



Re-InVEST.be

REBUILDING AN INCLUSIVE, VALUE-BASED EUROPE OF
SOLIDARITY AND TRUST THROUGH SOCIAL INVESTMENTS

D3.3.1: Gezondheid: een socio-constructivistische benadering

Elementen van gezondheid op basis van overleg met actoren in de strijd tegen armoede

François Demonty, David de Vaal, Moré Nieto Peña, Veerle Stroobants, Henk Van Hootegem



This project is funded by BELSPO (the Belgian federal science policy office) under the BRAIN-be 2.0 programme, contract n° B2/191/p3/Re-InVEST.be

July 2023

© 2023 – Re-InVEST.be, Rebuilding an Inclusive, Value-based Europe of Solidarity and Trust through Social Investments – contract n° B2/191/p3/Re-InVEST.be

Co-ordination: ides.nicaise@kuleuven.be

p.a. Re-InVEST.be
HIVA - Research Institute for Work and Society
Parkstraat 47 box 5300, 3000 LEUVEN, Belgium

For more information henk.vanhootegem@cntr.be

Please refer to this publication as follows:

Demonty, F., de Vaal, D., Nieto Peña, M., Stroobants, V., Van Hootegem, H. (2023). *Gezondheid: een socio-constructivistische benadering. Elementen van gezondheid op basis van het overleg met actoren in de strijd tegen armoede*. Deliverable D3.3.1, Re-InVEST.be, Brussel, Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting.

Information may be quoted provided the source is stated accurately and clearly.

This publication is part of the Re-InVEST.be project. This project is funded by BELSPO (the Belgian federal science policy office) under the BRAIN-be 2.0 programme, contract n° B2/191/p3/Re-InVEST.be.

The information and views expressed in this document are those of the author (s) and do not necessarily represent the official opinion of Belspo. Neither Belspo, nor any person acting on their behalf, can be held responsible for any use that may be made of the information contained therein.

Executive summary

In deze paper worden de belangrijkste recente werkzaamheden van het Steunpunt tot bestrijding van armoede binnen het thema gezondheid voorgesteld. De informatie die hier wordt gepresenteerd, is het resultaat van dialoogprocessen die in de loop der jaren plaatsvonden tussen mensen in armoede, hun verenigingen en netwerken en een diversiteit aan andere actoren zoals administraties, vakbonden, ziekenfondsen, onderzoekers en anderen. Waar relevant werden aangehaalde cijfers en wetgeving geactualiseerd. Aangezien mentale gezondheid nog niet uitgebreid aan bod kwam in de werkzaamheden van het Steunpunt tot bestrijding van armoede, werden in 2022 een reeks interviews afgenomen met verenigingen waar armen het woord nemen en andere sociale organisaties. De resultaten van deze bevraging werden in deze paper verwerkt.

In een eerste deel wordt ingegaan op de bestaande gezondheidsongelijkheden op basis van een aantal indicatoren, voor zowel fysieke als mentale gezondheid. Vervolgens wordt de vicieuze cirkel van mentale gezondheid en armoede beschreven, onder andere aan de hand van ervaringskennis. In een volgend deel wordt nagegaan welke effecten levensomstandigheden op gezondheid hebben, met name binnen de domeinen wonen en sociale bescherming. Wonen wordt daarbij breed ingevuld, waarbij zowel de gevolgen van slechte huisvesting, de toegang tot gezonde voeding in relatie tot wonen en de rol van de leefomgeving wordt beschreven. In het domein sociale bescherming wordt nagegaan in welke mate mensen beschermd zijn tegen de gevolgen van ziekte en ongeval en hoe de systemen van arbeidsongeschiktheid en werkhervatting zijn geregeld. Ten derde wordt nagegaan hoe toegankelijk de gezondheidszorg is. Eerst op financieel vlak, door na te gaan hoe betaalbaar de gezondheidszorg is en welke maatregelen er binnen de sociale bescherming werden ontwikkeld voor het realiseren van het recht op de bescherming van de gezondheid. Vervolgens komt de impact van de kloof in leefwereld tussen zorg- of hulpverlener en mensen in armoede aan bod, en wordt beschreven op welke manier organisaties met een laagdrempelige basiswerking er in slagen bij deze leefwereld aan te sluiten. In een laatste deel worden een aantal algemene principes beschreven als voorwaarden voor het realiseren van een betere effectiviteit van het recht op bescherming van de gezondheid.

De elementen die aan bod komen in deze paper kunnen mee richting geven aan de onderzoeksactiviteiten van de partners van HIVA-KU Leuven en CRIDIS-UCL (data-analyse en interpretatie, case studies en interviews...). In een volgende fase brengt het Steunpunt tot bestrijding van armoede de kennis die werd ontwikkeld bij deze partners verder in dialoog met mensen in armoede en hun verenigingen en andere actoren in de strijd tegen armoede, met als doel deze kennis te bevragen, te verrijken en te complementeren. Hiertoe zet het Steunpunt tot bestrijding van armoede specifieke dialoogmomenten op.

Ce document présente les principaux travaux, parmi ceux récemment publiés, du Service de lutte contre la pauvreté dans le domaine de la santé. Les informations présentées sont issues de processus de dialogue qui ont eu lieu au fil des années entre les personnes en situation de pauvreté, leurs associations et réseaux et une variété d'autres acteurs tels que les administrations, les syndicats, les caisses d'assurance maladie, les chercheurs et d'autres. Dans les cas où cela a été nécessaire, les chiffres cités et la législation ont été mis à jour. La santé mentale étant encore peu abordée dans les travaux du Service de lutte contre la pauvreté, une série d'entretiens avec des associations où les personnes en situation de pauvreté prennent la parole et d'autres organisations sociales ont été menés en 2022. Les résultats de cette enquête ont été intégrés dans le présent document.

Dans une première partie, les inégalités de santé existantes sont examinées sur la base d'un certain nombre d'indicateurs, tant pour la santé physique que pour la santé mentale. Le cercle vicieux de la santé mentale et de la pauvreté est ensuite décrit également à l'aide des connaissances expérientielles. La section suivante aborde les effets des conditions de vie sur la santé, en particulier dans les domaines du logement et de la protection sociale. Le logement est défini au sens large, décrivant à la fois les effets d'un mauvais logement, l'accès à une alimentation saine en relation avec le logement et le rôle de l'environnement de vie. La section consacrée à la protection sociale examine dans quelle mesure les personnes sont protégées contre les conséquences des maladies et des accidents et comment les systèmes d'incapacité de travail et de retour au travail sont réglementés. Troisièmement, elle analyse l'accessibilité des soins de santé. D'abord, en termes financiers, en étudiant dans quelle mesure les soins de santé sont abordables et quelles mesures ont été développées dans le cadre de la protection sociale pour réaliser le droit à la protection de la santé. Ensuite, l'impact de l'écart dans l'environnement de vie entre les prestataires de soins de santé et les personnes en situation de pauvreté est discuté, et la manière dont les organisations ayant un fonctionnement de base parviennent à se connecter à cet environnement de vie est décrite. Au sein de la dernière section, un certain nombre de principes généraux sont décrits comme des conditions permettant d'améliorer l'efficacité du droit à la protection de la santé.

Les éléments discutés dans ce document peuvent servir d'aide afin de guider les activités de recherche des partenaires de HIVA-KU Leuven et de CRIDIS-UCL (analyse et interprétation des données, études de cas et entretiens...). Dans une prochaine étape, le Service utilisera les connaissances développées par ces partenaires dans le cadre d'un dialogue avec des personnes en situation de pauvreté, leurs associations et d'autres acteurs de la lutte contre la pauvreté. A cette fin, le Service de lutte contre la pauvreté met en place des moments de dialogue spécifiques.

This paper presents the main recent contributions of the Combat Poverty Service has made to the reflection of the issue of health for people experiencing poverty and precariousness. The information presented here is the result of dialogue processes that have taken place over the years with people experiencing poverty, their associations and networks and a variety of other actors such as administrations, trade unions, mutualities, researchers and others. Where relevant, quoted figures and legislation were updated. Due to mental health not yet being extensively covered in the work of the Combat Poverty Service, a series of interviews with associations where people in poverty speak up and other social organizations were conducted in 2022. The result of this survey has been incorporated into this paper.

The first section of this paper goes over the existing health inequalities, discussed based on a number of indicators, for both physical and mental health. The vicious cycle of mental health and poverty is then described with the help of experiential knowledge as well. The following section examines the effects of living conditions on health, especially within the domains of housing and social protection. Housing is thereby interpreted broadly, describing both the consequences of poor housing, access to healthy food in relation to housing and the role of the living environment. The social protection section examines to what extent people are protected against the consequences of illness and accidents and how the systems of incapacity to work and return to work are regulated. The third section examines how accessible health care actually is. First of all, from a financial point of view, by examining how affordable health care is and what measures were developed within social security to realize the right to health protection. Subsequently, the impact of the gap in the living environment between health care providers and people in poverty is discussed, and the way in which groundroot organizations where people in poverty speak up manage to connect to this living environment is described. In a final section, a number of general principles are described as conditions for achieving better effectiveness of the right to health protection.

The elements discussed in this paper can help give direction to the research activities of the partners of HIVA-KU Leuven and CRIDIS-UCL (data analysis and interpretation, case studies and interviews...). In a next stage, the Combat Poverty Service will further bring the knowledge developed by these partners into dialogue with people in poverty and their associations and various other actors fighting against poverty, in order to question, enrich and complement it. To this end, the Combat Poverty Service organizes specific dialogue meetings.

Preface - Gezondheid als barometer voor de kwaliteit van leven, wonen en werken

Voor de deelnemers aan het overleg dat binnen het Steunpunt tot bestrijding van armoede georganiseerd wordt, is iemands gezondheid een barometer voor wat er gebeurt op andere vlakken in diens leven. Het is als het ware een weerspiegeling van hoe kwaliteitsvol iemand leeft, werkt, woont, eet enzovoort.

Sinds het Algemeen Verslag over de Armoede erop gewezen heeft dat het recht op bescherming van de gezondheid niet effectief is voor mensen in armoede, heeft het Steunpunt de kwestie van sociale gezondheidsongelijkheden verder opgevolgd. Dit gebeurde steeds in overleg met verenigingen waar armen het woord nemen en andere actoren in de strijd tegen armoede en resulteerde in hoofdstukken in verschillende tweejaarlijkse Verslagen. In navolging van het AVA behandelen het tweejaarlijks Verslag 2001 en 2003 verschillende aspecten van het recht op bescherming van de gezondheid, zoals de toegang tot zorg, het belang van preventie, de vorming van zorgverstrekkers en de betrokkenheid van de mensen zelf. Het Verslag 2009 zoekt specifiek in op het belang van het toenmalige OMNIO-statuut voor de toegang tot zorg, terwijl het Verslag 2013 zich buigt over verschillende maatregelen binnen de sociale bescherming (sociale zekerheid en sociale bijstand) voor mensen die ziek zijn. Het belang van preventie, zowel de strijd tegen sociale gezondheidsongelijkheden – bijvoorbeeld op het domein van huisvesting - als gezondheids promotie, staat centraal in het Verslag 2015, tegen een achtergrond van maatschappelijke besparingen. Vanuit een duurzaamheidsperspectief kijkt Verslag 2019 opnieuw naar ieders mogelijkheden om gezond te leven en zich te laten verzorgen in een gezonde omgeving.

Deze overzichtsnota verzamelt de belangrijkste inzichten over sociale gezondheidsongelijkheden uit deze tweejaarlijkse Verslagen in functie van de doelstellingen van het Re-inVEST.be onderzoek en actualiseert deze waar mogelijk op basis van recent onderzoek. In het eerste deel van deze tekst worden de sociale gezondheidsongelijkheden geschetst, zowel wat betreft fysieke als mentale gezondheid. Vervolgens wordt nagegaan wat de effecten van levensomstandigheden op gezondheid zijn, meer bepaald wat betreft wonen en inkomen, waarbij vooral de impact van ziekte en de mate waarin mensen hiervoor sociaal beschermd worden wordt behandeld. In het derde deel wordt stilgestaan bij de financiële en sociale toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Tenslotte worden een aantal voorwaarden geformuleerd voor een meer effectieve zorg voor mensen in armoede.

Contents

Executive summary	3
Preface - Gezondheid als barometer voor de kwaliteit van leven, wonen en werken	6
Contents	7
List of tables	8
List of figures	9
1. Sociale gezondheidsongelijkheden	10
1.1 Ongelijkheden in fysieke gezondheid	10
1.2 Ongelijkheden in mentale gezondheid	12
1.3 Mentale gezondheid en armoede: een vicieuze cirkel	13
2. Effect van levensomstandigheden	15
2.1 Wonen	15
2.1.1 Slechte huisvesting	15
2.1.2 Toegang tot gezonde voeding	16
2.1.3 Leefomgeving	17
2.2 Sociale bescherming	18
2.2.1 Gevolgen van ziekte en ongeval op het inkomen	18
2.2.2 Arbeidsongeschiktheid en werkhervatting	19
3. Toegankelijkheid van de (gezondheids)zorg	22
3.1 Sociale bescherming en financiële toegankelijkheid van de zorg	22
3.1.1 Maatregelen om financiële toegankelijkheid van de zorg te verhogen	22
3.1.2 De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen	24
3.2 De kloof tussen (gezondheids)zorg en de leefwereld van mensen in armoede	26
3.3 De rol van verenigingen waar armen het woord nemen	27
4. Voorwaarden voor een betere effectiviteit van het recht op bescherming van gezondheid	28
Bibliography	30

List of tables

Table 1.1 Psychische sstoornissen bij hoogst en laag opgeleiden

List of figures

Figure 1.1 Levensverwachting in gezonde levensjaren en met beperkingen voor vrouwen en mannen, opgesplitst naar opleidingsniveau Bron: European Health & Life Expectancy Information System (EHLEIS), Additional national page for Country Report Issue 7, June 2014 - Belgium: Van Oyen Herman/Berger Nicolas, Scientific Institute of Public Health

1. Sociale gezondheidsongelijkheden

Mensen in armoede lopen, omwille van hun moeilijke sociaaleconomische situatie, een hogere kans op een slechte fysieke en mentale gezondheid dan mensen die in betere omstandigheden leven. Deze vaststelling is niet nieuw¹, maar recente cijfers tonen dat zo goed als alle gezondheidsgerelateerde indicatoren een sociale gradiënt vertonen, wat wil zeggen dat een dalende sociale positie samen gaat met een geleidelijke achteruitgang in gezondheid. In dit deel worden in deel 1.1 een aantal van deze indicatoren overlopen. Voor een vollediger overzicht verwijzen we naar de fiche ‘Bestaat er een gezondheidskloof?’ in de rubriek Feiten en cijfers - Bestaat er een gezondheidskloof? op de website van het Steunpunt tot bestrijding van armoede. In punt 2.2 kijken we specifiek naar de relatie tussen leven in armoede enerzijds en geestelijke gezondheid en mentaal welbevinden anderzijds.

1.1 Ongelijkheden in fysieke gezondheid

In België bestaat er een duidelijke ongelijkheid volgens opleidingsniveau in zowel levensverwachting als de verwachte gezonde levensjaren.

Figuur 1: Levensverwachting in gezonde levensjaren en met beperkingen voor vrouwen en mannen, opgesplitst naar opleidingsniveau



Fig. 1 Bron: European Health & Life Expectancy Information System (EHLEIS), Additional national page for Country Report Issue 7, June 2014 - Belgium: Van Oyen Herman/Berger Nicolas, Scientific Institute of Public Health.

De **levensverwachting** op de leeftijd van 50 jaar is het laagst bij mannen met enkel een opleiding lager onderwijs of minder (24,7 jaar) en het hoogst bij mannen met een opleiding hoger onderwijs (34,3 jaar), een verschil van 9,6 jaar. Bij vrouwen is het verschil kleiner maar nog steeds aanzienlijk. De levensverwachting op de leeftijd van 50 jaar is het laagst bij vrouwen zonder diploma of met een diploma lager onderwijs (33,6 jaar) in vergelijking met een levensverwachting van 37,6 jaar bij vrouwen met een opleiding hoger onderwijs. De **levensverwachting in goede gezondheid** geeft een indicatie van het aantal jaren dat een persoon van een bepaalde leeftijd in goede gezondheid mag verwachten te leven. Meet men de 'levensverwachting in

¹ ATD Vierde Wereld, Vereniging van Belgische Steden en Gemeenten (afdeling Maatschappelijk Welzijn), Koning Boudewijnstichting (1994). *Algemeen Verslag over de Armoede*, Brussel, Koning Boudewijnstichting, p. 121-129.

goede gezondheid' als de 'levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen', dan zien we dat hoog opgeleide mannen op de leeftijd van 50 jaar, 21,6 jaar gezonde levensjaren voor zich hebben in vergelijking met 13,3 jaar bij mannen met een opleiding lager onderwijs of minder, wat een verschil is van 8,3 jaar. Vrouwen met een opleiding hoger onderwijs kunnen op de leeftijd van 50 jaar 22,2 jaar gezonde levensjaren verwachten in vergelijking met 14,5 jaar bij vrouwen met een opleiding lager onderwijs of minder, wat een verschil is van 7,7 jaar. Bovendien blijkt dat tussen 2001 en 2011 de ongelijkheid in het aantal gezonde levensjaren zonder beperking is toegenomen².

Andere indicatoren maken duidelijk dat gezondheidsongelijkheid zich ook op andere vlakken manifesteert en een aanzienlijke impact heeft op de levenskwaliteit. In de Gezondheidsenquête 2018 werd gepolst naar de '**subjectieve gezondheid**', een globale maatstaf die zowel de fysieke, mentale als sociale gezondheid omvat. De subjectieve gezondheid varieert in functie van het opleidingsniveau: minder opgeleide personen (hoogstens lager onderwijs) zijn vaker van mening dat ze in slechte gezondheid verkeren in vergelijking met degenen met een diploma secundair of hoger onderwijs, waarbij de laagste opgeleiden 4 keer zo vaak gezondheidsproblemen signaleren vergeleken met de hoogst opgeleiden. Ook in functie van het inkomensniveau varieert de subjectieve gezondheid: hoe hoger het inkomen, hoe meer personen verklaren zich in een zeer goede, goede of redelijke gezondheidstoestand te bevinden³.

Dit wordt verder geobjectiveerd met cijfers die **chronische aandoeningen** in kaart brengen: Laagopgeleiden lijden vaker dan hoogopgeleiden aan hoge bloeddruk, hoog cholesterolgehalte in het bloed, hartinfarct, lage rugproblemen, artrose, artritis, diabetes, urinaire incontinentie, ernstige hoofdpijn zoals migraine, langdurige vermoeidheid, depressie en astma. Laagopgeleiden hebben bovendien veel vaker te maken met multimorbiditeit (verschillende aandoeningen tegelijkertijd)⁴. De Gezondheidsenquête toont ook dat mensen onderaan de sociale ladder niet alleen vaker ziek zijn, maar dat ziekte ook een grotere impact heeft op de kwaliteit van hun leven⁵. Levenskwaliteit wordt ingeschat op basis van vragen over mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie. De **gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit** stijgt aanzienlijk naarmate het opleidingsniveau stijgt⁶. Dit uit zich tenslotte ook in leven met langdurige beperkingen, waar laag opgeleide personen van 65 jaar en ouder significant vaker beperkingen rapporteren dan hoogopgeleiden, zowel voor beperkingen in mobiliteit als voor beperkingen in basis-, dagelijkse of huishoudelijke activiteiten⁷.

Eind 2022 publiceerde de Christelijke Mutualiteit (CM) een onderzoek dat bovenstaande vaststellingen nog eens bevestigt⁸. Anders dan in de Gezondheidsenquête wordt in dit onderzoek geen gebruik gemaakt van gegevens op basis van zelfrapportage, maar worden administratieve data over sterfgevallen, ziekenhuisopnames en terugbetaalde gezondheidszorgprestaties gekoppeld aan het mediaaninkomen van de statistische sector waar de leden van het ziekenfonds hun woonplaats hebben. Alle onderzochte gezondheidsindicatoren tonen een sociale gradiënt. Zo blijkt dat het risico om binnen het jaar te overlijden toeneemt naarmate je in een armere buurt woont, met uiteindelijk een verschil van 84 % tussen inkomensdecil 1 en 10. Ook bij een aantal onderzochte aandoeningen zoals diabetes, cardiovasculaire en luchtwegaandoeningen en bij toekenning van het statuut chronische aandoeningen tekent zich dezelfde sociale gradiënt af. Dit alles vertaalt zich in ongelijkheden in het risico in primaire arbeidsongeschiktheid of invaliditeit terecht te komen: bewoners van wijken met het laagste mediaaninkomen hebben 59 % meer kans om minstens 30 dagen arbeidsongeschikt te zijn vergeleken met inwoners uit wijken uit het hoogste

2 Renard François, et al. (2019), "Evolution of educational inequalities in life and health expectancies at 25 years in Belgium between 2001 and 2011: a census-based study", *Archives of Public Health*, nr.77, p.6.

3 Tafforeau, Jean, et al. (2019), Gezondheidsenquête 2018: Subjectieve gezondheid, Brussel, Sciensano.

4 Van der Heyden, Johan (2019), Gezondheidsenquête 2018: Chronische ziekten en aandoeningen, Brussel, Sciensano.

5 Van der Heyden, Johan et al. (2019), Gezondheidsenquête 2018: gezondheid en kwaliteit van leven. Samenvatting van de resultaten, Brussel, Sciensano, p. 11

6 Charafeddine, Rana et al. (2019). Gezondheidsenquête 2018: Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, Brussel, Sciensano.

7 Demarest Stefaan et al. (2019), Gezondheidsenquête 2018: Langdurige beperkingen, Brussel, Sciensano.

8 Avalosse, Hervé et al. (2022). "Ongelijkheid in gezondheid", *Gezondheid en Samenleving*, jaargang 2022, nr. 4, p. 6-30.

inkomensdeciel. Het risico op invaliditeit is tussen deze twee groepen maar liefst 2,5 keer groter in het nadeel van de laagste inkomens.

1.2 Ongelijkheden in mentale gezondheid

In het tweejaarlijks Verslag ‘Sociale bescherming en armoede’⁹ wordt erop gewezen dat de relatie tussen armoede en gezondheid zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid betreft, waarbij het aanvoelen van de deelnemers dat er een verband bestaat tussen geestelijke gezondheidsproblemen en armoede ook wetenschappelijk gestaafd blijkt te kunnen worden. De Gezondheidsenquête van 2018, waarin zowel subjectief welbevinden als de prevalentie van psychische stoornissen wordt bevraagd, bevestigt dit statistisch verband¹⁰. **Subjectief welbevinden** wordt bekeken als een algemene indicator voor een goede geestelijke gezondheid en peilt naar levenstevredenheid, de aanwezigheid van positieve gevoelens en afwezigheid van negatieve gevoelens en psychisch welbevinden. Hierbij wordt globaal een samenhang vastgesteld met opleidingsniveau: lager opgeleiden hebben een lager subjectief welbevinden, en dus een minder goed mentaal welbevinden, dan hoogopgeleiden. Daarnaast krijgen mensen met een opleiding hoger onderwijs minder te maken met **psychische stoornissen** (zie onderstaande tabel).

Tabel 1: Psychische stoornissen bij hoogst en laagst opgeleiden

	Hoogst opgeleiden	Laagst opgeleiden
Gegeneraliseerde angststoornis	8,9 %	15,4 %
Depressieve stoornissen	6,7 %	16,7 %
Ernstige depressie	3,2 %	9,3 %
Eetstoornis	5,7 %	10,1 %

Bron Tabel 1: Gisle, Lydia, Drieskens, Sabine, Demarest, Stefan, Van der Heyden, Johan, (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Geestelijke gezondheid*. Brussel, Sciensano, p.23-37.

Suïcidepogingen vertonen eveneens een sociale gradiënt: 3,3 % van de hoogst opgeleiden hebben een zelfmoordpoging achter de rug, tegenover 4,3 tot 5,5 % van de laagstopgeleiden.

Ook in **de behandeling van psychologische stoornissen** tekenen zich verschillen af: naarmate het opleidingsniveau toeneemt, is er een afname van de medicamenteuze behandeling van depressie en een toename van het gebruik van psychotherapie. Naast antidepressiva worden ook andere psychotrope geneesmiddelen als slaap- en kalmeermiddelen vaker gebruikt door lager opgeleiden dan door mensen met een diploma hoger onderwijs. Een laatste pertinente vaststelling uit de Gezondheidsenquête die we willen aanhalen, betreft **psychische problemen bij jongeren en kinderen**, waarbij een hoger opleidingsniveau van de ouders een beschermende factor blijkt te zijn voor de meeste problemen bij kinderen en jongeren, zoals psychopathologische, relationele, emotionele en gedragsstoornissen, en ADHD.

Het onderzoek van de CM op basis van de administratieve data van hun leden stelt een sociale gradiënt vast voor drie soorten intensieve **geestelijke gezondheidszorg**: opnames in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling, verblijf in een initiatief voor beschut wonen (IBW) of verblijf in een psychiatrisch verzorgingshuis (PVT). Het risico op een psychiatrische ziekenhuisopname is 2,8 keer hoger

⁹ Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2013). *Sociale bescherming en armoede*. Brussel, Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding.

¹⁰ Gisle, Lydia, Drieskens, Sabine, Demarest, Stefan, Van der Heyden, Johan, (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Geestelijke gezondheid*. Brussel, Sciensano.

voor personen die in een arme wijk wonen en het risico op verblijf in een IBW of PVT is zelfs respectievelijk 14,7 en 31 keer hoger. Het gebruik van antidepressiva en antipsychotica vertoont een minder uitgesproken, maar nog steeds erg significant verschil: deze middelen worden respectievelijk 26 % en 160 % meer gebruikt in de armste wijken. Deze cijfers tonen telkens het verschil tussen de 10 % armste wijken tegenover de 10 % rijkste wijken.

De negatieve correlatie tussen inkomen en het voorkomen van mentale aandoeningen wordt ook internationaal vastgesteld. Een overzichtartikel in *Science*¹¹, toont dat mentale stoornissen 1,5 tot 3 keer meer voorkomen bij mensen in het laagste inkomenskwintiel, vergeleken met mensen in het hoogste inkomenskwintiel en dit zowel in de zogenaamde rijke landen als in landen met een laag gemiddeld inkomen. Tenslotte bracht het Nederlandse Trimbos-instituut in een recent kennisoverzicht op basis van een groot aantal internationale wetenschappelijke artikels de belangrijkste sociale determinanten van mentale gezondheid in kaart¹². Daarin wordt een consistent negatief verband tussen financiële nood en mentale gezondheid vastgesteld, en een positief effect op mentale gezondheid bij huishoudens met de laagste inkomens van beleidsinterventies die meer financiële stabiliteit verzekeren. In het volgende punt gaan we dieper in op het verband tussen mentale gezondheid en armoede.

1.3 Mentale gezondheid en armoede: een vicieuze cirkel

De samenhang tussen armoede en bedreigingen voor de mentale gezondheid blijkt duidelijk uit bovenstaande cijfers en rapporten. De WHO vestigt sinds 2001 de aandacht op deze ingewikkelde en multidimensionale relatie en spreekt van een vicieuze cirkel van armoede en mentale problemen¹³. Enerzijds is gebrek aan financiële stabiliteit een bron van stress, angst en onzekerheid die het mentaal welbevinden bedreigt en het risico op sommige stoornissen verhoogt. Armoede belemmert ook de toegang tot factoren die de mentale weerbaarheid verhogen, zoals kwalitatieve huisvesting, een steunend sociaal netwerk en psychologische ondersteuning. Anderzijds kunnen mentale problemen en psychische stoornissen leiden tot financiële moeilijkheden, in de eerste plaats door het risico op verlies van tewerkstelling of grotere moeilijkheden bij het vinden van een baan.

Om de eerdere werkzaamheden rond gezondheid van het Steunpunt tot bestrijding van armoede aan te vullen, werden in de loop van 2022 een aantal interviews afgenomen met verenigingen waar armen het woord nemen en andere actoren die op dit vlak actief zijn¹⁴. In totaal werden negen organisaties bevestigd. De belangrijkste doelstelling van de interviews was verkennen hoe mensen in armoede de relatie tussen mentale gezondheid en armoede ervaren, welke factoren een goede mentale gezondheid in de weg staan of net bevorderen, en in welke mate en onder welke voorwaarden men een beroep doet op de (geestelijke) gezondheidszorg bij mentale problemen.

Uit de interviews komt een brede invulling van geestelijke (on)gezondheid naar voren, gaande van mentaal welbevinden tot kampen met psychiatrische stoornissen. Geestelijke gezondheid wordt daarbij binnen algemene gezondheid gesitueerd: “*Mentaal gezond zijn is voor mij een gelukkig leven leiden en geen beperkingen hebben. Want als je je mentaal niet goed voelt, heb je beperkingen*”. Vaak wordt verwezen naar het belang van stabiliteit en evenwicht. Deelnemen aan de samenleving en sociaal geïntegreerd zijn wordt opvallend vaak genoemd

¹¹ Ridley, Matthew et al. (2020) “Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms”, *Science*, Vol. 370, nr. 6522.

¹² van Baar, J., Bos, N., Kramer, J., Shields-Zeeman, L. (2022). Sociale determinanten van mentale gezondheid Een Kennissynthese. Trimbos-instituut, Utrecht, Nederland.

¹³ World Health Organization (2001). The World Health Report 2001: Mental Health : New Understanding, New Hope. Genève, Zwitserland, World Health Organization.

¹⁴ In volgende verenigingen werden interviews afgenomen: Projet de Cohésion Sociale ‘Léopold – Laeken’, Front Commun des SDF, Solidarités Nouvelles, Recht-op, De Fakkelt, Vrienden van ‘t Huizeke, Mensen voor Mensen, Ons Gedacht en Luttes Solidarités Travail. Het merendeel van deze interviews waren groepsgesprekken, in enkele verenigingen werden ook individuele interviews afgenomen. De resultaten van deze gesprekken werden aan de overleggroep die in het kader van het Re-INVEST.be-onderzoek door het Steunpunt tot bestrijding van armoede wordt georganiseerd, voorgelegd.

als een bepalende factor voor een goed mentaal welzijn: *“Geïntegreerd zijn in een sociale maatschappij, terug kunnen gaan werken, een normaal leven hebben, voor uzelf opkomen, mensen terug vertrouwen, uzelf weer opbouwen, zelfrespect, u zelf weer leren appreciëren. Wanneer ge uzelf verloren zijt, moet ge uzelf terug zoeken, een huis vinden, uw eigen mentaal terug gezond maken”*.

De vicieuze cirkel waarin armoede (mentaal) ziek maakt, en (mentale) ziekte arm, wordt herkend door de deelnemers aan de interviews, al wordt daarbij overwegend verwezen naar armoede als oorzaak van een gebrek aan mentaal welbevinden en een verhoogd risico op de ontwikkeling van een aantal psychiatrische stoornissen: *“Als je in armoede of kwetsbaarheid leeft, heb je altijd zorgen om basisproblemen op te lossen. Je staat daar helemaal alleen in en moet alles alleen doen. Het is altijd hetzelfde gevecht en dat is psychisch uitputtend”*. Deelnemers aan de interviews wijzen erop dat leven in armoede veel mentale energie vraagt, vaak gepaard gaat met isolement, eenzaamheid en het gevoel er alleen voor te staan en een negatief effect heeft op het zelfbeeld en de eigenwaarde: *“Ik had niet gedacht dat ik ooit in zo’n situatie zou terecht komen: ik kreeg het gevoel dat ik dat verdiende en dat ik er niet meer voor zou zijn. Er wordt veel beloofd, maar het blijft aanslepen. Je vertrouwt niemand meer”*. Uit noodzaak jezelf voortdurend op de tweede plaats zetten, bijvoorbeeld ten voordele van de kinderen, en het gebrek aan perspectief en zicht op beterschap worden eveneens als erg belastend ervaren: *“Je hebt steeds je kop vol: Wat moet ik betalen, heb ik eten voor de kinderen... Het minste dat erbij komt is een catastrofe. Je hebt de indruk dat niks vooruit gaat, je hebt geen geld, geen tijd, je hebt de indruk dat niks helpt”*.

Psychische problemen als oorzaak van armoede worden aanzienlijk minder benoemd, maar door sommigen wel erkend: *“Ik heb zelf veel problemen gekend, ben manisch-depressief en ben lang depressief geweest. Ik ben geboren met enkele rare trekken, die het me moeilijk hebben gemaakt”*. Dat deze relatie in de interviews minder aan bod komt, kan te wijten zijn aan het taboe dat nog steeds op psychische problemen rust: *“Veel mensen weten niet dat ze ziek zijn, ook al merk je soms wel dat er iets mis is. Ze hebben vooral nood aan in orde zijn met papieren en werk, en zien dat als de oorzaak van hun problemen. Er rust een taboe op psychische problemen. Voor veel mensen staat psychische hulp vragen gelijk aan gek zijn”*. Anderen zijn echter van mening dat armoede als bron van mentale problemen een veel groter belang heeft dan het omgekeerde oorzakelijke verband: *“Mentale gezondheid en armoede liggen wel bij elkaar, maar ze hangen niet samen. Als ge mentaal niet sterk staat, maakt het niet uit of je arm bent of niet. Als je arm bent, is het alleen nog moeilijker”*.

In de interviews werd ook ingegaan op de sociale determinanten van mentaal welzijn, op de (on)toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg en op het belang van laagdrempelige ontmoeting. Hierop wordt verder ingegaan in de volgende delen van deze paper.

2. Effect van levensomstandigheden

Gezondheid wordt bepaald door een complex samengaan van persoonlijke kenmerken, levensstijl, toegang tot zorg en de fysieke, sociale en economische omgeving waarin men leeft. Er is eensgezindheid dat gezondheid op populatieniveau in sterke mate beïnvloed wordt door sociale determinanten, bepaald door de omstandigheden waarin mensen leven en werken. Het aandeel van sociale en omgevingsfactoren zou 40 tot 60 % van de variatie in gezondheid verklaren, aanzienlijk meer dan individuele factoren of geneeskundige zorg¹⁵. In dit deel gaan we dieper in op het effect van levensomstandigheden op gezondheid, voor wat betreft de thema's die centraal staan in het Re-InVEST.be-onderzoek: huisvesting (2.1) en inkomens verworven via sociale bescherming (2.2).

2.1 Wonen

Huisvesting is een fundamentele voorwaarde voor ieders gezondheid en welzijn. Veel mensen hebben problemen om een betaalbare en degelijke woning te vinden. De moeilijke toegang tot huisvesting heeft op zich een impact op de gezondheid van mensen. Er wordt door mensen in armoede dan ook op aangedrongen om het recht op degelijke huisvesting, zoals vermeld in artikel 23 van de Grondwet, effectiever te maken¹⁶.

2.1.1 Slechte huisvesting

Mensen met huisvestingsproblemen - vooral diegenen die in een ongezonde woning leven of wonen in een huis zonder adequate verwarming, met vocht en schimmel, zonder bad of douche, zonder toilet met waterspoeling, in een te sombere woning of een woning die overbezet is - zien hun gezondheid vaak erg verslechteren. Ze ervaren veel moeilijkheden om zich te verzorgen en bevinden zich bovendien niet in de optimale omstandigheden om zich bezig te houden met hun welbevinden en het voorkomen van ziekte. Problematische woonomstandigheden laten ook niet altijd toe een gezonde levensstijl na te streven. Zo is het niet altijd mogelijk om adviezen om de woning voldoende te verluchten en verwarmen - om schimmel te voorkomen - op te volgen en kan het niet evident zijn om vers voedsel te bewaren of te koken door een gebrek aan ruimte of voorzieningen¹⁷.

De situatie van mensen zonder woning is nog dramatischer. Men stelt bijvoorbeeld vast dat daklozen een extreme weerstand tegen pijn ontwikkelen, waardoor de situatie soms moet escaleren alvorens ze zich ertoe leent om tussen te komen. Omgekeerd wordt door deelnemers aan het overleg van het Steunpunt tot

¹⁵ Donkin, Angela (2017). *Health Inequity: the Social determinants of health and Collective Impact: Making the case for investment in prevention*. Londen, Institute of Health Equity.

¹⁶ Voor een overzicht van de werkzaamheden van het Steunpunt rond huisvesting verwijzen we naar Demonty, F., de Vaal, D., Stroobants, V., Van Hootegem, H. (2021). *Logement: une approche socio-constructiviste. Éléments autour de la question du logement sur la base de concertations avec les acteurs de la lutte contre la pauvreté*. Deliverable D2.3.1, Re-InVEST.be. Brussel, Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting.

¹⁷ Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2019). *Duurzaamheid en armoede. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie. Tweejaarlijks Verslag 2018-2019*, Brussel, Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, p.13 en p. 43.

bestrijding van armoede ook aangekaart dat mensen in dak- en thuisloosheid minder goede zorg ontvangen omdat ze moeten terugkeren naar een slechte woonsituatie, waar de gezondheidswinst snel weer verloren gaat. Daarom proberen sommige gezondheidswerkers in eerste instantie te werken aan de gezondheid van daklozen door hen toegang te verschaffen tot huisvesting, wat er op termijn toe kan leiden dat hun gezondheid op een meer allesomvattende manier kan worden aangepakt. Eén van de acties die daarop inzet is 'Housing First', waarin beoogd wordt mensen in dakloosheid opnieuw te huisvesten op een manier die aangepast is aan hun huidige situatie en zonder een trapsgewijs proces te doorlopen. Ervaringen met pilootprojecten waren positief en in het federale regeerakkoord van 2020 werd een ambitieuze verhoging van het aantal trajecten volgens het Housing First-principe voorzien in het kader van het samenwerkingsakkoord inzake dak- en thuisloosheid ¹⁸.

In de interviews die door het Steunpunt tot bestrijding van armoede werden afgenomen kwam het grote belang van kwalitatieve huisvesting voor een goede mentale gezondheid duidelijk naar voren. Er werd vaak verwezen naar problemen van huisvesting – zowel wat betreft stabiliteit van de woonsituatie als kwaliteit van de woning – als een belangrijke oorzaak van mentale moeilijkheden: *“Ik weet niet of ik bij mijn zoon kan blijven wonen, maar dan gaat het moeilijk worden om een woning te vinden. Ik kan het niet alleen betalen en met mijn gezondheidsproblemen is niet elke woning geschikt. Ik wil geen sociale woning meer, want ik heb te slechte ervaringen met de sociale huisvestingsmaatschappij”*. Een andere deelnemer getuigt: *“Ik heb vooral veel problemen om een geschikte betaalbare woning te vinden. In het ene huis regende het binnen, nadat ik op de wachtlijst voor een sociale woning heb gestaan, kreeg ik een huis maar daar waren teveel trappen. In een andere huis was er schimmel, geen isolatie, problemen met vocht... . Ik jaag me er nog steeds in op, ik vind geen rust. Ik heb een huis maar geen thuis, ik zit niet op mijn gemak, ik kan geen mensen ontvangen”*.

2.1.2 Toegang tot gezonde voeding

Betere voeding – als gezondheidsdoelstelling voor de hele bevolking – wordt te vaak enkel bekeken vanuit het perspectief van de individuele keuze. Mensen in armoede worden er bijgevolg van beschuldigd verkeerde keuzes te maken, terwijl het eigenlijk hun levensomstandigheden zijn die grotendeels de mogelijkheid bepalen om zich correct te voeden. Ook huisvesting speelt daarin een rol. Een aantal (voornamelijk Amerikaanse) onderzoeken¹⁹ tonen hoe het voedselaanbod – supermarkten, kruidenierszaken, fastfoodketens, take away-verkooppunten - in een bepaalde buurt correleert met voedingsgerelateerde aandoeningen zoals obesitas. De vaststelling dat in sommige, vaak armere, wijken betaalbaar en gezond voedsel nauwelijks beschikbaar is gaf aanleiding tot de ontwikkeling van de term ‘voedselwoestijnen’. Eerste onderzoeksresultaten gaven indicaties dat zich ook in Vlaanderen voedselwoestijnen vormen²⁰. Recent onderzoek van Sciensano²¹ toont dat door een grote densiteit van supermarkten het aantal voedselwoestijnen in Vlaanderen vrij beperkt is: slechts 2,8 % van de bevolking woont in een dergelijk gebied. Bovendien is tussen 2008 en 2020 het aantal gezinnen met lage inkomens dat in een voedselwoestijn woont gedaald. Daarentegen komen voedselmoerassen – gebieden waar er een overvloed aan ongezonde voeding is in vergelijking met gezonde voeding en waar eveneens een verhoogde kans op obesitas wordt vastgesteld – veel meer voor: 88,2 % van de bevolking leeft in een voedselmoeras. Daarbij wordt vastgesteld dat plaatsen waar meer ongezonde dan gezonde voeding te vinden is, vaker voorkomen in residentiële gebieden waar veel kwetsbare groepen, waaronder gezinnen met een laag inkomen, wonen.

Naast huisvesting spelen ook nog andere factoren mee. Uit onderzoek blijkt dat het voedingsbudget van mensen in armoede niet volstaat om gezond te eten. De kostprijs van gezonde producten in vergelijking

¹⁸ Federale regering (2020). *Regeerakkoord*, p. 26.

¹⁹ Zie bv. de systematische review van Giskes, K. Van Lenthe, F. en Avendo-Pabon, J. (2011). “*A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: are we getting closer to understanding obesogenic environments?*” *Obesity Reviews*, vol. 12, nr. 501, p. E95-E106.

²⁰ Cant, J. (2019). *Food inaccessibility in Flanders: Identifying spatial mismatches between retail and residential patterns*. Antwerpen, Universiteit Antwerpen.

²¹ Smet, Vincent, Cant, Jeroen en Vandevijvere, Stefanie (2023). *Naar gezonde voedselomgevingen in Vlaamse buurten. Voedselwoestijnen en voedselmoerassen onder de loep*. Sciensano, Brussel.

met de (veel lagere) prijs van producten die veel koolhydraten bevatten, is een andere factor waarmee rekening moet gehouden worden. De post 'voeding' komt vaak op de laatste plaats, na kosten die belangrijker worden geacht zoals huisvesting, rekeningen, gezondheidszorg enzovoort, waardoor er voor voeding weinig geld overblijft. Bovendien lijkt aandacht besteden aan voeding voor sommige mensen onbelangrijk in het licht van alle problemen waarmee ze geconfronteerd worden en van de stress die dit met zich meebrengt, zeker wanneer ze geen toegang tot gezondheidszorg hebben.

2.1.3 Leefomgeving

Tenslotte hangt huisvesting ook nauw samen met de **leefomgeving** waarin men woont en werkt. Zo zou de aanwezigheid van groen in de omgeving het risico op lichamelijke en psychische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, nek- en rugpijn, depressie, angststoornissen, infecties van de luchtwegen, astma en urineweginfecties maar ook sommige kankers en diabetes verminderen²². Toegang tot de natuur zou ook een rol spelen bij de preventie van obesitas, het concentratievermogen bevorderen of hyperactiviteit milderen²³. Maar de toegang tot groene ruimten is in België zeer ongelijk verdeeld. In Wallonië hebben bijvoorbeeld 6 op 10 mensen geen toegang tot een niet-bebouwde ruimte (bos, velden, weide, natuurgebied) of tot een stedelijke groene ruimte van minstens 5 ha op minder dan 200 m van hun woning, een cijfer dat aanzienlijk toeneemt in grote steden zoals Luik of Charleroi²⁴. In Vlaanderen wonen bijna 7 op 10 mensen binnen een straal van 800 m van een groene ruimte van minstens 10 ha. Dit aandeel varieert echter aanzienlijk naargelang de gemeente: in een kwart daarvan heeft 50 % van de bevolking namelijk geen toegang tot dergelijke groene ruimten. Die sterke ongelijkheid tussen gemeenten vinden we ook in Brussel terug. Want hoewel de stad meer dan 8000 hectare aan groene ruimte heeft, bevindt 70 % daarvan zich in de periferie en slechts 10 % in het stadscentrum²⁵. Het is niet verwonderlijk dat “*de wijken waar de minste openbare groene ruimte is, vaak ook de wijken zijn met de minste privétuinen*”²⁶. Eenzelfde patroon tekent zich af in de andere grote stedelijke centra van het land, waar aanzienlijke delen van de bevolking evenmin groene ruimten en de natuur ‘in de buurt’ hebben, en zich moeten verplaatsen om daar toegang toe te hebben. De ongelijke toegang tot natuur wordt ook versterkt door een ander fenomeen: de privatisering van de openbare ruimte in het algemeen en van groene ruimten in het bijzonder. Dus voor veel mensen in armoede, “*stelt de natuur in de grote steden niet veel voor: een stukje groen middenin de uitstoot van gassen*”²⁷.

Sociale ongelijkheden zorgen ervoor dat mensen in verschillende mate worden getroffen door de schade die aan het milieu wordt toegebracht. Mensen in armoede dragen er als eerste en in grotere mate de gevolgen van. Onderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) wijst uit dat risicofactoren die verband houden met het milieu, een rol spelen bij meer dan 80 % van de ziekten die regelmatig door de WHO worden vastgesteld²⁸. In België is vooral het verband tussen ongelijkheid en vervuiling opvallend. Zo blijkt uit onderzoek dat mensen onderaan de sociale ladder niet alleen meer blootgesteld zijn aan vervuiling maar

22 De Beule, Sarah (2016). *Wat is nodig om mensen in armoede in Gent naar de groenpolen te leiden en wat zijn de voordelen ervan?*, Gent, Arteveldehogeschool, p. 22.

23 Van Meerbeek, Piet (red.) (2014). *Eindrapport Ronde Tafel 'Sociale impact van stedelijk groen'*, Brussel, BRAL vzw, p. 5.

24 IWEPS, *L'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux (ISADF) : ISADF - ENVIRONNEMENT - Proximité à un espace non artificialisé d'au moins 5 ha.*

25 Be thuis, Be.Brussel: *Parken en groen.*

26 Beck, Olivier et al.(red.) (2012). *Rapport over de staat van de natuur in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, Brussel*, Brussels Instituut voor Milieubeheer.

27 Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2019). *Duurzaamheid en armoede. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie. Tweejaarlijks Verslag 2018-2019*, Brussel, Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, p.26.

28 Prüss-Üstün, A. en C. Corvalán (2007). *Prévenir la maladie grâce à un environnement sain. Une estimation de la charge de morbidité imputable à l'environnement*, Wereldgezondheidsorganisatie.

er ook gevoeliger voor zijn²⁹. Mensen in armoede wonen en werken immers vaker dicht bij bronnen van vervuiling, zoals industriegebieden, of verderaf van groen en natuur. Bovendien verkeren mensen in armoede vaker in een slechte gezondheid, waardoor ze extra kwetsbaar zijn voor de gevolgen van vervuiling.

2.2 Sociale bescherming

De levensomstandigheden die in dit deel werden beschreven, worden in belangrijke mate bepaald door het inkomen van mensen. Vele mensen in armoede en bestaansonzekerheid/ in een kwetsbare situatie verwerven hun inkomen via de sociale bescherming. In de overzichtspaper³⁰ sociale bescherming³¹, werden een aantal algemene tendensen beschreven die de sociale bescherming kenmerken. Daaruit blijkt dat veruit de meeste uitkeringen de armoedegrens niet halen. De gevolgen van te moeten overleven met een laag inkomen op het gebruik van zorg wordt in deel 4 beschreven, terwijl de gevolgen van leven met een te laag inkomen zichtbaar worden in de indicatoren die in deel 1 werden beschreven. Hier gaan we dieper in op die onderdelen van de sociale bescherming die de gevolgen van ziekte en ongeval dienen op te vangen. Na een algemene beschrijving in 2.1.1, wordt in 2.2.2 de toename van het aantal arbeidsongeschikten en mensen in invaliditeit - onder meer omwille van mentale gezondheidsproblemen - toegelicht en wordt de activeringspolitiek van mensen in langdurige arbeidsongeschiktheid en invaliditeit besproken.

2.2.1 Gevolgen van ziekte en ongeval op het inkomen

Wie door ziekte niet in staat is te werken, is in een eerste fase vrij goed beschermd tegen loonverlies. Bedienden die langer in dienst zijn dan drie maanden, krijgen gedurende de eerste 30 ziekte-dagen het volledige loon door de werkgever uitbetaald, het **gewaarborgd loon**. Voor bedienden die minder dan 3 maanden in dienst zijn en voor arbeiders, komt het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) sneller tussen. Zij ontvangen de eerste zeven dagen het volledige loon en de volgende zeven dagen 86,93 % van het loon, telkens betaald door de werkgever. Vanaf dag 15 tot dag 30 draagt de werkgever nog 26,93 % van de loonkost, en past het RIZIV 60 % bij.

Duurt de periode van arbeidsongeschiktheid langer, dan valt men terug op een uitkering van de mutualiteit. Een adviserend geneesheer van de mutualiteit gaat dan na of de verzekerde 66 % of meer ongeschikt wordt geacht om te werken, waarna deze tijdens het eerste jaar terechtkomt in **'primaire arbeidsongeschiktheid'**. Gedurende deze periode stemt de (geplafonneerde) uitkering overeen met 60 % van het gederfde salaris. Vanaf de zevende maand is een uitkering voorzien die onder andere variëren naargelang de gezinssituatie (gezinshoofd, alleenstaand, samenwonend).

Bij ziekte en onderbreking van hun activiteit hebben ook zelfstandigen recht op een uitkering, mits ze aan enkele voorwaarden voldoen. Sinds 1 juli 2019 ontvangen zelfstandigen vanaf de eerste ziekte-dag, op voorwaarde dat ze minstens acht dagen arbeidsongeschikt blijven, een forfaitaire dagvergoeding die eveneens afhankelijk is van hun familiale situatie. Tijdens de periode van ziekte of invaliditeit kunnen

29 Morrens, Bert et al. (2014). "Hoe milieuongelijkheid op zich ongelijk kan zijn: blootstelling aan milieuvervuilende stoffen bij buurtbewoners van industriezones", in Daniëlle Dierckx, Jill Coene en Peter Raeymaeckers (red.), *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2014*, Leuven/Den Haag, Acco, p. 229-249.

30 Binnen Re-InVEST.be maakt het Steunpunt tot bestrijding van armoede twee eigen papers op voor elk van de drie thema's (sociale bescherming, wonen en gezondheid). In een eerste overzichtspaper worden de voorbije werkzaamheden van het Steunpunt tot bestrijding van armoede rond een thema voorgesteld. Een tweede dialoogpaper beschrijft de resultaten van het dialoogproces dat rond dat thema werd opgezet. De drie betrokken partners schrijven samen een derde 'integrated paper'.

31 Demonty, F., de Vaal, D., Stroobants, V., Van Hootegem, H. (2020). *Rethinking social protection: a socio-constructivist perspective. Elementen van sociale bescherming op basis van overleg met actoren in de strijd tegen armoede*, Deliverable 1.3.1, Re-InVEST.be. Brussel, Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting.

zelfstandigen daarnaast gelijkstelling wegens ziekte aanvragen, waardoor ze hun sociale rechten behouden zonder sociale bijdragen te moeten betalen.

Na één jaar arbeidsongeschiktheid spreekt men van ‘**invaliditeit**’, waarover de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (GRI) van het RIZIV beslist. De invaliditeitsuitkering stemt overeen met 65 % van het salaris voor invaliden met personen ten laste, 55 % voor alleenstaanden en 40 % voor samenwonenden.

Naast deze invaliditeitsuitkering, kunnen personen wiens verdienvermogen door hun handicap beperkt is tot 1/3 van wat een gezond persoon op de algemene arbeidsmarkt kan verdienen recht hebben op een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT). Afhankelijk van de invloed van hun handicap op hun zelfredzaamheid kunnen personen met een handicap ook recht hebben op een integratietegemoetkoming (IT). Deze tegemoetkomingen worden uitbetaald door de Federale Overheidsdienst voor Sociale Zekerheid, Directie-Generaal voor Personen met een handicap, na erkenning van de handicap.

Tot voor kort werden in de berekening van het bedrag van de IT voor personen met een handicap ook de inkomsten van de partner meegerekend. Deze ‘**prijs van de liefde**’ werd sinds 1 januari 2021 afgeschaft³², waarmee een einde werd gesteld aan een onrechtvaardigheid die in de tweejaarlijkse Verslagen van het Steunpunt tot bestrijding van armoede regelmatig werd aangekaart. Personen met een handicap met dezelfde mate van zelfstandigheid konden zo immers een verschillende toelage ontvangen, afhankelijk van de categorie waartoe zij behoorden en, in voorkomend geval, van het gezinsinkomen. Bovendien dreigden mensen die een IT ontvangen in een afhankelijke positie van hun partner terecht te komen wanneer ze wilden gaan samenwonen. Ondanks deze stap vooruit blijft het statuut van samenwonende in andere regelgevingen – onder meer bij een aantal hierboven beschreven uitkeringen - problematisch. In heel wat situaties bevindt het inkomen van personen met een uitkering zich onder de armoederisicogrens en ondermijnen de lagere bedragen voor samenwonenden de keuzevrijheid (samenwonen, vrienden of familie ontvangen, een volwassen kind thuis houden of terug in huis nemen...).

Deze uitkeringen hebben met elkaar gemeen dat ze geen gelijke tred hebben gehouden met de loonevolutie en dus geleidelijk geërodeerd zijn. Bovendien zien mensen die met arbeidsongeschiktheid worden geconfronteerd hun inkomen niet alleen sterk dalen, of zijn ze omwille van handicap aangewezen op IVT/IT. Bovenop de dagelijkse uitgaven komen ook nog de uitgaven voor geneeskundige verzorging, die zwaar kunnen wegen op het budget. Om dit op te vangen, zijn de uitkeringen dan ook **ontoereikend**. In december 2023 publiceert het Steunpunt tot bestrijding van armoede een tweejaarlijks Verslag dat volledig gewijd is aan de financiële dimensie van armoede.

2.2.2 Arbeidsongeschiktheid en werkhervatting

Er wordt al enige tijd een **toename aan mensen in langdurige arbeidsongeschiktheid** vastgesteld. Eind 2021 telde België 455.996 invaliden (werknemers en werklozen) tegenover 379.908 in 2017. Deze stijging wordt onder andere veroorzaakt door de vergrijzing, maar ook door de toename van psychische en mentale stoornissen en door evoluties op de arbeidsmarkt. Een bijkomende verklaring is het optrekken van de pensioenleeftijd bij vrouwen, waardoor vrouwen langer invalide kunnen blijven of op een meer gevorderde leeftijd in invaliditeit kunnen treden. Ook de evolutie naar een maatschappijmodel waarin tweeverdienergezinnen de norm zijn, waardoor het aantal gerechtigden onderworpen aan de uitkeringsverzekering - en dus vatbaar om in arbeidsongeschiktheid te treden – toeneemt biedt een verklaring. Verder wordt de toename ook verklaard door verschuivingen in ziektebeelden die aanleiding geven tot invaliditeit. De invloed van de arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden op de toename van de invaliditeit is niet meer te negeren, waarbij opvalt dat het aantal invaliden met een psychische of gedragsstoornis aanzienlijk is gestegen. Ook

³² Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2021) *Persbericht: Afschaffing van de « prijs van de liefde » bij de integratietegemoetkoming voor personen met een handicap : een stap in de goede richting*. Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, Brussel.

de toegenomen degressiviteit van de werkloosheidsuitkeringen heeft mogelijk een impact op het aantal arbeidsongeschikten³³. Mensen in armoede klagen het gebrek aan kwaliteitsvolle jobs en de onaangepastheid van de arbeidsmarkt al langer aan. Dit maatschappelijk probleem wordt echter vaak geïndividualiseerd, gemedicaliseerd en afgeschoven op de gezondheidssector.

De statuten van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit zijn niet definitief, maar bestaan in het **perspectief van een werkhervatting**. De aangifte van arbeidsongeschiktheid moet in het eerste jaar strikt opgevolgd worden met voor elke aangifte een begin- en einddatum. Met een laattijdige aangifte verlies je 10% van je uitkering. De adviserend geneesheer evalueert regelmatig de arbeidsongeschiktheid van de betrokkene en geeft al dan niet zijn toelating om zich terug te integreren op de arbeidsmarkt. Hij onderzoekt de restcapaciteiten van arbeidsongeschikten en zal daarbij niet alleen kijken of de arbeidsongeschikte in staat is om naar zijn vorige betrekking terug te keren, maar ook om een ander beroep uit te oefenen dat aansluit bij zijn opleiding. Tijdens de periode van invaliditeit wijst een medische controle van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (RIZIV) uit of de initiële aanvraag of aanvraag tot verlenging van invaliditeit goedgekeurd kan worden.

Uit een studie van het RIZIV blijkt dat tussen 2007 en 2016 het aantal loontrekkenden dat vanwege werkhervatting uit de invaliditeit treedt licht gestegen is van 3,55 % naar 4,29 %. Bij zelfstandigen steeg dit percentage van 3,67 % naar 3,96 %³⁴. Ondanks deze beperkte stijging, treedt dus slechts een kleine minderheid uit de invaliditeit om het werk te hervatten. Vele deelnemers aan het overleg vragen zich dan ook af of de arbeidsmarkt niet steeds minder aangepast is aan steeds meer burgers, en vooral aan de meest kwetsbare en dit ondanks de toegenomen intenties van de overheid, diensten en instellingen om arbeidsongeschikte mensen aan het werk te helpen.

Mensen in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit kunnen zich omwille van allerlei objectieve en subjectieve factoren geremd voelen om weer aan het werk te gaan. De benaming ‘invaliditeit’ wordt als stigmatiserend en definitief ervaren, met weinig opening naar hertewerkstelling. De complexiteit van de regelgeving rond deeltijdse werkhervatting en van de verschillende statuten van arbeidsongeschiktheid zorgt eveneens voor drempels om weer aan de slag te gaan, uit vrees voor de gevolgen als men toch terug ziek zou worden. Wie aan een lager loon terug aan het werk gaat, maar vervolgens opnieuw arbeidsongeschikt wordt, ontvangt immers een uitkering die berekend wordt op dit lagere loon, ook al zijn deze rechten in bepaalde mate beschermd. Wie met een toegelaten activiteit deeltijds aan het werk gaat behoudt immers de oorspronkelijke arbeidsongeschiktheidsperiode, waarbij het oorspronkelijke loon de basis blijft voor de berekening van de uitkering. Wie binnen 14 dagen (eerste jaar) of 3 maanden (na 1 jaar invaliditeit) hervalt krijgt eveneens zijn oorspronkelijke ongeschiktheidsperiode voortgezet. Wie tenslotte minimum 6 maanden arbeidsongeschikt was is bij hervalt beschermd voor het oorspronkelijk gederfde loon tot 24 maanden na werkhervatting. Het gederfde loon van de nieuwe arbeidsongeschiktheid mag dan immers niet lager zijn dan dit van de eerste arbeidsongeschiktheidsperiode. Er dreigt ook een inkomensval omdat men door opnieuw over te gaan naar het statuut van werknemer, ook bepaalde sociale voordelen kan verliezen. Het sociale beschermingssysteem probeert deze val evenwel te vermijden door de net genoemde maatregelen voor werknemers die hervallen na een periode van ziekte of invaliditeit en door bepaalde voordelen een tijdlang te laten doorlopen na werkhervatting. Zo blijft de sociale toeslag voor langdurig zieken en invaliden op de kinderbijslag acht kwartalen gelden na de werkhervatting en indien aan de inkomensvoorwaarden wordt voldaan. Men blijft ook het recht op VT behouden tot na de eerst volgende controle en een stopzetting ervan gebeurt steeds op het einde van het kalenderjaar. Ook de regeling van progressieve tewerkstelling probeert, onder andere door het behoud van het statuut van invalide, aan bovenstaande bekommernissen tegemoet te komen.

Wanneer arbeidsongeschikten het werk niet hervatten binnen de zes maanden verhoogt de kans dat ze langdurig in de invaliditeit terecht komen. Hoe langer men ziek is, hoe meer de arbeidsmarkt evolueert en

33 RIZIV, *Statistieken over de invaliditeit van werknemers en werklozen in 2021*

34 RIZIV (2017). *Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden - loontrekkenden*, Brussel, RIZIV. Dit cijfer is erg globaal en spreekt zich uit over een heterogeen publiek in leeftijd, geslacht, sociale situatie ... en is dus slechts indicatief.

de eigen capaciteiten stagneren, hoe groter de mentale impact is van niet te werken en hoe lager de weerbaarheid om de veranderde arbeidsmarkt het hoofd te bieden³⁵. Bij arbeidsongeschiktheid omwille van psychische stoornissen krijgt deze invaliditeitsval een vicieus karakter. Stoppen met werken lijkt vaak de gemakkelijkste weg uit een stresserende of conflictueuze arbeidssituatie, maar de potentieel nefaste gevolgen van het ziekteverzuim kunnen de mentale gezondheid nog verslechteren³⁶.

Het antwoord van de bevoegde instellingen op de financiële en maatschappelijke uitdagingen die het stijgend aantal invaliden met zich meebrengt is een verhoogde inzet op de socio-professionele re-integratie van arbeidsongeschikten. De federale regering nam in mei 2011 het **Back to work-plan** aan, een combinatie van nieuwe en versterkte initiatieven om vrijwillige en begeleide socio-professionele re-integratie te bevorderen door rechthebbenden de kans te geven om zich opnieuw – gedeeltelijk of volledig – op de arbeidsmarkt te begeven, zonder hun sociale rechten of gezondheidstoestand in gevaar te brengen. Daarbij werd vooral het systeem van de deeltijdse werkhervatting te versoepeld. Deelnemers aan het overleg van het Steunpunt tot bestrijding van armoede formuleerden bij de lancering van dit plan de bezorgdheid dat de uitkeringen aan gelijkaardige voorwaarden verbonden zullen worden als de werkloosheidsuitkeringen, waarvan de degressiviteit reeds een feit is.

In 2022 werd een reeks bijkomende maatregelen goedgekeurd om meer mensen uit langdurige arbeidsongeschiktheid of invaliditeit professioneel te re-integreren. Daarin wordt een meer verplichtende benadering uitgewerkt. Wie langdurig arbeidsongeschikt is, zal verplicht een vragenlijst moeten invullen waarin onder meer gepeild wordt naar mogelijkheden om terug aan het werk te gaan. Wordt hier niet op ingegaan, dan worden tussenkomsten van de adviserend geneesheer en de Terug Naar Werk-coördinator voorzien. Als echter ook niet wordt ingegaan op deze uitnodigingen, dan is een sanctie voorzien van 2,5 % inhouding op de uitkering³⁷.

De bevoegde minister benadrukt dat deze ‘responsabiliserende’ aanpak alleen gericht is op het aanvangen van een traject dat mogelijk naar werkhervatting leidt, niet op al dan niet terug aan het werk gaan. Maar ook dan blijven de vragen die binnen het overleg gesteld werden bij de begeleiding die voorzien werd in het oorspronkelijke *Back to work-plan* relevant, zoals de vrees dat adviserende geneesheren door de activeringslogica te zeer in een controlerende rol terecht zouden komen, of de twijfel of wel voldoende werkgevers bereid zullen zijn mensen met gezondheidsproblemen na een re-integratietraject in aangepaste jobs aan te werven, waardoor arbeidsongeschikten niet terugkeren naar werk, maar naar de werkloosheid.

35 Remacle, Anne et al. (2012). “Langdurige arbeidsongeschiktheid. De levensloop van personen met een langdurige arbeidsongeschiktheid”, *CM-Informatie*, 218, p. 3-13.

36 Donceel, Peter (2011). *Arbidsongeschiktheid evalueren bij psychische aandoeningen: een uitdaging voor de uitkeringsverzekering*, RIZIV symposium, 8 juni 2011.

37 RIZIV (2023). Het “Terug-naar-werktraject” voor arbeidsongeschikte werknemers en werklozen.

3. Toegankelijkheid van de (gezondheids)zorg

3.1 Sociale bescherming en financiële toegankelijkheid van de zorg

3.1.1 Maatregelen om financiële toegankelijkheid van de zorg te verhogen

De sociale zekerheid beschermt via de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU-verzekering) - die sinds de hervorming van 1998 vrijwel universeel is en 99 % van de bevolking dekt³⁸ - mensen niet alleen tegen gevolgen van ziekte en ongeval op het inkomen, maar wil ook de geneeskundige zorg voor zo veel mogelijk mensen toegankelijk maken. Om dat doel te bereiken, wordt voorzien in een vergoeding van de kosten voor een consultatie bij een arts, in een forfaitaire tegemoetkoming bij ziekenhuisopname en in de reeds besproken vergoedingen bij arbeidsongeschiktheid. Het voortdurend heen en weer slingeren tussen het universaliteits- en selectiviteitsbeginsel dat de hele sociale zekerheid kenmerkt, uit zich op een andere manier in de GVU-verzekering. Waar in de tak van de werkloosheid en de pensioenen min of meer begrepen en aanvaard wordt dat er inkomensverschillen bestaan en dat uitkeringen berekend worden in functie van de geleverde sociale bijdragen, wordt het veel minder aanvaard dat gezondheidszorg minder toegankelijk is voor mensen met minder financiële mogelijkheden. De terugbetaling van zorg die in de GVU-verzekering wordt voorzien, in het bijzonder nadat sinds 2008 ook zelfstandigen dezelfde rechten en terugbetalingen hebben als werknemers, garandeert een vrij algemene dekking van de gezondheidszorgen.

Het remgeld of persoonlijk aandeel is het bedrag dat de patiënt uiteindelijk zelf moet betalen als hij naar de dokter gaat, geneesmiddelen koopt of gehospitaliseerd wordt. De regel is dat patiënten hun bezoek bij de dokter eerst betalen voordat ze een gedeelte ervan terugbetaald krijgen via hun ziekenfonds (verzekeringsinstelling of mutualiteit). Voor mensen met een beperkt inkomen is het echter vaak onoverkomelijk de doktersrekening 'voor te schieten'.

De afgelopen jaren werden binnen de gezondheidszorg een aantal belangrijke instrumenten ontwikkeld om de betaalbaarheid van zorg te verhogen voor mensen met een verhoogd risico op armoede of bestaansonzekerheid de afgelopen jaren³⁹. Zo wordt aan mensen die een leefloon, Inkomensgarantie voor Ouderen (IGO) of een toelage voor personen met een handicap ontvangen of die tot een welbepaalde categorie horen, automatisch het recht op de **Verhoogde Tegemoetkoming (VT)** toegekend. Wie geen van deze uitkeringen ontvangt, maar toch een inkomen heeft dat onder een jaarlijks grensbedrag ligt, heeft ook recht op een VT. Zij moeten daarbij wel aanvraag indienen bij het ziekenfonds⁴⁰. Hierdoor kan niet iedereen die aan de gestelde voorwaarden voldoet effectief van de VT genieten. Verenigingen waar armen het woord nemen stellen vast dat er nog steeds mensen zijn die van deze tegemoetkoming niet op de hoogte zijn, die niet weten hoe ze deze moeten bekomen of voor wie de procedures te complex zijn. Sinds 2014 zijn er maatregelen genomen om deze non-take-up te bestrijden, onder andere via de 'proactieve flux' of gegevensuitwisseling. De fiscale administratie bezorgde de verzekeringsinstellingen een lijst van personen die mogelijks in aanmerking komen voor de VT. Deze instellingen contacteerden op hun beurt de potentieel

38 Devos, C. et al. (2019). *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019*, Brussel, Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), KCE Reports 313A. D/2019/10.273/32

39 Léonard, Christian (2006). La protection sociale et les soins de santé dans un contexte historique et international, nr. 225, p. 18-43

40 RIZIV, *Verhoogde tegemoetkoming: betere vergoeding van medische kosten*.

rechthebbenden om het recht eventueel toe te kennen. Het aantal mensen met een VT is hierdoor toegenomen. De VT geeft recht op recht op remgeld van 1 euro bij een huisartsbezoek, mits de patiënt er ook een globaal medisch dossier heeft. Daarnaast gelden lagere ziekenhuistarieven, lager remgeld voor medicijnen en een lagere zorgpremie voor de zorgkas van de Vlaamse Sociale bescherming. Bij een aantal andere maatregelen – die hieronder worden beschreven - geeft de VT ook toegang tot bijkomende maatregelen. Tenslotte wordt op basis van de VT ook tegemoetkomingen toegekend voor niet gezondheidsgerelateerde kosten, zoals voor het openbaar vervoer .

De **(sociale) derdebetalersregeling**⁴¹, waarbij de patiënt alleen het remgeld betaald, probeert hier een antwoord op te bieden. Elke zorgverstrekker kan de derdebetalersregeling toepassen, maar alleen in welbepaalde gevallen is het ook verplicht. Zo moet de huisarts de regeling toepassen voor patiënten met een VT. Voor tandartsen en bandagisten is het verplicht bij bepaalde behandelingen en sinds 1 augustus 2022 geldt het ook voor artsen bij raadpleging op afstand. In andere gevallen blijft het risico dus bestaan dat mensen met een laag inkomen van geneeskundige zorg moeten afzien omdat ze het terugbetaalbaar deel niet kunnen voor schieten.

In het CM-onderzoek naar sociale gezondheidsongelijkheden dat al eerder werd aangehaald, valt op dat huisartsbezoek één van de weinige indicatoren is waarin geen groot verschil naargelang inkomensniveau wordt vastgesteld. Het verschil tussen de rijkste en armste wijken bedraagt amper 5 %. Ook ambulante contacten met specialisten vertonen een beperkt verschil van 8 % tussen het laagste en het hoogste inkomenskwintiel. Dit geldt echter niet voor tandzorg, een vorm van geneeskunde waarin toepassing van de derdebetalersregeling beperkt is, heel wat tandartsen niet aan conventietarief werken en de voorspelbaarheid van de totale kost van een behandeling beperkt is. Mensen uit wijken uit het laagste inkomensdecil hebben 70 % meer kans de afgelopen drie jaar geen contact te hebben gehad met een tandarts.

De **maximumfactuur (MAF)**⁴² wil de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg verhogen door een plafond te bepalen voor de remgelden die gezinnen per jaar voor medische kosten moeten betalen. Er bestaan vier types MAF. Het plafond van de inkomens-MAF hangt af van het belastbaar netto-gezinsinkomen (inkomen van alle personen die op hetzelfde adres gedomicilieerd zijn): hoe hoger het inkomen, hoe hoger het plafond. Rechthebbenden op de VT, hun partner en personen ten laste kunnen genieten van een aanvullende sociale MAF, waarbij het plafond voor het gezin op 450 euro ligt, een bedrag dat wordt geïndexeerd en in 2022 op 506,76 euro ligt⁴³. Daarnaast is er ook een MAF voorzien voor kinderen jonger dan 19 jaar, met een maximumfactuur voor het kind alleen van 650 euro (geïndexeerd bedrag 732,03 euro in 2022) en een MAF voor chronisch zieken waarbij het plafond wordt verminderd met 100 euro (geïndexeerd bedrag 112,62 euro in 2022). Vanaf het ogenblik dat iemands medische kosten het plafondbedrag van dat jaar overstijgen, betaalt het ziekenfonds de verdere kosten maandelijks automatisch terug. Mensen in armoede wijzen echter op enkele tekortkomingen van de maximumfactuur. Voor velen ligt het plafond te hoog. Ook het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) stelt vast dat één op tien van de gezinnen (vooral chronische zieken en psychiatrische patiënten), ondanks de maximumfactuur, meer dan vijf tot tien procent van hun inkomen betalen aan remgelden⁴⁴. Dat komt onder andere omdat enkel terugbetaalbare prestaties en geneesmiddelen in aanmerking komen voor de MAF.

De **forfaitaire gezondheidszorg** wordt toegepast tussen de medische huizen (in Vlaanderen wijkgezondheidscentra genoemd, ook de praktijken van Geneeskunde voor het volk behoren ertoe), de patiënt en de ziekenfondsen. In plaats van de arts te vergoeden per geleverde prestatie (prestatiegeneeskunde), ontvangt het wijkgezondheidscentrum per ingeschreven (en verzekerde) patiënt een forfaitair bedrag (het gemiddelde dat het (RIZIV) per jaar per patiënt uitgeeft, gecorrigeerd rekening

41 RIZIV, *De derdebetalersregeling voor de individuele zorgverlener*.

42 RIZIV, *De maximumfactuur (MAF) houdt medische kosten binnen de perken*.

43 RIZIV, *Maximumfactuur, inkomensschijven, plafonds*.

44 Schokkaert, Erik et al. (2008). *Evaluatie van de effecten van de maximumfactuur op de consumptie en financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg*. Equity and patient behaviour (EPB), Brussel, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

houdend met het profiel van de patiëntenpopulatie van het wijkgezondheidscentrum). Dit forfait dekt het remgeld waardoor de patiënt niet hoeft te betalen voor de ontvangen zorg. Voor technische prestaties wordt het derdebetalersstelsel toegepast en betalen patiënten alleen het remgeld. In 2019 werd ongeveer 4,2 % van de Belgische bevolking in dit stelsel verzorgd, zij het met grote regionale verschillen: in Vlaanderen gaat het om 2,2 % van de patiënten in Wallonië en Brussel om respectievelijk om 4,6 % en 14,7 %⁴⁵. Het CM-onderzoek toont hoe de wijkgezondheidscentra meer patiënten uit arme wijken telt, met een verschil van 500 % tussen patiënten uit wijken met het hoogste en laagste inkomensdecil.

Ondanks deze maatregelen, zien mensen met een laag inkomen zich nog al te vaak verplicht **zorg uit te stellen om financiële redenen**. Volgens de Gezondheidsenquête⁴⁶ vindt in het laagste inkomenskwintiel 16 % van de gezinnen de uitgaven voor gezondheidszorgen zwaar om te dragen, tegenover 2,4 % in het hoogste inkomenskwintiel. 8,6 % van de gezinnen in het laagste inkomenskwintiel stelt medische consumptie uit omwille van de kostprijs, een percentage dat in het hoogste kwintiel zakt naar 0,8 %. Recente cijfers voor Wallonië en Brussel tonen dat 39,8 % van de bevolking verklaart minstens één keer zorg te hebben uitgesteld om financiële redenen terwijl ze die zorg nodig hadden⁴⁷. Ondanks verschillen in deze cijfers, omwille van de manier waarop het uitstel van zorg bevestigd en berekend werd, is duidelijk sprake van een onderconsumptie van medische zorg door mensen uit kwetsbare groepen. Het vooroordeel dat mensen in armoede het gezondheidssysteem zouden misbruiken, wordt daarmee tegengesproken⁴⁸. Voor vele mensen weegt de kost van gezondheidszorg zelfs zo zwaar dat ze gezondheidszorgschulden maken. Mensen die in 2018 in Vlaanderen een dossier opstartten voor steun bij het aanpakken van schulden of budgetproblemen kampten in de eerste plaats met energieschulden (57,49 %), gevolgd door gezondheidszorgschulden (48,27 %)⁴⁹. In 53 % van de dossiers behandeld door de diensten schuldbemiddeling in Wallonië in 2017 was er sprake van gezondheidszorgschulden, in het bijzonder ziekenhuisrekeningen⁵⁰.

3.1.2 De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

De quasi universele dekking van de GVV-verzekering maakt dat België in theorie geen probleem kent met toegang tot de gezondheidszorg. In realiteit kan echter niet iedereen al zijn rechten realiseren (bijvoorbeeld op de VT), ondanks het feit dat ze verzekerd zijn. Bovendien is **niet iedereen in orde met de verplichte ziekteverzekering**. Om verzekerd te zijn, moet iedereen zich inschrijven bij een ziekenfonds naar keuze. Deze inschrijving is gratis bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) omdat deze geen aanvullende diensten aanbiedt. De HZIV laat – met akkoord van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) - soms toe dat het OCMW cliënten inschrijft in hun naam om het hen administratief makkelijker te maken. De andere mutualiteiten vragen een bijkomende ledenbijdrage in ruil voor extra diensten. Wanneer mensen hun sociale of ledenbijdragen niet kunnen betalen of wanneer ze administratief niet in orde zijn, kunnen ze worden uitgesloten van de verplichte verzekering. In dit geval kunnen ze zich wenden tot het OCMW of de Dienst Maatschappelijk Werk van de mutualiteit om zich (opnieuw) in orde te brengen. Verenigingen waar armen het woord nemen stellen echter vast dat veel mensen onvoldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden mensen zonder ziekteverzekering in regel te stellen, wat leidt tot non-take-up. Mutualiteiten en andere organisaties, zoals Dokters van de Wereld,

45 Intermutualistisch Agentschap. [Huisartscontacten in België](#).

46 Tafforeau, Jean, et al. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Subjectieve gezondheid*. Brussel, Sciensano.

47 Solidaris (2019). *Enquête Solidaris : le report des soins de santé*.

48 Robert, Anaïs (2018). "Il est impossible de généraliser le tiers payant, les pauvres en abuseraient" in Le Forum-Bruxelles contre les inégalités, *Pauvrophobie, petite encyclopédie des idées reçues sur la pauvreté*, p. 207-210.

49 SAMVZW (2019). *Cijfers- en profielgegevens van de Vlaamse huishoudens in budget- en/of schuldhulpverlening anno 2018: Onderzoeksrapport*. Brussel, Sam, Steunpunt Mens en Samenleving.

50 Observatorium Krediet en Schuldenlast (2017). *Prévention et traitement du surendettement en Wallonie: Rapport d'évaluation Année 2019-2020*. Observatorium Krediet en Schuldenlast, Charleroi. Er zijn geen cijfers beschikbaar voor Brussel.

proberen mensen die om allerlei redenen moeilijk toegang hebben tot zorg te (her)integreren in het Belgische zorgsysteem, maar stuiten daarbij op tekorten in middelen en personeel⁵¹. Ook wordt aangekaart dat de dekking voor medicijnen, tandheelkundige zorg, geestelijke gezondheidszorg en andere diensten door de verplichte ziekteverzekering onvoldoende is. Gezondheidsorganisaties wijzen erop dat ook mensen die niet in armoede leven meer en meer zorg uitstellen, bijvoorbeeld tandzorg, omdat het niet wordt terugbetaald en dus financieel niet haalbaar is⁵². Dat wordt ook bevestigd door de CM-studie. Enerzijds blijkt 26 % van de leden van de CM de afgelopen drie jaar geen tandzorg heeft ontvangen, wat de hoogdrempeligheid van tandzorg aantoont. Bovendien is er een sterke sociale gradiënt, mensen die in de 10 % armste wijken wonen hebben 70 % meer kans dan bewoners van de rijkste wijken om het de afgelopen drie jaar zonder te hebben moeten stellen.

Bovendien hebben mensen zonder wettig verblijf, die dus niet zijn ingeschreven in het Rijksregister, geen toegang tot de verplichte ziekteverzekering. Voor hen is de toegang tot gezondheidszorg voorzien via de **dringende medische hulp** (DMH) van het OCMW^{53, 54}. De naam ‘dringend’ van deze procedure is misleidend, daar de hulp zowel curatief als preventief kan zijn, ambulante of in een hospitaal. Mensen zonder wettig verblijf moeten zich richten tot het OCMW op wiens grondgebied ze verblijven en meewerken aan een sociaal onderzoek. Op basis van een vastgestelde behoefte en een attest van DMH opgesteld door een arts, komt het OCMW tussen in hun gezondheidskosten, ook voor een verblijf en behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis. In de praktijk wordt toegang tot DMH door allerlei factoren bemoeilijkt: de drempel om naar het OCMW te stappen, door de diversiteit aan interpretaties van DMH waardoor mensen niet geholpen worden wanneer ze geen dringend of levensbedreigend probleem hebben, door de discretionaire ruimte die OCMW’s en sociaal werkers hebben om gebruik te maken van middelen om te werken met o.a. medische kaarten – waarmee je niet langer voor alle verstrekkingen en geneesmiddelen aan het OCMW de toestemming moet vragen - of door de eigen middelen waarover OCMW’s al dan niet beschikken om tussen te komen in medische of farmaceutische kosten die niet kunnen worden teruggevorderd van de federale overheid⁵⁵.

Ook de **fysieke toegankelijkheid** van zorgverstrekkers kan, door allerlei factoren, de toegang tot de zorg bemoeilijken. Verenigingen waar armen het woord nemen wijzen erop dat hun leden niet steeds een (geconventioneerde) huisarts in de buurt vinden of één die gemakkelijk bereikbaar is met het openbaar vervoer, dat artsen steeds minder huisbezoeken afleggen zonder alternatief voor mensen met mobiliteitsproblemen, dat het werken met (digitaal te maken) afspraken een extra drempel opwerkt, dat er wachtlijsten zijn om een afspraak bij een specialist te maken enzovoort. In het algemeen blijft ook de toegang tot het ziekenhuis voor mensen in armoede erg moeilijk. Soms wordt hen zorg, zelfs eerste hulp, onzegd. Volgens deelnemers aan het overleg bellen ziekenhuizen soms eerst naar het OCMW om te horen of er financiële middelen zijn voor de betaling van de factuur vooraleer iemand te helpen, wordt zorg soms geweigerd aan patiënten die geen geld hebben en wordt de toegang tot een ziekenhuis geweigerd voor mensen zonder ziekteverzekering. Daarnaast hadden ze het gevoel dat ze in sommige ziekenhuizen niet als volwaardig patiënt werden beschouwd.

51 Dokters van de Wereld: *COZO. Centrum voor Onthaal, Zorg en Oriëntatie*. Zie ook : Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2014). *Rôle de la carte médicale et des maisons médicales dans l'accès aux soins des personnes pauvres et précarisées*.

52 Campagne: *Dokters van de Wereld strijdt tegen groeiende zorgkloof en zorguitstel*.

53 Koninklijk Besluit van 12 december 1996 betreffende Dringende Medische Hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven, *Belgisch Staatsblad*, 31 januari 1996

54 In de rubriek 'rechtspraak' op de website van het Steunpunt tot bestrijding van armoede zijn ook beslissingen terug te vinden over de Dringende Medische Hulp.

55 Zie ook: Myria (2016). *Vreemdeling zijn in België in 2016*. MyriaDocs#2.

3.2 De kloof tussen (gezondheids)zorg en de leefwereld van mensen in armoede

De gezondheidskloof die we hierboven beschreven, uit zich ook in een zorgkloof. We merkten al op dat financiële en andere drempels uitstel van zorg kunnen veroorzaken, maar de toegankelijkheid van de zorg wordt ook beperkt door andere oorzaken. In het overleg in het kader van het tweejaarlijks Verslag 'Duurzaamheid en armoede', wijzen deelnemers erop dat de **kennis van zorgverstrekkers** samenhangt met hun sociale achtergrond en levenservaring en dat deze niet noodzakelijk begrip voor armoedesituaties met zich meebrengt, een vaststelling die ook al werd gedaan in het eerste tweejaarlijkse Verslag van het Steunpunt tot bestrijding van armoede in 2001⁵⁶. Verschillende armoedeorganisaties pleiten dan ook voor een sterkere samenwerking tussen zorgverstrekkers en hulpverleners enerzijds en organisaties en verenigingen die sociale expertise kunnen binnenbrengen anderzijds, om zo voor gevoeligheid te zorgen voor de drempels die kwetsbare groepen ervaren en gezond leven voor iedereen mogelijk te maken⁵⁷.

Wat betreft mentale gezondheid, vormt het risico op **psychiatisering** van het sociale een specifiek gevaar binnen hulpverlenings- en zorgrelaties. Deze tendens - waarbij problemen, gevoelens en gedragingen van mensen, die eigenlijk binnen 'het normale' vallen, pathologisch worden geduid en behandeld⁵⁸ - heeft zware gevolgen voor mensen in armoede: ze hebben geen verweer meer. Hun opstandigheid en ontmoediging worden beschouwd als individuele 'gemoedswisselingen'. Het sociale, culturele en economische probleem wordt verstopt achter een medische diagnose⁵⁹. De psychiatisering van de armoede lijkt een proces te zijn dat gebonden is aan de levensomstandigheden van mensen die niet 'geneesbaar' worden geacht na enkele behandelingen. Dit proces kan ongenueanceerd als volgt beschreven worden. Een medische behandeling heeft soms niet de gewenste resultaten vanwege de moeilijke leefomstandigheden van de patiënt. Dat kan de relatie tussen patiënt en zorgverstrekker verstoren. De patiënt voelt zich niet begrepen of in de steek gelaten en begint de arts te wantrouwen. Het kan leiden tot een weigerachtige houding tegenover de behandeling, waardoor de arts het gedrag van zijn patiënt hoe langer hoe meer als onsamenhangend, abnormaal en pathologisch ervaart met mogelijk zelfs doorverwijzing naar de psychiatrie als gevolg.

Een andere mogelijkheid is dat de behandeling wordt opgedreven, meer medicatie wordt voorgeschreven en afhankelijkheid en verslaving dreigt te ontstaan. Mensen in armoede kaarten aan dat ze met de vinger worden gewezen over hun gezondheidstoestand, zonder dat er met de oorsprong van hun probleem rekening wordt gehouden. Onzekerheid over bestaansmiddelen, angst en een laag zelfbeeld zijn belangrijke stressfactoren die de gezondheid beïnvloeden. Bovendien kunnen de meeste gedragingen waarvan deze mensen beschuldigd worden, gezien worden als een poging om om te gaan met de problemen waarmee ze geconfronteerd worden.

In de interviews die het Steunpunt tot bestrijding van armoede afnam bij verenigingen waar armen het woord nemen, werd ook gewezen op het omgekeerde proces, wat de 'socialisering' van medische problemen wordt genoemd. Mensen die in armoede leven hebben daarbij het gevoel dat hun medische klachten te snel beschouwd worden als gevolgen van hun moeilijke levensomstandigheden, waardoor ze niet voldoende of de juiste psychische zorg krijgen: *"Ik heb bij de dokter en het CAW heel lang geboord 'het komt wel goed, ge hebt al veel meegemaakt'. Ze vonden het niet nodig naar een psycholoog te gaan."*

56 Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2001). *In dialoog, zes jaar na het Algemeen Verslag over de Armoede (Verslag juni 2001)*, Brussel, Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding.

57 Zie bijvoorbeeld: *La Louvière et manage : une expérience locale de mise en réseau d'acteurs sociaux et de médecins généralistes*.

58 De Wachter, Dirk (2013). "Mensen weten niet meer wie ze zijn" in Yvo Nuyens en Hugo De Ridder, *Dokter, ik heb ook iets te zeggen*, Leuven, Lannoocampus, p. 132-141.

59 Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2005). *Discussienota. Het recht op bescherming van de gezondheid 10 jaar na het Algemeen Verslag over de Armoede*, Brussel, Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, p. 9 en *Santé conjuguee*, april 1999, nr. 8, p. 28.

3.3 De rol van verenigingen waar armen het woord nemen

Een opvallende vaststelling uit de interviews rond mentale gezondheid is de grote rol die **verenigingen waar armen het woord nemen, net als gelijkaardige laagdrempelige basisinitiatieven**, spelen in het bevorderen van het mentale welzijn van mensen die er over de vloer komen. Verenigingen zijn in de eerste plaats een veilige en laagdrempelige ontmoetingsplek voor mensen in armoede, een plek waar ze rust kunnen vinden en zichzelf kunnen zijn. De verenigingen letten er ook op zo toegankelijk mogelijk te zijn: *“De vereniging is ontstaan als een plek waar mensen met rust gelaten konden worden. Iedereen was welkom en namen werden niet gevraagd. Op een bepaald moment tijdens de Corona-crisis was het verplicht namen van bezoekers te noteren. Dat stond haaks op de werking, maar het was belangrijk om open te kunnen blijven. De nood was groot en mensen konden nergens anders naartoe. De regels moesten dus gevolgd worden, maar dat schrikte mensen ook af”*. Mensen vinden er een omgeving die begrijpt wat armoede is, waar outreachend en aanklampend gewerkt wordt en waar hun eigen ritme gerespecteerd wordt: *“Hier mag je zijn wie je wil. Het is laagdrempelig. Hier ben je niet alleen. Hier heb je een thuisgevoel. Hier krijg je vertrouwen, ze laten je voelen dat je iets kan betekenen. Hier luisteren ze echt naar jou. Hier kan je altijd terecht. En vind je ook mensen die dezelfde ervaring hebben.”* Zowel werkers, vrijwilligers en lotgenoten nemen deze rol op. Dankzij de persoonlijke en armoedegevoelige aanpak van de verenigingen waar armen het woord nemen, vormen ze vaak een opstap naar andere diensten, in het bijzonder voor wie nood heeft aan een motiverende en aanklampende begeleiding. Maar de laagdrempeligheid zorgt ook dat de druk op de werking toeneemt. Zo signaleren verenigingen waar armen het woord nemen dat er een hogere instroom is van mensen die kampen met psychologische problemen, net als mensen die door de recente (COVID-19-, energie- en koopkracht-)crisis getroffen werden⁶⁰. Zowel vrijwilligers als professionele krachten vrezen te veel in de rol van hulpverlener terecht te komen, zonder daarvoor de nodige achtergrond te hebben: *“Er is soms maar een dunne grens tussen vrijwilliger in de vereniging en hulpverlener. Mensen komen met allerlei, soms heel concrete vragen (vervoer, geld, afspraak maken...) zodat je als vrijwilliger in hun verhaal wordt meegezogen en er soms heel nauw bij betrokken raakt. Zo is de verslaafde en gewelddadige dochter van een mevrouw opgenomen kunnen worden doordat de vereniging contact heeft opgenomen met een huisarts, maar die stelde wel als voorwaarde dat de vereniging zou instaan bij de opvolging na ontslag”*. Gezien de cruciale rol van deze initiatieven, is het van groot belang het beleid organisaties die op een laagdrempelige manier contact hebben met precare groepen voldoende financiert, ondersteunt en met hen samenwerkt.

60 Netwerk tegen Armoede (2023). *Sociale rechtvaardigheid onder druk door hardnekkig hoge armoedecijfers in België*.

4. Voorwaarden voor een betere effectiviteit van het recht op bescherming van gezondheid

Om een betere effectiviteit van het recht op bescherming van de gezondheid te garanderen, is het van groot belang om hulpverlenings- en zorgtrajecten te baseren op een aantal principes die binnen de werkzaamheden van het Steunpunt tot bestrijding van armoede door mensen in armoede in kaart werden gebracht⁶¹. Deze principes kwamen ook naar voren uit de interviews die over mentale gezondheid werden afgenomen, waarbij werd vastgesteld dat de Verenigingen waar armen het woord nemen en vergelijkbare initiatieven sterk werken volgens onderstaande principes (zie 3.3).

Ten eerste wordt gepleit voor een **allesomvattende benadering**. De problemen waarmee mensen in armoede worden geconfronteerd, zijn zodanig groot dat ze een effectieve uitoefening van het recht op gezondheid in de weg staan, zolang hun levensomstandigheden niet veranderen. Een allesomvattende, transversale benadering vergt een specifieke organisatie van de competenties van alle betrokken partijen, van de diensten en van de rol die ze kunnen spelen.

Daarnaast wordt gewezen op het belang van een **emancipatorische benadering**. Volgens mensen in armoede bieden hun levensomstandigheden en hun omgeving hen het vermogen te weinig om een leven als zelfstandige en verantwoordelijke burger te leiden. Ze lijken weinig of geen vat meer te hebben op hun leven. Zoals een deelnemer aan de interviews het uitdrukte: *“Als je hulp gaat vragen, moet je je volledig overgeven, je kan niet meer zelf beslissen, proberen en ondernemen, ze beslissen voor jou, ze doen alles voor jou. Dat kon ik niet aanvaarden, 100% overgeven, dat gaat niet, dan ga ik kapot. Het is belangrijk om een keuze te hebben en mee te mogen beslissen wat het beste is. Zij weten niet wat er bij mij vanbinnen zit”*. De organisatie van de samenleving en de toenemende eisen in verschillende reglementeringen, maken handelingen die voorheen vanzelfsprekend waren en die nuttig zijn bij het leren van vaardigheden, erg moeilijk. Door emancipatorisch te werken, kunnen mensen in armoede zelf hun leven weer in handen nemen. Dit is een proces dat tijd vraagt, waarbij het belangrijk is zo veel mogelijk kansen te bieden om stappen te zetten.

Omdat iemands gezondheidstoestand het resultaat is van alles wat die persoon in zijn leven heeft meegemaakt, richten hulpverlenings- en zorgtrajecten zich bij voorkeur op de **volledige levensloop**. Sociale en hygiënische risico's stapelen zich niet alleen op, ze versterken elkaar ook onderling. Hoe eerder men ingrijpt, hoe groter de kans om mogelijke gevolgen van levensomstandigheden of gedragingen onder controle te krijgen.

Dit alles betekent niet dat mensen in armoede vragende partij zijn om vanuit doelgroepgerichte acties benaderd te worden, omdat zo'n gerichte aanpak stigmatiserend kan werken. Mensen in armoede verkiezen een universele aanpak die het recht op gezondheid voor iedereen realiseert. Zo niet vrezende ze een gezondheidssysteem met twee verschillende snelheden. De vraag stelt zich echter of deze manier van werken niet dreigt voorbij te gaan aan bepaalde specifieke problemen van mensen. **'Proportioneel'** of **'progressief universalisme'** biedt een uitweg uit dit dilemma. Het gaat daarbij om universele programma's, diensten en beleid, waarvan de schaal en intensiteit is aangepast aan de mate van kwetsbaarheid of achterstelling van groepen en mensen. Via specifieke begeleiding en ervaring van gezondheidswerkers kan er ingespeeld

⁶¹ Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2015). *Publieke diensten en armoede. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie. Tweejaarlijks Verslag 2014-2015*. Brussel, Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, p.111-114.

worden op de verschillende behoeften van mensen die variëren volgens de sociale gradiënt⁶². Ook mensen in armoede beamen dat specifieke maatregelen voor bepaalde doelgroepen en voor erg kwetsbare personen moeten kunnen, op basis van een aantal criteria zoals de leeftijd, sociaaleconomische omstandigheden en fysieke kenmerken.

Tenslotte wordt **participatie** als een cruciaal element gezien van hulpverlenings- en zorgtrajecten, zowel op individueel als collectief niveau. Zo werd hierboven, op basis van de afgenomen interviews over mentale gezondheid, al vermeld op een gelijkwaardige manier betrokken worden bij het eigen zorgtraject een cruciale factor is voor het welslagen ervan. Maar ook bij de ontwikkeling van projecten en acties moet participatie van de doelgroep *“één van de grondslagen zijn om sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid terug te dringen. Het is de manier om doelmatigheid en ethiek met elkaar te rijmen”*⁶³. Een participatief proces kan echter niet haastig opgezet worden, maar vereist een degelijke methodiek, zeker voor organisaties die weinig of niet vertrouwd zijn met participatieve processen of voor mensen die vaak over het hoofd worden gezien wanneer participatie wordt georganiseerd, wat vaak het geval is voor mensen in armoede. Er moet ook rekening gehouden worden met de problemen van mensen, onder andere op het vlak van zelfvertrouwen, door hun ervaring als echte kennis te erkennen, even waardevol als die van de gezondheidswerkers. Ook collectieve acties en acties gericht naar het beleid zijn nodig, waarbij lokale, participatief uitgewerkte bottom-upwerkingen kunnen leiden tot beleidsbeslissingen die een verbetering van de levensomstandigheden realiseren. Participatie wordt zo een instrument voor sociale verandering.

Deze principes sluiten sterk aan bij het theoretische raamwerk waarop het Re-InVEST.be-onderzoek zich baseert en waarin armoede eveneens als een multidimensionale problematiek wordt benaderd. Een zorgtraject dat zich baseert op bovenstaande principes, laat ook handelen toe dat ingrijpt op de drie elementen die vanuit een *capabilities*-benadering aan de basis van armoedesituaties kunnen liggen: een gebrek aan middelen, een gebrek aan conversiefactoren om de middelen die er wel zijn in te zetten en een gebrek aan mogelijkheden om zelf keuzes te maken.

⁶² Vereniging van wijkgezondheidscentra, Netwerk tegen Armoede en ViGEZ (2015). *Hoe de socio-economische gezondheidskloof dichten? Het 'proportioneel universalisme' als strategie voor de aanpak van de toenemende gezondheidsongelijkheid*, visietekst.

⁶³ Conseil supérieur de promotion de la santé (2011). *La réduction des inégalités sociales de santé, un défi pour la promotion de la santé*, Brussel, CSPS,

Bibliography

- ATD Vierde Wereld, Vereniging van Belgische Steden en Gemeenten (afdeling Maatschappelijk Welzijn), Koning Boudewijnstichting (1994). Algemeen Verslag over de Armoede, Brussel, Koning Boudewijnstichting.
- Avalosse, Hervé et al. (2022). "Ongelijkheid in gezondheid", *Gezondheid en Samenleving*, jaargang 2022, nr. 4, Beck, Olivier et al.(red.) (2012). *Rapport over de staat van de natuur in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, Brussel*, Brussels Instituut voor Milieubeheer.
- Be thuis, Be.Brussel: *Parken en groen*.
- Campagne: *Dokters van de Wereld strijdt tegen groeiende zorgkloof en zorguitstel*.
- Cant, J. (2019). *Food inaccessibility in Flanders: Identifying spatial mismatches between retail and residential patterns*, Antwerpen, Universiteit Antwerpen.
- Charafeddine, Rana et al. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven*, Brussel, Sciensano.
- Conseil supérieur de la promotion de la santé (2011). *La réduction des inégalités sociales de santé, un défi pour la promotion de la santé*, Brussel, CSPA.
- De Beule, Sarah (2016). *Wat is nodig om mensen in armoede in Gent naar de groenpolen te leiden en wat zijn de voordelen ervan?*, Gent, Arteveldehogeschool.
- Demarest Stefaan et al. (2019), *Gezondheidsenquête 2018: Langdurige beperkingen*, Brussel, Sciensano.
- Demonty, F., de Vaal, D., Stroobants, V., Van Hootegem, H. (2020). *Rethinking social protection: a socio-constructivist perspective. Elementen van sociale bescherming op basis van overleg met actoren in de strijd tegen armoede*, Deliverable 1.3.1, Re-InVEST.be. Brussel, Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting.
- Demonty, F., de Vaal, D., Stroobants, V., Van Hootegem, H. (2021). *Logement : une approche socio-constructiviste. Eléments autour de la question du logement sur la base de concertations avec les acteurs de la lutte contre la pauvreté*, Deliverable D2.3.1, Re-InVEST.be. Brussel, Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting.
- Devos, C. et al. (2019). *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019*, Brussel, Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), KCE Reports 313A. D/2019/10.273/32
- De Wachter, Dirk (2013). "Mensen weten niet meer wie ze zijn" in Yvo Nuyens en Hugo De Ridder, *Dokter, ik heb ook iets te zeggen*, Leuven, Lannoo-campus.
- Dokters van de Wereld: *COZO, Centrum voor Onthaal, Zorg en Oriëntatie*
- Donceel, Peter (2011). *Arbeidsongeschiktheid evalueren bij psychische aandoeningen: een uitdaging voor de uitkeringsverzekering*, RIZIV symposium, 8 juni 2011.
- Donkin, Angela (2017). *Health Inequity: the Social determinants of health and Collective Impact: Making the case for investment in prevention*, Londen, Institute of Health Equity.
- Federale regering (2020). *Regeerakkoord*.
- Gisle, Lydia, Drieskens, Sabine, Demarest, Stefan, Van der Heyden, Johan, (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Geestelijke gezondheid*, Brussel, Sciensano.
- Giskes, K. Van Lenthe, F. en Avendo-Pabon, J. (2011). "A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: are we getting closer to understanding obesogenic environments?" *Obesity Reviews*, vol. 12, nr. 501. Intermutualistisch Agentschap. *Huisartsencontacten in België*.
- IWEPS, L'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux (ISADF) : ISADF - ENVIRONNEMENT - Proximité à un espace non artificialisé d'au moins 5 ha.
- Koninklijk Besluit van 12 december 1996 betreffende Dringende Medische Hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven, *Belgisch Staatsblad*, 31 januari 1996
- La Louvière et manage : une expérience locale de mise en réseau d'acteurs sociaux et de médecins généralistes*.
- Léonard, Christian (2006). La protection sociale et les soins de santé dans un contexte historique et international, nr. 225.
- Morrens, Bert et al. (2014). "Hoe milieuongelijkheid op zich ongelijk kan zijn: blootstelling aan milieuvervuilende stoffen bij buurtbewoners van industriezones", in Danielle Dierckx, Jill Coene en Peter Raeymaeckers (red.), *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2014*, Leuven/Den Haag, Acco.
- Myria (2016). *Vreemdeling zijn in België in 2016*. MyriaDocs#2.
- Netwerk tegen Armoede (2023). *Sociale rechtvaardigheid onder druk door hardnekkig hoge armoedecijfers in België*.
- Observatorium Krediet en Schuldenlast (2017). *Prévention et traitement du surendettement en Wallonie: Rapport d'évaluation Année 2019-2020*, Observatorium Krediet en Schuldenlast, Charleroi. Er zijn geen cijfers beschikbaar voor Brussel.
- Prüss-Üstün, A. en C. Corvalán (2007). *Prévenir la maladie grâce à un environnement sain. Une estimation de la charge de morbidité imputable à l'environnement*, Werelgezondheidsorganisatie.

Remacle, Anne et al. (2012). "Langdurige arbeidsongeschiktheid. De levensloop van personen met een langdurige arbeidsongeschiktheid", *CM-Informatie*, 218.

Renard François, et al. (2019), "Evolution of educational inequalities in life and health expectancies at 25 years in Belgium between 2001 and 2011: a census-based study", *Archives of Public Health*, nr.77, p.6.

Ridley, Matthew et al. (2020) "Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms", *Science*, Vol. 370, nr. 6522.

RIZIV, De derdebetalersregeling voor de individuele zorgverlener.

RIZIV, De maximumfactuur (MAF) houdt medische kosten binnen de perken.

RIZIV, Maximumfactuur, inkomensschijven, plafonds.

RIZIV, Statistieken over de invaliditeit van werknemers en werklozen in 2021

RIZIV, Verhoogde tegemoetkoming: betere vergoeding van medische kosten.

RIZIV (2017). Verklarende factoren met betrekking tot de stijging van het aantal invaliden - loontrekkenden, Brussel, RIZIV.

RIZIV (2023). Het "Terug-naar-werktraject" voor arbeidsongeschikte werknemers en werklozen.

Robert, Anais (2018). "Il est impossible de généraliser le tiers payant, les pauvres en abuseraient" in *Le Forum-Bruxelles contre les inégalités, Pauvrophobie, petite encyclopédie des idées reçues sur la pauvreté*,

SAMVZW (2019). Cijfers- en profielgegevens van de Vlaamse huishoudens in budget- en/of schuldhulpverlening anno 2018 : Onderzoeksrapport, Brussel, Sam, Steunpunt Mens en Samenleving.

Schokkaert, Erik et al. (2008). Evaluatie van de effecten van de maximumfactuur op de consumptie en financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg. Equity and patient behaviour (EPB), Brussel, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

Santé conjugée, april 1999, nr. 8.

Smet, Vincent, Cant, Jeroen en Vandevijvere, Stefanie (2023). Naar gezonde voedselomgevingen in Vlaamse buurten. Voedselwoestijnen en voedselmoerassen onder de loep, Sciensano, Brussel.

Solidaris (2019). Enquête Solidaris : le report des soins de santé

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2001). In dialoog, zes jaar na het Algemeen Verslag over de Armoede (Verslag juni 2001), Brussel, Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding.

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2005). Discussienota. Het recht op bescherming van de gezondheid 10 jaar na het Algemeen Verslag over de Armoede. Brussel, Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding.

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2013). Sociale bescherming en armoede, Brussel, Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding.

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2014). Rôle de la carte médicale et des maisons médicales dans l'accès aux soins des personnes pauvres et précarisées.

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2015). Publieke diensten en armoede. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie. Tweejaarlijks Verslag 2014-2015, Brussel, Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting.

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2019). Duurzaamheid en armoede. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie. Tweejaarlijks Verslag 2018-2019, Brussel, Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting.

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2021) Persbericht: Afschaffing van de « prijs van de liefde » bij de integratietegemoetkoming voor personen met een handicap : een stap in de goede richting. Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, Brussel.

Tafforeau, Jean, et al. (2019), Gezondheidsenquête 2018: Subjectieve gezondheid, Brussel, Sciensano.

van Baar, J., Bos, N., Kramer, J., Shields-Zeeman, L. (2022). Sociale determinanten van mentale gezondheid: Een kennissynthese. Trimbos-instituut, Utrecht, Nederland.

Van der Heyden, Johan (2019), Gezondheidsenquête 2018: Chronische ziekten en aandoeningen, Brussel, Sciensano.

Van der Heyden, Johan et al. (2019), Gezondheidsenquête 2018: gezondheid en kwaliteit van leven. Samenvatting van de resultaten. Brussel, Sciensano.

Van Meerbeek, Piet (red.) (2014). Eindrapport Ronde Tafel 'Sociale impact van stedelijk groen', Brussel, BRAL vzw.

Vereniging van wijkgezondheidscentra, Netwerk tegen Armoede en ViGEZ (2015). Hoe de socio-economische gezondheidskloof dichten? Het 'proportioneel universalisme' als strategie voor de aanpak van de toenemende gezondheidsongelijkheid, visietekst.

World Health Organization (2001). The World Health Report 2001: Mental Health : New Understanding, New Hope. Genève, Zwitserland, World Health Organization.

Re-InVEST.be - Rebuilding an Inclusive, Value-based Europe of Solidarity and Trust through Social Investments

The purpose of Re-InVEST.be is to re-frame the main federal anti-poverty policies and instruments from a remedial into a proactive mode – from a ‘survival’ to a sustainable and inclusive perspective, and to uncover open and hidden discrimination processes that risk ‘locking in’ some population groups into persistent poverty. Social inclusion is re-examined from an innovative, social investment perspective, with a particular focus on the interactions between social protection, housing and health

Co-ordinator

Ides Nicaise (HIVA-KU Leuven)



RESEARCH INSTITUTE FOR
WORK AND SOCIETY

Partners

HIVA-KU Leuven • HIVA-Research Institute for Work and Society, Katholieke Universiteit Leuven • Belgium
Combat Poverty, Insecurity and Social Exclusion Service • Belgium

CrIDIS • Centre de recherches interdisciplinaires Démocratie, Institutions, Subjectivité, Université catholique de Louvain • Belgium



Steunpunt tot bestrijding van armoede,
bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting

Service de lutte contre la pauvreté,
la précarité et l'exclusion sociale

Combat Poverty, Insecurity and Social
Exclusion Service

