoede	4
Maatregelen sinds het Algemeen Verslag over de Armoede	5
Hoe toegankelijk is de gezondheidszorg nu?	6
Evaluatie van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg: een participatief onderzoek met mensen die in armoede leven	7
Onderzoeksinformatie	7
- Objectief	7
- Samenwerkingsmodaliteiten	7
Onderzoeksmethodologie en onderzoeksverloop	8
Gegevensverwerking en analyse	8
Resultaten van de focusgroepgesprekken	9
- Worden er beroep gedaan op de gezondheidszorg?	9
- Drempels in de toegang tot de gezondheidszorg	10
Conclusies forum 14.12.2002	20
Doelstelling	20
Gevolgde procedure	20
Wergroep1: het belang van goede communicatie	21
- Informatiedoorstroming van de overheid naar de hulpverleners/patiënten	21
- Toekennen tegemoetkomingen	23
- Kennis van de leefsituatie van de patiënt bij de hulpverlener	24
- Opmerkingen	25
Wergroep 2: De organisatie van het gezondheidszorgsysteem: een hinderpaal voor de toegankelijkheid?	26
- De organisatie van een toegankelijke gezondheidszorg	26
- Afstemming en samenwerking tussen diensten	28
- Rol van het OCMW	29
- De situatie van mensen zonder papieren, mensen zonder wettig verblijf	30
- Opmerkingen	30

Werkgroep 3: ziek zijn is duur	32
- Algemeen	32
- Maximum factuur voor gezondheidszorgen	33
- Regeling derder betaler	33
- Tandzorg	34
- Ziekenhuisopname en spoedopname	35
- Financiële toegankelijkheid – zorgcoördinatie	35
- Opmerkingen	37
Werkgroep 4: participatie in beleid	38
Ook genoteerd in de werkgroepen	40
Algemeen besluit	41
Uitgangspunt	41
Beleidsaanbeveling	43
Toespraken sprekers forum	44
Inleiding op het forum	45
Wat is armoede / wat betekent het als je in armoede leeft?	49
Een reflectie op het onderzoek	51
Slotrede	54
Voorstelling van de partners	63
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg	64
Het Collectief en de verenigingen	66
- Collectief van de Vereniging Partners van het Algemeen Verslag van de Armoede	66
- ATD Quart Monde / Brussel	66
- Comme Chez Nous / Charleroi	67
- DAK / Antwerpen	68
- De Poort / Geraardsbergen	69
- vzw De Willers / Willebroek	69
- vzw De Keeting / Mechelen	70
Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting	72

INLEIDING

EEN FORUM IN OPVOLGING VAN HET ALGEMEEN VERSLAG OVER DE ARMOEDE

In 1994 verscheen het Algemeen Verslag over de Armoede. Op basis van de conclusies van dit rapport gaf de Interministeriële Conferentie Sociale Integratie, opgericht om de politieke opvolging van het Algemeen Verslag over de Armoede te garanderen, aan de toenmalige Minister van Sociale Zaken, Magda De Galan, de opdracht de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te evalueren met het oog op de afbouw van de sociale ongelijkheid. In oktober 1999 vond een overleg plaats tussen het kabinet van de Minister van Sociale Zaken, Frank Vandenbroucke, het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting om deze opdracht concreet vorm te geven. Als gevolg hiervan werd in 2000 een onderzoeksproject toegekend aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent.

De doelstelling van dit evaluatieonderzoek werd als volgt geformuleerd:

‘... op permanente wijze helpen bij het formuleren van voorstellen rond optimalisering van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, het toetsen van beleidsmaatregelen op het vlak van toegankelijkheid, analyseren van de maatschappelijke ontwikkelingen die de toegankelijkheid belemmeren of bevorderen, en dit alles in overleg met de doelgroep.’

De opdracht bevatte de uitdrukkelijke vermelding dat de verenigingen waar armen het woord nemen bij de evaluatie van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg moeten worden betrokken. Het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting kreeg de opdracht de samenwerking met de verenigingen te concretiseren.

Het onderzoeksproject liep over een periode van 3 jaar (van 01/03/2000 tot 28/02/2003) en bestaat uit verschillende deelonderzoeken, waaronder een participatief onderzoek met mensen die in armoede leven. Het zijn de resultaten van dit onderzoek die het uitgangspunt vormden van het Forum dat plaatsvond in Gent op 14/12/2002.

MAATREGELEN SINDE HET ALGEMEEN VERSLAG OVER DE ARMOEDE

Sinds het verschijnen van het Algemeen Verslag over de Armoede in 1994 werden verschillende maatregelen genomen om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verbeteren, o.a.:¹

- de *verplichte ziekteverzekering* werd grondig gewijzigd met de bedoeling ze open te stellen voor een groter aantal personen. Zo is elke persoon die in het Rijksregister van natuurlijke personen ingeschreven staat en die niet krachtens een bijzonder sociaal statuut (werknemer, gepensioneerde, werkloze,..) recht heeft op ziekteverzekering voortaan gedekt voor gezondheidsverstrekkingen, mits hij een bijdrage betaalt die afhankelijk is van de grootte van het inkomen; voor personen met een laag inkomen is de bijdrage gelijk aan zero;
- de *uitbreiding van het voorkeurstelsel* of het 'WIGW-stelsel' waardoor meer categorieën van personen die een inkomen hebben dat een bepaald bedrag niet overschrijdt, een verhoogde terugbetaling voor gezondheidsverstrekkingen ontvangen;
- de invoering van het systeem van de *Maximumfactuur*, welke tot doel heeft elk gezin te garanderen dat het niet meer dan een bepaald bedrag moet uitgeven voor terugbetaalbare en noodzakelijke gezondheidszorg en waarbij het maximum bedrag afhankelijk is van het gezinsinkomen. De Maximumfactuur werd vanaf 1 januari 2001 geleidelijk ingevoerd ter vervanging van de sociale en fiscale franchise en zal in de volgende jaren nog verder aangevuld en verfijnd worden;
- de invoering van de *sociale identiteitskaart SIS* die de formaliteiten sterk vereenvoudigt en ook een eenvoudigere toepassing van de derdebetalersregeling mogelijk maakt;
- het aanleggen van een *Globaal Medisch Dossier*, wat patiënten aanzet zoveel mogelijk naar dezelfde huisarts te gaan, leidt ook tot een vermindering van het remgeld voor de patiënt.

¹ Voor een overzicht van de maatregelen, verwijzen we naar het *Vooruitgangsrapport, uitvoering van het Algemeen Verslag over de Armoede* (maart 2001). Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Cel Armoede.

Ook te consulteren via <http://www.antiracisme.be> (doorklikken naar Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting).

Voor de verenigingen waar armen het woord nemen die binnen het Steunpunt samenkomen, zijn meerdere elementen van deze wijzigingen bijzonder positief:

- het feit dat de veralgemening van de toegang tot gezondheidszorgen binnen het kader van de sociale zekerheid gerealiseerd wordt. Zo wordt het risico vermeden dat de verzorging van de armsten (die door de mazen van het net van de sociale zekerheid vallen) van de verzekering naar de bijstand zou afglijden;
- de afschaffing van wachttijden en -stages;
- de vereenvoudiging van de ziekteverzekering (samensmelting van de 5 residuaire stelsels);
- het invoeren van het referentieadres bij een OCMW dat de toegang van daklozen tot de ziekteverzekering waarborgt.

HOE TOEGANKELIJK IS DE GEZONDHEIDSZORG NU?

Ondanks de vele inspanningen die werden geleverd om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te bevorderen, blijken -zeker voor mensen in armoede- nog administratieve, financiële en sociaal-culturele drempels te bestaan met betrekking tot de voorzieningen voor gezondheidszorg...

Om de knelpunten in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg aan het licht te brengen, kunnen verschillende paden gevolgd worden.

Zo kan men uitgaan van cijfergegevens over de toegankelijkheid van de Belgische gezondheidszorg en databanken afkomstig van verzekeringsinstellingen, RIZIV, enz.. Deze gegevens zijn niet steeds toereikend of bruikbaar. Vandaar de noodzaak van complementaire, kwalitatieve studies, waaronder participatief onderzoek met de betrokkenen zelf.

Door mensen in armoede actief te betrekken en te laten participeren in de evaluatie van het beleid kunnen knelpunten worden aangeduid en een efficiënter beleid inzake toegankelijkheid van de gezondheidszorg gerealiseerd worden.



Bron: Fotoboek "Courage - Armoede is een schending van de mensenrechten"

Beweging van mensen met een laag inkomen en kinderen v. z. w.

EVALUATIE VAN DE TOEGANKELIJKHEID VAN DE GEZONDHEIDSZORG: EEN PARTICIPIETIEF ONDERZOEK MET MENSEN DIE IN ARMOEDE LEVEN

ONDERZOEKSINFORMATIE

Objectief

Het is de doelstelling van dit onderzoek om de knelpunten met betrekking tot de toegankelijkheid van de gezondheidszorg aan het licht te brengen, vertrekkend van de ervaring en perceptie van mensen in armoede. Omdat gezondheidszorgen slechts in geringe mate deel uitmaken van het uitgebreide gamma van sociale, fysieke en economische determinanten voor de gezondheid van een individu, werd de centrale onderzoeksvraag als volgt geformuleerd: welke zijn de factoren die bepalen dat mensen met een bepaalde gezondheidstoestand er al dan niet voor kiezen beroep te doen op professionele zorgverleners?

Samenwerkingsmodaliteiten

Het Steunpunt kreeg als opdracht de samenwerking uit te bouwen met de verenigingen waar armen het woord nemen. Concreet werd hiertoe binnen het Steunpunt een werkgroep gezondheid opgericht. Deze werkgroep is samengesteld uit verenigingen die lid zijn van het Collectief van de Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag over de Armoede. Voor het onderzoek werkte de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent samen met deze werkgroep. Concreet namen volgende verenigingen uit de werkgroep gezondheid deel aan het onderzoek: vzw De Keeting/Mechelen; wijkcentrum De Poort/Geraardsbergen en vzw De Willers/Willebroek als leden van het Vlaams Forum Armoedebestrijding (VFA); ATD Vierde Wereld/Brussel; het Daklozen Aktie Komitee en Comme Chez Nous/Charleroi als lid van het Front Commun SDF.

Onderzoeksmethodologie en onderzoeksverloop

Er werd gebruik gemaakt van de methodologie van focusgroepgesprekken. Aan de hand van diepgaande groepsdiscussies werd de aard van een fenomeen verkend. Om de interactiviteit tussen de onderzoeksgroep en de doelgroep te garanderen, diende gezorgd te worden voor continue terugkoppeling van informatie en betrokkenheid. Belangrijk bij deze samenwerking is dat zowel het tempo van de mensen in armoede wordt gerespecteerd als dat voldaan wordt aan de methodologische vereisten van wetenschappelijk onderzoek.

Het onderzoek bestond uit vijf fasen:

- de focusgroepgesprekken in de verenigingen om knelpunten aan het licht te brengen. In de periode van mei tot december 2001 hadden 21 focusgroepgesprekken plaats in de verschillende verenigingen. De omvang van de focusgroepen varieerde tussen maximum twaalf en een minimum van vier personen.
- het opstellen van een eerste samenvattend verslag;
- de bespreking van dit syntheseverslag en de voorbereiding van het Forum;
- het Forum op 14/12/2002;
- de publicatie van een eindrapport.

Gegevensverwerking en analyse

Alle focusgroepgesprekken werden op band opgenomen en uitgetikt. Voor de analyse van de uitgetikte gesprekken gebruikte de onderzoeksequipe het softwareprogramma QSR Nudist 5, waarbij aan tekstdelen betekenisvolle codes worden toegekend en men tot structurele verbanden kan komen. Het resultaat is een conceptueel raamwerk van de verschillende elementen die tijdens de gesprekken aangebracht werden. De resultaten van deze analyse werden door de onderzoeksequipe uitgeschreven en als sneuveltekst aan de verenigingen ter discussie voorgelegd. Aan de hand van een terugkoppelingsproces tussen de verenigingen, het Steunpunt en de onderzoeksequipe werd een algemeen akkoord over deze tekst bekomen.

RESULTATEN VAN DE FOCUSGROEPGESPREKKEN²

Wordt er beroep gedaan op de gezondheidszorg?

Wanneer iemand een gezondheidsprobleem ervaart, kan hij dit probleem zelf trachten te verhelpen door vb. aan zelfmedicatie te doen. Hij kan ook de hulp van mantelzorgers inschakelen; dit zijn mensen uit de directe omgeving die kunnen helpen om het ervaren probleem te verlichten zoals familie, burens, ...De persoon kan ook beroep doen op professionele zorg, al dan niet in combinatie met zelf- of mantelzorg. De aard van de zorg zal een effect hebben op de gezondheidstoestand: het ervaren gezondheidsprobleem zal afnemen, toenemen of gelijk blijven. Afhankelijk hiervan zal de persoon al dan niet beroep doen op een alternatieve vorm van zorg.

Het gezondheidszorgsysteem vormt een belangrijke vorm van hulp wanneer de participanten gezondheidsproblemen ervaren. Sommige deelnemers zullen zich in eerste instantie eerder tot de huisarts richten, anderen zijn geneigd om zich vlugger tot de spoeddienst te wenden. Regelmatig worden patiënten echter zorgen ontzegd. Anderen hebben op een bepaald moment beslist om de gestarte behandeling stop te zetten of worden hiertoe door omstandigheden gedwongen. Sommige participanten stellen het gebruik van professionele zorgverlening uit of beslissen om geen hulp te zoeken tot een acute situatie hen daartoe zou dwingen.

In de hierop volgende paragrafen worden kort de factoren besproken die bepalen of iemand met een gezondheidsprobleem al dan niet beroep doet op gezondheidszorg.

² Het betreft hier een weergave van de belangrijkste onderzoeksresultaten. Voor volledigheid en meer details verwijzen wij naar het eindrapport. Dit is beschikbaar via www.primarycare-ghent.com.

Drempels in de toegang tot de gezondheidszorg

Twee types drempels kunnen onderscheiden worden: contextuele drempels en drempels specifiek met betrekking tot de gezondheidszorg.

Contextuele drempels

Contextuele drempels verwijzen vooreerst naar de drempels met betrekking tot de **levensomstandigheden**:

- *inkomen*:
Het inkomen is niet of onvoldoende toereikend om zelfs maar in de dagelijkse behoefte te voorzien.
- *tewerkstelling*:
Het beschikbare gezinsinkomen hangt samen met het vinden en behouden van een passende job. Het vinden van werk is voor velen vaak zeer moeilijk.
- *huisvesting*:
Een degelijke huisvesting wordt beschouwd als een voorwaarde voor een goede gezondheid. Deze voorwaarde blijkt echter vaak niet vervuld omwille van financiële redenen of omwille van een tekort aan beschikbare, betaalbare woningen.
- *onderwijs, vorming en opvoeding*:
Niet alleen de gezondheidsstatus, maar ook het gebruik van gezondheidszorgen wordt door opvoeding en onderwijs beïnvloed. Indien iemand minimaal geletterd is, is het moeilijk om de weg te vinden in het gezondheidszorgsysteem en om administratieve verplichtingen na te komen.
- *verplaatsingsmogelijkheden*:
Het gebrek aan vervoersmogelijkheden (een eigen wagen, goed openbaar vervoer,...) of beperkte mobiliteit kan een belangrijke drempel zijn om beroep te doen op een bepaalde voorziening.



Bron: Fotoboek "Courage - Armoede is een schending van de mensenrechten"
Beweging van mensen met een laag inkomen en kinderen v. z. w.

Vervolgens kunnen drempels onderscheiden worden met betrekking tot de **sociale context**:

- de *plaats van een persoon binnen het sociale netwerk* kan een beïnvloedende factor zijn. Wanneer men alleen de verantwoordelijkheid draagt voor de zorg voor bijvoorbeeld ouders, (zieke) echtgen(o)t(e), kinderen,... zal dit bepalend zijn voor de keuze om al dan niet medische hulp voor zichzelf te zoeken;
- het *ontbreken van een stevig sociaal netwerk* waarop iemand kan terugvallen in geval van ziekte;
- *reacties en vooroordelen* ten aanzien van mensen die leven in armoede.

Drempels m.b.t. de gezondheidszorg

De organisatie van het gezondheidszorgsysteem bepaalt in belangrijke mate de toegankelijkheid ervan. Vooreerst zijn er factoren op het niveau van de aanbodzijde (de hulpverlening). Vervolgens kunnen zich moeilijkheden voordoen op het niveau van de vraagzijde (de zorgvrager). Tenslotte kunnen zich ook drempels voordoen op het niveau van de relatie tussen vraag en aanbod om beroep te doen op gezondheidszorgvoorzieningen.

A. Drempels m.b.t. de aanbodzijde

Binnen de voorzieningen zijn er drempels die te maken hebben met de organisatie van de voorziening zoals het ontbreken van nazorg.

Verder kunnen financiële drempels in de toegankelijkheid van de voorzieningen onderscheiden worden zoals het betalen van een voorschot bij opname in een ziekenhuis.

Met drempels inzake wetgeving en regelgeving wordt verwezen naar knelpunten in verband met specifieke regelgeving zoals de maximumfactuur.

Ten slotte zijn er de drempels met betrekking tot specifieke hulp- en dienstverlening, zoals problemen bij het beroep doen op OCMW-hulp.

A.1. Organisatorische drempels:

- beperkt aanbod van zorgverleningsdiensten:
dit heeft onder meer te maken met infrastructuur, beschikbaar personeel,...;
- fysieke ontoegankelijkheid van diensten;
- toenemende professionalisering (meer specialismen, betere technologieën, enz.);
- 'echelonnering' van de medische hulpverlening:
de opdeling tussen eerste lijn (thuisgezondheidszorg), tweede lijn (ziekenhuiszorg) en derde lijn (gespecialiseerde ziekenhuiszorg)- leidt o.m. tot een verminderde transparantie van het gezondheidszorgsysteem voor de patiënt;
- soms betekent het toestappen naar een eerstelijnsdienst een onoverkomelijke drempel;
- korte betalingstermijn voor ziekenhuisrekeningen:
als patiënten niet tijdig betalen en geen afbetalingsplan vragen of krijgen, wordt de rekening in vele gevallen verhoogd met interesten of wordt een deurwaarder of incassobureau ingeschakeld;

- administratieve drempel:
vaak vormt de administratieve molen die mensen moeten doorlopen voor het aanvragen van tegemoetkomingen of bij opname in het ziekenhuis een belangrijke drempel;
- toename informatisering van de gezondheidszorg:
kan ertoe leiden dat het persoonlijke contact tussen diensten en cliënten afneemt;
- ontbreken van nazorg/opvolging:
bijvoorbeeld een patiënt die werd opgenomen omwille van ademhalingsproblemen gaat na het ontslag uit het ziekenhuis terug wonen in zijn vochtig huis;
- ontbreken van (lange termijn) kinderopvang.

A.2. Financiële drempels:

- systeem terugbetaling medische kosten:
 - patiënten moeten kosten voor medische zorgen voorschieten en worden pas later terugbetaald door de mutualiteit, de verzekering of, in sommige gevallen, het OCMW;
 - het gewijzigde systeem van terugbetaling van medische kosten via storting op de bankrekening van de patiënt maakt dat patiënten langer moeten wachten op de terugbetaling, terwijl ze het geld soms nodig hebben voor bijvoorbeeld de aankoop van medicatie;
- betaling voorschot bij ziekenhuisopname:
indien men niet kan betalen, wordt men soms geweigerd;
- hoge kost gezondheidszorg:
vooral specialistische medische zorg, specifieke hulp zoals tandzorg, kinesitherapie en psychologische begeleiding, en de aankoop van hulpmiddelen zoals een bril. Bij preventieve gezondheidszorg zoals een controle bij de tandarts speelt niet altijd de kost van die ene consultatie een rol, maar het feit dat men op voorhand geen zicht heeft op de omvang van de benodigde zorgen en dus ook niet op de kostprijs ervan;
- hoge kosten medicatie:
de aankoop van medicatie gaat soms ten koste van andere noodzakelijke zaken zoals voeding.

A.3. Drempels inzake wetgeving en regelgeving:

Een aantal drempels in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg hebben te maken met de manier waarop de gezondheidszorg in België wettelijk georganiseerd is.

verplichte ziekteverzekering:

Niet iedereen blijkt te voldoen aan de voorwaarden om te kunnen toetreden tot de ziekteverzekering (inschrijven bij een ziekenfonds, betalen bijdrage, doorlopen van een eventuele wachttijd).

Zo kan het ontbreken van een vast verblijfadres een reden zijn waarom daklozen niet verzekerd zijn. Dit heeft als gevolg dat ze als niet-verzekerden niet in aanmerking komen voor bepaalde tegemoetkomingen of dat ze geweigerd worden door hulpverleners. Verder lopen voor deze mensen de kosten voor gezondheidszorg snel op.

Bepaalde door de wet omschreven categorieën van personen, zoals gehandicapten, gepensioneerden, invaliden,...die daarenboven een inkomen hebben dat een bepaald bedrag niet overschrijdt, kunnen genieten van een verhoogde terugbetaling van kosten voor gezondheidszorgverstrekkingen en geneesmiddelen. Soms doen zich problemen voor bij mensen die geen recht hebben op deze verhoogde tegemoetkoming, maar balanceren op de grens ervan. Wanneer hun kosten voor medicatie en geneeskundige verzorging zouden worden afgetrokken van hun inkomen, dan ligt dit lager dan dat van mensen die wel recht hebben op verhoogde tegemoetkoming.

aanvullende verzekering:

Naast de verplichte ziekteverzekering bieden alle ziekenfondsen hun leden ook een pakket bijkomende diensten aan. Nagenoeg alle ziekenfondsen verplichten hun leden statutair toe te treden tot deze aanvullende verzekering. Sommige deelnemers klagen aan dat ze door het ziekenfonds uitgesloten worden van de verplichte ziekteverzekering wanneer zij geen aanvullende ziekteverzekering nemen, terwijl deze laatste niet wettelijk verplicht is. De leden van het ziekenfonds moeten een bijdrage betalen voor deze aanvullende verzekering. De deelnemers merken op dat in geval van niet betaling van deze bijdrage, het ziekenfonds dit soms regulariseert door het bedrag van de bijdrage in te houden op het terug te betalen bedrag van ziektekosten. Als de patiënt hiervan niet op de hoogte is en op de terugbetaling rekent om te voorzien in zijn dagelijks onderhoud, kan dit problemen stellen.

ziekte-en invaliditeitsuitkering:

- onduidelijkheid over de manier waarop bepaald wordt of iemand kan (blijven) genieten van een uitkering;
- de beslissing van de controlearts is niet steeds dezelfde als die van de behandelende geneesheer wat voor de patiënt een situatie van onzekerheid schept met betrekking tot zijn statuut en uitkering;
- beperkingen in verband met het uitvoeren van een beroepsactiviteit.

Vlaamse zorgverzekering:

- onduidelijkheid over de manier waarop de zorgbehoevendheid vastgesteld wordt;
- extra bijdrage die vooral doorweegt voor mensen die het financieel moeilijk hebben.

sociale en fiscale franchise vervangen door Maximumfactuur:

- hierover bestaat veel onduidelijkheid;
- de Maximumfactuur gaat het probleem van zorg uitstellen niet tegen: omdat men tijdens de maanden vóór het bereiken van de drempel, de volledige kost voor gezondheidszorg moet betalen. Zolang de drempel niet bereikt is, zal men vaak noodzakelijke medische zorgen uitstellen waardoor het bereiken van de drempel opschuift; omdat men eens de drempel bereikt is toch nog de kosten verder moet dragen en ze pas later terugbetaald krijgt;
- de extra opgenomen kosten wegen niet op tegen de verhoging van de drempel voor mensen in de laagste inkomenscategorie bij de overgang van de sociale franchise naar de Maximumfactuur;
- bepaalde kosten zijn nog steeds niet opgenomen.

regeling derde betaler:

Het betreft een uitzonderingsregel op de algemene regel van terugbetaling achteraf. Dit systeem biedt heel wat voordelen, zoals het niet moeten voorschieten van het geld, minder administratieve problemen, minder verplaatsing, enz. en wordt beschouwd als een mogelijke oplossing voor betalingsproblemen bij de huisarts.³ Deelnemers pleiten ook voor uitbreiding van dit systeem voor alle specialistische zorgen en tandzorgen.

Drempels:

³ Het systeem van derde betaler is verplicht in de ziekenhuizen. Een gelijkaardig stelsel is van toepassing op de geneesmiddelen. In de ambulante sector kan het stelsel ook worden toegepast, doch onder bepaalde voorwaarden en ten gunste van bepaalde bevolkingscategorieën.

- artsen passen dit niet altijd even bereidwillig toe;
- onvoldoende bekend bij huisartsen en ziekenfondsen;
- de selectiviteit van de maatregel - de maatregel kan namelijk toegepast worden voor personen met een bepaald statuut en/of in een door de wet omschreven situatie - kan stigmatiserend zijn.

forfaitaire betaling:

Eerstelijnsgezondheidscentra, zoals wijkgezondheidscentra, die dit systeem toepassen, zijn heel toegankelijk omdat men - behalve occasioneel een jaarlijks inschrijvingsbedrag - geen vergoeding per prestatie dient te betalen.

Drempels:

- centra die werken via dit systeem zijn weinig gekend;
- slechts een beperkt aantal zorgverstrekkers werken met een forfait.

Een algemene opmerking gaat over het bepalen van het recht op tegemoetkomingen of voordelen, waarvoor men zich baseert op het inkomen van de betrokkene, zoals voor het bepalen van de drempel van de Maximumfactuur. De respondenten merken hierbij op dat dit officiële inkomen sterk kan afwijken van het beschikbare inkomen, namelijk na vermindering van kosten zoals onderhoudsgeld, afbetaling van schulden,...

Bij het ontwikkelen van nieuwe maatregelen is het belangrijk dat de personen waarvoor ze bedoeld zijn, geconsulteerd worden, benadrukken de deelnemers. Ook bij het ontwikkelen van preventiecampagnes zou de doelgroep geconsulteerd moeten worden.

A.4. Drempels inzake specifieke hulp-en dienstverlening:

Met betrekking tot de hulpverlening van het OCMW worden vrij veel problemen gemeld. Een aantal van deze problemen betreft de communicatie tussen hulpverlener en hulpvrager. Mensen voelen zich ook gestigmatiseerd wanneer ze bij het OCMW moeten aankloppen. Velen klagen aan dat de hulp die het OCMW verleent soms zeer sterk kan verschillen van OCMW tot OCMW. Een voorbeeld hiervan is de medische en/of farmaceutische kaart, die sommige OCMW's afleveren en waardoor de patiënt niet telkens voor elke prestatie of elke aankoop van medicatie de tussenkomst van het OCMW hoeft te vragen.

Medewerkers van de *mutualiteit* kunnen een belangrijke hulpverlener zijn: zij geven informatie, helpen de patiënt met administratieve problemen, zorgen ervoor dat de patiënt de voordelen krijgt waar hij recht op heeft,.. Communicatieproblemen met deze instantie zijn dan ook problematisch voor de hulpvrager.

Toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt kan ook beïnvloed worden door het al dan niet toepassen van individuele maatregelen zoals het soepel omgaan met betalingsmodaliteiten.

B. Drempels m.b.t. vraagzijde

Een aantal persoonskenmerken kunnen een invloed hebben op de keuze van een patiënt om al dan niet professionele hulp te zoeken. Het zijn kenmerken die zich ontwikkelen op basis van vroegere ervaringen met het gezondheidszorgsysteem of die te maken hebben met het feit dat de betrokkene in armoede leeft.

- gedwongen keuzes:
door o.m. de financiële situatie is het niet altijd mogelijk om te kiezen voor een gezonde levensstijl en worden mensen soms gedwongen tot 'ongezonde keuzes';
- definitie ziekte/gezondheid:
de manier waarop iemand ziekte en gezondheid percipieert, heeft een invloed op het beroep doen op gezondheidszorg;
- schaamte en angst;
- leven in het hier en nu:
noodgedwongen door de materiële situatie organiseren de deelnemers hun dagelijkse activiteiten rond het hier en nu waardoor sparen of een financieel denken op langere termijn vaak niet mogelijk is;
- 'overleven' ipv 'leven' en psychosociale stress:
sommige mensen moeten al hun energie steken in het zoeken naar middelen om te overleven, om dag na dag rond te komen waardoor 'leven' 'overleven' wordt.
Deze strijd om te 'overleven' legt soms een ondraaglijke druk op mensen.



Bron: Fotoboek "Courage - Armoede is een schending van de mensenrechten"
Beweging van mensen met een laag inkomen en kinderen v.z.w.

C. Drempels m.b.t. relatie hulpverlener-hulpvrager

Knelpunten met betrekking tot de communicatie en informatie-uitwisseling tussen hulpverlener en hulpvrager kunnen de toegankelijkheid van de gezondheidszorg belemmeren.

Communicatie:

Obstakels in de communicatie hebben te maken met:

- de levensgeschiedenis van mensen in armoede:
bij voorbeeld plaatsing in een instelling als een kind, waardoor wantrouwen ontstaat tegenover de samenleving in het algemeen en/of meer specifiek de hulpverlening;
- de attitude van de hulpverlener:
 - te hoge verwachtingen t.o.v. de patiënt:
Inzicht hebben in zijn problematiek, verbaal sterk zijn, zijn hulpvraag duidelijk kunnen weergeven, gemotiveerd zijn om iets te doen aan zijn situatie,... Dit kan de patiënt een gevoel van onmacht geven;
 - stigmatisering:
Diensten staan er ook niet altijd bij stil wat het betekent voor de patiënt om hulp te moeten vragen. Gevoelens van stigmatisering, schaamte en onmacht kunnen hiermee gepaard gaan en een drempel voor de hulpverlening betekenen;
 - luisteren naar de patiënt en de patiënt betrekken in het zorgproces: dit houdt in: voldoende uitleg geven over de onderzoeken, de resultaten en de behandelingsmogelijkheden,...
- een globale benaderingswijze:
 - betekent niet enkel rekening houden met de concrete hulpvraag, maar met alle specifieke levensomstandigheden van de hulpvrager;
 - structuren voorzien waarop de patiënt na ontslag kan terugvallen en/of die de patiënt opvolgen;
 - wordt bemoeilijkt door complexe problematiek van mensen in armoede:
 - * eerst moeten dringende problemen opgelost worden; daarna pas kan ingespeeld worden op de dieperliggende problemen;
 - * door betrokkenheid van verschillende hulpverleners is afstemming moeilijk.

Informatie:

Problemen inzake informatieverstrekking kunnen zich voordoen op drie momenten:

- vóór iemand eigenlijk patiënt wordt:
informatie inzake voorzieningen, uitkeringen, preventie,...;
- tijdens het gebruik van het gezondheidszorgsysteem:
informatie over de behandeling, kosten, rechten en plichten,...;
- na het gebruik van het gezondheidszorgsysteem:
nazorg en opvolging,....

Verschillende drempels kunnen onderscheiden worden:

- de informatie bereikt de patiënt niet:
- er is geen informatie beschikbaar of de informatie wordt verspreid via een kanaal dat mensen in armoede niet bereikt of de informatie komt niet tegemoet aan de informatiebehoefte van de patiënt;
- te moeilijke informatie:
de boodschap is te moeilijk. Het kanaal eist te veel kennis van de ontvanger: bijvoorbeeld informatie verspreiden via een krant, vereist dat de ontvanger van de boodschap geletterd is. De mogelijke taalproblemen waar vreemdelingen mee geconfronteerd worden, vormen vaak een bijkomend probleem voor het overbrengen van informatieve boodschappen;
- laattijdige informatie:
waardoor mensen 'al doende' moeten leren en vermijdbare fouten maken;
- onaangepaste of verkeerde informatie:
de hulpvrager krijgt foutieve informatie van hulpverleners of begrijpt de informatie verkeerd en maakt van daaruit de verkeerde keuzes.



Bron: Fotoboek "Courage - Armoede is een schending van de mensenrechten"
Beweging van mensen met een laag inkomen en kinderen v. z. w.

CONCLUSIES FORUM 14/12/2002

DOELSTELLING

Het Forum had als doel om de dialoog met mensen die leven in armoede verder te zetten evenals andere actoren in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg hierbij te betrekken: beleidsontwikkelaars, veldwerkers, onderzoekers, ...

Eenzijds werden op deze dag de knelpunten die geïdentificeerd werden in de voorgaande fasen van het onderzoek, gepresenteerd. Anderzijds werd in werkgroepen waarin de verschillende actoren (beleidsmedewerkers, mensen die leven in armoede, onderzoekers, veldwerkers, ...) vertegenwoordigd waren, dieper ingegaan op deze knelpunten en werden concrete aanbevelingen voor het toekomstig beleid geformuleerd.

GEVOLGDE PROCEDURE

De conclusies van het Forum zoals deze hieronder zijn opgenomen, zijn het resultaat van een interactief proces met de deelnemers.

Tijdens de werkgroepen op het Forum werd verslag genomen door een secretaris. Deze toetste op het einde van elke sessie zijn notities bij de deelnemers.

De verslagen van alle werkgroepen (13) werden verzameld bij de onderzoeksequipe die hiervan een samenvattend verslag maakte waarbij alle knelpunten en suggesties werden geïnterpreteerd. Enkele weken na het Forum ontvingen alle deelnemers dit verslag per post of per e-mail, evenals de uitgeschreven voordracht van Minister Vandenbroucke. Er werd aan de deelnemers gevraagd eventuele opmerkingen door te mailen naar de onderzoeksequipe. Het verslag werd op basis van de ontvangen opmerkingen bijgewerkt.

De besluiten van de verschillende werkgroepen worden in de volgende bladzijden gepresenteerd.

WERKGROEP 1:

HET BELANG VAN GOEDE COMMUNICATIE EN INFORMATIE

Informatiedoorstroming van de overheid naar de hulpverleners/patiënten

Probleemstelling:

- het gezondheidszorgsysteem is een administratieve en wettelijke *doolhof*
- problemen met *informatiedoorstroming naar hulpverleners*:
van beleid naar hulpverleners (verticale doorstroming)
- problemen met *informatiedoorstroming naar* tussen de verschillende hulpverleners
(horizontale doorstroming)
- *patiënten*
patiënten hebben vaak onvoldoende informatie en weten hierdoor vaak niet welke
tussenkomenst zij kunnen genieten en het is ingewikkeld om hierop een zicht te krijgen

Suggesties:

- aanstellen van iemand die de zorg voor elke patiënt coördineert:
de vaste huisarts vormt de centrale figuur in de zorg voor de patiënt, hij coördineert de
volledige zorg voor de patiënt en is het aanspreekpunt voor de patiënt voor informatie
nadeel: doorverwijzen naar tweede lijn via eerste lijn: zorg wordt duurder voor de patiënt
(als er telkens een persoonlijke bijdrage wordt gevraagd)
- doorstroming van informatie over financiële toegankelijkheid van beleid naar hulpver-
leners door de bevoegdheden binnen de verschillende overheden minder te versnipperen
dan nu het geval is
- doorstroming van informatie binnen het hulpverlenersnetwerk
dit kan o.a. verbeterd worden door:
 - meer multidisciplinair te werken: kan gestimuleerd worden door de overheid
 - in de vorming en navorming van hulpverleners (ook artsen!) aandacht te besteden aan
nieuwe maatregelen, veranderingen in de wetgeving, ... (vb. via overlegtafels tussen
hulpverleners)
 - een systeem waardoor informatie vlot en onmiddellijk beschikbaar is, op het moment
dat men op zoek is naar informatie (via internet?)
- informatiedoorstroming naar patiënten: een dubbele benadering

- de universele aanpak: via massamediale campagnes
 - massamedia kunnen een belangrijke bron van informatie zijn maar zijn niet voor alle berichten het ideale medium vb. informatie over maatregelen voor een heel specifieke en beperkte groep van patiënten;
 - voor welke informatie zijn de massamedia geschikt?
 - het uitbouwen van een duidelijke politiek omtrent informatieverstrekking naar de patiënt;
 - de massamedia dienen verantwoordelijkheid op te nemen om informatie te verspreiden die gericht is op de gehele bevolking.
vaak is informatie die verspreid wordt via massamedia vooral gericht op de middenklasse;
 - het ondersteunen van initiatieven die de toegankelijkheid van de nieuwe media (vb. internet) tot doel hebben

- de selectieve aanpak: via diensten / hulpverleners met een lage drempel
 - het aanstellen van iemand die de zorg coördineert op de eerste lijn!
 - via wijkgezondheidscentra en buurtcentra⁴ (inschakelen van vertrouwenspersonen)
 - belang zelfhulpgroepen (krijgen echter te weinig subsidies)
 - mondelinge informatie blijft erg belangrijk omdat onmiddellijk kan nagegaan worden of de patiënt de informatie begrijpt
 - mogelijkheid tot laagdrempelige kennismaking met verschillende diensten via vb. informatiesessies in buurtcentra
 - laagdrempelige "medische informatiepunten" waar patiënten terecht kunnen met vragen en waar ze terecht kunnen voor ondersteuning bij het formuleren van hun hulpvraag
vb. van een initiatief: in het nachtverblijf voor daklozen kunnen mensen ook terecht voor vragen ivm het gezondheidszorgsysteem
 - elke organisatie neemt de verantwoordelijkheid om op duidelijke manier informatie beschikbaar te stellen / te verspreiden over haar dienstverlening
 - ! diensten moeten hiertoe over de nodige infrastructuur en middelen beschikken;
apart budget voor de verbetering van informatie en communicatie met maatschappelijk kwetsbare groepen

⁴ De stedelijke buurtwerkingen zijn wijkgebonden diensten van de Dienst Sociale Zaken en Huisvesting.

Men probeert er, via een wijkgebonden aanpak, een oplossing te bieden voor allerlei problemen waarmee de plaatselijke bevolking wordt geconfronteerd. Daarenboven wil de buurtwerking een steunpunt zijn om te werken aan een structurele verbetering van de leefomgeving en het welzijn van de sociaal meest achtergestelde burgers. Hiervoor probeert men via allerhande ontmoetingsactiviteiten, gedragen door vrijwilligers uit de wijk, bewoners te mobiliseren.

- ! deze selectieve aanpak geeft de mogelijkheid de communicatie aan te passen aan de doelgroep (rekening houden met evtl. taalproblemen, met het feit dat de patiënt geen toegang heeft tot computers (internet), ...)

Toekennen tegemoetkomingen

Probleemstelling:

- tegemoetkomingen worden *niet automatisch* toegekend
patiënt heeft het gevoel te "bedelen" om een bepaald voordeel terwijl dit een recht is.
Dit leidt tot frustratie en evtl. tot agressie
- het *stopzetten van bepaalde tegemoetkomingen*, ... (vb. ook de ziekteverzekering) gebeurt soms buiten het weten van de patiënt om
vb. de patiënt moet ondervinden dat hij niet meer in orde is met de ziekteverzekering doordat prestatiebriefjes niet meer werden terugbetaald

Suggesties:

- bij de creatie van nieuwe tegemoetkoming zou het *initiatief niet bij de rechthebbende* zelf moeten liggen, maar in de eerste plaats bij de overheid en verder ook bij het netwerk van hulpverleners (dat op zijn beurt voldoende doorzichtig geïnformeerd moet zijn).
- de mutualiteit *informeert de patiënt actief* indien hij plots niet meer in orde is met de ziekteverzekering (vb. door wijziging statuut, vergeten indienen van een formulier, ...)

Kennis van de leefsituatie van de patiënt bij de hulpverlener

Probleemstelling:

- *hulpverleners* zijn niet altijd op de hoogte van de moeilijke levensomstandigheden van de patiënt
in het bijzonder zijn specialisten zich vaak niet bewust van de financiële moeilijkheden van de patiënt (zij worden hiermee doorgaans niet geconfronteerd gezien zij vaak het geld niet zelf innen)
- hulpverleners *benaderen de situatie* van patiënten vaak vanuit hun eigen sociaal-economische achtergrond die vaak heel verschillend is van de achtergrond van de patiënt
- het gevolg hiervan is dat hulpverleners het gedrag van patiënten soms *veroordelen* en niet open staan voor de reden waarom een patiënt een bepaalde keuze maakt

vb. een alleenstaande moeder neemt ontslag uit het ziekenhuis omdat er niemand is die voor haar kind kan zorgen, zij wordt door de hulpverleners beschouwd als therapie-ontrouw

- *patiënten* hebben soms problemen om hun zorgvraag te formuleren (ambulante psychiatrische patiënten worden hierbij apart vermeld als kwetsbare groep)
- *de verloning van hulpverleners* gebeurt op basis van hun geleverde technische prestaties, communicatie met de patiënt vormt hierbij geen aandachtspunt.

Suggesties:

- hulpverleners dienen een *open houding* aan te nemen ten opzichte van de patiënt:
 - ruimte voor overleg, discussie en gedachtenwisseling
 - aanwezigheid van de nodige infrastructuur (ruimte, ...) waar over de thematiek van gezondheid kan worden gesproken
 - voldoende aandacht voor de *manier waarop* iets gezegd wordt (eenvoudige taal, geen vakjargon, ...)
- *opleiding en navorming van hulpverleners:*
 - aandacht voor communicatieve vaardigheden met bijzondere aandacht voor de specifieke communicatie met kansarmen en mensen zonder papieren
 - begrip en inzicht in het concept armoede
hiertoe stages in armenverenigingen, benaderen van kansarmen binnen hun leefomgeving, ... (niet beperken tot maatschappelijk assistenten)
 - hulpverleners stimuleren zich bij te vormen over deze thematiek vb. a.h.v. toekenning punten accreditering
 - hulpverleners zouden hun interpretatie van de situatie van de patiënt moeten toetsen bij de patiënt
- *patiënten* bereiden hun bezoek aan een hulpverlener voor vb. in het onthaaltehuis, in de vereniging waar armen het woord nemen
- het inschakelen van *vertrouwenspersonen en/of intercultureel bemiddelaars*
- het *ondersteunen van initiatieven* op wijkniveau, verenigingen waar armen het woord nemen, ... waar mensen terecht kunnen voor informatie over het gezondheidszorgsysteem
- initiatief in Charleroi: om zicht te hebben op de situatie van patiënten die zich aanmelden bij de spoedopname van de ziekenhuizen, beschikt de patiënt over een *mini-dossier* met daarin informatie over zijn medische toestand, zijn administratief statuut, ...

- aanpassing van de nomenclatuur (RIZIV): hulpverleners worden verloond wanneer ze tijd en energie steken in communicatie met kwetsbare patiënten met als doel inzicht te krijgen in de levenssituatie van de patiënt

Opmerkingen

- de mutualiteit was een laagdrempelige bron van informatie: het informeel contact tussen de loketbediende en de patiënt is sterk verminderd sinds overschakeling van de terugbetaling van de medische kosten aan het loket naar de terugbetaling via de bankrekening van de patiënt
deze informatiefunctie werd niet overgenomen door een andere dienst
- een patiënt begeleid door een hulpverlener krijgt het respect van andere hulpverleners dat hij anders niet krijgt (belang van toeleiding en begeleiding)
- communicatie: tweede trede in de trap; eerst komt de toegankelijkheid!
- administratieve formaliteiten mogen de zorg niet vertragen
- kwaliteit van zorg moet gelijk zijn voor iedereen

In deze werkgroep werden ook volgende thema's besproken:

- voorschotten in ziekenhuizen
- sociale dienst in ziekenhuizen
- de invoering van de sociale protonkaart

Opmerkingen hieromtrent werden opgenomen in het verslag van de werkgroepen die deze thema's behandelen.

WERKGROEP 2:

DE ORGANISATIE VAN HET GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM: EEN HINDERPAAL VOOR DE TOEGANKELIJKHEID?

De organisatie van een toegankelijke gezondheidszorg

Probleemstelling:

- Het gezondheidszorgsysteem is *te complex* en daardoor onvoldoende transparant voor patiënten én voor hulpverleners
- er is *voldoende aanbod* van gezondheidszorgvoorzieningen, maar deze diensten zijn vaak *onvoldoende transparant, niet altijd toegankelijk* (men heeft geld of een equivalent zoals een medische kaart nodig om toegang te krijgen) en *onvoldoende beschikbaar* (gesloten tijdens het week-end, ...)
- de *toenemende diversificatie* in de gezondheidszorg (en dus ook de toenemende onduidelijkheid) vormt een drempel die zal blijven groeien door het groot toenemend aantal specialisaties in de geneeskunde

Suggesties:

- nood aan een centrale figuur die de medische zorg voor de patiënt coördineert (bijhouden dossier, opvolgen resultaten onderzoeken, ...) en die een aanspreekpunt is voor de patiënt
 - een functie voor de huisarts
 - belangrijke rol van de thuisverpleegkundigen: zij hebben een duidelijk zicht op de dagdagelijkse leefomgeving van de patiënt
hoe kunnen zij hun signaleringsfunctie waarmaken? dit staat haaks op de huidige nomenclatuur
 - voorwaarden: aangepaste verloning + erkenning van centrale functie door alle andere hulpverleners + echelonnering! (een bezoek aan de specialist is goedkoper (of enkel mogelijk) indien doorverwezen door de huisarts)
- toegankelijke zorg = aandacht voor voor-zorg (preventie) en voor na-zorg
- nood aan een centrale figuur die de sociaal-maatschappelijke zorg voor de patiënt coördineert (bijhouden dossier, nagaan van welke tegemoetkomingen hij kan genieten, ...) en die een aanspreekpunt is voor de patiënt

- tussenpersonen die het aanbod van diensten kennen en patiënten kunnen begeleiden op hun zorgtraject
- een functie voor het OCMW?

- **de spoedopname**

- open 24u/24 u + attitude bij de patiënt: "we willen voor alles snel een oplossing"
- uitgestelde betaling (de rekening komt later)
- beeldvorming bij de patiënt: "specialisten leveren betere zorg dan huisartsen" (vertrouwen in technologie)
- vormt de eerstelijns hulp voor patiënten zonder huisarts

MAAR:

- geen financiële drempel op het moment van de consultatie maar wat met de medicatie?
vb. de spoedopname levert voorschriften af zonder dat de patiënt geld op tafel moet leggen maar hij heeft nog steeds onvoldoende geld voor de aankoop van de medicatie
- zeer duur achteraf
- geen contextuele benadering van de patiënt (de spoedopname heeft geen zicht op de levensomstandigheden en op de geschiedenis van de patiënt)
- suggestie: de aanwezigheid van een voorziening huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg dichtbij het ziekenhuis of een afdeling binnen het ziekenhuis waarnaar mogelijks verwezen kan worden wanneer iemand zich oneigenlijk aanbiedt bij de spoedopname

- **Voorbeeld van toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg: de wijkgezondheidscentra**

Voordelen:

- forfaitair stelsel, geen persoonlijke bijdrage of "remgeld" (soms ook gratis medicatie)
- waarborg van de toegankelijkheid
- geen stigmatisering (niet enkel patiënten uit sociaal kwetsbare groepen)
- contextuele en multidisciplinaire benadering van de patiënt
- gericht op de wijk
- gemotiveerde medewerkers

Nadelen:

- de vraag is groter dan het aanbod
- beperkte geografische spreiding

- tijdens het weekend en 's nachts moet men een beroep doen op een dokter van wacht die niet in het wijkgezondheidscentrum werkt en die het systeem van de forfaitaire betaling niet toepast
- te weinig mensen kennen de wijkgezondheidscentra
- bij doorverwijzing naar de tweede lijn doen zich nog steeds problemen voor
- men moet een arts die in het centrum werkt kiezen
- meer een uitzondering dan een regel
- grote motivatie nodig van de medewerkers
- hebben soms de naam enkel voor marginalen te werken: stigmatiserend voor de patiënt

Afstemming en samenwerking tussen diensten bv. diensten voor maatschappelijk werk en gezondheidszorgvoorzieningen

Probleemstelling:

- het *medisch vangnet* is voldoende stevig (artsen werken samen met het OCMW) maar dit moet aangevuld zijn met een voldoende stevig *sociaal vangnet* (dit om vb. administratieve problemen op te lossen)
vb. om gebruik te kunnen maken van het medisch vangnet (medische zorgen die betaald worden door het OCMW) heeft men eerst het sociaal vangnet nodig (om de procedure af te handelen zodat het OCMW de kosten wil dragen)
- de dienstverlening is *te gefragmenteerd* en hulpverleners verliezen daardoor het globaal zicht op de situatie van de patiënt
- de *taakomschrijving* van de verschillende diensten is onduidelijk waardoor er zich overlappingsen voordoen, wat inefficiënt is
- hulpverleners zijn *niet altijd op de hoogte* van het bestaan van de verschillende diensten en tegemoetkomingen
- het is voor de medische hulpverlener vaak zeer moeilijk om het *statuut en de situatie van de patiënt* te kennen waardoor de personen die echt nood hebben aan gratis verzorging soms moeilijk herkend worden
- *levensomstandigheden* (ongezonde woning, ontoereikende inkomsten, ...) worden onvoldoende beschouwd als bepalende factor voor een slechte gezondheid

Suggesties:

- *coördinator medische zorg / coördinator sociaal-maatschappelijke zorg* (supra), bij voorkeur opererend op de eerste lijn
- institutionalisering van *samenwerkingsinitiatieven* vb. de SIT's/ SEL's
- het nut van *multidisciplinaire samenwerking* en het multidisciplinair opvolgen van de patiënt
- *vorming en navorming van hulpverleners*: aandacht voor de functie en de rol van andere disciplines
- *taakafbakening* en afspraken omtrent bevoegdheden van de verschillende diensten
- het verbeteren van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg is slechts één piste om sociale verschillen in gezondheid terug te dringen, ook andere aspecten moeten worden aangepakt vb. huisvesting (vb. door subsidies toe te kennen voor het isoleren van huizen, door het uitbreiden van de opvang voor daklozen, ...)
- het nut van *multidisciplinaire samenwerking en het multidisciplinair opvolgen* van de patiënt, met aandacht voor een preventieve aanpak
- de maatregelen die genomen worden om de toegankelijkheid te bevorderen moeten betrekking hebben op 'voorzorg', 'opvolging' en 'nazorg'. Deze moeten op elkaar afgestemd worden.

Rol van het OCMW

Probleemstelling:

- werking OCMW's is *zeer verschillend* van gemeente tot gemeente, gebrek aan een samenhangend beleid
vb. elk OCMW beslist vrij zelfstandig over wat en hoe ze tussenkومت bij de financiering van medische zorgverlening
- aan *illegalen* wordt zorg ontzegd indien er geen akkoord is van het OCMW (probleem van interpretatie van KB 12.12.96 m.b.t. 'Dringende medische hulpverlening')
- het OCMW moet transparanter werken
het *verzoekschrift* zou als methode moeten verdwijnen, het zou moeten gaan om rechten die duidelijk zijn
- patiënten afhankelijk van het OCMW voelen zich beperkt in hun *vrije keuze van arts*; het aantal artsen waarmee het OCMW een overeenkomst sloot en waaruit de patiënt kan kiezen blijkt (te) beperkt te zijn

- het OCMW beschikt niet over de middelen en het personeel om een *permanentie* te garanderen

De situatie van mensen zonder papieren (MZP), mensen zonder wettig verblijf

- hebben vaak geen huisarts en gaan rechtsreeks naar het ziekenhuis, waardoor hun medische gegevens vaak verspreid zitten over verschillende spoeddiensten (en waardoor hun gezondheidssituatie vaak niet adequaat opgevolgd wordt)
- onvoldoende opvolging van hun gezondheidsproblemen, gebrek aan een centraal bijgehouden medisch dossier
- hebben geen toegang tot de ziekteverzekering, ondanks het feit dat sommigen bereid zijn / de mogelijkheden hebben om de bijdrage te betalen
- worden vaak geweigerd door hulpverlener of door het ziekenhuis
Vb. MZP worden soms bij een bevalling of een verkeersongeval gevraagd om een voorschot of de volledige kostprijs te betalen, als ze dit niet kunnen, worden ze niet behandeld
- probleem van medisch toerisme (mensen ontvluchten hun land om zich te laten behandelen in België, vaak omdat er in hun land geen goede sociale zekerheid is)

Opmerkingen

- ziekenhuis:
 - geen continuïteit van zorg
 - geen opvolging van de patiënt
 - geen contextuele benadering
 - duur
- het gezondheidszorgbeleid houdt geen rekening met personen die niet of slecht verzekerd zijn, het laat de zorg voor deze mensen over aan vzw's (ondanks de uitbreiding van de verzekeraarbaarheid zijn er nog mazen in het vangnet)
- *ziekenhuizen* proberen te ontkomen aan de toepassing van de wet tot "Dringende medische hulpverlening" aan mensen zonder papieren (dit door te verwijzen naar andere ziekenhuizen of naar de eerste lijn)

- bij het uitvoeren van nieuwe maatregelen moet worden nagegaan of aan de voorwaarden voor het invoeren ervan is voldaan vb. voldoende juist geschoold en beschikbaar personeel
- hulpverleners die solo werken (vnl. huisartsen) moeten vaak zelf zo veel administratieve formaliteiten vervullen waardoor er weinig tijd overblijft voor de zorg voor sociaal kwetsbare patiënten
- belang van preventie, voldoende aandacht voor geestelijke gezondheid
- mensen die leven in armoede zouden een wetenschappelijk verantwoorde 'check-up' moeten krijgen, zodat men een algemeen gezondheidsbilan van deze mensen kan opmaken
- *sociale dienst ziekenhuis*
 - vlottere doorverwijzing noodzakelijk
 - HA stelt ZH reeds op hoogte van de moeilijke financiële situatie van de patiënt
 - betere samenwerking met andere diensten (afstemmen hulpverlening) waaronder verenigingen waar armen het woord nemen
 - nood aan normering, functie- en taakomschrijving van de sociale dienst
 - overbelasting hulpverleners aanpakken!

In deze werkgroep werden o.m. ook volgende thema's besproken:

- moeilijkheden van de patiënt om zijn zorgvraag te formuleren
- kennis van de hulpverleners over de leefsituatie van de patiënt
- regeling derde betaler
- communicatie tussen hulpverleners
- voorwaarden voor informatieverlening naar patiënten
- belang van informeel contact tussen hulpverlener en patiënt voor informatie-uitwisseling (vb. loket van de mutualiteit)
- nut van persoonlijke bijdrage of "remgeld"
- uitbreiding van de verplichte verzekering
- medische protonkaart
- armoede en gezondheid

De opmerkingen hieromtrent werden opgenomen in het verslag van de werkgroepen die deze thema's behandelen.

WERKGROEP 3:

ZIEK ZIJN IS DUUR

Algemeen

Probleemstelling:

- maatregelen die tot nu toe genomen zijn (MAF, franchise, ...) zijn *sluiten niet aan* bij de dagelijkse realiteit en beleving van mensen uit maatschappelijk sociaal kwetsbare groepen
- bestaande maatregelen zijn wettelijk zeer complex en te *weinig bekend* (zowel bij patiënten als bij hulpverleners)
- selectieve maatregelen: gevaar van *stigmatisering*
- de toekenning van tegemoetkomingen wordt vaak bepaald op basis van het inkomen zoals geregistreerd bij de fiscus, er wordt geen rekening gehouden met het werkelijk beschikbaar gezinsinkomen (dit kan lager liggen omwille van echtscheiding, schulden, ...)
- ondoorzichtig systeem van *tarifiering* (al-dan-niet geconventioneerde artsen, afhankelijk van het type kamer bij een ziekenhuisopname, ...)
- nood aan laagdrempelige en gratis preventieve gezondheidszorg, ook voor volwassenen zoals vb. Kind en Gezin voor kinderen
dit om te voorkomen dat een gezondheidsproblematiek chronisch wordt

Suggesties:

- *universele dekking* door de verplichte verzekering, afbouwen aanvullende verzekeringen en privé verzekeringen
eventueel het inschrijvingsbedrag bij de verzekeringsinstelling afhankelijk van het inkomen
zo vermijden van een dualisering van de gezondheidszorg
- *één universeel systeem* voor de eerstelijnsgezondheidszorg
- de toepassing van bepaalde maatregelen zou als een *automatisch recht* moeten gebeuren op basis van gegevens die op de SIS-kaart staan (ipv het gebruik van aanvraagformulieren)
- het *stigmatiserend effect van het OCMW wegwerken* door het verder uitbouwen van de algemene, universele dienstverlening van de dienstencentra van het OCMW (vb. maaltijden, pedicure, internet, ...)

Maximum factuur voor gezondheidszorgen (MAF)

Probleemstelling:

- *hoge drempel vóór* men kan genieten van een vrijstelling
- vele kosten worden *niet opgenomen* vb. supplementen
- geld moet nog steeds *voorgesloten* worden
- slechts voor een *beperkt deel van de bevolking* betekent deze maatregel een vooruitgang vb. voor chronisch zieken
- *selectieve maatregel*: de drempel wordt bepaald door het inkomen de MAF sluit mensen met een hoger inkomen uit en kan daardoor een geneeskunde met twee snelheden in de hand werken
- qua administratie een zeer complex en dus ook een zeer *duur systeem*

Suggesties:

- voor bepaalde categorieën van patiënten komen de kosten die niet opgenomen worden in de MAF maar die toch noodzakelijk zijn, in aanmerking voor terugbetaling door het OCMW
- regeling derde betaler voor iedereen, de remgelden worden opgenomen in de MAF
- de maximumfactuur op maandbasis bepalen (vb. 35 Euro) i.p.v. op jaarbasis
- verlagen van het *bedrag van de drempel* voor de laagste inkomens

Regeling derde betaler

Probleemstelling:

- afhankelijk van de good-will van de artsen
- hierdoor soms misbruiken
- afspraken tussen de patiënt en zijn huisarts worden vaak niet overgenomen door de dokter van wacht
- veel administratief werk voor de arts

Suggesties:

- de mutualiteiten informeren de artsen over de regeling derde betaler en de versnelde terugbetalingmodaliteiten (vb. pilootproject in Gent)
- regeling derde betaler als een automatisch recht voor de in de wet gedefinieerde categorieën

- moet een recht zijn dat door de arts kan afgelezen worden van de SIS-kaart
de SIS-kaart zou moeten kunnen geraadpleegd worden door méér hulpverleners
- dient beter uitgewerkt te worden (eenduidige afspraken en procedures in België)
- RBD voor iedereen: dit voorkomt stigmatisering
- actieve bekendmaking van de maatregel
- de beschikbaarheid van een lijst van artsen die de regeling betalende derde toepassen.
Hiertoe zouden garanties moeten geformuleerd worden naar de artsen (terugbetaling
binnen de 2 maanden, administratieve vereenvoudiging, ...)
- de *sociale protonkaart* / betaalkaart voor een vlotte toepassing van de regeling derde
betaler:
 - de SIS-kaart en de sociale protonkaart van de patiënt worden ingebracht in het
leestoestel van de arts
 - na het intikken van een persoonlijke code door de patiënt, wordt het bedrag dat de
patiënt zou terugkrijgen van de mutualiteit automatisch door de mutualiteit op de
bankrekening van de arts gestort
 - de patiënt betaalt de arts het eventuele remgeld

Tandzorg

Probleemstelling:

- patiënten zijn vaak niet geïnformeerd over hoeveel tandzorg precies kost en stellen de
zorg uit in de veronderstelling dat dit zeer duur is
de patiënt zet pas de stap naar de tandarts na de leeftijdsgrens voor gratis zorg, op het
moment dat het tandprobleem zeer groot geworden is, met een zware financiële last tot
gevolg

Suggesties:

- voor mensen die de (gratis) preventieve tandzorg op jonge leeftijd misten, zou een
inhaalbeweging mogelijk moeten zijn
- sensibilisering en preventie op maat van de kansarme groepen; huidige preventie is vaak
te veel gericht op de patiënt uit de middenklasse en de hoger opgeleiden
- invoering *regeling derde betaler*

Ziekenhuisopname en spoedopname

Probleemstelling:

- *spoedopname*: lange wachttijd, duur maar "het voordeel" is dat de rekening pas later komt
- *ziekenhuisopname*: zeer duur indien men niet geniet van verhoogde tegemoetkoming of hospitalisatieverzekering
- ondoorzichtigheid in de tarieven van ziekenvervoer
- onduidelijke ziekenhuisrekeningen
- medische onderzoeken zijn zeer duur

Suggesties:

- bij voorbaat een schatting van de kosten ontvangen
- afschaffen voorschotten bij opname in het ziekenhuis
- eenduidigheid en eenvormigheid in alle ziekenhuizen omtrent voorschotten en facturen
- ziekenhuisfacturen en documenten van de verzekering dienen veel eenvoudiger opgesteld te worden
- de mutualiteit helpt de patiënt bij het nakijken van de ziekenhuisfacturen
- opzetten van een systeem dat de patiënt in staat stelt te verifiëren of men de gefactureerde prestaties van diensten ook werkelijk ontvangen heeft
- bij aanmelding bij de spoedopname gebeurt een dispatching van de patiënten naar urgent en minder urgent en dit op basis van het gezondheidsprobleem.
De minder urgente patiënt krijgt indien nodig een eerste behandeling maar wordt dan doorverwezen naar een huisarts die de behandeling verder zet
- remgelden in de spoed remmen het oneigenlijk gebruik ervan af, een voorwaarde hiervoor is een goede toegankelijkheid van **de wachtdiensten** voor huisartsen

Financiële toegankelijkheid – zorgcoördinatie

Probleemstelling:

- als je als kansarme in een complexe probleemsituatie terechtkomt is het zeer moeilijk om de stap naar informatie rond financiële en andere toegankelijkheid van de gezondheidszorg te zetten
- nut van remgeld?
in het forfaitair stelsel (waar geen remgeld gevraagd wordt) wordt niet meer geconsumeerd dan in een systeem van betaling per prestatie

- hulpverleners die werken tegen terugbetalingstarief bij vele van hun patiënten, hebben een lager inkomen
een compensatiesysteem zou voor deze hulpverleners moeten worden voorzien
- heel wat hulpverleners komen langs bij de zorgbehoevende maar signalering van problemen rond o.a. financiële toegankelijkheid gebeurt vaak onvoldoende
Hoe komt dit?
 - prestatiedruk van de hulpverleners – geen tijd om andere zaken op te nemen buiten het curatieve of verzorgende
 - hulpverleners (huisarts) kennen vaak onvoldoende de mogelijkheden binnen de sociale hulpverlening (sociale kaart)
 - de fierheid van de patiënt: de patiënt loopt niet te koop met zijn behoefte
 - hulpverleners die per prestatie werken (huisarts) worden financieel niet gehonoreerd voor zorgcoördinatie, voor initiatieven rond verbetering van de toegankelijkheid
 - de hulpverlening wordt te weinig gecoördineerd; het zorgenplan dat goed werkt bij palliatieve hulpverlening en thuiszorg lukt vaak niet goed bij minder zwaar hulpbehoevende patiënten

Suggesties:

- de hulpverlening moet de hand uitsteken naar de patiënt en niet de omgekeerde, moeilijke weg. Hoe?
- tijd maken voor zorgcoördinatie door het financieel te stimuleren
- opleiding hulpverleners (huisartsen, tandartsen, kinesisten, ...): kennis van de Sociale Kaart
- zorgcoördinatie met de huisarts als centrale figuur waarbij de verschillende diensten die langskomen bij de patiënt kunnen signaleren
- terugbetalingstermijn van facturen en medische kosten: de oprichting van een "garantiekas" voor medische uitgaven waarop een beroep gedaan kan worden bij onvermogen om een rekening te betalen en die het bedrag voorschiet
- uitbreiden voorkeurregeling
- voorkeurregeling bepalen op basis van het beschikbaar maandinkomen, niet op basis van het fiscaal inkomen
- belangrijke rol van de thuisverpleegkundigen: zij hebben een duidelijk zicht op de dagdagelijkse leefomgeving van de patiënt
hoe kunnen zij hun signaleringsfunctie waarmaken? dit staat haaks op de huidige nomenclatuur

Opmerkingen

- het flexibel toepassen van de regelgeving is een oplossing voor bepaalde patiënten maar is dit deontologisch verantwoord (concurrentieel machtwerking)?
- maatregelen die de financiële drempel verlagen, verhogen vaak de administratieve drempel
- initiatief in Ronse: er bestaat een conventie tussen huisartsen en apothekers, patiënten kunnen gratis hun medicatie afhalen na een consultatie bij de huisarts
- initiatief in Brussel: betalingsverbintenis van het OCMW voor één consultatie waarvoor altijd tussenkomst gegeven wordt
- initiatief in Molenbeek: lijst van medicatie die gratis verstrekt wordt aan bepaalde personen;
nadeel is evenwel dat het systeem nog weinig mensen bereikt
- overeenkomsten tussen onthaalhuizen en het OCMW: alles wordt volledig terugbetaald en het onthaalhuis betaalt rechtstreeks aan de hulpverlener
- hulpverleners hebben soms een negatieve houding tegenover mensen uit sociaal kwetsbare groepen
- hospitalisatieverzekering: vaak niet transparant
- extra vergoedingen voor artsen die zich extra inzetten voor moeilijk bereikbare groepen

In deze werkgroep werden ook volgende thema's besproken:

- participatie van patiënten aan het beleid
- kennis van hulpverleners over de leefsituatie van patiënten
- informatiepunten mbt maatregelen

De opmerkingen hieromtrent werden opgenomen in de verslagen van de werkgroepen die deze thema's behandelen.

WERKGROEP 4:

PARTICIPATIE IN BELEID

Probleemstelling:

- politici benaderen situaties en problemen vanuit een *ander standpunt* dan de mensen die in armoede leven, waardoor dialoog zeer moeilijk is
- het formuleren van een standpunt is een *tijdsintensief* proces
dit staat vaak haaks op de vraag van politici naar een snel antwoord
- initiatief van Kind en Gezin: het werken met *ervaringsdeskundigen* is een mogelijkheid
toch blijkt dit niet zo eenvoudig te zijn; de samenwerking tussen ervaringsdeskundigen en de andere hulpverleners verloopt vaak stroef
oorzaak hiervan? te sterke hiërarchie? te grote afstand tussen directie en ervaringsdeskundige? zware belasting van de ervaringsdeskundige (o.a. emotioneel)?
- participatie aan beleid veronderstelt een vrij *horizontale bedrijfsstructuur*
- overleg met de doelgroep komt vaak *nadat de beslissingen reeds genomen zijn*
- het betrekken van de doelgroep mag niet als doel hebben het *imago* van het beleid op te poetsen
- de voorstellen die gedaan worden door o.m. mensen uit kwetsbare groepen worden onvoldoende *au sérieux* genomen

Suggesties:

- Voorwaarden om specifieke doelgroepen te laten participeren aan het beleid:
- voldoende financiële middelen om projecten rond participatie en gezondheid te ondersteunen
- ruimte voor overleg, discussie en gedachtenwisseling
- participatie is een tijdsintensief proces waarvoor voldoende tijd moet worden uitgetrokken
- aanwezigheid van de nodige infrastructuur (ruimte, ...) waar over de thematiek van gezondheid kan worden gesproken
- eventuele begeleiding bij doorverwijzing
- de ontwikkeling van een organisatie-model waarin participatie van kwetsbare groepen aan het beleid van de organisatie mogelijk is
- het opstellen van armoede-effectenrapporten (naar analogie van het milieu-effectenrapport): bij het nemen van beleidsmaatregelen wordt nagegaan wat deze betekenen voor mensen die leven in armoede
- mensen worden gehoord binnen hun vertrouwde omgeving: beleidsmedewerkers stappen naar verenigingen toe

- voldoende aandacht voor de *manier waarop* iets gezegd wordt (eenvoudige taal, geen vakjargon, ...)
- de praktische organisatie van de participatie dient rekening te houden met de dagelijkse realiteit van de doelgroep (geen eigen vervoer, kinderopvang, ...)
- nut van een permanent overleg dat niet gebonden is aan een minister cfr. de wissel van beleidsmensen om de 4 jaar
- vraag naar permanente pleitbezorgers van de basis naar het beleid

In deze werkgroep werden ook volgende thema's besproken:

- het gebruik van massamedia (TV) en het nut van een ombudsman

De opmerkingen hieromtrent werden opgenomen in het verslag van de werkgroepen waar deze onderwerpen werden besproken.

OOK NOG GENOTEERD IN DE WERKGROEPEN

- De samenstelling van de Interministeriële conferentie voor sociale integratie moet herzien worden (alle aspecten van armoede betrekken);
- Het nationaal actieplan voor sociale integratie (in het Europees kader) is hiertoe aanmoedigend; verschillende ministers nemen deel;
- Armoedebestrijding is verdeeld over verschillende beleidsniveaus en kabinetten, dit is belemmert de aanpak van armoede;
- Armoede is een maatschappelijk en structureel probleem, geen individuele schuld;
- Een forum zoals op 14/12/02 zou moeten georganiseerd worden vanuit verschillende kabinetten en beleidsniveaus, niet enkel door de minister van Sociale Zaken.

ALGEMEEN BESLUIT

UITGANGSPUNT

Het Belgische gezondheidszorgsysteem kan tot één van de betere gerekend worden. Het levert kwalitatief hoogstaande zorg en is toch financieel relatief toegankelijk voor de gemiddelde Belg. Toch worden vanuit verschillende hoeken signalen gegeven dat mensen niet altijd de noodzakelijke medische zorgen krijgen zodat belangrijke sociaal-culturele verschillen blijven bestaan op het vlak van de ziekte en sterfte: economisch zwakkere groepen zijn meer ziek en hebben een lagere levensverwachting.⁵

Met het participatief onderzoek met mensen die in armoede leven wilden we nagaan wat de verschillende factoren zijn die een toegankelijke gezondheidszorg in de weg staan.

Bestaande databanken zoals bijvoorbeeld de databanken van mutualiteiten, Minimale Psychiatrische Gegevens, ... leveren vooral informatie over financiële drempels in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Deze financiële drempels verklaren echter slechts gedeeltelijk de ongelijke toegang tot de gezondheidszorg.

Om de andere factoren die eveneens bijdragen tot de ongelijkheid te identificeren, is het noodzakelijk alternatieve bronnen aan te wenden. Mogelijkheden hierbij zijn het gebruiken van vragenlijsten en het optekenen van ervaringen van personen die geconfronteerd worden met knelpunten in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Dit laatste is een relatief nieuwe onderzoeksmethode waarbij uitgegaan wordt van een exploratie van de leefwereld van personen. Ze kan een ander licht werpen op de problematiek van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg waardoor mogelijk nieuwe aandachtspunten voor beleidsontwikkelaars worden blootgelegd.

De nadruk bij deze methodiek ligt op het inventariseren en niet op het kwantificeren van het te onderzoeken fenomeen. Dit heeft als gevolg dat de steekproef niet representatief moet zijn voor de volledige bevolking maar wordt samengesteld uit mensen met een rijke ervaring binnen het onderzoeksterrein.

In dit onderzoek gingen we uit van de veronderstelling dat mensen die leven in armoede vaak geconfronteerd worden met drempels in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg

⁵ LOUCKX F., VAN WANSEELE C. Sociale Correcties in de ziekteverzekering. Balans en toekomst. Brussel: Steunpunt Samenleving en Gezondheid VUB; 1998.

Omwille van de moeilijke bereikbaarheid van mensen die in armoede leven, werd samen-
gewerkt met verenigingen waar armen het woord nemen via het Steunpunt.

Binnen het onderzoek kunnen vijf fasen onderscheiden worden:

- Fase 1: het opsporen van de knelpunten aan de hand van focusgroepgesprekken
- Fase 2: het opstellen van een syntheseverslag van de resultaten van fase 1
- Fase 3: de bespreking en bijsturing van het syntheseverslag met de deelnemers via een feedbackprocedure en de voorbereiding van het forum
- Fase 4: het forum op 14/12/2002 waarop de resultaten wordt voorgesteld en concrete beleidsaanbevelingen worden geformuleerd
- Fase 5: de publicatie van een eindrapport

BELEIDSAANBEVELINGEN

Het kwalitatief onderzoek met de focusgroepen en het forum van 14.12.2002, geven aanleiding tot een aantal concrete aanbevelingen naar het gezondheidszorgbeleid:

Mensen die in armoede leven ervaren op het vlak van toegankelijkheid knelpunten op verschillende niveaus. Het is belangrijk om een actie ter verbetering van de toegankelijkheid vanuit een multi-axiaal perspectief op te zetten (aandacht voor financiële toegankelijkheid, administratieve toegankelijkheid, culturele toegankelijkheid, psychosociale toegankelijkheid, ...).

Voor wat betreft de financiële toegankelijkheid, vormt het belangrijkste knelpunt dat mensen op het "point of service" concreet geld moeten mobiliseren. De oplossing hiervoor is dat er een "instroom" in de gezondheidszorg bestaat die laagdrempelig is, en die geen mobilisatie van geld vraagt: een goed toegankelijke huisartsgeneeskunde functioneert in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg, met een veralgemeend systeem van Regeling Betalende Derde is hierbij belangrijk.

Kansarmen ervaren problemen door het feit dat zij voortdurend om "bijzondere regelingen" moeten vragen. Dit werkt stigmatisering en dualisering in de hand.

De ervaring met de focusgroepen heeft geleerd dat het mogelijk is om organisaties waar armen het woord nemen actief te betrekken bij discussies rond beleidsmaatregelen. Dit is echter een proces dat veel tijd vraagt, en dat wellicht in het kader van een efficiënte beleidsvoering, dient te worden aangestuurd bv. vanuit wetenschappelijke onderzoeksgroepen. Het lijkt wenselijk om, telkens wanneer maatregelen worden genomen, met als bedoeling de toegankelijkheid van de zorg voor maatschappelijk zwakkere groepen te verbeteren, deze bij voorbaat te toetsen bij de doelgroep en aldus een "armoede-effectenrapport" op te stellen, waarin wordt aangegeven in welke mate kan worden verwacht dat de maatregel effectief de vooropgezette doelstellingen realiseert.

TOESPRAKEN SPREKERS FORUM

- Inleiding op het Forum: 'Armoede en gezondheid: knelpunten in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg'. Gent, 14 december 2002
- Wat is armoede/ wat betekent het als je in armoede leeft?
- Een reflectie op het onderzoek
- Slotrede

INLEIDING OP HET FORUM: 'ARMOEDE EN GEZONDHEID: KNELPUNTEN IN DE TOEGANKELIJKHEID VAN DE GEZONDHEIDSZORG'. GENT, 14 DECEMBER 2002

Door Mevr. Ghislaine Adriaensens

*Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting -
Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding*

Geachte dames en heren,

Ik werd gevraagd op twee vragen in te gaan:

- 1) wat is het verband tussen dit onderzoek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de opvolging van het Algemeen Verslag over de Armoede?
- 2) waarom dit Forum?

Ik zal trachten in het kort deze twee vragen te beantwoorden.

De eerste vraag gaat over de situering van dit onderzoek; de tweede over de doelstelling van dit Forum.

In het kielzog van het Algemeen Verslag over de Armoede

Om dit onderzoek te situeren, moet men bijna 10 jaar terug, nl. naar het verschijnen van het Algemeen Verslag over de Armoede.

Dit Verslag was een zeer merkwaardig rapport, en dit om velerlei redenen, o.a.:

- Het kwam tot stand niet op vraag van één Minister, maar wel van de hele federale regering. Dit is belangrijk want het betekent dat armoede geen probleem is dat men vanuit één standpunt, één bevoegdheid kan benaderen, maar dat inspanningen nodig zijn van alle leden van de regeringen, welke hun bevoegdheden ook moge zijn.
- Het was de eerste maal dat erkend werd dat mensen in armoede via hun verenigingen politiek verantwoordelijken konden helpen bij het uitdenken en uitvoeren van een beleid van armoedebestrijding. Het Rapport werd een Verslag van de dialoog van mensen in armoede via hun verenigingen met allerlei actoren op het vlak van armoedebestrijding: beroepsmensen, wetenschappers, beleidsmedewerkers,...werkzaam in verschillende domeinen zoals huisvesting, gezondheid, onderwijs,... Dit Algemeen Verslag werd eind 1994 aan de regering overhandigd.

Een hoofdstuk uit dit verslag gaat over gezondheid. Hierin wordt duidelijk gesteld dat de toegang tot de gezondheidszorg een bijna onoverwinbare hindernissenkoers vormt voor mensen in armoede. Bovendien betalen zij ook de zwaarste tol wat betreft frequentie van ziekte, functionele gevolgen op korte en lange termijn en uiteraard inzake mortaliteit.

Het hoofdstuk gezondheid van het Algemeen Verslag over de Armoede eindigt op een aantal voorstellen, zoals

- Veralgemening van de gezondheidsverzekering
- Verbetering van de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg
- Vorming van professionele gezondheidswerkers
- Beter kennis om beter te kunnen evalueren

Wat gebeurde sinds het verschijnen van het Algemeen Verslag over de Armoede?

In antwoord op dit Verslag richtten de beleidsverantwoordelijken een Interministeriële Conferentie Sociale Integratie op. Deze instelling moet inzake armoedebestrijding de gezamenlijke aanpak en het overleg tussen de federale staat met de gemeenschappen en de gewesten bevorderen. Dit is een stap verder: het Algemeen Verslag over de Armoede was een opdracht van de federale regering; nu worden tevens de gewest-en gemeenschapsregeringen betrokken. Aan deze Interministeriële Conferenties nemen dan ook alle Ministers wiens bevoegdheid van ver of van kortbij met armoede te maken hebben.

In november 1995 werden voorstellen voor hervorming in het domein van de gezondheid op de dagorde van de Interministeriële Conferentie gezet. Het betrof de veralgemeende toegang tot de ziekteverzekering en de uitbreiding van het voorkeurstelsel of het WIGW-stelsel. In de federale Ministerraad van 30 april 1997 over armoede werden voor de eerste keer deze maatregelen goedgekeurd en de raad gaf de Minister van Sociale Zaken de opdracht om de uitvoering van deze hervormingen op te volgen en de concrete toepassing ervan te evalueren. De raad preciseerde dat deze evaluatie diende te gebeuren met de participatie van de organisaties die aan het Algemeen Verslag over de Armoede meegewerkt hadden en in het Centrum voor gelijkheid van kansen vergaderden. De Interministeriële Conferentie van 24 maart 1999 vroeg om tevens het derdebetalerssysteem te evalueren.

In antwoord op deze vraag van de Interministeriële Conferentie om de toegang tot de gezondheidszorgen te evalueren, werd binnen het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding een werkgroep gezondheid opgericht, bestaande uit verenigingen Partners van het Algemeen Verslag over de Armoede. Zij gingen een gedachtewisseling aan met enkele mensen die beroepshalve met gezondheidszorgen te maken hebben en schreven hierover een nota uit.

Einde 1999 ontvingen de verenigingen een brief van de Minister van Sociale Zaken met het verzoek aan de evaluatie deel te nemen en in maart 2000 werd de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent met de uitvoering van het evaluatie-onderzoek belast. De opdracht bevatte een uitdrukkelijke vermelding dat de verenigingen waar armen het woord nemen bij de evaluatie van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg moesten betrokken worden. Dit was in overeenstemming met de wens van de Interministeriële Conferentie. Het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting kreeg de opdracht de samenwerking met de verenigingen te concretiseren. In juni 2000 ontmoetten de Verenigingen en het Steunpunt de Minister van Sociale Zaken en maakten hun prioriteiten voor de evaluatie kenbaar.

Over het onderzoek, verneemt u meer in de hiernavolgende uiteenzetting.

De tweede vraag gaat over de doelstelling:

Een Forum als denk-en ontmoetingsdag

Het Forum van vandaag is geen studiedag, geen wetenschappelijk congres in de gebruikelijke zin van het woord, waar de resultaten van het onderzoek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg worden uiteengezet.

Het wil een denk-en ontmoetingsdag zijn tussen mensen die allemaal iets met gezondheid te maken hebben: mensen in armoede en hun verenigingen; gezondheidswerkers, beleidsverantwoordelijken,...

Het is niet de eerste maal dat een dergelijke gedachtewisseling georganiseerd wordt. Het is de voortzetting van een dialoog, opgestart in het kader van het Algemeen Verslag over de Armoede. Deze aangegane dialoog dient verder gezet te worden, ook uitgebreid met andere actoren.

Concreet:

wat mag U verwachten van deze dag?

Resultaten van een onderzoek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

Resultaten, die de vrucht zijn van een samenwerking tussen drie partners:

1. de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgeneeskunde van de Universiteit Gent die de opdracht kreeg het onderzoek wetenschappelijk uit te voeren;
2. het Collectief van de Verenigingen waar armen het woord nemen dat kennis en ervaring van mensen in armoede heeft ingebracht; en

3. het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, dat de brug heeft geslagen tussen deze twee partners.

Het wordt geen ex cathedra uiteenzetting over de knelpunten in verband met de toegankelijkheid.

Het wordt wel een interactieve presentatie door de onderzoekers en de verenigingen samen. Immers de inzet en de actieve participatie van mensen in armoede via hun verenigingen stonden centraal tijdens dit onderzoek en de voorbereiding van dit Forum.

Wat mogen wij van U, deelnemers, verwachten?

De inbreng van uw kennis en uw ervaringen, én een luisterend oor voor deze van de anderen, zodat dit Forum een moment wordt van wederzijdse kennisverrijking voor iedereen.

Een kennisverrijking die tot oplossingen moet leiden om de vele hinderpalen in de toegang tot de gezondheidszorg uit te bannen.

Op het einde van de dag verwachten wij dus concrete pistes om het recht op de bescherming van de gezondheid voor iedereen te garanderen, mensen in armoede inbegrepen.

Dit Forum is geen eindpunt, maar wil een startpunt zijn om samen verder te gaan.

Want de voorstellen die op het einde van deze dag voorgelegd worden, dienen verder opgenomen en uitgewerkt te worden tot concrete maatregelen, gedragen door alle betrokken actoren, vervolgens uitgevoerd, geëvalueerd en regelmatig bijgesteld.

Dit Forum wil een moment zijn in een continu dialoogproces tussen mensen in armoede, wetenschappers, gezondheidsprofessionals, beleidsvoerders,...

Dit Forum is geen vrijblijvende denk- en ontmoetingsdag.

Het Forum roept op tot het nemen van engagementen opdat iedereen, mensen in armoede inbegrepen, kunnen genieten van het recht op bescherming van de gezondheid.

Wij danken U voor uw inzet en hopen dat het voor iedereen een leerrijke ervaring kan worden.

WAT IS ARMOEDE/ WAT BETEKENT HET ALS JE IN ARMOEDE LEEFT?

*door Dhr. Jozef Van den Broeck van vzw De Keeting
en Dhr. Jean Peeters van Front Commun des Sans Domicile Fixe*

Als armoede ter sprake komt is er dikwijls heel veel onbegrip, zijn er misverstanden en vooroordelen... Dit heeft veel te maken met het feit

- dat men zich enkel baseert op wat men ziet: 'de buitenkant van de armoede'
- dat men de problemen van mensen in armoede vanuit z'n eigen leefsituatie en vanzelfsprekendheden bekijkt en zo vaak foute conclusies trekt...

Daarom vinden we het heel belangrijk om aan het begin van dit forum stil te staan bij 'wat armoede is':

Armoede is:

- voortdurend bezorgd zijn: zal ik morgen iets te eten hebben.... Het is constant leven in onzekerheid
- opgeslorpt worden door verschillende problemen tegelijkertijd op alle mogelijke levensdomeinen: problemen met onze huisvesting, onze gezondheid, onze kinderen op school, niet in orde zijn met allerlei papieren, niet beantwoorden aan wat men van ons vraagt, enz... Als arme moet je steeds improviseren, je bent verplicht om van dag tot dag te leven...
- veel meer dan leven met een heel klein inkomen. Het is in de eerste plaats niet meetellen in de samenleving, niet gehoord worden, genegeerd worden, veroordeeld worden, uitgesloten worden...
- geen vrijheid van keuze hebben – je moet steeds kiezen tussen 2 noodzakelijke dingen bv eten kopen of medicijnen... - je probeert voor de minst nadelige keuze te kiezen.
- steeds opnieuw blijven vechten. Mensen in armoede zijn moedige mensen

Niemand kiest ervoor om in armoede te leven.

De problemen waar mensen in armoede mee te maken hebben zijn een gevolg en geen oorzaak van de armoede. Ze hebben in de eerste plaats te maken met de manier waarop de samenleving functioneert. In onze samenleving spelen er mechanismen die ervoor zorgen dat mensen ondanks hun pogingen, toch weer steeds onderaan belanden.

Daarom spreken velen van ons dan ook liever over uitsluiting en bestaansonzekerheid dan over armoede. De uitdrukking "armoede" wekt namelijk een gevoel van medelijden. De uitdrukking "uitsluiting" daarentegen verwijst naar "gerechtigheid voor allen". Uitsluiting en bestaansonzekerheid zijn de vrucht van de ongelijke ontwikkeling van de maatschappij. Daklozen hebben tijdens een toneelstuk verklaard: Wij zijn de schillen van de vrucht van de economische groei.

Het grootste probleem van de armoede zijn de vooroordelen in de samenleving.

Mensen in armoede leven niet, ze zijn bezig met overleven... Onze overlevingsstrategieën worden door de buitenwereld vaak niet begrepen. Integendeel, voor de buitenwereld zijn ze een bevestiging van hun vooroordelen. Door deze vooroordelen wordt het voor mensen in armoede heel moeilijk om echt aansluiting te vinden bij de samenleving / op de duur sta je buiten de samenleving. Je moet alles maar ondergaan – naar jou luisteren ze niet...

Het constant bezig zijn met overleven vraagt heel veel energie, slorpt mensen in armoede soms volledig op, het is uitputtend... Op de duur heb je soms het gevoel geen vat te hebben op de dingen, alsof het niet meer uitmaakt wat je doet, je voelt je machteloos...

Buitenstaanders kunnen slechts een stukje van de buitenkant van armoede zien. Wat ze niet zien is de binnenkant: hoe het voelt als mensen in de samenleving je voortdurend negatief bekijken: Je voelt je gekwetst , je telt niet mee.

De armoede bestrijden...

Goedbedoelde maatregelen om iets aan de problemen van mensen in armoede te doen, missen vaak hun doel. De mensen die de beslissingen nemen hebben nooit een volledig zicht op de totale situatie waarin mensen in armoede zich bevinden. Maatregelen zullen pas echt effectief zijn als men de mensen in armoede serieus neemt en betreft.

Als men de gezondheidszorg ook voor mensen in armoede toegankelijk wil maken, kan dit pas slagen als men bereid is om ook te kijken door de bril van de mensen in armoede. Dit kan pas als men bereid is de eigen ideeën en opvattingen opzij te zetten en open te staan voor de deskundigheid en kennis van mensen armoede.

Wij hopen dat dit op dit Forum ook echt gebeurt.

EEN REFLECTIE OP HET ONDERZOEK

door Dr. Pierre Hendrick van ATD Vierde Wereld

Mijn presentatie is kort en bevat vijf punten.

1. Bij armoedebestrijding bestaat altijd het gevaar dat men het globale zicht op de dingen verliest. Gezondheid mag niet losgekoppeld worden van de andere levensomstandigheden zoals huisvesting, voeding, hechte relaties, enz. Trouwens is de toegang tot de gezondheidszorg ook maar een deelaspect van gezondheid.
In elk geval kan het niet meer zijn dat armoede mensen tot onmogelijke keuzes dwingt: de huur betalen of de geneesmiddelen? De elektriciteit betalen of eten? Met andere woorden, armoedebestrijding moet globaal en in overleg gebeuren. De vooruitgang op het vlak van gezondheid is hier zeker op zijn plaats.
2. De gebruikte methodologie van focusgroepgesprekken is interessant, maar heeft haar beperkingen. Gesproken taal geeft niet altijd getrouw weer wat men denkt.
Bij de evaluatie van het onderzoek willen wij de volgende vraag behandeld zien: wat hebben de armen tijdens dit proces geleerd? Is de nieuwe kennis nuttig voor hen?
3. De sector van de gezondheidszorgen is de laatste 8 jaren, en vooral de laatste 2 jaren, zeer sterk geëvolueerd. We hebben het te weinig gehad over de maximumfactuur, over de "belasting" in de spoedgevallen, de beperkingen bij kinesitherapie, de zeer recente wet betreffende de rechten van de patiënt. De dialoog moet worden voortgezet. Reeds nu worden de negatieve effecten van de recente maatregelen voor de armsten duidelijk.
4. Het onderzoek ligt in het verlengde van het Algemeen Verslag over de Armoede. Hierin wordt een regelmatig overleg met de armsten voorzien. Welke lessen trekken wij het onderzoek, dat nu wordt afgesloten, voor de toekomst van het overleg?
We zijn van mening dat dit overleg kan en moet worden verbeterd. Men moet over de modaliteiten nadenken. Het is niet gezegd dat een onderzoek dat aan een universitaire afdeling wordt toevertrouwd, de beste manier is. We denken dat het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting dit overleg in goede banen kan leiden.

5. De bescherming van de gezondheid en de toegang tot de gezondheidszorg staan expliciet in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens. Het lijkt dan onvermijdelijk om ook de situatie van mensen in grote moeilijkheden te analyseren: kandidaat-vluchtelingen, mensen zonder papieren, daklozen, mensen zonder bestaansmiddelen. Het probleem ontkennen, is in geen geval een oplossing.

Ten slotte wensen we dat het overleg tussen de overheden en de mensen in armoede verder wordt ontwikkeld. Het is onze wens dat de modaliteiten van dit overleg besproken worden. We dromen van een overleg op basis van burgerparticipatie, van ateliers van basisdemocratie. We wensen ook een betere coördinatie in deze sector waar er steeds meer onderzoeken, studiedagen, colloquia e.a. zijn, terwijl de sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid blijven bestaan, zelfs erger worden.

SLOTREDE

*Door Dhr. Frank Vandenbroucke
minister van Sociale Zaken*

Dames en heren,

Ik wil u eerst en vooral danken voor uw aanwezigheid en voor uw medewerking aan dit congres. Uw ervaringen, uw opmerkingen, uw voorstellen en suggesties, zijn voor mij belangrijk bij het verder vorm en inhoud geven aan mijn beleid, waarin het streven naar een betaalbare en kwalitatieve gezondheidszorg centraal staat. We hebben in 1999 een overeenkomst gesloten om in uitvoering van het Algemeen Verslag over de Armoede en het engagement van de Interministeriële Conferentie Sociale Integratie de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te evalueren in overleg met de doelgroep. Het Steunpunt voor armoedebestrijding heeft vorm gegeven aan dit overleg en de Vakgroep Huisartsgeneeskunde zorgde voor wetenschappelijke ondersteuning. Ik wil beide organisaties danken, maar vooral de leden van de vele organisaties die hier aanwezig zijn, en waar armen zelf deel van uitmaken, voor het werk dat u hier levert.

Ik zeg dit niet zo maar. Het betaalbaar houden van onze gezondheidszorg voor al wie ze nodig heeft, is niet alleen voor u maar ook voor mij een permanente bekommernis. En het werk is nooit af. Daarvoor zijn de voortdurende ontwikkelingen binnen onze gezondheidszorg te ingrijpend. Zo weten we nu al dat de vergrijzing van onze bevolking in de nabije toekomst zal leiden tot een steeds grotere nood aan betaalbare zorg, ook voor wie moet leven van een laag pensioen. En dat het toenemend aanbod van nieuwe en veelal duurdere medische technieken en behandelingen of nieuwe medicamenten, ons voortdurend confronteert met de vraag hoe we dit alles betaalbaar houden voor iedereen. Om die reden blijft het belangrijk om via studies en onderzoek, zoals deze waaraan u allemaal hebt meegewerkt, na te gaan of wat we willen – een betaalbare gezondheidszorg voor iedereen – ook in de praktijk wordt gerealiseerd én, indien dat niet zo is, hoe we kunnen ingrijpen.

Het rapport dat u vandaag hebt besproken is nog niet af. Belangrijke onderdelen die nog ontbreken en waar ik met belangstelling naar uitkijk, zijn, ten eerste, de resultaten van het onderzoek naar het échte gebruik van gezondheidszorg en dit op basis van cijfers van zowel de ziekteverzekering als de gezondheidsenquête in ons land, en, ten tweede, een voorstel om op structurele wijze na te gaan wanneer en voor wie de betaalbaarheid van onze gezondheidszorg een probleem vormt. Dit laatste voorstel voorziet dat we kunnen beschikken

over een soort van "knipperlicht"-systeem, dat ons tijdig kan waarschuwen wanneer de betaalbaarheid van zorg in het gedrang komt.

Omdat het onderzoek nog niet volledig af is, zou het op dit moment voorbarig zijn om vooruit te lopen op de conclusies en voorstellen die ik nog verwacht. Om die reden, wil ik mij in deze bijdrage aan het debat van vandaag, beperken tot een bondig overzicht van de belangrijkste realisaties van deze regering, aangevuld met enkele voorstellen die, als het van mij afhangt, moeten opgenomen worden in een volgend regeerakkoord.

Het regeerakkoord voorzag in 1999, dat moest gewerkt worden aan een kwaliteitsvolle en meer toegankelijke gezondheidszorg. Om dat te realiseren werd onder meer voorzien in, ten eerste, een groter budget (+ 2,5% groei in plaats van 1,5%), ten tweede, een reeks van initiatieven om de gezondheidszorg beter te organiseren en, ten derde, een bijzondere aandacht voor de mensen met lage inkomens die geconfronteerd worden met hoge medische kosten.

Wat is er hiervan terecht gekomen?

Over onze belofte om het budget te verhogen, kan ik zeer kort zijn: het budget van de ziekteverzekering is sinds '99 gegroeid met 141 miljard oude Belgische franken (ca. 3,5 miljard euro) of bijna 30 %. Sommigen vinden dat veel, of zelfs véél te veel. Ik niet: dit budget is nodig voor wie ècht meent dat een kwaliteitsvolle en betaalbare gezondheidszorg een basisrecht is én moet blijven voor iedereen die het nodig heeft.

Betekent dit dat ik als minister van Sociale Zaken vind dat de regering mij een blanco cheque moet uitschrijven als het gaat over gezondheidszorg? Ook hier is mijn antwoord neen. Meer geld vragen voor gezondheidszorg betekent voor mij ook verantwoording afleggen over de besteding er van, met andere woorden antwoorden op de vraag "geven we ons geld goed uit?".

Zo kom ik tot de tweede doelstelling van het regeerakkoord. Om er voor te zorgen dat ons geld goed wordt gebruikt binnen de gezondheidszorg, is het nodig onze gezondheidszorg zo te organiseren en te financieren dat we maximaal verspillingen vermijden. Om dat te bereiken moeten we de moed hebben ondoelmatig gebruik van onze gezondheidszorg – en van ons geld van de ziekteverzekering – zoveel mogelijk aan banden te leggen. Elke euro die onnodig wordt uitgegeven is een euro minder om heel wat mensen nog beter te kunnen helpen dan nu.

U kunt van mij aannemen dat weliswaar iedereen het eens is om verspillingen te vermijden, maar dat het pas moeilijk wordt het aankomt op concrete maatregelen. In het kader van dit congres kan ik niet lang stil staan bij dit cruciaal onderdeel van mijn beleid, aangezien dit in hoofdzaak een kwestie is van betere afspraken met de zorgverstrekkers en in het bijzonder met de artsen.

Maar laat mij er toch op wijzen dat mijn maatregelen voor een hoger gebruik van zogenaamde *generieke* medicamenten en voor een zorgvuldiger gebruik van antibiotica, mijn hervorming

van de kinesitherapie - die nog niet af is en nog wordt bijgestuurd en verbeterd -, dat al deze maatregelen niet ingegeven zijn door "besparingsdrift", maar maatregelen die m.i. nodig zijn in het kader van een goed gebruik van onze gezondheidszorg. Met wat ik bijvoorbeeld bespaar dankzij het meer voorschrijven van *generieken* – ook wel eens enigszins oneerbiedig witte producten genoemd - kan ik bijvoorbeeld geneesmiddelen betalen die de ontwikkeling van dementie vertragen of die de levenskwaliteit van reumapatiënten aanzienlijk verbeteren.

Dames en heren, met de derde doelstelling van het regeerakkoord – een betaalbare zorg ook voor de lagere inkomensgroepen en chronisch zieken – kom ik tot het eigenlijke onderwerp van dit congres en ook van deze toespraak.

Sta mij toe even stil te staan bij de belangrijkste maatregelen die ik dat verband heb toegezegd én uitgevoerd alvorens u mijn standpunt te geven over wat ons verder te doen staat.

Ik start bij de vervangingsinkomens en meer bepaald de vervangingsinkomens die te maken hebben met arbeidsongeschiktheid en ziekte. Als we spreken over een toegankelijke gezondheidszorg is het inkomen van mensen die door ziekte niet meer kunnen werken immers even belangrijk als er voor zorgen dat de medische kosten zelf behoorlijk terugbetaald worden. Inkomsten én kosten zijn twee kanten van dezelfde medaille.

Alle minima bij de ziekte-uitkeringen zijn in deze legislatuur een eerste maal verhoogd op 1 juli 2001. Voor gezinshoofden met 34,16 euro per maand; voor alleenstaanden met 26,44 euro per maand en voor samenwonenden met 24,50 euro per maand. Ik kan u mededelen dat vanaf 1 januari 2003, een tweede verhoging volgt voor alleenstaanden en dat op twee manieren: de minima zelf worden met 1% opgetrokken én het vergoedingspercentage waar een alleenstaande recht op heeft – nu is dat 45% op het vroeger verdiend loon – wordt opgetrokken naar 50%.

Eveneens op 1 januari 2003, volgt een belangrijke uitbreiding van de minima voor wie niet meer kan gaan werken wegens ziekte. Nu is het zo dat alleen in het stelsel van de invaliditeit – dat intreedt vanaf het 2^{de} jaar ziekte – minima bestaan. Minimumuitkeringen bestaan m.a.w. nièt tijdens het eerste jaar arbeidsongeschiktheid. Dat gaan we veranderen: reeds vanaf de 7^{de} maand arbeidsongeschiktheid (in plaats vanaf de 13^{de} vandaag) worden minima ingevoerd. Naast het verhogen van bepaalde ziekte-uitkeringen heb ik ook een belangrijke wijziging doorgevoerd voor mensen die weliswaar arbeidsongeschikt zijn, maar toch nog in staat zijn om enkele dagen of uren per week te werken. Ik denk hier bijvoorbeeld aan patiënten met een zware kankerbehandeling. Kort na een zware behandeling hebben deze patiënten echt wel nood aan rust en recuperatie, maar tussen de behandelingen door is het best mogelijk dat ze nog kunnen – en willen – aan het werk gaan. De mogelijkheid om én een ziekte-uitkering te ontvangen én nog een stuk te gaan werken, bestond reeds. Maar deze mogelijkheid was niet

voor iedereen even interessant: vooral mensen met een lage uitkering die een beroep deden op dit systeem van "toegelaten arbeid", kregen in vele gevallen de rekening op het einde van de maand gepresenteerd. Er werd veel meer afgetrokken van hun uitkering dan van de hogere uitkeringen. Met een totaal nieuw, en bovendien veel eenvoudiger, systeem van berekening is de toegelaten arbeid op dit moment veel interessanter geworden voor het merendeel van de mensen.

Mensen niet alleen meer kansen geven om terug, zij het deeltijds, te gaan werken, maar ook ze financieel niet te bestraffen wanneer ze dit doen, is voor mij een belangrijk politiek dossier. Zo lang de gezondheid het nog toelaat, blijft werk de beste bescherming, niet alleen financieel maar ook sociaal. Daarom wordt deze maatregel grondig geëvalueerd, met als bedoeling hier op verder te werken én ook de andere aspecten – zoals het aanbieden van herscholing / bijscholing en eventueel van passende jobs – grondig te verbeteren.

Tot zover de vervangingsinkomens. Laten we nu naar de gezondheidszorg zelf gaan en bekijken wat u terugbetaald krijgt van uw ziekenfonds. Hier beloofde het regeerakkoord bijzondere inspanningen voor de lage inkomens en chronisch zieken. Hebben we hier woord gehouden? Ik vat de maatregelen voor een betere én betaalbare zorg voor chronisch zieken samen.

Ten eerste hebben we er met de Maximumfactuur voor gezorgd dat iedereen op dezelfde rechtvaardige manier wordt beschermd tegen een opeenstapeling van medische kosten waarvoor remgeld moet worden betaald. Dit houdt in dat we àlle lage en bescheiden inkomensgroepen dezelfde rechten geven op een snelle terugbetaling via de Maximumfactuur, daar waar dat vroeger beperkt was tot mensen met een vervangingsinkomen of een uitkering. Bovendien hebben we voor alle kinderen – en dit los van het gezinsinkomen van de ouders – een Maximumfactuur ingevoerd die er voor moet zorgen dat gezinnen met zieke kinderen kunnen rekenen op een volledig nieuwe en goede financiële bescherming. Het menselijk leed dat deze gezinnen treft, wordt daarmee niet weggenomen. Maar er wordt toch alvast voor gezorgd dat de facturen binnen de perken blijven. Wat ook inhoudt dat voor iedereen dezelfde soort medische kosten voor de regeling in aanmerking komen.

Alleen voor zelfstandigen hebben we dit nog niet volledig kunnen waarmaken, maar dat heeft alles te maken met het fundamentele verschil tussen hun stelsel van sociale zekerheid en dat van de werknemers. Ook hier pleit ik voor een universele én gelijkwaardige bescherming, maar die kan er maar komen wanneer ook voor de zelfstandigen een zelfde, volledige en verplichte ziekteverzekering wordt gerealiseerd als voor de werknemers.

Met betrekking tot de Maximumfactuur moet ik er nog aan toevoegen dat het werk ver van af is. Het systeem kan en moet continu verder verbeterd worden. Niet alleen technisch en dan heb ik het over het zo snel mogelijk uitbetalen van wie boven zijn of haar remgeldplafond

terechtkomt. Maar ook inhoudelijk en dan heb ik het over de vraag welke remgelden we meetellen.

Op dat vlak nemen we trouwens, stap voor stap, initiatieven. Bij voorbeeld voor de geneesmiddelen. Sinds 2001 tellen we de medicamenten mee in de Maximumfactuur en dit voor iedereen. We zijn gestart met de medicamenten A en B; vanaf volgend jaar komen er ook de medicamenten C bij.

Idem voor de ziekenhuiskosten, die sinds begin dit jaar worden meegeteld. Vanaf volgend jaar komen daar nog het remgeld bij dat men betaalt voor de zogenaamde kijkbuisoperaties en voor viscero-synthesemateriaal. En voor kinderen zal ook het remgeld voor enterale medische voeding vanaf volgend jaar opgenomen worden in de Maximumfactuur.

Dames en Heren, u zal mij niet horen zeggen dat met de Maximumfactuur alles is opgelost. Zelfs als *toegankelijkheid* en *betaalbaarheid* van gezondheidszorg alleen maar een kwestie van terugbetaling van medische kosten zouden zijn, zou dat niet het geval zijn. Nog steeds zijn er patiënten – in vele gevallen met zeer zeldzame of specifieke aandoeningen – die buiten de mazen van de algemene wetgeving vallen. Daarom is het broodnodig dat naast algemene maatregelen, die voor iedereen gelden, we binnen onze verplichte ziekteverzekering ook werken aan bescherming op maat van de individuele patiënt zelf. U zal begrijpen dat we geen 10 miljoen wetten kunnen maken voor ieder van ons. Wat we wél moeten doen, is het aanbieden van bescherming voor wie tussen de mazen van het net valt. Ik geef één voorbeeld: de ziekteverzekering komt in zeer beperkte mate tussen in de aankoop van voorgeschreven verbanden voor zware wonden. Voor wie slechts tijdelijk deze verbanden nodig heeft, is dat meestal geen probleem. Voor wie echter wél heel veel van die verbanden nodig heeft – dag in dag uit – zoals de kinderen met de zware huidziekte Epidermolysis Bullosa, wordt dit wél een financieel probleem. Om die mensen te helpen, is de Maximumfactuur geen oplossing: alle remgelden voor deze verbanden voor iedereen opnemen in de Maximumfactuur zou geen daad zijn van verstandig omspringen met ons geld. Wat wél de goede oplossing is, om voor deze mensen een oplossing te zoeken op maat van hun noden en behoeften.

Met het Bijzonder Solidariteitsfonds, beschikken we nu reeds over een dergelijk instrument. En het probleem van deze kinderen met deze ziekte, hebben we op deze wijze opgelost. Ik kan u meedelen dat voor volgend jaar voorzien is, dat alle zieke kinderen tot en met 15 jaar, via een hervorming van dit BSF, nog beter zullen beschermd worden.

Dames en heren, welke nieuwe maatregelen, welke verdere verbeteringen er komen, zal worden bepaald door de uitslag van de komende verkiezingen én van het regeerakkoord dat zal worden afgesloten op basis van de nieuwe politieke krachtsverhoudingen.

Met het overzicht van slechts enkele van mijn realisaties die ik zo net heb gegeven, weet u alvast wat er gerealiseerd is. Ik meen te mogen zeggen dat ik op de drie essentiële punten van het regeerakkoord – niet minder maar *meer* geld voor gezondheidszorg, een *betere zorg* én een *betere bescherming* voor lage inkomensgroepen en chronisch zieken – mijn beloften ben nagekomen.

.....

De studie die vandaag ter bespreking voorligt, sterkt mij in mijn overtuiging dat er ook in de volgende regeerperiode, nood zal zijn aan een stevig sociaal beleid.

Dat beleid zal meer dan ooit keuzes veronderstellen en daarbij zie ik – in algemene zin – zes topprioriteiten:

Ten eerste, wat betreft de sociale uitkeringen en de vervangingsinkomens. Wanneer ik kritisch terugkijk op wat we gerealiseerd hebben – en ik blijf hier nu binnen het terrein van mijn bevoegdheden, dus de pensioenen en de ziekteuitkeringen – dan is het duidelijk dat er zeker voor invaliden nog meer moet gebeuren, in de mate dat de economische en budgettaire toestand dat toelaat. Indien mogelijk méér voor àlle invaliden, wanneer het gaat over de welvaartsvastheid van hun uitkeringen. Maar ook, in het bijzonder, méér voor de alleenstaanden met of zonder gezinslast; en voor invaliden die voor hun inkomen volledig zijn aangewezen op ziekteuitkeringen.

Een tweede prioriteit gaat over de betaalbaarheid van de medische kosten zelf. Om die te garanderen wil ik zeker het instrument Maximumfactuur verder verbeteren. Ik heb het al even aangeraakt: dit is een instrument in volle ontwikkeling, zowel op technisch-administratief als op inhoudelijk vlak. De administratieve en technische bijstellingen hebben te maken met alle kinderziekten die eigen zijn aan dergelijke grote hervormingen. Op inhoudelijk vlak is het toepassingsgebied van de Maximumfactuur, de remgelden die meegeteld worden, al tweemaal uitgebreid, en het is duidelijk dat er nóg een aantal kosten in aanmerking komen voor opname in de Maximumfactuur.

Hier zou ik volgende doelstellingen willen formuleren: ten eerste, de Maximumfactuur moet ook in haar concrete uitvoering maximaal rekening houden met alle medische kosten die zich kunnen opeenstapelen bij een ziekte of ziekenhuisopname. Ik erken u in alle eerlijkheid dat de Maximumfactuur daar op dit moment niet voor de volle 100% in slaagt, vooral wanneer het gaat over veelvuldige maar korte ziekenhuisopnames. Dit verbeteren is vooral een kwestie van veel juridische arbeid die tijd vraagt. Ik engageer mij ertoe om de wetgeving over de Maximumfactuur – tot in zoveel mogelijk details – verder op punt te stellen als ik daartoe de kans krijg.

Daarnaast blijft het uiteraard noodzakelijk om er voor te zorgen dat ook alle innoverende behandelingen of medische technieken en medicamenten, die dag aan dag ontwikkeld én

voorgeschreven worden in onze gezondheidszorg, stelselmatig mee opgenomen worden in de verplichte ziekteverzekering. Dit garanderen vraagt een bijzonder goede opvolging van wat er allemaal aangerekend wordt aan de patiënten, en uiteraard moeten ook de nodige middelen voorzien worden om ze terug te betalen.

In dit verband herhaal ik rustig maar niet minder vastberaden: ik word geen 2^{de} maal Minister van Sociale Zaken, zonder dat ik de zekerheid heb dat de regering bereid is om verder te investeren in een verplichte ziekteverzekering die onze gezondheidszorg écht betaalbaar houdt voor iedereen. Voor mij is dat geen holle belofte maar een zeer concrete doelstelling.

Bij het lezen van het rapport dat u vandaag hebt besproken, kan ik niet naast uw kritische vaststellingen kijken in verband met de Maximumfactuur en meer bepaald met uw opmerking dat de Maximumfactuur pas terugbetaalt nadat de patiënt de medische kosten eerst zelf betaald heeft.

Deze kritiek is terecht en ik wil dan ook zorgen voor een redelijke oplossing. Of ik *volledig* kan tegemoet komen aan dit probleem van *eerst betalen, dan pas terugkrijgen*, wil en kan ik op dit moment niet beloven. Het betalen van een "eigen bijdrage" is immers zo fundamenteel verbonden aan de werking van onze ziekteverzekering, dat het opheffen er van niet vanzelfsprekend is.

Waar ik mij wel – én concreet – wil voor engageren, en zo kom ik aan mijn **derde prioriteit**, is een uitbreiding van het systeem van de 3^{de} betalende; dat is het systeem dat u toelaat om niet de volledige som van de medische kosten vooraf te moeten betalen maar enkel en alleen het remgeld. Dit systeem bestaat al voor ziekenhuiskosten. Ook voor kosten buiten het ziekenhuis, wil ik onderzoeken of hierover betere en vooral verplicht toe te passen afspraken mogelijk zijn.

Dezelfde rechtszekerheid wil ik bereiken wanneer het gaat over dure medische facturen en voorschotten die in ziekenhuizen worden gevraagd: ook hier lijkt het mij noodzakelijk dat er meer rechtszekerheid komt en dat meer bepaald zowel voorschotten als afbetalingstermijnen redelijk zijn. In ieder geval, blijft het mijn overtuiging dat het verstrekken van noodzakelijke medische zorg nooit gehinderd mag worden door financiële drempels. In welke mate, naast nieuwe wetgeving, ook OCMW's en andere sociale diensten, dit nog beter kunnen waarborgen, moet concreet onderzocht worden. Dat is meteen mijn **vierde prioriteit**.

Dames en Heren, de vier prioriteiten die ik net opgenoemd heb, doen wat onrecht aan het rapport dat hier vandaag voorligt. Ik heb mij beperkt tot mijn huidige bevoegdheden, maar uiteraard zijn ook veel andere factoren belangrijk voor een beleid dat armoede wil tegen gaan. Terecht besteedt het rapport veel aandacht aan de sociale context of omgevingsfactoren, zoals het inkomen, tewerkstelling, huisvesting, verplaatsingsmoeilijkheden, onderwijs, vorming en opvoeding of de sociale omgeving waarin men zich bevindt.

Op al deze terreinen zijn verdere investeringen nodig en kunt u op mijn steun rekenen. Bovendien is het duidelijk dat het gezondheidsbeleid op een aantal vlakken rechtstreeks rekening moet houden met de sociale context. Ik voeg daarom nog twee prioriteiten toe aan hetgeen ik hier net opgesomd heb.

Uw rapport leert mij dat we nog meer oog moeten hebben voor de sociale gevolgen van bepaalde initiatieven die we nemen voor een betere gezondheidszorg.

Dankzij de vooruitgang op medisch vlak, is het gelukkig nu mogelijk om bepaalde ziekenhuisopnames aanzienlijk korter te maken, of zelfs terug te brengen tot één dag hospitalisatie. U zal het mij niet kwalijk nemen wanneer ik, als Minister van Sociale Zaken, korte ziekenhuisverblijven aanmoedig – ook om budgettaire redenen - wanneer dit *medisch* verantwoord is. Bovendien zijn er weinig patiënten die *niet* zo vlug mogelijk naar huis willen na een operatie.

Maar wat we wel goed in het oog moeten houden, en dat is mijn **vijfde prioriteit**, is dat het niet alleen medisch verantwoord is, maar ook *sociaal*. Niet elke patiënt kan na een operatie terugvallen op een even comfortabele of verzorgende thuisomgeving, die in vele gevallen belangrijk is na een korte ziekenhuisopname. Niet iedereen woont samen met iemand die hem of haar kan verzorgen na een operatie; niet iedereen heeft de ruimte of het comfort in zijn of haar woning om goed en rustig te herstellen. Kortom, op dit vlak moeten we bijzonder waakzaam zijn en waar nodig bijsturen. Dat houdt in dat we er vooral over moeten waken dat de huidige trend van steeds maar kortere ziekenhuisopnames medisch verantwoord blijft en, ten tweede, dat bij een ontslag uit het ziekenhuis, zowel de artsen als de sociale dienst van het ziekenhuis, voldoende rekening houden met de sociale thuisomgeving van de patiënt.

Dames en Heren. Ik wil afronden met een **zesde prioriteit** dat ook in uw rapport veelvuldig als problematisch wordt ervaren en waar de ziekteverzekering nog onvoldoende aandacht aan besteedt. In uw rapport lees ik dat een tekort aan informatie een belangrijk obstakel is voor een toegankelijke gezondheidszorg. Deze ervaring situeert zich op velerlei domeinen. Zo zorgt de toenemende specialisering binnen de gezondheidszorg er inderdaad voor dat het niet steeds duidelijk is bij wie en waar men terecht kan. Maar ook de wetgeving zelf wordt er niet steeds eenvoudiger op. Ik ben daar voor een groot stuk mee voor verantwoordelijk voor; maar u moet weten dat de verplichte ziekteverzekering onvermijdelijk werkt op basis van soms zeer gedetailleerde juridische afspraken inzake rechten en plichten. Meer nog, om bepaalde lage inkomensgroepen of bepaalde zware chronische ziekten extra te beschermen, moet ik in bepaalde gevallen toch afwijken van bepaalde algemene regels én terugvallen op soms zeer specifieke regelingen die niet altijd even eenvoudig uit te leggen zijn.

Geachte toehoorders, dit aspect – de *informatie* over onze gezondheidszorg en ziekteverzekering – kan niet langer als een bijzaak bekeken worden. Uw rapport en ervaringen zijn

daarvoor té belangrijk; dit moeten we ernstig nemen. Hier wil ik mij engageren op twee terreinen.

Voor wat het aanbod van de verschillende disciplines binnen onze gezondheidszorg betreft, is er absoluut nood aan een goede begeleiding van de patiënt maar ook aan een nog betere communicatie tussen de zorgverstrekkers zelf. Het spreekt vanzelf dat de huisartsen hier een centrale rol spelen en dat we hen daarvoor nog meer mogelijkheden én verantwoordelijkheden moeten bieden. Op dit terrein is er nog werk op de plank, onder meer inzake de organisatie van het Globaal Medisch Dossier en het versterken van het vertrouwen tussen huisarts en patiënt. En ik ben het met u eens dat patiënten niet financieel gestraft mogen worden wanneer ze zich, vooraleer in het ziekenhuis of bij specialisten op consultatie te gaan, tot een huisarts wenden.

De huisarts is dus het best geplaatst en opgeleid om u – als patiënt - bij te staan in het soms medisch kluwen van specialisten en ziekenhuisdiensten. Maar daarnaast blijft er ook nood aan een instantie die informatie en vooral échte begeleiding geeft op het vlak van de rechten en plichten van de ziekteverzekering. Het volstaat niet van te zorgen voor goede regels, terugbetalingen en een ruim aanbod van aanspreekbare diensten, al deze terugbetalingen én diensten moeten ook echt beschikbaar zijn voor wie ze nodig heeft. Meer of meer leesbare folders en brochures zullen hier op dit vlak niet volstaan; ik ben er van overtuigd dat we hoe dan ook meer moeten investeren in sociale dienstverlening en sociale diensten.

Om dit concreet te maken, herneem ik even mijn voorbeeld van de steeds korter durende ziekenhuisopnames. Dit moet samen gaan met de garantie aan de patiënt die naar huis gaat, dat alle nodige afspraken inzake thuiszorg getroffen zijn. Dit garanderen is vooral een kwestie van de juiste diensten tijdig te contacteren en aan te spreken. Het brengt praktisch en soms tijdopslopend werk mee, waar niet iedereen van ons mee vertrouwd is. Voor dit werk, zijn goede, doelmatige sociale diensten nodig.

Een ander voorbeeld, dat verband houdt met de Maximumfactuur. Zoals u weet, is de snelle Maximumfactuur – die recht geeft op onmiddellijke terugbetaling binnen het jaar zelf – beperkt tot de laagste en bescheiden inkomens. Wie meer verdient, krijgt zoals vroeger, zijn terugbetalingen 2 jaar later via de fiscus. De Maximumfactuur wordt berekend op het laatst verdiende en bij de fiscus gekende inkomen. Wanneer dit inkomen hoger is dan het 2^{de} inkomensplafond, dan moet men 2 jaar wachten op eventuele terugbetalingen. Op deze algemene regel, heb ik een belangrijke uitzondering voorzien voor wie bijvoorbeeld plots moet leven van een veel lager inkomen door bijvoorbeeld ziekte of werkloosheid. Die mensen kunnen een aanvraag richten tot hun ziekenfonds. Het is dan de verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen – en zeker van hun sociale diensten – om er voor te zorgen dat die mensen weten of ze recht hebben op de snelle Maximumfactuur en hoe ze een aanvraag moeten indienen.

Sociale non profit organisaties zoals ziekenfondsen, dragen nu reeds een grote en onmisbare verantwoordelijkheid in de uitvoering van de verplichte ziekteverzekering. Zij zijn sinds jaren het vertrouwde loket waar de mensen kunnen aankloppen niet alleen voor terugbetalingen maar ook voor meer uitleg en begeleiding. Voor een complexe ziekteverzekering die alle mensen wil bereiken, is deze opdracht van sociale begeleiding geen bijzaak maar hoofdzaak. Dat het ook op dit vlak nog beter kan, blijkt zowel uit uw ervaring als de mijne. Ook via de ziekteverzekering en de werkingskosten van de ziekenfondsen, moeten we deze noodzakelijke opdracht nog meer benadrukken en waarderen.

Dames en heren, ik heb u geschetst wat we beloofd én wat we uitgevoerd hebben. Ik heb even stil gestaan bij een aantal minder populaire beslissingen, die ik blijf verdedigen, omdat ze nodig zijn voor een gezondheidszorg die doelmatig moet omgaan met de middelen die er zijn. Doelmatigheid is nodig, niet om minder uit te geven, maar wel als voorwaarde om meer geld te kunnen vragen voor een betaalbare en goede gezondheidszorg voor iedereen en om patiënten die we nu nog onvoldoende kunnen helpen, de betaalbare zorg te kunnen geven waar ze recht op hebben.

Mede dankzij uw rapport, heb ik hier een reeks van prioriteiten overlopen die alle aandacht verdienen voor een volgende regeerperiode. Met deze prioriteiten kan ik zeker niet tegemoet komen aan al uw opmerkingen zoals ze te lezen zijn in het rapport. Beschouw deze toespraak – én mijn prioriteiten – dan ook niet als mijn enige bekommernis. Wat ik heb voorgelegd aan algemene nieuwe uitdagingen en doelstellingen, zoals een inhaaloperatie op het vlak van bepaalde sociale uitkeringen, de verbetering van de Maximumfactuur, betere en duidelijker afspraken wanneer het gaat over de regeling derde betalende en niet in het minst de onmisbare nood aan goede sociale begeleiding en informatie, zijn wat mij betreft stuk voor stuk agendapunten waar ik mij wil voor inzetten bij een volgende regeringsonderhandeling.

VOORSTELLING VAN DE PARTNERS

- Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Universiteit Gent

- Het Collectief en de verenigingen
 - Het Collectief van de Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag van de Armoede
 - ATD Quart Monde / Brussel
 - Comme Chez Nous / Charleroi
 - DAK / Antwerpen
 - De Poort / Geraardsbergen
 - vzw De Willers / Willebroek
 - vzw De Keeting / Mechelen

- Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting

VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Universiteit Gent

De Vakgroep Huisartsgeneeskunde startte in 1980 met als opdracht het ontwikkelen van onderwijs, wetenschappelijk onderzoek en maatschappelijke dienstverlening rond huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg.

De vakgroep telt momenteel meer dan 40 medewerkers (huisartsen, psychologen, sociale wetenschappers, administratieve medewerkers, ...) die betrokken zijn bij de verschillende activiteiten.

De vakgroep investeert heel veel energie in ontwikkeling van een nieuw curriculum in de artsenopleiding, gebaseerd op probleemgeoriënteerd onderwijs, met bijzondere aandacht voor de sociale aspecten van de zorgverstrekking.

Medewerkers van de vakgroep zijn betrokken bij de opleidingen tot arts, revalidatie en kinesitherapie, sociale agogiek, medische sociale wetenschappen en, via een interdisciplinair samenwerkingsproject, bij verschillende disciplines uit de Artevelde Hogeschool.

Op vlak van wetenschappelijk onderzoek zijn er projecten rond toegankelijkheid van de gezondheidszorg, rond een "evidence-based" aanpak van infectieziekten, rond arts-patiënt communicatie, rond onderwijsinnovatie, rond classificatie en het gebruik van het Elektronisch Medisch Dossier en rond de aanpak van sociaal-economische gezondheidsverschillen via gemeenschapsgerichte eerstelijnsgezondheidszorg.

De vakgroep is actief in het interuniversitair samenwerkingsverband huisartsopleiding (samen met de universiteiten van Leuven, Antwerpen en Brussel), voor de specifieke beroepsopleiding van de toekomstige huisartsen.

De vakgroep werkt nauw samen met meer dan honderd huisartspraktijken in Vlaanderen en is betrokken bij de uitbouw van innovatieve projecten zoals het Universitair Centrum voor Eerstelijnsgezondheidszorg in Nieuw Gent.

Internationaal coördineert de vakgroep een project rond optimalisering van de huisartsopleidingen in de eerstelijnsgezondheidszorg in Zuidelijk Afrika en Latijns-Amerika.

Contactadres:

Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

UZ 1K3

De Pintelaan 185

9000 Gent

Tel.: 09/240.36.12

Fax.: 09/240.49.67

E-mail: jan.demaeseneer@ugent.be

Website: <http://www.primarycare-ghent.be>

Contactpersoon voor dit project:

Sara Willems

09 240 39 84

Sara.Willems@ugent.be

HET COLLECTIEF EN DE VERENIGINGEN

Het Collectief van de Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag van de Armoede

Dit Collectief bestaat uit de verenigingen die hebben meegewerkt aan het Algemeen Verslag van de Armoede en andere verenigingen die er later bijgekomen zijn. 'Prioriteit aan de armsten' is hun referentiepunt. De samenhang van het Collectief steunt op de bereidheid om mensen te laten horen die in armoede leven; om samen met hen gemeenschappelijke middelen tot emancipatie te ontwikkelen en een permanente dialoog op te bouwen, zodat een grondige kennis van het fenomeen 'armoede' kan verkregen worden. Door het 'Samenwerkingsakkoord tussen de federale staat, de Gemeenschappen en de Gewesten betreffende de bestending van het armoedebeleid' is het Collectief één van de belangrijkste en bevoorrechte partners van het Steunpunt. Heden ten dage telt het Collectief 15 Verenigingen.

ATD Quart Monde / Brussel

ATD Quart Monde is rechtstreeks lid van het Collectief.

Het project "Santé Culture" van ATD Quart Monde heeft de promotie van de gezondheid in volksbuurten tot belangrijkste doel en meer in het bijzonder van de gezondheid van de armste personen, gezinnen en groepen.

Via dagelijkse contacten en activiteiten in de leefwereld van de allerarmsten is het de bedoeling een realistische kennis tot stand te brengen betreffende de voorwaarden voor de toegang van allen tot een betere gezondheid.

Er wordt dan ook deelgenomen aan elk onderzoek en initiatief die verbeteringen op dit gebied beogen en waarbij tegelijk de participatie van de allerarmsten wordt aangemoedigd.

Bijgevolg lanceert of ondersteunt het project initiatieven die beogen dat mensen opnieuw voor zichzelf kunnen en leren instaan, het woord nemen, zich persoonlijk ontwikkelen. Op die manier kunnen zij op hun beurt andere mensen die leven in armoede helpen om deze vaardigheden terug te winnen.

Het project beantwoordt daarmee dan ook volledig aan de basisprincipes van de internationale Beweging ATD Quart Monde.

De deelnemers aan de focusgroepgesprekken werden lukraak gekozen en waren zowel illegalen, allochtonen, mensen met bestaansminimum, werklozen, chronisch zieken, enz. die elk op een andere manier geconfronteerd werden met problemen op het vlak van gezondheid

en de toegankelijkheid van de ambulante en / of residentiële gezondheidszorg. Eveneens namen enkele professionele gezondheidswerkers deel aan de focusgroepgesprekken.

Comme Chez Nous / Charleroi

"Comme Chez Nous" is lid van het Collectief via het Gemeenschappelijk Daklozenfront.

"Comme Chez Nous" is een dagopvangcentrum voor daklozen en mensen die in slechte omstandigheden wonen. Het centrum is 365 dagen per jaar open van 9 tot 17 uur en biedt een warme ontmoetingsplaats waar mensen een luisterend oor vinden en psycho-medisch-sociaal georiënteerd worden.

Er is een sanitaire ruimte ter beschikking en in een projectruimte kunnen initiatieven van daklozen ondersteund worden.

Het 'gezondheidscentrum' tenslotte is een plaats waar kleine medische zorgen kunnen verstrekt worden en waar de leden een luisterend oor kunnen vinden bij attente beroeps-mensen zodat ze beter in staat zijn om hun lichaam opnieuw te verzorgen en zich bewust te worden van hun pathologie. Met het oriënteren van mensen naar de juiste dienstverlening beoogt de vereniging netwerken te creëren waardoor de opvang van kwetsbare personen, die niet beantwoorden aan de gangbare normen in de maatschappij, zou moeten verbeteren. Ook het tot stand brengen van een samenwerking tussen het gezondheidscentrum en de verantwoordelijken van andere organisaties, past in deze doelstelling. Dit alles omdat we niet uit het oog mogen verliezen dat de leden van de vereniging niet geformatteerd zijn om te beantwoorden aan grote structuren, zoals bijvoorbeeld ziekenhuizen.

De personen die deelgenomen hebben aan de focusgroepgesprekken zijn gasten van het huis, sommigen al meerdere jaren; anderen nog maar pas.

Hun achtergrond op gebied van huisvesting, vervangingsinkomen of ziekte-uitkering is verschillend. Sommige leden zijn reeds terug in regel gesteld met hun administratieve rechten en plichten; bij anderen is dit proces nog bezig.

DAK / Antwerpen

Oprichting

Het DAK werd opgericht in 1994 naar aanleiding van de afbraak door het stadsbestuur van Antwerpen van het OCMW-opvangtehuis in de Pachtstraat 2, waarin een twintigtal personen in een moeilijke sociale situatie onderdak vond. De stad wilde dit gebouw door luxeappartementen vervangen.

Enkele jaren voordien werden de bewoners aan de deur gezet, maar deze beloofden om terug te komen.

Om dit te verhinderen, hebben stadswerkers alle voorzieningen van water, gas en elektriciteit in het gebouw vernield. In 1994 vormde zich een verzetsgroep en –met behulp van Payoke– nam hij zijn intrek in het gebouw in oktober 1994. De groep werd hierbij geïnspireerd door de 'Compagnons du Partage' te Brussel die daar net het 'Château de la Solitude' bezet hadden.

Na veel tegenstand en verzet en dankzij de ondersteunende rol van de media, bleef het DAK stand houden en bewees dat het het hoofd kon bieden aan moeilijke situaties met de bezetters, want verschillende onder hen kwamen van de straat met problemen van alcohol- en drugsverslaving

Na een jaar bezetting heeft het DAK beslist zijn actie stop te zetten omdat het voor het vooruitzicht terugschrok van een nieuwe winter zonder elektriciteit of verwarming. Na onderhandelingen stelde de stad een lokaal en een appartement in de Steenbergstraat 5 ter beschikking.

Werking

Het gebouw in de Steenbergstraat 5 te Antwerpen werd van 1996 tot 2001 door het DAK gebruikt als dagopvangcentrum. Wie langs kwam, kon er soep en koffie krijgen. Alhoewel er slechts ruimte was voor 30 personen, was het DAK een ontmoetingsplaats voor een 100-tal personen in moeilijkheden: daklozen met drugverslaving, prostituees, enz. Het gebeurde dan ook vaak dat de mensen hun middagmaal buiten opaten. Het werk, de keuken, het onderhoud, het opstellen van dossiers, de administratie, ... gebeurde door vrijwilligers, die vaak zelf moeilijke situaties gekend hadden.

Opgericht als vzw, bemiddelde het DAK tientallen keren tussen het stadsbestuur van Antwerpen en groepen die openbare gebouwen kraakten.

De werkingsmiddelen werden voorzien via het Sociaal Impulsfonds.

Ten gevolge van gezondheidsproblemen van de leidinggevende personen heeft het DAK in oktober 2001 officieel zijn activiteiten stopgezet, hoewel verschillende leden nog steeds actief blijven.

Het DAK was lid van het Collectief via het Vlaams Forum Armoedebestrijding.

De Poort / Geraardsbergen

De Poort te Geraardsbergen is lid van het Collectief via het Vlaams Forum Armoedebestrijding.

Het wijkcentrum is een ontmoetingsplaats voor alle mensen, met een speciale aandacht voor mensen die het moeilijk hebben. Het is de bedoeling dat iedereen er terecht kan, zowel voor deelname aan de activiteiten of de groepswerking als voor individuele of materiële hulpverlening.

Wijkcentrum De Poort bestaat uit drie luiken:

- 1) Dienstencentrum (voor personen met een laag inkomen):
warme maaltijden (elke werkdag om 12 uur), wasserette, douches, kinderbadje, voedselpakketten en crisispakketten
- 2) Buurtwerk
Activiteiten: ontspanning (uitstappen, creatief atelier, sport, ...) en vorming (infomomenten, kookactiviteiten,...)
Individuele hulpverlening
- 3) Buurtopbouwwerk
Groepssamenkomsten: in groep werken rond een gezamenlijk ervaren probleem
Themagericht: altijd rond een bepaald thema vb. groep gezondheid

vzw De Willers / Willebroek

Vzw De Willers is een vereniging die lid is van het Collectief via het Vlaams Forum.

Alhoewel de groep al zo'n twintig jaar bestaat, is de vereniging toch nog zeer jong. In oktober 1982 werd in Willebroek een 'cel' opgericht van ATD Quart Monde.

Men kwam om de veertien dagen bijeen, vooral om de 'Volksuniversiteit' voor te bereiden, een maandelijkse samenkomst van de cellen van ATD.

Op 28 maart 2002 verschenen in de bijlage van het Belgisch Staatsblad de statuten van de vzw De Willers. Inderdaad, de gewezen cel van ATD heeft beslist een autonome vzw te worden.

De vereniging wil werken als een 'vereniging waar armen het woord nemen' en is ondertussen ook reeds als dusdanig erkend.

Dit houdt volgens een nieuw decreet over armoedebestrijding in dat de vereniging tracht te beantwoorden aan zes criteria.

Voor de vereniging is het vernieuwende dat nu tamelijk intensief aan groepswork wordt gedaan, dat thematisch gewerkt wordt en dat men zo tracht te komen tot reële voorstellen voor de problemen.

Het werken rond toegang tot de gezondheidszorg is voor de vereniging het startpunt hiertoe.

Als vereniging waar armen het woord nemen, is De Willers een groep mensen, armen en niet-armen, die solidair samen willen werken om de armoede te bestrijden.

vzw De Keeting / Mechelen

Vzw De Keeting is rechtstreeks lid van het Collectief. Het is een basisschakel en een organisatie waar armen het woord nemen te Mechelen. De Keeting richt zich naar personen en gezinnen die in armoede leven en daardoor op verschillende levensdomeinen (huisvesting, tewerkstelling, onderwijs, opvoeding, gezondheidszorg,...) bedreigd worden.

De Keeting heeft een basiswerking en een structurele werking. De basiswerking van De Keeting staat voor een laagdrempelige ontmoetingsruimte en wekelijkse ontspanningsactiviteiten. In de ontmoetingsruimte kunnen mensen terecht voor een luisterend oor, een koffie en een babbeltje. De babbels zijn belangrijk voor de verbondenheid tussen de bezoekers en zij vormen een bron van kennis over armoede. Onvoorwaardelijke aanvaarding en ondersteuning staan in de ontmoetingsruimte centraal.

De structurele werking van De Keeting heeft als doel de knelpunten, de drempels en moeilijkheden die de bezoekers in de samenleving ervaren, te bundelen en samen met hen voorstellen voor structurele veranderingen te doen. De Keeting wil hierbij in dialoog treden met het beleid van diensten, voorzieningen, de samenleving, ... Op dit moment gebeurt dit rond de thema's gezondheid, gezinsondersteuning en onderwijs.

De Keeting werkt groepsgericht om de onderlinge solidariteit te bevorderen. Vanuit deze onderlinge solidariteit wil De Keeting mensen aanspreken om mee het 'armoededebat' te voeren. De groepswerking situeert zich op twee vlakken: binnen de basiswerking enerzijds, waarbij naast de ontspanningsactiviteiten verschillende groepen actief zijn (permanentiegroep, groep rond kinderen en De Keeting, mannengroep en vrouwengroep) en binnen het structurele luik anderzijds.

De Keeting vindt dat mensen betrokken moeten worden bij het zoeken naar oplossingen voor hun problemen. Op vraag van de persoon kunnen er individuele gesprekken plaatsvinden. Een goede aansluiting vinden in de reguliere dienstverlening is hierbij prioritair.

Een groot deel van de moeilijkheden die mensen die leven in armoede ervaren, reikt echter verder dan individuele problemen. De doelgroep van De Keeting wordt beschouwd als een bevolkingsgroep die continu geconfronteerd wordt met uitsluitingsmechanismen. Om armoede in onze samenleving te bestrijden moeten deze mechanismen aangepakt worden. De Keeting weigert om, naast de bestaande (falende) voorzieningen, een eigen circuit van hulpverlening uit te bouwen. De Keeting vindt dat de samenleving haar verantwoordelijkheid moet opnemen door werk te maken van structurele oplossingen voor de armoedeproblematiek.

Vanuit het structurele luik van haar werking probeert De Keeting hiertoe bij te dragen.

STEUNPUNT TOT BESTRIJDING VAN ARMOEDE, BESTAANSONZEKERHEID EN SOCIALE UITSLUITING

Een openbare dienst voor armoedebestrijding

met een historiek

In 1994 verschijnt het *Algemeen Verslag over de Armoede*, in opdracht van de toenmalige regering. Dat verslag is het resultaat van twee jaar werk en brengt verenigingen samen waarin de armsten het woord nemen, OCMW's, maatschappelijk werkers uit de sector van de sociale hulpverlening en de bijzondere jeugdbijstand, leerkrachten, artsen, sociale partners,...

In het Algemeen Verslag over de Armoede wordt gevraagd om een *structureel werkinstrument* op punt te stellen voor de bestrijding van armoede. In 1998 wordt een 'Samenwerkingsakkoord tussen de federale staat, de Gemeenschappen en de Gewesten betreffende de bestendiging van het armoedebeleid' ondertekend. Dit akkoord voorziet onder meer in de oprichting van het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. Dit Steunpunt wordt in juli 1999 opgericht.

met eigen opdrachten

Het *Samenwerkingsakkoord* betreffende de bestendiging van het armoedebeleid in België bepaalt de opdrachten van het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting:

- informatie over bestaansonzekerheid, armoede, sociale uitsluiting en toegang tot de rechten inventariseren, systematiseren en analyseren op basis van vooraf bepaalde indicatoren;
- concrete aanbevelingen en voorstellen doen om het beleid en de initiatieven tot voorkoming van bestaansonzekerheid, tot bestrijding van armoede en tot integratie van personen in de samenleving te verbeteren;
- minstens om de twee jaar een verslag opmaken;
- op verzoek van één van de ondertekende partijen, van de Interministeriële Conferentie Sociale Integratie of op eigen initiatief adviezen uitbrengen of interimverslagen opmaken over ieder vraagstuk dat betrekking heeft op een gebied dat tot zijn opdrachten behoort;
- structureel overleg organiseren met de armsten.

Structureel overleg organiseren met mensen in armoede

Door het Samenwerkingsakkoord wordt het overleg tussen de beleidsverantwoordelijken en de verenigingen waarin armen het woord nemen structureel verankerd en krijgt het Steunpunt de opdracht dit overleg te organiseren. Hierbij wordt de *dialogmethode* die bij het Algemeen Verslag over de Armoede toegepast werd, gehanteerd. Bij deze participatiemethode gaat het erom dat de *ervaringskennis* van personen die zelf armoede ondervonden hebben, gekruist wordt met de *actiekennis* vanuit de hulpverlening, de administraties, het middenveld, de politiek,...en met de *academische kennis* van wetenschappers. Het betrekken van mensen in armoede, via de organisaties die hen vertegenwoordigen, moedigt niet enkel hun emancipatie aan, maar garandeert tevens een efficiënter armoedebestrijdingsbeleid en een meer solidaire en democratische samenleving. Het Collectief van Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag over de Armoede is één van de belangrijkste en bevoorrechte partners van het Steunpunt. Het bestaat uit de Verenigingen die hebben meegewerkt aan het Algemeen Verslag over de Armoede, en enkele andere die er later bijgekomen zijn.

Een tweejaarlijks verslag over armoede opstellen

Om de twee jaar dient het Steunpunt een Verslag over bestaansonzekerheid, armoede, sociale uitsluiting en ongelijke toegang tot de rechten op te maken. Het Verslag wordt opgesteld in samenspraak met de verenigingen waar armen het woord voeren en andere partners. Door de toepassing van de dialogmethode, verschilt dit Verslag van vele andere. De tweejaarlijkse verslagen beogen een *hulpmiddel* te zijn *bij de politieke besluitvorming*. Het Samenwerkingsakkoord voorziet hiervoor de noodzakelijke opvolgingsprocedure: de Interministeriële Conferentie Sociale Integratie, opgericht als instrument in het streven naar meer samenhang in het beleid inzake armoede en sociale uitsluiting, dient dit verslag te overhandigen aan de diverse politieke en socio-economische instanties. Het eerste Tweejaarlijkse Verslag, getiteld 'In dialoog, zes jaar na het Algemeen Verslag over de Armoede', verschijnt in juni 2001. Uit dit Verslag zijn twee grote aandachtspunten af te leiden:

- een algemeen, eerder dan een selectief beleid;
- een beleid dat aan ieder de mogelijkheid geeft om zijn burgerschap uit te oefenen.

Naast deze twee bakens voor politieke keuzes, worden drie principes voor goed beleid naar voren geschoven:

- meer kennis inzake de levenssituatie van mensen in armoede;
- meer dialoog met mensen in armoede via hun verenigingen;
- meer samenhang van het beleid inzake armoede en sociale uitsluiting.

Voor meer informatie

Ghislaine Adriaensens

Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting

Wetstraat 155 - 1040 Brussel

Tel. 02/233 07 76 - 02/233 06 11 (centrale)

Fax. : 02/233 07 04

E-mail: ghislaine.adriaensens@cntr.be

<http://www.armoedebestrijding.be>

Het Verslag van het Steunpunt en het Samenwerkingsakkoord zijn te consulteren via deze website