



**Arm maakt ziek,
ziek maakt arm**

CAMPAGNEDOSSIERS 2025

welzijnszorg.be



**SAMEN
TEGEN
ARMOEDE**



**Arm maakt ziek,
ziek maakt arm**

Campagnedossier 2025



Inhoud

01	Inleiding	6
	Signalen en getuigenissen	6
02	Armoede en gezondheid	8
	Impact ziekte op je leven	8
03	Ziek maakt arm	10
	Inkomensbescherming	10
	Hoge gezondheidskosten maken arm	10
04	Gezondheidsongelijkheid	12
	Enkele cijfers	12
	Ongelijkheden in gezondheidstoestand	12
	Ongelijkheden in gebruik van zorg	14
05	Arm maakt ziek	18
	Ziekmakers	18
	Levenstijlfactoren	18
	Te weinig of verkeerd bewegen	18
	Beweegparadox	18
	Toegang tot gezonde voeding	19
	Sociale en gemeenschapsinvloeden	19
	Traumatische ervaringen	19
	Racisme en discriminatie	20
	Leef- en werkomstandigheden	20
	Luchtvervuiling	20
	Binnenlucht en kwaliteit van de woning	20
	Geluidshinder	24
	Sociaaleconomische factoren, crisissen en beleid	25
06	Drempels in onze gezondheidszorg	26
	Kostprijs	28
	Niet terugbetaalde zorg	28
	Uitgestelde zorg	30
	Toegankelijkheid	31
	Gezondheidsvaardigheden	33
	Relatie met zorgverleners en -organisaties	33
	Wachlijsten	36
	Digitalisering	36
	Uitsluitingsmechanismen	37
07	Aanbevelingen	39
	Betere levensomstandigheden, betere gezondheid	39
	“Health in all policies”	40
	Geen zorgsysteem op twee snelheden	40
	Zorg op maat	41
	Proportioneel Universalisme	41
	Armoedevaardigheid bij zorgverleners	43
	Iedereen vindt de weg in het zorgsysteem	43
	Ook lokaal aan de slag!	45
08	Feitencheck	48
	Bronnen	52

Reeds in 1998 voerde Welzijnszorg campagne met de slogan: *“Arm maakt ziek, ziek maakt arm.”* Daarmee wilden we toen al op een duidelijke en treffende manier de link tussen armoede en gezondheid zichtbaar maken.

Uit dit dossier zal aan de hand van zowel recent cijfermateriaal als onderzoek als getuigenissen van mensen in armoede helaas blijken dat bovenstaande slogan vandaag de dag nog steeds pijnlijk actueel blijft. Hoewel er in de afgelopen jaren stappen zijn gezet om de gezondheidszorg toegankelijker te maken, blijft de gezondheidskloof in België bijzonder groot. Te groot.

Mensen in armoede kampen vaker met gezondheidsproblemen en maken minder gebruik van preventieve gezondheidszorg. Daardoor dienen zij vaker beroep te doen op meer intensieve zorg. De gezondheid van mensen in armoede fundamenteel verbeteren is dus niet alleen essentieel voor henzelf, maar ook voor de samenleving als geheel.

In dit dossier tonen we aan hoe mensen in armoede disproportioneel getroffen worden door wat we ‘ziekmakers’ noemen. Hiermee worden de omstandigheden, die een gezond leven bemoeilijken of zelfs onmogelijk maken, bedoeld.

Daarnaast nemen we je in dit dossier ook mee langs enkele hardnekkige mythes en vooroordelen over armoede en gezondheid. Want dergelijke denkbeelden – die mensen vaak impliciet verantwoordelijk stellen voor hun eigen gezondheid – staan doeltreffend beleid en structurele verandering in de weg.

Welijnszorg wil niet enkel het probleem in kaart brengen, maar ook wezenlijke oplossingen aanreiken. Met concrete aanbevelingen hopen we beleidsmakers en overheden te inspireren, zodat er eindelijk een structurele kentering kan komen.

Investeren in gezondheid is cruciaal! Over 25 jaar willen we de eerder vermelde slogan definitief achter ons kunnen laten. Want als armoede en slechte gezondheid elkaar versterken, geldt het omgekeerde ook. Investeren in betere levensomstandigheden heeft een positief effect. Zowel op vlak van gezondheid als op het doorbreken van armoede.

Veel leesplezier, en bedankt om samen met ons in actie te komen!

Signalen en getuigenissen

Welijnszorg organiseerde in het voorjaar van 2025 drie signaaldagen. Deze vonden plaats in Leuven, in Harelbeke en in Antwerpen. Tijdens deze dagen laten we verschillende mensen aan het woord over hun gezondheid, de impact van het ziek zijn op hun leven en de drempels die zij ervaren tijdens hun zoektocht naar gezondheidszorg. Verder gaven ook vrijwillige en professionele ondersteuners signalen over de problemen waar mensen in een preciaire situatie tegenaan lopen.

Naast de signaaldagen werden ook twee groepen anderstalige nieuwkomers in Oostende (via Samen DiVers) en in een asielcentrum (via SOEM vzw) bevestigd.

Het verzamelen van signalen vormt het fundament en de drijvende kracht achter de campagne van Welzijnszorg tegen gezondheidsongelijkheid. Deze signalen lopen als een rode draad doorheen het dossier aan de hand van citaten. Onze oprechte dank gaat uit naar iedereen die hun verhaal met ons deelde.



In 2024 liep 18,2% van de Belgische bevolking het risico op armoede of sociale uitsluiting, iets meer dan 2,1 miljoen personen. Bijna 12% van de mensen in België heeft een inkomen onder de Europese armoedegrens.¹ In 2024 ligt de armoedegrens voor een alleenstaande op €1520.

Bijna één op de drie Belgen (27,7%) kampt met een langdurige ziekte of aandoening. Bij mensen die risico lopen op armoede stijgt dat aandeel tot 33,6% (StatBel, 2025).

In **grafiek 1** wordt de verdeling per inkomenskwintiel voorgesteld. In het laagste inkomenskwintiel – de 20% armste huishoudens – heeft maar liefst 37,6% te maken met een langdurige ziekte of aandoening. Naarmate het inkomen stijgt, daalt dat cijfer. In het hoogste inkomenskwintiel – de rijkste 20% huishoudens – is dat nog 17,6% (StatBel, 2025)

Gezondheid en inkomen gaan duidelijk hand in hand. Hoe lager het inkomen, hoe vaker langdurige ziektes of aandoeningen voorkomen.

Impact ziekte op je leven

Chronisch ziek zijn heeft uiteraard een grote impact op zowel je leven, als op je gezin, je sociale contacten en ook op je financiën. Door ziekte niet meer of minder kunnen werken, heeft ook zijn weerslag op je mentaal welbevinden.

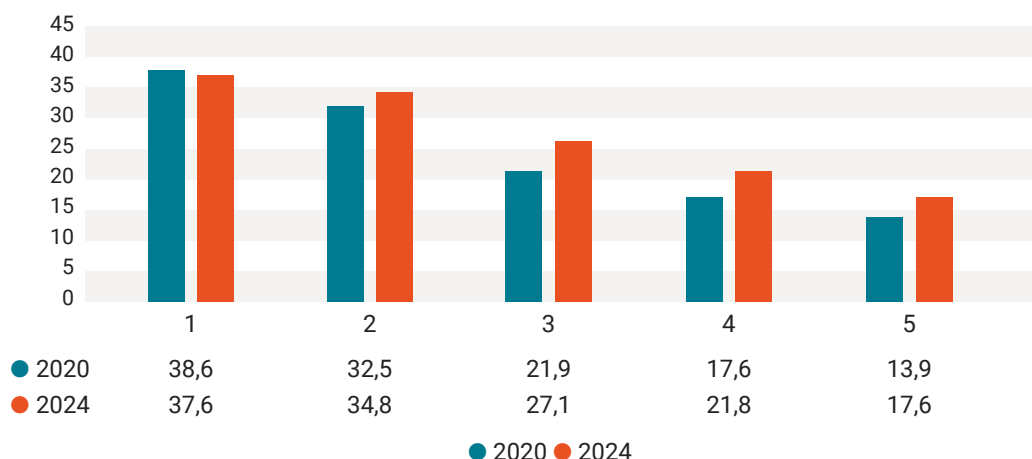
Bovendien blijkt uit verhalen tijdens de signaaldagen dat mensen zich vaak slecht of schuldig voelen wanneer ze hulp nodig hebben van anderen. Vooroordelen en negatieve reacties wakkeren dat gevoel alleen maar verder aan.

“Ik heb al lang rugproblemen, maar ik kon werken. Tot 8 jaar geleden, mijn rug 3 keer volledig geblokkeerd en moeten stoppen met werken terwijl ik mijn werk als zelfstandige met hart en ziel deed. Dan val je in een put, weet je niet wat te doen en toen heb ik de Welzijnsschakel leren kennen. Met vallen en opstaan en met veel pijn doorlopen. De pijn is niet onder controle, maar met morfine en andere medicatie is het de laatste vijf jaar leefbaar.”
getuigenis van signaaldag Harelbeke

“Als je hulp gaat vragen ben je bang dat je een profiteur wordt genoemd, hierdoor krijg je wantrouwen in het systeem.”
getuigenis van signaaldag Antwerpen

Grafiek 1 Langdurige ziekte of aandoening, per inkomenskwintiel (in %)

Bron: Statbel, 2025



1. De Europese armoedegrens is vastgesteld op 60% van het mediaan equivalent inkomen voor de hele bevolking.



Inkomensbescherming

De inkomensgevolgen voor iemand die langdurig ziek is, zijn groot. Langdurig zieken lijden direct financieel verlies op hun salaris. Na de periode van gewaarborgd loon – zonder maaltijdcheques, verplaatsingsvergoeding of ploegenpremies – volgt een vervangingsinkomen via het ziekenfonds: maximaal 60% van het brutoloon. Deze financiële terugval kan aanleiding geven tot vervroegde werkhervatting, ook al is de persoon nog niet hersteld (Mélon, Trionfetti, & Bingen). Na een periode van 1 jaar arbeidsongeschiktheid wegens ziekte, komen mensen op een invaliditeitsuitkering.

In [grafiek 2](#) wordt de doelmatigheid van de sociale minima getoond. Met deze parameter wordt gemeten hoever het minimumbedrag van een bepaalde uitkering zich van de armoedegrens bevindt. Een cijfer van 100 wil zeggen dat het bedrag gelijk is aan de armoedegrens. Een cijfer boven de 100 betekent dat de uitkering hoger is, waar een cijfer onder de 100 uitdrukt dat de uitkering lager is dan de armoedegrens. Hieronder bekijken we drie uitkeringstypes, invaliditeitsuitkering, inkomensvervangende tegemoetkoming voor personen met een handicap (IVT) en het leefloon. De grafiek brengt ook twee verschillende gezinstypes in kaart.

Alleenstaanden met een invaliditeitsuitkering vormen de uitzondering; voor alle andere gezinstypes liggen de uitkeringen onder de armoedegrens. De sociale bescherming tegen armoede blijft dus beperkt. Het armoederisico voor langdurig zieke mensen is dus hoog. Enerzijds lopen mensen in armoede een groter risico om langdurig ziek te worden, anderzijds biedt de inkomensbescherming bij ziekte onvoldoende garantie tegen armoede.

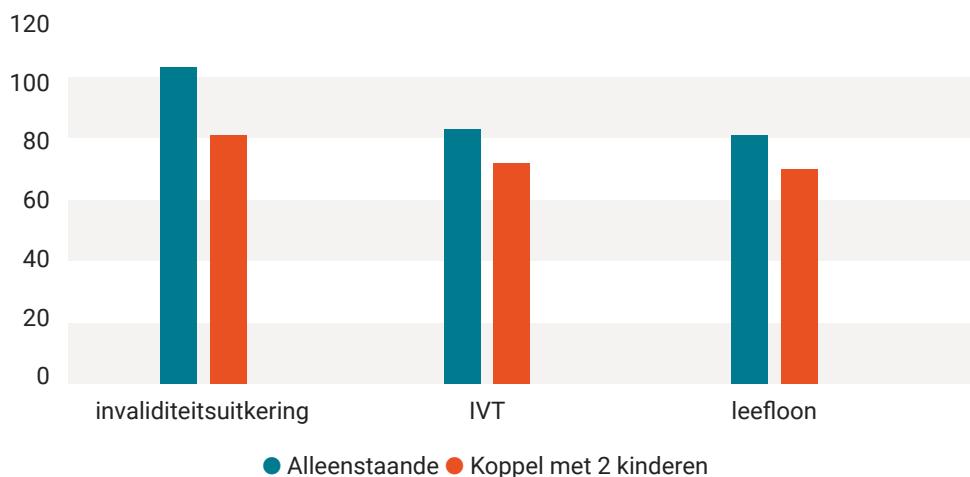
Hoge gezondheidskosten maken arm

Voor mensen die niet chronisch ziek zijn en niet in armoede leven lijkt ons gezondheidssysteem financieel goed in elkaar te steken. We kijken naar landen als de Verenigde Staten van Amerika en kloppen ons op de borst dat bij ons een ziekenhuisbezoek niet failliet maakt. Maar de realiteit is toch minder rooskleurig dan we onszelf voorhouden.

Zo hebben 5,2% van de mensen in België ‘catastrofaal’ hoge gezondheidskosten. Wat betekent dat ze meer dan 40% van hun besteedbaar gezinsinkomen – na aftrek van basisbehoeften zoals huisvesting, voeding en nutsvoorzieningen – aan medische kosten kwijt zijn. Een van de hoogste cijfers voor landen in West-Europa. Voor 1,1% zorgen de medische kosten voor een situatie van armoede of verdere verarming, doordat de kosten gelijk of hoger zijn dan wat nog over blijft. (Vancorenland, 2024).

Grafiek 2 Doelmatigheid van de sociale minima in 2024

Bron: FOD Sociale Zekerheid, 2023



... **“Mensen in het armste kwintiel (12,2%), werklozen (8,5%), inactieven (10,5%) en mensen met een lager opleidingsniveau (8,2%) lopen het hoogste risico op ‘catastrofale’ gezondheidsuitgaven.”**
... (Vancorenland, 2024)

Gehoorapparaten, brillen, diagnostische testen, kinesitherapie, revalidatie, tandzorg en hospitalisatie brengen het vaakst financiële problemen met zich mee. Bij mensen met de laagste inkomens geldt dat ook voor geneesmiddelen en ambulante zorg.

Voor ongeveer 1% van de Belgische bevolking komen deze financiële moeilijkheden omdat ze helemaal niet gedekt zijn door de ziekteverzekering. Voor anderen is de zorg onbetaalbaar omdat terugbetalingen binnen het verplichte systeem ontoereikend zijn - zeker bij tandzorg, medische hulpmiddelen en vrij verkrijgbare medicijnen.

Bovendien moet de meeste ambulante zorg nog steeds eerst volledig worden voorgeschoten door de patiënt. Voor bijna alle vormen van zorg geldt een verplichte eigen bijdrage. Hoewel lage inkomensgroepen wel *minder* remgeld betalen, is er *geen* sprake van volledige vrijstelling van het remgeld.

Ons huidige systeem biedt dus geen afdoende bescherming tegen financiële moeilijkheden bij gezondheidszorg. Er is een systeem opgezet van aanvullende verzekeringen, maar dat leidt vooral tot een betere bescherming van hogere inkomensgroepen dan dat het de lagere inkomensgroepen vooruithelpt.

Deze financiële drempels zorgen voor onvervulde zorgnoden. Mensen stellen noodzakelijke medische zorg uit omdat ze die simpelweg niet kunnen betalen of omdat de kosten hen financieel zouden overbelasten. Hoewel de omvang van deze onvervulde zorgnoden in België vergelijkbaar is met die in andere Europese landen, is er absoluut een mogelijkheid om het beter te doen.

Bovendien is de kloof tussen rijke en arme gezinnen in België groter dan in andere landen. Dat wijst erop dat we tekortschieten in onze opdracht: gezondheidszorg toegankelijk maken voor iedereen.

En dan hebben we het hier enkel over de directe kost van de zorgverlening. Andere financiële drempels — zoals inkomensverlies, vervoerskosten of kinderopvang — blijven zelfs buiten beschouwing.



Gezondheidsongelijkheden slaan op systematische verschillen in gezondheidsrisico's, levensstijl, ziektevoorkomen en -verloop, sterftcijfers én de toegang tot zorg en preventie (Sciensano, z.d.).

Enkele cijfers

Mensen in armoede hebben meer gezondheidsklachten, maar maken niet meer gebruik van de gezondheidszorg. Als het over preventieve gezondheidszorg gaat, maken ze zelf minder gebruik van zorg dan mensen die een hogere sociaal-economische positie innemen. Met enkele cijfers en grafieken duiden we het probleem. Belangrijk daarbij is dat het niet zozeer om een gezondheidskloof gaat dan wel over gezondheidsongelijkheid op basis van je socio-economische positie gaat, een zogenaamde gradiënt. Dat is een belangrijke nuance. Het is dus niet zo dat mensen in armoede een soort aparte groep in de samenleving zijn. Dat is belangrijk, want nog te vaak krijgen mensen in armoede te maken met vooroordelen over hun eigen inzet om gezond te zijn.

Ongelijkheden in gezondheidstoestand

CM voerde in 2019 een onderzoek uit naar gezondheidsongelijkheid. Om de verschillen tussen socio-economische positie van mensen in kaart te brengen werden de CM-leden in tien gelijke groepen of 'klassen' verdeeld, op basis van de fiscale inkomens in hun wijk.

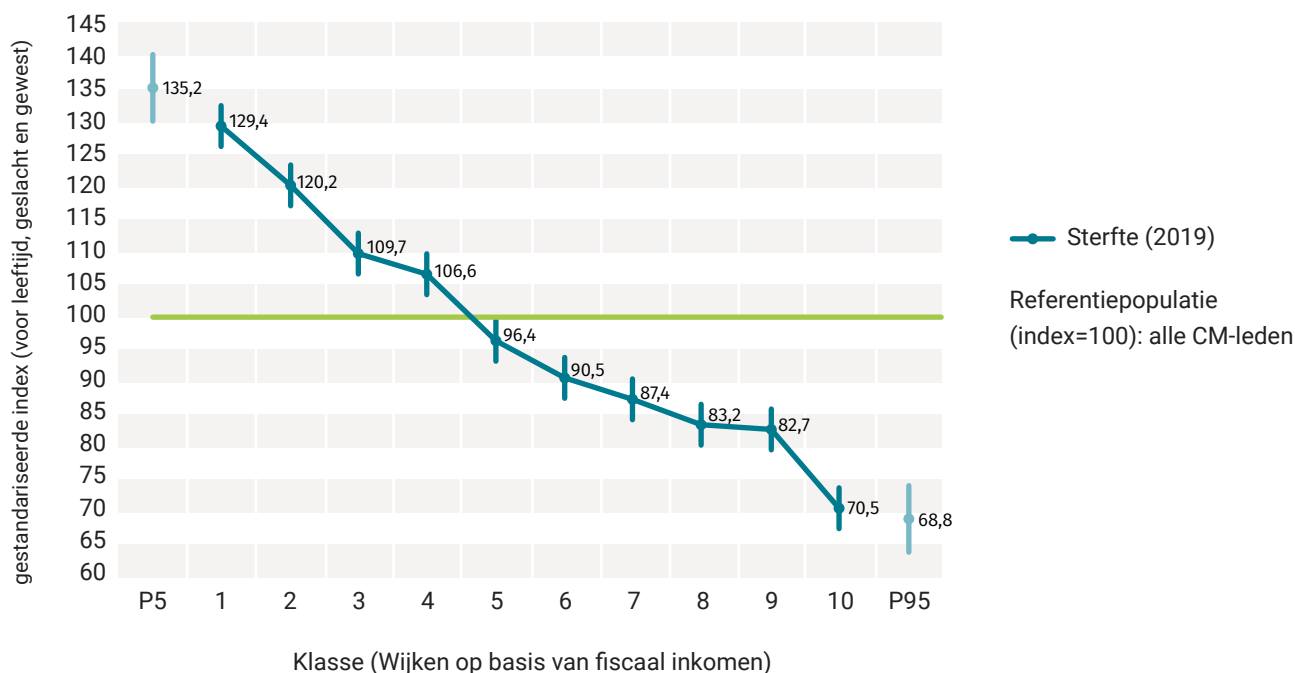
Klasse 1 omvat de 10% leden uit de armste wijken met het laagste mediaan inkomen. Klasse 10 bestaat uit de 10% leden uit de rijkste wijken, waar het mediaan fiscaal inkomen het hoogst ligt (Avalosse, Noirhomme & Cès, 2022).

Sterfte en levensverwachting

Grafiek 3 toont een opvallend duidelijke gradiënt: hoe rijker de wijk hoe kleiner de kans om binnen het jaar te overlijden. Het contrast tussen de armste en rijkste wijken is groot. Wie in een arme wijk woont, loopt 1,8 keer meer risico om te overlijden dan iemand uit de rijkste wijken (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022).

Grafiek 3 Overlijden in de loop van 2019 per klasse van statische sectoren

Bron: Avalosse, Noirhomme, Cès, 2019 op basis van StatBel en CM-gegevens.



Ook op het vlak van levensverwachting tekenen zich scherpe sociaal-economische ongelijkheden af. In 2020 bedroeg het verschil in levensverwachting tussen mensen met de hoogste en de laagste sociaal-economische status 9,3 jaar bij mannen en 6,3 jaar bij vrouwen (Sciensano, 2024).

De kloof is ook zichtbaar wanneer we kijken naar levensverwachting zonder beperkingen. Kortgeschoolde mannen en vrouwen kunnen op 65-jarige leeftijd gemiddeld nog 10,8 en 10,7 jaar in goede gezondheid verwachten. En op op 25-jarige leeftijd is de kloof in levensverwachting 10,5 jaar bij mannen en 13,4 jaar bij vrouwen (Sciensano, 2022).

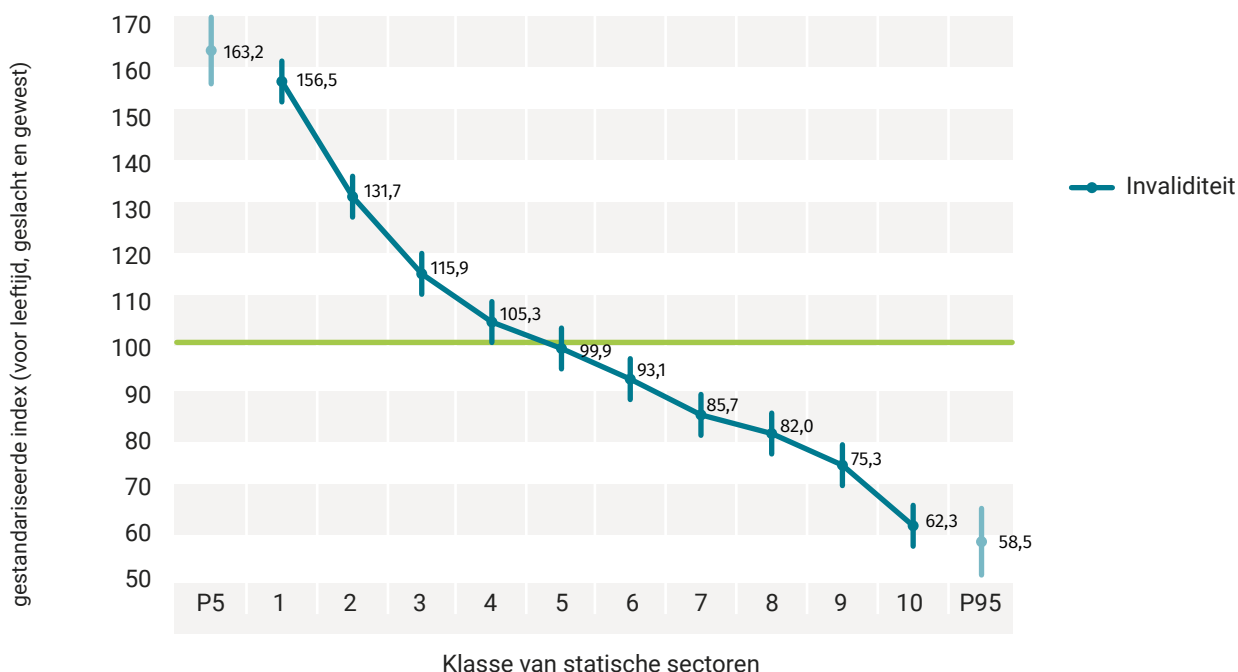
Langdurige ziekte

Na één jaar arbeidsongeschiktheid wegens ziekte, belanden mensen in het invaliditeitsstelsel. Ook hier zien we een sociale gradiënt opduiken. Met grote verschillen tussen de armste en rijkste wijken: het risico om in invaliditeit te geraken is 2,5 keer hoger in klasse 1 dan in klasse 10 (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022).



Grafiek 4 Invaliditeit per klasse

Bron: Avalosse, Noirhomme, Ces, 2019 op basis van StatBel en CM-gegevens.



Ongelijkheden in gebruik van zorg

Gebruik van preventieve zorg

Ook op het vlak van preventieve zorg en tandzorg in het bijzonder, zien we opnieuw een uitgesproken sociale gradiënt – maar dan in omgekeerde richting. Hoe armer de wijk, hoe minder gebruik wordt gemaakt van preventieve tandzorg. Zo maken mensen in de armste wijken (klasse 1) 33% minder vaak gebruik van deze zorg dan inwoners van de rijkste wijken (klasse 10) (Avalosse, Noirhomme & Cès, 2022).

Een gelijkaardig patroon zien de onderzoekers bij de deelname aan borstkankerscreenings. Vrouwen uit de armste wijken (klasse 1) nemen 20% minder vaak deel dan vrouwen uit de meest bevoorrechte wijken (klasse 10). Ook bij het gebruik van griepvaccins zien we een verschil – iets kleiner, maar zeker niet verwaarloosbaar (Avalosse, Noirhomme & Cès, 2022).

Gebruik van eerstelijnszorg

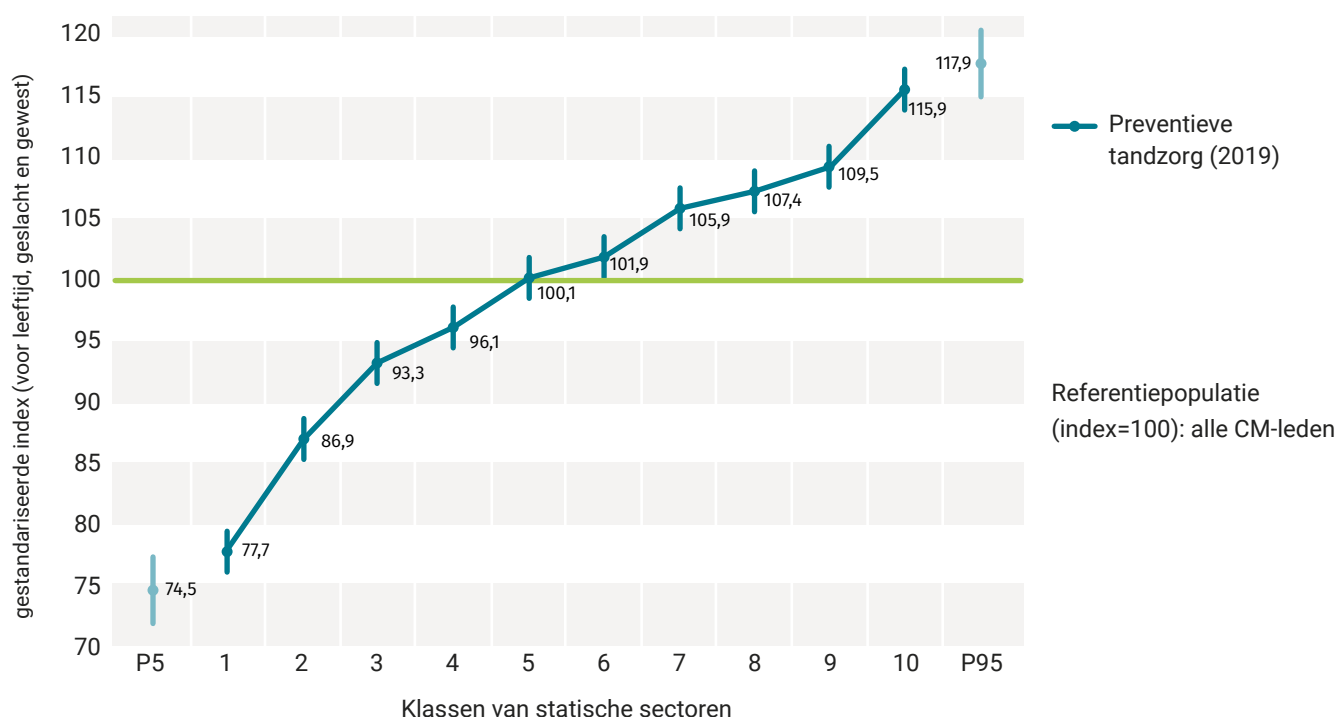
Goed nieuws is dat in België de toegang tot de huisarts relatief gelijk verdeeld is. Mensen in de armste wijken zijn wel vaker ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum dan mensen in de rijkste wijken. Wijkgezondheidscentra blijven dus van groot belang om de toegang tot zorg te garanderen (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022).

Tandzorg

Een ander gegeven is de toegang tot de tandarts. We zagen eerder al dat de preventieve tandzorg ongelijk verdeeld is, maar ook de reguliere tandzorg volgt ditzelfde patroon. De CM- onderzoekers bekeken wie al drie jaar geen tandarts bezocht had. Wat blijkt? Inwoners van de armste wijken (klasse 1) lopen 70% meer risico om gedurende drie opeenvolgende jaren geen contact met een tandarts te hebben gehad dan inwoners van de rijkste wijken (klasse 10) (Avalosse, Noirhomme & Cès, 2022).

Grafiek 5 Beroep op preventieve tandzorg per klasse

Bron: Avalosse, Noirhomme, Ces, 2019 op basis van StatBel en CM-gegevens.



Gebruik zorg voor, tijdens en na de zwangerschap

CM voerde verder ook onderzoek uit naar het gebruik van zorg rond zwangerschap en bevalling. Daaruit blijkt dat moeders met een verhoogde tegemoetkoming (VT) minder beroep doen op zorg voor en na de bevalling en gemiddeld korter in het ziekenhuis verblijven.

De moeders werden bevraagd over hun zorggebruik en keuzes. Algemeen bleek er een te kort aan informatie, er is onvoldoende kennis over welke zorg beschikbaar is voor en na een bevalling.

Er zijn ook heel wat praktische drempels, moeders hebben vaak niet veel tijd om bijvoorbeeld naar de kinesist te gaan wanneer ze zorg voor baby, gezin of werk combineren.

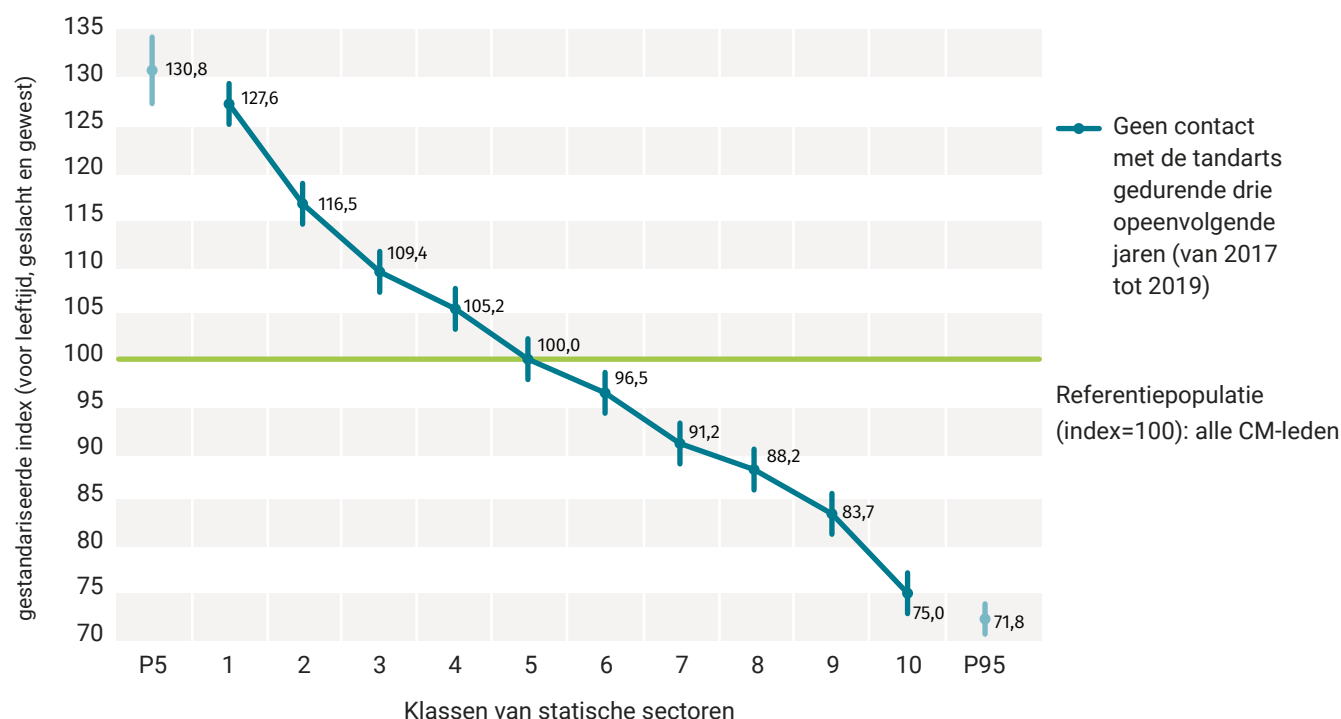
Ook de kostprijs vormt een hindernis. Consultaties bij gynaecologen of kinesisten zijn vaak duur, waardoor gepaste zorg financieel niet altijd haalbaar is. Een opvallende vaststelling uit het onderzoek is dat

moeders met VT het ziekenhuis sneller verlaten. Dit gebeurt enerzijds uit vrees voor oplopende kosten, anderzijds omdat deze moeders vaker in een twee- of meerpersoonskamer verblijven. Eenpersoonskamers zijn duur en vooral weggelegd voor mensen met een hospitalisatieverzekering. De moeders gaven aan dat ze niet voldoende rust kregen in een meerpersoonskamer en daarom liever sneller naar huis gingen (Vancorenland, Avalosse, Vandeleene, 2025).

Deze bevindingen zijn een waardevolle aanvulling in het bredere debat over supplementen in de gezondheidszorg. Volgens de huidige regelgeving mogen artsen ereloonsupplementen aanrekenen aan patiënten die in een eenpersoonskamer verblijven. Daardoor kunnen de kosten voor zo'n verblijf snel oplopen. De achterliggende redenering is tweeledig: enerzijds zouden meerpersoonskamers efficiënter zijn in termen van zorgorganisatie, anderzijds wordt het verblijf in een eenpersoonskamer beschouwd als een vrije keuze waarvoor extra kosten gerechtvaardigd zijn.

Grafiek 6 Geen beroep op tandzorg over een periode van drie jaar, per klasse

Bron: Avalosse, Noirhomme, Ces, 2019 op basis van StatBel en CM-gegevens.



De vraag is echter hoe vrij deze keuze werkelijk is. Mensen met een hoger inkomen beschikken namelijk vaker over een hospitalisatieverzekering, waardoor zij de extra kosten voor een eenpersoonskamer kunnen opvangen zonder directe financiële gevolgen. Voor mensen met een lager inkomen ligt die keuze veel moeilijker.

Verder blijkt uit deze bevraging dat een verblijf in een meerpersoonskamer wel degelijk een impact heeft op de beleving en het herstelproces van de patiënt. Gebrek aan privacy, nachtrust en/of ruimte voor vertrouwelijke gesprekken kunnen het comfort en zelfs het welzijn van patiënten beïnvloeden.

De evolutie waarbij patiënten zich genoodzaakt zien een aanvullende verzekering af te sluiten om zich te beschermen tegen de hoge kosten van een eenpersoonskamer, illustreert pijnlijk hoe ons gezondheidszorgsysteem in twee snelheden evolueert. Toegang tot rust en privacy mag nooit een voorrecht zijn dat afhangt van iemands financiële draagkracht.

Gebruik zware zorg

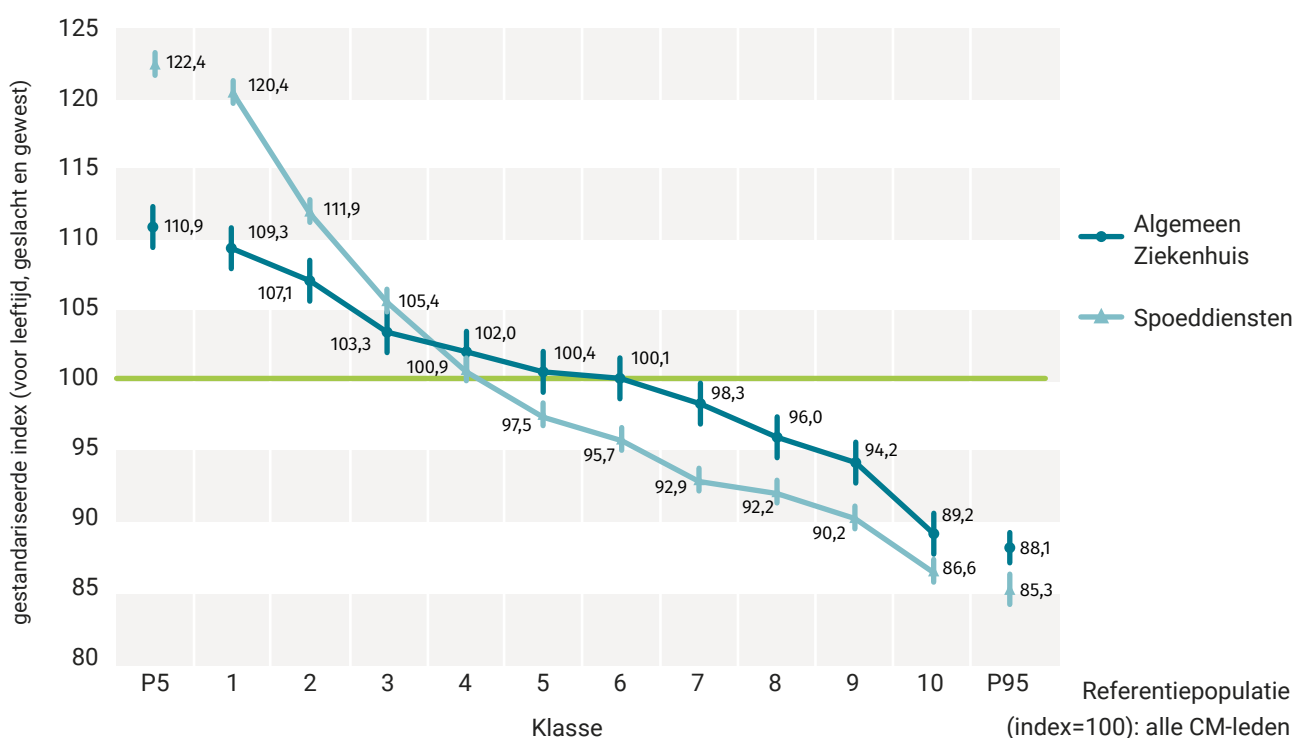
Wie meer gezondheidsproblemen heeft en minder toegang vindt tot preventieve zorg, belandt onvermijdelijk sneller in de zware zorg. Dat bevestigt ook het onderzoek van CM.

Mensen die in arme wijken wonen hebben 23% meer risico om in een algemeen ziekenhuis te worden opgenomen, vergeleken met de populatie die in rijke wijken woont. Wat betreft opnames op de spoeddienst lopen mensen die in arme wijken wonen bijna 39% meer risico op een spoedopname in vergelijking met de totale bevolking.

De CM-studie concludeert *“naarmate men lager op de economische schaal komt, verslechtert de gezondheidstoestand stelselmatig, wordt meer gebruik gemaakt van zware zorg en wordt minder gebruik gemaakt van bepaalde preventieve zorg.”* (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022)

Grafiek 7 Beroep op ziekenhuiszorg per klasse

Bron: Avalosse, Noirhomme, Ces, 2019 op basis van StatBel en CM-gegevens.



Verhoogde tegemoetkoming (VT)

De verhoogde tegemoetkoming is een systeem waarbij de persoonlijke bijdrage (het remgeld) verlaagd wordt voor mensen met een laag inkomen in een kwetsbare situatie. Hierdoor zijn raadplegingen, geneesmiddelen, hospitalisatie, enz. goedkoper. Dit moet ervoor zorgen dat financiële drempels, die de toegang tot zorg belemmeren, weggewerkt worden.

Bij bepaalde uitkeringen of statuten wordt de verhoogde tegemoetkoming automatisch toegekend aan wie:

- minstens drie maanden een leefloon ontvangt van het OCMW.
- een inkomensgarantie voor ouderen krijgt.
- een toelage ontvangt voor personen met een handicap, toegekend door de Federale overheidsdienst (FOD) sociale zekerheid.
- een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden toegekend door het Waals Gewest of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.
- een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood toegekend door de Vlaamse Gemeenschap.
- een kind is met een erkende handicap van minstens 66%.
- een niet-begeleide minderjarige vreemdeling is (NBMV's).
- een weeskind is dat beide ouders verloren heeft.

Wanneer mensen alleenstaand zijn en minstens drie maanden werkloos of arbeidsongeschikt zijn, onderzoekt de mutualiteit uit eigen beweging of zij in aanmerking komen voor een verhoogde tegemoetkoming, op voorwaarde dat hun inkomen onder een wettelijke grens ligt.

Ook andere mensen met een laag inkomen kunnen recht hebben op verhoogde tegemoetkoming, ook al wordt dit nog niet automatisch toegekend (RIZIV, sd).

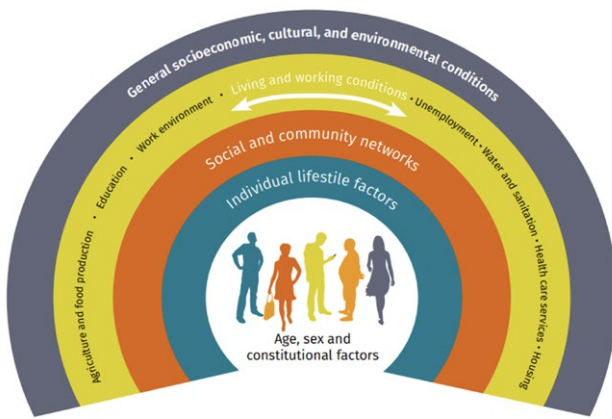
In 2023 had 20,4% van de Belgen recht op een verhoogde tegemoetkoming. Dit percentage stijgt sinds 2007, het jaar dat het OMNIO-statuut (voorloper van VT) werd ingevoerd. In Brussel heeft één op drie dit sociale statuut, bijna een verdubbeling tegenover 2007. In Wallonië gaat om het om iets minder dan 25% van de inwoners, in Vlaanderen om iets meer dan 15% (InterMutualistisch Agentschap, sd).

De uitbreiding van de verhoogde tegemoetkoming naar iedereen met een inkomen onder de vastgelegde grens deed het aantal rechthebbenden toenemen. Toch blijft onderbescherming een hardnekkig probleem.

Ondanks de inspanningen van mutualiteiten om proactief rechthebbenden op te sporen, vormt het feit dat de toekenning van de verhoogde tegemoetkoming nog steeds niet volledig automatisch verloopt een structurele drempel voor een echt toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg.

Hoe komt het nu dat mensen in armoede meer gezondheidsklachten hebben? Daarvoor moeten we kijken naar welke factoren een invloed hebben op onze gezondheid. We noemen dat gezondheidsdeterminanten.

Een bekend hulpmiddel om dit te begrijpen is het Dahlgren-Whitehead model (ook wel de “gezondheidsregenboog” genoemd). Dit model laat in bogen zien hoe verschillende factoren invloed hebben op gezondheid:



Bron: Dahlgren & Whitehead (1993, 2006)

1. Individuele factoren, zoals leeftijd, geslacht en genetische aanleg
2. Leefstijl, zoals eetgewoonten, beweging en roken
3. Sociale en gemeenschapsinvloeden, zoals sociale steun en netwerken
4. Leef- en werkomstandigheden, zoals werk, huisvesting, onderwijs, toegang tot zorg en milieu
5. Algemene sociaaleconomische, culturele en milieufactoren, zoals beleid, inkomensongelijkheid, crisissen, en milieुरampen

Gezondheidsverschillen hebben veel verschillende oorzaken die vaak met elkaar samenhangen. Ze ontstaan doordat macht, geld en andere belangrijke middelen ongelijk verdeeld zijn tussen groepen mensen.

Ziekmakers

We bespreken een aantal van deze ziekmakers, met specifieke aandacht voor de ongelijkheid. Zo heeft luchtvervuiling een negatieve impact op ieders gezondheid, maar zien we dat mensen in armoede meer risico lopen om last te hebben van luchtvervuiling.

Dit omdat ze vaker wonen in gebieden met veel verkeer en minder toegang tot groene ruimte. Zo worden bestaande ongelijkheden verder uitvergroot.

Deze lijst is verre van volledig. Het doel is vooral om de lezer te laten nadenken hoe verregaand de levensomstandigheden van mensen in armoede een invloed hebben op hun gezondheid. Dat is belangrijk om te kunnen nadenken over mogelijke oplossingen.

De drempels in de toegang tot zorg bespreken we uitgebreid in een volgend hoofdstuk.

Levenstijlfactoren

Te weinig of verkeerd bewegen

Mensen in een maatschappelijk kwetsbare positie bewegen minder. Beweging is door externe factoren minder toegankelijk voor hen.

Wie kampt met financiële zorgen, heeft vaak simpelweg geen ruimte of energie over om te sporten. Ook bestaande gezondheidsproblemen kunnen het moeilijk maken om fysiek actief te zijn (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2024).

Mensen in armoede hebben vaak minder toegang tot sportclubs, of recreatie omdat deze te duur of niet beschikbaar zijn in hun buurt. Het gaat daarbij niet om het enkel het lidgeld, maar ook de ‘extra kosten’, zoals sportuitrusting, transport, consumptie tijdens of achteraf drijven het kostenplaatje de hoogte in (Vandermeersch, 2018).

Beweegparadox

Wie een fysiek zwaar beroep heeft, zoals schoonmakers, bouwvakkers, zorgverleners of horecamedewerkers, beweegt doorgaans veel tijdens het werk. Volgens de beweegrichtlijnen levert meer en intensiever bewegen gezondheidsvoordelen op. Je zou dus verwachten dat deze groep werknemers gezonder is dan mensen met een zittend beroep. Toch blijkt dat niet zo te zijn. Beweging op het werk biedt vaak geen gezondheidsvoordelen, terwijl bewegen in de vrije tijd wél gezond is, dat is de beweegparadox.

Het verschil zit in de aard van de beweging. Op het werk gaat het vaak om langdurige, herhaalde of zware

inspanningen zoals heffen, staan en lopen, vaak zonder voldoende herstel. Dit leidt tot een langdurig verhoogde hartslag en bloeddruk, wat slecht is voor hart en bloedvaten. Ook ontstaat sneller overbelasting, vooral aan rug, nek, armen en benen. Bovendien hebben werknemers weinig invloed op hun werkomstandigheden. Ze kunnen de intensiteit of duur van hun inspanning vaak niet zelf bepalen, wat het risico op overbelasting vergroot (Kenniscentrum Sport & Beweging, 2024).

Toegang tot gezonde voeding

Gezonde voeding is essentieel voor een goede gezondheid, maar ligt voor mensen in armoede vaak buiten bereik.

In theorie kan je gezond eten voor weinig geld, maar in de praktijk wil dat zeggen veel tijd steken in boodschappenlijstjes en weekmenu's opstellen, prijzen vergelijken en toegang hebben tot de goedkoopste supermarkt. Je hebt ook een uitgeruste keuken nodig en voldoende ruimte om maaltijden te bereiden.

Voor mensen die financieel krap bij kas zitten is besparen op voeding ook vaak een van de onmogelijke keuzes die ze dagelijks moeten maken. Het is nu eenmaal een kost die flexibeler is, dan de huishuur of andere dringende factuur.

“Ik word uitgesloten en mijn vriendinnen laten mij vallen, ik kon niet meer mee gaan shoppen, ik was afhankelijk van hen voor vervoer. Je gaat je isoleren, kwaad worden op jezelf. Door psychisch lijden ga ik ongezond eten, meer snoepen. Zelfzorg is bij mij ook een moeilijke. Dat is het eerste wat wegvalt.”
getuigenis signaaldag Leuven

“Ik eet weinig groenten en fruit omdat het teveel kost en heb maar 2 klein schabjes in de frigo om te bewaren. Ik deel een keuken met anderen.”
getuigenis signaaldag Leuven

De schuld leggen bij het individu is kortzichtig. Mensen in armoede doen vaak hun uiterste best, maar botsen op een samenleving die hen voortdurend richting ongezonde keuzes duwt. Om echte gezondheidskansen te creëren, is een beleid nodig dat die structurele uitsluiting aanpakt en mensen ontzorgt. Alleen zo ontstaat ruimte voor gezondere leefgewoonten (Detombe, 2022).

Sociale en gemeenschapsinvloeden

“Als je een kind met een beperking hebt, ga je automatisch ziek worden door de zorgen. Ook financiële zorgen voor onderwijs, woonsituatie, dure kosten voor vrije tijdactiviteiten, en zorgkosten.”
getuigenis signaaldag Antwerpen

Traumatische ervaringen

Steeds meer sociaal-wetenschappelijk onderzoek toont aan hoe diep de sporen zijn die ingrijpende of traumatische ervaringen in de kindertijd nalaten op het mentale welzijn. Traumatische ervaringen zijn onder andere kindermishandeling, maar ook opgroeien in armoede of onveilige omstandigheden en pesten.

Nederlands onderzoek (Marsman, 2021) toont daarbij aan dat jeugdtrauma's de gezondheid niet perse direct negatief beïnvloeden. Maar dat mensen die als kind trauma meemaakten, op latere leeftijd sterker reageren op stress, minder goed pijn kunnen reguleren en zelfs een lager leervermogen ontwikkelen. Deze effecten in combinatie met negatief zelfbeeld en eventueel gebrek aan steun in de omgeving verhogen het risico op mentale gezondheidsproblemen (Marsman, 2021).

“Ik ben opgegroeid in armoede, mijn vader was ziek en mijn moeder had een alcoholprobleem. Ik kreeg reuma en kon niet meer werken. Ik kreeg een depressie en tot op heden gaat het op en af met mij. Ik heb ook een verslaving gehad tot mijn 30ste. Voor de vakantie heb ik een operatie gehad en ben ik terug in een depressie beland. We wonen in een kwalitatief slechte woning, waardoor mijn kinderen heel de tijd ziek zijn. Mijn jongste heeft ook chronische astma.”
getuigenis signaaldag Harelbeke.

Opgroeien in armoede kan een traumatische ervaring zijn. Om toekomstige gezondheidsproblemen te vermijden is het dus goed om een krachtig armoedebeleid te voeren. Daarnaast is het ook belangrijk om aan te stippen dat opgroeien in armoede niet hoeft te resulteren in mentale gezondheidsproblemen op latere leeftijd. Met goede ondersteuning en toegang tot zorg hoeft een moeilijke kindertijd geen fatalistische gevolgen te hebben. Maar dan is het wel absoluut noodzakelijk om die ondersteuning ook aan te bieden.

Racisme en discriminatie

Racisme tast het lichaam aan op diepgaande manieren. Wanneer mensen voortdurend blootstaan aan discriminatie en racisme, verkeert hun lichaam in een permanente staat van stress. Dit zorgt voor een langdurig verhoogde paraatheid, waarbij stresshormonen zoals cortisol continu aanwezig zijn. Die chronische hormonale ontregeling heeft ingrijpende gevolgen voor het metabolisme, het hart en bloedvaten. Zo verhoogt het risico op aandoeningen als diabetes, obesitas, hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten en auto-immuunziektes (Schuermans, 2024).

Racisme heeft ook een negatief effect op het mentaal welzijn van mensen. Bij kinderen kan het leiden tot demotivatie, passiviteit en concentratieproblemen. Net zoals bij pesten ondermijnt racisme het zelfvertrouwen en gevoel van eigenwaarde (Taspinar, 2015).

“De constante stress van alledaags racisme heeft een traumatisch effect en psychologische kwetsuren tot gevolg. Het idee van de zaken niet te kunnen veranderen wat je ook doet, is misschien wel het meest pijnlijke effect op een persoon. Wie niet het gevoel heeft erbij te horen, heeft geen toekomstperspectief.” (Taspinar, 2015)

Daarnaast veroorzaakt racisme en discriminatie uitsluiting op verschillende levensdomeinen, op de arbeidsmarkt, in het onderwijs. Mensen met een migratieachtergrond lopen zo een hoger risico op armoede. Waardoor ze dus hebben minder toegang tot gezond eten en wonen in een slechtere leefomgeving. Racisme en discriminatie zijn dus zeer belastend voor de gezondheid, direct en indirect.

Leef- en werkomstandigheden

- “Er waren minder reglementen op werk vroeger.
- Ik heb gewerkt als elektricien. We moesten geen stofmasker dragen en daar heb ik nu nadeel van.
- Nu is daar meer reglementering rond.”
- *getuigenis signaaldag Antwerpen*

Luchtvervuiling

Luchtvervuiling, zowel buiten als binnen in huis, is het grootste milieurisico voor onze gezondheid. Het zorgt wereldwijd voor ongeveer één op de negen sterfgevallen. Er is veel bewijs dat luchtvervuiling

schadelijk is voor hart en longen, en steeds vaker blijkt dat het ook andere gezondheidsproblemen veroorzaakt.

De volgende ziektes worden gelinkt aan sterfte door luchtvervuiling binnen en buiten:

- Beroertes bij volwassenen ouder dan 25 jaar
- Hartziekten bij volwassenen ouder dan 25 jaar
- Chronische longziekten (zoals COPD) bij volwassenen ouder dan 25 jaar
- Acute luchtweginfecties bij kinderen jonger dan 5 jaar

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) sterven elk jaar wereldwijd ongeveer 3 miljoen mensen aan de gevolgen van luchtvervuiling buitenshuis, vooral door hart- en longziekten. In Europa alleen gaat het om meer dan 500.000 sterfgevallen per jaar (World Health Organization., 2022).

Een gemiddelde Vlaming blijft 13 maanden minder lang gezond door blootstelling aan fijn stof. Voor jongeren, ouderen of mensen die al kampen met onderliggende (chronische) aandoeningen kan dit een onderschatting zijn. Vooral langdurige blootstelling aan kleine stofdeeltjes veroorzaakt gezondheidsschade. Daarnaast zijn het optreden van nieuwe gevallen van astma bij kinderen, diabetes type 2 bij volwassenen en hoge bloeddruk bij volwassenen elk verantwoordelijk voor ongeveer 15% van de ziektelast door blootstelling aan fijn stof (Vlaamse overheid, 2024).

Binnenlucht en kwaliteit van de woning

Een gezond binnenmilieu is cruciaal, zeker omdat we gemiddeld 80% van onze tijd binnenshuis doorbrengen. Mensen in armoede lopen echter een groter risico om in ongezonde binnenlucht te leven, met gevolgen zoals luchtwegaandoeningen, mentale problemen en verhoogde blootstelling aan schimmels of schadelijke stoffen.

De oorzaken zijn vaak structureel: slecht geïsoleerde woningen, gebrekkige ventilatie, verouderde verwarmingstoestellen en vochtproblemen door overbezetting. Wanneer veel mensen in een kleine ruimte leven, ontstaat extra vocht door koken, wassen en ademen, wat schimmelvorming in de hand werkt.

Naast de structurele problemen aan de woningen, kan de kwaliteit van de lucht in huis ook negatief beïnvloed worden door hoe er in huis geleefd wordt. Denk

bijvoorbeeld aan klusjes uitvoeren, schilderen zonder goed te kunnen verluchten, binnen roken. Gebrekkig onderhoud van ketels, filters en ventilatiesysteem kunnen problemen veroorzaken of verergeren (Vlaams Instituut Gezond Leven, sd).

De kwaliteit en ligging van je woning hebben dus een grote impact op je gezondheid. Uit het woononderzoek van het Steunpunt Wonen blijkt dat mensen met een laag inkomen vaker in woningen van slechte kwaliteit wonen dan mensen met een hoger inkomen. Ondanks inspanningen van de overheid om de woonkwaliteit te verbeteren, zien we voor deze groep geen significante vooruitgang (de Smalen & Van den Broeck, 2025).

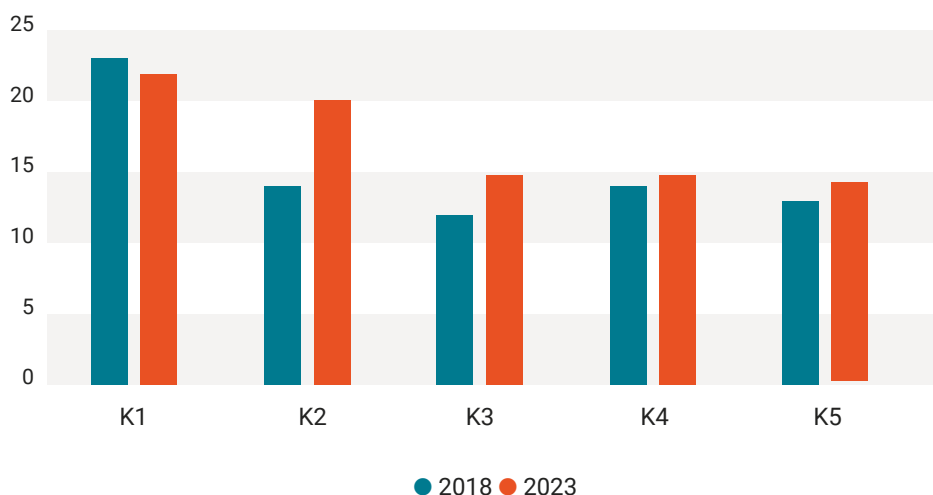
Vochtproblemen zijn een belangrijke oorzaak van gezondheidsklachten in huis. Ook hier lopen mensen met een lager inkomen (inkomenskwintiel 1 en 2) een hoger risico, zoals te zien in [grafiek 8](#). Het natte jaar 2023 heeft deze problemen nog versterkt en leidde tot slechtere resultaten voor alle woningen.

Naast de bevestigingen in het woononderzoek werden in 2023 ook effectieve woningcontroles uitgevoerd, waarbij experts de staat van woningen beoordeelden. Daaruit blijkt dat er nog veel werk aan de winkel is om alle woningen in Vlaanderen gezond en conform de normen te maken.



Grafiek 8 Vochtproblemen per inkomenskwintiel (in %)

Bron: (de Smalen & Van den Broeck, 2025)



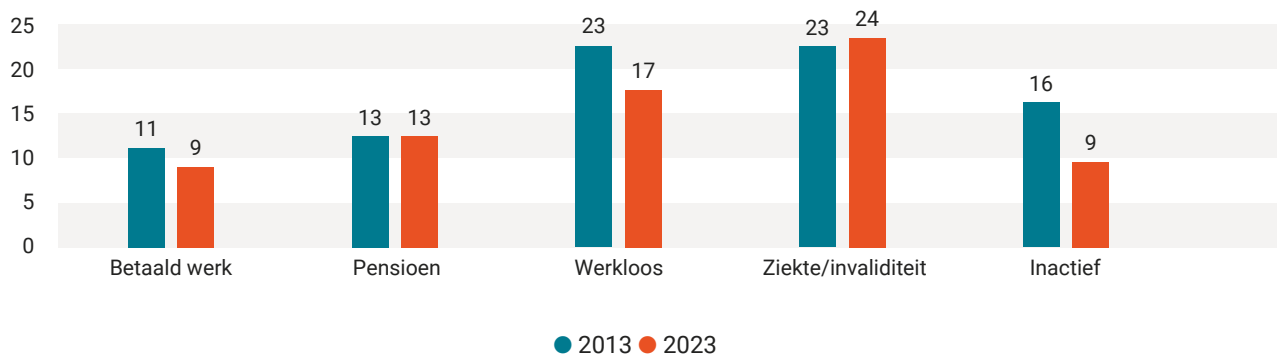


Wie dieper in de cijfers duikt, ziet dat ongeschikte woningen die structurele aanpassingen vereisen ongelijk verdeeld zijn over de bevolking. [Grafiek 9](#) toont de verdeling naar inkomensstatus. Vooral de hoge cijfers bij mensen die ziek zijn of een invaliditeitsuitkering krijgen, springen in het oog.

De link tussen ‘ziek maakt arm, arm maakt ziek’ dringt zich op. We kunnen niet stellen dat deze mensen ziek werden door hun woning, maar het is duidelijk dat een slechte woonkwaliteit hun gezondheid zeker niet ten goede komt. Bovendien is het voor mensen met gezondheidsproblemen en inkomensverlies bijzonder moeilijk om de hoge kosten van noodzakelijke structurele ingrepen zelf te dragen, of zijn ze afhankelijk van hun verhuurder om deze aanpassingen uit te voeren.

Grafiek 9 Ongeschikte woningen naar activiteitsstatus

Bron: de Smalen & Van den Broeck, 2025





Project in de kijker: **Wonen zonder zorgen**

In onze superdiverse samenleving wil Welkom en Co bijdragen aan een menswaardig bestaan voor iedereen, ongeacht land van herkomst of levenspad

Mensen in armoede belanden vaak in minder kwalitatieve huurwoningen, omdat betaalbare en degelijke huisvesting schaars is. Slechte isolatie, vochtproblemen, schimmel, gebrekkige verwarming en tocht zorgen niet alleen voor hoge energiefacturen, maar ook voor ernstige gezondheidsproblemen zoals luchtweginfecties, allergieën of chronische stress.

Met het project **Wonen zonder zorgen** zet **Welkom & Co** in op het verbeteren van woonomstandigheden voor kwetsbare huurders in de **Rupelstreek**.

De vrijwillige klusdienst voert kleine herstellingen uit in huurwoningen, zoals het dichten van kieren, het behandelen van vochtplekken, schilderwerken of het herstellen van ramen en deuren. Deze ingrepen lijken klein, maar hebben een grote impact: ze verlagen niet alleen de energiekosten, maar verbeteren ook de luchtkwaliteit, comfort en algemene leefbaarheid van de woning.

De vrijwillige klussers komen uit het eigen netwerk. Mensen in armoede en nieuwkomers worden actief betrokken om hen te versterken.

Daarnaast wil Welkom & Co huurders én verhuurders ondersteunen bij het aanvragen van **energie- en renovatiepremies**. We willen eigenaars stimuleren om hun woningen open te stellen voor mensen met een beperkt inkomen, door hen te tonen dat kleine renovaties haalbaar én zinvol zijn.

Meer informatie www.welkomento.be

Wonen zonder zorgen krijgt financiële steun van Welzijnszorg.

.....
***De vrijwillige klussers
komen uit het eigen
netwerk. Mensen in
armoede en nieuwkomers
worden actief betrokken om
hen te versterken.***
.....

Geluidshinder

Langdurige blootstelling aan lawaai kan verschillende negatieve effecten hebben op de gezondheid. Wanneer mensen op lange termijn iedere dag aan omgevingsgeluid van meer dan 50 dB worden blootgesteld, hebben ze meer kans op een hoge bloeddruk. Hoge bloeddruk verhoogt het risico op verschillende hart- en vaatziekten.

Mensen die het moeilijk hebben om rond te komen met hun inkomen, ervaren meer geluidshinder dan mensen die financieel vlotter leven. Dit verschil is statistisch significant: het komt dus niet door toeval.

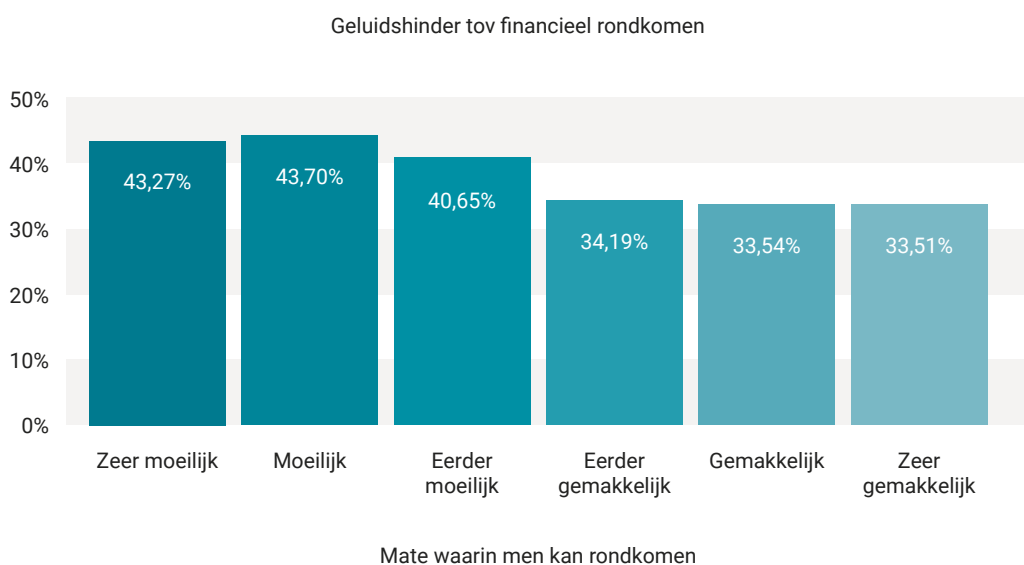
Ook het type woning speelt een rol. Wie in een gesloten bebouwing, appartement of studio woont, voelt zich vaker (tamelijk tot extreem) gehinderd door geluid dan mensen die in een (half)open bebouwing of loft wonen (Departement Omgeving, 2024).

Geluidshinder zorgt voor slaapverstoring: mensen worden vaker wakker, slapen onrustiger en minder diep. Dit verstoort het fysieke en mentale herstel tijdens de slaap. In Vlaanderen wordt ongeveer één op de drie mensen soms of regelmatig wakker van verkeerslawaai. Andere belangrijke bronnen zijn burenlawaai, industriële activiteiten, recreatieve activiteiten en landbouw.

Daarnaast kan lawaai ook het leren en werken belemmeren, omdat het de aandacht en concentratie vermindert. Het bemoeilijkt spraakcommunicatie en kan sociale relaties onder druk zetten. Bovendien heeft lawaaihinder een negatieve impact op psychologisch herstel, wat het risico op depressieve klachten vergroot (Vlaams Instituut Gezond Leven, Geluid, sd). (Departement Omgeving, 2024)

Grafiek 9 Geluidshinder en mate waarin men kan rondkomen

Bron: Departement Omgeving, 2024





Ongelijke gezondheidsnadelen van de klimaatverandering

Klimaatverandering vergroot de gezondheidsongelijkheid, zowel tussen landen als binnen landen zelf.

Hittegolven, luchtvervuiling en extreme weersomstandigheden zullen maatschappelijk kwetsbare groepen meer treffen en vaker leiden tot gezondheidsproblemen. Dit omdat mensen in armoede minder mogelijkheden hebben om aanpassingen te doen aan hun levensomstandigheden (Morrisens, 2024).

Mensen met een laag inkomen wonen vaker in slecht geïsoleerde woningen of in gebieden met weinig groen. Hierdoor zijn ze extra blootgesteld aan hitte of luchtvervuiling. Ze hebben vaak geen airco of de middelen om ventilatie- of isolatiewerken uit te voeren. Mensen in laagbetaalde beroepen werken vaker buiten of in slecht geventileerde omstandigheden (zoals in de landbouw, bouw of schoonmaak), waardoor ze extra kwetsbaar zijn voor hittestress.

Terwijl rijkere bevolkingsgroepen zich beter kunnen aanpassen, worden sociaal-economisch zwakkere gemeenschappen extra belast, wat de bestaande gezondheidskloof verder verdiept.

Sociaaleconomische factoren, crisissen en beleid

Oorlog, economische omstandigheden en beleidskeuzes spelen een aanzienlijke rol in de gezondheid van mensen. Conflicten en gewapend geweld veroorzaken niet alleen directe fysieke schade, maar laten ook diepe psychologische sporen na. Mensen die op de vlucht slaan voor oorlog hebben vaak traumatische ervaringen meegemaakt, zowel in hun land van herkomst als tijdens hun vlucht.

Daarnaast zijn het niet alleen de omstandigheden in conflictgebieden die de gezondheid beïnvloeden, maar ook de manier waarop mensen worden opgevangen in het land van aankomst. Beleidskeuzes van overheden spelen hierin een cruciale rol. Bijvoorbeeld: Hoe snel krijgen vluchtelingen toegang tot medische zorg? Wordt er psychologische hulp voorzien? Hebben ze recht op een degelijke huisvesting en sociale ondersteuning? Deze factoren bepalen in belangrijke mate hoe goed mensen zich kunnen herstellen en integreren.

Ook bredere economische contexten zijn van invloed. In tijden van economische crisis kunnen gezondheidszorgsystemen onder druk komen te staan, waardoor de toegang tot zorg bemoeilijkt wordt, vooral voor kwetsbare groepen.

“Er zijn heel veel ziektes die ik heb door mijn vlucht. Rugklachten door op straat te leven maar ook ziektes door koude. Dat zorgde voor veel microben en ziektes. Bij het Rode Kruis mochten we wel altijd binnen om ons te laten helpen als we ziek waren (toen ik op straat leefde).”

getuigenis via SOEM vzw

“De geest van de asielzoekers zit vol met stress. Ze geven ons eten, onderdak, maar iedereen wil onafhankelijk zijn. We appreciëren wat het centrum voor ons doet, het helpt bij onze gezondheid. Dit is alleen niet genoeg, we hebben ook vrijheid nodig, we moeten zelf eten kunnen maken en daarbij zelf keuzes kunnen maken over wat we eten.”

getuigenis via SOEM vzw

“Meeste mensen weten niet waar ze recht op hebben. Wat is een verhoogde tegemoetkoming? Dat weten ze allemaal niet. Je moet naar de mutualiteit gaan.”

getuigenis signaaldag Antwerpen

Drempels in onze gezondheidszorg

Een specifieke reden waarom mensen in armoede minder 'gezond' zijn, zijn de drempels in de gezondheidszorg. Er is natuurlijk veel aandacht nodig om ziektes te vermijden, maar mensen moeten ook terecht kunnen bij zorgverleners en organisaties wanneer dat nodig is.

Een grote drempel voor mensen in armoede is uiteraard de kostprijs van sommige medische behandelingen. Maar dat is zeker niet de enige drempel. Er zijn ook recente evoluties op het vlak van toegankelijkheid en digitalisering.

En we mogen ook niet vergeten dat het systeem zelf drempels opwerpt voor mensen, bijvoorbeeld mensen die administratief niet in orde zijn met hun ziekteverzekering, mensen in asielprocedure of mensen zonder wettig verblijf.

In wat volgt, gaan we dieper in op enkele van deze drempels. We pretenderen niet volledig te zijn, maar vertrekken wel vanuit de signalen en verhalen die we hoorden tijdens de voorbereidende gesprekken voor deze campagne.

Project in de kijker: Participatief theater

OnderOns vzw is een erkende armoedevereniging in Sint-Truiden dat mensen in armoede samenbrengt, versterkt en een stem geeft. De vereniging heeft een themawerking rond psychische kwetsbaarheid. Heel wat bezoekers kwamen al in aanraking met de geestelijke gezondheidszorg.

Met het theaterproject wil OnderOns mensen met armoede-ervaring zelf aan het woord laten. Ze gaan samen op zoek naar situaties waarbij de toegang tot gezondheid op één of andere manier ontzegd werd. Want mensen in armoede ondervinden vaak tal van drempels om de juiste zorg te krijgen. Lange wachtlijsten, hoge kosten, moeilijkheden bij aanmelding en een gebrek aan aansluiting bij hun leefwereld zorgen ervoor dat hulpverlening niet altijd werkt voor wie ze het meest nodig heeft.

OnderOns kiest bewust voor participatieve werkvormen, via participatief theater geven ze ruimte aan ervaringen van uitsluiting en zoeken ze samen naar manieren om die te doorbreken. De deelnemers komen wekelijks samen en verkennen welke thema's voor hen belangrijk zijn. De methode van forumtheater – waarbij toeschouwers mee nadenken en zelfs actief meespelen – maakt het mogelijk om structurele knelpunten zichtbaar te maken én tot dialoog te komen met het sociale netwerk, familie, buurtbewoners, hulpverleners, ...

Op die manier wordt theater een oefenruimte voor verandering. Deelnemers ervaren dat hun verhaal ertoe doet.

Het project start in november 2025, en wordt voorgesteld eind mei 2026.

Meer informatie

<https://saamolimburg.be/project/onderons/>

OnderOns vzw krijgt financiële steun van Welzijnszorg.



Maximumfactuur (MAF)

De **maximumfactuur (MAF)** is een systeem binnen de ziekteverzekering dat gezinnen beschermt tegen te hoge medische kosten. Zodra een gezin in de loop van een kalenderjaar een bepaald maximumbedrag aan eigen bijdragen (remgeld) heeft betaald, neemt de ziekteverzekering alle verdere kosten die recht geven op terugbetaling volledig ten laste. Met andere woorden: je betaalt in dat jaar geen remgeld meer voor bepaalde medische zorgen, zodra je de grens bereikt hebt.

Waarom bestaat de MAF?

De MAF is ingevoerd om te voorkomen dat mensen door gezondheidskosten in financiële moeilijkheden komen. Gezinnen met lagere inkomens hebben een lagere drempel, waardoor ze sneller recht hebben op volledige terugbetaling. Zo helpt de MAF om de toegankelijkheid van zorg te verbeteren en de sociale ongelijkheid in gezondheidszorg te verminderen.

4 soorten MAF

Het systeem bestaat eigenlijk uit 4 verschillende soorten MAF, die soms gecombineerd worden. Het systeem is dus best complex. Het ziekenfonds houdt de gegevens bij en past de correcte maximumfactuur toe.

Soort MAF	Voor wie?	Maximumbedrag (2025, geïndexeerd)	Bijzonderheden
1. Inkomens-MAF	Alle gezinnen, automatisch toegekend	Afhankelijk van gezinsinkomen	Gebaseerd op netto belastbaar inkomen van 2 jaar geleden. Bij inkomen $\leq$ 13.079,37 euro: max. 260,10 euro .
2. Sociale MAF	Gezinnen met verhoogde tegemoetkoming (VT)	Vast bedrag: 527,27 euro	Bij laag inkomen ($\leq$ 13.079,37 euro): inkomens-MAF (260,10 euro) kan voordeliger zijn.
3. MAF voor kinderen < 19	Elk kind jonger dan 19 jaar	Vast bedrag: 761,61 euro per kind	Ongeacht inkomen van het gezin. Gaat per kind apart.
4. MAF voor chronisch zieken	Gezinnen met een chronisch zieke persoon	117,17 euro korting op ander MAF-type	Geldt als: (1) het remgeld $\geq$ MAF was in 2 vorige jaren, of (2) statuut 'chronische aandoening'.

Inkomensschrijven inkomens-MAF

2025

Inkomensschijven	Maximumbedragen
van 0 tot 13.079,37 EUR	260,10 EUR
van 13.079,38 tot 23.399,42 EUR	527,27 EUR
van 23.399,43 tot 35.972,23 EUR	761,61 EUR
van 35.972,24 tot 48.545,09 EUR	1.171,70 EUR
van 48.545,10 tot 60.594,06 EUR	1.640,38 EUR
vanaf 60.594,07 EUR	2.109,06 EUR

Waarom is de maximumfactuur (MAF) niet altijd voldoende om gezondheidszorg betaalbaar te houden?

Hoewel de MAF een belangrijke bescherming biedt tegen hoge zorgkosten, schiet het systeem voor sommige mensen nog tekort. Zo is het maximumbedrag van de sociale MAF (€ 527,27) voor kwetsbare groepen nog steeds een zware financiële last. Ook binnen de inkomens-MAF ontstaan er problemen: wie bijvoorbeeld net boven een inkomensgrens valt, betaalt soms veel meer dan iemand die net onder die grens blijft. Stel: je verdient net iets meer dan € 13.079,38 per jaar, dan geldt een maximumfactuur van € 527,27. Maar had je een paar euro minder verdiend, dan viel je onder de lagere schijf met een plafond van € 260,10 — een groot verschil voor een klein inkomensverschil.

Nog een knelpunt is echter dat de MAF alleen telt voor officieel terugbetaalde zorg. Extra kosten zoals dokterssupplementen, niet-terugbetaalde medicatie, pijnstillers, of wondzorgmateriaal worden niet meegerekend. Toch zorgen ook die uitgaven ervoor dat de medische factuur oploopt (Decenniumdoelen, 2020).

Kostprijs

Terwijl in de Europese Unie in 2021 gemiddeld 14,5% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg ten laste zijn van huishoudens, **ligt dit percentage hoger in België** met zo'n 17,9%. Dit is ook duidelijk hoger dan de percentages gerapporteerd door onze grootste buurlanden, die tussen de 9 à 12% liggen.

Dit hoog eigen aandeel zorgt ervoor dat ondanks maatregelen zoals het statuut Verhoogde Tegemoetkoming (VT) en de maximumfactuur toch meer dan 5% van de mensen in België catastrofaal hoge gezondheidskosten heeft. Het risico op uitgestelde zorgen is dan ook relatief groot.

Niet terugbetaalde zorg

• **“Online een bril bestellen is goedkoper. Maar dan krijg je geen terugbetaling. Het is geen luxeartikel, maar wordt wel zo behandeld.”**
• *getuigenis signaaldag Leuven*

De terugbetaling voor geneeskundige behandeling wordt geregeld via de ‘nomenclatuur’. Elke behandeling krijgt een code die overeenkomt met een tarief, welke door de ziekenfondsen gedeeltelijk wordt terugbetaald. Maar niet alle medische behandelingen worden terugbetaald via de verplichte ziekteverzekering. Sommige behandelingen worden geweerd omdat hun werking niet voldoende wetenschappelijk is onderbouwd, of omdat ze te nieuw zijn om al opgenomen te worden. Ook qua geneesmiddelen, implantaten en hulpmiddelen worden zeker niet alle kosten terugbetaald. Denk bijvoorbeeld aan pijnstillers, voedingssupplementen, wondverzorging etc.

• **“Categorie D medicatie zoals pijnstillers worden niet terugbetaald, waardoor mensen liever wel terugbetaalde medicatie (antibiotica) krijgen. Met daardoor soms een verkeerd gebruik van medicatie als gevolg.”**
• *getuigenis signaaldag Leuven*

Een zeer hoge kost die niet wordt terugbetaald zijn de ereloonsupplementen die door artsen die niet geconventioneerd zijn, worden aangerekend.

CONVENTIETARIEF EN ERELOONSUPPLEMENTEN

De prijs van medische behandelingen is vastgelegd na afspraken tussen artsen en ziekenfondsen op basis van budgetten toegekend voor gezondheidszorg. Artsen die zich conventioneren houden zich aan de officiële tarieven die zijn afgesproken.

Voor de betaalbaarheid van gezondheidszorg voor mensen in armoede is het van groot belang dat er voldoende artsen geconventioneerd zijn. De laatste jaren groeit echter de bezorgdheid dat steeds meer artsen zich (deels) deconventioneren. Zeker in bepaalde specialisaties is het aantal niet-geconventioneerde artsen in opmars. Redenen hiervoor zijn onder andere de onvrede over de officiële tarieven, de administratieve lasten, en de wens om meer vrijheid te hebben in het bepalen van erelonen. Dit leidt tot een groeiende kloof in de zorg: wie het zich kan veroorloven, kan snel terecht bij een niet-geconventioneerde arts, terwijl anderen aangewezen zijn op de (vaak langere) wachtlijsten bij geconventioneerde zorgverleners.

• **“Je hebt ook artsen die semi-geconventioneerd zijn. Die op bepaalde uren geconventioneerd zijn en andere uren niet, maar hoe kunnen mensen dit weten?”**
• *getuigenis signaaldag Antwerpen*

• **“Ik ben met kiné gestopt omdat het te duur werd. Voor psychiaters en tandartsen, is er informatie te kort of ze geconventioneerd zijn of niet.”**
• *getuigenis signaaldag Antwerpen*

Artsen die niet geconventioneerd zijn, kunnen ereloonsupplementen aanrekenen. Ook bij verblijf in een eenpersoonskamer in het ziekenhuis kan een niet geconventioneerde arts deze supplementen aanrekenen. Deze supplementen worden niet terugbetaald via de verplichte ziekteverzekering en zijn dus te betalen door de patiënt zelf.

In de praktijk kunnen deze supplementen aanzienlijk oplopen, zeker in sommige specialisaties en ziekenhuizen. In een eenpersoonskamer worden vaak ereloonsupplementen aangerekend, doorgaans 150% bovenop het officiële tarief, maar dit kan variëren van 100% tot zelfs 300%. Dit kan leiden tot financiële verrassingen voor patiënten die niet goed op de hoogte zijn van hun rechten of van de tarieven die gelden.

: **“Vragen bij opname zijn onduidelijk en mensen**
 : **tekenen dan zaken die ze eigenlijk niet willen.**
 : **Bijvoorbeeld 5 dagen in een 1 persoonskamer.”**
 : *getuigenis via Samen DiVers*

Met een aanvullende hospitalisatieverzekering worden deze supplementen vaak wel (gedeeltelijk) terugbetaald. Maar ook hier blijkt dat je goed op de hoogte moet zijn van de kleine lettertjes om te weten wat de aanvullende verzekering precies dekt.

: **“Ik heb een hospitalisatieverzekering, met mijn**
 : **problemen heb ik het er al uitgehaald, maar het is**
 : **wel duur.”**
 : *getuigenis signaaldag Harelbeke*

Door het gebrek aan geconventioneerde artsen in een bepaalde regio of bepaalde specialisatie, wordt de keuzevrijheid van patiënten met een laag inkomen de facto ingeperkt. Wanneer geconventioneerde artsen ook een wachtlijst hebben of een patiëntenstop, komt de toegankelijkheid van de zorg in het gedrang.

DERDEBETALERSREGELING

Niet alleen de kostprijs zelf kan een drempel zijn. Ook de manier waarop betaald moet worden of problemen met terugbetaling kunnen drempelverhogend zijn.

Voor huisartsen geldt momenteel een verplichte derdebetalersregeling voor mensen met verhoogde tegemoetkoming. Voor andere artsen kan de derdebetalersregeling vrijblijvend gebruikt worden. Bij de derdebetalersregeling betaalt de patiënt enkel het eigen aandeel (remgeld) en wordt de rest van de prestatie rechtstreeks door het ziekenfonds aan de arts betaald. Dit heeft uiteraard als voordeel dat de patiënt de kosten niet meer zelf moet voorschieten.

: **“Pas om de 20 beurten krijg ik een factuur van 600**
 : **euro, en je moet dan wel veel neerleggen ineens en**
 : **dan krijg je dat terug maar op dat moment heb je dat**
 : **niet.”**
 : *getuigenis signaaldag Harelbeke*

GEBREK AAN INFORMATIE

Naast de kostprijs zelf, is ook de onzekerheid over de kosten een belemmerende factor in de toegang tot zorg. Informatie over de kostprijs ontbreekt soms, is onvolledig of moeilijk begrijpbaar.

: **“Bij sommige behandelingen weet je niet op**
 : **voorhand of de mutualiteit tussenkomt.**
 : **Soms is een behandeling dringend of zitten er**
 : **andere dingen in je hoofd waardoor je dat niet**
 : **opzoekt. Je zou moeten weten, hoeveel gaat het mij**
 : **kosten?”**
 : *getuigenis signaaldag Leuven*

: **“Bij een labo-onderzoek weet je nooit hoeveel het**
 : **gaat kosten.”**
 : *getuigenis signaaldag Harelbeke*



Uitgestelde zorg

In 2024 gaf 1,8% van de bevolking van 16 jaar en ouder in het Vlaamse Gewest aan dat zij in het voorgaande jaar een noodzakelijk medisch of tandheelkundig onderzoek of behandeling moesten uit- of afstellen om financiële redenen. Het gaat om het gecombineerde aandeel personen dat minstens één keer hetzij medische zorg uitstelde, hetzij tandzorg en dit omdat zij het zich financieel niet konden veroorloven. Dat komt overeen met ongeveer 100.000 personen (Statistiek Vlaanderen, 2025).

Vooral mensen die werkloos zijn (15%) en andere niet-actieven (4%) moeten vaker zorg uitstellen (Statistiek Vlaanderen, 2025).

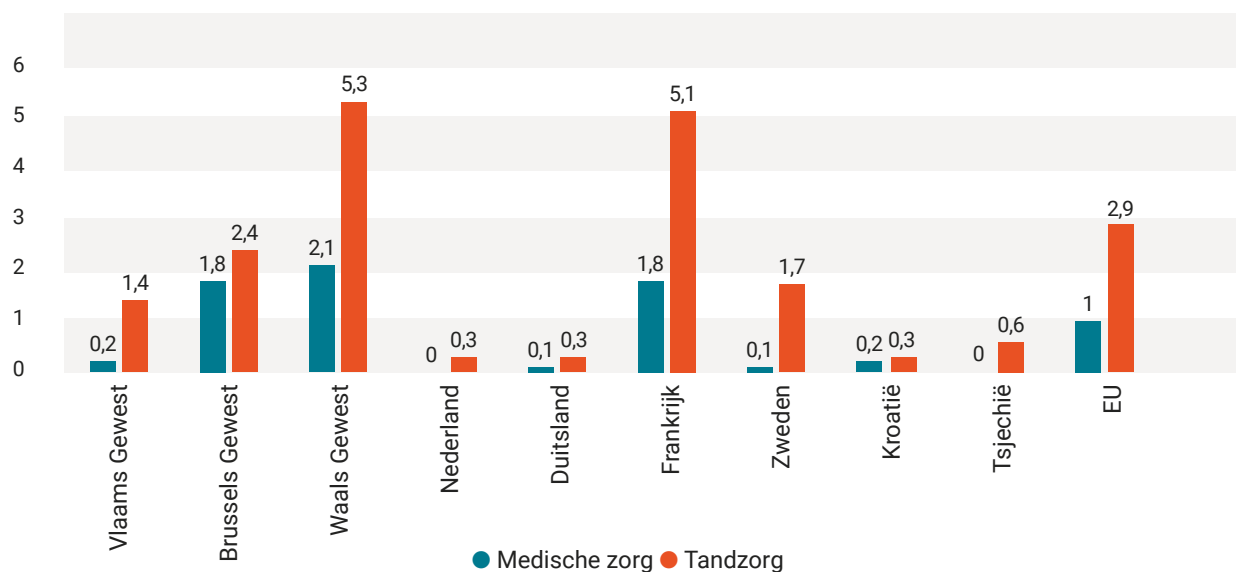
Als we deze cijfers uitsplitsen (cijfers van 2023) zorgt vooral tandzorg bij veel mensen voor problemen. Voor Vlaanderen gaat het om 1,4% van de bevolking, voor het Brussels gewest loopt het al op tot 2,4% en in het Waals gewest gaat het om maar liefst 5,3%.

We kunnen deze cijfers ook vergelijken met andere Europese landen. Onze buurlanden Nederland en Duitsland doen het veel beter, alsook Zweden, Kroatië en Tsjechië. Frankrijk scoort niet goed. Het EU27 gemiddelde bedraagt 2,9%.

Zorg moeten uitstellen omwille van financiële redenen moet uiteraard ten alle tijden vermeden worden. Uitgestelde zorg wil zeggen risico op complicaties en relatief kleine problemen kunnen makkelijk uitgroeien tot grote problemen die dan ook meer kosten aan gezondheidszorg.

Grafiek 10 Uitgestelde medische zorg en tandzorg (2023) in % van de bevolking ouder dan 16 jaar

Bron: EU-SILC Statbel, Eurostat, bewerking Statistiek Vlaanderen



Onvervulde zorgnood – voorbeeld uit de geestelijke gezondheidszorg

Mensen met psychische problemen wachten gemiddeld tien jaar voor ze in behandeling gaan. Dat uitstel heeft ingrijpende gevolgen, niet alleen voor hun eigen gezondheid en levenskwaliteit, maar ook voor hun inkomen, sociale relaties en voor de samenleving als geheel. Hoe later de juiste zorg wordt opgestart, hoe zwaarder de problemen doorgaans worden en hoe groter de kans dat herstel moeilijker verloopt.

Dit probleem raakt nog scherper wanneer we het verband leggen met de sociaal-economische status (SES). Uit tal van onderzoeken blijkt dat psychische problemen tot tweemaal vaker voorkomen bij mensen met een lagere SES dan bij mensen met een hogere SES. De oorzaken zijn divers: chronische stress door financiële onzekerheid, beperkte toegang tot kwaliteitsvolle huisvesting, onderwijs en werk, en een slechtere fysieke gezondheid die psychische klachten kan verergeren.

Daarbovenop hebben mensen met een lagere SES minder toegang tot geestelijke gezondheidszorg en beschikken ze vaak over zwakkere sociale netwerken, waardoor de kans op steun of tijdige doorverwijzing kleiner wordt.

Ondanks hun hogere noden raken mensen met een lagere SES niet in verhouding vaker in behandeling. Verschillende drempels spelen daarbij een grote rol: velen ervaren geen nood aan zorg of denken hun problemen zelf te kunnen oplossen, terwijl ook bezorgdheden over de kostprijs, twijfel aan het nut van behandeling en een gebrek aan kennis over waar ze terecht kunnen zwaar doorwegen. Dit alles wijst op een aanzienlijke onvervulde zorgnood bij mensen in kwetsbare situaties (Bruffaerts, 2021).

Toegankelijkheid

Toegankelijkheid gaat uiteraard ook over financiële toegankelijkheid maar is nog veel ruimer dan dat. Het gaat ook over *gevoeligheid* (mensen moeten weten dat ze bepaalde zorgnoden hebben en deze noden moeten erkend worden door zorgverleners), *beschikbaarheid* (er is een aanbod dat bereikbaar is in ruimte en tijd) en *aanvaardbaarheid* (het aanbod is kwalitatief zodat mensen er gebruik van willen maken) (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). Daarnaast moet het systeem ook *begrijpbaar* zijn. Dit is ruimer dan de taal die gesproken wordt door zorgverleners en patiënten, maar gaat ook over het systeem zelf. Is het voldoende duidelijk voor mensen welke rechten ze hebben en hoe ze toegang kunnen hebben tot deze rechten?

“Hier in België is het zeer moeilijk om alles te begrijpen en ik heb altijd iemand nodig om de uitleg/vertaling te krijgen of ik neem papieren mee naar huis om dit alles te begrijpen.”
getuigenis via Samen DiVers

“Van Roeselare naar mijn doktersafspraak in Brugge doe ik 1u21min over. Maar er mag dan echt niks mislopen. Als de eerste bus vertraging heeft, mis ik mijn aansluiting en kan alles naar 2u24min gaan. In totaal ben ik 4u30min onderweg. Als je dan nog slecht nieuws krijgt, dan zakt de moed in je schoenen.”
getuigenis signaaldag Harelbeke



Project in de kijker: Zorgantennes aan de kust

Dokters van de Wereld biedt gratis medische en psychosociale hulp aan mensen die uitgesloten worden van de reguliere zorg: mensen in armoede, dak- en thuislozen, migranten zonder wettig verblijf, en anderen in een kwetsbare situatie.

Met mobiele medische teams, vaste zorgpunten en lokale zorgantennes vormen ze laagdrempelige toegangspoorten tot basiszorg. Ze helpen niet alleen mensen met hun medische noden, maar begeleiden hen ook richting reguliere gezondheidsdiensten. Daarnaast pleiten ze voor structurele hervormingen en sensibiliseren ze over het recht op gezondheid.

In de kustregio – met antennes in Zeebrugge, Brugge en Oostende – wordt het probleem van zorguitsluiting extra zichtbaar. In Oostende bijvoorbeeld ligt de welvaartsindex fors onder het Vlaamse gemiddelde, terwijl het aandeel mensen met een verhoogde tegemoetkoming (21,2%) bijna dubbel zo hoog is als elders in Vlaanderen. Bovendien kampt de stad met een opvallend hoog aantal daklozen: liefst 1126 mensen zonder vaste verblijfplaats, van wie velen nergens terecht kunnen voor medische hulp.

De antennes organiseren wekelijks gratis medische consultaties, waarmee jaarlijks meer dan 300 mensen bereikt worden in de kuststreek. In Oostende alleen al gaf in 2023 54% van de patiënten aan dakloos te zijn. Uit onze cijfers blijkt ook dat bijna de helft van onze patiënten lokale inwoners in armoede zijn – een duidelijke indicatie dat zorguitsluiting lang niet alleen nieuwkomers of mensen zonder papieren treft.

Via de antennes biedt Dokters van de wereld niet alleen eerste hulp en medische ondersteuning, maar ook psychosociale begeleiding en oriëntering naar verdere zorg. Ze werken samen met lokale partners, sociale organisaties en vrijwilligers om het vangnet te verbreden en kwetsbare mensen een duurzame weg naar gezondheid en welzijn te bieden.

Meer informatie
<https://doktersvandewereld.be/projecten/zorgantennes-aan-de-kust>

Zorgantennes aan de kust krijgen financiële steun van Welzijnszorg.

.....

De antennes organiseren wekelijks gratis medische consultaties, waarmee jaarlijks meer dan 300 mensen bereikt worden in de kuststreek.

.....

Gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden die mensen nodig hebben om gezondheidsinformatie te vinden, te begrijpen en toe te passen, en om beslissingen te nemen over hun gezondheid die aansluiten bij hun eigen situatie. Deze vaardigheden zorgen ervoor dat mensen weten wanneer ze een beroep moeten doen op het zorgsysteem, waar ze terecht kunnen en hoe ze met hun zorgverlener kunnen communiceren over de problemen die ze ervaren.

Gezondheidsvaardigheden worden doorgaans opgedeeld in drie niveaus. Het functionele niveau omvat de basisvaardigheden zoals lezen, schrijven en rekenen. Het interactieve niveau gaat over het begrijpen, toepassen en uitwisselen van informatie, wat onder meer vraagt om digitale vaardigheden, het stellen van vragen aan een zorgverlener en het zoeken van steun bij familie en vrienden. Het kritische niveau heeft betrekking op het juist interpreteren van gezondheidsinformatie, het vooruitdenken over de langetermijneffecten van gedrag, het stellen van prioriteiten en het samen nemen van beslissingen met de zorgverlener (Vlaams Instituut Gezond Leven, sd).

- **“Armoede is niet alleen financieel, het is ook een gebrek aan informatie, waar kan ik aankloppen? Waar kan ik meer krijgen dan geld? Digitaal analfabeet zijn maakt het nog erger.”**
- *getuigenis signaaldag Antwerpen*

Lage gezondheidsvaardigheden hangen vaak samen met een minder gezonde leefstijl. Dit komt onder andere doordat leefstijladviezen niet altijd goed begrepen worden of moeilijk in de praktijk om te zetten zijn. Bovendien is een groot deel van de beschikbare gezondheidsinformatie onvoldoende toegankelijk voor mensen met lage gezondheidsvaardigheden.

Vooral maatschappelijk kwetsbare groepen – zoals mensen die in armoede leven, mensen met Nederlands als tweede taal en langdurig zieken – lopen een groter risico op beperkte gezondheidsvaardigheden (Vlaams Instituut Gezond Leven, sd). Om deze groepen te bereiken met gezondheidsadviezen is het daarom niet voldoende om méér te communiceren, maar is communicatie op maat noodzakelijk.



Relatie met zorgverleners en – organisaties

- **“Je voelt je anders als je het financieel moeilijk hebt, je voelt je niet evenwaardig. Als je erdoor bent voel je je opgelucht en heb je terug sociale contacten. Het is gemakkelijk dat de huisarts je situatie een beetje kent.”**
- *getuigenis signaaldag Leuven*

Armoede heeft een groot effect op hoe mensen zich voelen, we spreken over de binnenkant van armoede. Het kan leiden tot gebrek aan zelfvertrouwen en gevoelens van schaamte. Deze gevoelens hebben ook een effect op de relatie met zorgverleners. Mensen voelen zich niet altijd op hun gemak om informatie te geven over hun financiële situatie of leefomstandigheden. Ook angst voor vooroordelen speelt mee.

Veel mensen geven wel mee dat ze zouden willen dat hun zorgverleners op de hoogte zijn, zodat ze er rekening mee kunnen houden in hun behandeling, bijvoorbeeld door het toepassen van de derdebetalersregeling of het voorschrijven van generische varianten.

De huisarts is voor veel mensen een vertrouwensfiguur. Het blijkt uit de cijfers dat de huisarts ook toegankelijk is voor mensen in armoede. We moeten dan ook waakzaam zijn dat dit ook in de toekomst kan gegarandeerd blijven. Het huisartsentekort zorgt in sommige regio's voor grote problemen.

• **“Prestatiefinanciering legt veel druk op zorgverleners, er is minder tijd voor preventie en informatie. Het huisartsentekort zet huisartsen ook onder druk.”**
• *getuigenis signaaldag Leuven*

• **“Mijn specialist geloofde niet dat ik na 3 maanden nog altijd zoveel pijn had. Ik moest dit doen of dat doen. Gelukkig is er wel mijn huisarts die luistert naar mij, die heeft dan een brief gemaakt voor de specialist.”**
• *getuigenis van signaaldag Harelbeke*

• **“Als sociale organisatie moet je toch nog vaak bellen om uitleg te geven terwijl die cliënt er toch recht op heeft, de verantwoording erachter maakt soms een groot verschil voor mensen.”**
• *getuigenis signaaldag Leuven*

Met artsen-specialisten is de afstand vaak groter. Mensen hebben het gevoel dat ze niet dezelfde taal spreken en dat ze niet gehoord en serieus genomen worden. Vaak nemen sociale organisaties de rol op om de rechten van mensen met een laag inkomen te doen gelden.

Artsen hebben uiteraard het beste voor met hun patiënten, maar vaak is er maar een beperkte kennis over armoede en over de impact van armoede op gezondheid en behandelmogelijkheden. Dit kan tot frustratie leiden bij beide partijen.

In 2022 deed de Staten-Generaal Geestelijke Gezondheid (SGGG) een bevraging in samenwerking met de Artsenkrant over de mening en houding van artsen tegenover patiënten in armoede. De meerderheid van de artsen zijn op de hoogte dat armoede intergenerationele (71%) en situationele oorzaken (72%) heeft en erkennen dat armoede de toegang tot kwalitatieve (59%), tijdige (66%) en betaalbare zorg (80%) belemmert. Tegelijk vindt een derde dat mensen in armoede verkeerde prioriteiten stellen en 14% meent dat zij zich onvoldoende inspannen om hun situatie te veranderen.

Hoewel de helft van de respondenten toegeeft dat ze het moeilijk vinden om met patiënten in armoede te werken, is tegelijk bijna drie vierde ervan overtuigd dat ze daarvoor voldoende kennis hebben, ook al geeft de grote meerderheid aan dat armoede geen onderdeel uitmaakte van hun medische opleiding. Artsen hebben ook niet altijd zicht op de financiële impact van de medicatie die ze voorschrijven (Catthoor, et al., 2023).

De resultaten van de bevraging laten zien dat er nog veel ruimte voor verbetering is. Positief is, dat de helft van de artsen bereid is om zich bij te scholen over armoede. Van die bereidheid moet gebruik gemaakt worden, het zal de toegang tot gezondheidszorg voor mensen in armoede zeker verbeteren.

• **“Een arts staat er niet altijd bij stil, maar een doos Dafalgan kost wel 14 euro. Mensen nemen dan wat ze kunnen betalen. In plaats van te praten of door te verwijzen, gebeurt er vaak één ding heel snel: pillen voorschrijven.”**
• *getuigenis signaaldag Leuven*

• **“Bij mijn vorige tandarts heb ik schoorvoetend gevraagd of ik derdebetalersregeling kan krijgen. Ik moet van mijn spaarrekening nemen om eerst tandarts te betalen en als ik dat terugkrijg van mutualiteit moet ik dat terug op mijn rekening zetten. Het zou beter zijn als dat rechtstreeks via de mutualiteit gaat.”**
• *getuigenis signaaldag Leuven*



Project in de kijker: Vinger aan de pols, in Roeselare

Via het project Vinger aan de Pols bracht Welzijnsschakel en vereniging waar armen het woord nemen t'Hope, samen met Stad Roeselare, in kaart welke drempels mensen in kwetsbare situaties ervaren inzake gezondheidszorg. Vinger aan de Pols bracht de barrières in de gezondheidszorg in kaart en dacht na over concrete verbetervoorstellen om gezondheidszorg toegankelijker te maken. De bevindingen en aanbevelingen werden gebundeld in een inspiratienota.

Concreet zijn dit de grootste noden:

- Gezondheidszorg begrijpbaarder maken
- Beter mobiliteitsaanbod van en naar de zorg
- Zorg betaalbaar maken voor iedereen

De inspiratienota is geen eindpunt, maar de start om de aanbevelingen in praktijk te brengen. Het werk focust zich op een inclusieve en toegankelijke gezondheidszorg waar iedereen de zorg krijgt waarop hij of zijn recht heeft.

Vinger aan de pols is een initiatief van t'Hope vzw en Stad Roeselare, samen met Ligo - Centrum voor Basiseducatie, SAAMO, Wachtpost Alfa, AZ Delta, Eerstelijnszone Midden-West-Vlaanderen, Dienstverlenende Vereniging Midwest, Gezonde Buurt samen met CM, Welzijnsschakels, Welzijnszorg en het Netwerk tegen Armoede.

Het project toont dat je ook lokaal aan de slag kunt rond gezondheidsongelijkheid!

.....

*Het werk focust zich op een
inclusieve en toegankelijke
gezondheidszorg waar
iedereen de zorg krijgt
waarop hij of zijn recht heeft.*

.....

Wachtlijsten

Als het over de toegankelijkheid van zorg gaat, gaat het natuurlijk ook over de beschikbaarheid ervan. Kan ik de juiste zorg krijgen, wanneer ik deze nodig heb?

Een belangrijk dossier, ook al staat het los van de verplichte ziekteverzekering, zijn de persoonsgebonden budgetten voor mensen met een beperking. De wachttijden lopen heel lang op, nochtans zijn deze budgetten noodzakelijk voor mensen om de nodige zorg en ondersteuning in te kopen.

Qua wachtlijsten in de gezondheidszorg bestaat er momenteel in België geen systeem om de wachttijden te meten. Alleen in de Vlaamse Centra Geestelijke Gezondheidszorg worden de wachttijden systematisch bijgehouden (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2024).

“Wie op een wachtlijst staat wacht ook om weer aan het werk te gaan, wacht op een diagnose om betaalbare medicatie of behandeling te krijgen en komt intussen soms terecht bij duurdere alternatieven zoals bv. een privépsycholoog.” (Grymonprez & Minnoey, 2023)

Bij sommige zorgverstrekkers is het zelfs niet meer mogelijk om nog ingeschreven te geraken. Zo heeft een op vijf van de huisartsen een volledige patiëntstop, en bijna de helft van de huisartsen laat alleen nieuwe patiënten toe onder bepaalde voorwaarden (Schillewaert, 2023). Tijdens een bevraging door de Vlaamse Vereniging Klinisch Psychologen in 2021 verklaarde 37,7% van de klinisch psychologen, 28,2% van de orthopedagogen, 33,3% van de psychotherapeuten en 60,5% van de psychiaters een aanmeldstop te hebben (Vlaamse Vereniging Klinisch Psychologen, 2021).

• **“Ik stond heel lang op de wachtlijst voor de psychiater, 6 tot 8 maanden. Ik heb dat probleem nu en ik moet 8 maanden wachten. Ik kreeg medicatie en pas daarna kon ik naar de psycholoog en stond ik weer 3 maand op de wachtlijst. Ik heb chance dat ik zo vroeg nog mag gaan. Het zorgt ervoor dat je geen zin hebt om nog hulp te vragen.”**
• *getuigenis signaaldag Harelbeke*

• **“Ik had een grote stap gezet door naar het centrum mentale gezondheid te gaan en ik kon pas 1 jaar later geholpen worden. Ik kon wel om de 2 maand een aanmeldingsgesprek hebben. En nu kan ik de stap niet zetten. Ik moet mezelf opnieuw forceren en ik kan het niet.”**

• *getuigenis signaaldag Harelbeke*

• **“Tijdens wachten geraak je er nog meer in den diepte. Het lijkt wel of je getest wordt tijdens die 3 maanden tussen intake en hulp.”**

• *getuigenis signaaldag Harelbeke*

Digitalisering

De digitalisering van de gezondheidszorg brengt dan nieuwe mogelijkheden met zich mee, het risico op het vergroten van bestaande sociale ongelijkheid is reëel. In onze campagne ‘**Allemaal digitaal?!**’ van 2022 over digitalisering brachten we deze ongelijkheden onder de aandacht. Het probleem gaat over ongelijkheid in toegang tot internet, materiaal en ondersteuning en verschillen in vaardigheden. Ook een gebrek aan vertrouwen of negatieve ervaringen met technologie spelen een rol. Waar sommigen baat hebben bij digitale toepassingen om sneller of autonomer met hun gezondheid om te gaan, ervaren anderen stress, onbegrip of uitsluiting.

Het maken van een online afspraak, het openen van een elektronisch voorschrift of het zelf opvolgen van een medisch dossier zijn voor veel mensen complexe opdrachten.

Digitalisering verandert ook de relatie tussen patiënt en zorgverlener. Fysiek contact wordt minder vanzelfsprekend, terwijl net dat vertrouwen en persoonlijk contact voor kwetsbare mensen vaak essentieel is.

Hoewel digitale zorg kansen biedt, vergroot ze tegelijk het risico op een zorgsysteem met twee snelheden: één voor wie mee is, en één voor wie uit de boot valt. Daarom moet digitalisering hand in hand gaan met begeleiding, toegankelijkheid en respect voor ieders tempo en situatie (Derroitte, 2025).

Uitsluitingsmechanismen

Ook binnen ons zorgsysteem loert uitsluiting om de hoek. Dat kan gaan van bewust gekozen beperkingen in de toegang tot gezondheidszorg tot onbewuste stereotypering en vooroordelen tegenover patiënten – en alles wat daartussen ligt.

Raciale discriminatie in de gezondheidszorg is een weerspiegeling van het structurele racisme in de samenleving. Uit buitenlands onderzoek blijkt dat mensen uit etnisch-culturele minderheden vaak langer moeten wachten op spoeddiensten, dat hun klachten minder ernstig worden ingeschat en dat ze soms een andere behandeling krijgen dan andere patiënten.

Ook in België zijn er signalen. Unia startte in 2024 een verkennend onderzoek naar raciale discriminatie als drempel in de toegang tot zorg. De eerste resultaten tonen dat mensen zich gediscrimineerd voelen of het gevoel hebben minder respect te krijgen dan andere patiënten. Dat gebrek aan gelijkwaardige behandeling leidt tot een verlies van vertrouwen in de medische wereld (Unia, 2025).

Dr. Saloua Berdai Chaouni, gerontologe verbonden aan de Vrije Universiteit Brussel en de Karel de Grote Hogeschool, doet onderzoek naar zorgtrajecten van oudere migranten met dementie en naar diversiteitssensitieve zorg. Zij stelt vast dat ouderen met een migratieachtergrond de weg naar zorg moeilijk vinden en vaak minder kwaliteitsvolle zorg ontvangen. Naast de klassieke drempels – zoals betaalbaarheid, bereikbaarheid en begrijpbaarheid – spelen ook structurele uitsluiting en racisme een rol. Volgens Berdai Chaouni lijkt de deur naar de zorg open te staan, maar zijn er onzichtbare barrières die maken dat mensen zich niet welkom voelen. Die barrières zitten in subtiele elementen zoals de manier waarop patiënten worden onthaald, de omgang met gewoontes en gebruiken zoals voeding, en de mate waarin mantelzorgers worden betrokken (Sillis, 2022).

VERZOEKERS OM INTERNATIONALE BESCHERMING

Verzoekers om internationale bescherming (asielzoekers) hebben recht op medische zorg. Afhankelijk van je verblijf, is het ofwel Fedasil of het OCMW die verantwoordelijk is voor de medische kosten. Voor mensen die verblijven in een asielcentrum gebeurt de meeste eerstelijnszorg bij de medische dienst in het centrum zelf. Als je niet in een centrum verblijft,

moet je op voorhand toestemming vragen tenzij om dringende medische redenen (wat de arts dan ook moet attesteren.) Dit geldt ook voor de mensen die momenteel niet opgevangen worden omwille van de opvangcrisis.

“Die procedure is echt ingewikkeld hier: (stel je voor) ik ben ziek, maar vooraleer ik een afspraak heb, duurt het lang en wordt het erger. Dan zegt de dokter dat ik toch naar het ziekenhuis moet. Het ziekenhuis kost veel voor het asielcentrum. Dus ze willen je daar niet te lang houden en sturen je weg. Zo verergert de situatie, ... Hoe kan ik gezond leven als het niet mogelijk is om direct geholpen te worden? Had ik werk gehad, dan had ik dat allemaal niet nodig.”
getuigenis via SOEM vzw

Naast de drempels ingebouwd in de procedure zelf, blijkt uit verschillende getuigenissen ook dat sommige artsen verzoekers om internationale bescherming weigeren of doorsturen omdat de betalingsprocedure bij Fedasil te traag is.

“Sommige artsen werken niet graag met Fedasil, omdat de betalingen niet vlot verlopen.”
getuigenis signaaldag Antwerpen

MENSEN ZONDER WETTIG VERBLIJF

Voor mensen zonder wettig verblijf is er een heel eigen procedure. Mensen zonder wettig verblijf hebben normaal geen toegang tot het systeem van ziekteverzekering (tenzij ze aan het werk zijn) maar kunnen wel gebruik maken van het systeem van “Dringende medische hulp (DMH)”. Als mensen medische zorgen hebben en hulp nodig hebben van het OCMW moeten ze als het mogelijk is eerst contact opnemen met het OCMW. Als na sociaal onderzoek de DMH wordt toegekend, neemt het OCMW de kosten van arts, ziekenhuis of apotheker op zich. De financiële tussenkomst wordt niet aan de persoon zelf betaald, maar aan de zorgverstrekker. Ondanks de naam “dringend” beperkt de tussenkomst zich niet enkel tot hulp bij ongeval of ernstige ziekte. Het is het aan de arts om de dringende noodzakelijkheid in te schatten.

Het OCMW kan na het sociaal onderzoek een medische kaart afleveren.

Dringende medische hulp is meestal de enige vorm van maatschappelijke dienstverlening waarop mensen zonder wettig verblijf, recht hebben. Het bestaan van deze procedure is belangrijk. Helaas is het zo dat veel mensen zonder wettig verblijf niet weten dat ze hierop beroep kunnen doen. Het is dan ook belangrijk

dat mensen voldoende geïnformeerd worden over dit recht. De procedure wordt opgevolgd door het OCMW, dat wil ook zeggen dat er verschillen in interpretatie tussen OCMW's kunnen opduiken. DMH is een belangrijk instrument en moet met de nodige zorg en oog voor de betrokken persoon onderzocht worden.

Project in de kijker: **Medimmigrant vzw** **Medische kwetsbaarheid mensen met precair verblijfsstatuut**

Medimmigrant vzw werd opgericht vanuit de overtuiging dat gezondheidszorg een fundamenteel mensenrecht is, ook voor mensen zonder wettig verblijf of in een precaire verblijfsituatie. Juist deze groepen verkeren vaak in een hoogst kwetsbare medische toestand, terwijl zij tegelijk het minst toegang hebben tot de nodige zorg.

Medimmigrant is expert in het kruispunt tussen gezondheidszorg, migratierecht en sociale grondrechten. Ze richten zich op mensen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest die met medische problemen kampen en geen of een uiterst beperkt verblijfsstatuut hebben. Ze ondersteunen hen én hun hulpverleners via heldere informatie, individuele begeleiding en structurele opvolging in hun zoektocht naar medische hulp.

Tegelijk ijvert Medimmigrant voor structurele verandering. Ze vragen een migratie- en gezondheidsbeleid dat medische kwetsbaarheid erkent, en dat niemand uitsluit van essentiële zorg omwille van verblijfsstatus. Via beleidswerk en dialoog met overheden willen ze het recht op gezondheid stevig verankeren in regelgeving, instellingen en praktijken.

.....
Via beleidswerk en dialoog met overheden willen ze het recht op gezondheid stevig verankeren in regelgeving, instellingen en praktijken.
.....

Om mensen in acute nood niet in de steek te laten, beheren ze ook een kleinschalig medisch fonds, waarmee ze tussenkomen in de kosten voor dringende medische hulp of medicatie (max. €100 per persoon). Door stijgende hulpvragen en het uitblijven van indexering van subsidies komt dit fonds steeds meer onder druk te staan.

Meer informatie
www.medimmigrant.be

Medimmigrant krijgt financiële steun van Welzijnszorg



In dit dossier hebben we aangetoond dat armoede en ziekte nauw met elkaar verbonden zijn. Ziek zijn of ziek worden heeft een grote impact op iemands leven, inkomen en sociale relaties. Armoede is daarbij zowel een oorzaak als een gevolg van ziekte.

“Ik ben ziek geworden en dat werkt in op je mentale gezondheid. Mijn man is zelfs weggegaan omdat ik niks goed kon doen. Ik kon ook niet gaan werken. Maar mentaal is eigenlijk het zwaarste. In die periode ben ik veel beginnen drinken, dat heeft lang geduurd en dan heeft een vriendin gezegd dat ik hulp moest zoeken. De psychiater focuste op mijn drinken maar mijn probleem zat dieper. Mijn man kwam terug, maar is jong gestorven en na de begrafenis had ik niks. Ik heb me dan laten opnemen en daar ben ik met een psycholoog veel sterker geworden. En dan naar het OCMW gaan, dat was een grote stap. Sinds dan heb ik het rustiger financieel en voel ik me ook lichamelijk rustiger en ben ik gestopt met drinken. In 2023 vonden ze dan een auto-immuun ziekte. Ik dacht ‘oh nee, het is weer ik.’ Dat is mentaal zeer zwaar. Mijn nieren werken maar voor 30 procent en ik ga waarschijnlijk naar nierdialyse moeten. Ik ben aan het afwachten en dat weegt wel, dat zwaard blijft hangen.”
getuigenis signaaldag Harelbeke

Gezondheidsongelijkheid is een schrijnend probleem dat mensen dwingt tot onmogelijke keuzes. Welzijnszorg wil echter niet blijven stilstaan bij de problemen en de aanklacht, maar actief bijdragen aan oplossingen. Daarom doen we drie concrete aanbevelingen aan federale, Vlaamse en Brusselse beleidsmakers, en aan alle relevante actoren. Ook lokale besturen hebben hierin een belangrijke rol en moeten mee aan de slag om gezondheidsongelijkheid terug te dringen.

De strijd tegen gezondheidsongelijkheid is een werk van lange adem. Resultaten zullen niet van vandaag op morgen zichtbaar zijn. Maar elke stap vooruit betekent winst, niet alleen voor de mensen die vandaag in armoede leven, maar ook voor de toekomstige generaties. Investeren in gelijke kansen op gezondheid is investeren in een gezondere, rechtvaardigere samenleving. Het is tijd om die keuze samen te maken.

Betere levensomstandigheden, betere gezondheid

De gezondheidsongelijkheid wegwerken zal nooit lukken als de inspanningen zich enkel richten tot de gezondheidszorg.

“Het huis waarin we wonen, het onderwijs dat we genieten, de omgeving waarin we ons bewegen, de job die we uitoefenen, de voeding die we (kunnen) kopen, ... hebben evenzeer impact op de gezondheid en levenskwaliteit die we ervaren.” (CM, 2024)

In de eerste hoofdstukken van dit dossier hebben we gezien dat onze levensomstandigheden een directe invloed hebben op onze gezondheid. Ook indirect leiden sociale en financiële problemen, via chronische stress, tot gezondheidsklachten.

De grote impact van levensomstandigheden op gezondheid is tegelijk goed nieuws. Het betekent namelijk dat investeren in betere levensomstandigheden niet alleen een rechtvaardig doel is, maar ook een noodzakelijke voorwaarde om onze gezondheidsdoelstellingen te realiseren.

De meest effectieve acties om gezondheidsongelijkheid te verminderen zijn maatregelen die de zogenaamde ‘ziekmakers’ aanpakken. Toch zien we dat de meeste preventie zich vooral richt op het bestrijden van meer zichtbare, individuele oorzaken (zoals roken, overgewicht ...), vaak via campagnes voor gedragsverandering.

Ondanks de kennis over wat mensen ziek maakt, blijft het beleid de nadruk leggen op dit soort preventie. Waarschijnlijk omdat het eenvoudiger lijkt om mensen het advies te geven hun levensstijl te veranderen dan om daadwerkelijk sociale ongelijkheden aan te pakken die mee het verschil in levensstijl verklaren (The Marmot Review, 2010).

Ook het idee dat iedereen verantwoordelijk is voor zijn eigen gezondheid – wat leidt tot een individueel schuldmodel voor wie niet gezond is – beïnvloedt de meeste keuzes die in het gezondheidsbeleid gemaakt worden.

“Health in all policies”

Het idee dat gezondheidsbeleid aandacht vergt in alle beleidsdomeinen wordt benoemd met de Engelse term “Health in all policies”. Gezondheid is een collectieve verantwoordelijkheid. Onderwijs, inkomen, huisvesting, mobiliteit, ruimtelijke ordening, voeding, zijn van cruciaal belang om mensen gezond te houden. Gezondheid wordt zo een breed gedragen collectieve verantwoordelijkheid (Zorgnet Icuuro, 2024). Hoewel de term al breed ingang gevonden heeft, blijft het nog wachten tot het omzetten in de praktijk.

Welzijnszorg vraagt dat er op alle beleidsdomeinen, met alle overheden en actoren ingezet wordt om de levensomstandigheden van mensen te verbeteren.

Enkele actieterreinen:

- Zorgen voor menswaardige inkomens door het optrekken van minimumuitkeringen en de automatische toekenning van sociale rechten.
- Inzetten op kwalitatieve woningen via uitbreiding van gezonde sociale woningen en ondersteuning voor kwetsbare verhuurders en eigenaars om te renoveren, met aandacht voor ventilatie, geluidsdichtheid en vocht.
- Investeren in inclusief onderwijs met een hernieuwde focus op gelijke kansen.
- Inzetten op waardig werk als instrument in de strijd tegen armoede, met aandacht voor het tegengaan van ongezonde arbeidsomstandigheden.
- Versterken van het openbaar vervoer om luchtvervuiling en geluidshinder door gemotoriseerd verkeer te verminderen.
- Stimuleren van industrie en bedrijfsleven om proactieve maatregelen te nemen tegen lucht- en milieuverontreiniging.
- Zorgen voor meer groen in en rond de stad zodat iedereen in de eigen buurt kan genieten van gezonde buitenlucht.
- Voorzien van voldoende ontspannings- en beweegruimtes die vrij toegankelijk zijn.
- Integreren van de klimaatuitdagingen bij nieuwe ruimtelijke ontwikkelingen
- Versterken van de toegang tot gezonde voeding.
- ...

Deze lijst van actieterreinen is niet volledig; er bestaan talloze manieren om levensomstandigheden te verbeteren. Toch is het cruciaal om eerst armoede

te bestrijden. Pas wanneer mensen beschikken over financiële- en woonzekerheid, ontstaat de mentale ruimte om ook andere aspecten van hun leven aan te pakken. Dan kunnen zij zelf mee vormgeven aan een gezondere omgeving, zoals een groenere buurt, gezondere voeding of meer beweging. Zonder deze basisvoorwaarden voor een menswaardig bestaan blijven preventiecampagnes rond roken, voeding en beweging grotendeels zonder effect. Dat is geen gebrek aan wilskracht, maar het gevolg van het dagelijks moeten overleven met constante zorgen.

Geen zorgsysteem op twee snelheden

Een zorgsysteem op twee snelheden ontstaat wanneer de toegang tot noodzakelijke zorg niet voor iedereen in gelijke mate beschikbaar is. Financiële en andere drempels ondermijnen deze gelijke toegankelijkheid. Zoals in het voorgaande hoofdstuk al besproken, kunnen die drempels uiteenlopend zijn: hoge kostprijzen, lange wachtlijsten, verschillen in gezondheidsvaardigheden, de toenemende digitalisering en diverse vormen van uitsluiting.

Meer nog, we kunnen zelfs spreken van het risico op een zorgsysteem met drie snelheden. Voor mensen zonder wettig verblijf en voor mensen in een asielpprocedure is de toegang tot zorg vaak bijzonder moeilijk en sterk beperkt. Voor mensen in armoede en andere maatschappelijk kwetsbare groepen betekent het risico op financiële problemen door medische kosten en bijkomende barrières die leiden tot zorguitstel. Mensen met meer financiële middelen daarentegen bevinden zich in een gunstigere positie: zij kunnen wachtlijsten omzeilen door hogere eigen bijdragen te betalen, genieten van meer comfort en privacy via hospitalisatieverzekeringen en beschikken over bredere keuzemogelijkheden.

Om de toegankelijkheid van ons zorgsysteem te verbeteren, moeten we aandacht hebben voor de verschillende dimensies zoals gevoeligheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid en aanvaardbaarheid (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024).

Om de gezondheidszorg betaalbaar en bereikbaar te maken voor mensen in armoede vraagt Welzijnszorg volgende maatregelen:

- Versterken van de verplichte ziekteverzekeringen en een uitbreiding van de gedekte kosten, door

een voldoende en solidaire financiering, met een groeinorm van minstens 3% (Decenniumdoelen, 2024).

- Socialer maken van de maximumfactuur (MAF) door sterker te differentiëren voor de laagste inkomenscategorieën en het bedrag van de sociale MAF te verlagen of niet meer te indexeren.
- Tijdens de tariefafspraken tussen artsen en mutualiteiten moet men rekening houden met betaalbaarheidsproblemen. Tegelijk moet men de conventionering van artsen actief stimuleren.
- Veralgemeenen van de derdebetalersregeling, zodat alle burgers hier effectief gebruik van kunnen maken bij alle zorgverleners (huisartsen, tandartsen, specialisten). Dit bevordert ook de take-up van rechten door mensen met een laag inkomen (Decenniumdoelen, 2024).
- In kaart brengen van de wachtlijsten in de zorg, niet enkel in de geestelijke gezondheidszorg, om gerichte maatregelen te kunnen nemen afhankelijk van regio en specialisatie.
- Toezien op het verbod patiënten te weigeren die recht hebben op verhoogde tegemoetkoming.
- Garanderen van toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor mensen in collectieve voorzieningen zoals gevangenissen of asielcentra.
- Verbeteren van het systeem van dringende medische hulp, zodat toegang tot gezondheidszorg daadwerkelijk een recht is.

Zorg op maat

Wanneer we ongelijkheden in gezondheid willen wegwerken, lijkt het redelijk om te werken aan een meer gelijke toegang tot gezondheidszorg. Maar alleen het inzetten op een gelijke toegang tot zorg, zal niet leiden tot een grote verbetering van de gezondheidskloof.

Een fictief voorbeeld om dit te illustreren. Wanneer een arts twee mensen met eenzelfde luchtwegeninfectie op eenzelfde manier behandelt, maar de ene patiënt opnieuw terecht komt in de omgeving waar de infectie werd opgelopen, dan wordt die opnieuw ziek, terwijl de andere in een gezonde omgeving terugkeert, en volledig geneest. Dat is dan geen gelijke uitkomst.

We zullen maar resultaten boeken als het gezondheidssysteem extra kan investeren in de gezondheid van mensen die in minder gunstige omstandigheden leven. Dat bedoelen we met het principe van ‘proportioneel universalisme’.



Een belangrijk thema daarbij is de relatie tussen zorgverleners en patiënten. In welke mate hebben zorgverleners de nodige kennis over de impact van levensomstandigheden en op welke manier kan dit meegenomen worden in preventie en behandeling.

Proportioneel Universalisme

Proportioneel universalisme vertrekt van een idee van rechtvaardigheid en solidariteit. Het richt zich op iedereen, universeel, maar varieert het aanbod volgens de noden van mensen (Vlaams Instituut Gezond Leven, sd).

“Iedereen heeft recht op dezelfde kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Maatregelen moet universeel zijn, maar met een omvang en intensiteit die evenredig zijn aan de behoefte van mensen.”

(Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024)

Uiteraard blijft het belangrijk dat iedereen recht heeft op goede gezondheidszorgen, maar een louter universele aanpak, gebaseerd op gelijkheid, werkt niet voor iedereen. Mensen in een meer kwetsbare positie hebben vaak grotere gezondheidsrisico's en drempels tot zorg. Daarom volstaat het niet om hen exact dezelfde ondersteuning te geven als mensen in sterkere posities. Ze hebben juist meer, of andere vormen van hulp nodig om op gelijke voet te kunnen deelnemen aan de samenleving en toegang te krijgen tot zorg (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024).

Daarenboven vertrekt een universele aanpak meestal vanuit het referentiekader van de ontwikkelaar, niet vanuit het referentiekader van mensen in een kwetsbare situatie. Zo is universeel in de praktijk eigenlijk vaak niet universeel, maar gericht op een soort ‘gemiddelde’.

Een proportionele aanpak wil zeker niet zeggen, alleen gericht op mensen in armoede. Het gaat erom een gerichte aanpak te kunnen ontwikkelen voor groepen met bepaalde gezondheidsrisico's en gezondheidsnoden.

GOEDE PRAKTIJK

Community Health Workers (CHW's)

De CHWs zijn een initiatief van de federale minister van Volksgezondheid, Frank Vandenbroucke, dat loopt tot eind 2025, waaraan alle ziekenfondsen deelnemen.

Community Health Workers (CHW's) zijn brugfiguren tussen mensen in een kwetsbare positie en de gezondheidszorg. Ze worden ingezet om de drempels tot eerstelijnszorg – zoals een huisarts, tandarts of psycholoog – te verlagen voor wie moeilijk de weg naar zorg vindt. CHW's werken outreachend, wat betekent dat ze actief mensen opzoeken in hun leefomgeving: thuis, op straat, in buurthuizen of lokale organisaties.

Hun rol bestaat erin om barrières te herkennen die mensen tegenhouden om zorg te zoeken, en om gerichte ondersteuning op maat te bieden. Ze bouwen vertrouwensrelaties op en helpen mensen zich beter te oriënteren in het zorgsysteem, bijvoorbeeld bij het aanvragen van een verhoogde tegemoetkoming of het vinden van een huisarts. CHW's zijn er voor mensen die leven in maatschappelijk kwetsbare omstandigheden, en hun hulp is altijd gratis. Ze dragen zo bij aan meer gelijke toegang tot gezondheidszorg.

De CHW zijn momenteel actief in Antwerpen, Brussel, Genk, Gent, Oostende en Tienen. Momenteel is nog niet duidelijk of de werking van de CHW's ook na 2025 wordt voortgezet.

Sociaal.net ging in gesprek met Iuliia Voloekha, community health worker in Tienen (Develtere, 2024).

“Bij veel cliënten merk je dat er niemand anders hen verder helpt. Organisaties bakenen hun taken erg strikt af en zien het niet als hun opdracht om mensen toe te leiden naar de juiste hulp. Wij kunnen heel wat opvangen, maar ook voor ons zijn grenzen afgebakend. We staan in voor ondersteuning op vlak van gezondheidszorg. Maar uiteraard gaat kwetsbaarheid verder dan dat. Mensen vallen zo tussen de mazen van het net. Ik zit met deze mensen in. Mijn eigen migratieverleden maakt ook dat ik me met hen verbonden voel.”

Lees het volledige interview:

sociaal.net/verhaal/community-health-worker-tienen-ook-veel-gehad-aan-goede-hulpverleners/



Leestip!

Het Vlaams Instituut Gezond Leven verzamelde 10 werkwijzen volgens het principe van proportioneel universalisme.

www.gezondleven.be/files/Gezondheidsongelijkheid/10-werkwijzen-volgens-het-principe-van-proportioneel-universalisme.pdf

Armoedevaardigheid bij zorgverleners

- **“Een huisdier om voor te zorgen helpt veel mensen, en mensen hebben er veel kritiek op. Brengt nochtans veel troost en liefde, steun, je bloeddruk daalt als je aait.”**
- *getuigenis signaaldag Harelbeke*

We willen dat het gezondheidssysteem rekening houdt met de omstandigheden van mensen, maar we willen dat ook op het niveau van de zorgverleners. Veel mensen in armoede voelen zich niet altijd begrepen of gehoord door hun zorgverlener.

Er wordt vaak ook te weinig rekening gehouden met de levensomstandigheden in diagnose en behandeling. Artsen geven ook zelf aan dat ze geen kennis opgedaan hebben over armoede in hun medische opleiding.

Zolang er niet gewerkt wordt aan de armoedevaardigheid van zorgverleners zullen bepaalde drempels die te maken hebben met schaamte over de leefomstandigheden ook blijven bestaan. Veel mensen durven ook niet eerlijk te zijn over het kunnen aanhouden of betalen van een bepaalde behandeling. Enkel wanneer zorgverleners armoedevaardig en voldoende empathisch zijn, kan dit opgelost worden. Dit wil zeggen dat zowel in opleiding als in nascholingstrajecten er aandacht moet zijn voor armoede, maar ook ruimer dat er aandacht moet zijn voor cultuur-sensitieve zorg.

Iedereen vindt de weg in het zorgsysteem

Vraag iemand om ons zorgsysteem uit te leggen, en je krijgt waarschijnlijk evenveel verschillende antwoorden als er beantwoorders zijn. Zelfs de maatregelen die zorg betaalbaar en toegankelijk moeten maken voor mensen met een laag inkomen, zijn behoorlijk complex. Denk aan regelgeving rond verhoogde tegemoetkoming en maximumfactuur, maar ook aan de vraag of je wel of niet gebruik kunt maken van de derdebetalersregeling. Daarnaast wordt van mensen verwacht dat ze zichzelf informeren over de conventiestatus van hun arts en dat ze de kleine lettertjes van verzekeringspolissen begrijpen.

- **“Het zou niet moeten nodig zijn, in de kruispuntdatabank is alles toch geweten, dan zou toch alles moeten automatisch toegekend worden? Ze rekenen erop dat mensen het niet aanvragen.”**
- *getuigenis signaaldag Harelbeke*

- **“Als het niet automatisch is en je weet niet wat je rechten zijn, maakt je dat heel afhankelijk, ook als het dan niet matcht met de medewerker omdat die die info niet opzoekt.”**
- *getuigenis signaaldag Leuven*

Het systeem kan minder complex worden gemaakt door, waar mogelijk, in te zetten op automatische rechtentoekenning en een uitgebreide derdebetalers-regeling. Zorg daarnaast voor de nodige ondersteuning om mensen de weg te laten vinden. Dit kan ingevuld worden door mutualiteiten, maar ook door sociale organisaties zoals CAW's en buurtwerkingen. De huisarts is vaak het eerste aanspreekpunt voor mensen. Zorg er daarom voor dat huisartsen toegankelijk blijven en dat zij voldoende geïnformeerd zijn om ook door te verwijzen naar sociale en andere diensten.

Om zorg op maat te garanderen wil Welzijnzorg dat volgende maatregelen genomen worden.

- Alle overheden in dit land nemen het beginsel van proportioneel universalisme als leidraad in hun gezondheidsbeleid.
- Outreachend werken om kwetsbare doelgroepen beter te bereiken is een volwaardig en structureel onderdeel van het gezondheidsbeleid. Het mag niet blijven steken in de projectfase.
- In het financieringsmodel van het gezondheidssysteem is aandacht voor de ruimte die zorgverleners moeten krijgen om de levensomstandigheden van hun patiënten in kaart te brengen.
- Armoedevaardigheid en cultuur sensitieve zorg wordt meegenomen in opleidingen en navorming in zorgberoepen.
- Automatische rechtentoekenning wordt ook in het kader van toegang tot gezondheidszorg toegepast.

Welzijnszorg wil ...

... betere levensomstandigheden, betere gezondheid

Betere levensomstandigheden
zorgen direct en indirect voor een betere gezondheid.
Daarom moet gezondheid een doel zijn
in alle beleidsdomeinen.

... geen zorg op twee snelheden

We verdienen allemaal toegang
tot kwalitatieve zorg,
zonder financiële drempels
of wachttijden op basis van inkomen.

... zorg op maat

Zorgverlening op maat vraagt inzicht in hoe armoede
iemand's mogelijkheden beïnvloedt
en vraagt begeleiding doorheen
het complexe zorgsysteem.

Ook lokaal aan de slag!

Ook lokale besturen hebben een rol te spelen om gezondheidsongelijkheid te bestrijden.

Een van de belangrijkste manieren om gezondheidsongelijkheid aan te pakken is namelijk de levensomstandigheden van mensen te verbeteren. En ook lokale besturen moeten daartoe bijdragen.

Lokale besturen hebben namelijk een grote rol te spelen in de toegang tot kwaliteitsvolle woningen, toegang tot groene ruimte, ondersteuning van het onderwijs, en uiteraard sociaal beleid onder andere via het OCMW.

Het model 'Marmot Place' uit het Verenigd Koninkrijk kan daarbij inspirerend zijn. Nadat in 2010 het rapport *Fair Society, Healthy Lives* gepubliceerd werd, waren

het in de eerste plaats steden en gemeenten die de uitdaging aangingen en zich achter het idee van het verbeteren van levensomstandigheden schaalden.

Een Marmot Place *"erkent dat gezondheid en gezondheidsongelijkheid grotendeels worden bepaald door de sociale determinanten van gezondheid: de omstandigheden waarin mensen worden geboren, opgroeien, leven, werken en ouder worden, en onderneemt actie om de gezondheid te verbeteren en gezondheidsongelijkheid te verkleinen."* (Institute of Health Equity, 2025)

Het lokaal bestuur van Coventry was de eerste die zich een 'Marmot Place' mocht noemen. Belangrijk te noteren is dat er geen extra middelen werden voorzien speciaal voor het uitvoeren van acties. Wel was er ondersteuning voor het monitoren van de impact van maatregelen.

De Marmot Principles

Hoewel de concrete beleidsacties kunnen verschillen, wordt van Marmot Places verwacht dat er maatregelen genomen worden volgens deze 8 principes.

1. Geef ieder kind de beste start in het leven.
2. Maak het mogelijk dat kinderen, jongeren en volwassenen hun talenten maximaal kunnen ontwikkelen en grip hebben op hun leven.
3. Zorg voor een gezonde levensstandaard voor iedereen.
4. Creëer eerlijke werkgelegenheid en goede arbeidsomstandigheden voor iedereen.
5. Ontwikkel gezonde en duurzame leefomgevingen en gemeenschappen.
6. Versterk de rol en de impact van ziektepreventie.
7. Pak racisme, discriminatie en de gevolgen daarvan aan.
8. Streef tegelijkertijd naar milieuduurzaamheid en gezondheidsrechtvaardigheid.

Eerst en vooral moet het lokaal bestuur er van overtuigd zijn dat gezondheidsongelijkheid aanpakken gelijk is aan levensomstandigheden verbeteren. Er is geen aparte dienst nodig om gezondheidsongelijkheid aan te pakken, in tegendeel het idee moet weerspiegeld worden in het dagelijks werk van alle diensten. In een tussentijdse evaluatie van de Regio Coventry wordt het omschreven als niet gewoon een strategie maar een filosofie (Institute of Health Equity, 2025).

Daarnaast is belangrijk om een goed zicht te hebben op de gezondheidsongelijkheid op lokaal niveau. Welke wijken hebben de laagste fiscale inkomens? Welke wijken hebben het meeste last van luchtvervuiling, lawaaihinder, of hebben het minste toegang tot groen? Welke wijken maken het minst gebruik van preventieve gezondheidszorg?

GOEDE PRAKTIJK

Gezonde Buurt – CM

Gezonde Buurt wil samen met burgers, vrijwilligers, verenigingen en organisaties initiatieven nemen die leiden tot meer gezondheid in de samenleving. In het ruime aanbod van Gezonde Buurt vind je onder meer infosessies, workshops, educatieve pakketten, en methodieken om de gezondheid in de buurt te verbeteren.

In het najaar van 2023 verspreidde CM Gezondheidsfonds in alle Vlaamse en Brusselse gemeenten de vragenlijst 'Bouwstenen voor jouw Gezonde Buurt'. Het doel? De temperatuur meten op het vlak van **gezondheid en levenskwaliteit**. In het voorjaar van 2024 verzamelden we de antwoorden in een rapport per gemeente. Met dit rapport trokken onze netwerkcoördinatoren naar lokale organisaties, verenigingen, adviesraden, vrijwilligers en burgers. Op basis van alle gesprekken groeide per gemeente een lijst met **prioritaire gezondheidsthema's**.

[Gezonde Buurt-rapporten](#) | [Gezonde Buurt](#)

Het lokaal bestuur moet ook zorgen dat alle actoren betrokken zijn; eerstelijnsgezondheidszorg, ziekenhuis, sociale en welzijnspartners, maar uiteraard ook de burgers zelf. Samen kan gezocht worden naar de meest geschikte actieterreinen. Belangrijk om weten is dat dit een werk van lange adem is, de cijfers over gezondheidsongelijkheid zullen niet binnen een legislatuur verbeteren. Maar de inzet die gedaan wordt, zal wel een impact hebben op de levensomstandigheden, en bij een volgehouden inzet zullen ook de gezondheidsvoordelen volgen.

Welzijnszorg stelt volgende beleidsmaatregelen op lokaal niveau voor:

- Actief onderbescherming tegengaan door systematisch rechtenverkenning te organiseren, ook bij gezinnen die nog niet gekend zijn door het OCMW.
- Een regierol opnemen in het woonbeleid, met aandacht voor de uitbreiding van het aanbod sociale woningen en het versterken van de positieve beeldvorming rond sociaal wonen.
- Scholen op het grondgebied ondersteunen, onder meer door toegang tot gezonde voeding te voorzien en tussenkomsten in de kostprijs van schoolvervoer mogelijk te maken.
- De publieke ruimte gezond en leefbaar inrichten, bijvoorbeeld via de installatie van geluidsschermen, maatregelen om fijnstof te verminderen, de aanleg van fietsstraten en de inrichting van parken.
- Inzetten op volkstuinen en gezamenlijke groene ruimte, met prioriteit voor locaties in economisch kwetsbare wijken bij de keuze van nieuwe projecten.
- Samenwerking stimuleren tussen huisartsen, thuiszorg en gemeentelijke sociale diensten, met aandacht voor warme doorverwijzingen. Zo wordt vermeden dat mensen het bezoek aan de huisarts als noodzakelijk sociaal contact moeten gebruiken. Deze samenwerking kan worden versterkt met een lokaal vrijwilligersnetwerk.
- ...



Leestip! **Gezonde Gemeente – Gezondheidsmakers**



gezondheidsmakers

Naar aanleiding van de lokale verkiezingen van 2024 maakte Gezondheidsmakers (vroeger Vlaamse LOGOs) een handige en overzichtelijke brochure over het belang van gezondheid lokaal op de agenda te zetten en een stappenplan om in actie te komen.

De brochure is te raadplegen via www.partijgezondegemeente.be



Als uitsmijter bij dit dossier geven we nog enkele factchecks mee. We doen dit vooral omdat het publieke debat over gezondheid en gezondheidsongelijkheid vaak geen rekening houdt met de realiteit van leven in armoede. Daardoor worden er geregeld ongenueanceerde uitspraken gedaan over mensen in een armoedesituatie en hun gezondheidskeuzes. Zulke beeldvorming bemoeilijkt een doeltreffend armoedebelid. Wanneer denkbeelden zoals het individueel schuldmodel de bovenhand krijgen in het denken van beleidsmakers en in de publieke opinie, wordt het veel moeilijker om structurele beleidsmaatregelen in de strijd tegen armoede ingang te doen vinden.

Feitencheck: Mensen met verhoogde tegemoetkoming gaan te veel naar de dokter omdat het zo goedkoop is.

Er wordt vaak gezegd dat mensen met een verhoogde tegemoetkoming (VT) te vaak naar de dokter gaan omdat het voor hen goedkoper is. Het klopt dat zij minder remgeld betalen, en dat is ook precies de bedoeling: zo wordt gezondheidszorg toegankelijker. Toch spelen er naast de kostprijs nog heel wat andere drempels die de toegang tot zorg bemoeilijken.

Het zorggebruik bij mensen met VT is heel uiteenlopend. Zo zien we dat mensen in armoede minder vaak gebruikmaken van preventieve zorg, bijvoorbeeld bij de tandarts, maar vaker beroep moeten doen op zwaardere zorg. Dat komt omdat gezondheidsproblemen bij deze groep groter en complexer zijn. Voor huisartsenbezoeken toont onderzoek van CM aan dat de toegang redelijk gelijk verdeeld is over alle inkomensgroepen. Dat wil zeggen dat de toegang tot de huisarts (minstens 1 keer per jaar naar de huisarts gaan) gelijk is. Dat is deels te danken aan de werking van wijkgezondheidscentra, die weliswaar openstaan voor iedereen, maar een belangrijke rol spelen in de toegankelijkheid voor mensen in armoede/met verhoogde tegemoetkoming.

Een verschil is wel merkbaar in het aantal contacten. Patiënten zonder verhoogde tegemoetkoming gingen gemiddeld 5,7 keer op consultatie bij de huisarts in 2023, tegenover 8,2 consultaties voor patiënten met verhoogde tegemoetkoming (IMA Atlas, 2023).

De vraag die we ons moeten stellen is, of er logische redenen zijn waarom mensen met een verhoogde tegemoetkoming vaker bij de huisarts langs zouden gaan. De vraag is niet moeilijk te beantwoorden. We weten dat mensen met verhoogde tegemoetkoming meer gezondheidsklachten hebben dan mensen in een betere sociale-economische positie.

Daarnaast is de huisarts voor velen een cruciale spilfiguur: hij of zij verwijst niet alleen door, maar vertaalt en bemiddelt ook wanneer de toegang tot specialisten stroever loopt. Daardoor is het logisch dat mensen vaker een beroep doen op hun huisarts.

Betekent dat dan dat ze té vaak gaan? Nee. Gezien de slechte cijfers rond gezondheidsongelijkheid mogen we net blij zijn dat huisartsen een deel van de kloof kunnen compenseren. Natuurlijk begrijpen we dat huisartsen soms het gevoel hebben dat kwetsbare patiënten ook langskomen uit bijvoorbeeld eenzaamheid. Maar de vraag is dan: lossen we dit op door het remgeld te verhogen, en zo ook die laatste toegankelijke zorg weg te nemen? Of zetten we beter in op toegankelijke sociale diensten en warme doorverwijzingen?

We kunnen de vraag ook op een andere manier bekijken. Als de “lage” kostprijs de reden zou zijn waarom mensen vaker naar de dokter gaan, dan zouden landen met (bijna) gratis doktersbezoeken een veel hoger aantal consultaties moeten hebben. Cijfers van de OESO tonen echter een genuanceerd beeld. In Denemarken is de toegang tot gezondheidszorg quasi gratis en toch ligt het aantal doktersbezoeken lager dan in ons land, terwijl in Duitsland – met een vergelijkbaar betalingssysteem – het aantal consultaties net iets hoger ligt. Het is dus te kort door de bocht om te stellen dat de lagere kostprijs tot meer gebruik leidt. Waarschijnlijk spelen culturele factoren, de beschikbaarheid van zorg en verschillen in gezondheidstoestand een grotere rol.

	Consultaties bij dokter (per persoon)	Medische beeldvorming (CT) (onderzoeken per 1000 personen)	Medische beeldvorming (MRI) (onderzoeken per 1000 personen)
België	8,8	230,7	115,3
Denemarken	6,8	203,9	92,8
Frankrijk	5,5	228	150,8
Duitsland	9,8	168,5	161
Nederland	10,1	137	58,3

Bron: OESO, 2023

Het debat over dit onderwerp wordt vaak gevoerd in het kader van besparingen in de gezondheidszorg. Er is echter geen duidelijk bewijs dat een lager remgeld voor consultaties leidt tot medische overconsumptie, laat staan dat eventuele overconsumptie de oorzaak zou zijn van de zogenaamde ontsporing van de gezondheidszorgkosten.

Medische overconsumptie met een grotere impact op de gezondheidsuitgaven, zien we eerder bij het gebruik van bepaalde geneesmiddelen of bij medische beeldvorming. In de tabel hierboven zien we bijvoorbeeld dat België gemiddeld scoort qua gebruik van MRI beeldvorming, en eerder hoog voor CT beeldvorming.

Vooraleer men maatregelen neemt die de toegankelijkheid van zorg voor mensen in armoede ernstig kunnen schaden, is het dan ook essentieel om eerst alle uitgaven binnen de gezondheidszorg zorgvuldig te onderzoeken.

Feitencheck:

Mensen in armoede gebruiken vaker onnodig de spoeddiensten

Het klopt dat mensen uit armere wijken vaker gebruikmaken van spoeddiensten dan mensen uit rijkere wijken. Dat betekent echter niet automatisch dat hun bezoeken onnodig zijn. Een deel van de verklaring ligt bij de algemeen slechtere gezondheidstoestand van mensen in armoede. Daarnaast weten we ook dat zorg vaker wordt uitgesteld, waardoor de kans groter is dat er zich toch opeens problemen voordoen die een spoedbehandeling vereisen.

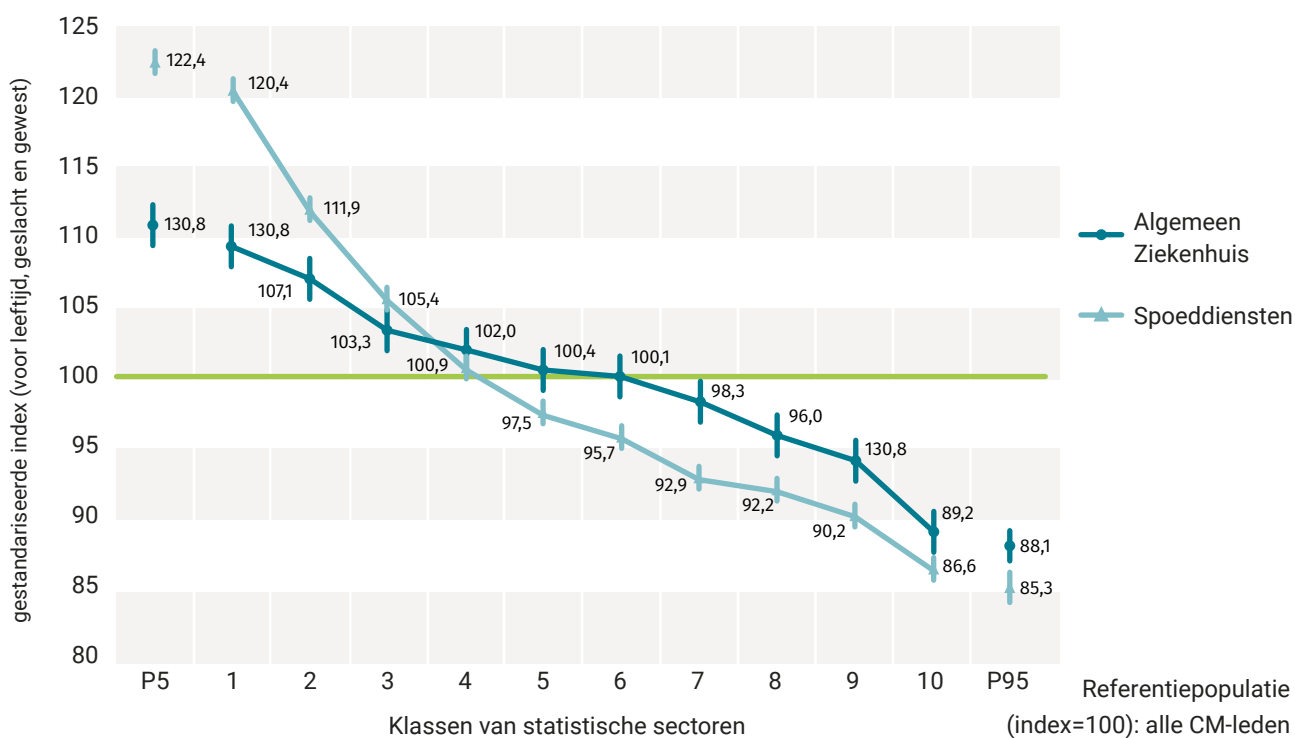
Naast de slechtere gezondheidstoestand zijn er ook andere redenen. Voor mensen in een kwetsbare situatie is de spoeddienst vaak laagdrempeliger dan andere vormen van zorg. Ze is altijd en onmiddellijk beschikbaar, en de kosten moeten niet ter plaatse betaald worden (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). Er moet geen afspraak gemaakt worden en ze zijn vaak makkelijker bereikbaar, ook met het openbaar vervoer.

Niet te onderschatten is ook de complexiteit van ons zorgsysteem: mensen weten soms niet goed waarvoor ze wel of niet terechtkunnen bij de spoed, of hoe ze op een andere manier zorg zouden kunnen krijgen. Soms hebben mensen meer vertrouwen in de kennis in een ziekenhuis, dan een onbekende huisartsenwachtpost.

Het hogere gebruik van spoeddiensten door mensen in armoede kan niet zomaar als “onnodig” of “overconsumptie” worden bestempeld. Het wijst wel op de aanwezigheid van structurele drempels in de toegang tot zorg.

Grafiek Beroep op ziekenhuiszorg per klasse

Bron: Avalosse, Noirhomme, Ces, 2019 op basis van StatBel en CM-gegevens.



Feitencheck:

Mensen in armoede zijn niet bezig met hun gezondheid

Deze zin wordt vaak uitgesproken wanneer het gaat over ongezonde leefgewoonten zoals roken, ongezond voedingspatroon of alcoholgebruik. Mensen in armoede hebben een hoger risico om dit soort riskante leefgewoonten te hanteren. Het is belangrijk te onderstrepen dat risicogedrag niet losstaat van de sociale context waarin mensen leven. Factoren zoals toegang tot onderwijs, beschikbaar inkomen, kennis over gezondheid en de kwaliteit van de leefomgeving oefenen een aanzienlijke invloed uit op deze gedragingen. Wanneer iemand opgroeit in een omgeving waar roken wijdverspreid is, neemt de kans toe dat die persoon dit gedrag overneemt. Er is dus duidelijk meer aan de hand dan enkel de individuele vrije keuze.

Daarnaast vervullen bepaalde risicogewoonten soms een specifieke functie in het dagelijks leven (Schepers, 2007). Ze kunnen bijvoorbeeld dienen als een manier om met stress en zorgen om te gaan. Mensen die voortdurend met problemen geconfronteerd worden, hebben vaak maar een beperkte mentale ruimte om hun kennis en vaardigheden in te zetten voor een gezonde leefstijl.

Steeds meer groepen ervaren dat gezond leven vol barrières zit en voelen zich moeilijk bereikt door klassieke gezondheidsbevorderende projecten. Wie ongezonder leeft, ervaart daarbij vaak controle en bestraffing in plaats van steun (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2023). Vanuit dit perspectief kunnen ongezonde leefgewoonten beter worden gezien als tussenschakels tussen sociale omstandigheden en gezondheid, dan als rechtstreekse oorzaken van ziekte en al zeker niet van een gebrek aan bezorgdheid over de eigen gezondheid.

Mensen in armoede krijgen ook vaak het verwijt dat ze niet deelnemen aan bevolkingsonderzoeken, bijvoorbeeld screenings naar bepaalde vormen van kanker. Het klopt inderdaad dat mensen in armoede minder vaak deelnemen, terwijl ze toch een hoger risico op kanker hebben. Kom op tegen Kanker nam de deelname van mensen in armoede aan het screeningsonderzoek naar darmkanker onder de loep.

Heel wat verschillende drempels werden ontdekt: gebrekkige of moeilijk toegankelijke informatie, onzekerheid over de uitvoering en de kostprijs, taalproblemen, wantrouwen tegenover het testpakket en praktische moeilijkheden rond afspraken voor een coloscopie. Daarnaast kunnen onverwachte kosten, voorbereidingen of zelfs oude trauma's deelname bemoeilijken.

Dat mensen niet deelnemen, betekent dus niet dat hun gezondheid hen onbelangrijk lijkt. Het toont vooral dat het screeningsprogramma onvoldoende afgestemd is op hun noden. Ondersteuning, duidelijke communicatie en begeleiding in een vertrouwde omgeving zijn nodig om ook mensen in armoede beter te bereiken en zo gezondheidsongelijkheid te verkleinen (Kom op tegen Kanker, 2024).

Bronnen

- Ackaert, K., Avalosse, H., & Verniest, R. (2024). Gezondheidsprofiel van onze ouderen. *Gezondheid & Samenleving*, 9, pp. 4-43.
- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Ongelijk in gezondheid. *Gezondheid & Samenleving*, pp. 6-31.
- Bruffaerts, R. (2021). *De mythes voorbij. Het Public Health perspectief in de geestelijke gezondheidszorg*. Zorgnet-Icuro.
- Catthoor, K., De Hert, M., De Loof, H., Jongeneelen, I., Wuyts, Y., & Van den Broeck, K. (2023, oktober). 'Eén op drie artsen vindt dat mensen in armoede verkeerde prioriteiten stellen'. *sociaal.net*, p. 11. Opgehaald van <https://sociaal.net/opinie/kennis-artsen-over-armoede/>
- CM. (2024). *Bouwstenen voor een betere Bruto Binnenlands Welzijn*. Brussem: CM.
- de Smalen, D., & Van den Broeck, K. (2025). *Wonen in Vlaanderen anno 2023*. Steunpunt Wonen.
- Decenniumdoelen. (2020). *Versterk de (sociale) MAF*. Brussel: Decenniumdoelen. Opgehaald van <https://www.komafmetarmoede.be/wp-content/uploads/2020/02/Dossier-versterkdemaf.pdf>
- Decenniumdoelen. (2024). *12 werken voor een moedig beleid*. Opgehaald van <https://www.komafmetarmoede.be/12-werken/>
- Departement Omgeving. (2024). *Burgerbevraging leefomgevingskwaliteit Vlaanderen 2023. Technisch Rapport*. Opgehaald van <https://omgeving.vlaanderen.be/nl/BLV>
- Derroitte, É. (2025, april). Moeilijk bereikbare zorg. *Gezondheid & Samenleving*, pp. 2-5. Opgehaald van https://cm-mc.bynder.com/m/1365fc3fe49e119c/original/GezondheidSamenleving_13_NL_volledig.pdf
- Detombe, T. (2022, oktober 27). Mensen worden altijd en overal richting goedkope, ongezonde voeding gepusht. *Sociaal.net*. Opgehaald van <https://sociaal.net/achtergrond/mensen-in-armoede-eten-ongezonder/>
- Develtere, L. (2024, mei 6). Community health worker: 'Ik heb vroeger ook veel gehad aan goede hulpverleners. *Sociaal.net*. Opgehaald van <https://sociaal.net/verhaal/community-health-worker-tienen-ook-veel-gehad-aan-goede-hulpverleners/>
- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. (2024, mei 23). *Het meten van wachttijden in de gezondheidszorg: voor wie, waarom en hoe?* Opgehaald van [kce.fgov.be: https://kce.fgov.be/nl/het-meten-van-wachttijden-in-de-gezondheidszorg-voor-wie-waarom-en-hoe](https://kce.fgov.be/nl/het-meten-van-wachttijden-in-de-gezondheidszorg-voor-wie-waarom-en-hoe)
- Grymonprez, J., & Minnoey, M. (2023). *Bevraging: beleving van de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg binnen het netwerk kwadraat*. Heverlee: Vlaams Patiëntenplatform vzw & OPGanG. Opgehaald van https://netwerkkwadraat.be/site/assets/files/2701/2023_11_30_rapport_beleving_wachttijden_netwerk_kwadraat.pdf
- Institute of Health Equity. (2025). *Marmot Places*. Opgehaald van [instituteofhealthequity.org: https://www.instituteofhealthequity.org/taking-action/marmot-places](https://www.instituteofhealthequity.org/taking-action/marmot-places)
- InterMutualistisch Agentschap. (sd). *Verhoogde tegemoetkoming en vervangingsinkomen in België*. Opgehaald van IMA-AMI: <https://ima-aim.be/Verhoogde-tegemoetkoming-en>
- Kenniscentrum Sport & Beweging. (2024). *De beweegparadox op het werk: niet elke vorm van beweging is gezond*. Opgehaald van alles oversport: <https://www.allesoversport.nl/thema/gezonde-leefstijl/de-beweegparadox-op-het-werk-niet-elke-vorm-van-beweging-is-gezond/#reference-list-11>
- Kom op tegen Kanker. (2024). *Hoe kunnen we het bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker toegankelijker maken voor mensen in armoede?* Kom op tegen Kanker. Opgehaald van <https://www.komoptegenkanker.be/sites/default/files/media/2024-11/Aanbevelingsrapport%20Vlot%20op%20%28stoel%29gang.pdf>
- Marsman, A. (2021). *Beyond dis-ease and dis-order: exploring the long-lasting impact of childhood adversity in relation to mental health*. Maastricht University. Opgehaald van <https://cris.maastrichtuniversity.nl/en/publications/beyond-dis-ease-and-dis-order-exploring-the-long-lasting-impact-o>
- Mélon, L., Trionfetti, M.-C., & Bingen, A. (sd). *Langdurig zieke werknemers geconfronteerd met vormen van onzekerheid*. Onderzoekscentrum METICES - Université libre de Bruxelles. Opgehaald van https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/paper%203B_NL_DEF%20Armoede%20bij%20langdurig%20zieke%20werknemers.pdf
- Morrisens, A. (2024). Mondiale milieuveranderingen en hun gevolgen voor gezondheid. *Gezondheid & Samenleving*, 9, pp. 56-61.
- RIZIV. (sd). *Verhoogde tegemoetkoming: betere vergoeding van medische kosten*. Opgehaald van Rijksdienst voor ziekte en invaliditeitsverzekering: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/de-verhoogde-tegemoetkoming>
- Schepers, R. M. (2007). Ongelijkheid in Gezondheid. Opgehaald van https://www.researchgate.net/publication/303311310_Hfdst82007_Ongelijkheid_in_gezondheid
- Schillewaert, N. (2023, april 17). Bijna een vijfde van de Belgische huisartsen heeft patiëntenstop. Opgehaald van <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/04/17/bijna-een-vijfde-van-de-belgische-huisartsen-heeft-patiëntenstop/>
- Schuermans, G. (2024, december 9). Arts Wouter Arrazola de Oñate: 'Racisme maakt mensen ziek'. *Sociaal.net*. Opgehaald van <https://sociaal.net/achtergrond/wouter-arrazola-de-onate-racisme-maakt-mensen-ziek/>
- Sciensano. (2022, januari 6). *Gezonde Levensverwachting*. Opgehaald van Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/levensverwachting-en-levenskwaliteit/gezonde-levensverwachting>
- Sciensano. (2024, juli 15). *Levensverwachting*. Opgehaald van Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/levensverwachting-en-levenskwaliteit/levensverwachting>
- Sciensano. (sd). *gezondheidsongelijkheid*. Opgeroepen op juni 28, 2025, van <https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/gezondheidsongelijkheid#wat-zijn-gezondheidsongelijkheden->
- Sillis, M. (2022, maart 7). ouderen met migratierechts krijgen minder kwalitatieve zorg. *sociaal.net*. Opgehaald van <https://sociaal.net/achtergrond/ouderen-met-migratierechts-krijgen-minder-kwalitatieve-zorg/>

StatBel. (2025, januari 29). *Risico op Armoede en Sociale Uitsluiting*. Opgehaald van <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden/risico-op-armoede-sociale-uitsluiting#news>

Statistiek Vlaanderen. (2025, maart 21). *Uitstel of afstel van medische zorg of tandzorg*. Opgehaald van Vlaanderen.be: <https://www.vlaanderen.be/statistiek-vlaanderen/inkomen-en-armoede/uitstel-of-afstel-van-medische-zorg-of-tandzorg>

Taspinar, B. (2015, april). *Racisme en de psychologische effecten op het kind*. Opgehaald van <https://www.kinderrechtencoalitie.be/wp-content/uploads/2018/12/2015-Birsen-Taspinar-psychologische-effecten-van-racisme.pdf>

The Marmot Review. (2010). *Fair Society, Healthy Lives*. The Marmot Review.

Unia. (2025, februari 2). *Onderzoek: raciale ongelijkheid en discriminatie belemmeren toegang tot zorg (2024)*. Opgehaald van unia.be: <https://www.unia.be/nl/kennis-aanbevelingen/onderzoek-raciale-ongelijkheid-en-discriminatie-zorg-2024#:~:text=Racisme%20heeft%20negatieve%20gevolgen%20op,Maar%20daar%20stopt%20het%20niet.>

Vlaams Instituut Gezond Leven. (2023, april 7). *Waarom gezondheidsongelijkheid belangrijk is dan ooit*. Opgehaald van gezondleven.be: <https://www.gezondleven.be/nieuws/waarom-gezondheidsongelijkheid-belangrijker-is-dan-ooit>

Vlaams Instituut Gezond Leven. (sd). *Geluid*. Opgehaald van Gezond leven: <https://www.gezondleven.be/themas/gezondheid-en-milieu/gezond-buiten/geluid>

Vlaams Instituut Gezond Leven. (sd). *Gezond binnen*. Opgehaald van Gezond leven: <https://www.gezondleven.be/themas/gezondheid-en-milieu/gezond-binnen>

Vlaams Instituut Gezond Leven. (sd). *Proportioneel universalisme als richtinggevend principe*. Opgehaald van gezondleven.be: <https://www.gezondleven.be/themas/gezondheidsongelijkheid/kunnen-preventie-en-gezondheidsbevordering-gezondheidsongelijkheid-vergroten-of-verkleinen/proportioneel-universalisme-als-richtinggevend-principe>

Vlaams Instituut Gezond Leven. (sd). *Wat is geestelijke gezondheid?* Opgehaald van Gezond leven: <https://www.gezondleven.be/themas/mentaal-welbevinden/geestelijke-gezondheid>

Vlaams Instituut Gezond Leven. (sd). *Wat zijn gezondheidsvaardigheden*. Opgehaald van gezondleven.be: <https://www.gezondleven.be/themas/gezondheidsongelijkheid/drempels-voor-een-gezonde-leefstijl-bij-mensen-in-maatschappelijk-kwetsbare-situaties/wat-zijn-gezondheidsvaardigheden-en-waarvoor-dienen-ze>

Vlaamse overheid. (2024). *Omgeving in beeld*. Opgehaald van https://archief.algemeen.omgeving.vlaanderen.be/xmlui/bitstream/handle/acd/1001452/Briefing_Omgeving%20Vlaanderen%20in%20Beeld.pdf

Vlaamse Vereniging Klinisch Psychologen. (2021, juni 8). *Ook de wachtlijst is vol*. Opgehaald van vvkp: <https://vvkp.be/nieuws/ook-de-wachtlijst-vol>

World Health Organization. , R. (2022). *he European Health Report 2021. Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind*. World Health Organization. Regional Office for Europe. Opgehaald van <https://iris.who.int/handle/10665/352137>

Zorgnet Icuuro. (2024). *Een gedeelde verantwoordelijkheid*. Opgehaald van zorgneticuro.be: <https://www.zorgneticuro.be/verkiezingen-2024-hoe-houden-we-onze-zorg-houdbaar/01-een-gedeelde-verantwoordelijkheid>

Colofon

Auteur

Welzijnszorg – Annabel Cardoen

Een oprechte dank aan alle deelnemers en organisaties die hebben meegewerkt aan de organisatie van de signaaldagen en de vele waardevolle gesprekken.

Dank aan de collega's van Welzijnsschakels en Welzijnszorg voor hun inzet bij het faciliteren, modereren en zorgvuldig vastleggen van de gesprekken.

Bedankt aan de mensen van CM, Samana, Medimmigrant, Kom op Tegen Kanker, Vlaams Instituut Gezond Leven en Zorgnet-Icuro om in gesprek te gaan en onze vragen te beantwoorden.

Ontwerp & lay-out

Gevaert Graphics

Publicatie

september 2025

Druk

Gevaert Graphics

Beeldmateriaal

Layla Aerts

Verantwoordelijke uitgever:

Koen Trappeniers, Huidevetterstraat 165, 1000 Brussel – 02 502 55 75

gratis download en meer info
www.welzijnszorg.be of via
info@welzijnszorg.be

Wettelijk Depot: D/2025/9620/4_dossier



Met steun van de Vlaamse overheid

