

HET RECHT OP BESCHERMING VAN DE GEZONDHEID

of in de best mogelijke lichamelijke en mentale gezondheid te kunnen verkeren

Inhoudstafel

PROBLEMATIEK	138
1. BESTAAT ER GELIJK RECHT OP BESCHERMING VAN DE GEZONDHEID	139
1.1. DE LEVENSONSTANDIGHEDEN.....	139
1.2. DE GEZONDHEIDSZORGEN	141
2. DE TOEGANG TOT GOEDE GEZONDHEIDSZORGEN?	141
2.1. VERBETERINGEN SINDS HET ALGEMEEN VERSLAG OVER DE ARMOEDE	141
2.2. HINDERPALEN	143
2.2.1. WEIGERING VAN GEZONDHEIDSZORGEN.....	143
2.2.2. FINANCIËLE HINDERPALEN	144
2.2.3. ADMINISTRATIEVE HINDERPALEN.....	151
2.2.4. CULTURELE HINDERPALEN	152
2.2.5. HINDERPALEN VERBONDEN AAN COMMUNICATIEMIDDELEN.....	153
2.3. DE KOSTEN VAN DE NIET-TOEGANG TOT GOEDE GEZONDHEIDSZORGEN.....	153
2.4. DE ROL VAN DE OCMW'S.....	153
3. PREVENTIE	155
3.1. HET BELANG VAN DE PRIMAIRE PREVENTIE.....	155
3.2. HOE SOCIAAL GELIJK IS HET PREVENTIEVE GEZONDHEIDSBELEID?	157
3.3. KNELPUNTEN IN DE TOEGANG VAN DE ARMSTEN TOT DE PREVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG.....	158
3.4. PREVENTIE GERICHT OP KINDEREN.....	158
3.5. EEN VERANTWOORDELIJKHEID VOOR DE SAMENLEVING	160
4. DE OPLEIDING VAN BEROEPSMENSEN	160
5. KENNIS EN EVALUATIE	163
5.1. GEGEVENSVERZAMELING EN BELEIDSTOETSING: BASIS VOOR EEN RECHTVAARDIG GEZONDHEIDSBELEID	163
5.2. KENNISEVOLUTIE NA HET ALGEMEEN VERSLAG OVER DE ARMOEDE	163
5.3. PARTNERSCHAP MET ARMEN.....	165
BIJLAGEN	167
BIBLIOGRAFIE	171

Problematiek, delen 1 en 2 zijn uit het Frans vertaald.

Problematiek

De bescherming van de gezondheid is een fundamenteel recht dat verankerd is in meerdere internationale teksten betreffende de rechten van de mens alsook in de Belgische Grondwet¹. Ieder mens heeft vanwege het feit dat hij deel uitmaakt van de mensheid en ongeacht zijn financiële of administratieve situatie het recht in de best mogelijke lichamelijke en mentale gezondheid te verkeren.

Gezondheid is één van de hoofdstukken uit het Algemeen Verslag over de Armoede waarop de wetgever zo snel mogelijk antwoorden geformuleerd heeft en deze antwoorden zijn qua budget relatief belangrijk (Vooruitgangsrapport, 2000: 23-25). We denken hier vooral aan de veralgemeende toegang tot het verzekeringssysteem van de gezondheidszorgen² (1 miljard BEF/24,8 miljoen €) en aan de uitbreiding van het voorkeursstelsel³ (722 miljoen BEF/17,9 miljoen €).

Deze wijzigingen betekenen een significante vooruitgang op het vlak van de toegang tot de gezondheidszorgen. De vaststellingen in het Algemeen Verslag over de Armoede over de ongelijkheid inzake de bescherming van de gezondheid zijn echter nog ruimschoots geldig.

* * * * *

In het eerste deel van dit hoofdstuk komen de determinerende factoren van de gezondheid aan bod. Of politieke keuzes inzake de bescherming van de gezondheid adequaat zijn of niet hangt af van deze factoren en van het gewicht dat men hen toekent.

In het tweede deel wordt dieper ingegaan op één van deze determinerende factoren: de toegang tot goede gezondheidszorgen. Talrijke vaststellingen en overwegingen gelden zowel voor de curatieve zorgen als voor de preventieve zorgen. Vanwege het belang van preventie en de nog moeilijkere toegang tot dit soort zorgen gaan we hierop in een apart (derde) hoofdstuk in.

In de delen 4 en 5 worden de vaststellingen en voorstellen van het Algemeen Verslag over de Armoede geactualiseerd die verband houden met de vorming van beroepsmensen, met kennis en evaluatie.

* * * * *

-
- 1 Zie in bijlage een korte voorstelling van de uittreksels uit de teksten betreffende het recht op de bescherming van de gezondheid.
 - 2 Sinds 1 januari 1998 zijn alle residuaire stelsels afgeschaft, de toegang tot de gezondheidszorgen is versoepeld en de inschrijving bij een verzekeringsinstelling is nu per drie maand (koninklijk besluit van 25 april 1997, B.S. van 19 juni 1997)
 - 3 Sinds 1 juli 1997 werd de verhoogde tegemoetkoming uitgebreid tot de gerechtigden op het bestaansminimum, tot gerechtigden die een gedeeltelijk of volledig inkomen van het OCMW ontvangen, tot de gerechtigden op het gewaarborgd inkomen voor bejaarden, tot gerechtigden op een tegemoetkoming voor gehandicapten en tot gerechtigden op verhoogde kinderbijslag vanwege een fysieke of mentale ongeschiktheid van minstens 66%. Het voordeel wordt toegekend aan de titularis en de personen ten laste van hem. Het wordt ook toegekend aan personen ten laste van de titularis al geniet hij niet dit voordeel (KB van 8 augustus 1997). Sinds 1 juni 1999 wordt de verhoogde tegemoetkoming ook toegekend aan volledige werklozen en de personen ten laste van hen, ouder dan 50 jaar, alleenstaand of gezinshoofden, die aan de inkomensvoorwaarde voldoen (wet van 3 mei 1999; KB van 26 mei 1999).

Dit hoofdstuk geeft de werkzaamheden weer van de werkgroep gezondheid die regelmatig in het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding vergadert. Deze groep werd opgericht in antwoord op de vraag van de Interministeriële Conferentie Sociale Integratie en Sociale Economie om de toegang tot de gezondheidszorgen te evalueren. De werkgroep, die uit Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag over de Armoede samengesteld is, is in 1998 begonnen met de evaluatie in partnerschap met enkele mensen die beroepshalve met gezondheidszorgen te maken hebben.

In september 1998 heeft de armoedecel van het Centrum⁴ deze eerste gedachtewisselingen samengevat in een document met de titel ‘Evaluatie van de maatregelen die ingevolge het Algemeen Verslag over de Armoede in de gezondheidssector genomen werden’. Dit document werd door het Steunpunt in november 1999 geactualiseerd. In mei 2000 heeft de werkgroep een tweede tekst geschreven met de titel: “Evaluatie gezondheid”. Het Steunpunt heeft deze nota onder beleidsverantwoordelijken, beroepsmensen van het terrein en wetenschappers verspreid waardoor een ‘onrechtstreekse dialoog’ tot stand kwam, die uiteraard beperkt maar zeer verrijkend was⁵. Momenteel bereidt de werkgroep een bijdrage tot onderzoek-evaluatie voor. De Minister van Sociale Zaken heeft de Universiteit van Gent⁶ met de coördinatie ervan belast.

1. Bestaat er gelijk recht op bescherming van de gezondheid?

Het Algemeen Verslag over de Armoede herinnert aan de vastgestelde ongelijkheid die inzake de bescherming van de gezondheid voor personen bestaat die duurzaam in armoede leven: “...de enige typische “ziekte” van degenen die in armoede leven, (is) een “**vroegtijdige aftakeling**”. Deze aftakeling is een algemeen verschijnsel bij laag- of ongeschoolde handarbeiders. Bij armen komt die aftakeling er bijzonder vroegtijdig. Zij draagt er ook toe bij dat deze mensen op pijnlijke wijze in de rand van de samenleving belanden. Men is oud op zijn 40-45!” (AVA, 1994: 123).

Actoren op het terrein en wetenschappers stemmen er mee in dat twee soorten factoren determinerend zijn voor de effectieve toegang tot het recht op bescherming van de gezondheid: de levensomstandigheden en de gezondheidszorgen.

1.1. De levensomstandigheden

Het Algemeen Verslag over de Armoede wijst de levensomstandigheden aan als eerste bepalende factor voor een slechte gezondheid, nog voor de niet-bestaande of slechte toegang tot de gezondheidszorgen.

“(...) ongezonde en kleine woningen, slechte hygiënische omstandigheden, onzekerheid over gebruik van water en elektriciteit, het gebrek aan sanitaire installaties, werkloosheid of betreurenswaardige arbeidsvoorwaarden, ontoereikende inkomsten waardoor men niet regelmatig en gezond kan eten ... al die levensomstandigheden werken stress en ongelukken in de hand, veroorzaken en verergeren ziekten. Terwijl vrije tijd en vakantie, nochtans middelen om op het lichamelijke en mentale vlak verse krachten op te doen, een ontoegankelijke ‘luxe’ blijven” (AVA, 1994: 122).

4 Deze armoedecel wordt in 1999 het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting.

5 De lijst van personen en organisaties die hun bedenkingen aan het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting overgemaakt hebben, staat in de bijlage van dit hoofdstuk.

6 Zie punt 5.3. van dit hoofdstuk.

Talrijke studies bevestigen de invloed die de algemene levensomstandigheden hebben op de gezondheidstoestand die op het terrein wordt vastgesteld. “Het betreft ondermeer de inkomensverdeling, de werkgelegenheid, de opleiding, de verkeersveiligheid, het milieu, de gezinssamenstelling, de voeding, de landbouw, enz.” (Peers, 1999: 171).

Personen onderaan de ladder in de socio-economische hiërarchie leven niet enkel minder lang (levensverwachting) dan personen hogerop de ladder, maar leven ook minder lang in goede gezondheid (levensverwachting in goede gezondheid) (Bossuyt, 2000). De functionele gevolgen van een ziekte, een handicap wegen bij arme bevolkingsgroepen zwaarder door.

Wetenschappers geven bijvoorbeeld toe dat de daling van de mortaliteit in de 20^{ste} eeuw waarschijnlijk het gevolg is van collectieve hygiënemaatregelen en van de stijging van de levensstandaard. Zelfs bij een zware infectieziekte zoals tuberculose bijvoorbeeld, gingen collectieve maatregelen op het vlak van preventie en leefmilieu de ontwikkeling van een vaccin vooraf.

Studies tonen eveneens aan dat objectieve gezondheidsindicatoren – prematuriteit, laag geboortegewicht – niet of weinig beïnvloedbaar zijn door wijzigingen in de toegang tot de gezondheidszorgen, maar des te meer door de levensomstandigheden.

“Heden ten dage wordt één ding duidelijk zichtbaar: het verband tussen het socio-economische niveau en de gezondheid. Dit is één van de meest diepgaande en constante vaststellingen die ooit inzake volksgezondheid gedaan werden” (Deschamps, 1997: 2 – vertaling uit het Frans). Dit verband wordt door niemand tegengesproken, al vinden sommigen het nodig het relatieve belang van de factoren (materiële situatie, sociaal net, gedrag en levensstijl) sterker te onderzoeken (Bossuyt, 2000).

Wordt met dit verband echter voldoende rekening gehouden bij de uitwerking van beleidsmaatregelen inzake gezondheid? Worden factoren die aan de grondslag van de socio-economische ongelijkheden liggen, in aanmerking genomen als mogelijke hefboomen van een gezondheidsbeleid? “Een gezondheidsbeleid kan slechts geïntegreerd worden in een geheel dat voor elkeen de middelen waarborgt om in waardigheid te leven en zijn kapitaal gezondheid te vrijwaren: een fatsoenlijke woning, erkend werk, voldoende inkomsten, de mogelijkheid om positieve relaties op te bouwen, enz. Het waarborgen van die basisrechten behoort tot de verantwoordelijkheid van de Staat ...” (AVA, 1994: 153). “Het gaat hier niet om het klassieke debat tussen de “medische” sector en de “sociale” sector, noch tussen het “preventieve” en het “curatieve”, maar om een nieuw debat ... tussen een beleid inzake gezondheidszorgen en een beleid inzake gezondheid.” (Bouchard et Renaud, 1995 – vertaling uit het Frans).

Ondanks het belang van de levensomstandigheden wijden we er in dit hoofdstuk geen apart stuk aan. Tussen de regels door komen ze in heel de tekst aan bod en vooral in de andere hoofdstukken van dit verslag: het hoofdstuk over de bescherming van het gezinsleven, over tewerkstelling en inkomens, over onderwijs, ...

1.2. De gezondheidszorgen

Uit de bovenvermelde overwegingen mag men niet te vlug afleiden dat de gezondheidszorgen – de toegankelijkheid en ook de kwaliteit ervan – geen enkele rol spelen voor wat de gezondheidstoestand betreft.

Onvoldoende of geen toegang tot de gezondheidszorgen hebben, is nadelig voor de gezondheid en versterkt de uitsluiting, al liggen de redenen voor een slechte gezondheid elders. Voor personen die toegang tot de gezondheidszorgen hebben, is de invloed ervan op chronische aandoeningen, op de kwaliteit van het leven en de subjectieve gezondheid groot. De niet-toegang tot de gezondheidszorgen heeft grotere functionele gevolgen, een blijvend en toenemend ongemak.

In de Verenigde Staten bijvoorbeeld wijzen de gezondheidsindicatoren ondanks een hoge levensstandaard op een zorgwekkende situatie; in Canada daarentegen gaat een hoge levensstandaard gepaard met positieve gezondheidsindicatoren. Een mogelijke hypothese ter verklaring hiervan is het verschil tussen de twee landen op het vlak van de sociale zekerheid en dus van de toegang tot de gezondheidszorgen. Verschillende auteurs hebben de impact van de gezondheidszorgen op de sociale ongelijkheden op vlak van de gezondheid bestudeerd. Ze komen tot de conclusie dat de toenemende kloof tussen de mortaliteit van verschillende sociale groepen gedeeltelijk te wijten is aan verschillen in de toegang, het gebruik of de kwaliteit van de gezondheidszorgen (studie van 10 ziekten waarvan de evolutie zeer sterk samenhangt met de gezondheidszorgen: bijvoorbeeld longtuberculose, syfilis) (Mackenbach, 1989).

De toegang tot goede gezondheidszorgen is het onderwerp van het tweede deel van dit hoofdstuk.

2. *De toegang tot goede gezondheidszorgen*

Meerdere maatregelen die ingevolge het Algemeen Verslag over de Armoede genomen werden, betekenen een grote vooruitgang, stappen vooruit naar een toegang van allen tot de gezondheidszorgen. Het eerste punt van dit deel verklaart in het algemeen in welke zin de belangrijkste wijzigingen positief zijn. In het tweede punt wordt getracht de moeilijkheden af te bakenen waarop talrijke personen blijven stuiten, en worden de eventuele elementen aangehaald die als antwoord hierop sinds 1995 uitgewerkt werden.

Onder gezondheidszorgen verstaan we zowel de preventieve als de curatieve zorgen. Vanwege het grote belang van preventie in termen van bescherming van de gezondheid en omdat de ongelijkheid in de toegang die bij dit type zorgen nog groter is dan bij de curatieve zorgen, wijden we een heel deel aan dit thema (deel 3 van dit hoofdstuk). De hier beschreven verbeteringen en hinderpalen hernemen dus niet de specifieke elementen van preventie.

2.1. **Verbeteringen sinds het Algemeen Verslag over de Armoede**

We gaan hier niet in detail in op elke maatregel die sinds 1995 genomen werd omdat deze reeds in het vooruitgangrapport over de uitvoering van het Algemeen Verslag over de Armoede staan (2000: 23-25). We geven hier de grote positieve tendensen weer van de twee maatregelen die momenteel op vraag van de Interministeriële Conferentie voor Sociale Integratie en Sociale Economie diepgaand geëvalueerd worden: de veralgemeende toegang tot de ziekteverzekering en de verhoogde tegemoetkoming.

Deze twee maatregelen komen overeen met een deel van de oriëntaties die de auteurs van het Algemeen Verslag over de Armoede geformuleerd hebben, namelijk:

- “- de invoering van een universeel en persoonsgebonden recht op een gezondheidsverzekering. Dit houdt onder meer in dat de voorwaarden in verband met proeftijd en verblijfsduur worden afgeschaft, ...
- blijvende financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorgen voor personen en gezinnen met een laag inkomen. Het Verslag stelt voor om de bestaande voorkeurstatus voor weduwen-wezen-invaliden-gepensioneerden uit te breiden tot alle personen en gezinnen met een laag inkomen, ...” (AVA, 1994: 407).

Meerdere elementen van deze wijzigingen zijn bijzonder positief:

- De veralgemening van de toegang tot gezondheidszorgen wordt binnen het kader van de sociale zekerheid gerealiseerd: het bijdrageprincipe blijft bestaan, al gaat het soms om symbolische bedragen of zijn ze voor enkelen gelijk aan nul⁷. Zo werd 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 (samensmelting van de 5 residuaire stelsels);
- Het referentieadres bij een OCMW waarborgt de toegang van daklozen tot de ziekteverzekering.

Op het terrein stellen de Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag over de Armoede vast dat door de veralgemeende toegang tot de ziekteverzekering nu een aantal personen verzekerd zijn zonder nog langer bij het OCMW te moeten aankloppen. In dezelfde zin meldt het verslag van Artsen zonder Grenzen van 1998 een daling van het aantal Belgen dat bij hen op raadpleging komt. “Bij de contacten die wij met verschillende basisorganisaties genomen hebben, blijkt dat een meerderheid van deze patiënten terug gedekt zijn voor de ziekteverzekering dankzij de nieuwe wetten en zij worden vooral doorverwezen naar bestaande medische structuren”. (Artsen zonder Grenzen, Apothekers zonder Grenzen, 1998: 37). Het verslag vestigt de aandacht op de minderheid die overblijft: “zeer gemarginaliseerde” autochtonen en allochtonen, meer bepaald afgewezen asielzoekers of illegale personen (Artsen zonder Grenzen, Apothekers zonder Grenzen, 1998: 30 en 31).

De vraag of de vergemakkelijking van de toegang tot de gezondheidszorgen voor arme personen niet ten koste gaat van de terugbetaling van de gezondheidszorgen en de geneesmiddelen voor allen moet hier toch gesteld worden. In dit geval verliezen de wijzigingen een deel van hun positieve uitwerking voor de armen en houden ze ook het concrete risico in dat personen met hogere inkomens minder in het sociale zekerheidsstelsel zien en overstappen naar private verzekeringssystemen. Voorbeeld: de kosten voor een raadpleging in de psychiatrie gaan van 60 Bef/1,48€ naar 77 Bef/1,90€ voor gerechtigden op de verhoogde tegemoetkoming; van 160 Bef/3,96€ naar 454 Bef/11,25€ voor patiënten die er geen recht op hebben.

7 Niet iedereen is het met deze analyse eens. Het “verzekeringsprincipe wordt enkel in de juridische fictie gerespecteerd waarin het bijdragebedrag op nul wordt vastgelegd voor een aantal sociaal kwetsbare of economisch zwakke groepen ... terwijl velen onder hen vroeger nog nooit tot de sociale zekerheid bijgedragen hebben. De solidariteit tussen personen die eigen is aan de sociale zekerheid wordt vervangen door een algemene solidariteit van hetzelfde type als bij de belastingen” (Julémont, 2000).

2.2. Hinderpalen

We vermelden hier verschillende soorten hinderpalen – financiële, administratieve, culturele of in verband met mobiliteit - voor de toegang tot de gezondheidszorgen en de oplossingen die aangereikt werden. We vestigen de aandacht op het feit dat één en dezelfde persoon tijdens een min of meer lange periode met één of meerdere hinderpalen kan geconfronteerd worden.

2.2.1. Weigering van gezondheidszorgen

De weigering van gezondheidszorgen die in het Algemeen Verslag over de Armoede aangeklaagd werd, komt nog steeds voor en gaat zowel van geneesheren uit als van ziekenhuisstructuren⁸.

Aan bepaalde patiënten wordt de toegang tot de gezondheidszorgen geweigerd omdat ze schulden bij de instelling hebben. Deze praktijk van weigering van gezondheidszorgen dreigt zelfs toe te nemen omdat het aantal patiënten die hun rekeningen niet kunnen betalen, stijgt⁹. Het onwettig verblijf op het grondgebied wordt eveneens als reden tot weigering aangehaald.

Deze weigeringen nemen min of meer directe vormen aan: bepaalde ziekenhuizen bijvoorbeeld houden de sociale identiteitskaart of de identiteitskaart in indien de patiënt de rekening voor de raadpleging niet kan betalen of zetten een “embargo” label op het dossier van de patiënt¹⁰.

Deze onwettige praktijken doen meerdere vragen rijzen over de informatie die patiënten kunnen inwinnen omtrent hun rechten, het gebrek aan mogelijkheden om beroep aan te tekenen en sancties. Het raadgevend bio-ethisch comité dat terzake geïnterpelleerd werd, heeft deze praktijken veroordeeld, maar het gaat enkel om een raadgevende instantie (advies nr. 7 van 13 juli 1998 betreffende de toegang tot de gezondheidszorgen).

De weigering van gezondheidszorgen door de ziekenhuizen is niet enkel een financiële kwestie, maar verwijst ook naar het verschil in opvatting die arme mensen enerzijds en ziekenhuizen en beleidsverantwoordelijken anderzijds hebben van de rol van de spoedgevallendiensten (AVA, 1994: 138). De eersten vatten de spoedgevallendiensten op als diensten voor eerstelijnszorg¹¹. Voor de anderen betekenen de spoedgevallendiensten een zeer grote financiële investering omdat er permanent hooggekwalificeerd personeel aanwezig moet zijn. Ze zijn dus van mening dat armen de diensten oneigenlijk gebruiken. Over dit verschil in opvatting moet worden nagedacht.

8 Zie in dit verband het *Rapport des organisations non gouvernementales destiné au Comité des droits de l'enfant, rapport réalisé par la coordination des ONG pour les droits de l'enfant*, 1999, pag. 64 en 65.

9 Zie in dit verband het rapport van het Observatoire de Crédit et de l'Endettement (1999) waarin melding wordt gemaakt van schulden in verband met uitgaven voor gezondheidszorgen en hospitalisatie.

10 Het Daklozen Actie Komitee klaagt bijvoorbeeld constant deze embargotechniek aan die in Antwerpen wordt toegepast: het ziekenhuis van het OCMW eist van patiënten die er schulden hebben een voorschot of een betalingsplan dat met het OCMW opgesteld werd, als voorwaarde voor de toegang.

11 Talrijke elementen verklaren deze benadering, met name het feit dat de kosten niet onmiddellijk moeten worden betaald. Zich op de spoedgevallendienst laten verzorgen is dus een manier om zich te laten verzorgen, die makkelijker toegankelijk is dan andere manieren (zie punt 2.2.2.1.b). Bepaalde wettelijke bepalingen versterken deze tendens, bijvoorbeeld de tendens waarbij bepaalde werklozen gelijkgesteld worden met gerechtigden op de verhoogde tegemoetkoming, maar enkel voor de opname in een ziekenhuis.

Bepaalde zorgstructuren in arme wijken zien zichzelf gedwongen om patiënten te weigeren omdat ze de toename van de vraag niet langer aankunnen. Dit doet de vraag rijzen naar de uitbouw van primaire gezondheidsstructuren – wijkgezondheidscentra, ... - in deze arme buurten¹².

2.2.2. Financiële hinderpalen

Alvorens de financiële hinderpalen te onderzoeken – kosten van de gezondheidszorgen, voorschot op de kosten, ontbrekende informatie over de kosten - vestigen we de aandacht op het feit dat deze hinderpalen vooral bestaan voor personen die enkel over een klein budget beschikken en een chronische aandoening hebben. Onlangs werden enkele specifieke maatregelen in hun voordeel genomen.¹³

2.2.2.1. De kosten van de gezondheidszorgen

“Je moet kiezen, ofwel betaal je je huur, maar dan kan je niet behoorlijk eten, en je nog minder verzorgen. Ofwel verzorg je je gezondheid, en betaal je geen huur, maar dan sta je uiteindelijk wel op straat.” (AVA, 1994: 122).

Ondanks de nieuwe maatregelen die sinds het Algemeen Verslag over de Armoede van kracht zijn en die voor honderdduizenden de toegang tot de gezondheidszorg mogelijk maakten en verbeterden, blijft de kostprijs van gezondheidszorgen een hinderpaal. Ziek zijn is duur. Voor personen met een laag inkomen betekent dit dat zij niet ziek mogen zijn, dat zij geen andere keuze hebben dan het doktersbezoek uit te stellen of helemaal niet te gaan en beroep te doen op zelfmedicatie of zich aan te bieden op een spoedafdeling van een ziekenhuis.

Het financieel onvermogen waarmee personen en gezinnen moeten leven, is nog toegenomen sinds het Algemeen Verslag over de Armoede (Vranken, Geldof en Van Menxel, 1999: 80 en volgende). Het is absurd en onrealistisch te denken dat personen die met een vervangingsinkomen moeten rondkomen (wat dit ook moge wezen) of van een gelijkaardig bedrag moeten leven, hun gezondheidsonkosten kunnen incalculeren in hun budget. Deze kosten worden altijd beschouwd als een ‘luke’. In het kader van sociale begeleiding en van budgetbegeleiding worden deze kosten ook steeds als een luke beschouwd, des te meer wanneer het om preventieve zorgen gaat.

De gezondheidsenquête van 1997¹⁴ toont aan dat vele Belgische gezinnen moeilijkheden hebben om de uitgaven voor gezondheidszorgen te dragen: een derde van de gezinnen vindt het moeilijk, ja zelfs onmogelijk, om het persoonlijk aandeel aan de gezondheidskosten te dragen.

12 Zie met name het standpunt van de association pour une dentisterie sociale – vereniging voor een sociale tandheelkunde (artikel verschenen in Le Soir van 15 november 2000).

13 De toekenning van een forfaitaire uitkering (10.000 Bef/247,89€) (KB en MB van 2 juni 1998); een andere forfait voor personen met incontinentieproblemen (15.230 Bef/377,54€); sinds 1 januari 2000 wordt hetzelfde forfait toegekend voor primaire ziektes vanaf de 1^{ste} tot de 4^{de} maand van ziekte; de uitbreiding tot invalide gezinshoofden van een forfait voor hulp door een derde (KB van 10 juli 1998). Deze laatste forfait wordt na één jaar verdubbeld en geïndexeerd en bedraagt momenteel 200 Bef/4,95€ per dag. Een andere interessante maatregel is de mogelijkheid om af te zien van het terugvorderen van de niet-verschuldigde betaling (Handvest van de sociaal verzekerde; MB van 20 april 1999).

14 Eerste nationale gezondheidsenquête op basis van interviews dat in België door de afdeling Epidemiologie van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid in samenwerking met het Nationaal Instituut voor Statistiek georganiseerd werd.

De studie van het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten in het Waals Gewest constateert dat 36% van de gezondheidszorgen uitgesteld wordt¹⁵. Hieruit wordt de conclusie getrokken dat de economische dimensie van de toegang tot de gezondheidszorgen de doorslag geeft en dat het sociale zekerheidssysteem en de andere aanvullende hulp een zeer belangrijke rol spelen bij de toegang tot de gezondheidszorgen (Martin, 1999: 111).

a) Het niet terugbetalen van bepaalde verstrekkingen

Een aantal verstrekkingen en geneesmiddelen wordt niet terugbetaald. De keuze of er al dan niet terugbetaling is, lijkt niet altijd in het belang van de patiënt te gebeuren. Doordat noodzakelijke verstrekkingen niet terugbetaald worden, ontstaat er een duaal systeem en worden de ongelijkheden bij de toegang tot de bescherming van de gezondheid versterkt.

Een voorbeeld voor wat de geneesmiddelen betreft: “Enkele geneesmiddelen waarvoor er geen terugbetaling is, hebben hun efficiëntie en nut bewezen. Zo bijvoorbeeld de gangbare pijnstillers (aspirine, paracetamol) die ook ter bestrijding van koorts gebruikt worden, desinfecteermiddelen, producten ter behandeling van luizen of huidziekten, enzovoort. Deze producten zijn weliswaar niet zo duur, maar voor een kroostrijk gezin bijvoorbeeld kunnen ze toch onbetaalbaar zijn. Verschillende argumenten worden aangehaald om deze geneesmiddelen buiten het terugbetalingssysteem te houden: ontbrekende aanvraag van de producent, hoge kosten van de terugbetaling, toename van de medische prestaties (raadplegingen) enkel voor het krijgen van een voorschrift met de mogelijkheid van misbruiken door de voorschrijver of de gebruiker, autonomie voor de patiënt ten opzichte van deze producten. De terugbetaling van deze producten voor minder goedge personeel lijkt ons echter noodzakelijk, bijvoorbeeld een terugbetaling voorbehouden aan personen die onder het uitgebreide WIGW-stelsel vallen. Voor deze terugbetaling moeten niet alle farmaceutische producten in aanmerking komen, maar wel de producten die hun efficiëntie bewezen hebben. Het zou jammer zijn dat personen in moeilijkheden in de kou blijven staan vanwege het mogelijke misbruik van enkele voorschrijvers of gebruikers” (Hoffman, 1998: 14 – vertaling uit het Frans)

Er bestaat geen lijst van verstrekkingen en geneesmiddelen die niet terugbetaald worden. Het is dan ook niet mogelijk om ze in het systeem van sociale en fiscale franchise op te nemen, noch in de maximumfactuur (zie punt c correctiemechanismen).

15 “Het uitstellen van gezondheidszorgen is een algemene uitdrukking en dekt **verschillende realiteiten**. Het voorwerp van uitstel, de van het uitstel betroffen persoon uit het gezin alsook de verschillende vormen van problemen bij de toegang tot de gezondheidszorgen (ervan afzien, uitstellen, niet uitstellen maar moeilijkheden ondervinden) zijn allemaal verschillende aspecten die bij de problematiek van de toegang tot de gezondheidszorgen in aanmerking moeten worden genomen” (Martin, 1999: 86 vertaling uit het Frans).

b) Het remgeld¹⁶

De verhoging van het remgeld voor alle verstrekkingen of een deel ervan beperkt duidelijk de impact van de recente wijzigingen.

Toch “heeft in tegenstelling tot een wijdverspreide opvatting de verhoging van de deelname van de verzekerde aan zijn uitgaven nooit de stijging van deze uitgaven kunnen afremmen, maar bleek ze duur komen te staan voor de verzekerde zelf en voor de maatschappij ...

De vermindering van het door de ziekteverzekering terugbetaalde deel remt de verhoging van de globale uitgaven niet af ... Op basis van een analyse van de uitgavenposten kan men vaststellen dat die uitgaven het snelst stijgen waarvoor het remgeld het hoogst is. De meeste verzekerden neutraliseren in feite het effect van het remgeld door het afsluiten van een bijkomende verzekering. Op die manier moeten enkel de armsten of de mensen die er zich geen rekenschap van geven, het remgeld betalen, en het enige gevolg hiervan is dat minder een beroep gedaan wordt op ambulante zorgen waardoor de duurdere opname in een ziekenhuis zou kunnen vermeden worden ...” (Rey, 1994). Dit onderzoek analyseert de Franse gegevens, maar men mag aannemen dat het gedrag van de Belgen niet veel zal verschillen van dat van de Fransen.

Geneesmiddelen zijn duur. “Hun prijzen stijgen snel en nieuwe moleculen die op de markt gebracht worden, hebben een buitengewoon hoge prijs. De ingewikkelde onderhandelingen voor de prijsbepaling van geneesmiddelen, de sociale en economische gevolgen van deze onderhandelingen met de farmaceutische sector en de te verwachten aanpassingen van de reglementeringen op Europese schaal zijn allemaal factoren waarop de gebruiker geen invloed heeft en waarvan hij de gevolgen draagt” (Hoffman, 1998: 14 – vertaling uit het Frans).

Bepaalde geneesmiddelen worden niet terugbetaald, andere maar weinig. Soms gebeurt het dat personen die de kosten niet kunnen betalen, geneesmiddelen op hun voorschriften schrappen, de behandeling uitstellen of de hoeveelheid of de dagelijkse dosis verminderen zodat de behandeling langer kan doorgaan. In het beste geval trachten zij te onderhandelen met de apotheker om de betaling uit te stellen of in schijven te betalen. Sommigen delen zelfs hun geneesmiddelen met anderen. Lijsten met geneesmiddelen die door het OCMW worden terugbetaald, variëren zeer sterk volgens de gemeenten.¹⁷ Generische geneesmiddelen¹⁸ kosten minder, maar worden door artsen te weinig voorgeschreven. Sommigen zijn van mening dat de invoering van de mogelijkheid om een geneesmiddel enkel onder zijn scheikundige benaming voor te schrijven, tot een ruimer gebruik van generische geneesmiddelen zou leiden. Er stelt zich ook de vraag waarom magistrale bereidingen minder worden voorgeschreven: zijn magistrale bereidingen ook geen middel om misbruik van geneesmiddelen te bestrijden?

16 Het remgeld is het persoonlijke gedeelte van de gezondheidskosten dat ten laste is van de verzekerde.

17 Zie: *De rol van de OCMW's in de gezondheidsbescherming en meer in het bijzonder in de toegang tot de gezondheidszorg, nota van het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting*, juni 2000.

18 Generische geneesmiddelen zijn minder dure geneesmiddelen met dezelfde therapeutische waarde; generische geneesmiddelen komen op de markt vanaf het ogenblik dat de bescherming van de merkgenesmiddelen door een patent afgelopen is.

Vele patiënten kunnen bij opname in een ziekenhuis het voorschot¹⁹, dat om de zeven dagen vernieuwd kan worden, niet betalen en de eventuele bijkomende kosten ook niet.

Arme personen gaan vaak niet naar de tandarts omdat tandverzorging bijzonder slecht terugbetaald wordt. De sociale ongelijkheden zijn in deze sector frappant. Volgens de gezondheidsenquête had 60% in de groep met een klein inkomen of een lage opleiding in het jaar dat aan die enquête voorafging, geen tandarts bezocht, tegenover 42% met een hoger inkomen of een hogere opleiding.

Paramedische zorgen worden niet of maar weinig terugbetaald. Vaak is het bijvoorbeeld onontbeerlijk dat een kind door een logopedist gevolgd wordt en raadt de school dit aan, maar is dit financieel niet haalbaar (zie deel 3 over preventie).

Onontbeerlijke protheses worden niet terugbetaald. Het budget van de RIZIV voor 2001 voorziet een betere terugbetaling van enkele protheses.

Personen met weinig financiële middelen kunnen vaak geen bril betalen. Het budget 2001 voorziet een betere terugbetaling voor monturen en glazen voor kinderen alsook voor hoorapparaten voor kinderen.

Het hoge remgeld voor palliatieve zorgen leidt tot discriminatie: patiënten die niet over voldoende middelen beschikken om de kosten voor thuisverzorging te kunnen betalen, die slecht terugbetaald worden, hebben geen andere keuze dan hun leven in het ziekenhuis te beëindigen, wat ze over het algemeen niet wensen en wat voor de gemeenschap duurder is. In 2000 werd een forfait 'palliatieve thuiszorgen' ingevoerd²⁰. Andere kleine verbeteringen zijn in het budget 2001 voorzien.

c) Correctiemechanismen

-De verhoogde tegemoetkoming

De gelijkstelling van werklozen aan gerechtigden op de verhoogde tegemoetkoming betreft enkel de opname in een ziekenhuis, het forfait van 1.100 Bef/27,26 € niet inbegrepen. Eens te meer wordt de thuiszorg benadeeld die nochtans beter aanvaard wordt en voor de samenleving minder duur is. Deze keuze voor de opname in het ziekenhuis werpt concrete familiale problemen op die in het Algemeen Verslag over de Armoede vermeld staan (AVA, 1994: 153).

Bepaalde werklozen, kleine zelfstandigen, werknemers of arbeiders beschikken over een inkomen dat niet veel verschilt van het bestaansminimum, waarmee ze soms zeer hoge huurprijzen moeten betalen. Diegenen onder hen die onderhoudsgeld moeten betalen, beschikken soms zelfs over minder dan het bestaansminimum, omdat er geen limiet staat op een beslagname van hun inkomen; de situatie van degenen die op niet betaald onderhoudsgeld wachten, is niet veel rooskleuriger. Personen die schulden moeten aflossen, dreigen ook in een onzekere situatie terecht te komen.

19 Sinds de laatste indexering (1 september 2000) bedraagt het voorschot voor een tweepersoonskamer maximaal 6.000 Bef/148,73€ (gewone verzekerde) of 3.000 Bef/74,36€ (kind of gerechtigde op de verhoogde tegemoetkoming) + 7 keer 735 Bef/18,22€ (prijs voor de kamer). In een gemeenschappelijke kamer kan het voorschot niet meer dan 6.000 Bef/148,73 € (gewone verzekerde) of 3.000 Bef/74,36 € (gerechtigde op de verhoogde tegemoetkoming) bedragen.

20 Men kent een bedrag van 19.500 Bef/483,39€ toe voor 30 dagen dat één keer opnieuw kan worden uitgekeerd.

Wanneer deze personen belangrijke gezondheidsuitgaven voor zichzelf of voor hun kinderen moeten doen, wordt de situatie rampzalig. Investerings voor kinderen en voor hun gezondheid zijn echter van essentieel belang (zie deel 3 over preventie). Hier wordt het negatieve effect van de indeling in categorieën duidelijk. De armen worden verdeeld. Hierdoor moeten ze onmogelijke keuzes maken: voor wat hun waardigheid betreft, zijn ze liever werkloos dan bestaansminimumtrekker, maar ze overleven soms makkelijker met het bestaansminimum en zijn 'voordelen' dan met de werkloosheidsuitkering. Men kan zich afvragen wat er met personen gebeurt die geen inkomsten hebben en die op een beslissing van het OCMW wachten. Het Algemeen Verslag over de Armoede pleit voor een uitbreiding van het voorkeurstelsel dat niet meer afhankelijk van het statuut van de gerechtigde zou worden toegekend, maar in functie van zijn inkomen.

-De sociale en fiscale franchise²¹

De twee correctiemechanismen treden pas achteraf in werking en bieden dus geen oplossing voor de te betalen voorschotten. Dit systeem is niet goed bekend en is ingewikkeld: het werkt de te lage graad aan verzorging van de armsten niet tegen. Een persoon, bijvoorbeeld, die in 1996 een operatie onderging en die recht heeft op de sociale franchise, kreeg nog steeds geen terugbetaling en geen enkele dienst lijkt bevoegd te zijn om voor deze situatie een oplossing te vinden, terwijl in theorie de toepassing van de sociale franchise automatisch gebeurt.

Niet alle kosten komen in aanmerking voor het recht op de franchise: zo tellen geneesmiddelen die in het algemeen toch zeer duur zijn, niet mee; hetzelfde geldt voor bepaalde paramedische kosten in de ambulante verzorging, met name voor logopedie.

De sociale franchise ligt op een te hoog niveau. De eerste 15.000 BEF/371,84 € stellen problemen. Ze zou in schijven moeten worden ingedeeld - die hoger zijn naargelang het inkomen hoger ligt - en niet gebaseerd mogen zijn op een sociale categorie.

De fiscale franchise is enkel van toepassing op personen die over een belastbaar inkomen beschikken. Ze treedt pas 1,5 jaar na de effectieve datum van de uitgaven in werking (zie punt 2.2.1.2.). Ze zou kunnen worden afgeschaft, zeker wanneer de sociale franchise in schijven ingedeeld wordt.

- De 'maximumfactuur' (MAF)

In antwoord op deze kritieken wil de regering geleidelijk aan een systeem van 'maximumfactuur' invoeren waarin de persoonlijke tussenkomsten voor verstrekkingen van de verplichte ziekteverzekering een redelijke uitgavendrempel niet overschrijden - die afhankelijk van het belastbaar inkomen bepaald wordt - en waarin de terugbetaling van de kosten boven deze drempel snel gebeurt. De regering wil gaandeweg ook de franchises uitbreiden. Sinds 1 januari 2001 zijn de onontbeerlijke geneesmiddelen²² hierin inbegrepen²³, eveneens bepaalde ziekenhuiskosten, met name in de psychiatrie, maar enkel voor gezinnen met een laag inkomen (belastbaar inkomen onder 540.000 Bef/13.386,25 €). Een snellere terugbetaling dan vroeger is voorzien. De efficiëntie van deze wijziging zal moeten worden geëvalueerd.

21 Dit is een sociaal correctiesysteem dat het jaarlijkse bedrag dat de patiënt aan remgeld uitgeeft, beperkt.

22 De op voorschrift verkrijgbare geneesmiddelen zijn in categorieën ingedeeld volgens het deel dat ten laste van het verzekeringsorganisme is en het saldo dat de patiënt betaalt. De onontbeerlijke geneesmiddelen behoren tot de categorieën A en B voor terugbetaling. Voor de geneesmiddelen van categorie A betaalt de patiënt niets.

23 De uitvoeringsbesluiten zijn nog niet verschenen. De ziekenfondsen verzamelen alle gegevens om vanaf het verschijnen ervan te kunnen coderen.

Het systeem van maximumfactuur bepaalt een plafond van 18.000 Bef/446,20 € voor de remgelden voor gezinnen met een inkomen dat 540.000 Bef/13.386,25 € niet overstijgt. Voor inkomens boven 2.000.000 Bef/49.578,70 € ligt het plafond voor de remgelden bij 100.000 Bef/2.478,93 €. Tussen deze twee uitersten zijn 4 trappen voorzien. Het laagste plafond ligt dus bij 18.000 Bef/446,20 € in plaats van 15.000 Bef/371,84 € vroeger, deze eerste schijf betekent echter een grote last voor kleinere budgetten. Zoals we verder boven opmerkten, blijft het in het systeem van maximumfactuur onmogelijk om rekening te houden met verstrekkingen en geneesmiddelen die niet worden terugbetaald (zie punt i.v.m. de niet-terugbetaling). Tevens merken we op dat de effecten van de maximumfactuur voor zelfstandigen, die soms over zeer lage inkomens beschikken, beperkt zijn omdat hun ziekteverzekeringstelsel anders is dan het algemene stelsel.

d) Het forfait

Het forfait duidt een manier aan om gezondheidszorgen met een abonnement te betalen. De klassieke manier is de betaling per prestatie. Een klein aantal zorgverstrekkers, met name wijkgezondheidscentra, werken met een forfait. Dit betreft momenteel meer dan veertigduizend personen. Dit systeem beperkt sterk de gezondheidskosten voor patiënten die enkel de bijdrage voor de ziekteverzekering betalen. Het gaat hier om een zeer originele manier van toegang tot de gezondheidszorgen die een grondige evaluatie waard is²⁴.

2.2.2.2. Het voorschieten van de kosten

Noch een betere toegang tot de ziekteverzekering noch een terugbetaling tegen een voorkeurtarief kan de problemen in verband met de voorschotten oplossen, een probleem dat des te groter is naarmate het budget kleiner is.

In het Algemeen Verslag over de Armoede wordt de uitbreiding van de derdebetalersregeling²⁵ tot alle zorgverstrekkers geëist. Het is inderdaad van groot belang dat het ook voor de ambulante zorgen toegepast wordt (AVA, 1994: 150-151). Momenteel kan het – maar moet het niet – in door de wet uitdrukkelijk voorziene omstandigheden toegepast worden. De zorgverstrekker beslist geval per geval of hij het systeem toepast, al vervult de patiënt de voorwaarden die in de wet zijn voorzien. Terloops wijzen we erop dat het koninklijk besluit dat deze uitzondering ten gunste van gerechtigden op de verhoogde tegemoetkoming in het kader van de uitbreiding van het WIGW-statuut voorziet, niet gewijzigd werd. Het is waar dat behalve kinderen, die op de verhoogde kinderbijslag gerechtigd zijn, ook de leden van andere categorieën reeds van de derdebetalersregeling genoten.

24 Voor meer inlichtingen over het forfait, met name de argumenten voor en tegen, wijzen we op een bericht terzake in het driemaandelijkse tijdschrift van de Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones, “Santé conjugué”, januari 1998, nr. 3. Het werk van F. Louckx dat in de bibliografie van dit hoofdstuk vermeld staat, bevat meerdere interessante bijdragen over dit thema: zie de artikels van R. De Ridder, J. De Maeseneer, E. Vandendrinck en A. Peleman.

25 Bij deze betalingswijze ontvangt de zorgverstrekker, de dienst, de instelling die in het kader van de verplichte ziekteverzekering verschuldigde betaling voor de tussenkomst rechtstreeks van de verzekeringsinstelling waarvan de persoon, aan wie de zorgen werden verstrekt, lid is of waarbij hij ingeschreven is.

“De realiteit op het veld toont aan dat de derdebetaler onontbeerlijk blijft. Vaak beschikken de armsten niet over de enkele honderden franken die ze voor een raadpleging nodig hebben. Schaft men de derdebetaler voor deze mensen af, dan verbiedt men hen de toegang tot de gezondheidszorgen. Personen met een laag inkomen, werkloze vaders van kroostrijke gezinnen bijvoorbeeld, kunnen soms wel de eerste raadpleging betalen, de volgende echter niet meer. Hierdoor ontstaat er een misbruik van de opname in het ziekenhuis die niets met de ernst van de pathologie te maken heeft, of wordt de verzorging afgebroken wat speciaal voor kinderen zeer nadelig en spijtig is” (Hendrick, 1998: 11 – vertaling uit het Frans).

Het Algemeen Verslag over de Armoede vraagt ook een administratieve vereenvoudiging van de derdebetalersregeling die momenteel een uitgewerkte boekhouding vereist en met betalingsvertragingen voor de arts gepaard gaat. Toch vergemakkelijkt de derdebetalersregeling de toegang tot de eerstelijnsverzorging en wordt de opname in het ziekenhuis vermeden.

De toegang van de artsen tot het systeem van de sociale identiteitskaart zou een positieve aanmoediging zijn voor degenen die bereid zijn de derdebetaler toe te passen, maar ervan terugschrikken vanwege de administratieve rompslomp. Bepaalde zorgverstrekkers zijn inderdaad voor de derdebetalersregeling te vinden. In Gent, la Région du Centre (La Louvière, Soignies ..) en Chimay, bijvoorbeeld hebben huisartsen en verzekeringsinstellingen een akkoord gesloten over een systematischere toepassing van de derdebetaler.

Het Verslag vraagt ook een efficiënte informatie van de zorgverstrekkers. De Minister van Sociale Zaken heeft aan het verzekeringscomité van de RIZIV voorgesteld om in verband met de derdebetaler een sensibiliseringscampagne te lanceren gericht tot zorgverstrekkers, rechthebbenden, verzekeringsinstellingen, OCMW's en sociale diensten²⁶.

De derdebetaler maakt deel uit van de lopende evaluatie die de Interministeriële Conferentie Sociale Integratie en Sociale Economie gevraagd heeft. “Er dient te worden nagegaan of de derdebetaler een overconsumptie van zorgen tot gevolg heeft. Stijgt de consumptie omdat de armsten eindelijk toegang hebben tot de verzorging? Of gaat het om misbruik? Op basis van een diepgaande analyse van de derdebetalersregeling zal het mogelijk zijn dit systeem toe te passen indien het nodig blijkt en zonder misbruiken. Zolang men niet alles op een rijtje gezet heeft, is het onontbeerlijk de status quo te behouden en indien mogelijk meer uitzonderingen op het verbod te voorzien.” (Hendrick, 1997 – vertaling uit het Frans).

We wijzen er ook op dat bepaalde patiënten die met veel moeite de kosten kunnen voorschieten die door het ziekenfonds worden terugbetaald, in moeilijkheden geraken omdat de terugbetaling door de verzekeringsinstelling later gebeurt. Bovendien hebben sommige armen geen bankrekening.

26 Deelnemers van de werkgroep gezondheid hebben gevraagd dat een lijst van zorgverstrekkers die de derdebetaler toepassen, ter beschikking van de patiënten zou worden gesteld. De wetgeving die momenteel van kracht is, verbiedt elke publiciteit: “De zorgverstrekker mag noch zelf, noch via iemand anders, noch rechtstreeks, noch onrechtstreeks reclame maken rond de toekenning van de derdebetalersregeling.” (artikel 4bis §1 5° van het Koninklijk Besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen). Deelnemers van de groep hebben ook de mogelijkheid geopperd om de zorgverstrekker te verplichten de derdebetalersregeling toe te passen, terwijl hij hierover vandaag zelf mag beslissen. Ondanks dat dit voorstel interessant lijkt, wordt het door talrijke gezondheidsactoren als onrealistisch beschouwd.

2.2.2.3. Informatie over de kosten

De financiële toegankelijkheid is niet het enige probleem. Informatie over de kosten of de ontbrekende informatie hierover vormt al evenzeer een belangrijke drempel.

“Over het algemeen laat de transparantie van de kosten voor de gezondheidszorgen te wensen over. Meestal wordt de patiënt niet of slecht daarover ingelicht of hij voor verstrekkingen het bedrag dat door de RIZIV terugbetaald wordt, moet voorschieten of dat hij enkel het remgeld moet betalen. Het is des te moeilijker een inzicht in deze twee verschillende systemen te krijgen als alle instellingen, zelfs geneesheren, niet dezelfde regels toepassen...

Patiënten kunnen ook niet makkelijk weten welke huisartsen en/of specialisten geconventioneerd zijn en welke niet” (Roelandt, 1998: 12 - vertaling uit het Frans).

“De informatie voor patiënten over geneesmiddelen laat ook te wensen over. Zelden weet men hoeveel men in de apotheek zal moeten betalen en deze onzekerheid doet menigeen terugdeinzen of leidt tot een ondoordachte selectie uit de voorgeschreven geneesmiddelen.

Ondanks de middelen die de voorschrijvers ter beschikking hebben om zich over de prijzen in te lichten en ondanks de sensibiliseringscampagnes zijn ze zich al te vaak niet bewust van de bedragen die ze de patiënten doen dragen. Door deze twee elementen bemoeilijkt de ontbrekende kennis over de prijzen de toegang tot de behandeling. Maatregelen voor **meer duidelijkheid in verband met de prijzen** zijn noodzakelijk. Een oplossing moet vooral bij de voorschrijvers en bij een mentaliteitswijziging gezocht worden ...” (Hoffman, 1998: 14 – vertaling uit het Frans).

Binnen de RIZIV bestaat een solidariteitsfonds dat bij uitzonderlijke verstrekkingen tussenkomt waarvoor geen terugbetaling voorzien is. Weinig patiënten en weinig artsen weten dat dit fonds bestaat. Men zou het bestaan en de werkingsregels van dit fonds beter bekend moeten maken, al zijn er strikte voorwaarden en is de procedure zeer traag.

2.2.3. Administratieve hinderpalen

De veralgemeende toegang tot de ziekteverzekering vergemakkelijkt de toegang tot de gezondheidszorgen. De sociale identiteitskaart is een handig instrument waarmee een gemakkelijkere toepassing van de derdebetalersregeling mogelijk is. De werkwijze van het systeem van de ziekteverzekering is echter nog steeds slecht bekend. De recente wijzigingen ontsnappen niet aan deze vaststelling en worden dus onvoldoende toegepast.

De talrijke diensten die door de ziekenfondsen worden voorgesteld, blijven vaag en ingewikkeld. Diensten en prijzen verschillen naargelang van het ziekenfonds en verschillen treden zelfs op binnen één en hetzelfde ziekenfonds, al naargelang van de regio. Het wordt aldus steeds moeilijker om te weten wat wettelijk verplicht is en wat niet. Het merendeel van de ziekenfondsen biedt zijn leden een verzekering aan, de zogenaamde aanvullende verzekering, die echter wel verplicht is. Soms wordt aan personen die deze aanvullende verzekering niet betalen, de toegang tot de ziekteverzekering ontzegd, maar dit is een onwettige praktijk²⁷. Vaak ontbreekt informatie hierover of is ze niet te begrijpen.

27 De aanvullende verzekering biedt naast het dragen van kosten door de verplichte verzekering andere voordelen aan die bij elk ziekenfonds verschillend zijn (verschillende premies, diensten voor thuisverpleging, ...). Vaak eisen de statuten van de ziekenfondsen als aansluitingsvoorwaarde dat de betrokkene de aanvullende verzekering afsluit. Dit is een wettelijke praktijk. Het ziekenfonds kan dus, op basis van zijn statuten, een lid uitsluiten omdat het de aanvullende bijdrage niet betaald heeft. (informatie

De Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag over de Armoede brengen in hun nota de mogelijkheid ter sprake om dit aanvullend systeem af te schaffen, gekoppeld aan de herziening van de verplichte bijdragen in evenredigheid met het inkomen.

De kwestie van de aanvullende verzekering moet in haar context worden gezien: de constante groei van de gezondheidsuitgaven en de onvoldoende dekking door de sociale bescherming zet tot de privatisering van de sociale risico's aan. "Het is nodig en verstandig om zich tegen een afwijking te verzetten die onder het mom van besparingen, goed beheer en verantwoordelijkheid van de gebruiker, tot de vermindering van de dekking van goede gezondheidszorgen leidt en tot de overheveling van bepaalde risico's van het verplichte naar het aanvullende stelsel. De gedeeltelijke of zelfs volledige restlast voor de gebruiker wordt te groot voor mensen met een laag inkomen of in een bestaansonzekere situatie" (Rocard, 2000: 13 – vertaling uit het Frans).

Het gebrek aan informatie is er zowel aan de kant van de patiënten – soms vernemen mensen toevallig dat ze een recht hebben – als aan die van de beroepsmensen: artsen, maatschappelijk werkers, bedienden van de ziekenfondsen, ... terwijl de ondersteuning door deze personen onontbeerlijk is om de rechten van de armsten te doen eerbiedigen (AVA, 1994: 134). De ziekenfondsen betreuren het feit dat er niet meer beroep gedaan wordt op de kosteloze, toegankelijke sociale diensten, waar maatschappelijk werkers met een permanente en polyvalente vorming ter beschikking staan.

2.2.4 Culturele hinderpalen

Gezondheidscultuur is het product van talrijke factoren: "een laag scholingsniveau en een gebrekkige kennis inzake het lichaamsschema, gezondheid, ziekte; gebrekkige taalbeheersing; de levensomstandigheden en het gewicht van andere dagelijkse problemen; het gevoel van afhankelijkheid of van ondergeschiktheid aan het geneesherenkorps" (AVA, 1994: 136). Al deze factoren kenmerken personen die in armoede leven.

'Gezondheid, een relatie' is de titel van een deel uit het Algemeen Verslag over de Armoede (AVA, 1994: 137) waarin "in het bijzonder de moeilijkheden van dialoog" worden beklemtoond "tussen personen die over het algemeen uit heel verschillende "werelden" komen" (AVA, 1994: 153) en die zeer verschillende waarde- en normensystemen hanteren. Preventieboodschappen werpen geen vruchten af omdat ze vooral op de middenklassen gericht zijn en haast niet personen uit de laagste klassen kunnen bereiken. Een voorbeeld is de informatie en de opvoeding inzake gezondheid via mediacampagnes, folders, conferenties²⁸.

Patiënten hebben een te kleine plaats in het systeem van de gezondheidszorgen. Hun plaats is des te onzekerder hoe minder geld, minder vorming en meer moeilijkheden ze hebben. In overeenstemming met het regeerakkoord wordt momenteel een charter over de rechten van de patiënt uitgewerkt. Het valt reeds op dat er flagrante tegenstrijdigheden zijn tussen de principes uit het ontwerp van het charter, namelijk de vrije keuze, en de ervaringen van de armsten.

uit de brochure van de Franse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, *L'accès aux soins de santé: un droit pour tous*, [De toegang tot de gezondheidszorgen: een recht voor allen – vertaling uit het Frans], 1999). De HZIV (Hulpkas voor Ziekte- en InvaliditeitsVerzekering) organiseert geen aanvullende verzekering.

28 Zie in dit verband deel 4 van het hoofdstuk over vorming.

2.2.5. Hinderpalen verbonden aan communicatiemiddelen

Om toegang te hebben tot de gezondheidszorgen moet men toegang hebben tot die plaatsen waar de zorgen worden verstrekt. Die plaatsen zijn niet altijd bereikbaar met het openbaar vervoer.

Op het platteland is de situatie wat dat betreft bijzonder moeilijk. De kosten van het openbaar vervoer zijn indirecte kosten die bij kleine budgetten meetellen.

Geen telefoon hebben kan ook een hinderpaal vormen.

Moeilijkheden in verband met mobiliteit werpen ook het probleem op dat de structuren voor eerstelijnsgezondheidszorgen in arme wijken ontoereikend zijn, waarop we reeds gewezen hebben (punt 2.2.1.). Zo kan men zich bijvoorbeeld afvragen welke gevolgen de vermindering van het aantal plaatsen voor raadpleging van zuigelingen - en dus de grotere geografische spreiding van deze plaatsen - voor de bescherming van de gezondheid heeft.

2.3. De kosten van de niet-toegang tot goede gezondheidszorgen

“Ik kan de bril die mijn zoon nodig heeft, niet betalen. De arts heeft me gezegd: als hij geen bril draagt, verliest hij het gebruik van een oog. Aangezien hij niet goed ziet, heeft hij moeilijkheden bij het leren op school. Wat gaat er van hem later geworden? Het is zijn hele toekomst die op het spel staat!” (AVA, 1994: 140).

Het zich te laat laten verzorgen brengt enorme kosten met zich mee: behalve de dramatische menselijke kost voor de betrokkenen en hun naasten zijn de financiële kosten voor de maatschappij zeer groot.

Preventieve inspanningen van de Gemeenschappen, de onderzoeken van schoolartsen bijvoorbeeld, komen neer op verspilling van overheidsgelden indien de betrokken ouders de gestelde diagnose niet kunnen opvolgen (aankoop van een bril, raadpleging van een tandarts, ...). Geen beroep doen op eerstelijnszorgen leidt tot teveel ziekenhuisopnames die veel duurder zijn voor de gemeenschap.

2.4. De rol van de OCMW's²⁹

Ondanks de vooruitgang op het vlak van de toegang van allen tot de gezondheidszorgen en al vooruitlopend op de meer volledige resultaten van de lopende evaluatie van de maatregelen blijkt dat de bijdrage van de OCMW's onontbeerlijk blijft op het vlak van de toegang tot de gezondheidszorgen. De toegang tot de gezondheidszorgen moet hoofdzakelijk binnen de sociale zekerheid georganiseerd worden. In dit perspectief zijn bespiegelingen over de rol van de OCMW's – een aanvullende rol ten gunste van diegenen die worden geconfronteerd met de beperkingen van onze sociale zekerheid – zeker gerechtvaardigd.

29 Dit deel vat een nota samen die het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting voor de Interministeriële Conferentie Sociale Integratie en Sociale Economie (juni 2001) opgemaakt heeft. Deze nota herinnert aan de rol van de OCMW's op het vlak van de gezondheid vanuit het wettelijk standpunt (wet en rechtspraak), het terrein, de impact en de inzet van het verschil tussen de wettekst en de toepassing ervan en voorstellen voor een betere afstemming van de wettekst op de toepassing ervan.

De nota van de Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag over de Armoede herneemt een vaststelling uit het Algemeen Verslag. Elk OCMW heeft een eigen aanpak op het vlak van de gezondheid ontwikkeld. Erger nog, sommige OCMW's hebben hun hulp teruggeschroefd tengevolge van de maatregelen die na het Algemeen Verslag over de Armoede getroffen werden (bij voorbeeld intrekking van de medische kaart). Op deze wijze worden arme personen feitelijk nog ietsje armer dan voorheen. Elk OCMW heeft zijn reglement. Komt erbij dat elke maatschappelijk werker anders is, en zo wordt dit een loterij.

Huisartsen zijn het hiermee volledig eens; zij wijzen in het bijzonder op de uiteenlopende lijsten van geneesmiddelen waarvan de OCMW's de betaling aanvaardden. "Deze lijsten verschillen van OCMW tot OCMW. Brussel is hiervoor een grotesk voorbeeld, de toegankelijke geneesmiddelen verschillen om de twee of drie kilometer" (Hoffman, 1998: 14 – vertaling uit het Frans).

De verplichting tot aansluiting bij de ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt door de OCMW's eveneens op een zeer verschillende manier geïnterpreteerd. Soms wordt de vrije keuze gelaten, soms niet. Een van de bepalende factoren hierbij is de eis van bepaalde ziekteverzekeringen om de aanvullende verzekering tot een *conditio sine qua non* te maken voor de inschrijving. Ofwel betaalt het OCMW in een dergelijk geval de aanvullende bijdrage, ofwel laat het OCMW de keuze aan de betrokkene met de precisering dat de aanvullende bijdragen ten laste van hem zijn. Tenslotte zouden sommige OCMW's weigeren personen in te schrijven die zich tot hen richten.

Universitaire studies bevestigen deze vaststellingen op het terrein. "De autonomie van elk OCMW leidt tot het gebruik van een enorme variëteit aan barema's, richtlijnen, maatstaven, tabellen tot zelfs handleidingen van 300 pagina's lang in Vlaanderens grootste OCMW's. Het gevolg is dat er eveneens grote verschillen optreden in de orde van grootte van de steunbedragen. L'Homme stelde in zijn onderzoek onder de OCMW's van het gerechtelijke arrondissement Antwerpen grote verschillen vast zonder dat er ook maar enige objectief aanwijsbare elementen waren die deze verschillen kunnen verantwoorden. Zo bestaan er verschillen tot 30% tussen in sommige gevallen aan elkaar grenzende gemeenten. Elk OCMW hanteert zo zijn eigen criteria voor de toekenning van steun en ter bepaling van het bedrag ervan" (Vranken, Geldof, Van Menxel, 1999: 93).

Het laatste vooruitgangsrapport over de uitvoering van het Algemeen Verslag over de Armoede stelt eveneens vast dat "het sterk verschillende beleid van de OCMW's wat betreft de opvolging en de terugbetaling van de geneeskundige verzorging het gevoel van ongelijkheid nog versterkt" (Vooruitgangsrapport, 2000: 21).

Artsen zonder Grenzen wordt geconfronteerd met de verschillende praktijken van de OCMW's ten overstaan van 'asielaanvragers met een OCMW-207-code'. "Normaliter zouden deze patiënten niet eens naar de raadplegingen van AZG moeten gaan... De maatschappelijke werkers steken heel wat energie in het heroriënteren van die patiënten door te proberen om het ingevoerde systeem te doen werken (wat is het statuut? wie is bevoegd? kunnen ze een requisitoir krijgen, een medische kaart? is de patiënt ingeschreven bij de ziekteverzekering? wat met de geneesmiddelen? enz...). Allemaal vragen waarop de antwoorden verschillen van het ene OCMW tot het andere ..." (Artsen zonder Grenzen, 1999: 14). Het Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren-Brussel klaagt de ongelijke toepassing aan van het Koninklijk Besluit over de dringende medische hulp door de OCMW's (Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren-Brussel, 2000).

Gelet op deze vaststelling die al talrijke jaren door velen beaamd wordt, is het nodig dat de bevoegde Minister duidelijk de verantwoordelijkheden en plichten van de OCMW's beschrijft voor wat de toegang tot de gezondheidszorgen betreft. Op die manier kunnen ze op een efficiënte en correcte manier mee de kosten voor de gezondheidszorgen dragen, met inachtneming van het recht op vrije keuze van de patiënt, en zo het gebruik van de eerstelijnszorgen bevorderen.

In het algemeen worden twee argumenten aangehaald tegen de precisering van de rol van de OCMW's: budgettaire verplichtingen en de gemeentelijke autonomie.

- De OCMW-voorzitters en –raadsleden zijn inderdaad verantwoordelijk voor de overheidsgelden en moeten dus hun budget correct beheren, dat sterk kan verschillen van de ene gemeente tot de andere. Deze verantwoordelijkheid stelt hen echter niet vrij van hun verplichting om de wet te eerbiedigen en deze toe te passen naar de geest ervan³⁰. De rechtspraak terzake is duidelijk. Terloops noteren we dat inzake de toegang tot de gezondheidszorgen er een overdracht van lasten heeft plaatsgevonden van de OCMW's naar de federale Staat door de maatregelen betreffende de veralgemeende toegang tot de ziekteverzekering, de uitbreiding van het voorkeursstatuut, de hogere tegemoetkomingen voor chronisch zieken. De maatregelen die op dit ogenblik overwogen worden, zouden deze overdracht nog moeten vergroten.
- Wat de gemeentelijke autonomie betreft, herinneren we eraan dat deze niet de schending van de wettelijke bepalingen toestaat en dat ze ten gunste van de personen moet worden uitgeoefend die zich tot het OCMW wenden³¹.

Inzake gezondheidszorgen worden ten opzichte van deze twee bakens heel wat afwijkingen vastgesteld, die een snelle reactie vereisen.

3. Preventie

3.1. Het belang van de primaire preventie

De enorme kosten wanneer er geen gezondheidszorgen worden verstrekt en de laattijdige tussenkomsten op het vlak van de gezondheid zijn reeds eerder aangehaald (zie punt 2.3). Nu moet het stadium ervoor bekeken worden.

“Het voorkomen van ziekten en ongevallen is niet alleen een zaak van de gezondheidszorg. Het heeft te maken met levensomstandigheden en de kracht die men in zich heeft om te kunnen weerstaan aan wat een invloed heeft op zijn gezondheid. Preventie is het geheel van maatregelen die bedoeld zijn om het aantal ziekten en ongevallen te vermijden of te verminderen. Meestal maakt men een onderscheid tussen drie niveaus van preventie:

30 Zie voor de budgettaire overwegingen ook de *Meerjarenplanning voor het OCMW, een praktische gids*, Jan Vos, redactie-coördinatie, Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten, een co-productie met de Vlaamse Gemeenschap, Politeia, 1999, p. 18: “Het aangeven van financiële beperkingen is nodig, maar mag er echter niet toe leiden dat de finances een inhoudelijke discussie onmogelijk maken.”.

31 Het Charter over lokale autonomie van de Raad van Europa definieert de lokale autonomie als volgt: “... het recht en de daadwerkelijke mogelijkheid voor de plaatselijke gemeenschappen om binnen het kader van de wet onder hun eigen verantwoordelijkheid en ten gunste van hun bevolking een deel van de openbare zaken te regelen en te beheren” Artikel 3.1. (Het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting onderstreept).

- Bij primaire preventie hoort al wat toelaat om in goede gezondheid te blijven en dus alles wat de kwaliteit van het leven verbetert. Primaire preventie wordt meestal niet door beroepsmensen uit de gezondheidssector tot stand gebracht (bijvoorbeeld de verbetering van de hygiëne in de woningen, lichaamsbeweging, gezonde voeding, positieve sociale contacten,...), behalve voor een aantal zaken zoals vaccinaties. Gezondheidsopvoeding behoort ook bij de primaire preventie.
- De bedoeling van secundaire preventie is de ernst en de duur van ziektes te beperken, ze zo snel mogelijk op te sporen en te verzorgen. In België houden preventiediensten, maar ook de behandelende huisartsen, zich vooral bezig met secundaire preventie (Kind en Gezin, medisch schooltoezicht, arbeidsgeneeskunde).
- Via de tertiaire preventie wil men de gevolgen en de invaliditeit ten gevolge van ziekten of ongelukken zoveel mogelijk beperken. Dit is bijvoorbeeld de revalidatie door kiné's, logopedisten, enzovoort.

Er bestaat dus enerzijds 'medische' preventie (vaccinaties, opsporing van bepaalde ziekten) en anderzijds 'niet-medische preventie', die met levensomstandigheden te maken heeft (Project Gezondheid & Cultuur Vierde Wereld i.s.m. het Centrum voor Gezondheidsobservatie Brussel, 2001: 30-31).³²

Voor de Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag over de Armoede is een primaire preventie van fundamenteel belang: het is "door de leefomstandigheden van de allerarmsten te verbeteren, (dat de) grootste vooruitgang op het vlak van gezondheid zou kunnen gebracht worden" (AVA, 1994: 128). "De gezondheidszorg toegankelijker maken zonder een doorgedreven strijd tegen armoede en uitsluiting is pleisters kleven op een houten been." (Hendrick, 2001).

Ook de wijkgezondheidscentra delen deze overtuiging: "Ongezondheid opheffen moet in de eerste plaats gebeuren door de armoede te bestrijden." (VWGC, 1999: 27). Deze eis wordt ook wetenschappelijk onderbouwd: uit verschillende studies is immers de bepalende invloed van de algemene levensomstandigheden op de gezondheid gebleken (zie punt 1.1.).

Het is verbazingwekkend hoe weinig primaire preventieprojecten grondig geëvalueerd worden in termen van gezondheid.

Over de rol van professionele gezondheidswerkers in dit preventiedomein dient men verder na te denken. Zou men zich bij voorbeeld niet kunnen inbeelden dat een geneesheer, die een kind verzorgt, waarvan de ziekte te maken heeft met de vochtigheid van de woning, ook de verantwoordelijkheid draagt om contact op te nemen met de bevoegde instanties? Voor gezondheidswerkers werkzaam in medische huizen is gezondheidszorg meer dan een louter medische hulpverlening: "ik heb zelfs rapporten moeten opstellen over ongezonde woningen" getuigt een huisarts werkzaam in een kansarme buurt in Brussel (Le Soir, 2000).

In verband met de signaalfunctie van de geneesheer blijken de meningen echter verdeeld. Zo zou volgens sommigen deze rol ontwikkeld en gelegitimeerd moeten worden; anderen zien deze rol onvereenigbaar met het beroepsgeheim.

Omwille van het belang van 'preventie' wordt in dit hoofdstuk Gezondheid een afzonderlijke deel aan dit thema gewijd. Het is geenszins de bedoeling hiermee de discussie te voeden inzake 'preventieve versus curatieve zorgen'. Aan de orde is hier een gezondheidspolitiek die meer rekening dient te houden met de sociale realiteiten en waarbij preventieve en curatieve zorgen een geïntegreerd geheel dienen te vormen.

32 Eigen onderlijning.

3.2. Hoe sociaal gelijk is het preventieve gezondheidsbeleid?

Het is algemeen bekend dat de armste bevolkingsgroepen veel minder gebruik maken van preventieve voorzieningen.

Op basis van de Gezondheidsenquête 1997, worden socio-economische verschillen waargenomen onder meer:

- inzake borstkanker, de meest voorkomende kanker bij vrouwen: vrouwen die behoren tot de lagere inkomens- of opleidingsgroepen hebben veel minder een preventief onderzoek ondergaan;³³
- inzake baarmoederhalskanker, de derde meest voorkomende kanker bij vrouwen: de opsporing hangt nog meer samen met de socio-economische status dan bij opsporing van borstkanker: in de hogere inkomensgroep laten twee keer meer vrouwen een uitstrijkje nemen dan in de laagste inkomensgroep.

Inzake preventief tandartsenbezoek werd hoger reeds vermeld dat mensen in armoede het minst naar de tandarts gaan en ook over het slechtste gebit beschikken.

Uit de Gezondheidsenquête blijkt ook dat inzake preventie van infectieziekten, de ongelijkheid alarmerend is bij AIDS: betreffende kennis van de overdrachtswijzen en de beschermingsmaatregelen, speelt het onderwijsniveau een zeer uitgesproken rol, namelijk hoe lager opgeleid, hoe minder men weet.

En hoe zou gezondheidspromotie of het bevorderen van een gezonde levensstijl impact kunnen hebben op personen die in erbarmelijke omstandigheden leven en die geen andere keuze hebben dan een leven te ondergaan vol gezondheidsrisico's?

Volgens het Algemeen Verslag over de Armoede is er nog weinig gekend over de toegankelijkheid van de preventiediensten voor de allerarmsten. Vandaag wordt echter openlijk erkend dat de "op sociaal-economisch vlak minstbedeelde bevolkingsgroepen (..) het minst vatbaar zijn voor preventie en gezondheidspromotie" (Vandenbroucke, 1999: 71). Ook uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de preventieve zorgen, meer nog dan de curatieve zorgen, zeer ongelijk verdeeld zijn over de Belgische bevolking.³⁴

Op het terrein wordt erkend dat de meest behoeftigen, en dus diegenen die het meest aangesproken moeten worden, het moeilijkst te bereiken zijn (Hoffman, 1999: 39).

In het Vlaams Parlement werd een voorstel van decreet ingediend houdende sociale gelijkheid in het preventieve gezondheidsbeleid. Het vertrekt vanuit de vaststelling dat voor een grondige analyse en beoordeling van het preventieve beleid in Vlaanderen er weinig onderzoeksmateriaal voorhanden is. "Antwoorden op eenvoudige vragen zoals wie wat krijgt uit het Vlaamse preventiebudget, én wat de resultaten zijn van die 'investeringen', zijn nauwelijks beschikbaar. Dat gebrek aan harde beleidsgegevens geldt des te meer voor de problematiek van de sociale ongelijkheid in gezondheid: we moeten voor onze analyse terugvallen op enkele schaarse studies.

- Ten eerste is er een recent rapport van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, dat vaststelt dat er bij het Vlaamse preventiebeleid een structurele benadering ontbreekt inzake 'minder sociale ongelijkheid inzake gezondheid'. (...)

33 In de loop van 2001 wordt een nationale preventiecampagne tegen borstkanker opgestart, waardoor alle vrouwen tussen 50 en 69 jaar om de twee jaar opgeroepen worden voor een gratis onderzoek.

34 Zie onder meer onderzoek van Lorant, V. e. a.

- Ten tweede blijkt uit het meest recente overzicht van 'Vijf jaar projecten voor gezondheidspromotie in Vlaanderen' (...) dat meer dan 90% van de gezondheidspromotie in Vlaanderen blijkbaar vooral de sociaal-economisch 'beteren' aanspreekt. Slechts een kleine 10% is specifiek gericht op mensen met een sociaal-economisch gerelateerde gezondheidsachterstand. (...)
- Ten derde stellen we vast dat er in de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen voor 1998-2002 (...) op geen enkel moment sprake is van de problematiek van 'sociale ongelijkheid'. (...). Indien de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen niet bij uitstek bijgestuurd worden ten voordele van diegenen met de meeste gezondheidsachterstand, dan zal het resultaat van die preventie leiden tot méér in plaats van minder ongelijkheid inzake ziekte en sterven.
- Tot slot stellen we eveneens vast dat het thema 'gezondheid' nauwelijks of geen aandacht krijgt in de projecten die momenteel lopen in de SIFplusgemeenten: gezondheid komt maar voor 0,3% aan bod" (Vlaams Parlement, 1999: 3-5).

3.3. Knelpunten in de toegang van de armsten tot de preventieve gezondheidszorg

Talrijk zijn de economische, administratieve, psycho-sociale en culturele hinderpalen die de toegang tot de gezondheidszorgen voor de armste bevolkingslaag bemoeilijken of zelfs verhinderen (zie punt 2.2.). Zo ook inzake de toegang tot het preventief gezondheidsbeleid. Naast de hinderpalen verbonden aan de leefsituatie van mensen in armoede, en de belemmeringen verbonden aan de relatie tussen gezondheidsverstrekkers en patiënten, zijn er de hinderpalen in het gezondheidssysteem:

- Hinderpalen inherent aan het gezondheidsbeleid: overwicht van het biomedisch model, kloof tussen preventieve en curatieve zorgen, inadequate vorming van gezondheidsverstrekkers, moeilijkheden van huisartsen om preventief te werken.
- Ondoeltreffendheid van gezondheidscontroles, wanneer toegang tot de gezondheidszorgen niet wordt verzekerd. "Naar de zuigelingenconsultatie gaan en te horen krijgen dat de baby een bronchitis heeft en dat men een arts moet raadplegen is onaanvaardbaar als men geen toegang heeft tot de gezondheidszorg." (Hendrick, 1995 : 168).
- Verschil in gehanteerde waarden-en normensysteem: preventieboodschappen slaan niet aan omdat zij zich veelal richten tot de middenklasse en nauwelijks in staat zijn de armsten te bereiken. Voorbeeld hiervan is de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding(GVO) via mediacampagnes, folders, voordrachten.

3.4. Preventie gericht op kinderen

Voor de Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag over de Armoede moet de uitbouw van preventie vooral op het kind vanaf zijn prille leeftijd gericht zijn.

Art. 24 van het Verdrag inzake de rechten van het kind³⁵ erkent het recht van het kind op bescherming van de gezondheid en somt de maatregelen op die hiertoe genomen dienen te worden, waaronder preventie en gezondheidspromotie.

- Moeder en Kindzorg

Kind en Gezin in de Vlaamse Gemeenschap en l'Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.) in de Franse Gemeenschap hebben als opdracht de bescherming van moeder en het kind aan te moedigen en te ontwikkelen. Hun aanbod van de preventieve zorgen bestaat

35 Zie uittreksel in bijlage.

vooral uit gezinsbezoeken en consulten. Gezondheidspromotie behoort tevens tot hun activiteiten. Ook in de Duitstalige Gemeenschap wordt zwangerschapsopvolging en medisch onderzoek van zuigelingen en jonge kinderen gratis aangeboden.

Positief is het feit dat de diensten gratis worden aangeboden en dat kansarme gezinnen een belangrijk aandachtspunt vormen. De aanwezigheid van een vertrouwensklimaat is voor deze gezinnen een noodzakelijke voorwaarde opdat zij ook effectief gebruik kunnen maken van dit gratis dienstenaanbod - zie bij voorbeeld vrees voor controle en plaatsing van kinderen. Meer middelen dienen uitgetrokken te worden om de continuïteit van deze diensten te kunnen verzekeren en verder uit te bouwen.³⁶

Ook in dit domein geldt dat een diepgaande kennis van het leven en de behoeften van mensen in armoede noodzakelijk is.³⁷ Dit kunnen wij met het volgende voorbeeld illustreren: op basis van hogere cijfers voor kindersterfte bij kansarmen kan geconcludeerd worden dat een betere zwangerschapsbegeleiding nodig is en dat hiervoor de frequentie van prenatale consultaties moet opgevoerd worden. Zeer waarschijnlijk zullen veel arme vrouwen echter niet komen opdagen wegens 'gebrek aan tijd', 'niet noodzakelijk',... waaruit de foute conclusie getrokken wordt dat mensen in armoede niet coöperatief zijn. Uiteindelijk worden deze vrouwen dan verantwoordelijk gesteld voor situaties waarvan zij slachtoffer zijn.

- **Jeugdgezondheidszorg**

De school als bevoorrechte plaats voor gezondheidspromotie wordt nog al te vaak onderschat en te weinig middelen en personeel worden hiervoor ingezet. Om een duurzaam schoolgezondheidsbeleid uit te bouwen is overleg en samenwerking tussen de verschillende schoolnabije partners belangrijk: Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB)³⁸, MST/PMS, school, ouders, welzijns- en preventieve diensten, lokale netwerken,... en zou moeten leiden tot een duurzaam schoolgezondheidsbeleid.

De Verenigingen vragen zich of het niet mogelijk is prioritaire gezondheidszones³⁹ uit te bouwen waar bij het medisch onderzoek vanaf de kleuterschool bijzondere aandacht zou worden besteed aan opsporing en bevordering van de gezondheid, alsook aan de bijsturing van gebreken die een negatieve invloed hebben op het schoollopen en een evaluatie van de geboekte vooruitgang⁴⁰? Op basis hiervan zou een doorgedreven evaluatie mogelijk zijn en in geval van positieve resultaten zouden deze projecten verder uitgebouwd kunnen worden.

Een jeugdgezondheidsbeleid in de ruime zin van het woord dient ook aandacht te hebben voor die jongeren die buiten het schoolsysteem vallen en buiten de arbeidsmarkt. Meer nog dan anderen hebben zij nood aan preventieve zorgen.

36 Voor de impact hiervan: zie punt 2.2.5.: hinderpalen verbonden aan communicatiemiddelen.

37 Over het belang van kennis: zie verder deel 5.

38 In de Vlaamse Gemeenschap vervangt het Centrum voor Leerlingenbegeleiding of CLB het vroegere PMS (psycho-medisch sociaal centrum) en het MST (centrum voor medisch schooltoezicht).

39 Naar het voorbeeld van de ZEP's -zones d'éducation prioritaires, prioritaire onderwijszones- in de Franse Gemeenschap.

In Vlaanderen zou dit preventiesysteem kunnen ingebouwd worden in een meer geïntegreerde aanpak, via het zorgverbredingsbeleid. Zie hierover het hoofdstuk Onderwijs.

40 Zie het Franse experiment van FAS –Fonds d'Action Santé, Fonds Gezondheidsactie- een experiment in Nancy (Frankrijk) om de toegang tot de gezondheidszorg te bevorderen, in het kader van een groot samenwerkingsverband met arme gezinnen. Dit project is door Debionne beschreven in *La santé passe par la dignité, l'engagement d'un médecin*, p.121 e.v.

3.5. Een verantwoordelijkheid voor de samenleving

Het is door een verbetering van de levensomstandigheden dat de grootste vooruitgang op het vlak van gezondheid geboekt wordt. “Opdat preventie niet alleen iets zou zijn voor de rijken, moet men eerst en vooral investeren op het domein van de woon-en leefomgeving, zodanig dat iedereen zou kunnen participeren aan het sociale leven. Om in een goede gezondheidstoestand te kunnen blijven is het nodig om vertrouwen in zichzelf te hebben, zich nuttig te kunnen voelen en ook te kunnen rekenen op anderen. Men moet zich ook kunnen ontspannen en ontplooiën in zijn vrije tijd. ‘Medische’ preventie zoals gezondheids promotie en screening spreekt alleen armen aan als ze ook de mogelijkheden krijgen om deze activiteiten concreet uit te voeren en als ze eveneens toegang krijgen tot de curatieve gezondheidszorg” (Project Gezondheid & Cultuur Vierde Wereld i.s.m. het Centrum voor Gezondheidsobservatie Brussel, 2001: 74). ‘Eerder de samenleving, het beleid en de dienstverlening, responsabiliseren dan enkel de verantwoordelijkheid bij het individu leggen’ was dan ook één van de eisen van de deelnemers aan de ontmoetingsdag ‘Om een einde te maken aan de sociale ongelijkheid op gezondheidsvlak’ van 21 oktober 2000.⁴¹ Het is één van de eisen om een preventief beleid te realiseren dat mensen in staat stelt zich bewust te worden van hun eigenwaarde en het ‘recht om zich goed te voelen’.

Een politiek van preventie dient erkend en gestimuleerd te worden en dient ingeschreven te worden in de reorganisatie van de gezondheidszorg, met name in de uitbouw van de eerstelijnsgezondheidszorg waar de huisarts een centrale rol vervult inzake preventie. Overleg en coördinatie tussen de verschillende actoren is noodzakelijk (geïstitutionaliseerde preventieve diensten, gezondheidswerkers, ziekenfondsen, OCMW's, sociale diensten van ziekenhuizen, lokale netwerken...) en systematische registratie en monitoring van sociale ongelijkheid is belangrijk⁴².

4. De opleiding van beroepsmensen

In de zorgverlening loopt heel wat verkeerd, doordat er een kloof bestaat tussen de leefwereld van personen die in armoede leven en die van de zorgverleners. Maatregelen op het vlak van opleiding en vorming van gezondheidswerkers kunnen helpen om deze obstakels weg te werken.

In het Algemeen Verslag over de Armoede worden duidelijke voorstellen geformuleerd voor het kunnen benutten en verspreiden van goede praktijken in het domein van de opleiding (AVA, 1994: 152). Zij werden echter nog niet opgevolgd. Waarom? Waarschijnlijk omdat deze opleidingen niet als prioritair worden beschouwd, er zijn geen stimuli om deze vormingen te organiseren en ze met de tijd te verbeteren.

Het gebrek aan gekwalificeerde opleiders, het onderbenutten van hun competenties op dit vlak is ook een reden voor dit immobilisme.

Uit de definitie van gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie - namelijk een staat van lichamelijk, mentaal en sociaal welzijn - volgt dat meer aandacht moet uitgaan naar een globale aanpak van de gezondheid. Zo'n visie, aldus de auteurs van het Algemeen Verslag

41 Deze dag werd georganiseerd op initiatief van het project “Gezondheid en Cultuur” Vierde Wereld, met de steun van het Brussels Centrum voor Gezondheidsobservatie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

42 Zie verder deel 5: Kennis en evaluatie.

over de Armoede dient ingebouwd te worden in de basisopleiding van gezondheidswerkers. Ook zou een betere kennis van de leefsituatie en ervaring van mensen in armoede en de weerslag hiervan op hun gezondheidstoestand aan bod moeten komen.

Er is nood aan bezinning omtrent de plaats van de sociale geneeskunde binnen de opleiding van toekomstige artsen. Pathologieën worden bestudeerd buiten iedere sociale context om, wat kan verklaren waarom artsen het zeer moeilijk vinden om bijvoorbeeld tuberculose te verzorgen en te voorkomen (ze kennen wel de geneesmiddelen die nodig zijn voor de behandeling, maar hebben geen idee van de beperkingen van dergelijke behandelingen: hoe verschillende geneesmiddelen per dag innemen, gedurende 6 maanden als men dakloos is?), of loodvergiftiging, CO-intoxicatie,...

Schoolmoeilijkheden bij kinderen uit arme gezinnen worden veelal verklaard vanuit een gebrek aan stimuli. Stimuli zijn een belangrijke factor, maar er wordt onvoldoende gewezen op de verantwoordelijkheid van gezondheidswerkers om op alle determinanten in te spelen die in hun bereik liggen. Zo zijn ijzertekort (meer dan de helft van de kinderen in arme buurten lijdt hieraan) en loodvergiftiging (treft meer dan 1 op 10 kinderen in kansarme buurten in Brussel) twee factoren die een negatieve invloed uitoefenen op de neuromotorische en intellectuele ontwikkeling van jonge kinderen (twee factoren die elkaar zelfs versterken). Misschien gaat het wel niet om de belangrijkste determinanten van de schoolresultaten, maar omdat een dergelijke problematiek zo weinig wordt onderkend en aangepakt door artsen, gewoon bij gebrek aan kennis en vaardigheden om doeltreffend in te grijpen, wordt op die manier een kans gemist om een intellectuele achterstand te vermijden bij een kind dat reeds moet opgroeien met minder stimuli.. En hoeveel artsen zijn vertrouwd met deze typische 'ziekte' van degenen die in armoede leven en die men 'vroegtijdige aftakeling' noemt? “Deze vroegtijdige aftakeling (...) kent geen duidelijke stereotiepe uitdrukking zoals andere pathologieën. De diagnose blijft veelal vaag en de zieke, die niet als arbeidsongeschikt wordt erkend, moet leven van minimale uitkeringen of zijn kost bij elkaar scharrelen, zodat zijn gezondheidstoestand er verder op achteruitgaat” (AVA, 1994: 123 ; zie ook deel 1 van dit hoofdstuk).

Indien gezondheidsprofessionelen instaan voor het bevorderen van de globale gezondheid, dienen zij daartoe ook de nodige vaardigheden te verwerven. Aandacht moet worden geschonken aan de luistervaardigheid en de communicatie van beroepsmensen t.a.v. hun patiënten. Zij moeten eventueel geschoold worden, niet alleen om zich op een verstaanbare, eenvoudige en duidelijke manier te kunnen uitdrukken, maar om mensen ook op een betere manier te kunnen ondersteunen, respecteren, valoriseren, terug in hun eigen mogelijkheden te leren geloven.

Een globale aanpak vereist ook het kunnen samenwerken met andere disciplines en sectoren. Voor hulpverleners in gezondheidscentra in achterstandswijken is samenwerking binnen het team tevens een vereiste om stand te kunnen houden bij alle problemen die op hen afkomen (Paes, 1999: 55-56).

Op het vlak van de permanente vorming bestaan reeds verschillende experimenten, “waarvan enkele helaas niet geschraagd worden door onderzoek om de resultaten ervan te verzamelen” (AVA, 1994: 143). “De 'technische' maatregelen zullen slechts volledig doeltreffend zijn wanneer men tegelijkertijd de opleiding van de zorgverstrekkers en van de sociale interveniënten ontwikkelt, teneinde hun bekwaamheid te optimaliseren om de situatie van de in armoede verkerende personen te begrijpen, er rekening mee te houden, en een positieve dialoog met hen op te bouwen.” (AVA, 1994: 153).

Inzake vorming, is het ook belangrijk dat gewerkt wordt aan het mondiger maken van personen die het meest uitgesloten zijn. “Er zijn momenteel quasi geen diensten die zich hiermee bezig houden. Ook de ziekenfondsen komen nauwelijks toe aan deze belangenbehartiging t.a.v. maatschappelijk zwakkere groepen”. Groepswerkingen met kansarmen dienen daarom gestimuleerd en ondersteund te worden (Wijkgezondheidscentrum Botermarkt, 1998: 88-89).

Wat methodieken betreft, is 'wederzijdse vorming' een centraal begrip dat in het Verslag over de Armoede regelmatig opduikt. Vertaald naar de gezondheidssector, zou dit duiden op een partnerschap tussen mensen in armoede en gezondheidswerkers waardoor via een proces van kruising van kennis, de betrokken actoren van elkaar leren en tot nieuwe inzichten en vaardigheden kunnen komen (zie hoofdstuk Dialoog).

Het is belangrijk interactieve vormingsmiddelen te ontwikkelen die (toekomstige) beroepsmensen meer vertrouwd maken met de overlevingsstrategieën van mensen die in armoede leven. Dit kan gebeuren op het terrein zelf, via stages waarbij uitwisseling van ervaringen en getuigenissen aan bod komen, of studenten geneeskunde die een stageperiode doorbrengen op een sociale dienst van een ziekenhuis waar ze geconfronteerd worden met sociale en administratieve problemen van mensen in armoede. Men zou ook kunnen voorstellen dat OCMW-verantwoordelijken aan studenten geneeskunde uitleg geven over de problemen die zij tegenkomen, de oplossingen die zij aandragen; dat sociologen lesgeven in de faculteit geneeskunde, in scholen voor verpleegkunde over de problematiek van sociale vertegenwoordigingen,... In deze uiteenzettingen zou ook uitleg over het systeem derde-betaler en de correctie-mechanismen aan bod moeten komen.

Voorbeeld van een vernieuwde aanpak inzake opleiding van professionals in de gezondheidssector is de reorganisatie van de opleiding geneeskunde en tandheelkunde opgestart tijdens het academiejaar 1999-2000 aan de Universiteit Gent. Belangrijke aandachtspunten tijdens de opleiding zijn: globale aanpak van de gezondheid en aandacht voor het verband maatschappij-gezondheid, teamwerk, communicatie met de patiënt,... In oktober 2000 werd door de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent in samenwerking met de stad Gent en het OCMW Gent een centrum geopend waarin de opleiding van artsen gekoppeld wordt aan de gezondheidszorg in kansarme wijken.

Voor de vorming van maatschappelijke en socio-medische hulpverleners - vooral van het ONE, de tegenhanger van Kind en Gezin-, werden in het kader van de 'Houtman Vorming' vormingskoffers over gezondheid en armoede ontwikkeld en werd een vorming van hulpverleners met behulp van deze koffers opgestart.⁴³

Op het vlak van de opleiding van beroepsmensen dat voor een echte vooruitgang inzake gezondheid zo belangrijk is, zullen er alleen maar positieve ontwikkelingen vast te stellen zijn wanneer de overheid terzake duidelijke richtlijnen geeft.

43 De 'Houtman Vorming' betreft een vorming voor maatschappelijke en socio-medische hulpverleners, opgezet samen met het Houtman Fonds, de Beweging ATD Vierde Wereld, les Facultés Notre-Dame de la Paix in Namen en het Centre de formation des Travailleurs Sociaux de Mons. De vormingskoffer bestaat uit een boekje met de ervaringen inzake de 'Houtman Vorming' van de voorbije jaren, het Algemeen Verslag over de Armoede, enkele boeken over Gezondheid en Vierde Wereld en een video. Over de 'Houtman Vorming': zie Algemeen Verslag over de Armoede, 1994: 143.

5. Kennis en evaluatie

5.1. Gegevensverzameling en beleidstoetsing: basis voor een rechtvaardig gezondheidsbeleid

Het Algemeen Verslag over de Armoede stelt: “Een gezondheidsbeleid voor allen veronderstelt kennis van het geheel, voor het hele land, van de gezondheidstoestand en van de toegankelijkheid van de zorgverstrekking voor de verschillende sociale lagen. Een dergelijke kennis vereist de uitwerking en het benutten van betrouwbare indicatoren, die voldoende verfijnd en goed opgevat zijn om verslag te kunnen uitbrengen over de situatie van de personen en gezinnen die gewoonlijk het meest vergeten worden in het gezondheidsbeleid” (AVA, 1994: 153). Evaluatie moet voorzien zijn in de planning van doelstellingen op korte en middellange termijn. Hierbij zal het niet enkel gaan om een kosten-baten-verhouding, maar ook om “de personen die werkelijk getroffen worden door de maatregelen, de obstakels en de uitsluitingen van het recht op gezondheid die zouden blijven bestaan” (Idem: 153). Een dergelijke evaluatie zou moeten voorzien worden van een “kalender en middelen en alle partners omvatten, met inbegrip van verenigingen waar de armsten het woord nemen en de sociale werkers op het terrein” (Idem: 153). Ten tijde van het Algemeen Verslag over de Armoede kon aan de hand van betrouwbare indicatoren een dergelijke verfijnde analyse waarbij rekening gehouden wordt met de realiteit van de armste groepen, nog niet op een systematische wijze worden uitgevoerd.

De betekenis van een systematische gegevensverzameling en beleidstoetsing als basis voor een rechtvaardig gezondheidsbeleid, wordt ook in het rapport *'Armoede en gezondheid: de missing link'* onderstreept. “Het bijhouden van armoede-effecten-rapporten en gezondheidseffectenrapporten van beleidsmaatregelen zou vanzelfsprekend moeten zijn. Hierbij moet zeker ook de kennis van de armsten zelf, van representatieve verenigingen van de bevolkingsgroepen die zich in een armoedetoestand bevinden en de sociale werkers op het terrein, verzameld worden.” (Wijkgezondheidscentrum Botermarkt, 1998: 89). De auteurs van dit rapport vragen dat de overheid de nodige middelen zou uittrekken voor de realisatie van deze gegevensverzameling en beleidstoetsing.

5.2. Kennisevolutie na het Algemeen Verslag over de Armoede

Sinds het verschijnen van het Algemeen Verslag over de Armoede, werden belangrijke initiatieven genomen inzake gegevensverzameling, informatiebeheer, informatieverspreiding en kwaliteitsevaluatie in het kader van een betere uitbouw van het gezondheidsbeleid. Zo werd in 1997 voor een eerste maal in België een belangrijke Nationale Gezondheidsenquête⁴⁴ gehouden, met de bedoeling op een systematische en multidimensionale wijze de socio-economische gezondheidsverschillen te bestuderen. Informatiesystemen werden opgestart die een beter zicht moeten geven op de organisatie van de gezondheidszorg en op het gedrag van de zorgverstrekkers. Het betreft hier twee gegevensbanken: de MKG-MFG databank en

44 Deze enquête werd uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid-Louis Pasteur (WIV). De resultaten van de Gezondheidsenquête van 1997 kunnen geraadpleegd worden op de internet site: <http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epinl/index4.htm>

De volgende gezondheidsenquête zal plaats vinden in 2001. Zie: Protocol van 29 maart 2000 tussen de Federale regering en de in artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet bedoelde overheden inzake de organisatie en financiering van een gezondheidsenquête. (B.S. 29.08.2000).

Farmanet.⁴⁵

Ook op andere beleidsniveaus en in diverse organismen werden gegevensbanken en gezondheidsindicatoren ontwikkeld ter optimalisering van het zorgaanbod. Een prioritaire aandacht voor mensen in armoede werd door Kind en Gezin opgenomen in de uitbouw van haar informaticasysteem (Ikaros), waarin de objectieve gezondheidstoestand van de armste bevolkingslaag nadrukkelijk wordt geregistreerd. Het moet de medewerkers in staat stellen de dienstverlening te evalueren en te optimaliseren. Ook het ONE (tegenhanger van Kind en Gezin) heeft in haar gegevensbank sociale indicatoren opgenomen om op basis hiervan de kwaliteit en de toegankelijkheid van de diensten voor perinatale preventie te beoordelen.

Eind 1999 verscheen het rapport van Peers: *Gezondheidszorg in België: uitdagingen en opportuniteiten*. Het rapport bevat een aantal goed gedocumenteerde beschouwingen gewijd aan de problematiek van sociale ongelijkheid en de gevolgen ervan voor gezondheid en ziekte (zie deel 1).

Voor de evaluatie van de doelstellingen van het huidig gezondheidszorgbeleid - toegankelijkheid, menselijkheid en kwaliteit - werd door de Minister van Sociale Zaken, aan het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV) opdracht gegeven om een set van indicatoren te ontwikkelen die moeten toelaten regelmatig en binnen een relatief korte termijn te rapporteren over de realisatie van de doelstellingen.

Het is zeker positief dat sinds het verschijnen van het Algemeen Verslag over de Armoede reeds heel wat inlichtingen beschikbaar zijn en bron zijn voor evaluaties, dat initiatieven genomen werden om de ongelijkheden in de samenleving meer zichtbaar te maken, een noodzakelijke voorwaarde om ze te kunnen bestrijden. Echter, de achterstand in België met betrekking tot het toegepast wetenschappelijk onderzoek in domeinen zoals kansarmoede en sociale ongelijkheid is tergend in vergelijking met de ons omringende landen zoals het Verenigd Koninkrijk en Nederland.

België beschikt ook over geen goede database om het gezondheidsverschil tussen de armen en de rest van de bevolking te beoordelen. Zeer weinig enquêtes hebben betrekking op de armen. In de Gezondheidsenquête wordt weinig rekening gehouden met hun specificiteit en doordat de steekproeftrekking gebaseerd is op het Rijksregister, vallen daklozen, mensen zonder papieren,... uit de boot. Naar aanleiding van de Gezondheidsenquête 2005 waarvan de voorbereiding gestart is in 2001 zou, aldus de Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, moeten onderzocht worden op welke wijze de relatie armoede-gezondheid beter bevraagd en in kaart gebracht kan worden.

Omdat de armsten precies die personen zijn die het administratief moeilijk hebben, zullen de statistieken van ziekenfondsen en andere organismen ook steeds moeten rekening houden met een belangrijk 'dark number'.

Inzake evaluatie, is het belangrijk te onderstrepen dat een evaluatie aan de hand van cijfers weliswaar een idee van de situatie weergeeft, maar ze zijn geen nauwkeurige barometer. Daarom zou ook meer aandacht moeten worden besteed aan de verschillende evaluatievormen.

45 De *MKG-MFG* databank betreft de koppeling van de minimale klinische gegevens (MKG) en de minimale financiële gegevens (MFG) met betrekking tot de ziekenhuisopnames. Het laat toe per pathologie een overzicht te geven van omvang en spreiding van de medische consumptie. In de databank *Farmanet* wordt op gedetailleerde wijze het voorschrijfgedrag van huisartsen in kaart gebracht. De gegevens betreffende de voorgeschreven geneesmiddelen zouden ook gekoppeld worden aan de patiëntenkarakteristieken van de betreffende arts.

Ander knelpunt blijft de versnippering van initiatieven en bijgevolg van de resultaten waardoor het moeilijk is om een doeltreffend en efficiënt gezondheidsbeleid uit te tekenen. Op federaal niveau zou een onderzoeksorgaan, een gezondheidsobservatorium, moeten worden belast met het verzamelen en analyseren van gegevens omtrent de problematiek gezondheid-armoede.

5.3. Partnerschap met armen

In het hoofdstuk 'Dialogoog' werd gewezen op het belang van een kennisontwikkeling in partnerschap met mensen in armoede. Om deze andere kennis, namelijk de ervaringen van mensen in armoede, beschikbaar te stellen, moeten deze gegevens nog getrouw verzameld en geordend worden. Een garantie hiervoor – zie bijvoorbeeld respect voor het werkritme - biedt de dialoogmethode aan, zoals die ontwikkeld werd in het Algemeen Verslag en in haar opvolging.

Een partnerschap met groepen waarin armen vertegenwoordigd zijn, zou kennis kunnen opleveren die meer met de realiteit van het veld overeenstemt. Ook zouden zo realistischer voorstellen worden geformuleerd die voor de armen een stap vooruit inzake gezondheid zouden inhouden.

De Verenigingen staan op het punt een dergelijk partnerschap aan te gaan in het kader van de evaluatie van de toegang tot de gezondheidszorg en het terugdringen van de sociale ongelijkheid. Het betreft een evaluatie dat door de Interministeriële Conferentie Sociale Integratie en Sociale Economie in overleg met de Minister van Sociale Zaken toegekend werd aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent.

- . Inzake voorwaarden voor een samenwerking bij de evaluatie benadrukten de Verenigingen ⁴⁶dat zij, via regelmatige contacten met armen veel kennis bezitten en over een specifieke expertise beschikken, maar dat er nog veel werk te verrichten is om deze kennis ook vorm te geven. Het vergt een grote inspanning, vooral in tijd, om de armste burgers aan de evaluatie te kunnen laten deelnemen. Voor deze samenwerking moeten speciaal middelen voorzien worden.
- . Zij zijn ook van mening dat een evaluatie meer moet zijn dan een opsomming van hinderpalen; zij moet ook aanduidingen geven om deze hinderpalen te overwinnen. Hiervoor moeten de successen geëvalueerd worden en de voorwaarden hiertoe geanalyseerd worden opdat ze replicerbaar zouden zijn.
- . Inzake onderzoeksperspectief pleiten de Verenigingen en het Steunpunt ervoor dat een dergelijke evaluatie opgezet wordt vanuit een globale benadering omtrent gezondheid waarin de vraag naar de relatie gezondheid en armoede gesteld wordt. Vraag is dan of de maatregelen ter bevordering van de toegang tot de gezondheidszorg bijdragen tot een betere gezondheid van de bevolking en meer bepaald van het armste deel van de bevolking, waarbij een onderscheid moet gemaakt worden tussen de objectieve en subjectieve gezondheidstoestand. Voorgesteld wordt om de objectieve gezondheidstoestand te evalueren aan de hand van indices waarvan men weet dat zij

46 In juni 2000 overhandigden de Verenigingen en het Steunpunt een document aan de Minister van Sociale Zaken waarin zij hun prioriteiten voor deze evaluatie kenbaar maken. *Betreft Evaluatie Gezondheid. Gezamenlijke tekst van de Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag over de Armoede, opgesteld met de hulp van het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. Ter attentie van de Minister van Sociale Zaken, Frank Vandenbroucke. 22 mei 2000.*

gerelateerd zijn aan de armoede (premature bevallingen, laag geboortegewicht,...)⁴⁷. Om de subjectieve gezondheidstoestand te kennen, dient men aandacht te schenken aan wat de betrokken personen zelf zeggen, zowel aan hun negatieve opmerkingen als aan hun voorstellen. Benadrukt wordt dat deze evaluatie ook betrekking moet hebben op personen die nog niet gedekt zijn door ziekteverzekering alsook op personen die hoewel zij recht hebben op verzekering, deze rechten niet effectief kunnen uitoefenen.

Inzake verfijning en ontwikkeling van indicatoren in het algemeen, kan verwezen worden naar het project inzake armoede-indicatoren dat de Verenigingen samen met het Steunpunt uitgewerkt hebben.⁴⁸ De resultaten van dit onderzoek zullen onweerlegbaar ook impact hebben op het uitdenken van gezondheidsindicatoren.

Inzake het uitbouwen van een structureel partnerschap met mensen in armoede, vragen de Verenigingen Partners van het Algemeen Verslag over de Armoede dat de overheden die het toekomstig gezondheidsobservatorium gaan uitbouwen, een structurele plaats voorzien voor de Verenigingen. Deze eis steunt op het feit dat de Verenigingen over een unieke kennis beschikken – kennis uit het leven gegrepen. Op basis van deze kennis zijn de Verenigingen een onontbeerlijke schakel in een systeem dat een sociaal alarmsignaal wil hebben.

47 Inzake indicatoren voor de objectieve gezondheidstoestand is het nuttig een onderscheid te maken tussen de al dan niet gevoeligheid voor maatregelen inzake toegang tot de gezondheidszorg en kwaliteitsbevordering. Vaccinatieschema, opvolging van zwangerschap, sterftcijfer voor tuberculose zijn voorbeelden van indicatoren die verbonden zijn aan een toegang tot de gezondheidszorg. Een verbetering van de toegang zou aan de hand van deze indicatoren kunnen geëvalueerd worden. Andere indicatoren, zoals prematuriteit, laag geboortegewicht, ongevallen in huis,...zijn weinig gevoelig voor veranderingen inzake toegang tot de gezondheidszorg. Aan de hand van deze indicatoren kunnen andere aspecten geëvalueerd worden zoals de levensomstandigheden van zwangere vrouwen, veiligheid in de woning... Opmerking: het is ook belangrijk rekening te houden met de tijdsduur die nodig is om veranderingen te kunnen waarnemen. Hoe groter de termijn tussen oorzaak en gezondheidstoestand, hoe langer de tijdsperiode tussen interventie en verbetering van indicator.

48 In het hoofdstuk 'Indicatoren' wordt dit project uitvoerig voorgesteld.

Bijlage 1 Tussenkomst van het European Anti-Poverty Network (EAPN), Parijs, 16 december 2000 (vertaald uit het Frans).

De afgevaardigden van de Europese verenigingen tegen armoede hebben de volgende resoluties voor de Europese autoriteiten en de overheden van de lidstaten goedgekeurd met het oog op de Europese Conferentie over de toegang tot de georganiseerde zorgverlening, die onder Frans voorzitterschap werd georganiseerd op 16 december 2000.

De verenigingen tegen armoede en sociale uitsluiting in Europa vragen :

- 1- Dat het Europese Charter der fundamentele rechten en de Europese en nationale wetgevingen **het recht op een goede gezondheidszorg voor iedereen** bevestigen, en dat deze bevestiging zou samengaan met een juridische controle. Ze vragen eveneens de bevestiging van **het recht op sociale bescherming voor alle ingezetenen**, ook niet-Europese.
- 2- **Dat, op Europese schaal, de richtlijnen worden vastgelegd** die de lidstaten moeten volgen om de toegang tot de gezondheidszorg te verbeteren.
- 3- Dat er in elk land een **universeel systeem van sociale bescherming** met openbaar karakter wordt uitgebouwd.
- 4- Dat de wet in elk land **gratis toegang tot kwaliteitszorg voor alle ingezetenen die onder de armoedegrens leven**, garandeert.
- 5- Dat de wet in alle lidstaten bepaalt dat de toegang tot kwaliteitszorg voor iedereen **een nationale prioriteit** is en voorziet in de voorwaarden voor de praktische organisatie ervan.
- 6- Dat **het nationale actieplan tegen uitsluiting**, waarvoor alle lidstaten zich hebben geëngageerd, voorziet in een **verplicht gezondheidsluik**, met prioriteiten voor de doelgroepen.
- 7- Dat de lidstaten zich ertoe verbinden te ijveren voor **één enkele gezondheidszorg voor iedereen**, één enkel toegangssysteem en één enkel recht op medische verzorging.
- 8- Dat het **recht op toegang tot alle medische zorgen** gegarandeerd wordt.
- 9- **Dat het recht op toegang tot de gezondheidszorg niet gelieerd is aan staatsburgerschap.**
- 10- Dat de lidstaten in hun politiek rekening houden met **het sterke verband tussen sociale integratie en de gezondheidszorg.**

- 11- **Dat de lidstaten aan de NGO's een periodiek verslag vragen** van hun bevindingen op het vlak van de evolutie van de toegang tot de gezondheidszorg voor kansarmen in hun land, waarbij de lidstaten de financiële middelen die nodig zijn om een dergelijk verslag op te maken, ter beschikking stellen van de NGO's. Deze verslagen zouden door de nationale regeringen beschouwd worden als een officiële informatiebron en zouden **in het Europese Parlement besproken worden.**
- 12- **Dat bemiddelaars van de NGO's de doelgroepen bijstand verlenen,** financieel gedragen door de overheid.
- 13- Dat de lidstaten **de participatie van mensen en gemeenschappen** aan de politiek en de acties voor gezondheidszorg centraal stellen en zo het charter van OTTAWA toepassen.
- 14- Dat er, in nauwe samenwerking met de NGO's, **een opleiding wordt georganiseerd over armoede en de cultuur of culturen van de meest kwetsbare groepen voor de professionele zorgverleners.**
- 15- Dat Europa en de lidstaten **financiële steun verlenen aan initiatieven van de NGO's** om sociale uitsluiting, en de uitsluiting van gezondheidszorg die er het logische gevolg van is, te vermijden en te bekampen.
- 16- Dat de lidstaten ijveren voor **de noodzakelijke humanisering van onze gezondheidszorg, en meer bepaald het centraal stellen van de mens in de ziekenhuizen,** en erop toezien dat de rol van de professionele zorgverleners niet enkel bestaat uit technische handelingen, maar aangevuld wordt met een menselijke dimensie en met patiëntenbegeleiding die onontbeerlijk is, maar nu meer en meer in het gedrang komt.
- 17- Dat de vermindering van de ongelijkheid in de gezondheidszorg **een voorwaarde voor toetreding tot de Unie wordt** en dat **de hierboven geformuleerde eisen eveneens gelden voor kandidaat-lidstaten.**

Bijlage 2

Lijst van personen en organisaties die hun medewerking verleend hebben aan dit hoofdstuk hetzij door deel te nemen aan de redactie van het voorbereidend werkdocument van het Steunpunt, hetzij door bedenkingen te geven op de gemeenschappelijke nota van de Verenigingen of op de nota van het Steunpunt inzake de rol van OCMW's. Hun medewerking betekent geenszins dat zij de inhoud van de eindversie onderschrijven.

Wij danken:

Aelvoet Magda (Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu)
Beka Paulette (Algemene Directrice a.i., Direction générale de l'action sociale et de la santé-
Ministère de la Région Wallonne)
Bruggeman Stef (Vereniging van Wijkgezondheidscentra)
CeLOPS (Centre Local d'Observation et de Promotion de la Santé):
Mouvement Ouvrier Chrétien (MOC) Namur, Service social des Cliniques
Universitaires UCL Mont-Godinne, Perspectives 2000 asbl, AIS Dinant/Philippeville,
CPAS de Hastière, Centre d'Action Interculturelle Province de Namur, Sesame asbl,
Centre de service social de Namur, CPAS de Namur, CORSADE, Direction de
l'Hygiène de la Région Wallonne, CPAS de Sambreville, Nouveau Saint-Servais-
Département formation, ADMR Annevoie, Collège des professions de santé
De Backer G. (Professor, Universiteit Gent (RUG) - Fac.Geneeskunde, Vakgroep
Maatschappelijke gezondheidskunde)
Degré Jean (Geneesheer)
De Spiegelaere Myriam (Wetenschappelijke directrice/Centrum voor
Gezondheidsobservatie-Brussels Hoofdstedelijk Gewest)
Durant Isabelle (Vice-Eerste Minister en Minister van Mobiliteit en Vervoer)
Frère Pascale (Directrice, Observatoire de la Santé, Namur)
Galloo Patrick (Geneesheer-Directeur/Nationaal Verbond van Socialistische
Mutualiteiten)
Gobert Dominique (Solidarités nouvelles Bruxelles)
Hoffman Axel (Fédération des maisons médicales)
Léonard Christian (Hoofd Studiedienst Landsbond Christelijke
Mutualiteiten)
Liebermann Patrick (Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor
Racismebestrijding)
Lorant Vincent (Professor, Université Catholique de Louvain (UCL)-
Fac. de Médecine, Ecole de Santé Publique)
Messiaen Geert (Secretaris-generaal/Landsbond van Liberale Mutualiteiten)
Michel Louis (Vice-Eerste Minister en Minister van Buitenlandse Zaken)
Onkelinx Laurette (Vice-Eerste Minister en Minister van Werkgelegenheid)
Pecceu, Annie (Gynaecologe, A.Z. St. Jozef, Turnhout)
Peersman Wim (Assistent, Universiteit Gent (RUG) - Fac. Politieke en Sociale
Wetenschappen, Vakgroep Bevolkingswetenschappen en Sociaal-Wetenschappelijke
Methodologie)
Picqué Charles (Minister van Economie)
Roelandt Micheline (Psychiater-Psychotherapeut)
Servotte MJ. (RIZIV-Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering)
Vandamme Gino (Geneesheer/Wijkgezondheidscentrum Brugse Poort/Gent)

Van Kerschaver E. (Wetenschappelijk adviseur-arts/Kind en Gezin)
Van Royen Paul (Professor, Universiteit Antwerpen (UA), Centrum voor
Huisartsgeneeskunde)
Van Winckel Hilde (Stafmedewerkster Landsbond Christelijke Mutualiteiten)
Verhofstadt Guy (Eerste Minister)
Versailles Philippe (advocaat, onderzoeker op het Centre droits fondamentaux
et lien social des FUNDP)
Vincent Anne (Artsen zonder Grenzen)
Vogels Mieke (Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen)
Willame Elise (Algemene Directrice/Bestuur van de Sociale Zekerheid-
Gezondheidszorgen en Uitkeringen van het Ministerie van Sociale
Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu)
Wittevrongel Linda (coördinatrice Wijkgezondheidscentrum Botermarkt/Gent)

Gelieve ons te verontschuldigen indien personen, organisaties door vergetelheid niet opgenomen zijn.

Bibliografie

- Association pour une dentisterie sociale, Loiseau P.-Y. (2000), « Dire que c'est la pléthore », in: *Le Soir* du 15 novembre.
- AVA - *Algemeen Verslag over de Armoede* (1994), ATD Vierde Wereld en Vereniging van Belgische Steden en Gemeenten (Afdeling Maatschappelijk Welzijn), Koning Boudewijnstichting, Brussel.
- Bossuyt N. (2000), *Gezondheidsverwachting volgens socio-economische gradiënt in België*. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid – Louis Pasteur, Brussel.
- Coordination des ONG pour les droits de l'enfant (1999), *Rapport des organisations non gouvernementales* destiné au Comité des droits de l'enfant, Bruxelles.
- Debionne F.-P. (2000), *La santé passe par la dignité. L'engagement d'un médecin*. Les Editions de l'Atelier/Editions Ouvrières, Les Editions Quart Monde, Paris.
- Deschamps J.P. (1997), *Tous acteurs de la santé - Réflexions*, n°115, mars 1997.
- Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones (1998), « Le financement des soins de santé primaires au FORFAIT. Il est arrivé près de chez vous », in: *Santé conjugulée*, janvier n°3.
- Gosselain Y., Laperche, J. et Prevost M. (1999), « Les obstacles à la prévention en médecine générale: les connaître pour les dépasser », in: *Santé-Conjugulée*, n°10, Octobre, p. 42-45.
- Hendrick P. (1995), "ATD Vierde Wereld en de gezondheidsproblemen van haar leden", in: Louckx F., *De gevelarchitectuur van de welvaartsstaat*, VUB Press, Brussel, p. 161-171.
- Hendrick P. (1998), « Bijdrage tot het werkdocument voorbereid door de armoedecel van het Centrum voor Gelijkheid van Kansen », in: *Evaluatie van de maatregelen die ingevolge het Algemeen Verslag over de Armoede in de gezondheidssector genomen werden*, ongepubliceerd document.
- Hendrick P. (2001), "Gezondheidsmarkt op gald ijs", in: *De Standaard*, 24 januari.
- Hennion W. en Van den Broucke S. (1999), *Toepassingsmogelijkheden van empowerment in functie van gezondheidsbevordering bij mensen in kansarme situaties*, Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, Brussel.
- Hoffman A. (1998), « Bijdrage tot het werkdocument voorbereid door de armoedecel van het Centrum voor Gelijkheid van Kansen », in: *Evaluatie van de maatregelen die ingevolge het Algemeen Verslag over de Armoede in de gezondheidssector genomen werden*, ongepubliceerd document.

- Julémont G. (2000), « Soins de santé: de l'assurance sociale obligatoire à la couverture sociale généralisée », in: *Le Ligueur* n°19 du 10 mai.
- Kind en Gezin (2000), *Jaarverslag 1999*. Kind & Gezin, Brussel.
- Le Soir* (2000), Profession? Médecins de quartier, 27 septembre.
- Louckx F. en Wanseele C. (1998), *De eerste lijn in beweging*, VUB Press, Brussel.
- Mackenbach J.P., Stronks K., Kunst A.E. (1989), « The contribution of medical care to inequalities in health : differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention », in: *Soc Sci Med*, vol 29 n°3, p 369-376.
- Martin P. (1999), *Accessibilité et report de soins de santé : outils et analyses*. Etude réalisée auprès des affiliés des Mutualités socialistes en collaboration avec les Centres de Service social des mutualités, Bruxelles.
- Médecins sans frontières, Pharmaciens sans frontières (1999), *Accès aux soins, Bilan 1998, Bruxelles-Anvers-Liège-Verviers*, Bruxelles.
- Médecins sans frontières, Pharmaciens sans frontières (2000), *Accès aux soins, Bilan 1999, Bruxelles-Anvers-Verviers-Liège*, Bruxelles.
- Medisch Steunpunt zonder Papier (2000), *Jaarverslag 1999*,. Brussel.
- Observatoire du crédit et de l'endettement (1999), *Accès aux soins de santé et difficultés de paiement*, Fiche thématique d'analyse économique n°18, Charleroi.
- Paes M. (1999), *Zorg op maat. Over de positie en rol van gezondheidscentra in achterstandswijken*, Landelijk Centrum voor Opbouwwerk, Zwolle.
- Peers J. (1999), *Gezondheidszorg in België: uitdagingen en opportuniteiten*, <http://minsoc.fgov.be/press-releases/nl/peers/peers.htm>
- Peersman, W. en Vuylsteek, K. (1998), "Sociale ongelijkheid en preventieve gezondheidszorg", in: Vlaams Preventiecongres, *Preventieve Gezondheidszorg*. Kluwer, Diegem, p. 691-696.
- Project Gezondheid & Cultuur Vierde Wereld in samenwerking met het Centrum voor Gezondheidsobservatie Brussel (2001), *Om een einde te maken aan de sociale ongelijkheid op gezondheidsvlak. Verslagboek van de ontmoetingsdag van 21 oktober 2000*, Brussel.
- Renaud M. et Bouchard L. (1995), *Inégalités, Santé, Exclusion*. Prévenir, cahiers d'étude et de réflexion édités par la coopérative d'édition de la vie mutualiste, Paris, n°28, premier semestre.
- Rey J.P. (1994), *Critique du ticket modérateur en assurance-maladie*, thèse de doctorat en droit de la sécurité sociale, Bordeaux.

- Rocard M. (2000), *Verslag over de aanvullende ziektekostenverzekering*, Europees Parlement, PE 286.239/DEF
<http://www2.europarl.eu.int>
- Roelandt M. (1998), « Bijdrage tot het werkdokument voorbereid door de armoedecel van het Centrum voor Gelijkheid van Kansen», in: *Evaluatie van de maatregelen die ingevolge het Algemeen Verslag over de Armoede in de gezondheidssector genomen werden*, ongepubliceerd document.
- Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2000), *De rol van de OCMW's in de gezondheidsbescherming en meer in het bijzonder in de toegang tot de gezondheidszorg*, ongepubliceerd document.
- Swinnen W. en De Maeseneer J. (1997), “*Vertel mij over de armoede...*”: een explorerend kwalitatief onderzoek bij huisartsen in Gent, Universiteit Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Gent.
- Vandenbroucke F. (1999), “Ontwerp van algemene uitgavenbegroting voor het begrotingsjaar 2000. Beleidsnota van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu” in: *Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers*, 23 november, (0198/017).
- VWGCB - Vereniging van Wijkgezondheidscentra (1999), *Kansarmoede en gezondheidspromotie. Een visie vanuit de wijkgezondheidscentra*. VWGC, Brussel.
- Vlaams Parlement (1999), *Voorstel van decreet van de heer Guy Swinnen houdende sociale ongelijkheid in het preventieve gezondheidsbeleid*, 29 oktober 1999, Stuk 87 (1999-2000) - Nr.1.
- Vooruitgangsrapport, uitvoering van het Algemeen Verslag over de Armoede* (2000). Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Cel Armoede.
- Vos J. (1999), Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten, een coproductie met de Vlaamse Gemeenschap, *Meerjarenplanning voor het OCMW, een praktische gids*, Politeia, Gent.
- Vranken J., Geldof D., Van Menxel G., (1999) *Armoede en Sociale uitsluiting. Jaarboek 1999*. Acco, Leuven/Leusden.
- Wauters I. (1998), Brusselse CLB's werken aan een duurzaam schoolgezondheidsbeleid, in: *Informatieblad VVVJ*, jrg.15, nr.2, december.
- Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid – Louis Pasteur (2000), *De gezondheid in België, zijn gemeenschappen en zijn gewesten. Resultaten van de Gezondheidsenquête door middel van interview, 1997*, Brussel.
<http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epinl/index4.htm>
- Wijkgezondheidscentrum Botermarkt (1998), *Armoede en gezondheid: de missing link*, Gent.

