

# RECHT OP BESCHERMING VAN DE GEZONDHEID

Inleiding.....	88
1 Een grondrechtvisie als uitgangspunt.....	90
2 Impact van armoede op gezondheid .....	91
3 Toegang tot de gezondheidszorg: knelpunten en voorstellen .....	95
3.1 Financiële toegankelijkheid .....	96
3.1.1 Gezondheidskosten .....	96
3.1.2 Informatie over de kosten.....	101
3.2 Aanbod van eerstelijnszorg .....	102
3.3 Maatregelen voor een betere toegankelijkheid.....	103
3.3.1 Verplichte ziekteverzekering.....	103
3.3.2 Maximumfactuur.....	106
3.3.3 Derdebetalersregeling.....	108
3.3.4 Globaal medisch dossier .....	110
3.3.5 Verhoogde tegemoetkoming .....	111
3.3.6 Forfaitair systeem .....	112
3.4 Dringende medische hulp.....	113
4 Twee van de vele partners.....	114
4.1 Mutualiteiten.....	114
4.2 OCMW's.....	116
5 Opleiding van zorgverstrekkers .....	119
6 Kennis en evaluatie .....	120
Bijlage: Lijst van deelnemers aan het overleg .....	123
Bibliografie .....	125

## Inleiding

Dit hoofdstuk is geschreven op basis van het overleg met verenigingen waar armen het woord nemen en met partners die een rol spelen in het gezondheidsdomein.

Twee overlegfasen kunnen onderscheiden worden:

- 1<sup>ste</sup> fase: tijdens het onderzoek over de toegankelijkheid in de gezondheidszorg (van 1 maart 2000 tot 28 februari 2003), met daaraan gekoppeld het forum op 14 december 2002.

Het onderzoek 'Toegankelijkheid in de Gezondheidszorg' is een initiatief van de Interministeriële Conferentie Sociale Integratie in opvolging van het Algemeen Verslag over de Armoede. Deze evaluatieopdracht wordt door de Minister van Sociale Zaken opgedragen aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent. Het Steunpunt<sup>1</sup> treedt in het kwalitatief onderzoeksgedeelte<sup>2</sup> op als overlegplatform met de verenigingen en de onderzoeksgroep. Aan de hand van gesprekken met verenigingen waar armen het woord nemen, worden knelpunten met betrekking tot de toegankelijkheid van de gezondheidszorg geïdentificeerd. Op het forum van 14 december 2002 worden deze knelpunten voorgesteld aan andere actoren betrokken bij de gezondheidszorg (veldwerkers, beleidsmedewerkers, onderzoekers,...) en worden in werkgroepen suggesties voor beleidsaanbevelingen geformuleerd. De conclusies van het forum en de beleidsaanbevelingen, die resulteerden uit het onderzoek met de verenigingen en het forum, kunnen door tijdsgebrek de procedure om tot een consensus te komen, evenwel niet doorlopen.

---

<sup>1</sup> Zie bijlage.

<sup>2</sup> Het onderzoek 'Toegankelijkheid in de gezondheidszorg' bevat verschillende deelonderzoeken. De deelname van verenigingen en het Steunpunt betreft enkel het kwalitatief onderzoeksgedeelte, waarvan de eindresultaten opgenomen zijn in het deelrapport 4: Toegankelijkheid van de gezondheidszorg gezien door mensen in armoede. Gent, 2003.

De verschillende onderzoeksrapporten en de conclusies van het Forum kunnen geconsulteerd worden op de website: <http://www.primarycare-ghent.org> of via de website van het Steunpunt <http://www.armoedebestrijding.be/publicatiessteunpuntonderzoek.htm>

- 2<sup>de</sup> fase: na het onderzoek: ter aanvulling van de onderzoeksresultaten hebben drie overlegmomenten plaats tussen juni en oktober 2003.

Op twee prioriteiten van de verenigingen is het onderzoek niet ingegaan. Het betreft de noodzaak van een grondrechtvisie en de noodzaak van een transversale aanpak<sup>3</sup>. Het onderzoek had ook een aantal recente maatregelen niet gedetailleerd kunnen bestuderen. Zo kon de maximumfactuur niet grondig besproken worden, noch de 'belasting' bij spoedgevallen, de beperkingen bij kinesithérapie en de recente wet betreffende de rechten van de patiënt. Een voortzetting van het overleg werd zodoende gewenst. Hiertoe organiseerde het Steunpunt drie bijeenkomsten. Naast vertegenwoordigers van verenigingen waar armen het woord nemen, namen vertegenwoordigers van welzijnsorganisaties en gezondheidsorganisaties aan dit overleg<sup>4</sup> deel. Belangrijke actoren, zoals mutualiteiten en OCMW's, werden in een latere fase bij het overleg betrokken.

Dit hoofdstuk beoogt op generlei wijze een exhaustief overzicht te bieden van knelpunten en maatregelen die genomen zijn na het eerste Tweejaarlijkse Verslag van het Steunpunt<sup>5</sup>. Wat hier aan bod komt zijn terreinervaringen die aangebracht werden tijdens het overleg van na dit Eerste Verslag. Het is deze terreinkennis die leidt tot een aantal beleidsaanbevelingen. Vermits de resultaten van het onderzoek en het forum gepubliceerd zijn, zal in dit Verslag vooral aandacht gaan naar de overlegresultaten van de tweede fase. Omdat het overleg grotendeels de toegankelijkheid van de gezondheidszorg betrof, staat dit thema in dit Verslag opnieuw centraal.

---

<sup>3</sup> Over de grondrechtvisie: zie punt 1; over de transversale aanpak: zie punt 2

<sup>4</sup> Zie lijst in bijlage

<sup>5</sup> Steunpunt tot bestrijding van, armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, 2001: 137-174

# 1 Een grondrechtensvisie als uitgangspunt

Verenigingen waar armen het woord nemen weigeren te aanvaarden dat bepaalde personen niet worden opgenomen in een reflectie over het recht op bescherming van de gezondheid. Bescherming van de gezondheid is een grondrecht<sup>6</sup>. Het simpele feit deel uit te maken van de mensheid garandeert dit recht. Deelnemers aan het overleg waren het eens met deze universalistische benadering. Zij benadrukken het belang van universele maatregelen en geven als voorbeeld de 'Couverture Maladie Universelle' of 'CMU' (universele ziekte dekking) in Frankrijk, die aan iedereen de kans wil geven om op zorgen beroep te kunnen doen.<sup>7</sup> Wie niet opgenomen is in een algemeen systeem (mensen zonder papieren, gevangenen,...) en terug moet vallen op lokale praktijken die minder transparant zijn en tevens het risico op arbitraire behandeling vergroten, zien hun grondrecht moeilijk of niet gerespecteerd.

In het onderzoek over de toegankelijkheid in de gezondheidszorg was het moeilijk om de situatie van daklozen te leren kennen<sup>8</sup> en kwamen groepen als allochtonen, politieke vluchtelingen en illegalen niet in het vizier<sup>9</sup>. Voor de verenigingen en het Steunpunt is dit onaanvaardbaar vermits de wetgever zelf een grondrechtenbenadering hanteerde bij de goedkeuring van het Samenwerkingsakkoord betreffende de besteding van het armoedebeleid<sup>10</sup>.

---

<sup>6</sup> Zie bijlage I bij het Eerste Tweejaarlijks Verslag, p 243-245.

<sup>7</sup> Artsen Zonder Grenzen, ATD Vierde Wereld, ALERTE (een netwerk van veertig federaties en nationale verenigingen van armoedebestrijding) beschouwen deze wet als een belangrijke verworvenheid op het vlak van toegang tot het recht op bescherming van de gezondheid. Correcties dienen evenwel nog aangebracht te worden. Zie hierover o.a.: ALERTE, 2002; ATD Quart Monde, 2002.

<sup>8</sup> Toegankelijkheid in de gezondheidszorg, 2003/4: 74-75

<sup>9</sup> *Ibid.*: 122

<sup>10</sup> *Samenwerkingsakkoord tussen de federale Staat, de Gemeenschappen en de Gewesten betreffende de besteding van het armoedebeleid, ondertekend op 5 mei 1998 en goedgekeurd door alle parlementen (B.S. van 16 december 1998 en van 10 juli 1999)*

<http://www.armoedebestrijding.be/samenwerkingsakkoord.htm>

## 2 Impact van armoede op gezondheid

Tijdens het overleg werd telkens weer in herinnering gebracht dat armoede de gezondheid sterk aantast.

Getuigenis van dhr. Hindaoui Mohamed Ghyas, deelnemer van ATD Vierde Wereld, op het Forum van 14 december 2002:

*'(...) huisvesting is belangrijk. De meeste ziektes van onze kinderen zijn te wijten aan de slechte omstandigheden waarin wij leven. Het zou dus beter zijn om oplossingen te vinden nog voor iemand ziek wordt. Mijn kinderen zijn herhaaldelijk ziek omdat we in een woning met verschillende problemen wonen. We leven in vier kamers waar de muren door het vocht beschadigd zijn. Ik heb er foto's van genomen om de aanvraag van een sociale woning te staven. Om de woning te verwarmen, is er maar een verwarmingspunt, een gasconvector. In de andere kamers is er geen schouw. Bovendien is het raamwerk oud en is er maar enkel glas. Als het waait, bewegen de gordijnen terwijl de ramen dicht zijn en er loopt water binnen als het regent. Er was ook lang een probleem met het warme water. De boiler was zeer oud en verwarmde bijna niet meer. De eigenaar wou dit niet toegeven, maar hier was toch vaak een gasreuk. Dat was gevaarlijk. Ik heb een specialist laten komen die toegaf dat het toestel vervangen moest worden. Na lange tijd en aandringen heeft de eigenaar uiteindelijk een andere oude boiler gegeven die hij bij een neef heeft kunnen recupereren. Met de twee toestellen heb ik een enkel in elkaar geknutseld dat werkt. Ik had ongeveer tweeënhalf jaar in deze woning nodig om deze verbetering te bekomen. (...)'*

Verschillende factoren beïnvloeden de gezondheid<sup>11</sup>:

- levensomstandigheden die rechtsreeks te maken hebben met sociale status via inkomen en opleidingsniveau: kwaliteit van de woning, kwaliteit van de voeding, arbeidsomstandigheden, ...;
- factoren die de algemene weerstand tegen ziekte verminderen: stress, angst, verminderd zelfvertrouwen, gebrek aan sociale steun, ...;

---

<sup>11</sup> Voor volledigheid verwijzen wij naar De Spiegelaere, M., 2003-2004.

- *gedragingen* die door levensomstandigheden bepaald worden: roken, drankzucht, vroegtijdige zwangerschappen,...De meeste van deze zgn. 'risicogedragingen' die aangetroffen worden in sociaal achtergestelde milieus pogen een antwoord te zijn op problemen waarmee mensen geconfronteerd worden. Hoe armer (op financieel, sociaal en cultureel vlak), hoe minder keuze tussen mogelijke oplossingen om het lijden (fysisch of psychisch) te verzachten. Roken, drankzucht, toevlucht zoeken tot de spoedgevallendienst,... zijn dan de enige antwoorden;
- velerlei *hinderpalen in de toegang tot de gezondheidszorg* (zie punt 3).

Deelnemers aan het overleg leggen de nadruk op waardige levensomstandigheden en zinvolle sociale relaties als voorwaarden om in goede gezondheid te blijven. Zij wijzen op de belangrijke rol van de *primaire preventie voor 'niet medische' aspecten* die een verbetering van levensomstandigheden beoogt. Bij deze preventie gaat het vooral om het voeren van een *intersectoraal beleid*, dat de voorwaarden schept voor een goede gezondheid: voldoende inkomen, gezonde woning,...<sup>12</sup>

Ook de '*medische*' preventie, de preventie via het gezondheidssysteem, speelt een rol om in goede gezondheid te blijven, via vaccinaties, opsporing van bepaalde ziektes,... Met betrekking tot de medische preventie worden volgende knelpunten opgetekend:

- Eerstelijnsgezondheidszorg treedt vandaag te weinig preventief op en dit om velerlei redenen. Preventie komt onvoldoende aan bod tijdens de opleidingsprogramma's voor artsen. Betaling per prestatie zet ook niet aan tot preventie, zeker niet bij mensen in armoede. Voor hen is betalen voor een consultatie 'juist om na te gaan of alles in orde is' of om advies te vragen een luxe, want zelfs bij ziekte kunnen ze geen betalen. Een betere integratie van preventie in de algemene geneeskunde veronderstelt dan ook een andere betalingswijze. Het forfaitair systeem of de derdebetalersregeling kunnen hierop een antwoord bieden.

---

<sup>12</sup> Over deze voorwaarden: zie het Handvest van Ottawa, becommentarieerd door Deschamps, 2003

- Preventie kan in bepaalde omstandigheden de sociale ongelijkheden nog vergroten. Velerlei redenen worden hiervoor aangehaald:
  - Preventiecampagnes zijn niet altijd aan de financiële draagkracht aangepast of toepasbaar in moeilijke levensomstandigheden, bv. fruit en groenten vijf maal per dag; regelmatig sporten,...
  - De voordelen van opsporingsprogramma's hebben rechtsreeks te maken met de mogelijkheid om gebruik te maken van curatieve gezondheidszorgen, wat op zijn beurt verband houdt met de sociale status. De kloof tussen preventieve en curatieve zorgen neutraliseert de voordelen van gratis preventie .
  - Gezondheidsopvoeding komt vooral diegenen ten goede die de ingesteldheid en middelen hebben om greep te hebben op hun omgeving en hun gedragingen te veranderen zoals voorgehouden wordt. Gezondheidsopvoeding versterkt de gezondheidskloof wanneer geen maatregelen worden genomen om aan de armste bevolkingslaag de middelen en mogelijkheden te verstrekken.
  - Veelal gaat men ervan uit dat ieder persoon verantwoordelijk is voor zijn gezondheidstoestand. Op vlak van preventie kan deze individuele verantwoordelijkheid aanleiding geven tot angst- en schuldgevoelens , zeker bij personen die in omstandigheden leven waar ze weinig greep hebben op hun leven en hun omgeving<sup>13</sup>. Volgens het Handvest van Ottawa is het de rol van de gezondheidspromotie om o.a. *“ondersteunende omgevingen” te creëren die mensen in staat stellen greep te krijgen op hun leven*<sup>14</sup>. Deelnemers aan het overleg vragen dat de school een bevoorrechte plaats wordt voor gezondheidspreventie, met regelmatig en gevarieerde fysieke activiteiten voor kinderen, gezonde voeding, gezondheidsopvoeding,...<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> Het gevaar voor culpabilisering, stigmatisering en uitsluiting wordt nog versterkt naarmate in een samenleving individualisme toenemend gepaard gaat met responsabilisering , wat zich momenteel voordoet (Léonard, 2003).

<sup>14</sup> Zie Deschamps, 2003: 318-319.

<sup>15</sup> Zie Steunpunt, 2001: 159

Deelnemers aan het overleg vinden het belangrijk dat elke beleidsoptie geëvalueerd wordt naar impact op de gezondheid van de bevolking. Concreet worden drie voorstellen naast zovele andere aangereikt:

- Een onderzoek naar het effect van het tienjarig programma 'heropleving van de wijken' van het Brusselse Gewest op de gezondheid van de buurtbewoners<sup>16</sup>.
- Een onderzoek naar het effect van de regularisatie van mensen zonder papieren op gezondheid. Een dergelijk onderzoek zou tot inzichten omtrent de gezondheid van niet geregulariseerden kunnen bijdragen.
- Een onderzoek naar het effect van integratiemaatregelen via tewerkstelling zoals bij het OCMW (artikel 60 of als PWA,...) op de gezondheidstoestand.

+

- Systematisch rekening houden met de link tussen armoede en gezondheid bij sociale, economische, educatieve...beleidsmaatregelen.
- Een transversale beleidsbenadering stimuleren om gezondheid te bevorderen en "ondersteunende omgevingen" te creëren.
- Concrete projecten, die de bevordering van levensomstandigheden beogen, evalueren, om de impact van deze projecten op de gezondheid van de betrokken personen te kennen.
- Het 'preventieve' en 'curatieve' beter op elkaar afstemmen en de samenwerking tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus verbeteren, gelet op de institutionele versnippering.
- Een actieve en toegankelijke opvolging verzekeren van opsporingsprogramma's om hun doeltreffendheid te verhogen.
- De school tot bevoorrechte plaats maken voor gezondheidsbewaking en gezondheidspreventie.

---

<sup>16</sup> Het betreft een programma van buurtontwikkeling uitgaande van een behoeftenanalyse door de buurtbewoners zelf. Aandacht gaat hierbij vooral naar huisvesting en ruimtelijke ordening.



### 3 Toegang tot de gezondheidszorg: knelpunten en voorstellen

*'Wat mij choqueert is dat men eerst met de papieren bezig is en dan met de zieke'.*

*'Elke maand moet ikzelf minstens 20 euro betalen voor geneesmiddelen. Omdat ik maar het equivalent van het bestaansminimum heb, is dat niet gemakkelijk. Als ik de huur en de elektriciteit aftrek, blijven er niet eens meer 250 euro over om van te leven. Ik kan uiteraard geen andere artsen of andere ziekenhuizen bezoeken dan die die door het OCMW erkend zijn, want ik zou ze niet kunnen betalen.'*

(Getuigenissen van ATD Vierde Wereld op het Forum 'Armoede en gezondheid' van 14/12/2002)

Ondanks een goed uitgebouwd gezondheidszorgsysteem en een ruim toegankelijke ziekteverzekering in België, zijn er nog kinderen, vrouwen en mannen die niet altijd beroep kunnen doen op gezondheidszorgen op het ogenblik dat hun gezondheidstoestand dit zou vereisen. De paradox is juist dat mensen die een slechtere bescherming genieten van hun gezondheid omwille van levensomstandigheden die niet beantwoorden aan de menselijke waardigheid (zie punt 2) ook het moeilijkst toegang hebben tot de gezondheidszorgen.

Velerlei factoren belemmeren deze toegang. Zij situeren zich zowel buiten het gezondheidszorgsysteem (zie punt 2) als binnen het systeem.

Drempels met betrekking tot de gezondheidszorg doen zich zowel aan de aanbodzijde (de hulpverlening) als aan de vraagzijde (de zorgvrager) voor:

- Drempels m.b.t. de aanbodzijde
  - Financiële drempels (hoge kosten van gezondheidszorgen en medicatie, systeem van terugbetaling van medische kosten,...);
  - Drempels inzake wetgeving en regelgeving (problemen met de verplichte en aanvullende ziekteverzekering, met de maximumfactuur,...);
  - Organisatorische drempels (ontbreken van opvolging na

- hospitalisatie of van nazorg, administratieve problemen,...);
- Drempels inzake specifieke hulp- en dienstverlening (problemen inzake de hulpverlening van het OCMW, inzake de dienstverlening van mutualiteiten,...);
- Drempels m.b.t. vraagzijde
  - Gevoelens van minderwaardigheid, schaamte, angst,...;
- Drempels m.b.t. de relatie hulpverlener – hulpvrager
  - Het betreft knelpunten bij de communicatie en informatie-uitwisseling tussen hulpverlener en hulpvrager.

Eén en dezelfde persoon kan tijdens een min of meer lange periode met één of meerdere hinderpalen geconfronteerd worden.

Voor een uitgebreid overzicht van knelpunten in de toegang tot de gezondheidszorg, verwijzen we naar de resultaten van het onderzoek, alsook naar de conclusies van het forum.

### 3.1 Financiële toegankelijkheid

#### 3.1.1 Gezondheidskosten

In de Belgische Gezondheidsenquête van 2001 zegt 29%<sup>17</sup> van de Belgische huishoudens moeilijkheden te hebben om de kosten voor medische voorzieningen in te passen in het budget; in de laagste inkomenscategorie bedraagt dit 68% van de huishoudens. 9% van de Belgische huishoudens zegt in het jaar voorafgaand aan de Belgische gezondheidsenquête een medische consultatie of de aankoop van geneesmiddelen te hebben moeten uitstellen wegens financiële redenen (20% in Brussel, 23% in eenoudergezinnen). Het aandeel huishoudens met financiële beperkingen is gelijk gebleven indien vergeleken wordt met de resultaten van de Gezondheidsenquête 1997. In Brussel daarentegen is deze proportie gestegen (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2002).

---

<sup>17</sup> We mogen aannemen dat dit percentage hoger ligt omwille van een ondervertegenwoordiging van de armste bevolkingslaag. Zie verder punt 6.

Andere factoren, die te maken hebben met de organisatie van het gezondheidssysteem, versterken de financiële problemen:

- het voorschieten van de kosten: het betreft een essentieel probleem, vooral in ziekenhuizen. Zo worden personen nog steeds in sommige ziekenhuizen geweigerd: *'Een paar maand geleden moest mijn man de verwondingen aan zijn voet laten controleren in het ziekenhuis. Aan de receptie moest er eerst een voorschot betaald worden. Het voorschot kon niet betaald worden en ze stuurden ons door naar de sociale dienst. Deze liet ons niet toe om naar de dokter te gaan. Ik ben zelf bij de dokter binnengestapt en deze heeft gezegd dat de controle noodzakelijk was. Gezondheid gaat voor geld, zei hij'* (Centrum Kauwenberg, 2003). Volgens deelnemers aan het overleg zouden sommige ziekenhuizen over een 'zwarte lijst' van wanbetalers beschikken. Sommige personen weten niet op voorhand of ze al dan niet in een ziekenhuis worden toegelaten. Een gespreide afbetaling wordt als positief ervaren, maar dit betekent weliswaar dat het maandelijks inkomen nog vermindert.

Na een bezoek aan een zorgverlener, dienen mensen naar hun mutualiteit te gaan om de terugbetaling van de kosten te ontvangen. De meeste mutualiteiten betalen deze kosten nu terug via storting op de bankrekening maar dit vertraagt de ontvangst van dit bedrag. Vaak rekenen mensen in armoede op deze terugbetaling voor de aankoop van de voorgeschreven medicatie.

- de niet terugbetaling van bepaalde verstrekkingen en geneesmiddelen: de keuze of er al dan niet terugbetaling is, lijkt niet altijd in het belang van de patiënt te gebeuren. Bepaalde geneesmiddelen die toch hun efficiëntie en nut hebben bewezen, zoals pijnstillers, worden niet terugbetaald. Niet alle geneesmiddelen ter behandeling van multiresistente vormen van TBC worden terugbetaald. Het is nochtans algemeen geweten dat TBC een ziekte is die vooral voorkomt bij arme bevolkingslagen. Inzake zorgen voorziet het Federale Regeerakkoord van juli 2003 een uitbreiding van het pakket terugbetaalbare zorgen, bij voorbeeld inzake tandheelkunde, kinesitherapie voor bepaalde pathologieën. De pil voor jongeren wordt sinds oktober 2003 terugbetaald.

- het bedrag van het remgeld: voor mensen met een laag inkomen dekt de verplichte verzekering onvoldoende hun noodzakelijke gezondheidskosten. Specifieke hulp zoals tandzorg, psychologische begeleiding, de aankoop van hulpmiddelen als een bril, worden dan wegens de hoge kostprijs uitgesteld of zelfs afgelast. Ziekenhuiskosten zijn veel te duur: bovenop de persoonlijke bijdrage in de verpleegdagprijs<sup>18</sup> worden nog een forfait geneesmiddelen (0,62 euro per dag), de niet -vergoedbare geneesmiddelen (categorie D), ereloon-supplementen en materiaalsupplementen aangerekend.
- Gedurende de periode 2000-mei 2003<sup>19</sup> steeg het bedrag van de remgelden nog en dit vooral binnen de sector van de geneesmiddelen.

Recentelijk werden enkele besparingen uitgevoerd die een meerkost voor patiënten betekenen:

- *de referentierugbetaling*: Om het voorschrijven van goedkopere geneesmiddelen (generische geneesmiddelen) te stimuleren, startte de overheid op 1 juni 2001 met een nieuw betalingssysteem. Het komt hierop neer dat het remgeld voor de patiënt aanzienlijk lager wordt wanneer de arts een generisch geneesmiddel voorschrijft, maar bij aankoop van een merk-geneesmiddel zal de patiënt meer uit eigen zak moeten betalen. Sinds het in voege treden van dit betalingssysteem betaalt de patiënt nu 6% meer aan remgelden. 'Deze globale, relatief beperkte meerkost aan remgelden voor de patiënt, verhult evenwel een aantal potentiële schrijvende toestanden op individueel vlak: zo wordt de facto sinds 1 januari 2003 aan een substantieel aantal diabetes-patiënten een remgeld van 26% voor een A -geneesmiddel dat levensnoodzakelijk is en dus in theorie gratis zou moeten zijn, opgelegd' (en dit ongeacht het recht op de verhoogde tegemoetkoming)<sup>20</sup>. 'Ook voor andere chronische en "semi-chronische" aandoeningen (depressie,

---

<sup>18</sup> Deze kost verschilt naargelang de verblijfsduur en de categorie waartoe de begunstigde behoort.

<sup>19</sup> Op basis van informatie van Van Winckel, H., Landsbond Christelijke Mutualiteiten, 20 juni 2003.

<sup>20</sup> Bovendien wordt nog steeds de medicatie voor het testen van het glucosegehalte niet terugbetaald

hypertensie, maagklachten), blijft het conservatief voorschrijfgedrag van de artsen leiden tot aanzienlijke vermijdbare meerkosten voor het gros van die patiënten lijdend aan deze aandoeningen' (Socialistische mutualiteiten, juli 2003)<sup>21</sup>.

- *maatregelen met betrekking tot de kinesitherapie*: sinds 1 mei 2002 is deze terugbetaling grondig veranderd. Aandoeningen worden ingedeeld in drie categorieën, waaraan telkens een aantal normaal terugbetaalde sessies vasthangen. Gevreesd wordt dat patiënten met 'minder zware aandoeningen' een behandeling met een gezondheidsvoordeel moeten stopzetten of veel duurder moeten betalen.
- *maatregelen met betrekking tot spoedgevallendiensten*: om het gebruik van de spoedgevallendiensten te ontmoedigen, mogen spoedgevallendiensten een bijkomend remgeld van 12,50 euro vragen. Deze 'boete' betekent een ware bestraffing voor mensen in armoede.  
Zoals de twee vorige maatregelen werd ook deze besparingsmaatregel ingevoerd zonder voorafgaande consultatie met mensen in armoede. Er werd geen onderzoek gedaan naar de motieven die mensen aanzetten om zich te laten verzorgen op een spoedgevallendienst. Voor ziekenhuizen en beleidsverantwoordelijken gaat het hier om een oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst. Over de spoedgevallendiensten werd uitgebreid van gedachten gewisseld. We vatten samen:
  - Velerlei redenen zetten mensen in armoede ertoe aan om zich op een spoedgevallendienst te laten verzorgen: het gebrek aan nabije en permanent toegankelijke eerstelijnsgezondheidsdiensten, het feit dat de kosten niet onmiddellijk moeten worden betaald, hun inschatting van het dringende karakter van een ziekte, hun vrees om iets slecht of verkeerd te doen, zeker tegenover hun kinderen (ouders willen

---

<sup>21</sup> Ook de Christelijke Mutualiteiten berekende dat de referentierugbetaling de patiënt meer kost aan eigen bijdragen voor geneesmiddelen. (Diels, 2002 in Beck, Vanroelen, Louckx, 2002).

geen risico's lopen t.a.v. hun kinderen uit vrees voor plaatsing), omdat ze steeds hun bezoek aan de huisarts uitstellen en zich dan dringend moeten laten verzorgen, omdat daklozen het moeilijk vinden om met een GSM, die met betaalkaarten werkt, een dokter van wacht op te roepen,... Vaak wordt de spoedgevallendienst als toevluchtsoord beschouwd, als enige plek waar iemand zich warm kan houden. In sommige ziekenhuizen mogen elke nacht een beperkt aantal mensen achterblijven in de wachtzaal. Spoedgevallendiensten vervullen zo een onthaalfunctie. In geval van een algemene crisis, waarbij zelfs geen onderscheid meer kan gemaakt worden tussen een medisch, psychologisch of ander probleem, biedt een spoeddienst soelaas voor iemands angst. Men wordt onmiddellijk bijgestaan.

- Vermits het beroep doen op een spoeddienst vanuit velerlei motieven wordt ingegeven, is het dan ook de vraag of dit verhoogde remgeld het gedrag van mensen in armoede zal doen veranderen (temeer daar in sommige ziekenhuizen deze 'boete' gefactureerd wordt en dus pas later moet worden betaald). Mocht dit verhoogde remgeld een ontradingseffect hebben, is het de vraag of deze patiënten een beroep gaan doen op eerstelijnszorg of hun zorgen moeten uitstellen. Dit alles dient geëvalueerd te worden.

Een aantal ziekenhuizen organiseren een huisartsenraadpleging binnen de spoedgevallendienst. Hieruit zouden lessen kunnen getrokken worden.

+

- Het pakket terugbetaalbare zorgen verder uitbreiden.
- Voorschrijvers sensibiliseren voor de kosten van gezondheidszorgen en geneesmiddelen.
- Besparingsmaatregelen naar hun impact op de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg en de gezondheidstoestand van mensen in armoede evalueren. In het bijzonder: studie van de impact van het verhoogde remgeld bij de spoedgevallendiensten op mensen in armoede. Worden mensen in armoede effectief aangezet om de eerstelijnsgezondheidsdiensten te gebruiken?
- Het extra remgeld op spoedgevallendiensten niet innen zolang geen maatregelen werden genomen voor een laagdrempelige eerstelijnszorg met wachtdienst (weekend- en nachtpermanentie).

### 3.1.2 Informatie over de kosten

Mensen in armoede moeten vele inspanningen leveren om de informatie die ze wensen met betrekking tot gezondheid en gezondheidszorg te vinden en deze informatie dan ook nog te kunnen verstaan. Het gebeurt dat de informatie niet voorhanden is, onvolledig is, onaangepast. Het tekort aan informatie wordt als een belangrijke hinderpaal ervaren bij de toegang tot de gezondheidszorg.

- Het onderscheid tussen verplichte ziekteverzekering, aanvullende verzekering, vrije verzekering en de bijdrage voor het Reservefonds is niet duidelijk<sup>22</sup>.
- Ten aanzien van de evolutie, de complexiteit en het gebrek aan transparantie in de regelgeving voelt de sociaal verzekerde zich machteloos, zonder middelen om zijn rechten te doen gelden (verwerven van de verhoogde tegemoetkoming, van het forfait voor chronische patiënten, de toepassing van het globaal medisch dossier,...).

---

<sup>22</sup> De vrije verzekering slaat op de verzekering die zelfstandigen kunnen afsluiten voor dekking van kleine risico's; de bijdragen voor de aanvullende verzekering dekken verschillende voordelen en diensten die door de mutualiteiten (en erkend door de Controledienst voor de ziekenfondsen) worden aangeboden; de jaarlijkse bijdrage voor het Reservefonds betreft een persoonlijke bijdrage die ziekenfondsen in het kader van hun financiële verantwoordelijkheid bij hun leden innen.

- Ziekenhuizen moeten patiënten vóór hun opname informeren over alle kosten die hen zullen aangerekend worden, maar het is moeilijk om voorafgaand een duidelijk zicht te krijgen op alle kosten tijdens het ziekenhuisverblijf. De ziekenhuisfactuur is moeilijk te begrijpen en wordt bovendien laat ontvangen (enkele maanden na de opname).

Een gebrek aan noodzakelijke informatie wordt ook aan de kant van de zorgverstrekkersesignaleerd, waardoor zij ook geen ondersteuning kunnen bieden om de rechten van patiënten te doen eerbiedigen.

### 3.2 Aanbod van eerstelijnszorg

In arme buurten is het aanbod van toegankelijke eerstelijnszorgdiensten onvoldoende: er is een tekort aan huisartsen, consultatiebureaus, wijkgezondheidscentra. Dit is een van de redenen waarom vele arme mensen naar de spoedgevallendienst gaan wanneer ze verzorging nodig hebben. Ook moeten mensen een arts van wacht 's nacht of tijdens het weekend kunnen bereiken, zonder dat zij hiervoor teveel geld moeten betalen en de voorgeschreven geneesmiddelen niet meer kunnen aankopen.

Zeker wanneer armoede en stress aan iemands weerstand knagen is het essentieel om te kunnen terugvallen op de diensten in de eigen wijk, waar men vlug en goed opgevangen wordt.

De huisarts coördineert de zorgen van de patiënt en is aanspreekpunt voor informatie. Voor alle patiënten en voor arme patiënten in het bijzonder, is de vertrouwensband met de huisarts belangrijk. Mensen in armoede zoeken een huisarts waar ze zich 'goed bij voelen', aan wie ze uitleg durven vragen en ook durven zeggen dat ze iets niet begrijpen,... Deze geprivilegieerde relatie met de huisarts kan ook in conflict treden met het gezondheidszorgbeleid van OCMW's, bv. vrije keuze van zorgverleners.

Wijkgezondheidscentra worden door verenigingen van armen en door betrokken diensten aangehaald als voorbeeld van toegankelijke



eerstelijnsgezondheidszorg. Hierbij verwijzen ze naar het wijkgericht werken, de financiële toegankelijkheid, de aandacht voor gezondheidspromotie. De centra werken interdisciplinair. Kritische kanttekeningen slaan op het risico voor een duale gezondheidszorg door aantrekking van een kansarm doelpubliek, het geringe aanbod, een beperkte geografische spreiding.

+

Een meer toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg waarborgen door verschillende maatregelen.

- Maximale uitschakeling van financiële hinderpalen door verlaging van het remgeld.
- Goed georganiseerde en toegankelijke wachtdiensten.
- Stimuli voor huisartsen om in sociaal achtergestelde buurten te werken.
- Betere ondersteuning van wijkgezondheidscentra bv. via een installatiepremie.
- Evaluatie van wijkgezondheidscentra met het oog op een veralgemening van hun positieve kenmerken naar huisartsenpraktijken.

### 3.3 Maatregelen voor een betere toegankelijkheid

Het onderzoek op basis van de gesprekken in de verenigingen leverde een lijst aan knelpunten op t.a.v. van de instrumenten, die ontwikkeld werden ter verbetering van de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg (zie onderzoeksrapport en conclusie van het forum).

Tijdens het overleg na het onderzoek, werd een aantal maatregelen verder besproken.

#### 3.3.1 Verplichte ziekteverzekering

Sinds 1 januari 1998 wordt het verzekeringsstelsel hervormd. Bedoeling is dat geneeskundige verzorging beter gedekt is. Hiervoor worden de toetredingsbijdrage en wachttijd (behalve in uitzonderlijke gevallen) afgeschaft en bepaalde categorieën van begunstigen worden

vrijgesteld van betaling van de verplichte persoonlijke bijdragen voor de ziekteverzekering.

Ondanks de ontegensprekelijke vooruitgang inzake de verzekeraarbaarheid, zijn er nog personen die buiten de verplichte ziekteverzekering vallen.

Het betreft:

- personen die sociaal verzekerd kunnen zijn, maar die door een cumulatie van tekortkomingen en problemen (bv. problemen verbonden met de toetredingsvoorwaarden, zoals de aansluiting bij een ziekenfonds) geen of niet langer toegang hebben tot het systeem van de gezondheidszorg. Soms wordt de terugbetaling van geneeskundige verzorging in het kader van de verplichte verzekering aan personen geweigerd die de aanvullende verzekering van het ziekenfonds niet betalen, maar dit is een onwettige praktijk<sup>23</sup> ;
- personen die niet wettelijk in België verblijven of personen die wettelijk verblijven maar in een precaire verblijfsituatie verkeren, hebben geen toegang tot de verplichte verzekering<sup>24</sup>. Mensen zonder wettige verblijfsvergunning zijn aangewezen op het Koninklijk Besluit betreffende dringende medische hulp, maar de toepassing ervan stelt velerlei problemen (bv. inzake de continuïteit van de zorgen), waardoor deze mensen vaak aangewezen zijn op hulp van niet-gouvernementele organisaties;
- zelfstandigen met financiële problemen die hun bijdragen voor de sociale verzekering niet langer betalen en die dan niet verzekerd zijn

---

<sup>23</sup> De aansluiting bij een mutualiteit veronderstelt een akkoord met zijn statuten, opgesteld door de Algemene Vergadering van de leden, die de toegangsvoorwaarden bepalen tot de voordelen en diensten van de aanvullende verzekering (thuiszorg, brillen, ...). Het ziekenfonds kan dus op basis van zijn statuten een lid uitsluiten omdat het de aanvullende bijdrage niet betaald heeft. Wegens niet betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering, gebeurt het echter dat personen geen terugbetaling ontvangen van de tegemoetkomingen in het kader van de verplichte verzekering, zonder dat deze persoon uitgesloten wordt uit het ziekenfonds. Dit is een onwettige praktijk vermits op basis van artikel 3 van de wet van 6 augustus 1990 (gecoördineerd bij wet van 14 juli 1994) ziekenfondsen de opdracht hebben om voor hun leden de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen toe te passen.

<sup>24</sup> Het gaat om de vreemdelingen die in het bezit zijn van bijlage35, een bijzonder verblijfsdocument; de vreemdelingen die in het bezit zijn van een verlengd bevel om het grondgebied te verlaten of een verlengde aankomstverklaring; geregulariseerden die wachten op een inschrijving in het Rijksregister, samenwonenden in het kader van een duurzame relatie (zie website Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren: <http://www.medimmigrant.be>).

tegen de grote risico's. Omwille van financiële moeilijkheden sluiten deze personen ook geen particuliere verzekering tegen kleine risico's.

- Wanneer OCMW's rekening houden met het referentieadres, hebben ook daklozen in principe toegang tot gezondheidszorgen. In de praktijk blijkt echter dat menig dakloze moeite heeft om een referentieadres te bekomen, wat terug te voeren is op bevoegheidsconflicten tussen OCMW's. Daartoe is een regeling uitgewerkt, die moet toelaten snel een dergelijk meningsverschil op te lossen: wanneer twee of meer OCMW's zich territoriaal niet bevoegd achten, bepaalt de Minister van Sociale Integratie binnen een termijn van vijf dagen welk Centrum voorlopig hulp moet bieden.<sup>25</sup>

Groeiende gezondheidsuitgaven en onvoldoende dekking door de verplichte verzekering zetten meer mensen aan om een privé-verzekering af te sluiten. Tussen 1995 en 2000 is het aantal mensen dat gedekt wordt door een privé-verzekering gestegen van 2,5 miljoen naar 4 miljoen<sup>26</sup>. Deelnemers aan het overleg wijzen op de gevaren van een voortschrijdende privatisering van de gezondheidszorg die ten koste gaat van de economisch meest kwetsbare personen in de samenleving.

---

<sup>25</sup> Art. 382 van de Programmawet van 24 december 2002 (B.S. 31 december 2002) en omzendbrief van 8 april 2003.

<sup>26</sup>Bron: Brochure Ziektekostenverzekering van de Beroepsvereniging der Verzekeringsondernemingen, s.d.  
De ontwikkeling van prive-verzekeringen ondermijnt de solidariteit binnen het gezondheidssysteem .

+

- De verzekeraarbaarheid uitbreiden tot mensen met een precare verblijfssituatie;
- Verplichte verzekering voor kleine risico's openstellen voor zelfstandigen;
- Gerechtigden op de verplichte ziekteverzekering, die geen of niet langer toegang hebben tot het klassieke systeem van de gezondheidszorg, actief opsporen, door samenwerking tussen de Kruispuntenbank<sup>27</sup>, de verzekeringsinstellingen en de OCMW's ;
- Het pakket terugbetaalbare zorgen verder uitbreiden.

### 3.3.2 Maximumfactuur

De maximumfactuur is als systeem gebaseerd op het volgende principe: zodra het remgeld voor sommige gezondheidszorgen van een rechthebbende een specifiek plafond overschrijdt (wat varieert al naargelang het type maximumfactuur), krijgt de betrokkene vanaf dan het geheel van zijn persoonlijke bijdrage terugbetaald.

De maximumfactuur werd ingevoerd om door ziekte financieel behoeftige personen een grotere en snellere bescherming te bieden<sup>28</sup>. De maximumfactuur wordt berekend hetzij op basis van de sociale categorie, hetzij op grond van de leeftijd<sup>29</sup>, hetzij op basis van het gezinsinkomen van de rechthebbende. De maximumfactuur ondervangt zodoende de beperkingen van specifieke maatregelen als de verhoogde tegemoetkoming en de sociale en fiscale franchise, waarvan bepaalde groepen waren uitgesloten. Denken we bijvoorbeeld aan chronisch zieken en hun gezinnen, of aan personen met bescheiden inkomen, die veelvuldig of permanent medische kosten hebben.

---

<sup>27</sup> De kruispuntenbank van de sociale zekerheid, kortweg Kruispuntenbank werkt als een uitwisselingsmotor van elektronische gegevens tussen de instellingen van de sociale zekerheid, die verantwoordelijk blijven voor gegevensinvoer en -onderhoud. Er is dan ook geen enkele centrale registratie van persoonlijke gegevens op de Kruispuntenbank.

<sup>28</sup> Memorie van toelichting -Ontwerp van wet tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

<sup>29</sup> In zoverre de maximumfactuur in functie van de sociale categorie niet van toepassing is, kan de maximumfactuur worden toegekend aan kinderen jonger dan 16 jaar voorzover de persoonlijke aandelen voor dit kind 650 € bedragen

De invoering van de maximumfactuur is als bescherming tegen al te hoge gezondheidskosten een goede preventieve maatregel tegen sociale uitsluiting door gezondheidsproblemen. Toch doen zich belangrijke knelpunten voor die verhinderen dat mensen een afdoende bescherming genieten. Dit is het geval voor chronische patiënten die nog teveel zelf moeten betalen voor medicatie, die voor hen belangrijk is, maar niet wordt terugbetaald<sup>30</sup>. Tijdens het overleg op het Steunpunt werden volgende knelpunten opgetekend die verhinderen dat mensen in armoede een efficiënte bescherming genieten:

- *Problemen met betrekking tot de hoogte van het jaarlijks plafond*

Het laagste plafond is heden op 450,00 euro bepaald, d.w.z. dat personen uit de laagste inkomensgroep 450,00 euro aan eigen bijdrage eerst moeten betalen alvorens zij beschermd zijn door het remgeldplafond. Bij de overgang van de sociale franchise naar de maximumfactuur werd het plafondbedrag opgetrokken van 371,84 euro naar 450,00 euro.

De maatregel gaat uit van het principe van 'uitgesteld genot': er dient eerst een bepaalde som aan 'remgeld' te worden betaald en pas als die som bereikt is, is er vrijstelling van 'remgeld'. Dit kan als gevolg hebben dat financieel behoeftige personen medische zorg uitstellen zolang de drempel niet bereikt is en dus de drempel niet bereiken.

- *Problemen met betrekking tot de prestaties waarmee rekening wordt gehouden*

Het systeem van de maximumfactuur houdt enkel rekening met verstrekkingen en geneesmiddelen die worden terugbetaald. Er blijven echter tal van kosten over, die niet door de ziekteverzekering worden terugbetaald en die dus ook niet worden opgenomen in de maximumfactuur. Voorbeelden zijn: de D-geneesmiddelen (bv. pijnmedicatie), het persoonlijk aandeel in de verpleegdagprijs vanaf de

---

<sup>30</sup> Het betreft bv. geneesmiddelen die tot de D categorie behoren en die niet terugbetaald zijn en niet opgenomen zijn in de maximumfactuur. Voor mensen die chronisch ziek zijn, zijn ze vaak noodzakelijk. Zie: Vlaams Patiëntenplatform, Bemerkingen maximumfactuur, 2003.

91<sup>ste</sup> opnamedag in een algemeen ziekenhuis en vanaf de 366<sup>ste</sup> opnamedag in een psychiatrisch ziekenhuis, de verblijfskosten bij beschut wonen, de ereloonsupplementen die sommige zorgverstrekkers mogen aanrekenen, implantaten zoals heupprothesen, pacemakers, hartklep,...

- *Probleem van de voorschotten*

Eens de drempel bereikt is, moeten de kosten eerst nog verder worden betaald en daarna wordt men pas terugbetaald. Velen zijn niet op de hoogte van dit terugbetalingssysteem.

Het Federale Regeerakkoord van juli 2003 voorziet een verdere uitbreiding van de tussenkomst van de maximumfactuur, onder meer naar de zelfstandigen in het kader van de verplichte verzekering tegen kleine risico's, evenals naar kosten van materialen en van ziekenhuisopnames van lange duur. De maximumfactuur voor kinderen zal gelden tot de leeftijd van 18 jaar.

+

- De maximumfactuur verfijnen: een lager plafondbedrag, een betere dekking van de onkosten, een betere spreiding van de betaling (bv. betaling op maandbasis i.p.v. op jaarbasis),...
- Aanvullende maatregelen bevorderen: meer bepaald maatregelen met betrekking tot de derdebetalersregeling, de wijkgezondheidscentra, de OCMW's (zie verder).

### 3.3.3 Derdebetalersregeling

De derdebetalersregeling betreft een systeem dat ingaat op het probleem van de voorschotten, een probleem dat des te groter is, naarmate mensen over minder inkomsten beschikken. De verenigingen zien het als mogelijke oplossing voor betalingsproblemen in de ambulante zorgsector: bij de huisarts, tandarts en specialist,... Het systeem levert tevens minder administratieve problemen op voor de patiënten.

Slechts een zeer kleine minderheid van zorgverstrekkers passen dit

systeem toe<sup>31</sup>. De administratieve procedure wordt door de zorgverstrekkers als te zwaar belastend beschouwd.

Maatregelen dienen genomen te worden die toelaten dat artsen deze regeling op een eenvoudige wijze kunnen toepassen. Het gebruik van de SIS-kaart zou deze toepassing kunnen vergemakkelijken. Hiertoe dienen artsen over een aangepaste kaartlezer te beschikken. De invoering hiervan kan fasegewijs uitgevoerd worden, met voorrang aan diegenen die een aanvraag indienen voor toepassing van de regeling derde betaler, en dit ook voor artsen die niet verbonden zijn aan een wijkgezondheidscentrum. Indien het budgettair mogelijk is, dient gestreefd te worden naar een algemene invoering van de SIS kaartlezer, dit om een dualisme tussen geneesheren voor de armen en voor de rijken te voorkomen.

Voorstellen worden geformuleerd voor een uitbreiding van de derdebetalersregeling, maar op het terrein wordt evenwel een restrictie waargenomen. Sommige deelnemers klagen aan dat voor bepaalde technische prestaties in ziekenhuizen de derdebetalersregeling niet aanvaard wordt, wat een illegale praktijk is. De hoge kostprijs van deze prestaties en de onderfinanciering van de ziekenhuizen worden hierbij als argument gegeven.

Recentelijk werden sommige langdurig werklozen en personen met een handicap ontheven van de toepassing van de derdebetalersregeling in de ambulante sector<sup>32</sup>. In antwoord op reacties op deze houding beloofde de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid deze regeling te herzien. Een betere toepassing van de derdebetalersregeling is een agendapunt op de gezondheidsdialoog die de Minister opstart.

---

<sup>31</sup> Volgens sommige deelnemers aan het overleg zou het gaan om 4% van de ambulante zorgverstrekking en 2% van de zorgverstrekkers.

<sup>32</sup> De categorieën van personen die kunnen genieten van de derdebetalersregeling worden opgesomd in artikel 6, § 2, 4° tot 7° van het K.B. van 10 oktober 1986, recentelijk gewijzigd bij het K.B. van 4 maart 2003 (B.S. van 10 oktober 1986).

+

- Op lange termijn de derdebetalersregeling veralgemenen tot alle beoogde ambulante zorgverstrekkingen;
- Op korte en middellange termijn het gebruik van de derdebetalersregeling door huisartsen stimuleren, bijvoorbeeld door een gefaseerde invoering van de SIS-kaartlezer.

### 3.3.4 Globaal medisch dossier

Het globaal medisch dossier werd uitgebreid, waardoor sinds 1 mei 2002 ieder die een globaal medisch dossier heeft, 30% minder remgeld moet betalen voor een consultatie van de huisarts. Uit ervaring blijkt inderdaad dat mensen vaak hun verhaal bij elke hulpverlener opnieuw moeten vertellen, dat er geen communicatie is tussen hulpverleners en dat een zelfde onderzoek meermaals gebeurt omdat de resultaten niet doorgegeven worden, zodat het belang van een algemeen en centraal dossier erkend wordt.

Hinderpalen ten aanzien van het globaal medisch dossier zijn: het gebrek aan informatie bij de patiënten over deze mogelijkheid, de rechthebbende moet de aanvraag doen en moet geld voorschieten<sup>33</sup> en de rechthebbende moet ook de verlenging aanvragen. Omwille van hun omstandigheden, kunnen rondtrekkende daklozen bovendien moeilijker beroep doen op deze maatregel.

Er zijn meer globaal medische dossiers in Vlaanderen dan in Wallonië en Brussel<sup>34</sup>. Het zou interessant zijn om de oorzaak van deze regionale verschillen te kennen om hieruit lessen te trekken.

---

<sup>33</sup> Heden bedraagt dit 13,06 euro. Dit bedrag wordt volledig door het ziekenfonds terugbetaald, maar hier stelt zich weer het probleem van het voorschieten van de kosten (zie punt. 3.1.2.). Dit forfaitair bedrag moet jaarlijks worden betaald.

<sup>34</sup> Volgens een enquête van de Christelijke mutualiteiten, beschikt in oktober 2002 40 % van hun leden in Vlaanderen over een medisch globaal dossier, tegenover 14% in Wallonië en 12% in Brussel. Een enquête van de Socialistische mutualiteiten en gegevens van de Liberale mutualiteiten bevestigen deze trend. (bron: De Kock, C., E-santé, 22-07-03, op basis van een enquête van de Christelijke Mutualiteiten).



Op 1 januari 2004 zou de verlenging van het globaal medisch dossier worden vereenvoudigd<sup>35</sup>. In de loop van 2004 zal de problematiek van het globaal medisch dossier worden geëvalueerd door een werkgroep, bestaande uit huisartsen en uit vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen.

+

Het globaal medisch dossier evalueren: draagt het huidige systeem bij tot een verbetering van de toegang tot gezondheidszorg, inclusief voor de armsten en tot een kwalitatief meer hoogstaande zorg?

### 3.3.5 Verhoogde tegemoetkoming

Sinds 1 juli 1997 is de verhoogde tegemoetkoming geleidelijk uitgebreid naar nieuwe categorieën van rechthebbenden<sup>36</sup>. Beperkingen van dit systeem zijn:

- criteria van leeftijdsbeperking en van duurtijd van uitkering voor werklozen, wat tot uitstel van zorgen kan leiden;
- de duurtijd van de toekenning van het leefloon (tijdens het jaar dat de aanvraag voorafgaat, hetzij 3 maanden op continue wijze, hetzij 6 maanden al dan niet continu);
- de opdeling van rechthebbenden in categorieën (bij gelijk inkomen kunnen twee personen een verschillende behandeling ondergaan al naargelang hun statuut);
- de verhoogde tegemoetkoming wordt niet rechtstreeks toegekend: de verzekerde moet zich bij zijn mutualiteit melden en bewijzen dat hij aan de vereiste voorwaarden voldoet inzake statuut en inkomsten.

---

<sup>35</sup> Zie het akkoord van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen van 7 juli 2003 inzake vereenvoudiging en verlenging van het globaal medisch dossier.

<sup>36</sup> De rechthebbenden op het leefloon en op de gelijkwaardige sociale bijstand, het gewaarborgd inkomen voor bejaarden of de inkomensgarantie voor ouderen, een tegemoetkoming aan personen met een handicap, kinderen met recht op verhoogde kinderbijslag, uitkeringsgerechtigde werklozen ouder dan 50 jaar en die gedurende minstens één jaar volledig werkloos zijn.

### 3.3.6 Forfaitair systeem

Het forfaitair systeem impliceert een contract tussen patiënt, mutualiteit en medisch centrum. De mutualiteit betaalt het medisch centrum rechtstreeks een vast maandelijks bedrag per betrokken patiënt: een forfait. De formule stimuleert eerstelijnsinfrastructuur en garandeert daarbij een maximale financiële toegankelijkheid. Een dergelijk systeem veronderstelt een hechte vertrouwensband tussen zorgvrager en -verstrekker.

Er is slechts een beperkt aanbod van centra die met dit systeem werken. Omwille van hun mobiliteit kunnen rondtrekkende daklozen bovendien moeilijk beroep doen op deze maatregel. Ook gebeurt het dat werklozen of leefloontrekkers die een job vinden, zich uitschrijven uit een wijkgezondheidscentrum dat volgens het forfaitair systeem werkt, omdat zij denken niet langer recht te hebben op dit systeem.

In het Eerste Verslag van het Steunpunt werd een grondige evaluatie van het forfaitair systeem gevraagd. Momenteel loopt een studie met de steun van het verzekeringscomité van het RIZIV, maar dit onderzoek beperkt zich tot de vaststelling van het forfaitair bedrag.

+

Het forfaitair systeem evalueren naar impact op de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg.

### 3.4 Dringende medische hulp

Inzake de dringende medische hulp die door de OCMW's verstrekt wordt aan de vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven<sup>37</sup>, werden volgende knelpunten opgetekend:

- de toepassing van dit K.B. leidt tot een aantal problemen omwille van een gebrek aan kennis over het K.B. bij patiënten en betrokken diensten;
- er zijn lange wachttijden eer een beslissing wordt genomen;
- de patiënt is beducht tegenover het OCMW.

Er moet gesignaleerd worden dat er ook minderjarige vreemdelingen zijn, die de dringende medische hulp niet krijgen.

Inzake een betere toepassing van het K.B. stellen het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding en het Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren voor een duidelijk wetgevend kader te creëren met een administratief vereenvoudigde procedure, waarbij de informatie en regelgeving via een website en een begrijpelijke, gecoördineerde omzendbrief wordt medegedeeld aan de betrokken actoren, zijnde OCMW's, opvangcentra, lokale opvanginitiatieven (LOI's), verpleeginstellingen en (para)-medici. Mensen zonder of met een precair verblijfstatuut dienen ook toegang te hebben tot psychiatrische en andere verzorgingsinstellingen.

Deelnemers aan het overleg ondersteunen deze voorstellen omdat ze beantwoorden aan een bezorgdheid om niemand uit te sluiten (grondrechtensvisie).

---

<sup>37</sup> K.B. van 12 december 1996 (B.S. van 31 december 1996).

+

- De toepassing van het K.B. inzake dringende medische hulp verbeteren door het scheppen van een duidelijk wetgevend kader met een administratief vereenvoudigde procedure.
- Het K.B. inzake dringende medische hulp ook geestelijke gezondheidszorg laten dekken.

## 4 Twee van de vele partners

### 4.1 Mutualiteiten

Mutualiteiten zijn een belangrijke actor in de gezondheidszorg. In drie domeinen zijn ze actief: zij beheren de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen; zij spelen een rol in de vrije verzekering en de aanvullende verzekering; zij bieden hulp, voorlichting, begeleiding en bijstand met het oog op het bevorderen van het fysiek, psychisch of sociaal welzijn (Vandevelde, C., en Bergamini, S., 2002: 16). Zij kunnen ook eigen gezondheidsvoorzieningen inrichten, zoals ziekenhuizen, diensten voor thuisgezondheidszorg,... Van de mutualiteiten wordt verwacht dat zij de belangen van de sociaal verzekerden dienen, collectief en individueel.

*'De ziekenkas doet wel veel, maar we weten het niet altijd'* is een reactie van mensen in armoede (Centrum Kauwenberg, 2003). Voor de deelnemers aan het overleg ontbreekt informatie over het aanbod van de mutualiteiten, over hun terugbetalingsmodaliteiten, over hun activiteiten. Ook is volgens sommigen het aanbod niet steeds afgestemd op de noden.

Mutualiteiten dreigen hun sociale rol te verliezen. Ook worden zij verplicht om meer en meer administratieve taken op te nemen. Voorbeeld van deze evolutie is een vermindering van de informatiefunctie en van nabije dienstverlening. Vroeger was de mutualiteit een laagdrempelige bron van informatie, maar deze functie neemt af, ondermeer doordat terugbetalingen minder aan het loket gebeuren en het aantal permanenties vermindert.

Er wordt voor gepleit dat mutualiteiten actief en snel hun leden opsporen die niet langer in orde zijn met de verplichte ziekteverzekering en hen terug in regel stellen. Niet altijd echter kunnen mutualiteiten deze opdracht vervullen o.a. bij gebrek aan beschikbaarheid van gegevens<sup>38</sup>. Daarom is samenwerking vereist tussen de verzekeringsinstellingen en de verschillende betrokken actoren: de kruispuntenbank van de sociale zekerheid, OCMW's , enz.

De meeste mutualiteiten eisen betaling van een aanvullende mutualiteitsbijdrage. Mensen met lage inkomens hebben echter geregeld moeilijkheden om deze bijdragen te betalen en OCMW's nemen deze bijdragen niet altijd ten laste. Mensen in armoede klagen aan dat de terugbetalingen uit de verplichte verzekering hen dan soms geweigerd worden<sup>39</sup>. Deze praktijk heeft dramatische gevolgen vermits iemand die niet in orde is met zijn aanvullende verzekering, geen terugbetaling van vergoedingen uit de verplichte verzekering ontvangt. Verschillende deelnemers aan het overleg getuigden van dit misbruik. Reeds in het Eerste Tweejaarlijkse Verslag van het Steunpunt wordt dit misbruik aangeklaagd (Steunpunt, 2001: 151).

Er doen zich problemen voor bij de terugbetaling: vertraagde uitbetaling door betaling via de bankrekening, gebrek aan informatie inzake de terugbetaling<sup>40</sup>. Deelnemers aan het overleg klagen aan dat sommige mutualiteiten het bedrag van de terugbetaling gebruiken voor aflossing van hun schulden.

Inzake belangenbehartiging dringen de verenigingen erop aan dat mutualiteiten hun leden de mogelijkheid geven om een actieve rol te spelen in de gezondheidszorgsector, door hen inspraak te geven in het

---

<sup>38</sup> Wanneer het recht op geneeskundige verzorging verworven is, wordt een jaarlijks recht verleend op basis van een referentiejaar, ongeacht de huidige situatie van de titularis. Het referentiejaar komt overeen met het tweede kalenderjaar voorafgaand aan het begin van het jaar dat de rechten opent. Zo heeft iemand recht op geneeskundige verzorging in het jaar 2003 op basis van zijn verzekeraarheid in 2001. Een persoon die in 2001 werkloos is geworden, geen recht heeft op werkloosheidsuitkeringen en over geen andere inkomsten beschikt, kan dus niet langer in orde zijn zonder dat de mutualiteit hiervan op de hoogte is.

<sup>39</sup> Zie hoger: punt 3.3.1. en voetnoot 22.

<sup>40</sup> Hier rijst de vraag naar de doelmatigheid van 'Het handvest van de sociaal verzekerde' voor mensen in armoede. Het recht op informatie wordt in dit handvest toegekend.

gezondheidsbeleid en te waken dat hun stem ook wordt gehoord. Sociaal verzekerden dienen beschouwd te worden als partners eerder dan als leden die bijgestaan moeten worden.

## 4.2 OCMW's

De rol van het OCMW in de gezondheidsbescherming is van residuaire aard, ten gunste van personen die worden geconfronteerd met de beperkingen van de sociale zekerheid en geen of een beperkte toegang hebben tot gezondheidszorgen. Ondanks de vooruitgang op het vlak van de toegang van allen tot de gezondheidszorgen, blijkt de rol van de OCMW's toch onontbeerlijk.

Artikel 1 van de Organieke Wet van 8 juli 1976 betreffende OCMW's stipuleert: 'Elke persoon heeft recht op maatschappelijke dienstverlening. Deze heeft tot doel eenieder in de mogelijkheid te stellen een leven te leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid.'

Om een leven dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid te kunnen leven, dient aldus iedereen een verzekerde toegang te hebben tot de gezondheidszorgen.

Artikel 60 §5 van deze Wet stipuleert dat "Indien de persoon aan wie hulp wordt geboden niet verzekerd is tegen ziekte en invaliditeit, maakt het (OCMW) de betrokkene lid van een verzekeringsinstelling naar zijn keuze, en bij gebreke aan een dergelijke keuze, van de Hulpkas voor ziekte -en invaliditeitsverzekering<sup>41</sup>. In de mate van het mogelijke wordt er een persoonlijke bijdrage geëist van de betrokkenen."

Het betreft hier een belangrijk artikel. Eén van de eerst opdrachten van het OCMW bestaat er dus in om na te gaan of een persoon verzekerd is voor geneeskundige verzorging.

Artikel 57, §1<sup>ste</sup>, al. 2, van de Organieke Wet preciseert dat: "(...) het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn tot taak heeft aan

---

<sup>41</sup> De Hulpkas voor ziekte-en invaliditeitsverzekering is een instelling van openbaar nut dat iedere aanvraag voor inschrijving van een sociaal verzekerde moet aannemen en deze persoon zijn rechten garanderen voorzover deze verzekerde de voorwaarden vervult. Voor sommige deelnemers aan het overleg is het beperkt geografische aanbod van de Hulpkas een belangrijk knelpunt.

personen en gezinnen de dienstverlening te verzekeren waartoe de gemeenschap gehouden is. Het verzekert niet alleen lenigende of curatieve doch ook preventieve hulp. Deze dienstverlening kan van materiële, sociale, geneeskundige, sociaal-geneeskundige of psychologische aard zijn.”

Dit artikel wordt door OCMW's meestal vertaald met een aflevering aan de gebruiker van een medische en/of farmaceutische kaart waardoor de gebruiker zich gedurende een bepaalde termijn –kosteloos of mits een kleine bijdrage- tot de arts of apotheker kan wenden. Ook zijn er OCMW's die gebruik maken van een requisitorium of betalingsverbintenis voor ad hoc gevallen. Hierdoor kan een gebruiker zich kosteloos laten verzorgen, terwijl de zorgverstreker de garantie heeft dat het OCMW zijn prestaties betaalt.

Ondanks hun residuaire bevoegdheid dienen meer en meer OCMW's – vaak met té weinig middelen- een rol te spelen op het vlak van de geneeskundige verzorging.

Bovendien bestaan er nog steeds grote praktijkverschillen tussen de OCMW's. Elk OCMW heeft een eigen aanpak op het vlak van de gezondheidszorg ontwikkeld. Zo zijn patiënten die beroep moeten doen op het OCMW, uitgeleverd aan de willekeur van de OCMW's. Ook de verplichting tot aansluiting bij de ziekte – en invaliditeitsverzekering wordt door de OCMW's op een zeer verschillende wijze geïnterpreteerd<sup>42</sup>.

Wegens deze grote praktijkverschillen is het nodig dat de bevoegde Minister duidelijk de verantwoordelijkheden en plichten van de OCMW's beschrijft inzake de toegang tot de gezondheidszorgen en de OCMW's hiervoor ook van de nodige financiële middelen voorziet.

Een goed initiatief in het streven naar meer harmonie is deze van de OCMW's van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest: zij hebben een gemeenschappelijke lijst opgesteld met geneesmiddelen die door het OCMW worden terugbetaald<sup>43</sup>. Het gaat om een minimale lijst. De

---

<sup>42</sup> Zie hierover: Steunpunt, 2001: 154.

<sup>43</sup> Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel-Brusselse Welzijns-en gezondheidsRaad, Beknopt verslag van de rondetafelconferentie “De Brusselse OCMW's en de eerstelijnsgezondheidszorg”, 13 juni 2002 – Brussels Parlement.

toepassing in de praktijk zou evenwel vooralsnog minder vlot verlopen.

Een ander knelpunt is dat mensen, die zich tot het OCMW moeten richten om toegang te krijgen tot de gezondheidszorg, het risico lopen om verschillende rechten te verliezen die vervat zijn in de wet betreffende de rechten van de patiënt<sup>44</sup>. Zo is er het recht van de patiënt op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar<sup>45</sup>. Mensen die een beroep doen op het OCMW verliezen vaak het recht op vrije keuze van zowel de behandelende geneesheer, de apotheker als het hospitaal.

Van de kant van de medische zorgverstrekkers bestaat een zekere terughoudendheid om voor het OCMW te werken. Redenen hiervoor kunnen zijn: administratieve rompslomp, trage uitbetalingen,...Apothekers en geneesheren zijn dan ook voorstanders van een conventie met het OCMW. Problemen kunnen zich eveneens voordoen inzake continuïteit van zorgen, bijvoorbeeld in geval van verhuizing. Er zijn ook meldingen van inbreuk op het medisch geheim, wanneer de Raad voor Maatschappelijk Welzijn beslissingen treft op basis van een dossier.

---

Observatoire de la Santé et du Social Bruxelles, Brusselse Welzijns-en gezondheidsRaad, Résumé de la table ronde "Les CPAS bruxellois et les soins de première ligne", 13 juin 2002-Parlement bruxellois.

<sup>44</sup> 22 augustus 2002 – Wet betreffende de rechten van de patiënt (B.S., 26 september 2002). Zie ook De Boe, F., 2002

<sup>45</sup> Art. 6 bepaalt: "De patiënt heeft recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar en recht op wijziging van deze keuze behoudens, in beide gevallen, beperkingen opgelegd krachtens de wet."



+

- Mutualiteiten en OCMW's van de nodige middelen voorzien, zodat zij hun opdrachten in het domein van het recht op bescherming van de gezondheid ten volle kunnen realiseren.
- Maatregelen nemen om te verhinderen dat ziekenfondsen de tegemoetkomingen uit de verplichte verzekering niet uitbetalen aan leden die niet in orde zijn met de bijdrage voor de aanvullende verzekering.
- Als antwoord op de grote praktijkverschillen tussen OCMW's wordt voorgesteld dat de bevoegde Minister duidelijk de verantwoordelijken en plichten van de OCMW's inzake toegang tot de gezondheidszorg beschrijft.
- Maatregelen treffen zodat OCMW's allemaal een aantal basisprincipes naleven: continuïteit van zorg, respect voor het medisch geheim, vrije keuze van de arts...

## 5 Opleiding van zorgverstrekkers

In de zorgverlening loopt er heel wat verkeerd doordat er een kloof bestaat tussen de leefwereld van personen die in armoede leven en die van de zorgverstrekkers. Maatregelen op het vlak van opleiding van zorgverstrekkers kunnen helpen om deze obstakels weg te werken. In de basisopleiding van zorgverleners dient kennis van armoede, vaardigheden inzake het omgaan met mensen in armoede en kennis van maatregelen die betrekking hebben op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg (maximumfactuur, derdebetalersregeling, dringende medisch hulp,...) ingebouwd te worden. In de navorming kan dit gestimuleerd worden aan de hand van accreditering. Het vormingspakket wordt best uitgewerkt in overleg met verenigingen, die werkzaam zijn op het terrein.

Een multidisciplinaire aanpak is belangrijk. 'Men zou kunnen voorstellen dat OCMW-verantwoordelijken aan studenten geneeskunde uitleg geven over de problemen die zij tegen komen, de oplossingen die zij aandragen; dat sociologen les geven in de faculteit geneeskunde, in scholen voor verpleegkunde over de problematiek van sociale

+

- Kennis van armoede en maatregelen ter bevordering van de toegankelijkheid:
  - inbouwen in de basisopleiding van zorgverstrekkers
  - door accreditering stimuleren in de navorming.
- Het vormingspakket uitbouwen in samenspraak met mensen in armoede en actoren op het terrein.

## 6 Kennis en evaluatie

In het kader van het onderzoek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg werden voorstellen ontwikkeld voor knipperlichten waardoor toegankelijkheidsproblemen permanent gesignaleerd kunnen worden (De Maeseneer, 2003: deelrapporten 2 en 3). Voor een analyse van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, ook voor de armste bevolkingsgroep, zouden de databanken die hiervoor in aanmerking komen, vooraf bevraagd moeten worden m.b.t. de vertegenwoordiging van de armste bevolkingslaag.

- Voor de minimale klinische gegevens (MKG) met betrekking tot de ziekenhuisopnames bestaan sociale codes die betrekking hebben op de sociale situatie van de patiënt. Deze codes worden echter veelal niet ingevuld waardoor de MKG geen efficiënt instrument zijn om gezondheidsverschillen ten aanzien van zorgconsumptie op te volgen.
- Enquêtes op basis van een steekproef hebben de volgende grenzen:
  - vermits de armste bevolkingslaag slechts een kleine fractie van de totale bevolking is, vormt zij een te klein aantal om een aparte categorie in te voeren. Zij worden zodoende gehergroepeerd met een minder arme bevolkingsgroep, waardoor echter de kenmerken van de armste bevolkingsgroep verdwijnen.
  - doordat de armsten minder geneigd zijn om een enquête te

beantwoorden, ontstaat een vertekening bij de samenstelling van de steekproef, die de effectieve respondenten omvat. In het geval van de Gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid wordt deze tendens tot niet-antwoorden nog versterkt, omdat de enquête lang en moeilijk is en met een zelf in te vullen vragenlijst, wat een hinderpaal vormt voor ongeletterden.

Voor het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, belast met de vierjaarlijkse Gezondheidsenquête, is deze vertegenwoordiging van mensen in gegevensbanken een bezorgdheid. Zij wijzen er op dat door het gebruik van het Nationaal Rijksregister voor de samenstelling van de steekproef, daklozen die geen officieel adres hebben, niet opgenomen zijn. Ook worden pragmatische redenen aangehaald voor het uitsluiten van 'specifieke' huishoudens, zoals gevangenen (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie, 2002: 10-11).

Een werkgroep, waarin tevens vertegenwoordigers van mensen in armoede zetelen, zou kunnen zoeken naar methodes om de deelname van de meest achtergestelde bevolkingsgroep aan enquêtes te verhogen. Ook zou dezelfde enquête gevoerd kunnen worden op basis van een grotere steekproef van mensen in armoede, met inbegrip van daklozen. Op die manier kunnen valide uitspraken over hen worden uitgebracht en vergeleken worden met de rest van de bevolking<sup>46</sup>.

Deze problematiek van de ondervertegenwoordiging van arme mensen in databanken betreft niet alleen de samenstelling van de databanken, maar ook de aard van de opgenomen informatie. Soms laat de informatie in de databanken essentiële aspecten van armoede terzijde. Een gezondheidsbeleid dat hierop gestoeld is, maakt meer kans om doelmatiger te zijn. Het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting kan hierbij een rol spelen als overlegplatform.

Van een andere aard is het voorstel om de impact op gezondheid te onderzoeken van maatregelen uit andere domeinen. Drie zeer concrete

---

<sup>46</sup> Over de algemene problematiek van de vertegenwoordiging van mensen in armoede in databanken, zie: Adriaensens, G., Passot, L., en Peña-Casas, R., 2003.

voorstellen werden op dit vlak geformuleerd in punt 2.

+

De vertegenwoordiging van de armste bevolkingslaag in databanken verbeteren.

## Bijlage: Lijst van deelnemers aan het overleg

### Eerste overlegfase

- Universiteit Gent - Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
- Zes verenigingen:
- ATD Vierde Wereld
- Comme chez nous, lid van het Gemeenschappelijk Daklozenfront
- Gemeenschappelijk Daklozenfront
- De Keeting
- De Willers, lid van het Vlaams Netwerk Armoedebestrijding
- De Poort, lid van het Vlaams Netwerk Armoedebestrijding

### Tweede fase: een verruimd overleg

- Apothekers zonder grenzen - Pharmaccess
- Artsen zonder grenzen
- Association des Maisons d'Accueil et des services d'aide aux sans-abri (A.M.A. asbl)
- ATD Vierde Wereld
- Brussels forum van strijd tegen de armoede
- CELOPS - Centre local d'observation et de promotion de la santé
- Centrum Kauwenberg
- Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding
- Comme Chez Nous
- De Keeting
- De Willers vzw
- Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones
- Gemeenschappelijk Daklozenfront
- Kind en Gezin
- Luttes Solidarités Travail - LST Andenne

- L'urgence sociale et le relais social
- Medisch steunpunt mensen zonder papieren
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel-Hoofdstad
- ONE - Office de la naissance et de l'enfance
- Réseau wallon de lutte contre la pauvreté
- Solidarités Nouvelles Bruxelles
- Steunpunt Algemeen Welzijnswerk
- Vereniging voor Wijkgezondheidscentra

## Bibliografie

- Adriaensens G., Passot L., Peña-Casas R. (2003), "De ondervertegenwoordiging van arme mensen in databanken", in: *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, nr. 2, p. 379-397.  
<http://www.armoedebestrijding.be/publications>
- Alerte (Quarante fédérations et associations nationales de lutte contre la pauvreté et l'exclusion) (2002), *Bilan associatif de la politique de lutte contre l'exclusion telle qu'elle a été initiée par la loi d'orientation de juillet 1998 et le programme d'action de juillet 2001*.  
[http://perso.wanadoo.fr/atd.mery/docu/eval\\_bil\\_fin.rtf](http://perso.wanadoo.fr/atd.mery/docu/eval_bil_fin.rtf)
- ATD Quart Monde (2002), *Evaluation de la loi d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion. Synthèse de l'évaluation*, Paris.
- Beck M., Vanroelen C., Louckx F. (2002), *Sociale breuklijnen in de gezondheidszorg*, VUB Press, Brussel.
- Beroepsvereniging der Verzekeringsondernemingen (s.d.), *Brochure: De aanvullende ziektekostenverzekering. Uw gezondheid financieel beschermd*. [http://www.bvvo.be/pdf/ziekteverzekering\\_NL.pdf](http://www.bvvo.be/pdf/ziekteverzekering_NL.pdf)
- Centrum Kauwenberg (2003), *Documenten van de werkgroep gezondheid*, niet-gepubliceerd document. (Voorbereiding grote samenkomst APGA rond gezondheid 19 september 2003; APGA grote samenkomst 19 september 2003; Verslag werkgroepen grote samenkomst gezondheid 19 september 2003; verwerking gegevens vragenlijst.)
- Collectief van verenigingen partners van het Algemeen Verslag over de Armoede, met de hulp van het Steunpunt (2000). *Betreft Evaluatie Gezondheid. Ter attentie van de Minister van Sociale Zaken, Frank Vandenbroucke*.  
<http://www.armoedebestrijding.be/publications>
- Collectief van de vereniging partners van het Algemeen Verslag over de Armoede, Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, Universiteit Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg (2003), "IV: De toegankelijkheid van de gezondheidszorg gezien door mensen in armoede", in: De Maeseneer J. (promotor), *Toegankelijkheid in de gezondheidszorg. Eindrapport*, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent, Gent.  
<http://www.armoedebestrijding.be/publicatiessteunpunt>
- De Boe F. (2002), "Le libre accès de tous à des soins de qualité", in: *Ethica Clinica*, 27 september, p. 29-32.  
<http://www.armoedebestrijding.be/publications/ethicaclinicasep2002.pdf>

- De Kock C. (2003), "Bijna één op de vier Belgen heeft een GMD", in: *E-gezondheid*, 22 juli.  
<http://www.e-gezondheid.be>
- De Maeseneer J. (promotor) (2003), "I: Literatuuroverzicht. II: : Secundaire analyse van bestaande databanken. III: Analyse van nieuwe databanken. V: : Acties om de toegankelijkheid te verbeteren. Samenvattend rapport", in: *Toegankelijkheid in de gezondheidszorg. Eindrapport*, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent, Gent.  
<http://www.primarycare-ghent.org>
- Deschamps J.-P. (2003), "Une 'relecture' de la chart d'Ottawa", in: *Santé Publique*, vol. 15, n° 3, p. 313-325.
- De Spiegelaere M. (2002), "Prévention médicale=Promotion de la santé", in: *Revue Quart Monde*, n° 184, novembre, p. 39-41.
- De Spiegelaere M. (2003-2004), *Médecine sociale*, SPUB 008, 4<sup>e</sup> Doctorat en médecine-MED7, ULB.
- Federale regering (2003), *Een creatief en solidair België: zuurstof voor het land. Regeringsverklaring en regeerakkoord*.
- Léonard C. (2003), "La responsabilisation: une conséquence logique de l'individualisme", in: *La Revue Nouvelle*, avril, p. 68-73.
- Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren,  
<http://medimmigrant.be>
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brusselse Welzijns- en gezondheidsraad (2002), *Beknopt verslag van de rondetafelconferentie "De Brusselse OCMW's en de eerstelijnsgezondheidszorg"*, Brussels parlement, 13 juni.
- Socialistische Mutualiteiten, Studiedienst (2003), *Synthese resultaten studie referentierugbetaling*, Brussel.
- Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2001), *In dialoog, zes jaar na het Algemeen Verslag over de Armoede: Eerste tweejaarlijks verslag*, Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, Brussel.  
<http://www.armoedebestrijding.be/tweejaarlijksverslag.htm>
- Vandeveld C., Bergamini S. (2002), *L'accès aux soins de santé: un droit pour tous. Un axe prioritaire de la politique de la Commission Communautaire Française*, Commission Communautaire Française, Bruxelles.  
<http://www.cocof.be/telecharge/DOCS/sante/soins.PDF>
- Vlaams Patiëntenoverleg (2003), *Bemerkingen maximumfactuur*, niet-gepubliceerd document.
- Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling epidemiologie (2002), *Gezondheidsenquête door middel van Interview, België 2001*, Brussel.  
<http://www.iph.fgov.be/sasweb/his/nl/index.htm>