



Gezondheids-**ZORGEN!**

Over de toegang tot de gezondheidszorg

Deel I: INLEIDING

Het dossier “gezondheids-ZORGEN” is het eindproduct van meer dan twee jaar werken aan het thema “de toegang tot de gezondheidszorg”.

In een eerste deel schetsen we kort de werking van Centrum Kauwenberg, de werkwijze van de projectgroep gezondheid en de keuze van het thema.

Vervolgens geven we een overzicht van de belangrijkste drempels die de toegang tot de gezondheidszorg bemoeilijken, de gevolgen daarvan en een aantal concrete voorstellen die aan deze drempels kunnen verhelpen. We sluiten af met een beschrijving van het concept “wijkgezondheidscentrum”, daar dit een heel aantal van deze voorstellen combineert.

We hopen dat u dit dossier met aandacht zal lezen en dat het inspirerend zal werken!

Centrum Kauwenberg en armoede...

De mensen die deelnemen aan de werking van Centrum Kauwenberg¹ leven reeds verschillende generaties in armoede. Armoede is complex en wordt gekenmerkt door uitsluiting op verschillende levensdomeinen (inkomen, huisvesting, gezondheid, onderwijs, cultuur, ...). Problemen op één terrein versterken vaak de moeilijkheden in andere levensdomeinen.

Daarnaast hebben heel wat generatiearmen in hun kinderjaren te maken gehad met verstoorde of gebroken relaties en een gebrek aan basisveiligheid. Dit leidt vaak tot een beschadigd fundament: gevoelens van schaamte, een laag zelfbeeld en weinig zelfvertrouwen, ...

Dit maakt het vaak moeilijk om op eigen kracht uit de armoede te geraken. Er moet gewerkt worden op alle levensdomeinen tegelijk zodat het ene probleem het andere niet creëert of versterkt. Het is noodzakelijk mensen in armoede te versterken in hun eigen leven zodat ze hun onzekerheden en schaamte niet doorgeven aan de generaties die achter hen komen.

¹ Meer informatie over Centrum Kauwenberg vzw: www.kauwenberg.be

Vanuit deze visie zijn enkel individuele begeleiding en ondersteuning ontoereikend om armoede te bestrijden. Mensen die in armoede leven vinden het belangrijk om samen te komen en zich te organiseren, zodat ze als groep en als individu een plaats kunnen innemen in de samenleving. Naarmate mensen samenkomen in groep ontwikkelen ze kracht om individueel verder te komen. Wie generaties lang werd uitgesloten en vooral probleemgerichte aandacht kreeg, heeft in eerste instantie nood aan positieve aandacht en waardering. Naarmate zij een meer positieve identiteit ontwikkelen, kunnen zij de energie vinden om zelf iets aan hun situatie te veranderen.

Naast groepsvorming en individuele ondersteuning is het noodzakelijk om samen met de armen zelf te werken aan verandering van maatschappelijke structuren die armoede veroorzaken en in dialoog te gaan met het beleid en de samenleving.

Centrum Kauwenberg is erkend door de Vlaamse Gemeenschap als vereniging waar armen het woord nemen. **Verenigingen waar armen het woord nemen** werken rond de volgende criteria (vastgelegd in het decreet armoedebestrijding van 2003):

➤ **Armen verenigen zich**

Mensen in armoede komen samen en ontmoeten elkaar, wisselen ervaringen uit, kunnen voelen dat ze niet alleen staan,...

➤ **Armen nemen het woord**

Mensen in armoede worden in de samenleving weinig gehoord. Zij moeten de kans krijgen om zowel binnen de vereniging (uitwisselen van ervaringen, inspraak over de manier van werken en het aanbod,...) als daarbuiten (in gesprek gaan met diensten, met verschillende beleidsniveaus, andere verenigingen,...) hun mening te uiten.

➤ **Werken aan maatschappelijke emancipatie van armen**

Het is de bedoeling dat mensen sterker worden en een positieve identiteit ontwikkelen waardoor ze kracht kunnen vinden om iets in hun leven te veranderen. Mensen leren hun rechten kennen en ervoor opkomen.

➤ **Werken aan maatschappelijke structuren**

De samenleving sluit op verschillende manieren en op verschillende domeinen (onderwijs, huisvesting, gezondheidszorg, cultuur, rechtsbedeling, tewerkstelling,...) mensen uit. We willen samen met mensen in armoede op zoek gaan naar wat mensen uitsluit en wat er nodig is om deze uitsluiting te vermijden.

➤ **Vorming en dialoog met de samenleving en het beleid**

Mensen in armoede gaan in gesprek met de samenleving, diensten en beleidsmensen zodat ze elkaar beter leren kennen en begrijpen.

➤ **Armen blijven zoeken**

We willen blijven openstaan voor nieuwe mensen in armoede en proberen hen actief bij onze werking te betrekken.

Centrum Kauwenberg maakt deel uit van het Antwerps Platform Generatiearmen (APGA), een samenwerkingsverband tussen 3 verenigingen waar armen het woord nemen in Antwerpen:

- Recht-Op vzw (met 3 deelwerkingen: Kiel, Borgerhout en Dam)
- Open Huis van het Protestants Sociaal Centrum
- Centrum Kauwenberg

Ze werken allen rond het thema “participatie van mensen in armoede aan het lokale beleid”. Elke vereniging werkt dit uit rond een bepaald levensdomein.

Keuze van het thema: “Toegang tot de gezondheidszorg”

Mensen in armoede hebben een slechtere gezondheid...

Naast onze ervaringen in de dagdagelijkse werking van Centrum Kauwenberg, zijn er ook heel wat wetenschappelijke studies en cijfers die bevestigen dat er een duidelijk verband is tussen de gezondheidstoestand van mensen en de sociaal-economische verschillen. Zowel de kans om sneller ziek te worden als de kans om vroegtijdig te sterven, verschilt naargelang de sociaal-economische situatie waarin mensen zich bevinden.

Een aantal frappante cijfergegevens en conclusies uit het jaarboek armoede en sociale uitsluiting van 2003²:

- De levensverwachting van een 25-jarige man met een diploma hoger onderwijs is 5,5 jaar langer dan van een leeftijdsgenoot zonder diploma hoger onderwijs.
- Bovendien geniet de man zonder diploma hoger onderwijs 9,4 jaar minder lang van een goede gezondheid.

² Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2003, OASES, Vranken J., De Boyser, K. en DIERCKX, D. (red.), Acco, 2003, 517p.

- Van wie maximaal een diploma lager onderwijs heeft, kampt 72% met minimaal 1 of meer chronische ziekten; bij personen met een diploma hoger onderwijs is dit 42%.
- Zwangere laaggeschoolde vrouwen hebben bijna 4 keer meer kans op babysterfte dan hoger geschoolde vrouwen.
- ...

Er zijn twee belangrijke oorzaken voor dit gezondheidsverschil: namelijk de leefomstandigheden waarin mensen in armoede leven en de problemen in verband met de toegang tot de gezondheidszorg voor mensen in armoede.

1. Leefomstandigheden van mensen in armoede

De leefomstandigheden van mensen in armoede leiden tot een slechtere gezondheid. In de projectgroep dachten we na over de vraag: **“wat heb je nodig om gezond te zijn?”**

We kregen o.a. de volgende antwoorden: een goede woonst, genoeg geld, steun van uw omgeving, werk, geen stress, u eens kunnen ontspannen,... Wanneer we het dagdagelijkse leven van mensen in armoede bekijken zien we dat deze voorwaarden tot een gezond leven allesbehalve vervuld zijn:

- **Ongezonde huisvesting**

Gezien het beperkte inkomen en de hoge huurprijzen wonen mensen in armoede vaak in woningen van een slechte kwaliteit. De woningen zijn vaak ook te klein voor het aantal personen die er moeten wonen.

“Ik zou een betere woning willen: zonder schimmel en zonder vocht.”

- **Een ontoereikend inkomen**

Een beperkt inkomen maakt dat mensen er enerzijds toe gedwongen worden om er een ongezonde leefstijl op na te houden en belet mensen anderzijds om zich te laten verzorgen.

“Als de electriciteit op 6 ampère gezet wordt, kunt ge niet fatsoenlijk uw huishouden doen en gezond eten koken.”

“Een opname in een ziekenhuis stel je uit en dan wordt ge nog zieker. Ik heb een ziekte voor heel mijn leven en dat kost mij geld, geld en nog eens geld. Ook mijn medicatie kost veel geld. Maar ik heb geen geld.”

“Je moet kiezen, ofwel betaal je je huur, maar dan kan je niet behoorlijk eten, en je nog minder verzorgen. Ofwel verzorg je je gezondheid, en betaal je geen huur, maar dan sta je uiteindelijk wel op straat.”³

“Ik kan niet gezond eten, want ik moet mijn eten halen bij de voedselbedeling. Van wat je daar krijgt, kan je niet gezond eten.”

- **Stress**

Mensen die in armoede leven moeten al hun energie steken in het zoeken naar manieren om dag na dag rond te komen. Dit legt een hoge druk op mensen.

“Het gaat niet alleen om gezond eten! We worden vaak geconfronteerd met veel spanning en stress. Dit gaat wegen op ons lichaam en zo worden we sneller ziek.”

“Armoede vreet aan ons. Vaak geven we het niet toe aan de buitenwereld en houden we de schijn hoog.”

- **Geen steun uit de omgeving, er alleen voorstaan, geïsoleerd leven**

Er alleen voor staan of geïsoleerd leven, weegt op de gezondheid van mensen. Bovendien vormt dit vaak een hinderpaal om zich te laten verzorgen.

“Soms sluit ik mij op. Soms wil ik niet naar buiten. Dan laat ik mij niet verzorgen en ga ik niet naar de dokter”

“U kunnen ontspannen is belangrijk. Als ik alleen ben kan ik dat niet.”

- **Werk**

Arbeidsomstandigheden kunnen een negatieve invloed hebben op de gezondheid door bijvoorbeeld blootstelling aan schadelijke stoffen, arbeidsongevallen of door lichamelijke “slijtage” door het uitvoeren van zware fysieke of repetitieve arbeid⁴.

- **Leefstijl**

Door de financiële situatie en de dagdagelijkse overlevingsstrijd is het niet altijd mogelijk om te kiezen voor een gezonde levensstijl en worden mensen soms gedwongen tot “ongezonde keuzes”.

³ Algemeen Verslag over de Armoede, ATD Vierde Wereld en Verenigingen van Belgische Steden en Gemeenten, Koning Boudewijnstichting, 1994.

⁴ Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2003, OASES, Vranken J., De Boyser, K. en DIERCKX, D. (red.), Acco, 2003, 517p.

“Sommige dingen kosten niet veel geld (bv. wandelen,...) maar vragen wel veel energie en die energie heb je niet altijd als je met allerlei problemen aan je hoofd zit.”

“Stoppen met roken is moeilijk als je met allerlei problemen zit. Het is het enige wat ik heb. Roken is voor mij een troost om de ellende even te vergeten”

“Ik drink veel koffie want koffie vermindert het gevoel van honger.”

2. Mensen in armoede maken minder gebruik van de gezondheidszorg

“Gezondheidszorg is een luxe geworden!”

Ondanks de inspanningen die werden geleverd om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te bevorderen (maximumfactuur, generische geneesmiddelen,...), blijken er nog veel administratieve, organisatorische, financiële en andere drempels te bestaan met betrekking tot de toegang tot gezondheidszorg.

Het paradoxale is dat mensen die door hun penibele levensomstandigheden in slechte gezondheid verkeren, het moeilijkst toegang hebben tot de gezondheidszorg.

Dit terwijl het recht op gezondheid een grondrecht is van elke mens. Zowel de Belgische grondwet ⁵ als een aantal internationale verdragen ⁶ in verband met grondrechten die België binden, stellen namelijk dat iedereen recht heeft te genieten van de best mogelijke lichamelijke en psychische gezondheid. Dit ongeacht zijn financiële of administratieve situatie.

⁵ **Art. 23 van de Belgische Grondwet:** Ieder heeft het recht om een menswaardig leven te leiden. Daartoe waarborgen de wet, het decreet of de in artikel 134 bedoelde regel, rekening houdend met de overeenkomstige plichten, de economische, sociale en culturele rechten, waarvan ze de voorwaarden voor de uitoefening bepalen. Die rechten omvatten inzonderheid:

2° het recht op de sociale zekerheid, bescherming van de gezondheid en sociale, geneeskundige en juridische bijstand...

⁶ **Art. 25 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens: Eenieder heeft recht op een levensstandaard die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin, waaronder inbegrepen** voeding, kleding, huisvesting en **geneeskundige verzorging** en de noodzakelijke sociale diensten, alsmede het recht op voorziening in geval van werkloosheid, ziekte, invaliditeit, overlijden van de echtgenoot, ouderdom of een ander gemis aan bestaansmiddelen, ontstaan ten gevolge van omstandigheden onafhankelijk van zijn wil. Moeder en kind hebben recht op bijzondere zorg en bijstand. Alle kinderen, al dan niet wettig, zullen bescherming genieten.

Werkwijze projectgroep gezondheid

Nadat we, vanuit deze vaststellingen, beslisten om te werken rond het thema gezondheid, begonnen we met het verzamelen van ervaringen in verband met gezondheid en gezondheidszorg:

- Binnen de projectgroep gezondheid startten we met het uitwisselen van ervaringen rond dit thema.
- Daarnaast namen we een vragenlijst (zie bijlage 1) af bij deelnemers van Centrum Kauwenberg. Op die manier konden ook de ervaringen van mensen die niet in de projectgroep zitten, meegenomen worden. Dit is belangrijk omdat het vaak gaat om mensen die nog zeer geïsoleerd zijn of nog dermate in de problemen zitten dat hun stem nergens gehoord wordt.

Op basis van deze ervaringen hebben we het thema gezondheid afgebakend tot “de toegankelijkheid van de gezondheidszorg”. Hierbinnen zijn we ons dan nog eens gaan toespitsten op de toegang tot de huisartsen en de toegang tot de OCMW-ziekenhuizen, later de ZNA-ziekenhuizen⁷. Rond deze verschillende aspecten zijn we dan knelpunten gaan verzamelen (bv werking sociale diensten in ziekenhuizen, de gevolgen van het vragen van voorschotten in ziekenhuizen, doorverwijzingen door huisartsen, afbetalingsplannen, taalgebruik artsen, onthaal aan de balie, kostprijs,...)

Aan de vraag “Wat loopt er fout?” proberen we ook altijd de vraag te koppelen “Hoe zou het anders georganiseerd moeten worden om wel toegankelijk te zijn voor mensen in armoede?”. Zo zoeken we in de projectgroep naar concrete voorstellen.

Doorheen dit proces gaan wij in dialoog met mensen die binnen hun functie de mogelijkheid hebben om iets te veranderen (bijvoorbeeld beleidsmensen, verantwoordelijken van diensten, ...). Met hen bespreken wij onze knelpunten en voorstellen. Zo proberen wij tot samenwerking te komen en dingen te veranderen.

Het dossier dat hier nu voorligt is de afronding van het thema. Op die manier willen we de kennis die we doorheen het project verzamelden bundelen zodat we deze kunnen doorgeven aan diensten, verenigingen, ... en beleidsverantwoordelijken.

Tenslotte vinden wij het belangrijk om nadien het thema nog een geruime tijd te blijven opvolgen: komt iedereen zijn beloften na, hebben de genomen maatregelen wel het gewenste effect of hebben ze onvoorziene neveneffecten,...

⁷ ZNA: Ziekenhuis Netwerk Antwerpen; dit zijn de vroegere OCMW-ziekenhuizen

Deel 2: DREMPELS

Financiële drempels

Hieronder geven we een overzicht van de talrijke financiële drempels die mensen in armoede ervaren met betrekking tot de toegang tot de gezondheidszorg. Ook al zijn de andere drempels ook belangrijk, bij de talrijke groepsgesprekken en individuele contacten is het toch steeds het financiële aspect dat naar boven komt en het zwaarst doorweegt.

1. Gezondheidszorg is te duur voor mensen met een beperkt inkomen

Om gezond te kunnen leven en zich te laten verzorgen is het noodzakelijk dat men over een voldoende inkomen beschikt.

De meeste mensen die in armoede leven, slagen er amper in om op het einde van de maand de eindjes aan mekaar te knopen. Hun inkomen is meestal ontoereikend om naast hun basisbehoeften ook nog medische kosten te dragen.

“Door het feit dat de ziekenkas nu terugbetaalt via een overschrijving stel ik vaak een consultatie uit. Ik heb het geld nodig om eten te kopen.”

De kostprijs van een **hospitalisatie** loopt hoog op. Wanneer mensen in het ziekenhuis terechtkomen, betekent dit zo goed als altijd een onverwachte extra kost die niet binnen het budget past. Hierdoor worden ze bijna steeds geconfronteerd met ziekenhuisrekeningen die ze niet kunnen betalen. Ook de hoge **voorschotten** die bij een ziekenhuisopname gevraagd worden, zijn een probleem.

Daarnaast wegen ook de kosten voor **medicatie** zwaar door op het budget van mensen.

“Als ge iets serieus voor hebt, lopen de rekeningen van het ziekenhuis snel op. Op 1 jaar tijd was mijn man 9 keer in het ziekenhuis. Elke keer voor minstens 1 week. Soms ook op

intensieve. Ik moet nog veel betalen. De machines op intensieve kosten veel. Ze nemen van alles een scanner. Mijn familie heeft moeten samen leggen om die rekening te betalen. Nu moet ik mijn familie terugbetalen. Hierdoor ben ik serieus in de schulden komen te zitten."

"Toen ik in het ziekenhuis opgenomen werd, vroegen ze mij 75 euro voorschot. Ze vinden dat allemaal maar evident dat ge dat direct kunt betalen."

"Ik heb twee jaar geleden drie maanden en drie dagen in de kliniek gelegen. Ge kunt dus al raden dat ik een hoge rekening moest betalen. Ik moet zeggen dat de sociale dienst ons toen wel goed geholpen heeft. We konden afbetalen. 't Was wel met 50 euro per maand, maar dat is beter dan alles in één keer."

Volgende cijfers zijn gebaseerd op de resultaten van een vragenlijst in verband met de toegankelijkheid van de gezondheidszorg die in 2003 afgenomen werd bij 44 gezinnen van Centrum Kauwenberg (zie bijlage 1). Deze cijfers maken duidelijk dat de financiële drempels enorm zijn wat de toegang tot de gezondheidszorg betreft.

- 61% van de mensen geeft aan dat ze soms niet naar de dokter gaan wanneer het nodig is
- 17% van de mensen zegt dat ze soms niet naar de dokter gaan voor hun kind wanneer het nodig is.

De belangrijkste oorzaken hiervoor zijn het niet kunnen betalen van de consultatie of de angst voor de kosten die de opvolging van de consultatie zal meebrengen (verdere onderzoeken, specialisten, medicatie,...)

De resultaten uit onze vragenlijst worden bevestigd door de cijfers van de Belgische Gezondheidsenquête van 2001. Volgens deze enquête ondervindt ongeveer 29% van de Belgische huishoudens moeilijkheden om de kosten voor medische voorzieningen in te passen in het budget. In de laagste inkomenscategorie bedraagt dit 68% van de huishoudens. 9% van de Belgische huishoudens heeft in het jaar voorafgaand aan de Belgische gezondheidsenquête een medische consultatie of aankoop van geneesmiddelen moeten uitstellen. We mogen echter aannemen dat dit percentage hoger ligt omwille van een ondervertegenwoordiging van de armste bevolkingslaag in algemene steekproeven en statistieken.

2. Ziek zijn brengt extra kosten mee

Vaak houdt men onvoldoende rekening met de totale kost van de aandoening: naast ziekenhuisrekeningen, consultaties en geneesmiddelen zijn er ook een aantal niet-medische kosten. Voor deze kosten is er geen terugbetaling. Zij komen ook niet in aanmerking voor de maximumfactuur.

Een aantal voorbeelden zijn: hulpmiddelen, paramedische zorgen, brillen, gehoorapparaten, kiné, logopedie,...

Verder is er ook nog de kost voor de opvang van kinderen, het vervoer van en naar het ziekenhuis (openbaar vervoer, taxi of gespecialiseerd ziekenvervoer), administratieve kosten, verpleging aan huis, gezinszorg, speciale voeding, poetshulp,...

3. Waarborg medische zorg van het OCMW

Door het toekennen van aanvullende steun met betrekking tot de medische kosten speelt het OCMW een aanvullende rol in de gezondheidszorg.

Er is veel onduidelijkheid en verschil in de toekenning van deze medische waarborg tussen de verschillende sociale centra in Antwerpen. Mensen weten niet wanneer ze er recht op hebben en wanneer niet. Meestal is het zo dat mensen er zelf moeten naar vragen. De maatschappelijk werker van het sociaal centrum van het OCMW stelt het vaak zelf niet voor of controleert niet automatisch of mensen er recht op hebben of niet. In onze bevraging stelden we het volgende vast:

Tussenkomst OCMW bij medische kosten

Ik heb reeds een tussenkomst van het OCMW gekregen	34 %
Ik heb nog nooit een tussenkomst aan het OCMW gevraagd	45 %
Ik heb al een tussenkomst aan het OCMW gevraagd, maar deze is geweigerd	16 %
Geen antwoord	5 %

We stellen vast dat er veel verschillende vormen van toepassing zijn:

"Ik heb een groen kaart (= medische waarborg OCMW) en krijg gratis mijn medicamenten."

"Ik heb een medische waarborg van het OCMW en moet maar de helft van de medicamenten betalen."

“Ik kreeg geen medische waarborg van het OCMW omdat mijn huisarts al het systeem van de derdebetaler gebruikte.”

“Als ik voor een consultatie naar het ziekenhuis ga, is het gratis!”

Door de **onduidelijkheid** van de voorwaarden tot **toekenning** en **toepassing** van de medische waarborg van het OCMW is er bij mensen veel ergernis. Mensen hebben het gevoel dat zij niet krijgen waar ze recht op hebben en dat anderen meer krijgen dan zij.

Hoe deze tussenkomst van het OCMW ervaren wordt door mensen is verschillend van persoon tot persoon en hangt sterk af van de maatschappelijk werker die hen begeleidt.

We stellen vast dat er soms een **communicatieprobleem** bestaat tussen de hulpvrager en het OCMW. Mensen voelen zich ook gestigmatiseerd als ze bij het OCMW moeten gaan aankloppen.

“Ik kreeg uitstel van betaling, maar ik had het gevoel dat ik moest bedelen.”

“Ik was kwaad, ze waren onbeleefd op het OCMW.”

Heel wat mensen die een beperkt inkomen hebben maar toch **net boven de grens** komen, krijgen geen waarborg medische kosten. Dit terwijl ze veel kosten hebben voor hun gezondheid.

Tenslotte zijn er soms problemen bij het aanvragen van een medische waarborg bij het OCMW. Men vraagt soms om de medische kosten te **bewijzen**. Dit zorgt voor problemen. Mensen hebben geen geld en laten zich niet verzorgen. Het gevolg is dat men de kosten niet kan maken en zo geen bewijzen heeft voor de aanvraag van een medische waarborg.

4. Vooraf betalen, nadien pas geld terug

Het feit dat je eerst het volledige bedrag moet betalen (bijvoorbeeld bij de **consultatie** bij een **huisarts**) en dat je pas achteraf geld terug krijgt, is een belangrijke drempel voor mensen met een beperkt inkomen.

Zo betalen **ziekenfondsen** niet meer zoals vroeger onmiddellijk terug aan het loket. Het geld wordt op de bankrekening gestort. Dit duurt echter een paar dagen. Voor

veel mensen met een klein inkomen maakt dit het moeilijker dan vroeger. Zo waren er veel mensen die na de consultatie onmiddellijk naar het ziekenfonds gingen en met dat geld hun medicatie gingen halen. In de meeste ziekenfondsen kan je wel vragen om het geld op je protonkaart te laten zetten. Maar: niet iedereen weet dit.

“Vaak gebruiken we ons laatste geld om naar de dokter te gaan. Wanneer de ziekenkas het dan overschrijft, moeten we er nog enkele dagen op wachten tegen dat het op onze rekening staat.”

Er zijn ook mensen met budgetondersteuning die, wanneer ze in het rood staan, niet aan hun geld kunnen.

Ook bij het aanleggen van een **globaal medisch dossier** moet je eerst het bedrag van een consultatie betalen. Nadien krijg je wel het volledige bedrag terug. Wanneer men sowieso al te weinig geld heeft, geeft men geen geld uit aan iets waar men pas achteraf baat (een grotere terugbetaling) bij heeft.

5. Een voorschot als voorwaarde om geholpen te worden

Een andere drempel is het vragen van een voorschot door ziekenhuizen voor consultaties. Hier is, sinds de verzelfstandiging (zie bijlage 2 op pagina 83 en projectverloop pagina 66) van de ZNA-ziekenhuizen, heel wat veranderd.

- **Waarborgen in OCMW-ziekenhuizen vóór januari 2004 (Vóór ZNA)**

Voor mensen die nog onbetaalde rekeningen hadden binnen de OCMW-ziekenhuizen werd er vaak een voorschot gevraagd alvorens men toegang kreeg tot een specialist voor een consultatie. Wanneer mensen dit voorschot niet konden betalen, weigerde men aan de balie je verder te helpen.

Mensen werden dan enkel verder geholpen wanneer ze assertief waren en voor hun rechten durfden op te komen. Of wanneer een dienst of organisatie hun belangen verdedigde.

“Toen ik binnen moest gaan om te bevallen wilden ze mij niet helpen voor ik 75 euro betaalde. Ze hadden mij naar dat ziekenhuis gestuurd omdat ik diabeet ben. Ik wist niet dat ik op voorhand moest betalen en ik had geen geld mee. Ik heb toen mijn maatschappelijk assistent van het OCMW gebeld. Hij zei dat ze mij niet mochten weigeren omdat ik geen geld had. Maar ook naar hem wilden ze niet luisteren. Toen heb ik naar mijn dokter gebeld. Die is dan naar

beneden gekomen. Hij zei dat ze mij gerust moesten laten en dat ik direct naar boven mocht gaan."

"Een paar maand geleden moest mijn man de verwondingen aan zijn voet laten controleren in het ziekenhuis. Aan de receptie moest er eerst een voorschot betaald worden. Het voorschot kon niet betaald worden en ze stuurden ons door naar de sociale dienst. Deze liet ons niet toe om naar de dokter te gaan. Ik ben zelf bij de dokter binnengestapt en deze heeft gezegd dat de controle noodzakelijk was. Gezondheid gaat voor geld, zei hij."

Dit soort praktijken waren schering en inslag. De toepassing was onduidelijk en vaag. Ook het gevraagde bedrag varieerde van keer tot keer. Dit systeem zorgde alleszins voor een serieuze drempel voor mensen die op dat moment geen geld hadden om dit voorschot te betalen. Er was de indruk dat aan sommige mensen een voorschot werd gevraagd en aan sommige mensen juist niet. Hierdoor was er sprake van een ongelijke en stigmatiserende behandeling van mensen.

- **Waarborgen binnen de ZNA-ziekenhuizen vanaf januari 2004**

Sinds januari 2004 vragen de ZNA-ziekenhuizen bij consultaties waarborgen. 25 euro (of 50 euro of 100 euro) is veel voor mensen in armoede. Vaak beschikken mensen niet over deze som op het moment dat ze deze nodig hebben. Wanneer mensen deze waarborg niet kunnen betalen, helpt de sociale dienst hen verder.

"Bij mij is het precies dat mijn kinderen ook altijd ziek worden op het moment dat ik geen geld heb. 25 euro. Wie kan dat betalen op het einde van de maand?"

Zo eenvoudig is het jammer genoeg niet. De drempels zijn talrijk. Mensen zijn vaak te beschaamd om te zeggen dat ze niet kunnen betalen. Als mensen doorverwezen worden naar de sociale dienst loopt het nog regelmatig fout. Het gebeurt namelijk:

- dat mensen bij een doorverwijzing niet voldoende duidelijke en begrijpbare informatie krijgen. Daardoor raken ze niet tot bij de juiste dienst
- dat mensen niet goed verder geholpen worden; mensen in armoede hebben de ervaring "van het kastje naar de muur gestuurd te worden"
- dat mensen de stap niet durven zetten naar de sociale dienst. Veel mensen hebben negatieve ervaringen in verband met het vragen van voorschotten in

ziekenhuizen. Het vragen van voorschotten gebeurde vaak op een weinig tactvolle manier. Hierdoor zijn mensen bang en hebben ze weinig vertrouwen

Doorheen verschillende gesprekken met het OCMW en de ZNA-ziekenhuizen werd het probleem van de voorschotten samen met verschillende diensten en organisaties besproken. Op basis van dit overleg zijn er maatregelen genomen waardoor de waarborgregeling voor bepaalde groepen is aangepast. Dit bespreken we verder in het hoofdstuk "aanbevelingen" (zie pagina 29)

6. Niet kunnen betalen van ziekenhuisrekeningen - afbetalingsplannen

Uit de bevraging binnen Centrum Kauwenberg blijkt dat slechts 6% van de mensen geen problemen hadden bij het betalen van hun ziekenhuisrekeningen. De overige 94% van de mensen werden reeds geconfronteerd met betalingsmoeilijkheden bij hun ziekenhuisrekeningen. Het is ook niet altijd duidelijk waar men juist terecht moet als men betalingsmoeilijkheden heeft. Bovendien zijn mensen ook hier beschaamd om de stap te zetten.

"Ik heb niet zelf contact opgenomen met de sociale dienst. Ik heb gewacht tot ze mij contacteerden. Ik wou mij niet laten kennen."

Bovendien dringen ziekenhuizen soms hard aan dat mensen onmiddellijk alles betalen. Wanneer er al veel ziekenhuisschulden zijn, weigert men soms om een afbetalingsplan toe te staan.

"Ik ben reeds enkele keren een paar maanden opgenomen in de psychiatrie. Achteraf kreeg ik een rekening van 5000 euro. Dit kon ik niet betalen. Ik ben dan zelf naar de sociale dienst gegaan om een afbetaling te vragen. Ik vond het moeilijk om deze dienst in het ziekenhuis te vinden. Zij stelden een afbetaling van 175 euro per maand voor, maar dit was te veel voor mij. Ze stuurden mij door naar het OCMW waar ik een papier moest laten tekenen dat ik die 175 euro per maand niet kon betalen. Uiteindelijk kreeg ik door tussenkomst van mijn werk een afbetalingsplan van 50 euro per maand. Wanneer de afbetaling 1 maand niet gebeurd moet ik het volledige bedrag in één keer betalen. Zonder de steun van mijn werk, had ik deze afbetaling nooit gekregen."

"Wanneer ik vroeg om mijn rekening in stukken te betalen mocht dit niet. Ik kreeg geen afbetalingsplan omdat mijn ex-man er grote schulden heeft. Ik ben al van in '92 weg van hem, maar ik kan niet van hem scheiden omdat hij geen adres heeft en omdat dit teveel kost. Omdat ik de rekening echt niet kon betalen ben ik naar de hoofdmaatschappelijk assistent

gestapt van het sociaal centrum van het OCMW van Borgerhout. Met hem heb ik een goed contact. Hij weet dat ik al veel heb meegemaakt. Hij zei dat als ge wilt betalen ze u een afbetalingsplan moeten toestaan. Hij heeft het voor mij geregeld dat ik mocht afbetalen met 25 euro per maand. Dat was het minimum."

In verband met het initiatief nemen om bij betalingsproblemen tot een oplossingsvoorstel te komen, stellen we het volgende vast:

Initiatief om tot een oplossing te komen

Ik nam zelf het initiatief om naar de sociale dienst te gaan	54 %
De sociale dienst heeft mij gecontacteerd	30 %
Ik heb nog geen contact met de sociale dienst gehad	3 %
Het wordt automatisch geregeld (schuldbeheer, OCMW,...)	13 %

Mensen hebben er vaak ook geen zicht op hoeveel ze nog moeten afbetalen.

"Ik wou al een aantal maanden te weten komen hoeveel ik nog moest betalen. De sociale dienst van mijn werk had er al voor gebeld, maar zij hadden geen antwoord gekregen. Toen we samen op zoektocht gingen, bleek het niet zo simpel te zijn. Aan de telefoon zeiden ze dat we aan de kassa van het ziekenhuis moesten zijn. Aan de kassa zeiden ze dat we op de dienst incasso moesten zijn. Op de dienst incasso wouden ze ons terug naar de kassa sturen. Uiteindelijk hebben ze na veel zoeken toch een overzicht kunnen geven van wat nog betaald moest worden. Er is een probleem met de computerprogramma's volgens de mensen die er werken."

Sinds de verzelfstandiging van de OCMW-ziekenhuizen tot ZNA-ziekenhuizen stellen wij een nieuw probleem vast. Wanneer mensen nu een afbetalingsplan afsluiten, moeten ze minimum 25 euro betalen en het afbetalingsplan mag niet langer dan een jaar lopen. Als mensen de rekening niet op 1 jaar kunnen afbetalen, moeten ze naar het sociaal centrum van het OCMW van hun buurt. De afbetaling kan dan niet meer geregeld worden binnen het ziekenhuis. Het sociaal centrum van het OCMW moet dan een bewijs maken dat je niet meer dan een bepaald bedrag per maand kan betalen.

Met de nieuwe regeling zou ik 200 euro per maand moeten betalen. Dat kan ik niet. Ik moest dan naar het OCMW. Die wisten eerst niet goed wat ze moesten doen. Uiteindelijk moest ik allerlei papieren binnenbrengen om mijn inkomsten en uitgaven te bewijzen. "En de uitgaven mogen geen luxe-uitgaven zijn", zei de maatschappelijk assistent van het sociaal centrum."

We denken dat er hier een aantal extra drempels zijn tegenover vroeger:

- Voor een aantal mensen is de stap naar het sociaal centrum van het OCMW groot. Deze stap wordt als veel groter ervaren dan de stap naar de sociale dienst van het ziekenhuis

"Ik had een grote ziekenhuisrekening. Ze moest op 1 jaar betaald zijn, anders moest ik naar het OCMW. Dat wou ik niet. Ik betaal nu 109 euro per maand. Dat is veel, maar ik bijt liever door dan naar het OCMW te gaan."

- het bijeenzoeken van papieren om te bewijzen hoeveel inkomsten en uitgaven je hebt is voor veel mensen ook moeilijk
- het zal afhangen van de maatschappelijk assistent van dat moment wat zij zullen zien als "luxe-uitgaven"

Tenslotte wordt er soms druk op mensen gezet om sneller of meer af te betalen, ook al betalen mensen hun afbetalingsplan volgens afspraak. Het nakomen van die afspraak vraagt meestal al een grote inspanning. Het is dan ook ontmoedigend wanneer het ziekenhuis zich niet aan die gemaakte afspraak houdt en meer wil.

"Iemand uit onze groep is bevallen. Zij moest 250 euro voorschot betalen, ook al heeft ze een hospitalisatieverzekering. Zij wordt constant lastiggevalen omdat ze nog een afbetalingsplan lopen heeft en men probeert het geld dat nog betaald moet worden zo vast te krijgen, nochtans betaalt ze haar afbetalingsplan af volgens afspraak. Op die manier kon zij niet van de geboorte van haar kind genieten, maar was ze voortdurend op haar ongemak en lastig omwille van het feit dat ze onder druk gezet werd om te betalen. Op zich zou verpleging ook niet mogen weten dat je een afbetalingsplan hebt en zouden ze ook niet om geld mogen vragen."

Administratieve drempels

De vragen die mensen in armoede hebben rond gezondheidszorg zijn talrijk en uiteenlopend:

- Hoe kan ik weten of ik al dan niet in aanmerking komen voor een medische waarborg van het OCMW?
- Voor wat kan ik bij de mutualiteit terecht?
- Waar moet ik naartoe als ik mijn ziekenhuisfactuur niet kan betalen?

- Waar kan ik te weten komen hoever het staat met de afbetalingen van mijn afbetalingsplan bij het ziekenhuis?
- Waar kan ik op een betaalbare manier de ontwikkeling van mijn kind laten testen?
- Wat zijn generische geneesmiddelen?
- Wat zijn de voordelen van een globaal medisch dossier?
- Waar vind ik een dokter die met het derdebetalerssysteem wil werken?
- Hoe werkt de maximumfactuur?
- Hoeveel kost een hospitalisatieverzekering?
- ...

Er is niet steeds informatie beschikbaar. Informatie doorgeven is moeilijk. Het kan op verschillende punten fout gaan:

- soms is er geen informatie beschikbaar
- de informatie bereikt de mensen niet omdat men de informatie verspreid op plaatsen waar mensen in armoede niet vaak komen (bibliotheek, culturele centra,...)
- de informatie is te moeilijk geformuleerd
- ...

Mensen weten vaak niet waar ze recht op hebben (tegemoetkomingen, uitkeringen, bijzondere statuten,...). Bovendien weet men ook niet bij welke instantie men moet gaan aankloppen. Deze informatie is moeilijk te vinden. Kwetsbare mensen ondervinden grote hinder van de complexiteit van het systeem.

Wanneer mensen gevonden hebben bij welke instantie ze moeten zijn om een bepaalde tegemoetkoming te krijgen, moeten ze vaak een hele administratieve molen doorlopen vooraleer het in orde geraakt.

We kunnen besluiten dat dit alles veel energie, doorzettingsvermogen en weerbaarheid vraagt.

“Bij de ZNA-ziekenhuizen kan je gratis naar een consultatie gaan als je een betalingsverbintenis hebt. Bij collectieve schuldbemiddeling is dit een probleem. De rekening kan naar de advocaat gestuurd worden, maar de advocaat moet telkens opnieuw een brief maken waarin staat dat hij ervoor zal zorgen dat de rekening betaald zal worden. Zo'n brief moet altijd opnieuw gemaakt worden. Dit zorgt voor problemen”

“De procedure is vaak te ingewikkeld. We krijgen ook geen informatie en hebben vaak iemand nodig die ons vooruit kan helpen, want naar ons luisteren ze niet altijd. Het gaat vlugger en ze doen meer moeite wanneer er een begeleider achter zit dan wanneer mensen zelf proberen iets in orde te maken.”

Ondersteuning, werking van sociale diensten

1. Organisatie van de nazorg en ondersteuning

De plaats die iemand inneemt binnen zijn gezin of omgeving heeft een grote invloed op het al dan niet zoeken van hulp. Wanneer men alleen de verantwoordelijkheid draagt voor bijvoorbeeld de zorg van ouders, een (zieke) echtgenoot, kinderen,... zal dit bepalend zijn voor de keuze om al dan niet medische hulp voor zichzelf te zoeken of om al dan niet in het ziekenhuis te blijven.....

“Zo ging iemand van onze groep na de bevalling van haar jongste kind vroeger naar huis dan ze eigenlijk mocht. Ze kon niet anders omdat er niemand anders was om voor de andere kinderen te zorgen. Dit was eigenlijk te vroeg waardoor de moeder een depressie kreeg.”

Daarnaast is het zo dat ziekenhuizen onder druk staan om mensen steeds sneller naar huis sturen. Mensen die geen sociaal netwerk hebben om op terug te vallen en geen hulp hebben van familie of kennissen moeten beroep doen op professionele hulp. Vaak is er te weinig aandacht voor nazorg en zoekt de sociale dienst onvoldoende samen met de patiënt naar oplossingen (bv. Gezinszorg, thuisverpleging, opvang voor de kinderen, poetshulp,...). Men gaat er vaak vanuit dat iedereen ofwel beroep kan doen op zijn omgeving, ofwel zelf iets regelt.

Bovendien duurt het regelen van thuiszorg vaak lang en net op het moment dat de thuiszorg het meest nodig is, is ze er niet. Door het gebrek aan hulp gebeurt het dat mensen zich overbelasten wanneer ze pas uit het ziekenhuis komen. Hierdoor komt het genezingsproces in gevaar.

“Ge moogt vandaag naar huis, zeiden ze tegen mij. Ik moest mijn plan trekken. Ik kon mij niet zelf wassen en mij niet aankleden.”

Soms is het ook belangrijk dat de sociale dienst een aantal dingen binnen de leefomgeving van de patiënt bekijkt wanneer die het ziekenhuis verlaat. Een voorbeeld is hier de woning: heeft de patiënt een woonst? is de woonst nog geschikt voor de persoon die het ziekenhuis verlaat (bijvoorbeeld trappen na een zware operatie)? Vaak wordt hier weinig aandacht besteed. Vaak gaat men er van uit dat de patiënt alert genoeg is om dergelijke problemen zelf te voorzien en ten berde te brengen.

2. Kinderopvang

Jongere kinderen (onder de 12 jaar) kunnen eventueel nog in een Centrum voor Kinderzorg en gezinsondersteuning (CKG) terecht. Voor kinderen boven de 12 jaar bestaat dergelijke opvang niet. Het ontbreken van kinderopvang maakt dat ouders (vooral alleenstaande ouders) ofwel een opname in het ziekenhuis uitstellen ofwel vroegtijdig het ziekenhuis verlaten om de zorg voor hun kinderen op te nemen.

Bovendien durven mensen in armoede soms geen beroep doen op bestaande voorzieningen (bijvoorbeeld CKG) omdat ze bang zijn dat ze hun kinderen niet zullen terug thuis krijgen wanneer ze uit het ziekenhuis komen. Hierdoor stellen mensen een opname in het ziekenhuis uit.

“Ik laat mij niet opnemen in een ziekenhuis. Ik ben bang om mijn kinderen terug te verliezen. Ik heb er te hard voor gevochten om ze terug thuis te krijgen. Als ik terug thuis kom, is alles misschien terug naar de donder.”

Communicatieproblemen

1. Gebrek aan respect aan de balies en bij de verzorging. Stigmatiserende aanpak.

Mensen krijgen vaak een negatieve stempel. Dit versterkt het gevoel van niet gerespecteerd te worden en maakt hen beschaamd waardoor ze nog minder snel naar het ziekenhuis zullen gaan. Dit geldt zowel bij het onthaal aan de balie als bij de verzorging van mensen.

“Beleefdheid en respect aan de balie van het ziekenhuis is er niet. Ik had geen ervaring met OCMW-ziekenhuizen, ik ben vroeger nooit onder het OCMW geweest. Nu (door omstandigheden) wel. Ik heb een groen kaartje (medische waarborg van het OCMW) dat geldig is tot eind september (en dan verlengd zou worden). De 30^{ste} september stond ik daar. Ik kreeg naar mijn voeten, waar iedereen bijstond. Je weet niet hoe je die dingen moet doen en je wordt daarop gepakt. Ik schaamde mij diep. Uiteindelijk wilden ze mij wel helpen, maar waarom moest ze mij eerst uitmaken?”

“Ik werd aan het loket afgescheept: “ze ziet er zo ziek nog niet uit”, zonder dat de dokter mij gezien had.”

*“Ik kwam aan 't loket en die riep naar haar collega's: hoe moet ik dat intikken, die 6 euro?”
(bij de verminderde waarborg voor patiënten in een precaire financiële situatie)*

“Met al die mensen erbij zeggen ze dat ge niet binnen kunt als ge uw voorschot niet kunt betalen. Ik vraag mij soms af wat wij in hun ogen zijn. Wij moeten voor alles vechten. We moeten vechten om rond te komen, om ergens binnen te geraken en om goed behandeld te worden. Wij denken ze dat wij zijn? Ze denken dat wij uitschot zijn! Ze moeten ons in ziekenhuizen menselijk behandelen en ons behandelen zoals ze andere mensen behandelen.”

2. Gebrek aan kennis van armoede

Door de levensgeschiedenis van mensen is er soms wantrouwen tegenover de gezondheidszorg.

Hulpverleners hebben soms hoge verwachtingen tegenover patiënten. Dit heeft te maken met het feit dat de gezondheidszorg niet altijd voldoende kennis heeft van de leefwereld van mensen in armoede. Gezondheidswerkers houden vaak alleen rekening met de concrete hulpvraag zonder de specifieke levensomstandigheden van de hulpvrager in acht te nemen.

3. Taalgebruik arts

Weinig hulpverleners hebben in hun opleiding geleerd om hun boodschap in een eenvoudige taal uit te leggen. Men besteedt weinig tijd aan het geven van uitleg bij onderzoeken, resultaten of behandelingsmogelijkheden.

Uit onze bevraging blijkt het volgende:

durf vragen wat ik wil weten aan huisarts	80 %
durf niet vragen wat ik wil weten aan huisarts	18 %
geen antwoord	2 %

Doordat veel mensen van Centrum Kauwenberg een vaste huisarts hebben durven de meeste mensen aan die dokter uitleg durven vragen. Ze durven vragen stellen als ze iets niet begrijpen.

Voor een aantal mensen is dit wel niet altijd zo geweest. Het is omdat zij hebben leren opkomen voor zichzelf dat ze nu iets durven vragen.

“Vroeger dierf ik niets vragen, maar nu wel. Vroeger was ik beschaamd omdat ik altijd afgewezen ben. Als ze iets zeiden zei ik altijd ja, ook al verstond ik het niet. Ondertussen ben

ik veranderd en durf ik iets vragen. Aan uwe huisdokter moet ge eigenlijk alles kunnen vragen."

We denken dat er nog veel mensen zijn die nog niet voor zichzelf hebben leren opkomen en nog niet durven vragen wat ze willen weten bij een dokter of in een ziekenhuis.

Sommige huisdokters zoeken ook met de mensen naar manieren om hen zo goed mogelijk te helpen:

"Mijn dokter schrijft voor mij alles op een briefke zodat ik het later nog weet."

"Om mijn angst te overwinnen spreek ik om de twee weken vast met de huisdokter af. Als hij mij niet ziet weet hij dat er iets aan de hand is en neemt hij zelf met mij contact op."

Wanneer het om dokters en specialisten in ziekenhuizen gaat, lukt het moeilijker. Hier durven mensen vaak niets aan vragen omdat ze hen minder kennen en vertrouwen.

"Als in het ziekenhuis alles rap rap moet gaan omdat de dokters geen tijd hebben, dan moet je wel al assertief zijn om een vraag te durven stellen en uitleg te vragen als je iets niet verstaat."

4. Ouders worden vaak te weinig betrokken bij de gezondheidszorg van hun uithuis geplaatste kinderen

Bij ouders waarvan de kinderen in een instelling of pleeggezin verblijven, zien we dat de gezondheidszorg voor de kinderen vaak door de instelling of het pleeggezin geregeld wordt. Ouders vinden dit goed, maar willen hierbij wel betrokken worden. Dit gebeurt niet altijd.

" Ik wil de SIS-kaart van mijn kinderen zelf bijhouden. Het bezoek aan de dokter regelen ze wel in de instelling, maar ik ga wel mee als mijn kinderen naar de dokter gaan."

"Ik weet niet of mijn kinderen een vaste huisarts hebben of niet, want ze zijn in een pleeggezin"

Drempels in verband met de geestelijke gezondheidszorg

- **Negatieve stempel**

Eerst en vooral rust er nog steeds een stempel op deze hulp. De samenleving heeft vaak een negatief beeld over geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie. Onder andere hierdoor is het zetten van de eerste stap ontzettend moeilijk.

- **Kostprijs**

Sommige vormen van begeleiding kosten veel. Vooral wanneer mensen opgenomen worden is dit zeer duur.

- **Kinderopvang**

Ook hier is kinderopvang een groot probleem. Te meer dat het bij opnames vaak om langdurige opnames gaat.

- **Wachlijsten**

Meestal moet je lang wachten vooraleer je geholpen wordt. Soms zijn er lange wachlijsten waardoor het lang duurt voor je er terecht kan voor een eerste gesprek. Soms kan je er vrij snel terecht voor een eerste gesprek, maar moet je nog een paar maanden wachten voor je verdere begeleiding krijgt. Dit is een extra drempel omdat mensen al vaak lang wachten om de stap te zetten. Dikwijls zien mensen het na een lange wachttijd toch niet meer zitten (de problemen zijn op dat moment bijvoorbeeld minder acuut,...).

- **Vroegere negatieve ervaringen**

Mensen hebben vaak al negatieve ervaringen in het verleden gehad met hulpverlening waardoor ze er weinig vertrouwen in hebben en niet het gevoel hebben dat ze er baat kunnen bij hebben.

- **Zwaar en lang proces**

Het proces dat mensen doormaken tijdens de hulpverlening is moeilijk en zwaar.

“Er wordt teruggegaan naar je verleden. Dan begint ge te denken en te denken...”

Mensen geven zelf aan dat de problemen waar zij mee zitten vaak heel ingewikkeld zijn. Binnen de hulpverlening wordt er vaak veel van hen verwacht: inzicht hebben in de problematiek, verbaal sterk zijn, gemotiveerd zijn om iets te doen aan de situatie,... Vaak wordt de grootte van de inspanning niet gezien door de hulpverlener. Wanneer mensen de stap naar hulpverlening zetten, duurt het lang eer ze enig resultaat voelen. Het komt er met andere woorden niet enkel op neer om de stap te zetten, maar ook om gedurende een lange tijd de begeleiding vol te houden. Mensen geven aan dat ze het belangrijk vinden dat er anderen zijn die hen aanmoedigen om vol te houden. Dit is niet altijd evident voor mensen in armoede. Wanneer mensen er alleen voorstaan en geïsoleerd leven, moeten ze die aanmoediging vaak missen.

“Ge moet doorbijten. Na twee weken zal er niets veranderd zijn...”

Deel 3: GEVOLGEN VAN DEZE DREMPELS

1. Zich niet laten verzorgen, verzorging uitstellen of stopzetten

Door al deze drempels laten sommige mensen zich niet verzorgen. Mensen stellen het zo lang mogelijk uit om zich te laten verzorgen en wachten tot het probleem zo acuut is dat ze niet anders meer kunnen dan hulp zoeken. Mensen zetten dikwijls hun behandeling stop of proberen zelf hun klachten te verhelpen door bijvoorbeeld zelfmedicatie.

“Ik zit hier tot over mijn oren met ziekenhuisrekeningen die ik nog moet betalen. Ik zou geopereerd moeten worden aan mijn knie maar ik zie dat niet zitten. Financieel gaat dat niet. Ik ga alleen nog binnen als het echt heel dringend is, als ik niet meer anders kan.

‘t Is niet goed. Ik weet het. Maar het geld groeit niet op onze rug. De kinderen kosten ook veel geld. Als ge het geld niet hebt, kunt ge het niet geven.”

“Ik probeer alle middeltjes om niet naar de dokter of het ziekenhuis te moeten gaan. Als ik naar de apotheker ga en zelf een medicament dat goedkoop is vraag, kost mij dat minder dan als ik de dokter laat komen. Ik heb meestal niet genoeg geld om én een dokter én geneesmiddelen te betalen. Dus meestal is het: of ik ga naar de dokter of ik koop medicamenten.”

Mensen gaan soms niet naar een dokter omdat ze bang zijn voor de kosten die dat zal meebrengen. Bij de mensen die geantwoord hebben op de vragenlijsten zien we dat meer dan de helft soms niet naar de dokter gaat als het nodig is.

Ouders zullen dit voor zichzelf gemakkelijk doen maar niet voor hun kinderen. Voor hun kinderen doen zij alles opdat ze hen toch zouden kunnen verzorgen.

“Voor mezelf ga ik soms niet naar de dokter als ik ziek ben en geen geld heb.

Maar voor de kleine ga ik wel. Ik zeg dan dat ik de visite niet kan betalen. En soms zegt de dokter dan: laat maar zitten”.

2. Het niet kunnen opvolgen van gegeven adviezen

Soms gaan mensen wel naar de dokter maar kunnen het advies dat de dokter geeft niet opvolgen. Een eerste groot probleem is de medicatie die de dokter voorschrijft. Medicatie kost veel. Als mensen geen geld hebben, kopen ze de medicatie niet. Of als mensen een lange periode medicamenten moeten nemen, stoppen ze tijdens hun behandeling omdat ze er geen geld voor hebben. Verder gebeurt het ook dikwijls dat mensen niet teruggaan op controle. Of dat mensen niet naar het ziekenhuis, de specialist, de kinesist,... gaan omdat het te veel kost of omdat ze bang zijn voor de kosten dat dit zal meebrengen. Ook hier zien we een duidelijk verschil tussen of het om henzelf gaat of om hun kinderen.

Het kunnen opvolgen van het advies van de huisarts voor jezelf

Ik kan het advies opvolgen	41 %
Ik kan het advies niet opvolgen	52 %
Geen antwoord	7 %

Het kunnen opvolgen van het advies van de huisarts voor je kinderen

Ik kan het advies opvolgen	88 %
Ik kan het advies niet opvolgen	4 %
Kinderen zijn nooit bij mij	8 %

Ook gebeurt het dat mensen niet naar een dokter of tandarts gaan omdat ze de vorige keer niet terug zijn geweest zoals de dokter of tandarts het hen had gezegd. Mensen zijn bang dat hij dan zal zeggen dat het hun eigen schuld is dat het erger geworden is of dat ze nu klachten hebben.

3. Beroep doen op de dienst spoedgevallen

Mensen in armoede gaan vaak snel naar de dienst spoedgevallen. Dit heeft verschillende oorzaken:

- wanneer mensen geen geld hebben, hopen ze daar verder geholpen te worden zonder onmiddellijk te moeten betalen. Dit is vooral het geval wanneer men eigenlijk een beroep moet doen op een huisarts van wacht (bijvoorbeeld in het weekend) waarbij men nog meer moet betalen voor een consultatie.
- De rekening van de spoeddienst krijgt men pas achteraf. Dit zal echter veranderen. Vanaf juli 2005 legt Minister Rudy Demotte de ziekenhuizen op om een premie van 9,50 euro (of 4,75 euro voor mensen die recht hebben op

een verhoogde tegemoetkoming) te vragen bij een bezoek aan de spoedgevallendienst. Er zijn wel vijf noodgevallen ⁸

- Mensen geven aan dat ze het moeilijk vinden om in te schatten of iets al dan niet dringend is. Bovendien hebben zij binnen hun omgeving ook weinig mensen die hen hierbij raad kunnen geven of hen kunnen geruststellen.
- Vooral als het om de kinderen gaat, hebben mensen vaak schrik dat ze het verwijt zullen krijgen dat ze niet snel genoeg naar de dokter zijn geweest en dat ze bijgevolg niet goed voor hun kinderen zorgen. Dit komt voort uit het feit dat mensen vaak een negatief zelfbeeld hebben en vaak rechtstreeks of onrechtstreeks te horen krijgen dat ze hun kinderen niet goed opvoeden.

4. Medische gevolgen

De medische gevolgen van niet behandelen zijn groot. Door het uitstellen van noodzakelijke zorgen worden de problemen groter of ontstaan er problemen die er niet zouden zijn wanneer men zich goed zou hebben kunnen laten verzorgen. Dit leidt uiteindelijk tot veel duurdere ziekenhuisopnamen.

“Ik ben zwaar diabeet. Ik moest normaal verleden maand al terug op controle, maar ik kan financieel niet.”

5. Sociale gevolgen

Door de slechte toegang tot de gezondheidszorg zijn er ook belangrijke sociale gevolgen: zo geraakt men gemakkelijk zijn werk kwijt, kunnen er problemen binnen het gezin ontstaan, kinderen geraken achter op school,...

Zo werd er in een groepsgesprek rond gezondheidszorg gezegd:

“Er zijn toch veel mensen die zich niet kunnen laten verzorgen zoals het moet. Naar de tandarts gaan is duur en wordt weinig gedaan. Hierdoor hebben mensen dikwijls een slecht gebit. Vaak missen mensen een aantal tanden. Dit maakt het bijvoorbeeld moeilijker om werk te vinden. Soms krijgen mensen ook allerlei klachten (bv. een oorontsteking) als gevolg van

⁸ Deze premie moet niet betaald worden indien men :

- in het ziekenhuis wordt binnengebracht door een ambulance van de dienst 100 of door de politie
- na verzorging in de spoeddienst minstens een nacht in het ziekenhuis wordt opgenomen, er minstens 12 uur in observatie blijft of naar de daghospitalisatie verwezen wordt
- naar de spoeddienst gaat na verwijzing door een arts
- de spoeddienst opzoekt tussen middernacht en 6 uur 's morgens
- gipsverband nodig heeft zoals bij een breuk

een slecht gebit. Iemand kon de tanden van haar zoon niet laten verzorgen. Nu is hij geplaatst en moet hij geopereerd worden omdat er te lang is gewacht.”

6. Schulden

Als ze hun ziekenhuisrekeningen niet tijdig betalen en geen afbetalingsplan vragen of krijgen, wordt de rekening in vele gevallen verhoogd met interesten of wordt een deurwaarder of incassobureau ingeschakeld.

Wanneer er een afbetalingsplan geregeld wordt, betekent dit voor de mensen die in armoede leven een zoveelste afbetaling die er elke maand bijkomt en op die manier het beschikbare inkomen, dat meestal reeds zeer beperkt is, nog vermindert. Opname in een ziekenhuis staat met andere woorden bijna altijd gelijk aan het aangaan van schulden.

Men stelt dan ook vast dat kosten verbonden aan gezondheid een belangrijke aandeel in de schuldoverlast zijn.⁹ Wanneer mensen in armoede in het ziekenhuis terecht komen, houden ze er bijna steeds schulden aan over. Volgens de bevraging die in Centrum Kauwenberg gebeurde, had 94 % van de bevroegden al betalingsproblemen gehad bij ziekenhuisrekeningen. Schulden omwille van gezondheidszorgen nemen ook toe.

“Als ge langer dan 30 dagen in de psychiatrie blijft, moet ge veel opleggen, zeker als ge werkt. Psychisch ziek zijn is nochtans even erg als lichamelijk ziek zijn. Maar van u al die geldproblemen aan te trekken, wordt ge nog zieker. Ik mag niets meer mankeren want ik kan het mij financieel niet veroorloven. Door ziek te zijn, kunt ge serieus in de financiële problemen komen.”

“Ik heb verschillende operaties en onderzoeken moeten laten uitvoeren. Ik kon hier gewoon niet onderuit. Nu heb ik echter zoveel schulden dat ik denk dat ik de rest van mijn leven zal moeten afbetalen. Ge kiest uw gezondheid niet.”

“Als ge iets serieus voor hebt, lopen de rekeningen van het ziekenhuis serieus op. Op 1 jaar tijd was mijn man 9 keer in het ziekenhuis. Elke keer voor minstens 1 week. Soms ook op intensieve. Ik moet nog veel betalen. De machines op intensieve kosten veel. Ze nemen van alles een scanner. Mijn familie heeft moeten samen leggen om die rekening te betalen. Nu moet ik mijn familie terugbetalen. Hierdoor ben ik serieus in de schulden komen te zitten.”

⁹ Observatoire du Crédit et de l' Endettement, 2001 en Ruelens,I. en Nicaise, I., 2002

Deel 4: VOORSTELLEN EN AANDACHTSPUNTEN VOOR EEN MEER TOEGANKELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Naar een meer betaalbare gezondheidszorg

1. Waarborgen bij consultaties binnen ZNA

De financiële toestand van hun klinieken verplichtte ZNA om de betaling van een waarborg in te voeren voor consultaties in de ziekenhuizen. Waar patiënten de rekening vroeger thuis gestuurd kregen, krijgt men nu pas toegang tot een arts wanneer men een waarborg betaalt. Na de consultatie krijgt de patiënt een getuigschrift voor de mutualiteit en wordt het saldo van de waarborg terug betaald.

Doorheen de verschillende gesprekken met ZNA en het OCMW werd de voorgestelde waarborgregeling aangepast. De oorspronkelijke waarborgregeling was: 25 euro waarborg voor een consultatie (of 50 euro indien je enkel je SIS-kaart bij hebt en 100 euro indien je geen SIS-kaart en geen identiteitskaart bij hebt)

Hieronder geven we een overzicht van de genomen maatregelen die voor mensen in armoede belangrijk zijn en de evaluatie ervan door de gezondheidsgroep van Centrum Kauwenberg:

Voor een volledig overzicht van de waarborgregeling van ZNA zoals ze nu van toepassing is: zie bijlage 3 op pagina 84.

- ***Automatische toepassing van de verminderde waarborg van 6 euro voor mensen met een WIGW-statuut.***

Dit is mogelijk omdat met de derdebetalersregeling werkt. Principieel is dit een goede maatregel. Automatische toepassing wil zeggen dat iedereen die onder dit statuut valt zonder op de hoogte te moeten zijn of iets te moeten vragen, krijgt waar hij/zij recht op heeft.

Het is echter zo dat een aantal mensen gesignaleerd hebben dat deze maatregel niet steeds automatisch toegepast wordt. Het **baliepersoneel** zou duidelijke **instructies** moeten krijgen om telkens na te gaan of de patiënt onder het WIGW-statuut valt of niet. Dit kan automatisch afgelezen worden van de SIS-kaart die de patiënt toch moet tonen.

- ***Voor mensen in een financieel precaire situatie kan (via de derdebetalersregeling) een verminderde waarborg van 6 euro toegepast worden.***

Niet iedereen die in een financieel precaire situatie verkeert, maakt gebruik van deze maatregel. Voor sommigen is deze maatregel niet bekend (er is een folder, maar niet iedereen heeft die folder of begrijpt die folder), voor anderen is de stap om naar de sociale dienst te gaan er ervoor uit te komen dat men geen geld heeft te groot.

Het **baliepersoneel** moet duidelijke informatie geven over de mogelijkheid om te genieten van een verminderde waarborg. **Sociale diensten** moeten bereikbaar en toegankelijk zijn voor mensen in armoede.

- ***Mensen met een betalingsverbintenis moeten geen waarborg betalen.***
Op zich is dit een goede maatregel. Het is echter zo dat mensen die bijvoorbeeld onder collectieve schuldbemiddeling staan voor elke consultatie een brief van hun collectieve schuldbemiddelaar moeten voorleggen waarin staat dat hij die concrete consultatie zal betalen. Ook al heeft de patiënt een algemene brief waarin de collectieve schuldbemiddelaar stelt dat hij de ziekenhuiskosten betaalt, lukt het soms niet om geen waarborg te moeten betalen.

Er zou gezocht moeten worden naar een formule waarbij de collectieve schuldbemiddelaar voor een **langere periode** (bijvoorbeeld per jaar) een overeenkomst afsluit met het ziekenhuis dat hij de ziekenhuisrekeningen voor een welbepaalde persoon zal betalen. Wanneer de collectieve schuldenregeling beëindigd wordt, moet de bemiddelaar het ziekenhuis op de hoogte stellen. Zo bespaart men een hele administratieve rompslomp.

- ***ZNA biedt de mogelijkheid aan een aantal hulpverleningsorganisaties voor kansarme groepen om verwijsbrieven te schrijven waardoor ZNA voor mensen in een financieel precaire situatie de verminderde waarborg van 6 euro kan toepassen.***

Het Antwerps Platform Generatiearmen en de Antwerpse verenigingen waar armen het woord nemen hebben de overeenkomst die het mogelijk maakt om verwijsbrieven te schrijven **niet ondertekend**. Dit omwille van de volgende redenen:

- Het schrijven van verwijsbrieven is een **oneigenlijke taak** voor de verenigingen waar armen het woord nemen. Het is één van de hoofdpoddrachten van deze verenigingen om knelpunten te signaleren en om beleidsadviezen en veranderingsvoorstellen te doen die de toegankelijkheid bevorderen. Dit gebeurt door middel van groepswork. Ook al bieden de verenigingen waar armen het woord nemen regelmatig individuele ondersteuning aan hun groepsleden, toch zijn zij geen hulpverleningsorganisaties.

- De verenigingen waar armen het woord nemen bereiken slechts een **beperkt deel** van de **mensen in armoede** die in de stad leven. Wij willen vermijden dat er twee soorten armen ontstaan: armen die wel en armen die geen deel uitmaken van een vereniging. Op zich is het niet goed dat het al dan niet lid zijn van een vereniging waar armen het woord nemen een voorwaarde is om meer rechten of een betere toegang tot bepaalde diensten te krijgen. Het lijkt ons daarom aangewezen om verwijsbrieven te laten opmaken door **eerstelijns hulpverleningsorganisaties** (OCMW, Kind en Gezin, CAW's, thuislozenzorg,...) waar veel mensen in armoede komen. Ook **huisartsen** zouden hierin een rol kunnen spelen: zij staan vaak dicht bij de mensen en kunnen soms wel inschatten of er financiële problemen zijn. Dit zou ook de rol van de huisarts als eerste aanspreekpunt bevestigen.

- Om binnen de verenigingen waar armen het woord nemen **op de hoogte** te blijven van **drempels** in de toegankelijkheid van de ziekenhuizen is het belangrijk dat groepsleden op eigen kracht en op dezelfde manier als andere mensen de verminderde waarborg kunnen bekomen.

Als alternatief voor de verwijsbrief, pleiten wij er voor dat ZNA investeert in:

- het geven van **duidelijke informatie** in verband met de verminderde waarborg
- een **goed onthaal** en een **correcte en discrete doorverwijzing** aan de balies.
- de **toegankelijkheid** van de **sociale diensten** van de ZNA-ziekenhuizen

- ***Alleen een arts beslist over al dan niet behandelen van de patiënt en niet het baliepersoneel***

Naast deze waarborgregeling hanteren de ZNA-ziekenhuizen ook het principe dat wanneer een patiënt de (verminderde) waarborg niet kan betalen, enkel een arts kan beslissen of een consultatie al dan niet dringend is. Dit mag nooit door het baliepersoneel gebeuren.

Op zich is dit een goed principe, maar hij wordt niet steeds toegepast. Hier blijft het belangrijk om **verder** te blijven investeren in het **opleiden** van **personeel** zodat ze de procedures correct toepassen. Wanneer een arts oordeelt dat de behandeling van de patiënt uitgesteld kan worden, moet voorzien worden dat iemand (baliepersoneel, sociale dienst) de patiënt **inlicht** over de mogelijkheid om beroep te doen op bijvoorbeeld de **verminderde waarborg** zodat de behandeling wel in de nabije toekomst kan gebeuren.

2. Meer toepassen van de derdebetalersregeling

Over het **algemeen** betaalt de patiënt zijn behandeling aan de zorgverstreker. Nadien volgt er een terugbetaling via het ziekenfonds.

Hierop bestaan er twee uitzonderingen: prestaties bij een ziekenhuisopname en de aankoop van geneesmiddelen. In deze gevallen past men de derdebetalersregeling toe en betaalt de patiënt enkel het remgeld¹⁰. Het remgeld is het persoonlijk aandeel dat de patiënt moet betalen. Het ziekenfonds betaalt dan rechtstreeks aan de zorgverstreker.

De **derdebetalersregeling** is normaal gesproken niet toegelaten bij raadplegingen en bezoeken aan de huisarts, de tandarts of een specialist. Toch kunnen bepaalde categorieën van patiënten ook bij de huisarts, de tandarts of de specialist aanspraak maken op de derdebetalersregeling. Het gaat dan bijvoorbeeld om patiënten die zich "in een noodlijdende situatie" (of over onvoldoende financiële middelen beschikken) of om rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming.

¹⁰ Het ministerie bepaalt deze remgelden. De remgelden verschillen hard: technische prestaties zijn in principe gratis, behalve een aantal door besparingsmaatregelen (bijvoorbeeld radiologie, diagnostische technische prestaties,...), bij kiné ligt het remgeld rond de 40 %.

De toepassing van de derdebetalersregeling zou ongetwijfeld een drempelverlagend effect hebben voor mensen in armoede. Er moet gezocht worden naar een bredere toepassing van deze regeling:

- door het wegwerken van drempels die het toepassen van de derdebetalersregeling belemmeren

De derdebetalersregeling is geen automatisch recht, maar een gunst. De wet voorziet dat de patiënt de regeling kan vragen aan zijn arts, maar het is steeds de arts die beslist of hij de regeling toepast of niet.

Drempels die aangegeven worden zijn:

- De administratieve last die het systeem meebrengt. In het verleden deden de ziekenfondsen reeds pogingen om de administratieve last voor de zorgverstrekkers te beperken. Deze poging had echter niet tot gevolg dat de derdebetalersregeling veel vaker werd toegepast. Ziekenfondsen moeten verder op zoek gaan naar het **vereenvoudigen** van de **administratieve lasten** bij de toepassing van de derdebetalersregeling.
 - De zorgverstrekker moet wachten op zijn geld. Volgens de wettelijke regeling kan dit 2 à 3 maanden duren. Sommige mutualiteiten passen een procedure toe waardoor de **uitbetaling sneller** gebeurt namelijk 2 weken. Ook dit bleek niet te leiden tot een grote toename van de toepassing van de regeling.
 - De patiënt durft het niet te vragen of kent de mogelijkheid niet van het toepassen van de derdebetalersregeling. Het is de taak van de **ziekenfondsen** om hun **leden** over deze mogelijkheid te **informer**en.
 - Daarnaast vindt de **arts** het vaak moeilijk om zijn patiënt aan te spreken over zijn moeilijke financiële situatie en de mogelijkheid van de derdebetalersregeling voor te stellen. Hij wil de patiënt niet in verlegenheid brengen. Hier is kennis en vorming rond armoede belangrijk (zie pagina 40).
- door het promoten van het derdebetalerssysteem

In het verleden zijn er reeds initiatieven geweest om het derdebetalerssysteem te promoten. Deze initiatieven moeten verder gezet worden. Mutualiteiten moeten in

samenwerking met de plaatselijke huisartsenverenigingen op zoek gaan naar manieren om het derdebetalerssysteem meer toe te passen.

3. Aanpassen van de medische waarborg van het OCMW

Door het **uitbreiden** van de toekenning van de medische waarborg door het OCMW zou de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg voor een aantal mensen toenemen en zouden de schulden die mensen aan ziekenhuizen overhouden beperkt kunnen worden.

De maatschappelijk assistenten van de sociale centra moeten automatisch met de cliënt nagaan of hij/zij in aanmerking komt voor een medische waarborg van het OCMW. Wanneer de cliënt in aanmerking komt voor dit systeem, moet de **maatschappelijk werker** deze tegemoetkoming **zelf voorstellen** aan de cliënt en niet wachten tot de cliënt (die deze mogelijkheid niet altijd kent) het vraagt. Het is een belangrijke taak van de maatschappelijk assistent om cliënten op hun rechten te wijzen.

Er zou meer **duidelijkheid en transparantie** moeten komen over de **voorwaarden** om recht te hebben op een medische waarborg van het OCMW. Het OCMW vraagt soms om de kosten te bewijzen met bijvoorbeeld de rekeningen van medicatie vooraleer men een tegemoetkoming krijgt. Wanneer men geen geld heeft om medicatie te kopen, heeft men ook geen rekening en dus ook geen bewijs. Een duidelijke brief van de behandelende arts zou moeten volstaan als bewijs dat men bepaalde medicatie nodig heeft.

Tot nog toe komen enkel de kosten binnen ziekenhuizen en medicatie in aanmerking. De medische waarborg van het OCMW zou uitgebreid moeten worden naar de **eerstelijnsgezondheidszorg**. Dit zou het belang van een vaste huisarts bevestigen. Bovendien stimuleert het mensen om naar de huisarts te gaan in de plaats van ofwel te wachten tot het erg genoeg is om naar het ziekenhuis te gaan ofwel naar het ziekenhuis te gaan voor iets wat een huisarts kan oplossen. Op dit moment is men binnen het OCMW aan het onderzoeken hoe men dit zou kunnen realiseren.

4. Snelle terugbetaling van consultaties

Elke zorgverstreker moet aan zijn patiënt voorstellen om na elke consultatie een briefje mee te geven (tenzij de patiënt zegt dat dit niet nodig is) waarmee hij naar het ziekenfonds kan gaan voor terugbetaling.

“Wanneer ik naar de kinesist ga, krijg ik pas een briefje voor de mutualiteit na 10 behandelingen. Zo moet ik lang wachten eer ik een deel van mijn geld terug krijg.”

Zo vermijdt men dat de te betalen som te hoog oploopt of dat mensen lang moeten wachten op de terugbetaling van het ziekenfonds wanneer ze tussentijdse betalingen

5. Generische geneesmiddelen

Generische geneesmiddelen zijn goedkoper maar hebben dezelfde therapeutische waarde. Artsen kunnen hun patiënten kosten besparen door hen te wijzen op de mogelijkheid om generische geneesmiddelen voor te schrijven.

6. Aandacht voor mensen die net boven de grens zitten om te genieten van bepaalde tegemoetkomingen.

Eenzijds zijn er de mensen met WIGW-statuuat. Zij kunnen genieten van een verhoogde terugbetaling van kosten voor gezondheidszorgverstrekingen en geneesmiddelen.

Anderzijds zijn er mensen die recht hebben op een tussenkomst van het OCMW. Soms doen er zich echter problemen voor bij mensen die niet binnen deze categorieën vallen maar balanceren op de **grens** ervan. Zo kunnen bepaalde werklozen of arbeiders met een loon dat niet veel hoger is dan een leefloon en waarvan eventueel schulden of onderhoudsgeld betaald moeten worden, niet genieten van de verhoogde tegemoetkomingen of van sociale hulp van het OCMW. Bovendien kan het officiële inkomen sterk afwijken van het **beschikbare inkomen**, namelijk het inkomen na vermindering van kosten zoals onderhoudsgeld, afbetaling van schulden,...

Naar minder administratieve drempels

1. Afbetalingsplannen

Bij **ziekenhuisrekeningen** moet zeer duidelijk aangegeven zijn wat mensen moeten doen wanneer het niet mogelijk is om de rekening te betalen.

Het af te betalen **bedrag** moet **realistisch** zijn en in verhouding met het beschikbare inkomen van mensen.

Het is belangrijk dat het regelen van afbetalingsplannen **binnen de ziekenhuizen** blijft en niet overdragen wordt naar de sociale centra van het OCMW. Voor veel mensen blijft de stap naar het OCMW zeer groot.

“Ik ben niet naar het OCMW gegaan. Ik bijt liever door dan naar het OCMW te gaan. Ik betaal nu 108 euro af per maand, omdat de rekening binnen het jaar betaald moet zijn. Dat is veel, maar anders moet ik naar het OCMW gaan.”

Mensen die een afbetalingsplan hebben, moeten regelmatig (bijvoorbeeld jaarlijks) en automatisch een eenvoudig **overzicht** krijgen over de stand van zaken van hun afbetalingen.

2. Duidelijke en eenvoudige informatie – aandacht voor het informeren van mensen.

Mensen moeten voldoende uitleg en informatie krijgen. Hulpverleners en maatschappelijk werkers van diensten moeten mensen wijzen op hun rechten. Mensen weten vaak niet waar ze recht op hebben. Wat je niet kent, kan je ook niet vragen.

“Als je bij het OCMW iets wilt weten moet je alles vragen”

“Ik heb geluk; ik heb een nieuwe maatschappelijk assistent gekregen, die legt veel uit.”

“Generische geneesmiddelen (witte producten) zijn goed voor mij. Maar je moet er nog dikwijls zelf achter vragen.”

Er moeten **duidelijke plaatsen** komen waar men terecht kan voor informatie rond alles wat met gezondheid te maken heeft. Deze plaatsen moeten alsdusdanig gekend zijn bij de mensen. We denken aan o.a.:

- een sociaal steunpunt gezondheid
- mutualiteiten
- het sociaal huis waar men terecht kan met alle vragen rond zorgverlening, het bestaan van bepaalde statuten, uitkeringen,...

Informatie moet **leesbaar** en begrijpbaar zijn. Dit is niet zo gemakkelijk. De centra voor basiseducatie hebben ervaring met het opstellen van teksten voor mensen die problemen hebben met lezen en schrijven. Door op hen beroep te doen, heb je meer kans op een leesbare tekst.

Informatie moet **verspreid** worden op plaatsen waar mensen in armoede komen en naar diensten die veel in contact komen met mensen die in armoede leven.

Bijvoorbeeld buurthuizen, centra voor basiseducatie, verenigingen waar armen het woord nemen, kind en gezin, voedselbedelingen,...

3. Procedures vereenvoudigen en automatische toepassing van bepaalde maatregelen.

De procedures om bepaalde tegemoetkomingen te verkrijgen moeten **vereenvoudigd** worden. Onnodige formaliteiten moeten vermeden worden. Formulieren moeten duidelijk zijn en eenvoudig in te vullen. Hier hebben verschillende instanties een rol te spelen: de mutualiteiten (zoeken naar en pleiten voor vereenvoudiging binnen de sociale zekerheid), het OCMW, de ziekenhuizen,...

Daarnaast pleiten wij ervoor om waar mogelijk de **automatische toepassing** van bepaalde maatregelen toe te passen. Door automatische toepassing krijgt iedereen die onder dit statuut past waar hij of zij recht op heeft zonder dat hij iets moet vragen of op de hoogte moet zijn van al die maatregelen.

Bij de aanvraag van een globaal medisch dossier zou de betaling rechtstreeks met de mutualiteit kunnen geregeld worden, zodat de patiënt het bedrag niet moet voorschieten.

4. Ondersteuning van mensen bij formaliteiten

Er wordt teveel uitgegaan van het idee dat de patiënt assertief genoeg is om zelf zijn weg te vinden en voor zijn rechten op te komen. Mensen die in armoede leven zijn net omwille van die armoede meestal niet zo assertief en kunnen of durven niet altijd voor hun rechten opkomen.

“Uiteindelijk is het mij gelukt. Maar ge moet het allemaal maar weten. Veel mensen zijn maar tot 14 jaar naar school geweest. Veel mensen zijn niet bij hun ouders opgegroeid, maar in een instelling of bij hun grootouders. Ik heb veel meegemaakt maar ik heb ook een lange weg afgelegd. Ik durf nu voor mijn rechten opkomen. Maar er zijn veel mensen die dat niet durven of nog niet kunnen. Ook zij moeten in het ziekenhuis verder geholpen worden op een menswaardige manier.”

“Tegenwoordig moet ge in alle ziekenhuizen een voorschot betalen. Maar dat kunt ge niet altijd. Onlangs moest ik 20 euro betalen voor ze mij wouden verder helpen. Ik had op dat moment geen geld. Ze deden toen moeilijk. Ik heb echt moeten aandringen. Ge moet aandringen anders helpen ze u niet. Ze halen er dan altijd andere mensen bij om te vragen of ge toch geholpen kunt worden. Ik heb mijn verhaal misschien wel 6 keer kunnen doen.”

Daarnaast is het zo dat veel mensen geïsoleerd zijn en geen contact hebben met diensten, verenigingen waar armen het woord nemen,... Niet iedereen heeft dus “iemand achter zich staan”. Bovendien mag het niet zijn dat mensen iemand nodig hebben die achter hen staat om hun rechten gewaarborgd te zien. Dit maakt mensen afhankelijk. Het is bovendien vernederend wanneer men niet naar de patiënt zelf wil luisteren, maar wel naar iemand van een dienst, een maatschappelijk werker,...

Er moet meer ondersteuning en ondersteuning zijn bij de stappen die mensen moeten zetten. Een aantal concrete tips:

- Geef op **rekeningen** duidelijk aan welke stappen mensen moeten zetten indien ze hun ziekenhuisrekening niet kunnen betalen.
- Besteedt aandacht aan **doorverwijzingen** door:
 - Mensen goed **op** te **leiden** zodat ze onmiddellijk naar de goede dienst doorverwijzen
 - Er niet vanuit te gaan dat de dienst waarnaar je doorverwijst bekend is. Geef **voldoende informatie** (plaats, telefoon, openingsuren,...) zodat men weet waar men naartoe moet
 - Zeg ook duidelijk wat (geld, formulieren,...) mensen **mee** moeten **nemen** naar die dienst

Naar een betere ondersteuning en werking van sociale diensten

1. Aandacht voor de gehele persoon

Gezondheidswerkers moeten werken vanuit een benadering die rekening houdt met de gehele leefsituatie en de familiale context van de patiënt. Zo kan er meer begrip ontstaan voor de dingen die mensen doen of niet doen. Zo bepaalt de plaats die de patiënt binnen zijn eigen sociaal netwerk inneemt (bijvoorbeeld iemand die alleen de zorg moet opnemen voor haar kinderen, zijn of haar (zieke) echtgeno(o)t(e),...) vaak sterk de keuze om zelf hulp te zoeken of om hulp vroegtijdig stop te zetten.

“Ik laat mij niet opnemen in een ziekenhuis. Ik ben bang om mijn kinderen terug te verliezen. Ik heb er te hard voor gevochten om ze terug thuis te krijgen. Als ik terug thuis kom is alles terug naar de donder”

“Bij de bevalling van mijn jongste kind ben ik al na drie dagen naar huis gegaan. Ik ben niet op mijn gemak in het ziekenhuis omdat ik thuis nog andere kinderen heb waar ik moet voor zorgen. Bovendien is dit financieel ook beter.”

Het financieel beleid en het management van ziekenhuizen zou niet mogen primeren op het menselijk aspect. Het is belangrijk om de mens als mens te zien, in zijn sociale context, en niet enkel als een medisch en financieel dossier.

2. Nazorg en opvolging van de patiënt

De codes en de druk vanuit het RIZIV mogen niet primeren op gezondheidsoverwegingen. Wanneer mensen te vroeg naar huis gestuurd worden zonder ondersteuning en menswaardige levensomstandigheden (bijvoorbeeld huisvesting) zal de patiënt snel terug ziek worden.

Wanneer mensen uit het ziekenhuis ontslagen worden, moet er dus samen bekeken worden of de opvang thuis voldoende is. Zoniet moet er gezocht worden naar een oplossing (bv thuisverpleging, thuiszorg, poetshulp, aangepaste woning,...). Dit veronderstelt een goede samenwerking en afstemming van de verschillende diensten.

Binnen de bestaande thuiszorgdiensten zouden een aantal plaatsen vrijgehouden moeten kunnen worden waardoor er een soort **“crisisthuiszorg”** geboden zou

kunnen worden. Hierdoor zou men de tijd tussen het verlaten van het ziekenhuis en het krijgen van thuiszorg op de gewone manier overbrugd kunnen worden.

Belangrijk is ook dat de **thuiszorg en thuisverpleging** goedkoop, flexibel (bv in bepaalde omstandigheden de mogelijkheid hebben om extra zorg te bieden) en **op maat** is en dat de mensen die aan huis komen begrip hebben voor de leefsituatie van mensen in armoede. Inspiratie kan misschien gevonden worden bij De Kraamvogel ¹¹ waar er een project loopt om kraamzorg toegankelijker te maken voor onder andere mensen in armoede (via subsidies stad Antwerpen). Deze zorg is gratis en er kan afgeweken worden van het schema dat normaal wettelijk voorgeschreven is voor kraamzorg waardoor er extra zorg op maat geboden kan worden.

Sociale diensten moeten **zelf** het **initiatief** nemen om te kijken of mensen voldoende ondersteuning hebben wanneer ze terug naar huis gaan. Sociale diensten mogen zich niet beperken tot de mensen die zelf een hulpvraag komen stellen, zij moeten actief in gesprek gaan met patiënten. Op die manier zullen problemen sneller opgespoord kunnen worden.

“Ik heb niet zelf contact opgenomen met de sociale dienst. Ik heb gewacht tot ze mij contacteerden. Ik wou mij niet laten kennen.”

3. Kinderopvang

Het ontwikkelen door het OCMW of de stad van opvang voor kinderen, ook boven de 12 jaar, bij hospitalisatie van de ouder lijkt ons zeer zinvol. Het is belangrijk dat kinderen hier terecht kunnen zonder dat er linken zijn met het comité bijzondere jeugdzorg. Dit schrikt veel ouders af.

Naar een betere communicatie

1. Kennis van de leefwereld van mensen in armoede en vorming

Kennis over armoede is noodzakelijk om geen beoordelingsfouten te maken en zich niet te laten leiden door oppervlakkige vaststellingen waarbij vooroordelen een grote rol spelen.

¹¹ De Kraamvogel, Volkstraat 5, 2000 Antwerpen, telefoon: 03/237 15 53

“Ze willen een verschil maken tussen mensen die niet willen betalen en mensen die niet kunnen betalen. Maar niet kunnen betalen. Hoe zullen zij dit zien? Er zijn nog steeds veel vooroordelen. Zo mag je er bijvoorbeeld niet goed uitzien als je arm bent. Ze zeggen dikwijls achter je rug: dat kan niet dat die niet kunnen betalen die zien er toch niet arm uit. Ook mensen die niet veel geld hebben mogen hun best doen om er goed uit te zien. Bovendien weten ze ook niet van waar we die kleren halen.”

Kennis over armoede is belangrijk om mensen in armoede minder stigmatiserend en respectvoller te behandelen. Het gevoel van niet gerespecteerd te worden en de schaamte omdat men arm is, maakt dat sommige mensen geen gebruik maken van de zorgen waar ze recht op hebben. Het is dan ook heel belangrijk om mensen aan de balie respectvol op te vangen en doorheen de onderzoeken of de opname in het ziekenhuis menswaardig te behandelen.

“Ze moeten ons respecteren en au sérieux nemen. Ik heb het gevoel dat ik me vaak moet verdedigen om voor mijn rechten op te komen.”

Een aantal concrete tips:

- In een ziekenhuis moet men aan het onthaal zorgen voor **privacy**. De rest van de rij wachtenden hoeft niet te weten dat je bijvoorbeeld problemen hebt met het betalen van de waarborg. Ideaal zou zijn dat mensen onthaald worden in afzonderlijke ruimte. Sommige ziekenhuizen werken reeds met een systeem van nummertjes en afzonderlijke bureautjes. Dit wordt als zeer positief ervaren door de groepsleden.
- Het personeel aan de balie moet er **attent** op zijn dat er mensen kunnen zijn met **betalingsmoeilijkheden**. Mensen durven dit niet altijd zeggen. Wanneer diegene aan de balie er zelf naar vraagt, maakt dit het gemakkelijker om het te zeggen. Baliepersoneel zou hier gevoelig voor moeten zijn.

“Ik had geen geld bij voor de waarborg. “Betaal dan met je bankkaart”, zeiden ze aan de balie. Maar dan moet er wel genoeg geld opstaan. Als je onder budgetbegeleiding staat en weinig leefgeld hebt, is dat niet evident.”

- Door middel van vorming komen tot personeel dat **klantvriendelijk** en discreet omgaat met patiënten
- Doorheen gesprekken bleek dat huisartsen bijvoorbeeld bij de toepassing van het **derdebetalerssysteem** het vaak moeilijk vinden om met patiënten over

financiële problemen te praten wanneer de patiënt er niet zelf over begint. Vorming voor huisartsen rond dit thema zou dit gemakkelijker bespreekbaar kunnen maken.

Men moet maatzorg bieden. Alleen wanneer men kennis heeft over de oorzaken en gevolgen van armoede kan een zorgverstrekker werken vanuit een benadering die rekening houdt met de gehele leefsituatie van de patiënt.

2. Patiënt betrekken bij de zorg

Het is belangrijk dat de patiënt betrokken wordt bij de zorg. Dit kan enkel als de hulpverlener tijd neemt om te luisteren naar de patiënt en voldoende uitleg geeft bij wat er gaat gebeuren of bij de keuzes die gemaakt moeten worden.

“Ik wil mijn dossier kunnen inkijken en informatie krijgen zodat ik kan verstaan wat er in staat. Ik weet graag wat er met mij aan de hand is.”

3. Betrokkenheid van ouders bij de gezondheidszorg van kinderen die uithuis geplaatst zijn

Instellingen bijzondere jeugdzorg, internaten, pleeggezinnendiensten en pleeggezinnen zouden er aandacht moeten voor hebben dat ouders betrokken worden bij de gezondheidszorg van hun kinderen. Hoe dit gebeurt (zelf mee naar de dokter gaan, geïnformeerd worden,...), moet afgesproken worden met de ouders zélf.

Een aantal algemene voorstellen

1. Erover waken dat goedbedoelde maatregelen niet voorbijgaan aan de groepen die deze het meest nodig hebben

Vaak neemt men maatregelen met de bedoeling de gezondheidszorg toegankelijker te maken. Men ziet echter dat deze maatregelen vaak in het voordeel spelen van mensen die eigenlijk al toegang tot de gezondheidszorg hebben, maar voorbijgaan aan diegenen die er het meest nood aan hebben. Een aantal voorbeelden hiervan zijn:

generische geneesmiddelen

Het werken met generische geneesmiddelen is op zich goed. Wat we wel ervaren is dat de huisarts hierin een belangrijke rol speelt. Hij moet deze generische geneesmiddelen voorstellen aan zijn patiënt. Wanneer de arts hier geen aandacht voor heeft en de duurdere variant voorschrijft, is het de patiënt die meer moet betalen en gestraft wordt omwille van het voorschrijfgedrag van zijn arts. Ook hier geldt dat mensen die mondig en goed geïnformeerd zijn dit zullen aanklaarten bij hun huisarts. Terwijl minder mondige mensen en minder geïnformeerde mensen zullen aannemen wat de huisarts voorschrijft.

globaal medisch dossier

Het idee van het stimuleren van een vaste huisarts die zijn patiënten goed opvolgt is goed. We zien echter dat veel mensen in armoede geen globaal medisch dossier hebben omdat, indien de huisarts het niet voorstelt, zij er niet achter vragen omdat zij niet goed weten hoe dit juist werkt. Bovendien is het zo dat het afsluiten van een globaal medisch dossier evenveel kost als een consultatie. Men krijgt achteraf wel het geld terug via het ziekenfonds, maar op het moment zelf betekent dit wel dat men dubbel zoveel moet betalen bij de consultatie. Een goede maatregel zou hier zijn om dit onmiddellijk via het ziekenfonds te regelen in plaats van de patiënt eerst te laten betalen.

maximumfactuur

De maximumfactuur waarborgt dat een gezin niet meer dan een bepaald bedrag (in functie van het gezinsinkomen) moet uitgeven voor verzekerde en noodzakelijke gezondheidskosten:

- remgelden voor honoraria van artsen, technische prestaties, verpleegkundige zorgen,...
- remgelden voor noodzakelijke geneesmiddelen
- kosten in verband met hospitalisatie (kosten van opname, van materiaal)

Bovendien is er de waarborg dat een gezin met een laag of bescheiden inkomen snel terugbetaling krijgt van teveel betaalde kosten.

De maximumfactuur is een belangrijke maatregel in de bescherming tegen financiële catastrofes voor een aantal mensen maar is onvoldoende om de financiële toegang tot de gezondheidszorg te garanderen. Hiervoor zijn er verschillende redenen:

- het **niet bereiken** van de hoogte van het **plafond**

Bij het systeem van de maximumfactuur moet eerst een bepaalde som aan remgeld betaald worden en pas als dat plafond bereikt is, is er vrijstelling van remgeld.

De maximumfactuur bevordert dus enkel de financiële toegang eens de drempel bereikt is. Het gevolg is dat mensen medische zorgen uitstellen en die drempel moeilijk bereiken.

- Ook als de drempel bereikt is moet de patiënt de kosten nog zelf dragen en wordt er **pas nadien terugbetaald**. (behalve bij de meest kwetsbare categorieën)
- **Bepaalde kosten** zijn nog steeds **niet opgenomen**.
- Tenslotte is het systeem van maximumfactuur nog **ongekend** bij vele mensen die in armoede leven zodat bijvoorbeeld ook de mogelijkheid om een versnelde terugbetaling te vragen ongekend is.

De maximumfactuur op zich is dus **onvoldoende** om de toegang tot de gezondheidszorg te garanderen. Toch is dit op zich geen slechte maatregel. Alleen moet er hard over gewaakt worden dat beleidsmensen (federaal, maar ook lokaal bijvoorbeeld OCMW en ziekenhuisbeleid) door het bestaan van de maximumfactuur niet het idee krijgen dat de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk is.

2. Hospitalisatieverzekeringen ...

Doordat de verplichte ziekteverzekering in een aantal sectoren van de gezondheidszorg niet of slechts in beperkte mate tussenkomt, worden deze sectoren (steeds meer) overgeleverd aan privé-verzekeringen.

Mensen die in armoede leven, hebben zelden een hospitalisatieverzekering. Dit omwille van verschillende redenen:

- de **kostprijs** (het budget is doorgaans zo krap dat dit amper toereikend is voor het vervullen van basisbehoeften zoals voeding en huisvesting)
- een gebrek aan **informatie**
- hospitalisatieverzekeringen doen aan **risicoselectie**. De premie is afhankelijk van de criteria die het risico op hospitalisatie verhogen (bijvoorbeeld de leeftijd). Mensen met een bijzonder hoog risico (bijvoorbeeld bejaarden, chronisch zieken) kunnen vaak niet meer tot een hospitalisatieverzekering

toetreden. Mensen in armoede verkeren vaak al in een te slechte gezondheidstoestand waardoor zij zich, ook al zouden ze het willen en op dat moment kunnen betalen, niet kunnen aansluiten.

- tenslotte is het zo dat een opname binnen de **psychiatrie** meestal niet onder de hospitalisatieverzekering valt. Deze opnames zijn vaak langdurig en kosten veel.

“Door een verkeersongeval heb ik de één operatie na de andere moeten ondergaan. Dat was zo kort opeen dat ik natuurlijk niet kon volgen met de betalingen. Vroeger had ik een ziekenhuisverzekering, maar toen ik in budgetbeheer ging moest ik dat afzeggen omdat dat een “luxe” was. Nu had het anders geen luxe geweest. Ik heb ondertussen al veel schulden afbetaald, maar nog niet alles. Daarom durf ik nu niet meer naar de dokter. Ik kan mij echt niet veroorloven om nog meer kosten te maken.”

Het aantal kosten bij hospitalisatie waarin de verplichte ziekteverzekering niet tussenkomt neemt toe. Hierdoor worden mensen zonder hospitalisatieverzekering vaak geconfronteerd met erg hoge eigen betalingen.

Om hieraan iets te doen stellen we het volgende voor:

- het **OCMW** zou meer aandacht kunnen besteden aan het afsluiten van hospitalisatieverzekeringen voor hun cliënten. Zo zouden zowel hun cliënten als het OCMW zelf heel wat kosten voor hospitalisatie bespaard worden.
- De **mutualiteiten** hebben hier een verantwoordelijkheid. Het is een taak van de verplichte ziekteverzekering om een eigen voor iedereen toegankelijke en betaalbare hospitalisatieverzekering uit te bouwen of om te komen tot een betere terugbetaling van de kosten verbonden aan een hospitalisatie.

3. Huisartsen op spoed

In sommige steden (o.a. Brussel) experimenteerden ziekenhuizen met het aanwezig zijn van een huisarts op de spoedafdeling. Deze huisarts verzorgt dan de consultaties van mensen die onder andere omwille van financiële redenen naar de spoedgevallendienst komen, maar niet echt “een spoedgeval” zijn.

Dit lijkt ons een socialere oplossing dan door de nieuwe regeling (zie pagina 26) de mensen te bestraffen die zeer moeilijk toegang tot de gezondheidszorg hebben en die de eerstelijnszorgen niet kunnen betalen.

4. Rekening houden met de context van de stad en de concentratie van (kans)armoede in bepaalde buurten

Maatregelen en initiatieven moeten rekening houden met de extra noden die er in een grootstad zijn.

Dit vindt men ook terug in wetenschappelijk onderzoek. Studies tonen aan dat het met de algemene gezondheidstoestand (zowel de lichamelijke, mentale en sociale gezondheid) van mensen in achtergestelde buurten significant slechter gesteld is dan met de algemene gezondheidstoestand van mensen in niet-achtergestelde buurten. Dit terwijl er geen significante verschillen vastgesteld worden tussen de stedelijke en niet-stedelijke buurten.

Het onderzoek "Gezondheid in Grote Steden" ¹² stelt dan ook vast dat *er zich in de achtergestelde buurten van grootsteden bovenop de socio-economische en milieuproblemen heel wat gezondheidsproblemen voordoen. De lichamelijke, mentale en sociale problemen vertonen over het algemeen een onderling verband. Men moet daarom dus streven naar een globale en multidisciplinaire aanpak om de gezondheid van mensen in achtergestelde buurten te verbeteren.* Een wijkgezondheidscentrum zou binnen dergelijke buurten een antwoord kunnen bieden op verschillende problemen.

5. Huisarts als spilfiguur

Een goede en vaste huisarts kan een belangrijke vertrouwenspersoon voor mensen in armoede zijn. Hij speelt ook een belangrijke rol bij de doorverwijzing naar meer gespecialiseerde zorg. Hij moet uitleg geven over de verschillende mogelijkheden, je duidelijk zeggen naar waar je moet gaan en hoe je de afspraak moet maken. Nadien is het belangrijk dat hij uitleg geeft bij de resultaten van de gedane onderzoeken. Een goede huisarts zou ook een belangrijke rol kunnen spelen in verband met een aantal preventieve onderzoeken (bijvoorbeeld baarmoederhalsscreening). Hij is de juiste persoon om mensen te stimuleren om bepaalde preventieve onderzoeken te ondergaan.

Bij het nemen van maatregelen is het belangrijk om oog te hebben voor de rol die een huisarts kan spelen. Zo pleiten wij bijvoorbeeld voor het uitbreiden van de medische waarborg van het OCMW naar huisartsen zodat de medische waarborg niet enkel gebruikt kan worden voor consultaties in ziekenhuizen (zie pagina 34) .

¹² Gezondheid in grote Steden, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit van Gent in samenwerking met het Departement Médecine Générale van de L' Université Libre de Bruxelles, in opdracht van de Minister van Grotstedenbeleid, 200

6. Verbeteren van de leefomstandigheden van mensen in armoede

Naast de toegang tot goede en betaalbare gezondheidszorg moeten ook de verschillende leefomstandigheden die mensen in armoede ziek maken (slechte of onveilige huisvesting, stress, arbeidsomstandigheden, sociaal isolement, tekort aan inkomen,...) verbeteren. Dit kan enkel door een het voeren van een inclusief armoedebeleid. Een inclusief armoedebeleid bestaat uit een samenhangend geheel van structurele maatregelen, die op verschillende domeinen en op verschillende niveaus tot stand komen.

Naar een toegankelijker geestelijke gezondheidszorg

De toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg is een belangrijk thema. Dit thema kwam soms ter sprake bij de groepsgesprekken, maar is niet uitgediept. Toch willen we een aantal belangrijke punten aangeven die de toegankelijkheid tot de geestelijke gezondheidszorg kunnen bevorderen:

- rekening houden met het **financiële** aspect. In bepaalde centra geestelijke gezondheidszorg kan je betalen volgens je inkomsten.

Ik ben eens ergens naar toe geweest en dat kostte mij elke keer 10 euro. Dat kon ik niet lang betalen. Ik ben er dus maar mee gestopt...

- Rekening houden met de **context** waarin mensen leven. We bedoelen daarmee dat er niet alleen rekening gehouden wordt met de persoon die begeleid wordt, maar dat er ook aandacht is voor de gezinsleden van die persoon. Daarnaast moet men ook rekening houden met de omstandigheden waarin men leeft. Kennis over armoede is dan ook onontbeerlijk om op een zinvolle manier aan hulpverlening te doen. Sommige diensten hebben doorheen de jaren heel wat expertise opgebouwd rond hulpverlening aan mensen in armoede. Zo heeft Centrum Kauwenberg al een jarenlange positieve ervaringen met het Mikado-team van het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Mensana. Alle centra voor geestelijke gezondheidszorg zouden expertise moeten ontwikkelen rond het werken met mensen in armoede.

- Aandacht voor **nazorg** is belangrijk. Zeker wanneer iemand langere tijd opgenomen is in het ziekenhuis en naar huis gaat, is nazorg belangrijk.
- De formule van **dagkliniek** wordt als zeer waardevol ervaren. Dit omdat het minder ingrijpend is dan een opname en je kan nog thuis zijn voor bijvoorbeeld je kinderen.
- Voor sommige mensen is het belangrijk dat het mogelijk is dat hulpverleners op **huisbezoek** kunnen gaan indien bijvoorbeeld mensen een aantal keer niet naar hun afspraak komen.
- Indien ambulante hulpverlening niet voldoende is dan moet men je **doorverwijzen**. Soms is het ook nodig dat hulpverleners je motiveren en ondersteunen om bepaalde stappen te zetten.
- **Uitbreiden** van het **aanbod** waardoor mensen niet te lang op een wachtlijst terecht komen.
- Hulpverleners moeten **vertrouwen** geven. Alleen wanneer je de hulpverlener kan vertrouwen kan men je helpen. Een aantal voorwaarden zijn:
 - Een vaste persoon, niet iemand die steeds wisselt zodat je steeds opnieuw je verhaal moet doen.
 - Het is belangrijk dat men je op je gemak stelt. Vaak is men heel zenuwachtig als men in het begin gaat.
- **Uitbreiding aanbod** residentiële en ambulante opvang voor kinderen en **jongeren** zodat jongeren niet terecht komen in de gesloten gemeenschapsinstellingen van Mol of Beernem omdat er geen plaats is in de geschikte instellingen.
- Verder zijn er een reeks maatregelen terug te vinden zijn binnen de algemene aanbevelingen: namelijk kinderopvang tijdens opname, eenvoudige taal gebruiken en niet over de hoofden van mensen praten.

Deel 5: EEN WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM ALS ANTWOORD OP VERSCHILLENDE DREMPELS

In verschillende Vlaamse steden zijn er wijkgezondheidscentra actief. Centrum Kauwenberg ziet hierin een waardevol model waarbij een antwoord gegeven wordt op verschillende drempels die de toegang tot de gezondheidszorg voor mensen in armoede bemoeilijken. Alvorens stil te staan bij de voordelen die wij zien in het concept “wijkgezondheidscentrum” en de weerstanden die dit concept oproept, willen wij eerst uitleggen wat men onder “wijkgezondheidscentrum” verstaat.

Hoe ziet een wijkgezondheidscentrum eruit?

Om een wijkgezondheidscentrum te zijn moet men voldoen aan de volgende voorwaarden:

- ***Verschillende disciplines onder één dak***

Een huisarts, een verpleegkundige en een kinesist werken samen onder één dak. Zij bieden een basispakket van zorg aan waarbij de huisarts de spilfiguur is.

Daarnaast kunnen naargelang de noden van de patiënten en de toegankelijkheid van het aanbod in de wijk nog andere disciplines aangeboden worden: maatschappelijk werk, gezondheidspromotie, diëtist, logopedist, pedicure, psycholoog,...

- ***Gemeenschapsgerichte werking***

Een wijkgezondheidscentrum richt zich niet alleen tot de individuele patiënt maar ook tot de gemeenschap. Het voert een actief gezondheidsbeleid naar de wijk of de regio. Dit in samenwerking met andere relevante partners. Zo wil men gezondheidsbehoeften en -voorwaarden in kaart brengen en hier rond iets ondernemen.

- ***Werken binnen duidelijk afgebakend gebied***

Een wijkgezondheidscentrum richt zich tot een duidelijk afgebakend werkgebied. Iedereen binnen dit gebied heeft toegang tot het centrum, ongeacht zijn afkomst.

- ***Structurele samenwerkingsverbanden***

Een wijkgezondheidscentrum streeft naar een structurele samenwerking op verschillende domeinen:

- de eerstelijnsgezondheidszorg waarvan het aanbod binnen het centrum niet voorhanden is
- de tweede- en derdelijnsgezondheidszorg
- lokale afdelingen van algemene welzijnsvoorzieningen
- georganiseerde netwerken zoals LOGO's en SEL's, wachtkringen, huisartsenkringen,...
- hulpverleningsorganisaties met specifieke doelgroepen zoals chronische zieken, verslaafden, mensen zonder papieren, kinderen met leerproblemen, mensen in armoede,...

- ***Een aanbod van gezondheidspromotie – en preventieactiviteiten***

Dit op verschillende vlakken:

- **preventie**: zowel individueel binnen de verschillende consultaties als in groep. Dit is vooral gericht naar de patiënten die ingeschreven zijn in het wijkgezondheidscentrum
- **gezondheidsvoorlichting en –opvoeding rond specifieke thema's**. Dit zowel voor de ingeschreven patiënten als voor andere wijkbewoners.
- **gezondheidspromotie**: projecten die een invloed hebben op het verwerven van controle op factoren die de gezondheid beïnvloeden: o.a. leefstijl, preventieve kennis en gedrag, fysieke en sociale leefomgeving en gebruik van gezondheidsdiensten.

- ***Integrale zorgverlening***

Gezondheid is een toestand van lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden. Een wijkgezondheidscentrum houdt binnen haar gezondheidsdiagnose en begeleiding rekening met deze verschillende elementen.

- ***Toegankelijkheid***

- **Financiële toegankelijkheid:** door middel van het forfaitair systeem garandeert het wijkgezondheidscentrum dat ze financieel toegankelijk zijn voor iedereen.
- **Fysieke en fysieke toegankelijkheid:** alle ruimtes zijn vlot toegankelijk (bijvoorbeeld voor rolstoelgebruikers) en het centrum is ook vlot bereikbaar met het openbaar vervoer.
- **Socio-culturele toegankelijkheid:** een wijkgezondheidscentrum is vrij toegankelijk voor iedereen los van culturele, sociale of politieke achtergrond.

- ***Patiëntenparticipatie***

Een wijkgezondheidscentrum erkent het recht en het belang van patiëntenparticipatie. Zij verbindt zich ertoe een werkbare vorm van inspraakmogelijkheid te ontwikkelen en te voorzien. Bijvoorbeeld een klachtenprocedure, een tevredenheidsenquête bij de ingeschreven patiënten, vertegenwoordiging van patiënten in beleidsorganen, een patiëntenraad,...

- ***Continuïteit***

- **In tijd:** een wijkgezondheidscentrum is minimum 10 uur per dag toegankelijk. Daarnaast voorziet het een 24 uur op 24 uur permanentie in het kader van de wachtdienst die binnen hun regio georganiseerd is.
- **In zorg:** per patiënt houdt men een globaal medisch dossier bij. Dit gebeurt zowel voor de medische, paramedische en maatschappelijke disciplines.

- ***Kwaliteitsbevordering***

Een wijkgezondheidscentrum verbindt zich ertoe op verschillende domeinen inspanningen te doen om de kwaliteit te waarborgen of te verbeteren.

Voorbeelden hiervan zijn:

- voldoende aandacht voor opleiding en vorming van het personeel
- opstellen van protocollen rond veel voorkomende of complexe zorgvragen
- stimuleren van zelfredzaamheid bij patiënten

- **Organisatievorm en visie**

Een wijkgezondheidscentrum is een pluralistische organisatie die niet gebonden is aan een politieke partij.

Een wijkgezondheidscentrum organiseert zich als niet-winstgevende organisatie (vzw).

Voordelen verbonden aan een wijkgezondheidscentrum

Een wijkgezondheidscentrum biedt volgens ons heel wat mogelijkheden om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en preventie voor mensen in armoede en andere kwetsbare groepen te vergroten. Hieronder volgt een overzicht van de belangrijkste voordelen.

1. Wegnemen van financiële drempels

Wijkgezondheidscentra werken met het **forfaitair systeem**. Dit betekent dat de zorgverlener een forfaitair bedrag ontvangt via het RIZIV afhankelijk van het aantal bij hem ingeschreven patiënten. Dit bedrag dekt alle raadplegingen en bezoeken. Het basisniveau van het forfait wordt nationaal berekend aan de hand van de jaarlijkse gemiddelde kostprijs per rechthebbende van de verstrekkingen waarvoor dekking is voorzien. De zorgverleners verbinden zich ertoe de ingeschreven patiënten geen betaling per prestatie meer aan te rekenen. Dit komt er in de praktijk op neer dat de **verstrekkingen voor de patiënt kosteloos** worden. Daar staat dan wel tegenover dat de patiënt zich voor de onder het forfait vallende verzorging steeds naar deze zelfde zorgverlenersgroep moet gaan. Zoniet verliest hij zijn recht op tussenkomst van de ziekteverzekering. De dokters en andere zorgverstrekkers krijgen net als de andere medewerkers een vast loon uitbetaald.

We zien hier verschillende voordelen:

- Het zorgt voor het **wegnemen** van een **financiële drempel** voor de consultaties van de door het wijkgezondheidscentrum aangeboden disciplines (minimaal huisarts, kinesist en verpleegkundige) . Voor medicatie, consultaties voor disciplines die niet in het wijkgezondheidscentrum aangeboden worden, voor de tweede- en derdelijnsgezondheidszorg blijven er financiële drempels bestaan. Hier is het dan belangrijk dat een wijkgezondheidscentrum een

beleid voert dat rekening houdt met deze financiële aspecten. Zij moeten hun patiënten zo goed mogelijk inlichten over tegemoetkomingen en voordelige maar kwaliteitsvolle alternatieven.

- Het stimuleert het hebben van een **vaste huisarts** die zijn patiënten beter kan opvolgen, de geschiedenis van zijn patiënten kent en zo betere zorg kan verstrekken.
- De patiënt wordt financieel gestimuleerd om eerst en vooral zijn huisarts te raadplegen. Op die manier kan men de klemtoon op de eerstelijnszorg leggen en zal er **minder** gebruik gemaakt worden van de dienst **spoedgevallen** en zal er minder snel, voor problemen die een huisarts kan oplossen, beroep gedaan worden op **specialisten** zonder doorverwijzing.
- Door het forfaitair systeem krijgt men een vast bedrag per patiënt, of die nu ziek is of niet. Dit maakt het voor de zorgverstreker zeer interessant om aandacht te besteden aan **preventie** en zijn patiënten te stimuleren om gezond te leven.
- **Weinig administratieve beslomeringen** voor de patiënt. De betaling van de arts wordt via het forfaitair systeem rechtstreeks via de ziekteverzekering geregeld.

2. Visie op gezondheid die rekening houdt met een complexe realiteit

Wanneer je spreekt met medewerkers van een wijkgezondheidscentrum valt hun visie op gezondheid op:

- Patiënten worden in hun **totaliteit** benaderd en er is naast aandacht voor medische problemen ook aandacht voor de psychische en sociale aspecten. Enkel zo'n benadering kan tegemoetkomen aan de complexiteit van armoede.
- Naast het curatieve aspect besteden zij veel aandacht aan **preventie**.

3. Kunnen werken rond preventie

Zoals ze nu georganiseerd worden, zijn preventiecampagnes niet aangepast aan de financiële draagkracht of de leefomstandigheden van mensen in armoede. Dergelijke campagnes komen vaak niet terecht bij mensen in armoede. Eerder dan hun doel te bereiken, worden ze door mensen in armoede als beschuldigend ervaren. Wijkgezondheidscentra kennen de noden en de problemen van de patiënten. Daardoor kunnen ze hun aanbod van preventief werken beter op hen **afstemmen** waardoor de initiatieven realistischer zijn en meer kans hebben om hun doel te bereiken.

Verder legt men ook de nadruk op "**gemeenschapsgericht werken**". Dit wil zeggen dat men initiatieven neemt om problemen die men binnen een wijk vaststelt te voorkomen.

4. Samenwerking

Het belang dat men hecht aan samenwerking is een troef voor mensen in armoede. Deze samenwerking situeert zich op twee niveaus:

- Enerzijds is er de **interne samenwerking** van het multidisciplinair team. Door middel van overleg kunnen de zorgverstrekkers de zorg op elkaar afstemmen en krijgen ze een breder beeld op de patiënt.
- Anderzijds gaat men samenwerkingsverbanden aan met **lokale organisaties** die deskundig zijn op het terrein van de gezondheidszorg of het algemeen welzijn. Hierdoor kunnen er netwerken ontstaan, kan de hulpverlening op elkaar afgestemd worden en kan men versnippering van zorg tegengaan.

5. Participatie van de patiënt

Het is belangrijk dat mensen hun mening kunnen zeggen over hoe ze de werking van een wijkgezondheidscentrum vinden en inspraak krijgen in de organisatie ervan. Dit is iets wat zelden voorkomt bij de reguliere eerstelijnsgezondheidszorg waar men de patiënt eerder als passieve consument van gezondheidszorg beschouwt.

Om mensen in armoede echt te laten participeren moet men wel aandacht besteden aan de manier waarop dit georganiseerd wordt. Het is niet evident dat

alle mensen zomaar hun mening geven. Wanneer mensen niet zo gemakkelijk hun mening kunnen zeggen, leek het onze groep een goed idee om ook de mogelijkheid te bieden om een vragenlijst in te vullen. Op die manier kunnen mensen die niet zoveel durven zeggen ook hun mening kwijt. Het is dan wel belangrijk dat mensen die niet zo goed kunnen lezen of schrijven wat ondersteuning kunnen krijgen van een medewerker van het wijkgezondheidscentrum. (in het wijkgezondheidscentrum van Leuven werken ze bijvoorbeeld met vrijwilligers voor het onthaal)

6. Ondersteuning

Het aanvullen van het team medische en paramedische zorgverstrekkers met een maatschappelijk werker is voor mensen in armoede en andere kwetsbare groepen een pluspunt.

In wijkgezondheidscentrum "De Ridderbuurt" in Leuven heeft men er bijvoorbeeld voor gekozen om een maatschappelijk werker in dienst te nemen die mensen ondersteunt in alles wat te maken heeft met hun gezondheidszorg. Bijvoorbeeld bij problemen in verband met doorverwijzing naar bepaalde diensten, het in orde maken van papieren voor bepaalde tegemoetkomingen, het samen zoeken naar een oplossing bij betalingsproblemen van een ziekenhuisrekening,...

7. Niet stigmatiserend, gericht naar de brede bevolking

"Er moet op gelet worden dat het (wijkgezondheidscentrum) geen stempel krijgt van 'dokter voor arme mensen'. Het zou een gemengd publiek moeten zijn."

Mensen in armoede vinden het belangrijk dat initiatieven niet stigmatiserend zijn. Wijkgezondheidscentra richten zich tot de **gehele bevolking** van een bepaalde buurt. Wijkgezondheidscentra willen zeker geen gezondheidszorg bieden enkel voor armen. Ze geloven in de meerwaarde van het concept voor elke burger en mikken op een divers publiek.

Bovendien is het zeker niet de bedoeling om een duale gezondheidszorg te creëren. Namelijk prestatiegeneeskunde voor mensen die kunnen betalen en forfaitaire geneeskunde voor diegenen die hen niet kunnen betalen. Bovendien is het zo dat, om een haalbare werking te hebben, het nodig is dat er een **evenwicht** is tussen mensen die veel en mensen die weinig zorg nodig hebben.

8. Signaalfunctie en voorbeeldfunctie

Wijkgezondheidscentra kunnen door hun manier van werken (visie, samenwerking, preventief werken) heel wat expertise opbouwen in het werken met groepen die anders moeilijk bereikt worden. Deze **expertise** kan nuttig zijn voor mensen die op zoek zijn naar manieren om hun aanbod toegankelijker te maken. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan het LOGO dat vaak vragende partij is bij verenigingen om na te denken over het bereiken van bepaalde doelgroepen.

Daarnaast kunnen wijkgezondheidscentra door hun werking bepaalde leemtes of drempels vaststellen in het samenwerken en doorverwijzen naar bepaalde diensten of gezondheidsvoorzieningen. Zij kunnen dit **signaleren** en mee zoeken naar voorstellen om het reguliere aanbod ook toegankelijker te maken.

9. Een goed voorbeeld van lokaal sociaal beleid¹³

In bijlage 4 vind je een korte samenvatting van de gezondheidsnota Antwerpen die in het kader van de voorbereiding van het lokaal sociaal beleid binnen de themagroep "toegankelijkheid" is gemaakt. Hierin is het opstarten van een wijkgezondheidscentrum opgenomen binnen de prioriteiten in verband met het verhogen van de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Een wijkgezondheidscentrum biedt een concrete oplossing in het toegang verlenen van de burger tot zijn rechten. Het richt zich bovendien naar alle burgers. Bovendien biedt dit kansen in het samenwerken tussen de lokale besturen (stad en OCMW) met andere partners (welzijns- en gezondheidsvoorzieningen).

Tenslotte is het ook zo dat het ondersteunen van een dergelijk initiatief slechts een tijdelijke financiële input vraagt vanuit de lokale overheid en de ondersteunende sociale organisaties. Na een aantal jaren wordt een wijkgezondheidscentrum in principe door middel van het forfaitair systeem zelfbedruipend.

¹³ Het decreet Lokaal Sociaal Beleid heeft tot doel om te verzekeren dat **iedereen gelijke toegang verkrijgt tot het recht op een menswaardig leven**. Om dit te realiseren moet de toegankelijkheid van de sociale dienst- en hulpverlening verbeteren. Een effectief Lokaal Sociaal Beleid vereist samenwerking tussen de lokale besturen onderling. Er moet dus een goede samenwerking komen tussen de Gemeente en het OCMW. Beide besturen hebben wettelijke taken in verband met welzijn. Enkel door gezamenlijke afspraken te maken en samen te werken, kan men overlapping voorkomen en afstemming realiseren. Verder moet er ook een samenwerking zijn tussen het lokaal bestuur en andere partners. Andere partners kunnen onder andere zijn: diensten (bijvoorbeeld Kind en Gezin, een centrum voor algemeen welzijnswerk,...), verenigingen (bijvoorbeeld verenigingen waar armen het woord nemen, verenigingen van allochtonen, het jeugdwerk,...), ziekenfondsen, ...

Een goed concept dat echter stuit op veel weerstanden...

Veel mensen die de leefwereld van groepen die moeilijk toegang tot de gezondheidszorg hebben (mensen in armoede, allochtonen, mensen zonder papieren,...) kennen, geloven in het concept van wijkgezondheidscentrum. Zij zien hierin een oplossing voor diverse problemen in verband met gezondheid waar deze groepen mee te maken hebben. De interesse vanuit deze hoek is dan ook groot.

We stuiten echter op heel wat weerstanden. Het is voor ons moeilijk om te vatten waarom deze weerstanden zo hardnekkig zijn. Wat juist de redenen zijn, wordt door "de tegenstanders" niet zo duidelijk verwoord en gezegd. We veronderstellen dat men bang is voor oneerlijke concurrentie. Wij zijn er echter van overtuigd dat een wijkgezondheidscentrum geen concurrentie vormt voor de huisartsen die in een bepaalde buurt actief zijn. Een wijkgezondheidscentrum beantwoordt namelijk aan een reële nood. Het zal vooral ook mensen bereiken die op dit moment weinig naar een huisarts, een kinesist,... gaan.

Het bestaan van veel weerstanden bij het opstarten van een wijkgezondheidscentrum, is echter herkenbaar. Wanneer je met wijkgezondheidscentra uit andere steden spreekt, hoor je dat ook daar bij het opstarten heel wat tegenkantingen waren, maar dat zij nadien een plaats vonden tussen de andere huisartsen, die konden ervaren dat ze beiden naast elkaar kunnen bestaan, elkaar kunnen aanvullen en kunnen samenwerken. Daarom is het belangrijk om met de huisartsen en huisartsenkringen te blijven communiceren.

DEEL 6

SAMENVATTING AANBEVELINGEN PER (BELEIDS)NIVEAU

Lokaal Sociaal Beleid: samenwerking Stad – OCMW – andere partners

- Het opstarten van een wijkgezondheidscentrum ondersteunen
- Bij het nemen van maatregelen en initiatieven rekening houden met de stedelijke context en de concentratie van kansarmoede in bepaalde buurten
- In het kader van Lokaal Sociaal Beleid in samenwerking met het OCMW en andere partners aandacht besteden aan de noden van mensen in armoede. In het kader daarvan kunnen verschillende zinvolle initiatieven genomen worden:
 - Binnen de stad een aantal duidelijke punten voorzien waar mensen alle informatie in verband met gezondheidszorg kunnen krijgen (sociaal huis – sociaal steunpunt gezondheid)
 - Initiatieven ondersteunen en bekendmaken die “crisisthuiszorg” voorzien in afwachting van het in orde zijn van de gewone thuiszorg
 - Ondersteunen van initiatieven die flexibele thuiszorg voorzien
 - Initiatieven die opvang organiseren voor kinderen boven de 12 jaar bij hospitalisatie van de ouder
 - Aandacht besteden aan een kwaliteitsvol en meer uitgebreid aanbod van geestelijke gezondheidszorg

OCMW

- Aandacht voor mensen die net boven de inkomensgrens zitten om te genieten van bepaalde tegemoetkomingen
- Vorming rond armoede om de kennis hierover te vergroten
- In de maatregelen en initiatieven aandacht besteden aan het belang van de huisarts en de eerstelijnsgezondheidszorg
- Vereenvoudigen van procedures om te genieten van bepaalde tegemoetkomingen

- Cliënten informeren over hun rechten
- Cliënten correct doorverwijzen
- Maatregelen nemen opdat cliënten een hospitalisatieverzekering zouden kunnen afsluiten
- Maatregelen nemen waardoor cliënten een globaal medisch dossier hebben
- Medische waarborg
 - Uitbreiden van de toekenning van de medische waarborg
 - Medische waarborg uitbreiden tot de eerstelijnsgezondheidszorg
 - Maatschappelijk werkers gaan zelf na of de cliënt in aanmerking komt
 - Duidelijkere en realistischere voorwaarden om in aanmerking te komen voor een medische waarborg

Ziekenhuizen

- Algemeen
 - Respectvolle omgang en klantvriendelijkheid: zowel bij het onthaal aan de balie, de verzorging en de sociale diensten
 - Rekening houden met de sociale en familiale context waarin mensen leven zodat er meer begrip kan zijn voor dingen die de patiënt doet of niet doet
 - Kennis van armoede zodat er meer begrip is voor dingen die de patiënt doet of niet doet
 - Zorg op maat bieden
 - Experimenteren met een huisarts op spoed
 - De voorschotten (75 euro) bij een hospitalisatie beperken.
- In verband met de waarborgen bij consultaties (voorlopig is dit enkel een algemene regel in de ZNA-ziekenhuizen)
 - Het vragen van waarborgen bij consultaties blijft een drempel. Het vragen van waarborgen zoveel mogelijk beperken
 - Stimuleren van de toepassing van de verminderde waarborg voor mensen in een preciaire financiële situatie door duidelijke informatie, een correcte en discrete doorverwijzing aan de balie en een goede werking van de sociale dienst
 - Realiseren van de maatregel dat enkel een arts mag beslissen of een consultatie al dan niet nodig is wanneer mensen geen geld bij hebben voor een waarborg

- Voor mensen met een betalingsverbintenis niet voor elke consultatie opnieuw een bewijs vragen dat de rekeningen betaald zullen worden, maar een bewijs voor een langere periode toestaan (vooral bij collectieve schuldbemiddeling)
- Het systeem van verwijsbrieven vooral uitbreiden naar eerstelijnsdiensten waar veel mensen in armoede komen en naar huisartsen
- Bij betalingsproblemen
 - Op ziekenhuisrekeningen vermelden welke stappen mensen moeten zetten bij betalingsproblemen
 - Samen met de patiënt een realistisch afbetalingsplan opstellen
 - Het regelen van afbetalingsplannen binnen de ziekenhuizen houden en niet doorverwijzen naar de sociale centra van het OCMW
 - Wanneer er een afbetalingsplan is automatisch en minimum jaarlijks een duidelijk overzicht geven van de stand van zaken
- Sociale diensten:
 - Mensen correct doorverwijzen en ondersteunen bij stappen die ze moeten zetten
 - Informatie geven
 - Pro-actief werken en zelf het initiatief nemen om samen met mensen naar oplossingen te zoeken wanneer er problemen zijn
 - Bij ontslag uit het ziekenhuis aandacht besteden aan nazorg en mensen zonder sociaal netwerk ondersteunen bij de terugkeer naar huis

Mutualiteiten

- Een bredere toepassing van de derdebetalersregling promoten bij zorgverstrekkers door het administratief eenvoudig te maken en een snelle terugbetaling te garanderen.
- Een bredere toepassing van de derdebetalersregeling stimuleren door de leden te informeren over deze mogelijkheid.
- Vereenvoudigen procedures om te genieten van bepaalde tegemoetkomingen
- Taak opnemen van mensen te ondersteunen bij de stappen die ze zetten en de belangen van hun leden te behartigen

- Informatie verstrekken rond gezondheidszorg en rond de rechten die mensen hebben op bepaalde tegemoetkomingen, generische geneesmiddelen, globaal medisch dossier,...
- Het aanbieden van een snelle terugbetaling van consultaties via proton
- Het stimuleren van automatische toekenning van bepaalde rechten
- Bij vragen van leden zorgen voor een correcte doorverwijzing met voldoende praktische informatie
- Vorming rond armoede om meer rekening te kunnen houden met deze groep
- Werken aan toegankelijke en betaalbare hospitalisatieverzekeringen of aan betere terugbetaling bij hospitalisatie

Huisartsen, tandartsen, kinesisten

- Taalgebruik aanpassen
- Toepassen derdebetalerssysteem bij mensen met betalingsmoeilijkheden
- Rekening houden met de sociale context van patiënten
- Vorming en kennis over armoede zodat er meer begrip ontstaat voor wat mensen al dan niet doen en zodat bepaalde problemen bespreekbaar worden
- Zelf het initiatief nemen om interessante dingen voor te stellen: bijvoorbeeld globaal medisch dossier, generische geneesmiddelen, derdebetalersregeling

Federale overheid

- Maatregelen in verband met generische geneesmiddelen verfijnen
- Bij het nemen van maatregelen aandacht besteden aan mensen die niet onder bepaalde statuten vallen of die net boven bepaalde grenzen vallen
- Extra middelen voor het ontwikkelen van initiatieven op maat op vlak van gezondheidszorg voor grotere steden met kansarme buurten
- Maatregelen nemen die het belang en de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg stimuleren
- Verfijnen van het systeem van de maximumfactuur
- Werken aan administratieve vereenvoudiging
- Werken aan het automatisch toekennen van datgene waar mensen recht op hebben
- Burgers degelijk informeren over hun rechten op vlak van gezondheidszorg
- Maatregelen nemen die de algemene leefomstandigheden van mensen in armoede verbeteren door een doeltreffend armoedebeleid te voeren

DEEL 7: PROJECTVERLOOP

Om te komen tot dit dossier en de kleine, maar toch concrete resultaten is er heel wat werk aan vooraf gegaan. Naast de resultaten die er zijn, vinden wij het proces dat hieraan vooraf ging zeker zo belangrijk. Daarom stellen wij hieronder het projectverloop schematisch voor. U zal merken dat we rond verschillende subthema's door elkaar werkten.

Eerst en vooral moesten we van koers veranderen en ons oorspronkelijk spoor "nadenken rond het concept van een wijkgezondheidscentrum en de invulling hiervan door mensen in armoede" verlaten doordat de OCMW-ziekenhuizen gingen verzelfstandigen. Doorheen het project bleven de subthema's "ziekenhuizen" en "wijkgezondheidscentrum" elkaar doorkruisen. Zo komen we tot drie delen:

- Een **algemeen** deel waarbij we het thema "toegankelijkheid van de gezondheidszorg" verkend hebben door middel van:
 - groepsbijeenkomsten waarbij we ervaringen, knelpunten en voorstellen verzameld hebben
 - een vragenlijst
 - contacten met sleutelfiguren en diensten

Verder beschrijven we hier ook de deelname aan de werkgroep "toegankelijkheid van de gezondheidszorg", een werkgroep ter voorbereiding van het **lokaal sociaal beleidsplan** van Antwerpen. Op basis van de informatie die we verzamelden door het werken rond de subthema's "toegankelijkheid van de ZNA-ziekenhuizen" en "wijkgezondheidscentrum" nam Centrum Kauwenberg deel aan deze werkgroep.

- Een deel rond het subthema "**toegankelijkheid** van de **ZNA-ziekenhuizen**", de verzelfstandigde OCMW-ziekenhuizen
- Een deel rond het subthema "**wijkgezondheidscentrum**"

Projectverloop algemene thema's

2003

Februari-juni

Samenleggen van ervaringen met betrekking tot het thema gezondheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg, leren kennen van een aantal diensten (bv sociaal steunpunt gezondheid OCMW,...)

Verzamelen van informatie door middel van het afnemen van een vragenlijst via huisbezoeken bij mensen van Centrum Kauwenberg die niet deelnemen aan de gezondheidsgroep zodat ook hun ervaringen meegenomen worden.

Een voorlopige versie van de vragenlijst werd voorgelegd aan een aantal personen (stedelijke armoedecel, sociaal steunpunt gezondheid (OCMW), een huisarts die veel mensen in armoede als patiënt heeft, het Logo) die binnen dit thema deskundig zijn. Aan de hand van hun opmerkingen werd de definitieve versie gemaakt. Items die bevroegd werden zijn: ervaringen in verband met huisarts/tandarts, ziekenhuis (onthaal, kosten, verzorging, afbetalingsplannen,...), gebruik maken van spoedgevallendienst, het kennen van bepaalde maatregelen (bijvoorbeeld de maximumfactuur, het globaal medisch dossier,...), begeleiding zwangerschap, preventie,...

Juni-september

Inventaris van knelpunten rond het thema op basis van de ervaringen van de leden van de gezondheidsgroep

19 september

Grote Samenkomst Antwerps Platform Generatiearmen (APGA). Toetsen van de knelpunten en voorstellen bij de andere verenigingen van het APGA. Aan de hand van een gezondheidsspel werkten we rond 4 thema's: beleid, preventie, kostprijs en allerlei. Aanwezige waarnemers: Ria De Clerck (sociaal steunpunt gezondheid-OCMW Antwerpen), Carl Cauwenbergh (LOGO Antwerpen), Dirk Bontinck (hoofd sociale dienst Stuivenbergziekenhuis)

2004

2005

- 4 januari** Gesprek Marijke Cassiers (OCMW) in verband met onze mogelijke inbreng rond het thema gezondheid bij de voorbereiding van het Lokaal Sociaal Beleidsplan in Antwerpen
- 14 januari** Gesprek met Herwig Vanroost en Susanne Sleecks (Dienst Burgerzaken, Volksgezondheid van de stad Antwerpen) in verband met armoede en gezondheid.
- 18 februari** Grote Samenkomst Antwerps Platform Generatiearmen (APGA). Toetsen van voorstellen in verband met het lokaal sociaal beleidsplan in verband met het thema toegankelijkheid van de gezondheidszorg bij de andere verenigingen van het APGA.
- 18 februari** Deelname aan de werkgroep "toegankelijkheid van de gezondheidszorg", een werkgroep ter voorbereiding van het lokaal sociaal beleidsplan van Antwerpen
- 25 februari** Werkgroep "armoede en gezondheid", steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, ter voorbereiding van de dialoogmomenten naar aanleiding van 10 jaar algemeen verslag van de armoede
- Maart** Groepsbijeenkomst rond hospitalisatieverzekeringen: informatie in verband met aansluiting, kostprijs, voorwaarden, uitsluitingen,... Aankaarten van een aantal problemen. Dit gebeurde in samenwerking met een medewerker van CM Antwerpen
- 25 maart** Deelname aan de werkgroep "toegankelijkheid van de gezondheidszorg", een werkgroep ter voorbereiding van het lokaal sociaal beleidsplan van Antwerpen

- April – mei** Groepsbijeenkomsten rond het thema “toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg”: drempels en “wat verwachten wij van de geestelijke gezondheidszorg?”
- 19 mei** Provinciaal dialoogmoment naar aanleiding van 10 jaar algemeen verslag van de armoede: werkgroep gezondheid
- 23 juni** Voorstellen “projectwerking rond gezondheid” op de studiedag “Kansen bevorderen voor gezondheid”, uitwisseling tussen Vlaanderen (VIG) en Nederland
- 29 augustus** Werkgroep “armoede en gezondheid”, steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, ter voorbereiding van het tweejaarlijks verslag
- 3 juni** Deelname aan de werkgroep “toegankelijkheid van de gezondheidszorg”, een werkgroep ter voorbereiding van het lokaal sociaal beleidsplan van Antwerpen: bepalen van prioriteiten

Algemeen: contacten met het LOGO (Kam de Luis Lam, preventie CO-intoxicatie)

Projectverloop thema toegankelijkheid OCMW/ZNA-ziekenhuizen

2003

- oktober** Verzamelen van ervaringen ter voorbereiding van de persconferentie in verband met de OCMW-ziekenhuizen en de toegankelijkheid van deze ziekenhuizen. Huisbezoeken en groepsbijeenkomst. Gesprekken met sleutelfiguren (Johan De Muynck - OCMW, Dirk Bontinck – hoofd sociale dienst Stuivenbergziekenhuis)
- november** Voorbereiden persconferentie met de groepsleden

4 november Persconferentie naar aanleiding van de privatisering van de OCMW-ziekenhuizen tot ZNA-ziekenhuizen. Aandacht bij het Radio 2-nieuws, "Voor de dag" op Radio 1, ATV (regionale zender), Gazet van Antwerpen, De Standaard, Het Nieuwsblad, de portaalsite armoede.be

november – december

Start groepsbijeenkomsten rond de toegankelijkheid van de ZNA-ziekenhuizen en de sociale opdracht van deze ziekenhuizen

23 december

Reactie op het voorstel van de OCMW-voorzitter Monica De Coninck om een waarborg te vragen aan alle patiënten bij een consultatie in een ZNA-ziekenhuis. Aandacht bij Radio 2-nieuws, "De Wandelgangen" Radio 1 en het journal van TV1 en Canvas.

2004

Januari – april 2004

Groepsbijeenkomsten rond de sociale opdracht van de ZNA-ziekenhuizen: ervaringen, knelpunten, gevolgen en voorstellen

- Waarborgen
- Sociale diensten
- Onthaal
- Afbetalingsplannen

23 maart Overleg in verband met de sociale opdracht ZNA met Gie Goyvaert (ZNA), Martin Coninckx (OCMW), Monica De Coninck (OCMW) en Johan De Muynck (OCMW)

27 april Voorbereiding Ronde Tafel Ziekenhuisnetwerk Antwerpen met Gie Goyvaerts, Bruno Soomers, Dirk Bontinck, Ilse Jacques (ZNA)

14 mei Grote Samenkomst Antwerps Platform Generatiearmen (APGA). Toetsen van de knelpunten en voorstellen bij de andere verenigingen van het APGA. Aanwezige waarnemers: Bruno Soomers, administratief

verantwoordelijke ZNA, Gie Goyvaerts, directeur van de gespecialiseerde ziekenhuizen ZNA, Wies Meeuws, OCMW-lokaal sociaal beleid KRM

juni Groepsbijeenkomst om de ronde tafel rond de sociale opdracht van ZNA voor te bereiden

29 juni Ronde tafel rond de sociale opdracht van ZNA: inventaris knelpunten op basis van de gesprekken met verschillende organisaties (het Medisch Steunpunt van De Acht vzw, Artsen zonder Grenzen, Kind en Gezin, SODA, de stedelijke Armoedecel, APGA, Centrum Kauwenberg, Geneeskunde voor het Volk, Haven vzw,...)

23 september

Ronde tafel rond de sociale opdracht van ZNA: voorstellen en maatregelen:

- Vorming aan baliepersoneel en personeel sociale dienst rond klantvriendelijkheid (o.a. discretie)
- Er zal werk gemaakt worden van de bereikbaarheid van de sociale diensten en meer duidelijkheid rond taken sociale dienst
- Aanpassing waarborgen
 - Mensen met WIGW-statuuut moeten automatisch slechts 6 euro waarborg betalen (via derdebetalersregeling)
 - Mensen met een beperkt inkomen kunnen via de sociale dienst een verminderde waarborg krijgen
 - De mogelijkheid voor bepaalde organisaties om een verwijsbrief te schrijven waardoor mensen gebruik kunnen maken van een verminderde waarborg van 6 euro.

oktober Voorstellen nieuwe maatregelen ZNA in mannengroep en de vrouwengroepen van Centrum Kauwenberg met de vraag om problemen te signaleren

8 november Overleg met Gie Goyvaerts en Bruno Soomers in verband met het uitschrijven van verwijsbrieven om in aanmerking te komen voor een verminderde waarborg

2005

18 februari Grote Samenkomst Antwerps Platform Generatiearmen (APGA). Toetsen van de knelpunten en voorstellen rond de sociale opdracht van de ZNA-ziekenhuizen bij de andere verenigingen van het APGA.

April Groepsbijeenkomst: voorbereiden nota: "evaluatie van de voorgestelde procedures in verband met de toegankelijkheid van de ZNA-ziekenhuizen"

22 april Ronde tafel sociale opdracht ZNA-ziekenhuizen: evaluatie van de voorgestelde procedures met betrekking tot toegankelijkheid

Projectverloop thema wijkgezondheidscentrum

2003

20 oktober Gesprek met Philippe Jacobs (Vereniging voor wijkgezondheidscentra te Brussel), verantwoordelijk voor het ondersteunen en ontwikkelen van nieuwe projecten rond wijkgezondheidscentra.

2004

mei – december

Groepsbijeenkomsten rond het thema wijkgezondheidscentrum. Wat is een wijkgezondheidscentrum? Hoe moet dat er voor ons uitzien? Wat is een goede huisarts?

- 10 mei** Overleg met Ilse De Keersmaecker van de Buurtontwikkelingsmaatschappij (BOM) in verband met het opstarten van een wijkgezondheidscentrum in Antwerpen.
- 22 juni** Bezoek met de projectgroep gezondheid aan wijkgezondheidscentrum "De Ridderbuurt" in Leuven
- 9 november** Voorstelling van het concept "wijkgezondheid" in de BOM (buurtontwikkelingsmaatschappij) voor geïnteresseerde diensten, organisaties, zorgverstrekkers,...

2005

januari – februari

Groepsbijeenkomsten rond het thema wijkgezondheidscentrum. Hoe moet dat er voor ons uitzien? Stand van zaken van de ontwikkelingen en de plannen in Antwerpen.

- 18 februari** Grote Samenkomst Antwerps Platform Generatiearmen (APGA). Toetsen van de voorstellen rond het concept wijkgezondheidscentrum bij de andere verenigingen van het APGA.
- 17 mei** Gesprek met artsen zonder grenzen (Gerd De Volder) in verband met het concept van "wijkgezondheidscentrum"
- 10 juni** Gesprek Bie Bosmans, verantwoordelijk voor de stuurgroep aanspreekpunt eerstelijnsgezondheidszorg die opgericht is op vraag van de stad en het OCMW. Binnen die stuurgroep wordt onderzocht hoe de toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg vergroot zou kunnen worden. Vraag vanuit Centrum Kauwenberg om deel te nemen aan deze stuurgroep (is voorlopig niet toegestaan)

Bronnen

Algemeen verslag over de armoede, Koning Boudewijnstichting, i.s.m. ATD Vierde Wereld België en Vereniging van Belgische Steden en Gemeenten, in opdracht van de Minister van Sociale Integratie, Brussel, 1994, 431 p.

Armoede en gezondheid: knelpunten in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, Van ervaringen en onderzoek naar beleid, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent, 2002.

Armoede en sociale uitsluiting, Eindverslag van het vooruitgangscongres inzake de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting in Vlaanderen – 2004 (rapport gemaakt in opdracht van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, afdeling Algemeen Welzijnsbeleid)

Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2003, OASES, Vranken J., De Boyser, K. en DIERCKX, D. (red.), Acco, 2003, 517p.

In dialoog, Tweejaarlijksverslag, december 2003, Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding, Brussel, 2003, 244p.

Nieuwe kwetsbare groepen in de Belgische gezondheidszorg. Chris Vanroelen, Tom Smeets, Fred Louckx, Academia Press, 2004, 277p

Lijst afkortingen

APGA	Antwerps Platform Generatiearmen
BOM	Buurtontwikkelingsmaatschappij
CAW	Centrum Algemeen Welzijnswerk
CKG	Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning
LOGO	Lokaal Gezondheidsoverleg
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
SEL	Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg
SODA	Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen
WIGW	Weduwen, Invaliden, Gepensioneerden en Wezen
ZNA	Ziekenhuisnetwerk Antwerpen

Bijlagen

Bijlage 1

VRAGENLIJST TOEGANKELIJKHEID VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Naam:

Leeftijd:

Woonplaats/buurt:

Geslacht: man vrouw

Partner: ja neen

Kinderen (tot 18 jaar):

Leeftijd

(1)..... woont thuis ergens anders

(2)..... woont thuis ergens anders

(3)..... woont thuis ergens anders

(4)..... woont thuis ergens anders

(5)..... woont thuis ergens anders

(6)..... woont thuis ergens anders

HUISARTS

Heb je een vaste huisarts voor jezelf?

ja neen

Heb je een vaste huisarts voor je kinderen?

ja neen

Hoe ben je bij die huisarts terecht gekomen?

die dokter is het dichtste bij

via vrienden, burens, van horen zeggen

via familie

via Centrum Kauwenberg: naam arts:

toevallig

andere:

Heb je een globaal medisch dossier voor jezelf?(uitleggen wat het is)?

Iedereen kan aan zijn huisarts vragen om een globaal medisch dossier bij te houden. Hiervoor moet je 17 € betalen die je achteraf volledig terugkrijgt van het ziekenfonds. Wanneer je een globaal medisch dossier hebt, heb je recht op 30 % vermindering van het remgeld voor elke raadpleging bij een erkende huisarts. Zo wil men mensen aanmoedigen om te kiezen voor een vaste huisarts.

ja

neen

ik weet het niet

Heb je een globaal medisch dossier voor je kinderen?

ja

neen

ik weet het niet

Durf je altijd vragen wat je wil weten ?

ja

neen

Waarom wel of waarom niet?

.....

Als je iets vraagt aan je huisarts, begrijp je dan meestal wat hij zegt?

- ja neen

Waarom niet?

- te veel moeilijke woorden
 hij praat te snel
 het onderwerp is te moeilijk om te volgen
 andere:
-

Durf je altijd gaan naar de huisarts?

- ja neen

Indien neen, waarom niet?

- angst
 ik ben verlegen
 ik ben niet in orde met de ziekenkas
 ik voel mij niet op mijn gemak bij een mannelijke/vrouwelijke dokter
 de kosten die het bezoek meebrengen
 het wachten in de wachtzaal
 de afstand om naar de huisarts te gaan
 ik ben bang voor de diagnose
 andere redenen:

Heb je "speciale" gezondheidsproblemen (chronische ziekten)?

- astma
 suikerziekte
 arthrose
 andere:

Hebben je kinderen "speciale" gezondheidsproblemen?

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Leeftijd kind: | leeftijd kind: | leeftijd kind: |
| <input type="radio"/> astma | <input type="radio"/> astma | <input type="radio"/> astma |
| <input type="radio"/> allergie | <input type="radio"/> allergie | <input type="radio"/> allergie |
| <input type="radio"/> andere: | <input type="radio"/> andere: | <input type="radio"/> andere: |

Hoe dikwijls heb je een dokter nodig voor jezelf?

- om de twee maand
 om het half jaar
 om het jaar
 meer dan om de twee maand: nl.....

Hoe dikwijls heb je een dokter nodig voor je kinderen?

- om de twee maand
 om het half jaar
 om het jaar
 meer dan om de twee maand: nl.

Gebeurt het dat je een dokter nodig hebt en dat je niet gaat?

- ja neen

Waarom ga je niet?

.....

Gebeurt het dat je een dokter nodig hebt voor je kinderen en dat je niet gaat?

- ja neen

Waarom ga je niet?

.....

Als je een dokter nodig hebt voor jezelf:

- ga ik tijdens de spreekuren
- komt de dokter bij mij thuis
- ga ik op afspraak buiten de spreekuren
- anders:

Als je een dokter nodig hebt voor je kinderen:

- ga ik tijdens de spreekuren
- komt de dokter bij mij thuis
- ga ik op afspraak buiten de spreekuren
- anders:

Kan je het advies dat de huisarts je geeft meestal opvolgen?

- ja
- neen

Indien neen, wat is dan het probleem (meerdere antwoorden mogen aangeduid worden)

- aankopen van de medicatie
- medicatie volledig innemen
- iets doen (bv. rusten, ...)
- iets laten (bv. roken, alcohol, werken,...)
- terug op controle gaan
- andere:

Kan je het advies dat de huisarts je geeft voor je kinderen meestal opvolgen?

- ja
- neen

Indien neen, wat is dan het probleem (meerdere antwoorden mogen aangeduid worden)

- aankopen van de medicatie
- medicatie volledig innemen
- iets doen (bv. naar een kinesist gaan,...)
- iets laten (bv. snoep,...)
- terug op controle gaan
- opname in een ziekenhuis
- naar een specialist gaan
- andere:

Waarom?

.....

Werkt je huisarts met het derdebetalerssysteem?

Bij het systeem van derde betaler moet je **niet** eerst het volledige bedrag betalen aan je dokter om achteraf een bepaalde som via het ziekenfonds terug te krijgen. Bij het systeem van derde betaler moet je enkel het deel betalen dat je anders niet terugkrijgt via het ziekenfonds.

- ja
- neen

Wat doe je als je in het weekend ziek wordt?

- naar de spoed gaan
- naar de dokter van wacht bellen
- wachten tot na het weekend
- andere:

TANDARTS

Hoe lang is het geleden dat je naar de tandarts geweest bent?

- minder dan 1 jaar
- minder dan 2 jaar
- meer dan 2 jaar
- meer dan 5 jaar
- meer dan 10 jaar
- nooit

Waarom ga je naar de tandarts voor jezelf?

- gewoon om na te kijken, preventief
- ik had pijn
- andere:

Hoe lang is het geleden dat je naar de tandarts geweest bent met je kinderen?

- minder dan 1 jaar
- minder dan 2 jaar
- meer dan 2 jaar
- meer dan 5 jaar
- meer dan 10 jaar
- nooit

Waarom ga je naar de tandarts voor je kinderen?

- gewoon om na te kijken, preventief
- had pijn
- andere:

Ga je altijd naar dezelfde tandarts?

- ja
- neen
- Waarom?.....

Durf je altijd naar de tandarts gaan?

- ja
- neen

Indien neen, waarom niet?

- angst
- ik ben verlegen
- ik ben niet in orde met de ziekenkas
- de kosten
- het wachten in de wachtzaal
- de afstand om naar de tandarts te gaan
- andere:

Durf je altijd naar de tandarts gaan voor je kinderen?

- ja
- neen

Indien neen, waarom niet?

- ze zijn bang
- ik ben verlegen
- ik ben niet in orde met de ziekenkas
- de kosten
- het wachten in de wachtzaal
- de afstand om naar de tandarts te gaan
- andere:

BEGELEIDING ZWANGERSCHAP

Waar werd je opgevolgd tijdens je zwangerschap?

- in het ziekenhuis
- door een gynaecoloog (privé)
- in het medisch centrum
- bij Kind en Gezin
- de huisarts
- ergens anders:

Hoe verliep de zwangerschap?

- goed: er waren geen problemen
- moeilijk: er waren volgende problemen:
.....

Hoe vaak ging je op controle bij je zwangerschap? keer

Heb je op voorhand prenatale oefeningen gevolgd om de bevalling voor te bereiden (ademhaling e.d.)?

- ja neen

Waarom?
.....

Vind je dat je voldoende informatie kreeg ivm je zwangerschap en de bevalling?

- ja neen

Indien neen, waar zou je meer informatie over willen?
.....

Hoe lang bleef je in het ziekenhuis na de bevalling? Ben je vroeger vertrokken uit het ziekenhuis? Waarom?

.....

Ben je met je kinderen naar de consultaties van Kind en Gezin geweest?

- ja neen

Indien neen, waarom niet?
.....

ZIEKENHUIS

Ben je de laatste 2 jaar naar het ziekenhuis geweest?

- ja neen

Indien ja,

polikliniek

voor een opname

consultatie bij een specialist

onderzoek

radiografie

consultatie op de spoed

bevalling

operatie

ontwenning

ik zag het niet meer zitten

andere:

In welke ziekenhuizen ben je (en eventueel je kinderen) al opgenomen?

Kies je voor een OCMW-ziekenhuis?

- ja neen

Ga je altijd naar hetzelfde ziekenhuis?

- ja
Indien ja, waarom?

-
 neen
Indien neen, waarom ben je al van ziekenhuis veranderd?
 schulden in een ander ziekenhuis
 financiële redenen
 verhuisd
 afstand
 er zit een betere dokter
 andere.....

Zijn 1 of meer van je kinderen de laatste twee jaar naar het ziekenhuis geweest?

- ja neen
Indien ja: hoeveel kinderen en voor wat?

Ben je de laatste twee jaar naar de spoed geweest?

- ja neen

Indien ja? Waarom?

Indien ja?

- op eigen initiatief
 met de ambulance
 doorverwijzing door een dokter
 andere:

Indien ja? Hoe dikwijls

- voor jezelf:
 voor je kinderen:

Hoe ben je in het ziekenhuis terecht gekomen?

- via de spoed
 doorverwijzing van de huisarts
 andere.....?

Wat vind je van de verzorging, de specialisten, de ontvangst, de informatie en communicatie in de ziekenhuizen waar je al geweest bent voor jezelf of voor je kinderen:

Ziekenhuis:

	Heel goed	Goed	Minder goed	Slecht
Verzorging				
Specialisten				
Informatie				
ontvangst				

... (voor verschillende ziekenhuizen)

Hoe ben je naar het ziekenhuis gegaan?

- ik ben zelf gegaan
- ik ben met de ambulance gegaan
- iemand heeft mij gebracht

Heb je al problemen gehad met de betaling van de ziekenhuiskosten?

- ja neen
- Indien ja, wat heb je gedaan?
- ik heb zelf contact opgenomen met de sociale dienst?
- de sociale dienst heeft mij gecontacteerd?

Welke oplossing is er voorgesteld?

.....

Was je tevreden met de voorgestelde oplossing?

- ja neen

Heb je schulden in een ziekenhuis?

- neen
- ja, in welke ziekenhuizen?

Hoe innen ziekenhuizen hun schulden?

- via een brief
- via een deurwaarder
- via een incasso-bureau
- andere:

Ben je al geweigerd om financiële redenen in een ziekenhuis?

- ja neen

Indien ja, in welk ziekenhuis?

.....

Indien ja, voor wat ging je toen naar het ziekenhuis?

.....

Heb je al eens een voorschot moeten betalen in een ziekenhuis?

Welk ziekenhuis? (vragenlijst dateert van voor ZNA-ziekenhuizen)

.....

SPECIALISTEN

Ben je de laatste twee jaar doorverwezen naar een OOGARTS?

- ja voor jezelf neen
- voor mijn kind(eren)

Ben je dan naar de oogarts geweest voor jezelf?

- ja neen

Waarom?.....

Ben je dan naar de oogarts geweest voor je kind(eren)?

- ja neen

Waarom?.....

ANDERE

Heb je voorstellen waardoor de gezondheidszorg toegankelijker zou worden voor mensen die in armoede leven?

.....

Heb je al meegemaakt dat het OCMW tussenkwam bij medische kosten?

- ja
 - neen, ik heb het nog nooit gevraagd
 - neen, ik heb het gevraagd maar het werd geweigerd
- Hoe zijn je ervaringen hiermee?
-

Ken je het sociaal steunpunt gezondheid?

Het sociaal steunpunt gezondheid is een dienst van het OCMW die o.a. advies geeft over gezondheidsproblemen en over hoe je gezondheidsproblemen kan voorkomen. Het sociaal steunpunt gezondheid begeleidt ook mensen naar de dokter, het ziekenhuis en allerlei diensten die met gezondheid te maken hebben. (Schoolstraat in 2060 Antwerpen)

- neen
- ja

Indien ja, maak je er gebruik van

- neen
- ja

Indien ja, ben je tevreden over hun aanbod

- ja
- neen

Waarom?.....

Neem je soms deel aan een preventief gezondheidsonderzoek dat georganiseerd wordt door de stad bijvoorbeeld: borstkanker, baarmoederhalskanker?

- ja
- neen

Waarom niet?

- angst
- geld
- ik weet niet waar het is e.d.
- ik laat het onderzoek door mijn huisarts of gynaecoloog doen
- andere

Ken je het systeem van de maximumfactuur?

De maximumfactuur houdt in dat een gezin niet meer dan een bepaald bedrag moet uitgeven voor bepaalde gezondheidskosten (remgelden voor artsen, verpleegkundigen, remgelden voor noodzakelijke geneesmiddelen en remgelden voor hospitalisatie)

- ja
- neen

Heb je al kunnen genieten van een terugbetaling van gezondheidskosten dankzij het systeem van de maximumfactuur?

- ja
- neen
- ik weet het niet

Bijlage 2

Privatisering van de Antwerpse OCMW-ziekenhuizen tot ZNA-ziekenhuizen

In januari 2004 werden de Antwerpse OCMW-ziekenhuizen geprivatiseerd tot ZNA-ziekenhuizen.

Er gebeurden hierbij twee verschillende dingen die op zich los staan van elkaar maar die elkaar toch zullen beïnvloeden:

- 1) de verzelfstandiging van de OCMW-ziekenhuizen door het oprichten van de private vzw "ZNA". Deze constructie maakt het mogelijk dat de stad niet meer automatisch alle tekorten van de OCMW-ziekenhuizen op zich moet nemen.
- 2) Een interne reorganisatie waardoor er middelen moeten vrijkomen.

In de vzw ZNA zal het OCMW een belangrijke rol blijven spelen. Dit is statutair verzekerd.

De doelstelling van ZNA bestaat uit het uitbouwen van een uitgebalanceerd en complementair ziekenhuisaanbod in Antwerpen met aandacht voor toenemende vergrijzing en aandacht voor de toegankelijkheid van de kansarme patiënten.

De sociale opdracht van ZNA bestaat uit:

- 1) sociale en interculturele dienstverlening: sociale dienstverlening en tolken. De zeer specifieke OCMW-opdrachten zullen uit de sociale dienst van het ziekenhuis getrokken worden (bijvoorbeeld onderzoek bestaansmiddelen) en naar de sociale centra van het OCMW in de wijk gaan.
- 2) Ontslagbeleid bij "sociale" complexe pathologieën: een ondersteunende aanpak van mensen die omwille van de sociale omstandigheden niet na de door het RIZIV voorziene termijn naar huis kunnen (langer in het ziekenhuis verblijven dan gemiddeld medisch nodig is of zorg voor thuisverpleging en andere dienstverlening.)
- 3) Wanbetalers: innen van achterstallige rekeningen, met een onderscheid tussen patiënten die niet willen en patiënten die niet kunnen betalen. Er zal streng geïnd worden bij diegenen die "niet willen" betalen.
- 4) Kost van onderzekerden

Op 1 januari 2004 werd ook een systeem van waarborgen ingevoerd waardoor mensen voor consultaties 25 euro waarborg dienden te betalen (wanneer ze hun SIS-kaart en identiteitskaart bij hadden) of 50 euro / 100 euro (wanneer ze hun SIS-kaart en/of identiteitskaart niet bij hadden).

Bijlage 3

Aangepaste Waarborgregeling ZNA-ziekenhuizen voor raadplegingen

- 1. U bent in het bezit van uw identiteitskaart en u hebt een geldige SIS-kaart bij**
 - 1.1.** U betaalt bij de inschrijving een waarborg van 25 euro aan de kassa. Nadat u bij de arts op raadpleging bent geweest, kan u aan de kassa afrekenen en ontvangt u een briefje voor de mutualiteit waarmee u de terugbetaling kan verkrijgen.
Moet u een onderzoek ondergaan, dan wordt nadien aan de kassa enkel het remgeld afgehouden; de rest regelt ZNA rechtstreeks met de mutualiteit.
 - 1.2. U geniet van een verhoogde tegemoetkoming van de mutualiteit. (WIGW, leefloon van het OCMW zonder waarborgkaart voor medische zorg of bejaarden met een gewaarborgd inkomen)**
Meld u meteen aan de balie: u betaalt slechts 6 euro waarborg.
Zowel voor een raadpleging als voor een onderzoek wordt nadien aan de kassa afgerekend en hoeft u hiervoor niet meer naar de mutualiteit. U betaalt enkel het remgeld.
- 2. U hebt enkel een geldige SIS-kaart**

U betaalt bij de inschrijving een waarborg van 50 euro aan de kassa. De bediende aan de balie zal u vragen aan de hand van andere documenten te identificeren.
Nadat u bij de arts op raadpleging bent geweest, kan u bij de kassa afrekenen en ontvangt u een briefje voor de mutualiteit waarmee u de terugbetaling krijgt.
Moet u een onderzoek ondergaan, dan wordt nadien aan de kassa enkel het remgeld afgehouden; de rest regelt ZNA rechtstreeks met de mutualiteit.
- 3. U hebt geen identiteitskaart en geen geldige SIS-kaart bij**

U betaalt bij inschrijving een waarborg van 100 euro aan de kassa. Na de raadpleging/het onderzoek kan u bij de kassa afrekenen en ontvangt u de papieren voor de mutualiteit waarmee u terugbetaling kan verkrijgen.
- 4. U geniet een uitkering van het OCMW**

U hebt een geldige SIS-kaart bij en een identiteitskaart of legitimatiebewijs.
Op vertoon van uw waarborgkaart en/of betalingsverbintenis van uw OCMW zal de kassa u geen persoonlijke financiële waarborg vragen. U krijgt een prestatiebon waarmee u de noodzakelijke voorgeschreven raadplegingen en onderzoeken kan laten doen.
- 5. U hebt een zéér beperkt inkomen maar geniet geen OCMW-steun**

U leeft tijdelijk in financieel zeer moeilijke omstandigheden en bent in orde met de mutualiteit. U bent daarenboven in het bezit van een geldige SIS-kaart, uw identiteitskaart of een legitimatiebewijs.

 - 5.1. U hebt een verwijfsbrief van een door ZNA gekende professionele organisatie actief in de hulpverlening aan kansarme groepen in de samenleving**

U vraagt aan de balie om een “verklaring op eer” te tekenen die uw financiële situatie bevestigt.

U betaalt dan slechts 6 euro waarborg.

Zowel voor een raadpleging als voor een onderzoek wordt nadien aan de kassa afgerekend; de rest regelt ZNA met de mutualiteit. U betaalt enkel het remgeld.

5.2. U hebt geen verwijfsbrief van een door ZNA gekende professionele organisatie.

Men zal u doorverwijzen naar de Sociale Dienst. Deze zal samen met u de meest geschikte oplossing zoeken.

6. U bent asielzoeker of verblijft illegaal in België

6.1. U bent asielzoeker

U beschikt over een officieel schrijven van FEDASIL dat u erkent als asielzoeker. Daarnaast hebt u een geldige SIS-kaart en/of een betalingsverbintenis van een erkende instantie waarin die zich bereid verklaart uw noodzakelijke en dringende medische kosten te financieren.

Een arts van ZNA zal eerst beslissen over de medische noodzakelijkheid van een raadpleging/onderzoek. Enkel medisch noodzakelijke raadplegingen/onderzoeken kunnen worden uitgevoerd.

6.2. U verblijft illegaal in België

Aan de balie zal men u vragen u aan de hand van een officieel document te identificeren. Daarnaast zal u ook een betalingsverbintenis moeten voorleggen van het OCMW van uw verblijfplaats dat zich bereid verklaart uw noodzakelijke en dringende medische kosten te financieren.

Een arts van ZNA zal eerst beslissen over de medische noodzakelijkheid van een raadpleging/onderzoek. Enkel medisch noodzakelijke raadplegingen/onderzoeken kunnen worden uitgevoerd.

7. U bent aangesloten bij een buitenlandse verzekeraar

Gelieve dit mee te delen aan de balie en de nodige bewijsstukken mee te brengen alsook een identiteitsbewijs.

Bijlage 4
Lokaal Sociaal Beleid – gezondheidsnota Antwerpen – Themagroep
“toegankelijkheid”: overzicht van prioriteiten

Hieronder worden enkel de prioriteiten weergegeven en niet de volledige nota!

- **Met betrekking tot de versterking en de grotere toegankelijkheid van de eerste lijn:**
 - De huisarts moet instaan voor de eerstelijnszorg. Dat betekent dat de huisarts moet kunnen instaan voor de toegankelijkheid van de eerste lijn. Daarom is het noodzakelijk deze opstelling te ondersteunen door middel van procedures (derdebetalersregeling) en organisatorische maatregelen (bijvoorbeeld huisartsenwachtpost); daarnaast is ook een inhoudelijke ondersteuning nodig. Voorwaarde daartoe is eveneens een spreiding van huisartsen over de wijken van de stad.
 - In wijken waar zich de behoefte voordoet zullen ook “sociale steunpunten gezondheid” en “wijkgezondheidscentra” worden opgericht.
 - De huisartsen, sociale steunpunten gezondheid en wijkgezondheidscentra verzekeren in onderlinge samenwerking een netwerk “eerstelijns”.

- **Met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorg via het OCMW-Antwerpen en Stad:**
 - De partners die instaan voor de zorg aan of de toelichting naar de zorg voor kwetsbare groepen, stellen als eerste prioriteit een systematisch overleg met de Stad (eventueel via OCMW) en het OCMW.
 - Dit overleg dient te leiden tot kwaliteitsvolle en bindende afspraken en effectieve besluitvorming, inbegrepen de terugkoppeling van deze besluiten naar de betrokken partners. De verwachting is, dat de evaluatie en de resultaten van deze uitvoering ook op dit overleg wordt geagendeerd.
 - Het OCMW zal procedures (met betrekking dringende medische hulp, medische waarborgen en andere ten laste nemingen,...) vereenvoudigen, efficiënter en transparanter maken. De toepassing ervan dient te verbreden om de toegankelijkheid effectief te ondersteunen.

➤ **Met betrekking tot de toegankelijkheid van de ziekenhuizen:**

- Ook met de ziekenhuizen dient overleg met betrekking tot de toegankelijkheid van kwetsbare groepen systematisch te worden verdergezet.
- De procedures dienen eenvoudig en transparanter te zijn, en ook op deze wijze gecommuniceerd.
- De sociale diensten dienen efficiënt te werken en daarom effectief beschikbaar te zijn; hun bevoegdheid zal dezelfde zijn als deze van de wijkcentra (dus onverkort dezelfde bevoegdheden omvatten).

➤ **Met betrekking de toegang tot specifieke zorgvormen:**

- Voor de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg zal het OCMW de regie voeren.

Inhoud

<u>Deel 1: INLEIDING</u>	p 2
Centrum Kauwenberg en armoede...	p 2
Keuze van het thema “toegang tot de gezondheidszorg”	p 4
1. Leefomstandigheden van mensen in armoede	p 5
2. Mensen in armoede maken minder gebruik van de gezondheidszorg	p 7
Werkwijze projectgroep gezondheid	p 8
<u>Deel 2: DREMPELS</u>	p 9
Financiële drempels	p 9
1. Gezondheidszorg is té duur voor mensen met een beperkt inkomen	p 9
2. Ziek zijn brengt extra kosten mee	p 11
3. Waarborg medische zorg van het OCMW	p 11
4. Vooraf betalen, nadien pas geld terug	p 12
5. Het betalen van een voorschot als voorwaarde om geholpen te worden	p 13
• Waarborgen in OCMW-ziekenhuizen vóór januari 2004 (ZNA)	p 13
• Waarborgen binnen de ZNA-ziekenhuizen vanaf januari 2004	p 14
6. Niet kunnen betalen van ziekenhuisrekeningen/afbetalingsplannen	p 15
Administratieve drempels	p 17
Ondersteuning, werking van sociale diensten	p 19
1. Organisatie van de nazorg en ondersteuning	p 19
2. Kinderopvang	p 20
Communicatieproblemen	p 20
1. Gebrek aan respect aan de balie en bij de verzorging. Stigmatiserende aanpak	p 20
2. Gebrek aan kennis van armoede	p 21
3. Taalgebruik arts	p 21
4. Ouders van geplaatste kinderen worden weinig betrokken	p 22
Drempels in verband met de geestelijke gezondheidszorg	p 23
<u>Deel 3: GEVOLGEN VAN DEZE DREMPELS</u>	p 25
1. Zich niet laten verzorgen, verzorging uitstellen of stopzetten	p 25
2. Het niet kunnen opvolgen van gegeven adviezen	p 26
3. Beroep doen op de dienst spoedgevallen	p 26
4. Medische gevolgen	p 27
5. Sociale gevolgen	p 27
6. Schulden	p 28
<u>Deel 4: VOORSTELLEN EN AANDACHTSPUNTEN VOOR EEN MEER TOEGANKELIJKE GEZONDHEIDSZORG</u>	p 29
Naar een meer betaalbare gezondheidszorg	p 29
1. Waarborgen bij consultaties binnen ZNA	p 29
2. Meer toepassen van de derdebetalersregeling	p 32
3. Aanpassen medische waarborg van het OCMW	p 34
4. Snelle terugbetaling van consultaties	p 35
5. Generische geneesmiddelen	p 35
6. Aandacht voor mensen die net boven de grens zitten om te genieten van bepaalde tegemoetkomingen	p 35
Naar minder administratieve drempels	p 36
1. Afbetalingsplannen	p 36
2. Duidelijke en eenvoudige informatie – aandacht voor het informeren van mensen	p 36
3. Procedures vereenvoudigen en automatische toepassing van bepaalde maatregelen	p 37

4. Ondersteuning van mensen bij formaliteiten	p 38
Naar een betere ondersteuning en werking van sociale diensten	p 39
1. Aandacht voor de gehele persoon	p 39
2. Nazorg en opvolging van de patiënt	p 39
3. Kinderopvang	p 40
Naar een betere communicatie	p 40
1. Kennis van de leefwereld van mensen in armoede en vorming	p 40
2. Patiënt betrekken bij de zorg	p 42
3. Betrokkenheid van ouders bij de gezondheidszorg van geplaatste kinderen	p 42
Een aantal algemene voorstellen	p 42
1. Erover waken dat goedbedoelde maatregelen niet voorbijgaan aan de groepen die deze het meest nodig hebben	p 42
2. Hospitalisatieverzekeringen...	p 44
3. Huisartsen op spoed	p 45
4. Rekening houden met de context van de stad en de concentratie van (kans)armoede in bepaalde buurten	p 46
5. Huisarts als spilfiguur	p 46
6. Verbeteren van de leefomstandigheden van mensen in armoede	p 47
Naar een toegankelijke geestelijke gezondheidszorg	p 47
Deel 5: <u>EEN WIJKGEZONDHEIDSCENTRUM ALS ANTWOORD OP VERSCHILLENDE DREMPELS</u>	p 49
Hoe ziet een wijkgezondheidscentrum eruit?	p 49
Voordelen verbonden aan een wijkgezondheidscentrum	p 52
1. Wegnemen van financiële drempels	p 52
2. Visie op gezondheid die rekening houdt met een complexe realiteit	p 53
3. Kunnen werken rond preventie	p 54
4. Samenwerking	p 54
5. Participatie van de patiënt	p 54
6. Ondersteuning	p 55
7. Niet stigmatiserend, gericht naar de brede bevolking	p 55
8. Signaalfunctie en voorbeeldfunctie	p 56
9. Een goed voorbeeld van lokaal sociaal beleid	p 56
Een goed concept dat echter stuit op veel weerstanden	p 57
Deel 6: <u>SAMENVATTING AANBEVELINGEN PER (BELEIDS)NIVEAU</u>	p 59
Deel 7: <u>PROJECTVERLOOP</u>	p 62
Projectverloop algemene thema's	p 63
Projectverloop thema toegankelijkheid OCMW/ZNA-ziekenhuizen	p 65
Projectverloop thema wijkgezondheidscentrum	p 68
<u>Bronnen</u>	p 70
<u>Afkortingen</u>	p 71
<u>Bijlagen</u>	p 72
Bijlage 1: vragenlijst toegankelijkheid van de gezondheidszorg	p 73
Bijlage 2: Verzelfstandiging van de Antwerpse OCMW-ziekenhuizen	p 82
Bijlage 3: Aangepaste waarborgregeling ZNA-ziekenhuizen	p 83
Bijlage 4: Lokaal Sociaal Beleid: toegankelijkheid gezondheidszorg	p 85

Bedankt!

Dit dossier¹⁴ kwam tot stand door het werk van velen.

In de eerste plaats zijn er de deelnemers van de projectgroep gezondheid die in de loop van de vorige 2 jaar meewerkten: Françoise, Jacqueline, Anita, Carine, Patricia, Johan, Nathalie, Louise, Germaine, Messaouda, Angela, Marie-Louise, Sandra, Tania, Anneke, Monique, Anita, Diana, Annemarie, Petra, Souliman, Carine, Leona, Sylvia en Raynilda.

Daarnaast waren 44 gezinnen van Centrum Kauwenberg bereid om een uitgebreide vragenlijst over hun ervaringen met de gezondheidszorg in te vullen.

De mensen van andere verenigingen van het Antwerps Platform Generatiearmen die hun ervaringen aan ons doorgaven op grote samenkomsten, bij het organiseren van de persconferentie rond ZNA of gewoon tussendoor.

De Stedelijke Armoedecel en het Antwerps Platform Generatiearmen voor hun betrokkenheid en hun daadwerkelijke ondersteuning.

De vele mensen van diensten en organisaties waar we mee in gesprek konden gaan, die hun dienst aan ons kwamen voorstellen of van wie we informatie kregen.

Oktober 2005

¹⁴ Je kan dit dossier bestellen bij Centrum Kauwenberg vzw. Alles uit dit dossier mag gebruikt en gekopieerd worden mits bronvermelding. Gelieve ons wel op de hoogte te houden wanneer je er informatie uit verspreid. De projectgroep wil graag weten door wie en waarvoor hun dossier gebruikt wordt.