

DOSSIER GEZONDHEID EN WELZIJN

Nu het Coronavirus de actualiteit volledig beheerst, krijgt de grotere gezondheids- en armoedeproblematiek helaas minder aandacht. Afgelopen januari publiceerde de Federatie van Brusselse OCMW's haar onderzoek naar de harmonisering van de praktijken en beleidsmaatregelen inzake gezondheidszorg van de negentien OCMW's van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Naar aanleiding daarvan zal deze Nieuwsbrief vooral inzoomen op gezondheidskwesties vanuit sociaal oogpunt.

In dit dossier gaan we dieper in op:

De problematiek

- Focus op de gezondheidskwesties in het tiende tweejarige rapport van het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting
- Samenvatting van de studie 'Iedereen even gezond in Brussel?' die het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie afgelopen januari publiceerde
- Conclusies en aanbevelingen van de studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen om na te gaan of het aantal niet-gebruikers van gezondheidszorg en hun kenmerken intussen veranderd zijn
- De OCMW-gebruikers kennen: het Sociaal Observatorium binnen het OCMW van Schaarbeek

Enkele mogelijke oplossingen

- Federatie en OCMW's:
 - Gesprek met Karine Lalieux, voorzitter van de Federatie van Brusselse OCMW's, over het onderzoek naar de harmonisering van de praktijken en beleidsmaatregelen inzake gezondheidszorg van de negentien OCMW's van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
 - Herinnering aan de eisen van de OCMW's in verband met gezondheid in hun federaal, gewest- en gemeenschapsmemorandum
- 6 actiepunten van Dokters van de Wereld voor de federale overheid
- Federale overheid: geharmoniseerd sociaal statuut en automatisering van rechten dankzij de app MyBenefits
- Focus op twee instrumenten die door verenigingen zijn ontwikkeld:
 - Het repertorium 'Le Bon Plan' van de vzw DUNE (interview)
 - Het repertorium 'Sociaal Brussel' van de vzw Centrum voor Maatschappelijke Documentatie en Coördinatie

Dit dossier werd gecoördineerd door hoofdredacteur Philippe Delvaux.

Met de medewerking van **Emily Clissold** (Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting), **Sarah Missinne**, **Hervé Avalosse** en **Sarah Luyten** (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn in Brussel), **Carlo Caldarini**, **Sophie Querton** en **Dirk Kaekebeke** (Sociaal Observatorium van Schaarbeek), **Karine Lalieux** (Voorzitter van de Federatie van Brusselse OCMW's), **Françoise Tomasetti** en **Isabelle Leroy** (MyBenefits), **Chloé Pinaud** (Le Bon Plan) en **Valérie Wispenninckx** (Sociaal Brussel).

We willen ook alle auteurs bedanken die hun tijd hebben besteed aan de samenstelling van dit dossier.

Was u er ook bij?

Op 3 maart vond de zevende intergewestelijke bezoeken dag plaats. In dit nummer worden sommige acties aan Brusselse zijde samengevat (zie blz 53). Tijdens de bezoeken dag kreeg men ook de kans om deel te nemen aan workshops, waarvan er twee betrekking hadden op de gezondheid van de OCMW-cliënten en de toegang tot medische verzorging, via de praktijk en de acties in het kader van de tenlasteneming van de medische en farmaceutische kosten door enerzijds een OCMW dat niet verbonden is aan een ziekenhuis, namelijk dat van Vorst, en anderzijds een OCMW dat wel verbonden is aan een ziekenhuis, namelijk dat van de Stad Brussel.

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

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

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



STEUNPUNT TOT BESTRIJDING VAN ARMOEDE, BESTAANSONZEKERHEID EN SOCIALE UITSLUITING

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

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

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

TOEGANG TOT CONTINUE GEZONDHEIDSZORG VOOR MENSEN IN ARMOEDE

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

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

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

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

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

GEZONDHEIDSZORG IS DUUR

(Sociale) Derdebetalersregeling

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

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

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

Verhoogde Tegemoetkoming

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

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

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

Generieke geneesmiddelen

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

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

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

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

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

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

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

Wijkgezondheidscentra

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

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

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

Gezondheidszorgschulden

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

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

NIET IEDEREEN EN NIET ALLES IS VERZEKERD

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

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

Inschrijving bij mutualiteit

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

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

Dringende medische hulp

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

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

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

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

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

Dekking van prestaties en medicatie

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

DE AFSTAND TOT GEPASTE ZORG IS GROOT

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

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

Toegang tot zorgverstrekkers

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

Toegang tot ziekenhuizen

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

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

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

Gebrek aan kennis over armoede

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

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

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

Preventieve gezondheidszorg

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

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

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

> Meer info

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

Vervolg op blz 14.

HET STEUNPUNT TOT BESTRIJDING VAN ARMOEDE FORMULEERT DE VOLGENDE AANBEVELINGEN

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

HET EUROPEES NETWERK VAN DE 'GEZONDE STEDEN'

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

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

Zie Engelse versie van de website van de Wereldgezondheidsorganisatie:

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



VILCO.BRUSSELS

EN ALS WE NU EENS SAMENWERKEN?

WANNEER BURGERVERENIGINGEN EN LOKALE BESTUREN SAMENWERKEN ...

24 april 2020, 16.30 - 21.00 u.

Plaats nog te bevestigen, Brussel (Opgelet uitstel mogelijk)

Relaas over een participatieve onderzoekactie van drie jaar over de samenwerking tussen burgerverenigingen en lokale besturen in Brussel (Brussel-Stad, Ukkel, Etterbeek, Watermaal-Bosvoorde en Leefmilieu Brussel). Een expositie om het VILCO-avontuur en getuigenissen van burgers, schepenen en gemeenteambtenaren te ontdekken, om ervaringen en conclusies te delen en om met een glaasje op het einde van het project te klinken.

Meer info op www.brulocalis.brussels

> Sarah MISSINNE, Hervé AVALOSSE & Sarah LUYTEN, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Eind januari, het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn - Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie geeft uit het studie "Iedereen even gezond in Brussel?", waarvan we een samenvatting hier herpubliceert.

IEDEREEN EVEN GEZOND IN BRUSSEL? RECENTE CIJFERS EN KAARTEN OVER SOCIALE ONGELIJKHEDEN IN GEZONDHEID

INLEIDING

Veel onderzoek toonde reeds aan dat iemands' socio-economische positie een heel sterke invloed heeft op de gezondheid. De accumulatie van voor- of nadelige levenscondities en levensgebeurtenissen uit zich in socio-economische verschillen in de gezondheidstoestand over het gehele verdere leven. In dit dossier wordt een stand van zaken opgemaakt van de specifieke situatie in het Brussels Gewest. De grootstedelijke context kenmerkt zich onder meer door een jonge bevolking, een relatief arme bevolking, een hoge (jeugd)werkloosheid, veel inwoners met een buitenlandse nationaliteit en de vele verhuisbewegingen. Bovendien bestaan er tussen de Brusselse wijken grote verschillen in de socio-economische situatie.

In dit dossier worden de mutualiteitsgegevens (2016) geanalyseerd van maar liefst 1 106 181 Brusselaars. Om het beeld te vervolledigen worden deze aangevuld met informatie uit andere betrouwbare gegevensbronnen (Gezondheidsenquête, formulieren van geboorte en sterfte en publicaties van het Observatorium).

Dit dossier gaat ook in op de socio-economische verschillen tussen Brusselse buurten en bespreekt deze aan de hand van kaarten voor een hele reeks gezondheidsindicatoren (IMA). Dit is een eerste stap om verder inzicht te krijgen in de lokale context, wat belangrijk is voor de ontwikkeling van effectieve beleidsacties.

THEORETISCH KADER

Een speciale commissie van de Wereldgezondheidsorganisatie ontwikkelde een conceptueel kader op basis van de bestaande evidentie en theorievorming rond socio-economische ongelijkheden in gezondheid. Dit kader (Solar en Irwin, 2010) wordt als leidraad gebruikt (zie figuur 1).

Socio-economische positie staat centraal in het model. Het model benadrukt langs de ene kant hoe personen hun socio-economische positie mee bepaald wordt door de algemenere socio-economische en politieke context in de samenleving. Dit worden de structurele determinanten genoemd, aangezien zij de

dieper onderliggende oorzaak vormen van socio-economische ongelijkheden in gezondheid. Langs de andere kant, heeft de socio-economische positie van personen een enorme invloed op de gezondheid via verschillende **intermediaire** determinanten (materiële condities, gezondheidsgedrag en preventie en psychosociale factoren). Het gezondheidszorgsysteem wordt gezien als een cruciale speler om de nadelige effecten van deze gezondheidsdeterminanten te mediëren.

Personen met een moeilijker socio-economische positie accumuleren **veel kwetsbaarheden** tijdens het leven (bv. door stress, moeilijke werkomstandigheden, ongezonde woning, etc.) terwijl ze net **minder middelen hebben om zich hiertegen te beschermen** (minder goede immuniteit, minder sociale steun, een moeilijker toegang tot evenwichtige voeding, etc.) **of de nadelige gevolgen te beperken** (toegang en kennis over het gezondheidssysteem, informele zorg, preventie, aanpassing werkcondities na zware ziekte etc.)

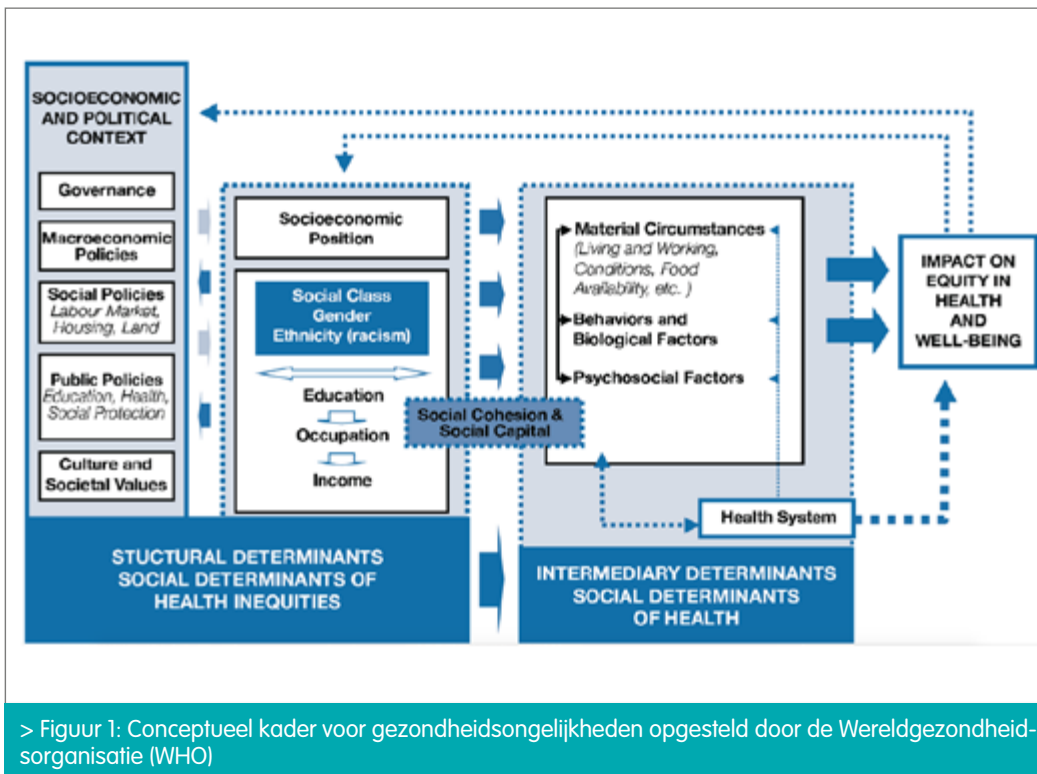
De grote verschillen die er bestaan binnen het Brussels Gewest in werk- en levenscondities, gezondheidsgedrag en gebruik van gezondheidszorg worden keer op keer aangetoond in de studies van het Observatorium en worden in dit dossier samengebracht.

DATA EN METHODEN

In dit dossier wordt hoofdzakelijk gebruikt gemaakt van de gegevens van het Intermutualistisch Agentschap (IMA), de Gezondheidsenquête uitgevoerd door Sciensano en de Statistische formulieren voor geboorte en sterfte.

IMA

Het IMA brengt de informatie bijeen van alle terugbetalingen van zorg door de zeven ziekenfondsen in België. Zodoende hebben we de administratieve en de facturatiegegevens van terugbetaalde zorg en medicatie van iedereen die is aangesloten bij de verplichte ziekteverzekering in België. In 2016, gaat dit om 1 106 181 personen (93,5% van de bevolking van het Rijksregister).



> Figuur 1: Conceptueel kader voor gezondheidsongelijkheden opgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO)

De IMA-databank bevat geen informatie over financiële middelen of opleidingsniveau om de socio-economische positie van personen in te schatten. Wel is de locatie (via de statistische sector) van de woonplaats van de leden beschikbaar, en dit kan gebruikt worden om bij benadering de socio-economische positie in te schatten. Zeker in Brussel zijn de ruimtelijke ongelijkheden groot, en wonen personen met een gelijkaardig socio-economisch profiel vaak in dezelfde buurten.

Op onderstaande kaart worden deze vijf groepen geografisch weergegeven. Brussel kent grote geografische verschillen, met een heel duidelijke arme zone, de zogenaamde 'arme sikkel' ten noorden en ten westen van het stadscentrum (de vijfhoek), voor een belangrijk stuk langs het kanaal.

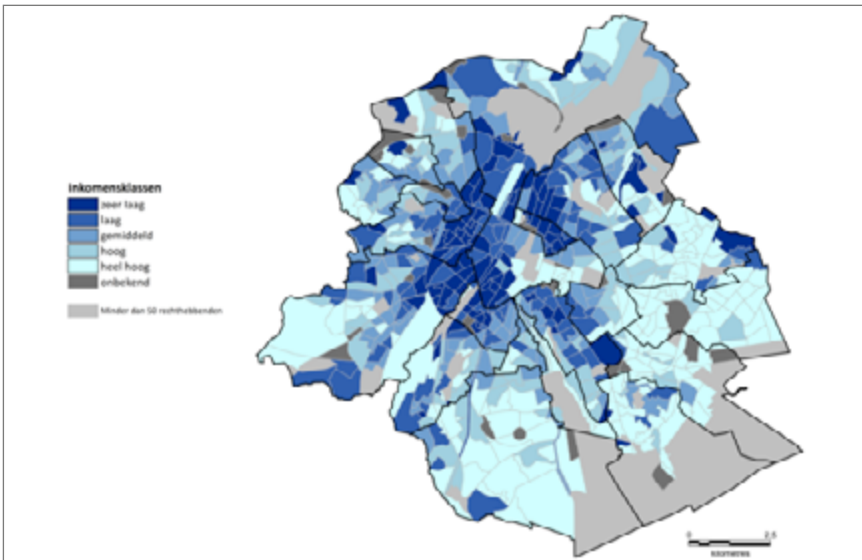
GEZONDHEIDSENQUÊTE

Er wordt een sociale schaal opgesteld van vijf groepen die werkt volgens oplopende waarden. In de eerste groep zitten de statistische sectoren waar het mediaan inkomen het laagst is, en de vijfde groep bevat de statistische sectoren waar het mediaan inkomen het hoogst is. De 2e, 3e en 4e groep liggen daartussen. Alle personen worden vervolgens ingedeeld in functie van de statistische sector van hun woonplaats. Tabel 1 geeft een overzicht van de boven- en ondergrenzen van de mediane inkomens die elke groep statistische sectoren begrenst. De inkomensgrenzen per groep liggen telkens een stuk lager in Brussel in vergelijking met Wallonië en Vlaanderen.

De grote meerwaarde van de Gezondheidsenquête is, dat het de enige bron is die inzicht verschaft in bijvoorbeeld de vele gezondheidsgedragingen (roken, alcoholgebruik, gezonde voeding etc...), die niet kunnen worden afgeleid uit facturatie – en administratieve gegevens. Ook wordt de prevalentie van aandoeningen rechtstreeks bevraagd en niet afgeleid uit facturatiegegevens van medicatie en/of zorggebruik. Bovendien wordt de socio-economische positie van de deelnemers in verschillende dimensies bevraagd en kunnen bijvoorbeeld opleidingsverschillen naast inkomensverschillen worden geanalyseerd, hetgeen ons bijkomende inzichten kan verschaffen in

	Brussels	Vlaanderen	Wallonië	België
laagste inkomens	]0 ; 16.217 €]	]0 ; 22.529 €]	]0 ; 19.094 €]	]0 ; 20.348 €]
lage	]16.217 € ; 18.115 €]	]22.529 € ; 24.944 €]	]19.094 € ; 21.506 €]	]20.348 € ; 23.209 €]
midden	]18.115 € ; 20.873 €]	]24.944 € ; 26.902 €]	]21.506 € ; 23.940 €]	]23.209 € ; 25.735 €]
hoog	]20.873 € ; 23.161 €]	]26.902 € ; 29.108 €]	]23.940 € ; 27.071 €]	]25.735 € ; 28.350 €]
hoogste inkomens	]23.161 € ; ...]	]29.108 € ; ...]	]27.071 € ; ...]	]28.350 € ; ...]

> Tabel 1: Overzicht van de mediane inkomens die elke groep van statistische sectoren begrenst, volgens regio, 2016
Bron : Avalosse et al., 2019



> Kaart 1: Geografische spreiding van de groepen van statistische sectoren binnen het Brussels Gewest, 2016

Bron: FOD Economie; Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

de achterliggende oorzaken van de geobserveerde socio-economische verschillen.

Statistische formulieren voor geboorte en sterfte

Voor de indicatoren mortaliteit en infantiele sterfte maken we gebruik van nog een derde gegevensbron, namelijk de geboorte – en sterfteformulieren. Aangezien voor iedereen, ongeacht woonsituatie (in België of elders) of verblijfsstatus (legaal of niet), een formulier moet worden ingevuld voor elke geboorte en overlijden is dit de meest exhaustieve informatiebron voor twee sleutelmomenten in het leven (geboorte en overlijden). Het is de enige gegevensbron die informatie verschaft van personen die niet zijn ingeschreven in het Rijksregister.

RESULTATEN

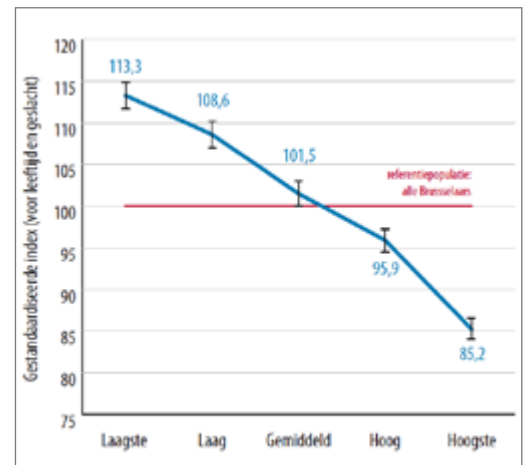
Socio-economische ongelijkheden in gezondheid

Net zoals reeds veelvuldig werd aangetoond in internationale en nationale studies, is ook in Brussel de **link tussen iemands' socio-economische positie en gezondheid zeer sterk**. Socio-economische ongelijkheden in gezondheid treffen **de volledige bevolking**, en dus zeker niet enkel een selecte groep van personen in de meest precare socio-economische situatie. Er bestaat vaak een zogenaamde **'sociale gradiënt'**.

Ook in Brussel, starten ongelijkheden al van bij de geboorte. Zo lag het risico op een doodgeboorte in 2016-2017 in huishoudens zonder inkomen uit arbeid meer dan 3 keer zo hoog dan in een huishouden met

twee inkomens uit arbeid. De ongelijkheden accumuleren zich systematisch verder gedurende het leven en dit zowel voor fysieke als mentale gezondheid (zie hieronder). Finaal zullen deze resulteren in **grote verschillen in levensverwachting**. Zo is in de periode 2011-2015, de levensverwachting van een pasgeborene in Sint-Joost-ten-Node 5 jaar lager, dan in Sint-Pieters-Woluwe.

Hieronder illustreren we verder de socio-economische ongelijkheden voor enkele gezondheidsaspecten die in het dossier werden bestudeerd. Ten eerste, bestaat er een zeer duidelijke sociale gradiënt voor chronische ziekten. Hoe lager de socio-economische positie, hoe systematisch hoger het aandeel personen met het statuut van chronische aandoening (zie figuur 2). Zo heeft de laagste socio-economische groep maar liefst 33,0% meer kans op een dergelijk statuut dan personen met de hoogste socio-economische positie (1,33=113,3/85,2).

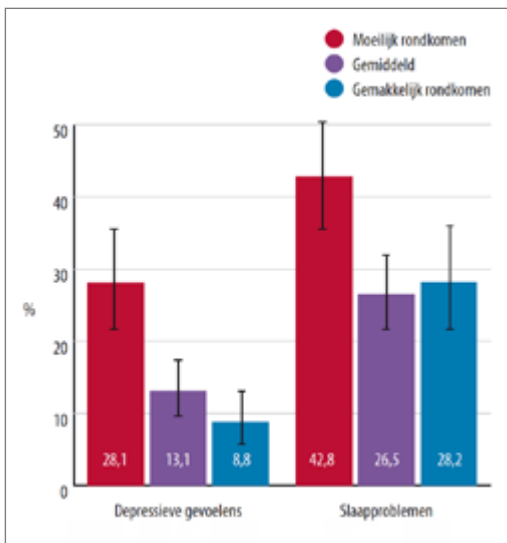


> Figuur 2: Statuut chronische aandoening naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016

Bron: InterMutualistisch Agentschap

Ten tweede, is ook de mentale gezondheid systematisch minder goed naargelang de socio-economische situatie moeilijker is. Zo hebben personen die het financieel moeilijk hebben, maar liefst 3 keer zoveel kans op een depressie (namelijk 28,1%) in vergelijking met zij die wel gemakkelijk de eindjes aan elkaar kunnen knopen (8,8%). Zij die gemiddeld rondkomen liggen daar tussenin (13,1%). En ook voor slaapproblemen bestaan er grote socio-economische verschillen (zie figuur 3). We vermoeden bovendien dat socio-economische zwakkere groepen in Brussel niet voldoende toegang hebben tot antidepressiva (o.b.v. data IMA) en tot psychotherapie (o.b.v. de Gezondheidsenquête) en dat er dus een aanzienlijk deel van de bevolking niet voor zijn depressie wordt behandeld.

De grandes différences socioéconomiques sont également présentes dans le cas des troubles du sommeil (voir figure 3). Nous faisons en outre l'hypothèse que les groupes socioéconomiquement plus



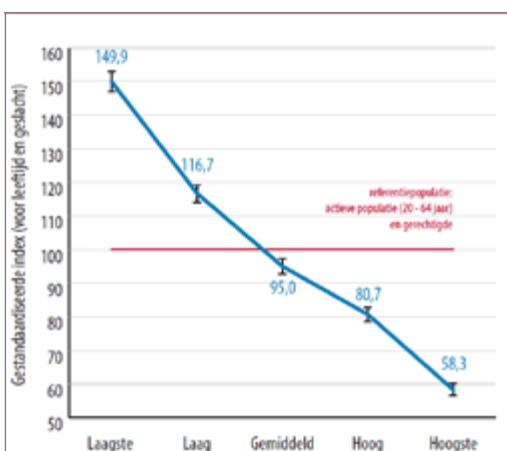
> Figuur 3: De prevalentie van depressie en slaapproblemen naar financiële draagkracht, Brusselaars van 15 jaar en ouder, 2013*

*Gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht (Europese referentiepopulatie, 2013)

Bron: Sciensano, Gezondheidsenquête 2013; Berekeningen Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

faibles à Bruxelles n'ont pas un accès suffisant aux antidépresseurs (sur base des données de l'AIM) et à la psychothérapie (sur base des données de l'Enquête de santé), ce qui suggère qu'une part considérable de la population ne suit pas de traitement pour la dépression.

Ten derde, gezondheidsproblemen kunnen leiden tot arbeidsongeschiktheid en verder tot invaliditeit. Ook hier is telkens een zeer sterke sociale gradiënt aanwezig. Arbeidsongeschiktheid komt systematisch vaker voor naargelang de socio-economische



> Figuur 4: Invaliditeit naar inkomensgroep (index), Brussels Gewest, 2016

Bron: InterMutualistisch Agentschap

positie lager is. Uiteindelijk zal de laagste socio-economische groep bijna dubbel zo arbeidsongeschikt zijn, in vergelijking met de hoogste socio-economische groep ($1,91 = 131,1/68,8$; niet geïllustreerd). Voor invaliditeit is de sociale gradiënt zelfs nog sterker over de vijf inkomensgroepen heen, met aan de uitersten maar liefst 2,6 keer meer kans bij armste gerechtigden om invalide te worden verklaard dan bij de rijkste gerechtigden ($2,6 = 149,9/58,3$) (figuur 4).

In het rapport worden eveneens socio-economische ongelijkheden voor obstructieve luchtwegaandoeningen, chronisch obstructief longlijden, mondgezondheid, diabetes, hartaandoening en mortaliteit aangetoond.

Geografische ongelijkheden in gezondheid

Inleiding

Gezien de sterke socio-economische verschillen tussen Brusselse buurten (zie kaart 1), is het interessant om te bestuderen in welke mate we gelijkaardige geografische patronen vinden voor de gezondheidsindicatoren. Inderdaad, voor vele dimensies van gezondheid en gezondheidszorg bestaan er zeer grote verschillen tussen de Brusselse buurten, die duidelijk gelinkt kunnen worden aan het niveau van socio-economische achterstelling van de buurt.

Deze ruimtelijke structuren werden historisch bepaald in Brussel. De sociaal-ruimtelijke structuren zijn gevormd door enerzijds de concentrische (in cirkels) ontwikkeling van de stad en anderzijds een sterke oost-west tegenstelling. **Het concentrisch patroon ontstond ten gevolge van de groei van de stad.** Opeenvolgende uitbreidingen van de stad vertonen hierdoor een zekere stedenbouwkundige, en bijgevolg vaak ook een maatschappelijke, homogeniteit. We onderscheiden hierbij **het historische centrum (de vijfhoek)**, de eerste kroon en de tweede kroon. **De eerste kroon** van het Brussels Gewest verwijst naar de wijken tussen de lanen van de kleine ring en de middenring gevormd door de grote lanen in het zuiden (Churchillaan) en in het oosten (Generaal Jacqueslaan, Louis Schmidlaan, Saint-Michellaan, Brand Whitlocklaan, August Reyerslaan en Lambermontlaan) en de spoorlijnen in het westen. Deze eerste kroon was volledig verstedelijkt rond 1930. De tweede kroon omvat de wijken die het meest aan de buitenkant van de stad liggen, buiten de middenring. Vooral de Brusselse burgerij verliet het centrum van de stad ten voordele van de periferie waarnaartoe ze o.a. werd getrokken door de eengezinswoningen.

Naast deze concentrische en chronologische structurering kent de stad ook een **oost-west structuur**, die voornamelijk het reliëf van de stad volgt. De meest volkse wijken, de vroegere arbeiderswijken, werden historisch naar het westen verdrongen, dat moerassig was (met een zwakke helling weg van de Zenne en de Maalbeek) en het minst geschikt was om te wonen. In de **'arme sikkels'** wonen al meerdere decennia een concentratie van de op economisch vlak meest kansarme bevolkingsgroepen.

Deze bestaat uit de wijken in het noorden en het westen van de eerste kroon. Deze wijken behoren tot de armste wijken van het Brussels Gewest, ze vormen een sikkel rond het stadscentrum, van de lage gedeelten van Vorst tot Sint-Joost-ten-Node. De oostelijke helling met een uitgesproken reliëf trok de aristocratie aan. Nu nog trekken de meest welgestelden naar het zuiden en oosten, waar zowel de woningen als de woonomgeving door het groene kader van uitzonderlijke kwaliteit zijn.

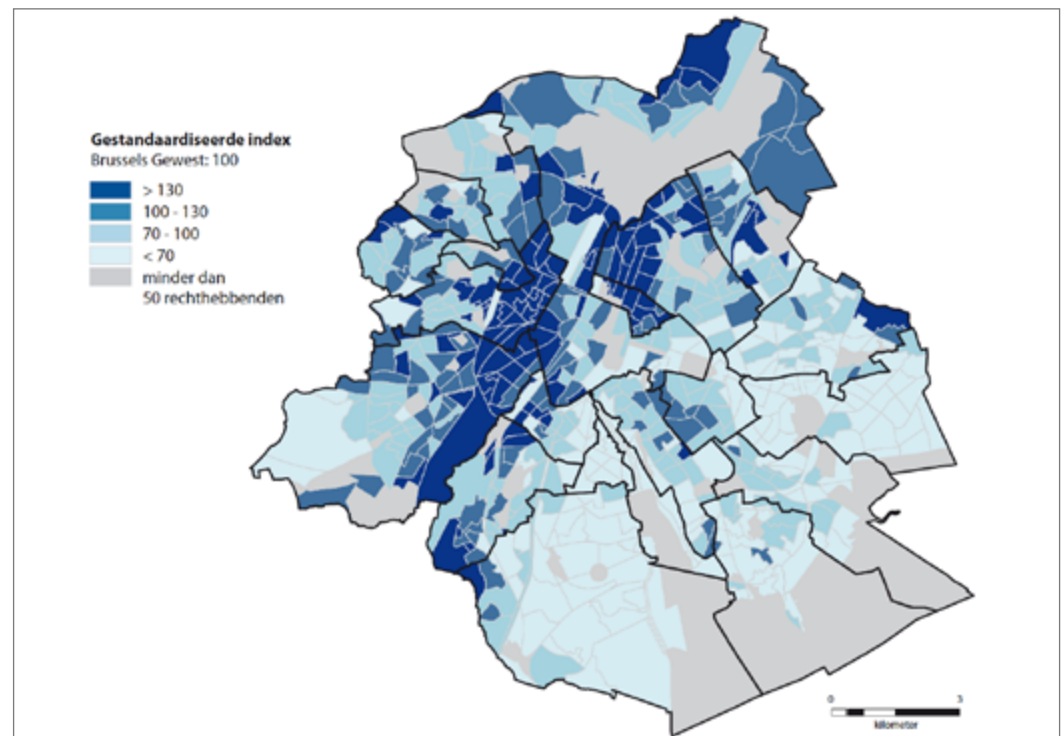
Cartografie

De focus ligt op het interpreteren van algemene patronen. Voor meer details over de lokale situatie verwijzen we graag naar de gemeentefiches die het Observatorium heeft opgesteld samen met het Brussels Instituut voor Statistiek (BISA). Hieronder wordt de geografische verdeling van een aantal gezondheidsindicatoren geïllustreerd, in het dossier kunnen de kaarten voor alle IMA-indicatoren worden teruggevonden.

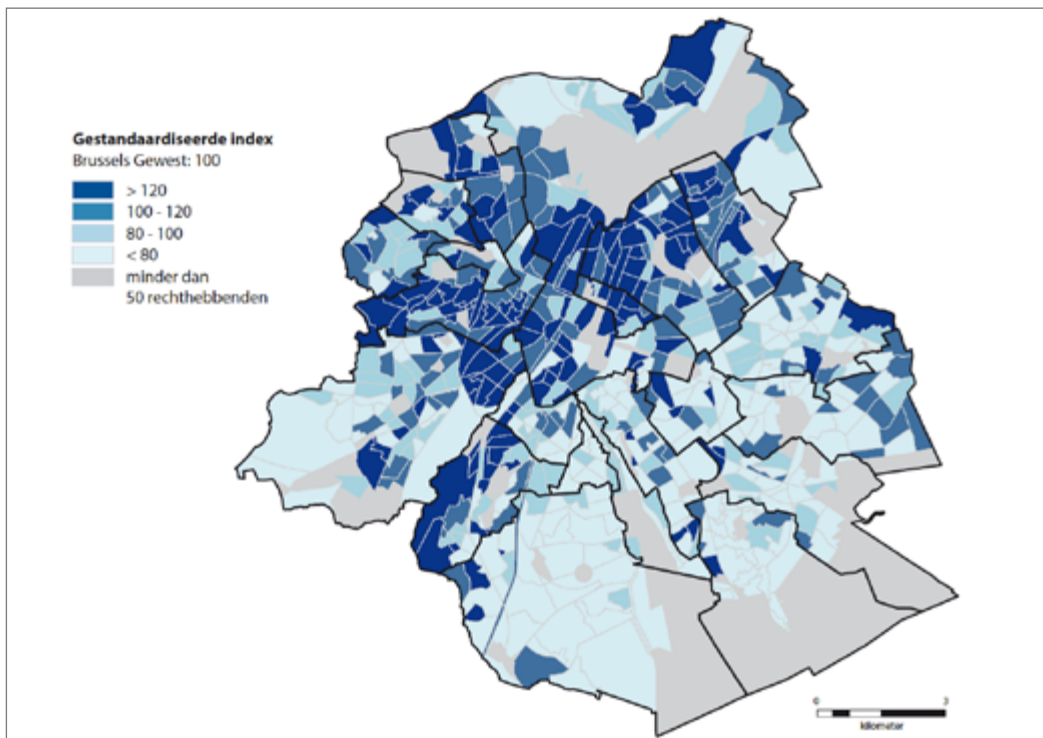
Diabetes volgt het patroon van de bestaande scherpe socio-economische verschillen tussen Brusselse buurten. We zien dat het geografische patroon van diabetes bijna perfect overeenkomt met de inkomensverdeling in het Brussels Gewest (zie kaart 1). De arme sikkel is duidelijk zichtbaar, terwijl in de meer bemiddelde buurten de inwoners duidelijk gemiddeld een lagere kans hebben op diabetes (kaart 2).

Ook **borstkankerscreening** (ongeacht het type onderzoek) (kaart 3) volgt bijna perfect de inkomensverdeling in het Brussels Gewest. Het is duidelijk dat inwoners van de arme sikkel zich minder vaak laten screenen, terwijl de inwoners van de meer bemiddelde buurten dit duidelijk gemiddeld vaker doen. Wel is het zo dat het georganiseerde bevolkingsonderzoek naar borstkanker (dat gratis is) vaker de armere bevolking bereikt in Brussel en dat dus personen uit de arme sikkel net vaker deelnemen aan het georganiseerde programma, net als inwoners uit delen van het noordwesten (niet geïllustreerd in de samenvatting). Echter, gezien de beperkte deelname aan het georganiseerde screeningsprogramma (10,9% van de Brusselse vrouwen tussen de 50-69 jaar) worden de grote socio-economische verschillen die er bestaan bij het opportunistisch screenen (41,3% van de Brusselse vrouwen tussen de 50-69 jaar) niet gecompenseerd en blijft er een zeer sterke sociale gradiënt bestaan voor borstkankerscreening in zijn geheel.

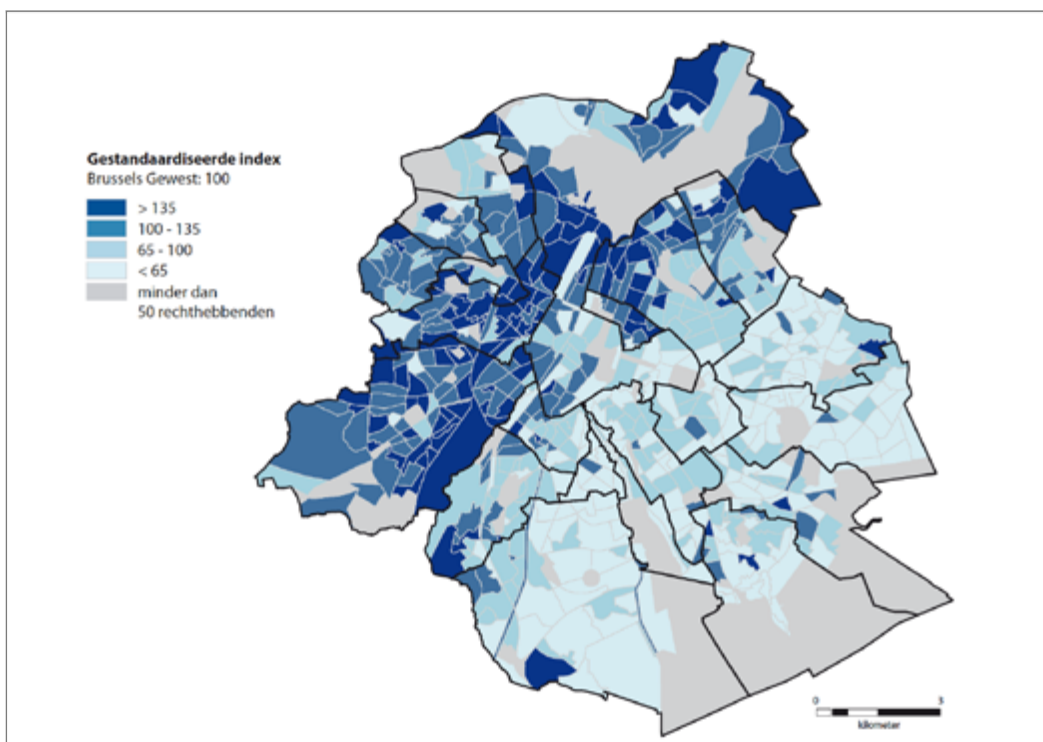
We zien op de kaart van **arbeidsongeschiktheid** (kaart 4) een tweedeling met in het noordwesten een belangrijk aandeel en in het zuidoosten een laag aandeel. In de Kanaalzone en de arme sikkel zijn de aandelen van de primaire arbeidsongeschiktheid het hoogst. Deze zone kent het hoogste aandeel arbeiders onder hun werkende bevolking en dit is het beroepsstatuut met het hoogste risico op arbeidsongeschiktheid en invaliditeit.



> Kaart 2: Diabetes gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016
 Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel



> Kaart 3: Borstkankerpreventie-ongeacht het type onderzoek gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016
Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel



> Kaart 4: Primaire arbeidsongeschiktheid gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht, Brussels Gewest, 2016
Bron: InterMutualistisch Agentschap. Cartografie: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brussel

BESLUIT & AANBEVELINGEN

Dat socio-economische ongelijkheden ook in het Brussels Gewest alomtegenwoordig zijn voor bijna alle aspecten van gezondheid wordt in het rapport duidelijk geïllustreerd. De grote verschillen die er bestaan tussen inkomensgroepen uit zich bovendien in scherpe geografische tegenstellingen binnen het Gewest.

Het is hierbij belangrijk te benadrukken dat socio-economische ongelijkheden in gezondheid reeds vanaf de geboorte aanwezig zijn, waardoor het kind ongewild met een achterstand zijn leven aanvat. Hiermee moet worden rekening gehouden indien van burgers wordt verwacht dat ze zelf actief beslissingen nemen met betrekking tot gezondheid en dat ze geïnformeerde patiënten worden binnen de gezondheidszorg, zoals meer en meer het geval is. Beleidsmakers leggen veel nadruk op een gezond gezondheidsgedrag en op de gezondheidszorg, eerder dan te focussen op de achterliggende structurele determinanten van gezondheidsongelijkheden. Hierdoor worden de individuen zelf meer verantwoordelijk gesteld voor hun eigen gezondheid, terwijl de ruimere socio-economische context waarbinnen personen hun "keuzes" maken met betrekking tot gezondheid op de achtergrond verdwijnen.

Doordat gezondheidsongelijkheden zo diep geworteld zijn in de ruimere socio-economische maatschappelijke context, kunnen beleidsmaatregelen zich niet beperken tot de gezondheidszorg. Er is nood aan een grote paradigma shift die ons doet nadenken over de vraag waarom we mensen verzorgen maar dan terug sturen naar de levenscondities die hen ziek maken. Vele beleidsdomeinen hebben dus een invloed op gezondheid, zoals werkgelegenheid, schoolomgeving, huisvesting, leefmilieu, sociale zekerheid,... Om gezondheidsongelijkheden aan te pakken, is het dan ook belangrijk dat gezondheid wordt opgenomen in alle beleidsdomeinen, zoals het principe van 'health in all policies' van de Wereldgezondheidsorganisatie voorschrijft. Dit wil echter niet zeggen dat de gezondheidszorg geen cruciale rol heeft, integendeel. Een toegankelijke zorg zal zeker bijdragen tot het verkleinen van gezondheidsongelijkheden. Ook op dat vlak moet er nog werk worden verzet zoals de resultaten van deze studie opnieuw aantonen. En ook binnen de gezondheidszorg kunnen verschillende beleidsdomeinen nog beter op elkaar worden afgestemd. De linken tussen o.a. de curatieve en preventieve gezondheidszorg, gezondheids promotie en welzijnsbeleid moet worden versterkt.

Om de volledige sociale gradiënt in gezondheidsongelijkheden te verkleinen moeten universele beleidsacties soms worden aangevuld met extra inspanningen die proportioneel zijn volgens de mate van sociale achterstelling. Ook moeten de methoden soms worden aangepast naargelang de socio-economische groep (het principe van proportioneel universalisme).

Voor vele aspecten van gezondheid is het nu duidelijk dat er sociale ongelijkheden bestaan. Naast de nood aan beleidsactie, is er nood aan bijkomend (kwalitatief)

onderzoek over de achterliggende mechanismen, de precieze impact van beleidsmaatregelen en interventies, de rol van contextuele factoren (o.a. openbare infrastructuur, groene ruimtes, milieuvervuiling), nationaliteit en migratiestatus en socio-culturele factoren voor gezondheidsongelijkheden. 

> Meer info

[Observatorium voor Gezondheid en Welzijn. Iedereen even gezond in Brussel? Recente cijfers en kaarten over sociale ongelijkheden in gezondheid. Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, Brussel, 2019.](#)

Download op <http://www.ccc-ggc.brussels> > Actiedomeinen > Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad > Publicaties > Dossiers

Zie ook de studie ["Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het Brussels Gewest"](#) op <http://www.ccc-ggc.brussels> > Actiedomeinen > Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad > Publicaties > Armoederapporten

WELZIJNBAROMETER

Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad publiceert zijn vijftiende [Welzijnsbarometer](#), waarin u een reeks geactualiseerde indicatoren over armoede terugvindt.

Een op de drie Brusselaars moet rondkomen met een inkomen onder de armoederisicogrens. Één volwassene op vijf leeft van een bijstandsuitkering (leefloon, IGO, enz) of een vervangingsinkomen (werkloosheidsuitkering, invaliditeitsuitkering) en bijna een vierde van de Brusselse kinderen jonger dan 18 leeft in een huishouden zonder inkomen uit werk.

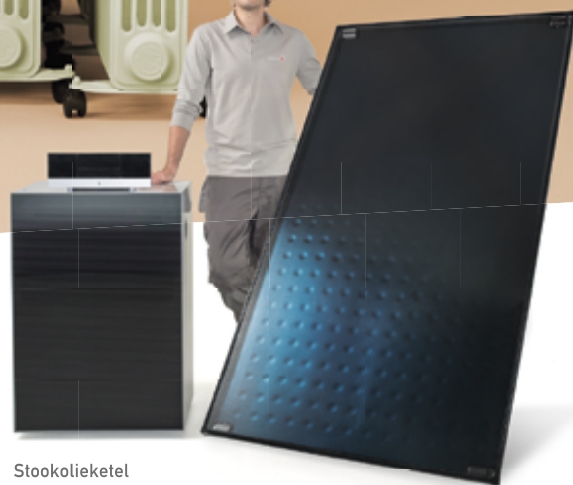
De in deze barometer gepresenteerde tendensen lijken te wijzen op een potentieel belangrijke impact die bepaalde hervormingen op het federale niveau kunnen hebben op de Brusselse bevolking, gezien de hoge armoedegrad in het gewest.

Download de [Welzijnsbarometer](#) op www.ccc-ggc.brussels

OM TE VERWARMEN
ZIJN ER ORIGINELE
COMBINATIES...



EN IS ER
DE PERFECTE
COMBINATIE.



Stookolieketel

Thermisch zonnepaneel

Minder uitgeven om zich beter te verwarmen: dat is vast ook waar de inwoners van uw gemeente naar op zoek zijn. En wat is een betere keuze dan een hoogrendementsketel op stookolie om zich tegelijk voordelig en duurzaam te verwarmen? Inderdaad, moderne stookolie-installaties zijn zuiniger en kunnen perfect gecombineerd worden met hernieuwbare energieën. Ze zijn zelfs klaar voor de koolstofneutrale brandstoffen die binnenkort beschikbaar zijn. Meer informatie ontdekt u in onze gidsen op www.informazout.be/nl/faq/gidsen




informazout
Warm voor de toekomst

Zeven jaar na de studie over de concentratie van de uitgaven voor geneeskundige verzorging (2013) publiceren de Onafhankelijke Ziekenfondsen in 2020 een nieuwe studie om na te gaan of het aantal niet-gebruikers van gezondheidszorg en hun kenmerken intussen veranderd zijn. Deze studie is gebaseerd op hun administratieve gegevens over de terugbetalingen van geneeskundige verzorging in de periode 2014-2018.

In dit artikel publiceren we nogmaals hun conclusies en aanbevelingen.

DE NIET-GEBRUIKERS VAN GEZONDHEIDSZORG - WIE ZIJN ZE?

“Tussen 2014 en 2018 is het aandeel van de mensen dat geen gebruik maakte van door de ziekteverzekering terugbetaalde gezondheidszorg gedaald van

6,5 % tot 5,4 % (7 % in 2010). Met andere woorden, onze gegevens suggereren een verbetering van de dekking, die neerkomt op het gebruik van ten minste één door de ziekteverzekering terugbetaalde geneeskundige verstrekking.

De grootste verbeteringen qua dekking tussen 2014 en 2018 hadden betrekking op tandheelkundige zorg, het contact met een arts (huisarts en/of specialist) en de zorg door een kinesitherapeut. De mondzorgtrajecten die in de loop van 2016 in werking zijn getreden met als doel de mondgezondheid van de burgers te verbeteren door het aantrekkelijker te maken voor patiënten om naar de tandarts te gaan, helpen zeker om de (beperkte) verbetering van de dekking van de tandzorg te verklaren. De evolutie van de zorg door kinesitherapeuten is gerelateerd aan de evolutie van de arbeidsongeschiktheid als gevolg van musculoskeletale aandoeningen.

In het gros van de wetenschappelijke literatuur over het niet-gebruik van gezondheidszorg wordt benadrukt dat jongvolwassenen minder vaak toegang hebben tot de eerstelijnszorg (inclusief preventieve medische en tandheelkundige zorg) dan andere leeftijdsgroepen. Een van de gegeven verklaringen houdt verband met hun ervaring in de eerstelijnsgezondheidszorg gedurende de volledige kindertijd en in hun jeugdijaren. Het blijkt dat vijf aspecten van de eerstelijnszorg voor jongvolwassenen belangrijk zijn: toegankelijkheid en beschikbaarheid van diensten, vertrouwelijkheid van de gezondheidsgerelateerde informatie, vragen in verband met de communicatie met gezondheidswerkers, continuïteit van de zorg, en het gedrag en de houding van gezondheidswerkers ten opzichte van jongvolwassenen.

De persoon bij wie de kans het hoogst is dat hij waarschijnlijk geen gebruik zal maken van gezondheidszorg, zou van het mannelijke geslacht zijn, jong, alleenstaand, zelfstandige, wonend in Brussel en met een laag inkomen.

We kunnen ons dus afvragen of dit profiel noodzakelijkerwijs in een goede gezondheid verkeert en dus geen geneeskundige verzorging nodig heeft. Niet noodzakelijk! Deze mensen zijn misschien niet ziek,



STUDIE

DE NIET-GEBRUIKERS VAN GEZONDHEIDSZORG

Wie zijn ze?

Een publicatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
Lenniksebaan 788A • 1070 Brussel
T: 02 778 92 11
commu@mloz.be

Redactie > Güngör Karakaya

www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, februari 2020
(Ondernemingsnummer 411 766 483)

maar ze doen ook niet aan preventie, hoewel deze terugbetaald wordt: geen gynaecologische controles, geen controles bij de tandarts, enz.

Dit kan natuurlijk op langere termijn schadelijk zijn voor hun gezondheidstoestand en zorgen voor grotere gezondheidsuitgaven, zowel voor de patiënten als de ziekteverzekering. Er is verder onderzoek nodig om de behoeften van deze bevolkingsgroep beter te begrijpen, aangezien deze van invloed kunnen zijn op het toekomstige gebruik van de gezondheidsdiensten.

AANBEVELINGEN VAN DE ONAFHANKELIJKE ZIEKENFONDSEN

Ondanks een verbetering van de dekking van terugbetaalde geneeskundige zorg, zijn er nog altijd mensen die geen gebruik maken van terugbetaalde preventieve zorg.

Aangezien het niet-gebruik van gezondheidszorg niet alleen te maken heeft met financiële beperkingen, maar ook met de subjectieve behoeften van individuen en met hun manier van omgaan met ziekte, is het belangrijk om op verschillende fronten actie te ondernemen.

- Uit deze studie kunnen we niet opmaken waarom deze mensen geen gebruik maakten van terugbetaalde geneeskundige verzorging. Toch kunnen we op basis van de wetenschappelijke literatuur enkele aanbevelingen doen om de toegang tot de zorg te verbeteren:
- Verbetering van de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de diensten, versterking van de betrouwbaarheid van gezondheidsgerelateerde informatie, de vragen in verband met de communicatie met gezondheidswerkers, de continuïteit van de zorg en het gedrag en de houding van gezondheidswerkers ten opzichte van jongeren.
- Preventie- en bewustmakingscampagnes moeten mensen aanmoedigen om in hun dagelijkse leven nog beter zorg te dragen voor hun gezondheid. Dit geldt vooral voor zelfstandigen (die zich anders gedragen dan loontrekkenden, ook al krijgen zij dezelfde terugbetalingen voor hun geneeskundige verzorging), maar ook voor mannen, jongeren, alleenstaanden, mensen

die in Brussel wonen en mensen met een laag inkomen. Naast algemene campagnes voor de volledige bevolking is er duidelijk nood aan sensibiliseringsacties op maat van deze specifieke doelgroepen, vooral op vlak van preventie. Dat kan onder meer in de vorm van informatiecampagnes in bepaalde Brusselse wijken of andere grote steden.

- Deze gerichte acties vragen om een nog betere samenwerking tussen alle beleidsniveaus die bevoegd zijn voor gezondheidszorg. En ook om unieke contactpunten die deze campagnes uitwerken en de niet-gebruikers wegwijs maken in het steeds complexere zorglandschap. De ziekenfondsen kunnen daarin een belangrijke rol spelen, o.a. bij de opsporing van risicoprofielen binnen hun leden en het uitwerken van heldere gezondheidsinfo op hun maat.
- Het is belangrijk dat deze mensen geïnformeerd worden over hun rechten als patiënt en over hoe ze zo efficiënt mogelijk gebruik kunnen maken van eerstelijnsdiensten of eerstelijnszorg.
- Het beroep op zelfzorg en het risico van zelfmedicatie onder niet-gebruikers van gezondheidszorg zou kunnen worden vermeden door betere informatie en bewustmaking. Verzekeringsinstellingen en huisartsen kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.
- Telegezondheidszorg zou een manier kunnen zijn om een deel van de nietgebruikers van gezondheidsdiensten te bereiken.
- De mondgezondheid en de levenskwaliteit, verbonden met de mondgezondheid van jonge volwassenen, hangen niet alleen af van hun eigen ervaringen hiermee in hun kindertijd en van de tandverzorging die ze gekregen hebben, maar ook van hun perceptie van de eigen mondgezondheid nu, van hun gewoonten op dat gebied en van hun sociaal leven, alsook van hun verwachtingen op het gebied van mondgezondheid in de toekomst. Met deze factoren moet rekening worden gehouden om deze bevolkingsgroep te kunnen bereiken en informeren.” 

> Meer info

Lees de studie op www.mlz.be

De Europese Commissie stelt vragen Europees klimaatpact

Vraag: Hoe kunnen we burgers en gemeenschappen meer betrekken bij de strijd tegen de klimaatverandering?

We mogen er niet aan twifelen: elk van ons speelt een rol in de strijd tegen de klimaatverandering. Door middel van het Europees klimaatpact wil de Europese Commissie de burgers en de regio's meer bij deze wereldwijde inspanning betrekken. De Commissie zou graag uw ideeën horen over hoe alle actoren in de samenleving – burgers, lokale overheden en verenigingen – gemobiliseerd kunnen worden voor het klimaat. U hebt tot 27 maart 2020 de tijd om uw voorstellen op te sturen (<https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12219-European-Climate-Pact>). Deze voorstellen zullen mee gebruikt worden om het pact zijn definitieve vorm te geven. Dit pact zal gelanceerd worden tijdens de klimaatconferentie van de Verenigde Naties in Glasgow (COP26) in november 2020. Samen met het Klimaatpact zal de Commissie evenementen organiseren om nog meer te leren over klimaatverandering, om ideeën uit te wisselen, en om samen te creëren en te werken rond dit thema. Het doel is dat burgers en organisaties – zowel publieke als private – zich engageren om hun steentje bij te dragen in de strijd tegen de klimaatverandering.

> Sophie QUERTON, Dirk KAEKEBEKE, Carlo CALDARINI'

SOCIAAL OBSERVATORIUM VAN SCHAARBEEK: OPEN KIJK OP DE LOKALE GEMEENSCHAP OM DE DYNAMIEK BETER TE BEGRIJPEN

In september 2019 heeft het OCMW van Schaarbeek een nieuw hoofd voor de studiedienst aangeworven. De opdracht van deze persoon? Het creëren van een Sociaal Observatorium ... Drie maanden later werd een eerste rapport voorgelegd aan de Raad voor sociale actie. Talrijke conclusies van dit rapport werden opgenomen in de Algemene beleidsnota van het OCMW voor 2020.



Het is effectief de opdracht van het Sociaal Observatorium om de evolutie van de lokale sociologie te analyseren en op een nauwkeurige en onafhankelijke manier aanbevelingen te formuleren. Dit moet het mogelijk maken om beslissingen een bepaalde richting te geven en het OCMW in staat stellen zijn opdracht zo goed mogelijk uit te voeren.

Aangezien het OCMW (zoals het geval is voor alle OCMW's) over veel interne data beschikt, had dit eerste rapport zeker geschreven kunnen worden op basis van deze eigen bronnen. Er zou dan een "introspectieve" aanpak gebruikt zijn. Het leek ons hier echter interessanter en constructiever om in deze fase een "vergelijkende" aanpak te hanteren, door dezelfde fenomenen in verschillende OCMW's te gaan bekijken.

Voor het opmaken van de statistieken hebben we gebruik gemaakt van de databank van de POD MI (Programmatorische federale Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie). Door gegevens te gebruiken die op een homogene manier in heel België zijn

ingezameld en verwerkt, was het mogelijk om de positie van Schaarbeek te bepalen en tot een aantal coherente historische inzichten te komen. Bovenal was het echter mogelijk om de verschillende realiteiten in de gemeenten te identificeren en zo een aantal zaken te vergelijken. Daarmee konden dan analyses van het terrein worden gedaan op basis van precieze lokale gegevens.

Voor de interpretatie van dit alles was de dynamiek die voortvloeide uit de verschillen van mening en andere ervaringen – intern bij de directeurs van de operationele diensten, en extern bij de universitaire onderzoekers en onderzoekers van de studiedienst van de POD MI – van doorslaggevend belang.

Zo werden er enkele tientallen indicatoren gezamenlijk en herhaaldelijk geanalyseerd, wat ons ertoe heeft gebracht een reeks onderzoekshypothesen, methodologische opties en werklijnen te bepalen en uit te werken. Het doel hiervan was om het beleid en de ondersteunende strategieën te verfijnen en toe te spitsen op de grote verscheidenheid aan situaties en behoeften van de eindbegunstigden.

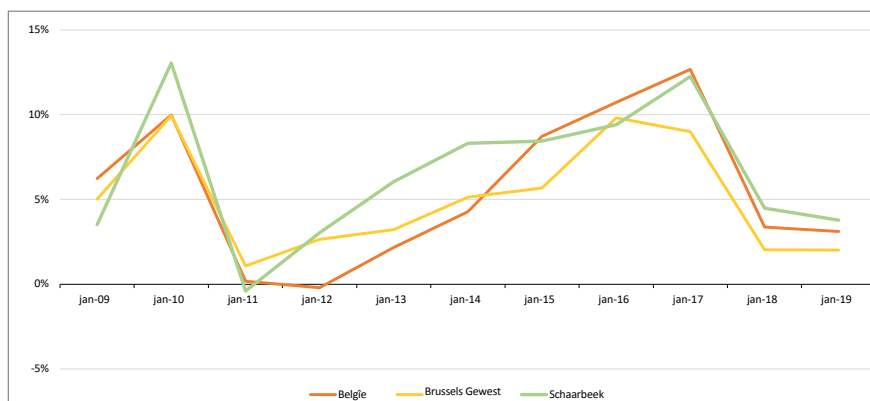
Deze aanpak heeft het mogelijk gemaakt om enkele problematische situaties op een objectieve manier te bekijken en om meer dan één stereotype te ontcrachten.

INITIËLE VRAGEN

Bij iedere analyse en ieder onderzoek is het van essentieel belang om de juiste vragen te formuleren en antwoorden uit te lokken. Dit eerste rapport van het Sociaal Observatorium is geen uitzondering hierop en vindt zijn *raison d'être* in een drietal vragen die aan de bron lagen van een bepaald debat:

- Is het sociologisch profiel van de begunstigden van het OCMW van Schaarbeek zodanig anders dan dat van de begunstigden van andere OCMW's?
- Met zijn meer dan 8.000 begunstigden, op een totale bevolking van ongeveer 130.000 inwoners,

1. Sophie Querton is Voorzitter van het OCMW van Schaarbeek, Dirk Kaekebeke is algemeen Secretaris, Carlo Caldarini is hoofd van de studiedienst en verantwoordelijk voor het Sociaal Observatorium.



Gegevens: POD Maatschappelijke Integratie, Statbel, Fiscale inkomens
Verwerking: OCMW Schaarbeek / Sociaal observatorium

> FIGUUR 1 - Jaarlijks groeipercentage van het aantal LL in België, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en Schaarbeek

zou Schaarbeek een van de gemeenten zijn met het hoogste aantal begunstigden in verhouding tot het aantal inwoners. Hoe kunnen we de oorsprong en de aard van dit fenomeen begrijpen?

- Volgens onze interne cijfers ontvangt één begunstigde op vier in Schaarbeek al meer dan 5 jaar bijstand. Wat moeten we denken van dit cijfer? Ligt dit hoger dan bij andere OCMW's?

PROFIEL VAN DE BEGUNSTIGDEN

Op het eerste zicht wijzen de indicatoren voor Schaarbeek op een situatie die erg vergelijkbaar is met de nationale en gewestelijke gemiddelden, en gelijkaardig is aan die van sommige andere Brusselse OCMW's met een ietwat complexere sociologie.

Uit deze vergelijkende analyse komen vijf zaken van algemeen belang naar voren:

- **Genderdimensie.** Er bestaan belangrijke verschillen tussen de situatie van vrouwen en mannen die dreigen in armoede te vervallen. Hoewel de kloof sinds de economische en financiële crisis van 2008 aan het verkleinen is, ontvangen gemiddeld meer vrouwen dan mannen een LL (leefloon). De arbeidsparticipatie van vrouwen ligt over het algemeen lager en ze lopen meer risico op armoede dan mannen. Daarnaast hebben vrouwen die een LL ontvangen vaker dan mannen een gezin ten laste.
- **Jeugdarmoede.** Het aantal jongeren dat zijn toevlucht zoekt tot het OCMW is van 2006 tot 2012 aanzienlijk gestegen en is sinds 2015 weliswaar relatief stabiel gebleven, maar toch nooit meer echt gedaald. Dit fenomeen is vooral zichtbaar in Molenbeek en Schaarbeek.

Het feit dat armoede en bestaansonzekerheid vooral jongeren treft, is een alarmeerd fenomeen, vooral omdat het sociale beleid de afgelopen jaren bijzondere aandacht aan deze bevolkingsgroep heeft geschonken. Het is echter ook een teken van beterschap dat jongeren die geen werk hebben of geen opleiding volgen, de hulp van een OCMW inroepen om hun studie te starten, te hervatten of voort te zetten, aangezien dit het voor eenieder mogelijk maakt om een duurzaam project op te bouwen.

- **Evolutie van de familiestructuur.** Rekening houden met de gezinscategorie bij de analyse van de actie van een OCMW heeft een belang dat het administratieve en financiële aspect ver overstijgt. Het zijn vooral de verbanden met andere factoren, met name sociaaleconomische, die onze

aandacht zouden moeten trekken, vooral wanneer de administratieve categorieën (samenwonend, alleenstaand en personen met gezin ten laste) in geringe mate overeenstemmen met de feitelijke demografie.

In Schaarbeek behoort naar schatting 50 % van de begunstigden in de feiten tot "een gezin": koppels, eenoudergezinnen, met of zonder kinderen, of koppels met plannen voor gezinsuitbreiding. Dit percentage ligt hoger dan op gewestelijk en nationaal niveau.

Nationaliteit. Het systeem van sociale bijstand is een belangrijk organisme voor nieuwkomers en velen onder hen zijn bijna verplicht om er een beroep op te doen. Desondanks focussen de meeste analyses zich enerzijds op de vraag of migranten langer dan de eigen onderdanen een uitkering ontvangen, en anderzijds of migranten die al langer in het land wonen, deze uitkeringen krijgen voor een periode die korter is dan voor migranten die eerder zijn aangekomen. Er zijn zeer weinig studies over de rol die de sociale bijstand speelt bij het verbeteren van de sociaaleconomische situatie van migranten, laat staan over de rol van organisaties zoals het OCMW bij het versnellen van de integratie van nieuwkomers in de ontvangende gemeenschap.

In Schaarbeek heeft bijna één op de twee begunstigden niet de Belgische nationaliteit. Dit percentage is hoger dan op nationaal en gewestelijk niveau, maar niet omwille van de grotere afhankelijkheid van buitenlanders van sociale bijstand. Dit lijkt eerder het tegenovergestelde te zijn, indien we rekening houden met hun aandeel in de bevolking.

EVOLUTIE VAN HET AANTAL BEGUNSTIGDEN

Als we de groeicijfers bekijken, zien we dat het aantal mensen dat een leefloon ontvangt alleen maar toeneemt in België en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, en dat beide curves in dezelfde richting en aan hetzelfde tempo evolueren als die van Schaarbeek (AFBEELDING 1).

Meer nog dan door lokale microfactoren wordt de evolutie van het aantal begunstigden eigenlijk beïnvloed door contextuele macrofactoren.

De toename van het aantal begunstigden tussen 2009 en 2010, bijvoorbeeld, is vooral te wijten aan de verslechterde situatie op de arbeidsmarkt, die vooral werknemers met onzekere banen hard heeft getroffen.

Vanaf 2012 beginnen de effecten van de hervorming van de inschakelingsuitkeringen merkbaar te worden, waardoor een groot aantal jonge werkzoekenden de overstap diende te maken naar het OCMW.

Ook de grote verschillen van jaar tot jaar in het aantal begunstigden met een vluchtelingenstatus zijn met name te wijten aan de verschillen in aanpak van het migratiebeleid.

Het is slechts in bepaalde periodes en voor bepaalde categorieën van begunstigden dat de groei van Schaarbeek naar boven of naar beneden afwijkt van de nationale en gewestelijke gemiddelden. Dit is bijvoorbeeld het geval voor begunstigden die jonger zijn dan 25 jaar, voor vluchtelingen en voor alleenstaanden.

Dit suggereert dat, hoewel er belangrijke supra-lokale en macrocontextuele factoren zijn, de lokale omstandigheden toch een nadere analyse verdienen.

VERHOUDING BEGUNSTIGDEN/ INWONERS

Laten we nu kijken naar het aantal mensen dat een leefloon ontvangt. Op het eerste zicht toont een eenvoudige kaartweergave aan in welke mate de concentratie leefloners/inwoners een fenomeen is dat, met verschillende nuances, een rol speelt in het gehele Brussels Hoofdstedelijk Gewest (AFBEELDING 2).

Dit gezegd zijnde is het inderdaad zo dat Schaarbeek een van de gemeenten is met de hoogste verhouding leefloners/inwoners.

Om de positie van deze gemeente in de sociaal-institutionele context beter te kunnen bepalen, werd het aantal leefloners en het netto belastbare inkomen van de belastingaangiften van alle gemeenten en arrondissementen van België opgenomen in een vergelijkende rangschikking.

De resultaten die in TABEL 1 staan, spreken voor zich: In de "Top 20" van gemeenten met de laagste inkomsten, staan ook 12 gemeenten die in de kopgroep zitten voor wat betreft het hoogste aantal leefloners.

Zowel in de eerste als in de tweede tabel bevindt Schaarbeek zich in het gezelschap van dezelfde 6 Brusselse gemeenten: Molenbeek, Sint-Joost, Sint-Gillis, Anderlecht, Vorst en de stad Brussel. Dit toont aan in welke mate de gelijklopendheid tussen Schaarbeek en bepaalde andere Brusselse gemeenten niet louter van geografische aard is.

Enige voorzichtigheid is echter aan de orde voor wat betreft de manier waarop deze rangschikkingen zijn opgemaakt en hoe deze geïnterpreteerd moeten worden.

In beide gevallen werd onze "top 20" berekend door **alle 581 OCMW's en gemeenten van België te vergelijken**. Het zou niet correct zijn om hieruit te concluderen dat Sint-Gillis een "betere score" heeft dan Schaarbeek, of dat Schaarbeek een betere positie heeft dan

Molenbeek. Het fenomeen moet in zijn geheel worden bekeken, en er dient rekening te worden gehouden met de 561 andere OCMW's die puur uit plaatsgebrek niet aan bod komen in deze tekst.

Om een meer accuraat beeld te krijgen van het grote plaatje van deze vergelijking, volstaat het op te merken dat de Nederlandstalige gemeente met het laagste mediaan inkomen per inwoner (De Panne), zich bevindt op plaats 60 in deze rangschikking.

TOEKENNINGSDUUR

Hoewel de duur van de door de OCMW's verleende steun altijd al het voorwerp is geweest van debat, kunnen we het aantal studies dat dit thema op systematische wijze bekeken heeft op één hand tellen.

In 1997 vestigde Bart Cockx (Universiteit Gent) de aandacht op het feit dat bepaalde sociale groepen langer in de bijstand blijven (bv. vrouwen met kinderen ten laste en alleenstaande mannen) en dat de duur van de bijstand in verhouding staat tot de demografische omvang van de gemeenten.²

In 2013 introduceert de POD MI voor het eerst de "toekenningsduur" als variabele voor heel België, waarbij een onderscheid werd gemaakt tussen periodes van "volledige" en "onvolledige" toekenningsduur.³

Uit deze analyse bleek dat:

- Het aantal begunstigden met een volledige toekenningsduur toeneemt met de leeftijd.
- De gemiddelde duur systematisch langer is voor vrouwen dan voor mannen.

- De verschillen tussen mannen en vrouwen aan het afnemen zijn.
- Voor grotere gemeenten en steden het percentage begunstigden met een volledige toekenningsduur hoger is en de gemiddelde duur van onvolledige toekenning het langst.

In 2016 zal de "toekenningsduur" als variabele opnieuw verschijnen in een nieuw rapport van de POD MI inzake het genderverschil.⁴

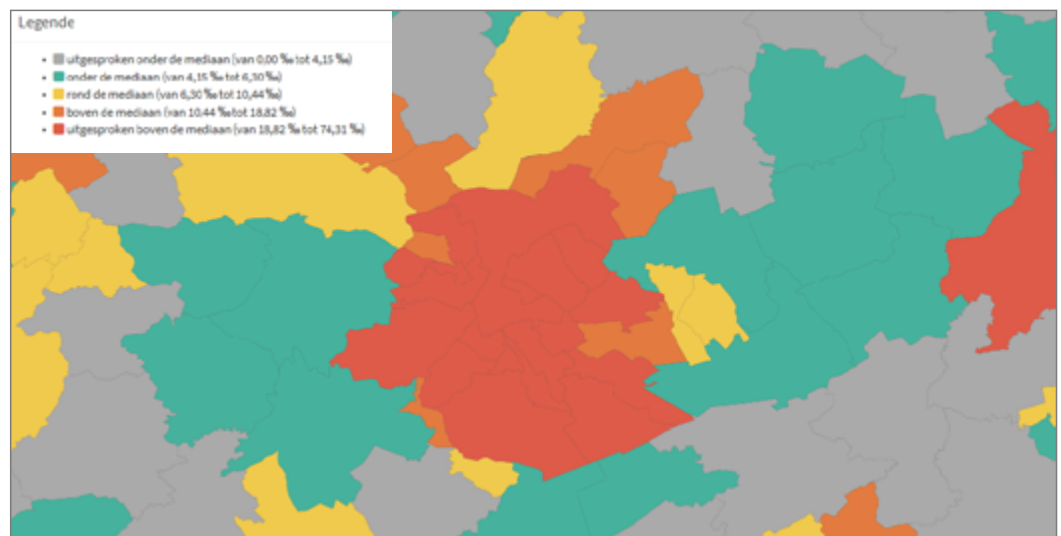
Uit deze nieuwe analyse blijkt dat:

- vrouwen met een gezin ten laste een langere toekenningsduur hebben dan alleenstaande of samenwonende vrouwen. Dit is echter niet het geval voor mannen, voor wie de toekenningsduur het kortst is, ook al hebben ze een gezin ten laste.
- vrouwen met een gezin ten laste en een levenspartner een toekenningsduur hebben die dicht bij die van hun mannelijke tegenhangers ligt die zich in dezelfde situatie bevinden. Anderzijds hebben alleenstaande vrouwen met kinderen mediane toekenningsduren die bijna het dubbele zijn van die van mannen in dezelfde situatie.

Maar het is vooral de doctoraatsthesis van Sarah Carpentier⁵ (Universiteit Antwerpen) en haar notie "sociaaleconomisch traject", die ons de meeste inzichten en werkhypotheses hebben opgeleverd.

De trajecten van mensen zijn inderdaad zeer gevarieerd en complex. Deze tellen meerdere overgangen, zijn onderhevig aan vele schommelingen en worden vooral gekenmerkt door een gebrek aan stabiliteit:

- De begunstigden hebben gemiddeld 4 verschillende sociaaleconomische statussen in



Gegevens : POD Maatschappelijke Integratie
Verwerking: OCMW Schaarbeek / Sociaal observatorium

> FIGUUR 2 - Verdeling van de gemeenten volgens het aantal LL per 1.000 inwoners (periode augustus 2018 / juli 2019)

2. Cockx, Bart L. W., Analysis of Transition Data by the Minimum-Chi-Square Method: An Application to Welfare Spells in Belgium. Review of Economics and Statistics, Vol. 79, No. 3, August 1997.
3. POD Sociale integratie, FOCUS: TOEKENNINGSDUUR, 2013.2.
4. POD Sociale integratie, FOCUS: Mannen vrouwen in het OCMW, Nummer 14, Maart 2016.
5. Carpentier S., Lost in Transition? Essays on the Socio-Economic Trajectories of Social Assistance Beneficiaries in Belgium, Faculteit Sociale Wetenschappen, Departement Sociologie, Universiteit Antwerpen, 2016
6. Zie statistieken in bijlage.

4 jaar en de helft van hen doet al na 8 maanden geen beroep meer op het OCMW.

- Een kleine helft van de begunstigten vindt werk of maakt gebruik van een activeringsmaatregel, maar slechts 12 % slaagt erin hun beroepssituatie op lange termijn te stabiliseren.
- Eén op de drie begunstigten keert binnen deze vier jaar terug naar het OCMW, en hoe korter de periode van tewerkstelling is, hoe groter de kans dat de begunstigde terugkeert naar de sociale bijstand.
- Op het einde van een observatieperiode van 4 jaar is 38 % van de vroegere begunstigten verdwenen van zowel de arbeidsmarkt als uit de sociale bijstand, en 21 % was opnieuw of nog steeds afhankelijk van het OCMW.

Aangezien de gemiddelde werknemer in dezelfde periode in België ongeveer 12 jaar bij eenzelfde werkgever bleef, kunnen we uit de studie van Sarah Carpentier afleiden hoe onstabiel de situatie van de begunstigten is in vergelijking met de rest van de bevolking.

De verschillen zijn vooral te wijten aan de sociale afkomst van de mensen en de mogelijke migratiegeschiedenis. Maar ook specifieke kenmerken van de plaatselijke sociaaleconomische context (bv. de arbeidsmarkt) en het beleid van de OCMW's spelen een rol, hetgeen het belang van lokale actie aantoont.

HOE KUNNEN WE DE CIJFERS VERGELIJKEN MET DIE VAN EEN GROOT BRUSSELS OCMW?

Daar waar studies over de toekenningsduur op de vingers van één hand te tellen zijn, zijn de kwantitatieve gegevens hierover quasi onbestaande. Bovendien blijkt uit al deze studies dat de berekening van dergelijke indicatoren verre van eenvoudig is.

Om dit obstakel te omzeilen hebben we een beroep kunnen doen op de expertise van de studiedienst van de POD MI.

Na samen het doel en de contouren van het probleem te hebben verduidelijkt, werden nieuwe statistieken berekend. Deze bevatten de volgende informatie:

1. Hoeveel mensen kregen in 2018 financiële bijstand (LL of gelijkwaardig)?
2. Hoeveel van deze mensen ontvingen al bijstand van hetzelfde OCMW in 2017, 2016, ... tot 1999.
3. Hoeveel van deze mensen ontvingen al bijstand van een OCMW in 2017, 2016, ... tot 1999. Deze laatste gegevens houden rekening met de mobiliteit van de personen, en dus met de mogelijke bijstand die in het verleden door andere OCMW's is toegekend.

Vandaag beschikken we over deze gegevens voor het hele Brussels Hoofdstedelijk Gewest en heel België, en voor elk van de 19 OCMW's in Brussel.⁶

Aantal LL per 100 inwoners Gemiddelde januari/maart 2019		
1.	Luik	6,0
2.	Molenbeek	6,0
3.	Sint-Joost	5,7
4.	Schaarbeek	5,4
5.	Dison	5,1
6.	Anderlecht	4,7
7.	Hoei	4,3
8.	Seraing	4,3
9.	Verviers	4,3
10.	Charleroi	4,2
11.	Sint-Gillis	4,0
12.	Vorst	4,0
13.	Farciennes	3,9
14.	Evere	3,8
15.	Mons	3,7
16.	Brussel	3,6
17.	La Louvière	3,6
18.	Boussu	3,6
19.	Chatelet	3,4
20.	Namen	3,4

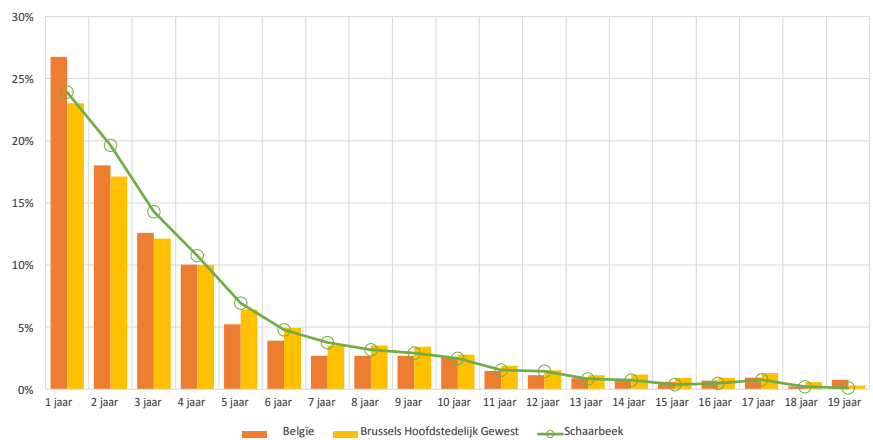
Gegevens: POD Maatschappelijke Integratie, Statbel, Fiscale inkomens
Verwerking: OCMW Schaarbeek / Sociaal observatorium

> TABEL 1 - Vergelijking tussen het aantal LL per 100 inwoners en het netto belastbaar inkomen per belastingaangifte

Netto belastbaar inkomen per belastingaangifte (mediaan) Inkomstenjaar 2016		
1.	Sint-Joost	14931
2.	Sint-Gillis	16646
3.	Molenbeek	17440
4.	Brussel	17802
5.	Anderlecht	17872
6.	Schaarbeek	17962
7.	Farciennes	18381
8.	Colfontaine	18518
9.	Elsene	18639
10.	Charleroi	18694
11.	Koekelberg	18718
12.	Luik	18792
13.	Hastière	18795
14.	Boussu	18960
15.	Dison	19088
16.	Viroinval	19149
17.	Vorst	19266
18.	Châtelet	19276
19.	Quaregnon	19280
20.	Verviers	19280

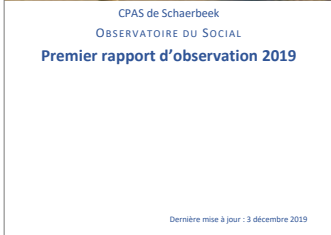
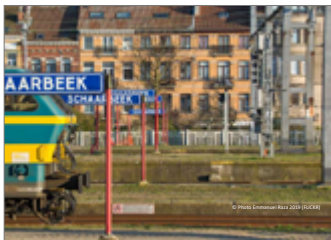
We hebben zo dus kunnen schatten, voor elk individueel OCMW, op welke manier begunstigten voor het jaar 2018 worden opgedeeld volgens hun "ancienniteit" in de bijstand.

AFBEELDING 3 vergelijkt de percentages van Schaarbeek met die van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en van heel België.



Data: POD Maatschappelijke Integratie, Statbel, Fiscale inkomens
Verwerking: OCMW Schaarbeek / Sociaal observatorium

> FIGUUR 3 - Verdeling van de begunstigten van financiële steun in 2018 volgens de ancienniteit van de steun (LL + ELL) Vergelijking tussen Schaarbeek, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en België



Deze grafiek behoeft maar weinig bijkomende uitleg. Zoals reeds het geval is voor de meeste van onze indicatoren, vertoont Schaerbeek overduidelijk een dynamiek die dicht aanleunt bij die van de twee andere grote entiteiten.

We zien hetzelfde wanneer we de 19 Brusselse OCMW's vergelijken. Het is opvallend om te zien hoe dicht de curves tegen elkaar "plakken", ondanks alle lokale bijzonderheden.

Verschillen zijn enkel zichtbaar tijdens de eerste 24 maanden van de bijstand:

- In gemeenten als Ganshoren en Sint-Pieters-Woluwe, met een sociologisch profiel dat sterk verschilt van dat van Schaerbeek, lijken 6 à 7 op de 10 begunstigen de bijstand van het OCMW vaarwel te kunnen zeggen tijdens de eerste 24 maanden.
- In Schaerbeek, maar ook in Anderlecht, Molenbeek en Evere, ligt het aandeel begunstigen dat niet langer een beroep doet op het OCMW tijdens de eerste 24 maanden lager dan 5 op 10.
- Sommige andere OCMW's, zoals die van Brussel-Stad en Sint-Joost, waarvan men veronders-

telde dat ze sociologisch dicht bij Schaerbeek lagen, wijken meer af en vertonen een meer heteroog gedrag.

Er zouden gaandeweg plausible hypothesen kunnen worden geformuleerd, zoals het feit dat het werkgelegenheidspotentieel van Brussel-Stad ongetwijfeld veel groter moet zijn dan dat van de andere gemeenten. Wat de werkgelegenheid in loondienst betreft, is Brussel-Stad alleen al goed voor bijna 40 % van de banen in het hele Brusselse Gewest. En het is de enige gemeente in de regio waar het aantal arbeidsplaatsen (± 230.000) hoger is dan het aantal inwoners (± 180.000).⁷

Een andere mogelijke verklaring voor een zeer kleine gemeente als Sint-Joost, is dat een groot aantal "vertrekkers uit het OCMW" in feite personen zijn die het gemeentelijke grondgebied verlaten, hetgeen vooral te wijten is aan een redelijk mobiele bevolking.

Maar zonder de nodige kennis van de verschillende realiteiten op het terrein zal elke hypothese altijd slechts een hypothese blijven. We moeten er ons vooral bewust van zijn dat al deze variabelen met betrekking tot de toekenningduur ons alleen kwantitatieve informatie verschaffen, terwijl de opdracht

7. Bron: view.brussels, www.actiris.be.

EEN SOCIAAL OBSERVATORIUM? WAT IS DAT NU PRECIES?

Een Observatorium is een plaats van waaruit iets kan worden geobserveerd; de bewegingen van de sterren of de migratie van vogels, bijvoorbeeld. In de context van het OCMW is het de sociale verandering die geobserveerd wordt. De missie van het Observatorium is dan ook om een venster op de samenleving te openen en de dynamiek ervan te analyseren.

Om dit te doen, moet het Observatorium beschikken over de nodige instrumenten. De telescopen, om ze zo te noemen, zijn de methoden en technieken die worden toegepast in een sociaal onderzoek. Bovenal is er echter een gezonde dosis nieuwsgierigheid en bescheidenheid nodig. Wanneer we gaan observeren en onderzoeken, is het immers vooral van belang dat er interesse is om meer te weten over zaken die nog onbekend zijn.

INTERESSANT! MAAR WIE BEPAALT ER WAT ER PRECIES ONDERZOCHT WORDT?

De eerste thema's en onderwerpen van het Observatorium werden vastgelegd in overleg met het Secretariaat-Generaal, de

Raad voor sociale actie, de Directies en de CSSA-coördinatoren⁸.

Er waren ook informele uitwisselingen met andere externe onderzoekers en academici, evenals met andere spelen op het terrein.

Maar daar stopt het niet. Om te kunnen functioneren, moeten er ook vragen gesteld worden aan het Observatorium. Er moet het Observatorium gevraagd worden om eenmalige en specifieke problemen en aanvragen te analyseren, om gegevens beschikbaar te stellen en uit te wisselen, zowel met interne als met externe partners: met andere OCMW's, verenigingen, universiteiten, gemeenten, intercommunales, enz.

JA, AKKOORD, MAAR WAT BETEKENT DIT CONCREET?

De eerste concrete stap is het lezen van het rapport van het Observatorium. Daarin staat een berg aan informatie en gegevens, maar ook verschillende voorstellen en werkmethoden.

Een tweede stap is het stellen van kritische vragen bij het rapport: vragen om verduidelijking of precisering, en

opmerkingen en suggesties doen. Deze tweede stap kan het beste in teamverband gebeuren, bijvoorbeeld door het hoofd van het Observatorium uit te nodigen voor een werkvergadering of een opleiding.

En ten slotte kan elke dienst van het OCMW van Schaerbeek (of lokale vereniging) het Observatorium vragen om te helpen bij eenmalige en zeer specifieke vragen die verband houden met zijn eigen missie. Bijvoorbeeld: is er nood aan informatie over jongeren, over werkzoekenden, of over dringende medische hulp? Wel, misschien kan het Observatorium helpen om deze gegevens te interpreteren, als deze intern al zouden bestaan. Of het kan helpen om de gegevens van een externe bron te verkrijgen, indien er statistieken beschikbaar zijn. Of – hetgeen nog interessanter is – het Observatorium kan een departement bijstaan bij het voeren van zijn eigen klein onderzoek, en dus bij het verzamelen van de gegevens die nodig zijn.

Kortom, er zijn heel veel mogelijkheden. Het vraagt alleen maar een klein beetje moeite. :-)

8. De CSSA is het partnership tussen het OCMW van Schaerbeek en de Sociale Coördinatie van Schaerbeek die een veertigtal vzw's en gemeentelijke diensten verenigt. Meer info: www.cass-cssa.be.

van het OCMW erin bestaat iedereen de mogelijkheid te bieden om een menswaardig leven te leiden, en niet om zo snel mogelijk van de begunstigden af te raken.

We weten momenteel nog maar weinig over de kwaliteit van de diensten en begeleiding die in de verschillende OCMW's worden aangeboden om mensen te helpen de bijstand te verlaten, noch over de zaken die de emancipatie van bepaalde begunstigden meer ten goede komen dan andere.

In het algemeen is er geen reden om aan te nemen dat de belangrijkste trends die door de studies van de Universiteit Antwerpen en het POD MI worden vastgesteld niet ook in Schaarbeek van toepassing zouden zijn. Er kan dus worden aangenomen dat de sociaaleconomische context van de hulpverleningsinstanties en de openheid van het beleid, evenals de plannen voor de activering, een nog belangrijkere rol spelen dan de objectieve en subjectieve kenmerken bij het bepalen van de transitie momenten van het individu en bij de richting en "duur" van de individuele trajecten.

In dit verband moet worden opgemerkt dat er nadien nieuwe variabelen, die rekening houden met zowel het aantal betaalde dagen als de periodes dat de steun onderbroken werd, werden gepresenteerd door de Studiedienst van de POD MI. Dankzij deze variabelen zullen

we voor elk OCMW nieuwe "traject"-indicatoren kunnen opmaken, als alternatief voor die van de "toekenningsduur" die hun grenzen hebben aangetoond op het vlak van leesbaarheid, interpretatie en, vooral, politiek nu.⁹

OM AF TE SLUITEN...

Het doel van dit rapport was om een eerste balans op te maken van de gegevens, indicatoren en studies die de actie van het OCMW van Schaarbeek beter zouden kunnen sturen en in het juiste perspectief plaatsen. Op die manier zouden dan de werklijnen van het Observatorium voor 2020 en 2021 bepaald kunnen worden.

Het rapport sluit af met het uitlichten van een aantal belangrijke problematische kwesties, en doet dit door het stellen van vragen, en door het suggereren van enkele onderzoekshypothesen, methodologische opties en werkpistes.

Er worden ook enkele hypothesen geformuleerd met betrekking tot de mogelijke effecten op het sociaal beleid van het OCMW.

Al deze elementen worden kort samengevat in TABEL 2 (hieronder). 

Tabel 2 - Werklijnen van het Sociaal Observatorium voor 2020-2021

Problematieken	Hypothesen	Methodologische opties	Sociale beleidsmaatregelen	Werkpistes
Omstandigheden van jongeren Gezinslast Immigratie	Tewerkstelling is het beste instrument voor de duurzame emancipatie van de begunstigde Een jongere zonder opleiding tewerkstellen is hetzelfde als hem een 'retourticket' naar het OCMW geven Aan vrouwen met een gezinslast moet er langer steun worden toegekend dan aan alleenstaande of samenwonende vrouwen Vreemdelingen integreren sneller wanneer ze OCMW-steun krijgen De voorgestelde begeleiding tijdens de eerste 24 maanden van steunverlening is een belangrijk keerpunt in de evolutie van het individuele traject	Kwantitatieve en kwalitatieve indicatoren Onderscheid indicatoren doelstellingen Context Triangulatie Kennis van het lokale weefsel	Begeleiding Inschakelingscontracten Opleiding GPMI	De begeleidingsstrategieën verder verfijnen naargelang de verscheidenheid van de situaties Deeltijds werken stimuleren om de inschakelingsduur te verhogen Jongeren bewust maken van het belang van observatiestages/opleidingen Balansinstrumenten blijven ontwikkelen

> Meer info

Indien u nog verder wilt lezen, dan kan de volledige versie van dit rapport, met alle conclusies, aanbevelingen en statistische bijlagen, gratis worden gedownload van het internet.

Eerste rapport van het observatorium 2019:
www.brulocalis.brussels

Contactgegevens Sociaal Observatorium:
Carlo Caldarini
carlo.caldarini@cpas-schaerbeek.brussels

8. Deze nieuwe indicatoren werden gepresenteerd tijdens de vergadering van de werkgroep "Dataview" van 29 januari 2020 op de hoofdzetel van de POD MI.

> Interview door Philippe DELVAUX

“NAAR EEN AMBITIEUS BASISPAKKET VOOR HET RECHT OP TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG”



Afgelopen januari publiceerde de Federatie van Brusselse OCMW's het onderzoek naar de harmonisering van de praktijken en beleidsmaatregelen inzake gezondheidszorg van de negentien OCMW's van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest omtrent de toegang tot gezondheidszorg voor wie een beroep doet op het OCMW. Het doel van dit onderzoek was om de huidige drempels in kaart te brengen en manieren te vinden om deze te verlagen. Voor 2020 verbinden de negentien OCMW's van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zich ertoe om hun praktijken en beleidsmaatregelen inzake de toegang tot gezondheidszorg te harmoniseren en te versterken. Ze stelden hiervoor vier grote werkerterreinen op: samenwerking met de actoren uit de gezondheidszorg, automatisering van de toegang tot gezondheidszorg, gezondheidskaart en geneesmiddelen. Brulocalis had een gesprek met Karine Lalieux, voorzitter van de Federatie van Brusselse OCMW's.

Karine Lalieux: “Dit hele onderzoek werd uitgevoerd samen met het OCMW-personeel en berust op de competenties van onze OCMW-medewerkers en hun perfecte kennis van hun beroep.

Bovendien is dit onderzoek van de Brusselse OCMW's een primeur in België, want er bestaat voorlopig niets vergelijkbaars in Vlaanderen of Wallonië. Het onderzoek vond veel weerklank bij de pers en zelfs mijn Vlaamse en Waalse collega's hebben me laten weten dat ze geïnteresseerd zijn in ons werk. Het initiatief, dat gesubsidieerd werd door de GGC, komt van het veld en werd samen met de Brusselse OCMW's uitgevoerd onder leiding van de Federatie.

Uit de conclusies van het onderzoek blijkt dat een harmonisering mogelijk en wenselijk is, maar dat niet alles mogelijk of wenselijk is. Het is belangrijk om de mens centraal te blijven stellen en tegelijk in een basispakket rechten te voorzien.”

Nieuwsbrief: kunt u het doel schetsen van het onderzoek naar een harmonisering van de praktijken en beleidsmaatregelen inzake gezondheidszorg van de negentien OCMW's van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest?

Karine Lalieux: “Mijn voorgangers en alle OCMW-voorzitters, die ik hier uitdrukkelijk wil bedanken, hebben dit onderzoek met de financiële steun van de GGC opgestart om het debat over het gezondheidsbeleid van onze negentien OCMW's objectief te bekijken. De recente studies van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn en het onderzoek van de Onafhankelijk Ziekenfondsen ‘De niet-gebruikers van gezondheidszorg’¹ herinnerden er recent nog aan hoe ongelijk de toegang tot

gezondheidszorg is. Maar hoewel gezondheidszorg een basisrecht is, is het vaak de eerste behoefte die geschraapt wordt door mensen die het financieel niet breed hebben. En we weten ook dat de afwezigheid of het uitstel van verzorging de situatie alleen maar verergert, wat uiteindelijk duurder uitkomt voor iedereen.

We moesten het probleem dus aanpakken en met dit onderzoek konden we onze kennis objectief beschouwen door een **stand van zaken** van de praktijken en beleidsmaatregelen op te maken. Maar we mogen het daar niet bij laten. Het onderzoek bracht bijzondere punten onder de aandacht, maar dat zijn er minder dan je op het eerste gezicht zou denken. En belangrijker nog, dankzij het onderzoek konden we achterhalen **welke praktijken geharmoniseerd zouden moeten worden. Het leverde mogelijkheden** op, waar we nu iets mee moeten doen.

We hebben bijgevolg beslist om dit werk ten voordele van de OCMW-gebruikers **voort te zetten** en om meteen ook te bewijzen dat de OCMW's niet alleen goed samen kunnen werken maar ook met de andere actoren in de sector. Die samenwerking wordt trouwens vergemakkelijkt door de vernieuwing van de OCMW-organen naar aanleiding van de gemeenteraadsverkiezingen.

We beschikken nu over richtlijnen en pistes waarop we kunnen voortbouwen. Het voltallige directiecomité van de Federatie van OCMW's gaat er trouwens mee akkoord, en pleit er zelfs vurig voor, dat het gemeenschappelijke basispakket niet gewoon maar voldoet aan een absoluut minimum maar voldoende ambitieus is. Dit harmoniseringswerk mag er in geen geval toe leiden dat de huidige realisaties tenietgedaan worden. Maar we zullen misschien wat meer op

1. ‘De niet-gebruikers van gezondheidszorg – Wie zijn ze?’ Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2020, beschikbaar op www.mloz.be
Zie ook blz 24

de rem moeten staan of een beroep moeten doen op financiële steun om bepaalde werkpunten te verwezenlijken.

Want we moeten uiteraard aandachtig zijn voor de budgettaire gevolgen van elke beslissing, die voor sommige OCMW's moeilijker te dragen zullen zijn. Toch mogen we onze inspanningen ook weer niet gaan intomen door ze van meet af aan te onderwerpen aan enkel en alleen budgettaire beperkingen. Er zullen altijd problemen opduiken, en het is de taak van de politici om ze op te lossen. In sommige gemeenten heeft men de problemen trouwens al overwonnen. We moeten leren om naar goede praktijkvoorbeelden te kijken en ons daardoor te laten inspireren, niet alleen om het leven van iedereen gemakkelijker te maken maar ook om de OCMW-gebruikers nog beter te helpen, mits inachtneming van de wetgeving en de controlevoorschriften, vooral op budgettair vlak.

Het belangrijkste resultaat van het onderzoek is dat het mogelijkheden aangetoond heeft waaraan we nu moeten trachten tegemoet te komen. Het Bureau en het directiecomité sluiten zich daar unaniem bij aan. Er is geen weerstand onder de verschillende partijen, zowel bij de kleine als bij de grote OCMW's. Iedereen wil vooruitgaan."

Hoe gaat u daarvoor te werk gaan? En binnen welke termijn?

Karine Lalieux: "Het onderzoek heeft pistes aangereikt. Nu moeten we die mogelijkheden verdiepen en maatregelen voorstellen. De Federatie had al een werkgroep over gezondheidszorg opgericht met technici van de OCMW's. Eind februari hebben we in een brief aan de negentien OCMW's gevraagd om de samenstelling van die werkgroep te vernieuwen. De werkgroep zal als doel hebben om te werken rond zeer concrete problematieken die in het onderzoek aangehaald worden. Een van de bestudeerde punten is bijvoorbeeld de zorgkaart, waarvan de toekenningswaarden en de dekking verschillen van de ene plaats tot de andere.

We hopen een zo breed mogelijke werkgroep te kunnen samenstellen, waarin alle OCMW's vertegenwoordigd zijn en die een constructieve dialoog aangaat. De werkteerren worden geselecteerd vanuit een zeer praktische optiek in combinatie met een termijnplanning.

Daarvoor zullen we een retroplanning laten opmaken, die desnoods aangepast kan worden als de oorspronkelijke versie niet haalbaar blijkt te zijn. Het belangrijkste is dat we voor een zeker werktempo zorgen en dat we duidelijk maken dat we vooruit

willen. Vooral aangezien we niet van nul beginnen: de problematieken zijn geïdentificeerd en de aanbevelingen zijn geformuleerd. De werkgroep zal deze aanbevelingen in concrete voorstellen tot wijziging of harmonisering gieten. Die voorstellen zullen uiteindelijk naar de beleidsorganen van de OCMW's gaan.

Het is zeker en vast een lang proces, maar dat moet ons niet tegenhouden. Wij zijn er om de dingen vooruit te laten gaan.

Het is belangrijk om ambitieus te zijn: het plan is om tegen het einde van het jaar tot een **akkoord tussen de OCMW's** te komen. Dit akkoord heeft betrekking op een deel van de aanbevelingen in het onderzoek en is gebaseerd op de conclusies waartoe de werkgroep gezondheidszorg zal komen.

Begin maart vond er een intergemeestelijke bezoeken dag plaats, maar het was nog een beetje te vroeg om de harmonisering die we aan het opstarten zijn dan al te bespreken. Ik hoop van harte om tijdens editie 2021 van de intergemeestelijke bezoeken dag de oplossingen die onze Brusselse OCMW's tegen dan uitgewerkt hebben in het kader van de harmonisering van de gezondheidszorg te kunnen voorstellen aan onze Waalse en Vlaamse collega's."

De werkgroep kan natuurlijk wel de harmonisering van de praktijken tussen OCMW's aanpakken, maar een deel van de problematiek valt onder andere machtsniveaus, vooral het federale niveau.

Karine Lalieux: "We weten maar al te goed hoezeer de workload en de financiële last de voorbije jaren van het federale niveau naar de OCMW's verschoven zijn. Bij gebrek aan een federale regering werd de oplossing van bepaalde problematieken, zoals de correcte financiering van de OCMW's en de herwaardering van het leefloon, uitgesteld.

Maar niet alles zit muurvast, want de federale overheid is nog altijd in voege en de vertegenwoordigers van de Federaties van Brusselse, Waalse en Vlaamse OCMW's blijven op maandelijkse basis vergaderen met de POD Maatschappelijke Integratie.

Uiteraard wordt er gesproken van administratieve vereenvoudiging. Dit kwam bovendien duidelijk naar voren als prioritaire verwachting uit een tevredenheidsonderzoek van de POD bij de OCMW's.

Maar om in deze kwesties vooruitgang te boeken, moeten we bij de federale overheid aankloppen met voorstellen tot

vereenvoudiging die we onderbouwen door de gegrondheid van de voorgestelde maatregelen aan te tonen. Dit behoort ook tot de perimeter van onze werkgroep."

MEER INFORMATIE

In het federaal memorandum 2019 van de OCMW's zijn de eisen van de OCMW's opgenomen in verband met:

- enerzijds de kwestie van de overheveling van lasten van het federale niveau naar de OCMW's;
- en anderzijds de kwestie van de gezondheidszorg met betrekking tot zowel het geautomatiseerde MediPrima-systeem om het beheer van beslissingen voor de tenlasteneming van gezondheidszorg door het OCMW te vergemakkelijken en de terugbetaling van medische kosten te automatiseren, als de compensatie voor de medische en farmaceutische kosten waarmee de OCMW's geconfronteerd worden, of meer in het algemeen de verlaging van de drempels voor de toegang tot gezondheidszorg.

Het federaal memorandum 2019 van de OCMW's (technische nota en beleidsnota) is terug te vinden op blz 36-42 of op www.brulocalis.brussels.

En behalve het werk tussen de OCMW's onderling en de dialoog met de andere machtsniveaus vloeit een deel van de oplossing ook voort uit het werk met de andere actoren in de sector van de gezondheidszorg ...

Karine Lalieux: "Een deel van het werk zal in nauwe samenwerking uitgevoerd moeten worden met de Federatie van de Brusselse HuisArtsen Verenigingen (FBHAV), Dokters van de Wereld of de Apothekersvereniging van Brussel (UPB-AVB) om bijvoorbeeld de lijst van de geneesmiddelen D te herzien. In dat kader zullen er geen discussies voor de OCMW's worden gevoerd door de technici van de werkgroep waarover we het daar-net hadden. Zij beschikken namelijk niet over de nodige expertise om bijvoorbeeld

te oordelen over de geneesmiddelen waarvan sprake. De besprekingen zullen begeleid worden door het Bureau en het directiecomité, samen met vertegenwoordigers van deze sectoren. Op die manier zullen we ook meer inzicht krijgen in de problemen waarmee die sectoren te maken hebben.”

Welke problemen zou u kunnen ondervinden tijdens deze harmonisering?

Karine Lalieux: “Ik ben van nature optimistisch. Het grootste struikelblok blijft voor mij de financiële beperkingen, die de goede wil zouden kunnen beteugelen. We zullen dus makkelijker resultaat boeken met aspecten die geen financiële gevolgen meebrengen. In Brussel hebben de herfinanciering van de gemeenten en de hervorming van het Bijzonder Fonds voor Maatschappelijk Welzijn door de vorige gewestregering de OCMW's weer wat zuurstof gegeven ... Hoewel de echte structurele herfinanciering van het federale niveau moet komen.

Maar dat moet ons er niet van weerhouden om vooruit te gaan en in samenwerking met alle actoren al het mogelijke te realiseren.

Tot nu toe heeft ieder OCMW zijn eigen praktijken ontwikkeld in heel wat domeinen. Sommige van die praktijken kunnen dienen als voorbeeld, andere moeten wellicht nog eens onder de loep genomen worden. Het doel van de werkgroep is om de voorbeeldige praktijken te identificeren. Ik wil persoonlijk de andere OCMW's helemaal niet het model van de Stad Brussel opleggen. Het belangrijkste is om na te gaan wat ieder OCMW het beste doet.”

Het onderzoek heeft een aantal grote werkerreinen bepaald, waarop de werkgroep gezondheidszorg of de bestuursorganen van de Federatie van Brusselse OCMW's nu zullen focussen. Het eerste werkerrein is de relatie met de medische actoren ...

Karine Lalieux: “Voorlopig bepaalt ieder OCMW voor zichzelf het type overeenkomst dat het met de artsen sluit op het gebied van medische bijstand. De bedoeling is om tot een **gemeenschappelijke overeenkomst** te komen tussen enerzijds alle OCMW's en anderzijds alle zorgverleners. Dit zal het administratieve beheer van de terugbetalingen gemakkelijker maken, in het bijzonder voor de zorgverleners, die niet meer zullen moeten jongleren met verschillende soorten overeenkomsten, maar uiteraard ook voor de begunstigen die momenteel moeten wennen aan een ander systeem en een andere dekking door het OCMW wanneer ze verhuizen.

Via de Federatie van Brusselse OCMW's zouden we ook een gewestelijk **platform voor overleg** met de zorgverleners willen oprichten.

Dat zal deze keer niet van de werkgroep maar eerder van het Bureau en het directiecomité afhangen.”

Karine Lalieux: “L'édition d'une plaquette d'information, par exemple pour les nouveaux médecins, leur expliquerait les droits des bénéficiaires CPAS mais aussi les modalités administratives.

Les maisons médicales disposent d'un service administratif et sont donc rodées aux dossiers nécessaires pour les CPAS, ce qui n'est pas le cas des médecins indépendants, pour

lesquels des documents explicatifs simplifiés peuvent se révéler une aide appréciable.”

Een andere mogelijkheid bestaat erin om een informatiedocument op te stellen voor zowel het grote publiek als de zorgverleners.

Karine Lalieux: “We zouden een informatieboekje kunnen uitbrengen, bijvoorbeeld voor nieuwe artsen, met meer uitleg over de rechten van OCMW-gebruikers en de administratieve modaliteiten.

De medische huizen beschikken over een administratieve dienst en hebben dus veel ervaring met de nodige dossiers voor de OCMW's. Dat is echter niet het geval bij zelfstandige artsen, voor wie vereenvoudigde verklarende documenten een uitstekende hulp kunnen betekenen.”

Een van de grote uitdagingen is de automatisering van het recht op toegang tot gezondheidszorg en de gezondheidskaart.

Karine Lalieux: “Alle bestaande studies tonen aan dat enerzijds de toegang tot gezondheidszorg niet voor iedereen gelijk is en dat anderzijds gezondheidszorg een van de eerste uitgaven is die uitgesteld worden.

Moet het leefloon automatisch recht geven op toegang tot gezondheidszorg? De vraag is gesteld en moet opgehelderd worden. We gaan met eenvoudige en controleerbare criteria trachten te werken. Achter ons streven naar harmonisering schuilt de vraag naar de plaats van de cursor in de toekenning van rechten. We willen een gemeenschappelijk basispakket, dat niet tot het minimum gereduceerd mag zijn. En dat gemeenschappelijk basispakket mag een OCMW er uiteraard niet van beletten om meer te doen.

Momenteel kennen sommige OCMW's de toegang tot gezondheidszorg automatisch toe aan hun gebruikers door middel van een 'gezondheidskaart'. Andere OCMW's onderwerpen de toekenning van deze toegang aan een nauwkeurigere berekening op basis van het inkomen van de aanvrager ...”

En dan zijn er nog de geneesmiddelen D.

Karine Lalieux: “Brussel is al een pionier op het gebied van geneesmiddelen die door de OCMW's terugbetaald worden wanneer het RIZIV ze niet terugbetaalt.

Maar we willen enerzijds de toepassing veralgemenen, wat budgettaire gevolgen heeft, en anderzijds de inhoud van deze lijst herzien samen met de medische sector.

Ook dit dossier zal voor de OCMW's beheerd worden door het Bureau en het directiecomité.”



Ondermijnt al dit werk de OCMW's dan niet in hun autonomie?

Karine Lalieux: "Helemaal niet, want alles wordt uitgewerkt door de OCMW's zelf. Bovendien focussen we op één specifieke problematiek, namelijk gezondheid. Het kader geeft trouwens een minimum, geen maximum: het zal nooit beperkend zijn! De OCMW's kunnen voor zichzelf altijd in hogere, gedifferentieerde rechten voorzien via een dossier dat ze voorleggen aan hun Bijzonder Comité voor de Sociale Dienst."

Maar het kader dat we willen creëren, zal het mogelijk maken om de gezondheidszorg te objectiveren, te verhelderen en transparanter en begrijpelijker te maken, zowel voor de burger en de begunstigde als voor de maatschappelijk werker."

> Meer info

Het onderzoek naar een harmonisering van de praktijken en beleidsmaatregelen inzake gezondheidszorg van de negentien OCMW's van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is terug te vinden op www.brulocalis.brussels.

In maart 2020, verscheen een samenvatting van het onderzoek in het magazine CPAS+.



Onderzoek over de werkwijzen en het beleid van de Brusselse OCMW's op het vlak van gezondheidszorg: naar een harmonisering?

Cécile Daron, september 2019



DE BRUSSELSE OCMW'S BETALEN DE GENEESMIDDELEN TERUG

Het is duidelijk dat te veel Brusselaars hun gezondheidszorg niet kunnen betalen. Hoewel een reeks geneesmiddelen door het RIZIV wordt terugbetaald, worden bepaalde noodzakelijke zorgen nog altijd niet door de federale overheid terugbetaald.

De negentien Brusselse OCMW's nemen die kosten al verschillende jaren voor hun rekening.

De door het OCMW terugbetaalde geneesmiddelen zijn samengebracht in de lijst met geneesmiddelen D. Die lijst werd herzien door de Federatie van Brusselse OCMW's, de Federatie van de Brusselse Huisartsenverenigingen (FBHAV) en de Apothekersvereniging van Brussel (AVB/UPB).

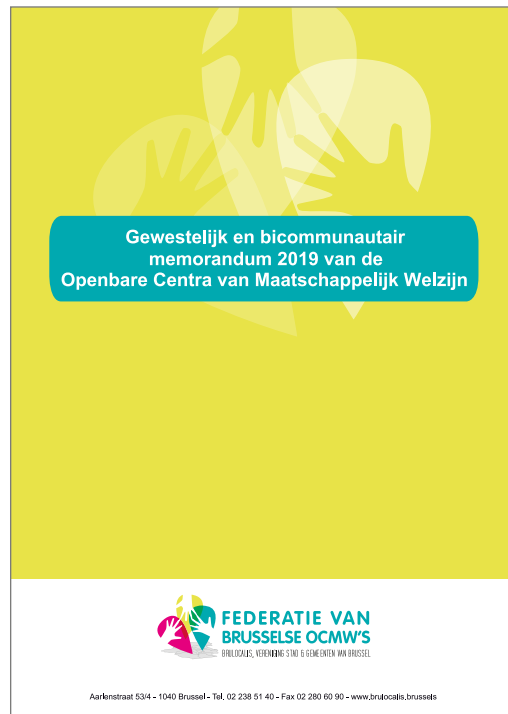
Met een tussen de negentien gemeentes geharmoniseerde procedure zorgt een enkele lijst er mee voor dat patiënten meer toegang tot gezondheidszorg hebben. Dat is ook een samenwerking tussen de personen die in de gezondheidszorgsector werken en de OCMW's. Het gaat hier om een coördinatie van actoren als voorbeeld van goed beleid dat moet worden nagestreefd met betrekking tot volksgezondheid en dat de burgers ten goede moet komen.

De lijst kan op www.geneesmiddelend.brussels geraadpleegd worden

EISEN VAN DE OCMW'S INZAKE GEZONDHEID



De Federatie van Brusselse OCMW's maakt zich al geruime tijd zorgen om de gezondheidsproblematiek. In haar recente memoranda voor de federale overheid, het Gewest en de gemeenschapsinstellingen heeft zij dan ook heel wat eisen gesteld op het gebied van gezondheid. In dit artikel vindt u de meeste passages terug die in deze memoranda toespitsen op gezondheid. De verschillende memoranda zijn terug te vinden op www.brulocalis.brussels > Carrousel (3e item)



GEWESTELIJK EN BICOMMUNAUTAIR MEMORANDUM VAN DE OPENBARE CENTRA VOOR MAATSCHAPPELIJK WELZIEN VAN HET BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

[Hoewel de gewest- en gemeenschapsregeringen intussen gevormd zijn en zij hun prioriteiten in de regeerakkoorden hebben vastgelegd en hoewel het Brussels Gezondheidsplan in de zomer van 2019 definitief goedgekeurd werd, zijn vele eisen in de memoranda nog altijd actueel, nvdr].

De bestaansonzekerheid van mensen heeft een invloed op hun gezondheid, en hun gezondheid op hun bestaansonzekerheid. Veel studies tonen effectief aan dat personen met minder middelen - van financiële, sociale of sociaal-economische aard - in

minder goede gezondheid verkeren dan de rest van de bevolking. En een slechte gezondheid zal op haar beurt een impact hebben op de kwetsbaarheid van die mensen. In Brussel verklaart meer dan een kwart van de bevolking (26,3 %) dat ze om financiële redenen gezondheidszorg uitgesteld hebben of zich gewoonweg niet hebben laten verzorgen. Zoals de FBHAV in haar witboek preciseert: "Wanneer ziekte en armoede met elkaar verweven zijn, zorgt de opeenstapeling van kwetsbaarheid voor een verminderde toegang tot preventieve geneeskunde, meer verslavingsproblemen en een verslechtering van de fysieke en mentale gezondheid." Er zijn zodanig veel situaties van ongelijkheid met betrekking tot de toegang tot gezondheidszorg in Brussel dat de termijnen voor de administratieve verwerking van aanvragen voor de tenlasteneming van gezondheidszorg lang geworden zijn.

Deze mensen richten zich tot het OCMW omwille van gezondheidsproblemen die zich vaak voordoen naast vele andere factoren, zoals een ongeschikte woning (onbewoonbaar of overbevolkt), sociaal isolement, psychosociale factoren, sociaal-economische situatie, geen opleiding of werk, de combinatie van werk- en privéleven, ... Naast hun taken om een woning, job of studietraject te helpen vinden, vervullen de OCMW's een sleutelrol om gezondheidszorg betaalbaar te maken, met name door de personen bij wie armoede vastgesteld is bij een ziekenfonds aan te sluiten en hun facturen voor gezondheidszorg te betalen. Als instrument beschikken zij over medische hulp voor illegalen en dringende medische hulp voor illegalen en bepaalde Europese burgers (personen die met eigen middelen leven, studenten en werklozen). Ze treden ook op als actoren voor de preventie van gezondheidsrisico's, door hun gebruikers te informeren, en als tussenpersoon voor eerstelijnszorg.

De OCMW's hebben eveneens overeenkomsten gesloten met verschillende partners, zoals openbare ziekenhuizen (IRIS) maar ook privéziekenhuizen, medische huizen, huisartsen, apotheken, rust- en verzorgingstehuizen, ... Deze overeenkomsten verwijzen de gebruikers door naar medische omgevingen die geschikt zijn voor hun aandoeningen en zijn vertrouwd met de interne werking van de OCMW's. Alle OCMW's van het Gewest zijn echter nog altijd

de mening toegedaan dat de begunstigde van de OCMW-hulp de arts kiest.

Volgens artikel 57 van de OCMW-wet van 7 juli 1976 is het de taak van de OCMW's om aan personen en gezinnen de dienstverlening te verzekeren waartoe de gemeenschap gehouden is. Ze verzekeren niet alleen lenigende of curatieve maar ook preventieve hulp.

Dit preventieve aspect blijkt cruciaal te zijn voor de OCMW's in hun relatie met de diensten voor eerstelijnszorg, namelijk de huisartsen, en de verenigingen die gespecialiseerd zijn in het laten gelden van de rechten van personen in armoede. Het inzetten van de eerstelijnszorg vermijdt dat later de tweedelijnszorg te hulp moet schieten, wat een weerslag heeft op de kosten voor het OCMW (tweedelijnszorg vertegenwoordigt een grotere financiering) en de verergering van de ziekte tot gevolg kan hebben. Deze preventie is een belangrijke troef die onderstreept moet worden.

1. Functie 0,5

De 'functie 0,5', ook 'lagedrempelinrichtingen' of 'lijn 0,5' genoemd, is een interessante procedure voor OCMW-gebruikers. De functie 0,5 maakt niet alleen de aansluiting op zorgdiensten mogelijk voor personen die daar het verst van af staan, maar ook dat zij hun basisrechten kunnen laten gelden via een aangepaste sociale opvolging door ze opnieuw in het traditionele circuit te integreren. De functie 0,5 is opgenomen in het Brussels Gezondheidsplan van de GGC, waarin de OCMW's naar voren gebracht worden als facilitators om het plan uit te voeren. De principes van het Plan zijn echter onvoldoende duidelijk en nauwkeurig om echt vooruitgang te boeken in de praktijk.

WIJ VRAGEN: dat de GGC, op basis van het Brussels Gezondheidsplan, snel een agenda opmaakt, met spildata gekoppeld aan duidelijke doelstellingen om meer vooruitgang te boeken wat de functie 0,5 betreft;

dat er gauw een netwerk van lagedrempelverzorging opgezet wordt, waarbij alle actoren ingeschakeld worden, zoals de OCMW's, en dat zo zichtbaar mogelijk gemaakt wordt voor de betrokken doelgroep (daklozen, illegalen, verslaafden, ...).

2. Eerstelijnszorg

Sinds de zesde staatshervorming zijn de gewesten bevoegd voor alles wat met eerstelijnszorg te maken heeft. De OCMW's werken constant samen met de eerstelijnszorg, vooral met de medische huizen en huisartsen. Om dit in goede banen te leiden, is een uitstekende coördinatie vereist en moeten de actoren verenigd worden rond participatieve projecten die dicht bij de burger staan, om de continuïteit van de verzorging te garanderen. Het komt vaak voor dat personen in armoede gefragmenteerde verzorging krijgen, door de administratieve weg die ze moeten

afleggen of door een gebrek aan vertrouwen in het gezondheidssysteem (durven aan te kloppen bij het OCMW wanneer men illegaal in het land woont, durven naar de tandarts te gaan hoewel men de factuur niet kan betalen, ...). Tot slot hoeft er dankzij eerstelijnszorg geen gebruik gemaakt te worden van tweedelijnszorg, waardoor het hele gezondheidssysteem kan besparen.

WIJ VRAGEN: om de mogelijkheden van de inschakeling van eerstelijnszorg duidelijk in kaart te brengen voor de doelgroep; om eerstelijnszorg zichtbaarder en duidelijker te maken voor de patiënten/OCMW-gebruikers;

om eerstelijnszorg te organiseren door per wijk de behoeften aan eerstelijnsactoren en het gebrek aan structuren te bepalen en door projecten te steunen voor een betere samenwerking tussen OCMW's en zorgverstrekkers;

om de taken en financiering te versterken van de verenigingen die actief zijn in de eerstelijnszorg, zoals de FBHAV, Dokters van de Wereld en het Rode Kruis, en om preventie-instanties op te richten met de OCMW's als leden;

om de prioriteiten te richten op de preventie van risicogedrag bij de doelgroep (roken, alcohol, soa's, hart- en vaatziekten, ...) en de OCMW-gebruikers preventietools (informatiebrochures, ...) ter beschikking te stellen;

om de samenwerking en synergie tussen de eerstelijnsactoren (OCMW's, huisartsen, Kind en Gezin, ...) te versterken;

om de banden tussen de deelstaten te versterken in het kader van een gezamenlijk preventiebeleid;

om de oprichting van erkende medische huizen te versterken via een gepaste financiering en om de erkenningen of samenwerkingsakkoorden tussen OCMW's en medische huizen in Brussel te bevorderen.

Zowel het gebrek aan vertrouwen in de instellingen, waaronder de OCMW's, als de financiële en culturele factoren zorgen ervoor dat onze doelgroepen ver van de eerstelijnszorg af staan. Dit kan opgelost worden door de mobiliteit van de teams rond de patiënt te vergroten, maar ook door de functie van psychosociaal begeleider ten volle te erkennen, zoals beschreven door het SMES-B¹ (en het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn). Het zou de taak zijn van de psychosociaal begeleider om de patiënt naar het OCMW te begeleiden, zodat diens verzoek zo snel mogelijk in aanmerking genomen wordt. Dat zou goed zijn voor de begunstigde om zijn rechten te kunnen laten gelden. Als systeem voor de beteugeling van het fenomeen 'non-take-up', moet de functie van psychosociaal begeleider de steun krijgen van de GGC en het Brussels Gewest.

WIJ VRAGEN: een gepaste financiering voor de oprichting van een koepel voor psychosociaal begeleiders, die parallel werken met de eerstelijnsdiensten van de OCMW's.

1. Actieonderzoek 'Netwerk van psychosociale begeleiders - PSB-net', onderzoeksrapport van 14 december 2012: <http://www.ccc-ggc.irisnet.be/sites/default/files/documents/graphics/rapports-externes/raps-version-definitive-nl.pdf>

De OCMW's krijgen vaak te maken met mentale gezondheidsproblemen bij hun gebruikers en moeten hiermee omgaan, zonder echte contactpunten bij professionals in de sector, waarop ook gewezen wordt in het Brussels Gezondheidsplan via een noodzaak om deze sector meer te financieren en onder de aandacht te brengen. Het plan voorziet echter niet in meer communicatie tussen en ondersteuning van de mentale gezondheidsdiensten en de OCMW's.

WIJ VRAGEN: een nauwere samenwerking tussen de mentale gezondheidscentra en de OCMW's door de contactpunten in kaart te brengen waarnaar de OCMW's hun gebruikers kunnen doorverwijzen, en door een gepaste financiering om deze doelstelling te bereiken.

3. Sociale coördinaties

Een ander instrument dat de OCMW's gebruiken, zijn de sociale coördinaties. Momenteel beschrijven de OCMW's een tekort aan middelen voor de uitvoering van de sociale coördinaties, vooral voor het luik gezondheidszorg. Het Gezondheidsplan biedt geen duidelijke agenda om deze processen te verbeteren. De coördinatie van de gezondheidszorg is geen taak van de OCMW's. De coördinatie van de partnerschappen behoort daarentegen wel tot hun bevoegdheden. De sociale coördinaties zijn een handig instrument voor de activering van de rechten inzake toegang tot gezondheidszorg voor hulpbehoevende en kansarme doelgroepen.

WIJ VRAGEN: dat het Gezondheidsplan het bestaan van deze sociale coördinaties inzake gezondheidszorg (OCMW's) vermeldt maar vooral extra budget inplant zodat de OCMW's ze ruimer kunnen toespitsen op gezondheids- en eerstelijnszorg.

4. Ziekenhuizen

Uit het Brussels Gezondheidsplan blijkt niet de onlosmakelijke band tussen de openbare ziekenhuizen en de OCMW's. Het is nochtans nuttig om eraan te herinneren dat er partnerschappen tussen deze twee publieke actoren bestaan en dat die duurzaam gemaakt moeten worden. Bovendien treden de privéziekenhuizen soms proactief op om het OCMW-publiek op te vangen, maar er worden vaak exorbitante bedragen gefactureerd aan de OCMW's doordat specialisten (zonder RIZIV-tarief) of gevraagde ereloonsupplementen de facturen sterk verhogen.

WIJ VRAGEN: de werkzaamheden rond partnerschappen tussen de OCMW's en openbare IRIS-ziekenhuizen voortgezet worden en politiek en financieel gesteund worden door het Gewest, de GGC en de gemeenten;

er, indien mogelijk, partnerschappen opgezet worden met de privéziekenhuizen, maar alleen met specialisten die het RIZIV-tarief

hanteren en volgens andere voorwaarden voor een goede samenwerking tussen de partijen, teneinde iedereen een gelijke toegang tot gezondheidszorg tegen een billijke en betaalbare prijs te garanderen, en in dat opzicht zou er een gezamenlijke overeenkomst tussen openbare en privéziekenhuizen gesloten moeten worden;

de GGC een studie financiert om een lijst van de supplementen te kunnen maken, die noodzakelijk zijn voor de verzorging en die verschillen van de ereloonsupplementen - supplementen die door de ziekenhuizen gevraagd worden en die de OCMW's met eigen middelen ten laste zouden nemen. Zo'n lijst zou het zowel voor de ziekenhuizen als voor de OCMW's duidelijker maken wat al dan niet ten laste genomen wordt, en zou achterstallige betalingen of de weigering van nieuwe facturen vermijden.

5. Harmonisering van de praktijken en beleidsmaatregelen van de 19 OCMW's inzake gezondheidszorg

De GGC heeft een studie gefinancierd omtrent de praktijken en beleidsmaatregelen van de 19 Brusselse OCMW's inzake gezondheidszorg. Deze studie is momenteel aan de gang en moet de mogelijkheden tot harmonisering van de door de gebruikers te volgen procedures binnen de OCMW's belichten. Een eerste punt zou bijvoorbeeld zijn om een eenvormig attest van dringende medische hulp voor alle OCMW's voor te stellen, wat het werk zou vergemakkelijken van zowel de sociaal werkers in de OCMW's als de zorgverstrekkers (privé-instellingen of verenigingen) en de gebruikers (zodat zij niet meer van het ene OCMW naar het andere moeten lopen).

WIJ VRAGEN: dat er een duurzame financiering op jaarbasis toegekend wordt aan de Federatie van Brusselse OCMW's, zodat zij hun opdracht van administratieve vereenvoudiging kunnen voortzetten, door een opwaartse nivellering van de praktijken en beleidsmaatregelen van de OCMW's om de procedures te verlichten en een kwaliteits- en financieringsniveau van de verzorging te handhaven voor de gebruikers.

6. Geneesmiddelen D

De Federatie van Brusselse OCMW's heeft de lijst met geneesmiddelen D geactualiseerd, die in ambulante zorg voorgeschreven worden en door de OCMW's met eigen middelen ten laste genomen worden voor hun gebruikers. Deze geneesmiddelen worden namelijk niet terugbetaald door het RIZIV. Deze 'best practice' kreeg de steun van de GGC, die de oprichting gefinancierd heeft van de website die bijgewerkt moet worden voor de ambulante zorg (www.geneesmiddelend.brussels). De lijst die in de ziekenhuizen gehanteerd wordt, dateert echter nog van 2012 en

zou dus ook geactualiseerd moeten worden, maar daarvoor is een financiering nodig.

WIJ VRAGEN: dat de GGC een financiering toekent om de lijst te actualiseren van de geneesmiddelen D die in ziekenhuizen voorgeschreven worden en door de OCMW's met eigen middelen ten laste genomen worden (actualisering van de website www.geneesmiddelen.brussels voor het luik ziekenhuizen), en om deze lijst te kunnen promoten.

7. Iriscare

Naar aanleiding van de zesde staats hervorming werden verscheidene opdrachten overgedragen aan de GGC. In Brussel werd de ION Iriscare opgericht, die verantwoordelijk is voor kinderbijslag en het luik gezondheidszorg (met name rust- en verzorgingstehuizen). Deze ION zit nog in het beginstadium maar kreeg meteen al een knauw door de beslissing van het Verenigd College van de GGC om de budgetten te beperken tot gesloten enveloppes, terwijl het om vastgestelde rechten gaat (toegang tot de THAB, tot kinderbijslag, ...), wat we aan de kaak stellen als een stap achteruit. De impact op de OCMW's is tweeledig als de budgetten onvoldoende zouden zijn. Enerzijds zal dit een grotere administratieve last meebrengen, zolang de opening van het recht niet gevolgd wordt door een perceptie van het recht, want het OCMW zal het dossier meermaals moeten openen voor de begunstigde. Anderzijds zal het OCMW zijn verzoek tot terugbetaling van de kosten die het de begunstigde voorgesloten heeft (wettelijke subrogatie om de kosten te recupereren) bij Iriscare moeten verdedigen, terwijl de begunstigde recht heeft op deze uitkeringen.

WIJ VRAGEN: dat de budgetten niet-limitatief zijn voor iedere budgettaire verbintenis in het kader van de opdrachten van Iriscare.

FEDERAAL MEMORANDUM 2019 VAN DE OCMW'S - TECHNISCHE NOTA

[De eisen inzake gezondheid zijn onderverdeeld in drie hoofdstukken: armoede, sociale bijstand en verlaging van de toegangsbarrières, nvdr]

1. Armoede: finalisering en verbetering van MediPrima

De toegang tot gezondheidszorg blijft een van de onvermijdelijke uitdagingen waaraan alle OCMW's het hoofd moeten bieden. Wie gezondheidsproblemen heeft, maakt immers meer kans om in armoede te vervallen en omgekeerd. De toegang tot gezondheidszorg blijft een domein dat ontegenzeggelijk verbonden is met de menselijke waardigheid van mensen, en de OCMW's vervullen daarbij een sleutelrol.

MediPrima is een geautomatiseerd systeem om de beslissingen tot tenlasteneming van gezondheidszorg



door het OCMW makkelijker te kunnen beheren en de terugbetaling van de medische kosten te automatiseren. Voorlopig werd alleen nog maar fase 1 van het project concreet uitgevoerd: het betreft hier enkel de facturen van zorginstellingen voor niet-verzekerde en niet-verzekerbare personen.

Momenteel wordt fase 2 uitgebreid en fase 3 geanalyseerd. Deze twee fasen zijn belangrijk om het systeem uit te breiden naar alle OCMW-gebruikers die medische bijstand kunnen krijgen, en naar alle zorgverstrekkers (apothekers, tandartsen, specialisten en paramedische zorgverstrekkers).

Het administratieve beheer van het systeem is nog zwaar voor de OCMW's. De communicatie tussen de verschillende actoren van het project (OCMW's, ziekenhuizen, zorgverstrekkers, POD MI, HZIV, informaticabedrijven ...) is ingewikkeld en vormt een grote uitdaging voor de goede werking van het project. Bovendien is het feit dat er twee systemen naast elkaar bestaan - één voor verzekerde gehospitaliseerde personen en één voor niet-verzekerde en niet-verzekerbare gehospitaliseerde personen - administratief zwaar voor de OCMW's, die moeten jongleren met MediPrima en de formulieren van de POD MI voor de betrokken doelgroepen. Wanneer alle fasen van het project concreet uitgevoerd zijn, zal het administratieve beheer wellicht vlotter verlopen.

MediPrima werd inmiddels meer dan vijf jaar geleden gelanceerd en de vorige regering had zich ertoe verbonden om alle fasen tijdens haar bestuurstermijn te voltooien. Het is tijd om op de praktijk over te gaan en iedereen voor alle prestaties over te hevelen naar MediPrima.

De vervaltermijn voor MediPrima en om een advies te verstrekken over de toekenning van de steunverlening is momenteel 45 dagen maar moet opgetrokken worden. De OCMW's hebben te weinig tijd om hun sociaal onderzoek naar behoren uit te voeren. De OCMW's vragen dat die termijn opgetrokken wordt naar 60 dagen, zodat de OCMW's de vorige kosten ten laste kunnen nemen en op tijd hun sociaal onderzoek kunnen uitvoeren (in art. 9, §1 en art. 9ter, §2 van de wet van 1965). Bovendien moet die termijn beginnen te lopen vanaf het ogenblik dat het OCMW op de hoogte gesteld wordt van de steunaanvraag (momenteel is dat op het ogenblik dat de prestatie begint of plaatsvindt). De verlenging van de termijn naar 60 dagen is al goedgekeurd maar nog niet gepubliceerd voor MediPrima. Wat de kennisgeving van de steunverlening betreft, is het proces voor de wetswijziging nog niet van start gegaan.

DE OCMW'S VRAGEN: de concrete uitvoering, met een grondige voorbereiding (testfase, proefprojecten, ...), van de laatste fasen van MediPrima;

de versterking van de communicatie en de informatieoverdracht naar alle actoren van het project;

om de verlenging van de vervaltermijn naar 60 dagen te publiceren voor MediPrima (art. 9ter, §2 van de wet van 1965);

om de vervaltermijn op te trekken naar 60 dagen voor de kennisgevingen van de toekenning van de steunverlening (art. 9, §1 van de wet van 1965);

om de vervaltermijn van 60 dagen te laten starten op het ogenblik dat het OCMW kennis genomen heeft van de steunaanvraag.

2. Sociale hulp: medische en farmaceutische kosten

Wat de medische hulp toegekend door OCMW's betreft, stellen we vast dat er geen financiële compensatie voorzien is voor de OCMW's. Nochtans voeren zij een opdracht uit voor rekening van de federale overheid, zodat België het Verdrag van de Rechten van de Mens nakomt en iedere persoon, ongeacht zijn herkomst en middelen, aanwezig op het Belgische grondgebied toegang heeft tot verzorging conform de Grondwet en de Europese pijler van de sociale rechten die het Europees Parlement, de Europese Raad en de Europese Commissie op 17 november 2017 afgekondigd hebben. De toekenning van deze hulp is zelfs essentieel voor de volksgezondheid. Het aantal dossiers met verzoeken om een financiële tegemoetkoming in de medische en farmaceutische kosten blijft groot en treft heel veel gezinnen. Aangezien de OCMW's verplicht zijn om aan ieder verzoek een gevolg te geven, moeten zij heel wat werk verrichten om na te gaan of die personen voldoen aan de wettelijke voorwaarden om deze hulp te krijgen. Het is gerechtvaardigd dat het werk dat de OCMW's verrichten voor rekening van

de federale overheid ook gefinancierd wordt door de federale overheid.

DE OCMW'S VRAGEN: dat er voor de OCMW's een federale subsidie opgericht wordt, via een systeem dat vergelijkbaar is met het systeem dat bestaat in artikel 40 van de RMI-wet, om de werklast van de OCMW's te dekken voor de verwerking van de aanvragen voor een tegemoetkoming in de medische en farmaceutische kosten ten laste van de federale overheid.

OCMW's zijn verplicht alles in het werk te stellen om de ziekenfonsaansluiting van hun gebruikers in orde te brengen. Zij worden thans geconfronteerd met een probleem van billijkheid als we kijken naar de terugbetaling aan de OCMW's door de federale overheid.

Voor onvermogens die niet de Belgische nationaliteit hebben en niet ingeschreven zijn in het bevolkingsregister, komt de federale overheid tussen in de aansluitings- en bijdragekosten betaald aan een verzekeringsinstelling in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, alsook in het kader van de aanvullende verzekering.

Voor de andere begunstigden, waaronder leefloners, betaalt de federale overheid niet de kosten terug van de betaling van de bijdragen, noch voor de verplichte noch voor de aanvullende verzekering, net zoals voor de regularisatiekosten of aanvullende bijdragen, vooral voor (gewezen) zelfstandigen met een betalingsachterstand van meer dan twee jaar.

De ziekenfondsen kunnen weliswaar statutair voorzien in een volledige vrijstelling van bijdragen voor de aanvullende verzekering ten behoeve van bepaalde categorieën van personen, waaronder de begunstigden van het leefloon of equivalente steun. Maar dat mag elk ziekenfonds voor zichzelf beoordelen.

Om billijkheidsredenen vragen de OCMW's voor alle begunstigden, zowel inzake maatschappelijke dienstverlening door het OCMW als RMI, een terugbetaling door de federale overheid van alle aansluitingskosten en bijdragen.

De wijziging van artikelen 2 en 9ter van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de OCMW's werd goedgekeurd zonder het bijbehorende uitvoeringsbesluit en zonder wijziging van het koninklijk besluit betreffende de dringende medische hulp om de hele omvang ervan te beoordelen. Bij gebrek aan deze verduidelijking bracht deze wijziging heel wat reacties teweeg op het terrein. Ook bij de OCMW's die vrezen dat de rechtsonzekerheid voor huisartsen en specialisten, als gevolg van de potentiële sanctie die door één enkele controlearts uitgevoerd wordt, ertoe zal leiden dat zij terughoudend zullen zijn om een arme bevolkingsgroep te verzorgen of zelfs zullen weigeren om deze mensen te verzorgen. Zo'n situatie zal de armsten vervreemden van de gezondheidszorg, met als gevolg risico's voor de volksgezondheid en meer stress voor de lokale overheden omdat deze

personen zich niet laten verzorgen ondanks de toegekende steun. De eerste versie van de besluiten betreffende de dringende medische hulp en de modaliteiten van de controle door de HZIV moet nog ter overleg voorgelegd worden.

DE OCMW'S VRAGEN: het behoud van de huidige definitie van dringende medische bijstand, zoals voorzien in artikel 1 van het koninklijk besluit van 12 december 1996;

overleg tussen de federale overheid en hun Federaties over de inhoud van het HZIV-besluit en over de wijziging van het besluit betreffende de DMH, zoals voorzien in het kader van de wijziging van artikelen 2 en 9ter van de wet van 2 april 1965;

de oprichting van een artsencollege in het kader van het controleproces dat geregeld moet worden door een besluit tot uitvoering van het nieuwe artikel 9ter, §5 van de wet van 2 april 1965.

In het kader van de dematerialisering moeten de elektronische attesten voor dringende medische hulp afgegeven kunnen worden voor meer dan één prestatie door de OCMW's, en niet voor een kortere periode zoals men dat de voorbije maanden liet doorschemeren. Met het oog op een goed beheer en minder administratieve rompslomp moeten die attesten namelijk periodes met meerdere prestaties dekken, anders kunnen zowel de zorgverstrekkers (huisartsen en specialisten) als de OCMW's de aanvraag niet voortzetten. De zware administratieve procedures worden aangehaald als grootste uitdaging. Het is ook een kwestie van medische opvolging van de patiënt, die zich voor elke prestatie zou moeten melden bij het OCMW, wat een onmiskenbare barrière vormt voor de toegang tot gezondheidszorg.

De OCMW's vragen dat de elektronische attesten voor DMH meerdere prestaties kunnen dekken over een zowel lange als korte periode, zoals dat nu het geval is.

3. Verlaging van de toegangsbarrières [Gezondheid]

Mensen met een laag inkomen leven tot twintig jaar minder lang in goede gezondheid. De medische kosten zijn voor hen vaak niet te betalen. Noodzakelijke behandelingen stellen ze soms uit wegens te duur. Daarom moet de toegang tot gezondheidszorg betaalbaarder worden.

Er zijn immers een aantal obstakels van financiële en administratieve aard en problemen van rechtsonzekerheid die voor heel wat mensen op het Belgische grondgebied de toegang tot gezondheidszorg verhinderen. Deze onbillijke situatie heeft nefaste gevolgen voor de gezondheid van de betrokkenen en negatieve gevolgen voor hun financiële situatie en die van de OCMW's.

3.1. Vermindering van de financiële obstakels

We stellen vast dat gezinnen hun doktersbezoek nog te vaak uitstellen om financiële redenen, en dan vooral gezinnen met een beperkt inkomen.

Doordat een instelling rechtstreeks tegemoetkomt in de kosten – of een deel ervan – biedt de derdebetalersregeling de mogelijkheid om de financiële moeilijkheden voor doelgroepen weg te werken, door te vermijden dat zij medische kosten met eigen middelen moeten voorschieten.

De sociale derde betaler is sinds 1 januari 2015 verplicht. Deze verplichting heeft enkel betrekking op degenen die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming en/of het statuut van chronisch zieke hebben.

DE OCMW'S VRAGEN: dat deze rechten minimaal verworven blijven en dat de sociale derde betaler uitgebreid wordt naar alle personen die het sociaal-economisch moeilijk hebben (als ze nog geen verhoogde tegemoetkoming genieten), en naar alle verstrekkingen van eerstelijns- en tweedelijnszorg.

Er wordt nu meer bepaald voorzien in een tegemoetkoming voor psychologische eerstelijnszorg. Er worden maximaal acht consultaties, met een erkende klinisch psycholoog of orthopedist, terugbetaald. Alleen volwassenen tussen 18 en 64 jaar komen hiervoor in aanmerking.

Jongeren en ouderen kunnen hier dus geen gebruik van maken. Personen met een depressie of een aandoening als Alzheimer hebben echter ook psychologische zorg nodig. We herinneren eraan dat het zelfmoordpercentage onder 80-plussers het hoogst is.

DE OCMW'S VRAGEN: een uitbreiding van de terugbetaling van psychologische eerstelijnszorg naar alle bevolkingscategorieën.

Als patiënten beter op voorhand kunnen weten hoeveel ze moeten betalen voor de medische verzorging die ze nodig hebben en informatie kunnen krijgen over wat er terugbetaald wordt, dan kunnen ze een betere toegang krijgen tot gezondheidszorg en beter hun recht op verzorging doen gelden.

DE OCMW'S VRAGEN: dat het recht van de patiënt op precieze, heldere en begrijpelijke informatie over de reële kostprijs van de medische zorg (die duidelijk toont wat de patiënt moet betalen en wat ten laste is van de ziekteverzekering) gewaarborgd wordt voordat deze verstrekt wordt, en dat het bijbetalen van alle mogelijke supplementen voor medische uitrustingen, geneesmiddelen en erelonen beperkt wordt.

De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen dekt onder andere de terugbetaling van de medische verstrekkingen (geneesmiddelen en raadplegingen) die in de nomenclatuur vastgelegd zijn. De verstrekkingen die daar niet in

opgenomen zijn, komen volledig ten laste van de patiënt. Zo worden prestaties van psychologen en psychotherapeuten of bepaalde implantaten en prothesen nog niet terugbetaald voor bepaalde bevolkingscategorieën. Rationele financiële overwegingen doen mensen dus vaak beslissen om geen beroep te doen op medische of paramedische verzorging. In de andere gevallen zijn de bedragen ten laste van de patiënt zo hoog dat de OCMW's met eigen middelen moeten bijdragen in de kosten.

DE OCMW'S VRAGEN: dat samen met de verschillende actoren in de samenleving en de medische wereld bepaald wordt welke nieuwe verstrekkingen in de verplichte verzekering opgenomen moeten worden.

Wat de aangeboden diensten in de aanvullende verzekering betreft, stellen we vast dat een aantal diensten met betrekking tot ziekte door alle ziekenfondsen georganiseerd worden (bv. orthodontiekosten, vaccinatiekosten, kosten voor dieetadvies voor zwaarlijvigen, transportkosten naar het ziekenhuis in het kader van kankerbehandelingen, enz.). Het is niet normaal dat bepaalde basisprestaties zo beperkt door de ZIV terugbetaald worden dat iemand die minder goed op de hoogte is - de toegang tot objectieve informatie is een uitdaging en vormt geen voorrecht van het publiek van de OCMW's - de grootste kosten zelf moeten dragen, en dat het OCMW zelfs met eigen middelen moet tussenkomen als de bedragen te hoog zijn.

DE OCMW'S VRAGEN: de verplichte ZIV-tegemoetkoming op te trekken voor die verstrekkingen die momenteel door de verschillende ziekenfondsen gemeenschappelijk in het kader van hun aanvullende verzekering aangeboden worden.

3.2. Vermindering van de administratieve obstakels

De procedure van de regularisatie en het in orde maken van de ziekenfonds aansluiting is vanuit administratief oogpunt zeer complex of houdt een wachttijd van zes maanden in, tijdens dewelke de persoon niet gedekt is door de verzekering. De lokale ziekenfondsen hanteren niet altijd dezelfde procedure om iemands aansluiting in orde te brengen, met het risico dat iemands recht op bescherming van zijn gezondheid niet gerespecteerd wordt.

DE OCMW'S VRAGEN: dat de procedure van regularisatie en herinschrijving bij de verzekeringsinstelling

vereenvoudigd wordt en dat de toepassing ervan geharmoniseerd wordt.

In geval van verlenging of inschrijving vragen de ziekenfondsen trouwens een overzicht van de inkomsten van de verzekerde of aanvrager van een voorgaand jaar om het bedrag van de bijdragebonds te bepalen. OCMW-begunstigden zijn niet altijd in staat om de verwachte gegevens te verstrekken of te begrijpen wat er verwacht wordt, of zelfs te begrijpen waarom het zo belangrijk is om een gevolg te geven aan dit verzoek, waardoor er breuken kunnen ontstaan in de toegang tot gezondheidszorg of verzekering. Aangezien de OCMW's een berekening maken op basis van de bestaansmiddelen conform de omzendbrief om de armoedesituatie van de betrokkene op het ogenblik van de aanvraag te bepalen alvorens een beslissing te nemen over de toekenning van het leefloon (LL) of het equivalent leefloon (ELL), zouden de middelen gevonden moeten worden om die persoon te verzekeren of verzekerd te houden totdat het bedrag van de bijdragebonds vastgelegd is. Bij tenlasteneming van alle bijdragekosten door de federale overheid bestaat er geen risico meer op niet-betaling van de bijdrage.

Tot slot weten de OCMW's niet of de persoon stappen ondernomen heeft om zich in te schrijven of van het ziekenfonds een verzoek om meer informatie gekregen heeft voor een verlenging. Deze situaties zorgen voor rechtsonzekerheid en breuken in de tenlasteneming, wat heel wat sociaal en administratief werk meebrengt.

DE OCMW'S VRAGEN: dat de ziekenfondsen elektronisch communiceren met de OCMW's als zij hun begunstigden een verzoek om administratieve informatie verstuurd hebben of als hun begunstigden bij de ziekenfondsen stappen ondernomen hebben om zich in te schrijven;

om de tijdelijke verlenging of inschrijving van de begunstigden van een leefloon of equivalent leefloon automatisch te laten verlopen overwegende dat de bijdragekosten voor die begunstigden helemaal ten laste genomen worden door de federale overheid.



> Dokters van de Wereld

6 ACTIEPUNTEN OM DE STRIJD AAN TE GAAN TEGEN DE GROEIENDE ZORGKLOOF EN ZORGUITSTEL

De zorgkloof in ons land groeit & zorguitstel is een realiteit. Wat kan – en moet – hieraan gedaan worden? Met het Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg als basis, vragen Dokters van de Wereld en het Netwerk Tegen Armoede de volgende federale regering werk te maken van de volgende **6 actiepunten**:

1. “Investeer in maatregelen die zeer kwetsbare mensen opnieuw aansluiting laten vinden bij het zorgsysteem.”

De allerarmste en meest kwetsbare personen in ons land – daklozen, sekswerkers, druggebruikers, nieuwkomers, mensen in extreme precariteit – hebben vaak **geen enkele band meer met het gewone zorgsysteem**. Het is daarom van groot belang dat initiatieven een eerste sociale, (para)medische en psychologische heraanluiting met hen zoeken, in hun eigen leefwereld. De *zogenaamde zorgbussen van Dokters van de Wereld die naar de leefwereld trekken van deze kwetsbare groepen op straat*, in metro's of bijvoorbeeld kraakpanden, zijn hier een concreet voorbeeld van. Dergelijke laagdrempelige initiatieven zorgen voor een eerste herstel van de zorgbreuk en een re-integratie in het zorgsysteem op lange termijn.

2. “Maak werk van de veralgemeende derdebetalersregeling”

Wie recht heeft op verhoogde tegemoetkoming, kan terugvallen op de derdebetalersregeling die erop neerkomt dat je bij de huisarts enkel nog het remgeld moet betalen. Maar: honderdduizenden Belgen vallen toch nog uit de boot, omdat ze net boven de inkomensgrens vallen, met schulden kampen, Bovendien zijn er nog te veel zorgverleners die de regeling niet toepassen.

3. “Verminder uit-eigen-zak-gedeelte voor tandzorg & zet een grens aan de mogelijkheid om af te wijken van tarieven, zowel bij tandartsen maar ook bij andere specialisten

Voor tandzorg die de ziekteverzekering niet terugbetaalt, tasten mensen diep in eigen zak. **Orthodontie kost bijvoorbeeld ongeveer 1.500 euro**. Andere veelvoorkomende behandelingen worden onvoldoende terugbetaald door de ziekteverzekering. Bij de

parodontoloog betaal je ongeveer 141 euro, maar krijg je slechts 20 euro terugbetaald.

Maar ook de gewone tandzorg komt vaak heel duur uit & dat komt doordat steeds meer tandartsen zich niet houden aan de vastgelegde tarieven. **“Vandaag is nog maar 6 op de 10 tandartsen geconventioneerd. Al de rest vraagt dus wat ze zelf willen.”** Uit een studie van het socialistisch ziekenfonds blijkt dat **een bezoek bij de niet-geconventioneerde arts soms 2 keer zo duur is**. Het kan niet zijn dat we bij het afrekenen bij de tandarts met onze mond vol dure tanden staan: maatregelen zijn nodig om het uit-eigen-zak-gedeelte te verminderen en de mogelijkheid om af te wijken van tarieven binnen de perken te houden. Niet enkel bij tandartsen trouwens, maar ook bij andere specialisten.

4. “Investeer in wijkgezondheidscentra”

Er wordt nog te weinig ingezet op multidisciplinaire wijkgezondheidscentra. Dit zijn centra die **maandelijks een forfaitair bedrag krijgen van het ziekenfonds waardoor de patiënt niet moet betalen voor een consult**. Uit onderzoek blijkt dat dit model zichzelf terugverdient, globaal genomen betere zorg verlenen voor een prijs vergelijkbaar met de prestatiegeneeskunde. Op vlak van preventieve zorg, het opvolgen van chronische patiënten en voorschrijfgedrag scoren de wijkgezondheidscentra beter dan prestatiegeneeskunde. **Toch wordt er onvoldoende geïnvesteerd in de oprichting van nieuwe wijkgezondheidscentra, vooral in Vlaanderen waar hun aantal te laag blijft.**

5. “Maak van mentale zorg een prioriteit in het zorgbudget”

Mensen in armoede hebben vaker dan gemiddeld mentale zorgproblemen maar vinden tegelijk heel moeilijk toegang tot geestelijke gezondheidszorg. Er moet dringend meer geïnvesteerd worden in **laagdrempelige geestelijke gezondheidszorg die vanuit de 1e lijn en vanuit wijkgezondheidscentra toegankelijk wordt gemaakt en die niet in de weg wordt gezet door remgelden**. Maar ook de rest van de bevolking kampt in toenemende mate met mentale zorgproblemen.

Wat geestelijke gezondheidszorg betreft is de recente regeling die de psycholoog

terugbetaalt te beperkt in de zin dat jongeren en 65-plussers worden uitgesloten, er slechts een beperkt aantal sessies vergoed worden en slechts een beperkt aantal problematieken worden terugbetaald. We zetten ook vraagtekens bij de vraag van de psychologen naar directe en onbeperkte toegang, zonder doorverwijzing en de mogelijkheid om vrij tarieven te kunnen toepassen.

6. Investeren in preventie en gezondheidspromotie die niet stigmatiserend is voor mensen in armoede

Vaak wordt mensen in armoede verweten dat ze meer dan anderen ongezond leven. “Ze roken meer, ze eten te weinig fruit, ze gaan naar de spoeddienst i.p.v. de huisarts, enz.” De gezondheidskloof wordt hier ten onrechte herleid tot een “leefstijlprobleem”. **Een eerste aanbeveling is het stopzetten van stigmatisering van mensen in armoede**. Gezondheid is in eerste plaats een structureel probleem, en vergt dan ook in eerste plaats structurele maatregelen. Wie van dag tot dag moet (over)leven kan minder bezig zijn met zijn gezondheid op lange termijn. De manier waarop men inzet op gezondheidspromotie en ziektepreventie sluit dikwijls te weinig aan bij deze realiteit, culpabiliseert te veel mensen in armoede en betreft en sensibiliseert de zorgverleners zelf te weinig.

Een prioriteit moet liggen bij investeren in **preventie en gezondheidspromotie bij vrouwen in armoede** vanaf het moment dat ze zwanger zijn. Onderzoek wijst uit dat als je deze vrouwen vanaf het moment van conceptie ondersteunt, de kansen en levenskwaliteit van het (ongeboren) kind een stuk groter worden. Een goed voorbeeld is obesitas: als dit in de eerste levensjaren voorkomen wordt via de ondersteuning door een vertrouwensfiguur bij de dagelijkse keuzes die de moeder moet maken, dan is de kans groot dat dit voor de rest van het leven van het kind vermeden wordt.

> Meer info

op <https://doktersvandewereld.be>

> Isabelle LEROY, Communicatie KSZ

GEHARMONISEERDE SOCIALE STATUTEN (GSS) – AANVULLENDE RECHTEN – MYBENEFITS

CONTEXT

Het automatiseren van de toekenning van aanvullende rechten die verbonden zijn aan het sociaal statuut of aan de financiële situatie zodra mogelijk is een ideale oplossing in de strijd tegen armoede. Daarvoor moeten alle authentieke bronnen die in het bezit zijn van de informatie die nodig is voor de toekenning van een aanvullend recht raadpleegbaar zijn via het netwerk van de KSZ. De instellingen die aanvullende rechten toekennen (toekenninginstanties) moeten van hun kant aangesloten zijn op het netwerk om toegang te krijgen tot de gegevens en te controleren of de toekenningcriteria voldaan zijn. Meerdere opties zijn beschikbaar.

Voor de verwerking van grote volumes bestaat er een databank van geharmoniseerde sociale statuten, de zogenaamde GSS-bufferdatabank, die de meest gebruikte sociale statuten en gegevens in het kader van de toekenning van een aanvullend recht permanent beschikbaar stelt, waarbij deze gegevens makkelijk combineerbaar zijn om op een eenvoudige manier tegemoet te komen aan de behoeften van de toekenninginstanties.

Om te antwoorden op een ad hoc vraag, bijvoorbeeld wanneer een burger zich aan een loket meldt, biedt de KSZ de mogelijkheid aan de toekenninginstantie om in real-time (online) diensten op te roepen om bepaalde informatie te controleren alvorens een voordeel toe te kennen.

Om diverse redenen zijn deze oplossingen niet in alle situaties toepasbaar en niet alle toekenninginstanties zijn aangesloten op het netwerk van de sociale zekerheid. Daarom heeft de KSZ de toepassing MyBenefits ontwikkeld.

MyBenefits is een extra optie naast de bestaande tools voor vereenvoudiging en automatisering van de toekenning van aanvullende rechten. In feite gaat het om 2 parallelle toepassingen: één voor de burger en één voor de toekenninginstanties.

VOOR WIE IS DE TOEPASSING MYBENEFITS BESTEMD?

In België zijn er bijna 2 miljoen burgers met minstens één sociaal statuut (omwille van een laag inkomen, een handicap, verlies van zelfredzaamheid, enz.) dat via de toepassing kan worden bewezen. Het aantal potentiële

begunstigden is dus aanzienlijk. Bovendien zijn er enkele duizenden toekenninginstanties die aanvullende rechten toekennen op basis van de sociale statuten. Op het niveau van de toekenninginstanties is de toepassing MyBenefits meer bepaald bestemd voor openbare nutsbedrijven, actoren in de sector van cultuur, sport en ontspanning, toerisme, gemeenten, enz.

WAT KUN JE DOEN MET MYBENEFITS?

De toepassing biedt de burger de mogelijkheid om een overzicht te krijgen van zijn sociale statuten en een bewijs ervan te leveren. Hiermee beschikt hij over een tool waardoor hij niet meer afhankelijk is van een administratie om aan een attest te geraken aangezien hij zelf zijn eigen attest kan genereren in de vorm van een code.

Meer bepaald kan de burger

- zelf het bewijs van zijn sociaal statuut genereren in de vorm van een QR-code of een unieke code van 12 cijfers;
- als hij over meerdere sociale statuten beschikt, beslissen welk sociaal statuut hij wenst te gebruiken om het bewijs te genereren;
- de code van zijn keuze aanbieden aan een toekenninginstantie.

Van hun kant beschikken de toekenninginstanties over een eenvoudige oplossing om kennis te nemen van een bepaald sociaal statuut en de informatie die ze nodig hebben voor toekenning van rechten en om deze informatie met zekerheid te controleren. Ze moeten enkel de app MyBenefits openen en een code uitlezen.



Meer bepaald kunnen de toekenninginstanties

- snel toegang krijgen tot de inhoud van de code
 - hetzij door het uitlezen van de QR-code via smartphone of tablet
 - hetzij door de code van 12 cijfers rechtstreeks via de website in te voeren
- de geldigheid van een attest op beveiligde wijze controleren.

MyBenefits is een doeltreffend instrument in de strijd tegen niet-opname van rechten, vaak door de maatschappelijk zwaksten. Het laat ook toe om de administratieve formaliteiten te beperken, zowel voor de burger als voor de instantie die het recht toekent.

BESCHIKBARE GEGEVENS

De beschikbare gegevens zijn allemaal gegevens van persoonlijke aard en bijgevolg is een identificatie en sterke authenticatie van de burger vereist alvorens hij toegang krijgt tot zijn gegevens (toegang via eID, ITsme, TOTP, token).

De informatie met betrekking tot de sociale statuten valt onder de noemer gevoelige gegevens. Daarom krijgt een toekenninginstantie (professionele gebruiker) geen toegang tot persoonsgegevens maar enkel tot het strikte minimum, in de vorm van een beperkte reeks "anonieme" gegevens op basis waarvan hij de voorgelegde gegevens kan controleren alvorens een voordeel toe te kennen.

Hierdoor moet de professionele gebruiker zich niet identificeren/authentiseren en wordt aldus een drempel weggenomen voor het gebruik van de toepassing.

Om bijvoorbeeld de identiteit van een persoon te controleren ziet de professionele gebruiker enkel de laatste drie cijfers (waaronder het geboortjaar) van het rijksregisternummer. Dit volstaat om, indien hij het nodig acht, een controle uit te voeren door de eID van de persoon die voor hem staat te vragen. Hij krijgt ook de postcode van de woonplaats van de persoon te zien, aangezien dit gegeven in bepaalde gevallen in aanmerking wordt genomen voor de toekenning van een voordeel, zoals bijvoorbeeld voor de toegang tot het gemeentelijk zwembad.

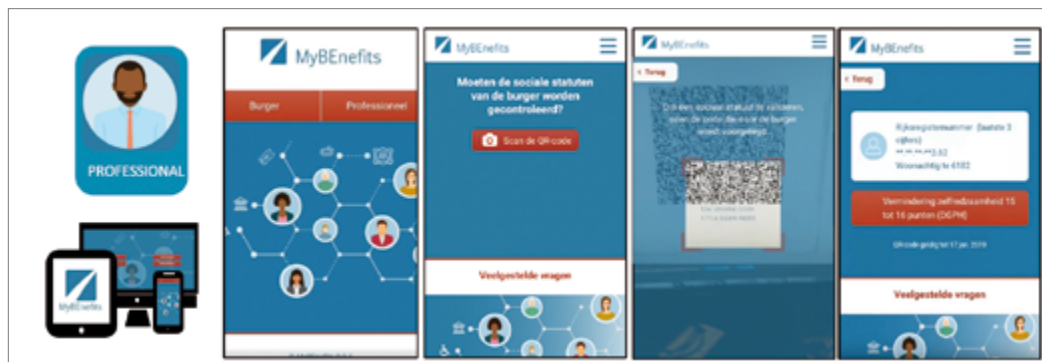
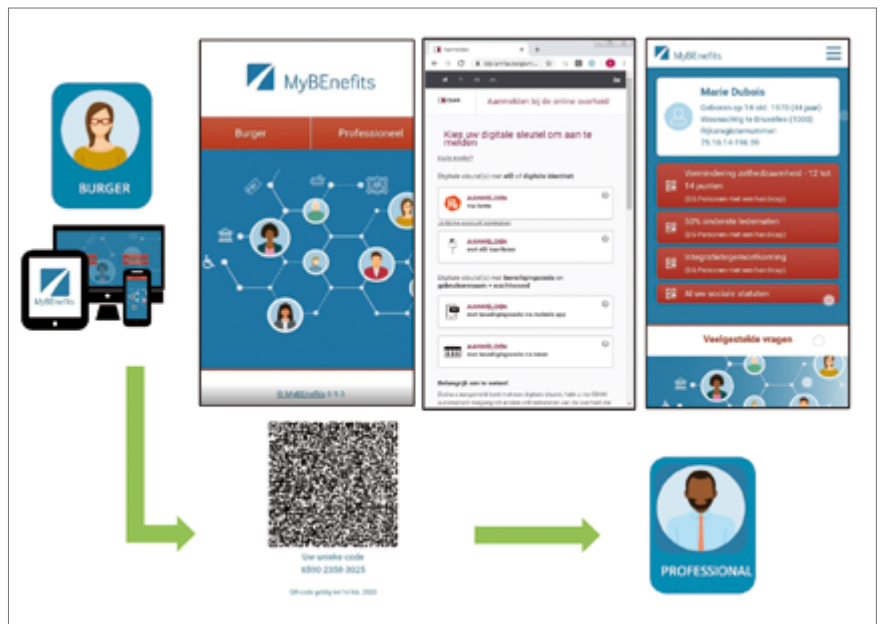
TOEGANG TOT DE TOEPASSING EN GEBRUIK ERVAN

- De toepassing is gratis beschikbaar voor Android en kan worden gedownload vanuit Google Play.
- Ze is ook toegankelijk via de [website mybenefits.fgov.be](http://www.mybenefits.fgov.be).

Op de [website van de KSZ](http://www.ksz.be) vindt u een lijst van de beschikbare geharmoniseerde sociale statuten en alle informatie over het project [MyBEenefits](http://www.mybenefits.fgov.be).

Er bestaat een media-kit om de tool te promoten bij de professionele gebruikers en de instanties die in contact staan met kwetsbare bevolkingsgroepen. Deze media-kit biedt beeld- en tekstmateriaal met uitleg over de verschillende stappen van het gebruik van de toepassing.

De kit kan gratis worden gedownload vanaf de website van de KSZ. 



> Meer info

Toepassing MyBEenefits: www.mybenefits.fgov.be
 Alles over het project: <https://www.ksz-bcss.fgov.be/nl/diensten-en-support/diensten/gss-mybenefits>

Sociaal Europa

Vraag: Hoe zorgen we voor een eerlijke transitie?

Met de energietransitie, de digitalisering en de demografische veranderingen is het duidelijk dat Europa ingrijpende veranderingen ondergaat. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat deze veranderingen de sociale rechtvaardigheid niet ondermijnen en dat ieders rechten worden beschermd? De Europese Commissie vraagt alle betrokken partijen – lokale en regionale overheden, sociale partners en burgers – om

hun ideeën op te sturen (<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1487&langId=nl>) over hoe de sociale rechtvaardigheid op ons continent kan worden gewaarborgd en hoe we kunnen komen tot een transitie die eerlijk en rechtvaardig is voor iedereen. U hebt nog tot 30 november 2020 de tijd om te reageren op de [Communicatie](https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=1487&furtherNews=yes&newsId=9524) (<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=fr&catId=1487&furtherNews=yes&newsId=9524>) van de Commissie over hoe we het sociale Europa kunnen versterken, en om uw suggesties door te sturen over wat er op Europees, nationaal, regionaal of lokaal

niveau moet worden gedaan. Er zal met deze bijdragen rekening gehouden worden door de Commissie, met het oog op de voorbereiding van haar actieplan voor een sociaal Europa dat in 2021 zal worden gepresenteerd. Er komen heel veel thema's aan bod, waaronder eerlijke minimumlonen, de Europese strategie voor gendergelijkheid (met inbegrip van transparantieregels voor de salarissen) en de integratie van ouderen of gehandicapten. Laat uw stem horen voor een eerlijker Europa!

Hoe hebt u de app ontwikkeld?

Chloé Pinaud: “Dat is een langetermijnproces. Aan gezien we intern niet over de nodige competenties beschikten, en al evenmin over de financiële middelen om ze aan te werven, moesten we een beroep doen op externe ontwikkelaars. De coördinatie met onze externe ontwikkelaars blijft een uitdaging, want onze wensen moeten verenigd worden met de technische beperkingen van de beschikbare tools.”

Is de app nu zoals u die wilde, of wordt ze nog verder ontwikkeld?

Chloé Pinaud: “Omwille van het korte tijdsbestek konden we voor deze versie niet alles realiseren wat we wilden. Zo zouden we graag hebben dat het systeem in verschillende gevallen meldingen kan genereren, zoals waarschuwingen voor vrieskou en wijzigingen in de openingsuren van de structuren in het repertorium of van de permanenties.

We hebben nog heel wat ideeën die we willen uitvoeren, zoals de ontwikkeling van gebruikersprofielen (bijvoorbeeld ‘ik ben een vrouw / die huisvesting nodig heeft’), om de behoeften beter te filteren en de tool nog handiger te maken, en van functies voor een betere netwerkvorming van de professionals die de app gebruiken. Tot slot willen we ervoor zorgen dat Le Bon Plan op de sociale media aanwezig is ...

Ons ontwikkelingsplan van de app breidt uit mettertijd en met onze opleidingen over de tool die het ons mogelijk maken om feedback van de gebruikers te krijgen en meer inzicht te krijgen in hun behoeften.”

SUBSIDIE

De AP werd door een projectoproep van de BPV gefinancierd.

Zie **Globaal Veiligheids- en Preventieplan (2017-2020): projectoproep op www.brulocalis.brussels > een subsidie zoeken**

Voor de ontwikkeling van zo’n tool is het belangrijk om de mening van gebruikers in te winnen. Hoe bent u daarvoor te werk gegaan?

Chloé Pinaud: “We hebben met onze gebruikers focusgroepen georganiseerd. Zij werden uitgenodigd om aan deze focusgroepen deel te nemen via de contacten die onze veldwerkers met hen onderhouden.

Onlangs ben ik trouwens met enkele van onze gebruikers naar de Hallepoort gegaan om samen met hen de kiosk uit te testen en hun mening te krijgen voor latere verbeteringen afhankelijk van de haalbaarheid.

Zo zou de kiosk beter afgestemd moeten zijn op mindervaliden, vooral door audio te voorzien voor slechtzienden. Anderen vinden dan weer dat de weergave soms te groot is, waardoor anderen zouden kunnen meelezen en de noodzakelijke vertrouwelijkheid van dergelijke informatie dus in het gedrang komt. Het is soms moeilijk om tegenstrijdige wensen te verenigen. We hebben ook verzoeken gekregen om

de toegang voor mindervaliden te specificeren voor de instellingen in ons repertorium. Tot slot vragen bepaalde gebruikers dat de app en de agenda meer gepromoot zouden worden, want het vraagt tijd om de informatie te laten doorsijpelen.

De veldwerkers zijn ons belangrijkste kanaal om onze hoofddoelgroep vertrouwd te maken met de app. We rekenen ook veel op mond-tot-mondreclame. Verder hebben we reclameaффiches laten maken die momenteel uitgedeeld worden in de meeste instellingen die in de app en in de agenda opgenomen zijn.”

LE BON PLAN IN ENKELE MIJLPALLEN

Er zijn heel wat verenigingen die zich inzetten voor sociale kwesties, maar er zijn weinig tools voorhanden om de mensen naar de juiste structuren te leiden. Deze vaststelling zette de vzw DUNE er in 2005 toe aan om een eerste versie van Le Bon Plan uit te brengen in de vorm van een kaart van Brussel waarop de verschillende verenigingen aangeduid stonden.

In 2009 ondergaat de tool een eerste transformatie en wordt het plan als bijlage gevoegd bij een agenda en een repertorium van de verenigingen.

In 2016 wordt Le Bon Plan opnieuw vernieuwd en het idee van een mobiele applicatie wordt geopperd. Door de democratisering van de smartphone zijn apps nu vaak toegankelijk voor mensen met weinig middelen. Bovendien is een app ook handig voor de maatschappelijk werkers, vooral wanneer ze op het terrein aan het werk zijn. De mobiele applicatie wordt in april 2017 gelanceerd.

Na een projectoproep onder leiding van Brussel Preventie en Veiligheid wordt de app in 2018 en 2019 herwerkt voor een bredere doelgroep, die niet langer beperkt is tot de armste burgers, om alle Brusselse doelgroepen op zoek naar structuren voor gezondheidszorg en sociale bijstand te bereiken.

De bedoeling is nu om niet alleen de Brusselselaars maar ook professionals en andere actoren op het gebied van gezondheidszorg, preventie en veiligheid te bereiken, waaronder de gemeenschapswachten, straatwerkers en politieteam.

De ‘bevordering van de gezondheid’ gaat op die manier verder dan de betekenis in de strikte zin van het woord en houdt dus rekening met alle bepalende gezondheidsfactoren bij mensen. [Hiermee ligt deze doelstelling in lijn met de principes van het [Brussels Gezondheidsplan](#).]

Hoe zit het met de verdeling van Le Bon Plan?

Chloé Pinaud: “Het papieren repertorium voor 2020 is gedrukt op 16.000 exemplaren, waarvan 8.000 in het Frans en de rest in het Nederlands en het Engels. Voor een deel van de druk van de Franse

versie krijgen we trouwens financiële steun van de COCOF.

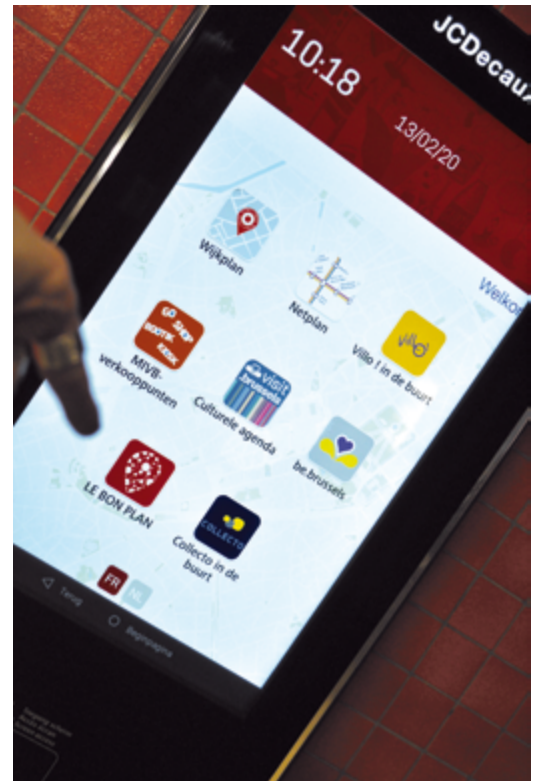
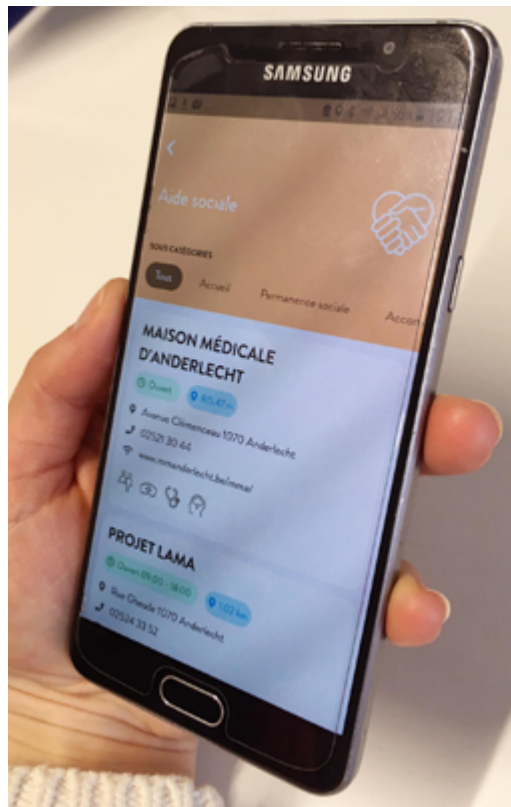
Het budget van de app werd grotendeels toegewezen aan de ontwikkelingspost.

Voor de verdeling zijn er veel kanalen nodig. In 2020 hebben we onze oplage meer dan verdubbeld door het repertorium te laten vertalen naar het Nederlands en het Engels. De verdeling was dus meteen ook groter. Ik wil er nogmaals op wijzen dat het deels om een agenda gaat, die op het einde van het jaar vervalst.

We hebben mails uitgestuurd naar onze partners (de instellingen in het repertorium) en we hebben permanenties georganiseerd voor de directe verdeling van het repertorium. Begin februari waren we al 10.000 exemplaren kwijt, voornamelijk aan andere organisaties die ze zelf verdelen onder hun gebruikers, maar ook rechtstreeks via onze teams die contact hebben met de eindgebruikers.

Het is wel nog even wachten op de downloadcijfers van de app.

We hebben ons geen kwantitatieve doelen gesteld maar wel kwalitatieve met betrekking tot de maatregelen om meer bekendheid te geven aan de tool. Dit is ook het eerste jaar dat we met een grotere doelgroep werken. We gingen van een kring van gebruikers van eerstelijnsdiensten voor sociale of gezondheidsbijstand naar een bredere doelgroep van Brusselaars met wie het voor de gewestelijke instanties belangrijk is te communiceren over gezondheidskwesties."



De tool is eigenlijk een database in de vorm van een repertorium. Hoe hebben jullie dit repertorium samengesteld en hoe gaan jullie het up-to-date houden?

Chloé Pinaud: "De app biedt een overzicht van 163 verenigingen die vroeger in de papieren agenda vermeld stonden. Voor de eerste editie van Le Bon Plan in 2005 hadden we een corpus van instellingen verzameld, dat we nadien geactualiseerd en uitgebreid hebben.

Het voordeel van de app is dat we meer informatie en instellingen kunnen toevoegen. We zijn niet beperkt tot een specifiek aantal pagina's voor drukwerk of tot de beschikbare ruimte op een papieren kaart.

Op termijn zouden we graag hebben dat de betrokken instellingen ons zelf wijzigingen kunnen voorstellen via een specifieke knop in de app.

Nadien zouden we ook de perimeter van de geïnventariseerde organisaties willen uitbreiden, bijvoorbeeld naar wijkhuizen of meer medische huizen, zoals Centrum Athéna, of naar andere vzw's. We denken er zelfs over na om de contactgegevens van huisartsen op te nemen, maar dit punt zit nog in de evaluatiefase.

Onze historische kernactiviteit heeft ons een zekere expertise over de risico's van druggebruik gegeven. Maar we zouden ook hetzelfde kunnen doen voor de vermindering van de risico's van alcoholgebruik aan de hand van zoekcriteria in de app."

En als laatste vraag, streeft u een samenwerking met de gemeenten en OCMW's na?

Chloé Pinaud: "We zijn vragende partij aangezien dat zelfs indien sommige OCMW's ons reeds goed kennen, is dit blijkbaar niet het geval van alle 19 OCMW's. We stellen vast dat sommige OCMW's ons wel al goed kennen, maar zeker niet alle negentien. En aangezien we een app en een repertorium ter beschikking hebben ...

Wat de gemeenten betreft, hebben we ook al contact gelegd met gemeenschapswachten en sommige gesprekspartners in de politiezones.

Via onze communicatiekanalen kunnen we wellicht maar een deel van deze instellingen bereiken, maar we zouden de app graag beter kunnen promoten bij actoren in de lokale publieke sector." 

App of papieren repertorium? Kies een kant!

Chloé Pinaud: : "Het lijkt ons belangrijk om zowel de veldwerkers als het publiek, dat voornamelijk gezondheidsproblemen of weinig financiële middelen heeft, tools aan te reiken.

Beide tools hebben hun voordelen: de app is functioneler en ergonomischer, terwijl het papieren repertorium informatie biedt voor personen die geen smartphone of goede internetverbinding hebben, wat soms het geval is bij de medewerkers op het terrein en bij de armste burgers.

De reden waarom we het repertorium bij een agenda gevoegd hebben, is dat we vastgesteld hebben dat de doelgroepen met gezondheidsproblemen, weinig middelen of verslavingen soms moeite hebben om zich te oriënteren in de tijd en om zich aan hun afspraken te houden ..."

> Meer info

Download de app op Android of iOS (beschikbaar in het Frans, Nederlands en Engels).

De voorstelling van Le Bon Plan tijdens het speciale radioprogramma Clip Radio is terug te vinden in het archief van [Radio Panik](#).

Presentatie: YouTube > [Le Bon Plan DUNE](#)

De app 'Le Bon Plan' is ook beschikbaar op een zestigtal kiosken verspreid over 40 metrostations in Brussel.

www.dune-asbl.be

www.facebook.com/duneasbl

 electric drive

Ontdek de nieuwe generatie EV's van Goupil



GOUPIL-G2

Ontdek de meest compacte Goupil: de nieuwe G2.

De G2 die uitblinkt door zijn modern design, soepel rijgedrag en wendbaarheid, is gehomologeerd voor de openbare weg en mag tot 600 kg laden. Zijn Lithium-batterij garandeert een autonomie tot wel 100km. De G2 combineert licht gewicht met stijfheid door een alu-cabine gekoppeld aan een stalen buizenchassis. Door zijn ultra-compacte ontwerp geeft hij toegang tot de smalste wegen.



GOUPIL-G4

G4M en G4L: de referenties inzake compacte elektrische utilitaire voertuigen.

Zoekt u een utilitair, robuust, 100% elektrisch en performant voertuig? De G4 past zich aan uw vakgebied aan dankzij de vele beschikbare koetswerkversies en uitrustingen. Met zijn Lithium-batterijen biedt de Goupil G4 u een laadvermogen tot 1,2 ton, een sleepvermogen van 1,4 ton en één van de kortste draaicirkels op de markt (4 meter).



GOUPIL-G6

In Belgische première stellen we u de nieuwe G6 voor!

De G6, de nieuwste telg uit ons gamma, verzekert u prestaties van een hoog niveau in de categorie elektrische utilitaire voertuigen. Trouw aan het DNA van het merk biedt de G6 meer dan 1 ton laadvermogen en een volume tot 9 m³. Aangepast aan ieder professioneel gebruik biedt de G6 plaats voor 3 personen en wordt hij aangeboden in verschillende versies.

driven by nature

 electricdrive.be

info@electricdrive.be - www.electricdrive.be



GOUPIL

Uw exclusieve invoerder > voor België.

> Valérie WISPENINCKX, Sociaal Brussel

SOCIAAL BRUSSEL: EEN DIGITALE SOCIALE KAART VOOR EEN BETERE TOEGANG TOT HET WELZIJNS- EN GEZONDHEIDSAANBOD IN UW GEMEENTE

Als daadwerkelijke ondersteuningstool voor elke beleidsvoering gericht op een betere toegankelijkheid van het welzijns- en gezondheidsaanbod in het Brussels Gewest, biedt Sociaal Brussel met zijn 3.937 gerefereerde hulp- en zorgstructuren onmiskenbaar de mogelijkheid om de lokale mandatarissen te informeren over de omvang en diversiteit van de welzijns- en gezondheidsactoren die aanwezig zijn op hun grondgebied.



Sociaal Brussel is een dienst van het Centrum voor Maatschappelijke Documentatie en Coördinatie (CMDC-CDCS), een vzw die 40 jaar geleden werd opgericht. Dankzij zijn 4 diensten, Sociaal Brussel, Brudoc, Hospichild en Born in Brussels, profileert het Centrum zich als een sleutelactor voor informatie over het welzijns- en gezondheidsaanbod. Door kennis en niet onaanzienlijke expertise te bundelen probeert het CMDC-CDCS klaarheid en duidelijkheid te verschaffen zowel voor de openbare en beleidsinstanties, de welzijns- en gezondheidswerkers als voor de burgers.

Het CMDC-CDCS is gemandateerd door het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie om zijn kennis en expertise van het Brusselse welzijns- en gezondheidsaanbod te ontwikkelen en te ontsluiten (basismissies en kernactiviteit), en daarnaast specifieke missies te ontwikkelen. De erkenning door het federaal wetenschapsbeleid en de financiering door het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie vervolledigen het kader van de beoelaging en erkenning van het Centrum.

Hoe ziet het welzijns- en gezondheidsaanbod eruit en voor welke noden? Hoe vind je de weg naar de geschikte dienst(en)? Waar moet je beginnen? Hoe kun je de sociale innovatie en de netwerking in een wijk stimuleren? Vragen die beantwoord kunnen worden via Sociaal Brussel, zijn online-cartografie en sectorexperten.

SOCIAAL BRUSSEL IN EEN NOTENDOP

Interactieve website

Het webadres dat toegang biedt tot het welzijns- en gezondheidsaanbod in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest: <https://sociaal.brussels>. Via drie ingangspoorten kunt u zich oriënteren binnen de grote diversiteit op het vlak van actoren: een grondgebied, een activiteitensector, een erkenning. Deze versterkte toegankelijkheid draagt ertoe bij de ongelijkheden op het vlak van gezondheid te verminderen en de efficiëntie van de bestaande voorzieningen te verhogen.

Expertise binnen handbereik

Een ervaren team staat ter beschikking van professionals, netwerken, onderzoekscentra en lokale en gewestelijke politieke mandatarissen. Laat u begeleiden door onze deskundige medewerkers en maak optimaal gebruik van de sociale kaart.

Data-integratie van Sociaal Brussel in lokale sites en applicaties

De gegevens van Sociaal Brussel worden gratis verspreid in open data onder de licentie CC BY. Het hergebruik ervan wordt via verschillende middelen aangemoedigd: Excel-export van de zoekresultaten op de site en een gespecialiseerd aanbod aan web-services die de verbinding en de automatische update tussen Sociaal Brussel en andere platformen mogelijk maken.



Virtuele toegangspoort naar de organisaties en diensten die actief zijn in welzijn en gezondheid

Sociaal Brussel, de **tweetalige en gratis kaart** van het welzijns- en gezondheidsaanbod in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, bevordert en faciliteert de verwijzing naar de diensten actief in de welzijns- en gezondheidssector en ondersteunt de lokale en gewestelijke actoren in hun acties die aan de noden van de bewoners beantwoorden.

Meer dan **4.000** Nederlandstalige, Franstalige en tweetalige **organisaties** en diensten die actief zijn in welzijn en gezondheid en die onder alle beleidsniveaus ressorteren – ongeacht hun institutionele niveau en bestuursvorm - zijn opgenomen in Sociaal Brussel. En dit ten voordele van iedereen die in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest woont.

Deze organisaties zijn ondergebracht in **21 zeer uiteenlopende sectoren**.

- openbare en private algemene sociale dienstverlening,
- fysieke gezondheid, geestelijke gezondheid en gezondheidspromotie,
- hulp voor gezinnen, jonge kinderen, kinderen en jongeren, voor ouderen,
- hulp aan thuislozen, aan kansarmen, personen met een verslaving,
- hulp voor personen met een handicap,
- socioprofessionele inschakeling; asiel, migratie en samenleven; huisvesting,
- hulp voor daders van strafbare feiten, voor slachtoffers

TRANSVERSALE, BETROUWBARE, GEORDENDE INFORMATIE GEKOPPELD AAN DE EXPERTISE VAN HET TEAM SOCIAAL BRUSSEL

Transversale informatie: de geografische, sectorale en communautaire ontschotting van de actoren wordt bevorderd door de intersectorale, gemeenschapsoverschrijdende aanpak, op maat van het Brusselse landschap. De actoren uit de verschillende sectoren worden ondersteund in hun wil om met elkaar te praten en elkaar te leren kennen. De actoren die van de verschillende gemeenschappen afhangen worden ondersteund in hun behoefte om elkaar te leren kennen en samen efficiënt te zijn.

Betrouwbare en deskundige informatie: het team van Sociaal Brussel stelt alles in het werk om kwaliteitsvolle informatie aan te bieden. De gegevens worden aangevuld en geactualiseerd op basis van de kruiscontrole van verschillende informatiebronnen: rechtstreekse contacten met de organisaties, informatie afkomstig van officiële bronnen zoals het Belgisch Staatsblad en de Kruispuntbank van Ondernemingen, enz.

Gebruikersgerichte informatie: Sociaal Brussel is ontwikkeld volgens actieprincipes zoals algemeen belang, co-creatie en openheid. Dit wordt vertaald in de ontsluiting van relevante, kwaliteitsvolle informatie die de noden van uiteenlopende doelgroepen dekt.

Geordende informatie: de gegevens in Sociaal Brussel zijn nauwgezet in categorieën ondergebracht, gestructureerd, gedefinieerd, gestandaardiseerd en kunnen op kaart worden weergegeven. De toegang naar het aanbod en het gebruik van de gegevens in het kader van onderzoek worden gefaciliteerd door deze wetenschappelijke aanpak.


Sociaal.brussels, in cijfers:

- 4.000 activiteitenzetels
- 21 activiteitensectoren en 650 types gecategoriseerde activiteiten
- een aanbod op het niveau van het grondgebied van de 19 gemeenten en 118 wijken
- 230 types erkenningen in het welzijns- en gezondheidsdomein
- 286.000 gebruikers per jaar en 493.485 pageviews
- 365 updates/jaar door een team van 10 personen

IMPACT: DUIDELIJK BEELD VAN DE WELZIJS- EN GEZONDHEIDSSector, VERWIJZING VAN DE GEBRUIKERS, ONDERSTEUNING VAN DE NODEN VAN LOKALE MANDATARISSEN . . .

Sociaal Brussel laat toe om:






















- **de volledige welzijns- en gezondheidssector via verschillende ingangspoor- ten te ontdekken:** een grondgebied, een sector, een erkenning enz. Of **een bepaalde organisatie op te zoeken** door op de officiële of gebruikelijke naam, de naam van een interne dienst of het ondernemingsnummer van de organisatie te zoeken.
- **hulpvragers/professionals naar de geschikte dienst te verwijzen.** De professionals worden geconfronteerd met de toenemende complexiteit van zowel het dienstenaanbod als de noden van de hulpvragers. Door multicriteria-zoekmogelijkheden te voorzien op de site begeleidt Sociaal Brussel de professionelen in hun zoektocht naar informatie en hun doorverwijzing van hulpvragers naar een geschikte dienst. Met behulp van performante zoekcriteria kan de zoekopdracht worden verfijnd op taalaanbod, lokalisatie, activiteit, erkenning of juridisch statuut van de organisatie.
- **de netwerking** van professionals en diensten en de ontwikkeling van nieuwe diensten of innoverende projecten te **impulseren**.
- **kaarten aan te maken** die de organisaties en diensten in een gemeente, een wijk visualiseren. Dankzij de inzameling van gegevens rond de geolocatie van organisaties en diensten, de zoekcriteria inzake lokalisatie (bevindt zich in of in de nabijheid van) of het werkgebied, gekoppeld aan een nieuw interactief cartografisch luik, staan meerdere tools ter beschikking om het dienstenaanbod nauwkeurig en performant in kaart te brengen.
- **listings en repertoria op maat te maken** van het lokale of thematische aanbod in verschillende formats (Excel enz.) en repertoria op te slaan in de persoonlijke zone op Sociaal Brussel.
- **de noden van de lokale en gewestelijke mandatarissen en de verenigingen** op het vlak van diagnostiek, programmatie en betoelaging van de diensten te **ondersteunen**.



Sociaal Brussel

<https://sociaal.brussels>

Uw toegang tot de organisaties en diensten in de welzijns- en gezondheidssector actief in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest

 ALGEMENE SOCIALE DIENSTVERLENING	 HULP AAN KANSARMEN	 HULP AAN THUISLOZEN	 HUISVESTING	 HULP VOOR DADERS VAN STRAFBARE FEITEN	 HULP VOOR SLACHTOFFERS	 SOCIOPROFESSIELE INSCHAKELING
 JONGE KINDEREN (0-3 JAAR)	 KINDEREN EN JONGEREN (3-18 JAAR)	 BIJZONDERE JEUGDZORG	 GEZIN	 OUDEREN	 PERSONEN MET EEN HANDICAP	 FYSIEKE GEZONDHEID
 GEZONDHEIDSPROMOTIE	 GEESTELIJKE GEZONDHEID	 VERSLAVINGEN	 ASIEL, MIGRATIE EN SAMENLEVEN	 GELIJKHEID EN DIVERSITEIT	 SEKSUELE GEAARDHEID EN GENDERIDENTITEIT	 COORDINATIES EN ONDERSTEUNING VAN DE PROFESSIONELEN

Meer lezen/contact nemen

Ontdek de online-kaart van Sociaal Brussel: <https://sociaal.brussels>

Bekijk de informatiebrochure, de handleidingen, de thematische boomstructuur en de lijst van erkenningen en categorieën in 'Over Sociaal Brussel' op de site:

<https://sociaal.brussels/page/over-sociaal-brussels-nl>

Meer informatie over de vzw CMD-CDCS en haar 4 diensten:

http://www.cdcs-cmdc.be/pdf/Plaquette_CMDC.pdf

Sociaal Brussel, een multifunctioneel instrument**IN HET BEVORDEREN VAN DE TOEGANG TOT WELZIJN EN ZORG IN HET BHG**

TRANSSECTORALE EN TRANSCOMMUNAUTAIRE INFO
OVER HET WELZIJNS – EN GEZONDHEIDSAANBOD IN HET
BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST