

ARMOEDE EN SOCIALE UITSLUITING
JAARBOEK 2007

OASeS: ONDERZOEKSGROEP ARMOEDE,
SOCIALE UITSLUITING EN DE STAD
o.l.v. Prof. Dr. Jan Vranken en Prof. Dr. Luc Goossens
Departement Sociologie
Faculteit Politieke en Sociale Wetenschappen
Universiteit Antwerpen (Stadscampus)
'De Meerminne'
Sint-Jacobstraat 2, B-2000 Antwerpen
jan.vranken@ua.ac.be
geert.campaert@ua.ac.be
katrien.deboyser@ua.ac.be
danielle.dierckx@ua.ac.be

Onder auspiciën van de Vlaamse minister van Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin, De heer Steven Vanackere.

Armoede en Sociale Uitsluiting

JAARBOEK 2007

*Jan Vranken, Geert Campaert,
Katrien De Boyser en Danielle Dierckx (red.)*

Ter nagedachtenis opgedragen aan onze dierbare collega, *Tim Janssens*

Acco Leuven / Voorburg

Sociale InZichten nr. 3

Sociale InZichten is een wetenschappelijke boekenreeks. Het initiatief voor deze reeks ligt in handen van OASeS, Onderzoeksgroep Armoede, Sociale uitsluiting en de Stad (www.ua.ac.be/oases).

Eerder in deze reeks verschenen:

Nr 1. – Dierckx, D. (2007), Tussen armoedebeleid en beleidsarmoede, ...

Nr 2 – Van Robaeys B., Vranken, J., Perrin, N. & Martiniello, M., (2007), De kleur van armoede, ...

Eerste druk : 2007

Gepubliceerd door

Uitgeverij Acco, Brusselsestraat 153, 3000 Leuven (België)

E-mail: uitgeverij@acco.be – Website: www.uitgeverij.acco.be

Voor Nederland :

– *Uitlevering* : Centraal Boekhuis bv, Culemborg

– *Correspondentie* : Kemper Conseil, De Star 17, 2266 NA Leidschendam

Omslagontwerp : Danny Juchtmans

© 2006 by Acco (Academische Coöperatieve Vennootschap cvba), Leuven (België)

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

No part of this book may be reproduced in any form, by mimeograph, film or any other means without permission in writing from the publisher.

D/2006/0543/???

NUR 756

ISBN 90-334-???

Inhoud

Lijst van schema's, figuren en tabellen	13
Gebruikte afkortingen	17
Woord vooraf	21
Dankwoord	23
Inleiding	
Armoede is niet gezond	25
<i>Jan Vranken</i>	
1. Ongelijkheid is goed, armoede is slecht	25
2. Arm en ziek, rijk en gezond	28
3. Het Jaarboek is méér dan het themadeel...	32
4. Ter herinnering: wat is armoede voor ons?	36
Deel I	
BELEID EN FEITEN OVER ARMOEDE, ANNO 2007	39
Hoofdstuk 1 – Armoedebeleid bestaat niet	41
<i>Danielle Dierckx</i>	
1. Armoedebestrijding is een thema	42
1.1 Agendasetting	42
1.2 Een structurele definitie	44
1.3 Een typologie van beleidsvisies	45
1.4 Nieuwe groepen, nieuwe thema's	46

6 | *Inhoud*

2. Armoede bestrijden vergt organisatie	49
2.1 Vlaams en federaal Actieplan	49
2.2 Permanent Armoedeoverleg	50
3. Kennisinput over armoede	51
4. Uitgeleide ter inleiding	53

Hoofdstuk 2 – Over inkomen en rondkomen	55
<i>Geert Campaert</i>	

Inleiding	55
1. Inkomensarmoede (SILC 2005)	55
2. Inkomensverdeling en -ongelijkheid	56
3. Uitgaven en schulden	59
4. Bodembescherming en onderbescherming	60
4.1 Bodembescherming	60
4.2 Onderbescherming: wanneer het leefloon niet opgenomen wordt	62
5. Inkomensbeleid	66
5.1 Lonen	66
5.2 Kinderbijslag	66
5.3 Pensioenen	67
5.4 Leefloon welvaartsvast	68
5.5 Leren omgaan met geld	69
5.6 Geschikte indicatoren zoeken rond schuldenlast	69
6. Besluit	70

Hoofdstuk 3 – Geabonneerd op de banenmarkt	71
<i>Marc Jans en Danielle Dierckx</i>	

1. Werklozen in kaart	71
1.1 Leeftijdsverschillen	72
1.2 Vrouwelijke werkloosheid	72
1.3 Laaggeschoolden en personen van buitenlandse herkomst	73
1.4 Langdurige werklozen	74
2. Nerven van het werkgelegenheidsbeleid	75
2.1 Bestrijden van werkloosheidsvallen	75
2.2 Activeringstrajecten op maat	76
2.3 Buurt- en nabijheidsdiensten, meer dan werk op maat?	77
3. Activering, de Koninklijke weg uit de armoede?	79
3.1 De ‘snel-werk-val’	81
3.2 De ‘rechten- en plichtenval’	82
4. Conclusie	85

Hoofdstuk 4 – Kampioen in gelijke onderwijskansen?	87
<i>Geert Campaert</i>	
1. Inleiding	87
2. Ongelijkheid in het onderwijs	87
3. Besluit	96
 Hoofdstuk 5 – De onderkant van de woonmarkt	99
<i>Geert Campaert</i>	
1. Betaalbaar wonen	99
2. De verschillende segmenten van de woonmarkt	100
2.1 De private woonmarkt	100
2.2 De sociale huurmarkt	102
3. In de marge van de woonmarkt	103
4. Het woonbeleid	105
4.1 Woonbeleid op het Vlaamse niveau	105
4.2 Woonbeleid op het federale niveau	108
5. Conclusie	111
 Hoofdstuk 6 – Multidimensionele armoede gemeten en becijferd op basis van de Belgische SILC-2004	113
<i>Peter Raeymaeckers en Caroline Dewilde</i>	
1. Multidimensionele armoede: een conceptueel mijnenveld	113
2. De meting van armoede: indirect, direct, of beide?	115
3. Data en methodologie	117
3.1 Data	117
3.2 Indicatoren	118
3.3 Aggregatiemethode: latente klassenanalyse	120
4. Resultaten	121
4.1 Multidimensionele armoede in België	121
4.2 Determinanten van multidimensionele armoede	125
5. Besluit	132
 Deel II	
ARMOEDE SCHAADT DE GEZONDHEID	135
 Hoofdstuk 1 – Gezondheid te koop	137
<i>Danielle Dierckx</i>	

1. Ziek, zieker, ziekt	138
1.1 Semi-ontgonnen terrein	138
1.2 Verschillende ‘medicijnen’	139
2. Toegankelijke eerstelijnszorg	140
2.1 Uitvoering bij decreten	140
2.2 Wijkgezondheidscentra	142
2.3 Harmonisernig van de OCMW-praktijken	143
3. Betaalbaarheid	143
3.1 Kosten van geneesmiddelen en supplementen	144
3.2 Het OMNIO-statuu	145
3.3 Vlaamse zorgverzekering	146
3.4 De federale maximumfactuur	146
4. Voorkomen is beter dan genezen	147
4.1 Gezondheidsconferentie 2006	148
4.2 Prenatale steunpunten	149
4.3 Gezonde voeding	149
5. Op het raakvlak tussen zorg en gezondheid	150
5.1 Geestelijke gezondheidszorg	150
5.2 Zorgtraject jongeren met psychiatrische problematiek	151
6. No ‘Sicko’	151

Hoofdstuk 2 – Armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid in cijfers 153

Katrien De Boyser

1. Gezondheid en ongelijkheid als onderzoeksveld	153
2. Socio-economische gezondheidsverschillen in de gezondheidsenquêtes van 2001 en 2004	153
2.1 Subjectieve gezondheid	154
2.2 Fysieke gezondheid: langdurige aandoeningen, handicaps en beperkingen	155
2.3 Mentale gezondheid	157
2.4 Verschillen in leefstijl	159
2.5 Verschillen in financiële toegang tot de gezondheidszorg	161
3. Mortaliteit en levensverwachting	162
4. Besluit	165

Hoofdstuk 3 – Armoede en sociale gezondheid: een verhaal van povere netwerken? 167

Katrien De Boyser en Katia Levecque

1. Inleiding	167
--------------	-----

2. Over sociale ondersteuning en armoede	168
2.1 Sociale netwerken en ondersteuning: structuur en functie	168
2.2 Sociale netwerken en ondersteuning in armoede	169
3. Bron en analysemethode	171
3.1 De data	171
3.2 De meetinstrumenten	172
3.3 Analysetechniek	173
4. Resultaten	173
4.1 De structurele dimensie van sociale netwerken: maakt armoede een verschil?	173
4.3 Vervullen de netwerken van personen in armoede andere functies? Een blik op de kwaliteit van sociale relaties	174
5. Besluit	177

Hoofdstuk 4 – Het verband tussen armoede en depressie: een tipje van de sluier opgelicht

Katia Levecque en Jan Vranken

1. Inleiding: het verband tussen armoede en depressie is (niet) evident	179
2. Het verband herbekeken vanuit een multidimensioneel armoedeperspectief: uitgangspunten	181
3. Een blik op depressie vanuit de breedte- en dieptedimensie van armoede	183
4. Een blik op depressie vanuit de tijdsdimensie van armoede	184
5. Depressie, armoede en relatieve deprivatie: over het belang van het gevoel achtergesteld te zijn	187
6. Armoede en depressie: enkele beleidsreflecties ter besluit	188

Hoofdstuk 5 – Hoger-lager? Een analyse van de uitgaven voor patiënten onderaan de sociale ladder

*Ann Lecluyse, Diana De Graeve, Erik Schokkaert,
Carine Van de Voorde en Tom Van Ourti*

1. Inleiding	193
2. Beknopte beschrijving van de data en selectie van de onderzoeksgroepen	194
3. Definities en regelgeving	195
4. Verdeling en omvang van remgelden en supplementen	196
4.1 Wie betaalt remgelden en supplementen?	196
4.2 Karakteristieken van de gerechtigden RR met laag inkomen en van de verzekerden met minimuminkomen	198

4.3 Totale uitgaven: ZIV-terugbetalingen, remgelden en supplementen	198
4.4 Verschillende subgroepen van zorgcategorieën	201
5. Besluit	201
 Hoofdstuk 6 – Ziek maar zonder verblijfsvergunning in België: wat nu? <i>Veerle Evenepoel en Ellen Druyts</i>	207
1. Context van de thematiek	209
2. Toegang tot gezondheidszorg: de procedure dringende medische hulp	209
2.1 Het wettelijk kader	209
2.2 De procedure dringende medische hulp kritisch bekeken	210
2.3 Gevolgen van de moeilijke toegang tot gezondheidszorg	212
3. De cijfers brengen een positief verhaal	213
4. Beleidsvoorstellen ter bevordering van de toegang tot gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf	216
4.1 Op korte termijn	216
4.2 Op middellange termijn	217
4.3 Op lange termijn	218
5. Besluit	218
 Hoofdstuk 7 – Thuisloosheid schaadt de gezondheid <i>Gerard Van Menxel, Helen Blow en Aafje De Wacker</i>	221
1. Inleiding: ‘Sick, tired and homeless’	221
1.1 Een complex fenomeen, maar harde realiteit	222
1.2 Een typologie	223
1.3 (G)een aantal	224
1.4 Een gedeelde verantwoordelijkheid	224
2. Wat weten we?	225
2.1 Gezondheidsproblemen van thuislozen in opvangcentra	225
2.2 Lifestyle ziekten	226
2.3 Geestelijke gezondheid en psychiatrie	228
2.4 Drempels voor een toegankelijke gezondheidszorg	230
3. Wat doen we?	232
3.1 Preventie	232
3.2 Dringende medische hulp op straat	233
3.3 Vorming	234
3.4 Geestelijke gezondheidszorg voor daklozen	235
4. Wat moet gebeuren?	235
4.1 Knelpunten gezondheidszorg wegwerken	235

4.2 Laagdrempelige hulpverlening	236
4.3 Meer geestelijke gezondheidszorg voor daklozen	237
5. Conclusie: recht op gezondheid is een mensenrecht, ook voor thuislozen	237

Hoofdstuk 8 – De gezondheid van migranten: het gevaar loert van twee kanten	241
---	-----

Vincent Lorant, Herman Van Oyen en Isabelle Thomas

1. Inleiding	241
2. Theoretische achtergrond	242
3. Gebruikte methode	244
4. Resultaten	246
5. Bespreking	252

Deel III	
ARMOEDE ONTCIJFERD	259

Hoofdstuk 1 – Armoede en sociale uitsluiting ontsluit	261
---	-----

Wim Van Lancker

1. Armoedemeting: een overzicht	265
2. Inkomen en armoede	266
2.1 Relatieve armoedegrenzen op basis van inkomen	266
2.2 De wettelijke armoedegrens	270
2.3 Inkomensverdeling en -ongelijkheid	288
3. Schulden	291
4. Werkloosheid	295
5. Onderwijs	304
6. Huisvesting	310
7. Gezondheid	314
8. Sociale Zekerheid	316
9. Voedselbedeling	318
10. Armoede volgens de indicatoren van Kind en Gezin	319

Besluit	321
----------------	-----

De redactie

1. Ongezonde armoede	321
2. Lichtpunten en aandachtspunten	322
3. Domeinen die nog steeds uitsluiten	322

4. Voetbal bis	323
----------------	-----

Adressen voor meer informatie	325
-------------------------------	-----

Bibliografie	331
--------------	-----

Personalia	351
------------	-----

Lijst van schema's, figuren en tabellen

Deel I – Beleid en feiten over armoede, anno 2007	39
Hoofdstuk 1 – <i>Armoedebelied bestaat niet</i>	41
Tabel – Agendavorming inzake armoedebestrijding in historisch perspectief, federaal en Vlaams niveau	43
Hoofdstuk 2 – <i>Over inkomen en rondkomen</i>	55
Figuur 1 – Aandeel van deciel 1, 2 en 3 in het netto inkomen na belastingen, percentages, België, 1992-2004	57
Figuur 2 – Aandeel van lonen en bruto exploitatieoverschot en bruto gemengd inkomen, percentages, België, 1997-2006	58
Hoofdstuk 3 – <i>Geabonneerd op de banenmarkt</i>	71
Figuur 1 – Aantal NWWZ naar werkloosheidsduur, Vlaanderen, per 30 juni 2006 en 30 juni 2007	74
Hoofdstuk 4 – <i>Kampioen in gelijke onderwijskansen?</i>	87
Figuur 1 – Aandeel van leerlingen in het buitengewoon onderwijs in het totaal aantal leerlingen, lager onderwijs, Vlaams Gewest, in percentages	89
Figuur 2 – Kinderen met minstens één jaar schoolse achterstand, Belgische en niet-Belgische nationaliteit, schooljaar 2006-2007, Vlaanderen	91
Figuur 3 – Slaagkansen eerste jaar hoger onderwijs, schooljaar 2004-2005, naar etniciteit, Vlaanderen	94
Hoofdstuk 5 – <i>De onderkant van de woonmarkt</i>	99
Figuur 1 – Gemiddeld bedrag hypothecair krediet, België	100
Figuur 2 – Leeftijdsprofiel sociale huurder, Vlaanderen, 1999/2005	103
Figuur 3 – Fysieke staat van de officieel bewoonde woningen, 2001 en 2005	104
Hoofdstuk 6 – <i>Multidimensionele armoede gemeten en becijferd op basis van de Belgische SILC-2004</i>	113
Tabel 1 – Indicatoren van armoede/deprivatie	118
Tabel 2 – Conditionele probabiliteiten (%) van de latente klassenmodellen op de verschillende domeinen voor België	122

Tabel 3 – Logistische regressie van demografische kenmerken op huisvestingsdeprivatie, financiële stress, gebrek aan financiële middelen en omgevingsproblemen, gecontroleerd voor socio-economische kenmerken, Gewest en verstedelijking	127
Tabel 4 – Logistische regressie van socio-economische kenmerken, Gewest en verstedelijking op huisvestingsdeprivatie, financiële stress, gebrek aan financiële middelen en omgevingsproblemen, gecontroleerd voor demografische kenmerken	128
Tabel 1a – Goodness-of-fit maten voor huisvestingsdeprivatie, financiële stress, beperkte financiële middelen en omgevingsproblemen	134
Deel II – Armoede schaadt de gezondheid	135
Hoofdstuk 2 – <i>Armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid in cijfers</i>	153
Tabel 1 – Algemene gezondheidsstatus naar armoede- en activiteitsstatus, huishoudtype, woningmarktstatus en nationaliteit (18 t.e.m 65 jaar), Vlaanderen, 2001-2004 (gewogen %)	156
Tabel 2 – Mentale gezondheidsstatus naar armoede- en activiteitsstatus, huishoudtype, woningmarktstatus en nationaliteit (18 t.e.m 65 jaar), Vlaanderen, 2001-2004 (gewogen %)	158
Tabel 3 – Leefstijlrisico's naar armoede- en activiteitsstatus, huishoudtype, woningmarktstatus en nationaliteit (18-65 jaar), Vlaanderen, 2001-2004	160
Tabel 4 – Financiële toegang tot gezondheidszorg, (18-65 jaar), Vlaanderen, 2001-2004	162
Tabel 5 – Etniciteit van de moeder en de zwangerschapsuitkomst, Vlaams Gewest, 2003-2004	164
Tabel 6 – Opleidingsniveau en beroepsstatuut van de ouders en de zwangerschapsuitkomst, Vlaams Gewest, 2003-2004	164
Hoofdstuk 3 – <i>Armoede en sociale gezondheid: een verhaal van povere netwerken?</i>	167
Tabel 1 – Omvang van en contactfrequentie in sociale netwerken bij volwassenen in België, gedifferentieerd naar armoedestatus	174
Tabel 2 – Tevredenheid over en hulp met sociale contacten, gedifferentieerd naar armoedestatus (gewogen %)	175
Tabel 3 – Voorkomen van gevoelens van eenzaamheid die leiden tot hinder in het dagelijks functioneren, gedifferentieerd naar armoedestatus (gewogen %)	175
Tabel 4 – Zelden of nooit op specifieke vormen van sociale ondersteuning kunnen rekenen indien nodig, gedifferentieerd naar inkomensarmoede (gewogen %)	176
Hoofdstuk 5 – <i>Hoger-lager? Een analyse van de uitgaven voor patiënten onderaan de sociale ladder</i>	193
Figuur 1 – Verdeling van ZIV-terugbetalingen in 2003, uitgedrukt in percentages, voor de Belgische bevolking, de gerechtigden RR met laag inkomen en de verzekerden met minimuminkomen	199
Figuur 2 – Verdeling van remgelden in 2003, uitgedrukt in percentages, voor de Belgische bevolking, de gerechtigden RR met laag inkomen en de verzekerden met minimuminkomen	200
Figuur 3 – Verdeling van supplementen in 2003, uitgedrukt in percentages, voor de Belgische bevolking, de gerechtigden RR met laag inkomen en de verzekerden met minimuminkomen	200

Tabel 1 – Verdeling van totale supplementen, remgelden en ZIV-terugbetalingen over de bevolking in 2003	204
Tabel 2 – Supplementen, remgelden en ZIV-terugbetalingen naar subgroepen van zorgcategoriegén	206
Hoofdstuk 6 – <i>Ziek maar zonder verblijfsvergunning in België: wat nu?</i>	207
Grafiek 1 – Gemiddeld aantal tussenkomsten van het OCMW in het kader van de procedure dringende medische hulp per maand	213
Grafiek 2 – Aantal begunstigen van de procedure Dringende Medische Hulp van 1999 tot 2005	214
Grafiek 3 – Bedrag terugbetaald door de overheid aan de OCMW's van 1999 tot 2005	215
Hoofdstuk 7 – <i>Thuisloosheid schaadt de gezondheid</i>	221
Tabel 1 – Aard van de gezondheidsproblemen naar leeftijd (in %)	226
Tabel 2 – Aard van de gezondheidsproblemen naar geslacht (in %)	226
Hoofdstuk 8 – <i>De gezondheid van migranten: het gevaar loert van twee kanten</i>	241
Figuur 1 – Percentage Turken en Marokkanen per gemeente, België	248
Tabel 1 – Verdeling van migrantengroepen volgens socio-economische status en contextuele factoren (percentages)	247
Tabel 2 – Risico op slechte gezondheidstoestand bij migranten	248
Tabel 3 – Risico op slechte subjectieve gezondheid bij migranten	250
Tabel 4 – Risico op langdurige ziekten bij migranten	251
Tabel 5 – Risico op een slechte subjectieve gezondheidstoestand bij migranten per graad van urbanisatie	252

Gebruikte afkortingen

ABVV	Algemeen Belgisch Vakverbond
AC	Absoluut Cijfer
ACV	Algemeen Christelijk Vakverbond
AD SEI	Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (voorheen NIS)
AG	Armoedegrenzen
ACLVB	Algemene Centrale der Liberale Vakbonden van België
APS	Administratie Planning en Statistiek
AR	Armoederisico
ASO	Algemeen Secundair Onderwijs
ATD	Aide à Toute Détresse – Quart Monde (Vierde Wereldbeweging)
AVA	Algemeen Verslag over de Armoede
AZG	Artsen Zonder Grenzen
BGDA	Brusselse Gewestelijke Dienst voor Arbeidsbemiddeling
BHG	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
BI	Beschikbaar inkomen
BM	Bestaansminimum
BMLIK	Beweging van Mensen met Laag Inkomen en Kinderen
BS	Belgisch Staatsblad
BSO	Beroepssecundair Onderwijs
BTW	Belasting op de toegevoegde waarde
BuO	Buitengewoon Onderwijs
BuSO	Buitengewoon Secundair Onderwijs
BVR	Besluit Vlaamse regering
BWR	Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad
CAW	Centrum voor Algemeen Welzijnswerk
CBGS	Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie
CDO	Commissie voor Duurzame Ontwikkeling
CGKR	Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding
CKP	Centrale voor Kredieten aan Particulieren
CLB	Centrum voor Leerlingenbegeleiding
COO	Commissie voor Openbare Onderstand
CSB	Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck
CREG	Commissie voor de Regulering van de Elektriciteit en het Gas
DAVO	Dienst Alimentatievorderingen
DBSO	Deeltijds Beroepssecundair Onderwijs
DG	Directoraat-Generaal
DVR	Decreet van de Vlaamse regering
DVZ	Dienst Vreemdelingenzaken
EC	Europese Commissie

ECHP	European Community Household Panel
EU	Europese Unie
EUR	Euro
EWBL	Economie, Werkgelegenheid, Binnenlandse Aangelegenheden en Landbouw
EWS	Europese Werkgelegenheidsstrategie
FOD	Federale Overheidsdienst
FOREM	Office Communautaire et Régionale de la Formation professionnelle et de l'Emploi
FPB	Federaal Planbureau
G	Gezinnen
GDT	Geïntegreerde Diensten Thuisverzorging
GGB	Gewaarborgde Gezinsbijslag
GGC	Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
GH	Gehandicapten
GIB	Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden
GKB	Gewaarborgde Kinderbijslag
GPMI	Geïndividualiseerd Project voor Maatschappelijke Integratie
GZ	Gezondheid
HIVA	Hoger Instituut voor de Arbeid
HO	Hoger Onderwijs
HOBUE	Hoger Onderwijs Buiten de Universiteit
HOKT	Hoger Onderwijs Korte Type
HOLT	Hoger Onderwijs Lange Type
HRW	Hoge Raad voor de Werkgelegenheid
HSO	Hoger Secundair Onderwijs
HV	Huisvesting
IBO	Individuele Beroepsopleiding
ICMI	Interministeriële Conferentie voor Maatschappelijke Integratie
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IGO	Inkomensgarantie voor ouderen
IGS	Intergemeentelijke samenwerking
IGU	Inkomens Garantie Uitkering
IK	Inkomensverdeling en koopkracht
IMC	Interministeriële Conferentie
IT	Integratietegemoetkoming
IVESCR	Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten
IVT	Inkomensvervangende Tegemoetkoming
KB	Koninklijk besluit
KBS	Koning Boudewijnstichting
K&G	Kind en Gezin
KSO	Kunstsecundair Onderwijs
KULeuven	Katholieke Universiteit Leuven
LL	Leefloon
LO	Lager Onderwijs
LOGO	Lokale Netwerken voor Gezondheidsoverleg en -Organisatie
LOI	Lokaal OpvangInitiatief
LOP	Lokaal Overlegplatform (onderwijs)
LSB	Lokaal Sociaal Beleid
LSO	Lager Secundair Onderwijs
MB	Ministerieel besluit
MBHG	Ministerie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest
MH	Maatschappelijke hulp
NAP/inc	Nationaal Actieplan Sociale Insluiting

NBB	Nationale Bank van België
NGO	Niet-Gouvernementele Organisatie
NI	Nationaal Inkomen
NIS	Nationaal Instituut voor de Statistiek (zie AD SEI)
NNI	Netto Nationaal Inkomen
NWWZ	Niet-werkende werkzoekende
OASeS	Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (UA)
OCE	l'Observatoire du Crédit et de l'Endettement
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
ON	Onderwijs
Parl St	Parlementaire Stukken
PAO	Permanent Armoedeoverleg
PH	Personen met een Handicap
POD	Programmatorische Overheidsdienst
PSBH	Panelstudie van Belgische Huishoudens
PWA	Plaatselijk Werkgelegenheidsagentschap
RBM	Recht op Bestaansminimum
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
RKW	Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers
RMI	Recht op Maatschappelijke Integratie
RVA	Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening
RVP	Rijksdienst voor Pensioenen
S	Schulden
SEL	Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnszorg
SERV	Sociaal Economische Raad voor Vlaanderen
SES	Socio-Economische Situatie
SIF	Sociaal Impulsfonds
SILC	Statistics on Income and Living Conditions
SIT	Samenwerkingsinitiatief Thuiszorg
SZ	Sociale Zekerheid
TMV	Tegemoetkoming aan Mindervaliden
TSO	Technisch Secundair Onderwijs
UA	Universiteit Antwerpen
(R)UG	(Rijks)Universiteit Gent
ULB	Université Libre de Bruxelles
UVW	Uitkeringsgerechtigde Volledig Werkloze
V	Voedselbedeling
VAP	Vlaams Actieplan Armoedebestrijding
VBO	Verbond van Belgische Ondernemingen
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding
VESOC	Vlaams Economisch en Sociaal Overlegcomité
VFIK	Vlaams Fonds voor Integratie van Kansarmen
VGC	Vlaamse Gemeenschapscommissie (Brussels Hoofdstedelijk Gewest)
VHM	Vlaamse Huisvestingsmaatschappij (zie VMSW)
VIBOSO	Vlaams Instituut voor Bevordering en Ondersteuning van de Samenlevingsopbouw
VICA	Vlaamse Intersectorale Commissie Armoedebestrijding
VIG	Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie
VIONA	Vlaams Interuniversitair Onderzoeksnetwerk Arbeidsmarkttrapportering
VLOR	Vlaamse Onderwijsraad
VMSW	Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen (opvolger van VHM)
VN	Verenigde Naties

VOB	Vlaams Overleg Bewonersbelangen
VREG	Vlaamse Reguleringsinstantie voor de Elektriciteits- en Gasmarkt
VTE	Voltijds Equivalent
VVOS	Vereniging van Vlaamse OCMW-Secretarissen
VVSG	Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten
WAV	(Steunpunt) Werkgelegenheid, Arbeid en Vorming
WEP-plus	Werkervaringsplan-Plus
WHO	World Health Organization
WIGW	Weduwen, Invaliden, Gepensioneerden en Wezen
WIV	Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
WL	Werkloosheid

Woord vooraf

Komt er ook aan – beloofd door minister op x/x/2007

Dankwoord

We beginnen dit jaarboek traditioneel met het bedanken van iedereen die heeft bijgedragen aan het verschijnen van deze, ondertussen zestiende, editie van het Jaarboek. In de eerste plaats willen we daarbij de persoon bedanken die deze editie financieel mogelijk maakte. In dit verkiezingsjaar mogen we hiervoor zelfs twee personen dankbaar zijn: huidig minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Steven Vanackere en zijn voorgangster, mevrouw Inge Vervotte.

Veel voor ons onmisbare basisinformatie en kritische bedenkingen werden ons ook dit jaar bezorgd door mensen uit allerlei publieke en particuliere diensten. We denken hierbij vooral aan wie ons tijdig het nodige cijfermateriaal zond: Luc Blomme (DG Personen met een Handicap), Rudy De Cock (Kind & Gezin), Alain Dupont (POD Maatschappelijke Integratie), Arnold Gerits (RVP), Vicky Storms (FOD Economie), Patrick Van Impe (RVA) en Geert Vermeulen (Administratie Onderwijs).

We danken ook onze gastauteurs die een veeleisende redactie hebben weerstaan en opnieuw teksten afleverden die ons kritisch lezerspubliek zullen bekoren. De collega's van de onderzoeksgroep OASeS waren ook nu weer onze steun en toeverlaat.

Lis Geelissen zette ook dit jaar de puntjes op de i, de komma's en spaties op de juiste plaats en corrigeerde onze fouten tegen spelling en grammatica. Wim Van Lancker, de beheerder van de gegevensbank achter het Jaarboek, spoorde met veel inzet en deskundigheid de meest relevante cijfers op en bracht ze op een leesbare manier in het Jaarboek en op de website. Ook de uitgebreide bibliografie is zijn werk. Onmisbare logistieke ondersteuning kwam van Inge Schellekens.

Tenslotte mogen we de uitgever, Bart De Prins en zijn collega's niet vergeten, want zij zorgen ervoor dat ook dit zestiende Jaarboek op tijd in de boekenrekken terechtkomt.

Natuurlijk bedanken we ook onze lezers en lezeressen. Door hun onophoudelijke belangstelling houden we het al zestien jaar vol.

Al deze mensen danken we van harte; ook degenen die we vergeten.

JAN VRANKEN
GEERT CAMPAERT
KATRIEN DE BOYSER
DANIELLE DIERCKX

Oktober 2007

INLEIDING

Armoede is niet gezond

Jan Vranken

De eerste en – voor zover we ons herinneren – enige keer dat we met dit Jaarboek de kolommen van *Trends* haalden, was toen we voor het eerst uitdrukkelijk over rijkdom schreven. Wegens gegevens over de vermogensverdeling stuurde de betrokken journalist banbliksems op ons af. Uit die cijfers bleek namelijk dat 10% van de Belgen 50% van het vermogen in handen hadden – en dan ging het nog over een grove onderschatting. Dat vond ook collega Jef Vuchelen van de VUB, auteur van die cijfers.

We werden vooral terechtgewezen omdat we van het rechte pad waren afgeweken: waar bemoeien die zich mee, armoede en vermogen(sverdeling) liggen toch mijlen ver uit elkaar. In de loop van het voorbije jaar is het thema terug in de aandacht gekomen. Voor het eerst sinds jaren ligt het loonaandeel lager dan de som van inkomens uit vermogen en van zelfstandigen. Tegelijk werden de bedragen bekend die topmanagers zichzelf toekennen; bleek dat ze volledig ongevoelig zijn voor de voorzichtige vermaningen die door morele gezagsdragers, overheden en zelfs door sommige van hun sociaalbewuste collega's werden uitgesproken; de stijgingen bedragen een veelvoud van de loonnormen.

1. Ongelijkheid is goed, armoede is slecht

Sommige economen en beleidsmensen maken zich weinig zorgen over de toename van de inkomensongelijkheid; zij vinden dat de opeenhoping van inkomens in het hoogste deciel vooral positieve effecten heeft. Het zou mensen ertoe aansporen om economisch nog actiever te worden, de accumulatie van kapitaal wordt erdoor versneld, de economische groei neemt toe en dus ook het nationale inkomen; via het doordruppelen van die effecten zouden uiteindelijk ook de armen ervan profiteren en ten slotte zouden er meer mogelijkheden voor sociale mobiliteit komen voor achtergestelde groepen in de samenleving. Daarenboven is een toename van de inkomensongelijkheid een onvermijdelijk neveneffect van de zo nodige privatisering en liberalisering van 'economieën in hun overgang'.

Streven naar grotere inkomensgelijkheid en inkomensherverdeling passen niet in dit plaatje; armoedebestrijding wél, althans in de vorm waaronder dit gebeurt in het raamwerk van de zogenaamde ‘Washington Consensus’. Dan hoeft het geloofspunt dat ongelijkheid goed is voor economische groei niet in vraag te worden gesteld – alhoewel dat door vele economische studies wordt betwist, te beginnen met de invloedrijke paper van Galor en Zeira (1993) – en hoeft ook niet het echte doel/de echte reden onder ogen te worden gebracht, namelijk dat economische groei goed is voor de disproportionele toename van het inkomens-aandeel van de verdedigers van dit geloofspunt. De aandacht kan dan gaan naar het opzetten van een (dikwijls minimaal) opvangnet voor de armen.

Van die onvermijdelijkheid van een grotere inkomensongelijkheid voor de komende jaren is ook de liberale denktank Liberales (Tirez, 2007) overtuigd – wat niet zo verwonderlijk is – maar zij pleiten ervoor dat op een aantal cruciale domeinen (zoals onderwijs, huisvesting, voeding en gezondheidszorg) het inkomen weinig of geen rol speelt, zodat de onvermijdelijke groeiende inkomensongelijkheid geen impact heeft op het welzijn van de mensen. ‘Het afbouwen van de solidariteit in onze welvaartsstaat is dus geen optie’, schrijven ze.

Ook op hoger niveau is er onrust over de groeiende ongelijkheid. Eind februari 2007 verklaarden Peter Steinbrück, voorzitter van de Europese ministerraad Economie, en Joaquin Almunia, EU-commissaris voor Economie, dat de huidige situatie van hoge economische groei en stagnerende lonen niet houdbaar is. De vruchten van de economische groei moeten volgens hen beter worden herverdeeld. Het is de eerste keer dat de EU zich in die zin uitspreekt over deze problematiek.

We dreigen anders helemaal in de toestand van de VS terecht te komen, waar volgens vele deskundigen het aantal mensen in armoede een stuk hoger ligt dan de officiële schatting van 37 miljoen. De reden daartoe is dat de officiële armoedegrens ernstig achterhaald is; ze wordt nog op dezelfde manier geschat als in de vroege jaren ’60, toen president Johnson zijn *War on Poverty* inzette. Het minimum is een geldbedrag nodig om te overleven, een maatstaf dus van ernstige tekorten. Een individu ontvangt \$10.210 (of € 7.795) per jaar; een gezin van vier \$20.650 (of € 15.765) per jaar. Wanneer we dit vergelijken met het gemiddelde inkomen per inwoner van de VS, dan komen we op percentages uit van 38,7% en 37,3%. In België zijn de respectieve verhoudingscijfers 47,4% en 45,7%.

Wordt de armoedegrens in de VS vergeleken met die van hun buur Canada, dan blijkt pas de mensvisie die eraan ten grondslag ligt. In Canada worden geen absolute inkomens gehanteerd; de armoedegrens wordt berekend via een zogenaamde *Low-Income Cut-Off Line*, de grens waarbij individuen of gezinnen 60% van hun jaarinkomen moeten spenderen aan basisbehoeften zoals voeding, kleding, huur, vervoer, verzekeringen, kinderopvang, schoolbenodigdheden en huishoudgerei.¹ Bij deze armoedegrens zou het armoedepercentage in de VS sterk oplopen; voor de stad New York bijvoorbeeld van 21,2% naar 38,2% en

voor San Jose (Californië), het centrum van Silicon Valley en het symbool bij uitstek van rijkdom en macht, van 8,8% naar 20,9%. Het is duidelijk dat in de VS armoede, meer nog dan hier, het lot is van vele gewone arbeiders en bedienden; in sommige dure steden ontsnappen zelfs de verpleegkundige, de brandweerman en de leerkracht er niet aan. Een rapport van de *US Conference of Mayors* stelt ook bij werkende mensen een sterke stijging vast van honger en thuisloosheid, dermate dat in de steden van de VS meer dan een derde van de volwassenen die voedselhulp komen vragen, een job heeft.

Geconfronteerd met deze cijfers, riepen de burgemeesters van grote steden – de *US Conference of Mayors* – in 2006 een werkgroep in het leven om het hoofd te bieden aan “persistent poverty and middle class erosion” (voortduurende armoede en de erosie van de middenklassen) in hun steden. Deze *Task Force on Poverty, Work, and Opportunity* (voorgezeten door de burgemeester van Los Angeles, Antonio Villaraigosa) werkte een actieplan uit en presenteerde in maart 2007 een stel aanbevelingen. Het lijkt wel een plan voor de uitbouw van een verzorgingsstaat naar West-Europees model: meer investeringen in openbaar onderwijs van hoog niveau, inbegrepen universele voorschoolse opvang; meer investeringen in een kwalitatieve en levenslange scholing en opleiding van de arbeidskrachten; meer overheidsinvesteringen in de infrastructuur van arme stedelijke buurten en openbare stimuli om meer bankfaciliteiten te voorzien in achtergestelde binnenstedelijke buurten. Dat dit initiatief plaatsvindt wanneer in West-Europa diezelfde verzorgingsstaat als een overbodige luxe wordt beschouwd – ‘kijk maar naar de VS, daar kunnen ze het ook zonder’ – zou toch tot enige reflectie moeten uitnodigen.

Het verminderen van het loonaandeel in het Nationaal Inkomen is dus een rood knipperlicht voor wie zich met armoede bezig houdt. Het wijst erop dat een groeiend deel – of tenminste, de meerderheid – van de bevolking (de loon- en weddetrekkenden) het met een dalend aandeel van de gezamenlijk geproduceerde welvaart moet stellen. Je hoeft geen aanhanger te zijn van de arbeidswaardeleer – de economische theorie die ervan uitgaat dat alle waarde wordt voortgebracht door arbeid en dat machines enkel ‘gestolde arbeid’ zijn – om te beseffen dat er hier iets fundamenteel fout gaat. Arbeid levert immers het brood dat de meerderheid van de bevolking voedt, rechtstreeks via het loon en verwante vergoedingen en onrechtstreeks via de sociale uitkeringen die we krijgen wanneer we kinderen hebben, ziek worden of werkloos of te oud worden geacht om nog te werken.

Waarschuwingen over de serieuze gevolgen die de groeiende kloof tussen rijk en arm zou kunnen hebben voor de duurzaamheid van onze samenleving, komen uit soms onverwachte hoek. Zo wordt gewezen op de bedreiging voor het sociale weefsel, de sociale cohesie; wordt de band gelegd met de toeneemende criminaliteit en zelfs met terrorisme. De verbanden zijn niet uit de lucht gegrepen; uit sociaalwetenschappelijk onderzoek blijkt duidelijk dat gevoelens van deprivatie en machteloosheid tot zo’n handelingen kunnen leiden.

Het is dus hoog tijd om die structurele verbinding tussen de boven- en onderkant van de inkomensverdeling weer voor het voetlicht te brengen en ze daar tijdens de volgende jaren te houden. Het verder bijwerken van de tijdreeks die het meest innovatieve onderdeel vormde van het doctoraat van Herman Deleeck in 1966, namelijk het aandeel van lonen en wedden in het Nationaal Inkomen, zou daartoe een belangrijke bijdrage leveren. Het is een oefening vol wolfijzers en schietgeweren en vandaag nog meer dan vroeger; het zou het noodzakelijke (wetenschappelijk en politiek en publiek) debat mee op gang helpen brengen.

2. Arm en ziek, rijk en gezond

Verdwenen die ‘functionele’ inkomensverdeling en zelfs de ruimere problematiek van inkomensongelijkheid de laatste decennia uit de aandacht, een lang verwaarloosd fenomeen raakte eindelijk goed gedocumenteerd. We verwijzen naar ongelijkheid voor ziekte en dood. Toen we zo’n vijftien jaar geleden materiaal zochten voor een voordracht over dit thema, moesten we vaststellen dat over België of Vlaanderen alleen een aantal – zowel qua thematiek als qua omvang – heel beperkte onderzoeken voorradig was en de dimensie SES kwam daarin niet ter sprake. De titel van ons verhaal van toen – ‘Arm en ziek, rijk en gezond’ – raakte ondertussen stevig onderbouwd. Vooral de opeenvolgende Gezondheidsenquêtes – de recentste dateren van 2001 en 2004 – hebben een massa interessant materiaal voortgebracht.²

Ook meer aandacht voor gezondheidsaspecten in bestaande surveys en in de recentste census (2001), draagt bij tot de nodige empirische gegevens. Die worden dan door een groeiend aantal onderzoekers geanalyseerd. De reeks bijdragen in onze Jaarboeken begon met die van Peersman (2000), die de basis vormde voor reflecties in de volgende Jaarboeken. Vervolgens schreven Van Paepegem, Willems, De Boeck en De Maeseneer (2001) over gezondheidsbevordering en armoede, Levecque (2003) over armoede en depressie en van Hardonk, Vanroelen & Louckx, F. (2004) over ‘Sociaal-economische gezondheidsverschillen in België: analyse van de Gezondheidsenquête van 2001’. Voor een zicht op de evolutie in kennisverwerving over ongelijkheid in gezondheid en de hierop geformuleerde beleidsantwoorden in de afgelopen 15 jaar, verwijzen we naar de bijdrage van Levecque & De Boyser (2006) in het vorige Jaarboek (zie ook De Boyser, Levecque & Vranken, 2007).

Uit al die gegevens blijkt dat wat in andere westerse landen al langer werd vastgesteld, ook voor België geldt: wie onderaan de maatschappelijke ladder staat, heeft meer kans op een minder goede gezondheid, heeft minder ‘gezonde jaren’ voor de boeg en daar bovenop nog een hogere kans op vroegtijdige sterfte. Bovendien bemoeilijken financiële en andere drempels hun toegang tot de gezondheidszorg.

De relatie tussen gezondheid en armoede – en bij uitbreiding, ongelijkheid – vormt dus het themadeel van deze zestiende editie van het Jaarboek. Danielle Dierckx snijdt dit deel aan met een overzicht van het actuele gezondheidsbeleid. Toegankelijkheid, betaalbaarheid en preventie komen daarin als speerpunten aan bod. Het is een balanceren tussen responsabilisering en feitelijk gedrag; tegelijk moeten de context en de structurele uitsluitingsmechanismen in het oog worden gehouden. Een gebrek aan samenwerking tussen zorgverleners mag er niet toe leiden dat de zorgvragers in de wachtzaal blijven zitten.

Katrien De Boyser verzorgt een actueel overzicht van opmerkelijke feiten over ongelijkheid in gezondheid in Vlaanderen, op basis van analyses van de recentste Gezondheidsenquêtes en beschikbare administratieve gegevens. Ze besluit dat onze hele levensloop wordt gekenmerkt door ongelijkheid en uitsluiting inzake gezondheid, net als in andere EU-landen. Al in de moederschoot worden socio-economische verschillen gevormd, in termen van een verhoogde kans op sterfte rond de geboorte en in het eerste levensjaar. Jongeren uit lagere socio-economische groepen hebben vaker dan gemiddeld een ongunstige leefstijl, onder meer door te roken en door slechtere voedingsgewoonten. Deze verschillen vertalen zich op latere leeftijd in differentiële gezondheidsrisico's.

Lagere socio-economische groepen schatten de eigen gezondheid slechter in, hebben vaker te kampen met chronische aandoeningen en handicaps en worden hierdoor ook meer gehinderd dan wie sociaaleconomisch beter af is. Ook naar mentale gezondheid zijn er belangrijke verschillen: onderaan de maatschappelijke ladder treft men een hoger aandeel personen aan die zich minder goed voelen, kampen met depressies en angsten en met slaapproblemen.

Daarnaast blijft ook de toegang tot de gezondheidszorg beperkt voor wie het met weinig middelen moet stellen of voor wie vaak ziek is. De besproken pijnpunten zijn vooral financieel van aard: het niet kunnen inpassen van gezondheidskosten in het budget en het uitstellen van gezondheidszorg omwille van financiële redenen zijn ook hier vooral een zaak van de lagere socio-economische groepen. Voor wie een aanvullende hospitalisatieverzekering het hardst nodig heeft (zoals zieken en invaliden, maar ook lage inkomens) is de aanschaf ervan doorgaans geen haalbare kaart. Een ziekenhuisopname kan in deze gevallen duur te staan komen. Ten slotte vinden we deze verschillen terug in de differentiële mortaliteitscijfers: zowel op zeer jonge als op oudere leeftijd zijn de socio-economische verschillen zeer manifest aanwezig en bovendien zouden deze volgens Europees onderzoek nog toenemen.

Met Katia Levecque bekijkt Katrien De Boyser in hoofdstuk drie, ook op basis van de Gezondheidsenquêtes, de mate waarin de 'sociale gezondheid' van mensen verschilt naarmate ze zich onder of boven de inkomensarmoedegrens bevinden. Hoewel dit aspect van gezondheid expliciet opgenomen is in de gezondheidsdefinitie van de Wereldgezondheidsorganisatie, blijft het vaak sterk onderbelicht. Sociale netwerken en de ondersteuning die iemand ervan kan krijgen, zijn niettemin van tel op tal van levensdomeinen, gaande van mentale en

fysische gezondheidsaspecten, schools presteren en functioneren tot sociale mobiliteit. De auteurs stellen vast dat de sociale netwerken van personen in armoede niet kleiner zijn dan die van anderen en ook niet gekenmerkt worden door een lagere contactfrequentie. Wel treffen ze duidelijke verschillen aan in de kwaliteit van de netwerken naargelang iemand zich onder of boven de inkomensarmoedegrens bevindt. Zo kunnen mensen in armoede bij problemen minder op hulp van hun familie of de omgeving rekenen. Ook rapporteren ze vaker dan anderen dat ze in hun dagelijkse functioneren hinder ondervinden door gevoelens van eenzaamheid. Mensen in inkomensarmoede ervaren, in het algemeen, een lagere mate van functionele ondersteuning op instrumenteel, affectief en emotioneel vlak en op het vlak van de sociale interacties. Ook kunnen armen minder vaak een beroep doen op informele hulp of mantelzorg; ze zijn, met andere woorden, vaker aangewezen op formele – vaak betaalde – hulp of op zichzelf.

Ondanks het complexe verband tussen armoede en depressie reflecteren Levecque en Vranken in hoofdstuk vier toch over beleidssporen. Daaraan gaat wel een analyse vooraf van de tweezijdige relatie tussen deze twee fenomenen, in de literatuur bekend als sociale causatie (armoede leidt tot depressie) en sociale selectie (depressie leidt tot armoede). Ze stellen dat een efficiënt en dynamisch armoedebeleid niet alleen moet afgestemd zijn op welgekende *life events*, zoals echtscheidingen of werkloos worden, maar ook op gezondheidsproblemen, zoals depressies. Om het causale proces tussen armoede en depressie (de sociale causatiehypothese dus) te doorbreken, zou het beleid de cumulatie van objectieve socio-economische achterstellingen moeten kunnen aanpakken, weliswaar steeds rekening houdend met de persoonlijke kwetsbaarheid en slagkracht van wie in armoede leeft.

Van belang is ook dat armen er vaak alleen voor staan of slechts een beperkt sociaal netwerk hebben. Vooral de zogenaamde sterke banden, vertrouwen en solidariteit blijken als buffer tegen depressies een betekenisvolle rol te vervullen en dit meer bij vrouwen dan bij mannen. Bij mannen ontwikkelen depressies zich veeleer als reactie op veranderingen in de arbeidsmarkt- en inkomenspositie. Wegens die sociale selectiemechanismen is het belangrijk om een latente, psychische problematiek tijdig te onderkennen, omdat ze de vitaliteit en slagkracht van individuen aantast waardoor participatie aan het sociale en economische leven belemmerd of onmogelijk wordt. Hoe drempels in de geestelijke gezondheidszorg moeten worden aangepakt, ligt niet meteen voor de hand. Wel is in de afgelopen jaren in de geestelijke gezondheidszorg het besef gegroeid dat dit formele hulpverleningscircuit voor mensen in armoede moeilijk blijft, niet in het minst omdat heel wat van de zorgen (zoals bijvoorbeeld psychotherapie) niet of slechts minimaal worden terugbetaald door de verplichte of door aanvullende ziekteverzekeringen (die voor armen meestal toch te duur zijn). Naast financiële zijn er ook vaak materiële en geografische problemen die de graad van toegankelijkheid van de zorgverlening beïnvloeden.

Ann Lecluyse, Diana De Graeve, Erik Schokkaert, Carine Van de Voorde en Tom Van Ourti gaan in hun bijdrage na in welke mate specifieke groepen aan de onderkant van de inkomensladder getroffen worden door eigen betalingen voor gezondheidszorg in vergelijking met de algemene bevolking en of beschermingsmaatregelen afdoende zijn. Het beeld dat ze presenteren, is genuanceerd. Ten eerste stellen ze vast dat ‘verzekerden met een minimuminkomen’ en ‘gerechtigden van het rijksregister met een laag inkomen’ niet meer of niet minder supplementen en remgelden betalen dan iemand uit de algemene bevolking, gegeven alle andere kenmerken van het individu. Evenwel worden beide groepen gekenmerkt door een grotere morbiditeit dan de algemene bevolking. Ze hebben dus gemiddeld meer zorg nodig en ze consumeren dan ook meer zorg. Ten derde, blijkt de omvang van de supplementen of de remgelden gelijk tot lager aan die van de algemene bevolking ondanks de veel hogere ZIV-terugbetalingen. Beschermingsmaatregelen zorgen er wel voor dat de eigen betalingen kleiner zijn; als die ontbreken, dan worden individuen met een laag inkomen extra zwaar getroffen. Of de bescherming afdoende is, kan niet objectief bevestigd of weerlegd worden. Het is wél duidelijk dat er bescherming *is*. Het is ook duidelijk dat deze zwakkere socio-economische groepen nog remgelden en supplementen betalen. Ook al zijn deze gemiddeld (een weinig) kleiner, ten opzichte van het inkomen wegen ze allicht toch nog zwaarder door.

Drie bijdragen brengen de gezondheidstoestand van specifieke bevolkingsgroepen ter sprake: etnische minderheden (Vincent Lorant, Herman Van Oyen en Isabelle Thomas), mensen zonder papieren (Veerle Evenepoel & Ellen Druyts) en thuislozen (Gerard Van Menxel, Helen Blow en Aafje De Wacker).

Vincent Lorant e.a. zoeken de verklaring voor de slechte gezondheid van migranten niet alleen bij individuele socio-economische factoren, maar ook bij de omgeving waarin ze leven. Ze gaan het verband na tussen contextuele factoren en verschillen in zelfgeschatte gezondheid bij autochtonen en bij allochtonen. De resultaten doen vermoeden dat, vergeleken met mensen van Belgische origine, mensen van Turkse en Marokkaanse herkomst een hogere kans lopen op een slechte zelfgerapporteerde gezondheid. Opvallend is hun vaststelling dat, wanneer ze met contextuele factoren en met de individuele SES rekening houden, alle migrantengemeenschappen een gelijkaardige of zelfs betere gezondheidstoestand hebben dan Belgen.

Veerle Evenepoel en Ellen Druyts stellen vast dat de positie en de leefomstandigheden van mensen zonder wettig verblijf van die aard zijn dat ze meer en hogere gezondheidsrisico's lopen, maar dat deze mensen tegelijk worden uitgesloten van heel wat basisvoorzieningen van de Belgische en Vlaamse verzorgingsstaat. Zich goed verzorgen en genezen is daarenboven vaak niet de eerste prioriteit van mensen zonder verblijfsvergunning. Hun energie wordt voornamelijk opgeslorpt door de dagelijkse problemen en de stappen die ze moeten ondernemen om hun verblijf te regulariseren; dit alles onder voortdurende dreiging opgepakt en teruggestuurd te worden naar hun land van herkomst. Een

vlotte toegang tot gezondheidszorg is voor hen dan ook een absolute must. Deze ontbreekt evenwel omdat ze in de illegaliteit leven en geen aanspraak kunnen maken op ons stelsel van sociale bescherming. In hun hoofdstuk bekijken de auteurs kritisch de procedure waarop mensen zonder wettig verblijf wél een beroep kunnen doen om gezondheidszorgen te krijgen; ze moeten vaststellen dat er daaraan heel wat hapert. Deze knelpunten nodigen hen uit tot beleidsvoorstellen die kunnen resulteren in een efficiëntere toegang tot de gezondheidszorg; de auteurs geven een belangrijke voorzet daartoe. Ondanks het sombere beeld, eindigen ze toch op een positieve noot: gezondheidszorg garanderen voor mensen zonder wettig verblijf in België, kan hand in hand gaan met de keuze om bij te dragen tot zorgontwikkeling in de herkomstlanden.

Voor Gerard Van Menxel, Helen Blow en Aafje De Wacker vormt het thema gezondheid een nuttige insteek om thuisloosheid te (her)bekijken. Via een gezondheidsbeleid kan thuisloosheid holistisch en preventief worden aangepakt. Gezondheidszorg zou een toegangspoort tot andere vormen van hulpverlening moeten zijn. Een actieplan tegen thuisloosheid zou altijd een gezondheidsluik moeten omvatten. Ook bij de relatie tussen gezondheid en thuisloosheid speelt de vraag naar de richting van de causaliteit; thuisloosheid is – zoals armoede – zowel oorzaak als gevolg van ongezondheid. Het tegelijk voorkomen van verschillende aandoeningen bemoeilijkt de behandeling en maakt thuislozen erg kwetsbaar. Het is dan ook noodzakelijk om holistisch te werken én de best mogelijke zorg voor elk probleem apart te bieden. Het tegelijk optreden van verschillende gezondheidsproblemen spoort evenwel niet met de specialistische aanpak van de moderne geneeskunde. Thuislozen kunnen de nodige zelfzorg lang niet altijd nauwgezet volhouden; de thuislozenzorg zou hier een leemte kunnen opvullen. Ook financiële barrières en administratieve problemen met de zorgverzekering, bemoeilijken de toegang tot de gezondheidszorg. Er worden pogingen ondernomen om de drempels tot de gezondheidszorgen voor thuislozen weg te werken via speciale laagdrempelige en vindplaatsgerichte voorzieningen. Over de vraag of er speciale gezondheidsdiensten voor thuislozen moeten komen, wordt er nog gedebatteerd. Vooral geestelijke gezondheidszorg en tandheelkunde blijken moeilijk toegankelijk voor thuislozen.

3. Het Jaarboek is méér dan het themadeel...

We brengen elk jaar één van de vele domeinen voor het voetlicht waarop armoede en sociale insluiting – en bij uitbreiding, ongelijkheid – impact hebben. Hoe belangrijk gezondheid ook is in de keten van uitsluitingen die uiteindelijk tot armoede leidt, de opzet van het Jaarboek is nog altijd om een evenwichtig bestand van gegevens en van analyses te brengen over *alle* dimensies en domeinen van dit complexe probleem.

Consequent als we zijn, begint ook dit deel met een beleidshoofdstuk. Daarin bekijken we het beleid vanuit een helikopter. Welke processen leiden tot het actuele armoedebeleid? We schetsen een aantal evoluties rond het beleidsthema, de beleidsorganisatie en het betrekken van andere actoren dan de overheid zelf. We kunnen niet om de vaststelling heen dat een brede definitie van armoede bijzonder hoge eisen stelt aan de beleidsorganisatie. Zeker bij een herziening van het armoededecreet is dit een bijzonder aandachtspunt. De vele beleidsinstrumenten die ter beschikking staan, worden onderbenut. Ter uitgeleide komen een aantal inhoudelijke beleidsmaatregelen aan bod – als opwarmer voor de daaropvolgende hoofdstukken; die specifiek over deeldomeinen van sociale uitsluiting handelen.

Hoe staat het met de verdeling van het inkomen in dit land en meer bepaald met de positie van de laagste inkomens? Personen die afhankelijk zijn van een uitkering lopen in België een duidelijk groter armoederisico dan in andere landen uit de Europese kopgroep, stelt Geert Campaert vast. In het hoofdstuk over inkomen komen eerst de recentste cijfers over inkomensarmoede en -ongelijkheid, ongelijkheden in uitgavenpatronen en de schuldenproblematiek aan bod. De cijfers met betrekking tot inkomensarmoede in Vlaanderen bevestigen het beeld dat we al lang kennen. Mensen die voor hun inkomen afhankelijk zijn van een uitkering, lopen een hoog risico om onder de armoedegrens te belanden. Daarna wordt het fenomeen van de onderbescherming uitvoerig belicht. De uitkeringen hebben in de jaren 1990 een achterstand opgelopen op de algemene welvaartsontwikkeling en pas sinds het begin van het nieuwe decennium wordt deze achterstand beetje bij beetje ingelopen. Wat doet de overheid daar aan? De structurele welvaartsaanpassingen die voorzien zijn voor in de komende jaren, vormen in ieder geval een positieve evolutie. Toch tonen de cijfers van de huishoudbudgetenquête aan dat de inkomsten van de personen uit de laagste inkomensdecielen niet volstaan om hun uitgaven volledig te dekken. Het aangaan van schulden verhoogt bij hen de kans om (op termijn) in een uitzichtloze schuldsituatie verzeild te raken. Ten slotte bewijzen de resultaten rond onderbescherming erop dat een bijstandsregeling, zelfs wanneer de bedragen boven de armoedegrens liggen, op zich niet volstaat om mensen uit de armoede te halen en te houden.

Het hoofdstuk over arbeid bouwen Marc Jans en Danielle Dierckx op rond de vraag: “Is activering de koninklijke weg uit de armoede?” Eerst voorzien ze ons evenwel van een ‘werklozenkaart’. Die bevat als wegwijzers de ijkpunten: leeftijd, vrouwelijke werkloosheid, laaggeschoolden en personen van buitenlandse herkomst en langdurige werklozen. Hun kanttekeningen bij de twee specifieke werkloosheidsvallen – de ‘snel-werk-val’ en de ‘plichten en rechtenval’ – nopen de auteurs tot een genuanceerd antwoord. De weg uit armoede die via activering loopt, zal noodzakelijkerwijs omwegen moeten nemen. Enkel wanneer we accepteren dat ook de koninklijke weg geplaveid is met hindernissen en dat we voor een duurzaam tewerkstellingseffect af en toe beter eens een afrit

nemen en langs een omweg terug onze activeringskoers verder zetten of ultiem zelfs van koers veranderen, dan kan activering een belangrijke bijdrage bieden aan de armoedebestrijding. Dit impliceert een inclusieve benadering van het armoedebeleid; een geïntegreerde aanpak die de bevoegdheden van een werkgelegenheidsbeleid overschrijden. In Vlaanderen werd daartoe een poging ondernomen met het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding. Voorlopig rest er echter nog veel ruimte voor een meer doorgedreven inclusieve benadering.

In het hoofdstuk over onderwijs wijst Geert Campaert erop dat onderzoek meermaals heeft aangetoond dat het Vlaamse onderwijs in het algemeen vrij goed scoort, maar dat vrijwel nergens de ongelijkheid in het onderwijs groter is dan in Vlaanderen. Ons onderwijsstelsel verbergt een mechanisme dat ervoor zorgt dat kinderen uit zwakkere sociale klassen vaak worden weg geselecteerd, waardoor ze na het secundair onderwijs in de poel onderaan de waterval eindigen. Om dit maatschappelijk probleem grondig aan te pakken, werd een structurele verandering van ons onderwijs beloofd. In dit hoofdstuk gaat de auteur, aan de hand van de recentste cijfers, na hoe het gesteld is met de ongelijkheid in ons onderwijs en overloopt hij het beleid dat deze ongelijkheid wil aanpakken. Voor wat de toestand betreft, geven de cijfers duidelijk aan dat er vandaag in Vlaanderen van gelijke onderwijskansen nog geen sprake is. De sociaaleconomische situatie van de ouders bepaalt nog altijd in hoge mate de kansen van een leerling in het onderwijs, wat weinig perspectief biedt voor kansarmen en allochtonen. Nochtans bleef de Vlaamse overheid niet bij de pakken zitten: gelijke onderwijskansen werd hét uitgangspunt van het onderwijsbeleid, wat resulteerde in een hele reeks maatregelen om dit doel te bereiken. Al deze maatregelen kunnen hun steentje bijdragen in het bereiken van meer gelijke onderwijskansen, maar zullen op zich niet volstaan. Gelijke kansen realiseren is immers niet alleen een kwestie van meer middelen. Vele scholen blijven min of meer verdoken discrimineren, het watervalstelsel blijft jongeren meesleuren naar een uitzichtloze toekomst.

Een laatste hoofdstuk van dezelfde auteur handelt over het wonen. De negatieve gevolgen van een slechte woonsituatie voor de gezondheid van de bewoners, de onderwijsprestaties van de kinderen en de relaties binnen het gezin mogen niet worden onderschat. Toch ligt een kwaliteitsvolle en betaalbare woning voor vele armen v r buiten hun bereik. Mensen met een laag inkomen kunnen moeilijk (of niet) een eigen woning kopen en door een ontoereikend aanbod in de sociale huisvesting worden zij vaak gedwongen hun heil te zoeken op de private huurmarkt. Daar lopen ze dan ook nog een hoger risico om vrede te moeten nemen met woningen van mindere kwaliteit.

In dit hoofdstuk komen de actuele situatie op de woonmarkt en het beleid van de voorbije twaalf maanden aan bod. De recentste cijfers tonen aan dat wonen in Vlaanderen het voorbije jaar er niet goedkoper op is geworden; huishoudens moeten een steeds groter deel van hun inkomen aan woonkosten besteden en vooral voor de laagste inkomens loopt dit aandeel (te) sterk op. Daarenboven

neemt het aantal mensen dat op 30 of 40 jaar leent, sterk toe; dat kan ernstige gevolgen hebben op lange termijn. Ook voor wie een aankoop sowieso te hoog gegrepen is, verbeterde de situatie het afgelopen jaar niet. Het nieuwe sociaal huurbesluit dreigt de toegang van de lagere inkomens tot de sociale huurwoningen te beperken, onder het mom van een verbetering van de sociale mix. Het sociale woningbestand neemt niet substantieel toe en lange wachtlijsten blijven een feit. Een algemene huursubsidie lijkt nog ver af. Evenmin wordt veel perspectief geboden aan wie zijn heil moet zoeken op de private huurmarkt, waarvan het aandeel in de woningmarkt jaar na jaar krimpt. De wijzigingen aan de huurwetgeving die de rechten van de huurder versterken, dreigen deels dode letter te blijven. Het woningkwaliteitsbeleid daarentegen zet wel een stap vooruit met de verhoogde slagkracht van de Vlaamse wooninspectie, waardoor in de komende jaren het fenomeen van de huisjesmelkerij kordater kan worden aangepakt. De auteur besluit dat, ondanks schuchtere stappen, een duidelijk huurbeleid nog altijd ontbreekt en dat de mensen met de laagste inkomens hiervan de grootste slachtoffers zijn en blijven.

Een hoeksteen van dit Jaarboek – en, ruimer, van ons theoretisch en conceptueel raamwerk – is dat armoede een multidimensioneel (multi-aspectueel) fenomeen is. Dat we elk jaar een veelvoud aan terreinen bespreken, vormt daarvan een markante getuigenis. Maar hoe breng je de vaststellingen op die verschillende terreinen samen, zodat er een enigszins overzichtelijk beeld ontstaat van de hele toestand? Het theoretische ideaal is de constructie van een meerdimensionale armoedemaat. In hun hoofdstuk construeren Peter Raeymaeckers en Caroline Dewilde, op basis van de Belgische ‘Statistics on Living Conditions’ voor 2004, een multidimensionele armoedemaat die rekening houdt met verschillende verschijningsvormen van armoede. Concreet kiezen ze voor een benadering in twee stappen, waarbij ze in eerste instantie evalueren of de beschikbare indicatoren op een bepaald domein van armoede ook daadwerkelijk met elkaar samenhangen en dus kunnen worden ‘verklaard’ door eenzelfde, onderliggend theoretisch concept. Ze gebruiken de domeinen: huisvesting, financiële stress, beperkte financiële middelen en omgevingsproblemen. Dit blijkt inderdaad het geval. In een tweede stap gaan ze na of het mogelijk is om op basis van de deprivatiescores op de afzonderlijke domeinen een ‘overkoepelend’ concept te identificeren dat verwijst naar multidimensionele armoede. In tegenstelling tot eerdere analyses, gebaseerd op een beperktere set van indicatoren, vinden ze dat zowel het latente klassenmeetmodel mét het domein ‘omgevingsproblemen’, als het model zonder dat model, een goede beschrijving vormen van de onderliggende patronen in de gegevens.

Wat betreft de determinanten van armoede stellen ze vast dat bepaalde sociale achtergrondkenmerken de armoedekans op meer dan één domein beïnvloeden. In overeenstemming met eerder onderzoek vinden ze dat de verschijningsvorm van armoede samenhangt met de levensfase. Voorts tonen hun analyses aan dat de gezondheidstoestand van het gezinshoofd van het huishouden een be-

langrijke determinant is. Factoren zoals het diploma en de beroepsklasse van het gezinshoofd hebben een impact op het risico, op zowel financiële stress als beperkte financiële middelen. Ook de eigendomsstatus beïnvloedt de armoedekans. Hoewel ze eerder vonden dat omgevingsproblemen kunnen worden beschouwd als een dimensie van armoede, blijkt uit deze analyse dat de ervaring van omgevingsproblemen slechts in geringe mate wordt bepaald door sociale achtergrondkenmerken. Daarentegen hangt deze ervaring sterk samen met de verstedelijkingsgraad, wat meer in overeenstemming is met eerder onderzoek. Een opvallende bevinding, ten slotte, is dat de inwoners van Wallonië, in vergelijking met de Vlamingen, een hoger risico lopen op de vier armoededomeinen. Ook de inwoners van Brussel worden meer getroffen door financiële stress, beperkte financiële middelen en omgevingsproblemen. Ze formuleren daarbij het vermoeden dat een mogelijke verklaring voor de ongelijke spreiding van het armoederisico over de gewesten, eerder moet worden gezocht in structurele factoren, zoals een verschillende uitvoering van beleidsmaatregelen, de specificiteit van ‘gedefederaliseerde’ beleidsmaatregelen of de kenmerken van de lokale woon- en arbeidsmarkt.

In het derde deel van het Jaarboek vindt de lezer(es) een overzicht van de belangrijkste statistieken, voorzien van de nodige, verhelderende commentaren. We hopen dat deze mix van cijfers en letters drempelverlagend werkt, ook voor wie nog sporen van een cijfertrauma meedraagt uit de lessen wiskunde.

In een besluit, ten slotte, weven we – zoals dat hoort in een besluit – een aantal draden samen tot een hanteerbaar overzicht van de belangrijkste ontwikkelingen. We hebben dat weefsel naar eigen smaak ingekleurd; dat is nu eenmaal het voorrecht van een redactie.

4. Ter herinnering: wat is armoede voor ons?

Armoede is voor ons nog altijd “Een netwerk van sociale uitsluitingen dat zich uitstrekt over meerdere gebieden van het individuele en collectieve bestaan. Het scheidt de armen van de algemeen aanvaarde leefpatronen van de samenleving. Deze kloof kunnen ze niet op eigen kracht overbruggen.”

Deze definitie van armoede is ondertussen herhaaldelijk voorwerp geweest van debat. Zo was er het voorstel van Van Regenmortel (2002) om een psychologische dimensie (empowerment) te introduceren. Daarnaast heeft de laatste zin van onze definitie de vraag opgewekt of de mensen die in armoede leven dan wel in staat zijn om zelf hun belangenverdediging op te nemen. We werden met die kwestie zelf geconfronteerd tijdens een onderzoek naar de rol van armoedeverenigingen in het armoedebelief dat we publiceerden onder de veelzeggende titel ‘(G)een blad voor de mond’ (Van Robaey & Dierckx, 2004; Van Robaey, Dierckx & Vranken, 2005).

Ook dook in het verleden de vraag op of er op alle samenstellende gebieden van armoede uitsluiting moet heersen en/of een cumulatie van meerdere ongelijkheden ook niet tot uitsluiting kan leiden. Met andere woorden: volstaat het niet dat het resultaat van de *optelsom* op de verschillende terreinen uitsluiting is, moeten de aparte delen van die som dat zelf ook zijn? Volstaat ook niet een serieuze accumulatie van lichtere vormen, zoals marginalisering, achterstellingen en ongelijkheden om van armoede te mogen spreken. De overweging daarbij is: ‘vele kleintjes maken een groot’, de optelsom van vele barsten resulteert ook in een breuklijn. Laat ons duidelijk zijn; we hebben voor de term uitsluiting gekozen om de definitie niet te zeer te compliceren. Uit de feitelijke behandeling van de terreinen in elk Jaarboek blijkt, dat ongelijkheden zullen bijdragen tot de vorm van uitsluiting die armoede heet.

Ook staat deze definitie niet op zich. We plaatsen haar binnen een raamwerk, waarvan ondertussen deel uitmaken: de identificatie van vier dimensies van de armoede (zie het ‘vierdimensioneel model’ van armoede uit het Jaarboek 2005), de zes perspectieven op armoede (voor het eerst alle zes in het Jaarboek 2004) en, natuurlijk, de situering van armoede in een generiek schema van ‘verschillende soorten van verschillen’.

De eerste dimensie van armoede is ‘*tijd*’: dit verwijst naar het *dynamische* karakter en de *reproductie* van de armoede (intergenerationele bestendiging, sociale overerving, in- en uitstroom). De tweede dimensie – de *hoogte* – zouden we verbinden met de omvang van de armoede. Hoeveel mensen zitten in armoede, volgens een van de definities die aan armoede wordt gegeven? Het kan gaan over het aantal armen, maar ook over de armoedekloof: de optelsom van het verschil tussen het inkomen van elke individuele arme en het bedrag dat nodig is om op de armoedegrens te komen. We kunnen dit voorstellen als de Y-as van een driedimensionale grafiek. De derde dimensie – de *breedte* – reserveren we voor het multiaspectuele (of veelvoudig) karakter van de armoede; op hoeveel verschillende gebieden (aspecten, vlakken, domeinen, terreinen) vinden we uitsluiting of ongelijkheden? Dit is de X-as en op elk van deze domeinen kunnen we dan telkens ook de ‘hoogte’ per domein optekenen.

Vergeeten we daarbij niet dat het juist de cumulatie en verwevenheid van die ongelijkheden en uitsluitingen is, die de eigenheid van armoede uitmaken. De *diepte* vormt de vierde dimensie. Hoe diep is de kloof met de rest van de samenleving? Hoeveel domeinen zijn gecumuleerd en hoe zwaar weegt elk van die domeinen door? Belangrijk hierbij is de machteloosheid van de armen. Ze kunnen de kloof die hen scheidt van de rest van de samenleving niet op eigen kracht overbruggen; ze hebben daartoe hulp nodig. Daar ligt de rol van het overheidsbeleid en van de welzijnssector, wat evenwel weer tot nieuwe afhankelijkheden kan leiden. De meer emancipatorische weg is die van de zelforganisatie, de meest structurele weg is die waarbij de samenleving zo geordend wordt dat de kloven verdwijnen of zo klein worden dat je er op eigen kracht overheen kan springen.

Uit deze opsomming van de dimensies van armoede zou de indruk kunnen ontstaan dat iedereen het erover eens is wat armoede is en hoe armoede ontstaat. Weinig is minder waar. Er zijn dan wel niet zoveel gedachten over armoede als er mensen zijn, we hebben toch zes grote benaderingen van armoede en andere vormen van sociale uitsluiting geïdentificeerd. Onze typologie steunt op twee criteria: op welk niveau de oorzaak van de armoede wordt gezocht (micro, meso of macro) en of die oorzaak intern is ('schuld') of extern ('ongeval'). De zes perspectieven die daaruit voortvloeien zijn: het individuele schuldmodel, het individuele ongevalmodel, het institutionele ongevalmodel en het institutionele schuldmodel, het maatschappelijke ongevalmodel (of conjuncturele model) en het maatschappelijke schuldmodel (of structurele model). Voor meer details verwijzen we naar de hoger geciteerde jaargangen van het Jaarboek of naar onze website www.ua.ac.be/oases/.

In onze analyses staat het laatstgenoemde model – een structurele aanpak – centraal. Soms wordt gevreesd dat, wanneer de consequenties van dit model te radicaal worden doorgedacht, dat tot ontmoediging kan leiden. Er mag hier geen reden tot ongerustheid bestaan. Natuurlijk moeten samenlevingsstructuren grondig veranderen om armoede ten gronde te bestrijden, maar zoiets kan niet gebeuren van de ene dag op de andere en evenmin op alle domeinen tegelijk. De geschiedenis heeft ons dat geleerd en het zijn wijze lessen, die ons nieuwe ontgoochelingen kunnen besparen. Dat men naar veranderingen ten gronde toewerkt, houdt in dat men ondertussen aandacht heeft voor alle kleinere stappen in wetgeving, voorzieningen en hulpverlening *die dit doel dichterbij brengen*.

NOTEN

1. Elk metro area in Canada heeft een verschillende Low-Income Cut-Off Line om rekening te houden met regionale verschillen in de kosten voor levensonderhoud.
2. Maar zoals dat wel meer het geval is, later dan wenselijk en mogelijk voor de bredere onderzoeksgemeenschap toegankelijk zijn.

DEEL 1

Beleid en feiten over armoede, anno 2007

In dit eerste deel van het Jaarboek zoomen we in op verschillende domeinen van sociale uitsluiting. We staan stil bij de mate waarin en de manier waarop uitsluiting zich manifesteert en geven aan wat de overheid het voorbije jaar hiertegen heeft ondernomen.

Het eerste hoofdstuk biedt een analyse van het beleid dat rond armoede werd gevoerd, het afgelopen jaar. Het legt de nadruk op de beleidsprocessen en -instrumenten.

Het tweede hoofdstuk spitst zich toe op inkomen. We bekijken de recentste cijfers over inkomensarmoede en staan stil bij de groeiende ongelijkheid in de inkomensverdeling en bij de bestedingspatronen van gezinnen met lage inkomens. Ook hebben we het over het moeilijke evenwicht tussen inkomsten en uitgaven en de schuldenproblematiek die ermee gepaard gaat.

Werk is het onderwerp van hoofdstuk drie. We overlopen de werkloosheids- en werkzaamheidsgraad in Vlaanderen en gaan meer specifiek na welke groepen het structureel moeilijker hebben om aan de slag te geraken en te blijven. De vraag rijst of de huidige (Vlaamse) activeringsstrategieën de beste weg zijn uit de armoede.

In het vierde hoofdstuk bekijken we de laatste gegevens over de ongelijkheid in het onderwijs ook of het huidige beleid van gelijke onderwijskansen in de praktijk al resultaten heeft geboekt.

De situatie van armen op de woningmarkt komt in het vijfde hoofdstuk aan bod. We onderzoeken daarbij de huidige situatie op de huur- en eigendoms-

markt en geven ook aan in welke mate de woonkosten doorwegen in het budget van de laagste inkomens. Daarna volgt een overzicht van het woonbeleid op het Vlaamse en federale niveau.

Het meten van armoede kan niet worden herleid tot een kwestie van inkomens. In het zesde hoofdstuk stellen Peter Raeymaeckers en Caroline Dewilde een multidimensionele armoedemaat voor, die rekening houdt met de verschillende aspecten van armoede.

HOOFDSTUK 1

Armoedebeleid bestaat niet

Danielle Dierckx

Sommigen beweren dat armoedebeleid niet bestaat, louter constructie is; anderen schrijven er een doctoraat over. Twijfel is gestoeld op de moeilijkheid om het beleidsthema scherp te stellen, om de doelgroep tot op de man of vrouw scherp af te bakenen en op het gebrek aan substantiële organisatiestructuren over dit domein bij de overheid. De bestaande beleidsdomeinen en hun structuren (arbeid, onderwijs, gezondheid) kunnen we vergelijken met de basiskleuren: geel, rood en blauw. Voor oranje, groen of paars moeten we deze basiskleuren mengen. Dat geldt ook voor het beleidsdomein armoede. Elke inspanning van overheidswege om armoede te bestrijden, is een onderdeel van het armoedebeleid. Armoedebeleid ontkennen, is armoede miskennen. We laten even terzijde in welke mate het beleid de armoede mee in stand houdt.

Het armoedebeleid kunnen we inventariseren, analyseren, evalueren en beleid kunnen we ook stofferen. In dit Jaarboek neemt het armoedebeleid traditiegetrouw een belangrijke plaats in. Het jaarlijkse colloquium dat bij de voorstelling van dit boek wordt georganiseerd, besteedt ook altijd de nodige tijd aan de confrontatie van (mogelijke) beleidsstrategieën met geactualiseerde kennis. De teksten uit dit boek worden tot leven gewekt via duiding en debat.

Dit eerste hoofdstuk gaat niet over de traditionele indeling in deeldomeinen. Het richt zich in eerste instantie op de definities, processen, structuren en actoren van het overheidsbeleid inzake armoede. We pikken daarvoor aan bij een aantal analysekaders en inzichten uit een studie die eerder dit jaar is verschenen (Dierckx, 2007a). Af en toe kijken we ook naar het verleden; ook uit de recente geschiedenis kunnen we lessen trekken.

De volgende vier hoofdstukken van dit eerste deel worden opgebouwd rond vier domeinen; over inkomen, arbeid, wonen en onderwijs wordt telkens de actuele toestand geconfronteerd met de uitgevoerde of geplande beleidsinitiatieven. Een ander substantieel thema uit het armoedebestrijdingsdebat is gezondheid; dat komt op een zeer uitgebreide wijze in het themadeel aan bod.

We brengen hier ook een aantal beleidsinitiatieven van het voorbije jaar te berde waarvoor geen apart hoofdstuk is voorzien in het vervolg van dit boek: justitie, energie, cultuur. Maar eerst bewandelen we even de wegen van de bestuurswetenschappelijke analyse. We bekijken de mate waarin armoedebestrij-

ding op de beleidsagenda stond en staat, hoe armoede als beleidsthema wordt gedefinieerd, hoe de overheid zich organiseert en kennis verzamelt.

1. Armoedebestrijding is een thema

1.1 Agendasetting

Als saaie titel kan het tellen, maar als stelling ook. Armoedebestrijding moet een thema zijn op de beleidsagenda, in politieke (partij)kringen, in het publieke debat voordat er sprake kan zijn van armoedebeleid. Een blik in het verleden leert ons dat op het einde van de jaren zeventig en in de eerste helft van de jaren tachtig armoedebestrijding via overheidsbeleid nog geen (beleids)thema was. De gevolgen van de economische crisis, zoals de hoge werkloosheid, zogen de aandacht weg van de harde kern van de armoedeproblematiek. Wanneer de economie zich langzaam maar zeker herstelt, wordt zichtbaar dat een deel van de bevolking niet deelt in die opwaartse beweging. Samen met de geboorte van de Vlaamse overheid als volwaardig bestuur geeft dit aanleiding tot een verhoogde beleidsaandacht, die vanaf halfweg de jaren tachtig opnieuw noemenswaardig wordt. Dit zal aanhouden en met het Algemeen Verslag over de Armoede (1994) een extra impuls krijgen, tot in de tweede helft van de jaren negentig. De beleidsaandacht die door het AVA wordt gegenereerd, houdt enkele jaren stand om dan stilaan terug af te nemen. Begin 2000 bereikt armoede opnieuw de beleidsagenda, met het Vlaamse Decreet inzake armoedebestrijding en de opstart van beleidsplannen. De bedoeling is om de beleidsaandacht een permanent karakter te geven.

Welke mechanismen spelen een rol in die wisselende aandacht? In de eerste beschouwde periode, tot halfweg de jaren zeventig, wordt armoede op de agenda geplaatst door politici. Deze pleitbezorgers voor een sociaal levensminimum worden ondersteund door enkele sensibiliserende campagnes in het maatschappelijke middenveld. De volgende crisisjaren zorgen voor een wegdeemsteren van de politieke aandacht. Enkele niet-gouvernementele actoren nemen initiatieven om de verwaarlozing van armoedebestrijding als een beleidstopic tegen te gaan, wat niet meteen leidt tot de gewenste erkenning. Einde jaren tachtig lijkt het samengaan van verschillende factoren een ‘policy window’ (beleidsvenster) te openen voor een heropleving van de beleidsaandacht: het herstel van het economische klimaat, de mogelijkheid tot verhoogde arbeidsparticipatie, maatschappelijke en politieke interesse. Het verkiezingssucces van extreemrechts in 1991 is, althans in onze context, een plotse gebeurtenis waardoor armoedebestrijding dringend en noodzakelijk wordt. Een groot deel van de publieke en politieke opinie wordt gemobiliseerd. Die druk op de politieke ketel neemt evenwel terug af, onder meer wanneer blijkt dat het succes van extreem-

rechts niet uitdooft door extra aandacht voor (stedelijke) armoede en voor ‘de’ mensen in het algemeen en de mensen in armoede in het bijzonder. Een brede en gedragen definiëring van armoede gaat gepaard met de opkomst van een brede waaier aan actoren uit het middenveld, die gedurende het laatste decennium – soms in gespreide slagorde – beleidsaandacht voor (aspecten van) armoedebestrijding bepleiten. Een recente poging om de krachten meer te bundelen, vinden we in het consortium dat de decenniumdoelen 2017 in de strijd tegen armoede formuleerde (zie www.geefarmoedegeenkans.be).

Tabel – Agendavorming inzake armoedebestrijding in historisch perspectief, federaal en Vlaams niveau.

	Eind '60-begin '70	Eind '70-begin '80	Eind '80-begin '90	Eind '90-begin 2000
Beleids-agenda	Hoge notering	Zeër lage notering	Hoge notering	Status quo of lichte vermindering van aandacht
Politieke agenda	Politici als voortrekkers voor een sociaal levensminimum	Aandacht politici wordt opgeslorpt door crisis; niet langer ontvankelijk voor armoede	Verhoogde sensibiliteit van de politici voor “achterblijvers”	Gemodereerde, maar blijvende interesse van politici
Publieke agenda	Ondersteunende campagnes door middenveld	Middenveld poogt de afnemende aandacht tegen te gaan	Blijvende sensibilisering en lobbying – armen verenigen zich	Verbreiding van middenveldactoren, groei armoedeorganisaties
Maatschappelijke context	Welvaartsbloei	Gevolgen van economische crisis	Herstellende economie	Status quo met tijdelijke besparingen
Andere invloeden	Onderzoek produceert eerste armoedecijfers	Opkomende schuldenproblematiek, Eerste Europese armoedeprogramma	Succes van extreemrechts bij verkiezingen	Impulsen vanuit Europese inclusiestrategie, de actieve welvaartsstaat. Concurrentie van thema veiligheid, integratie van migranten

Het verleden leert dus dat een relatief hoge ranking op de beleidsagenda gegarandeerd is wanneer zich een goede gelegenheid (‘policy window’¹⁾) voordoet en wanneer voortrekkers of pleitbezorgers het thema ter harte nemen. Hoe schatten we die omstandigheden momenteel in? Een goede economische conjunctuur en relatief weinig werklozen genereert inderdaad meer aandacht voor armoedebestrijding. Het probleem wordt (h)erkend, dat bewijzen onder meer de beleidsplannen (VAP en NAP/Incl) en het armoededecreet. Hinderpalen voor oplossingen worden gevormd door de complexiteit van het probleem en het gebrek aan een doortastende beleidsvoorbereiding; daardoor komen de verschillende soorten van kennis, waarop beleidsvoorstellen kunnen worden gebaseerd, onvoldoende samen.

In tijden van lage werkloosheid neemt de aandacht voor armoedebestrijding meestal toe

We kunnen ons voorts niet van de indruk ontdoen dat concurrerende thema's de aandacht afleiden van armoede. Het asiel- en migratiebeleid, de onveiligheid(sgevoelens), de werkgelegenheid en de kenniseconomie zijn thema's die op quasi alle beleidsniveaus de prioriteitenlijsten aanvoeren. In de recente Septemberverklaring van de minister-president (2007) komt armoedebestrijding niet voor. Ook in de laatste beleidsbrief van minister Vervotte, voormalig coördinerend minister van Armoedebestrijding, treffen we geen pleidooi aan voor meer aandacht voor de armoede en geen voornemen om de collega's voor deze problematiek te responsabiliseren.

In de twee formateursnota's op het federale niveau zijn de belangrijkste maatschappelijke uitdagingen: de globalisering en de daarmee gepaard gaande concurrentie en veranderende leefpatronen, de verhoogde levensverwachting die de sociale bescherming onder druk zet, de economische groei met haar ecologische kostprijs en de bedreiging voor de leefkwaliteit. Het zijn ontwikkelingen die ook leiden tot (nieuwe) ongelijkheden en uitsluitingen. Armoedebestrijding duikt geregeld op, maar dan herleid tot de financiële gedaante; het lijkt wel een spookgestalte uit het verre verleden. Voorstellen gaan over het welvaartsvast maken van het leefloon en het optrekken van de uitkeringen tot boven de Europese armoedegrens. Formateursnota's vormen evenwel weinig betrouwbare bronnen om in te schatten hoe het federale beleid er zal uitzien; zeker in deze woelige tijden.

1.2 Een structurele definitie

Of armoedebestrijding als thema op de agenda staat, is één zaak. Een volgende vraag die rijst, is hoe de thematiek wordt gedefinieerd. Tijdens de jongste vier decennia veranderde de visie op armoede. We kunnen drie tendensen onderscheiden. In de eerste plaats gaat het om een verbreding van de definitie, namelijk de overgang van inkomensarmoede naar multidimensionele armoede. Tegelijk betekent dit een verandering van een overwegend residueel-remediërend perspectief naar de combinatie met een structureel-anticiperende opvatting. Dit houdt een meer preventieve aanpak in en de (h)erkenning dat armoede diepe wortels heeft in onze samenleving. Het individu kan zich niet zonder hulp van anderen (daarin ook begrepen de overheid) uit die situatie bevrijden.

Ook vandaag is de structurele definitie – in termen van een netwerk van sociale uitsluitingen, die berust op de organisatie van onze samenleving – sterk aanwezig in het overheidsdiscours. Het Nationaal Actieplan Sociale Inclusie (NAP/Incl) (2006-2008) vertrekt bijna letterlijk van die basis. De domeinen van

sociale uitsluiting vinden hun oorsprong in de sociale grondrechten uit artikel 23 van de Grondwet.

Ook het Vlaamse Actieplan Armoedebestrijding (VAP) erkent armoede als een maatschappelijk probleem. Het economische systeem wordt mee verantwoordelijk geacht voor het ontstaan en voortbestaan van armoede, maar er is meer. De Vlaamse regering stelt in dit document dat de maatschappelijke structuren ervoor verantwoordelijk zijn dat niet iedereen meekan in het onderwijs, op de werkvloer, in de gezondheidszorg, op de huisvestingsmarkt. Daarom moet in de eerste plaats de samenleving voorwerp van verandering zijn en niet het individu (VAP, p. 4).

Wel haalt het VAP ook de psychologische dimensie van de armoedebestrijding aan. Maximale ontplooiingskansen liggen besloten in een omgeving waarin mensen niet worden gestigmatiseerd. “Het is een omgeving waarin de betrokkenen een gevoel van eigenwaarde kunnen ontwikkelen en waarbij tot medezeggenschap wordt uitgenodigd”. En nog: “Enkel structurele maatregelen zullen immers niet volstaan omdat daarmee het gevoel van uitsluiting niet noodzakelijk verdwijnt” (VAP, p. 5).

1.3 Een typologie van beleidsvisies

Dat de definities in de formele en bekende beleidsdocumenten sterk overeenstemmen wil daarom niet zeggen dat die visie ook in de uiteindelijke beleidsmaatregelen even eenduidig tot uiting komt. Vanaf het einde van de jaren tachtig en in het begin van de jaren negentig, merken we de grootste complementariteit of zelfs overlapping van visie(s) op armoede(bestrijding) op. Actoren binnen en buiten de overheid zijn opvallend gelijkgestemd omtrent de definities en de oplossingsstrategieën. Er wordt op dat moment ook gewerkt met expertrapporten vanuit het middenveld om beleidsnota's te stofferen.

Ook op het einde van de jaren negentig blijven de visies van overheids- en niet-overheidsactoren vrij nauw op elkaar afgestemd, maar de visie die besloten ligt in de feiten wijkt meer dan de jaren voordien af van dit schijnbaar gemeenschappelijke en gedeelde discours. We zouden kunnen stellen dat in de uitvoering de pragmatiek begint te spelen en dat zo de ambitieuze, structurele sporen uit de visies worden ingewisseld voor eerder curatieve maatregelen, die proberen ‘de ellende’ te verzachten. Het overheersende structureel-anticiperende perspectief in de retoriek krijgt in de praktijk van de beleidsmaatregelen een residueel-remediërende tint. Maatregelen zijn in dit schema niet gelijk verdeeld over de verschillende samenlevingsniveaus. Armoedebestrijding wordt multidimensioneel gedefinieerd, maar een verenging tot inkomen en tewerkstelling ligt permanent op de loer. Dit speelt zich dan vooral af op het niveau van het individu, met elementen uit het gebrekendiscours (zoals bij de sanctionering van werklozen) en in mindere mate uit het krachtendiscours (zoals bij initiatieven

voor vorming op de werkvloer en de sociale economie). Voorts zien we investeringen die vooral in het toegankelijkheidsdiscours thuishoren: kosteloos onderwijs of maximumfactuur in gezondheid.

Einde jaren negentig verglijdt het overheidsbeleid naar het nemen van pragmatische, curatieve maatregelen

1.4 Nieuwe groepen, nieuwe thema's

Welke thema's krijgen tot nu toe (zeer) weinig aandacht in het 'wettelijke land' van het beleidsdiscours, terwijl ze toch in het 'werkelijke land' voorkomen? Nieuwe knipperlichten dienen zich vooral aan in de vorm van 'nieuwe risicogroepen'; we vermelden kinderen in armoede, personen van buitenlandse herkomst, ouderen en bedelaars. Houdt deze verschuiving naar groepen gevaren in? Sluipt zo de persoons- en groepsgerichte dimensie niet (terug) langs de achterdeur binnen, terwijl we aan de voordeur strikt controleren op het structurele karakter van de aanbellende problemen?

Tijdens de jaren zeventig en tachtig werden in socioculturele middens discussies gevoerd omtrent categoriale voorzieningen en beleidsmaatregelen. Bij deze invalshoek loert stigmatisering immers om de hoek. Het creëren van secundaire circuits of voorzieningen voor specifieke categorieën houdt uitsluiting in stand en stelt het reguliere beleid vrij om uitsluitingsmechanismen onaangeroerd te laten, mogelijk zelfs te versterken. Het 'individuele schuldmodel' (zie inleiding) zou hierdoor ook meer ruimte krijgen.

De sterkte van een categoriale invalshoek is, dat zo de verwevenheid en complexiteit van thema's zichtbaar wordt; zo kan in de beleidsvorming van bij aanvang hierop worden geanticipeerd. Als het doelgroeperspectief gedurende het hele beleidsproces wordt meegenomen, dan worden doelgroepen niet langer tot restgroepen van het algemene beleid herleid. We staan even stil bij recent (her)ontdekte categorieën.

1.4.1 *Kinderen in armoede*

In 2004 leefde 18.6%² van alle Belgische kinderen in huishoudens met een beschikbaar inkomen beneden 60% van het mediaan beschikbaar inkomen (EU-armoedegrens). In België hebben kinderen dus een hoger dan gemiddeld risico (14.8%) om in een arm huishouden te leven. In Wallonië (21,8%) lopen kinderen zelfs dubbel zoveel kans om arm te zijn, vergeleken met Vlaanderen (11,7%).

Morrisons (2007) detecteert in een bijdrage aan de studiedag van de Koning Boudewijnstichting omtrent Europa en armoedebestrijding volgende risicogroe-

pen in de context van kinderarmoede: gezinnen waarin niemand werkt, eenoudergezinnen en kroostrijke gezinnen. Deze groepen lopen een hoger risico op armoede en hun kinderen dus ook. Als oorzaken van kinderarmoede vernoemt de auteur de tewerkstelling van de ouders, het gezinstype en de huishoudsamenstelling.

In de vorige editie van dit Jaarboek kwam een andersoortige benadering van de problematiek aan bod. Hoelscher (2006) beschrijft daarin kinderarmoede aan de hand van indicatoren voor kinderwelzijn. Het levert informatie op die meer zegt over de actuele situatie van kinderen ('well-being'); opleiding en tewerkstelling van de ouders vertellen meer over het toekomstige welzijn ('well-becoming'). De besproken indicatoren hebben betrekking op tienerzwangerschapen, de veiligheid in de buurt en de levensvoldoening van kinderen.

1.4.2 *Personen van buitenlandse herkomst*

Een tweede groep zijn de personen van buitenlandse herkomst. De koppeling tussen armoede en personen van vreemde herkomst was in het begin van de jaren negentig sterk aanwezig in het beleidsdiscours. Tegen het einde van de jaren negentig verdween dat verband naar de achtergrond. Praktijk en onderzoek maakten het recent terug tot een issue. In het vorige Jaarboek brachten we al verslag uit van de kwantitatieve onderzoeksresultaten van het onderzoek 'De kleur van armoede', in opdracht van de KBS (Van Robaeys e.a., 2006). De algemene bevinding daarvan is schokkend: méér dan de helft van de mensen met een Marokkaanse (55,6%) of een Turkse (58,9%) achtergrond hebben een inkomen dat onder de Europese armoedegrens van (toen) € 777 per maand ligt. Voor inwoners van Belgische herkomst is dat cijfer 10,16%.

Het kwalitatieve en explorerende vervolg van het onderzoek levert een aantal nieuwe inzichten op. Zo blijkt dat de 'cultuur van de armoede' – het ervaren van een onoverbrugbare kloof tussen doelen en middelen – zich ook installeert in migrantenmiddens, dit ondanks het intuïtieve vermoeden dat een grotere inbedding en solidariteit in de eigen gemeenschap soelaas kon bieden. Meer nog, soms is deze solidariteit de oorzaak van immobiliteit of van een nieuwe armoedesituatie voor wie in conflict komt met de waarden en normen van zijn of haar gemeenschap.

Een andere belangrijke vaststelling wordt gevat onder de titel 'verschuivende perspectieven'. De eerste generatie hanteert de omstandigheden in het land van herkomst als perspectief en ervaart daardoor duidelijke verbeteringen in de leefomstandigheden. De volgende generaties refereren aan de autochtone samenleving en zien de eigen situatie als achterstelling, vaak ook als discriminatie. De gerichtheid van de eerste migranten op het 'thuisland' maakte bovendien dat ze niet altijd in de eerste plaats investeerden in een toekomst voor hun kinderen hier. De jongere generaties van migranten hebben zo kansen gemist om de kennis en vaardigheden te ontwikkelen die nodig zijn om een plaats te verwerven in

de maatschappij van vandaag en morgen. Ook de eigen samenleving was hierop niet voorbereid en zag het niet gebeuren. De groei van een nieuwe groep 'generatiearmen' is daarom reëel (Van Robaeys e.a., 2007).

Tweede en derde generaties migranten dreigen een nieuwe groep 'generatiearmen' te worden

1.4.3 Ouderen

De groeiende groep van ouderen trekt al enige tijd de aandacht van wie zich met de toekomst van de sociale zekerheid bezig houdt. Dat het niet om een homogene groep gaat, is vrij evident. Om die verschillen in termen van uitsluiting te vatten, is moeilijker. Voor de ouderen gaat in elk geval gezondheid sterker doorwegen. Een minder goede gezondheid in quasi alle dimensies en verschillen in levensverwachting vertonen een sterke samenhang met het opleidingsniveau en de beroepsgroep (zie ook hoofdstuk 2 in deel II).

We beschikken over recente inkomensgerelateerde cijfers. In de meeste Europese landen is het aantal (inkomens)armen bij de 65-plussers in de jaren 1990 sterk gedaald, maar niet in België. Sinds 1995 ligt het armoederisico in België dan ook hoger dan het EU-gemiddelde. Een opmerkelijk feit is bovendien dat de meest recente data aangeven dat de welvaart van de hoogbejaarden (boven 75 jaar) niet langer lager ligt dan die van de jongere bejaarden. Dit zou kunnen wijzen op een relatieve verzwakking van de welvaartspositie van de jongste generatie bejaarden (Cantillon, Van den Bosch, Lefebure, 2007).

Over de ouderen van vreemde herkomst en hun relatie tot armoede en uitsluiting staat onze kennis quasi nergens. Nochtans gaat het om een harde realiteit.

1.4.4 Bedelaars

Clé en Adriaenssens (2007) onderzochten in opdracht van de Koning Boudewijnstichting de bedelarij. Dit gebeurde vanuit de vaststelling dat bedelarij steeds sterker wordt geproblematiseerd en vanuit de behoefte aan overheidsop treden. Ook de behoefte om de 'vanzelfsprekendheid' waarmee stereotype 'wijsheden' over bedelaars worden verspreid te counteren, speelde een rol. Het grote getal van deze 'wijsheden' contrasteert sterk met het gebrek aan betrouwbare kennis over deze materie.

In onderzoek wordt een onderscheid gemaakt tussen twee dominante groepen: de Roma van Roemeense herkomst (66,5%) en de Belgische bedelaars (24,8%). De Roma werden voornamelijk tot bedelarij gebracht door een uitzichtloze situatie in het land van herkomst; positieve verhalen over België speelden

ook een rol. Een problematisch verblijfsstatuut, meestal onder de vorm van een aanvraag tot verblijf omwille van humanitaire redenen (document 9 § 3), beschermt enige tijd tegen uitwijzing, maar geeft geen recht op sociale bijstand of op arbeid.

Autochtone bedelaars komen via andere wegen in de bedelarij terecht. Dikwijls wordt gezegd dat ‘het iedereen kan overkomen’, met andere woorden dat iedereen ooit in de bedelarij kan terecht komen. De verhalen van bedelaars spreken dat tegen. Pas door een langdurige samenloop van negatieve factoren gaat men bedelen en niet eerder. Louter financiële problemen leiden niet tot een bedelaarsbestaan.

Verdere informatieverzameling en analyses zijn nodig om uit de omschreven problematiek van gedetecteerde risicocategorieën, beleidslijnen te detecteren.

2. Armoede bestrijden vergt organisatie

Eén van de grote uitdagingen voor de overheden is zich te voorzien van kennis van en inzicht in de problematiek, vooral dan van vermoedelijke trends. Armoedebestrijding vraagt een organisatie die kan anticiperen op snelle maatschappelijke ontwikkelingen, die flexibel is, maar voldoende geformaliseerd qua verantwoordelijkheden, bevoegdheden en mandaten om vooruitgang te kunnen boeken. Hoe organiseert de overheid zich om waar te maken wat in de definitie en de visie wordt geformuleerd? Hoe houdt zij de vinger aan de pols? Het is het vraagstuk over het ‘integrale’ of ‘inclusieve’ van het beleid. Er wordt gepland en overlegd: hoe en waartoe?

2.1 Vlaams en federaal Actieplan

Het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding bevat de beleidslijnen voor de hele legislatuur 2005-2009; jaarlijks ondergaat het evenwel een update. Van bij de aanvang is het plan het onderwerp van discussie geweest. Zijn belangrijkste meerwaarde is wel dat er een conceptueel beleidskader werd geschetst en beleidsmaatregelen werden geïnventariseerd. Een verdere benutting van de mogelijkheden van zo een plan ligt is blijkbaar geen prioriteit.

 Het VAP werkt weinig tot niet door in het beleid

We stelden vast dat in het VAP weinig aandacht wordt besteed aan indicatoren; ook van evaluatie is weinig tot geen sprake. Het gaat bovendien om een plan dat weinig tot niet doorwerkt in het beleid. Er is wel enigszins sprake van – wat

men in de beleidswetenschappen noemt – een conformiteitspatroon; de maatregelen zijn afgestemd op de plannen, te meer omdat de plannen worden opgesteld als een bundeling van maatregelen uit verschillende domeinen, die al werden genomen vooraleer zij in het plan werden opgetekend (Dierckx, 2007c).

Op het federale niveau zet het Nationaal Actieplan Sociale Inclusie (NAP/Incl) wel een beweging op gang om indicatoren uit te werken om sociale uitsluiting in beeld te brengen. Voor het overige geldt een gelijkaardige sterkte-/zwakteanalyse.

Stilaan vinden de plannen vlotter dan voordien – het eerste NAP/Incl en VAP dateren elk van 2001 – hun weg naar de bevoegde parlementaire commissies; op die manier worden zij alvast voorwerp van politieke discussie. Op het federale niveau speelt het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting een wervende rol. Op het Vlaamse niveau hield de Commissie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in april 2007 een gedachtewisseling over de actualisatie van het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding (*Parl. St.* VI. Parl. 2006-07, Nr. 1187/1).

Toenmalig commissielid Vanackere – nu minister – merkt er op dat dit soort van plannen afstemming moet nastreven, niet alleen binnen de Vlaamse regering, maar ook met de andere overheden. Hij stelt heel concreet voor om in het volgende VAP een apart hoofdstuk te wijden aan de realisaties in samenwerking met andere overheden. In dezelfde commissiebijeenkomst stelt toenmalig minister Vervotte dat geen sneller, accurater en doeltreffender beleid mogelijk is wegens de onvolledigheid van haar Vlaamse bevoegdheden.

Het VAP zelf vermeldt nog dat de wijze waarop het Vlaams Actieplan in de toekomst wordt georganiseerd, ook onderwerp kan zijn van een gesprek bij de geplande herziening van het Decreet betreffende de armoedebestrijding. Over de herziening van het armoededecreet valt voorlopig nog weinig concreets te melden. Eén van de verworven veranderingen lijkt dat de subsidies niet langer door het Vlaams Netwerk zullen worden verdeeld onder de verenigingen. Het veelbesproken probleem van ‘rechter én partij’ lijkt hiermee te zijn opgelost.

2.2 Permanent Armoedeoverleg

Het Permanent Armoedeoverleg (PAO) werd met het Decreet inzake armoedebestrijding (2003) opgericht. Deze coördinatiestructuur is een instrument om een integraal of inclusief armoedebeleid te voeren. In de meest gangbare opvatting wordt daarmee bedoeld dat verschillende beleidsdomeinen of -sectoren (samen)werken om armoede te bestrijden.

Op basis van een evaluatie van deze en voorgaande structuren (VICA, PAO), concluderen we dat ze amper enige invloed hadden op de integrale aard van het beleid. De coördinatiestructuren bestaan op papier, maar functioneren niet naar behoren. Verklarende factoren daarvoor zijn de minimale bevoegdheid van de

zogenaamde coördinerende minister voor Armoedebestrijding, het tekort aan formele en informele netwerken, de blijvende opsluiting van armoede in het welzijnsdomein, de nonchalante en snel wisselende toewijzing van de functie aandachtsambtenaar, de scoringsdrang van beleidsverantwoordelijken in het eigen domein en de verdeelde visie op armoedebestrijding binnen de regering (Dierckx, 2007).

Sinds het vorige Jaarboek ter perse ging, is het horizontale Permanente Armoedeoverleg (PAO) op het Vlaamse niveau slechts twee keer samengekomen. Na januari 2007 werd geen bijeenkomst meer georganiseerd. Personeelswissels bij de armoedecel van de administratie, nu team Samenleving, hebben hier onder meer mee te maken. Tijdens de twee samenkomsten (oktober 2006 en januari 2007) werd de ontwerpversie van het nieuwe Vlaamse Actieplan besproken. Tegelijk vond een soort van zelfevaluatie plaats. We zetten enkele elementen op een rij.

 Het PAO is het afgelopen jaar slechts twee keer samengekomen

Het PAO heeft een sterker mandaat nodig. Het zou zowel de aparte beleidsdomeinen moeten stimuleren als domeinoverschrijdende initiatieven kunnen ontplooiën, luidt het in hun zelfevaluatie. Het risico bestaat immers dat het PAO verwordt tot een soort scherm waarachter de beleidsdomeinen zich verschuilen om niet over armoedebeleid te moeten praten. Veel verder dan het inventariseren van wat de aparte beleidsdomeinen aan inspanningen leveren, geraakt men niet. Voor de ontwikkeling van domeinoverschrijdende initiatieven is momenteel geen mandaat of budget. In dezelfde lijn ligt de beoordeling van de positie van de ambtenaren. Het PAO stelt zelf serieuze vragen bij het mandaat en de opdracht van de aandachtsambtenaren armoedebestrijding in de verschillende departementen en afdelingen. Zeer pertinent is de vraag over hoe de leidende ambtenaren sterker bij het armoedebeleid kunnen worden betrokken.

Ook de verticale overlegstructuren, binnen de diverse beleidsdomeinen, zijn voorwerp van kritiek. Opnieuw zijn mandaatproblemen aan de orde. Voorts wordt opgemerkt dat het verticaal overleg niet eenvormig moet zijn. Verhoudingen tussen administraties en kabinetten verschillen en elk kan een trekkersrol vervullen. Vooral belangrijk is duidelijkheid over wie het overleg aanstuurt.

3. Kennisinput over armoede

Een derde component in onze beleidswetenschappelijke analyse bestaat uit de manier waarop verschillende actoren rond de tafel (willen of mogen) zitten bij

de constructie van het armoedebeleid. De meest besproken interactiemethode is hier wel de dialoogmethode, zoals ze tijdens het Algemeen Verslag over de Armoede werd ontwikkeld (1994). Als een manier om vanuit de basis aan beleidsbeïnvloeding te doen, heeft deze methode en haar varianten haar strepen verdiend.

Een onderzoek over de beleidsparticipatie van armoedeorganisaties toonde echter aan dat de spelers uiteenlopende verwachtingen hebben, waardoor de ervaringen niet overtuigend als successen worden geboekt (Van Robaeys e.a., 2005). Verenigingen waar armen het woord nemen zien te weinig politieke opvolging van hun dialoog. Overheden ervaren te weinig input.

De evaluatie van de recentste initiatieven sluit hierbij aan, bijvoorbeeld over de consultatierondes door de Vlaamse overheid bij de opstelling van het VAP. Consultatierondes in verschillende provincies hebben hun meerwaarde, voor zover die de mogelijkheid geven aan de doelgroepen om zich over de inhoud van het VAP uit te drukken, aldus het PAO. Er worden echter onrealistische verwachtingen gewekt, individuele verhalen worden verteld, informatieve vragen worden gesteld. Er lijkt consensus te bestaan om reflectiemomenten voor de doelgroep(en) te behouden, maar er is behoefte om de methoden te herzien.

Een andere manier waarop kennis vanuit de doelgroep in het beleid wordt gebracht, is via de inschakeling van (opgeleide) ervaringsdeskundigen in de armoede en sociale uitsluiting. Tussen 2005 en 2006 werden 16 ervaringsdeskundigen in de armoede in dienst genomen bij de federale overheid. Een tussentijdse evaluatie van het pilootproject werd gepresenteerd op een colloquium einde 2006, georganiseerd door de POD Maatschappelijke Integratie.³ De uitdaging bestaat erin om de kennis over armoede te verhogen binnen de diensten, om ook oog te hebben voor de belevingskant van armoede en om de visie omtrent de nood aan structurele veranderingen te verspreiden. Het pilootproject heeft veel potentieel, aldus de evaluatoren, maar de uitdaging is om de ervaringsdeskundigheid een volwaardige plaats te geven.

Ervaringsdeskundigen dienen een volwaardige plaats te krijgen binnen de federale overheid

De inschakeling van ervaringsdeskundigen en de dialoog met Verenigingen waar armen het woord nemen, volstaan niet voor een interactieve beleidsvoering (Dierckx, 2007b). Voor de overheid vormt het streven naar een brede kennis over de leefwereld van wie in armoede leeft, de sleutel tot een meer integraal armoedebeleid. Daarvoor is het aangewezen om de manieren van kennisverzameling over die leefwereld uit te breiden. Andere methoden die hun bijdrage kunnen leveren, zijn de consultatie van armen buiten de verenigingen of de ervaringsdeskundigen – bijvoorbeeld via cliëntenraden –, het raadplegen

van diensten of dienstverleners die regelmatig in contact komen met de doelgroep(en) en het wetenschappelijk onderzoek.

Voor een behoorlijke kennisverzameling over de leefwereld van armen vormt de deelpopulatie van mensen in armoede, die via de Verenigingen waar armen het woord nemen worden bereikt, een te eng draagvlak. Dit wordt afgeleid uit het breed verspreide aanvoelen dat hun boodschap de armoederealiteit van vandaag slechts gedeeltelijk weerspiegelt. Onder meer de etnisch-culturele en internationale dimensie van armoede blijft daardoor onbesproken en onzichtbaar.

4. Uitgeleide ter inleiding

We schetsten een aantal evoluties rond het beleidsthema, de beleidsorganisatie en het betrekken van andere actoren dan de overheid zelf. We kunnen niet om de vaststelling heen dat een brede definitie van armoede bijzonder hoge eisen stelt aan de beleidsorganisatie. Zeker bij een herziening van het armoededecreet is dit een bijzonder aandachtspunt. De vele beleidsinstrumenten die ter beschikking staan, worden dikwijls zwaar onderbenut (Dierckx, 2007a; 2007d).

Deze samenvattende beschouwing dient tegelijk als inleiding op de volgende hoofdstukken. Daar gaan we expliciet in op de problematiek en de beleidsontwikkelingen op verschillende domeinen van sociale uitsluiting. Omdat niet over elk thema een apart hoofdstuk kan worden geschreven, warmen we hier al even op met enkele maatregelen, die niet in het vervolg aan bod komen.

We signaleren een aantal kostenreducerende en daardoor drempelverlagende initiatieven. Op het domein van justitie werd de inkomensdrempel opgetrokken om in aanmerking te komen voor de kosteloze diensten van een advocaat. Personen met een handicap krijgen sinds september 2007 recht op gratis juridische bijstand, ongeacht of ze recht hebben op een integratietegemoetkoming. Alle personen onder de armoedegrens, beschikken vanaf nu over de kosteloze diensten van een advocaat. Voor een alleenstaande wordt de inkomensdrempel opgetrokken van € 795 tot € 822 en tot € 1.176 in plaats van € 1.141 voor de huishoudens (Demotte, 2007).

De goedkeuring van het ontwerpdecreet over de bestrijding van energiearmoede op 23 mei 2007 is ook een kostenreducerend initiatief. Voortaan is het onmogelijk om de nutsvoorzieningen van gezinnen af te sluiten enkel omdat ze in armoede leven. Het afsluiten van gas- of elektriciteitsvoorzieningen wordt onderworpen aan een reeks afgelijnde voorwaarden. Het decreet betekent een extra stap vooruit in de strijd tegen de energiearmoede. Eerder besliste de Vlaamse regering al om de periode waarin de stroom niet mag worden afgesloten met een maand te verlengen en om de minimale levering op te trekken van 6 ampère naar 10 ampère. In dezelfde lijn ligt de federale maatregel die ervoor zorgt dat het sociaal tarief voor gas en elektriciteit automatisch wordt toegekend. Dit gebeurt

via de kruising van de gegevens van leveranciers met die van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid.

Rond de toegankelijkheid van diensten noteren we dat vanaf januari 2008 een eenheidsloket wordt opgericht om de procedure voor en de weg naar juridische bijstand (advocatenkosten) en rechtshulp (gerechtskosten, deurwaarders) te vereenvoudigen.

Een derde soort van maatregelen heeft betrekking op het sociale en culturele kapitaal in onze samenleving. We vermelden de beslissing om gerechtigden op het leefloon toelating te geven om vrijwilligerswerk te doen (BS, 7 maart 2007). Ze moeten hun OCMW daarover vooraf inlichten. Bovendien kunnen bepaalde kosten verbonden aan dit vrijwilligerswerk worden terugbetaald. Deze terugbetaalde kosten komen niet in aanmerking voor de berekening van de bestaansmiddelen van de leefloontrekkende.

We besluiten met het participatiedecreet in het domein cultuur, jeugd en sport (Vlaamse Regering, 2007b). Daarmee worden meer cultuur- jeugd- en sportprojecten mogelijk gemaakt van en voor mensen in armoede, personen met een handicap, gedetineerden, etnisch-cultureel diverse groepen en gezinnen met kinderen. Het decreet heeft de bedoeling om de sociale kracht van sport te versterken, via de ondersteuning van buurtpleinbegeleiders of toeleiding naar sportclubs. Een soortgelijke maatregel is er ook voor het begeleiden van het opzetten van jeugdverenigingen vanuit kansengroepen.

NOTEN

1. Een 'policy window' is een opportuniteit die bestaat uit het quasi gelijktijdig voorkomen van de probleemerkenning, uitvoerbare oplossingen en een gunstig politiek klimaat.
2. Kinderen in de leeftijdscategorie 0-15 zoals vermeld in de EU-SILC resultaten. Het EU rapport Sociale Insluiting vermeldt een armoederisico van 19% voor kinderen in de leeftijdscategorie 0-17.
3. De doelstellingen van het project bestaan erin om bij te dragen aan een meer toegankelijke dienstverlening en aan de realisatie van sociale grondrechten voor allen. Naast de POD Maatschappelijke Integratie zijn de negen geëngageerde federale overheidsdiensten: de FOD justitie, de FOD Justitie, de FOD Sociale Zekerheid, de FOD Financiën, de FOD Volksgezondheid, de Kruispuntbank Sociale Zekerheid, de RVP, de RVA, de HZIV en de RKW.

HOOFDSTUK 2

Over inkomen en rondkomen

Geert Campaert

Inleiding

Waar België tien jaar geleden nog aan de top stond in Europa inzake sociale bescherming, suggereert nieuw onderzoek (Cantillon e.a., 2007) dat we wat inkomensbescherming betreft, zijn afgegleeden van het niveau van de Scandinavische landen (Denemarken, Finland, Zweden) naar een modaal continentaal Europees niveau. Personen die afhankelijk zijn van een uitkering lopen in België een duidelijk hoger armoederisico dan in andere landen uit de Europese kopgroep.¹ In dit hoofdstuk bekijken we de recentste cijfers over inkomensarmoede en -ongelijkheid, over ongelijkheden in uitgavenpatronen en over de schuldenproblematiek. Daarna staan we stil bij het fenomeen van de onderbescherming en tenslotte overlopen we het overheidsbeleid dat op al deze zaken betrekking heeft.

1. Inkomensarmoede (SILC 2005)

Volgens de resultaten van de Survey on Income and Living Conditions SILC kampte in 2005 10,7% van de bevolking in Vlaanderen met een verhoogd armoederisico (Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, 2007). Voor België in zijn geheel kwam dit cijfer uit op 14,7% en voor Wallonië liep dit zelfs op tot 17,5%. Het verhoogde armoederisico wordt berekend door na te gaan of mensen een inkomen hebben dat onder de ‘armoedegrens’ ligt, wat betekent dat het equivalent netto-inkomen lager ligt dan 60% van het nationaal mediaan equivalent inkomen (het gezinsinkomen ‘per hoofd’, dus gecorrigeerd voor het aantal personen in een gezin). Dit mediaan equivalent inkomen kwam in 2005 uit op € 16.438 per jaar, wat betekent dat voor een alleenstaande de armoedegrens op € 9.863 per jaar ligt, of een netto maandinkomen van € 822. Voor elke bijkomende volwassene in het gezin mag dit bedrag met de helft verhoogd worden, voor elk bijkomend kind onder 14 jaar met 30%. De armoede-

grens voor koppels zonder kinderen bedraagt dus € 1.233 en voor een alleenstaande met twee kinderen is dit € 1.315.

Een andere manier om het armoederisico te meten is via de ‘subjectieve armoede’, waarbij men kijkt welk deel opnieuw van de bevolking het gevoel heeft niet rond te komen: in Vlaanderen geldt dit voor 12,5% en voor heel België loopt dit op tot 17,1%. In vergelijking met de objectieve armoedegrens liggen deze cijfers voor Vlaanderen licht hoger en voor België licht lager, maar blijven ze wel in dezelfde orde van grootte.

Dit onderzoek bevestigt eens te meer dat bepaalde socio-economische en demografische kenmerken aanleiding geven tot een verhoogd armoederisico: vrouwen (11,3%) hebben in Vlaanderen een hoger armoederisico dan mannen (10,2%) en 65-plussers (20,4%) lopen meer risico dan wie jonger is dan 65 (8,9%). Daarnaast is het risico bij alleenstaanden (21,2%) en alleenstaande ouders (35,1%) duidelijk hoger dan bij andere huishoudtypes. Verder blijkt dat werk nog altijd een goede bescherming tegen inkomensarmoede vormt: slechts 3% van de werkenden in Vlaanderen heeft een verhoogd armoederisico, bij de werklozen daarentegen zit één op vijf onder de armoederisicodrempel. In Wallonië geldt dit zelfs voor meer dan één op drie (35,8%) werklozen.

2. Inkomensverdeling en -ongelijkheid

Om de impact van leven met een relatief laag inkomen correct te kunnen inschatten, moeten we ook nagaan hoe de inkomens verdeeld zijn over de bevolking en hoe de inkomensongelijkheid is geëvolueerd. Dat kan aan de hand van de SILC en van de fiscale gegevens.

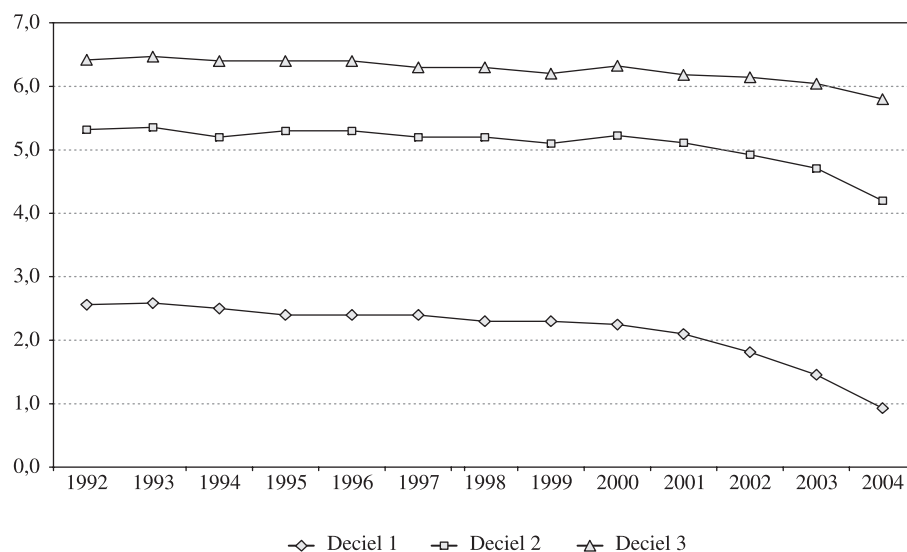
Het totale inkomen van de 20% rijksten in België is ruim vier keer zo groot (4,1) als dat van de 20% armsten en deze ongelijkheid is ook het afgelopen jaar nog verder toegenomen; vorig jaar bedroeg deze verhouding nog 4,0. Een andere manier om inkomensongelijkheid te meten is de Gini-coëfficiënt. Deze coëfficiënt is een getal tussen 0 en 1, waarbij 0 staat voor een volledig gelijke verdeling van de inkomens en 1 voor de situatie waarbij alle inkomens zich in de handen van één persoon bevinden. In Vlaanderen bedraagt deze Gini-coëfficiënt, die we op basis van de SILC 2005 berekenen, 0,25; in België 0,28.

Gegevens over de inkomensongelijkheid vinden we ook in de fiscale statistieken, op basis van de belastingaangiften. Hierbij moeten we dan wel de kanttekening plaatsen dat deze statistieken geen volledig beeld weergeven. Ze houden namelijk enkel rekening met inkomens die onderworpen zijn aan de personenbelasting, wat voor de laagste inkomens vaak niet het geval is. Daarnaast worden ook de hoogste inkomens op deze manier onderschat, aangezien zij bekwaam zijn in het minimaliseren van hun belastbaar inkomen en ook omdat inkomsten uit vermogen in een aantal gevallen nauwelijks belast worden. De cij-

fers voor het aanslagjaar 2005 (inkomsten 2004) leren ons dat het laagste inkomensdeciel vóór belastingen over 0,7% van het netto inkomen beschikte, na belastingen steeg dit aandeel tot 0,9%. Het aandeel van dit laagste deciel bevindt zich al jaren in een dalende lijn; in 2001 bedroeg het aandeel na belastingen nog 2,1% (zie figuur 1). Het aandeel van het hoogste deciel daarentegen liep in 2005 op tot 31,5% vóór en tot 27,1% na belastingen. De twee hoogste decielen samen bezitten vóór belastingen 48,3% en na belastingen 43% van het netto inkomen. Hun aandeel stijgt al jaren en deze stijging is er ook dit jaar.

Het aandeel van de hoogste decielen in het netto inkomen stijgt al jaren

Figuur 1 – Aandeel van deciel 1, 2 en 3 in het netto inkomen na belastingen, percentages, België, 1992-2004.



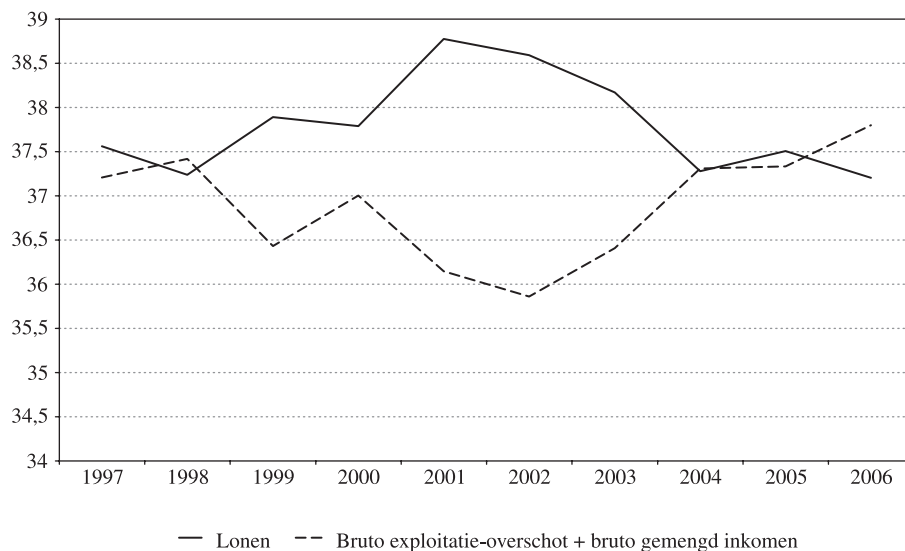
Bron: Eigen berekeningen op basis van AD SEI Financiële Statistieken en Levensstandaard.

Toch tonen bovenstaande cijfers ook duidelijk aan dat de progressiviteit van de personenbelasting de inkomensongelijkheid grondig bijstuurt. Het afgelopen jaar dook in de aanloop naar de federale verkiezingen opnieuw de idee van het invoeren van een ‘flat tax’ of ‘fair tax’ op, waarbij alle inkomens aan één of maximum twee verschillende tarieven worden belast. Als argumentatie werd hiervoor aangevoerd dat dit een ‘eerlijke’ vorm van belastingen vormde, aangezien

dit betekende dat wanneer persoon x vijf maal meer verdiende dan persoon y, hij dan ook vijf maal meer belastingen zou betalen. In hun studie onderzochten Decoster en Orsini (2007) de gevolgen van het invoeren van een vlaktaks voor België die budgettair neutraal zou zijn. Dit onderzoek bevestigt de resultaten uit een vorige studie (Decoster en Van Camp, 2005): een vlaktaks die evenveel moet opbrengen voor de staat als de huidige personenbelasting, ook wanneer men terugverdieneffecten in rekening brengt, leidt tot een vermindering van de progressiviteit en dus van de herverdeling. De grote winst inzake beschikbaar inkomen zou enkel voor de drie hoogste decielen zijn en de verliezen voor de onderste helft van de inkomensverdeling zouden aanzienlijk zijn. De vraag rijst dus wat met 'fair' eigenlijk wordt bedoeld – eerlijk?

Een ander teken aan de wand dat het met de inkomensverdeling de verkeerde kant op gaat, vinden we in het aandeel van de lonen in het bruto binnenlands product. Het aandeel van de lonen daalt al enkele jaren (zie figuur 2) en uit cijfers van het Instituut voor de Nationale Rekeningen blijkt dat in 2006 de totale loonmassa zelfs lager lag dan het bruto exploitatieoverschot (vooral bedrijfswinsten) en het bruto gemengd inkomen (inkomen van zelfstandigen) samen. Dit toont aan dat de sterke economische groei vooral voor een stijging van de bedrijfswinsten heeft gezorgd en dat de werknemers hier weinig van hebben genoten.

Figuur 2 – Aandeel van lonen en bruto exploitatieoverschot en bruto gemengd inkomen, percentages, België, 1997-2006.



Bron: Instituut voor de Nationale Rekeningen.

3. Uitgaven en schulden

Om een goed beeld te krijgen van de uitgavenpatronen van de verschillende inkomensgroepen, kunnen we een beroep doen op de resultaten van de recentste Huishoudbudgetenquête (2005) van de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie. We focussen op de cijfers voor Vlaanderen. De gemiddelde totale consumptie in Vlaanderen lag in 2005 op € 33.251, een stijging van 4,1% ten opzichte van het vorige jaar. Opvallend is de veel geringere toename in Wallonië (0,8%) en Brussel (1,3%). Voor het eerste deciel (de 10% laagste inkomens) bedraagt de consumptie slechts € 16.917. Dit bedrag ligt echter aanzienlijk hoger dan hun beschikbaar inkomen, dat slechts € 13.742 bedraagt. Ze geven dus jaarlijks meer geld uit dan wat ze binnenkrijgen, wat impliceert dat ze een beroep moeten doen op hun spaargeld of schulden aangaan. Hetzelfde geldt voor het tweede en derde deciel, maar minder uitgesproken. Pas vanaf het vierde deciel overtreffen de inkomsten de uitgaven en dit verschil loopt op tot € 21.730 voor de hoogste inkomensgroep.

De huishoudbudgetenquête geeft ook een gedetailleerd overzicht van de bestedingsposten van de gezinnen. Hieruit blijkt dat vooral bij de laagste decielen de kosten van huisvesting hoog oplopen: voor het eerste deciel bedraagt dit 36,5%, voor het tweede deciel 32,7% en dit aandeel daalt verder naarmate het inkomen stijgt; bij het tiende deciel wordt nog 19,3% van de inkomsten aan huisvesting besteed. Een vergelijkbaar verhaal vinden we bij de kosten voor gezondheid die voor het laagste deciel beslag leggen op 7,2% van het inkomen en bij het hoogste deciel nog slechts op 2,3%. Ook stellen we vast dat huishoudens uit de laagste decielen in absolute cijfers veel minder geld uitgeven aan verse vis of vlees dan de hoogste decielen en dat ook de verschillende vormen van bi-voeding vooral door de huishoudens uit de hoogste decielen gekocht worden.

Té hoge uitgaven in vergelijking met lage inkomsten kan vooral bij lage inkomens op termijn leiden tot overmatige schuldenlast. In de strijd tegen deze schuldenlast richtte de Belgische overheid de Centrale voor kredieten aan particulieren op in de schoot van de Nationale Bank. Sinds juni 2003 registreert deze alle consumentenkredieten en hypothecaire kredieten die in België door natuurlijke personen worden aangeaan voor privé-doeleinden. De kredietgevers delen de gegevens over het krediet en de identiteit van de kredietnemers mee aan de nationale bank. Deze kredietgevers zijn ook verplicht om het bestand van de Centrale te raadplegen om een beeld te krijgen van de kredietverbintenissen die een kandidaat-kredietnemer al heeft lopen bij andere instellingen. Zo zou hij beter moeten kunnen inschatten of een persoon nog een extra krediet financieel aan kan of dat hij daardoor dreigt op termijn in de problemen te komen.

Op 31 december 2006 stonden er meer dan 7,1 miljoen kredietovereenkomsten, afgesloten door 4,6 miljoen personen geregistreerd in de Centrale. In vergelijking met het jaar voordien is dit een stijging van respectievelijk 5,1% en 2,7%. Het gemiddeld bedrag voor de hypothecaire kredieten bedraagt € 69.963,

wat een stijging is van 6,7% ten opzichte van het vorige jaar. De stijging kan volgens de Centrale verklaard worden door de stijgende woningprijzen en de dalende rente, waardoor voor dezelfde maandelijkse afbetaling een groter bedrag kan worden geleend. Bij de leningen op afbetaling steeg het gemiddelde bedrag per contract met 5,1% tot € 14.447. Bij de verkopen op afbetaling (€ 5.987) en de kredietopeningen (€ 2.799) waren er slechts kleine wijzigingen van respectievelijk – 1,0% en + 2,8% in het kredietbedrag. Hierbij valt op dat het aantal personen met drie kredietcontracten of meer in 2006 met maar liefst 93.212 personen is toegenomen, een duidelijk knipperlicht.

In 2006 steeg het aantal mensen met drie of meer kredietcontracten met maar liefst 93.212

Hoewel het aantal kredietovereenkomsten en kredietnemers toeneemt, daalt het aantal achterstallige contracten en personen in vergelijking met een jaar geleden. Deze daling, die begonnen is in 2003, wordt gedeeltelijk verklaard door de inwerkingtreding van de Centrale. Het zou echter niet correct zijn om op basis van deze daling te concluderen dat het probleem van overmatige schuldenlast aan het afnemen is. De Centrale registreert immers enkel consumenten- en hypothecaire kredieten, waardoor schulden in verband met energiefacturen, gezondheidskosten en belastingen uit beeld blijven. Zo steeg het afgelopen jaar het aantal mensen dat een beroep doet op een procedure voor collectieve schuldenregeling met 15,5%. Drie op tien van de personen die opgenomen zijn met een collectieve schuldenregeling staan echter met geen enkel achterstallig krediet geregistreerd in de Centrale, wat betekent dat deze mensen een beroep doen op de procedure voor andere dan kredietschulden.

4 Bodembescherming en onderbescherming

4.1 Bodembescherming

De bedragen van de bijstandsuitkeringen worden vaak de wettelijke armoedegrens genoemd. Hiermee geeft de overheid aan hoeveel volgens haar nodig is om menswaardig te overleven. Deze bedragen worden echter niet alleen bepaald door de absolute behoeften van de rechthebbenden, maar ook door budgettaire overwegingen en politieke wil. We gaan in wat volgt dieper in op het leefloon, de gewaarborgde gezinsbijslag, de inkomensgarantie voor ouderen, het gewaarborgd inkomen voor bejaarden en de tegemoetkoming voor mensen met een handicap.

4.1.1 *Leefloon*

Op 26 oktober 2002 verving de wet op het Recht op Maatschappelijke Integratie de oude Bestaansminimumwet. Als aanvrager moet men aan een aantal voorwaarden voldoen: de verblijfsvoorwaarde (in België wonen), de leeftijdsvoorwaarde (meerderjarig zijn of daaraan gelijkgesteld) en de voorwaarde van behoeftigheid. Het Recht op Maatschappelijke Integratie omvat het leefloon of een tewerkstelling via artikel 60 § 7 of 61 van de OCMW-wet of via andere activeringsmaatregelen. Gemiddeld waren er in 2006 in Vlaanderen 25.600 RMI-ontvangers, wat een stijging is met 3,3% tegenover 2005.

4.1.2 *Gewaarborgde Gezinsbijslag*

Wanneer men geen aanspraak kan maken op één of andere kinderbijslagregeling en bovendien geen toereikende bestaansmiddelen heeft, kan men een beroep doen op de Gewaarborgde Gezinsbijslag (GGB – Wet van 20 juli 1971). Vaak gaat het hier dan om ouders die ook een leefloon ontvangen. Op 31 december 2006 ontvingen 7.998 gezinnen in België deze bijslag. Dit cijfer ligt maar liefst 12% hoger dan in 2005 (7.087).

4.1.3 *Inkomensgarantie voor Ouderen*

De Inkomensgarantie voor Ouderen (IGO) vervangt, waar ze voordeliger is, het oudere Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden (GIB), dat een uitdovende regeling is. Wanneer werknemers of zelfstandigen geen recht hebben op een pensioen of op andere inkomsten, kunnen ze aanspraak maken op het volledige bedrag van de IGO. Indien het pensioen lager ligt dan de bijstandsdrempel, heeft men recht op een aanvulling tot op dit niveau. Op 1 januari 2007 ontvangen nog 16.225 bejaarden het oude Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden. Daarnaast waren er 72.405 ontvangers van de Inkomensgarantie voor Ouderen. In totaal genieten dus 88.630 bejaarden van deze bescherming. Dit is een lichte stijging ten opzichte van 1 januari 2006 (88.411) met 219 personen of 0,2%. Hiermee komt er een einde aan de gestage daling van de afgelopen jaren.

4.1.4 *Tegemoetkomingen aan Personen met een Handicap*

Voor mensen met een handicap bestaan er drie specifieke minimale tegemoetkomingen. De *inkomensvervangende tegemoetkoming* is bestemd voor personen die door hun lichamelijke of psychische toestand ten hoogste een derde kunnen verdienen van een valide persoon. De *integratietegemoetkoming* moet de kosten dekken die personen met een handicap bijkomend moeten doen om zicht te kunnen integreren. Deze twee uitkeringen gelden voor personen tussen 21 en 65 jaar en zijn cumuleerbaar. Wanneer men toetreedt tot het stelsel vóór de leeftijd

van 65 jaar, blijft men er in de praktijk ook daarna toe behoren. Voor personen vanaf 65 jaar bestaat er de *tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden*. In Vlaanderen hadden op 1 januari 2007 264.594 personen recht op een of meerdere tegemoetkomingen, wat een stijging betekent van 2%.

4.2 Onderbescherming: wanneer het leefloon niet opgenomen wordt

Een recent onderzoek (Steenessens e.a., 2007) bekeek het fenomeen van de onderbescherming, waarbij een belangrijke groep van rechthebbenden om één of meerdere redenen geen beroep doet op hun recht op een leefloon of aanvullende financiële steun. De belangrijkste bevindingen ervan worden hieronder samengevat.

4.2.1 Wie?

In dit onderzoek werd onderbescherming gedefinieerd als ‘een situatie waarin potentiële gerechtigden op het leefloon of een financiële bijpassing (dit is een vorm van maatschappelijke/sociale hulp) tot op het niveau van het leefloon dit recht niet openen’. Groenez en Nicaise (2002) onderzochten dit fenomeen al en kwamen toen tot de vaststelling dat in Europa naargelang van het land tussen de 2% en 16% van de bevolking jaarlijks gedurende minstens één maand door de mazen van het onderste vangnet (de bijstand) vielen. België scoorde in dit opzicht nog relatief goed met 4,2% van de bevolking. Wanneer we kijken naar de omvang van de groep onderbeschermden in België, leren we dat in de onderzochte periode (1993-1997) het aantal onderbeschermden varieerde tussen 3,1 en 5,5%.

Zelfstandigen vormen een risicogroep voor onderbescherming

Voor het profiel van de onderbeschermden bleken leeftijd, geslacht en nationaliteit geen factoren te zijn die de kans op onderbescherming bepaalden. Men vond wel dat het hebben van (vooral jonge) kinderen een bescherming vormde tegen onderbescherming. Eenpersoonshuishoudens hadden dan weer een verhoogde kans op onderbescherming. Werk hebben en over een minder goede gezondheid beschikken, bleken beschermende factoren. Wat het onderwijsniveau betreft, verkleinde het hebben van een hoger diploma de kans om in armoede te geraken en te blijven; wanneer ze toch in armoede verzeilden, hadden deze mensen een hogere kans op onderbescherming. Zelfstandigen waren volgens de analyse extra kwetsbaar om in armoede te belanden en ze vertoonden ook een groter risico om in dat geval het slachtoffer van onderbescherming te worden.

4.2.2 *Het proces van onderbescherming: aangrijpingspunten en drempels*

Uit diepte-interviews met personen in onderbescherming werden veel inzichten over het proces van onderbescherming gehaald. Daardoor konden in dit proces heel wat fasen en elementen worden onderkend die aangrijpingspunten bieden voor een proactievere benadering van onderbescherming.

Aangrijpingspunten

De factoren die bijdragen tot onderbescherming zijn meervoudig. Om dit proces te keren, moet er op verschillende momenten – de aangrijpingspunten – worden ingegrepen, en dit zowel op het beleids- als op het hulpverleningsniveau.

Het risico op onderbescherming varieert naargelang van de inkomensbron van de betrokkene. Ook blijken bepaalde groepen meer risico te lopen dan andere. Zo bevinden vooral vrouwen zich vaak in een preciaire inkomenssituatie wanneer deze afhankelijk is van transfers binnen het gezin. Het gaat dan om niet-buitenshuis werkende vrouwen, waaronder huisvrouwen, maar ook niet-geregistreerde echtgenote-helpers van zelfstandigen. Een bijzonder kwetsbare groep hierbinnen blijken de huwelijksmigranten te zijn, die door een blijvend gebrek aan taalkennis, sociale contacten en een basiskennis van de maatschappij in een maatschappelijk isolement terecht komen. De onderzoekers stelden ook vast dat het leefloon onvoldoende bescherming biedt. Enkel via bijkomende financiële of materiële hulp door het OCMW en/of anderen uit het sociaal netwerk, kan men rondkomen met dit minimum. Zij die niet over deze extra bronnen beschikken, slagen daar niet in. Voor mensen die door inhoudingen omwille van eerder gemaakte schulden de facto over nog minder inkomsten beschikken, is de situatie nog precairder.

Belangrijk in het proces van onderbescherming zijn de scharnierpunten en -processen waardoor het inkomen plots of na verloop van tijd onder het niveau van het leefloon zakt. Voor de hand liggende scharnierpunten bij een inkomen uit werk zijn een faillissement, werkloos worden zonder recht op een werkloosheidsuitkering, niet-opname van de werkloosheidsuitkering of de overgang naar onregelmatig en/of deeltijds werk. Bij een inkomen uit de sociale zekerheid onderscheiden we onder andere de schorsing van de werkloosheidsuitkering, ziekte- of invaliditeitsuitkering of een vertraging in de uitbetaling ervan. Wanneer het inkomen niet afhankelijk is van de sociale zekerheid zijn mogelijke scharnierpunten een relatiebreuk, het verlaten van het ouderlijk huis, overlijden van de persoon waarvan men financieel afhankelijk is of de voortschrijdende afname van het spaargeld.

Het overlijden van belangrijke figuren uit de naaste familie, relatiebreuken of gezondheidsproblemen leiden vaak tot psychische problemen die een scharnierpunt in het proces vormen. Een langzaam verglijdingsproces naar de onderbescherming speelt zich dikwijls af buiten het gezichtsveld van anderen en

soms van de betrokkene zelf. In zo'n groeiend sociaal isolement slibben dikwijls ook de kanalen naar hulpverlenende organisaties dicht. De auteurs benadrukken echter dat er ook een aantal scharnierpunten zijn waar wél duidelijk aanwijsbare (en dus potentieel opsporende en 'meezorgende') organisaties betrokken zijn. Het gaat dan in eerste instantie om de meest rechtstreeks betrokken, uitvoerende of bemiddelende actoren en organisaties zoals werkgevers, curatoren, deurwaarders, advocaten, de RVA, ziekenfondsen, vakbonden en het OCMW zelf. Ten tweede gaat het om organisaties die zich aan de andere, 'ontvangende' zijde bevinden zoals diensten voor (weduwe)pensioenen en kinderbijslag, en vluchthuizen. Andere organisaties die in dit verband kunnen worden genoemd, zijn gevangenissen en psychiatrische inrichtingen.

Drempels

Drempels voor het aanvragen van financiële hulp bij het OCMW vormen vaak de reden waarom onderbeschermden er niet in slagen om hun recht op leefloon of een financiële bijpassing te realiseren. Vanuit het onderzoek werden vier clusters van drempels gedetecteerd: (1) het niet ervaren van de nood aan hulp, (2) het niet kennen van de (eigen) rechten, (3) het niet willen vragen en opnemen van hulp en (4) het niet kunnen of durven vragen en opnemen van hulp.

Elk van deze drempels is ook een mogelijk aangrijpingspunt voor een proactieve aanpak van onderbescherming. De stap naar het OCMW wordt immers pas gezet als alle drempels sneuvelen. Een opvallende vaststelling was ook dat vaak vrouwelijke netwerkliden de respondenten uit het onderzoek vergezelden naar het OCMW. Dit bevestigt het belang van laagdrempelige, vertrouwelijke en aanklampende hulp, aangezien velen alleen de stap niet zouden zetten.

Eenmaal bij het OCMW kunnen zich echter opnieuw drempels ontwikkelen. Het gaat dan om drempels van niet-toekenning (zoals het niet beschikken over een domicilie of een paspoort of een schorsing omwille van onvoldoende bewijs van werkwillegheid) of (be)handelingswijzen (lange toekenningsprocedures of de persoonlijke behandelingswijze van de betrokken sociaal assistent(e)) die de respondenten doen afzien van een hulpvraag aan het OCMW (hier 'vraagverschrikkers' genoemd).

Een laatste drempel is de grote variabiliteit in de hulp die financieel onderbeschermden van het OCMW ontvangen, of ze nu wél of niet aan de wettelijke voorwaarden voldoen, en dat zowel naar de administratieve als naar de hulpverlenende (be)handeling. Dit roept dan ook de vraag op naar hoe ruim de handelingsmarge, die voorzien is in de organieke OCMW-wet, mag zijn. Praktijken zoals het toekennen van een 'zwerfloon'² kunnen moeilijk als een duurzame, integrerende hulp worden beschouwd. Op die manier blijft de betrokkene vast zitten in zijn positie van onderbescherming. Ook ontvangers van een leefloon die geen bijkomende hulp hebben, komen vaak voortdurend opnieuw in een situatie van thuisloosheid terecht en dus in een situatie zonder domicilie en bijgevolg in

een financiële situatie onder het leefloon. Door deze instabiliteit wordt het nut van het leefloon op de proef gesteld en dreigt er op termijn een muur tussen het OCMW en de betrokkene te staan.

4.2.3 Oplossingen

De onderzoeksresultaten gaven aan dat er zich een reëel probleem stelt op het vlak van onderbescherming met betrekking tot het leefloon en sociale hulp. Het beleid, en in het bijzonder de OCMW's en de actoren uit de sociale zekerheid, moeten dan ook een proactieve strategie ontwikkelen tegen financiële onderbescherming. De bestrijding van onderbescherming houdt de bestrijding in van drempels tot niet-opname en van 'vraagverschrikkers' en een grote alertheid voor scharnierzakmomenten, die kansen bieden op een positieve spiraal maar ook risico's op een verdere neerwaartse spiraal.

Voor de verschillende fasen in het hulpverleningsproces dienen maatregelen te worden genomen. Zonder in detail te treden, sommen we ze hier op: preventie; opsporing, benadering en opleiding; onthaal; rechtendetectie en rechtenrealisatie. In dit proactieve beleid moet extra aandacht worden besteed aan de doelgroepen met een verhoogd risico op onderbescherming: de eenpersoonshuishoudens, personen die op het platteland wonen en zelfstandigen. Ook is het belangrijk dat de proactieve strategie wordt gedeeld door meerdere maatschappelijke actoren en sectoren, gezien de grote variatie in scharnierzakmomenten en -processen die leiden tot een situatie van onderbescherming. De sectoren van de OCMW's en de sociale zekerheid hebben hier een cruciale rol te vervullen. Ook moet de vraag worden gesteld worden hoe ruim de marge die het OCMW heeft bij de toekenning van aanvullende steun mag worden gehanteerd, indien men het risico van arbitraire behandeling wil vermijden.

Tenslotte bevestigt het kwalitatieve onderzoek ook dat het huidige bedrag van het leefloon onvoldoende is om een menswaardig bestaan te leiden. Er is dan ook, zoals ook reeds vaak gesteld in het Jaarboek Armoede, een duidelijke nood aan een verhoging. Naast de hoogte is ook de stabiliteit van de toekenning een cruciaal gegeven in de bescherming tegen onderbescherming. Periodes van sancties en/of schorsingen dienen tot een absoluut minimum te worden beperkt, aangezien ze een ernstige inbreuk vormen op het recht op financiële bescherming en op de menselijke waardigheid.

Het huidige bedrag van het leefloon is onvoldoende voor een menswaardig bestaan

5. Inkomensbeleid

5.1 Lonen

In het kader van de bestrijding van de werkloosheidsval en de inkomensarmoede werden in 2007 enkele maatregelen ingevoerd die het nettoloon, vooral voor de laagste lonen, moeten verhogen. Het betreft de verhoging van het minimumloon, de Vlaamse korting op lage lonen en de verhoging van de jobkorting; we bespreken ze alledrie kort.

In uitvoering van het interprofessioneel akkoord 2007-2008 werd op 1 april 2007 het bruto minimumloon met € 25 per maand verhoogd. Op deze verhoging zullen ook geen sociale bijdragen worden geheven. De minimum maandlonen bedragen op 1 april voor een persoon van 21 jaar € 1.283,91 per maand, op 21,5 jaar (met minimum 6 maanden anciënniteit) € 1.318,61 en op 22 jaar (met minimum 12 maanden anciënniteit) € 1.334,03.

In uitvoering van het decreet van 21 juni 2006 wordt vanaf 2007 een korting van € 125 toegekend aan de laagste lonen. Aangezien het hier gaat om een maatregel om de werkloosheidsvallen te verkleinen, wordt deze korting enkel toegestaan aan inwoners die een minimum inkomen uit werk halen van € 5.500 op jaarbasis. De bovengrens om van deze korting te genieten bedraagt € 21.000. Deze korting zou in 2008 stijgen tot € 150 voor dezelfde doelgroep en in 2009 uitgebreid worden tot € 200 voor iedereen wiens inkomen boven € 5.500 ligt

In 2007 werd op de speciale ministerraad te Leuven beslist om de forfaitaire beroepskosten te verhogen. In vergelijking met de inkomens van 2006, stijgt het percentage dat mag worden toegepast op de laagste loonschaal voor de berekening van de beroepskosten met 1,1%. Deze verhoging zou ervoor moeten zorgen dat de lonen met gemiddeld € 50 toenemen. De verhoging werd via een eenmalige verlaging van de bedrijfsvoorheffing verrekend in het loon van de maand mei.

5.2 Kinderbijslag

Het afgelopen jaar werden door de federale regering een reeks maatregelen genomen om voor verschillende categorieën de kinderbijslag beter af te stemmen op de kosten die kinderen met zich meebrengen. Het betreft de schoolpremie, de verhoging van de kinderbijslag voor eenoudergezinnen, de verhoging van de kinderbijslag voor zelfstandigen en dat de verhoogde kinderbijslag langer mag worden behouden.

Net als in 2006 werd ook in 2007 eind augustus, vlak voor de start van het nieuwe schooljaar, een speciale premie uitbetaald aan gezinnen met schoolgaande kinderen. Voor kinderen van 6 tot en met 11 jaar bedroeg deze premie

€ 51, voor kinderen van 12 tot en met 17 jaar ging het om een bedrag van € 71,40. Hiermee wou de regering ook inspelen op de opmerkingen in het armoederapport van het Steunpunt tot bestrijding van armoede (2005), waarin gepleit werd voor de herinvoer van specifiek kindergeld voor bepaalde periodes die bijzonder duur uitvallen voor de ouders.

Een tweede maatregel met betrekking tot de kinderbijslag, was de verhoging vanaf juni 2007 van de kinderbijslag voor eenoudergezinnen. Het ging om een verhoging met € 20 per maand per kind, voor gezinnen waarvan het inkomen niet hoger was dan € 1.740,15 bruto per maand. Deze maatregel zou van toepassing zijn op ongeveer 62.000 kinderen. In de motivatie voor deze verhoging verwees men naar het rapport van de Koning Boudewijnstichting (2003) over eenoudergezinnen waarbij het grotere risico op armoede voor deze gezinnen onderstreept werd.

Ook voor zelfstandigen verhoogde vanaf 1 april 2007 de kinderbijslag verhoogd, althans voor het eerste kind. De basisbedragen waren vóór de verhoging € 39,97 voor actieve zelfstandigen en € 63,39 voor gepensioneerden. Na indexering en verhoging kwamen deze bedragen uit op respectievelijk € 60 en € 83,42, een stijging met € 20 per maand voor beide categorieën. Daarnaast worden ook een aantal maatregelen voor de kinderbijslag van kinderen met een handicap, geboren na 1 januari 1996, uitgebreid naar de kinderen geboren na 1 januari 1993. Hiermee wordt deze regeling vergelijkbaar met wat al bestond in het stelsel van de kinderbijslag voor werknemers.

Een persoon die langdurig werkloos of ziek was, had in het verleden recht op een toeslag bij de gewone kinderbijslag wanneer het inkomen van het huishouden een bepaald grensbedrag niet overschreed. Deze toeslag werd echter niet doorbetaald wanneer hij of zij opnieuw begon te werken. Dit was één element dat bijdroeg tot de werkloosheidsval. Om dit probleem aan te pakken, werd begin 2007 beslist dat de toeslag voortaan verder kan worden doorbetaald gedurende maximum twee jaar, op voorwaarde dat het inkomen van het gezin het grensbedrag niet overschrijdt.

5.3 Pensioenen

Het armoederisico bij gepensioneerden ligt in België duidelijk hoger dan het gemiddelde. Maatregelen om de pensioenen te herwaarden zijn dan ook broodnodig om te vermijden dat een groot deel van de gepensioneerden in de armoede verzeild raken. In 2007 waren er op dit gebied 3 maatregelen die vermeld dienen te worden omwille van hun positief effect op de laagste pensioenen: de invoering van de pensioenbonus om langer werken te stimuleren, de pensioenbonus voor de welvaartsvastheid en de verhoging van de IGO tot boven armoedegrens.

In het Generatiepact van eind 2006 was afgesproken dat er een pensioenbonus zou komen voor mensen die langer dan een bepaalde leeftijd op de arbeidsmarkt actief bleven. Op deze manier wou men de lage activiteitsgraad in België van personen boven 55 jaar opkrikken. De pensioenbonus kent aan personen die met pensioen gaan een bonus toe van € 2 per dag gepresteerd na 62 jaar of 44 loopbaanjaren. Dit komt overeen met € 52 per maand of € 624 per jaar extra voor een jaar langer werken. De maatregel is van toepassing op de pensioenen die ten vroegste op 1 januari 2007 ingaan.

In het kader van het welvaartsvast maken van de pensioenen, werd in april 2007 een pensioenbonus toegekend, zowel voor werknemers als zelfstandigen. Deze bonus bedraagt € 35 of € 75, naargelang de gerechtigden 10 tot 19 jaar, of 20 jaar of meer gewerkt hebben. Op 1 september 2007 kunnen de gepensioneerden die 20 jaar of langer op pensioen zijn en de mensen met een minimumpensioen een tweede toeslag krijgen. Dit is het geval indien de pensioenverhoging die de gepensioneerden in 2007 zouden hebben gekregen enkel op basis van de voorstellen van de sociale partners (een stijging met 2%) hoger zou zijn dan de welvaartsbonus die ze in april hebben ontvangen.³

In april 2008 zou al wie dan minstens zes jaar op pensioen is € 40 extra krijgen bij een loopbaan van 10 tot 19 jaar en € 90 extra bij een loopbaan van minstens 20 jaar. Bij de mensen die reeds in 2007 in aanmerking kwamen voor de welvaartsbonus, verhoogt deze dus tot respectievelijk € 75 en € 165. Vanaf 2009 zullen de pensioenen die 6 en 15 jaar geleden ingegaan zijn, jaarlijks aangepast worden aan de welvaart.

De inkomensgarantie voor ouderen (IGO) wordt door de Rijksdienst voor Pensioenen toegekend aan personen ouder dan 64 jaar die niet over voldoende bestaansmiddelen beschikken. In december 2006 werd de IGO met € 60 per maand verhoogd voor samenwonenden en met € 90 voor alleenstaanden. Het maandelijks basisbedrag werd zo € 530,30 voor de eerste categorie en € 795,45 voor de laatste. Daardoor sprong de IGO voor alleenstaanden over de armoedegrens van € 777. Aangezien de nieuwe armoedegrens voor alleenstaanden echter op € 822 ligt (zie punt 1), dreigt het verblijf boven de armoedegrens van korte duur te zijn.

De IGO kwam tijdelijk boven de armoedegrens uit

5.4 Leefloon welvaartsvast

In oktober 2006 gaf de Nationale Arbeidsraad (NAR) een unaniem advies over het welvaartsvast maken van bijstandsuitkeringen. Dat leidde ertoe dat de federale regering besliste om het leefloon meteen te verhogen met 2% op 1 april 2007, waardoor de geplande verhoging met 2% als gevolg van de ministerraad

van Oostende met enkele maanden werd vervroegd. Op 1 januari 2008 zou nog een nieuwe verhoging volgen. Belangrijker evenwel is dat in opvolging van het advies van de NAR vanaf 2009 de uitkeringen van het bijstandsstelsel welvaartsvast zullen worden. Dit moet dan gelden voor het leefloon, de maatschappelijke hulp en de uitkeringen die hieraan gekoppeld zijn, zoals de wachtuitkering voor jonge alleenstaanden, het vervangingsinkomen voor personen met een handicap en de invaliditeitsuitkeringen van onregelmatige werknemers (Dupont, 2006). De toekomst zal uitwijzen of de nieuwe federale regering deze belangrijke principiële beslissing bevestigt.

Een andere welvaartsaanpassing werd doorgevoerd in het stelsel van de uitkeringen voor beroepsziekten. In 2007 worden de uitkeringen die dateren van 2000 en 2001, de uitkeringen die minstens 20 jaar geleden ingingen en de uitkeringen vergoed op forfaitaire basis verhoogd met 2%. In 2008 verhoogt men de uitkeringen die 15 tot 20 jaar geleden zijn ingegaan en wordt er een recurrente maatregel ingevoerd waarbij alle uitkeringen van de beroepsziekten die ten minste 6 jaar geleden zijn ingegaan, met 2% verhoogd.

5.5 Leren omgaan met geld

Het voorbije jaar werkte een team van leraren uit het beroepsonderwijs en maatschappelijke werkers van het OCMW het lessenpakket 'Op eigen benen' uit (Vanackere, 2007). Het doel van de cursus is om jongeren tips te geven over hoe ze hun geld moeten beheren en hoe ze kunnen vermijden in overdreven schuldenlast verzeild te raken. Het idee voor het lessenpakket ontstond in de Limburgse OCMW-werkgroep, waar men vaststelde dat ze de voorbije jaren steeds meer jongeren over de vloer kregen die (diep) in de schulden zaten. Redenen die hiervoor werden aangehaald, waren dure gsm-rekeningen en te vlotte toegang tot krediet vanwege banken en voor aankopen op afbetaling. Vlaams minister van Welzijn Vanackere voorziet in het schooljaar 2007-2008 twee gratis lessenpakketten voor alle scholen uit het secundair beroepsonderwijs, een beperking die is ingegeven door het feit dat deze lessen kunnen worden gegeven in het kader van het Project Algemene Vakken (PAV), wat niet bestaat in het ASO en TSO. Aangezien bij de schuldbemiddelingsdiensten van de OCMW's nog altijd wachtlijsten bestaan, is deze preventieve maatregel meer dan welkom en zou het verplicht geven van dit pakket in de toekomst kunnen worden overwogen.

5.6 Geschikte indicatoren zoeken rond schuldenlast

In het kader van het Nationaal Actieplan Sociale Inclusie (NAP/incl) werd in 2007 een onderzoek (Carpentier en Van den Bosch, 2007) uitgevoerd rond indicatoren om schuldenlast en armoede op te volgen. In het onderzoek worden 'het

percentage personen in huishoudens die (dieper) onder de armoedelij n zakken door afbetaling van consumptieschulden' en 'het percentage personen in huishoudens met minstens twee achterstallige betalingen voor facturen van electriciteit, water of gas, huur of hypotheek of gezondheidszorgen' naar voor geschoven als primaire indicatoren voor schuldenlast. In het najaar zal de werkgroep indicatoren van het NAPincl beslissen welke indicatoren worden opgenomen in de indicatorenbijlage van het NAPincl.

6. Besluit

De cijfers met betrekking tot inkomensarmoede in Vlaanderen bevestigen het beeld dat we al lang kennen. Mensen die voor hun inkomen afhankelijk zijn van een uitkering, lopen veel risico om onder de armoedegrens te belanden. De uitkeringen hebben in de jaren 1990 een achterstand opgelopen op de algemene welvaartsontwikkeling en pas sinds het begin van het nieuwe decennium wordt deze achterstand beetje bij beetje ingelopen. De structurele welvaartsaanpassingen die voorzien zijn voor de komende jaren, vormen in ieder geval een positieve evolutie. Toch tonen de cijfers van de huishoudbudgetenquête aan dat bij de personen uit de laagste inkomensdecielen hun inkomsten niet volstaan om de uitgaven volledig te dekken. Het aangaan van schulden verhoogt bij hen de kans om (op termijn) in een uitzichtloze schuldsituatie te verzeilen. De gegevens van de Centrale voor kredieten aan particulieren wijzen erop dat altijd meer mensen op krediet kopen en ook het feit dat alsmaar meer mensen een beroep moeten doen op een procedure voor collectieve schuldenregeling, is in deze een veeg teken. Tenslotte bewijzen de resultaten rond onderbescherming dat een bijstandsregeling op zich, zelfs wanneer de bedragen boven de armoedegrens zouden liggen, niet voldoende is om mensen uit de financiële armoede te halen en houden.

NOTEN

1. Voor dit onderzoek werden de Europese landen opgedeeld in vier groepen, waarbij België ingedeeld werd in de groep van de rijke landen die een relatief gelijke verdeling van de welvaart hebben. De andere landen in deze groep waren Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk en Zweden.
2. Bij de praktijk van het zwerfloon wordt aan de betrokkene wekelijks een bedrag uitgekeerd dat in verhouding substantieel lager is dan het leefloon. Deze praktijk en de concrete invulling ervan verschilt tussen de OCMW's.
3. Dit zal het geval zijn voor de mensen die minder dan 10 jaar gewerkt hebben, die 10 tot 19 jaar gewerkt hebben en een pensioen hebben van meer dan € 437,5 of mensen die 20 jaar of meer gewerkt hebben en een pensioen hebben van meer dan € 937,5.

HOOFDSTUK 3

Geabonneerd op de banenmarkt

Marc Jans en Danielle Dierckx

Werklozen de weg wijzen naar de arbeidsmarkt is en zal altijd een uitdaging blijven. Een deel van hen dwaalt op de VDAB-banenmarkt rond op zoek naar de gepaste job. Een harde kern lijkt gedoemd om een abonnement op dit evenement te nemen voor de komende jaargangen. We hebben het in deze bijdrage over de gedaante waarin het werklozenlegioen zich vandaag aandient. Hun profiel(en) stelt uiteraard specifieke eisen aan de manier waarop antwoorden worden geformuleerd. We focussen voornamelijk op enkele Vlaamse beleidsstrategieën. In een afsluitende paragraaf besteden we (nogmaals) aandacht aan de valkuilen in het activeringsdebat; deze keer geformuleerd in de vorm van soorten van werkloosheidsvallen.

1. Werklozen in kaart

Het gaat goed in ons land: de werkloosheid is gedaald en dit voor het tweede jaar op rij. Dit jaar zelfs met een substantieel verschil van een 20% ten opzichte van 2006. Op 1 juli 2007 bedroeg het aantal niet-werkende werkzoekenden (NWWZ) in Vlaanderen 168.053. We komen daarmee terug in de buurt van de gunstige situatie op het einde van de jaren negentig (zie tabel *WL2*, deel III, hoofdstuk 1). De conjunctuur kent wereldwijd weer glorie-dagen; die impact is ook voelbaar bij ons.

Hoe staan we ervoor als we kijken naar de werkzaamheidsgraad (het percentage werkenden ten opzichte van de totale bevolking)? In Vlaanderen tikt die af op 65,0% in 2006. Dit percentage gaat voor het derde jaar op rij gestaag in stijgende lijn, maar we komen nog niet in de buurt van het Europese doel (70%) dat tegen 2010 moet worden behaald. Vlaanderen scoort op dit vlak wel duidelijk beter dan Wallonië (56,1%) en Brussel (53,4%). Voor heel België geeft dit een werkzaamheidsgraad van 61,0%.

Om – voor zover als mogelijk – via overheidsbeleid een hogere werkzaamheidsgraad te realiseren, is het nuttig om te weten wie precies op dit moment aan de kant blijft staan. Hoe ziet het profiel van de werkloze bevolking eruit?

Leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en herkomst blijven betekenisvolle variabelen op dit terrein.

1.1 Leeftijdsverschillen

In een periode van economische heropleving blijken jongeren hier dikwijls als eersten van te kunnen profiteren. Zo bedroeg het aantal werkloze jongeren onder de 25 jaar op 1 juli 2007 nog 30.575, een daling met maar liefst 26% tegenover een jaar eerder. In de middengroep tussen de 25 en 40 jaar is er een gelijkaardige daling tot 55.440 of een vermindering van 25,3%. Bij de 50-plussers ten slotte viel er voor het eerst sinds een drietal jaren een lichte daling vast te stellen. Het aantal werklozen (NWWZ) daalde hier van 45.838 naar 44.538, een vermindering van 2,8%. Deze daling is opvallend, aangezien door de verruimde registratie de afgelopen jaren meer oudere werkzoekenden beschikbaar moeten blijven voor de arbeidsmarkt en dus ingeschreven zijn als NWWZ.

Ondanks de relatief positieve berichten inzake jongerenwerkloosheid blijft het een groep die bijzondere aandacht vereist. Werkloosheid op jonge leeftijd kan immers bepalend zijn voor de verdere carrièrekansen. Een analyse van de jeugdwerkloosheid brengt enkele pijnpunten op de voorgrond. De SERV verwijst in deze naar de soms moeizame aansluiting van het onderwijs op de arbeidsmarkt. Voor enkele specifieke (sub)groepen verloopt die heel moeilijk: de ongekwalificeerde uitstromers (35% na één jaar werkloos), de afgestudeerden met enkel een ASO-diploma (17% na één jaar werkloos) en de schoolverlaters van het alternerend leren, die tijdens hun studies geen werkervaring konden opdoen (45,4% na één jaar werkloos) (SERV, 2007b).

1.2 Vrouwelijke werkloosheid

De werkloosheid is in Vlaanderen ongelijk verdeeld over mannen en vrouwen. Op 1 juli 2007 was 53,9% van de werklozen (NWWZ) vrouwelijk. De werkloosheidsgraad weerspiegelt dit: de algemene werkloosheidsgraad lag in Vlaanderen op 5,96%; voor mannen bleef die beperkt tot 4,96% terwijl die voor vrouwen opliep tot 7,19% (zie tabel *WZ* 3, deel III, hoofdstuk 1). Die verschillen zijn gedeeltelijk te verklaren door de oudere generaties, waar vrouwen dikwijls niet gingen werken; voor de jongere generaties worden de verschillen dan ook kleiner.

In het verslag 2007 van de Hoge Raad voor de Werkgelegenheid wordt aangestipt dat vrouwen veel meer parttime werken dan mannen en hun arbeidssituatie sterk aanpassen aan de gezinssituatie, zeker wanneer ze kinderen hebben. Om de gelijke participatiekansen van vrouwen te stimuleren, pleit de Raad dan ook voor een verdere ontwikkeling van de kinderopvang. De uitdaging bestaat erin om tot een ruim en voldoende verspreid aanbod te komen, met bijzondere aandacht voor de toegankelijkheid voor gezinnen met lage inkomens (HRW, 2007).

Het is een topic dat al enige tijd als onderwerp van beleid ter tafel ligt. We vermelden het Besluit van de Vlaamse regering omtrent lokale kinderopvang dat lokale besturen toelaat een lokaal beleid kinderopvang en een Lokaal Overleg Kinderopvang (LOK) uit te bouwen op maat van de lokale situatie (BS 19 juni 2007). Verschillende anomalieën komen in het aangezwengelde debat aan het licht, onder andere voor de werkloze die een job niet kan aanvaarden omwille van een gebrek aan kinderopvang, maar die tegelijk niet in aanmerking komt voor de voorrangsregels in de kinderopvang omdat hij/zij geen job heeft. Er zijn zelfs voorbeelden bekend waarin zulke situatie wordt opgevat als werkweigering, waardoor een schorsing volgt (APGA e.a, 2007).

1.3 Laaggeschoolden en personen van buitenlandse herkomst

Een ander relevant criterium voor de typering van de werkloze bevolking is het opleidingsniveau. Van alle Vlaamse werklozen (NWWZ) was op 1 juli 2007 meer dan de helft (50,9%) laaggeschoold. De middengeschoolden (diploma HSO) maakten ongeveer een derde (31,4%) van het totaal uit en de hooggeschoolden 13,7%. Zeker bij het korps van de langdurige werklozen blijven de laaggeschoolden de belangrijkste groep uitmaken (zie tabel *WL 7*, deel III, hoofdstuk 1).

Herkomst is een recentere variabele die in de analyses opduikt. Om een zicht te hebben op het aantal personen van buitenlandse herkomst ontwikkelde de VDAB een systeem op basis van zelfregistratie en naamherkenning. Nationaliteit voldoet immers niet om de personen van buitenlandse herkomst te detecteren. 82,6% van het totale aantal werklozen is van Europese herkomst (138.851); 11,2% is van Maghrebijnse of Turkse herkomst (18.800); 6,2% heeft een andere niet-EU herkomst (10.402). De daling in het totale aantal werklozen heeft zich quasi evenredig voltrokken bij de onderscheiden etnische groepen.

De SERV (2007a) formuleert in haar sociaaleconomisch rapport de moeilijke integratie van allochtone jongeren als één van de actuele uitdagingen. De werkloosheid onder allochtone jongeren ligt een stuk hoger dan die van hun autochtone leeftijdgenoten. De bijzonder lage werkzaamheidsgraad van jonge allochtone vrouwen speelt hierin een belangrijke rol. De allochtone jongeren bij de VDAB zijn meer dan gemiddeld laaggeschoold en meer dan gemiddeld langdurig werkloos. Voor nauwelijks iets meer dan de helft van de allochtone werkzoekenden resulteert een VDAB-traject in een uitstroom uit de werkloosheid. Zelfs na een uitgebreid traject (dus met een opleiding) slaagt niet eens 60% van de allochtonen erin aan de slag te gaan.

Verder blijkt dat allochtonen meer aan de slag zijn als arbeider, minder vast werk hebben en meer deeltijds werken. Zij bevinden zich (vermoedelijk hierdoor) ook in de lagere loonklasse. Het hebben van de Belgische nationaliteit bleek geen facilitator om aan de slag te kunnen, maar allochtone werknemers

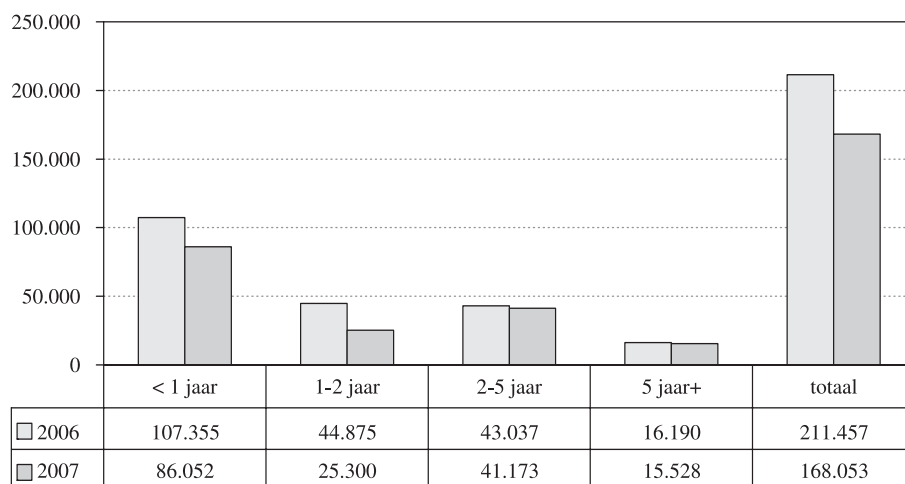
met de Belgische nationaliteit lijken een betere positie te hebben dan allochtone werknemers met een buitenlandse nationaliteit.

1.4 Langdurige werklozen

Volgens de RVA-statistieken waren op 1 juli 2007 van de 168.053 NWWZ in Vlaanderen 82.001 werklozen langer dan één jaar werkloos, wat neerkomt op één werkloze op twee. In vergelijking met een jaar eerder waren dit er 20% minder. Dit jaar gaat het dan ook om een trendbreuk: vorig jaar was het aantal NWWZ in Vlaanderen al in dalende lijn voor het eerst sinds 2000, maar toen verhulde deze daling twee tegengestelde trends, een daling van het aantal kortdurige werklozen en een verdere stijging van het aantal langdurige werklozen. De huidige, aanhoudende hoogconjunctuur zorgt ervoor dat nu ook langdurige werklozen opnieuw hun kansen op een job zien stijgen. De absolute aantallen zijn immers gedaald, maar het aandeel langdurige werklozen in het totale bestand blijft gelijk. De komende jaren moeten ook uitwijzen in hoeverre de reeks maatregelen die de Vlaamse regering de voorbije jaren voor verschillende kansengroepen heeft uitgevoerd hiertoe hebben bijgedragen.

Meer dan één op twee Vlaamse werklozen is laaggeschoold

Figuur 1 – Aantal NWWZ naar werkloosheidsduur, Vlaanderen, per 30 juni 2006 en 30 juni 2007.



Bron: Eigen berekeningen op basis van RVA, Directie Statistieken.

2. Nerven van het werkgelegenheidsbeleid

Elk van de beleidsinitiatieven speelt in op een drietal te onderscheiden componenten van het werkgelegenheidsbeleid. Het elimineren van structurele barrières, bijvoorbeeld via het bestrijden van de werkloosheidsval. De begeleiding van werklozen naar de arbeidsmarkt, onder andere via activeringstrajecten op maat. Een derde component heeft betrekking op de uitbouw van tewerkstellingscircuits buiten de reguliere arbeidsmarkt. De buurt- en nabijheidsdiensten zijn één van zulke initiatieven.

Op elk van de drie beleidsstrategieën gaan we hier dieper in. Daarmee zijn we ver van volledig in een opsomming van alle beleidsinitiatieven. We kiezen er echter voor om deze keer in te zoomen op een aantal maatregelen, die ook in 2006 en 2007 samen met de betrokken verenigingen en het Vlaams Netwerk van Verenigingen waar armen het woord nemen met bijzondere belangstelling werden opgevolgd. Dit gebeurde in het kader van het (verticaal) armoedeoverleg, werk en sociale economie, georganiseerd door het departement Werk en Sociale Economie van de Vlaamse overheid.

2.1 Bestrijden van werkloosheidsvallen

Gaan werken kan leiden tot een situatie die objectief of subjectief gezien minder aantrekkelijk is dan wanneer men in de werkloosheid zou blijven. In zo'n geval spreken we over werkloosheidsvallen, die werken voor sommige werkzoekenden onaantrekkelijk maken. Op basis van een screening van 12.000 langdurig werkzoekenden, raamt de VDAB dat ruim vier op de tien werklozen met zo'n werkloosheidsval te maken hebben (Vandenbroucke, 2007). Om die werkloosheidsvallen uit te schakelen, heeft de Vlaamse overheid het 'Actieplan werkloosheidsvallen' in april 2007 goedgekeurd.

Bij een werkloosheidsval wordt vooral aan financiële drempels gedacht die het verschil tussen een uitkering en een nettoloon erg klein maken. De belangrijkste hefbomen voor het bestrijden van die financiële vallen liggen bij de federale overheid. De afgelopen jaren werd een aantal maatregelen genomen om dit financiële verschil tussen uitkering en nettoloon te vergroten: de lastenverlaging voor de lage lonen, de werkbonus. Ook de Vlaamse regering maakt gebruik van haar bevoegdheid om belastingverminderingen toe te kennen en om op die manier de belasting op een vervangingsinkomen en op een beroepsinkomen beter op elkaar af te stemmen.

Verder zijn er ook andere, kwalitatieve randvoorwaarden die de overstap van werkloosheid naar werk bemoeilijken. Zo vinden alleenstaande vrouwen met kleine kinderen niet zomaar onmiddellijk gepaste kinderopvang wanneer ze een job aanvaarden. Wie eerst op zoek moet naar kinderopvang vooraleer met zekerheid een arbeidscontract te ondertekenen, komt vaak te laat. Hetzelfde pro-

bleem stelt zich bij sollicitaties. De kinderopvang moet in die situaties zo efficiënt mogelijk kunnen worden ingeschakeld. Zo zal, op initiatief van de minister van Welzijn, niet alleen een uitbreiding van het aanbod in de buitenschoolse kinderopvang worden gerealiseerd, maar ook van de flexibele kinderopvang. Flexibele kinderopvang moet werkzoekenden in staat stellen om vlot een opleiding bij te wonen en/of te gaan solliciteren en tegelijkertijd de werknemers de mogelijkheid bieden om hun werksituatie met het gezin te combineren.

Ook de verplaatsingen die werkzoekenden moeten maken om een opleiding te volgen, te solliciteren of te gaan werken, kunnen een drempel vormen in hun activeringstraject. In het recente verleden werden al diverse initiatieven genomen om de mobiliteit van werkzoekenden te verbeteren. Over mobiliteitsproblemen werden al afspraken gemaakt met De Lijn en de NMBS over voordelige tarieven voor sollicitanten. Die initiatieven worden geëvalueerd. In overleg met de minister van Mobiliteit zal worden nagegaan welke initiatieven kunnen worden behouden en versterkt. Maar ook hier moet verder worden onderzocht in welke mate verplaatsingskosten de werkzoekenden belemmeren in hun zoektocht naar gepast werk.

2.2 Activeringstrajecten op maat

Bij zowat 20% van de langdurig werkzoekenden die momenteel door de VDAB binnen de curatieve werking van de sluitende aanpak worden opgeroepen, worden problemen geconstateerd die niet onmiddellijk op te lossen zijn door een regulier arbeidsmarktgericht traject naar werk. De VDAB voert momenteel een grondige screening uit van die specifieke groep langdurige werkzoekenden om de specifieke problemen in kaart te brengen. Daartoe horen ook vaak complexe armoedeproblemen die moeten overwonnen worden op weg naar tewerkstelling. Om werkzoekenden, die kampen met armoedeproblemen, te ondersteunen in het kader van publieke arbeidsbemiddeling worden diverse inspanningen geleverd: ervaringsdeskundigen worden ingeschakeld bij trajecten voor mensen in armoede; binnen de lokale werkwinkels zullen de VDAB en de OCMW's sterker samenwerken met het oog op activering van leefloners; een knipperlichtenlijst moet VDAB-consulenten toelaten om armoedeproblemen als drempel op de weg naar werk sneller te detecteren; diezelfde consulenten kunnen een opleiding armoede en sociale uitsluiting volgen; op maat van werkzoekenden met een grote afstand tot de arbeidsmarkt worden specifieke trajecten, de zogenaamde activeringstrajecten of integrale trajecten, ontwikkeld.

Voor 20% van de langdurig werkzoekenden is een regulier arbeidsmarktgericht traject niet haalbaar

Detectie van werkzoekenden in armoede is hierbij een belangrijk gegeven; het is geen sinecure, daar het om een groep van mensen gaat die moeilijk in harde, gestandaardiseerde criteria kunnen worden gevat. De VDAB kan dit probleem niet aanpakken zonder een beroep te doen op gespecialiseerde actoren uit de zorgsector. In het kader van het Meerbanenplan (Vlaamse regering, 2006) werden middelen voorzien om die 'niet-arbeidsmarkt gerelateerde' uitkeringsgerechtigden via speciale begeleiding op maat alsnog uit de werkloosheid te halen.

In uitvoering van het Meerbanenplan gaat de VDAB vanaf 2007 concreet van start met de uitbesteding van 'activeringstrajecten' aan gespecialiseerde partners. Het opzet van die trajecten is dat de betrokken werkzoekenden kunnen worden doorverwezen naar arbeidsplaatsen in de sociale economie dan wel naar gespecialiseerde hulpverlening waar dat nodig en mogelijk is. De doorverwijzing naar gespecialiseerde zorgverleners moet op een structurele manier plaatsvinden om de werkzoekende terug op te nemen in de trajectwerking wanneer de niet-arbeidsmarktgerelateerde problemen in voldoende mate werden opgelost. Afspraken tussen de VDAB en welzijn- en gezondheidsorganisaties zijn daartoe noodzakelijk. Bij een aantal werkzoekenden kan zo'n activeringstraject leiden naar een tewerkstelling in het reguliere economische circuit eventueel met ondersteuning via het systeem van 'supported employment'. Bij anderen zal een tewerkstelling in het circuit van de sociale economie het hoogst haalbare zijn. Daartoe wordt gewerkt aan het verhogen van zowel de kwantiteit als kwaliteit van de arbeidszorgplaatsen binnen de sociale economie.

2.3 Buurt- en nabijheidsdiensten, meer dan werk op maat?

Het advies 'Welzijn in tijden van onbehagen' van de Commissie Cultureel Verdrag Vlaanderen Nederland (CVN)¹ (2003) concludeert dat er een toenemend gevoel van onbehagen waarneembaar is in de samenleving. Het CVN brengt de oorzaken niet alleen terug tot de sociaaleconomische omstandigheden, maar zij legt het verband met groeiende gevoelens van onbehagen die samenhangen met een vermindering van de sociale cohesie in de maatschappij. Bepaalde groepen van mensen hebben het gevoel geen vat te hebben op het eigen leven. De oplossingen liggen in het vergroten van de sociale cohesie in de maatschappij, empowerment van de burger en een grotere participatie van de burger aan het maatschappelijke leven. De oplossing is voor een deel binnen de sociale economie te vinden. Bedrijven binnen de sociale economie engageren zich bewust om mensen, die hun weg niet vinden in het reguliere circuit, niet alleen werk, maar ook reële groeikansen te geven. We vinden dat terug in de sociale werkplaatsen, de beschutte werkplaatsen, de invoegbedrijven, in de ondersteunende bedrijven, maar in het bijzonder binnen het concept van de buurt- en nabijheidsdiensten. De definitie die door de Koning Boudewijn Stichting gehanteerd wordt is dui-

delijk: “Een Buurt- of Nabijheidsdienst is een dienstverlenende voorziening met de volgende geïntegreerde kenmerken: (1) ze verhoogt de leefkwaliteit van de gebruikers door in te spelen op relevante collectieve en persoonlijke behoeften, (2) ze creëert duurzame arbeidsplaatsen voor alle medewerkers – waarvan minstens de helft gerekruteerd wordt uit ‘kansengroepen’ en (3) ze betreft medewerkers en andere belanghebbenden op een participatieve wijze bij zowel de interne organisatie als de externe dienstverlening (Vermeulen, 2003).

De lokale dimensie is cruciaal omdat de basis van sociale cohesie ligt in de sterkte van sociale banden zoals gezin, school, buurt of vereniging; banden met een sterke lokale invulling. Op die manier kunnen de buurt- en nabijheidsdiensten door participatie van gebruikers, werknemers en buurtbewoners inspelen op de kern van het probleem. Ze kunnen een belangrijke hefboom zijn in de leefbaarheid en levensvatbaarheid van de buurt.

Op 22 december 2006 keurde de Vlaamse regering het decreet Lokale Diensteneconomie goed (BS 23 februari 2007). Dit decreet kwam tot stand na verschillende overlegmomenten met het werkveld en de koepel van de buurt- en nabijheidsdiensten. Het decreet voorziet in een klaverbladmodel voor de financiering van buurt- en nabijheidsdiensten. Zo’n combinatiemodel maakt het mogelijk om de bevoegdheidsoverschrijdende verantwoordelijkheden volop te laten samenspelen. Centraal bij buurt- en nabijheidsdiensten staat het gegeven dat men tewerkstellingskansen wil bieden aan kansengroepen en dat men die tewerkstellingskansen wil creëren op domeinen die ook een meerwaarde betekenen voor de buurt of voor een bepaalde doelgroep. Op die manier wordt een win-winsituatie gecreëerd. Juist het feit dat verschillende vormen van dienstverlening vanuit een tewerkstellingsperspectief zijn ontstaan, verklaart waarom er een complex financieringsmodel mee gepaard gaat: het klaverbladmodel. Er zijn immers meerdere actoren die baat hebben bij de buurt- en nabijheidsdiensten en die dus hun financiële steentje moeten bijdragen.

Buurt- en nabijheidsdiensten bieden tewerkstelling aan kansengroepen en betekenen ook een meerwaarde voor de buurt

Het gaat in de eerste plaats om sociale-economieprojecten. Zowel voormalig federaal staatssecretaris Els Van Weert (Spirit) als Vlaams minister Kathleen Van Brempt (sp.a), beiden bevoegd voor sociale economie, dragen een deel van de loon- en omkaderingskosten. De in Vlaanderen erkende buurt- en nabijheidsdiensten kunnen een beroep doen op de federale sociale inschakelingspremie voor kansengroepen (SINE) voor de tewerkstelling van mensen uit de doelgroep. Maar er wordt niet alleen op het vlak van tewerkstelling een sociale meerwaarde gecreëerd, ook op maatschappelijk of op ecologisch vlak creëren de buurt- en nabijheidsdiensten een surplus. De diensten komen tegemoet aan

maatschappelijke behoeften waaraan voordien niet werd voldaan, zoals occasionele opvang voor kinderen van wie de ouders een opleiding volgen of werk gaan zoeken. Ook de lokale overheden hebben baat bij de buurt- en nabijheidsdiensten, omdat ze het sociale weefsel in hun gemeente versterken en een antwoord kunnen bieden op reële behoeften. Tot slot zijn er de gebruikers, die eveneens een deel van de kostprijs voor de dienstverlening kunnen dragen, rekening houdend met hun financiële draagkracht.

Voor de zogenaamde Buurtontwikkelingsdiensten (BOD) krijgt de klaverbladfinanciering vorm doordat de verantwoordelijkheden zijn verdeeld over diverse bestuurlijke niveaus (federaal, Vlaams en gemeente) en diverse beleidsdomeinen bij de BOD betrokken zijn, waaronder minstens sociale economie en welzijn. BOD's vertrekken vanuit de doelstelling om de leefbaarheid en leefkwaliteit van een buurt of wijk te verhogen en wordt meestal gekoppeld aan werkgelegenheidscreatie voor mensen uit diezelfde buurt. In samenspraak met de buurtbewoners worden de behoeften in kaart gebracht en van daaruit worden diensten ontwikkeld of kunnen zwartwerk en vrijwilligerswerk worden opgenomen in het economische circuit en worden geprofessionaliseerd. Dit kan vooral voor achtergestelde buurten een doeltreffende aanpak zijn om een harde kern van werkzoekenden te activeren en een belangrijke functie vervullen bij het ontwikkelen van sociale netwerken op buurtniveau en bij het verstevigen van de sociale cohesie. De BOD's beantwoorden dus aan specifieke noden in bepaalde buurten en verdienen daardoor een plaats in het lokaal sociaal economisch beleid.

BOD's kunnen op lokaal niveau ook een expliciete rol spelen in de strijd tegen armoede. De kansen op succes verhogen door een structurele regeling voor de invulling van de klaverbladvoorziening van dergelijke BOD's. In eerste instantie wordt zo'n structurele regeling voorzien voor buurt- en nabijheidsdiensten die werken met energiesnoeiërs, diensten met betrekking tot kinderopvang of diensten die toerisme aanbieden.

3. Activering, de Koninklijke weg uit de armoede?

In elk van de hierboven besproken beleidsstrategieën wordt een centrale rol toegedicht aan activering als de uitweg uit de armoede. Daarmee sluit het beleid aan bij het heersende activeringsdiscours dat opgang maakte in de jaren negentig. Die aanpak vormt nog steeds een hoofdaccent van het recente Europese en Belgische werkgelegenheids- en armoedebeleid.

Een van de vooronderstellingen van dit discours is dat betaalde arbeid een belangrijke bescherming biedt tegen armoede. Van de werkenden loopt 'maar' 3,4% een verhoogd armoederisico (zie tabel *AG 1*, deel III, hoofdstuk 1). Dit zijn vooral laaggeschoolde jongeren, alleenstaande ouders met kinderen en men-

sen met deeltijdse of tijdelijke contracten. Tot die laatste behoren vooral vrouwen, die gedwongen worden om een deeltijdse job te kiezen als ze voor hun gezin willen zorgen. Bij de inactieve bevolking in België is het armoederisico 23,2% (in Vlaanderen: 18,2%), bij werklozen zelfs 30,7% (in Vlaanderen: 19,2%).

De hoopvolle vooronderstelling achter het activeringsdiscours vindt ook ruim steun in een internationale context: “Work has been made a priority – in order to have a high employment rate, but also because having a decent job is the best route out of poverty” (Giddens, 2007). Giddens berekende dat Europese huishoudens met het grootste risico op armoede eenverdienersgezinnen en gezinnen zonder beroepsinkomen zijn. Gezinnen zonder beroepsinkomen lopen een armoederisico van 15% in het Verenigd Koninkrijk tot 6% in Denemarken. Volgens diezelfde berekeningen bieden huishoudens met twee inkomens meestal volledige bescherming tegen armoede.

Op basis van empirische gegevens uit de Panel Studie van Belgische Huishoudens (PSBH) en van studie over de mobiliteit in en uit armoede in de voorbije jaren, simuleerden de Blander en Niçaise (2005) het potentieel effect van drie basisstrategieën om armoede te bestrijden. De ‘verzekeringsstaat’ of ‘verzorgingsstaat’, die vooral na de Tweede Wereldoorlog werd ontwikkeld, stelt de sociale zekerheid (met inbegrip van het gewaarborgd minimuminkomen of leefloon) als belangrijkste instrument voorop. De ‘actieve welvaartsstaat’, die een centrale plaats toeschrijft aan arbeid als sleutel tot inkomensverwerving én sociale ontplooiing. Een derde paradigma in volle opgang ten slotte is dat van de ‘kennismaatschappij’ waarin sociale integratie vooral vertaald wordt in termen van onderwijs en levenslang leren. De auteurs van die simulatie verwachtten dat via het verwerven van een arbeidsinkomen, kansarmoede op korte termijn kan gekeerd worden. Uit die simulatie blijkt betaald werk effectief een mogelijke springplank uit armoede te zijn. Het directe effect van activering is enorm: tewerkstelling verhoogt onmiddellijk en substantieel de kans om uit de armoede te geraken. Na twaalf maanden is het effect van activeringsmaatregelen maximaal: ongeveer 23% van de betrokkenen zijn, in nettoterminen, uit de armoede ontsnapt dankzij het activeringsprogramma.

De resultaten van die simulatie doen vermoeden dat activering effectief de Koninklijke weg uit de armoede is. Het verhaal is echter niet zo eenduidig; we staan daarom stil bij een aantal knelpunten of kanttekeningen ten aanzien van activering als strategie ter bestrijding van armoede. We formuleren die knelpunten in de vorm van soorten van werkloosheidsvallen. We hebben het eerst over de ‘snel-werk-val’ als een activeringstraject onvoldoende tijd en ruimte biedt om naast de weg naar werk ook te focussen op andere domeinen die de noodzakelijke levenskwaliteit moeten garanderen om werk te kunnen houden. Ten tweede focussen we op de ‘rechten- en plichtenva’l’. Daarmee doelen we onder meer op een mogelijk afschrikkingseffect van een activeringsdiscours dat eenzijdig focust op de plicht om actief te zijn – het disciplinerende karakter van de

activering, zoals we dit ook wel noemen. Wanneer in activeringsstrategieën de aandacht onvoldoende, maar evengoed ongenueanceerd eenzijdig, uitgaat naar de rechten van werkzoekenden, riskeert men immers inactiviteit als het meest geldige alternatief voor werkzoekenden die af te rekenen hebben met armoedeproblemen.

3.1 De ‘snel-werk-val’

Een minimaal niveau van welzijn en welbevinden is een noodzakelijke basisvoorwaarde voor zinvolle deelname aan activeringstrajecten. Niettegenstaande langdurige werkloosheid een bijkomende drempel vormt voor het vinden van werk en de snelste weg naar werk voor het gros van de werkzoekenden aangewezen is, pleit Vandermeerschen (2007), op basis van biografische interviews bij mensen die in armoede leven, voor trajecten op maat en met een aangepast tempo, zeker voor generatiearmen. Werken aan de noodzakelijke basisvoorwaarden voor zinvolle activering van die specifieke doelgroep vraagt immers tijd. Niet alle trajecten zijn echter idealiter van meet af aan gericht op werk. Sommige trajecten zullen daarenboven noodgedwongen ook alternatieven voor betaalde arbeid als eindpunt moeten hebben. Vandermeerschen pleit dan ook voor een voortraject met voldoende aandacht voor het versterken van het zelfbeeld (verhogen van zelfvertrouwen) en het oplossen van concrete armoededrempels, die in de weg kunnen staan van een succesvol traject, waaronder huisvesting en schuldbemiddeling. Dit laatste komt neer op het verhogen van de levenskwaliteit. Verhogen van zelfvertrouwen lukt veel beter wanneer in een trajectbenadering op maat vertrokken wordt van een competentiebenadering, gericht op de verdere ontwikkeling van bestaande competenties, in plaats van een deficiëntiebenadering eenzijdig gericht op het remediëren van tekortkomingen en gebreken. We herinneren hier ook nog eens aan de resultaten van het OASeS-onderzoek ‘Bruggen over woelig water’, waarin werd aangetoond dat voor wie in armoede leeft een opleiding en/of een job in het beste geval een tijdelijk succes betekent. Duurzame effecten worden pas bereikt als ook emotionele of expressieve ondersteuning via sociale netwerken wordt geboden (Thys, De Raedemaeker, Vranken, 2004).

Generatiearmen hebben nood aan trajecten op maat en met een aangepast tempo

Met het ontwerpen van de ‘activerings- of integrale trajecten’ en de groeiende aandacht voor maatwerk binnen de sluitende aanpak maakt de Vlaamse overheid alvast ruimte voor dergelijke voortrajecten.

Armoede kent diverse oorzaken en verschijningsvormen (Van de Voorde, 2005; Vranken, XXXX; Van Robaeys e.a. 2006). Trajecten op maat moeten dan ook gevat kunnen inspelen op de zeer diverse verschijningsvormen en oorzaken van een leven in armoede. Zo kan het ondersteunen van transitie op en rond de arbeidsmarkt van groot belang zijn in het geval van armoede veroorzaakt door biografische gebeurtenissen (Dewilde, 2004).

Een ander aspect van de ‘snel-werk-val’ is dat een activeringstraject te kort na een geslaagde doorstroom naar werk wordt afgerond. Dit houdt het risico in dat de tewerkstelling vroegtijdig wordt stopgezet.

Bij hun simulatie van het effect van activering, stellen De Blander en Nicaise (2005) vast dat activering zeer gunstige netto-effecten heeft op korte termijn; maar dat deze na vijf jaar tot hoogstens een vierde van hun oorspronkelijk niveau terugvallen. De duurzaamheid van de effecten hangt natuurlijk sterk af van de kwaliteit van het activeringsprogramma en de mate waarin men doorstroming kan realiseren na afloop. Overigens stellen ze vast dat het verzekeren van minimum-kwalificaties de duurzaamste effecten oplevert (zie het paradigma van de kennismaatschappij). Vooral wanneer men de strategie van (kwalificerende) competentieontwikkeling zou hanteren bij individuen die in armoede leven, zal de impact meer substantieel en duurzaam zijn.

Vandermeersch (2007) pleit daarom voor trajecten met nazorg die ruimte laten voor begeleiding op de werkvloer. Nazorg biedt garanties op ontwikkeling en doorgroei. Dat daar een motiverende kracht kan van uitgaan, spreekt voor zich. Overigens, zelfs na doorstroom naar werk blijft er voor personen die in armoede leven dikwijls nood aan andere begeleiding of ondersteuning. Via nazorg kan de mogelijkheid ingebouwd worden om werken te combineren met de ruimte om controle te verwerven over het eigen leven. Aan de hand van het stelsel van sociaal verlof, kan de mogelijkheid worden geboden om voor de jeugdrechter te verschijnen of naar de schuldbemiddelaar te gaan.

3.2 De ‘rechten- en plichtenva’

Het activeringsdiscours steunt op een evenwichtige verdeling van rechten en plichten. De Vos en Konings (2007) formuleren het in hun advies ten aanzien van de onderhandelaars van de nieuwe federale regering als volgt:

“Arbeid is en blijft één van de belangrijkste vormen van zingeving in het leven. Arbeid is daarenboven niet alleen de basis van persoonlijk inkomen en welvaart; het is ook het instrument waarmee burgers deelachtig worden aan de samenleving waarin zij leven. Het sociaal belang van een goed werkende arbeidsmarkt die brede lagen van de bevolking de kans biedt tot menselijke ontplooiing, tot deelname aan de samenleving en tot sociale mobiliteit, kan dan ook niet worden overschat. Een slecht werkende arbeidsmarkt, met zijn symptomen van massawerkloosheid en segmentering, is en blijft in de eerste plaats een vreselijk sociaal drama. Binnen de context van een moderne ver-

zorgingsstaat krijgt de sociale betekenis van arbeid ook een belangrijke ethische dimensie. Wanneer de actieve bevolking inkomen verschaft aan de niet-actieve bevolking dan wordt arbeid deels een morele plicht die onderdeel is van solidariteit en burgerschap. De solidariteit van de werkende voor de niet-werkende is voorwaardelijk. Wie zelf kan werken, wordt immers geacht bij te dragen in plaats van af te romen. Solidariteit voor de niet-actieve impliceert een zekere plicht tot activiteit voor wie op de solidariteit beroep wil doen. Zonder dit impliciete contract, onderdeel van het burgerschap in een verzorgingsstaat, is elke sociale zekerheid een vrijbrief voor misbruik en profitaat.”

Wanneer binnen dit rechten- en plichtenverhaal de nadruk eenzijdig op de plichten wordt gelegd, gaat daar volgens Vandermeerschen (2007) bij sommige armen een bedreiging van uit die contraproductief is en de betrokkenen in de richting van inactiviteit drijft. Ze creëert een communicatiestrategie die niet of onvoldoende past bij die van laaggeletterden; ze creëert een beeld van activeringsinstanties als schorsingsmachines. De afschrikking die daarvan uitgaat, werkt desactiverend met ultiem een gelijkaardig effect van aangeleerde hulpeloosheid waarvoor het model van de passieve verzorgingsstaat werd veroordeeld.

Een eenzijdige nadruk op het plichtenverhaal werkt contraproductief

Daarom is het van belang om ook – indien een activeringspoging niet lukt – perspectief aan te bieden en in activeringstrajecten op maat afstraffing voor mislukking te vermijden en ruimte te laten voor een tweede en een derde kans indien nodig.

Een overtrokken plichtendiscours geeft bovendien het gevoel dat er geen keuze is. Dat men enkel voor de ‘rest’ in aanmerking komt, voor die jobs die iemand met keuzemogelijkheden en perspectieven niet wil doen. Het gevoel dat men zich eenzijdig moet aanpassen aan de noden van de arbeidsmarkt, biedt onvoldoende garanties op een zinvolle en duurzame tewerkstelling (Stroobants e.a., 2001 en 2002).

De zogenaamde ‘Big Mac’-jobs bieden beperkte carrièrekansen voor laaggeschoolden. Hoewel de proportie van dergelijke jobs daalt in vergelijking met die van hogergeschoolde jobs, blijven ze substantieel aanwezig op de arbeidsmarkt in Europa (Giddens, 2007). We vinden dergelijke jobs onder meer terug in de horeca en de distributiesector.

Indien men arbeid als een hefboom wil beschouwen om uit de armoede te ontsnappen, dan hebben de armen ook het ‘recht’ op arbeid. De overheid moet met andere woorden niet alleen de armen activeren, maar ook de arbeidsmarkt responsabiliseren met de bedoeling om kwaliteitsvolle arbeidsplaatsen voor

laaggeschoolde werknemers en werkomstandigheden met loopbaanontwikkelingskansen te creëren. Het gaat om wat de SERV in haar advies bij het Actieplan Werkloosheidsvallen als kritiek formuleert: “De raad mist in dit verhaal de notie van de gepersonaliseerde arbeidsmarkt waarbij er gestreefd wordt naar een evenwichtige mix tussen de wensen en verwachtingen van de werkzoekende en de kenmerken van de vraagzijde” (SERV, 2007).

Een succesvolle activering is bijgevolg idealiter gericht op een kwalitatieve en duurzame tewerkstelling, die bijdraagt tot de levenskwaliteit van mensen in armoede, en op die manier een belangrijke hefboom vormt om uit de armoede te ontsnappen. Om de focus voldoende op de rechtenbenadering te leggen, kunnen activeringsprogramma’s ook expliciet aandacht besteden aan jobbehoud. Een algemeen ondersteunend beleid, gericht op de promotie van competenties en het beperken van laaggeschooldheid, is daarbij evenzeer essentieel. Op dat terrein levert de Vlaamse regering in het kader van ‘Actie in Vlaanderen’(AIV, het vroegere VIA) samen met de sociale partners en onderwijs- en opleidingsactoren, met de competentieagenda een verhoogde inspanning. Het is nog te vroeg om te kunnen vaststellen of die inspanningen ook ten goede komen aan werkzoekenden die kampen met armoedeproblemen.

Een rechtenbenadering impliceert voor een specifieke groep van werkzoekenden ook de nood aan werk op maat. De huidige arbeidsmarkt legt de lat voor werknemers zeer hoog, zowel voor wat betreft kennis als flexibiliteit en stressbestendigheid. Wat bepaalde groepen aankunnen, wordt volgens Snick (2002) daardoor niet (langer) als een volwaardige activiteit beschouwd. Het gaat hier volgens de auteur in eerste instantie om een culturele (hoe wordt ‘activiteit’ in onze samenleving gedefinieerd?) en dan pas om een psychologische kwestie (hoe ‘actief’ is een individu?). Men gebruikt (impliciet) het beeld van een autonoom individu, dat zijn arbeid aanbiedt op de arbeidsmarkt en zich met het geld dat hij daarvoor in ruil ontvangt, een plaats in de samenleving verwerft (homo economicus). Mensen die deze vorm van ‘zelfredzaamheid’ niet kunnen opbrengen – bijvoorbeeld ten gevolge van de intergenerationele dynamiek van armoede en uitsluiting op vele levensdomeinen – worden door de samenleving aan de kant geschoven. Wie niet aan de middenklassenorm beantwoordt, ligt eruit. Dit mechanisme wordt volgens Snick (2002) in het activeringsdiscours te weinig geproblematiseerd.

Anderzijds moeten we vermijden te verzanden in een extreme rechtenbenadering die contraproductief werkt en waarvan slechts een matig activeringseffect uitgaat. We moeten vermijden dat omwille van onnodige en overdreven betutteling, werkzoekenden, ook werkzoekenden die met armoedeproblemen kampen, maar matig geactiveerd worden waardoor hun (potentiële) competenties onvoldoende aan bod kunnen komen. In dit opzicht bieden buurtontwikkelingsdiensten als strategie tegen armoede, op buurtniveau interessante mogelijkheden aan.

4. Conclusie

Bij wijze van conclusie grijpen we terug naar de vraag: “Is activering de Koninklijke weg uit de armoede?” De kanttekeningen die we bij de twee specifieke werkloosheidsvallen – de ‘snel-werk-val’ en de ‘plichten- en rechtenval’ – maakten, nopen ons tot een genuanceerd antwoord. De Koninklijke weg doet denken aan een pad wars van hindernissen en met voldoende ruimte om tegen hoge snelheid de eindbestemming te bereiken. We weten allemaal, maar vergeten snel, dat temporiseren soms noodzakelijk is, zeker voor wat de activerings-trajecten betreft waar het inspelen op complexe zorgbehoeften mee voorwaarde zijn voor een succesvol traject naar werk of aangepaste zorg.

Activering als de weg uit armoede zal soms ook noodzakelijkerwijs leiden langs omwegen. Enkel wanneer we accepteren dat ook de Koninklijke weg geplaveid is met hindernissen en dat we voor een duurzaam tewerkstellingseffect af en toe beter eens een afrit nemen en langs een omweg terug onze activeringskoers verder zetten, of ultiem zelfs van koers veranderen, kan activering een belangrijke bijdrage bieden aan de armoedebestrijding. Dit impliceert een inclusieve benadering van het armoedebeleid; een geïntegreerde aanpak die de bevoegdheden van een werkgelegenheidsbeleid overschrijdt. In Vlaanderen werd daartoe een poging ondernomen met het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding. Voorlopig rest er echter nog veel ruimte voor een meer doorgedreven inclusieve benadering.

NOOT

1. Commissie Cultureel Verdrag Vlaanderen Nederland is opgericht op 17 januari 1995. Toen in Antwerpen door de Nederlandse en de Vlaamse regering het Cultureel Verdrag tussen Vlaanderen en Nederland ondertekend werd. In de term “Cultureel verdrag” wordt cultuur in de brede betekenis gebruikt, want voluit heet het verdrag: “Verdrag inzake de samenwerking op het gebied van cultuur, onderwijs, wetenschappen en welzijn tussen de Vlaamse Gemeenschap in het Koninkrijk België en het Koninkrijk der Nederlanden”.

HOOFDSTUK 4

Kampioen in gelijke onderwijskansen?

Geert Campaert

1. Inleiding

De titel van de beleidsnota Onderwijs voor de huidige legislatuur van de Vlaamse regering – ‘Vandaag kampioen in wiskunde, morgen ook in gelijke kansen’ – liet aan duidelijkheid niet veel te wensen over. Gelijke kansen bieden aan elk kind zou de rode draad worden in het onderwijsbeleid van deze regering. Onderzoek had immers meermaals aangetoond dat het Vlaamse onderwijs in het algemeen vrij goed scoort, maar dat vrijwel nergens de ongelijkheid in het onderwijs groter is dan in Vlaanderen. Ons onderwijsstelsel verbergt een mechanisme dat ervoor zorgt dat kinderen uit zwakkere sociale klassen vaak worden weg geselecteerd, waardoor ze na het secundair onderwijs op de bodem van een watervalstelsel eindigen en ook veel minder deelnemen aan het hoger onderwijs. Ook het middenveld riep het afgelopen jaar op om deze ongelijkheid aan te pakken.¹ Om dit maatschappelijk probleem grondig aan te pakken werd een structurele verandering van ons onderwijs beloofd. In dit hoofdstuk gaan we aan de hand van de recentste cijfers na hoe het gesteld is met de ongelijkheid in ons onderwijs en overlopen we het beleid waarmee men deze ongelijkheid wil aanpakken.

2. Ongelijkheid in het onderwijs

... aan de start

Minister Frank Vandenbroucke heeft het schooljaar 2007-2008 uitgeroepen tot het *Jaar van de Kleuter*. Zo wil hij het belang van het kleuteronderwijs beklemtonen en een oproep doen aan alle ouders om hun kinderen vanaf 2,5 jaar naar de kleuterklas te sturen. Ongelijkheden in het onderwijs blijken namelijk vaak in het kleuteronderwijs te wortelen. Diverse onderzoeken (Meurs & Gül, 2004; Groenez, Van Den Brande & Nicaise, 2003; Hermans & Opdenakker, 2005) tonen aan dat kinderen uit sociaal zwakkere huishoudens daar al een achterstand oplopen. Zo lopen kinderen uit kansarme gezinnen op één jaar al een maand achter in vergelijking met andere kinderen op het vlak van onder meer sociaal-

emotionele ontwikkeling, motoriek en taalontwikkeling (Meurs & Gül, 2004). Bij kansarme kinderen van allochtone origine blijkt de achterstand nog groter: op één jaar hebben zij een algemeen ontwikkelingsniveau dat vergelijkbaar is met dat van een gemiddelde autochtone baby van tien maanden. Daarnaast stellen we al jaren vast dat de participatie aan het kleuteronderwijs ongelijk verdeeld is: kleuters uit de lagere sociale klassen beginnen vaak later aan het kleuteronderwijs en lopen mede daardoor ook later vaker een achterstand op (Groe-
nez e.a., 2003).

Om deze problemen aan te pakken lanceerde de Vlaamse regering in het na-
jaar 2006 een actieplan over kleuterparticipatie onder het motto “meer kleine
kleuters in kleinere klassen”. Vanaf het schooljaar 2007-2008 wordt het budget
voor ‘zomerklasjes’, het systeem waarbij kleuterscholen extra uren kunnen krij-
gen als het aantal kleuters hoger ligt dan op 1 februari van het vorige schooljaar,
fors opgetrokken. Op die manier zouden er 800 kleuterleidsters extra komen,
waardoor grotere kleuterklassen sneller moeten kunnen splitsen. Ook voor de
verschillende scholengemeenschappen worden extra middelen voorzien om me-
dewerkers aan te trekken die zich uitsluitend bezighouden met het uittekenen en
uitvoeren van het schoolbeleid rond participatie. Daarnaast voorziet het actie-
plan ook in bijkomende ondersteuning voor kleuterscholen met veel kansarme
kleuters via extra ‘GOK+’-uren (Gelijke Onderwijskansen). Om de taalvaardig-
heid van kleuters op te krikken wordt er ten slotte extra geïnvesteerd in de be-
geleiding van kleuteronderwijzers die met veel niet-Nederlandstalige kleuters te
maken hebben.

Een andere piste die wordt overwogen om de participatie te bevorderen is de
uitbreiding van de leerplichtcontrole naar het kleuteronderwijs. Minister Van-
denbroucke wil nagaan of het mogelijk is om de gegevens van kleuters die de
leeftijd hebben om naar het kleuteronderwijs te gaan, maar niet ingeschreven
zijn, over te maken aan Kind & Gezin. Op die manier zouden de regioverpleeg-
kundigen van Kind & Gezin de ouders van niet-ingeschreven kinderen kunnen
bezoeken en peilen naar de reden van het niet-inschrijven en hen aansporen tot
inschrijving.

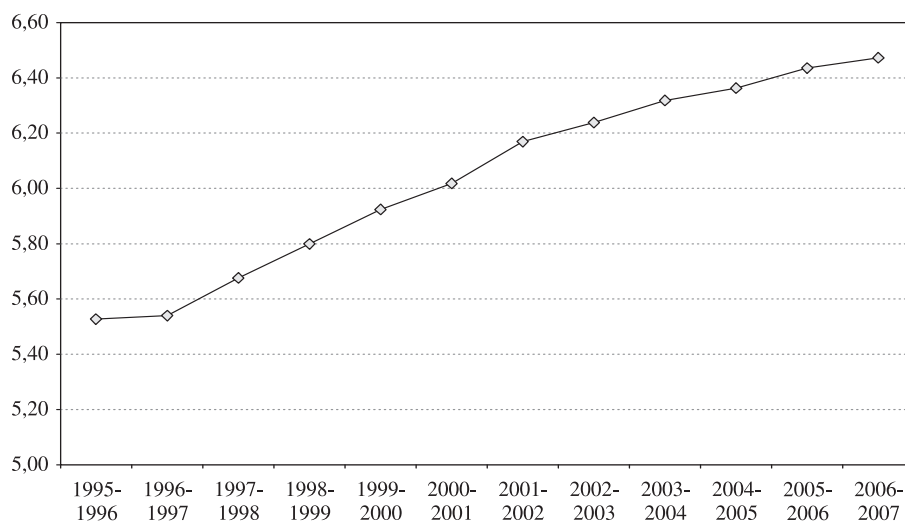
Ook de kosten in het kleuteronderwijs worden aangepakt: de hervorming van
de studietoelagen werd het afgelopen jaar goedgekeurd. Dit impliceert dat vanaf
het schooljaar 2008-2009 een kwart van de kleuters in aanmerking zou komen
voor een schooltoelage van € 45. De voorwaardelijke toelage vereist wel een
minimale aanwezigheid van de kleuter in de school.

Vanaf het schooljaar 2008-2009 komen ook kleuters in aanmerking voor een
schooltoelage

... in het lager onderwijs

De ongelijkheid in de kleuterklas houdt niet op wanneer kinderen in het lager onderwijs belanden. Onderzoek heeft al meermaals bevestigd (Groenez e.a., 2003; Hermans e.a., 2003) dat kinderen met kansarme of allochtone ouders een hogere kans hebben op schoolachterstand of op een verwijzing naar het buitengewoon lager onderwijs. Het onderwijsniveau van de moeder is in deze een zeer sterke indicator voor de onderwijskansen van kinderen, net als het al dan niet werkloos zijn van de ouders. Vooral het eerste leerjaar blijkt voor veel leerlingen een struikelblok te vormen, wat vaak leidt tot een doorverwijzing naar het buitengewoon onderwijs. We moeten vaststellen dat dit de afgelopen jaren bij steeds meer kinderen gebeurt; het aandeel van het buitengewoon onderwijs stijgt al jaren (zie figuur 1) en in het schooljaar 2006-2007 was dit opgelopen tot 6,5% van de leerlingen. Tien jaar geleden lag dit percentage nog op 5,5%.

Figuur 1 – Aandeel van leerlingen in het buitengewoon onderwijs in het totaal aantal leerlingen, lager onderwijs, Vlaams Gewest, in percentages.



Bron: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs, Afdeling Begroting en Gegevensbeheer.

Opmerkelijk is dat deze stijging gebeurt ondanks het geïntegreerd onderwijs, waardoor steeds meer kinderen met een handicap of leerstoornis in het regulier onderwijs terechtkunnen. Daar evolueerde het aantal leerlingen van 1.289 in het schooljaar 2000-2001 tot 5.439 in het schooljaar 2006-2007, bijna een vervienvoudiging dus. Na tien jaar discussie bereikte de Vlaamse regering in 2007 een

politiek akkoord rond de hervorming van de zorg voor leerlingen met een beperking (Vandenbroucke, 2007).

Het bestaande stelsel voor kinderen met specifieke leer- en zorgbehoeften kampte met een aantal specifieke problemen. Zo werden leerlingen soms doorverwezen naar het buitengewoon onderwijs omdat de oorspronkelijke school geen ondersteuning kon of wou bieden of omdat voor kansarmen deze vorm van onderwijs goedkoper was; zo hing de ondersteuning af van het type waarin de leerling werd ingedeeld. Scholen specialiseerden zich vaak in bepaalde types, waardoor sommige types door weinig scholen werden aangeboden zodat leerlingen verplicht waren op internaat te gaan of elke dag een lange busreis moesten uitzitten om hun school te bereiken.

Het nieuwe systeem, het leezorgkader, moet een antwoord bieden op deze problemen en aan elk kind zorg op maat garanderen. Dit leezorgkader is gebaseerd op twee uitgangspunten: de aanpassing van de omgeving wordt geduid in vijf leezorgniveaus en de kindkenmerken worden ingedeeld in vier clusters en acht doelgroepen. De vier clusters zijn samengesteld op basis van de participatieproblemen die leerlingen kunnen ervaren: cluster één betreft problemen door een andere reden dan een stoornis, cluster twee gaat om problemen bij het leren zoals dyslexie, cluster drie bevat de leerlingen die problemen hebben die ook buiten het onderwijs het functioneren belemmeren zoals blindheid en cluster vier is voor de leerlingen met problemen met sociale interactie zoals autisme. Deze vier clusters zijn veel breder dan de huidige indeling in verschillende types en zouden een soepelere oriëntering van de leerlingen moeten toelaten.

[Het leezorgkader moet aan elk kind zorg op maat garanderen

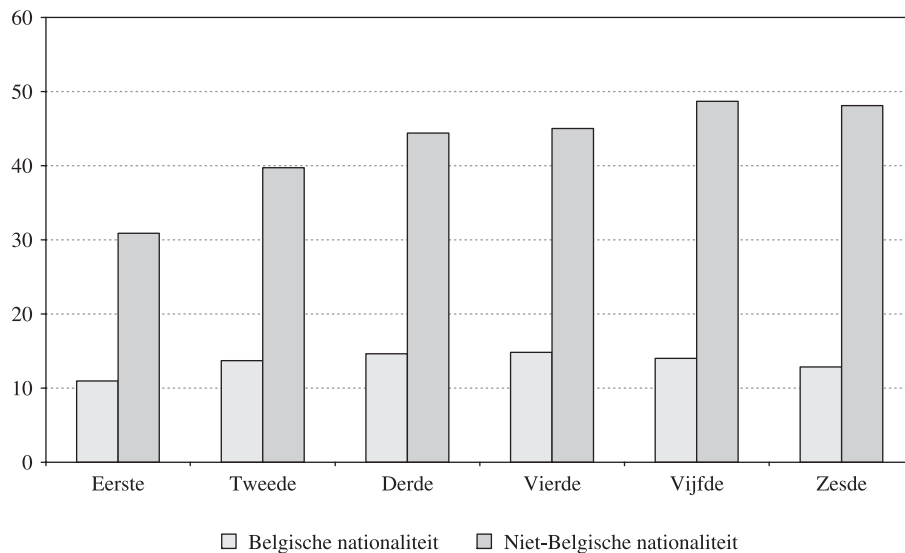
De vijf leezorgniveaus houden verband met kenmerken van het onderwijs zelf. Hoe hoger het niveau, hoe meer zorg de leerling nodig heeft. Ook de aanpak in de klas, de ondersteuning voor de leerkrachten, de beschikbare middelen en het soort diploma of certificaat dat de leerling krijgt, verschilt naargelang van het zorgniveau. De eerste twee zorgniveaus zijn bedoeld voor gewone scholen, het derde niveau is zowel in het gewoon als in het buitengewoon onderwijs mogelijk, waarbij de leerling dan dezelfde ondersteuning krijgt ongeacht hun keuze. Het vierde niveau is uitsluitend voor het buitengewoon onderwijs en het vijfde zorgniveau is voor kinderen die tijdelijk of niet naar school gaan. Het CLB selecteert het geschiktste zorgniveau in nauw overleg met de school, de ouders en de leerling zelf.

Deze hele hervorming zal echter slechts in 2009 aanvangen en geleidelijk worden doorgevoerd, waardoor de afronding van de gehele operatie in 2016 voorzien is. We kunnen enkel hopen dat deze hervorming – die beloftevol klinkt – een succes zal worden en ervoor kan zorgen dat minder leerlingen de komende

jaren, omwille van een gebrek aan de juiste ondersteuning, vertraging oplopen. In het veld duiken echter al kritische geluiden op en vreest men dat de vereiste basiscompetenties van het personeel uitgebreid zullen worden en de werkdruk zal toenemen.

In het voorbije schooljaar 2006-2007 liepen in het lager onderwijs gemiddeld 15,04% van de leerlingen vertraging op in hun studies. In het eerste leerjaar blijft het aandeel van leerlingen dat achterstand oploopt beperkt tot 12,19%, maar dit stijgt tot 14,84% in het zesde jaar. De cijfers bevestigen ook de grotere kans op het oplopen van een achterstand voor leerlingen van vreemde nationaliteit: waar van de leerlingen met Belgische nationaliteit slechts 13,7% een leerachterstand van minstens één jaar oploopt, geldt dit voor maar liefst 42,5% van de leerlingen met een vreemde nationaliteit. Het contrast wordt nog groter wanneer we ons toespitsen op de leerlingen die meer dan één jaar achterstand oplopen: van de leerlingen met Belgische nationaliteit gaat dit over slechts 0,93% van de leerlingen, van de leerlingen met vreemde nationaliteit heeft echter 10,27% al minstens twee jaar leerachterstand opgelopen tijdens zijn lagere schoolloopbaan. Hierbij moeten we nog opmerken dat een groot deel van de allochtonen van de tweede en derde generatie de Belgische nationaliteit bezit, waardoor het aantal leerlingen van buitenlandse herkomst, met achterstand, wellicht nog wordt onderschat.

Figuur 2 – Kinderen met minstens één jaar schoolse achterstand, Belgische en niet-Belgische nationaliteit, schooljaar 2006-2007, Vlaanderen.



Bron: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs, Afdeling Begroting en Gegevensbeheer en eigen berekeningen.

Ook in het lager onderwijs worden dit jaar maatregelen ingevoerd om de kosten van het onderwijs voor de ouders in te perken. Zo keurde de Vlaamse regering in 2007 het decreet rond kosteloos basisonderwijs goed. Dit impliceert dat vanaf het schooljaar 2007-2008 alle zaken die noodzakelijk zijn voor de leerlingen om de eindtermen te behalen, gratis moeten zijn. Een officiële lijst werd opgemaakt van zaken (zoals leerboeken, schriften, schrijfgerief, passers) die scholen gratis ter beschikking moeten stellen van de kinderen. Als compensatie hiervoor wordt het werkingsbudget van de basisscholen met € 45 per leerling verhoogd. Daarnaast komt er vanaf 1 september 2008 een scherpe maximumfactuur per leerjaar voor activiteiten die niet noodzakelijk zijn voor het behalen van de eindtermen. Ook voor meerdaagse uitstappen komt er, bekeken over de loop van het kleuter- en lager onderwijs, een maximumfactuur. Vanaf het schooljaar 2008-2009 zullen ook in het lager onderwijs schooltoelagen tussen € 60 en € 120 ingevoerd worden, waarvoor een kwart van de kinderen in aanmerking zou komen.

Een veel ingrijpendere verandering voor de basisscholen wordt het nieuwe financieringssysteem voor het leerplichtonderwijs. In de toekomst worden de kenmerken van de school en de leerlingen bepalend voor de financiering van een school. Dit nieuwe systeem werd al bij het begin van de legislatuur aangekondigd, maar is in de praktijk nog niet ingevoerd. Vanaf 1 september 2008 zal in principe het nieuwe systeem worden ingevoerd in het basisonderwijs en de eerste graad van het secundair onderwijs. De indicatoren voor de leerlingkenmerken zijn ondertussen al bepaald: zo zal voor ieder kind nagegaan worden wat het opleidingsniveau van de moeder is, of het recht heeft op een school- of studietoelage, welke de thuistaal is en in welke buurt het kind woont. De besprekingen over de schoolkenmerken zijn nog niet afgerond.

... in het secundair onderwijs

Recent onderzoek (Lacante e.a., 2007) toonde aan dat leerlingen van islam-origine² bij het begin van het secundair onderwijs op alle cognitieve vaardigheden – numerieke, ruimtelijke en verbale – lager scoren dan autochtone leerlingen. De lagere scores zijn het meest uitgesproken voor de verbale vaardigheden. Dit taalprobleem gaat vaak terug tot de ontwikkeling van de moedertaal in het gezin; in vele gezinnen ligt het taalgebruik qua structuur en complexiteit al op een lager niveau. Dit is dan een zwakke basis van waaruit een vreemde taal moet aangeleerd worden. Taal is dan ook uitgeroepen tot één van de belangrijkste aandachtspunten in het onderwijsbeleid van de huidige Vlaamse regering en dit op alle niveaus. Het begint met het actieplan om kleuters op tijd naar school te krijgen (zie supra), aandacht voor de beheersing van de schooltaal Nederlands op alle niveaus, het herbekijken van de eindtermen Nederlands en het invoeren van peilingtoetsen Nederlands.

Deze studie (Lacante e.a., 2007) toont ook aan dat, hoewel autochtonen en allochtonen bij de start van het onderwijs dezelfde studiemotivatie en belang-

stelling voor leertaken hebben, ze ook in het secundair onderwijs duidelijk verschillend scoren. De positieve motivatie vertaalt zich bij allochtonen namelijk niet in een gelijkaardige inzet voor leertaken. Zo staan allochtone leerlingen minder positief tegenover huiswerk en steken ze er ook minder tijd in. In het secundair onderwijs loopt het aantal allochtone leerlingen dat één of meer schooljaren achterstand oploopt, dan ook verder op. In totaal kijkt 28,6% van de leerlingen in het gewoon secundair onderwijs tegen minstens één jaar vertraging aan; bij allochtonen loopt dit op tot maar liefst 70,2%. Ook zien we hier de kloof tussen jongens en meisjes, die al bestond in het lager onderwijs, breder worden: waar 24% van de meisjes met een achterstand zit, geldt dit voor een derde (32,6%) van de jongens. Ook naar onderwijsvorm zijn er grote verschillen in de opgelopen achterstand. In het ASO ligt het cijfer bij het einde van het zesde jaar het laagst: slechts 13,6%. In het BSO heeft na het zesde jaar maar liefst 58,3% minstens één jaar achterstand. Hier nemen we ook het beruchte waternetstelsel waar: heel wat leerlingen beginnen in het eerste jaar in het ASO en zakken dan in de loop der jaren, vaak na overzitten, naar ‘gemakkelijkere’ richtingen in andere onderwijsvormen. Ook de opsplitsing in het eerste jaar secundair onderwijs in a- en b-klassen is al een vorm van selectie die bepaalt in welke richting leerlingen later terechtkomen.³

70% van alle allochtonen eindigt het secundair onderwijs met minstens één jaar vertraging

De herwaardering van het TSO en BSO is één van de manieren waarop de Vlaamse regering het waternetstelsel wil tegengaan. De voorbije jaren werden hiervoor al verschillende maatregelen genomen: premies voor jongeren die knelpuntopleidingen volgen, hogere schooltoelagen voor leerlingen in het 7de jaar TSO en BSO, extra investeringen voor het vernieuwen van de machineparken en ICT-uitrusting en proeftuinen. In het kader van de herwaardering van het DBSO moet de competentieagenda (zie verder) werkervaring voor alle leerlingen garanderen in de toekomst. De hele, geplande hervorming van het financieringssysteem op basis van leerling- en schoolkenmerken, moet ook het BSO en TSO ten goede komen. Gezien het zwakkere socio-economische profiel van hun leerlingen zullen scholen die deze richtingen aanbieden na de hervorming, meer middelen en omkadering krijgen.

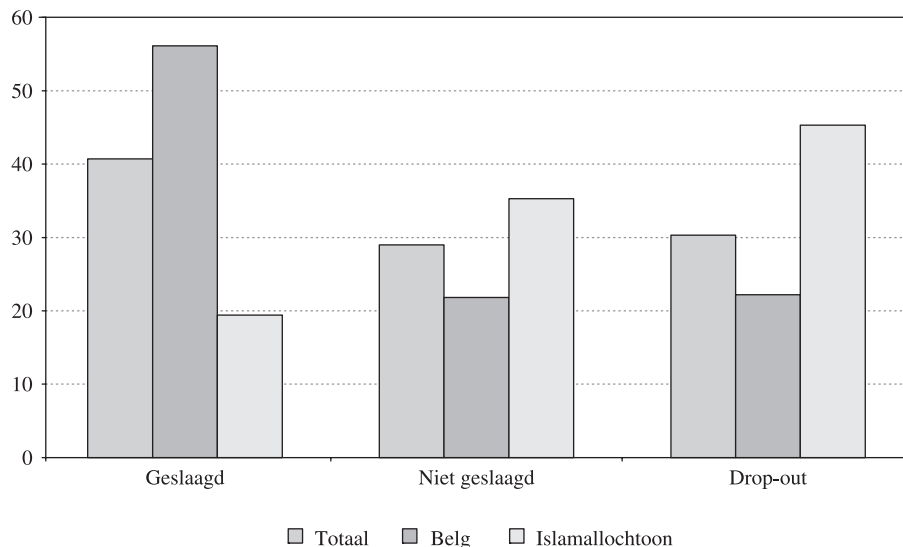
... in het hoger onderwijs

De kans dat een jongere doorstroomt naar het hoger onderwijs hangt – wat we na het voorgaande konden verwachten – nog altijd sterk af van het profiel van de ouders. Uit de recentste SONAR-enquête blijkt dat bij kinderen van wie de

moeder hooggeschoold is 88,7% doorstroomt naar het hoger onderwijs. Voor jongens betreft het 85,8% en voor meisjes maar liefst 92,0%. Een heel ander beeld krijgen we voor leerlingen van wie de moeder laaggeschoold is: slechts 43,6% van hen neemt deel aan het hoger onderwijs, waarbij ook hier het percentage jongens (37,7%) duidelijk lager ligt dan dat van meisjes, waar nog de helft (49,8%) hoger onderwijs begint. Ook de tewerkstellingssituatie van de ouders speelt een grote rol. Zo zal van de kinderen met een werkloze moeder slechts 46,6% doorstromen naar het hoger onderwijs tegenover 69% bij kinderen met een werkende moeder. Ook hier stellen we vast dat jongens minder vaak doorstromen naar het hoger onderwijs.

Lacante e.a. (2007) gingen na waarom zo weinig allochtonen in Vlaanderen instromen en doorstromen in het hoger onderwijs. Een van hun vaststellingen, die vroeger onderzoek bevestigden, was dat een aantal risicofactoren niet specifiek zijn voor allochtone studenten, maar evenzeer gelden voor autochtonen. Zo zijn studenten met een lage socio-economische achtergrond bijzonder kwetsbaar en precies deze groep is sterk vertegenwoordigd binnen de allochtone jongeren. Ze stellen vast dat deze jongeren vaker een vooropleiding in TSO of BSO hebben, wat hun kansen op doorstroming beperkt: in het schooljaar 2004-2005 had slechts 2,5% van alle studenten in het hoger onderwijs een BSO-diploma. Van de islam allochtonen in het eerste jaar kwam volgens het onderzoek

Figuur 3 – slaagkansen eerste jaar hoger onderwijs, schooljaar 2004-2005, naar etniciteit, Vlaanderen.



Bron: Lacante e.a. (2007).

van Lacante 15,2% uit het BSO en 38,3% uit het TSO, wat maakt dat zij geen optimale vooropleiding genoten. Het slaagcijfer in het eerste jaar hoger onderwijs ligt dan ook met 19,4% aan de zeer lage kant. Dit cijfer wordt gedeeltelijk verklaard door een hogere drop-out (zie figuur 3) in de loop van het jaar (45,3%), maar ook van hen die doorzetten tot het einde, slaagden er uiteindelijk weinig.

In het nieuwe financieringssysteem voor het hoger onderwijs, dat van start gaat op 1 januari 2008, zal een aanmoedigingsfonds worden opgericht om betere resultaten te boeken met deze en andere kwetsbare doelgroepen. Hiervoor wordt in 2008 € 3 miljoen voorzien, vanaf 2009 zal dit oplopen tot € 6 miljoen. Hogescholen en universiteiten zullen die bedragen moeten verdubbelen met bijdragen uit hun eigen middelen en een beheersovereenkomst met de overheid moeten sluiten over de besteding van de middelen en welke resultaten ze moeten behalen. Daarnaast zullen beursstudenten, werkstudenten en studenten met een functiebeperking zwaarder doorwegen in de financiering van de instellingen. Op die manier hoopt men dat de instellingen meer inspanningen zullen doen om studenten uit deze doelgroepen aan te trekken.

... in de overgang naar werk

Elk jaar gaat de VDAB na hoe de zoektocht naar werk van de nieuwe cohorte schoolverlaters uit het secundair onderwijs verloopt. Van de 77.494 schoolverlaters na het schooljaar 2004-2005, zochten er na één jaar 9.966 (12,9%) nog naar werk. Van deze 12,9% had 8% in de loop van dat jaar wel werkervaring opgedaan; 4,9% van de schoolverlaters had nog geen kans gekregen op de arbeidsmarkt. Positief is wel dat dit aantal werkzoekenden zonder werkervaring gedaald is tegenover het vorige schooljaar, toen het nog om 6,7% van de schoolverlaters ging.

We stellen vast dat hoe lager het opleidingsniveau, hoe groter de kans dat de leerling na een jaar nog werkloos is. Van hen die niet verder raakten dan de tweede graad van het secundair onderwijs was na een jaar nog 23,5% op zoek naar werk, wat weliswaar een beter resultaat is dan het jaar daarvoor (37,5%). Voor leerlingen uit het DBSO viel er, ondanks het goede economische klimaat, amper een verbetering vast te stellen, want hier bleef nog ruim één op drie (34,1%) na één jaar zonder werk achter, voor 11% zelfs zonder enige werkervaring. Leerlingen in het stelsel van de middenstandsopleiding presteren opvallend beter: slechts 10,9% van hen was na één jaar nog werkloos en slechts 3,8% had dan nog geen enkele werkervaring. Daarmee scoren ze zelfs beter dan zij die hun diploma secundair onderwijs haalden in het ASO (12,5%), BSO (14,4%), TSO (12,4%) en KSO (17,9%). Een van de verklaringen van de grote verschillen tussen de twee alternerende leersystemen is dat het DBSO vaak het eindpunt is van de waterval, waardoor er veel niet-gemotiveerde leerlingen zitten die schoolmoe zijn.

Omdat het hier gaat om de afgestudeerden van het schooljaar 2004-2005 kunnen we nog geen effecten vaststellen van de op 14 mei 2007 goedgekeurde competentieagenda tussen de Vlaamse overheid en de sociale partners. Hierin worden een reeks maatregelen genomen om de competentieontwikkeling zowel in het onderwijs als op de werkvloer te stimuleren. Een van de problemen die hierbij worden aangepakt, is het tekort aan werk voor leerlingen in het DBSO, waardoor in de praktijk slechts de helft ook effectief deeltijds werkt en de rest vaak deeltijds thuis zit. Dat dit een reëel probleem vormt, bewijzen de cijfers die de kansen op werk aantonen voor leerlingen uit het DBSO mét en zonder werkervaring: voor hen die wel een werkervaring hadden opgedaan tijdens hun opleiding, was slechts één op vier na één jaar nog werkloos, terwijl van de schoolverlaters zonder werkervaring maar liefst 44% na een jaar nog werkzoekend was. De sociale partners engageren zich in de competentieagenda dan ook om voldoende werkervaringsplaatsen ter beschikking te stellen, zodat elke leerling werkervaring kan opdoen in de toekomst. Ook wordt er een traject op maat voorzien voor elke leerling en wordt het stelsel van brugprojecten en voortrajecten uitgebreid en verbeterd.

Van de leerlingen uit het DBSO die de school verlieten zonder werkervaring, had 44% na één jaar nog geen werk

Het streven van de competentieagenda om geen enkel talent verloren te laten gaan, komt zeker niet te vroeg. Zo bleek uit de VDAB-studie *Schoolverlaters in Vlaanderen* dat het aantal schoolverlaters zonder enige kwalificatie nog met een honderdtal was toegenomen, tot 1.330 in het schooljaar 2004-2005. Twee derde van deze groep schoolverlaters bestaat uit mannen, die ook in het algemeen lager opgeleid blijken te zijn dan vrouwen. Door de goede conjunctuur daalde het aantal schoolverlaters dat na een jaar nog werkzoekend was, maar vaak zijn de laaggeschoolden die nu een job hebben gevonden ook de eersten die hem opnieuw verliezen wanneer het economisch slechter gaat. Het zou dan ook voorbarig zijn om van een kentering op de arbeidsmarkt te spreken.

3. Besluit

De cijfers in dit hoofdstuk geven duidelijk aan dat er vandaag in Vlaanderen van gelijke onderwijskansen nog geen sprake is. De sociaal-economische situatie van de ouders bepaalt nog altijd in hoge mate de kansen van een leerling in het onderwijs, wat weinig perspectief biedt voor kansarmen en allochtonen. Een van de meest frappante illustraties hiervan waren de PISA-onderzoeken uit 2003, die

aantoonden dat in geen enkel OESO-land de kloof tussen de best en de slechtst presterende leerlingen zo groot is als in Vlaanderen. Dit had als positief gevolg dat gelijke onderwijskansen hét uitgangspunt werd van het onderwijsbeleid in de huidige legislatuur, wat resulteerde in een hele reeks maatregelen om dit doel te bereiken. In eerste instantie werd de werking van het GOK-decreet uitgebreid om scholen de kans te bieden om vooruitgang te boeken voor hun kansarme leerlingen. Om de kansen aan de start te verhogen werd een actieplan kleuterparticipatie ontworpen met als doel zoveel mogelijk kleuters van bij de start in de kleuterklassen te krijgen. De kosten van onderwijs werden aangepakt door het kosteloos maken van het basisonderwijs, door kostenbeheersing in het secundair onderwijs en door een gevoelige uitbreiding van de schooltoelagen en studietoelagen. In het secundair onderwijs wil men het watervalstelsel doorbreken door het beroeps- en technisch onderwijs te herwaarderen. De rol van het CLB werd versterkt om leerlingen gericht te begeleiden in hun studiekeuze en wil men een aantal overgangen bemoeilijken tussen studierichtingen die weinig kans op succes bieden.

Al deze maatregelen kunnen hun steentje bijdragen in het bereiken van meer gelijke onderwijskansen, maar zullen op zich niet volstaan. De grootste uitdaging die de Vlaamse regering zich deze legislatuur stelt, is de invoering van een compleet nieuw financieringssysteem voor het leerplichtonderwijs. Dat is gebaseerd op leerling- en schoolkenmerken, waardoor scholen met veel kansarme en allochtone jongeren aanzienlijk meer werkingsmiddelen en omkadering krijgen. Vanaf het schooljaar 2008-2009 zal dit systeem al worden ingevoerd voor het basisonderwijs en de eerste graad van het secundair onderwijs. De rest volgt later.

Hoewel we de positieve impact van deze fundamentele doorbraak in het gelijkekansenbeleid niet mogen onderschatten, zal ook dit niet volstaan. Gelijke kansen realiseren is immers niet alleen een kwestie van meer middelen. Hoewel een aantal potentiële bronnen voor discriminatie door scholen (gedeeltelijk) worden aangepakt door de maximumfactuur en het inschrijvingsrecht, discrimineren scholen nog altijd – bewust of onbewust – via hun kostenplaatje, hun pedagogisch project en hun schoolreglement. Hierdoor blijft het risico bestaan dat ook in de toekomst sterke leerlingen samen zitten in elitescholen en zwakkere leerlingen verkommeren in ‘gettoscholen’. Er gaan dan ook al stemmen op (Hirtt e.a., 2007) om de vrije schoolkeuze aan banden te leggen.

Wat ook nog verder moet worden aangepakt is het watervalstelsel. Zolang jongeren verplicht worden om al vroeg studiekeuzes te maken, lopen we het risico dat het ASO als het hoogste wordt aangezien, ook door jongeren voor wie het niet haalbaar is of van wie de vaardigheden elders beter tot ontplooiing zouden komen – met demotivatie en schoolse achterstand als gevolg. Ook de ouders, die mee de studiekeuze bepalen, zullen moeten overtuigd worden van de gelijkwaardigheid van verschillende onderwijsrichtingen. Via het systeem van proeftuinen zet minister Vandenbroucke experimenten op waaruit een oplossing

voor deze problemen moet komen. Veralgemening van succesvolle proeftuinen is echter niet meer voor deze legislatuur. Kampioen in gelijke onderwijskansen worden, zit er dan ook niet meer in voor deze Vlaamse regering. Hopelijk schuiven we met de initiatieven die al genomen zijn en nog in de steigers staan, op van de degradatieplaatsen naar de middenmoot.

NOTEN

1. Zie de campagne 2007 van Welzijnszorg 'Wij tekenen voor de toekomst. Een toekomst zonder armoede begint op school.'
2. In het onderzoek werd de groep allochtone studenten opgesplitst in drie subgroepen. De subgroep 'islam allochtonen' bevatte alle studenten die een etnische origine hebben die via minstens één van de ouders terug te voeren is op Turkije, de Maghreb en/of de Arabische wereld.
3. Bij de overstap van het basisonderwijs naar het secundair onderwijs volgen de meeste leerlingen het eerste leerjaar A. Het eerste leerjaar B is bestemd voor jongeren die een leerachterstand hebben opgelopen of minder geschikt zijn voor overwegend theoretisch onderwijs. Dit leerjaar is een brugklas tussen lager en secundair onderwijs. Na het eerste leerjaar B kunnen de leerlingen ofwel naar het beroepsvoorbereid leerjaar ofwel naar het eerste leerjaar A. Het beroepsvoorbereidend leerjaar bereidt de leerling voor om bij de overstap naar de tweede graad te kiezen voor één van de studierichtingen in het beroeps-secundair onderwijs.

HOOFDSTUK 5

De onderkant van de woonmarkt

Geert Campaert

De negatieve gevolgen van een slechte woonsituatie voor de gezondheid van de bewoners, de onderwijsprestaties van de kinderen en de relaties binnen het gezin kunnen moeilijk worden overschat. Jammer genoeg ligt een kwaliteitsvolle en betaalbare woning voor vele armen v r buiten hun bereik. Mensen met een laag inkomen kunnen moeilijk (of niet) een eigen woning kopen en door een ontoereikend aanbod in de sociale huisvesting worden zij vaak gedwongen hun heil te zoeken op de private huurmarkt. Daar lopen ze dan ook nog een hoger risico om terecht te komen in woningen van mindere kwaliteit. In dit hoofdstuk bekijken we de actuele situatie op de woonmarkt en blikken we terug op het beleid dat de voorbije twaalf maanden werd gevoerd in deze materie.

1. Betaalbaar wonen

Uit de Huishoudbudgetenquête weten we al dat de kost van wonen beslag legt op een aanzienlijk deel van het huishoudbudget. Bij het laagste inkomensdeciel loopt dit zelfs op tot 36,5%, voor het tweede deciel is dit nog 32,7% en ook bij het hoogste inkomensdeciel wordt nog altijd 19,3% van het inkomen aan huisvesting besteed. Uit de Woonsurvey 2005 (Heylen e.a., 2007) blijkt dat de gemiddelde maandelijkse huurprijs, zonder kosten, in Vlaanderen   396 bedraagt. Voor een sociale woning is dit gemiddeld   258 en voor een private huurwoning   431. Hoewel huurders op de private markt een hogere prijs betalen, wegen de woonkosten toch minder zwaar door, omdat zij gemiddeld genomen een hoger inkomen hebben dan de sociale huurder. Wanneer we kijken naar het ‘equivalent resterend inkomen’, het inkomen dat overblijft na woonuitgaven gecorrigeerd voor de grootte van het huishouden, dan bedraagt dit voor de sociale huurder gemiddeld nog   720 euro en voor de private huurder   929.

Deze gemiddelden verbergen echter grote verschillen: het aantal personen dat minder dan   250 overhoudt na woonkosten ligt met 4,4% voor de private huurder dubbel zo hoog als bij de sociale huurder (2,1%). De groep waar de woonkosten duidelijk te zwaar wegen op het huishoudelijk budget vinden we

dus vaker terug op de private huurmarkt. Indien we een vergelijking in de tijd maken, moeten we vaststellen dat de betaalbaarheid van wonen er de voorbije jaren op achteruit is gegaan. Het aandeel huishoudens dat minstens 20% van hun inkomen moest besteden aan wonen, is gestegen van 23,4% in 1997 tot 30% in 2005. De betaalbaarheidsproblemen situeren zich duidelijk vooral op de private huurmarkt. Tussen 1995 en 2005 is de gemiddelde woonquote voor private huurders met 7,7 procentpunt gestegen. Voor afbetalende eigenaars en sociale huurders bedroeg deze stijging slechts 2,1 en 3,4 procentpunt.

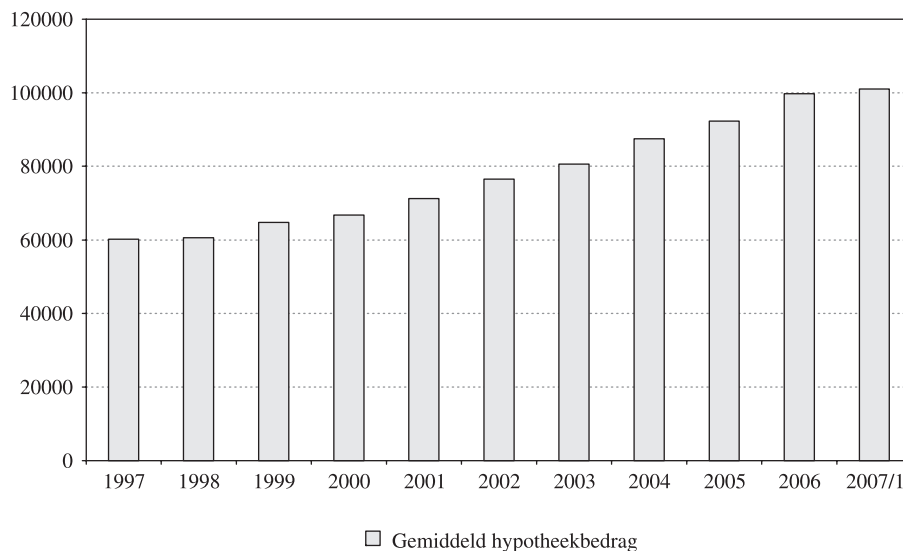
Voor de categorie 65-plus ondervindt grote betaalbaarheidsproblemen op de private huurmarkt. Door de daling van hun inkomen na pensionering moeten ze een duidelijk groter aandeel van hun inkomen spenderen aan woonkosten. De woonquote voor deze groep loopt dan ook op tot 36%.

2. De verschillende segmenten van de woonmarkt

2.1 De private woonmarkt

Op basis van de Woonsurvey 2005 kunnen we besluiten dat het aandeel eigenaars in Vlaanderen zijn limieten nog niet heeft bereikt. Van de Vlaamse huis-

Figuur 1 – Gemiddeld bedrag hypotheckair krediet, België.



Bron: Beroepsvereniging van het Krediet, 2007.

houdens is 74,4% eigenaar van zijn woning. In vergelijking met de socio-economische enquête 2001 (73%) is het aandeel eigenaars gestegen met 1,4 procentpunt. We moeten hierbij wel opmerken dat dit verschil statistisch niet significant is. De toename van de woningprijzen van de afgelopen jaren zet zich ook in 2007 door, maar de eerste signalen die wijzen op een (beperkte) afkoeling duiken op. Zo halveerde de prijsstijging in de eerste helft van 2007 ten opzichte van de prijsstijging van 2006. In het Vlaams Gewest kostte een woonhuis en een appartement in de eerste helft van 2007 respectievelijk € 166.158 (+6,1%) en € 168.963 (+5,1%). Het gemiddelde bedrag waarvoor mensen een hypothecair krediet aangaan om hun aankoop te financieren blijft, ondanks de hogere rentevoeten, verder (licht) stijgen (zie figuur 1). Zo lag het gemiddelde bedrag in België in het eerste trimester van 2007 (BVK, 2007) op € 101.052, een stijging tegenover 2006 met 1,3%.

De Belg leent niet alleen steeds meer voor de aankoop van zijn woning, hij doet dit bovendien voor een alsmaar langere termijn. Waar in 2003 de helft van de ontleners nog koos voor een formule op twintig jaar, opteerden in 2006 al zes op tien voor een looptijd van vijftientig of dertig jaar (Standaard, 2007). Sinds 2006 zijn in België ook leenformules op veertig jaar verkrijgbaar; voorlopig blijft het succes hiervan beperkt.

In 2006 opteerden al zes op tien kopers voor een lening op 25 of 30 jaar

De Woonsurvey bevestigt het socio-economisch profiel van de eigenaar dat we uit vorige studies kennen: bij een gelijk inkomen is de kans om eigenaar te zijn duidelijk groter bij gezinnen waar de referentiepersoon werkt (76,7%) dan wanneer hij werkloos (45,7%) is. Het percentage eigenaars ligt bovendien nog aanzienlijk hoger voor huishoudens met twee werkenden (85,2%) in vergelijking met deze met slechts één werkende (67,5%). Daarnaast stellen we ook vast dat de kans om eigenaar te zijn significant hoger ligt voor huishoudens uit de twee hoogste inkomensquintielen in vergelijking met huishoudens uit de laagste drie inkomensquintielen. Tussen de laagste drie quintielen is er echter geen verschil, wat aangeeft dat de kans om eigenaar te worden pas vanaf het vierde inkomensquintiel toeneemt.

Bijna één op vijf (18,5%) gezinnen in Vlaanderen huurt zijn woning op de private huurmarkt. Het aandeel van de private huurmarkt brokkelt daarmee al decennia lang af; in 2001 bedroeg het nog 20,6%. Het gevolg hiervan is dat de private huurmarkt vandaag, zeker in vergelijking met het buitenland, nog maar een klein aandeel van de woonmarkt uitmaakt. De Woonsurvey bevestigt ook hier de resultaten van vroegere studies over het socio-economisch profiel van de sociale huurder (De Decker en Geurts, 2000 en Pannecoucke e.a., 2001): op de private huurmarkt in Vlaanderen zijn werklozen, mensen met lagere inkomens,

eenoudergezinnen en alleenstaanden oververtegenwoordigd. De private huurmarkt is ook een startersmarkt: in de leeftijdsgroep onder de 35 is ze oververtegenwoordigd. Aan de andere kant is ook de groep van boven de 65 jaar hier oververtegenwoordigd.

De fysieke kwaliteit van de woning is op de private huurmarkt gemiddeld van lagere kwaliteit dan eigendomswoningen. Het aantal woningen waaraan volgens de bewoners geen enkele herstelling nodig is, bedraagt 71,2% voor eigendomswoningen en slechts 45,9% voor private huurwoningen. Daarenboven blijkt dat de huurprijs van woningen van 'slechte' of 'zeer slechte' kwaliteit niet lager ligt dan voor woningen met 'matige' kwaliteit. Een mogelijke verklaring hiervoor kan de grote vraagdruk zijn op het laagste segment van de huurmarkt.

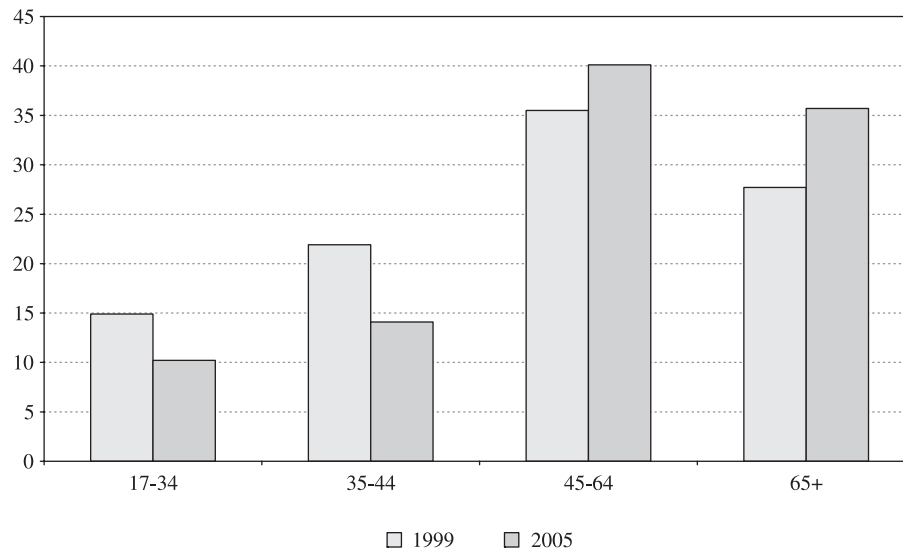
2.2 De sociale huurmarkt

Van de Vlaamse huishoudens huurt 5,6% een woning op de sociale huurmarkt. Het Kenniscentrum voor Duurzaam Woonbeleid (Winters e.a., 2004) berekende dat maar liefst 39% van alle private huurders voldoen aan de wettelijke voorwaarden om in aanmerking te komen voor een sociale huurwoning. Dit komt overeen met ongeveer 180.000 gezinnen, en is nog een onderschatting. Niet iedereen die er recht op heeft, wil ook effectief een sociale woning huren; op de wachtlijst stonden eind 2005 ongeveer 75.000 gezinnen.

Het profiel van de sociale huurder valt volgens de Woonsurvey nog zwakker uit dan dat van de private huurder: de helft van de huishoudens behoort tot het laagste inkomenskwintiel en minder dan drie op tien van de gezinshoofden is tewerkgesteld. Zo bedraagt het gemiddeld equivalent inkomen van sociale huurders in 2005 maandelijks € 913, voor private huurders is dit € 1.251 en voor eigenaars € 1.496. In het algemeen ligt het opleidingsniveau van de sociale huurder ook duidelijk lager dan dat van private huurders en eigenaars: 37,6% van de gezinshoofden in de sociale huisvesting heeft hoogstens een diploma lager onderwijs en 27,2% hoogstens lager middelbaar onderwijs. Slechts 4,3% van de sociale huurders heeft hogere studies voltooid. Net als op de private huurmarkt is het aandeel alleenstaanden in de sociale huisvesting dubbel zo hoog als op de eigendomsmarkt. Daarnaast ligt ook het aantal eenoudergezinnen (16,5%) opvallend hoog op de sociale huurmarkt en zijn koppels er sterk ondervertegenwoordigd. Dit zwakke socio-economisch profiel van de sociale huurders bevestigt het beeld uit vroegere studies (Pannecoucke e.a. 2001; Pannecoucke en De Decker, 2005). In vergelijking met 1999 is het leeftijdsprofiel van de sociale huurder echter wel gewijzigd: in 1999 was dit nog een afspiegeling van de maatschappij, maar in 2005 blijken de jongere huishoudens (17-34 jaar) ondervertegenwoordigd te zijn (10,2%) en de ouderen oververtegenwoordigd (35,7%). Dit stijgende aandeel ouderen valt gedeeltelijk te verklaren door het ouder worden van de zittende huurders en ook door het feit dat veel nieuwe

huurders ouderen zijn, wat onrechtstreeks kan afgeleid worden uit de wachtlijsten.

Figuur 2 – Leeftijdsprofiel sociale huurder, Vlaanderen, 1999/2005.



Bron: Winters e.a. (2007).

3. In de marge van de woonmarkt

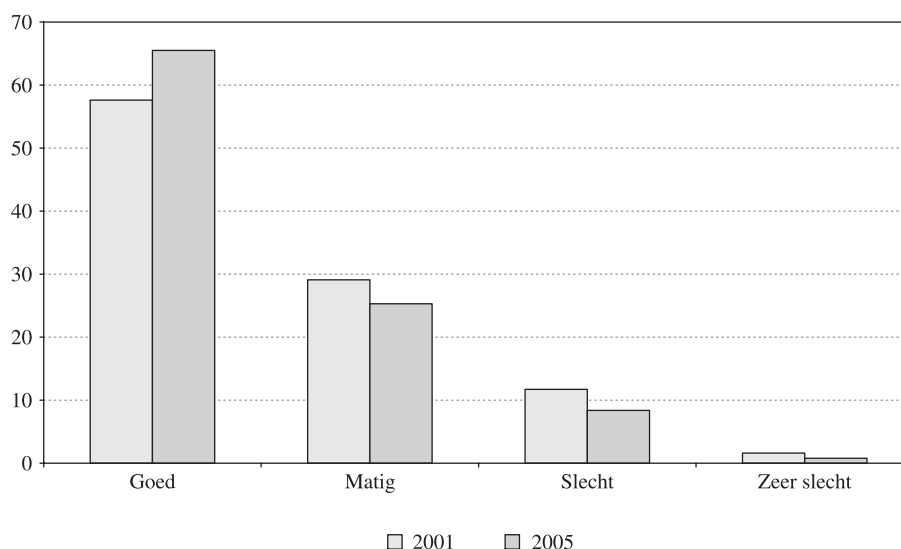
Volgens de Vlaamse Wooncode heeft iedereen recht op menswaardig wonen. Dit betekent onder andere dat elke woning van een zekere kwaliteit moet zijn en een bepaald basiscomfort moet hebben. In de Woonschouwing 2005 werd de kwaliteit van de Vlaamse woningmarkt grondig onderzocht. Inspecteurs van AROHM onderzochten de uitwendige kwaliteit van ruim 8.000 woningen en kwamen na extrapolatie tot de conclusie dat 93,5% van de domiciliewoningen van goede kwaliteit was. Voor 5,7% van de woningen was een lichte renovatie vereist en slechts 1% van de woningen vereiste een zeer zware renovatie of was rijp voor de sloop. Deze cijfers zijn wellicht een onderschatting van de werkelijkheid, aangezien in het onderzoek alleen met domiciliewoningen rekening werd gehouden, waardoor leegstaande woningen uit het blikveld vielen. Ter vergelijking kunnen we aangeven dat een, meer subjectieve, bevraging van de bewoners zelf tot de conclusie kwam dat 9,2% van de domiciliewoningen slecht of zeer slecht zijn, wat overeenkomt met ruim 230.000 woningen (zie figuur 3). Dit is wel een duidelijke daling in vergelijking met de Socio-Economische

Enquête van 2001, waarbij het aandeel woningen van slechte of zeer slechte kwaliteit geschat werd op 13,3% of ruim 312.000 woningen. Wat het comfort-niveau van de woning betreft, blijkt op basis van de Woonsurvey dat 2,7% van de Vlaamse woningen, wat overeenkomt met 67.500 woningen, over geen toilet of geen badkamer met bad en/of stortbad beschikken en er minstens vier grote herstellingen nodig zijn. Toch gaat het ook hier om een opmerkelijke verbetering op korte termijn, aangezien dit percentage in de Socio-Economische Enquête van 2001 nog op 5,7% lag.

Hoewel de kwaliteit van het woonpatrimonium er duidelijk op vooruit lijkt te zijn gegaan de voorbije jaren, geldt dit niet overal in dezelfde mate. Uit de analyses blijkt dat de situatie duidelijk het slechtst is in de private huursector. Sociale huurwoningen zijn doorgaans van goede kwaliteit, en scoren zelfs beter dan eigendomswohnungen. Geografisch gezien is de kwaliteit van de woningen duidelijk minder goed in de provincies Oost- en West-Vlaanderen.

In het voorjaar 2007 verscheen het evaluatierapport van vijf jaar Vlaamse Wooninspectie. In de vijf werkjaren samen, werden in 832 panden voor 2829 wooneenheden een proces-verbaal opgesteld. Het aantal ondernomen acties vertoont een duidelijk stijgende lijn, van 59 in het eerste werkjaar tot 352 in het vijfde werkjaar. Het actieterrein van de Vlaamse Wooninspectie bevindt zich in belangrijke mate in de grootsteden Antwerpen en Gent, maar breidt de laatste jaren meer en meer uit naar de regionale steden en kleinere steden en gemeenten.

Figuur 3 – Fysieke staat van de officieel bewoonde woningen, 2001 en 2005.



Bron: Vanneste e.a., 2004 en Woonsurvey 2005.

Ze concludeert hieruit dat huisjesmelkerij al langer niet enkel een (groot)stedelijk fenomeen is, maar dat ook andere factoren hiertoe bijdragen. Deze factoren kunnen onder andere sectorieel zijn (tewerkstelling in bouw of fruitpluk) of infrastructureel (nabijheid van snelwegen, havens, luchthavens, stations). Van de geverbaliseerde woningen viel het afgelopen werkjaar 69% te kwalificeren als onbewoonbaar; de vier voorgaande jaren lag dit cijfer met 79% gemiddeld nog hoger. De kwalificatie ‘onbewoonbaar’ wijst op ernstige risico’s voor de veiligheid of gezondheid van de bewoners zoals elektrocutering, ontploffing en brand, stabiliteitsproblemen en CO₂-vergiftiging.

4. Het woonbeleid

4.1 Woonbeleid op het Vlaamse niveau

4.1.1 Kaderbesluit sociale huur

Op 20 juli 2007 keurde de Vlaamse regering het voorontwerp van het nieuwe kaderbesluit sociale huur goed. Dit besluit, dat uitvoering geeft aan de aanpassing van de Vlaamse Wooncode, bevat enkele controversiële maatregelen. Vooral de hele reeks voorwaarden en selectiemaatregelen die de toegang tot de sociale huurwoningen beperkt, wekt heel wat ergernis op.

In het nieuwe kaderbesluit worden taal- en inburgeringsbereidheid ingevoerd als nieuwe voorwaarden om toegang te krijgen tot een sociale woning. Daarnaast wordt er een proefperiode ingevoerd van twee jaar voor alle nieuwe huurders waarbij zal geëvalueerd worden of de huurder zich als ‘een goede huisvader’ heeft gedragen. Het wordt bovendien voor de sociale verhuurder mogelijk om de huurovereenkomst eenzijdig te ontbinden. De huurder heeft niet het recht om hierbij het oordeel van een vrederechter in te roepen. Ten slotte wordt aan de lokale overheid de mogelijkheid geboden om af te wijken van het algemene toewijzingsreglement in functie van de lokale behoeften.

De toegang tot de sociale huisvesting wordt beperkt, maar de wachtlijsten worden niet aangepakt

Verenigingen waar armen het woord nemen, uitten al scherpe kritiek op deze maatregelen en betreurden het dat de toegang tot de sociale huurwoningen zal worden beperkt zonder dat er iets wordt gedaan aan de lange wachtlijsten. Ze vrezen dat door het toekennen van een ruime autonomie aan het lokale niveau, het risico groot is dat onder het mom van het ‘verbeteren van de sociale mix’ inkomensgrenzen zullen worden opgetrokken en meer ‘rijkere’ huurders zullen

worden aangetrokken. Omdat er een ruime politieke consensus is dat deze sociale mix moet verhogen om samenlevings- en financiële problemen aan te pakken, is deze vrees ongetwijfeld terecht. Wat de taalbereidheidsvereiste betreft, is men ervan overtuigd dat dit zal leiden tot discriminatie van allochtonen en hen verder in de armen van huisjesmelkers zal drijven.

Het Vlaams Overleg Bewonersbelangen (VOB) ging, samen met de Liga voor de Mensenrechten, een stap verder en stapte naar het Grondwettelijk Hof om de vernietiging van enkele artikelen uit de aangepaste Vlaamse Wooncode te eisen. De gewraakte artikelen zijn de taal- en inburgeringsvoorwaarden, de proefduur, de eenzijdige ontbinding door de verhuurder en de afschaffing van de bovengrens bij de bepaling van de te betalen huurprijs. Door het afschaffen van bovengrenzen vreest het VOB dat de betaalbaarheid in de sociale huursector onder druk zal komen te staan. Of deze maatregel effectief de betaalbaarheid onder druk zal zetten, hangt gedeeltelijk ook af van de gevolgen van het nieuwe financieringsstelsel voor de sociale huisvestingsmaatschappijen.

4.1.2 *Nieuw financieringsstelsel sociale huisvestingsmaatschappijen*

Eveneens op 20 juli 2007 werd het voorontwerp van het uitvoeringsbesluit van het nieuwe financieringssysteem voor de sociale huisvestingsmaatschappijen (SHM's) goedgekeurd. Dit nieuwe stelsel moet in werking treden op 1 januari 2008. Er komt een tweeledig financieringssysteem: het eerste deel bestaat uit een lening aan 0% interest op 33 jaar voor enerzijds de bouw of renovatie van een woning en anderzijds de aankoop van een grond of woning. Het tweede deel is een *jaarlijkse gewestelijke sociale correctie* (GSC) per SHM. Deze correctie wordt berekend als het verschil tussen de inkomsten en de reële of genormeerde uitgaven van de SHM. Deze genormeerde uitgaven vormen dan de 'maatstaf van goed beheer' bij het al dan niet uitkeren van de GSC.

De lening op 33 jaar wordt enkel toegekend binnen bepaalde prijsplafonds, voor zowel de aankoop van een grond of woning als voor een renovatie of bouw. Alles wat boven deze prijsplafonds uitkomt, moet gefinancierd worden zonder het Vlaamse Gewest. Voor de GSC zal men jaarlijks de inkomsten uit de sociale verhuring voor het hele patrimonium van een SHM vergelijken met een aantal reële (onroerende voorheffing, beheersvergoeding aan de VMSW, financiële lasten van de SHM) en genormeerde (onderhouds- en werkingskosten, kosten voor leegstand en wanbetaling) kosten. Wanneer het resultaat negatief is, zal de Vlaamse overheid het verschil bijpassen. Als het resultaat positief is, mag de SHM het surplus houden.

De overheid is ervan overtuigd dat dit nieuwe systeem de SHM's in staat zal stellen om te verhuren zonder verlies en dat het bovendien nieuwe investeringen in de huursector zal mogelijk maken. Ze stellen dat hiervoor wel de kernprincipes goed bestuur, kostenefficiëntie en responsabilisering moeten gevolgd worden. Het is echter niet duidelijk hoe het nieuwe systeem ervoor zal zorgen dat

de SHM's, waarvan er nu een aantal verlieslatend zijn, uit de financiële problemen zullen geraken zonder dat er extra middelen worden voorzien. Responsabilisering en kostenefficiëntie dreigen zo snel synoniem te worden voor besparingen.

4.1.3 *Nieuw huursubsidiestelsel*

In december 2006 werd de eerste fase van een vernieuwd en ruimer stelsel van huursubsidies door de Vlaamse regering goedgekeurd. Deze huursubsidie wordt toegekend voor mensen met een laag inkomen die van een ongezonde naar een gezonde huurwoning verhuizen. In deze eerste fase wordt het aantal mensen dat hiervoor in aanmerking komt, uitgebreid door het indexeren van de inkomensgrens en de maximale huurprijs. Zo wordt de maximale inkomensgrens opgetrokken van € 12.395 (+ € 991 per persoon ten laste) naar € 14.550 (+ € 1.300 per persoon ten laste). Door het niet indexeren van de maximale huurprijzen sinds 1991, was het in de praktijk moeilijk geworden om nog conforme woningen te vinden die aan de huurprijsvoorwaarde voldeden. Daarom worden deze nu geïndexeerd, wat een stijging oplevert van € 371 naar € 485. Om de verhuiskosten op te vangen wordt er daarnaast een eenmalige installatiepremie uitgekeerd van drie keer de maandelijkse huursubsidie. De huursubsidie is degressief en de maximumduur ervan wordt teruggebracht van 15 naar 9 jaar (6 jaar + een overgangsperiode van 3 jaar). Voor 65-plussers en ernstig gehandicapten is de huursubsidie levenslang en niet degressief.

Het nieuwe huursubsidiestelsel is niet bedoeld als een algemene huursubsidie voor de lagere inkomens, maar eerder als een 'verhuissubsidie' die mensen de kans moet geven om te verhuizen van een ongezonde of onaangepaste woning naar een meer kwalitatieve woning. De doelgroep voor deze subsidie blijft zelfs na de uitbreiding beperkt tot ongeveer 4.000 gezinnen per jaar. In een tweede fase zou, naargelang van de beschikbare middelen, gewerkt worden aan een uitbreiding van het stelsel naar nieuwe doelgroepen. Een algemenere huursubsidie blijft dus een mogelijkheid voor de komende jaren. Dit zou een welkome ondersteuning betekenen voor de 180.000 gezinnen op de private huurmarkt, die in aanmerking komen voor een sociale woning. Het rapport van het Kenniscentrum voor Duurzaam Woonbeleid over de wenselijkheid van huursubsidies (Winters e.a., 2004) sprak echter een duidelijke voorkeur uit voor een verdere uitbouw van de sociale huursector, omdat deze beter de selectie en discriminatie van huurders op de private huurmarkt van antwoord kan dienen.

4.1.4 *Aanpassing stelsel sociale leningen*

In 2007 werd het stelsel van de sociale leningen door erkende kredietmaatschappijen aangepast. In dit stelsel golden, in tegenstelling tot de bijzondere leningen van het Vlaams Woningfonds (VWF) en de Vlaamse Maatschappij voor

Sociaal Wonen (VMSW), geen inkomensgrenzen, maar enkel een maximale verkoopwaarde voor de woning. Deze verkoopwaarde wordt nu opgetrokken tot € 200.000, te verhogen met 5% per persoon ten laste. Op deze manier zouden meer mensen voor deze leningen in aanmerking moeten komen. Een tweede wijziging is dat nu de gewestwaarborg ook verleend kan worden aan de kredietmaatschappij zelf, wat moet leiden tot betere voorwaarden voor de maatschappij en vervolgens tot lagere rentevoeten voor de ontleners.

Overigens bleken, door de grote vraag naar sociale leningen van het VWF, de voorziene middelen in de loop van 2007 ontoereikend om aan alle aanvragen te voldoen. Om dit probleem op te lossen, moest het VWF zijn reservefonds aanwenden.

4.1.5 *Nieuwe instrumenten in strijd tegen huisjesmelkers*

Om de slagkracht van de Vlaamse wooninspectie te vergroten, werd het instrumentarium om op te treden tegen huisjesmelkers aanzienlijk uitgebreid. Het personeelskader van de wooninspectie zal gevoelig worden opgetrokken en verhuurders kunnen nu verplicht worden om een woning zodanig te herstellen dat ze terug geschikt is voor bewoning. Daarnaast kunnen huurders herhuisvest worden, op kosten van de verhuurder, wanneer een woning onbewoonbaar is. Ten slotte worden de strafrechtelijke sancties gevoelig verstrengd: huisjesmelkers kunnen gevangenisstraffen krijgen tot vijf jaar en boetes tot € 550.000 worden mogelijk.

4.1.6 *Vertegenwoordiging voor armen in Vlaamse Woonraad*

In de nieuwe adviesraad voor het woonbeleid, de Vlaamse Woonraad, worden in haar nieuwe samenstelling twee plaatsen (op twintig) voorzien voor vertegenwoordigers van het Vlaams Netwerk van Verenigingen waar armen het woord nemen. Minister Keulen wil op deze manier de armen op een structurele manier betrekken bij het woonbeleid. Hierdoor zou in de toekomst het overleg met de armen over het woonbeleid vlotter moeten verlopen, en kan men vermijden dat, zoals het geval was bij het kaderbesluit sociale huur, ze het gevoel krijgen dat hun stem te weinig werd gehoord. De toekomst zal evenwel moeten uitwijzen in welke mate dit werkelijk een verbetering zal inhouden.

4.2 **Woonbeleid op het federale niveau**

4.2.1 *Wijziging huurwetgeving*

De federale regering voerde in 2007 een aantal belangrijke wijzigingen door in de huurwetgeving met als doel de rechten van de huurder te verhogen. Een eerste belangrijke maatregel was het invoeren van de mogelijkheid om de huur-

waarborg op drie verschillende manieren te regelen: (1) door een bedrag dat gelijk is aan maximaal twee maanden huur te deponeren op een individuele rekening die geopend is op naam van de huurder of (2) door te kiezen voor een bankgarantie voor een bedrag dat gelijk is aan drie maanden huur of (3) voor personen met een laag inkomen door te kiezen voor een bankgarantie van maximaal drie maanden huur die voortvloeit uit een modelcontract tussen een OCMW en een financiële instelling. Het bedrag van de huurwaarborg kan dus wanneer het wordt vastgezet op een bankrekening, worden teruggebracht tot twee maanden huur; wanneer men drie maanden huur moet betalen, kan deze betaling in de toekomst op een termijn van drie jaar gebeuren zonder extra kosten. Deze maatregel is ongetwijfeld een stap vooruit voor de lage inkomens, waarvoor de waarborg vaak een moeilijk te nemen hindernis is in de zoektocht naar een betaalbare woning.

Een tweede maatregel is dat vanaf nu alle relevante informatie (over federale en gewestelijke gezondheidsnormen, veiligheid, bewoonbaarheid, uitleg over de inhoud van de huurwet) in begrijpelijke taal bij het huurcontract moet worden gevoegd. Een positief gevolg hiervan is dat wanneer een woning niet beantwoordt aan de federale of Vlaamse kwaliteitsnormen, de huurovereenkomst kan worden verbroken met een eventuele schadevergoeding voor de huurder, of dat werken met huurprijsvermindering kunnen worden opgelegd. Om de transparantie voor de huurder te vergroten, zal bovendien in elke openbare aankondiging voor de verhuur van een woning, de huurprijs verplicht moeten worden vermeld.

Een laatste wijziging ten slotte betreft het registreren van het huurcontract. Elk huurcontract moet vanaf nu in schriftelijke vorm worden opgesteld en verplicht geregistreerd door de eigenaar. Een voordeel van deze maatregel is dat men hierdoor in de toekomst een correct beeld kan krijgen van de reële evolutie van de huurprijzen.

Elk huurcontract moet nu verplicht worden geregistreerd door de eigenaar

4.2.2 Fiscale maatregelen

Enkele fiscale maatregelen werden vanaf 1 januari 2007 van kracht om een verhoging van het aantal kwaliteitsvolle woningen in België te stimuleren. Zo werd het BTW-tarief voor de constructie van nieuwe sociale woningen door SHM's verlaagd van 12% naar 6%. Daarnaast werd het BTW-tarief ook verlaagd voor afbraak- en wederopbouwwerken in de achtergestelde wijken van de grote steden. Ten slotte zullen eigenaars kunnen genieten van een fiscale aftrek voor renovatiewerken, wanneer de woning daarna op de huurmarkt wordt gebracht via een sociaal verhuurkantoor.

4.2.3 *Noodwoningen*

Een van de prioriteiten uit het nieuwe Algemeen Verslag over de Armoede was ‘het waarborgen van noodopvang in alle situaties waarbij geen onmiddellijke herhuisvesting plaatsvindt’. Mensen die uit hun woning worden gezet of die hun woning met spoed moeten verlaten (omwille van brand of gezinsconflicten) hebben vaak geen andere keuze dan zich te richten tot de OCMW’s. Deze beschikken echter vaak niet over voldoende woningen. Om hieraan te verhelpen werd eind 2006 beslist dat een extra budget van € 2,5 miljoen per jaar gedurende 3 jaar zal worden uitgetrokken om extra noodwoningen te bouwen. Dit zou moeten leiden tot de renovatie, inrichting en uitrusting van 1500 woningen in het hele land. Het verblijf in deze woningen is tijdelijk, met een huurcontract voor maximum 3 maanden. In deze periode moet de huurder een duurzame oplossing vinden voor zijn huisvestingsprobleem.

Daarnaast werd er in maart 2007, onder het motto ‘duurzaam wonen voor kansarmen’, beslist om € 1 miljoen extra te voorzien voor duurzame noodwoningen, waarbij men aandacht moest hebben voor ecologische maatregelen zoals dubbele beglazing en goede isolatie.

4.2.4 *Premie vervanging dure verwarming*

Een tweede maatregel om het duurzaam wonen voor kansarmen te bevorderen, was de invoering van een premie van € 2.000 voor kansarme gezinnen die hun huidige verwarming willen vervangen door een minder dure en vervuilende verwarming. Kansarme gezinnen die nu nog verwarmen op basis van steenkool of elektriciteit kunnen zo overschakelen naar goedkopere vormen van verwarming als gas of stookolie. De installatieprijs, die nu vaak nog een financiële hindernis vormt om over te schakelen, wordt zo volledig door de premie gedekt. Zo verlaagt de verwarmingsfactuur voor kansarme gezinnen en vermijdt men dat ze omwille van de kostprijs de verwarming minder aanzetten en besparen op hun comfort.

4.2.5 *Vastleggen en automatische toekenning sociaal tarief gas en elektriciteit*

Op de speciale ministerraad van maart 2007 in Leuven werden enkele beslissingen getroffen met betrekking tot het sociaal tarief voor gas en elektriciteit. Door de liberalisering van de energiesector en de grotere variatie in tarieven die dit met zich meebracht, lag het (uniforme) sociale tarief in bepaalde zones hoger dan het commerciële tarief. Om hieraan te verhelpen, legde de federale regering een nieuwe regeling voor het sociaal tarief vast: dit tarief zal gelijk zijn aan het tarief van de goedkoopste leverancier in de goedkoopste distributiezone.

Daarnaast werd ook beslist om in de toekomst het sociale tarief automatisch toe te kennen aan iedereen die hiervoor in aanmerking komt.

Het automatisch toekennen van het goedkoopste sociaal tarief was één van de eisen van het project 'Energie en armoede', waarbij mensen uit het opbouwwerk ervaringen van mensen in armoede verzamelen sinds de vrijmaking van de energiemarkt. Op basis van deze ervaringen gaan ze na wat er nodig is om het recht op energie voor iedereen waar te maken.

4.2.6 *Omgekeerde hypotheek (nog) niet mogelijk*

Op het einde van de vorige federale legislatuur dook het fenomeen van de omgekeerde hypotheek op. Minister Verwilghen wou deze nieuwe vorm van lenen invoeren en bereidde samen met de Beroepsvereniging van het Krediet een wetswijziging voor. Uiteindelijk slaagde men er niet meer in de wijziging voor het einde van de legislatuur door te voeren. Bij een omgekeerde hypotheek, een formule, die al in verschillende andere landen bestaat, kunnen (oudere) bewoners een lening aangaan met hun huis als onderpand. De lening moet dan (samen met de interesten) terugbetaald worden bij het overlijden of een verhuis. De theorie hierachter is dat op deze manier bejaarden tijdens hun leven, wanneer ze het nodig hebben, al over het geld kunnen beschikken dat in hun huis vast zit. Consumentenorganisaties staan echter zeer kritisch tegenover deze nieuwe leningvorm en waarschuwen voor hoge kosten en interestvoeten bij vergelijkbare systemen in het buitenland.

5. Conclusie

De recentste cijfers tonen aan dat wonen in Vlaanderen het voorbije jaar er niet goedkoper op is geworden. Uit de Woonsurvey blijkt dat huishoudens een steeds groter deel van hun inkomen aan woonkosten moeten besteden en vooral voor de laagste inkomens loopt dit aandeel (te) sterk op. De prijzen van woningen stegen in 2007 verder, hoewel er (eerste) tekenen opduiken dat de sterke jaarlijkse stijging van de voorbije jaren naar zijn einde loopt. De evolutie van steeds langer lenen zet zich door en het aantal mensen dat op 30 of 40 jaar leent, neemt sterk toe. Dat daardoor steeds meer mensen in de komende jaren tot aan of voorbij hun pensioenleeftijd een hypothecaire lening moeten afbetalen, is een tendens waarvan de gevolgen op middellange termijn niet mogen worden onderschat.

Voor wie een aankoop sowieso te hoog gegrepen is, verbeterde de situatie het afgelopen jaar ook niet. Door het nieuwe sociaal huurbesluit dreigt de toegang van de lagere inkomens tot de sociale huurwoningen te worden beperkt, onder het mom van een verbetering van de sociale mix. Ondanks enkele be-

scheiden pogingen om het aantal via publiek-private samenwerking te verhogen, neemt het sociale woningbestand niet substantieel toe en blijven lange wachtlijsten een feit. Het vernieuwde huursubsidiestelsel breidt de groep die ervoor in aanmerking komt uit, maar hij blijft in absolute getallen beperkt. Een uitbreiding van het systeem zal de komende jaren bekeken worden, maar een algemene huursubsidie lijkt nog veraf.

Aan wie gedwongen wordt zijn heil te zoeken op de private huurmarkt, waarvan het aandeel in de woningmarkt jaar na jaar krimpt, wordt dan ook weinig perspectief geboden. De wijzigingen aan de huurwetgeving kunnen de rechten van de huurder versterken, maar deze maatregelen dreigen deels dode letter te blijven, gezien de weigering van een aantal gemeenten om de naleving ervan te controleren. De huidige pilootprojecten met betrekking tot paritaire huurcommissies lopen af op het einde van 2007, een uitgewerkt modelcontract en een indicatief huurprijsrooster blijven – voorlopig – nog uit. Het woningkwaliteitsbeleid daarentegen zet wel een stap vooruit met de verhoogde slagkracht van de Vlaamse wooninspectie, waardoor het fenomeen van de huisjesmelkerij kortdatter zal worden aangepakt in de komende jaren. Een nadeel hiervan is echter dat na de renovatie van krotwoningen, de huurprijs omhoog gaat en het aantal betaalbare woningen daalt.

Als slotsom kunnen we stellen dat, ondanks de schuchtere stappen die gezet werden, een duidelijk huurbeleid nog steeds ontbreekt en dat de mensen met de laagste inkomens hiervan de grootste slachtoffers zijn en blijven.

HOOFDSTUK 6

Multidimensionele armoede gemeten en becijferd op basis van de Belgische SILC-2004

Peter Raeymaeckers en Caroline Dewilde

1. Multidimensionele armoede: een conceptueel mijnenveld

Sinds de ‘herontdekking’ van het fenomeen armoede op het einde van de jaren ’70 is over de conceptualisering en de meting ervan al heel wat inkt gevloeid. Dit heeft onder meer te maken met het gebrek aan een algemeen aanvaard begrippenkader – resulterend in een veelheid aan termen en definities zoals armoede, sociale uitsluiting, (relatieve) deprivatie, levensstijldeprivatie of onderklasse – en de daaruit voortvloeiende onenigheid over hoe armoede gemeten kan (of moet?) worden. Niettemin zijn de meeste onderzoekers het op een aantal punten met elkaar eens.

Ten eerste is armoede een sociaal en relatief feit, dat enkel kan worden begrepen in relatie tot de gangbare levensstandaard in een samenleving. Al in de jaren ’70 beklemtoonde Townsend (1979: 31) het sociale karakter van armoede in zijn ondertussen klassieke definitie: ‘Individuals, families and groups in the population can be said to be in poverty when they lack the resources to obtain the type of diet, participate in the activities and have the living conditions and amenities which are customary, or at least widely encouraged, or approved, in the societies to which they belong. They are, in effect, excluded from ordinary living patterns, customs and activities’. De kern van deze definitie komt onder meer terug in de ‘Europese’ armoedefinitie (Commissie van de Europese Gemeenschappen, 1981) en in de definitie van armoede die in dit Jaarboek wordt gehanteerd (Vranken e.a., 1992-1996).

Een tweede element waarover de meeste auteurs het – expliciet of eerder impliciet – eens zijn, is dat armoede méér is dan sociale ongelijkheid (Engbersen & Snel 1996; Piachaud 1981, 1987; Vranken 2001; Vranken e.a., 1998b). Volgens Engbersen & Snel (1996) is de term ‘sociale ongelijkheid’ een neutraler en meer afstandelijk begrip, waaraan niet per definitie een negatieve interpretatie kleeft. Armoede daarentegen is, zoals Townsend (1986) het stelt, een toestand van ‘aantoonbare deprivatie’. De veronderstelling dat armoede méér is dan sociale ongelijkheid impliceert dat er een soort ‘drempel’ of breuklijn bestaat die

aangeeft vanaf welk punt we kunnen spreken van armoede, de zogenaamde armoedelijjn.

Voorts is armoede voor de meeste onderzoekers noodzakelijk verbonden met een ‘ongewild’ gebrek aan economische middelen. Hoewel deze invulling op het eerste gezicht een vereenvoudiging van de multiaspectualiteit van het armoedeprobleem betekent, beantwoorden we hiermee aan de kritiek van Whelan & Whelan (1995) dat een uitbreiding van het fenomeen armoede naar andere concepten zoals sociale klasse, arbeidsmarktpositie of discriminatie, het onmogelijk maakt om oorzaak en gevolg empirisch van elkaar te onderscheiden. We beschouwen deze laatste variabelen eerder als determinanten van armoede.

In dit hoofdstuk gaan we verder in op het vierde punt van overeenstemming, namelijk het multidimensionele karakter van armoede (Room, 1995; Kohl, 1996; Vranken e.a., 1996). Hiertoe onderzoeken we hoe de onderscheiden dimensies van armoede de verschijningsvorm ervan beïnvloeden. In de eerste plaats is er de vraag naar de verschillende levensdomeinen waarop armoede zich kan manifesteren (breedte) en de ernst van de situatie op elk domein (hoogte). De diepte verwijst vervolgens naar de cumulatie van armoede, de mate waarin problematische situaties op verschillende levensdomeinen met elkaar zijn verweven. Armoede kan dus het resultaat zijn van een ernstige deprivatie op één bepaald levensdomein of eerder ontstaan ten gevolge van een veelheid van bijna-uitsluitingen op een reeks domeinen (Vranken e.a., 1998). Daarnaast onderscheiden we ook nog de tijds- of longitudinale dimensie: armoede kan zich kort manifesteren of daarentegen een langetermijnervaring zijn (Bane & Ellwood, 1986; Dewilde & Levecque, 2002).

Uit het bovenstaande volgt dat de samenstelling van de ‘arme’ bevolking op een bepaald moment in de tijd vrij heterogeen is: armoede kan immers andere vormen aannemen voor mensen uit verschillende bevolkingsgroepen of in een andere levensfase. De verschillende vormen van armoede en het verloop ervan over de tijd worden bovendien beïnvloed door andere determinanten (Whelan e.a., 2004). Daarnaast verschillen ook de trajecten die in een situatie van armoede uitmonden. Terwijl voor sommigen de intrede in armoede verband houdt met een ingrijpende levensgebeurtenis (zoals echtscheiding), is voor anderen armoede het eindresultaat van een langdurig proces van kleinere gebeurtenissen (zoals bij de langetermijneffecten van een onzekere arbeidsmarktpositie).

In eerder onderzoek, gebaseerd op data voor verschillende Europese landen, hielden we bij het meten van armoede rekening met de heterogeniteit van de ‘arme’ bevolking door het opstellen van een meetmodel gebaseerd op zowel monetaire als niet-monetaire indicatoren (Dewilde, 2004a; 2004b; 2007; Dewilde & Vranken, 2005a; 2005b). Hieruit bleek dat we verschillende ‘domeinen’ van armoede kunnen onderscheiden, die alle gerelateerd zijn aan een ‘latent’ of ‘onderliggend’ armoedeconcept: huisvestingsdeprivatie, financiële stress en beperkte financiële middelen. In dit hoofdstuk valideren we onze eerdere bevindingen op basis van de Belgische ‘Statistics on Income and Living

Conditions' (SILC) voor 2004. De SILC-2004 biedt immers de mogelijkheid een groter aantal indicatoren in de analyse op te nemen.

In de volgende paragraaf geven we kort een overzicht van de literatuur rond armoedemeting en bepalen we onze eigen positie in dit debat. Vervolgens gaan we in op de data en de gebruikte methodologie. Ook bespreken we de resultaten van ons meetmodel, alsook de belangrijkste determinanten van de verschillende verschijningsvormen van armoede. We sluiten af met de conclusie.

2. De meting van armoede: indirect, direct, of beide?

Ondanks de relatieve overeenstemming over de aard van het armoedeconcept, is de onenigheid groot op het vlak van de meting ervan. We kunnen de verschillende standpunten herleiden naar het onderscheid tussen een indirecte en een directe meting van armoede (Ringen, 1988). De indirecte meting van armoede neemt de 'bronnen', noodzakelijk om deel te nemen aan het maatschappelijke leven, als uitgangspunt. Vooral het beschikbare inkomen wordt beschouwd als een maatstaf voor een indirecte armoedemeting. Anderen verkiezen een directe methode waarbij armoede meetbaar wordt gemaakt via deprivatie-indicatoren die 'rechtstreeks' peilen naar de levensstandaard en het consumptieniveau.

De discussie tussen de aanhangers van de directe versus de indirecte benadering wordt verder aangewakkerd door de terugkerende vaststelling dat naargelang van de ene of de andere methode andere bevolkingsgroepen als 'arm' worden geclassificeerd (zie onder meer Kangas & Ritakallio, 1998; Whelan e.a. 2002; Whelan & Maître, 2007). Hoewel de 'mismatch' tussen de verschillende armoedematen vaak wordt gebruikt als argument ter verdediging of verwerping van de ene of de andere benadering, kunnen we deze op verschillende manieren verklaren. Deze verklaringen zijn alle min of meer in overeenstemming met onze conceptualisering van armoede als een multidimensioneel fenomeen dat verschillende verschijningsvormen kent en zich aldus voor kortere of langere periodes en met een verschillende intensiteit kan manifesteren op één of meerdere levensdomeinen.

Een eerste verklaring wijst op de tekortkomingen van het beschikbare inkomen als indirecte indicator van armoede. Zo is de context waarin mensen leven van groot belang (Ringen, 1995). Van den Bosch (1993) benadrukt in dit verband dat het armoederisico in grote mate wordt bepaald door socialezekerheidsuitkeringen en allerhande subsidies en 'in kind benefits' (gezondheid, onderwijs, huisvesting). Zo stellen Whelan en collega's (Layte e.a., 2001a; Layte e.a., 2001b; Whelan e.a., 2001; Whelan & Maître, 2007) vast dat de mate van overlapping tussen inkomensarmoede en hun index van levensstijldeprivatie sterker is in de armere Europese landen (EU-15). Hun verklaring hiervoor is dat in landen met een minder sterk uitgebouwde welvaartsstaat inkomensschommelingen

in mindere mate worden gecompenseerd door allerlei socialezekerheidsregelingen en aldus vaker resulteren in een duidelijk waarneembare verbetering of verslechtering van de concrete levensomstandigheden. Verder zouden indirecte maten ook rekening moeten houden met andere contextuele factoren zoals prijsverschillen tussen regio's en landen en mogelijke verschillen in equivalentieschalen (Kohl, 1996; Minkman & van Praag, 1997). Anderen wijzen dan weer op de problemen waardoor de inkomensmeting wordt geplaagd. Zo zijn componenten zoals spaargeld, inkomen uit kapitaal, de financiële voordelen die voortvloeien uit huiseigenaarschap, niet-officiële inkomsten, schenkingen en leningen, schulden of thuisproductie, zelden in de indirecte maat opgenomen (Piachaud, 1987; Ringen, 1995).

Het beschikbare inkomen schiet tekort als indirecte indicator van armoede

Ten tweede variëren middelen en behoeften over de levensloop en zijn middelen en behoeften op een bepaald moment in de tijd deels afhankelijk van de vroegere levensloopervaringen (Dewilde, 2003). Zo vinden heel wat studies dat hoewel de oudere bevolkingsgroepen vaker met zowel cross-sectionele als langdurige inkomensarmoede af te rekenen hebben, deze leeftijdsgroepen veel minder vaak worden geconfronteerd met kortdurende of langdurende levensstijldeprivatie (Dewilde, 2004b; Muffels & Fouarge, 2004; Saunders & Adelman, 2004; Halleröd e.a. 2006). Dit kunnen we verklaren aan de hand van de positie van ouderen op de huisvestingsmarkt. Zo blijken de meeste ouderen (volledig) eigenaar te zijn, wat resulteert in lagere huisvestingskosten. Andere mogelijke verklaringen zijn dat deze leeftijdsgroep beter kan omgaan met het budgetteren van hun inkomen (leeftijds- of leereffect) of is opgegroeid in een periode waarin de materiële behoeften minder groot waren (cohort-effect).

Ten slotte speelt ook de tijdsdimensie een rol: zo blijkt dat de correlatie tussen inkomen en levensstijldeprivatie toeneemt naarmate mensen langer inkomensarm zijn (Jeandidier & Kop, 1998; Whelan e.a., 2002). Inkomens- en deprivatiedynamieken hoeven dus niet noodzakelijk samen te vallen. Dit betekent dat een eventueel tijdelijk inkomensstekort zich niet onmiddellijk vertaalt in een duidelijk meetbare achteruitgang van de levensomstandigheden. De meeste mensen beschikken over enige reserves waarmee dringende noden worden opgevangen; daarnaast is ook de levensduur van de meeste goederen vrij lang. Ook het omgekeerde kan waar zijn. Iemand die langdurig werkloos is geweest, maar op een bepaald moment toch een job vindt, zal misschien niet langer inkomensarm zijn. Er gaat evenwel een langere tijdsperiode overheen vooraleer deze inkomensverbetering zich zal vertalen in een duidelijke vooruitgang van de 'objectief' waarneembare levensomstandigheden. Zo vragen bijvoorbeeld verbeteringen inzake de huisvestingssituatie vaak zware financiële inspannin-

gen. Ook voor wie problematische schulden met zich meesleept, is het waarschijnlijk dat de beschikbare middelen na een uittrede uit inkomensarmoede nog lange tijd beperkt blijven.

De correlatie tussen inkomen en levensstijldeprivatie neemt toe naarmate mensen langer inkomensarm zijn

We besluiten op basis van dit overzicht dat het niet onmogelijk is dat bepaalde inkomensarmen op basis van een directe meting niet als gedepriveerd worden aanzien en omgekeerd; dit ligt zelfs min of meer voor de hand. Waar anderen de mismatch tussen een directe en een indirecte meting als een tekortkoming beschouwen van de ene of de andere armoedemaat, definiëren wij in dit hoofdstuk inkomensarmoede als een indicator die naast de verschillende deprivatie-indicatoren moet worden bekeken: beide types van indicatoren, directe en indirecte, leveren complementaire informatie over de verschillende verschijningsvormen van armoede.

3. Data en methodologie

Het opstellen van een multidimensionele armoedemaat gebaseerd op directe en indirecte indicatoren vereist in de eerste plaats de keuze van een databestand dat voldoende informatie bevat. Een tweede beslissing heeft betrekking op de selectie van indicatoren die op afdoende wijze de ‘armen’ van de ‘niet-armen’ differentiëren. Ten derde moeten we de methode selecteren waarmee we de indicatoren/domeinen samenvoegen tot een index.

3.1 Data

We maken gebruik van de Belgische ‘Statistics on Income and Living Conditions’ voor 2004 (SILC-2004). Deze representatieve steekproef bevat 5275 huishoudens, waarvan 731 Brusselse, 2753 Vlaamse en 1791 Waalse. De responsratio op het niveau van het huishouden bedraagt 49,6%. Eén van de belangrijkste doelen van de SILC-2004 is om aan beleidsmakers meer informatie te verschaffen over het inkomen en de leefomstandigheden van de Belgische bevolking. We gebruiken de Belgische SILC-data in plaats van het comparatieve EU-SILC-bestand dat op het niveau van EUROSTAT wordt ontwikkeld. De Belgische data bevatten namelijk, naast de vastgelegde EUROSTAT-gegevens, ook een reeks bijkomende landspecifieke variabelen.

3.2 Indicatoren

Een tweede stap bestaat uit het selecteren van de relevante indicatoren. Hierbij moeten we eerst de armoededomeinen selecteren die we in de analyse willen opnemen. In de literatuur onderscheiden we twee benaderingen. Een eerste groep auteurs stelt een multidimensionele armoedemaat samen op basis van zowel sociale, socio-economische als materiële indicatoren (Muffels, 1993; Tsakoglou & Papadopoulos, 2002; Dekkers, 2003). Een tweede groep auteurs is echter van mening dat bij het opnemen van niet-materiële indicatoren zoals onderwijsniveau, tewerkstelling en sociale relaties, de betekenis van het armoedeconcept vervaagt (zie Whelan, 1993). In de inleiding conceptualiseerden we armoede als een niet-realisatie van de gangbare levensstandaard omwille van een ‘opgelegd’ gebrek aan economische middelen en sloten we ons aldus aan bij de tweede visie.

Voor het selecteren van de relevante armoededomeinen vertrekken we in dit hoofdstuk van de in eerder onderzoek geïdentificeerde domeinen: huisvestingsdeprivatie, financiële stress en beperkte financiële middelen (Dewilde, 2004a; 2004b; 2007; Dewilde & Vranken, 2005a; 2005b). Daar waar financiële stress volgens deze studies betrekking heeft op schulden, betalingsproblemen en een subjectieve perceptie van financiële moeilijkheden, betreft het domein beperkte financiële middelen eerder het niet kunnen beschikken over middelen om bepaalde aankopen te veroorloven. Uit dit onderzoek bleek tevens dat een bijkomend domein, de kwaliteit van de woonomgeving, minder sterk samenhangt met een onderliggend ‘multidimensioneel’ armoedeconcept. Gezien de SILC echter meer informatie over de woonomgeving bevat, nemen we dit domein voorlopig mee in onze analyses.

Tabel 1 – Indicatoren van armoede/deprivatie.

Huisvesting	
Sanitaire voorzieningen	Ontbreken van bad/douche of toilet met waterspoeling of warm stromend water in de woning.
Gebrek aan ruimte ¹	Minder dan één kamer (excl. badkamer, keuken, toilet,...) per persoon.
Slechte kwaliteit van de woning	De woning vertoont één van volgende gebreken: lekkend dak, schimmels, vochtige muren, plafonds of vloeren, rottend houtwerk.
Geen doeltreffende verwarming (subjectief)	Het huishouden is niet in staat om de woning voldoende te kunnen verwarmen.
Financiële stress	
Subjectieve perceptie financiële moeilijkheden ²	Het huishouden kan slechts moeilijk tot zeer moeilijk de eindjes aan elkaar knopen en percipieert de afbetalingen voor leningen (excl. huisvesting) als een last tot zware last of beschouwt de afbetalingen voor huishuur/hypotheek als een zware last.
Betalingsproblemen: huisvestingskosten	Het huishouden is gedurende de voorbije twaalf maanden ooit niet in staat geweest de huishuur/hypotheek op tijd te betalen.
Betalingsproblemen: regelmatige kosten	Het huishouden is gedurende de voorbije twaalf maanden ooit niet in staat geweest belastingen, rekeningen voor gas/water/elektriciteit of rekeningen voor huurkopen/leningen te betalen.

Betalingsproblemen: onregelmatige kosten	Het huishouden is gedurende de voorbije twaalf maanden ooit niet in staat geweest boetes of rekeningen voor gezondheidskosten te betalen.
Beperkte financiële middelen	
Inkomensarmoede ³	Het gestandaardiseerd maandelijks beschikbaar huishoudinkomen is lager dan 60% van het mediane inkomen in de bevolking.
Niet kunnen veroorloven van kleine aankopen of het organiseren van activiteiten	Het huishouden kan zich niet veroorloven om de twee dagen vlees, kip of vis te eten of jaarlijks een week op vakantie te gaan of éénmaal per maand vrienden of familie te ontvangen voor een drankje of een etentje.
Niet kunnen veroorloven van grote aankopen ⁴	Het huishouden kan zich de volgende grote aankopen niet veroorloven: auto, onverwachte uitgave van meer dan 750 euro, tv of een wasmachine.
Niet kunnen veroorloven van technologische hulpmiddelen	Het huishouden kan zich de volgende aankopen niet veroorloven: computer, internet of telefoon (vast toestel of gsm).
Omgevingsproblemen	
Vervuiling en lawaaihinder	Het huishouden heeft hinder van pollutie, smog en burengerucht, straatlawaai of andere lawaaihinder van buitenaf.
Netheid buurt	Het huishouden heeft een probleem met netheid van de buurt.
Misdaad, geweld of vandalisme	Het huishouden ondervindt hinder van misdaad, geweld of vandalisme in de onmiddellijke omgeving.
Openbaar vervoer	Het huishouden heeft een probleem met afgelegenheid en slechte bereikbaarheid met openbaar vervoer van buurt.

1. Voor alleenstaanden wordt als grens 'één kamer of minder' gehanteerd, omdat anders alle alleenstaanden goed scoren op deze indicatoren. Voor de huishoudens bestaande uit tien of meer personen ($n = 4$) is deze indicator minder accuraat. Om redenen van anonimiteit werd namelijk top coding toegepast (10+ kamers). Voor de berekening van de ruimte-indicator pasten we deze top coding ook toe op het aantal huishoudleden. Deze top coding resulteert allicht in een onderschatting van de ruimteproblemen voor grote huishoudens.
2. Omdat in totaal 3443 van de 5275 huishoudens de totale huisvestingskost als een last tot zware last definiëren, kunnen we enkel voldoende differentiëren tussen 'arme' en 'niet-arme' huishoudens als we de indicator 'subjectieve perceptie financiële stress' construeren op basis van diegenen die de huisvestingskost enkel als een zware last beschouwen.
3. Op basis van het gestandaardiseerde, beschikbare huishoudinkomen in het vorige kalenderjaar.
4. De variabele 'niet kunnen veroorloven van onverwachte uitgaven van € 750' construeerden we op basis van de respondenten die onverwachte uitgaven van € 750 zich niet kunnen veroorloven, noch door het lenen bij een bank, noch met behulp van familie en vrienden, noch op een andere manier.

In tabel 1 presenteren we de verschillende indicatoren die we gebruiken om de onderscheiden armoededomijnen te operationaliseren. Verschillende overwegingen spelen hierbij een rol. Een eerste keuze betreft de opname van objectieve versus subjectieve indicatoren, of beide. Objectieve indicatoren maken abstractie van de persoonlijke ervaring en hebben dan ook het voordeel dat de betekenis ervan duidelijk is. Anderzijds leidt de opname van subjectieve indicatoren tot een betere weergave van de alledaagse realiteit van sociale uitsluiting en armoede (Cheli & Lemmi, 1995). In dit hoofdstuk maken we dan ook gebruik van zowel objectieve als eerder subjectieve indicatoren.

De geselecteerde indicatoren moeten verder, voor zover we dit op basis van het gezond verstand kunnen bepalen, 'armoedegevoelig' zijn. Dit wil zeggen dat ze zoveel mogelijk moeten verwijzen naar opgelegde beperkingen eerder dan naar preferenties. De geselecteerde indicatoren moeten met andere woorden

voldoende differentiërende kracht hebben aan de onderkant van de bevolkingsverdeling.

Voor elke indicator wordt ten slotte een breuklijn aangeduid, een ‘kritisch’ punt dat aangeeft vanaf wanneer we een huishouden of individu als achtergesteld beschouwen. We beschouwen dergelijke breuklijnen als relatief, omdat ze worden gedefinieerd in relatie tot de gangbare levensstandaard van de bevolking; daarom kunnen ze worden aangepast aan veranderingen in tijd en verschillen in ruimte. In de praktijk is het identificeren van dergelijke breuklijnen niet zo éénduidig. De meeste onderzoekers baseren hun oordeel op een soort common sense, gebaseerd op hun eigen ervaring van de ‘alledaagse’ realiteit. Bovendien worden de gebruikte breuklijnen in grote mate vastgelegd door de vraagstelling. De meeste surveys werken immers met gestandaardiseerde vragenlijsten en vooraf bepaalde antwoordcategorieën. In die zin kunnen we de breuklijnen gehanteerd in dit onderzoek beschouwen als ‘sociaal geconstrueerd’, gebaseerd op het gezond verstand van de opstellers van de vragenlijst en de onderzoekers.

3.3 Aggregatiemethode: latente klassenanalyse

Vervolgens stelt zich de vraag naar de geschiktste aggregatiemethode om tot een multidimensionele armoedemaat te komen. De in de literatuur gangbare methoden variëren van de eenvoudige optelling van de scores op de verschillende indicatoren/domeinen tot het bepalen van gewichten voor elk domein/indicator. Ook voor het bepalen van deze gewichten kunnen verschillende procedures worden gevolgd. Zo zou men de evaluatie van de gewichten kunnen toevertrouwen aan een panel van experts, bestaande uit (sociale) wetenschappers, beleids mensen en/of mensen die in armoede leven. Vaak wordt ook gebruik gemaakt van de beschikbare informatie in de steekproef. Zo tellen Mack & Lansley (1985) enkel deze indicatoren op die door de meerderheid van de respondenten als ‘noodzakelijk’ worden beschouwd en ook effectief in hun bezit zijn. Een variant op deze benadering vinden we onder meer in Halleröd (1996), die voor elke relevante referentiegroep een set van gewichten bepaalt op basis van het percentage respondenten dat de verschillende items als ‘noodzakelijk’ beschouwt. Ook Muffels (1993) werkt de idee van referentiegroepen verder uit, maar hij vertrekt voor het bepalen van de gewichten van de proportie ‘have’ en ‘have nots’ in de referentiegroep van de respondent.

In dit hoofdstuk opteren we evenwel voor een alternatieve aggregatiemethode onder de vorm van een latent klassenmeetmodel. Latente klassenanalyse wordt vaak omschreven als de ‘categorische’ equivalent van de klassieke factoranalyse, waarbij de onderzoeker op zoek gaat naar een onderliggende, latente of niet-geobserveerde structuur – bestaande uit een beperkt aantal zogenaamde ‘latente klassen’ – die de relaties tussen de manifeste of geobserveerde indicato-

ren verklaart (McCutcheon, 1987). Omdat de armoede-indicatoren die in survey-onderzoek gangbaar zijn, veelal discreet van aard zijn (vaak onder de vorm van twee (nominale) categorieën), is deze methode beter geschikt dan de klassieke factoranalyse. Bijkomende voordelen van deze benadering zijn de controle voor de eventuele aanwezigheid van meetfouten, de mogelijkheid om via de beoordeling van de statistische ‘fit’ van het model te achterhalen welke indicatoren het sterkst – of juist niet – verbonden zijn met het onderliggende ‘latente’ concept, de mogelijkheid om elk huishouden toe te wijzen aan één latente klasse en aldus de omvang en de sociale verdeling van de verschillende latente klassen te bestuderen, en het feit dat de uitkomst van het latente klassenmodel eveneens categorisch is, zodat we geen bijkomende veronderstellingen hoeven te maken over de armoededrempel.

We werken in twee stappen. Eerst gaan we na of de in tabel 1 geselecteerde indicatoren op elk domein van armoede, ook daadwerkelijk hetzelfde onderliggende concept meten. Vervolgens berekenen we voor elk domein de latente klassenscores – we wijzen met andere woorden elk huishouden toe aan één van de latente klassen – en gebruiken deze informatie om een ‘overkoepelend’ latent klassenmodel te schatten waarbij het onderliggende latente concept verwijst naar ‘multidimensionele’ armoede. In tegenstelling tot de gangbare aggregatiemethodes, die meestal zijn gebaseerd op één of andere optelsom, heeft deze getrapte procedure het voordeel dat het eindresultaat niet afhankelijk is van het aantal items op een bepaald domein (zo zal een eenvoudige ‘optelindex’ gebaseerd op tien huisvestingsindicatoren meer ‘vertekend’ zijn in de richting van huisvestingsdeprivatie dan een index met slechts vijf huisvestingsindicatoren).

In het vervolg van dit hoofdstuk concentreren we ons vooral op de inhoudelijke interpretatie van de resultaten. De lezers die meer informatie wensen over de statistische achtergrond van het latente klassenmodel verwijzen we naar het Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid (Dewilde & Vranken, 2005a; 2005b).

4. Resultaten

4.1 Multidimensionele armoede in België

In deze paragraaf bespreken we de resultaten van onze stapsgewijze latente klassenanalyses op basis van de SILC-België. In een eerste stap schatten we voor elk domein geïdentificeerd in tabel 1 (huisvesting, financiële stress, beperkte financiële middelen en omgevingsproblemen) een latent klassenmodel met twee latente klassen. Zo testen we bijvoorbeeld voor het domein huisvestingsdeprivatie of we op basis van de geselecteerde indicatoren een onderscheid kunnen maken tussen de respondenten die gedepriveerd zijn wat betreft hun

huisvestingssituatie en de respondenten die we als niet-gedepriveerd kunnen beschouwen. Op basis van de statistische evaluatiecriteria concluderen we dat voor elk van de armoededomijnen het vooropgestelde model met twee latente klassen ('armen' en 'niet-armen') kan worden aanvaard. We verwijzen de geïnteresseerde lezer naar de Appendix voor een overzicht van de verschillende evaluatiecriteria.

Tabel 2 – Conditionele probabiliteiten (%) van de latente klassenmodellen op de verschillende domeinen voor België.

België		
Huisvestingsdeprivatie	Arm	Niet-arm
Tekort aan sanitaire voorzieningen	15%	3%
Minder dan één kamer per persoon	2%	2%
Slechte kwaliteit van de woning	49%	9%
Onmogelijkheid om woning goed te verwarmen	41%	3%
<i>Omvang latente klasse</i>	<i>12%</i>	<i>88%</i>
Financiële stress		
Subjectieve perceptie financiële moeilijkheden	63%	9%
Betalingsproblemen: huisvestingskosten	40%	0,48%
Betalingsproblemen: regelmatige kosten	75%	2%
Betalingsproblemen: onregelmatige kosten	46%	1%
<i>Omvang latente klasse</i>	<i>8%</i>	<i>92%</i>
Beperkte financiële middelen		
Inkomensarmoede	52%	9%
Niet kunnen veroorloven van kleine aankopen	26%	1%
Niet kunnen veroorloven van grote aankopen	78%	7%
Niet kunnen veroorloven van technologische hulpmiddelen	37%	5%
<i>Omvang latente klasse</i>	<i>15%</i>	<i>85%</i>
Omgevingsproblemen		
Vervuiling, smog en lawaaihinder	36%	4%
Criminaliteit, vandalisme	53%	12%
Netheid van de buurt	49%	8%
Beperkte bereikbaarheid van openbaar vervoer	23%	19%
<i>Omvang latente klasse</i>	<i>20%</i>	<i>80%</i>
Multidimensionele armoede: zonder omgevingsproblemen		
Huisvestingsdeprivatie	32%	9%
Financiële stress	54%	3%
Gebrek aan financiële middelen	70%	9%
<i>Omvang latente klasse</i>	<i>9%</i>	<i>91%</i>
Multidimensionele armoede: met omgevingsproblemen		
Huisvestingsdeprivatie	28%	9%
Financiële stress	43%	3%
Gebrek aan financiële middelen	67%	7%
Omgeving	34%	18%
<i>Omvang latente klasse</i>	<i>12%</i>	<i>88%</i>

In tabel 2 presenteren we de conditionele probabiliteiten en de latente klassen-probabiliteiten, uitgedrukt als percentages. De conditionele probabiliteiten ge-

ven de associatie weer tussen elk van de geobserveerde indicatoren en de latente klassen. Op basis van deze probabiliteiten kunnen we afleiden welke de indicator is die het sterkst aan het ‘onderliggende’ latente concept is gerelateerd. De latente klassenprobabiliteiten geven het percentage arme en niet-arme huishoudens weer voor elk armoededomein.

Een eerste algemene vaststelling is, dat voor elk armoededomein arme huishoudens meer kans hebben dan niet-arme huishoudens om op een bepaalde indicator ‘negatief’ te scoren (dit wil zeggen, gedepriveerd te zijn). De enige uitzondering is de indicator ‘gebrek aan ruimte’ op het domein huisvestingsdeprivatie. Zoals eerder gesteld betreft het een objectieve indicator die enkel verwijst naar de al of niet beschikbaarheid van minstens 1 kamer per persoon aanwezig in het huishouden.

Zowel voor arme als niet-arme huishoudens vinden we een kans van 2%. Dit suggereert dat deze indicator allicht beter kan worden vervangen door een ander item. Een mogelijke verklaring voor het gebrek aan ‘armoedegevoeligheid’ is dat deze indicator geen rekening houdt met de relaties tussen de huishoudleden. Een tweede verklaring is dat deze variabele geen rekening houdt met de soms specifieke manier waarop arme huishoudens de ruimte in hun woning ervaren. In eerdere analyses vervingen we deze variabele door een eerder subjectieve indicator die verwijst naar het gevoel van een gebrek aan ruimte. Omdat deze laatste ‘subjectieve’ variabele niet in de SILC-2004 is opgenomen en we een fittend model vinden op basis van de objectieve indicator, behouden we deze indicator in ons meetmodel. Op het domein huisvestingsdeprivatie is de belangrijkste indicator ‘slechte kwaliteit van de woning’. Zo heeft bijna de helft van de armen problemen met de woning, tegenover ‘maar’ 9% van de niet-armen. Volgens ons latente klassenmodel is 12% van de Belgische huishoudens gedepriveerd op het gebied van huisvesting.

Bijna de helft van de arme huishoudens heeft het moeilijk om onregelmatige betalingen te bekostigen

Wat betreft het domein ‘financiële stress’ concluderen we dat arme huishoudens vooral te maken hebben met betalingsproblemen op het gebied van regelmatige kosten zoals belastingen, rekeningen van gas/water/elektriciteit of eventuele leningen (75%). Bijna de helft van de arme huishoudens blijkt ook aan te geven het moeilijk te hebben om onregelmatige betalingen (boetes of gezondheidskosten) te bekostigen. Ook inzake de kans op betalingsproblemen voor huisvesting vinden we een groot verschil tussen arme en niet-arme huishoudens. Daar waar een klein percentage niet-armen (0,5%) problemen heeft met het betalen van hypotheek of huur, blijkt 40% van de armen wel moeilijkheden te ondervinden

om tegemoet te komen aan deze kosten. In totaal kampt 8% van de Belgische huishoudens met financiële stress.

Wat betreft het armoededomein ‘beperkte financiële middelen’ kunnen we stellen dat arme huishoudens in vergelijking met niet-arme huishoudens een groter risico vertonen op het zich niet kunnen veroorloven van grote aankopen. Twee derde van de armen blijkt namelijk over een gebrek aan financiële middelen te beschikken om tot de aankoop over te gaan van een auto, een tv, een wasmachine of uitgaven van meer dan 750 euro. Zoals verwacht vinden we ook dat meer arme dan niet-arme huishoudens moeite hebben om zich technologische hulpmiddelen aan te schaffen. Samenvattend kunnen we stellen dat 15% van de Belgische huishoudens kampt met beperkte financiële middelen.

Ook de omgevingsproblemen tonen dat armen meer kans hebben dan niet-armen om slecht te scoren op elk van de geselecteerde indicatoren. Opvallend is dat iets meer dan de helft van de armen rapporteert hinder te ondervinden van criminaliteit of vandalisme in de onmiddellijke omgeving, tegenover 12% van de niet-arme huishoudens. De enige uitzondering op het algemene beeld is de beperkte bereikbaarheid van het openbare vervoer. Het verschil tussen arme huishoudens en niet-arme huishoudens bedraagt hier maar 5%. Een mogelijke verklaring voor het feit dat ‘arme’ huishoudens minder hinder ondervinden van een beperkte bereikbaarheid door het openbaar vervoer, is dat ze er nu eenmaal minder gebruik van maken.

Ten slotte gaan we na of de vier boven onderscheiden domeinen voldoende met elkaar samenhangen, in die zin dat we de onderlinge associaties kunnen verklaren door een onderliggend concept dat we ‘multidimensionele armoede’ noemen. In tegenstelling tot onze eerdere analyses, gebaseerd op een beperktere set van indicatoren (Dewilde, 2004a; 2004b; 2007; Dewilde & Vranken, 2005a; 2005b), vinden we dat zowel het latente klassenmodel met inbegrip van het domein ‘omgevingsproblemen’ als het model zonder dit domein een goede beschrijving vormen van de onderliggende patronen in de data.

Op basis van de conditionele probabiliteiten stellen we vast dat deprivatie op het domein ‘beperkte financiële middelen’ het sterkst verbonden is met het onderliggende concept multidimensionele armoede. Bijna 70% van de arme huishoudens blijkt problemen te ondervinden op dit domein. 12% van de Belgische huishoudens is multidimensioneel arm. In overeenstemming met onze conceptualisering van armoede als een fenomeen dat verschillende vormen kan aannemen, vinden we dat armoede kan ontstaan ten gevolge van een ‘ernstige’ deprivatie op één domein (in casu het domein ‘beperkte financiële middelen’, dat volgens ons model het zwaarste doorweegt) of een reeks van minder ernstige deprivaties op meerdere domeinen. De kans om tot de latente klasse van de armen te behoren voor de huishoudens die slecht scoren op de drie overige domeinen, bedraagt voor het domein financiële stress ongeveer 40%. Voor huisvestingsdeprivatie en omgevingsproblemen zien we dat de kans respectievelijk ongeveer 30% bedraagt.

4.2 Determinanten van multidimensionele armoede

In wat volgt bekijken we de belangrijkste determinanten van armoede op de vier onderscheiden domeinen: huisvestingsdeprivatie, financiële stress, beperkte financiële middelen en omgevingsproblemen. Vanuit wetenschappelijk en beleidsgericht oogpunt is het immers relevanter te weten welke factoren de specifieke verschijningsvormen van armoede beïnvloeden, eerder dan te focussen op de kans om ‘multidimensioneel’ arm te zijn.

Methode

Gezien onze afhankelijke variabele uit slechts twee categorieën bestaat (arm en niet-arm), schatten we voor elk armoededomein een logistisch regressiemodel, waarbij we nagaan welke sociale achtergrondkenmerken het armoederisico beïnvloeden. Het voordeel van deze techniek is, dat we door het combineren van meerdere onafhankelijke variabelen het ‘zuivere’ effect van een bepaalde variabele kunnen meten. We meten met andere woorden de rechtstreekse relatie tussen een bepaalde onafhankelijke variabele en de kans op armoede op de vier onderscheiden armoededomeinen.

In tegenstelling tot onze latente klassenanalyses hebben onze regressiemodellen betrekking op alle personen (inclusief de kinderen) die deel uitmaken van een huishouden dat participeert aan de enquête. Het gaat om 12971 respondenten waarvan 6949 Vlaamse, 4369 Waalse en 1653 Brusselse. Voor de onafhankelijke variabelen gebruiken we ofwel individuele informatie, informatie op het niveau van het huishouden of informatie van het gezinshoofd van het huishouden. We onderscheiden twee groepen onafhankelijke variabelen: demografische en socio-economische kenmerken. Verder meten we ook de invloed van gewest en verstedelijkingsgraad.

De demografische kenmerken zijn: geslacht, leeftijdsklasse, huishoudtype, aantal kinderen, huwelijksstatus gezinshoofd, gezondheid gezinshoofd, aanwezigheid van een chronische ziekte bij het gezinshoofd.

Voor de socio-economische variabelen gebruiken we: het hoogst behaalde diploma van het gezinshoofd, de beroepsklasse van het gezinshoofd, aantal maanden dat het gezinshoofd getroffen is door werkloosheid in het vorige kalenderjaar (2003), eigendomsstatus.

Verder gaan we na of het feit of iemand in Vlaanderen, Wallonië of Brussel woont een invloed uitoefent op het armoederisico op de vier armoededomeinen, controlerend voor verschillen in bevolkingssamenstelling tussen de regio's. Een laatste variabele betreft de bevolkingsgraad als een maatstaf voor verstedelijking. Deze variabele is onderverdeeld in drie categorieën: dichtbevolkte gemeente (> 500 inwoners/km²), gemeenten met een gemiddelde bevolkingsdichtheid (> 100 inwoners/km²) en dunbevolkte gemeenten (< 100 inwoners/km²).

Resultaten

Voor elk armoededomein bespreken we de belangrijkste determinanten; dit wil zeggen, de variabelen waarbij we een significant verband aantreffen met huisvestingsdeprivatie, financiële stress, gebrek aan middelen en omgevingsproblemen. In tabel 3 en tabel 4 presenteren we de resultaten.

Een eerste armoededomein is huisvestingsdeprivatie. Een eerste vaststelling is dat bij ouderen boven de 64 jaar de kans op huisvestingsdeprivatie verkleint, tegenover de respondenten tussen 30 en 49 jaar. Ten tweede concluderen we dat wat betreft het huishoudtype, alleenstaanden en alleenstaande ouders een hogere kans op huisvestingsdeprivatie vertonen in vergelijking met koppels zonder kinderen. De afwezigheid van een partner betekent dus een belangrijke risicoverhogende factor. Een mogelijke verklaring ligt in het feit dat door het ontbreken van een tweede inkomen, alleenstaande huishoudens moeilijkheden ondervinden om een kwaliteitsvolle woning te bekostigen. Uit onze resultaten blijkt verder dat als het gezinshoofd een slechte tot zeer slechte algemene gezondheid heeft, de kans op huisvestingsdeprivatie voor het huishouden verhoogt. Ook de aanwezigheid van een chronische ziekte bij de referentiepersoon maakt dat het huishouden meer te maken heeft met huisvestingsdeprivatie. Omdat we enkel beschikken over cross-sectionele data kunnen we niet besluiten of huisvestingsproblemen een gevolg of eerder een oorzaak zijn van gezondheidsproblemen. Eerder onderzoek blijkt echter aan te geven dat gezondheidsproblemen de intrede in armoede veroorzaken en tevens de persistentie van de armoedesituatie verlengen (Levecque, 2007).

Alleenstaanden en alleenstaande ouders lopen een hoger risico op huisvestingsdeprivatie

De socio-economische variabelen, zoals beroepsklasse en onderwijsniveau, leveren met betrekking tot huisvestingsdeprivatie telkens een niet-significant verband op. Enkel de variabele eigendomstatus vertoont een significant effect. Huisvestingsproblemen komen meer voor bij huishoudens die huren.

Wat betreft het effect van de 'macrovariabele' gewest vinden we dat vooral respondenten in Wallonië, tegenover Vlamingen, meer worden getroffen door huisvestingsdeprivatie. Het effect voor Brussel is niet significant. Dit resultaat wijst erop dat, gecontroleerd voor de relevante demografische en socio-economische kenmerken, Waalse respondenten nog steeds een hoger risico op huisvestingsproblemen vertonen. Anders gezegd kunnen we stellen dat dit effect niets te maken heeft met de eventuele 'armere' samenstelling van de bevolking in Wallonië. Een mogelijke verklaring voor het feit dat huisvestingsproblemen meer voorkomen in Wallonië dan in de andere Belgische gewesten moet

daarom eerder gezocht worden in structurele factoren gerelateerd aan het regionale huisvestingsbeleid of de ouderdom van de huisvestingsmarkt.

Tabel 3 – Logistische regressie van demografische kenmerken op huisvestingsdeprivatie, financiële stress, gebrek aan financiële middelen en omgevingsproblemen, gecontroleerd voor socio-economische kenmerken, Gewest en verstedelijking.

Referentiecategorie: niet-arm	Armoededomein			
	Huisvestings-deprivatie	Financiële stress	Beperkte financiële middelen	Omgevingsproblemen
Intercept	-2,4666	-4,7759	-3,4708	-1,7757
Demografische kenmerken				
Geslacht gezinshoofd				
Man	-0,00682	0,0714	-0,2130	0,0930
(Vrouw)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Leeftijdsklasse				
< 10	0,0527	-0,00876	0,0747	-0,1542
10-19	-0,1752	-0,0421	0,1450	0,0687
20-29	-0,0240	0,1251	-0,0265	-0,0788
(30-49)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
50-64	-0,2357	-0,3706**	-0,2183	0,0883
> 64	-0,4429**	-1,1568***	-0,1679	-0,1829
Huishoudtype				
Alleenstaande	0,3844*	0,0999	0,5458***	-0,0925
Alleenstaande ouder	0,5744*	0,5165*	0,7444**	0,1698
(Koppel zonder kinderen)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Koppel met kinderen	0,0656	0,4181*	-0,1930	0,0998
Andere	-0,2747	-0,0597	-0,5583*	0,2029
Aantal kinderen				
Meer dan drie kinderen	0,1776	1,3383**	0,9693*	0,4527
(Minder dan drie kinderen)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Huwelijksstatus gezinshoofd				
Nooit gehuwd	-0,1352	0,4374*	-0,1034	0,3607**
Gehuwd	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Gescheiden	-0,2371	0,3639	0,3389	-0,6089
Verweduwd	-0,1163	0,2576	-0,6394*	0,1526
Echtgescheiden	-0,2451	0,4278*	-0,1955	0,1239
Gezondheid gezinshoofd				
Slecht tot zeer slechte algemene gezondheid	0,4174**	0,6174**	0,7565***	0,1757
Redelijk tot goede algemene gezondheid	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Chronische ziekte gezinshoofd				
Ja	0,2942**	0,2170	-0,0494	0,2667*
Nee	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
<i>N</i>	11546	11546	11546	11546
<i>Nagelkerke R²</i>	0,05	0,23	0,28	0,07

Tabel 4 – Logistische regressie van socio-economische kenmerken, Gewest en verstedelijking op huisvestingsdeprivatie, financiële stress, gebrek aan financiële middelen en omgevingsproblemen, gecontroleerd voor demografische kenmerken.

Referentiecategorie: niet-arm	Armoededomein			
	Huisvestingsdeprivatie	Financiële stress	Beperkte financiële middelen	Omgevingsproblemen
Socio-economische status				
Hoogst behaalde diploma gezinshoofd				
(Hoger onderwijs hogeschool of universiteit)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Hoger secundair onderwijs	-0,0259	0,8415***	0,2312	-0,0453
Lager secundair onderwijs	-0,1621	0,7706**	0,5875**	-0,0911
Lager onderwijs of lager	0,1919	1,0167***	0,9347***	0,1233
Beroepsklasse gezinshoofd				
(Hogere leidinggevenden)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Supervisors, hogeschoolde bediende	-0,1155	0,0492	0,2159	-0,0731
Halfgeschoolde en ongeschoolde bediende	-0,1795	0,7661***	0,6402**	-0,0102
Hooggeschoolde handenarbeid	0,1597	0,3228	0,5526**	-0,0183
Ongeschoolde handenarbeid	-0,1095	0,4760*	0,5105*	-0,1644
Kleine zelfstandige	0,1967	0,7490*	0,3026	0,0846
Agrarische arbeid	0,1495	-0,0694	0,9115*	-0,2098
Werkloos	0,0181	0,5661	1,0136*	0,1516
Niet-actief	0,3774	0,8701**	0,9793***	-0,3054
Aantal maanden werkloos gezinshoofd				
Minder dan twaalf maanden	0,3417	0,6096**	0,9171***	0,2352
Twaalf maanden	0,2085	0,6378***	0,9649***	0,1891
Tewerkgesteld	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Eigendomstatus				
Huurders	0,3245**	1,0368***	0,9835***	0,0624
Eigenaar	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Gewest				
Brussel	0,2465	0,5270**	0,8537***	0,7096***
Wallonië	0,3103*	0,4241**	0,6267***	0,6497***
Vlaanderen	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Bevolkingsdichtheid				
Lage bevolkingsdichtheid	0,3997	0,3042	0,0702	-1,2727***
Gemiddelde bevolkingsdichtheid	0,0493	-0,0401	-0,3180*	-0,5244***
Hoge bevolkingsdichtheid	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
N	11546	11546	11546	11546
Nagelkerke R ²	0,05	0,23	0,28	0,07

Mogelijke verklaringen voor de opvallende regionale verschillen wat betreft de kwaliteit van de huisvestingsmarkt worden aangereikt door Vanneste e.a.

(2005). Deze auteurs stellen ten eerste dat het grote kwaliteitsverschil tussen Vlaanderen en Wallonië te maken kan hebben met de ouderdom van de woningen. In Wallonië zijn de woningen namelijk ouder dan de Vlaamse woningen. Vanneste e.a. (2005) weerleggen deze verklaring door te benadrukken dat het contrast tussen de beide gewesten vooral uitgesproken is voor woningen van meer recentere bouwperiodes. Dit blijkt ook uit Vanneste e.a. (2007), waarin wordt aangetoond dat van de woningen gebouwd vóór 1946 deze meer in Wallonië dan in Vlaanderen en Brussel worden gekenmerkt door een groot comfort. Een tweede mogelijke verklaring volgens Vanneste e.a. (2005) is het feit dat de eigenaars in Wallonië de minste financiële draagkracht hebben om hun huizen te verbouwen. De resultaten in dit hoofdstuk wijzen er echter op dat de eventuele 'armere' samenstelling van de Waalse bevolking de regionale verschillen niet kan verklaren. Ten slotte stellen Vanneste e.a. (2005) dat ook de mentaliteit van de Waalse bevolking tegenover de huisvestingssituatie een belangrijke rol kan spelen. Zo veronderstellen de auteurs dat Walen kritischer zouden zijn dan Vlamingen wat betreft de staat van hun woning omdat de inwoners van het Waalse gewest reeds een lange traditie van veelvuldige subsidies voor herstellingen aan woningen kennen. Waalse gezinnen erkennen misschien gemakkelijker dat hun woning één of meerdere gebreken vertoont en dat herstellingen zich opdringen. Een laatste mogelijke verklaring wordt aangereikt door Vanneste e.a. (2007). Deze auteurs stellen dat de Waalse industrialisatie tijdens de 19de en 20ste eeuw een sociale erfenis heeft achtergelaten van sociaal-economische en ruimtelijke patronen die de succesvolle sociale en economische herwaardering van de streek tegenwerken.

Wat betreft het domein financiële stress vinden we, net als bij huisvestingsdeprivatie, dat ouderen een kleiner risico vertonen. Bij respondenten ouder dan 50 jaar komt financiële stress namelijk minder voor in vergelijking met respondenten tussen 30 en 49 jaar. Wat betreft het huishoudtype is de aanwezigheid van kinderen een determinerende factor. Zowel alleenstaande ouders als koppels met kinderen ondervinden een hogere kans op financiële stress. Ook huishoudens met meer dan drie kinderen jonger dan 16 jaar hebben een hoger risico in vergelijking met huishoudens met minder dan drie kinderen. Verder wijzen onze resultaten erop dat vooral huishoudens met een nooit gehuwd of echtscheiden gezinshoofd meer te kampen hebben met financiële stress in vergelijking met huishoudens met een gehuwd gezinshoofd.

De gezondheidstoestand is ook voor financiële stress een belangrijke determinant. Huishoudens waarvan de referentiepersoon kampt met een slechte tot zeer slechte gezondheid, vertonen naast een verhoogd risico op huisvestingsdeprivatie, ook een hogere kans op financiële stress. Het effect van de aanwezigheid van een chronische ziekte bij de referentiepersoon is niet significant. Als we echter de variabele 'gezondheid referentiepersoon' uit het model verwijderen, dan vinden we een significant positief effect van de aanwezigheid van een chronische ziekte bij de referentiepersoon (0,41; $p < 0,05$).

Bij de socio-economische variabelen zien we dat, in tegenstelling tot huisvestingsdeprivatie, de kans op financiële stress wel wordt beïnvloed door het opleidingsniveau en de beroepsklasse van de referentiepersoon. Zo blijken huishoudens met een referentiepersoon met een diploma lager onderwijs of minder, lager secundair of hoger secundair onderwijs, een hoger risico te vertonen in vergelijking met huishoudens waarvan het gezinshoofd een diploma hoger onderwijs bezit. Verder zien we dat financiële stress meer voorkomt bij huishoudens met een gezinshoofd behorende tot de volgende beroepsklassen (in vergelijking met de hogere leidinggevenden): half- of ongeschoolde bedienden, ongeschoolde arbeiders, kleine zelfstandigen en niet-actieven.

Laaggeschoolden hebben een hogere kans op financiële stress

Ook de aanwezigheid van een werkloosheidsverleden bij het gezinshoofd blijkt een belangrijke determinant te zijn. Als de referentiepersoon van het huishouden het voorbije jaar werkloos is geweest – hetzij 12 maanden, hetzij minder dan 12 maanden – dan verhoogt het risico op financiële stress. Verder vinden we dat huurders vaker dan eigenaars worden getroffen door financiële stress. De kans op financiële stress vertoont weerom gewestelijke verschillen. Brusselse en Waalse respondenten worden in vergelijking met de Vlamingen meer getroffen door financiële stress. De bevolkingsdichtheid geeft geen significant verband.

Vervolgens bekijken we de belangrijkste determinanten wat betreft het domein beperkte financiële middelen. In tegenstelling tot de vorige domeinen blijkt leeftijdsklasse geen significant verband op te leveren. Het type huishouden is wel van belang. Alleenstaanden zonder of met kinderen ondervinden een hoger risico op een gebrek aan middelen in vergelijking met koppels zonder kinderen. Ook huishoudens met meer dan drie kinderen, jonger dan 16 jaar, kampen met een verhoogde kwetsbaarheid tegenover huishoudens met minder dan drie kinderen, jonger dan 16 jaar.

Een slechte tot zeer slechte gezondheid van het gezinshoofd blijkt de kans op beperkte financiële middelen te verhogen. Net als bij financiële stress vinden we een positief effect voor de variabele chronische ziekte bij het gezinshoofd als we de gezondheid van de referentiepersoon uit de analyse verwijderen.

Een opvallend verband treffen we aan bij verweduwdens. In tabel 3 zien we dat deze groep, in tegenstelling tot wat men zou verwachten, een lagere kans op een beperkte financiële middelen vertoont in vergelijking met gehuwden. Dit verband hangt echter nauw samen met het huishoudtype. Als we deze laatste variabele uit het model verwijderen, is het effect niet langer significant. Hieruit leiden we af dat het negatieve verband niet als een ‘echt’ rechtstreeks effect kan worden geïnterpreteerd. Verdere analyses tonen namelijk aan dat weduwen of

weduwnaars niet alleen voorkomen bij alleenstaande huishoudens, maar ook deel kunnen uitmaken van een koppel. Het negatieve effect van weduwschap op een gebrek aan middelen moeten we daarom steeds interpreteren in relatie tot het huishoudtype. We vermoeden dat het armoederisico zich eerder bevindt bij alleenstaande verweduwden en niet bij verweduwden die samenwonen met een nieuwe partner.

De socio-economische variabelen wijzen erop dat, net als bij financiële stress, opleiding en beroepsklasse belangrijke determinanten van armoede zijn. Het risico op beperkte financiële middelen is hoger voor huishoudens met een referentiepersoon met ten hoogste een diploma lager onderwijs en een diploma lager secundair onderwijs, tegenover de huishoudens met een gezinshoofd dat een diploma hoger onderwijs bezit. In vergelijking met de huishoudens met een hogere leidinggevende als gezinshoofd, blijken beroepsklassen zoals half- of ongeschoolde bedienden, geschoolde en ongeschoolde arbeiders, werklozen, agrarische arbeiders en niet-actieven een hoger risico op beperkte financiële middelen te vertonen. Huishoudens met een referentiepersoon gekenmerkt door een werkloosheidsverleden van twaalf maanden of minder ervaren meer gebrek aan financiële middelen, in vergelijking met huishoudens met een referentiepersoon zonder werkloosheidsverleden. Verder tonen onze resultaten aan dat huurders vaker arm zijn op dit domein in vergelijking met eigenaars.

□ Opleiding en beroepsklasse zijn belangrijke determinanten van armoede

Ook het risico op een gebrek aan financiële middelen varieert naargelang van het Gewest. Respondenten uit zowel Brussel als Wallonië ervaren een hoger risico op een gebrek aan middelen tegenover de Vlamingen. Wat betreft de bevolkingsdichtheid, zien we dat de respondenten in een gemeente met een gemiddelde bevolkingsdichtheid een kleinere kans op een gebrek aan middelen vertonen tegenover de respondenten uit een gemeente met een hoge bevolkingsdichtheid.

Ten slotte bespreken we het logistische regressiemodel dat de kans op omgevingsproblemen verklaart. We besluiten dat de geselecteerde variabelen weinig significante verbanden opleveren. Zo vinden we, wat betreft de huwelijksstatus, enkel een positief effect van nooit-gehuwden tegenover gehuwde respondenten. Opvallend is wel dat huishoudens waarvan de referentiepersoon getroffen is door een chronische ziekte, een hoge kans hebben op omgevingsproblemen.

Vervolgens merken we ook regionale verschillen betreffende het risico voor omgevingsproblemen. Zowel de Brusselse als de Waalse respondenten vertonen namelijk een hogere kans op omgevingsproblemen in vergelijking met de Vlamingen. Naast het Gewest vormt ook de graad van bevolkingsdichtheid een belangrijke determinant. Respondenten uit een gemeente met een lage of een

gemiddelde bevolkingsdichtheid worden minder getroffen door omgevingsproblemen in vergelijking met respondenten in een gemeente met een hoge bevolkingsdichtheid. Deprivatie op het gebied van de woonomgeving lijkt dus vooral samen te hangen met de verstedelijkingsgraad en in veel mindere mate met de sociale achtergrond van de respondent.

5. Besluit

In dit hoofdstuk construeerden we op basis van de Belgische ‘Statistics on Living Conditions’ voor 2004 een multidimensionele armoedemaat die rekening houdt met de verschillende verschijningsvormen van armoede. Hiertoe vertrokken we van een latent klassenmeetmodel dat al eerder werd toegepast in een Belgische én Europese context. De recente SILC-gegevens lieten ons evenwel toe dit meetinstrument te valideren, door een groter aantal indicatoren te gebruiken.

Concreet opteerden we voor een benadering in twee stappen, waarbij we in eerste instantie evalueerden of de beschikbare indicatoren op een bepaald domein van armoede ook daadwerkelijk met elkaar samenhangen en dus kunnen worden ‘verklaard’ door een zelfde, onderliggend theoretisch concept. We onderscheidde de volgende domeinen: huisvesting, financiële stress, beperkte financiële middelen en omgevingsproblemen. Dit bleek inderdaad het geval. In een tweede stap gingen we na of het mogelijk was om op basis van de deprivatiescores op de afzonderlijke domeinen een ‘overkoepelend’ concept te identificeren dat verwijst naar multidimensionele armoede. In tegenstelling tot eerdere analyses, gebaseerd op een beperktere set van indicatoren, vonden we in dit hoofdstuk dat zowel het latente klassenmeetmodel *nét* als het model zonder het domein ‘omgevingsproblemen’, een goede beschrijving vormen van de onderliggende patronen in de data. Volgens het eerste model kunnen we 12% van de Belgische huishoudens als ‘arm’ beschouwen, het tweede model identificeert 9% van de Belgische huishoudens als behorend tot de latente klasse van de armen. Van alle domeinen bleek het domein ‘beperkte financiële middelen’ het sterkst verbonden met het latente, multidimensionele armoedeconcept: huishoudens die slecht scoren op dit domein, behoren in 70% van de gevallen tot de latente klasse van de armen. In overeenstemming met onze conceptualisering van armoede is het echter ook mogelijk dat huishoudens die slecht scoren op meerdere ‘minder doorslaggevende’ domeinen eveneens als ‘arm’ worden geïdentificeerd.

Wat betreft de determinanten van armoede stelden we vast dat bepaalde sociale achtergrondkenmerken de armoedekans op meer dan één domein beïnvloeden. Een vrij problematische situatie treffen we aan bij alleenstaande ouders. Deze groep blijkt een hoog risico te vertonen op zowel huisvestingsdeprivatie en financiële stress als beperkte financiële middelen. Ook alleenstaanden en ge-

zinnen met meer dan drie kinderen lopen een verhoogd armoederisico op meerdere domeinen. In overeenstemming met eerder onderzoek vinden we dat de verschijningsvorm van armoede samenhangt met de levensfase: zo hebben de oudste leeftijdsgroepen een duidelijk lagere kans om geconfronteerd te worden met huisvestingsdeprivatie en financiële stress.

Voorts toonden onze analyses aan dat de gezondheidstoestand van het gezinshoofd van het huishouden een belangrijke determinant is. Als de referentiepersoon van het huishouden kampt met een slechte tot zeer slechte gezondheid, dan verhoogt de kans op zowel huisvestingsdeprivatie, financiële stress als beperkte financiële middelen. Vervolgens kunnen we stellen dat ook de huishoudens met een gezinshoofd dat getroffen is door een chronische ziekte zich in een kwetsbare situatie bevinden. Deze huishoudens vertonen namelijk een verhoogd risico op de vier onderscheiden armoededomeinen.

Wat betreft de socio-economische status zien we dat determinanten zoals het diploma en de beroepsklasse van het gezinshoofd een impact hebben op het risico, op zowel financiële stress als beperkte financiële middelen. Een verhoogde kwetsbaarheid op deze laatste twee armoededomeinen vinden we tevens bij huishoudens met een gezinshoofd gekenmerkt door een werkloosheidsverleden in het vorige kalenderjaar. Ook de eigendomsstatus heeft een invloed op de armoedekans. Huisvestingsdeprivatie, financiële stress en beperkte financiële middelen komen namelijk meer voor bij huurders dan bij eigenaars.

Hoewel we eerder vonden dat omgevingsproblemen kunnen worden beschouwd als een dimensie van armoede, blijkt uit deze analyse dat de ervaring van omgevingsproblemen slechts in geringe mate wordt bepaald door sociale achtergrondkenmerken. Daarentegen hangt deze ervaring sterk samen met de verstedelijkingsgraad; dit is meer in overeenstemming met eerder onderzoek. We kunnen ons dan ook afvragen of dergelijke problemen niet eigen zijn aan de stedelijke of grootstedelijke context, eerder dan aan de ‘arme’ bevolking.

Een eerder opvallende bevinding is dat de inwoners van Wallonië, in vergelijking met de Vlamingen, een hoger risico lopen op de vier armoededomeinen. Ook de inwoners van Brussel worden meer getroffen door financiële stress, beperkte financiële middelen en omgevingsproblemen. Deze laatste verbanden bevestigen eerdere bevindingen dat de inwoners uit Vlaanderen ‘beter af’ zijn in vergelijking met inwoners van de andere gewesten (Zie Cantillon e.a. 2007; Betti e.a., 2006). Onze analyses tonen echter ook aan dat het verhoogde armoederisico van Walen en Brusselaars los staat van de eventuele ‘armere’ samenstelling van de bevolking in termen van demografische of socio-economische kenmerken. Dit doet vermoeden dat een mogelijke verklaring voor de ongelijke spreiding van het armoederisico over de gewesten eerder moet worden gezocht in structurele factoren, zoals een verschillende uitvoering van federale beleidsmaatregelen, de specificiteit van ‘gedefederaliseerde’ beleidsmaatregelen of de kenmerken van de lokale huisvestings- en arbeidsmarkt. Verder onderzoek lijkt dan ook wenselijk.

Appendix

Tabel 1a – Goodness-of-fit maten voor huisvestingsdeprivatie, financiële stress, beperkte financiële middelen en omgevingsproblemen.

	L^2	($p < L^2$)	Df	w	d	BIC
Huisvestingsdeprivatie	30,052	0,8082	6	0,02	0,0018	-484,140
Financiële stress	105,272	0,1041	6	0,04	0,0041	-408,998
Beperkte financiële middelen	107,960	0,0949	6	0,05	0,0075	-406,226
Omgevingsproblemen	67,195	0,3454	6	0,04	0,0059	-446,739
Multidimensionele armoede zonder omgevingsproblemen	14,392	0,2302	1	0,000	0,0040	-71,298
Multidimensionele armoede met omgevingsproblemen	78,565	0,2488	6	0,002	0,0064	-435,540

DEEL 2

Armoede schaadt de gezondheid

Dit tweede deel is gewijd aan het centrale thema van deze editie 2007, de relatie tussen armoede en de gezondheid(szorg). We bekijken daarbij de feiten en hun evolutie, wat het onderzoek ons hieromtrent heeft geleerd in de voorbije jaren en ook hoe het beleid hiermee omgaat.

In het eerste hoofdstuk geeft Danielle Dierckx een overzicht van hoe de overheid de voorbije jaren de sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid (niet) heeft aangepakt.

Katrien De Boyser schetst vervolgens, op basis van de Gezondheidsenquête van 2001 en 2004, een duidelijk beeld van de socio-economische verschillen in gezondheid en in de toegang tot de gezondheidszorg in Vlaanderen en België.

Katia Levecque en Katrien De Boyser onderzoeken in een derde hoofdstuk of er verschil is tussen de sociale gezondheid van mensen in armoede en die van anderen en ze kijken in het bijzonder naar de rol van sociale netwerken.

Over de relatie tussen armoede en depressie lezen we meer in een vierde hoofdstuk van de hand van Katia Levecque en Jan Vranken. Hierbij formuleren zij ook een aantal aanbevelingen voor het beleid.

In het vijfde hoofdstuk gaan Diana De Graeve e.a. na hoe het gesteld is met de remgelden en supplementen die de laagste inkomens moeten betalen.

We sluiten dit deel af met drie bijdragen die focussen op de gezondheidssituatie van drie specifieke bevolkingsgroepen. Veerle Evenepoel en Ellen Druyts evalueren de procedure ‘dringende medische hulp’ waarop mensen zonder papieren een beroep kunnen doen. Gerard Van Menxel, Helen Blow en Aafje De

Wacker geven daarna een overzicht van de gezondheidssituatie van thuislozen. We eindigen met een stuk over de gezondheidstoestand van etnische minderheden, van de hand van Vincent Lorant, Herman Van Oyen en Isabelle Thomas.

HOOFDSTUK 1

Gezondheid te koop

Danielle Dierckx

Verskillende analyses over armoede en gezondheid belichten de betekenislagen die in de titel besloten liggen. Ten eerste verwijst die naar de financiële kwestie: er zijn centen mee gemoeid wanneer de gezondheid het laat afweten. Ten tweede bevat het een impliciete link naar de leefstijl: wie in armoede leeft, wordt soms verweten zichzelf te verwaarlozen. Men loopt met zijn gezondheid te koop: “Niet moeilijk dat daar problemen van komen”. Verschillende visies en analyses vormen de drijfveer achter de uiteindelijke beleidsstrategieën. Is beleid gericht op de correctie van individueel gedrag? En hoe verhoudt die piste zich ten aanzien van een beleidsstrategie, die zich meer op de structurele dimensie van de problematiek focust?

Beleidskeuzes worden geïnspireerd door kennis over de problematiek, in dit geval de ongelijkheid en uitsluiting op het gezondheidsterrein. Wie er zich makkelijk van af wil maken, zal de relatief gunstige gezondheidssituatie en voorzieningen aanhalen door vergelijkingen te maken met plaatsen waar de problematiek schrijnender is. Toegegeven, niemand heeft studies nodig om te weten dat we in ons land gelukkig niet moeten afrekenen met één of ander Bush-veto dat de democratisering van de ziekteverzekering tegenhoudt en de toegang ertoe voor grote groepen (zelfs voor een ‘populaire’ categorie als kinderen) barricadeert (VS, 3 oktober 2007).

De manier waarop de problematiek wordt erkend en gedefinieerd bepaalt de aard van de beleidsinterventies die worden uitgedacht en uitgevoerd. We zouden kunnen stellen dat pas sinds een klein decennium effectief wordt gesproken over en gepeild naar de gezondheidssituatie van mensen die zich in de marge van de samenleving bevinden en dit voor wat betreft initiatieven buiten de ziekteverzekering. We stellen evenwel vast dat zich omtrent armoedebestrijding en gezondheid (terug) een beweging op het middenveld vormt die de uitdagingen probeert scherp te stellen en van plan lijkt om het geproblematiseerde thema sterker in de beleidsagenda in te bedden voor enige tijd. We vermelden de gezondheidswerkgroep van de Koning Boudewijnstichting (KBS, 2007). Ook het consortium van welzijnsorganisaties¹ dat in eigen land de strijd aanbindt tegen armoede en uitsluiting formuleert gezondheid als één van de zes doelen waarop

in tien jaar tijd substantiële vooruitgang moet worden geboekt (<http://www.geefarmoedegeenkans.be/decenniumdoelen.php>). Het streefdoel is ambitieus: een halvering van de gezondheidsongelijkheid tussen arm en rijk; de inspanningen zullen op de voet worden gevolgd.

Dat we een belangrijk deel van dit Jaarboek aan gezondheid wijden, kan die dynamiek ten goede komen. We kiezen ervoor om in de eerste plaats resultaten van wetenschappelijk onderzoek op een verteerbare manier te presenteren. Daarnaast komen bijdragen aan bod vanuit de praktijk, die de probleemdefinities aanscherpen of beleidsinitiatieven toelichten en beoordelen.

Dit eerste hoofdstuk snijdt het beleidsverhaal aan. We bewandelen de uitgestippelde beleidspaden en bekijken in welke mate zij de problematiek benaderen – zonder al te veel vooruit te lopen op wat nog komt.

1. Ziek, zieker, ziekst

1.1 Semi-ontgonnen terrein

Iedereen wordt wel eens ziek; maar wat doen we met de significante socio-economische verschillen in de kans op een lang en gezond leven? Meer kinderen van laaggeschoolden sterven in de wieg; laaggeschoolden leven vijf jaar minder lang. Dit is geen simpel kortverhaal; geen soap die een ons zo vertrouwde wereld presenteert. We hebben te maken met een realiteit, waarover de inzichten slechts langzaam bovendrijven. Dataverzameling die de koppeling maakt met socio-economische verschillen is immers pas op het einde van de jaren negentig op gang gekomen (Levecque & De Boyser, 2006).

In de volgende hoofdstukken brengen we de problematiek via uiteenlopende benaderingen ter sprake. De naakte cijfers geven de toon aan: lage inkomensgroepen scoren over de hele lijn slecht. Ze hebben meer te kampen met chronische aandoeningen, handicaps, depressies, angsten en slaapstoornissen. Ze hebben een lagere levensverwachting en de kwaliteit van hun gezondheid ligt in dit kortere leven lager dan voor wie zich boven de armoedegrens bevindt. De gezondheidskosten souperen een grote hap uit het huishoudbudget op. Naar leefstijl vertonen zij meer risicovol gedrag. Uit hun sociale netwerken halen zij minder steun of hulp.

Achter die cijferreeksen schuilt uiteraard een heterogene groep van mensen. De analyses verschillen soms tussen mannen en vrouwen, voor eenoudergezinnen of werklozen. De bijdragen over etnisch-culturele minderheden, thuislozen en mensen zonder papieren verruimen onze kennis over behoeften, het aanbod en hoe die al dan niet op elkaar zijn afgestemd.

1.2 Verschillende ‘medicijnen’

Welke behandelingen schrijft de overheid voor als reactie op de ongezonde verdeling van gezondheid over de bevolking? In algemene termen kunnen we twee rudimentaire perspectieven onderscheiden in de beleidsstrategieën. Inspeidend op de oorzaken binnen de samenleving – vroeger al het structurele perspectief genoemd – of op de oorzaken die vooral aan het individu en zijn/haar gedrag of leefstijl worden verbonden.

Het structurele perspectief stelt contextuele factoren op de voorgrond. Door een slechte leef- en woonomgeving worden mensen meer ziek, de toegang tot gezondheidszorg wordt belemmerd en de betaalbaarheid van de zorg blijft een knelpunt voor wie in armoede leeft. Het individugerichte perspectief speelt in op het onaangepast gedrag en de individueel te sturen en aan te passen leefstijl.

Naar analogie met eerdere analyses, onder andere in dit Jaarboek via de verklaringsmodellen van armoede (Vranken e.a., 1997), krijgt het structurele perspectief de voorkeur. Het kan meer van de realiteit te vatten dan dat het individuele perspectief kan verklaren. Het individuele spoor loopt vast op de discussie die kortweg luidt: willen ze niet of kunnen ze niet? Men stelt zich de vraag naar of mensen die in armoede leven een afwijkend waarden- en normenpatroon hebben, of zij moeten worden ‘verheven’ opdat zij een gedrag zouden vertonen dat meer aansluit bij dat van de modale, dominante burger. We verwijzen hierbij naar het ‘culture of poverty’-vraagstuk (Vranken, 2004). Complexe mechanismen spelen in de hoofden van mensen die dagelijks overlevingsstrategieën ontwikkelen om aan het gangbare verwachtingspatroon te voldoen. Met minder macht en middelen zullen zij hun uiterste ‘best doen’ om de veroordeling van anderen te vermijden. Het leven in het hier en nu is daarvan een gevolg; lange termijndenken en preventief handelen verdwijnt daardoor mogelijk uit het zicht.

Het statement van de ‘Commission on Social Determinants of Health’ (CSDH) van de Wereldgezondheidsorganisatie volgt eerder het structurele perspectief: de focus van (beleids)interventie moet liggen op ‘the causes of the causes’. Het gaat niet om het spitten naar de oorzaak van een particuliere aandoening, maar wel over het doorgronden van de fundamentele structuren van de sociale hiërarchie en de sociale determinerende omstandigheden waarin mensen leven (CSDH, 2007).

Voorbeelden van drempels komen in de volgende hoofdstukken ruimschoots ter sprake. SIVI (2007), een Vereniging waar armen het woord nemen, formuleert alvast enkele schrijnende drempels besloten in de samenleving. Deze hebben te maken met de weigering van gezondheidszorgen, kosten, verzekeringen, informatie, mobiliteit en belangenbehartiging. Het weigeren van gezondheidszorgen komt nog steeds voor. Dit soort van letterlijke ‘uitsluiting’ gebeurt door gebruik te maken van een zwarte lijst of doordat de SIS-kaart wordt ingehouden. Zorgverleners (zoals ziekenhuizen, huisdokters, thuiszorgdiensten) blijken

terughoudend te zijn om samen te werken met OCMW's wegens te veel administratieve 'rompslomp' en vertraagde 'doorbetalingen'. Verder verwijzen zij onder meer naar het uitstellen van gezondheidszorgen omwille van de kostprijs. Het pakket van zorgen dat wordt gedekt door de verplichte/reguliere verzekering verkleint; voor andere risico's moet bescherming worden gezocht bij aanvullende verzekeringen. Weweten dat dit niet voor de laagste inkomensgroepen is weggelegd en dat de ziekenhuisprijzen op zeer korte tijd zeer sterk zijn gestegen.

Van hieruit maken we de overstap naar het gezondheidsbeleid en de maatregelen die het voorbije jaar zijn genomen. Vier grote subthema's komen ter sprake: de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, de betaalbaarheid, de leefstijl en preventie en de raakvlakken tussen gezondheid en zorg.

2. Toegankelijke eerstelijnszorg

2.1 Uitvoering bij decreten

De poort tot de gezondheidszorgen is voor sommigen zeer moeilijk te openen. De scharnieren schuren; klassieke drempels zijn informatiegebrek, een te klein en te weinig verspreid aanbod, communicatie- en vertrouwensproblemen.

Het gaat om pijnpunten die vragen om een aanpak op maat van zorgvragers met dikwijls een complexe gezondheidsproblematiek, die moeilijk op eigen kracht de weg vinden naar het juiste zorgaanbod. Eén van de theoretische modellen dat hiervoor is ontwikkeld, wordt de gebiedsgerichte gezondheidszorg genoemd ('Community Oriented Primary Care – strategy' of COPC) (Rhyne R., Bogue R., Kukulka G. et al. 1998; De Maeseneer, Willems e.a., 2007). Het gaat daarbij in de eerste plaats om eerstelijnsgezondheidszorg, die wordt gekenmerkt door bijzondere aandacht voor het eerste contact, continuïteit en duurzaamheid, de patiënt als centraal uitgangspunt en coördinatie van het aanbod (inclusief doorverwijzing naar de tweede of derde lijn). Naast die optimale organisatie van de gezondheidszorg an sich, wordt minstens zoveel aandacht besteed aan de netwerking met andere sectoren. Investeren in de leefomgeving, onderwijskwaliteit verbeteren, werkloosheid doen dalen, voor betere woonomstandigheden zorgen: het zijn de structurele factoren die sociale stratificatie op het gezondheidsvlak beïnvloeden. Het is via een verbetering van de leefsituatie dat volgens de auteurs empowerment wordt bevorderd en dit op verschillende niveaus: psychologisch, fysisch, sociaal en cultureel. Empowerment vormt op haar beurt een buffer tegen gezondheidsverschillen. Samengevat, een multidisciplinair team in de eerstelijnszorg, dat opereert in een netwerk met andere sectoren, zal gezondheidsgelijkheid bevorderen.

Empowerment vormt een buffer tegen gezondheidsverschillen

Dit ideaalmodel kunnen we als maatstaf gebruiken om het huidige beleid aan te toetsen. Dat brengt ons naadloos bij het decreet op de eerstelijnszorg en het preventiedecreet. Beide decreten stammen uit 2004; de uitvoeringsbesluiten worden momenteel gezamenlijk behandeld. Minister Vervotte (2006) wil met deze keuze welzijns- en gezondheidsvoorzieningen zo volledig mogelijk op elkaar laten inspelen en preventief en curatief optreden niet van elkaar loskoppelen. De parallelle behandeling van de eerstelijnszorg bevordert de complementariteit, aldus haar beleidsbrief.

De basistekst voor de uitvoering bij de decreten is nu klaar, drie jaar nadat de decreten werden goedgekeurd. De Vlaamse gezondheidsraad (VGR)² heeft op eigen initiatief advies uitgebracht bij de nota. Dit uitgebreide en grondig gestoffeerde advies focust op vier items, die we hier even overlopen.

Ten eerste, is er volgens de VGR sprake van een gebrek aan afstemming. Coördinatie tussen zorgverstrekkers, via zorgdossiers en de ontwikkeling van wetenschappelijk onderbouwde consensusaanbeveling leunt zeer nauw aan bij wat op het federale niveau aan initiatieven wordt voorbereid (bijvoorbeeld de zorgtrajecten). Dat de SEL's op de GDT's worden afgestemd of dat zij zelfs zullen samenvallen is een voorbeeld van hoe een afstemming tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus wel kan gebeuren. Afstemming tussen zorg en welzijn en tussen de curatieve en preventieve gezondheidssectoren ontbreken volgens de VGR.

Ten tweede is er sprake van een gebrek aan zogenaamde 'structurele hygiëne'. Het uitvoeringsbesluit lijkt structuren bovenop structuren te creëren. Het is onduidelijk op welk niveau de SEL's en de deel-SEL's zullen opereren. Het is onduidelijk welke inhoudelijke basis achter het concept van een 'Vlaams huis' zit, dat palliatieve netwerken, LOGO's, huisartsenwachtpost, Kind en Gezin en wijkgezondheidscentra zou samenbrengen. Ook stelt men vragen bij de oprichting van een Vlaamse Hoge Raad voor Preventie en Eerstelijnszorg: hoe verhoudt die zich tot de al bestaande strategische adviesraden? Solidariteit voor het Gezin (2007) waarschuwt ervoor dat dit niet meer of minder dan een praatbarak zal worden. Bovendien belemmert het de transparantie van de structuren.

Ontbrekende elementen gaan over de rol van de arts-specialisten, de ziekenhuizen en de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn en hun relatie tot de eerste lijn, de zogenaamde nulde lijn (patiënt en natuurlijk zorgmilieu waaronder de mantelzorger), de apotheker en de aansluiting bij het Lokaal Sociaal Beleid, in het kader van een intersectorale benadering.

Een laatste categorie van bemerkingen betreft elementen waarvan de Vlaamse Gezondheidsraad oordeelt dat zij verkeerde keuzes omvatten. Het gaat om vijf elementen. Ten eerste: de zorg voor chronische aandoeningen wordt verengd tot de begeleiding van zwaar zorgbehoevende patiënten. Het zorgt voor een isolement uit het zorgaanbod en leidt tot een volledige loskoppeling van de context (hun gezin, buurt, ...). Ten tweede: de SEL's moeten de individuele zorgcoördinatie van de patiënt opnemen, maar zij bevinden zich op het mesoni-

veau en hebben als voornaamste taak multidisciplinaire samenwerking/coördinatie te faciliteren. Ten derde, met de professionalisering van de SEL die wordt voorgesteld (1 fulltime equivalent), komt men niet tot een performante ondersteuning en versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg. De voorgestelde financiering is onvoldoende om een SEL echt operationeel en op een behoorlijk kwaliteitsniveau te brengen. Ten vierde: tot op heden werden er geen metingen gedaan naar efficiëntie en effectiviteit in de werking van de huidige SIT's. Daar zij zouden geïntegreerd worden in de SEL's is dit vitale informatie om tot een optimale structuur van de SEL's te kunnen komen. Op basis van deze gegevens kan op een objectievere manier worden vastgesteld op welk geografisch niveau deze SEL's best kunnen functioneren. Tot slot: naar kansarmen opteert men voor een categoriale benadering, met een groot risico op dualisering van de zorg.

2.2 Wijkgezondheidscentra

De wijkgezondheidscentra (WGC) zijn een ander voorbeeld van hoe een laagdrempelig en holistisch aanbod kan worden gedaan dat heel wat aangeklaagde drempels slecht (Centrum Kauwenberg, 2005). Het is een voorbeeld dat zichzelf vooral in het Gentse heeft bewezen, maar zich slechts traag vermenigvuldigt. Blijkbaar kampen sommige bestaande centra met (financiële) moeilijkheden en is hun voortbestaan bedreigd; er is dan ook geen regelgeving voorzien die de werking van zulke centra subsidieert.

Alle wijkgezondheidscentra onderschrijven een gemeenschappelijke visie in de uitbouw van een zorgconcept op de eerste lijn (www.vwgc.be). Zij kennen een multidisciplinaire samenwerking onder één dak; ze richten zich tot individuen én gemeenschap en tot een afgebakend geografisch gebied. Structurele samenwerkingsverbanden worden uitgebouwd met OCMW's, algemeen welzijnswerk, preventieve actoren, geestelijke gezondheidszorg. Men gaat ervan uit dat gezondheid een toestand is van lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden. Wijkgezondheidscentra houden binnen hun gezondheidsdiagnose rekening met deze verschillende componenten. Ook de financiële en culturele toegankelijkheid wordt sterk in het oog gehouden.

Het feit dat WGC's de stempel meekrijgen zich te richten op bepaalde categorieën van de bevolking, en meer bepaald op het armere deel, is een foute interpretatie. Andere bedenkingen gaan over de verhouding van deze centra tot andere initiatieven: de SIT's, de SEL's, de huisartsenkringen, de groepspraktijken, maar ook de diensten van de mutualiteiten.

Het decreet op de eerstelijnszorg van 2004 vermeldt dat het weliswaar gaat om de meest geïntegreerde vorm van multidisciplinaire samenwerking, maar voorziet geen regeling voor de WGC's. In de Memorie van Toelichting luidt het dat daar bewust voor gekozen is "enerzijds om het dynamische karakter van de

organisatie van dat aspect van de eerstelijnsgezondheidszorg niet in het gedrang te brengen en anderzijds om een maximale afstemming met de eventuele evoluties in de regelgeving door de federale overheid, mogelijk te maken” (B.S. 20 april 2004). Momenteel bestaan er een dertiental WGC’s in Vlaanderen.

2.3 Harmonisernig van de OCMW-praktijken

Gezondheid is een thema dat ook door het federale Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting van nabij wordt opgevolgd. De grote praktijkverschillen tussen OCMW’s werden al herhaaldelijk vanuit die hoek aangeklaagd. Die praktijkverschillen stellen zich op het vlak van de toegang tot gezondheidszorg. Deelnemers aan het overleg in de schoot van het Steunpunt pleiten voor een inventaris van deze verschillende praktijken teneinde na te gaan of ten minste een gedeeltelijke harmonisering ervan kan worden overwogen. Voorbeeld van een zekere harmonisering is de lijst opgesteld door de Brusselse OCMW’s betreffende de geneesmiddelen die door verschillende OCMW’s van het Brusselse Gewest worden terugbetaald.

Een zekere mate van harmonisering kan ook gezocht worden bij het gebruik van een medische kaart (zie ook hoofdstuk 6 in dit deel) en een medische conventie. Het betreffen instrumenten die tot een betere toegang tot de gezondheidszorg voor OCMW-cliënten leiden. OCMW’s kunnen op regionaal vlak de door hen gebruikte medische kaart en/of conventie op elkaar afstemmen (Steunpunt, 2005):

3. Betaalbaarheid

De cijfers over ongelijkheid in gezondheid – waarover in de komende hoofdstukken veel meer – trekken het debat tot ver voorbij discussies als de terugbetaling van geleverde prestaties in de geneeskunde. Als we het hier over betaalbaarheid hebben, gaat het over de patiënt en zijn of haar portefeuille. Daaruit moeten heel concreet en direct remgelden en supplementen worden betaald. Dat er een ziekteverzekering is uitgebouwd, die al vele kosten voor haar rekening neemt, beschouwen we hier als bestaande en verworven. Ook al hebben we weet van stemmen die opgaan om (delen van) de ziekteverzekering te privatiseren. Ook de evolutie van het uitkeringsbeleid voor ziekte en invaliditeit is hier niet aan de orde: daarvoor verwijzen we naar het hoofdstuk over inkomen.

Zoals we verder zullen zien, bieden verlaagde remgelden in bepaalde mate financiële bescherming, maar omdat lage inkomensgroepen grote zorgbehoeften hebben, kunnen die kosten cumuleren tot een ondraaglijk aandeel uit het huishoudbudget. Supplementen en de hogere geneesmiddelenconsumptie blijken hen

het sterkst te treffen. Echte betalingsproblemen ontstaan door plotse kosten of langdurige cumulatie van kosten. Ook wanneer er meerdere zorggebruikers in eenzelfde gezin voorkomen, verglijdt men sneller in een kwetsbare situatie.

Kosten cumuleren tot een ondraaglijk aandeel van het huishoudbudget

De voorbije jaren zijn de medische kosten sterk toegenomen en de persoonlijke bijdragen (remgelden) en supplementen (voornamelijk in ziekenhuizen) wegen zwaarder door. De Vlaamse Gezondheidsraad stelde al in 2006 dat de bovengrens is bereikt inzake de eigen (patiënten)bijdrage; het leidt tot dualisering in de gezondheidszorg (VGR, 2006).

We overlopen de kostenpost van de geneesmiddelen en de supplementen en hoe het (federale) beleid hierop inspeelt. Het OMNIO-statuuut is daar nauw mee verbonden. Op het Vlaamse niveau bekijken we de ontwikkelingen in de zorgverzekering en de voorbereidingen voor een maximumfactuur.

3.1 Kosten van geneesmiddelen en supplementen

3.1.1 Kosten van geneesmiddelen

In het begin van het jaar bewoog op het federale niveau een en ander omtrent de kostprijs van geneesmiddelen. In mei rapporteerde het RIZIV dat de in 2005 gestelde doelstelling om artsen en tandartsen goedkopere geneesmiddelen te laten voorschrijven, was bereikt. Het gewijzigde voorschrijfgedrag laat toe om de uitgaven van de ziekteverzekering te beheersen, innovatieve geneesmiddelen of nieuwe geregistreerde indicaties vlugger te vergoeden en het betekent dat patiënten kosten besparen via een lager persoonlijk aandeel.

Het laatste woord is hierover echter nog niet gezegd. We verwijzen maar naar de hetze in maart die ontstond naar aanleiding van een verklaring van de artsenvakbond BVAS. Zij declameerde dat generische geneesmiddelen gevaarlijk kunnen zijn en dus ook duur voor de samenleving. De overvloed aan generieke kopieën leidt volgens de BVAS soms tot vergissingen die bijwerkingen en ongelukken veroorzaken. Vooral patiënten die verschillende generieke geneesmiddelen moeten innemen, zouden door de bijna identieke verpakkingen vaak op het verkeerde been gezet worden. De minister van Sociale Zaken, Rudy Demotte, veegde de ‘anekdotische studie’ van de BVAS van tafel (*De Tijd*, 13 maart 2007).

Een andere maatregel, ingevoerd vanaf 1 april 2007, is de vermindering van het remgeld van recente geneesmiddelen die geen generisch alternatief hebben. Voor het remgeld van de grote verpakkingen is er een plafond vastgelegd. Het is dit plafond dat verlaagd wordt. Voor de geneesmiddelen die terugbetaald

worden tegen 75%, daalt het maximale deel van de patiënt van € 15,9 naar € 13,3, een vermindering van € 2,6 (en van € 10,6 naar € 8,8 voor de ex-WIGW-patiënten een vermindering van € 1,8) voor de grote verpakkingen (minstens 2 maanden behandeling) van geneesmiddelen die geen generisch alternatief hebben.

Er blijft een structureel kostenprobleem bestaan

Ook al worden remgelden verlaagd en goedkope, generische middelen gepromoot, er blijft een structureel kostenprobleem bestaan. Zeker wat de nieuwste geneesmiddelen betreft, swingen de prijzen de pan uit. Het is de marktlogica die de prijs bepaalt. De logica volgt die van het antwoord op de vraag: “Wat is een individu in een welvarend westers land bereid te betalen voor levensreddende middelen?” Ook al worden prijszettingen verpakt onder de waaier van kosten voor het onderzoek en ontwikkeling, de overheid zou transparantie kunnen eisen van de farmaceutische sector (Van Duppen, Schotsmans, 2007).

3.1.2 Supplementen

De supplementen voor een verblijf in het ziekenhuis kregen ook een snoeibeurt. Voortaan moeten geen kamersupplementen meer worden betaald wanneer een ouder bij een opgenomen kind blijft overnachten (de zogenaamde ‘rooming-in’).

Niet-geconventioneerde artsen mogen sinds 1 januari 2007 geen ereloonsupplementen meer aanrekenen wanneer je buiten je wil om verblijft op de dienst intensieve zorgen of spoedgevallen. Voorheen was dit al van toepassing voor de geconventioneerde geneesheren. Op de ministerraad van 12 januari zijn nog meer maatregelen aangekondigd die de supplementen in ziekenhuizen moeten indijken. Zo kunnen ziekenhuizen geen kamersupplementen voor tweepersoonskamers meer aanrekenen voor chronisch zieken. Er komt ook een volledig verbod op ereloonsupplementen wanneer een patiënt om medische redenen in een eenpersoonskamer wordt opgenomen.

3.2 Het OMNIO-statuu

Onder de rubriek betaalbaarheid brengen we ook het nieuwe OMNIO-statuu ter sprake. Dit vervangt het vroegere WIGW (weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen), en daarna het RVT-statuu (rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming). 1,2 miljoen WIGW-burgers genoten van een verhoogde tegemoetkoming voor de terugbetaling van hun uitgaven voor gezondheidszorgen. Sinds 1 april 2007 genieten alle gezinnen met een laag inkomen (Omnio) van een ver-

hoogde tegemoetkoming, wat goed is voor 780.000 nieuwe begunstigden. Voor een doktersbezoek krijgen zij € 19,39 terugbetaald in plaats van € 15,36.

Het OMNIO-statuuat geldt voor het hele gezin zoals dat is samengesteld op 1 januari van het jaar van de aanvraag. Concreet betekent dit dat alle personen meetellen die op 1 januari 2007 zijn gedomicilieerd op hetzelfde adres. Wat de inkomensvoorwaarde betreft, mag het bruto belastbare jaarinkomen van de aanvrager in 2006 niet hoger zijn dan € 13.312,80 voor een alleenstaande. Dit plafondbedrag wordt verhoogd met € 2.464,56 per persoon die, naast de aanvrager, deel uitmaakt van het gezin. Dat maakt bijvoorbeeld € 15.777,36 voor een gezin met twee personen, € 20.706,48 voor een gezin met vier personen...

3.3 Vlaamse zorgverzekering

En wat doet zich voor op het Vlaamse niveau? Terug even in herinnering brengen: de Vlaamse zorgverzekering biedt een tegemoetkoming in de kosten voor niet-medische zorg. Het systeem van de Vlaamse zorgverzekering valt uiteen in twee delen: de aansluiting bij een zorgkas en de betaling van de jaarlijkse bijdrage en het bekomen van een uitkering voor thuiszorg of voor residentiële zorg als men zorgbehoevend is. Wie de jaarlijkse financiële bijdrage niet betaalt, wordt beboet (<http://www.zorg-en-gezondheid.be/>).

Op 1 januari 2007, 2008 en 2009 wordt de uitkering verhoogd met telkens 10 euro. Vorig jaar werd een eenmalige regularisatiemaatregel doorgevoerd voor de wanbetalers: personen die in het verleden één of meer bijdragen voor de zorgverzekering niet betaalden, kregen de mogelijkheid om dat recht te zetten. Ruim 210.000 personen maakten van de regularisatiemogelijkheid gebruik. In 2006 kregen ruim 80.000 personen die minstens driemaal de ledenbijdrage niet correct hadden betaald een boete van € 100 tot € 250 (Vervotte, 2006-2007).

De vorige minister vermeldde in aansluiting hierop ook de voorbereiding van een maximumfactuur in de zorg. Die voorbereiding impliceert de inhoudelijke en technische uitwerking van een concept van een maximumfactuur, dat bescherming biedt voor niet-medische zorgkosten die zeer hoog liggen in verhouding tot de financiële draagkracht.

Omtrent de Vlaamse inspanningen inzake kostenbeheersing werd in de parlementaire commissie Welzijn in april gediscussieerd over de mate waarin deze kostenbeheersende maatregelen de laagste inkomensgroepen en/of mensen in armoede bereiken. Mensen die in armoede leven zijn immers niet snel geneigd om gebruik te maken van thuiszorg.

3.4 De federale maximumfactuur

Het systeem van de maximumfactuur (MAF) onderging weer enkele verbeteringen. Jongeren tot en met 18 jaar (voorheen 15 jaar) kunnen genieten van de

‘kinderMAF’, wat het remgeld beperkt tot € 650 per jaar. De hospitalisatieduur die in rekening wordt genomen voor de toekenning van het MAF is van drie naar twaalf maanden verlengd. Rechthebbenden op de MAF moeten geen bijzondere stappen ondernemen. De ziekenfondsen houden alle kosten voor geneeskundige verzorging bij die voor de eventuele toekenning van de MAF in aanmerking worden genomen. De MAF zal hen automatisch worden toegekend.

4. Voorkomen is beter dan genezen

Na de drempels omtrent toegankelijkheid van de gezondheidszorgen en het betaalbaarheidsvraagstuk zijn we aanbeland bij wat we eerder het individuerichte perspectief noemden. In welke mate kunnen de lage inkomensgroepen door bijsturing van hun eigen gedrag een deel van het probleem mee oplossen? De antwoorden zijn zo simpel allemaal: gezond(er) leven, dit is niet drinken, niet roken, groenten en fruit eten, geen drugs nemen en bewegen. We kunnen de lijst aanvullen met voorbeelden als niet in een vochtige kamer slapen, aan het werk gaan maar geen ongezond werk aannemen, op tijd ontspannen en op reis gaan.

Bij de tweede reeks van voorbeelden lijkt de keuzevrijheid beperkter. Een woon-, leef- of werkomgeving is niet makkelijk kneedbaar. Maar het eigen gedrag wel? Nieuwe analyses in de volgende hoofdstukken bieden informatie over belangrijke hefboomen om het eigen leven te beredderen, en dit volgens het dominante verwachtingspatroon. Zo is sprake van de rol van sociale netwerken, of de sociale gezondheid. Voor lagere inkomensgroepen blijkt hierin zeer weinig emotionele of instrumentele/functionele steun te liggen opgeslagen. Bij de mentale gezondheid blijkt een complexiteit van factoren in het geding te zijn: bepaalde levensgebeurtenissen zoals echtscheiding of werkloosheid kunnen aanleiding geven tot depressie. Onder druk aan de slag gaan, zonder dat die tewerkstelling is afgestemd op de thuissituatie, bijvoorbeeld in het geval van eenoudergezinnen, leidt eerder tot meer (gezondheids)problemen dan dat men er beter van wordt.

Deze gegevens worden niet opgevoerd als verdedigingsmechanisme of ‘goedpraterij’ van zogenaamd afwijkend gedrag bij lage inkomensgroepen. Het zijn enkele elementen uit een leefwereld met omstandigheden die maken dat al decennialang wordt gezocht naar effectieve preventiecampagnes en een aanbod, zonder dat veel succes wordt geboekt. Ze willen op het belang duiden van een sterkere investering in kennisverzameling over de leefwereld van wie in armoede leeft.

Daaraan verwant is de vraag van het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting om de dialoog met de medische wereld te verbeteren. De inspraak van patiënten in het systeem van de gezondheidszorg is beperkt, zeker voor mensen in armoede. Patiëntenverenigingen bereiken arme personen ook moeilijk. De belangenbehartiging loopt momenteel

zeer moeizaam: niet via verenigingen, noch mutualiteiten. Om de directe communicatie tussen zorgverstrekker en patiënt te optimaliseren, dienen strategieën ontwikkeld te worden om in de basisopleiding en nascholing van zorgverstrekkers kennis en vaardigheden in te bouwen inzake het omgaan met mensen in armoede (Steunpunt, 2005).

4.1 Gezondheidsconferentie 2006

Op 23 en 30 november 2006 organiseerde minister Inge Vervotte een gezondheidsconferentie over tabak, alcohol en drugs. Hier werden 'evidence based strategieën' en gezondheidsdoelstellingen voorgesteld aan een breed publiek. De deelnemers kregen de kans om vanuit hun eigen expertise en ervaringen feedback te geven bij de strategieën en de gezondheidsdoelstellingen (www.gezondheidsconferentie.be). De resultaten van deze conferentie worden gebruikt als basis om een concreet actieplan op het vlak van tabak, alcohol en drugs op te stellen. Deze taak is weggelegd voor de stuurgroep die vanaf juni 2007 actief is.

Op basis van de gezondheidsconferentie over tabak, alcohol en drugs, heeft de minister van Welzijn beslist om een bedrag van € 466.000 uit te trekken, te besteden aan nieuwe lokale en regionale projecten. Het doel van de projecten is een kwaliteitsvolle implementatie van de strategieën die zijn besproken op de conferentie.

Wat concludeerde de minister hieruit? De overheid moet eenduidige normatieve boodschappen opstellen en verspreiden over het gebruik van tabak, alcohol en drugs en dit zowel voor de algemene Vlaamse bevolking als voor de specifieke doelgroepen. Om een daling van het gebruik te verwezenlijken, beschikt de Vlaamse Gemeenschap over een uitgebreid pakket aan strategieën waarvan bewezen is dat ze effectief en bovendien ook bijzonder kosteneffectief zijn. Investeren in implementatie betekent investeren in een volgehouden inspanning om de maatschappelijke sectoren, lokale actoren, de zorgverleners en de doelgroepen bewust te maken van hun verantwoordelijkheden en mogelijkheden. Voor de organisaties en personen die hun verantwoordelijkheid willen nemen, moet er een gebruiksvriendelijk en wetenschappelijk onderbouwd aanbod aan methodieken en materialen zijn om in actie te komen. Tegelijk ziet de minister de nood aan vorming op maat en coaching op het terrein door specialisten, om de kwaliteit van de acties voldoende hoog te houden.

De Vlaamse overheid beschikt momenteel over structuren die de expliciete opdracht hebben om implementatie op het terrein te versterken (Logo's, drugpreventiewerkers in de CGG's, SIT's). Een versterking van deze structuren is volgens de minister wenselijk en de investering zal dan ook worden verhoogd.

De effectiviteit van acties hangt bovendien af van de mate waarin het probleem op een geïntegreerde manier wordt aangepakt. Een betere afstemming is

dan ook nodig tussen actoren binnen de Vlaamse gemeenschap en met de federale overheid. Preventie, hulpverlening en regelgeving moeten zo goed mogelijk op elkaar aansluiten.

4.2 Prenatale steunpunten

Een ander initiatief van een heel verschillende aard zijn de prenatale consultatiebureaus van Kind en Gezin in Brussel, Antwerpen, Gent en Mechelen. Zij werden in 2006 omgevormd tot prenatale steunpunten. Kwetsbare zwangere vrouwen kunnen er terecht voor vraag- en aanbodverheldering, medische en psychosociale begeleiding. Een actief verwijsbeleid naar de reguliere medische sector is het uitgangspunt. In 2006 werd een geïnformatiseerd registratiesysteem in gebruik genomen. Vanaf 2007 versterkten de prenatale steunpunten hun netwerken met artsen, vroedvrouwen en andere diensten uit de welzijnszorg. De vangnetfunctie moet ook verder voor de andere centrumsteden worden uitgewerkt.

4.3 Gezonde voeding

Vanuit de bekommernis omtrent de ineffectiviteit van de campagnes omtrent gezonde voeding, zette de Koning Boudewijnstichting een project op touw. Het belang van gezonde voeding wordt meer en meer erkend, maar campagnes rond gezonde voeding hebben één kenmerk gemeen: ze bereiken de zwakste sociale groepen niet of onvoldoende en vergroten dus de sociale ongelijkheid op het gebied van gezondheid. Talrijke lokale initiatieven bezorgen aan een grote groep sociaal zwakken een aanbod van betaalbare en gezonde voeding (onder andere sociale restaurants en sociale kruideniers) en/of werken aan gezonde voedingsgewoonten (via aangepast educatief aanbod) van de doelgroep.

De samenwerking tussen de sociale en de gezondheidssector is gebrekkig

De KBS detecteerde de gebrekkige samenwerking tussen de sociale en de gezondheidssector als het over gezonde voeding voor sociaal zwakke groepen gaat. Ook tussen de lokale initiatieven onderling is er onvoldoende overleg en/of samenwerking. Via een tweede projectoproep wil de Stichting de samenwerking tussen projecten onderling en tussen de sociale sector, de gezondheidssector en de voedingssector in het bijzonder, stimuleren.

5. Op het raakvlak tussen zorg en gezondheid

Met deze paragraaf bespreken we een laatste dimensie van het brede gezondheidsverhaal. Daarin reserveren we een prominente plaats voor de geestelijke gezondheidszorg en raken we nog enkele thema's snel aan.

5.1 Geestelijke gezondheidszorg

Gezondheidszorgen in geval van psychische problemen zijn zeer relevant voor wie in armoede leeft. De mentale kostprijs van armoede is enorm; omgekeerd leiden psychische problemen er soms toe dat mensen in armoede terecht komen. Heel wat van de zorgen (zoals psychotherapie) worden niet of slechts minimaal terugbetaald door de verplichte of door aanvullende ziekteverzekeringen (die voor armen meestal toch te duur zijn). Naast financiële zijn er ook vaak materiële en geografische problemen die de graad van toegankelijkheid van de zorgverlening beïnvloeden (Van Den Eynde, 2005). In sommige streken is vooral de afstand tot de zorgstructuren problematisch, omdat de gebruikers worden verplicht om voor hen vermoeiende afstanden af te leggen.

De Centra Geestelijke Gezondheidszorg vinden deels hun bestaansrecht in die gedetecteerde ontoegankelijkheid van het algemene aanbod. Het soort hulpvragen dat in een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) wordt geformuleerd, is representatief voor de psychische problemen die bij de bevolking voorkomen: angst- en stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en verslavingsproblemen nemen een belangrijke plaats in. De loon- en werkingskosten van de CGG's worden door de overheid gefinancierd. Van de hulpvragers wordt slechts een beperkte financiële bijdrage gevraagd. De overheid verwacht dan ook dat de CGG's bijzondere aandacht hebben voor de sociaal en financieel zwakkeren (<http://www.zorg-en-gezondheid.be/>).

In een internationaal symposium (1 december 2006) over maatschappelijke verantwoording en kwaliteitszorg boog de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid, (2006) zich over kwaliteitsindicatoren. De aanleiding is dat de Vlaamse overheid verantwoording vraagt aan de sector Geestelijke Gezondheidszorg voor het bieden van de beste kwaliteit. Vlaanderen volgt de internationale tendens om de kwaliteit in de zorg te bewaken (zie de kwaliteitsdecreten). Het is een kwaliteitsdenken dat op verschillende terreinen wordt ontwikkeld: personeels- en middelenmanagement (input), beleid en strategie (input), over de intake, behandeling en nazorg (kernprocessen) naar patiëntentevredenheid, maatschappelijke waardering en uitkomsten van de behandeling (output). Een internationale verkenning van meetinstrumenten is de eerste stap; het is de bedoeling om in de volgende fasen instrumenten op maat van de Vlaamse situatie te snijden om ze vervolgens te implementeren.

Naast de financiële aandacht voor de sociaal en financieel zwakkeren hebben de CGG's ook meer aandacht voor aangepaste hulpverleningsmethoden. Dit

vraagt uiteraard een grote investering. In 2007 zijn een bijkomend contingent van zes voltijdse jobs toegekend. In de begroting 2007 worden ook middelen voorzien voor de buddywerking als aanvullende methodiek in de ambulante GGZ-hulpverlening.

5.2 Zorgtraject jongeren met psychiatrische problematiek

Vanaf het moment dat problemen tegelijk voorkomen en de grenzen van de zorgsectoren overschrijden, is extra coördinatie en afstemming aangewezen. Dit staat momenteel op de agenda voor de thematiek van jongeren met een forensisch verleden en een psychiatrische problematiek. Zij kunnen dikwijls moeilijk terecht in residentiële zorgvormen, zoals in de bijzondere jeugdbijstand. Het ontbreekt dergelijke centra dikwijls aan de expertise rond psychiatrische zorgverlening. De idee leeft om de opname van een dergelijke jongere te ondersteunen vanuit een mobiele psychiatrische equipe, wat de opdracht voor deze centra heel wat haalbaarder maakt.

De diverse overheden van ons land hebben op 22 februari 2007 een protocol gesloten over de organisatie van een zorgtraject voor bovengenoemde groep van jongeren (B.S. 26 juni 2007). De federale staat en de gemeenschappen en gewesten zullen in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid het beleid omtrent geestelijke gezondheidszorg opvolgen en initiatief nemen tot geïntegreerde zorgnetwerken waarin de patiënt centraal staat. Een subwerkgroep van de taskforce GGZ ontfermt zich over de psychiatrische problematiek van jongeren die een crimineel feit hebben gepleegd.

De doelstellingen van dit samenwerkingsakkoord zijn de volgende: 1. het organiseren van de samenwerking tussen de actoren en de partners van het netwerk; 2. de zorgverlening toegankelijk maken voor het doelpubliek, in het kader van een gerechtelijke maatregel bevolen door de jeugdrechtbank; 3. het verduidelijken van de algemene principes en de werking van het netwerk en meer bepaald de raakvlakken tussen het gerechtelijke en het therapeutische domein.

6. No 'Sicko'

Sicko, de nieuwe film van Michael Moore (oktober 2007), concludeert dat je in de Verenigde Staten maar beter niet ziek wordt. Activisten en beschermers van onze gezondheidszorgen nodigen politici uit om het debat ook hier aan te wakkeren en te waarschuwen voor de exuberante taferelen die een gedeeltelijke privatisering van de gezondheidszorgen met zich mee kan brengen.

Het is een waarschuwing, want inderdaad: de afbraak van een systeem is altijd veel sneller gebeurd dan de opbouw. Aan de andere kant mag het ons niet

de zelfvoldaanheid bezorgen die verblindt en die de bestaande en dreigende ongelijkheden op dit terrein verbergt.

Een vogelvlucht doorheen de beleidsinitiatieven op het gezondheidsdomein toont dat met belangrijke aspecten uit de analyse van de problematiek al rekening wordt gehouden. Toegankelijkheid, betaalbaarheid en preventie zijn terreinen waarop wordt ingezet. Te verwachten, maar helaas, zien we de uiteenlopende belangen van betrokken partijen in beeld. Verschillende organisaties en initiatieven beloeren elkaar en bewaken de verhoudingen. Doortastende keuzes, die verder gaan dan de probleemanalyse en de bespreking van oplossingsstrategieën, vinden we nog te weinig terug. Investeren in afstemming tussen verschillende zorgaanbieders is daarom geen overbodige luxe. Wel is het een aandachtspunt om ondertussen de zorgvragers niet in de wachtrij te plaatsen. Ze zouden er wel eens heel lang kunnen staan.

NOTEN

1. Het consortium rond de decenniumdoelen 20017 bestaat uit negen organisaties: ACW, Samenlevingsopbouw Vlaanderen, Socialistische Mutualiteiten en socio-culturele verenigingen, Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, Verbruikersateljee, Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen, Vlaams Minderhedencentrum, Welzijnszorg en Cera.
2. Aan het advies werkten volgende VGR-leden mee: prof. Annemans, prof. De Maese-neer, mevr. Huys, dhr. Lievens, prof. Van Lierde, dhr. Van Roye, en mevr. Weeghmans.

HOOFDSTUK 2

Armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid in cijfers

Katrien De Boyser

1. Gezondheid en ongelijkheid als onderzoeksveld

De voorbije decennia nam de aandacht voor socio-economische verschillen in gezondheid en in de toegang tot de gezondheidszorg in België en Vlaanderen sterk toe. Dankzij een verhoogde aandacht voor gezondheidsaspecten in bestaande surveys, in de recentste census (2001) en via de nationale Gezondheids-enquêtes (sinds eind jaren 1990) groeide ook de wetenschappelijke kennis en interesse. Zo bleek dat wat in andere westerse landen al langer werd vastgesteld, ook voor België geldt: wie onderaan de maatschappelijke ladder staat, heeft meer kans op een minder goede gezondheid. Tegelijk kent men minder ‘gezonde jaren’ en een hogere kans op vroegtijdige sterfte. Bovendien bemoeilijken financiële en andere drempels de toegang tot de gezondheidszorg voor deze groepen. Voor een zicht op de evolutie in kennisverwerving over ongelijkheid in gezondheid en de hierop geformuleerde beleidsantwoorden in de afgelopen 15 jaar, verwijzen we naar de bijdrage van Levecque & De Boyser (2006) in het vorige Jaarboek (zie ook De Boyser, Levecque & Vranken, 2007).

In dit hoofdstuk zetten we dan weer de meest in het oog springende sociaal-economische gezondheidsverschillen in Vlaanderen op een rijtje. We doen dit aan de hand van recente bronnen. Een analyse van het samengevoegde (of ‘gepoolde’) bestand van de Gezondheids-enquêtes van 2001 en 2004¹ geeft een beeld van de fysieke en mentale gezondheidstoestand, de leefstijl en de toegang tot de gezondheidszorg in termen van een aantal socio-economische kenmerken. Andere bronnen vullen ons verhaal aan, zoals de gegevens van de Vlaamse administratie en een aantal recente studies.

2. Socio-economische gezondheidsverschillen in de gezondheids-enquêtes van 2001 en 2004

In wat volgt, bekijken we voor Vlaanderen socio-economische verschillen op het vlak van het subjectief gezondheidsaanvoelen, van de fysieke en mentale

gezondheidssituatie, van de levensstijl en van de financiële toegang tot gezondheidszorg. We baseren ons hiervoor op een gepoold databestand van de Gezondheidsenquêtes van 2001 en 2004 (uitgevoerd door het WIV), waarbij we de groep 18- tot 65-jarigen selecteerden die in Vlaanderen wonen. In totaal bevat deze selectie gegevens van 5.518 individuen. Aan de hand van gewogen prevalentieschattingen, beschrijven we een aantal belangrijke gezondheidsverschillen.² In het rapport over de resultaten van de Gezondheidsenquête en in de vorige edities van het Jaarboek werden de socio-economische gezondheidsverschillen voornamelijk in termen van opleidingsniveau bekeken. Voor de volgende analyses werden de verschillen onderzocht naar al dan niet inkomensarm zijn,³ de activiteitsstatus, het huishoudtype, de woonstatus en de huidige nationaliteit.

2.1 Subjectieve gezondheid

Een eerste variabele die we bekijken (kolom 1 van tabel 1), is de manier waarop mensen hun eigen gezondheidstoestand inschatten. Volgens het WIV (2006) is de subjectieve evaluatie van de eigen gezondheid één van de beste indicatoren voor de algemene gezondheidstoestand op individueel en maatschappelijk niveau. In Vlaanderen rapporteert zo'n 16% van de bevolking tussen 18 en 65 jaar een redelijke, slechte tot zeer slechte gezondheid. Dit percentage neemt toe volgens leeftijd en daalt naarmate men een hoger opleidingsniveau heeft (zie WIV, 2006).

 Een op vier alleenstaanden heeft een slechte gezondheid

Vergelijken we de populatie onder en boven de inkomensarmoedegrens, dan heeft meer dan één op vijf (22%) van de mensen in armoede een slechte gezondheid, tegenover 16% van wie het inkomen boven de armoedegrens ligt. Naast het inkomen en het opleidingsniveau zijn ook andere socio-economische kenmerken van tel. Wie werkt, heeft een beduidend betere (subjectieve) gezondheid dan wie niet aan het werk is. Bij zieken, invaliden ligt het aantal personen met een slechte subjectieve gezondheid logischerwijze zeer hoog (acht op tien met een slechte gezondheid), maar ook werklozen en jonge gepensioneerden onder 65 jaar geven vaker aan met een slechte gezondheid te kampen. Naar huishoudtype heeft één op vier alleenstaanden (24%) een slechte gezondheid; koppels met kinderen rapporteren dit dan weer het minst vaak (12%). Ook zegt een groter aandeel van de huurders (21%) een slechte gezondheid te hebben dan bij de eigenaars (14%). Naar 'huidige nationaliteit' zijn er geen significante verschillen; een studie waarbij veeleer naar herkomst dan naar huidige nationaliteit

werd gekeken, geeft wel aan dat personen van Turkse en Marokkaanse origine vaker dan andere bevolkingsgroepen aangeven geen goede subjectieve gezondheid te hebben (Levecque e.a., 2006a).

Een studie op basis van de socio-economische enquête van 2001 (Deboosere e.a., 2006) geeft aan dat subjectieve gezondheidsindicatoren ook sterke ruimtelijke patronen (op regionaal en buurniveau) aantonen die overeenkomen met deze voor belangrijke socio-economische kenmerken. In Gent bijvoorbeeld overlappen de buurten waar men een slechtere gezondheid rapporteert vrijwel volledig met de arbeiderswijken, die gekenmerkt worden door de hoogste werkloosheidscijfers, en de hoogste concentraties van personen van Turkse origine.

2.2 Fysieke gezondheid: langdurige aandoeningen, handicaps en beperkingen

Naast het subjectieve gezondheidsaanvoelen zijn er ook duidelijke verschillen in de fysieke gezondheidsstatus – met name in het voorkomen van één of meer langdurige aandoeningen, ziekten en handicaps – naargelang van verschillende socio-economische kenmerken. Vooreerst werd in de vorige editie van het Jaarboek reeds duidelijk dat er een zeer duidelijke samenhang is met het opleidingsniveau. In tabel 2 zien we echter geen significante verschillen tussen wie dan wel of niet onder de armoedegrens valt; wel is het zo dat wanneer er sprake is van een langdurige aandoening, men er onder de armoedegrens beduidend meer hinder van ondervindt.

De verschillen zijn duidelijker naar activiteitsstatus, huishoudtype en woonstatus. Opnieuw is er het logische gegeven dat 9 op 10 zieken en invaliden chronische aandoeningen rapporteren; de meesten (7 op 10) ondervinden hiervan ook matige tot ernstige beperkingen in het dagelijkse leven. Het aandeel van mensen met een chronische aandoening ligt onder werklozen en gepensioneerden (maar –65 jaar) ook beduidend hoger dan bij de werkenden. Naar huishoudtype zien we ook dat alleenstaanden, eenoudergezinnen en koppels zonder kinderen een meer kwetsbare positie innemen dan koppels met kinderen. Dezelfde tendensen zien we in de vijfde kolom waar het algemeen voorkomen van beperkingen werd bevraagd, die al dan niet voortkomen uit langdurige aandoeningen of handicaps.

Tot slot zien we in kolom 6 van tabel 1 het aandeel personen dat binnen bepaalde socio-economische categorieën in enige tot ernstige mate beperkt is in zijn mobiliteit, omdat men bijvoorbeeld bedlegerig is of moeilijk te been is. Het gaat om relatief geringe percentages van de bevolking. Toch zijn ook in dit geval inkomensarmen, inactieve personen op de arbeidsmarkt, alleenstaanden en huurders beduidend slechter af.

Tabel 1 – Algemene gezondheidsstatus naar armoede- en activiteitsstatus, huishoudtype, woningmarktstatus en nationaliteit (18 t.e.m 65 jaar), Vlaanderen, 2001-2004 (gewogen %).

Inkomensarmoede (60%)	Redelijk tot zeer slechte subjectieve gezondheid	Eén of meer langdurige aandoeningen, ziekten of handicaps	Matige tot ernstige beperkingen door langdurige aandoening	Matige tot ernstige functionele beperkingen	Matige tot ernstige beperkingen in mobiliteit			
%	Sign.	%	Sign.	%	Sign.			
Inkomensarm	21.77	*	21.90	*	16.69	**	4.91	*
Niet-inkomensarm	15.97		21.57		6.82		10.58	
Activiteitsstatus								
Werkzaam	11.25	***	16.11	***	3.73	***	7.37	***
Werkloos	26.38		27.64		9.43		13.36	
Gepensioneerd	20.37		27.31		7.23		26.00	
Ziekte of invalide	81.41		90.46		72.32		54.24	
Overige overige inactief	19.57		22.37		6.05		13.93	
Huishoudtype								
Alleenstaande	24.16	***	29.82	***	10.13	***	14.51	***
Eenoudergezin	18.60		22.51		8.23		11.71	
Koppel zonder kinderen	17.85		24.28		8.20		15.89	
Koppel met kinderen	12.00		15.46		4.94		6.96	
Ander huishoudtype	14.17		19.58		6.07		10.27	
Woonstatus								
Eigenaar	14.31	***	18.87	***	5.88	***	10.14	*
Huurder	20.64		25.82		9.76		13.54	
Huidige nationaliteit								
Belg	15.73	n.s.	20.94	#	6.90	#	11.26	n.s.
EU-burger	14.66		12.94		4.27		6.17	
Niet-EU-burger	13.93		12.25		2.94		7.42	

Bron: HIS 2001-2004 – eigen berekeningen.

$p < 0.05$ * $p < 0.01$ ** $p < 0.001$ *** $p < 0.0001$ n.s. = niet significant

2.3 Mentale gezondheid

In de voorbije jaren nam ook de aandacht voor mentale gezondheidsproblemen sterk toe. Uit onderzoek blijkt dat er een duidelijke relatie bestaat tussen leven in armoede en het aantreffen van depressies en andere psychische aandoeningen (zie Levecque, 2007).

In tabel 2 werden een aantal indicatoren voor mentale gezondheid opgesplitst naar socio-economische categorieën. In de Gezondheidsenquête wordt dit onder meer bevraagd door middel van de *General Health Questionnaire*: dit is een reeks vragen waarmee men peilt naar de mate waarin bepaalde symptomen die wijzen op een mentaal probleem, in meer of mindere mate, in de weken voor de bevraging werden ervaren. Men spreekt binnen de Gezondheidsenquête (WIV, 2006) van ‘*psychologisch onwelbevinden*’ wanneer men twee of meer van deze klachten rapporteert (GHQ +2); vanaf minstens vier klachten (GHQ +4) heeft men het over ‘*ernstige mentale problemen*’. In de tweede kolom van tabel 2 zien we de cijfers die verwijzen naar deze ernstige psychische problemen. Algemeen blijkt zo’n 11% van de Vlamingen tussen 18 en 65 jaar hiermee te kampen. Ook hier zijn het zwakkere socio-economische groepen die vaker deze problemen rapporteren. In termen van de arbeidsmarktsituatie gaat het om 38% van de zieken en invaliden en om 19% van de werklozen. Ook een vijfde van wie in een eenoudergezin leeft (21%) en 17% van de alleenstaanden rapporteert meer dan vier symptomen die samen kunnen wijzen op een ernstig mentaal probleem.

Een op vijf werklozen kampt met ernstige psychische problemen

Specifieker werden ook indicatoren voor ‘depressieve problemen’ of ‘depressief syndroom’, voor angststoornissen en voor slaapproblemen opgenomen in de vragenlijst.⁴ Meer dan een op drie van de zieken en invaliden (37%) zou met symptomen kampen die wijzen op een depressie. Ook bij wie werkloos is (15%), ligt dit cijfer ruim hoger dan gemiddeld (7%). Verder lopen ook eenoudergezinnen (14%) en alleenstaanden (12%) een hoger risico om met depressieve problemen te kampen dan wie in een ander huishoudtype woont. Naast een hoger risico op depressie, hebben inkomensarmen ook een beduidend hoger risico op ernstige angsten (9% versus 5% bij niet-armen). Dit geldt des te vaker wanneer men ziek of invalide is (27%). Ook geeft 11% van de werklozen aan ernstige angsten te hebben. Wie woont in een huishouden waar slechts één volwassene is (eenoudergezinnen en alleenstaanden), blijkt ook vatbaarder voor angsten.

Zo’n 18% van de 18- tot 65-jarige Vlamingen uit de steekproef geeft aan met slaapproblemen te kampen. Hier zien we geen beduidende verschillen tussen armen en niet-armen. Wel liggen zieken en invaliden, gepensioneerden en werklozen vaker dan actieven wakker en dit geldt ook voor eenoudergezinnen en al-

Tabel 2 – Mentale gezondheidsstatus naar armoede- en activiteitsstatus, huishoudtype, woningmarktstatus en nationaliteit (18 t.e.m 65 jaar), Vlaanderen, 2001-2004 (gewogen%).

	GHQ + 2 Psychologisch onwelbevinden		GHQ + 4 Ernstige mentale problemen		Depressieve gevoelens		Angststoornissen		Slaapproblemen	
	%	Sign.	%	Sign.	%	Sign.	%	Sign.	%	Sign.
Inkomensarmoede										
Inkomensarm	27.38	#	15.80	#	10.76	*	8.95	*	22.62	n.s.
Niet-inkomensarm	22.09		11.89		6.80		5.33		18.79	
Activiteitsstatus										
Werkzaam	19.76	***	9.46	***	4.50	***	3.46	***	16.18	***
Werkloos	30.69		18.93		15.27		10.90		24.52	
Gepensioneerd	16.47		7.61		6.72		6.07		23.05	
Ziekte of invalide	49.66		37.87		37.50		26.45		48.41	
Overige inactief	20.39		13.04		6.57		7.42		18.98	
Huishoudtype										
Alleenstaande	29.40	***	16.83	***	12.07	***	8.15	***	22.44	**
Eénoudergezin	31.07		21.27		14.24		9.86		20.75	
Koppel zonder kinderen	18.04		8.89		5.24		4.90		19.25	
Koppel met kinderen	21.20		10.67		5.49		4.08		15.44	
Ander huishoudtype	14.78		10.64		5.89		4.75		19.80	
Woonstatus										
Eigenaar	19.28	***	9.77	***	5.27	***	4.41	***	16.71	***
Huurder	29.32		17.09		11.44		7.86		24.12	
Nationaliteit										
Belg	21.27	n.s.	11.22	n.s.	6.48	#	5.08	#	18.47	#
EU-burger	23.53		7.64		3.37		3.58		15.28	
Niet-EU-burger	21.50		14.46		11.60		6.21		7.30	

Bron: HIS 2001 – 2004 – eigen berekeningen.

p < 0.05 * p < 0.01 ** p < 0.001 *** p < 0.0001 n.s. = niet significant

leenstaanden. Naar nationaliteit hebben niet-EU-burgers vaker af te rekenen met depressieve gevoelens en angststoornissen dan Belgen en EU-burgers. Omgekeerd hebben ze dan weer minder vaak last van slaapproblemen.

2.4 Verschillen in leefstijl

De leefstijl die mensen erop nahouden is een belangrijke determinant voor hun algemene gezondheidstoestand en het al dan niet voorkomen van (ernstige) gezondheidsproblemen. Volgens Mackenbach (2005) zouden gedragsmatige elementen of de leefstijl, de socio-economische verschillen in morbiditeit voor de helft verklaren; daarnaast spelen materiële elementen en psychosociale factoren ook een belangrijke rechtstreekse rol. We pikken er in dit hoofdstuk een viertal risicogedragingen uit die een potentieel belangrijke impact hebben op de gezondheid: een sedentaire levensstijl, overgewicht, dagelijks roken en frequent alcoholgebruik.

Heel wat studies toonden al de mogelijke gezondheidstol van een sedentaire levensstijl aan: zo kan een gebrek aan lichaamsbeweging onder meer leiden tot overgewicht en obesitas, wat op zich het risico verhoogt op type 2-diabetes en cardiovasculaire aandoeningen (Hu e.a., 2003). Ook is er een verhoogd risico op hypertensie, ademhalingsstoornissen (zoals apneu), kankers, vruchtbaarheidsproblemen en lever- en galblaasziekten (Kopelman, 2007). Algemeen zien we dat zo'n 22% van de Vlamingen tussen 18 en 65 jaar er een sedentaire levensstijl op nahoudt. Daarnaast kampen vier op tien (40%) met overgewicht (BMI hoger dan 25⁵). Achter deze algemeen hoge cijfers schuilen ook socio-economische verschillen: armen hebben nog vaker een sedentaire levensstijl dan niet-armen (27% versus 21%) en hebben ook vaker last van overgewicht (44% versus 39%). Uit eerdere analyses op basis van de Gezondheidsenquêtes bleek al dat overgewicht en zwaarlijvigheid ook gerelateerd zijn aan het opleidingsniveau en de leeftijd (WIV, 2006).

Tabaksgebruik wordt gezien als een van de voornaamste determinanten in de ontwikkeling van kankers en speelt een belangrijke rol in de ontwikkeling van chronische ademhalingsproblemen en cardiovasculaire aandoeningen. In Vlaanderen kan 28% van de sterfte bij mannen boven 35 jaar toegeschreven worden aan een tabaksgerelateerde ziekte, bij vrouwen is dit 5% (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2007). Volgens Mackenbach (2005) is het reduceren van de prevalentie van rookgedrag bij lagere socio-economische groepen ook een sleutelfactor in de aanpak van gezondheidsongelijkheden. Er blijken in Vlaanderen (zie onderstaande tabel) ook beduidende verschillen in het aandeel van armen en niet-armen (35% versus 26%) die dagelijks roken. Ook valt het significant hogere percentage rokers op onder zieken/invaliden en werklozen in vergelijking met de werkenden. Naar huishoudtype zijn het vaker alleenstaanden en eenoudergezinnen die rapporteren dagelijks te roken. Het bespreken van derge-

lijke leefstijlvariabelen houdt het risico in dat men de schuld voor de slechtere gezondheid (en bij uitbreiding de situatie waarin men zich bevindt) volledig gaat toeschrijven aan de individuen in kwestie. Daarmee gaat men dan voorbij aan de specifieke leef- en woonomstandigheden die een gezonde levensstijl bemoeilijken. Er is ook vaak een andere gezondheidscultuur waarbij minder aandacht wordt gehecht aan het nastreven van een goede gezondheid. Sociale ongelijkheid inzake rookgedrag manifesteert zich ook vandaag zeer duidelijk bij de jongeren in het secundair onderwijs: een recente bevraging van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (Kinable, 2007) geeft aan dat leerlingen in het BSO en TSO vaker roken dan leerlingen uit het ASO. In het ASO ging het in het schooljaar 2004-2005 om 5% regelmatige rokers, in het TSO is dit 14,3% en in het BSO 28,4%. Er manifesteerde zich wel een daling in de voorbije vijf schooljaren van het percentage rokers bij min-16-jarigen, maar deze blijkt ook beperkt te zijn tot het ASO en het TSO; in het BSO ziet men deze daling niet.

Tabel 3 – Leefstijlrisico's naar armoede- en activiteitsstatus, huishoudtype, woningmarkt-status en nationaliteit (18-65 jaar), Vlaanderen, 2001-2004.

	Sedentair (fys. activiteit)		Overgewicht		Dagelijks roker		Frequent overmatig alcoholgebruik	
	%	Sign.	%	Sign.	%	Sign.	%	Sign.
Inkomensarmoede								
Inkomensarm	27.43	*	44.14	#	34.69	**	3.05	n.s.
Niet-inkomensarm	21.21		39.17		26.02		3.02	
Activiteitsstatus								
Werkzaam	21.46	***	39.64	***	27.18	***	3.17	#
Werkloos	19.57		39.96		33.28		4.84	
Gepensioneerd	15.66		55.78		17.00		3.33	
Ziekte of invalide	50.15		51.36		49.97		4.78	
Overige inactief	25.30		43.96		19.17		1.18	
Huishoudtype								
Alleenstaande	24.41	n.s.	40.32	***	38.98	***	5.30	#
Eenoudergezin	23.07		24.65		43.86		3.11	
Koppel zonder kinderen	20.62		47.63		22.78		2.81	
Koppel met kinderen	20.54		36.35		24.20		2.82	
Ander huishoudtype	23.57		38.36		25.56		2.92	
Woonstatus								
Eigenaar	20.01	***	40.38	n.s.	22.42	***	2.52	***
Huurder	27.05		38.46		40.33		5.34	
Nationaliteit								
Belg	21.49	n.s.	40.01	n.s.	26.36	n.s.	3.15	n.s.
EU-burger	21.06		41.48		29.05		4.79	
Niet-EU-burger	25.06		39.86		24.45		0.00	

Bron: HIS 2001-2004 – eigen berekeningen.

p < 0.05 * p < 0.01 ** p < 0.001 *** p < 0.0001 n.s. = niet significant

Het rookgedrag is een sleutelfactor in de aanpak van gezondheidsongelijkheden

In de Gezondheidsenquêtes wordt ook gepeild naar overmatig alcoholgebruik. In de laatste kolom van tabel 3 zien we dat het voorkomen van frequent overmatig alcoholgebruik (meer dan zes glazen per dag) niet verschilt tussen armen en niet-armen. Wel laten zieken/invaliden en werklozen hogere prevalentiecijfers optekenen dan bijvoorbeeld werkenden en gepensioneerden; ook bij alleenstaanden vinden we een hoger aandeel dat vaker overmatig alcohol drinkt.

2.5 Verschillen in financiële toegang tot de gezondheidszorg

Algemeen geeft in Vlaanderen 21% van de bevroagden (18-65 jaar) aan dat de uitgaven voor gezondheid moeilijk tot onmogelijk passen in hun huishoudbudget. Bij wie onder de armoedegrens leeft, geldt dit zelfs voor meer dan de helft (57% versus 19% bij niet-armen). Vooral zieken en invaliden (61%) en werklozen (41%) vinden uitgaven voor gezondheidszorg vaker moeilijk passen in hun budget dan werkenden (16%). Naar huishoudtype geven meer dan een derde van de eenoudergezinnen (35%) aan dat deze uitgaven te zwaar om dragen zijn. Dit geldt ook voor niet-EU-burgers waar 45% stelt dat dit het geval is.

Daarenboven moet in Vlaanderen 6% van de gezinnen uitgaven voor gezondheidszorg uitstellen omwille van geldgebrek. Onder de inkomensarmoedegrens loopt dit op tot 17%. Ook werklozen, zieken en invaliden, eenoudergezinnen, huurders en niet-EU-burgers zijn vaker genooddaakt om medische zorgen uit te stellen dan gemiddeld.

6% van de gezinnen in Vlaanderen moet uitgaven voor gezondheidszorg uitstellen omwille van geldgebrek

Het beschikken over een hospitalisatieverzekering, individueel afgesloten of via de werkgever, kan omvangrijke remgeldsommen helpen opvangen wanneer een ziekenhuisopname nodig is. Bijna zes op tien (58%) van wie inkomensarm is, heeft geen dergelijke verzekering (tegenover 27% van de niet-armen). Ook naar activiteitsstatus hebben de kwetsbaarste groepen vaker geen hospitalisatieverzekering, waaronder vier op tien van wie ziek of invalide is; een groep waarvan mag verondersteld worden dat zij dit in principe wel nodig heeft. Ook de gezinnen waar slechts één volwassene is (en dus ook slechts één inkomen) hebben minder vaak een hospitalisatieverzekering.

Sommige sociale categorieën hebben recht op vermindering van het remgeld. In 2001 en 2004 ging het in totaal om zo'n 7% van de steekproef. On-

danks het duidelijke verschil in het aandeel armen en niet-armen dat hierop recht heeft, kan het relatief lage percentage arme rechthebbenden wel vragen oproepen. Het gaat immers maar om 17% van wie inkomensarm is. Dit is grotendeels het gevolg van het beleid dat zich op sociale categorieën richtte en niet op de inkomenssituatie; het in 2007 ingevoerde OMNIO-statuuut zou hier een antwoord op moeten bieden.⁶ Bij zieken en invaliden zien we dat bijna de helft recht heeft op remgeldreductie.

Tabel 4 – Financiële toegang tot gezondheidszorg, (18-65 jaar), Vlaanderen, 2001-2004.

	Uitstel van uitgaven voor gezondheidszorg uit geldgebrek		Pers. bijdragen passen moeilijk tot onmogelijk in budget		Geen hospitalisatie-verzekering		Recht op vermindering remgeld	
	%	Sign.	%	Sign.	%	Sign.	%	Sign.
Inkomensarmoede								
Inkomensarm	16.71	***	56.63	***	57.70	***	16.60	***
Niet-inkomensarm	5.23		18.58		26.77		6.75	
Activiteitsstatus								
Werkzaam	4.17	***	16.19	***	25.66	***	2.51	***
Werkloos	13.84		41.02		49.27		7.29	
Gepensioneerd	5.10		23.75		25.34		2.15	
Ziekte of invalide	31.14		63.62		43.06		48.88	
Overige inactief	6.98		26.47		40.06		13.03	
Huishoudtype								
Alleenstaande	9.21	***	26.15	***	38.90	***	15.97	***
Eenoudergezin	21.12		35.34		37.28		7.49	
Koppel zonder kinderen	4.94		19.76		25.09		9.64	
Koppel met kinderen	4.79		17.26		27.03		3.20	
Ander huishoudtype	5.17		25.7		31.73		6.37	
Woonstatus								
Eigenaar	4.05	***	18.01	***	25.40	***	6.38	***
Huurder	13.37		32.30		41.85		10.24	
Nationaliteit								
Belg	5.86	n.s.	20.29	***	27.62	***	7.44	n.s.
EU-burger	6.26		32.19		53.69		3.34	
Niet-EU-burger	10.02		45.67		78.46		6.19	

Bron: HIS 2001-2004 – eigen berekeningen.

p < 0.05 * p < 0.01 ** p < 0.001 *** p < 0.0001 n.s. = niet significant

3. Mortaliteit en levensverwachting

In 2004 was de gemiddelde levensverwachting bij geboorte in Vlaanderen 80,3 jaar: 77,6 jaar voor mannen en 82,9 jaar voor vrouwen. Zo'n 40% van de sterf-

tes onder 75 jaar is in Vlaanderen in theorie te vermijden door middel van preventie (via een gezonde levensstijl, vaccins...) en van een betere organisatie van de gezondheidszorg (door vroegtijdiger opsporing en betere behandeling) (Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, 2007). In alle EU-landen zijn deze 'voortijdige mortaliteitsgraden' hoger bij diegenen met een lager opleidingsniveau, beroepssituatie en/of inkomen. De verschillen in mortaliteit leiden tot belangrijke ongelijkheden in levensverwachting bij de geboorte, gaande van van 4 tot 6 jaar bij mannen en 2 tot 4 jaar bij vrouwen. Nog belangrijker is dat in de Europese lidstaten de relatieve mortaliteitsverschillen tussen hoge en lage socio-economische groepen de voorbije jaren nog verder zijn toegenomen. Een van de verklaringen die hiervoor wordt aangedragen, is dat hoewel de mortaliteitscijfers voor alle groepen daalden, deze daling des te sterker was bij de hogere socio-economische groepen, en dit voornamelijk door de daling van sterfte wegens cardiovasculaire aandoeningen (door betere levensgewoonten aan te nemen en een effectievere medische interventie) (Mackenbach, 2005). De recentste gegevens voor ons land zijn afkomstig van de Nationale Databank Mortaliteit (handelend over de periode 1991-1996), waarbij zowel bij vrouwen als mannen duidelijke verschillen werden gevonden naargelang van de socio-economische positie, waarbij de laagste klassen de hoogste sterfte hebben (zie onder meer Gadeyne & Deboosere, 2002).

Naast socio-economische verschillen in algemene mortaliteit wordt ook foeto-infantiele sterfte beschouwd als een belangrijke indicator voor de gezondheids- en welzijnsgraad van een land. In 2003 en 2004 stierven in Vlaanderen volgens het Vlaamse Agentschap Zorg en Gezondheid 552 kinderen voor of tijdens de geboorte en 507 kinderen tijdens het eerste levensjaar (infantiele sterfte); samen bedraagt de foeto-infantiele sterfte in Vlaanderen daarmee 1.059 kinderen. Naast het zwangerschapsverloop, het geboortegewicht en geslacht, is er ook een duidelijke sociale component van belang. Tienermoeders, oudere moeders, Turkse en Marokkaanse moeders en moeders zonder partner, lopen een significant hoger risico op sterfte bij hun kinderen.

Uit tabel 5 blijkt dat de kans op foeto-infantiele sterfte bij moeders van Turkse of Marokkaanse herkomst 1,25 en 1,69 keer zo hoog is als deze bij Belgische moeders. Anderzijds zien we bij moeders uit andere EU-landen dan weer minder babysterfte dan bij Belgische moeders. Dit heeft wellicht te maken met het hogere socio-economische profiel van de moeders uit andere EU-landen; zo blijken ze vaker hoger opgeleid (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2007).

De kans op foeto-infantiele sterfte bij moeders van Marokkaanse herkomst ligt 1,69 keer zo hoog als bij Belgische moeders

Tabel 5 – Etniciteit van de moeder en de zwangerschapsuitkomst, Vlaams Gewest, 2003-2004.

	Dood- geboorte (1)	Infantiele sterfte (2)	Foeto- infantiele sterfte	Levend	Totaal	Odds ratio infantiele sterfte*	Odds ratio foeto-infantiele sterfte (1 + 2)*
België	365	373	738	94.502	95.240	1	1
Andere EU-landen	15	15	30	5.155	5.185	0,74	0,75
Andere Europese landen	15	7	22	2.145	2.167	0,83	1,31
Turkije	11	25	36	3.692	3.728	1,72	1,25
Marokko	35	24	59	4.459	4.518	1,36	1,69
Andere	36	31	67	5.227	5.294	1,50	1,64
Onbekend	75	32	107	7.552	7.659	1,07	1,81
Totaal	552	507	1.059	122.732	123.791		

* De Odds Ratio geeft de kans weer dat een persoon in een bepaalde groep vaker met infantiele of foeto-infantiele sterfte wordt geconfronteerd dan een persoon uit een andere groep (de referentie-groep). Referentiecategorieën voor de odds ratio's zijn in bovenstaande tabel telkens de Belgische moeders.

Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en eigen berekeningen.

Tabel 6 – Opleidingsniveau en beroepsstatuut van de ouders en de zwangerschapsuitkomst, Vlaams Gewest, 2003-2004.

		Infantiele sterfte	Levend	Totaal	Odds ratio infantiele sterfte*
Opleidingsniveau ouders*					
Opleidingsniveau moeder	Laaggeschoold	93	15.475	15.568	2,01
	Middengedchoold	191	47.781	47.972	1,34
	Hogergeschoold	158	52.799	52.957	1
Opleidingsniveau vader	Laaggeschoold	79	16.072	16.151	1,65
	Middengedchoold	188	52.574	52.762	1,2
	Hogergeschoold	129	43.331	43.460	1
Beroepsstatuut ouders					
Beroepsstatuut moeder	Zelfstandige/vrij beroep	42	16.606	16.648	0,96
	Bediende	174	49.913	50.087	1
	Arbeider/helper	193	45.457	45.650	1,62
	Zonder beroep	27	5.016	5.043	1,93
Beroepsstatuut vader	Zelfstandige/vrij beroep	23	7.596	7.619	0,73
	Bediende	228	71.988	72.216	1
	Arbeider/helper	103	20.080	20.183	1,22
	Zonder beroep	135	22.093	22.228	1,54

* laaggeschoold = geen diploma of een diploma lager of lager secundair onderwijs; middengedchoold = hoger secundair onderwijs; hogergeschoold = hoger onderwijs/universiteit.

** Referentiecategorieën voor de odds ratio's zijn de hogergeschoolden bij het opleidingsniveau en de bedienden bij het beroepsstatuut.

Bron: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en eigen berekeningen.

Ouders zonder of met enkel een diploma lager onderwijs of lager secundair onderwijs lopen ook een significant hoger risico om hun kindje te verliezen dan hogeropgeleide ouders. Zo blijkt uit onderstaande tabel dat de kans om als laaggeschoolde moeder een baby te verliezen, tweemaal zo groot is als bij hooggeschoolde moeders. Ook wie enkel een diploma hoger secundair onderwijs heeft, loopt een hoger risico dan wie hogeropgeleid is dat zijn of haar baby sterft voor de leeftijd van één jaar. Wanneer de vader lagergeschoold is, is dit effect er ook, maar in iets mindere mate.

Ook hebben moeders zonder beroep een bijna tweemaal grotere kans om hun baby te verliezen, dan moeders met een bediendenstatuut. Ook arbeidsters kennen een hoger risico. Het beroepsstatuut van de vader blijkt evenzeer van tel: kinderen van werkloze vaders lopen 1,54 meer risico op infantiele sterfte dan kinderen van vaders die bediende zijn. Zelfstandigen en vrije beroepen kennen een vergelijkbaar risico op babysterfte als bedienden.

4. Besluit

Het verhaal over ongelijkheid en uitsluiting in gezondheid doordringt in België en Vlaanderen, net als in andere EU-landen, de hele levensloop. Al van in de moederschoot zijn socio-economische verschillen vast te stellen, in termen van een verhoogde kans op sterfte rond de geboorte en in het eerste levensjaar. Jongeren uit lagere socio-economische groepen hebben vaker een ongunstige leefstijl dan gemiddeld, onder meer door te roken en door slechtere voedingsgewoonten. Dit is een belangrijk gegeven, omdat deze verschillen zich op latere leeftijd doorzetten in differentiële gezondheidsrisico's.

De analyses op basis van de Gezondheidsenquêtes 2001 en 2004 bevestigen ook de socio-economische verschillen in gezondheid bij de actieve bevolking in Vlaanderen (18- tot 65-jarigen). Lagere socio-economische groepen hebben een slechter aanvoelen over de eigen gezondheid, hebben vaker te kampen met chronische aandoeningen en handicaps en zijn hierdoor ook meer gehinderd dan hun lotgenoten die sociaal-economisch beter af zijn. Ook naar mentale gezondheid zijn er belangrijke verschillen: onderaan de maatschappelijke ladder treft men een hoger aandeel personen aan dat zich minder goed voelt, kampt met depressies en angsten en met slaapproblemen.

Daarnaast blijft ook de toegang tot de gezondheidszorg beperkt voor wie het met weinig middelen moet stellen, of voor wie vaak ziek is. De besproken pijnpunten zijn vooral financieel van aard: het niet kunnen inpassen van gezondheidskosten in het budget en het uitstellen van gezondheidszorg omwille van financiële redenen zijn ook weer hier vooral een zaak van de lagere socio-economische groepen. Voor de groepen (zoals zieken en invaliden, maar ook lage inkomens) die een aanvullende hospitalisatieverzekering vaak het hardst nodig

hebben, is dit doorgaans geen haalbare kaart. Een ziekenhuisopname kan in deze gevallen duur te staan komen. Tot slot vinden we deze verschillen ook terug in de differentiële mortaliteitscijfers: zowel op zeer jonge als op oudere leeftijd zijn de socio-economische verschillen zeer manifest aanwezig en bovendien zouden deze volgens Europees onderzoek zelfs nog toenemen (Mackenbach, 2005).

NOTEN

1. Ruim omschreven wil de Gezondheidsenquête een beschrijving te geven van de gezondheid van de bevolking in België en de drie gewesten (Vlaams, Brussels-Hoofdstedelijk en Waals Gewest). De bedoeling is informatie te verzamelen omtrent de wijze waarop de inwoners van België hun gezondheid ervaren, in welke mate ze gebruik maken van curatieve gezondheidsdiensten en hoe ze rekening houden met hun gezondheid door hun levensstijl en hun gebruik van preventieve of andere gezondheidsdiensten.
2. Hierbij werd niet gecontroleerd voor andere kenmerken. De gehanteerde wegingscoëfficiënten zijn deze die door het WIV werden aangegeven.
3. Inkomensarmoede werd geoperationaliseerd volgens de gangbare norm van 60% van het mediaan equivalent inkomen. De inkomensgrenzen werden voor elk jaar afzonderlijk berekend.
4. De indicatoren voor depressieve problemen, angststoornissen en slaapproblemen werden verkregen via de antwoorden op vragen van de SCL-90-R. Zo zijn de belangrijkste kenmerken van het depressief syndroom: wijzigingen op het vlak van humeur of van het gevoelsleven, een vermindering van energie en een algemene daling van het activiteitsniveau, een vermindering van het vermogen om plezier te ervaren of belangstelling voor dingen, een vermindering van de concentratie en ongewone vermoeidheid. Angst en mentale spanningen (of angststoornissen) omvatten dan weer een emotioneel element (verontrusting, angst, schrik) en een somatisch element (gespannen spieren, trillingen, droge mond, zweten, maagpijn, diarree) (WIV, 2006).
5. De BMI of Body Mass Index wordt berekend door het gewicht te delen door de lengte in meters in het kwadraat (kg/m^2). Een BMI hoger dan 25 betekent dat men overgewicht heeft; indien dit hoger dan 30 is, wijst dit op obesitas.
6. Het OMNIO statuut, vanaf 1 juli 2007 van kracht, geeft gezinnen met een laag inkomen die niet beantwoorden aan de voorwaarden om rechthebbend te zijn op de verhoogde (verzekerings)tegemoetkoming (RVV), toch recht op dezelfde terugbetalingen. Het gaat om een aanvullende regelgeving waarbij het niet de bedoeling is om de verhoogde tegemoetkoming te vervangen.

HOOFDSTUK 3

Armoede en sociale gezondheid: een verhaal van povere netwerken?

Katrien De Boyser en Katia Levecque

1. Inleiding

Net als fysieke en mentale gezondheid maakt sociale gezondheid fundamenteel deel uit van de gezondheidsdefinitie van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO). Het gaat hierbij om verschillende aspecten van gezondheid die op elkaar inwerken: zo kunnen de aard en de kwaliteit van sociale relaties en sociale activiteiten positief of negatief inwerken op de fysieke en mentale gezondheid en hebben ze een niet te verwaarlozen impact op de levensverwachting (WIV, 2002; Cattel, 2001; Wolf & Bruhn, 1993). Sociale relaties zijn ook op andere domeinen van belang voor de mate waarin en de manier waarop mensen deelnemen aan het maatschappelijk leven en hun individuele leven vorm geven.

In deze bijdrage gaan we niet na hoe fysieke en mentale gezondheid en sociale gezondheid op elkaar inwerken, maar stellen we ons de vraag in welke mate personen in armoede sociaal gezond zijn in vergelijking met anderen. In tegenstelling tot de grote meerderheid van studies die zich deze vraag stellen, doen we dit niet vanuit een kwalitatieve onderzoeksopzet die stoelt op participerende observatie, focusgroepen of diepte-interviews. Alhoewel deze onderzoekstechnieken het grote voordeel hebben dat ze toelaten om de sociale gezondheid van armen ‘in de diepte’ te leren kennen, hebben ze ook één groot nadeel, namelijk: ze laten niet toe te stellen of de onderzoeksbevindingen wel of niet van toepassing zijn op alle personen die met armoede worden geconfronteerd. Hiertoe zijn representatieve steekproeven vereist.

In de rest van deze bijdrage maken we gebruik van zo’n representatieve steekproef, namelijk de nationale Gezondheidsenquête van 2001. In onze analyses beperken we ons tot de sociale gezondheid van individuen die de leeftijd van 15 jaar hebben bereikt. We stellen vragen naar de omvang van sociale netwerken en naar de contactfrequentie met significante anderen. We bekijken de mate waarin gevoelens van eenzaamheid leiden tot hinder in het dagelijks functioneren én we beschrijven in welke mate personen op specifieke vormen van sociale ondersteuning kunnen rekenen indien ze dat nodig hebben. Telkens

brengen we daarbij in rekening of iemand zich onder of boven de inkomensarmoedegrens bevindt.

Vooraleer we echter aan onze onderzoeksbevindingen toe zijn, verduidelijken we eerst wat we verstaan onder sociale netwerken en sociale ondersteuning. Daarna belichten we kort wat we op basis van overwegend kwalitatieve studies reeds weten over de relatie tussen sociale netwerken en armoede. We staan ook even stil bij de gebruikte data en analysetechniek.

2. Over sociale ondersteuning en armoede

2.1 Sociale netwerken en ondersteuning: structuur en functie

Een vaak gebruikt conceptueel kader over sociale netwerken is dit van O'Reilly (1988) die het definieert als “*een analytisch concept, dat wordt gehanteerd om de structuur van relaties tussen individuen of groepen van individuen te beschrijven*”. Hij kent sociale netwerken daarbij twee dimensies toe, met name structuur en functie. De *structuur* van een sociaal netwerk verwijst onder meer naar de grootte van, de contactfrequentie met en de soorten individuen in het netwerk. Het *functionele* aspect verwijst naar de sociale ondersteuning die de sociale relaties verschaffen en behandelt met andere woorden de veeleer kwalitatieve aspecten van sociale netwerken. Ondersteuning wordt hierbij bekeken in termen van het bezorgen van informatie, instrumentele en emotionele ondersteuning en ondersteuning door het verschaffen van constructieve feedback (hij/zij noemt dit laatste ‘*appraisal support*’ – zie ook House & Kahn, 1985; Due e.a., 1999).

Aan de sociale ondersteuning die iemand vanuit zijn of haar omgeving krijgt, worden op zich heel wat functies of voordelen toegeschreven, voor zowel het fysisch, psychisch als sociaal welzijn (Vandeweyer, 2003; Scott & Wenger, 1995). Zo werd aangetoond dat sociale ondersteuning kan beschermen tegen de schadelijke fysische gevolgen van negatieve stress en dat individuen met sterke sociale relaties lagere morbiditeits- en mortaliteitscijfers laten optekenen (Poortinga, 2005; Thomas & Goodwin, 1985). Bovendien zou men ook tijdens of na een ziekte betere herstel- en overlevingskansen hebben indien men kan terugvallen op een sterk ondersteunend netwerk (Glass & Maddox, 1992). Sociale netwerken kunnen individuen ook helpen om (potentiële) problemen uit de weg te gaan en om de impact van psychische stress te beperken (Muntaner, 2004; Pearlin, 1989). Men gaat er immers van uit dat sociale ondersteuning dienst kan doen als een buffer die toelaat om beter te kunnen omgaan met grote veranderingen in het leven; of anders gesteld, wie geen of weinig sociale ondersteuning kan verwachten, is kwetsbaarder voor negatieve gebeurtenissen (Thoits, 1982, Lin e.a., 1985). Ook voor onder meer de participatie en performantie op de arbeidsmarkt

(Harknett, 2006; Albrecht & Hall, 1991), voor het schools functioneren en presteren en voor de emotionele en cognitieve ontwikkeling van kinderen en jongeren (Kotchick, Dorsey & Heller, 2005; Richman, Rosenfeld & Bowen, 1998) blijken sociale netwerken en de mate waarin ze ondersteuning verschaffen van groot belang.

Mensen met sterke sociale relaties hebben lagere mortaliteitscijfers

Dat het ‘sociale netwerken’-verhaal niet onverdeeld positief is, hoeft natuurlijk geen betoog. In de sociale netwerkanalyse gaat men ervan uit dat sociale netwerken niet per se ondersteunend zijn en dat noch de grootte noch de dichtheid (structurele kenmerken van netwerken) ervan samenhangen met de mate van sociale ondersteuning die mensen ervaren (Barrera, 1986). Niet alle sociale relaties zijn even bevredigend en ze verstrekken evenmin alle in dezelfde mate één of andere vorm van ondersteuning. Sociale contacten kunnen op zichzelf ook een bron van stress of moeilijkheden zijn, denken we maar aan huwelijksconflicten (Dominguez & Watkins, 2003; Belle, 1982). Het is dan ook niet verrassend dat onderzoekers concluderen dat de psychische impact van het ontvangen van ondersteuning afhangt van de kwaliteit van de relatie waarbinnen die wordt uitgewisseld. Ondersteuning die wordt gezien als ‘autonomie-ondersteunend’ door het individu aan te moedigen zou zowel het psychisch welzijn verhogen als het gevoel controle te hebben over de eigen situatie. Ondersteuning die opgelegd wordt of die als controlerend wordt gezien, ondermijnt dan weer het gevoel van zelfcompetentie (Ryan & Solky, 1996).

2.2 Sociale netwerken en ondersteuning in armoede

Zoals we reeds in de inleiding schreven, is hetgeen we vandaag weten over armoede en sociale ondersteuning grotendeels de resultante van heel wat kwalitatief sociaalwetenschappelijk onderzoek, waarbij factoren worden beschreven die het verband tussen sociale deprivatie en andere vormen van achterstelling helpen verklaren.

Armoede blijkt als directe bron van stress vooreerst heel wat mogelijke bronnen voor sociale ondersteuning en stressbuffers te ondermijnen: zo blijkt het een dreiging te vormen voor bestaande relaties en huwelijken en kunnen armen bijkomende stress ervaren wanneer hun netwerkleiden (gelijkaardige) crisissen doormaken (Belle, 1982). Het materiële gebrek aan inkomen zorgt ervoor dat men ook veelal geen of maar een beperkte keuzevrijheid heeft over zaken die iemands stressniveau kunnen verlagen (zoals de keuze van woonplaats, het inschakelen van betaalde hulp in plaats van een beroep te moeten doen op het net-

werk voor bijvoorbeeld kinderopvang). Daarnaast vormen ook andere – immateriële – factoren die vaak gepaard gaan met een leven in armoede, zoals een gebrek aan of verlies van zelfvertrouwen, een gering gevoel van controle over het eigen leven, depressieve gevoelens, stigmatisering, machteloosheidsgevoelens en een gebrek aan hoop, een belemmering voor een gezond sociaal leven en meer nog, voor (opwaartse) sociale mobiliteit (zie Cattel, 2001).

Wanneer we het hebben over netwerken en sociale mobiliteit, dienen we het onderscheid dat Granovetter (1973, 1983) maakt tussen sterke banden en zwakke banden (*‘strong and weak ties’*) in herinnering te brengen. Sociale netwerken die bestaan uit ‘sterke banden’ zijn voornamelijk deze met familieleden en vrienden: ze zijn doorgaans gekenmerkt door een zeer homogene, weinig gediversifieerde netwerkstructuur en vormen een belangrijke bron voor sociale ondersteuning. Sociale netwerken die bestaan uit zwakkere of lossere banden kenmerken zich doorgaans door een grotere heterogeniteit, waarbij de vluchtigere contacten die men heeft met mensen die verderaf staan, op het vlak van opwaartse sociale mobiliteit een belangrijke rol kunnen spelen. Zo stelden Dominguez en Watkins (2003) vast dat heterogene sociale netwerken de mogelijkheden op de arbeidsmarkt van alleenstaande vrouwen met lage inkomens kunnen vergroten, doordat ze worden aangemoedigd om verder te kijken dan hun huidige levens- en arbeidsomstandigheden en te leren van wie hoger staat op de sociale ladder. Wie weinig zwakke banden heeft, heeft een grotere kans om afgesloten te zijn van nuttige informatie en beperkt te zijn in visies en contacten tot deze van zijn of haar onmiddellijke omgeving. Wie terugplooit op een ‘sterke banden’-netwerk kan in zijn of haar sociale mobiliteit ook nog op een andere manier worden belemmerd, namelijk door eigen aspiraties neerwaarts te gaan bijstellen.

Sociale netwerken met sterke banden vormen een belangrijke bron voor sociale ondersteuning

Maar de rol van sterke sociale netwerken bij de realisatie van opwaartse sociale mobiliteit is niet helemaal negatief, zeker niet wanneer vanuit die netwerken de nodige instrumentele en emotionele ondersteuning komt. Eén van de belangrijkste vormen van praktische hulp uit sociale netwerken die een wereld van verschil kan maken, is ongetwijfeld de opvang van (zieke) kinderen door familie of vrienden wanneer ouders (net opnieuw) tewerkgesteld zijn. Zeker bij alleenstaande werkende ouders is dergelijke praktische, onbetaalde hulp een belangrijke hefboom tot opwaartse en het verhinderen van neerwaartse sociale mobiliteit (Harknett, 2006). Naast de onmiddellijke, praktische hulp die onder meer via kinderopvang wordt geboden, heeft instrumentele steun ook het bijkomende effect het gevoel van controle over het eigen leven te vergroten, wat dan op zijn

beurt een hoger zelfwaardegevoel in de hand werkt. Deze instrumentele en emotionele ondersteuning worden in kwalitatief onderzoek als een centraal gegeven naar voor geschoven in het kunnen omgaan met een leven in armoede (Belle, 1982). Bovendien zou de relatie tussen sociale ondersteuning en het gevoel van controle te hebben over het eigen leven (*'mastery'*) bij lage inkomenshuishoudens wederkerig zijn: wie een hoger controlegevoel over het eigen leven en een hogere zelfwaardering heeft, zou succesvoller zijn in het vragen om steun, terwijl het gevoel hebben een beroep te kunnen doen op anderen, een hogere zelfwaarde en controlegevoel in de hand werkt. Daarbij leeft dan de verwachting dat men beter in staat zou zijn om effectief om te gaan met tegenslagen en stressvolle situaties die een leven in armoede met zich meebrengen (Green & Rodgers, 2001). Ook Thys, De Raedemaecker en Vranken (2004) zien een basis aan emotioneel welzijn als een noodzakelijke voorwaarde om 'instrumentele vooruitgang' te maken. Opwaartse mobiliteit blijkt in hun onderzoek bij generatiearmen bovendien vaak gepaard te gaan met een netwerkbreuk, die de personen in kwestie omschrijven als een noodzakelijke voorwaarde *'om vooruit te gaan'*.

In de sociale relaties en de ondersteuning die men ervan ondervindt, blijkt ook een genderspect van belang: onderzoek toonde al aan dat vrouwen afhankelijker zijn dan mannen van de emotionele steun die ze krijgen. Bij vrouwen blijken stresserende 'life events' in de levens van naasten in hun netwerken, vaker aanleiding te vormen voor het ontwikkelen van een depressie (zie Kessler & McLeod, 1984; Rosenfield, 2000). Levecque (2003a) stelde in een eerdere editie van dit Jaarboek vast dat vrouwen vaker dan mannen in hun functioneren gehinderd worden door gevoelens van eenzaamheid en dat dit verschil meer uitgesproken is onder dan boven de armoedegrens.

Vrouwen zijn afhankelijker van de emotionele steun die ze krijgen dan mannen

3. Bron en analysemethode

3.1 De data

Om een antwoord te krijgen op onze onderzoeksvraag doen we een beroep op de tweede nationale Gezondheidsenquête, afgenomen in 2001. De enquête kwam tot stand na een gestratificeerde clustersteekproef waaraan 12.111 individuen uit 5.530 huishoudens deelnamen. Samen bieden zij een representatief beeld van de gezondheidssituatie op zowel het gewestelijke als het nationale niveau. Breed omschreven is het doel van de enquête om zicht te krijgen op de gezondheidssta-

tus van personen en hun gebruik van zowel curatieve als preventieve gezondheidszorgvoorzieningen (WIV, 2002).

Voor de bevraging van de respondenten in de survey werden drie verschillende vragenlijsten gebruikt. De bevraging van huishoudkenmerken zoals het huishoudinkomen, verliep via de referentiepersoon van het huishouden. Daarnaast werden nog maximaal drie andere huishoudleden bevraagd via mondelinge en/of schriftelijke enquêtering. Vragen die eerder intiem van aard zijn, zoals over iemands sociale relaties, werden schriftelijk bevraagd en alleen bij respondenten ouder dan 14 jaar. Het gaat in totaal om 9.413 individuen.

3.2 De meetinstrumenten

Sociale gezondheid. In lijn met ons conceptueel kader dat we hierboven beschreven, vinden we in de gezondheidsenquête indicatoren terug van zowel de structurele als de functionele dimensie van sociale netwerken. De structurele indicatoren peilen naar de aanwezigheid en de omvang van sociale netwerken en naar het aantal en de frequentie van sociale interacties. De functionele indicatoren belichten vooral de functie en de kwaliteit van sociale contacten, zijn eerder subjectief van aard en hebben betrekking op de tevredenheid over sociale relaties, de hulp gekregen van de omgeving, ... (WIV, 2002). Eén van de functionele meetinstrumenten in de gezondheidsenquête, namelijk de *Medical Outcome Study Social Support* (MOSS)-schaal, behoeft enige bijkomende uitleg.

De MOSS-schaal is een schaal ontwikkeld in de Verenigde Staten (Sherbourne & Stewart, 1991) die op basis van twintig vragen peilt naar de perceptie van sociale ondersteuning die iemand vanuit zijn of haar sociaal netwerk meent te kunnen krijgen. Het eerste item in de schaal is een bijzondere vraag, omdat ze in tegenstelling tot de andere, peilt naar een structurele eigenschap, namelijk naar het aantal goede vrienden of verwanten over wie een persoon beschikt. De negentien volgende items brengen de gepercipieerde beschikbaarheid in kaart van vier functionele categorieën van sociale ondersteuning, namelijk de emotionele, instrumentele en affectieve ondersteuning, en wat de auteurs 'positieve interactie' noemen. De gedeelde vraag bij deze negentien items luidt als volgt: "*Mensen doen soms een beroep op anderen voor het gezelschap, voor hulp of voor andere vormen van steun. Hoe vaak kan u rekenen op de volgende vormen van steun als u er nood aan heeft?*" nooit (1), zelden (2), soms (3), meestal (4) of altijd (5). Voor deze bijdrage bundelen wij de categorieën 'nooit' en 'zelden' en plaatsen ze tegenover de andere categorieën.

Armoede meten we op basis van de ondertussen 'klassieke' indicator, namelijk een inkomen lager dan 60% van het mediane equivalent inkomen. Inkomensinformatie werd verkregen na schatting van het maandelijkse totale beschikbare huishoudinkomen door de referentiepersoon van het huishouden. Om verschillen in de grootte en de samenstelling van huishoudens in rekening te

brengen, gebruiken we de *modified OECD-schaal*, die een gewicht van 1 toekent aan de eerste volwassene in het huishouden, 0,5 aan elke bijkomende volwassene en 0,3 aan elk kind jonger dan veertien jaar. Uit analyses van Levecque uit 2003 is gebleken dat 13,46% van de bevolking in België zich in 2001 onder deze inkomensgrens bevond.

3.3 Analysetechniek

Bij het beantwoorden van onze onderzoeksvraag maken we gebruik van simpele gewogen parameters, zoals een percentage, mediaan, gemiddelde of standaardafwijking. Het gebruik van wegingscoëfficiënten bij onze schattingen heeft als doel om de representativiteit voor de Belgische context te bewaren. De gewichten die hiertoe door het WIV worden aangereikt, werden herschaald om inflatie van variantie te vermijden.

4. Resultaten

4.1 De structurele dimensie van sociale netwerken: maakt armoede een verschil?

Hoewel het tegendeel soms intuïtief wordt verondersteld, blijkt volgens de gezondheidsenquête van 2001 dat er onder en boven de armoedegrens geen significante verschillen bestaan in de omvang van sociale netwerken. Tabel 1 toont dat wie onder of boven de inkomensarmoedegrens leeft, ongeveer negen mensen in zijn of haar omgeving heeft bij wie men zich goed voelt en met wie men kan praten over wat hem of haar bezig houdt. Omdat het gemiddelde soms een wat vertekend beeld kan geven wanneer extreme waarden worden opgegeven, bekijken we ook de mediaan, of: deze blijkt gelijk voor wie wel of niet inkomensarm is en ligt op zes goede vrienden of verwanten.

De omvang van sociale netwerken is gelijk boven en onder de armoedegrens

Ook de mate waarin men gewoonlijk contact heeft met verwanten, vrienden of kennissen, verschilt niet bijzonder tussen wie arm of niet-arm is. Ongeveer drie op vier personen (75,7% bij niet-inkomensarmen en 77,3% bij de inkomensarmen) geeft aan dat ze meer dan eens per week contact hebben met familie, vrienden of kennissen.

Tabel 1 – Omvang van en contactfrequentie in sociale netwerken bij volwassenen in België, gedifferentieerd naar armoedestatus.

	Niet-arm	Arm ¹	Sign.
Gemiddelde	9.12	8.89	n.s.
Standaarddeviatie	10.49	9.94	
Mediaan	6.00	6.00	
Contactfrequentie met verwanten, vrienden, kennissen, ...			n.s.
Maximum één keer per jaar	0.46	0.78	
Ten minste één keer per maand	5.67	5.48	
Eén keer per week	17.48	15.64	
Meer dan eens per week	75.68	77.29	

1. Inkomensarmoede (< 60% mediaan)

n.s. = niet significant

Bron: HIS 2001 – eigen berekeningen.

4.3 Vervullen de netwerken van personen in armoede andere functies? Een blik op de kwaliteit van sociale relaties

Afgaand op bovenstaande structurele kenmerken vertonen netwerken van armen en niet-armen op het eerste gezicht geen bijzondere verschillen. In deze paragraaf verdiepen we ons beeld door in te gaan op een aantal kwalitatieve kenmerken van sociale netwerken, of de vormen van ondersteuning die men er al dan niet door ervaart. We bekijken achtereenvolgens – gedifferentieerd naar inkomensarmoede – de tevredenheid met de sociale relaties, of men wel of geen hulp kan verwachten in geval van een probleem, of men al dan niet wordt gehinderd door gevoelens van eenzaamheid en tot slot de MOSS-schaal in haar verschillende componenten.

4.3.1 *Tevredenheid met en hulp van sociale relaties*

Op basis van de cijfers in de onderstaande tabel stellen we vast dat er tussen armen en niet-armen geen bijzondere verschillen zijn in hun algemene (on)tevredenheid over hun sociale contacten.

Verschillen blijken er wél te zijn in de potentiële hulp die men denkt te kunnen ontvangen bij problemen: een groter aandeel van wie onder de inkomensarmoedegrens zit, denkt niet te kunnen rekenen op hulp uit de omgeving of van familie wanneer zich een probleem stelt (8,5% bij de inkomensarmen tegenover 5,5% bij de niet-armen).

Hoe kunnen we verklaren dat armen niet minder tevreden zijn over hun sociale relaties terwijl ze toch meer dan anderen het gevoel hebben niet te kunnen rekenen op hulp? Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk, maar één

van de meest voor de hand liggende hypothesen is dat zij – in vergelijking met personen die niet met armoede worden geconfronteerd – een meer realistische perceptie hebben van de effectief te verkrijgen hulp. Het lijkt ons niet ondenkbaar dat zij omwille van een grotere mate van *effectief gestelde* hulpvragen, nu of in het verleden, een betere inschatting en een beter onderscheid kunnen maken tussen *verwachte*, *beloofde* en *effectief* gekregen hulp.

Tabel 2 – Tevredenheid over en hulp met sociale contacten, gedifferentieerd naar armoedestatus (gewogen%).

	Niet-arm	Arm ¹	Sign.
Sociale contacten zijn onbevredigend	7.40	8.64	n.s.
Niet kunnen rekenen op hulp uit de omgeving of van familie ingeval van een probleem	5.49	8.53	***

1. Inkomensarmoede (< 60% mediaan)

n.s. = niet significant *** p < 0.0001

Bron: HIS 2001 – eigen berekeningen.

4.3.2 *Gevoelens van eenzaamheid*

Leven in inkomensarmoede gaat voor velen gepaard met sociaal isolement, zo blijkt uit tabel 3: wie in armoede leeft, ervaart significant meer dan anderen ernstige gevoelens van eenzaamheid, in die mate dat men erdoor wordt gehinderd in het dagelijks functioneren. Bij armen is dit bij 13,12% het geval, in vergelijking met 8,75% bij de niet-armen.

Tabel 3 – Voorkomen van gevoelens van eenzaamheid die leiden tot hinder in het dagelijks functioneren, gedifferentieerd naar armoedestatus (gewogen %).

	Niet-arm	Arm ¹	Sign
Gevoelens van eenzaamheid	8.75	13.12	***

1. Inkomensarmoede (< 60% mediaan)

*** p < 0.0001

Bron: HIS 2001 – eigen berekeningen.

4.3.3 *Functionele ondersteuning (MOSS-schaal)*

Vervolgens onderscheiden we op basis van de MOSS-schaal (zie 3.2) vier categorieën van sociale ondersteuning die van belang zijn wanneer we de kwaliteit van de sociale netwerken willen inschatten. De resultaten van deze analyses werden gebundeld in tabel 4.

Tabel 4 – Zelden of nooit op specifieke vormen van sociale ondersteuning kunnen rekenen indien nodig, gedifferentieerd naar inkomensarmoede (gewogen %).

	Niet-arm	Arm ¹	Sign.
MOSS – Sociale ondersteuning: indien nodig is er zelden of nooit...			
Instrumentele ondersteuning			
– Iemand die u helpt indien u het bed moet houden	18.05	25.51	***
– Iemand die u naar de dokter kan brengen als u die nodig heeft	10.52	13.27	#
– Iemand die uw maaltijden klaarmaakt indien u dit niet zelf kan doen	13.29	16.67	*
– Iemand die u helpt met het dagelijks werk indien u ziek bent	12.73	15.73	#
Affectieve ondersteuning			
– Iemand die u liefde en affectie geeft	8.67	13.63	***
– Iemand die van u houdt en die op u gesteld is	11.61	16.23	***
– Iemand die u knuffelt	19.03	25.64	***
Emotionele ondersteuning			
– Iemand op wie u kan rekenen wanneer u iemand nodig heeft om tegen te praten	10.72	18.82	***
– Iemand die u kan vertrouwen, met wie u over uzelf en uw problemen kan praten	10.16	16.83	***
– Iemand met wie u uw meest intieme angsten en problemen kan delen	15.99	22.71	***
– Iemand die uw problemen begrijpt	10.16	15.77	***
– Iemand van wie u goede raad kan krijgen rond een probleem	11.40	16.81	***
– Iemand van wie u informatie kan krijgen om een situatie beter te begrijpen	9.18	15.79	***
– Iemand wiens advies u echt wilt	12.75	21.32	***
– Iemand op wie u een beroep kan doen voor advies over een persoonlijk probleem	14.55	20.81	***
Positieve sociale interactie			
– Iemand met wie u een fijne tijd kan beleven	8.26	14.10	***
– Iemand met wie u zich kan ontspannen	11.70	18.96	***
– Iemand met wie u iets aangenaams kan doen	9.66	14.96	***
– Iemand die u kan helpen om uw zinnen te verzetten	11.19	16.40	***

1. Inkomensarmoede (< 60% mediaan)

p < 0.05 * p < 0.01 ** p < 0.001 *** p < 0.0001

Bron: HIS 2001 – eigen berekeningen.

Uit tabel 4 maken we vooreerst op dat een groter aandeel van de armen (tegenover niet-armen) een gebrek aan *instrumentele ondersteuning* ervaart, hier geoperationaliseerd naar vormen van ondersteuning ingeval van ziekte.¹ Eén op vier (25,5%) van de armen kan zelden of nooit rekenen op hulp wanneer ze het bed moeten houden (tegenover 18,0% bij niet-armen); ook kan een groter percentage van de armen zelden of nooit op iemand een beroep doen om hem of haar naar de dokter te brengen, maaltijden klaar te maken ingeval men dit zelf niet kan of te helpen met dagelijks werk wanneer men ziek is. Hierbij is het van belang te weten, dat het betaalde alternatief van deze vormen van mantelzorg, dan wel een optie is voor hogere inkomensgroepen, maar doorgaans niet voor wie het dient te stellen met een beperkt budget. Heel wat inkomensarmen zijn met andere woorden op zichzelf aangewezen ingeval van ziekte. Wanneer men niet anders kan dan een beroep doen op betaalde hulp omwille van de ernst van

het gezondheidsprobleem, betekent dit bovendien nog een bijkomende last op het al zeer krappe huishoudbudget.

Heel wat inkomensarmen zijn op zichzelf aangewezen in geval van ziekte

Twee andere vormen van ondersteuning die minstens even belangrijk zijn als praktische hulp, zijn *affektieve en emotionele ondersteuning*. Ook hier zijn de verschillen duidelijk: meer dan één op vier armen (25,6%) kan niet rekenen op iemand die hem of haar kan knuffelen (tegenover 19,0% van de niet-armen). Van de armen kan 13,6% zelden of nooit rekenen op iemand die liefde en affectie geeft tegenover 8,7% van de niet-armen. Op emotioneel vlak zijn de verschillen even duidelijk. Vooral het grote aandeel armen dat zelden of nooit kan rekenen op iemand die raad, advies of informatie kan geven bij bepaalde situaties of problemen, springt in het oog. Een significant groter aandeel armen dan niet-armen kent ook niemand op wie men kan rekenen wanneer men iemand nodig heeft om tegen te praten (18,8% vs. 10,7%), die men kan vertrouwen, met wie men over problemen kan praten (16,8% vs 10,2%), met wie men de meest intieme angsten en problemen kan delen (22,7% vs 16,0%) of die hun problemen begrijpt (15,8% vs 10,1%). Dit zijn, zoals hierboven vermeld, vormen van steun die belangrijk zijn om stressvolle gebeurtenissen te helpen opvangen en die het gevoel van controle over het eigen leven helpen vergroten. Armen kunnen ook minder delen in *positieve sociale interactie* met anderen. Zo kent een groter aandeel van de armen niemand met wie men een fijne tijd kan beleven (14,1% tegenover 8,3% bij niet-armen) of met wie men zich kan ontspannen (19,0% tegenover 11,7% bij niet-armen).

Armen ontberen met andere woorden vaker de basis aan emotioneel welzijn die nodig is om te kunnen omgaan met stressvolle gebeurtenissen (die kenmerkend zijn voor een leven in armoede), om een positieve mentale gezondheid te kunnen ontwikkelen en behouden, en om erop vooruit te gaan in het leven.

5. Besluit

In deze bijdrage gingen we op basis van de nationale Gezondheidsenquête van 2001 na of, en in welke mate, de sociale gezondheid van personen in inkomensarmoede verschilt van die van personen met een relatief hoger inkomen. Onze onderzoeksresultaten laten weinig aan de verbeelding over.

Hoewel het tegendeel soms intuïtief wordt verondersteld en kwalitatieve studies vaak ook anders suggereren, vonden wij in onze analyses geen significante verschillen op het vlak van de structurele dimensie van sociale netwerken. Meer

concreet stelden we vast dat de sociale netwerken van personen in armoede niet kleiner zijn dan die van anderen, en ook niet gekenmerkt worden door een lagere contactfrequentie.

Wat we wel vonden, waren duidelijke verschillen in de kwaliteit van de netwerken naargelang iemand zich onder of boven de inkomensarmoedegrens bevindt. Uit een kwalitatief onderzoek (zie onder meer Barrera, 1986) bleek ook al dat de grootte en dichtheid van sociale netwerken niet noodzakelijk samenhangen met de sociale ondersteuning die men ervan kan krijgen: netwerken van mensen in armoede blijken hier een voorbeeld van. Zo zien we dat personen in armoede weliswaar niet vaker ontevreden zijn over hun sociale contacten, maar ze geven wel aan dat ze in geval van een probleem minder op hulp van de familie of de omgeving denken te kunnen rekenen. Ook rapporteren ze vaker dan anderen in hun dagelijkse functioneren hinder te ondervinden door gevoelens van eenzaamheid. Kijken we naar specifieke vormen van sociale ondersteuning, dan blijkt dat personen in inkomensarmoede een lagere mate van functionele ondersteuning ervaren in al haar vormen: op instrumenteel, affectief en emotioneel vlak en op het vlak van de sociale interacties.

In termen van de emotionele en affectieve vormen van ondersteuning, die in de literatuur worden omschreven als cruciaal in het emotioneel omgaan of *copen* met stress en moeilijkheden, zijn armen beduidend minder goed bedeed. Maar ook gemeten op basis van de instrumentele ondersteuning die men denkt te kunnen krijgen in geval van ziekte, zien we dat armen minder vaak dan wie hoger op de maatschappelijke ladder staat, een beroep kunnen doen op informele hulp of mantelzorg. Armen zijn met andere woorden vaker aangewezen op formele, vaak betaalde, hulp – of op zichzelf.

NOOT

1. Instrumentele hulp in termen van materiële, financiële of andere vormen van praktische hulp (zoals voor vervoer of kinderopvang) werden in de Gezondheidsenquête niet bevraagd.

HOOFDSTUK 4

Het verband tussen armoede en depressie: een tipje van de sluier opgelicht

Katia Levecque en Jan Vranken

1. Inleiding: het verband tussen armoede en depressie is (niet) evident

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2000) zullen mentale gezondheidsproblemen, en dan vooral depressies, in de ontwikkelde landen tegen 2015 de belangrijkste vorm van morbiditeit worden. Voor België schat men dat zo'n 6 tot 16% van de bevolking in de loop van één jaar tijd gedurende een bepaalde periode depressieve klachten ervaart (Bayingana, Drieskens e.a., 2002). Dat kan gaan van mildere vormen van depressie tot ernstige, depressieve stoornissen met aanzienlijke gevolgen die vrijwel uitsluitend negatief zijn van aard. Zo gaan ernstige depressies in veel gevallen gepaard met een hoge mate van individueel lijden, met stressvolle of moeilijke sociale relaties, maar ook met een verlaagde economische productiviteit en met immense directe en indirecte medische kosten. België is een van de trieste koplopers in Europa als het op één van de belangrijkste gevolgen van depressie, namelijk zelfdoding, aankomt (WHO, 2000).

Niet iedereen loopt evenveel kans om een depressie te ontwikkelen en de gevolgen van een depressie zijn ook niet voor iedereen even aanzienlijk. In een complex samenspel spelen verschillende biologische, psychologische en sociale factoren een belangrijke bevorderende of remmende rol (o.a. Schotte, van den Bossche e.a., 2003). Tot op vandaag weten we nog altijd niet hoe dat complex samenspel tussen deze factoren precies in zijn werk gaat. Wel weten we uit sociologisch en sociaal epidemiologisch onderzoek dat depressies zich vooral blijken te manifesteren bij bepaalde bevolkingsgroepen, waaronder vrouwen, alleenstaanden, personen in een lagere socio-economische positie (SEP) en personen die (meer dan andere) negatieve life events zoals werkloosheid of een echtscheiding meemaken (o.a. Hollingshead & Redlich, 1958; Dohrenwend & Dohrenwend, 1969; Mirowsky & Ross, 1986; Bracke, 1998; Lorant, Deliege e.a., 2003; Levecque, 2004a en 2006; Levecque e.a., 2006; Levecque, Lodewyckx & Vranken, 2006; 2007). Bij personen en gezinnen die in armoede le-

ven, vinden we deze risicofactoren vaak gecumuleerd en verstrengeld terug. Het hoeft dan ook niet te verbazen dat in het ruime aanbod van theorieën over de relatie tussen sociale stratificatie en depressies, armoede en haar sociale en psychologische correlaten klassiek als belangrijkste verklaring naar voor wordt geschoven. De achterliggende veronderstelling daarbij is dan, dat armoede de toegang belet tot fundamentele voorwaarden voor een goede gezondheid, zoals adequate huisvesting, een goed dieet, of mogelijkheden om te kunnen participeren aan de samenleving (o.a. Link & Phelan, 1995; Benzeval & Judge, 2001).

Hoewel deze verklaring vanuit de armoederealiteit vrij evident lijkt, blijft de relatie tussen armoede en de meeste gezondheidsproblemen tot op vandaag slecht begrepen (o.a. Townsend & Davidson, 1982; Bruce, Takeuchi & Leaf, 1991; Stronks, Van De Mheen e.a., 1998; Siefert, Bowman e.a., 2000; McDonnough & Berglund, 2003; Zimmerman & Katon, 2005). Wat precies aan armoede gaat met een groter depressierisico gepaard? Welke mechanismen en processen spelen hier een kleinere of grotere rol? Wetende dat de ene armoede-ervaring de andere niet is, welke types van armoede zijn meer dan andere deprimerend, of omgekeerd, worden door een depressie veroorzaakt? Hoe komt het dat één lid uit eenzelfde gezin wel depressief wordt bij een armoedeconfrontatie en een ander lid niet? Is het zo dat depressies zich vooral ontwikkelen wanneer armoede blijft aanslepen? Of neemt het risico op depressie al toe vanaf het moment dat men arm wordt, of voordien nog, wanneer men voelt dat er een periode van armoede aanbreekt? Wat indien de armoede-ervaring recurrent is en periodes van armoede en relatieve beterschap elkaar afwisselen? En wat wanneer de armoede-ervaring achter de rug is? Laten armoede-ervaringen een soort litteken na dat ervoor zorgt dat de betrokkene blijvend kwetsbaar is voor een (nieuwe) depressie?

Deze en enkele andere vragen stelde Levecque (2007) zich in een onderzoek,¹ waaruit we in deze bijdrage enkele inzichten ter sprake willen brengen. We beginnen met een schets van ons bouwplan, of beter: de manier waarop we getracht hebben om antwoorden te vinden op onze onderzoeksvragen. We beperken ons hierbij tot de theoretische en methodologische uitgangspunten; voor een bespreking van de geanalyseerde databanken, namelijk de nationale gezondheidsenquête van 2001 en het Belgische Huishoudenpanel (waarvan we de eerste acht bevragingssjaren analyseerden) verwijzen we respectievelijk naar Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (2002) en Mortelmans e.a. (2004). Na een schets van onze onderzoeksaanpak, volgen dan enkele empirische bevindingen. We beginnen daarbij met een blik op het verband tussen depressie en armoede vanuit een multidimensioneel armoedeperspectief en we verscherpen daarna het beeld door ook te kijken naar de rol van het gevoel achtergesteld te zijn. We besluiten met enkele beleidsreflecties. Voor een meer gedetailleerde en genuanceerde bespreking van de relatie tussen armoede en depressie verwijzen we uiteraard naar het proefschrift zelf, en naar verschillende artikels die in het kader ervan ondertussen gepubliceerd zijn (zie o.a. referentielijst).

2. Het verband herbekeken vanuit een multidimensioneel armoedeperspectief: uitgangspunten

In het doctoraal proefschrift gingen we ervan uit dat het gebrekkige inzicht dat nu bestaat in de relatie tussen armoede en depressie, verbeterd kan worden wanneer de studie vanuit drie specifieke uitgangspunten vertrekt.

Een eerste uitgangspunt in ons proefschrift stelde een duidelijke en éénduidige conceptualisatie van armoede voorop zodat het begrip niet langer als passe partout wordt aangewend. Enkele jaren geleden gaven we, op basis van een uitgebreide literatuurstudie, al een overzicht van de vele, verschillende manieren waarop het begrip armoede in de afgelopen eeuw in de sociale wetenschappen werd ingevuld. Dat varieerde van zeer enge definities, zoals armoede als fysieke ontbering door honger, tot zeer ruime conceptualisaties zoals armoede als een netwerk van achterstellingen op allerlei maatschappelijke terreinen, waaronder op het vlak van cultuur en rechtspraak (zie Levecque, 2003b). In het proefschrift werd geopteerd voor een duidelijke en éénduidige conceptualisatie van armoede in strikt economische termen: armoede als een lage levensstandaard ten gevolge van een gebrek aan monetaire middelen. Daarmee onderscheidde we armoede van relatieve deprivatie die – in tegenstelling tot wat gebruikelijk is in het armoedeonderzoek – door ons niet als synoniem voor armoede werd gebruikt. Zoals gebruikelijk binnen de sociologie, definieerden we relatieve deprivatie namelijk als een subjectief gevoel van achterstelling ten opzichte van één of meerdere referentiegroepen (Runciman, 1972). Armoede en relatieve deprivatie zijn innig met elkaar verbonden, maar precies omdat hun relatie niet perfect is, gingen we na of ze een differentiële rol speelden in die mechanismen die achter het verband tussen SEP en depressie schuilgaan.

Een tweede uitgangspunt betreft de manier waarop we armoede hebben gemeten. Zoals uit de vorige Jaarboeken steeds opnieuw mocht blijken, is er over de wijze waarop armoede wordt gemeten, veel discussie en onenigheid (zie ook Levecque, 2003b). Eén van de belangrijkste redenen is dat de complexiteit van de armoederealiteit nooit helemaal gevat kan worden en dat we bij het kiezen van één meetinstrument of meetmethode, altijd bepaalde aspecten of dimensies van armoede uit het oog verliezen. Het gevolg is natuurlijk een minder scherp, zoniet vertekend beeld. In het onderzoek erkenden we deze problematiek en trachtten we een antwoord te vinden door duidelijkheid en éénduidigheid voorop te stellen. Concreet impliceerde dit om armoede te meten vanuit drie specifieke benaderingswijzen, elk vanuit een specifieke doelstelling. Met onze eerste armoede-indicator, namelijk een equivalent huishoudinkomen lager dan 60% van de mediane inkomensgrens, beoogden we aansluiting bij het gangbare Europese armoedeonderzoek. Deze benadering kent heel wat voordelen, maar de validiteit ervan om een complexe realiteit zoals armoede te vatten, roept altijd opnieuw heel wat vragen op (o.a. Townsend, 1979; Atkinson, Cantillon e.a., 2002). Daarom opteerden we bijkomend voor een meervoudige armoede-index.

Dergelijke indexen duiken in het armoedeonderzoek hoe langer hoe meer op, maar over de invulling en constructie ervan lopen de meningen sterk uiteen; doorgaans zijn die vooral afhankelijk van de mogelijkheden die de beschikbare databanken bieden. Dit was ook in dit onderzoek niet anders. Onze meervoudige armoede-index werd uiteindelijk opgebouwd uit zes indicatoren. Vier van deze indicatoren refereerden aan specifieke beperkingen betreffende monetaire middelen, namelijk inkomensarmoede (de eerste benaderingswijze), het niet bezitten van een eigen woning (onroerend vermogen), het niet kunnen sparen (roerend vermogen) en het hebben van schulden. De twee andere indicatoren refereerden aan specifieke aspecten van een lage levensstandaard, namelijk betalingsmoeilijkheden voor huisvesting of nutsvoorzieningen zoals water, gas en elektriciteit, en leven in een woning van fysiek slechte staat (zoals houtrot, schimmels). Door deze zes indicatoren als derde benaderingswijze ook elk apart in de verschillende schattingsmodellen op te nemen, verkregen we een meer gesaggregeerd beeld van de manier waarop sociale stratificatie en depressieve ervaringen met elkaar verbonden zijn.

Ons derde uitgangspunt om het verband tussen armoede en depressie beter te begrijpen, is het in rekening brengen van de grote heterogeniteit die de armoederealiteit kenmerkt. De ene armoede-ervaring is met andere woorden de andere niet. Deze heterogeniteit doet zich op verschillende dimensies van armoede voor. Vranken en De Boyser (2005) onderscheiden vier dimensies: de hoogte, breedte, diepte en tijdsdimensie van armoede. De dimensie hoogte verwijst naar de omvang van de armoedeproblematiek, wat haar tot een kenmerk maakt op het macroniveau (het niveau van samenlevingen) en dus niet toelaat om armoede-ervaringen op het microniveau (dat van individuen en gezinnen) te differentiëren. Dit kan wel op basis van de overige dimensies. Differentiatie naar gelang van de breedtedimensie refereert aan verschillen op het vlak van het meervoudige of multiaspectuele karakter van armoede. Dit wil zeggen dat het aantal aspecten waarop personen of gezinnen arm kunnen zijn, kan variëren. De dieptedimensie van armoede refereert aan de kloof tussen armen en de rest van de samenleving, iets wat niet gemakkelijk is te meten. In ons onderzoek veronderstelden we dat de armoede-ervaring breder en dieper wordt naarmate het aantal aspecten waarop men achtergesteld is, toeneemt.

De tijdsdimensie van armoede, aldus Vranken en De Boyser (2005), refereert dan weer aan de dynamische kant en de reproductie van armoede. Binnen de gezondheidssociologie wordt armoede doorgaans geconceptualiseerd in vrij statische termen; als een toestand die zich gedurende lange tijd of zelfs intergenerationeel manifesteert. In recente jaren is er binnen het armoedeonderzoek evenwel aangetoond dat armoede een vrij dynamische kant heeft en dat het zich slechts bij een beperkte groep van getroffen en als langdurig fenomeen doet gevoelen: bij de meesten doet armoede zich als een kortetermijnverschijnsel voor. Bij wie niet meteen uit de armoede weet te ontsnappen, doet zich volgende sociale wetmatigheid voor: hoe langer in de armoede, hoe kleiner de kans om er

ooit nog uit te geraken. Voor wie erin slaagt om uit de armoede te ontsnappen, geldt dat de kans om opnieuw in de armoede terecht te komen afneemt naarmate men er langer uit is. Empirische bevindingen voor België op basis van het Belgische Huishoudenpanel kunnen teruggevonden worden in enkele van de vorige Jaarboeken (o.a. Dewilde & Levecque, 2002; Levecque & Dewilde, 2003).

Hoe langer in de armoede, hoe kleiner de kans om er ooit nog uit te geraken

3. Een blik op depressie vanuit de breedte- en dieptedimensie van armoede

Wanneer we rekening houden met de mate waarin armoedeaspecten in het dagelijkse leven van personen cumuleren (breedtedimensie) en met de graad waarmee ze in het leven binnendringen (dieptedimensie), dan suggereren onze analyseresultaten dat het risico op de ontwikkeling van een depressie toeneemt naarmate de armoede-ervaring zich over meer levensterreinen uitstrekt en dieper in het leven binnendringt. Het verband lijkt eerder exponentieel dan gewoon cumulatief.

Het risico op depressie neemt toe naarmate de armoede-ervaring zich over meer levensterreinen uitstrekt

Wat ook uit onze analyses blijkt, is dat sommige armoedeaspecten minder deprimerend zijn dan andere of alleen onrechtstreeks tot een hoger risico op depressie bijdragen. Zo blijken een beperkt inkomen of het niet bezitten van een eigen woning op zichzelf geen rechtstreekse risicofactoren te zijn, maar hebben ze wel een onrechtstreekse impact via het moeten aangaan van schulden of het opduiken van betalingsmoeilijkheden voor basisvoorzieningen, via het niet kunnen sparen, of het moeten leven in een gedepriveerde woning. Al deze laatste armoede-ervaringen blijken op zichzelf ook rechtstreeks deprimerend te werken. Bij het ene type armoede-ervaring is het verband met depressie groter dan bij het andere.

Deze differentiële associaties tussen de verschillende armoedeaspecten en depressie suggereren het bestaan van verschillende achterliggende causale processen en mechanismen. Zo wees het hoger depressierisico bij bewoners van fysiek slechte woningen bijvoorbeeld op het mogelijke bestaan van verschillende soorten sociale selectieprocessen waarbij specifieke fysieke kenmerken van de

woning of buurt ziekmakend zijn, denken we bijvoorbeeld maar aan constante lawaaihinder of een veel te kleine behuizing. De hogere mate van depressie wanneer gezinnen niet kunnen sparen – vooral wanneer er zich ook betalingsmoeilijkheden voordoen voor basisvoorzieningen – wijst dan weer op het belang van economische zekerheid en onafhankelijkheid, maar ook op het belang van onmiddellijke financiële slagkracht in de zoektocht naar oorzaken van depressieve klachten. Wanneer gezinnen financiële middelen hebben die ze onmiddellijk kunnen aanwenden bij problemen, wijst dit niet alleen op een hogere mate van controle over mogelijke situaties, maar ook op een geringere kans dat er zich gevoelens zullen ontwikkelen van vastzitten of *entrapment*. Het gevoel controle te hebben over een situatie en het gevoel niet vast te zitten, dragen er beide toe bij dat depressieve klachten zich niet ontwikkelen, of niet ernstiger worden (o.a. Mirowsky & Ross, 1986; 1990; Brown & Moran, 1997). Naast deze denkschema's spelen natuurlijk nog andere factoren een belangrijke rol, onder andere flexibiliteit om met problemen om te gaan, gevoelens van rechtvaardigheid, betrokkenheid en het gevoel steun te krijgen van anderen. Nog andere causale factoren, zeker in het verband tussen armoede en depressie, is een gevoel van adequate management *skills* en succesvolle rolvulling, op zijn minst van die rollen die verband houden met inkomstenverwerving en budget-beheer.

De geobserveerde banden tussen depressie en schulden, maar ook betalingsmoeilijkheden, suggereerden dan weer hogere depressierisico's bij (blijvende) openstaande rekeningen, hoogstwaarschijnlijk omwille van de zorgen en de stress die ermee gepaard gaan. Zeker wanneer er niet of nauwelijks gespaard kan worden, bleken betalingsmoeilijkheden extra op het gemoed door te wegen. Opnieuw kunnen een gebrek aan controlegevoel en het gevoel vast te zitten hierbij parten spelen, maar tegelijk kan er een belangrijke rol weggelegd zijn voor gevoelens van vernedering. Uit buitenlandse studies blijkt namelijk dat het hebben van schulden in sterke mate samengaat met gevoelens van angst voor disconnectie, dakloosheid, voor lastig gevallen worden, stigmatisering, schaamte en wanhoop (Dreantea & Lavrakas, 2000). Deze gevoelens ontwikkelen zich onafhankelijk van de manier waarop met de schulden wordt omgegaan: of er nu gejongleerd wordt om oplopende schulden af te betalen of er bespaard wordt op basisgoederen en -diensten, in beide gevallen neemt de kans op een depressie in sterke mate toe.

4. Een blik op depressie vanuit de tijdsdimensie van armoede

Wanneer we armoede-ervaringen niet alleen differentiëren naargelang van hun breedte en diepte maar ook rekening houden met de tijdsdimensie van armoede, dan komt dat er eigenlijk op neer dat we depressie beter willen begrijpen door

armoede expliciet te gaan benaderen als een proces met een begin, midden en eventueel ook een einde. Armoede bekijken vanuit dergelijk dynamisch perspectief is binnen de gezondheidssociologie quasi onbestaande (McDonough & Berglund, 2003). In het dynamisch armoedeonderzoek heeft dergelijk perspectief de laatste jaren ingang gemaakt en geleid tot inzichten in die specifieke *life events* die met een intrede in en een uittrede uit armoede gepaard gaan. Voor België stelden we op basis van het Belgische Huishoudenpanel vast, dat de instroom in armoede vooral het gevolg was van een relatieontbinding of wanneer het gezinshoofd werkloos, arbeidsongeschikt of op een andere manier inactief werd. Ging hij of zij met pensioen, dan nam het risico op inkomensarmoede toe, maar niet het risico op meervoudige socio-economische achterstelling. Om uit de armoede te geraken bleken er voor de meeste huishoudens vooral twee grote hefboomen te bestaan, namelijk relatievorming en de (her)opname van een actieve rol op de arbeidsmarkt. Voor kinderen uit een huishouden in armoede, was de vorming van een eigen huishouden vaak de snelste of enige weg naar relatieve beterschap. Het zal de lezer waarschijnlijk weinig verrassen wanneer we stellen dat de *life events* die samenhangen met de stroom in of uit armoede, ook in de depressieliteratuur geïdentificeerd worden als gebeurtenissen die een belangrijke rol spelen in de ontwikkeling van mentale gezondheidsproblemen.

Voor onderzoek naar de relatie tussen armoede en depressie roept het in rekening brengen van de tijdsdimensie van armoede onmiddellijk vragen op naar de plaats en de rol van depressie bij die transitie in en uit armoede. Vormen depressies, naast de demografische en economische *life events* die we net beschreven, op zich een risicofactor voor het vervallen in armoede en/of vormen zij een obstakel op de weg terug uit de armoede? Met andere woorden: is er in België, met haar vrij toegankelijk en uniek gezondheidszorgsysteem en met haar uitgebreid socialezekerheidsstelsel, sprake van sociale selectiemechanismen waarbij mentale gezondheidsproblemen op zich processen van verarming (helpen) veroorzaken? Uit onze analyses blijkt dat dit beslist het geval is en dat sociale selectie allesbehalve een mythe is. Depressies leiden zowel rechtstreeks als onrechtstreeks tot armoede. De risico's op processen van verarming zijn het grootst wanneer de depressie het gezinshoofd treft, een situatie die zich niet alleen uit in een hoger risico op inkomensderving, met soms inkomensarmoede tot gevolg, maar ook in een cumulatie van andere armoedeaspecten. Trof de depressie iemand anders in het gezin, dan nam niet zozeer het risico op een beperkt inkomen toe, maar wel op meervoudige armoede. Waarschijnlijk speelden hoogoplopende kosten voor geneesmiddelen of therapie hierbij een belangrijke rol. Dit laatste werd alvast ook gesuggereerd door de bevinding dat chronisch depressieve ervaringen, meer dan acute, de kans op arm worden aanzwengelen.

Depressies leiden zowel rechtstreeks als onrechtstreeks naar armoede

Wat onze analyses nog aantoonde, was dat depressie niet alleen de kans op een transitie *in* armoede verhoogde, maar dat ze ook de kans op een transitie *uit* armoede significant deed afnemen. Zeker wanneer de depressie het gezinshoofd trof, verminderde de kans om uit de armoede te ontsnappen aanzienlijk. Opnieuw stelden we vast dat aanhoudende, depressieve klachten in vergelijking met meer acute symptomen de sterkste effecten uitoefenden. Wanneer de depressie iemand anders in het gezin trof, dan waren de analyseresultaten minder eenduidig en afhankelijk van de armoedemeting. Zo stelden we vast dat depressie geen significante barrière vormde om het huishoudinkomen op te trekken boven de 60%-mediane inkomensgrens, maar wel als obstakel fungeerde om boven de 70%-inkomenlijn te geraken of om een situatie van meervoudige armoede te verbeteren.

Als depressies de ontsnapping uit armoede blokkeren of afremmen dan rijst de vraag of een confrontatie met armoede het risico op de ontwikkeling van een depressie doet toenemen en als dat zo is, of het risico op depressie evolueert naargelang van de armoededuur. Uit onze analyses (zie ook Levecque, 2004b) blijkt dat personen die armoede ervaren als een acuut *life event* dubbel zo vaak depressies ontwikkelen in vergelijking met personen die niet rechtstreeks met armoede worden geconfronteerd. Een benadering van armoede als een acuut *life event* is iets wat we slechts in één andere depressiestudie terugvonden, namelijk die van Ennis, Hobfoll e.a. (2000). Deze auteurs kwamen tot het besluit dat een acuut verlies van monetaire en materiële middelen, zoals het niet kunnen betalen van voeding of medische verzorging, meer stresserend is dan stresssituaties die langer duren of aanslepen. Bovendien zouden sociale ondersteuning en interne *locus of control*, twee factoren die de ontwikkeling van depressies tegengaan, behulpzamer zijn bij het bufferen van acute stress omdat deze gemakkelijker identificeerbare noden aanwijzen die met *resources* kunnen worden opgevangen. Onze analyseresultaten lagen enigszins in lijn met deze gedachte, maar het verschil in opgetekend risico bij 'acute' en 'chronische' armoede bleek uiteindelijk niet vrij groot.

Er is een positief lineair verband tussen het aantal jaren in armoede en de ontwikkeling van depressieve klachten

Wanneer we voorts specifiek rekening hielden met het aantal jaren dat de armoede-ervaring aanhield, dan suggereerde één van onze analyses alvast een positief lineair verband tussen het aantal jaren in (inkomens)armoede en de ontwikkeling van depressieve klachten. Deze bevinding is consistent met een beperkt aantal studies waarin het aantal jaren in armoede of bijstandsafhankelijkheid geassocieerd zou zijn met hogere prevalenties van depressieve symptomen en vormen van klinische depressie (McLeod & Shanahan, 1996; Lynch, Kaplan

e.a., 1997; Lennon, Blome e.a., 2001; Coiro, 2001). In een beperkt aantal andere onderzoeken wordt dit echter tegengesproken (Benzeval & Judge, 2001; Petterson & Friel, 2001). Meer onderzoek is nodig vooraleer hier stevige uitspraken over kunnen worden gedaan.

Wanneer niet zozeer de duur van armoede, maar wel haar recente karakter in rekening wordt gebracht, stelt zich ten minste nog één bijkomende vraag: blijft er ook nog na het leven in armoede een verhoogd risico op depressie? Uit onze analyses bleek alvast een beperkte empirische ondersteuning voor de idee dat zelfs wanneer armoede-ervaringen achter de rug zijn, zij tenminste tot enkele jaren later nog met een verhoogd risico op depressie gepaard gaan. Dergelijk *litteken*-effect vonden we terug voor de ontwikkeling van depressieve gevoelens, maar niet bij een ernstig depressief syndroom. Het ontstaan van een soort litteken dat niet of slechts moeizaam geneest, kan misschien één verklaring vormen voor de terugkerende vaststelling (zie o.a. Kendler, Thornton e.a., 2000) dat depressieve klachten zich bij dezelfde personen vaak na verloop van tijd opnieuw voordoen en dit los van een nieuw uitlokkend *life event*. Onderzoekers schatten dat ten minste de helft van individuen met een depressie, later in hun leven nog eens depressief zullen worden (Kessler, McGonagle e.a., 1994). Terugkerende depressie is vooral waarschijnlijk indien de eerste periode niet of inadequaat wordt behandeld (Lennon, Blome e.a., 2001).

5. Depressie, armoede en relatieve deprivatie: over het belang van het gevoel achtergesteld te zijn

Een van de mechanismen achter dit litteken of *scar*-effect, maar ook achter de ontwikkeling van depressies tijdens de confrontatie met armoede, verloopt via een verhoogde kwetsbaarheid die ontstaat tijdens sociale vergelijkingsprocessen; dat is, wanneer personen en gezinnen hun eigen situatie gaan vergelijken met die van anderen. Dergelijke mentale vergelijkingen resulteren soms in gevoelens van relatieve deprivatie, of het gevoel achtergesteld te zijn ten opzichte van één of meerdere referentiegroepen, zoals de vriendenkring, burens of het ouderlijke gezin. Uit onze analyses bleek dat dergelijke subjectieve gevoelens van achterstelling op zichzelf een heel sterke rol spelen in de ontwikkeling van depressieve klachten. Dergelijke gevoelens van relatieve deprivatie vinden we vaker terug naarmate armoede-ervaringen breder en dieper worden en langer blijven duren, maar bij verschillende gezinnen registreren we sterke gevoelens van relatieve deprivatie zonder dat er zich objectief gezien enige vorm van economisch tekort of achterstelling voordoet. Uit de analyses blijkt dat ook bij deze gezinnen relatieve deprivatie op zichzelf een sterk deprimerend effect heeft.

6. Armoede en depressie: enkele beleidsreflecties ter besluit

Onze analyseresultaten lichtten natuurlijk slechts een tipje van de sluier op die over het complexe verband tussen armoede en depressie ligt. Toch suggereren ze wel al een aantal beleidsreflecties waarvan we enkele al in de afgelopen jaren geformuleerd hebben (o.a. Levecque, 2003a; Levecque & Vranken, 2004). We gaan tot besluit van deze bijdrage kort op enkele daarvan in.

Een van die beleidsreflecties stelt dat een efficiënt en dynamisch armoedebeleid niet alleen moet afgestemd zijn op welgekende demografische *life events*, zoals echtscheidingen of het vroegtijdig overlijden van een partner of op *life events* die zich op de arbeidsmarkt voordoen, zoals werkloos worden of op pensioen gaan. Alhoewel deze gebeurtenissen belangrijke sleutelfactoren zijn in processen in en uit armoede, mag er niet voorbijgegaan worden aan het feit dat armoede ook in een land als België nog sterk verbonden is met gezondheidsproblemen, waaronder depressies. In de eerste plaats is die link tussen armoede en depressie er omdat armoede via allerlei processen en mechanismen, meteen of na verloop van tijd, depressieve klachten in de hand werkt. Om dit causale proces te doorbreken zou het beleid onder meer de cumulatie van objectieve socio-economische achterstellingen moeten kunnen aanpakken, weliswaar steeds rekening houdend met de persoonlijke kwetsbaarheid en slagkracht van hen die in armoede leven. Populaire begrippen of methodieken zoals ‘participatie van de doelgroep’ en *empowerment* zijn in dit verband zeker op hun plaats, maar evenzeer van belang is dat alle hulpverleningsvormen van die aard zijn dat gevoelens van *entrapment*, vernedering, stigmatisering of wanhoop worden vermeden of weggewerkt.

Ook van belang is dat er in die hulpverlening keer op keer rekening mee moet worden gehouden dat armen er vaak alleen voorstaan of slechts een beperkt sociaal netwerk hebben (o.a. Levecque, 2003a; De Boyser & Levecque, deel II hoofdstuk 3 in dit Jaarboek). Uit de literatuur rond depressies weten we dat persoonlijke relaties waarin men zich geliefd en gerespecteerd voelt als een persoon, als deel van een sociale structuur met wederzijdse verwachtingen, communicatie en steun, de kans op een depressie verlaagt én bovendien bescherming biedt tegen stressvolle situaties en gebeurtenissen die depressieve klachten in de hand kunnen werken (o.a. Thoits, 1983). Vooral de emotionele intimiteit van de relatie, vertrouwen en solidariteit blijken als buffer tegen depressies een significante rol te vervullen (Pearlin e.a., 1981; zie ook Harris, Brown & Robinson, 1999) en dit nog meer bij vrouwen dan bij mannen (Kessler & Mcleod, 1984). Uit onderzoek weten we dat vrouwen in vergelijking met mannen zich sterker identificeren met de gevoelens van anderen en afhankelijker zijn van de emotionele steun die ze van anderen krijgen. Dit is nog meer het geval bij vrouwen in een lagere SEP dan in een hogere (Turner & Noh, 1983; Turner, 1999). In vergelijking met mannen zien vrouwen het welzijn van hun familieleden ook als een belangrijke bron van zorg. Stresserende *life events* die

zich bij significante anderen in hun persoonlijk netwerk voordoen, blijken bij vrouwen dan op zich weer precies de oorzaak te zijn voor de ontwikkeling van een depressie. Bij mannen ontwikkelen depressies zich meer als reactie op veranderingen in de arbeidsmarkt- en inkomenspositie (Kessler & McLeod, 1984; Rosenfield, 2000).

Dat alleen processen van sociale causatie werkzaam zouden zijn en mechanismen van sociale selectie eerder een uitzondering zouden vormen (zie o.a. Dohrenwend & Dohrenwend, 1969; Benzeval & Judge, 2001; Ritscher e.a., 2001), moet na dit onderzoek zeker al voor de Belgische context worden ontkracht. Sociale selectiemechanismen doen zich namelijk in allerlei fasen van het armoededynamische proces voor, zeker bij de transitie in armoede en op de weg terug eruit. In het kader van het activerings- en schorsingsbeleid suggereert het bestaan van dergelijke sociale selectiemechanismen dat het belangrijk is om een latente, psychische problematiek te onderkennen. Zeker wat depressies betreft, weten we dat ze – net zoals somatische ziektes – de vitaliteit en slagkracht van individuen aantasten waardoor participatie aan het sociale en economische leven belemmerd of onmogelijk wordt. Wanneer dit niet wordt onderkend, dreigt het gevaar dat depressieve symptomen zoals een gebrek aan interesse of energie als persoonlijkheidskenmerken worden geïnterpreteerd of als een gebrek aan motivatie en bereidwilligheid om aan oplossingen (mee) te werken (zie ook Levecque, 2003a).

Een ander aandachtspunt is dat werkloos worden weliswaar de kans op de ontwikkeling van depressies vergroot en dus een activeringsbeleid ondersteunt, maar tegelijk weten we dat personen aan de onderkant van de maatschappelijke ladder disproportioneel in die jobs terechtkomen waar het risico op een depressie het hoogst is. Het gaat dan vooral om jobs waar weinig scholing of ervaring wordt gevraagd, maar tegelijkertijd weinig verdiensten, jobzekerheid en controle op het eigen werk wordt geboden. Onderzoek naar het verband tussen tewerkstelling en mentale gezondheid heeft al veelvuldig uitgewezen dat net controle op het eigen werk (en dat van anderen) cruciaal is voor het psychisch welzijn van de werknemer. De jobs waarin personen aan de onderkant van de maatschappelijke ladder terechtkomen, zijn vaak ook jobs waarbij de werkgever weinig tolerantie vertoont voor eventueel absentisme door de werknemer, bijvoorbeeld omwille van ziekte bij zichzelf of een van de kinderen (o.a. Link, Lennon e.a., 1993). In Amerikaans onderzoek naar potentiële obstakels bij het verkrijgen, maar ook behouden van werk bij (ex-)bijstandswerkers, bleek dat net deze inflexibiliteit bij werkgevers van alleenstaande moeders voor bijkomende psychologische stress zorgt wegens vrees voor het verlies van de job (Lennon, Blome & English, 2001). Of dit mechanisme zich op dezelfde manier ook in België voordoet, is niet meteen duidelijk gezien de verschillen in sociale programma's en wettelijke regelgeving. Wat we voor België wel weten, is dat armen die een betaalde job hebben, meer dan andere werknemers door depressieve klachten in hun functioneren worden gehinderd. Dat bleek alvast uit vroegere analyses op basis van de nationale gezondheidsenquête uit 2001 (Levecque,

2003a). Een beleid dat de relatie tussen armoede en mentale morbiditeit wil aanpakken via activering en tewerkstelling moet zich er bijgevolg van vergewissen, dat de aangereikte jobs niet alleen toelaten om uit armoede te ontsnappen, maar dat dit laatste ook kan gebeuren zonder nieuwe problemen te ontwikkelen. Anders dreigt het beleid de armoedeproblematiek die ze wil bestrijden net in de hand te werken; zeker wanneer deze nieuwe problemen de kans op een nieuwe armoedeconfrontatie vergroten. In het nieuwe Vlaamse actieplan 'preventie van zelfdoding' van 19 juli 2007 stelt men echter nog altijd in algemene termen dat een daling van het werkloosheidscijfer een belangrijk onderdeel moet zijn van het beleid ter preventie van depressie en suïcide.

Nog een andere beleidsreflectie, die weliswaar slechts indirect door de geobserveerde, sociale selectiemechanismen in onze analyses wordt gesuggereerd, is dat de persoonlijke kosten voor een behandeling van depressieve klachten voor heel wat huishoudens veel te hoog zijn. In welke mate het persoonlijke prijskaartje ook nog na de bestudeerde periode (1992-1999) voor sommige huishoudens te sterk opliep, konden we op basis van dit doctoraat niet achterhalen. Wel stellen we vast dat in de periode erna vanuit het gezondheidsbeleid verschillende maatregelen werden genomen die er vooral op gericht waren om het onmiddellijke prijskaartje bij medische kosten te drukken. Meestal ging het om federale maatregelen; een uitzondering hierop is de Vlaamse zorgverzekering. Voor een meer uitgebreide bespreking van het gezondheidsbeleid in België en Vlaanderen in de afgelopen vijftien jaar, verwijzen we naar Levecque & De Boyser (2006) en De Boyser, Levecque & Vranken (2007).

De persoonlijke kosten voor een behandeling van depressieve klachten ligt voor velen nog te hoog

Hier stippen we even aan dat in de afgelopen jaren in de geestelijke gezondheidszorg het besef is gegroeid dat dit formele hulpverleningscircuit voor mensen in armoede moeilijk blijft, niet in het minst omdat heel wat van de zorgen (zoals bijvoorbeeld psychotherapie) niet of slechts minimaal worden terugbetaald door de verplichte of door aanvullende ziekteverzekeringen (die voor armen meestal toch te duur zijn). Naast financiële zijn er ook vaak materiële en geografische problemen die de graad van toegankelijkheid van de zorgverlening beïnvloeden (Van Den Eynde, 2005). In sommige streken is vooral de afstand tot de zorgstructuren problematisch, omdat de gebruikers worden verplicht om voor hen vermoeiende afstanden af te leggen. In de steden of de streken waar ze wel talrijk en gemakkelijker bereikbaar zijn, vormen de exorbitante prijzen voor het verblijf de belangrijkste hinderpaal.

Hoe al deze en andere drempels in de geestelijke gezondheidszorg moeten worden aangepakt, ligt niet meteen voor de hand. Dat de problematiek, in tegen-

stelling tot vroeger, in recente jaren wel al op de beleidsagenda is geraakt (zie beleidsnota's Vervotte 2004 en Demotte 2005), is volgens ons alvast een stap in de goede richting. Op het Vlaamse beleidsniveau is het de doelstelling om binnen de bestaande diensten en structuren meer aandacht te creëren voor het psychisch welzijn van mensen die in armoede leven, door onder meer financieel en sociaal zwakkere personen met ernstige psychische of psychiatrische problemen tegen een verminderde bijdrage of gratis toegang te geven tot de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (Vlaamse Overheid, 2005). Deze centra kregen expliciet de opdracht om extra aandacht te schenken aan de sociaal en financieel zwakkeren in hun cliëntenpopulatie. Voor de toekomst bepleit de Vlaamse Gezondheidsraad (2006) een noodzakelijke optimalisering van de integratie van de sector geestelijke gezondheidszorg, zowel in de richting van de gezondheidssector als van de welzijnssector.

NOOT

1. Zie het doctoraal proefschrift *Exclusion in kind and in mind*. Een sociologisch onderzoek naar het verband tussen armoede en depressie vanuit een multidimensioneel armoedeperspectief onder promotorschap van Jan Vranken.

HOOFDSTUK 5

Hoger-lager? Een analyse van de uitgaven voor patiënten onderaan de sociale ladder¹

Ann Lecluyse, Diana De Graeve, Erik Schokkaert, Carine Van de Voorde en Tom Van Ourti

1. Inleiding

Het Belgische gezondheidsbeleid streeft ernaar de gezondheidszorg toegankelijk te maken voor iedereen. Om dat te verwezenlijken bestaat een verplichte ziekteverzekering met een zeer uitgebreid pakket aan verzekerde zorg. Toch is niet alle zorg gratis voor de patiënt: remgelden en supplementen moeten uit eigen zak worden betaald en deze kosten stijgen jaar na jaar (De Graeve e.a., 2003; Di Zinno e.a., 2006). Om deze stijgende eigen kost binnen de perken te houden, nemen steeds meer personen een aanvullende hospitalisatieverzekering. Het gaat hier echter vooral om individuen met een hogere socio-economische status en daardoor vallen vele zwakkere groepen hier uit de boot (appendix 5 in De Graeve e.a., 2006). Om deze groepen te beschermen tegen deze hoge kosten heeft de wetgever zelf een aantal maatregelen genomen, zoals de verhoogde tegemoetkoming en de maximumfactuur (MAF). Deze maatregelen hebben echter voornamelijk betrekking op remgelden en slechts in mindere mate op supplementen. De vraag die in dit artikel gesteld wordt, is of de genomen maatregelen voldoende bescherming bieden. Een algemeen antwoord is al gegeven in De Graeve e.a., 2006 en De Graeve e.a., 2007, maar in deze bijdrage focussen we op de lagere socio-economische klassen. *In concreto* beschrijven we de omvang van de eigen bijdragen voor specifieke groepen van personen aan de onderkant van de sociale ladder.

Voor onze analyse beschikken we over gedetailleerde gegevens voor het jaar 2003. We beschrijven deze gegevens in deel 2 en bakenen onze onderzoeksgroep van lagere socio-economische klassen af. In deel 3 gaan we in op de definitie van ‘supplementen’ en overlopen we kort de regelgeving. In het vierde deel geven we dan een globaal beeld van de verdeling van eigen betalingen van onze onderzoeksgroep en vergelijken we de resultaten met die van de algemene bevolking in 2003.

2. Beknopte beschrijving van de data en selectie van de onderzoeksgroepen

We werken met een administratieve dataset van alle Belgische ziekenfondsen. Gegevens zijn aanwezig voor een representatieve steekproef van ongeveer 300.000 personen. Het gebruik van dergelijke databank is bijzonder interessant voor het bestuderen van personen met een zwak socio-economisch statuut, die via enquêtes traditioneel minder makkelijk te bereiken zijn.

De databank bevat gedetailleerde informatie over alle individuele uitgaven voor gezondheidszorg in zoverre ze door de ziekenfondsen zijn geregistreerd: terugbetalingen door het RIZIV, de betaalde remgelden en supplementen, uitgesplitst over ongeveer 250 zorgcategorieën. Wat RIZIV-terugbetalingen en remgelden betreft, kunnen we ervan uitgaan dat deze erg volledig zijn. Voor supplementen is dit niet altijd het geval; voornamelijk ambulante supplementen worden onderschat, omdat er geen vaste richtlijnen bestaan om deze te registreren.

Verder beschikken we ook over demografische en socio-economische informatie voor elk individu uit onze steekproef. Het gaat onder meer om leeftijd, geslacht, activiteitsstatus (werkloos, deeltijds werkend) en verzekeringstoestand (actief, invalide, gepensioneerd). Het inkomen van het individu en morbiditeitsinformatie ontbreken grotendeels. Toch hebben we in de databank enige informatie over individuen die zich aan de onderkant van de sociale ladder bevinden. Een eerste groep met een zwak socio-economisch statuut wordt afgebakend op basis van de verzekeringsstatus in combinatie met de aard van het inkomen. Op 1 januari 1998 werd de ziekteverzekering uitgebreid tot de 'gerechtigden van het rijksregister'. Dit zijn personen met een wettelijke verblijfplaats in België en die geen recht hebben op ziekteverzekering op andere gronden (b.v. op basis van de huidige of vroegere beroepsactiviteit, als persoon ten laste). Dit is een zeer heterogene groep met onder meer diplomaten, immigranten en daklozen. Sommige van deze gerechtigden zijn evenwel vrijgesteld van het betalen van bijdragen omdat ze een laag inkomen hebben (het bestaansminimum of lager). We verwijzen naar deze groep als 'gerechtigden RR met laag inkomen'. In onze steekproef bevinden 5.095 individuen zich in deze situatie, die geëxtrapoleerd naar de Belgische bevolking een groep van 176.200 individuen vertegenwoordigen. We weten verder wie in onze steekproef recht heeft op het gewaarborgd inkomen, op inkomensgarantie voor ouderen of op het leefloon. We definiëren hen als een tweede groep met een zwak socio-economisch statuut, aangeduid als 'verzekerden met minimuminkomen'. Het betreft in onze steekproef 7.717 individuen of 218.820 voor de totale bevolking. Merk op dat beide groepen elkaar overlappen: de twee groepen samen vertegenwoordigen 315.180 individuen van wie 25% deel uitmaakt van beide groepen.

3. Definities en regelgeving

De vergoeding van medische zorg binnen ons systeem van ziekteverzekering gebeurt in belangrijke mate per prestatie. Een deel daarvan is ten laste van de ziekteverzekering (de ZIV-terugbetaling) en daarnaast zijn er relatief omvangrijke eigen betalingen ten laste van de patiënt (remgelden en supplementen). ZIV-terugbetalingen en remgelden zijn streng gereguleerd: binnen een complex proces van onderhandelingen tussen de verschillende betrokken actoren en binnen vooraf vastgelegde budgettaire limieten, wordt voor elke prestatie een conventietarief, bestaande uit een terugbetaling en remgeld vastgelegd. Daarnaast zijn er bijkomende beschermende maatregelen met betrekking tot de remgelden. Ten eerste hebben sommige doelgroepen met een laag inkomen recht op een verhoogde tegemoetkoming en betalen bijgevolg minder remgeld. Ten tweede is er het systeem van de maximumfactuur dat garandeert dat de som van de jaarlijkse remgelden van een patiënt binnen een bepaalde limiet blijft, die varieert met het gezinsinkomen en de sociale status (WIGW of recht op OCMW-steun).

Verstrekkers van medische zorg bepalen grotendeels zelf of ze supplementen aanrekenen en hoeveel

De eigen betalingen van de patiënt zijn echter niet beperkt tot de remgelden. De conventietarieven worden door de verstrekkers aanzien als sociale tarieven en ze kunnen dan ook, in bepaalde omstandigheden, hogere tarieven aanrekenen. Het verschil tussen het conventietarief en het aangerekende tarief is dan het supplement, dat ook betaald moet worden door de patiënt. Ook geneeskundige verstrekkingen die niet opgenomen zijn in het verzekerde pakket, zoals sommige implantaten, geneesmiddelen of parafarmaceutische producten en niet-medische verstrekkingen bij een hospitalisatie (telefoon, safe, koelkast op de kamer) waarvoor geen conventietarief bestaat, moeten volledig door de patiënt betaald worden. Ook deze betalingen vatten we onder ‘supplementen’. Verstrekkers bepalen grotendeels zelf of ze supplementen zullen aanrekenen en hoeveel. Om patiënten te beschermen heeft de overheid wel situaties vastgelegd waarin geen of slechts beperkte supplementen mogen aangerekend worden. De regelgeving (in 2003) heeft uitsluitend betrekking op hospitalisaties en maakt een onderscheid tussen honorarium-, kamer- en materiaalsupplementen. Niet-geconventioneerde artsen kunnen honorariumsupplementen aanrekenen in alle kamertypes, maar specifieke, kwetsbare groepen genieten bescherming in tweepersoons- en gemeenschappelijke kamers. Geconventioneerde artsen kunnen uitsluitend honorariumsupplementen aanrekenen in éénpersoonkamers. Kamersupplementen kunnen aangerekend worden in een- en tweepersoonkamers, weliswaar geplafonneerd in het laatste geval. De mate waarin materiaalsupplementen mogen aangerekend

worden, is afhankelijk van het type van implantaat en zonder specifieke bescherming van bepaalde groepen. Voor de medische kosten buiten de ziekteverzekering ontbreekt een specifieke, beschermende reglementering.

4. Verdeling en omvang van remgelden en supplementen

4.1 Wie betaalt remgelden en supplementen?

Het gemiddeld bedrag aan ZIV-terugbetaling bedroeg voor de totale steekproef in 2003 € 1.438. De eigen betalingen bestonden respectievelijk uit € 157 aan remgeld en € 61 aan supplementen.

Onze geselecteerde subgroepen met laag inkomen hadden gemiddeld hogere ZIV-terugbetalingen. Voor de gerechtigden RR met laag inkomen betaalde het RIZIV € 2.048 terug en voor de verzekerden met minimuminkomen € 2.948. De eigen betalingen van deze groepen lagen daarentegen wel iets lager dan in de totale steekproef. De gerechtigden RR met laag inkomen betaalden respectievelijk € 94 en € 44 aan remgelden en supplementen. Voor de andere groep, de verzekerden met minimuminkomen, waren de remgelden en supplementen respectievelijk gelijk aan € 141 en € 62. Het is duidelijk dat vooral de remgelden lager waren. De verklaring kan gevonden worden in het feit dat individuen in deze subgroepen meer recht hebben op verhoogde tegemoetkoming in vergelijking met de totale gemiddelde bevolking. Daardoor is er een verschuiving van remgeld naar ZIV-terugbetalingen en zijn deze laatste hoger. Als we echter de ZIV-terugbetalingen en remgelden optellen, verdwijnt dit ‘substitutie-effect’ en bekomen we een zuiverder beeld van de consumptie van zorg. De totale steekproef heeft op die manier € 1.596 geconsumeerd; de gerechtigden RR met laag inkomen en verzekerden met minimuminkomen respectievelijk € 2.142 en € 3.089.

We beschrijven in deze paragraaf hoe de omvang van remgelden en supplementen varieert voor verschillende groepen van de bevolking. De nadruk ligt daarbij op de supplementen omdat hiervoor de minste bescherming geldt. We berekenen daarom voor de volledige steekproef voor 2003, per individu, de supplementen naast de remgelden en ZIV-terugbetalingen. Vervolgens schatten we een regressievergelijking met respectievelijk de supplementen, remgelden of ZIV-terugbetalingen (telkens inclusief nulconsumptie, d.w.z. alle patiënten zijn in de analyse opgenomen, zelfs als ze geen supplementen betaald hebben) als afhankelijke variabelen en als onafhankelijke variabelen een groot aantal dummy-variabelen die kenmerken van het individu vatten zoals proxies voor morbiditeit (via leeftijd, geslacht, invaliditeit, handicap, uitkeringen voor chronisch zieken), evenals regio (provincies), verzekeringsstatus en activiteitsgraad. Er worden ook dummy-variabelen opgenomen voor de gerechtigden RR met laag inkomen en de verzekerden met minimuminkomen. De coëfficiënten bij

deze dummy's (en het significantieniveau) geven weer in welke mate (lage) socio-economische status als kenmerk aanleiding geeft tot een verschillende omvang van supplementen, remgelden of ZIV-terugbetalingen in vergelijking met het referentie-individu – ceteris paribus, d.w.z. na rekening te houden met de andere kenmerken van het individu.

De volledige resultaten zijn opgenomen in de tabel 1 in bijlage. Daarin staan de geschatte coëfficiënten; ze zijn vetjes gedrukt als ze significant verschillend zijn van nul. We geven in wat volgt alleen een algemeen beeld en focussen op de resultaten voor de gerechtigden RR met laag inkomen en de verzekerden met minimuminkomen. Voor een uitgebreide bespreking verwijzen we naar De Graeve e.a., 2006 en De Graeve e.a. 2007.

Voor onze analyse vergelijken we met een 'referentie-individu' met de volgende karakteristieken: een man van de actieve bevolking, tussen 30 en 35 jaar oud, die in de provincie Antwerpen woont en verder niet wordt gekenmerkt door sociale kwetsbaarheid of een ander morbiditeitkenmerk. Ons referentie-individu betaalt slechts een beperkt bedrag aan supplementen: € 13,76. Ook de remgelden van dit individu zijn relatief beperkt: € 60. Als we kijken naar de significante coëfficiënten bij de dummy's, dan kunnen we een aantal patronen terugvinden, zowel bij de remgelden als bij de supplementen. Zo vinden we een U-vormig patroon voor leeftijd met relatief grotere uitgaven voor de jongsten en de ouderen. Ook voor andere morbiditeitsfactoren is er een positief effect: overlijden, indicatoren van chronische ziekte (verpleegkundige zorgen en kinesitherapie of fysiotherapie), handicap (als titularis of persoon ten laste), invaliditeit (als titularis of persoon ten laste) en primaire arbeidsongeschiktheid (tenminste 1 dag). We merken ook enkele significante regionale effecten. Verzekerden met een voorkeurregeling hebben dan weer lagere remgelden en lagere supplementen, terwijl ze hogere ZIV-terugbetalingen hebben. Het betreft dus individuen met een hogere consumptie, maar die wel bescherming genieten tegen hoge eigen betalingen.

Richten we nu de aandacht op de twee socio-economische indicatoren die ons speciaal interesseren: de gerechtigden RR met laag inkomen en de verzekerden met minimuminkomen. We vinden geen significant effect op remgelden, noch op supplementen, behalve voor de gerechtigden RR met laag inkomen. Dit suggereert dat de financiële impact van eigen betalingen voor deze groepen niet veel verschilt van die van het referentie-individu en dus eerder beperkt zijn. We moeten hierbij twee kanttekeningen maken. Ten eerste is het mogelijk dat er onderconsumptie is bij deze individuen. Aangezien we geen betrouwbare morbiditeitsindicatoren hebben, kunnen we hierover echter niets zeggen. Ten tweede geven deze resultaten uitsluitend het effect van socio-economische status op zich, na rekening te hebben gehouden met alle andere karakteristieken van deze individuen. Alleen wanneer we deze andere karakteristieken kennen, kunnen we berekenen hoeveel de individuen concreet moeten betalen. Dat zullen we bekijken in de volgende paragraaf.

4.2 Karakteristieken van de gerechtigden RR met laag inkomen en van de verzekerden met minimuminkomen

Gegeven het lage inkomen van deze individuen kan worden verwacht dat ze in belangrijke mate kunnen genieten van de verhoogde tegemoetkoming: bij 78% van de gerechtigden RR met laag inkomen en 85% van de verzekerden met minimuminkomen is dit ook het geval. Ondanks het feit dat in de totale steekproef het percentage mannen en vrouwen ongeveer gelijk is, is 60% van de verzekerden met minimuminkomen toch een vrouw. Ook opmerkelijk is dat relatief veel mensen met een zwak socio-economisch statuut in Brussel wonen: respectievelijk 24% en 28% voor gerechtigden RR met laag inkomen en verzekerden met minimuminkomen (tegenover 9,27% in de volledige steekproef).

Van gerechtigden RR met laag inkomen heeft 0,33% recht op forfait B verpleegkundige zorgen, 0,24% op forfait C, 3,04% op kinesitherapie E of fysiotherapie en 6,9% op verhoogde kinderbijslagen. Daarnaast heeft 0,96% recht op een toelage voor hulp aan ouderen (categorie III, IV of V), 0,35% op een uitkering hulp aan derden en 0,52% op een toelage integratie gehandicapten.

0,95% van de verzekerden met minimuminkomen heeft recht op forfait B verpleegkundige zorgen, 0,4% op forfait C, 2,13% op kinesitherapie E of fysiotherapie en 0,16% op verhoogde kinderbijslagen. Verder heeft 6% recht op een toelage voor hulp aan ouderen (categorie III, IV of V), 3,45% op een uitkering hulp aan derden en 1,89% op een toelage integratie gehandicapten.²

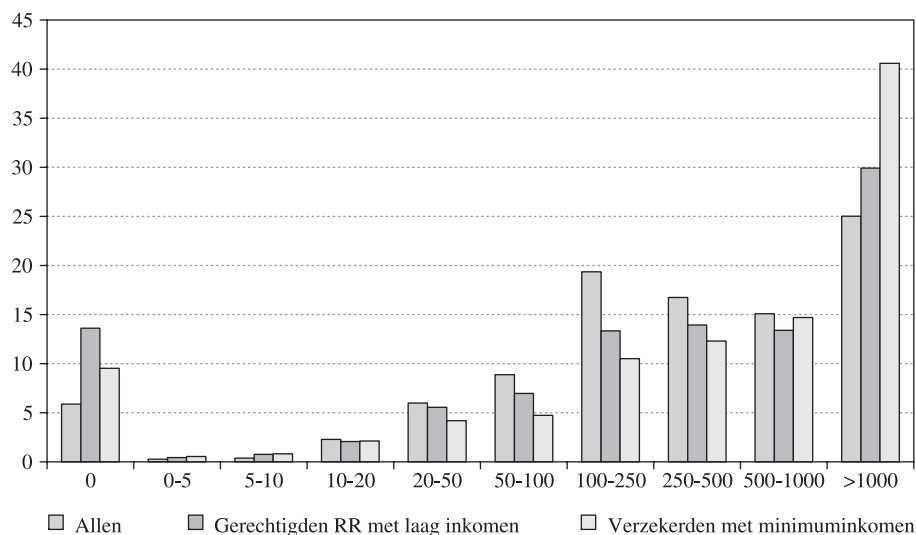
Op basis van dit beknopte overzicht is het duidelijk dat beide groepen meer zorgbehoevend zijn dan de gemiddelde Belgische bevolking en dat ze ook grotendeels gedekt worden door de beschermingsmaatregelen van de overheid. We bekijken nu wat dit oplevert voor de effectief betaalde remgelden en supplementen.

4.3 Totale uitgaven: ZIV-terugbetalingen, remgelden en supplementen

Onderstaande figuren 1, 2 en 3 tonen de verdeling van de terugbetalingen, remgelden en supplementen voor de totale steekproef en voor onze twee geselecteerde subgroepen.

Figuur 1 geeft de verdeling weer van de ZIV-terugbetalingen. Het is duidelijk dat het patroon van de twee subgroepen verschilt van dat van de algemene bevolking. Enerzijds heeft een groter percentage binnen de subgroepen geen ZIV-terugbetalingen (14% en 10% voor de gerechtigden RR met laag inkomen en de verzekerden met een minimuminkomen in vergelijking met 6% voor de algemene bevolking). Anderzijds zijn er opvallend meer individuen met ZIV-terugbetalingen hoger dan € 1.000 (30% en 41% de gerechtigden RR met een laag inkomen en de verzekerden met minimuminkomen in vergelijking met 25% voor de algemene bevolking).

Figuur 1 – Verdeling van ZIV-terugbetalingen in 2003, uitgedrukt in percentages, voor de Belgische bevolking, de gerechtigden RR met laag inkomen en de verzekerden met minimuminkomen.



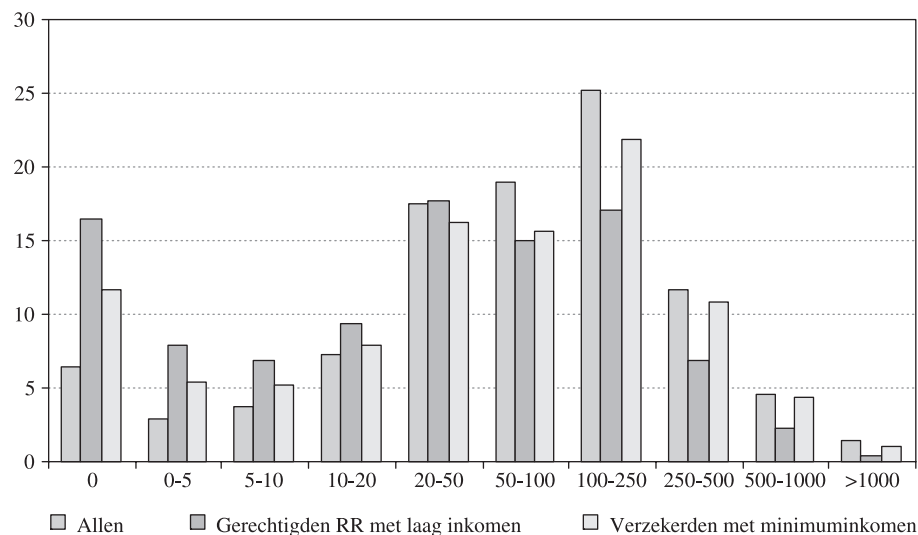
Bron: eigen berekeningen op basis van gegevens van alle Belgische ziekenfondsen voor een steekproef van 300.000 individuen.

Figuur 2 toont ons de verdeling van de remgelden. Analoog aan de ZIV-terugbetalingen vinden we een groter percentage individuen terug bij de groepen met een zwak socio-economisch statuut die geen remgelden betalen. In tegenstelling tot de ZIV-terugbetalingen, komen de kleinste percentages in de hoogste uitgavenklasse voor. Tot een bedrag van € 20 aan remgelden zijn beide groepen met zwak socio-economisch statuut iets hoger vertegenwoordigd dan de algemene bevolking; daarna zijn ze in beperkte mate ondervertegenwoordigd. De reden kan hier wellicht opnieuw gezocht worden bij het feit dat deze subgroepen meer recht hebben op verhoogde tegemoetkoming. Merk op dat in deze figuur geen rekening gehouden is met terugstorting in het kader van de maximumfactuur.³ Remgelden in de hoogste klassen zijn dus nog overschat.

In 2003 betaalde 60% van de bevolking geen supplementen

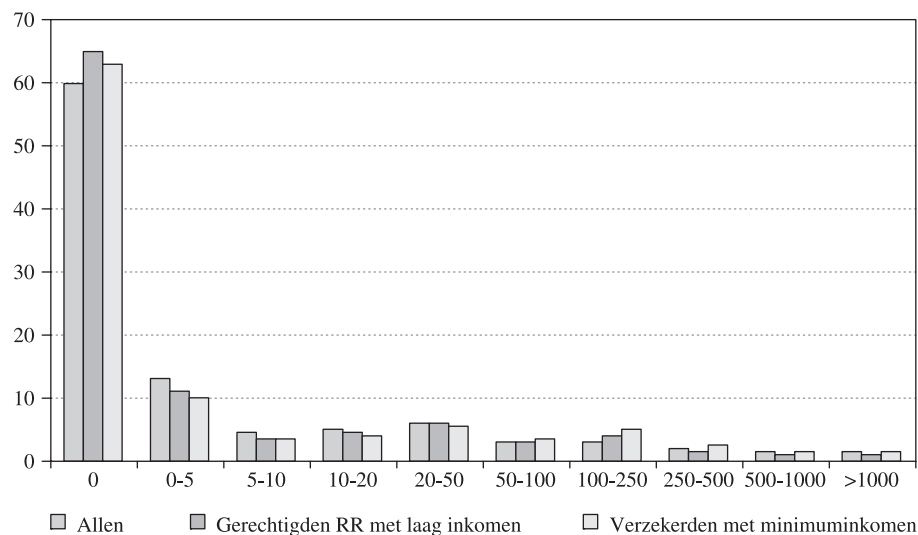
In 2003 betaalde 60% van de bevolking geen supplementen; voor de gerechtigden RR met een laag inkomen en de verzekerden met minimuminkomen liggen deze percentages nog iets hoger: op respectievelijk 65% en 63%. Figuur 3 toont

Figuur 2 – Verdeling van remgelden in 2003, uitgedrukt in percentages, voor de Belgische bevolking, de gerechtigden RR met laag inkomen en de verzekerden met minimuminkomen.



Bron: eigen berekeningen op basis van gegevens van alle Belgische ziekenfondsen voor een steekproef van 300.000 individuen.

Figuur 3 – Verdeling van supplementen in 2003, uitgedrukt in percentages, voor de Belgische bevolking, de gerechtigden RR met laag inkomen en de verzekerden met minimuminkomen.



Bron: eigen berekeningen op basis van gegevens van alle Belgische ziekenfondsen voor een steekproef van 300.000 individuen.

de verdeling van de supplementen voor de personen die wel supplementen betaalden. Op die manier kan de rest van de verdeling nauwkeuriger worden afgelezen. We zien dat voor de algemene bevolking de meeste mensen in de categorieën van de laagste supplementen vallen, tot € 50.

4.4 Verschillende subgroepen van zorgcategorieën

We kunnen nu meer in detail kijken naar supplementen, remgelden en ZIV-terugbetalingen voor subgroepen van zorgcategorieën (tabel 2 in bijlage). Hogere ZIV-terugbetalingen worden teruggevonden bij beide groepen met een zwak socio-economisch statuut in vergelijking met de algemene bevolking voor elke zorgcategorie. Dit bevestigt het beeld dat deze groepen ook zieker zijn en meer zorg consumeren. Er is slechts één uitzondering: ambulante tandzorg, waarvoor de gemiddelde terugbetalingen ongeveer € 1 lager liggen dan in de algemene bevolking. Voor remgelden en supplementen is het beeld overwegend omgekeerd: zowel percentages als absolute bedragen aan supplementen en remgelden zijn veel lager dan voor de gehele steekproef, ondanks het hogere medisch consumptiepatroon. Dit is vooral het geval voor gerechtigden RR met een laag inkomen en minder voor verzekerden met een minimuminkomen die meestal vrij dicht aanleunen bij de bedragen in de algemene bevolking. Voor ambulante geneesmiddelen en geneesmiddelen bij hospitalisatie (beide zwakke groepen) en voor de diverse categorieën van implantaten (verzekerden met een minimuminkomen) zijn supplementen en remgelden wel hoger.

De regelgeving beschermt zwakkere individuen door verlaagde remgelden aan te rekenen en voorziet in lagere kamer- en honorariumsupplementen wanneer voor een gemeenschappelijke kamer wordt gekozen. Door deze maatregelen en de kamerkeuze van de individuen kunnen we ook effectief een bescherming vaststellen. Aangezien beperkingen op materiaalsupplementen niet gelden voor zwakkere socio-economische groepen, worden deze ziekere groepen er relatief meer door getroffen. Ook de hoge geneesmiddelenconsumptie en de daaraan gekoppelde relatief hoge eigen betalingen kunnen zwaar doorwegen.

Er zijn geen beperkingen qua materiaalsupplementen voor de zwakkere socio-economische groepen

5. Besluit

We wilden in deze bijdrage nagaan in welke mate specifieke groepen aan de onderkant van de inkomensladder getroffen worden door eigen betalingen voor ge-

zondheidszorg in vergelijking met de algemene bevolking en/of beschermingsmaatregelen afdoende zijn.

Het beeld dat we kregen is genuanceerd. Ten eerste moeten we vaststellen dat de omvang van de betaalde supplementen en remgelden niet gerelateerd is aan de socio-economische kenmerken op zich. ‘Verzekerden met een minimuminkomen’ en ‘gerechtigden RR met een laag inkomen’ betalen niet meer of niet minder supplementen en remgelden dan een individu uit de algemene bevolking, gegeven alle andere kenmerken van het individu. Maar, ten tweede, beide groepen zijn wel gekenmerkt door een grotere morbiditeit dan de algemene bevolking. Ze hebben dus gemiddeld meer zorg nodig. De individuen uit onze twee groepen met een zwak socio-economisch statuut consumeren dan ook meer zorg; ze hebben anderhalve keer tot dubbel zoveel ZIV-terugbetalingen dan de algemene bevolking (hetzelfde geldt wanneer we ZIV-terugbetalingen en remgelden optellen). Ten derde, ondanks de veel hogere ZIV-terugbetalingen blijkt de omvang van de supplementen of de remgelden gelijk tot lager aan die van de algemene bevolking. Beschermingsmaatregelen zorgen er wel voor dat de eigen betalingen kleiner zijn. Voor ‘gerechtigden RR met een laag inkomen’ bedroegen de eigen betalingen gemiddeld € 138 in 2003 en voor ‘verzekerden met een minimuminkomen’ liepen ze op tot gemiddeld € 203, terwijl ze in de algemene bevolking gemiddeld € 218 bedroegen. Als dergelijke beschermingsmaatregelen gericht op kwetsbare groepen evenwel ontbreken (zoals materiaalsupplementen), dan worden individuen met een laag inkomen extra zwaar getroffen. De analyses bij de twee specifieke onderzoeksgroepen bevestigen daarmee volledig de resultaten die we in de studie van de algemene bevolking vonden.

Of de bescherming afdoende is, kan niet objectief bevestigd of weerlegd worden. Het is wél duidelijk dat er bescherming *is*. Het is ook duidelijk dat deze zwakkere socio-economische groepen nog remgelden en supplementen betalen. Ook al zijn deze gemiddeld (een weinig) kleiner, ten opzichte van het inkomen wegen ze allicht toch nog zwaarder door. Bovendien is het mogelijk dat deze bedragen lager uitvallen omwille van onderconsumptie. Hiervoor zijn echter geen directe aanwijzingen; deze individuen consumeren immers meer zorg dan gemiddeld. Gegeven dat ze ook gekenmerkt worden door slechtere gezondheidsindicatoren (een hoger percentage heeft recht op bepaalde zorgforfaits) kan dit toch nog onderconsumptie inhouden. Tenslotte is niet alleen het gemiddelde van belang, dit gemiddelde verbergt een heel grote spreiding. Er zijn individuen die meer dan € 1.000 remgelden (0,51% gerechtigden RR met een laag inkomen en 1,1% verzekerden met een minimuminkomen) en/of meer dan € 1.000 supplementen (1,07% en 1,42% resp.) betalen. Voornamelijk zo’n zeer hoge bedragen kunnen erg problematisch worden voor zwakkere socio-economische groepen. Voor de remgelden zullen deze bedragen enigszins overschat zijn, omdat in de analyses geen rekening gehouden is met de maximumfactuur. Voor supplementen daarentegen zijn ze net onderschat omwille van de onvolledige registratie van supplementen in de ambulante sector.

LITERATUUR

- De Graeve D, Cantillon B, Schokkaert E, Kerstens B, Van Camp G, Van Ourti T. (2003). *Bilijkheid in de financiering van medische zorg*. Universiteit Antwerpen, KULeuven: Eindrapport DWTC-project SO/01/005.
- De Graeve D, Lecluyse A, Schokkaert E, Van Ourti T, Van de Voorde C. (2006). *Eigen betalingen in de Belgische gezondheidszorg. De impact van supplementen*. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. KCE Reports vol. 50A. (KCE); 2006
- De Graeve D, Lecluyse A, Schokkaert E, Van Ourti T, Van de Voorde C, Wie betaalt supplementen in de Belgische gezondheidszorg? *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 2007, 1.
- Di Zinno T, Huchon J, Laasman J-M, Vanoverloop J. (2006). Coûts hospitaliers: nature, ampleur et évolution des frais à charge du patient hospitalisé en hôpital général. Report. Bruxelles: UNMS. Etudes et analyses Online beschikbaar: http://www.mutsoc.be/NR/rdonlyres/40085978-12E4-4C5B-A19D-582A46F7A0D5/0/couts_hospitaliers2006.pdf

NOTEN

1. Dit artikel geeft enkele aanvullende resultaten op een bredere studie die werd uitgevoerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg: De Graeve D., Lecluyse A., Schokkaert E., Van Ourti T., Van de Voorde C. (2006), *Eigen betalingen in de Belgische gezondheidszorg. De impact van supplementen*. Equity and Patient Behaviour (EPB). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2006. KCE Reports, vol. 50A.
2. Mensen die één van deze tegemoetkomingen ontvangen, hebben een verminderde zelfredzaamheid:
 - Forfait B en forfait C verpleegkundige zorg: behandeling met verpleegkundige zorg gedurende tenminste drie maanden voor respectievelijk zware of zeer zware zorgafhankelijkheid;
 - Kinesitherapie E of fysiotherapie: kinesitherapeutische of fysiotherapeutische behandeling voor zware pathologieën;
 - Verhoogde kinderbijslag: kinderen met een handicap of aandoening
 - Toelage voor hulp aan ouderen, toelage integratie gehandicapten: toelage om integratie te bevorderen bij respectievelijk ouderen en gehandicapten bij verminderde zelfredzaamheid;
 - Uitkering voor hulp van derden: uitkering bij verminderde autonomie;
 - Het in aanmerking komen voor deze tegemoetkomingen wordt door de wetgever gehanteerd als een indicator van chronische ziekte.
3. De maximumfactuur houdt in dat een gezin niet meer dan een bepaald bedrag aan de wettelijk bepaalde remgelden moet betalen (let wel, niet alle remgelden worden meegeteld). De hoogte van dat plafond hangt af van het gezinsinkomen en bedraagt respectievelijk € 450 en € 650 voor de twee laagste inkomensklassen. We hebben in onze steekproef geen informatie over de remgelden betaald door de andere leden van het gezin dan het individu uit de steekproef. Daardoor kunnen we ook niet nagaan welke individuen met hun gezin het remgeldplafond overschrijden. Wel kunnen we de remgeldplafonds toepassen op het individu, alsof er geen andere gezinsleden zouden zijn. Dit brengt een relatief grote verschuiving met zich mee in de drie hoogste remgeldklassen. Voor de gerechtigden RR met laag inkomen daalt daardoor het percentage individuen met remgeld > € 500 met 1,12% (van 2,81% naar 1,69%) en voor de verzekerden met minimuminkomen met 2,75% (van 5,44% naar 2,69%). Deze individuen komen dan terecht in de remgeldklassen van € 250 tot € 500. Als ook rekening gehouden zou kunnen worden met de remgelden van de andere gezinsleden zou de verschuiving dus nog groter zijn.

BIJLAGEN

Tabel 1 – Verdeling van totale supplementen, remgelden en ZIV-terugbetalingen over de bevolking in 2003.

	Supplementen inclusief annual- consumptie	Remgelden inclusief annual- consumptie	ZIV- terugbetalingen inclusief nulconsumptie
N	271.813	271.813	271.813
Mean	60,77	157,09	1.438,43
Adj R ²	0,03	0,23	0,25
Referentie individu	13,76	60,57	233,19
Recht op verhoogde tegemoetkoming	-26,99	-132,66	391,03
Provincie			
Vlaams-Brabant	-2,01	-5,38	-37,09
West-Vlaanderen	-4,18	-1,30	106,69
Oost-Vlaanderen	-0,05	2,75	55,29
Limburg	-13,83	-6,68	2,31
Brussel	10,41	-6,79	8,60
Waals-Brabant	26,81	12,62	97,48
Henegouwen	-19,08	19,26	155,97
Luik	1,49	22,25	125,38
Luxemburg	-7,28	9,19	7,85
Namen	-8,89	15,77	75,91
Man			
0-1 jaar	12,13	40,14	730,76
1-4 jaar	12,19	31,07	240,67
5-9 jaar	0,43	4,85	122,98
10-14 jaar	3,91	4,52	49,64
15-19 jaar	8,25	0,50	18,09
20-24 jaar	-0,32	-9,48	-48,79
25-29 jaar	0,64	-6,85	-16,23
35-39 jaar	1,46	6,19	61,05
40-44 jaar	6,40	14,58	61,45
45-49 jaar	12,80	28,67	238,24
50-54 jaar	25,56	62,48	483,73
55-59 jaar	44,37	90,33	781,10
60-64 jaar	60,72	95,21	892,69
65-69 jaar	83,53	147,42	1583,48
70-74 jaar	95,25	194,66	1989,30
75-79 jaar	97,80	232,02	2367,62
80-84 jaar	97,74	237,60	2715,19
85-89 jaar	130,81	247,13	3305,26
90-94 jaar	66,73	199,40	2877,16
95+	155,41	193,90	3860,82
Vrouw			
0-1 jaar	9,53	24,74	511,92
1-4 jaar	8,43	17,48	130,93
5-9 jaar	-1,22	-5,73	42,56
10-14 jaar	6,35	1,34	43,86
15-19 jaar	14,15	23,39	119,25
20-24 jaar	21,11	39,33	127,17
25-29 jaar	82,80	67,49	395,66
30-34 jaar	86,77	70,92	389,53
35-39 jaar	47,51	59,07	313,02
40-44 jaar	31,03	63,66	310,49

	Supplementen inclusief annual- consumptie	Remgelden inclusief annual- consumptie	ZIV- terugbetalingen inclusief nulconsumptie
45-49 jaar	31,11	73,09	374,50
50-54 jaar	40,60	103,98	552,58
55-59 jaar	50,92	112,22	707,41
60-64 jaar	67,48	131,88	1033,18
65-69 jaar	71,95	164,03	1376,22
70-74 jaar	101,03	203,90	1761,08
75-79 jaar	110,03	249,62	2472,86
80-84 jaar	112,69	269,88	2968,41
85-89 jaar	105,98	258,14	4036,77
90-94 jaar	54,50	197,53	4303,83
95+	44,85	182,50	5953,00
Gestorven			
In 1e kwartaal	75,92	-108,35	135,92
In 2e kwartaal	188,65	70,44	3871,48
In 3e kwartaal	245,22	226,06	7241,77
In 4e kwartaal	348,85	417,15	10832,00
Sociaal statuut			
Resident zonder lag inkomen	-2,41	39,78	-196,30
Resident die geen bijdragen betaalt door bestaansminimum	6,51	40,72	314,05
Resident met jaarlijks belastbaar bruto-inkomen lager dan €24.789,35 of met een inkomen lager dan het grensbedrag voor WIGW's	-6,53	5,53	-131,42
Invalide en titularis	73,31	239,58	2494,51
Invalide en persoon ten laste	5,50	54,88	23,50
Gehandicapt en titularis	39,12	70,06	84,76
Gehandicapt en persoon ten laste	24,91	62,34	-211,02
Gepensioneerd	14,45	57,95	176,14
Weduwe/weduwenaar	18,03	72,92	499,74
Wees	149,62	68,56	1900,96
Zelfstandige met recht op terugbetaling voor kleine risico's in het verplichte systeem	11,33	-31,40	-160,25
Tewerkstellingsstatus			
Werkloos	-8,94	0,76	18,18
Deeltijds	-21,74	-14,83	-189,60
Vervroegd pensioen	16,82	15,55	74,35
Forfaits			
Forfait B verpleegkundige zorgen (chronische ziekte)	176,10	350,85	8103,55
Forfait C verpleegkundige zorgen (chronische ziekte)	142,61	330,38	9978,42
Kinesithérapie E of fysiotherapie	102,67	328,21	4331,61
Verhoogde kinderbijlagen	77,37	65,86	3183,61
Toelage voor de integratie van gehandicapten (cat III of IV)	51,48	156,17	2037,74
Toelage voor hulp aan ouderen	1,58	65,71	4660,36
Uitkering hulp aan derden	-13,52	-54,83	552,78
Uitkering voor primaire arbeidsongeschiktheid of invaliditeitsuitkering	-12,56	-79,26	724,12
Forfaitaire uitkering hulp aan derden	-94,78	-58,07	1072,58
Recht op Gewaarborgd Inkomen, IGO of Leefloon	-7,19	8,41	48,61
Recht op toelage van gehandicapten	9,27	22,36	1467,93
Meer dan 6 maanden werkloosheidsuitkering	-12,71	0,96	-14,90
Tenminste 1 dag arbeidsongeschikt	158,36	201,23	1966,47

Tabel 2 – Supplementen, remgelden en ZIV-terugbetalingen naar subgroepen van zorgcategorieën.

	Algemene bevolking				Verzekerden met een minimuminkomen				Gerechtigden RR met laag inkomen			
	Supplementen	Remgeld	ZIV-terugbet.	€	Supplementen	Remgeld	ZIV-terugbet.	€	Supplementen	Remgeld	ZIV-terugbet.	€
drugs_a	0,20	53,15	250,85	0,26	0,23	62,79	431,80	0,63	0,54	36,29	313,06	
GP_a	0,78	18,69	80,68	0,63	0,40	9,63	140,15	0,42	0,54	6,39	81,51	
special_a	1,34	1,40	77,32	0,74	0,68	3,08	94,40	0,76	0,71	5,10	90,49	
physspec_a	0,95	3,10	20,32	0,59	1,67	4,66	27,61	0,64	1,89	4,82	24,48	
surgery_a	1,37	3,20	19,08	0,55	1,57	0,11	19,52	0,62	1,57	0,19	19,48	
physioth_a	0,51	0,90	34,03	1,00	0,79	8,93	60,11	0,33	0,42	7,43	55,85	
paramedical_a	1,45	4,40	87,31	1,44	1,18	1,23	236,13	1,79	2,23	1,15	150,24	
dental_a	1,17	1,60	48,06	0,45	1,00	1,90	47,23	1,01	1,66	2,52	46,62	
clinical_a	0,02	0,10	42,71	0,02	0,07	4,29	60,16	0,01	0,08	4,03	47,70	
other_a	1,03	1,50	235,86	0,96	0,50	2,85	753,34	1,07	0,67	3,21	480,58	
medical fee_h	5,12	6,20	80,26	2,19	1,71	1,59	174,71	1,68	2,07	1,33	117,68	
surgical fee_h	11,02	26,30	47,13	5,40	7,18	0,00	66,92	6,15	10,38	0,00	52,27	
physio fee_h	0,04	1,20	3,72	0,00	0,37	1,80	9,46	0,02	0,35	0,85	4,52	
gynaec/fee_h	2,75	59,20	4,63	0,81	17,70	0,01	5,75	0,48	9,40	0,01	5,99	
radio fee_h	1,02	3,10	26,78	0,59	1,10	0,58	50,96	0,33	1,06	0,50	35,81	
drugs_h	4,66	47,00	49,31	8,19	43,02	4,08	86,11	5,89	58,97	2,23	65,39	
impl28_h	2,41	86,40	9,85	3,35	46,74	0,28	17,47	2,37	52,89	0,38	9,15	
impl35_h	1,49	56,10	16,33	3,28	58,72	0,23	24,07	1,19	50,64	0,17	24,17	
impl35bis_h	0,17	18,20	5,39	0,44	24,76	1,89	9,17	0,14	19,28	0,86	5,90	
implnon-reimb_h	1,76	—	0,00	2,33	—	0,00	0,00	2,24	—	0,00	0,00	
delivery impl_h	0,00	2,37	0,00	0,00	0,00	4,02	0,00	0,00	0,00	2,27	0,00	
nursing day_h	12,18	3,50	278,5	13,23	1,82	26,97	596,02	5,87	1,66	14,03	390,58	
divcost_h	8,24	—	0,00	14,57	—	0,00	0,00	9,06	—	0,00	0,00	
paramedical_h	0,83	—	0,00	1,02	—	0,00	0,00	0,92	—	0,00	0,00	
clinical fee_h	0,26	1,60	15,3	0,10	0,33	0,17	29,63	0,08	0,48	0,19	21,95	
other_h	0,03	3,50	5,08	0,02	2,25	0,05	7,70	0,01	0,57	0,04	4,16	
Total	60,79	2,50	1.438,50	62,15		141,15	2.948,40	43,70		93,99	2.047,57	

HOOFDSTUK 6

Ziek maar zonder verblijfsvergunning in België: wat nu?

Veerle Evenepoel en Ellen Druyts

De laatste jaren brachten kerkasiel, hongerstakingen en optochten de soms miserabele leefomstandigheden van vreemdelingen zonder verblijfsvergunning – ook wel ‘mensen zonder wettig verblijf’, ‘mensen zonder papieren’ of ‘illegalen’ genoemd – aan het licht. Procedures om hun verblijf te regulariseren bestaan, maar de criteria zijn niet echt duidelijk. Weinigen komen ervoor in aanmerking en het duurt lang vooraleer officiële instanties een antwoord geven.

De positie en de leefomstandigheden van mensen zonder wettig verblijf zijn van die aard dat ze meer en hogere gezondheidsrisico's lopen, maar tegelijk worden uitgesloten van heel wat basisvoorzieningen van de Belgische en Vlaamse verzorgingsstaat.

De meesten voorzien in hun levensonderhoud dankzij familiebanden en caritatieve organisaties of werken in het zwart. Slechts een minderheid heeft een inkomen dat te vergelijken valt met dat van de gemiddelde Belg. Op het vlak van werkomstandigheden kunnen mensen zonder wettig verblijf weinig eisen. Ze komen meestal terecht in slecht betaalde of gevaarlijke jobs en zijn niet geneigd om daartegen te protesteren. Hun belangrijkste doel is om werk te hebben; en dus zullen ze niet gauw een beroep doen op instanties om hun rechten af te dwingen en zijn ze meestal geen lid van een vakbond. Hun precair statuut maakt hen erg kwetsbaar bij ziekte of ontslag en weerloos bij uitbuiting door de werkgever (Levoy, 2003: 2).

Wie nog energie over heeft om zich – als dagbesteding of na het werk – bij te scholen, staat vaak voor een gesloten deur. Dikwijls kunnen volwassenen voor opleiding en vorming niet terecht bij opleidingsinstellingen die gesubsidieerd worden door de overheid. Wettelijk is geen legaal verblijf vereist om toegelaten te worden tot een universiteit of hogeschool in België, maar in de praktijk weigeren sommige onderwijsinstellingen om studenten zonder wettig verblijf in te schrijven. Privé-instellingen vragen geen verblijfspapieren, maar daar zorgt een hoog inschrijvingsgeld ervoor dat mensen zonder wettig verblijf niet deelnemen (Bruggen e.a., 2003: 18).

Wie geen geld heeft, kan niet kieskeurig zijn op het vlak van huisvesting. Mensen zonder wettig verblijf wonen dan ook in veel gevallen in slechte hygiënische omstandigheden, wat hen kwetsbaarder maakt voor besmettelijke ziek-

ten. Ze verhuizen dikwijls omdat ze de huur niet (meer) kunnen betalen of omwille van dreigbrieven van deurwaarders. Sommigen kunnen (tijdelijk) terecht bij vrienden of familieleden, maar ook daar zijn ruimte en comfort niet altijd aanwezig. Hun veelvuldige verhuis maakt ook dat mensen zonder wettig verblijf geen vaste zorgverstrekker hebben die hun medisch dossier opvolgt. Hun ongunstige medische situatie – die ze dikwijls als ongewenste bagage meebrachten – verslechtert dan als gevolg van te weinig voedsel of ongezonde eetgewoonten (Konz e.a., 2005: 14-25).

Voor kinderen van mensen zonder wettig verblijf geldt de leerplicht zoals voor Belgische kinderen, maar in de praktijk blijkt dat een aanzienlijk aantal kinderen en jongeren zonder papieren niet altijd deelnemen aan de schoolactiviteiten (Bruggen e.a., 2003: 17). Dit heeft te maken met hun verblijfsstatuut (bv. geen buitenlandse uitstappen) financiële drempels en soms een zwakkere gezondheid.

Zich goed verzorgen en genezen is vaak niet de eerste prioriteit van mensen zonder verblijfsvergunning. Hun energie wordt voornamelijk opgeslorpt door de dagelijkse problemen en de stappen die ze moeten ondernemen om hun verblijf te regulariseren; dit alles onder voortdurende dreiging opgepakt en teruggestuurd te worden naar hun land van herkomst.

Zich goed verzorgen en genezen is vaak niet de eerste prioriteit van mensen zonder verblijfsvergunning

De onzekerheid van hun verblijf en alle praktische problemen die ermee gepaard gaan, leiden tot voortdurende stress. Een vlotte toegang tot gezondheidszorg is voor hen dan ook een absolute must. Deze ontbreekt evenwel omdat ze in de illegaliteit leven, en geen aanspraak kunnen maken op kinderbijslag, pensioenrechten, werkloosheidsuitkeringen, vakantiegeld, moederschapsbescherming of eindejaarspremies; evenmin hebben ze recht op een ziekte- en invaliditeitsverzekering die de kosten voor medische zorgen opvangt.¹ Ze hebben ook geen recht op financiële steun vanwege het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW).²

In dit hoofdstuk bekijken we kritisch de procedure waarop mensen zonder wettig verblijf wél een beroep kunnen doen om gezondheidszorgen te krijgen. We geven een beknopte opsomming van enkele knelpunten; we moeten vaststellen dat er heel wat hapert aan deze procedure. Toch zorgen sommige cijfers voor een zilveren rand aan deze donkere wolk. Ook nodigden deze knelpunten uit tot beleidsvoorstellen die met een beetje goede wil en eenmaal uitgewerkt, op korte, middellange of lange termijn kunnen resulteren in een efficiëntere toegang tot de gezondheidszorg.

1. Context van de thematiek

Jaarlijks proberen naar schatting ongeveer een half miljoen immigranten de Europese grenzen te overschrijden (Wets, 2001: 3). Door de globalisering wordt elk land ermee geconfronteerd (Loobuyck, 2001: 3). Er zijn evenveel redenen om hun land te verlaten als er vreemdelingen zonder verblijfsvergunning zijn: omwille van de oorlogssituatie in het herkomstland, omwille van de medische zorgen die ginds niet beschikbaar of niet toegankelijk zijn, omwille van familiebanden of duurzame bindingen met België. Een grote groep liet zich leiden door (valse) beloften inzake werk of vanuit de wens hun kinderen een betere toekomst te geven.

Over de omvang van de groep illegale migranten in België is niet veel geweten. De omvang kan wel worden geraamd aan de hand van de resultaten van de regularisatiecampagne van januari 2000 voor bepaalde categorieën illegaal verblijvende vreemdelingen. In drie weken werden 32.662 regularisatieaanvragen ingediend die betrekking hadden op 50.600 personen (Wets, 2001: 27). Uit een klein onderzoek bij de mensen zonder wettig verblijf bleek dat 43% geen aanvraag had ingediend. Op basis van deze cijfers schatten we het totaal aantal mensen zonder wettig verblijf of met een precair verblijf toen op 80.000 à 100.000 mensen.

Ondanks dit gemeenschappelijke lot vormen mensen zonder wettig verblijf een heterogene populatie. Een grote groep keerde niet terug naar hun herkomstland na een negatief antwoord op hun asielaanvraag of na het verstrijken van hun visum; anderen kwamen België clandestien binnen en hebben nooit een procedure gestart.³ Het gaat om mensen van verschillende leeftijden, scholingsgraad en met een uiteenlopende culturele of sociale achtergrond.

2. Toegang tot gezondheidszorg: de procedure dringende medische hulp

Uit het voorgaande blijkt dat de problemen waarmee mensen zonder papieren geconfronteerd worden multidimensioneel zijn. Toegang tot de gezondheidszorg blijkt hoog op hun lijstje te staan. In wat volgt, zoomen we daarom in op een voor hen beschikbaar instrument om de toegang tot de gezondheidszorg te bevorderen: de procedure dringende medische hulp.

2.1 Het wettelijk kader

Volgens de organieke OCMW-wet van 8 juli 1976 heeft het OCMW tot doel elk een in de mogelijkheid te stellen een menswaardig leven te leiden. Artikel 57 § 2 van deze wet beperkt de taak van het OCMW voor de vreemdeling die illegaal in het Rijk verblijft, tot het verlenen van de ‘Dringende Medische Hulp’. Het Ko-

ninklijk Besluit van 12 december 1996 ‘betreffende de Dringende Medische Hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan de vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven’ (B.S. 31.12.1996) geeft meer informatie over deze procedure:

- het gaat om medische zorgen die zowel preventief als curatief van aard kunnen zijn;
- de medische hulp mag zowel ambulante als in een verplegingsinstelling verstrekt worden;
- kosten van voeding, kleding en huisvesting vallen hier niet onder; dit met uitzondering van de hospitalisatiekosten.

De Programmatorische Overheidsdienst (POD) Maatschappelijke Integratie zal de kosten van deze Dringende Medische Hulp binnen bepaalde grenzen aan het OCMW terugbetalen als aan drie voorwaarden is voldaan:

- de persoon verblijft onwettig in België;
- de persoon zonder wettig verblijf is behoeftig;
- er wordt een medisch getuigschrift voorgelegd waarin de dringende noodzakelijkheid van de verstrekkingen wordt vastgesteld. Dit getuigschrift wordt in de volksmond het ‘attest Dringende Medische Hulp’ genoemd.

In een notendop, verwacht het OCMW van de gewoonlijke verblijfplaats van de hulpvrager dat hij of zij zich bij hen aandient met een ‘attest Dringende Medische Hulp’ ingevuld door een zorgverstrekker met hierop de zorgen vermeld die de hulpvrager nodig heeft. Het OCMW zal een sociaal onderzoek uitvoeren naar de verblijfplaats (woont de hulpvrager op het grondgebied?), verblijfstatus (verblijft de hulpvrager illegaal op het grondgebied?) en behoeftigheid en zal binnen de maand een beslissing nemen. Als de beslissing positief is, zal het OCMW de hulpvrager doorverwijzen naar een zorgverstrekker (uit een lijst of naar keuze) en zal het bij de POD Maatschappelijke Integratie de formulieren indienen die nodig zijn voor de terugbetaling. Als de beslissing van het OCMW negatief is of het OCMW nam geen beslissing binnen de maand dan kan de hulpvrager een beroep indienen bij de arbeidsrechtbank.

Als de zorgen van die aard zijn dat de hulpvrager niet in staat is zich voorafgaand aan te dienen bij het OCMW van zijn verblijfplaats, dan kan de hulpvraag gericht worden aan (de sociale dienst van) de zorgverstrekker die hem zal verzorgen. Als deze op de hoogte is van de procedure Dringende Medische Hulp dan zal hij zich zo snel mogelijk wenden tot het bevoegd OCMW om betaling van zijn prestaties te bekomen.

2.2 De procedure dringende medische hulp kritisch bekeken

Ondanks knelpunten in de procedure ‘Dringende Medische Hulp’ werd menig vreemdeling zonder verblijfsvergunning met medische noden erdoor geholpen. Anderen werden een ontgoocheling rijker.

2.2.1 *Vanuit het oogpunt van de mensen zonder wettig verblijf zelf*

Mensen zonder wettige verblijfsstatus die nog niet in contact kwamen met het OCMW, kennen de procedure Dringende Medische Hulp niet of nauwelijks. Sommigen zien de medewerkers van een OCMW in eerste instantie als verlengstukken van de overheid, eerder dan als hulpverleners en zijn niet geneigd het OCMW om hulp te vragen. Of de persoon die de betrokkene opvangt, denkt ten onrechte dat het geven van humanitaire hulp aan mensen zonder wettige verblijfsdocumenten strafbaar is en raadt de betrokkene af om aan te kloppen bij officiële instanties zoals het OCMW.

De administratieve afhandeling van de hulpvraag (ze moeten een attest van Dringende Medische Hulp voorleggen, er komt een sociaal onderzoek) schrikt mensen zonder wettig verblijf af. Door de opeenstapeling van andere zorgen (verblijf, kinderen) is de afstand tot het OCMW, de dokter of het ziekenhuis letterlijk en figuurlijk te groot. De wachttijd is voor de betrokkene erg frustrerend en kan ertoe leiden dat de ernst van de ziekte toeneemt. Bevoegdheidsgeschillen tussen verschillende OCMW's kunnen de beslissing vertragen en eenmaal een akkoord verleend, vragen sommige OCMW's dat de hulpvrager telkens terugkomt (afsprake maakt, aanschuift) voor elke nieuwe consultatie of medicatie. Sommige zorgverstrekkers menen ten onrechte dat de procedure enkel van toepassing is in heel dringende gevallen, bijvoorbeeld na een ongeval en weigeren bij 'gewone' aandoeningen zoals griep het attest van Dringende Medische Hulp in te vullen.

De administratieve afhandeling van de hulpvraag schrikt mensen zonder wettig verblijf af

2.2.2 *Vanuit het oogpunt van het OCMW*

De Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn die de medische zorgen al dan niet ten laste nemen, spelen een grote rol in het verloop van de procedure. Ze moeten snel handelen want de patiënten wachten; de POD Maatschappelijke Integratie wil binnen de 45 dagen op de hoogte gebracht worden van een tussenkomst en de zorgverstrekkers moeten betaald worden. De OCMW's vinden het moeilijk een grondig sociaal onderzoek te voeren dat uitsluitsel geeft over de behoefte en klagen over thesaurieproblemen en -kosten, omwille van de grote sommen die ze moeten voorschieten en maar met veel vertraging van de federale overheid terugkrijgen.⁴ Ze vinden dat hun rol op het vlak van integratie en opvang van vreemdelingen onvoldoende wordt erkend en dat ze geconfronteerd worden met problemen die ze in eerste instantie aan de federale overheid toewijzen (VVSG e.a., 2007).

2.2.3 *Vanuit het oogpunt van de zorgverstrekker*

Zorgverstrekkers, vooral in kleinere gemeentes, zijn vaak niet op de hoogte van de procedure of twijfelen aan de draagwijdte ervan. Daardoor geven sommigen gratis consulten, wat een mooi teken van solidariteit is, maar geen structurele oplossing vormt. De zorgverstrekkers die de procedure wél kennen, zien op tegen de administratieve formaliteiten die aan de procedure Dringende Medische Hulp verbonden zijn. De attesten van Dringende Medische Hulp moeten worden ingevuld volgens de regels van elk afzonderlijk OCMW en dienen vervolgens tijdig te worden opgestuurd. Deze administratieve last komt bovenop de aandachtspunten die de interculturele relatie op zich al vergt. In sommige gevallen leidt moeilijke communicatie tussen de OCMW-administratie en de zorgverstrekker tot onbetaalde facturen. Het niet tijdig kunnen innemen van medicatie door de patiënt en de moeilijke doorverwijzing van een patiënt is frustrerend voor huisarts en specialist. Gemotiveerde zorgverstrekkers worden vaak overvraagd.

2.3 **Gevolgen van de moeilijke toegang tot gezondheidszorg**

Het hoeft geen betoog dat het niet ernstig nemen van gezondheidsklachten desastreuze gevolgen kan hebben voor de hulpvrager. Maar ook andere actoren lijden eronder als de procedure Dringende Medische Hulp gebrekkig functioneert.

2.3.1 *Voor de hulpvrager*

De ernst van de ziekte neemt toe en middelen om de ziekte te bestrijden worden drastischer. Vzw Medimmigrant (toen Vzw Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren) deed in 1998 en 1999 een actieonderzoek met de veelzeggende titel: 'Wacht tot vannacht'. Mensen zonder wettig verblijf frequenteren vaker 's nachts de spoedgevallendienst omdat ze dan niet onmiddellijk voor de medische zorgen moeten betalen en zich anoniemer kunnen laten verzorgen (Faure, 1999: 33).

Een vraag naar medische zorg die onbeantwoord wordt, leidt ook tot minder zichtbare gevolgen, zoals frustratie en psychisch onwelzijn. Wie medische noden heeft en zich door de drempeligheid en de administratieve complexiteit van de procedure laat afschrikken, gaat op zoek naar andere manieren om zijn gezondheidszorgen te betalen, bijvoorbeeld met de SIS-kaart van iemand anders. Onzekerheid over de medische situatie leidt vaak tot schoolverzuim bij kinderen, met schoolachterstand tot gevolg.

2.3.2 *Voor andere betrokkenen*

De overheid draait op voor de meerkost bij oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendienst of wanneer door het verergeren van de ziekte ook de prijs van de behandeling stijgt. Sommige mensen zonder verblijfsvergunning vinden de pro-

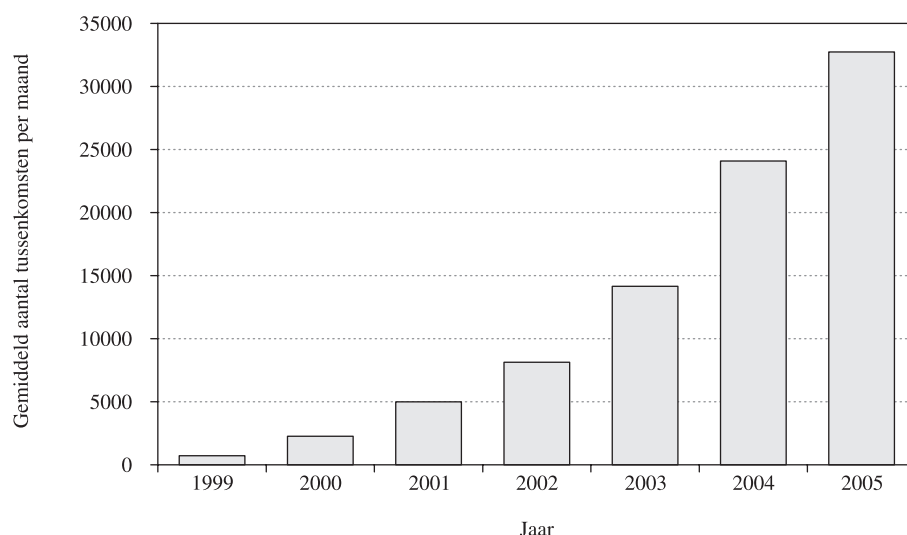
cedure Dringende Medische Hulp zo omslachtig dat ze geneigd zijn er geen beroep meer op te doen. Ze kloppen aan bij dokters of ‘dispensaria voor armen’ die hun cliënteel fors zien toenemen. Dit is een teken van solidariteit, maar bevordert tegelijk het ontstaan van een gezondheidszorg met twee snelheden, waarin sommige behandelingen voorbehouden zijn voor mensen die het kunnen betalen. Vaak zijn ziekenhuizen of individuele zorgverstrekkers de dupe van onbetaalde facturen.

Ook de sociale cohesie in onze maatschappij dreigt te verminderen door het uitsluiten van deze groep mensen van een efficiënte gezondheidszorg. Het verder uitbouwen van een wettelijke regeling, in plaats van een parallel circuit voor mensen in financiële moeilijkheden te laten groeien, is de beste remedie daartegen.

3. De cijfers brengen een positief verhaal

Uit cijfers van de POD-Maatschappelijke Integratie blijkt dat, in vergelijking met enkele jaren terug, het aantal mensen dat een beroep doet op de procedure Dringende Medische Hulp en de uitgaven die dit met zich meebrengt, gestegen zijn.⁵

Grafiek 1 – Gemiddeld aantal tussenkomsten van het OCMW in het kader van de procedure dringende medische hulp per maand.

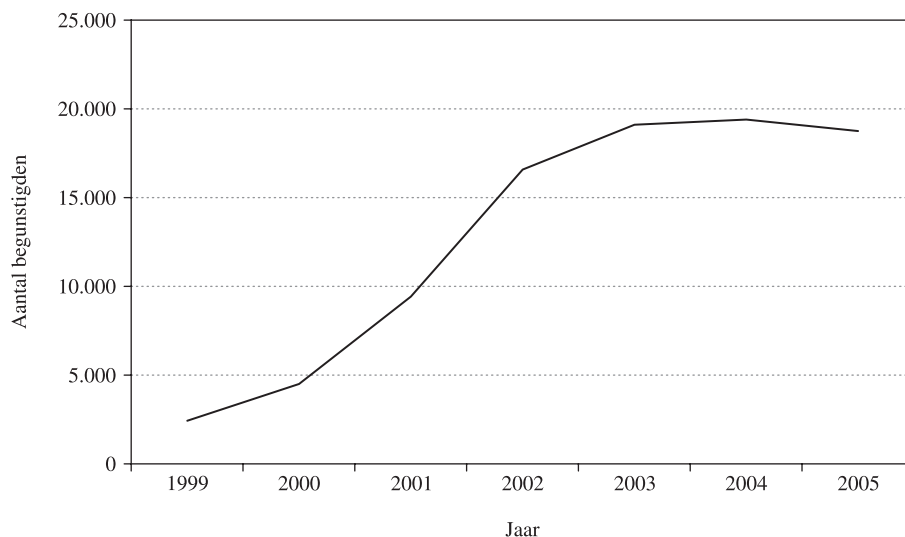


Bron: POD Maatschappelijke Integratie.

Het aantal mensen dat een beroep doet op de procedure dringende medische hulp is de voorbije jaren sterk gestegen

Het gemiddelde aantal tussenkomsten per maand, dat in 1999 nog slechts 735 bedroeg, was in 2005 al opgelopen tot gemiddeld 32.726. Het aantal tussenkomsten is nog steeds sterk stijgend, want in 2005 kwamen er gemiddeld 8639 per maand bij ten opzichte van 2004, of een stijging van 35%.

Grafiek 2 – Aantal begunstigen van de procedure Dringende Medische Hulp van 1999 tot 2005.

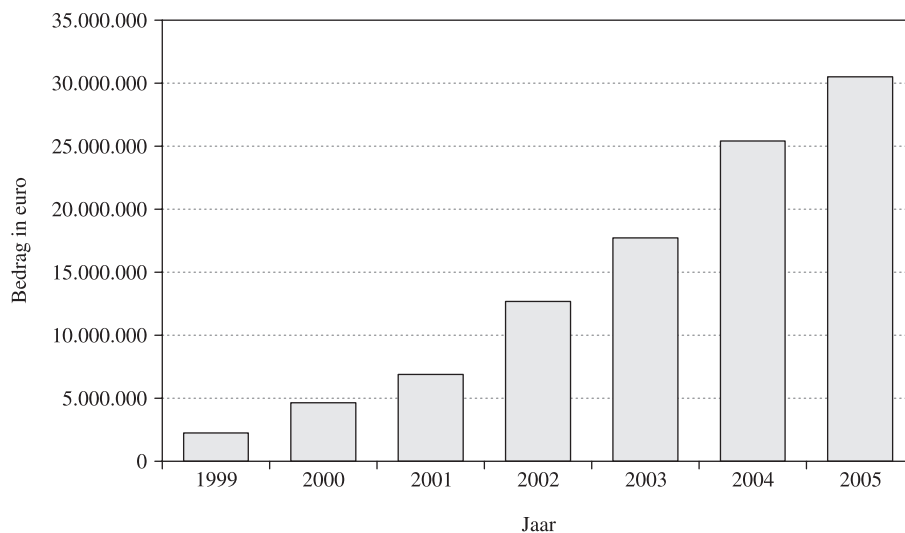


Bron: POD Maatschappelijke Integratie.

Het aantal begunstigden dat een beroep deed op de procedure DMH was in 2005 met 18.749 ongeveer 7 keer hoger dan in 1999. Dit aantal steeg sterk tot 2002, waarna het aantal stagneerde en we sinds 2004 zelfs een lichte daling vaststellen.

Het bedrag dat de overheid terugbetaalt aan de OCMW's gaat al jaren in stijgende lijn en lag in 2005 met ruim € 30 miljoen dertien keer hoger dan in 1999. Van 1999 tot 2000 verdubbelde dit bedrag. Nadien werd er jaarlijks een stijging van gemiddeld 47% vastgesteld. De stijging van 2005 ten opzichte van 2004 bedroeg evenwel slechts 20%.

Grafiek 3 – Bedrag terugbetaald door de overheid aan de OCMW's van 1999 tot 2005.



Bron: POD Maatschappelijke Integratie.

De verklaring voor deze aanhoudende stijging is dat de inspanning die medische en sociale organisaties, vrijwilligersgroepen en OCMW-medewerkers jarenlang deden, om hun bezoekers zonder wettig verblijf te informeren over de noodzaak zich te laten verzorgen, beloond wordt. Het is immers logisch dat het feit of betrokkenen kennis hebben van deze regeling het aantal gebruikers beïnvloedt. De vraag of er doorheen de jaren misschien meer clandestienen en uitgeprocedeerde asielzoekers in België verblijven, blijft door gebrek aan cijfers onbeantwoord.

De uitgaven voor medische zorgen voor mensen zonder wettig verblijf moeten bovendien gerelateerd worden aan de totale uitgaven voor gezondheidszorg. Uit cijfermateriaal van het RIZIV blijkt dat de totale uitgaven van de gezondheidszorg in 2004, € 16.257.831.000 bedroegen. De uitgaven voor de dringende medische hulpverlening zijn hierin niet opgenomen aangezien ze behoren tot de bevoegdheid van de POD Maatschappelijke Integratie en niet tot de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. Vergelijken we evenwel de uitgaven dan kunnen we besluiten dat slechts 0,16% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg (namelijk € 25.384.094) naar medische zorgen voor mensen zonder wettig verblijf gaat. Bovendien stegen ook de totale uitgaven van de gezondheidszorg: in 2000 met 4,8%, in 2002 met 7,1%, in 2004 met 6% en in 2006 met 6,2%.⁶ Het is dan ook niet verwonderlijk dat ook de uitgaven voor de dringende medische hulp stijgen.

We mogen bij het interpreteren van de cijfers de positieve gevolgen van het beroep doen op de procedure Dringende Medische Hulp niet vergeten te vermelden: onder andere geen opeenstapeling van gezondheidsproblemen bij de betrokkene, minder oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendiensten, daling van het misbruik van SIS-kaarten, minder risico op besmetting, minder schoolverzuim bij kinderen door minder ziekte, vermijden van twijfelachtige medische praktijken en stijging van zelfrespect en zelfvertrouwen bij de betrokkene.

Tegenstanders stellen dat door het verlenen van medische zorgen, mensen zonder wettig verblijf ervan weerhouden worden terug te keren naar hun land van herkomst. Ook wijzen ze op de stijging van de uitgaven.

Wat het ‘medische zorgverkeer’ betreft (we verkiezen deze term in plaats van het denigrerende en zeker waardegeladen ‘medische toerisme’) kunnen we niet ontkennen dat er mensen zijn – binnen en buiten de Europese Unie – die voor hun gezondheidsvragen een beroep doen op de Belgische gezondheidszorg. Zolang evenwel geen ernstig onderzoek gebeurt naar de feiten, is een zin-nig debat uitgesloten. In Nederland gebeurde dit onderzoek wel. Daar is gebleken dat het medisch zorgverkeer weliswaar bestaat, maar dat het gebruik maken van de gezondheidszorg door vreemdelingen niet bijzonder is, laat staan veront-rustend.⁷

4. Beleidsvoorstellen ter bevordering van de toegang tot gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf

4.1 Op korte termijn

Dat de procedure af en toe niet werkt zoals het hoort, weet ook de POD Maatschappelijke Integratie die bijsturing heeft beloofd. In afwachting daarvan kunnen de relevante actoren die met de procedure te maken hebben, een aantal kleine of grote maatregelen nemen die in een vlottere toegang resulteren.

Zo kunnen de OCMW’s die het nog niet deden, starten met het systeem van de ‘medische kaart’. Die kaart is geldig voor een bepaalde periode en vermijdt dat het OCMW voor elke consultatie of medicatie afzonderlijk moet instemmen (zie ook Note & Funk, 2006).

Voorts kunnen OCMW’s een spoedprocedure inlassen voor het verkrijgen van medicatie of de huisarts – gedurende de geldigheid van de medische kaart – autonoom een betalingsverbintenis laten afleveren voor een specialist.

De overheid kan deze en andere ‘goede praktijken’⁸ promoten en door middel van duidelijke omzendbrieven de OCMW’s in hun opdracht ondersteunen. Een effectieve informatiecampagne vanwege de overheid moet de verschillende actoren (zorgverstrekkers, OCMW-medewerkers, mensen zonder wettig verblijf zelf) op de hoogte brengen van het bestaan en de draagwijdte van de procedure.

Zorgverstrekkers op hun beurt kunnen conventies afsluiten met OCMW's, waardoor de samenwerking vlotter verloopt. Ze moeten aandacht besteden aan het gegeven dat de procedure Dringende Medische Hulp zowel curatieve als preventieve zorgen omvat.

De hulpvrager ten slotte moet zijn precair verblijfsstatuut en behoefte, indien mogelijk voordat de medische zorgen worden toegediend, duidelijk aan het OCMW of de zorgverstrekker meedelen zodat zij het nodige kunnen doen om de procedure tijdig te starten.

4.2 Op middellange termijn

Het opsmukken van de procedure Dringende Medische Hulp biedt echter geen garantie op langere termijn. Zoals reeds geschetst, hapert er iets aan de procedure zelf. Het uitwerken van een andere regelgeving dringt zich op.

Op initiatief van de Koning Boudewijnstichting werd in het voorjaar van 2007 begonnen met een rondvraag bij relevante actoren naar mogelijke pistes om de toegang sneller te laten verlopen. Het verslag van het rondetafelgesprek (Koning Boudewijnstichting, 2007b) naar aanleiding van deze rondvraag werd overgemaakt aan de formateur en de nieuwe minister van Maatschappelijke Integratie.

Een te overwegen piste is alvast de overheveling van de financiële verrichtingen verbonden aan de procedure vanwege de OCMW's naar het RIZIV. Het sociaal onderzoek blijft in dat voorstel wel de bevoegdheid van het OCMW. Specifiek voor minderjarigen werd er gepleit voor de toekenning van de ziekteverzekering. De minderjarige die zich in volle ontplooiing- en ontwikkelingsfase in een vreemd land bevindt, heeft nood aan een aantal zekerheden. Naast opleidingskansen en onderwijs, is de toegang tot een efficiënte gezondheidszorg een fundamentele voorwaarde voor deze ontwikkeling. De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid was niet ongevoelig voor dit pleidooi en zette het licht op groen voor de openstelling van de ziekteverzekering voor een bepaalde categorie minderjarigen. Door een aanpassing van de ziekte- en invaliditeitsverzekeringswet (Wet houdende diverse bepalingen betreffende de gezondheid van 13 december 2006, BS 22 december 2006) kunnen vanaf 1 januari 2008 alvast niet-begeleide minderjarigen met of zonder wettig verblijfsstatuut het recht verwerven op een ziekteverzekering.

Een regularisatie zou veel ernstig zieke mensen zonder wettig verblijf uit hun precaire situatie halen

Ook het regulariseren van mensen zonder wettig verblijf, in het bijzonder van de ernstig zieken, zal velen uit hun precaire situatie halen: recht op verblijf

opent immers recht op werk of maatschappelijke dienstverlening. Tegelijk moet een aangepast asiel- en migratiebeleid worden uitgewerkt, dat ook rekening houdt met specifieke situaties en noden.

4.3 Op lange termijn

Er moeten tijd en middelen worden geïnvesteerd om na te gaan of de openstelling van de verplichte ziekteverzekering ook voor volwassenen een optie is. De toekenning van de ziekteverzekering voor niet-begeleide minderjarigen en misschien op middellange termijn ook voor andere minderjarigen zonder wettig verblijf kan een voorbeeld zijn. Dit zal wellicht geen meerprijs betekenen tegenover de procedure Dringende Medische Hulp; wellicht blijft de budgettaire impact beperkt tot een verschuiving van middelen van de POD Maatschappelijke Integratie naar de FOD Volksgezondheid. In het Belgische Nationaal Actieplan Sociale Inclusie (Federale Regering, 2006) lezen we dat het een belangrijke doelstelling is om “de toetreding van degenen die momenteel nog uitgesloten zijn van de ziekteverzekering te bevorderen”.⁹ Misschien komt de uitwerking van deze doelstelling ook mensen zonder verblijfsvergunning ten goede.

5. Besluit

Extreme vormen van uitsluiting moeten worden bestreden. Uitsluiting is veel meer dan een beperkt inkomen; het gaat over minder mogelijkheden tot ontplooiing en over geen of beperkte toegang tot basisvoorzieningen, basisrechten en sociale diensten. De huidige Belgische regelgeving op het vlak van toegang tot gezondheidszorg kan beter wanneer we vergelijken met andere Europese landen. We hebben nog een hele weg te gaan vooraleer de internationale standaard die opgenomen is in het Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (ICESCR) – die luidt dat “iedereen recht heeft om van de hoogst te bereiken fysieke en mentale gezondheidsstandaard te genieten” – bereikt is.

Ten slotte kunnen inspanningen die in ons land worden genomen voor een goede gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf, de ontwikkeling van de gezondheidszorg in de landen van herkomst inspireren en bevorderen. In het kader van een inclusief migratiebeleid willen we immers niet alleen kijken naar ‘onze problemen’ maar ook naar onze mogelijkheden om de oorzaak van immigratie menswaardig aan te pakken. Gezondheidszorg garanderen voor mensen zonder wettig verblijf in België, kan zo hand in hand gaan met de keuze om bij te dragen tot zorgontwikkeling in de herkomstlanden.

NOTEN

1. Er zijn categorieën van vreemdelingen zonder verblijfsvergunning die wel recht hebben op een ziekteverzekering: bijvoorbeeld studenten of mensen zonder wettig verblijf die wit werken. Voor meer info: www.medimmigrant.be bij Toegang tot Gezondheidszorg.
2. Indien de medische situatie van de persoon van die aard is dat hij niet kan reizen of indien er geen adequate medische behandeling is in zijn land van herkomst dan kan de persoon een steunaanvraag doen bij het OCMW. Indien het OCMW weigert kan de betrokkene beroep indienen bij de arbeidsrechtbank. Voor meer informatie zie www.medimmigrant.be bij OCMW-steun voor ernstig zieken.
3. Voor een uitgebreide lijst raadpleeg www.medimmigrant.be bij doelgroep.
4. De terugbetaling verloopt wel vlotter sinds de aanvragen tot terugbetaling op elektronische wijze verlopen.
5. Deze cijfers werden verkregen op 1 juli 2007 van dhr. Dupont Alain van het kabinet van maatschappelijke integratie. De cijfers voor het jaar 2006 konden nog wijzigen en zijn daarom niet opgenomen in de tabellen.
6. Op basis van cijfermateriaal van het RIZIV.
7. Medische aspecten van het vreemdelingenbeleid, aanbeveling 11, rapport vanwege de Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid, maart 2004, 66p.
8. Andere 'good practices': *conventies met verschillende zorgverstrekkers waarbij de vrije keuze van zorgverstrekker gerespecteerd wordt *wanneer de hulpvrager aan de voorwaarden voldoet, geeft het OCMW hem of haar een medische kaart voor de eerste consultatie waarbij het attest 'DMH' later kan worden afgeleverd *het OCMW bepaalt een aantal zaken waarvoor tussengekomen wordt zonder dat ze hiervoor door de POD-MI worden terugbetaald (bv. D-medicatie, brilglazen, tandextracties of -protheses, babyvoeding, ...) *het OCMW geeft een informatiefolder aan de betrokkene waarin ze hun regeling DMH toelichten * een referentieadres aanvaarden voor daklozen die DMH nodig hebben, ...
9. Begin september 2006 bezorgde België het eerste Strategisch Rapport voor de Sociale Bescherming en Insluiting 2006-2008 aan de Europese Commissie. Het Nationaal Actieplan Sociale Insluiting 2006-2008 maakt hier deel van uit.

HOOFDSTUK 7

Thuisloosheid schaadt de gezondheid

Gerard Van Menxel, Helen Blow en Aafje De Wacker

Doden van de straat

“Ze slapen zeer vlug in, uitgeput. Naarmate het rustiger wordt ontstaat geleidelijk een concert van gesnurk, winden laten, oprispingen, geschraap van kelen, onophoudelijke hoestbuien... Arme geluiden van een vervallen mensheid. Kampmuziek. Miserierefreinen. De stank is onbeschrijflijk: een scherpe, verstikkende geur die naar de keel grijpt en door de kleren dringt. Een man van midden de vijftig, uitgemergeld en tuberculeus, zal gans de nacht hoesten. Zijn hoestbuien zijn verschrikkelijk. Wankelend, als een oude clown, gaat hij spuwen. Geregeld lijkt het of hij zal stikken. Hij gaat dan rechtop in bed zitten, snakkend naar adem, de mond wijd geopend, met rollende, uitpuilende ogen. Hij zal zeker wel dra sterven” (geciteerd in Van Menxel, 1987: 46). Zo beschrijft participerend onderzoeker Patrick Declerck (zie ook 2001 en 2005) zijn waarnemingen opgedaan in een oud frigodepot van de Franse spoorwegen, cynisch genoeg omgebouwd als noodopvang voor Parijse clochards die in de winter van 1985 op straat zouden doodvriezen. Jaar en plaats doen er eigenlijk niet toe; het fenomeen herhaalt zich ieder jaar opnieuw. In 2005 richtten een aantal organisaties van daklozen de vereniging “Doden van de Straat” op met als doel daklozen die op straat sterven een waardige begrafenis en een graf te bezorgen. Dat jaar stierven er alleen al in Brussel 95 daklozen op straat. Bestaat er een schrijnender voorbeeld van ongelijkheid voor de dood?

1. Inleiding: ‘*Sick, tired and homeless*’¹

Dakloos en ziek, het is één probleem. Het samengaan van dak- en thuisloosheid met ziekte, lichamelijke aftakeling, verwaarlozing en psychische problemen wordt als zo vanzelfsprekend beschouwd, dat het nauwelijks onder de aandacht komt. Dat is zeker zo in de literatuur, in de onderzoekswereld, maar ook in het beleid en de hulpverlening. Misschien komt dit omdat een slechte gezondheid en een schier ontoegankelijke gezondheidszorg vooral als *kenmerk* van het bestaan van dak- en thuislozen wordt gezien, maar nauwelijks als een *oorzaak*. De

visies op thuisloosheid in de Eurobarometer onderschrijven dit (European Commission, 2007: 40-53). Toch zijn er tekenen van een kentering. De aandacht voor gezondheidsproblemen van thuislozen groeit en er wordt druppelsgewijs aan gewerkt. (Zelf)organisaties en hulpverleners die op straat komen, hebben het meest oog voor de schrijnende situaties waarin daklozen leven en gaan tot actie over.

Deze bijdrage draagt enkele inzichten aan over thuisloosheid en gezondheid en is opgebouwd rond drie vragen. We kunnen de antwoorden er meteen bijgeven. Wat weten we? Weinig. Wat doen we? Heel weinig. Wat moeten we doen? Heel veel. Ter inleiding duiden we thuisloosheid vanuit een integrale benadering, als een vorm van extreme sociale uitsluiting van burgers uit de samenleving.

1.1 Een complex fenomeen, maar harde realiteit

Het is een dooddoener, maar thuisloosheid is meer dan een woonprobleem. En wonen is meer dan onderdak hebben. Wonen betekent ook geborgenheid, veiligheid, privacy, identiteit, verankering, sociale netwerken, familie, omgeving, buurt... en gezond leven.

De (theoretische) moeilijkheid voor ‘observatoren’ om dak- en thuisloosheid op een geïntegreerde manier te vatten, ligt erin dat het fenomeen met alles te maken heeft en lang niet alleen met het ontbreken van een dak en van andere levensnoodzakelijke middelen. De problematiek van mensen die ‘dakloos’ en/of ‘thuisloos’ worden genoemd, mag evenmin worden herleid tot hun persoonskenmerken en de uiterlijke kenmerken van hun levenswijze.

Thuisloosheid ontstaat binnen een samenspel van drie probleemfactoren. Vooreerst is er de afwezigheid van (een leefbare) woonst of onderdak. Ten tweede, een (schrijnend) gebrek aan materiële middelen om in het levensonderhoud te voorzien; door het gebrek aan werk, het verlies van recht op sociale zekerheid en van een inkomen. Ten derde, de afwezigheid of het uitrafelen van sociale netwerken. Al deze factoren leiden tot een proces van ontankering, van desintegratie en aftakeling. Het woonprobleem en de sociaal-economische situatie zijn de meest manifeste of acute problemen. Werkloosheid wordt als de belangrijkste oorzaak van thuisloosheid genoemd.

‘Ont-ankering’ is de onderliggende problematiek, die ook thuisloosheid bestendigt. Men verliest het sociaal netwerk. Thuislozen hebben geen groep mensen meer om zich heen die bekommerd zijn en bij wie ze letterlijk mogen thuis komen. Thuislozen zijn hun houvasten kwijt; ze moeten zonder contactpunten en steunfiguren verder. Een gevoel van onmacht is het gevolg. Thuislozen zijn gekwetst; zowel persoonlijk, relationeel als maatschappelijk. Zo raken ze verstrikt in een negatieve spiraal, waar ze op eigen kracht moeilijk uit geraken. Met de maatschappij groeit een “kloof die ze op eigen kracht niet meer kunnen over-

bruggen” (Vranken e.a., 1991-2006). Net als armoede is thuisloosheid een gradueel probleem. De meest uitgesloten thuislozen – meestal daklozen genoemd – vormen de harde kern, de chronische thuislozen.

Thuisloosheid is net als armoede een gradueel probleem

Dak- en thuislozen kunnen door een samenspel van financieel-economische, sociale en/of psychologische omstandigheden geen eigen dak of thuis verwerven of behouden. Zo omschreven wordt dak- en thuisloosheid een ruime groep, waartoe ook personen die verblijven in goedkope hotels en pensions behoren, of mensen die begeleid wonen, die marginaal gehuisvest zijn of die hun woning moeten verlaten omwille van familiale of relationele problemen. Ook vele instellingsbewoners zoals gedetineerden, geïnterneerden, psychiatrische patiënten of geplaatste jongeren kunnen we als thuisloos beschouwen.

’De’ thuisloze bestaat echter niet. Er bestaan heel wat verschillen, zowel naar oorzaak van thuisloosheid als naar type. Bij de één primeert het tekort aan betaalbare huisvesting of een leefbaar inkomen, maar is die persoon verder vrij weerbaar. Een ander heeft een psychiatrische problematiek, nog een ander is al zo lang thuisloos dat alle verbindingen met de maatschappij verbroken zijn. Iedere thuisloze heeft een uniek verhaal en een eigen levensgeschiedenis. Daarom is zorg op maat heel belangrijk om hen te helpen (zie hierover: Van Regenmortel & Demeyer, 2006). Hulpverleners moeten op zoek gaan naar wat elk individu kan en wil, naar zijn of haar individuele krachten en mogelijkheden, rekening houdend met individuele of maatschappelijke beperkingen.

1.2 Een typologie

Een definitie verhult de diversiteit van de toestand waaraan ze refereert en van de bevolking die in deze toestand leeft. Typologieën zijn beter geschikt om deze verscheidenheid te vatten, maar zullen ook nooit sluitend zijn. De Europese thuislozenfederatie FEANTSA ontwikkelde de ETHOS-typologie om verschillende vormen en gradaties van thuisloosheid te onderscheiden (Edgar & Meert, 2005). ETHOS omvat vier hoofdcategorieën: dakloosheid (op straat levend, in kraakpanden, in nachtopvang van beperkte duur), ‘huisloosheid’ (thuisloos, maar wel onder dak: meestal in opvangcentra, asielcentra of noodwoningen, transitwoningen, maar ook gedetineerden die op het punt staan vrij te komen en zieken die een ziekenhuis verlaten, maar geen woonst hebben), onzekere huisvesting (dreigende uithuiszetting, gebrekkige huurcontracten die onmiddellijk kunnen worden opgezegd, niet-gedomicileerd inwonen bij familie of vrienden, kraakpanden, dreigend verlies van woonst omwille van familiaal geweld) en on-

voldoende huisvesting (onbewoonbaar verklaarde woningen of te kleine, ongezonde of ongeschikte woningen).

We beperken ons in dit hoofdstuk voornamelijk tot de categorieën ‘dakloos’ en ‘huisloos’ (als vertaling van de al even kromme Engelse term ‘houseless’). Voor de duidelijkheid zullen we in wat volgt, spreken over ‘daklozen’ (zwerfers en straatlapers, categorie 1 en 2) en ‘thuislozen’ (in de opvangcentra, categorie 3-5). Ook op het vlak van gezondheid is het onderscheid van belang. Langdurig verblijf op straat leidt tot complexe en zeer specifieke gezondheidsproblemen die wezenlijk verschillen van de gezondheidsproblemen waarmee mensen in opvangcentra worden geconfronteerd. Alhoewel mensen zonder papieren volgens de ETHOS typologie wel degelijk thuislozen zijn, nemen we ze niet op in dit overzicht, omdat in dit Jaarboek een apart hoofdstuk aan hen wordt gewijd (zie deel II, hoofdstuk 6).

1.3 (G)een aantal

In België is het aantal dak- en thuislozen niet exact gekend. Het ontbreekt aan uniforme registratiesystemen en er gebeuren geen straattellingen op één bepaalde nacht, zoals in het buitenland. Voor Vlaanderen kan het Algemeen Welzijnswerk, dankzij haar registratiesysteem Tellus, wel een inschatting maken op basis van het aantal cliënten dat opgevangen wordt. Zij komen uit op een 12.000 personen die op jaarbasis worden opgenomen (Van Menxel, Lescrauwaet & Parys, 2003). In 2005 schatte De Decker, in opdracht van de Europese thuislozenorganisatie FEANTSA, dat het aantal dak- en thuislozen in België ongeveer 20.000 bedraagt, waarvan ruim 13.000 in Vlaanderen, 1.200 in Brussel en 5.000 in Wallonië, plus een geschat aantal illegale immigranten om het cijfer rond te maken (De Decker, 2004).

Het aantal thuis- en daklozen in Vlaanderen wordt op 12.000 geschat

1.4 Een gedeelde verantwoordelijkheid

Als het over het verband tussen gezondheid en sociale uitsluiting, armoede en thuisloosheid gaat, dan ligt de weg naar het individueel schuldmodel breed open. Zo geredeneerd hebben thuislozen hun gezondheidsproblemen louter aan zichzelf te danken. Omdat ze niet werken en daarom niet in orde zijn met hun ziekteverzekering; omdat ze de elementaire regels van lichaamshygiëne overboord gooien; omdat ze zich niet verzorgen en bijgevolg allerhande lichamelijke kwalen hebben; omdat ze drinken, roken of drugs gebruiken en daarom vroeger sterven; omdat ze afwijkende levenspatronen hebben en daarom voor

gek verklaard worden; omdat ze kiezen voor een leven op straat en het risico om 's winters dood te vriezen er maar moeten bij nemen.

We nemen afstand van dergelijke vooroordelen die de schuld bij de thuisloze zelf leggen. Niemand kiest ervoor om in armoede te leven en – bij uitbreiding – ook niet om als dakloze te leven. We wensen het thema thuisloosheid en gezondheid te benaderen vanuit een maatschappelijk schuldmodel (Vranken e.a., 1991-2006). Een rechtenperspectief op gezondheidszorg en de eis voor een (vol)waardig beleid om de gezondheidssituatie van thuislozen te verbeteren is hiervoor een eerste voorwaarde.

2. Wat weten we?

Onderzoek over de gezondheidstoestand van dak- en thuislozen geeft slechts fragmentaire aanduidingen en wordt zeker niet systematisch uitgevoerd. Nationale surveys over dakloosheid en gezondheid ontbreken. Zoals alle surveys bereikt ook de Gezondheidsenquête geen dak- en thuislozen. Er is nood aan gestandaardiseerd onderzoek dat, liefst in een Europees perspectief, op basis van vastgelegde indicatoren vergelijkend onderzoek levert over de gezondheidsproblemen van dak- en thuislozen.

2.1 Gezondheidsproblemen van thuislozen in opvangcentra

Onderzoek over thuislozen die in Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW) begeleid wonen en psychosociale begeleiding krijgen, wijst op hun problematische gezondheidssituatie (Van Menxel e.a., 2003; Vanheusden, 2004; 2007).

Twee op drie thuislozen heeft gezondheidsproblemen. Dit geldt voor alle leeftijdscategorieën. Slechts twee leeftijdscategorieën scoren lager dan het gemiddelde, namelijk de 31- tot 35-jarigen en de 56- tot 60-jarigen, zonder dat deze schommelingen meteen kunnen worden verklaard.

Twee op drie thuislozen kampen met gezondheidproblemen

De aard van de gezondheidsproblemen verschillen zeer duidelijk naar leeftijd en ook naar geslacht (tabellen 1 en 2). Bij de jongeren van minder dan 21 jaar valt onmiddellijk op dat zij vooral kampen met psychische problemen; die vormen 73,1% van de gezondheidsproblemen. Fysische aandoeningen komen in grotere mate voor bij ouderen. Nochtans blijven psychische problemen ook bij de categorie 21-50 jaar (57,8%) en boven 51 jaar (45,3%) de belangrijkste gezondheidsproblematiek. Vanaf 51 jaar krijgen fysische problemen de overhand.

Tabel 1 – Aard van de gezondheidsproblemen naar leeftijd (in %).

Gezondheidsprobleem	-21	21-50	51 en meer	Totaal
Fysieke handicap	7,7	10,9	16,4	11,7
Mentale handicap	8,0	16,6	18,5	16,2
Psychische problemen	73,1	57,8	45,3	56,8
Chronische ziekte	4,0	13,5	33,3	16,7
TbC	–	3,0	3,7	3,1
Kanker	–	1,7	9,3	3,2
Aids/HIV	4,5	1,2	1,9	1,6
SOA	4,5	0,6	1,9	1,3
Andere	8,3	17,1	22,6	17,4
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron: Van Menxel e.a., 2003.

Tabel 2 – Aard van de gezondheidsproblemen naar geslacht (in %).

Gezondheidsprobleem	Man	Vrouw	Totaal
Fysieke handicap	15,7	3,4	11,7
Mentale handicap	19,0	10,5	16,2
Psychische problemen	54,5	61,4	56,8
Chronische ziekte	17,4	15,3	16,7
TbC	3,5	2,4	3,1
Kanker	1,2	7,1	3,2
Aids/HIV	2,4	–	1,6
SOA	1,2	1,3	1,3
Andere	18,7	14,9	17,4
Totaal	100,0	100,0	100,0

Bron: Van Menxel e.a., 2003.

2.2 Lifestyle ziekten

Vanheusden (2004) onderzocht de gezondheidstoestand, leefstijl en medische consumptie bij bewoners van Limburgse opvangcentra voor thuislozen, crisis-opvang, opvangcentra voor vrouwen en vluchthuizen. Doordat dezelfde indicatoren werden gebruikt als in de nationale Gezondheidsenquête van 2001, zijn de gegevens over thuislozen vergelijkbaar met de ‘gemiddelde’ Limburger. In de vragenlijst zaten leefstijlindicatoren zoals rookgedrag, consumptie van alcohol en illegale drugs en indicatoren voor de consumptie van psychotrope geneesmiddelen (slaapmedicatie, kalmeermiddelen en antidepressiva). Buitenslapers en bewoners van marginale huisvesting werden niet in het onderzoek opgenomen. De steekproef betrof 140 bewoners van Limburgse opvangcentra voor thuislozen. Een controlegroep bestond uit 555 Limburgse respondenten ouder dan 18 jaar die deelnamen aan de Gezondheidsenquête van 2001.

Uit het onderzoek blijkt dat thuislozen een significant slechtere subjectieve, lichamelijke, psychische en sociale gezondheidstoestand hebben dan de door-

snee Limburgse bevolking. Thuislozen houden er ook een andere levensstijl op na: een ongezonde levensstijl gekenmerkt door meer overconsumptie van alcohol, roken en het gebruik van illegale drugs dan de gemiddelde Limburgse populatie. Het tabaksgebruik van thuislozen is driemaal zo hoog als dat van de gemiddelde bevolking: 88% thuislozen roken dagelijks, gemiddeld is dat slechts 28%. Voor alcoholgebruik worden thuislozen achtmaal meer aangeduid als ‘excessieve drinker’ in vergelijking met de Limburgse populatie: 21% van de thuislozen drinkt drie of meer keer per week op één dag zes glazen alcohol (ten opzichte van slechts 3% van de Limburgse populatie). Experimenteel (‘ooit gebruikt’) cannabisgebruik is zevenmaal hoger onder thuislozen (55%) dan onder de gemiddelde Limburger (7,5%). Bij experimenteel ecstasy/amfetaminegebruik liggen deze verschillen nog hoger: 36% van de thuislozen ten opzichte van 2% van de Limburgse populatie geeft aan ooit ecstasy en/of amfetaminen te hebben gebruikt.

 Negen op tien thuislozen roken dagelijks

Voor de opvallende verschillen qua psychische gezondheid tussen thuislozen en de gemiddelde bevolking zijn zorgwekkend. Dit wijst op de grote nood aan meer psychosociale ondersteuning en begeleiding in plaats van psychotrope geneesmiddelen en de noodzaak van een betere afstemming tussen het Algemeen Welzijnswerk en de Geestelijke Gezondheidszorg. Ziekte en medicatie blijken thuisloosheid te bestendigen.

Een onderzoek in de provincie Antwerpen gaf aan dat van alle cliënten die in één van de behandelingscentra om een behandeling vroegen, bijna 10% dakloos was of in een onbestendige woonomgeving leefde (Colpaert e.a. 2005). Vergelijken met niet-dakloze cliënten lijken zij vaker meerdere drugs te gebruiken zoals opiaten, cocaïne, alcohol en hypnosedatieve middelen. Ze zijn niet significant ouder of jonger. Bij dakloze druggebruikers is het percentage vrouwen lager (16,4%) dan bij druggebruikers die leven in een stabielere omgeving. Dakloze druggebruikers zwerven rond in de stad Antwerpen, veel minder in de omliggende steden en gemeenten. Een aantal gecontacteerde opvanghuizen voor daklozen geeft aan dat tussen een vijfde (21,8%) en een derde (35,4%) van alle daklozen die bij hen aankloppen voor hulp, regelmatig illegale drugs en/of alcohol gebruikten (dat laatste op overmatige wijze). Ten slotte vermeldde het onderzoek – ook al was dit over een beperkte tijdsspanne van zes maanden – een aanzienlijke overlapping tussen de behandelingscentra en de opvanghuizen voor daklozen: ongeveer 25% van alle cliënten met problemen van overmatig druggebruik, ingeschreven bij de opvanghuizen voor daklozen, was tegelijk geregistreerd in één of meerdere behandelingscentra. De auteur bepleit de noodzaak van een goede samenwerking tussen beide sectoren.

2.3 Geestelijke gezondheid en psychiatrie

De problematische verhouding tussen thuisloosheid en psychiatrie trad in de jaren 1980 op de voorgrond in onderzoek en zorg. De Nederlandse onderzoekers Heydendael en Nuy (1980) namen vanuit de sociale geneeskunde een pioniersrol op. Ze stelden dat thuislozen niet passen in de gangbare instituties van de ambulante en klinische (geestelijke) gezondheidszorg. Niet omdat ze niet gemotiveerd zouden zijn, maar vanwege de combinatie van een veelheid aan problemen. De onderzoekers vermeldde drie redenen. Ten eerste blijkt dat de meeste thuislozen niet (meer) in aanmerking komen voor hulpverleningsinstellingen met een therapeutisch karakter. Voor de psychiatrische centra zijn ze onvoldoende gemotiveerd ofwel 'niet gestoord genoeg'. Er is bovendien bijna nooit sprake van een goed te omschrijven ziektebeeld. Ten tweede, zijn velen op meer dan één manier gehandicapt, waarbij dan nog niet altijd aan te geven is welke 'handicap' het zwaarst weegt. Een derde bijzonderheid is dat de meeste thuislozen geen thuismilieu of andere bindingen meer hebben. Typerend voor velen is de instabiliteit van woon- en verblijfplaats. Voor velen is het juist de combinatie van stoornissen of ziektebeelden die ervoor zorgen dat mensen in de thuislozenzorg terechtkomen en niet in gespecialiseerde medische zorg. Een andere vaststelling is dat thuislozen wel degelijk elders voorkomen dan in de thuislozenzorg, maar dan onder een ander etiket (Heydendael en Nuy, 1980).

Ook de Vlaamse hulpverlening aan thuislozen in die periode 'verslikte' zich in de rondjes die de harde kern van thuislozen steeds opnieuw doorliep in het institutioneel circuit: jeugdinstelling, gevangenis, landloperskolonie, internering en psychiatrie. De 'draaideurpsychiatrie' van de jaren zestig, gevolgd door de 'antipsychiatrie' en later door de 'vermaatschappelijking' van de psychiatrie hadden allemaal hetzelfde effect: steeds meer psychiatrische patiënten met een complexe problematiek en zonder sociale bindingen vervoegden de dak- en thuislozenpopulatie.

Sindsdien heeft het onderzoek naar dakloosheid en gezondheid in Europa zich verder ontwikkeld. Vooral vanaf 1995 groeide de aandacht. Op basis van de gegevens "PsychLit et MedLine" werden 172 publicaties geïdentificeerd en geanalyseerd over psychologische, sociologische of gezondheidsrelevante problemen van de daklozen in Europa. Het grootste deel van het onderzoek gebeurde in het Verenigd Koninkrijk (42%) en in Frankrijk (17%), meestal door universitaire onderzoekers (44%) en door in dit domein werkende mensen (40%) (Phillipot, 2003; 2004).

Veel studies gaan dieper in op de lichamelijke en geestelijke gezondheid van deze bevolkingsgroep. Een deel wijst erop dat veel daklozen een ziekte oplopen, maar dat ze weinig aandacht schenken aan hun fysieke welzijn (er zijn bijvoorbeeld weinig psychosomatische stoornissen) en dat ze geen gebruik maken van de gezondheidsdiensten waartoe ze toegang hebben. Er is ook aangetoond dat de daklozen in vergelijking met de algemene bevolking meer mentale pro-

blemen ondervinden. Deze bevolkingsgroep gebruikt in hoge mate verslavende middelen en lijdt aan depressie en angststoornissen. In de meeste gevallen blijken de geestelijke gezondheidsproblemen aan de dakloosheid vooraf te gaan.

Onderzoek van Phillippot e.a. (2004) naar de geestelijke gezondheid van Belgische daklozen wijst andermaal op een hoger voorkomen van geestelijke stoornissen bij daklozen dan bij de algemene bevolking. Ook in dit onderzoek wordt bevestigd dat psychische stoornissen ontstaan vóór het verlies van huisvesting. Voorts zijn er weinig overeenkomsten tussen de geestelijke stoornissen waaraan daklozen lijden.

Een psycho-epidemiologische studie bij een panel van 42 Belgische daklozen onderzocht, aan de hand van een geldig evaluatie-instrument, een zeer uitgebreid spectrum stoornissen bij een steekproef van daklozen die groot genoeg is om betrouwbare schattingen over het voorkomen van geestelijke stoornissen in deze bevolkingsgroep te kunnen vaststellen.

Het aantal psychiatrische stoornissen in de dakloze bevolking is zeer groot. De meest voorkomende stoornissen zijn depressie, algemene angst en verslaving of misbruik van verslavende middelen (alcohol of drugs). Niettegenstaande slechts 12% van de steekproef daardoor wordt getroffen, is de prevalentie van de psychotische stoornissen vermeldenswaardig omdat deze stoornissen heel weinig voorkomen bij de gewone bevolking (0,5 tot 1%). Ten slotte zijn er in het panel geen voedings- of somatische stoornissen waargenomen. De onderzoekers zien hierin een bevestiging dat daklozen zich weinig zorgen maken over hun lichaam.

De meeste daklozen vertonen een of meer psychiatrische stoornissen

Het psychiatrische ziektecijfer is zeer groot: voor de hele representatieve groep vertonen slechts zeven daklozen (15%) geen psychiatrische stoornis en zes (13%) vertonen slechts één stoornis. De anderen (72%) vertonen ten minste twee bewezen psychiatrische stoornissen.

Binnen het panel daklozen werden er geen kenmerken waargenomen die met het aantal geestelijke stoornissen samenhangen. Meer specifieke diagnoses leverden daarentegen onverwachte resultaten op. Daklozen met een angststoornis, die verschillend is van algemene angst, hebben een hoger opleidingsniveau dan degenen die geen angststoornis vertonen. De leeftijd, de nationale herkomst en de huisvestingssituatie blijken eveneens te correleren met de aanwezigheid van angststoornissen. De analyse betreffende de algemene angst wijkt hiervan af. Deze blijkt niet verbonden met de leeftijd en evenmin met eerdere ervaringen van dakloos zijn, maar wel met de huisvestingstoestand: mensen die van nature angstig zijn, lijden meer onder een onzekere huisvestingstoestand). Met opvoeding is er dan weer een omgekeerd verband: personen die van nature angstig

zijn, blijken een lager opleidingsniveau te hebben dan niet-angstige mensen. Alcoholverbruik blijkt niet of weinig gepaard te gaan met het aantal ervaringen van dakloosheid, net zoals depressie.

2.4 Drempels voor een toegankelijke gezondheidszorg

Ondanks de vele inspanningen die al werden geleverd om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te bevorderen, blijken vele administratieve, financiële en sociaal-culturele drempels de toegang tot de gezondheidsvoorzieningen te hinderen voor mensen die in armoede leven. De rapporten van De Maeseneer e.a. (2003) geven een zeer gedetailleerde inventaris van deze drempels, zowel aan de aanbodzijde als de vraagzijde van de gezondheidszorg. De basis om voor een recht op gezondheid voor armen te ijveren, werd al gelegd in het Algemeen Verslag over de Armoede (Koning Boudewijnstichting, 1994). De Verenigingen waar armen het woord nemen, waaronder ook daklozenorganisaties, brachten de drempels vanuit de eigen ervaring samen (Collectief Verenigingen Armen e.a., 2002).

Uit een nieuwe studie van de vakgroep huisartsengeneeskunde van de Universiteit Gent blijkt dat (Gentse) daklozen vaker een beroep op geneeskundige eerstelijnsverzorging doen dan de gemiddelde Belg. Dit valt te verklaren door hun hogere behoefte aan zorg. Opnieuw worden verschillende barrières vastgesteld bij het raadplegen van een huisarts of de spoeddienst. Het gaat om financiële obstakels, lange wachttijden, weinig vertrouwen in de arts of angst voor lastige vragen. Daklozen blijken ook hun pijn vaak te negeren en zelf middeltjes uit te proberen. Omdat ze van dag tot dag leven, valt het hen niet makkelijk om zich aan afspraken en administratieve geplogenheden te houden (Belga, 2007)

2.4.1 *Administratieve drempels*

België beschikt over een goed uitgebouwde sociale zekerheid. In theorie is de hele Belgische bevolking gedekt door een verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Het recht op sociale zekerheid, en dus ook op gezondheidszorgen en ziekte-uitkeringen, wordt verworven op basis van arbeid. Voorwaarde om te kunnen genieten van gezondheidszorgen en uitkeringen is dat men aangesloten is bij een ziekenfonds. Het ziekenfonds is de uitbetalingsinstelling voor wie door arbeid zijn sociale zekerheidsrechten heeft opgebouwd. In de praktijk vallen sommige bevolkingscategorieën echter buiten deze bescherming.

Niet iedereen voldoet aan de voorwaarden om te kunnen toetreden tot de ziekteverzekering: arbeidsprestaties of gelijkgestelde periodes voorleggen, lid zijn van een ziekenfonds en de lidmaatschapsbijdrage betalen, een wachttijd doorlopen. Voor daklozen is het hebben van een domicilie de belangrijkste drempel. Wie geen wettelijke domicilie heeft, bijvoorbeeld omdat hij of zij van

ambtshalve geschrapt is uit de bevolkingsregisters van de gemeente van een vroeger verblijf en zich nergens anders inschreef, heeft geen toegang tot gezondheidszorgen, noch tot gezondheidsuitkeringen.

Als het recht op sociale zekerheid wegvalt, rest nog het leefloon of bijstand. Ook dan dreigen daklozen, die geen domicilie of vast adres hebben, uit de boot te vallen. Wie opgenomen is in een opvangcentrum kan steun genieten van het OCMW van de plaats van verblijf op basis van de wet op de onderstandswoonst. Sinds 1994 hebben daklozen zonder domicilie wel de mogelijkheid zich in te schrijven in de gemeente van verblijf door een referentieadres te vragen bij een OCMW. Dezelfde domiciliëeringsvoorwaarde geldt voor de regeling van de betalende derde.

2.4.2 Financiële drempels

Steeds meer openbare ziekenhuizen werken met een verplichte provisie vooraf tot een behandeling wordt overgegaan. Voor dringende medische hulp kan men dan terecht op de spoeddiensten, maar wanneer de noodzakelijke behandeling geen dringend karakter heeft, wordt ze onbereikbaar voor de thuisloze.

Zonder een geldige domiciliëring kan men niet van de maximumfactuur genieten

Sommige patiënten stellen een consultatie bij de dokter, de tandarts of de apotheker uit omdat zij niet of moeilijk kunnen betalen. De federale overheid heeft daarom in de jaren negentig en in het begin van het huidige decennium verschillende drempelverlagende maatregelen ingevoerd zoals de ‘maximumfactuur’ en de ‘regeling betalende derde’. Maar deze maatregelen gelden enkel voor mensen die zijn verzekerd bij een ziekenfonds en worden niet altijd positief geëvalueerd (zie o.a. Levecque en De Boyser, 2006). Voor daklozen is het duidelijk dat zij enkel van deze maatregelen kunnen genieten als zij eerst een geldige domiciliëring hebben in de gemeente van hun verblijf en aangesloten zijn bij een ziekenfonds. Beide voorwaarden zijn, in het geval van daklozen zonder domicilie of van thuislozen die in een opvangcentrum verblijven waar ze niet kunnen gedomicilieerd zijn, verre van vanzelfsprekend.

2.4.3 Psychologische en culturele drempels

Daklozen zullen zich zelden spontaan bij een hulpverleningsdienst aanbieden met een medisch probleem. Als ze dat toch doen is dit meestal voor een materieel of administratief probleem. Er is veel schroom om over gezondheidsproblemen te praten. Daklozen beschouwen hun lichaam als het enige en laatste waarover ze

nog zelf controle hebben, waardoor zij zich moeilijk kunnen toevertrouwen aan de zorgen van professionele hulpverleners. Het creëren van een vertrouwenssfeer is daarom essentieel bij het eerste contact tussen patiënten en hulpverleners.

De institutionele structuren en wettelijke maatregelen van de overheid stemmen niet overeen met de leefwereld van iemand die op straat leeft. Ze zijn niet gewend om binnen geordende structuren te functioneren. Voor daklozen in het bijzonder blijkt de kloof tussen de ziekenhuisomgeving en de leefomgeving bijzonder groot te zijn (De Maeseneer e.a., 2003: 26). Het vergt grote inspanningen om de drempel van ziekenhuizen of andere diensten te overschrijden. Eens die drempel overwonnen, is de juiste begeleiding belangrijk en moet men de persoon de nodige tijd gunnen om vergeten vaardigheden terug te winnen die nodig zijn om op een autonome manier om te gaan met de aangeboden hulp.

Ook culturele tradities vormen een belangrijke factor bij de keuze van het individu om al dan niet een beroep te doen op professionele, medische zorg. Een verantwoordelijke van een vereniging waar vooral daklozen het woord nemen, merkt in dit kader op dat vooral daklozen een bepaalde fierheid vertonen en willen behoren tot de groep waarmee ze zich identificeren. De regels van deze groep stroken niet altijd met de regels en de structuur van systemen zoals het gezondheidszorgsysteem. Daarom kiest men er vaak voor om zo lang mogelijk zichzelf te behelpen (De Maeseneer e.a., 2003: 107).

3. Wat doen we?

Alhoewel meer wetenschappelijk onderzoek en gegevensverzameling welkom en zelfs noodzakelijk is, menen we dat er voldoende feitelijke kennis voorhanden is om tot handelen over te gaan. Binnen het proces van dialoog met de armen dat het Algemeen Verslag over de Armoede (1994) in gang heeft gezet, hebben ook de dak- en thuislozen getuigenissen afgelegd en hun ervaringen meegedeeld. Hun ervaringsgerichte kennis ‘van onderuit’ is wellicht sprekend en waardevol om een beleid van zorg en welzijn voor thuislozen te inspireren.

Een speurtocht naar ‘good practices’ leert dat talrijke verenigingen, organisaties, projecten en samenwerkingsverbanden zich bekommeren om de gezondheidssituatie van thuislozen en ijveren voor een betere toegankelijkheid van gezondheidszorgen (Blow, 2006). We vermelden enkele maatregelen en initiatieven, die preventief of curatief werken.

3.1 Preventie

In de (grotere) steden bestaan er verschillende initiatieven voor gezondheids-promotie en -preventie. Het gaat onder meer om ‘huisartsenkringen’: samen-

werkingsinitiatieven tussen huisartsen in steden zoals Brussel, Gent of Antwerpen. Preventie gebeurt ook door de LOGO's of het lokaal gezondheidsoverleg en preventieve zorgcentra.

Ook de inloopcentra, waar thuislozen overdag terecht kunnen voor praktische en laagdrempelige hulp, experimenteren met de mogelijkheden om vanuit hun werking toe te leiden naar gezondheidszorg. In Antwerpen is een samenwerking gestart tussen een inloopcentrum en een wijkgezondheidscentrum. Een verpleegkundige van het wijkgezondheidscentrum houdt regelmatig zitdagen in het inloopcentrum. Achter een eenvoudig kamerschermje wordt de bloeddruk gemeten, worden wonden verzorgd, gezondheidsklachten besproken en een fiche bijgehouden die zo anoniem is als de cliënten zelf wensen. Waar nodig en mogelijk wordt verwezen naar de reguliere gezondheidszorg (Blow, 2006).

Het Vlaams Instituut voor de Gezondheidspromotie en -preventie (VIG) heeft een specifiek programma rond gezondheidsbevordering bij kansarmen. Een Europees onderzoek door het VIG, in samenwerking met het European Network of Health Promotion Agencies (ENHPA), heeft hierover sterk onderbouwde aanbevelingen geformuleerd naar het beleid en naar het werkveld. Net als de gezondheidspromotie-instituten uit twaalf andere landen van de EU en Noorwegen die deelnamen aan het Europese onderzoek: 'The role of health promotion in tackling inequalities in health', gebruikt het VIG deze aanbevelingen als dé leidraad voor zijn werking naar kansarmen.

Er bestaat in Vlaanderen een specifiek programma rond gezondheidsbevordering bij kansarmen

De Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT) werkt samen met de onthaalhuizen voor thuislozen en biedt regelmatig screenings aan om vroegtijdig tbc op te sporen en te behandelen.

Een aantal initiatieven zoals Sensoa, Adzon en Zorgwonen in Brussel richten zich op specifieke doelgroepen met een HIV-besmetting.

3.2 Dringende medische hulp op straat

Artsen Zonder Grenzen (AZG) heeft medische posten in Brussel, Antwerpen en Luik waar mensen gratis terecht kunnen voor consultaties. AZG richt zich voornamelijk tot asielzoekers en mensen zonder papieren, maar ook wel tot daklozen. De filosofie van AZG is dat men niet in de plaats wil treden van de overheid of de gesubsidieerde zorg. Initiatieven van AZG zijn daarom per definitie tijdelijk.

Daklozen komen niet naar (gezondheids)voorzieningen en niemand gaat naar hen. Vanuit deze vaststelling trekken in Brussel sinds begin 2006 twee verpleegsters er dagelijks op uit om daklozen op zoeken en hen te verplegen. Het vertrouwen winnen van de daklozen is een eerste voorwaarde. De eerste zorgen bestaan uit het knippen van nagels, doorligwonden verzorgen, ontsmetten van zweren. Daklozen met zware alcoholproblemen of psychiatrische problemen verwijzen ze door naar instanties die hen beter kunnen helpen.

3.3 Vorming

Eén van de acties in het kader van het jaarthema 2006 van FEANTSA ‘thuisloosheid & gezondheid’ was het ontwikkelen van een vormingsreeks ten behoeve van alle hulpverleners van de thuislozenwerking in Vlaanderen (De Wacker, 2006). Het doel was niet enkel het overdragen van informatie, maar te komen tot een kwaliteitszorgsysteem voor medische, hygiënische en farmaceutische zorg in de thuislozenzorg en andere relevante deelwerkingen van de CAW’s. Er werden twee vormingsluiken ontwikkeld en aangeboden: ‘Omgaan met besmettelijke aandoeningen in een thuislozenwerking’ in samenwerking met Free Clinic – Spuitenruil Antwerpen en ‘Omgaan met medicatiegebruik en -verstrekking in een thuislozenwerking’.

Naast accurate kennis bestond er een uitgesproken behoefte aan praktische draaiboeken met een duidelijk ‘als dit, dan dat’-scenario, die niet bol staan van de medische termen, maar bondig aangeven hoe men best reageert wanneer er een vermoeden is van bijvoorbeeld schurft, tbc, luizen of wat te doen bij een prikongeval. Het gratis overheidsaanbod van de gezondheidszorg en/of de samenwerkingsmogelijkheden met de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT) voor tbc-screening van de doelgroep, was slechts bekend bij enkele werkingen van CAW’s.

De hulpverleners vermelden dat het hele medicatieluik (bewaren, verstrekken, toezicht op inname) zeer belastend en tijdrovend is en als het ware de uitvoering van de begeleidingsopdracht hypothekeert. Het complementaire en voor de werkingen zeer interessante aanbod vanuit de hoek van de thuiszorg, psychiatrische thuiszorg en de thuisverpleging was voor het gros van de opvangcentra onontgonnen terrein. In een dergelijk samenwerkingsverband kan de hulpverlening zich meer richten op haar kerntaken, doordat het medische luik wordt opgenomen door een gezondheidswerker. Het bespreekbaar maken door de (sociaal) verpleger van medicatiemisbruik of op z’n minst overdadig medicatiegebruik, betekent eveneens een grote taakontlasting voor de hulpverleners en ze voelen zich niet meer geprangd in het keurslijf van ‘controleur’.

Externe verplegers hebben naast die bufferfunctie ook een filterfunctie. Zij kunnen immers geen medicatie voorschrijven, maar wel samen met de cliënt

bekijken of doorverwijzing in functie van het verkrijgen van medicatie aangewezen is.

3.4 Geestelijke gezondheidszorg voor daklozen

In 2000 ontstond SMES-België (Geestelijke gezondheid, Sociale uitsluiting) te Brussel, naar buitenlands voorbeeld, door de oprichting van intervisiegroepen. Deze groepen bestonden uit psychiaters, psychologen en sociaal assistenten die samen casussen bespraken van mensen die in sociale uitsluiting leefden en te kampen hadden met psychiatrische problemen. Dit gebeurde vanuit de vaststelling dat psychiatrische en sociale problemen apart werden behandeld – of niet behandeld – en dat beide sectoren elkaar de bal toespeelden. De psychiatrie verwees naar de onthaalhuizen en noemde de problemen ‘sociaal’ en vice versa.

In 2002 werd binnen SMES-België met een pilootproject gestart dat ‘Cellule d’appui médico-psychologique d’intersection entre la santé mentale et l’exclusion sociale’ heet. De SMES wil met deze cel de mensen op hun terrein tegemoet treden en staat ter beschikking van organisaties in de thuislozenzorg. Ze werkt in eerste instantie met de organisaties die al deel uitmaakten van de SMES, onder meer de organisaties voor straathoekwerk, opvangcentra en Artsen zonder Grenzen, maar in principe kunnen alle organisaties die met deze problematiek worden geconfronteerd een beroep doen op de cel. Deze cel wil fungeren als een toegangspoort naar geestelijke gezondheidszorg voor thuislozen en andere uitgesloten groepen (Krabbe, 2006).

4. Wat moet gebeuren?

4.1 Knelpunten gezondheidszorg wegwerken

De meest voorkomende knelpunten in de samenwerking met de gezondheidszorg zijn:

- De geringe vertrouwdheid van de gezondheidswerkers met de eigenheid van de doelgroep en de werkingen (opdracht, infrastructuur). Dit leidt vaak tot onrealistische verwachtingen ten aanzien van de begeleidingsmogelijkheden.
- Het onverantwoorde voorschrijfgedrag van de artsen: ‘te veel en te duur’.
- De moeilijke relatie tussen de spoedafdelingen en PAAZ (Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen) diensten van de ziekenhuizen. Cliënten kunnen er moeilijk terecht én ze worden zonder voorafgaand contact door diezelfde diensten naar een opvangcentrum voor thuislozen gestuurd. Samenwerkingsafspraken zijn quasi onbestaand.
- Deontologie: relevante informatie voor de hulpverlening wordt niet doorgegeven doordat artsen zeer rigide schermen met het beroepsgeheim. Diezelfde

artsen verwachten zelf wel veel informatie van de hulpverleners. Wanneer de arts een goede bekende is in een opvangcentrum voor thuislozen krijgt de omgang met (medische) cliëntinformatie vaak een nonchalant karakter onder het mom van ‘gedeeld beroepsgeheim’.

- Vrijwel overal ontbreekt een consequent beleid inzake de verstrekking van vrij verkrijgbare medicatie. Aan eenzelfde cliënt worden herhaaldelijk pijnstillers verstrekt, maar er wordt niet systematisch gekeken naar achterliggende oorzaken en het signaal wordt slechts zelden omgezet in een begeleiding naar de gezondheidszorg.
- De actieve sturing naar de gezondheidszorg staat in veel werkingen nog in de kinderschoenen.
- De relatieve onbekendheid of afwezigheid van de toepassing van het derdebetalersysteem past in dit plaatje. Zelfs wanneer men het principe kent, wordt het niet systematisch toegepast.
- Naast de kloof tussen de gezondheidszorg en de doelgroep gaapt een even grote kloof tussen gezondheidszorg en thuislozenwerkingen.
- Samenwerkingsverbanden met gezondheidswerkers die affiniteit hebben of minstens geïnteresseerd zijn in deze doelgroep blijven helaas zeldzaam.

4.2 Laagdrempelige hulpverlening

Een meer selectieve aanpak voor daklozen en andere kwetsbare groepen gebeurt – of zou kunnen gebeuren – via hulpverlening met een lage drempel. De Maeseneer e.a. (2003:82-88) vermeldt een aantal mogelijkheden:

- Het aanstellen van iemand die de zorg coördineert op de eerstelijns.
- Via wijkgezondheidscentra en buurtcentra kan men, via een wijkgebonden aanpak, een oplossing bieden voor allerlei problemen waarmee de plaatselijke bevolking wordt geconfronteerd. Daarenboven kan de buurtwerking een steunpunt zijn om te werken aan een structurele verbetering van de leefomgeving en het welzijn van de sociaal meest achtergestelde burgers onder wie ook daklozen. Hiervoor probeert men via ontmoetingsactiviteiten allerlei gedragen door vrijwilligers uit de wijk, bewoners te mobiliseren.
- Het inschakelen van vertrouwenspersonen.
- Het belang van zelfhulpgroepen die echter te weinig subsidies krijgen.
- Mondelinge informatie blijft erg belangrijk omdat onmiddellijk kan nagegaan worden of de patiënt de informatie begrijpt.
- Laagdrempelige ‘medische informatiepunten’ waar patiënten terecht kunnen met vragen of voor ondersteuning bij het formuleren van hun hulpvraag. Voorbeeld van een initiatief: in het nachtverblijf of het dagcentrum voor daklozen kunnen mensen ook terecht voor vragen in verband met het gezondheidszorgsysteem; elke organisatie neemt de verantwoordelijkheid om

op duidelijke manier informatie beschikbaar te stellen of te verspreiden over haar dienstverlening.

- Een apart budget voor de verbetering van informatie en communicatie met maatschappelijk kwetsbare groepen.
- Het aanbieden van zeer laagdrempelige gezondheidszorg en -preventie in inloopcentra voor thuislozen (Blow, 2006).
- Deze selectieve aanpak geeft de mogelijkheid de communicatie aan te passen aan de doelgroep (rekening houden met eventuele taalproblemen, met het feit dat de patiënt geen toegang heeft tot computers (internet).
- Het verbeteren van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg is slechts één piste om sociale verschillen in gezondheid terug te dringen. Ook andere aspecten moeten worden aangepakt, zoals huisvesting (bijvoorbeeld door subsidies toe te kennen voor het isoleren van huizen, door het uitbreiden van de opvang voor daklozen)

4.3 Meer geestelijke gezondheidszorg voor daklozen

Phillippot (2003) wijst op het belang om geestelijke gezondheidsproblemen bij daklozen daadwerkelijk aan te pakken. Het hoge aantal depressies en het hoge zelfmoordrisico wijzen op de noodzaak om daklozen persoonlijk te behandelen. Welzijnsvoorzieningen, administraties en gezondheidsdiensten werken te versnipperd, zonder veel trajectbegeleiding. Een dakloze moet bij verschillende diensten en bij verschillende tussenpersonen aankloppen. Telkens opnieuw. De geestelijke gezondheidstoestand van vele daklozen maakt het hen in combinatie met hun levensomstandigheden niet gemakkelijk zich aan te passen aan administratieve geplagenheden. Dit is een belangrijk struikelblok voor hun reïntegratie. Als de geestelijke gezondheidszorg verwacht dat daklozen spontaan en regelmatig om hulp zullen komen vragen, maakt ze zich illusies. Daarom is het noodzakelijk een beleid uit te tekenen dat proactief is (de geestelijke gezondheidsartsen moeten de daklozen opzoeken waar ze zich bevinden), persoonlijk is (een vaste referentiepersoon op het gebied van geestelijke gezondheid) en in de maatschappelijke werkelijkheid geïntegreerd is (de ontwikkeling van hun sociaal netwerk moet worden nagestreefd).

5. Conclusie: recht op gezondheid is een mensenrecht, ook voor thuislozen

Op basis van landenrapporten van EU-lidstaten publiceerde FEANTSA, de Europese federatie van nationale organisaties die met thuislozen werken, in 2006 “The right to health is a human right: ensuring access to health for people who

are homeless” (Murphy, 2006). Het thema gezondheid bleek een nuttige insteek om thuisloosheid te (her)bekijken. Via een gezondheidsbeleid kan thuisloosheid holistisch en preventief aangepakt worden. Gezondheidszorg zou een toegangspoort tot andere vormen van hulpverlening moeten zijn. Een actieplan tegen thuisloosheid aanpakken, zou altijd een gezondheidsluik moeten omvatten.

Gezondheid is onmisbaar voor sociale inclusie. Het recht op gezondheid en gezondheidszorg hangt nauw samen met het realiseren van andere mensenrechten, zoals het recht op eten, huisvesting, werk, onderwijs en participatie. Gebrek aan gezondheid is vaak een van de cruciale factoren die tot thuisloosheid kan leiden. Het uitgangspunt is dat gezondheidszorg een mensenrecht is.

Thuisloosheid is zowel oorzaak als gevolg van ongezondheid: “there are no illnesses specific to homelessness: rather the health situation of a person worsens in direct relation to their overall situation” (Murphy, 2006). Uit alle nationale rapporten bleek dat de behandeling van thuislozen bemoeilijkt wordt door hun meervoudige (gezondheids)problemen. Het tegelijk voorkomen van verschillende aandoeningen bemoeilijkt de behandeling en maakt thuislozen erg kwetsbaar. Het is dan ook noodzakelijk om holistisch te werk te gaan en toch tegelijkertijd de best mogelijke zorg voor elk probleem apart te bieden.

Het tegelijk voorkomen van verschillende gezondheidsproblemen spoort evenwel met de specialistische aanpak van de moderne geneeskunde. De hele sfeer van een ziekenhuis of wachtkamer is weinig uitnodigend: veel thuislozen hebben negatieve ervaringen met gezondheidsdiensten en schamen zich over hun situatie, waardoor ze minder geneigd zijn hulp te zoeken als ze die nodig hebben. Bovendien hebben ze zoveel andere dringende behoeften (eten, onderdak, soms drugs of drank), wat maakt dat gezondheidszorg opzoeken en een behandeling volhouden niet hoog op de prioriteitenlijst staan. Zieken moeten vaak rusten, een dieet aanhouden en heel hygiënisch met wonden omgaan. Thuislozen kunnen deze zelfzorg lang niet altijd nauwgezet volhouden; de thuislozenzorg zou hier een leemte kunnen opvullen. Toch blijkt dit over heel Europa eerder uitzondering dan regel (Murphy, 2006: 13).

Overall in Europa bestaan financiële barrières en administratieve problemen met de zorgverzekering. Besparingen en de verhoging van de patiëntenbijdrage, hoe klein ook, hebben altijd een negatieve invloed op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor armen en thuislozen. Ook administratieve procedures, met pasjes, plakstrookjes, pinkaarten en dies meer vormen een belemmering. Privatisering van de gezondheidszorg is een bijkomende drempel. Voor mensen zonder papieren is er enkel dringende medische zorg voorzien.

Er worden pogingen ondernomen om de drempels tot de gezondheidszorgen voor thuislozen weg te werken via speciale laagdrempelige en outreachende (vindplaatsgerichte) voorzieningen. De thuislozenzorg ziet zichzelf vaak als tussenpersoon en bemiddelaar tussen de gezondheidsdiensten en de thuisloze patiënten, en bepleit een flexibelere manier van omgaan met administratieve voorwaarden en financiële drempels. Over de vraag of er speciale gezondheidsdien-

sten voor thuislozen moeten komen, wordt er nog gedebatteerd. Vooral geestelijke gezondheidszorg en tandheelkunde blijken moeilijk toegankelijk voor thuislozen. Ook de mogelijkheid om weer aan te sterken na een ziekte of operatie ontbreekt vaak. In veel landen met uitgestrekte landelijke regio's is het moeilijk om overal voldoende gezondheidszorg te garanderen.

Het besluit is dat thuislozen hun recht op gezondheid(szorg) al te vaak niet hard kunnen maken. De lidstaten moeten hiertoe specifieke acties ondernemen, gezien de kwetsbaarheid van thuislozen. Er is voldoende kennis en ervaring in de thuislozensector om het beleid hierin bij te staan. Toegang tot gezondheidszorg is een essentieel element in het bestrijden van thuisloosheid.

NOOT

1. Uit *The Cardigans – Sick & Tired* (1994).

HOOFDSTUK 8

De gezondheid van migranten: het gevaar loert van twee kanten¹

Vincent Lorant², Herman Van Oyen³ en Isabelle Thomas⁴

1. Inleiding

Sinds de jaren '70 van vorige eeuw nam de jaarlijkse nettomigratie naar Europa sterk toe; jaarlijks bedraagt ze nu vijf immigranten per 1000 inwoners (Europese Commissie, 2004). Zonder immigratie zou in sommige landen, zoals Duitsland en Italië, de bevolking dalen. Daarenboven worden de migratiestromen globaler en diverser (Castles en Miller, 2003).

Het moet dan ook niet verbazen dat etnische minderheden en migranten al langer de belangstelling wekken van onderzoekers, ook inzake gezondheidsonderzoek. Zowel in de VS (Franks e.a., 2003; Sorlie e.a., 1995) als in het Verenigd Koninkrijk (Marmot e.a., 1984) werd immers vastgesteld dat de sterftecijfers tussen etnische groepen verschillen. Dat bleek ook het geval te zijn voor morbiditeitscijfers en voor de gezondheidstoestand (Browning e.a., 2003; Kington en Smith, 1997).

Omdat migranten en etnische minderheden een veeleer lagere SES (sociaal-economische status) hebben, willen de onderzoekers vooral de respectieve invloed van etniciteit en van sociale klasse op de gezondheidstoestand ontwarren. Vroege studies kwamen tot de conclusie dat sociale klasse geen belangrijke, verklarende variabele is voor de hogere sterfte bij etnische minderheden (Marmot e.a., 1984; Wild en McKeigue, 1997). Deze resultaten werden nadien betwist door onderzoekers die aantoonde dat de lagere SES wél een belangrijke rol speelt bij deze verschillen (Kington en Smith, 1997; Lindstrom e.a., 2001; Navarro, 1990; Nazroo, 1998).

Om deze verschillen te verklaren, werd daarom naar andere factoren gezocht. Een overzichtsstudie suggereert dat de bijdrage van de SES tot de gezondheidsverschillen afhangt van het soort aandoening (LillieBlanton e.a., 1996); andere auteurs uitten dan weer hun twijfels over de methodes die worden gebruikt om de impact van de SES te schatten (Kaufman et al., 1997) of om de etnische groepen af te bakenen (Kaplan en Bennett, 2003).

Wat in het onderzoek over de gezondheidsverschillen bij migranten over het hoofd wordt gezien, is de leefomgeving. Enkele uitzonderingen niet te na gesproken (Karlsen e.a., 2002; Smaje, 1995; Subramanian e.a., 2005), werd vooral gekeken naar individuele, sociaal-economische factoren. Maar gezondheidsverschillen kunnen ook worden verklaard door de omgeving waarin migranten leven. Ze wonen immers meestal in gedepriveerde buurten, met een hoge concentratie van minderheden en met een laag aanbod van sociale en gezondheidsvoorzieningen (Smaje, 1995).

Daarenboven waren vroegere gegevensverzamelingen slechts beperkt bruikbaar voor dit soort van onderzoek; enkel in het Verenigd Koninkrijk gebeurde een survey bij minderheidsgroepen (Chandola, 2001). Ook hanteerden deze studies dikwijls vrij ruime categorieën (zoals 'Latino's', 'Aziatisch'); daardoor verdwenen binnengroepsverschillen uit het visier (Bhopal e.a., 1991). Dit mag enige verbazing wekken. Vroegere studies al hadden aangetoond dat in het Verenigd Koninkrijk inwoners van Indiase herkomst een lager gezondheidsrisico hadden dan mensen uit Bangladesh of Pakistan en dat, in de VS, latino's het zelfs beter deden dan blanken.

Daarom willen we in deze studie onderzoeken welke invloed de leefomgeving heeft op zelfgerapporteerde gezondheidsverschillen tussen autochtonen en allochtonen. Aan de hand van de Volkstelling, die over de hele bevolking gaat, kunnen we deze verschillen meten en de respectieve bijdrage achterhalen die contextuele en compositionele⁵ factoren daartoe leveren.⁶

Vooraf willen we erop wijzen dat de besproken literatuur hoofdzakelijk Angelsaksisch is en meer bepaald uit de VS komt. Over de bruikbaarheid van de daarin gehanteerde concepten en gemaakte vaststellingen voor de Belgische situatie, kunnen vragen worden gesteld; zo kent België niet de metropolen waar het in de VS over gaat. Onze resultaten tonen evenwel aan dat desondanks de toestand in België in hoge mate vergelijkbaar is.

2. Theoretische achtergrond

In vroeger onderzoek werden contextuele factoren meestal gedefinieerd aan de hand van sociaal-economische achterstand, zoals het gemiddelde inkomen of de mate van deprivatie van een gebied (Pickett en Pearl, 2001). Voor Browning e.a. was het daarom dat het merendeel van contextueel onderzoek onduidelijke resultaten opleverde (Browning et al., 2003). Het is tijd om de factoren uit te klaren die het verband tussen contextuele factoren en gezondheid bepalen, onderstrepen Pickett en Pearl in een overzichtsartikel (Pickett en Pearl, 2001). Welke zijn die factoren? Macintyre identificeerde verschillende types van contextuele kenmerken die de gezondheid kunnen beïnvloeden: fysische kenmerken, zoals de kwaliteit van de omgeving; publieke diensten die de individuen

begeleiden en ondersteunen in hun dagelijkse leven; socio-culturele kenmerken en, ten slotte, de reputatie van het gebied (Macintyre e.a., 2002).

De theoretische onderbouwing van contextuele factoren stamt uit het milieuperspectief op gezondheid. Milieu-invloeden kunnen immers bijdragen tot de ongelijkheden die etnische groepen en migranten ervaren inzake gezondheid; zo treffen we chemische bedrijvigheden frequenter aan in gebieden waar etnische minderheden oververtegenwoordigd zijn (Elliott e.a., 2004). Terwijl in de VS het risico om aan astma te overlijden 2,5 keer groter is bij zwarten dan bij blanken, ligt deze verhouding in Chicago op 4,7 (Samet e.a., 2001). Deze hogere blootstelling van migranten aan met het milieu verbonden gezondheidsrisico's, heeft geleid tot een toenemende belangstelling voor milieurecht (Browning et al., 2003), vooral in verband met luchtverontreiniging en astma, en tot georganiseerde sociale actie daaromtrent (Lopez, 2002).

Chemische bedrijven komen vaker voor in gebieden waar etnische minderheden oververtegenwoordigd zijn

Meestal verwachten we dat het overheidsbeleid deze negatieve externaliteiten, die het gevolg zijn van blootstelling aan giftige stoffen, bestrijdt. Deze verwachting ten aanzien van het beleid levert een tweede theoretische onderzoekslijn op: welke rol speelt het overheidsbeleid bij de verbetering van de gezondheid en vooral dan via lokaal territoriaal beleid? Sommige gebieden blijven immers relatief verstoken van publieke diensten: zoals onderwijs, gezondheid en welzijn (Kaplan e.a., 1996; Kennedy BP et al., 1998); dat is vooral het geval in landen – zoals de VS – waar investeringen in menselijk kapitaal lokaal worden gefinancierd of georganiseerd. Sommige beleidsmaatregelen kunnen de toestand op lokaal vlak (zoals in buurten) verbeteren, door in gezondheidszorgen te investeren, door te zorgen voor een betere geografische spreiding van het medische personeel (Gravelle en Sutton, 1998), door meer middelen naar lokale gezondheidsadministraties te transfereren (Borrell en Hatch, 2005) of door de inspanningen toe te spitsen op risicogebieden zoals dat gebeurt in stedelijke ontwikkelingsprogramma's (Curtis e.a., 2002).

Ten derde, kan gezondheid worden beïnvloed via het collectieve sociale functioneren. Het zogenaamde Roseto-effect, naar een Italiaanse gemeenschap in de VS, suggereert dat gemeenschappen dankzij hun sociale cohesie (Lomas, 1998) worden beschermd tegen een algemene toename in cardiovasculaire aandoeningen. Deze vaststelling bracht erg productief onderzoek op gang naar de rol van het sociaal functioneren bij het verbeteren van de gezondheidstoestand. Sociaal kapitaal – 'de capaciteit van individuen om controle te krijgen over schaarse middelen via hun lidmaatschap van netwerken of van ruimere sociale structuren' (Portes, 1998) – was daarbij een van de centrale concepten. Het

werd sindsdien gebruikt bij zelfgerapporteerde gezondheid (Kawachi e.a., 1999; Veenstra, 2000b), op morbiditeit (McCulloch, 2001a; Veenstra, 2000c) en op mortaliteit (Kawachi e.a., 1997).

Ten slotte kunnen ook racisme en discriminatie hun bijdrage leveren tot het verklaren van sommige verschillen in de gezondheidstoestand van migranten (Annandale, 1998). Dit wordt al langer onderzocht (Krieger, 1987). Vandaag wordt empirisch materiaal aangebracht over het verband tussen etnische pestenrijen of discriminatie en een slechte(re) gezondheid (Karlsen en Nazroo, 2002; Wiking e.a., 2004). Ook bestaat er een wijdverspreid vermoeden over etnische discriminatie bij de toegang tot de gezondheidszorg (Stronks e.a., 2001) en over de inbreuken op mensenrechten door het gezondheidszorgstelsel (Bhui e.a., 2003). In toenemende mate wordt etnische discriminatie bestudeerd op contextueel niveau, vooral in relatie met residentiële segregatie. In de VS heeft een lange lijn van onderzoek aangetoond dat zwarten veeleer worden gesegregeerd in arme buurten, gegeven de sociale klasse. Zo loopt de werkloosheidsgraad in de buurt waar de gemiddelde zwarte uit de middenklasse van Philadelphia woont op tot 11,4%; in de buurt van zijn blanke tegenhanger bedraagt deze slechts 4,8% (Pattillo, 2005). Uit empirisch onderzoek blijkt dat zo'n residentiële segregatie schadelijk is voor de gezondheid (Williams en Collins, 2001) en voor het risico op morbiditeit (Acevedo-Garcia, 2001) en dat ze de mortaliteit (Fang e.a., 1998) doet toenemen.

In dit hoofdstuk focussen we op vier types contextuele factoren. We gaan na of milieurisico's, publieke voorzieningen, socioculturele factoren en socio-economische discriminatie de via zelfrapportage vastgestelde gezondheidsverschillen tussen de autochtone en de migrantengemeenschappen beïnvloeden.

3. Gebruikte methode

Onze analyse is gebaseerd op de respondenten tussen 15 en 64 jaar van de Belgische Woning- en Volkstelling⁷ uit 2001 die in een particulier huishouden leven ($n = 6.448.307$). We analyseerden twee veelgebruikte (Bowling, 1997) en gevalideerde (Idler, 1992) gezondheidsvariabelen: het optreden van een slechte subjectieve gezondheid en van langdurige ziekte. We modelleerden de probabiliteit van slechte subjectieve gezondheid (28%) en van langdurige ziekte (24%).

We gebruikten individuele variabelen en contextuele variabelen. Op individueel niveau weerhielden we: gender, leeftijdscategorie, onderwijsstatus, werkgelegenheidsstatus, woonstatus en huishoudtype. Zoals in voorgaande studies definieerden we 'migrant' aan de hand van de nationaliteit bij geboorte (Wiking e.a., 2004). Om redenen van privacy werden de nationaliteiten gegroepeerd in 15 categorieën.

Contextuele variabelen betreffen de al genoemde vier kenmerken van de context: milieurisico's, publieke voorzieningen, socioculturele factoren en socio-economische discriminatie. De respondenten operationaliseerden de onaangename kanten van het milieu van hun directe omgeving in termen van geluidsoverlast (gemiddeld 19,1% klaagde over geluidsoverlast, standaardafwijking = 13,1%) en luchtverontreiniging (gemiddelde = 12,2%, standaardafwijking = 12,4%). Wegens de correlatie tussen gepercipieerde geluidsoverlast en gepercipieerde luchtverontreiniging (correlatie = 0,77), berekenden we een index van milieuhinder; deze bedraagt het gemiddelde van de gestandaardiseerde z-scores van gepercipieerde geluidsoverlast en gepercipieerde luchtverontreiniging.

Het tekort aan diensten en voorzieningen werd geschat met behulp van een index, die werd berekend op het percentage van individuen die ontevreden waren over de beschikbaarheid van gezondheidsdiensten, publieke diensten, scholen, kinderopvang en culturele faciliteiten. De index was de som van de gestandaardiseerde variabelen (gemiddelde = 0, standaardafwijking = 4,26).

Een samenvattende proxy voor het sociale milieu werd berekend op basis van variabelen waarvan is geweten dat ze verband houden met collectieve doelmatigheid (Sampson e.a., 1997): percentage eenoudergezinnen, percentage alleenstaande bejaarden, percentage huurders en percentage huishoudens die klagen over afval in hun buurt. De index was de som van de gestandaardiseerde variabelen (gemiddelde = 0, standaardafwijking = 3,16) en werd gecontroleerd op zijn interne betrouwbaarheid (Chronbach's α = 0,81).

We berekenden twee indicatoren van segregatie. De concentratie van migranten werd berekend als het percentage niet-Belgen in de populatie (gemiddelde = 7,4%, standaardafwijking = 11,6%) (Karlsen e.a., 2002). Om zicht te krijgen op de ongelijke kansen op de arbeidsmarkt (Pattillo, 2005), berekenden we het percentage van werkloze individuen (gemiddelde = 12,1%, standaardafwijking = 8,2%).

Alle contextuele variabelen werden berekend op woonblokniveau, waarbij een woonblok uit ongeveer 640 individuen bestond (standaardafwijking = 692). Om wettelijke en privacyredenen werd in het geval van kleine blokken de hele gemeente geselecteerd. Onze populatie was dus verdeeld over 13.686 blokken (die 85,1% van de bevolking dekten) en 255 hoofdzakelijk landelijke gemeenten (14,9% van de bevolking). Elke contextuele variabele werd opgedeeld in quintielen, waarbij het eerste quintiel de beste context weergeeft en het vijfde de slechtste.

De invloed van contextuele factoren op gezondheidsverschillen bij migranten zou kunnen verschillen naargelang het gaat over grootstedelijke of suburbane gebieden. Dit kan in het bijzonder het geval zijn voor sommige migrantengemeenschappen – zoals Turken en Marokkanen – die veeleer in arme buurten wonen, in woningen van lage kwaliteit en die met een verslechterende arbeidsmarktpositie werden geconfronteerd in de jaren '80 (Kesteloot en Cortie, 1998). De analyse werd daarom gestratificeerd naar verstedelijkingsgraad: stedelijke gebieden (41% van de bevolking) en niet-stedelijke gebieden.⁸

4. Resultaten

Migranten, zowel uit de EU als uit Turkije en Marokko, hadden een lager onderwijsniveau dan Belgen (tabel 1). In alle migrantengemeenschappen was de kans om eigenaar te zijn van een woning of om te werken, kleiner dan bij Belgen. Vooral migranten uit Turkije of Marokko waren achtergesteld: 61,6% had enkel lager onderwijs achter de rug, 57,8% was huurder en 21,8% was werkloos.

Voor alle migrantengemeenschappen is de kans om eigenaar te zijn van een woning kleiner dan bij Belgen

67% van de migranten uit Turkije en Marokko vonden we terug in het hogere quintiel van omgevingshinder; bij de Belgen bedroeg dit aandeel slechts 16.7%. Deze groep migranten woonde erg geconcentreerd in gebieden met een hoog percentage niet-Belgische bewoners (80,9%) en in gebieden met een hoge werkloosheidsgraad (69,4%). 84% van de Turkse en Marokkaanse migranten woonde in stedelijke gebieden (zie tabel 1).

Hoge percentages van Turkse en Marokkaanse inwoners troffen we vooral aan in stedelijke agglomeraties, in het bijzonder in Brussel (centrum), Antwerpen (Noord) en in streken waar vroeger mijnbouw of staalindustrie was gevestigd (Mons; Charleroi; Liège) (zie figuur 1).

Migrantengemeenschappen liepen een verschillend risico qua zelfgerapporteerde gezondheid (tabel 2). Vergeleken met Belgen, hadden mensen geboren in Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en Nederland minder kans op een slechte subjectieve gezondheid, terwijl die kans hoger was voor wie in Zuid-Europa of in Frankrijk het levenslicht zag. Algemeen liep een scheidingslijn tussen Noord en Zuid: migranten uit het Noorden hadden een betere gezondheidstoestand dan Belgen, terwijl die bij migranten uit het Zuiden slechter was. Bij de niet-Europese migrantengemeenschappen, noteerden we voor Turken en Marokkanen het hoogste risico op een slechte subjectieve gezondheidstoestand.

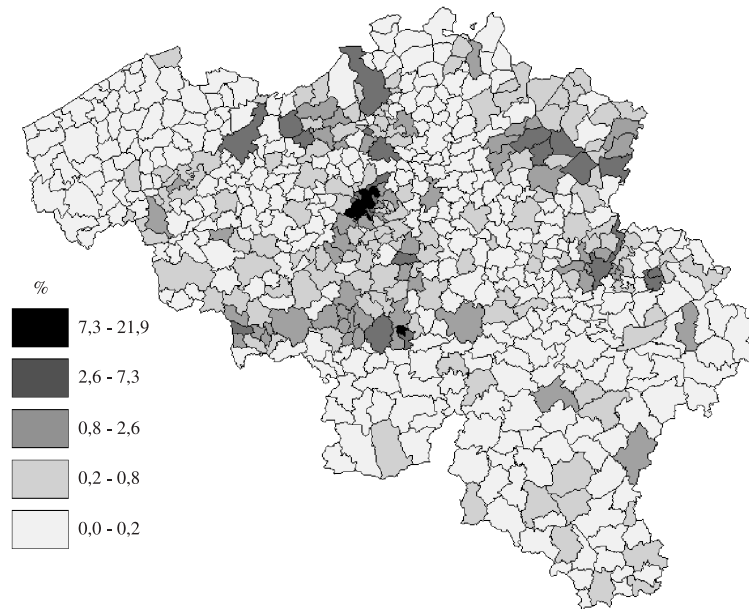
Gelijkaardige resultaten observeerden we voor het andere onderzochte gezondheidsrisico, namelijk langdurige ziekte. Migranten uit Zuid-Europese landen, uit Turkije of uit Maghreblanden (inbegrepen Marokko) hadden een licht hoger risico op langdurige ziektes. Nochtans was in alle migrantengemeenschappen het risico op langdurige ziektes lager dan dat op een slechte subjectieve gezondheid. Het is interessant om vast te stellen dat de verschillen in gezondheidstatus niet samenvallen met de grenzen van de EU. Migranten uit Zuid-Europese landen, zoals Italië, Spanje, Portugal of Griekenland hebben een vergelijkbare kans op een slechte gezondheidstoestand als migranten uit Turkije of Noord-Afrika.

Tabel 1 – Verdeling van migrantengroepen volgens socio-economische status en contextuele factoren (percentages).

	Nationaliteit			
	België(%)	EU (%)	Turkije-Marokko (%)	Andere (%)
Scholingsgraad				
Lager onderwijs of minder	37,4	44,5	61,6	32,5
Secundair onderwijs	33,2	26,9	21,0	26,0
Hoger onderwijs	29,4	28,6	17,4	41,5
Huisvesting				
Eigenaar	73,7	58,3	42,2	24,9
Huurder	26,3	41,7	57,8	75,1
Activiteitsstatus				
Werkend	62,9	58,9	30,3	43,6
Werkloos	6,6	11,4	21,8	21,1
Inactief	30,5	29,7	47,9	35,4
Omgevingshinder				
Laag – 1ste quintiel	21,5	12,4	1,7	7,3
2de quintiel	21,3	13,0	3,5	10,2
3de quintiel	20,8	16,9	9,2	14,3
4de quintiel	19,6	23,3	18,2	24,1
Hoog – 5de quintiel	16,7	34,4	67,4	44,0
Gebrek aan openbare voorzieningen				
Laag – 1ste quintiel	20,9	15,3	9,1	21,1
2de quintiel	20,0	20,1	15,6	25,7
3de quintiel	19,6	21,4	26,5	24,4
4de quintiel	19,4	22,8	30,4	18,4
Hoog – 5de quintiel	20,1	20,5	18,4	10,3
Arme sociale omgeving				
Laag – 1ste quintiel	21,7	11,1	1,3	6,2
2de quintiel	21,5	11,7	3,7	8,7
3de quintiel	20,9	16,0	7,6	12,6
4de quintiel	19,7	24,6	15,8	22,8
Hoog – 5de quintiel	16,2	36,6	71,6	49,6
Bevolkingsdichtheid van niet-Belgen				
Laag – 1ste quintiel	13,2	4,1	0,2	1,7
2de quintiel	35,4	18,7	2,3	9,4
3de quintiel	18,3	15,8	4,2	9,2
4de quintiel	17,3	23,5	12,4	17,5
Hoog – 5de quintiel	15,9	38,0	80,9	62,2
Lokale werkloosheid				
Laag – 1ste quintiel	21,6	7,0	1,4	6,1
2de quintiel	21,7	11,1	3,4	11,8
3de quintiel	20,7	17,6	7,9	18,8
4de quintiel	19,4	24,7	18,0	28,1
Hoog – 5de quintiel	16,6	39,6	69,4	35,1
Urbanisatiegraad				
Stedelijk	39,0	63,4	83,6	77,6
Niet-stedelijk	61,0	36,6	16,4	22,4

Bron: Eigen berekeningen op basis van de Belgische Woning- en Volkstelling 2001.

Figuur 1 – Percentage Turken en Marokkanen per gemeente, België.



Bron: Census 2001.

Tabel 2 – Risico op slechte gezondheidstoestand bij migranten.

	Aantal	(%)	Slechte subjectieve gezondheidstoestand ¹		Langdurige ziektes ¹	
			OR (95%CI)		OR (95%CI)	
Belgie (ref)	5,895,463	91,4	1.0		1.0	
Duitsland	24,722	0,4	0.92	(0.88, 0.95)	0.86	(0.83, 0.89)
Frankrijk	71,416	1,1	1.19	(1.16, 1.21)	1.00	(0.98, 1.02)
Verenigd Koninkrijk	17,682	0,3	0.52	(0.49, 0.54)	0.53	(0.51, 0.56)
Luxemburg	3,301	0,1	1.14	(1.04, 1.24)	1.07	(0.97, 1.18)
Nederland	67,058	1,0	0.71	(0.69, 0.72)	0.78	(0.76, 0.80)
Italië-Spanje-Portugal-Griekenland	213,196	3,3	1.84	(1.82, 1.85)	1.24	(1.23, 1.26)
EU – andere landen	9,870	0,2	0.39	(0.36, 0.42)	0.44	(0.41, 0.48)
Europe – andere landen	17,712	0,3	1.29	(1.23, 1.34)	0.81	(0.77, 0.85)
Turkije	24,329	0,4	2.96	(2.87, 3.06)	1.51	(1.46, 1.56)
Marokko	46,957	0,7	2.32	(2.27, 2.38)	1.28	(1.25, 1.32)
Andere Maghreb landen	6,636	0,1	2.21	(2.08, 2.35)	1.35	(1.27, 1.45)
Congo	5,466	0,1	0.68	(0.62, 0.75)	0.90	(0.82, 0.98)
Verenigde Staten	6,486	0,1	0.36	(0.32, 0.40)	0.39	(0.35, 0.44)
Anderen	38,013	0,6	1.03	(1.00, 1.07)	0.72	(0.69, 0.75)

1. De Odds Ratio (OR) geeft de kans weer dat een persoon uit een bepaald land vaker met een slechte subjectieve gezondheidstoestand of langdurige ziekte wordt geconfronteerd dan een persoon uit België (het referentieland). De odds ratios zijn gecontroleerd voor geslacht en leeftijd, dit wil zeggen dat het verband zich voordoet los van deze twee kenmerken.

Bron: Eigen berekeningen op basis van de Belgische Woning- en Volkstelling 2001.

Gepercipieerde blootstelling aan omgevingshinder, een tekort aan publieke voorzieningen, een ongunstig milieu, een hoge werkloosheidsgraad en een laag wooncomfort, verhoogden het risico op een slechte subjectieve gezondheid (tabel 3, model 2). Een hogere bevolkingsdichtheid van niet-Belgen was verbonden met een lager risico van een slechte subjectieve gezondheid. Wanneer we rekening hielden met deze contextuele kenmerken verminderden de verschillen inzake de subjectieve gezondheidstoestand, in het bijzonder voor Turken en Marokkanen (model 2, van $OR = 2,25$ naar $OR = 1,46$). Nadat we individuele socio-economische variabelen in de analyse opnamen (model 3), was de kans op een slechte subjectieve gezondheidstoestand bij respondenten uit Turkije en Marokko zelfs lager dan bij Belgen ($OR = 0,81$). Migranten uit andere niet-Europese landen liepen ook minder kans op een slechte subjectieve gezondheidstoestand ($OR = 0,54$).

De resultaten voor langdurige ziekte (tabel 4) waren gelijklopend, maar minder uitgesproken. Langdurige ziekte nam toe met een tekort aan publieke voorzieningen, een arme sociale omgeving, werkloosheid en een laag wooncomfort (model 2). Deze contextuele factoren leidden naar significante veranderingen in het risico bij migranten op een slechte gezondheidstoestand: het risico op langdurige ziekte verminderde bij Turken en Marokkanen (van $OR = 1,24$ naar $OR = 0,94$). Als verschillen in socio-economische status in rekening werden gebracht (model 3), dan liepen alle migrantengemeenschappen minder kans op langdurige ziekte dan Belgen.

Het risico op een langdurige ziekte stijgt bij werkloosheid, een arme sociale omgeving of een laag wooncomfort

Omdat contextuele factoren en migrantengemeenschappen niet toevallig verdeeld zijn over steden en landelijke gebieden, stabiliseerden we de analyse van subjectieve gezondheid naar verstedelijkingsgraad (tabel 5). Zowel in stedelijke als in niet-stedelijke gebieden stelden we verschillen vast tussen de gezondheid van Belgen en migranten (model 1). Door het opnemen van alle contextuele en individuele sociodemografische variabelen (model 3) veranderde dit patroon niet: migranten in stedelijke gebieden hadden nog altijd een betere gezondheid dan hun Belgische soortgenoten ($OR = 0,81$, $p < 0,001$). Dat was eveneens zo voor de verhouding tussen migranten en Belgen in de niet-stedelijke gebieden ($OR = 0,83$, $p < 0,001$).

Tabel 3 – Risico op slechte subjectieve gezondheid bij migranten.

	Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
Nationaliteit						
Belgie (referentie)	1,0		1,00		1,00	
EU	1,30	(1,29, 1,31)	1,03	(1,02, 1,04)	0,90	(0,89, 0,91)
Turkij-Marokko	2,25	(2,22, 2,29)	1,46	(1,44, 1,48)	0,81	(0,80, 0,82)
Ander	0,97	(0,94, 1,00)	0,80	(0,78, 0,82)	0,54	(0,53, 0,56)
Werkloosheid (%)						
Laag – 1ste quintiel			1,00		1,00	
2de quintiel			1,12	(1,11, 1,12)	1,08	(1,07, 1,08)
3de quintiel			1,27	(1,26, 1,28)	1,20	(1,19, 1,21)
4de quintiel			1,55	(1,54, 1,57)	1,41	(1,40, 1,43)
Hoog – 5de quintiel			2,27	(2,25, 2,30)	1,75	(1,73, 1,77)
Omgevingshinder						
Laag – 1ste quintiel			1,00		1,00	
2de quintiel			1,05	(1,04, 1,05)	1,02	(1,02, 1,03)
3de quintiel			1,06	(1,05, 1,07)	1,04	(1,03, 1,04)
4de quintiel			1,08	(1,07, 1,09)	1,06	(1,06, 1,07)
Hoog – 5de quintiel			1,13	(1,12, 1,14)	1,11	(1,10, 1,12)
Gebrek aan publieke voorzieningen						
Laag – 1ste quintiel			1,00		1	
2de quintiel			1,04	(1,04, 1,05)	1,05	(1,04, 1,06)
3de quintiel			1,09	(1,08, 1,10)	1,09	(1,08, 1,10)
4de quintiel			1,15	(1,14, 1,16)	1,15	(1,15, 1,16)
Hoog – 5de quintiel			1,19	(1,18, 1,20)	1,21	(1,20, 1,22)
Slechte sociale omgeving						
Laag – 1ste quintiel			1,00		1,00	
2de quintiel			1,10	(1,09, 1,10)	1,06	(1,05, 1,07)
3de quintiel			1,18	(1,17, 1,19)	1,11	(1,10, 1,12)
4de quintiel			1,25	(1,23, 1,26)	1,13	(1,12, 1,14)
Hoog – 5de quintiel			1,41	(1,39, 1,43)	1,16	(1,15, 1,18)
Dichtheid van niet-Belgen (%)						
Laag – 1ste quintiel			1,00		1,00	
2de quintiel			0,95	(0,95, 0,96)	0,99	(0,98, 1,00)
3de quintiel			0,91	(0,90, 0,92)	0,99	(0,99, 1,00)
4de quintiel			0,86	(0,85, 0,87)	0,96	(0,95, 0,97)
Hoog – 5de quintiel			0,78	(0,77, 0,78)	0,88	(0,87, 0,89)

A Odds ratios zijn gecontroleerd voor geslacht en leeftijd.

B OR gecontroleerd voor geslacht en leeftijd, en contextuele factoren zijn opgenomen in de tabel.

C OR gecontroleerd voor geslacht, leeftijd, sociodemografische factoren en individuele sociodemografische factoren (huishoudtype, scholing, eigenaarsstatus en activiteitsstatus). Contextuele factoren zijn opgenomen in de tabel.

Bron: Eigen berekeningen op basis van de Belgische Woning- en Volkstelling 2001.

Tabel 4 – risico op langdurige ziekten bij migranten.

	Model 1 ^a		Model 2 ^b		Model 3 ^c	
	OR	95%CI	OR	95%CI	OR	95%CI
Nationaliteit						
Belgie (referentie)	1,0		1,00		1,00	
EU	0,99	(0,98, 1,00)	0,85	(0,84, 0,86)	0,76	(0,75, 0,77)
Turkij-Marokko	1,24	(1,22, 1,27)	0,94	(0,92, 0,95)	0,58	(0,57, 0,59)
Ander	0,66	(0,64, 0,68)	0,58	(0,56, 0,60)	0,41	(0,39, 0,42)
Werkloosheid (%)						
Laag - 1ste quintiel			1,00		1,00	
2de quintiel			1,08	(1,07, 1,09)	1,05	(1,04, 1,06)
3de quintiel			1,19	(1,18, 1,20)	1,13	(1,12, 1,14)
4de quintiel			1,36	(1,35, 1,37)	1,26	(1,24, 1,27)
Hoog - 5de quintiel			1,74	(1,72, 1,76)	1,41	(1,40, 1,43)
Omgevingshinder						
Laag - 1ste quintiel			1,00		1,00	
2de quintiel			1,03	(1,02, 1,04)	1,01	(1,01, 1,02)
3de quintiel			1,03	(1,02, 1,03)	1,01	(1,00, 1,02)
4de quintiel			1,03	(1,02, 1,03)	1,02	(1,01, 1,03)
Hoog - 5de quintiel			1,03	(1,02, 1,04)	1,01	(1,00, 1,02)
Gebrek aan publieke voorzieningen						
Laag - 1ste quintiel			1,00		1,00	
2de quintiel			1,01	(1,01, 1,02)	1,02	(1,01, 1,02)
3de quintiel			1,03	(1,03, 1,04)	1,03	(1,03, 1,04)
4de quintiel			1,06	(1,05, 1,06)	1,06	(1,05, 1,07)
Hoog - 5de quintiel			1,08	(1,07, 1,08)	1,09	(1,08, 1,10)
Slechte sociale omgeving						
Laag - 1ste quintiel			1,00		1,00	
2de quintiel			1,07	(1,06, 1,07)	1,04	(1,03, 1,05)
3de quintiel			1,14	(1,13, 1,15)	1,08	(1,07, 1,09)
4de quintiel			1,20	(1,19, 1,22)	1,12	(1,11, 1,13)
Hoog - 5de quintiel			1,33	(1,32, 1,35)	1,15	(1,13, 1,16)
Dichtheid van niet-Belgen (%)						
Laag - 1ste quintiel			1,00		1,00	
2de quintiel			0,98	(0,97, 0,99)	1,00	(0,99, 1,01)
3de quintiel			0,94	(0,94, 0,95)	1,00	(0,99, 1,01)
4de quintiel			0,90	(0,89, 0,91)	0,97	(0,96, 0,98)
Hoog - 5de quintiel			0,83	(0,82, 0,84)	0,90	(0,89, 0,91)

A Odds ratios zijn gecontroleerd voor geslacht en leeftijd.

B OR gecontroleerd voor geslacht en leeftijd, en contextuele factoren zijn opgenomen in de tabel.

C OR gecontroleerd voor geslacht, leeftijd, sociodemografische factoren en individuele sociodemografische factoren (huishoudtype, scholing, eigenaarsstatus en activiteitsstatus). Contextuele factoren zijn opgenomen in de tabel.

Bron: Eigen berekeningen op basis van de Belgische Woning- en Volkstelling 2001.

Tabel 5 – Risico op een slechte subjectieve gezondheidstoestand bij migranten per graad van urbanisatie.

	Model 1 ^a		Model 3 ^b	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Stedelijk:				
Belgie (ref)	1,00		1,00	
EU	1,26	(1,24, 1,27)	0,89	(0,88, 0,90)
Turkije-Marokko	2,03	(1,99, 2,06)	0,81	(0,79, 0,82)
Ander niet-EU	0,88	(0,85, 0,90)	0,54	(0,53, 0,56)
Niet-stedelijk:				
Belgie (ref)	1,00		1,00	
EU	1,21	(1,19, 1,22)	0,91	(0,90, 0,92)
Turkije-Marokko	2,08	(2,00, 2,16)	0,83	(0,80, 0,87)
Ander niet-EU	0,93	(0,87, 0,99)	0,55	(0,52, 0,59)

A Odds ratios zijn gecontroleerd voor geslacht en leeftijd.

B OR gecontroleerd voor geslacht, leeftijd, sociodemografische factoren en individuele sociodemografische factoren (huishoudtype, scholing, eigenaarsstatus en activiteitsstatus). Contextuele factoren zijn opgenomen in de tabel.

Bron: Eigen berekeningen op basis van de Belgische Woning- en Volkstelling 2001.

5. Bespreking

Welke zijn onze belangrijkste bevindingen?

- 1) Drie migrantengemeenschappen, uit Turkije, Marokko en Zuid-Europa, hebben een veel slechtere gezondheid dan Belgen. Andere migrantengemeenschappen, vooral uit de rest van Europa, hebben een betere gezondheid dan Belgen.
- 2) Er bestaat een significant verband tussen de gezondheidstoestand en omgevingsinvloeden. Zo leiden een hogere lokale werkloosheidsgraad en een gepercipieerd tekort aan publieke diensten naar een hoger risico op slechte gezondheid.
- 3) Deze contextuele factoren verklaren ten dele de gezondheidsverschillen tussen migrantengemeenschappen. Als met contextuele factoren of met SES rekening wordt gehouden, dan neigt de gezondheidstoestand van alle migrantengemeenschappen naar die van de Belgen; soms is ze zelfs beter.
- 4) De verschillen tussen Belgen en migranten, ten slotte, zijn gelijkaardig in stedelijke en in niet-stedelijke gebieden.

Hoe kunnen we deze bevindingen interpreteren?

Het hogere risico op een slechte subjectieve gezondheid voor Turken en Marokkanen is in overeenstemming met vroeger onderzoek in Zweden en Nederland. In die landen liepen deze nationaliteiten drie- tot vijfmaal zoveel kans op een slechte gezondheid dan autochtone bewoners (Reijneveld, 1998; Wiking e.a.,

2004); daarenboven lag hun risico het hoogst van alle migrantengemeenschappen.

De gezondheid van migranten is gevoelig voor contextuele factoren. Ook dit is consistent: in dit geval met een vroegere studie uit de VS waarin contextuele socio-economische factoren het risico op een slechte gezondheid bij Latino's licht verminderden (Browning e.a., 2003; Subramanian e.a., 2005). Gelijklopend toonde Chandola voor het Verenigd Koninkrijk aan, dat deprivatie op het niveau van het kiesdistrict ('ward') in beperkte mate het hoger risico op een slechte gezondheid van Indiërs, Pakistani, en Bangladeshi verklaarde⁹ (Chandola, 2001). Nochtans konden deze onderzoeken niet verklaren hoe de achterstelling van de buurt impact kan hebben op de verschillen in de gezondheid van migranten. Onze studie deed dat wel; ze wierp enig licht op de impact van milieurisico's, publieke voorzieningen, socioculturele factoren en socio-economische discriminatie.

Het risico op een langdurige ziekte stijgt bij werkloosheid, een arme sociale omgeving of een laag wooncomfort

Net als Karlsen et al. (Karlsen e.a., 2002) vonden we een lichte invloed van milieurisico's op de subjectieve gezondheidstoestand; ons onderzoek wees uit dat het verband tussen milieurisico's en de gezondheid in hoge mate wordt vertroebeld door andere contextuele factoren. Evenwel kan dit een gevolg zijn van onze wijze van meten; ze berustte op de eigen perceptie van de respondenten, gaf de duur van de blootstelling aan deze risico's niet weer en beperkte zich daarenboven tot de vervuiling buitenshuis.

Publieke voorzieningen bleken een significante voorspeller van een slechte gezondheid, in samenspel met de andere contextuele en individuele variabelen. Dit stemt overeen met de resultaten van een onderzoek uit West-Schotland (Macintyre e.a., 2003) en ondersteunt de thesist dat het overheidsbeleid een belangrijke factor vormt bij de impact die de buurt heeft op verschillen in de gezondheidstoestand van migranten.

Hoe zit het in ons onderzoek met de invloed van de concentratie van migranten en van een gedepriveerde sociale omgeving? Daarover zijn onze resultaten gemengd. Dat hun ruimtelijke concentratie een beschermend effect heeft op de gezondheidstoestand van migranten lijkt op het eerste gezicht te botsen met het omvangrijke corpus van onderzoek dat het negatieve effect aantoonde van etnische/raciale discriminatie op gezondheid (Williams en Collins, 2001). Deze discrepantie kan twee oorzaken hebben.

Subramanian wees er al op dat de meeste studies over segregatie gebeurden op geaggregeerd niveau. Daardoor werden belangrijke verschillen in risicofactoren op individueel niveau, vooral de socio-economische status, over het hoofd

gezien (Subramanian e.a., 2005). Onze analyses ondersteunen dit inzicht: zonder rekening te houden met de andere contextuele variabelen werd de gezondheidstoestand van migranten slechter met stijgende concentratie ($OF = 1,17$), maar ze verminderde als de variabele 'concentratie van migranten' samen met de andere contextuele en individuele factoren werd gehanteerd. Onze resultaten waren consistent met twee multilevelstudies die het effect van segregatie analyseerden, waarbij individuele factoren onder controle werden gehouden. Karlsen e.a. (2002) vonden gemengde effecten van etnische concentratie op zelfgerapporteerde gezondheid en Halpem en Nazroo (2000) troffen een beschermend effect aan in hun survey over psychiatrische morbiditeit.

Ten tweede is de etnische concentratie in de VS hoger (een zwarten/blanken dissimilariteitsindex¹⁰ van 0,66) dan in België (Turken/Marokkanen dissimilariteitsindex van 0,49). België zondert zijn etnische minderheden niet af in verarmde voorsteden of stopt hen weg in sociale torengedebouwen, zoals de HLMs (Habitation à Loyer Modéré) die zo fel onder vuur kwamen te liggen tijdens de rellen in de Franse voorsteden in 2005. Onze resultaten laten dus vermoeden dat stedelijk beleid niet zonder invloed is op de effecten die segregatie heeft op de gezondheidstoestand. Evenwel is meer onderzoek nodig om te achterhalen hoe deze impact van stedelijke ontwikkelingsprogramma's nu juist verloopt en dat onderzoek is liefst crossnationaal van aard.

We stelden vast dat er een verband bestaat tussen een arme sociale omgeving en een slechtere gezondheid, maar dit effect werd sterk teruggedrongen eens we met individuele factoren rekening hielden. Vroegere studies, zowel op geaggregeerd (Kawachi e.a., 1999) als op individueel niveau (Veenstra, 2000a) toonden een significant verband tussen sociaal kapitaal en zelfgerapporteerde gezondheid. Recentere multilevelstudies tonen een iets ander beeld: sociaal kapitaal hangt wél samen met een betere gezondheid op individueel niveau, maar niet op geaggregeerd niveau (Armtinga, 2005). Onze studie suggereert dat de sociale omgeving verband houdt met een betere gezondheidstoestand op buurniveau, maar dat deze associatie gedeeltelijk wordt vertroebeld door individuele factoren. Het effect van sociaal kapitaal zou dus kunnen afhangen van de samenstelling van de context, zoals gesuggereerd door anderen (Subramanian e.a., 2003). Nochtans moeten we voorzichtig blijven met interpretaties, omdat onze meting van de sociale omgeving indirect is en omdat we informatie missen over vertrouwen ('trust') in of participatie aan verenigingen (de 'civil society'), de meest populaire indicatoren van sociaal kapitaal.

Onze studie leverde enige steun voor de thesist dat socio-economische discriminatie invloed heeft op de gezondheidsverschillen op contextueel en individueel niveau. Ten eerste, oefende het percentage werklozen een belangrijk contextueel effect uit, zoals dat ook bleek in twee recente studies (Cummins e.a., 2005; Robert, 1998; Stafford e.a., 2004). Deze resultaten suggereren dat de algemene werkloosheidsgraad een eigen effect genereert, bovenop het effect dat verbonden is met het individuele risico op werkloosheid. Werkloosheid is sterk

verbonden met psychosociale krachten zoals zelfachting, controle en overlevingsstijl en onze resultaten suggereren dat de buurt relevant kan zijn bij de productie van dit 'kapitaal'. Ten tweede, werden verschillen in de gezondheid van migranten vooral verklaard door individuele socio-economische factoren. Onze resultaten wezen er inderdaad op dat het risico op een slechte gezondheid bij migranten verminderde nadat rekening werd gehouden met socio-economische factoren. Deze vaststelling loopt parallel met vroeger empirisch Europees onderzoek naar migranten (Chandola, 2001; Lindstrom e.a., 2001; Nazroo, 1997) en komt overeen met de conclusies van het Achesonrapport dat socio-economische ongelijkheden cruciaal zijn om de ongelijkheden inzake gezondheid bij etnische minderheden of migranten te begrijpen (Nazroo, 1999).

Last but not least, toonden we aan dat er gelijkaardige verschillen tussen Belgen en migranten optreden in stedelijke en niet-stedelijke gebieden, zelfs wanneer met contextuele factoren rekening wordt gehouden. Deze vaststelling gaat regelrecht in tegen de veronderstelling van een 'stedelijke gezondheids-handicap'. In de VS zorgt deze ervoor dat in stedelijke gebieden de gezondheidskloof tussen enerzijds latino's en zwarten en anderzijds blanken, groter is dan in niet-stedelijke gebieden (Borrell en Hatch, 2005). Onze studie suggereert een mogelijke verklaring voor deze 'stedelijke paradox': andere contextuele en individuele factoren zorgen ervoor dat de concentratie van migranten, die hoger is in stedelijke gebieden, het risico op een slechte gezondheid vermindert. Uit sommige studies blijkt dat etnische concentratie voordelen oplevert, zoals het verzorgen van sociale contacten, het verbeteren van kansen op een job en de integratie van nieuwkomers (van Kempen en Ozuekren, 1998). Dit beschermend effect van etnische concentratie werd ook aangetroffen in een studie in het Verenigd Koninkrijk over psychiatrische morbiditeit (Halpern en Nazroo, 2000) en verdient verder onderzoek.¹¹ Onze resultaten suggereren dat een beleid dat de verhuis van migranten uit de steden wil stimuleren, geen positief effect zou hebben op de gezondheid van migranten.

Beperkingen

Ook dit onderzoek kent zijn beperkingen. Er treedt mogelijk bias op ten gevolge van een foute classificatie van de bevolkingsgroepen. Zo heeft het definiëren van 'migrant' aan de hand van het criterium 'nationaliteit' ongetwijfeld effecten: daardoor worden personen die in België zijn geboren en bij ouders leven die in het buitenland zijn geboren, over het hoofd gezien. Het is inderdaad mogelijk dat migranten van de tweede generatie een andere gezondheidstoestand hebben dan hun soortgenoten uit de eerste generatie, zoals door de acculturatie-hypothese wordt voorspeld.

Tevens worden zo personen in eenzelfde categorie ondergebracht, omdat ze dezelfde nationaliteit hebben, terwijl ze tot verschillende migratiegolven behoren of al korter of langer in België wonen; met de graad van integratie wordt zo

geen rekening gehouden. In beide gevallen onderschatten we daardoor lichtjes de effecten van het behoren tot een etnische minderheid op de gezondheidstoestand; een of ander residueel cohorteneffect kan ten dele onze resultaten vertroebelen.

Dat we gezondheidsverschillen via zelfrapportering bestuderen, ligt al langer onder vuur; des te meer zal dit het geval zijn wanneer die zelfrapportage vanuit cultureel erg verscheidene gemeenschappen gebeurt. Sommige critici argumenteren dat de gebruikte variabelen een lage crossculturele validiteit bezitten; daarom zijn ze slechts beperkt betrouwbaar om de gezondheidstoestand van migranten op te sporen. Uit een onderzoek van Levecque e.a. (2006) over gezondheidsverschillen tussen Marokkanen en Turken blijkt dat de resultaten inderdaad vertekend kunnen zijn door cultuurgebonden definities van de onderzochte gezondheidsfactoren.

In datzelfde onderzoek wordt niet alleen nationaliteit, maar ook geboorteplaats als criterium voor herkomst gebruikt om gezondheidsverschillen tussen Marokkanen en Turken te onderzoeken; het verschil tussen eerste en volgende generaties betreft niet alleen de 'objectieve' situatie die verschillend kan zijn maar vooral ook de 'subjectieve' ervaring. Dit lijkt – gezien het gebruik van een subjectieve variabele om de gezondheidsstatus te bepalen – van groot belang. Verkennend kwalitatief onderzoek door Van Robaeys, Perrin, Vranken & Martiniello (2006) stelt bijvoorbeeld dat bij de ervaring van deprivatie en armoede sprake is van verschuivende referentiekaders tussen de generaties. Los van verschillen in objectieve condities, wordt de situatie dus ook anders beoordeeld en ervaren.

We zijn er evenwel gerust in dat dit geen belangrijke bedreiging vormt voor de kwaliteit van onze onderzoeksresultaten. Ten eerste, hebben valideringsstudies weinig materiaal opgeleverd waaruit zou blijken dat de indicator 'zelfgerapporteerde gezondheid' en objectievere maatstaven van morbiditeit minder of meer zouden overeenstemmen naargelang van de etnische gemeenschap (Chandola en Jenkinson, 2000). Zelfgerapporteerde morbiditeit werd ook gevalideerd als een betere voorspeller van mortaliteit dan de professionele evaluatie van morbiditeit (evaluatie door artsen); tussen zwarten en blanken trad er terzake in de VS geen significant verschil op (Ferraro en Farmer, 1999).

Toch kan het invullen van een vragenlijst die in het Frans of het Nederlands is gesteld, een probleem opleveren voor mensen die deze talen niet of onvoldoende beheersen. We berekenden het percentage individuen dat hun vragenlijst niet terugstuurden en, van wie dat wél deed, het percentage dat geen antwoord gaf op de vraag die te maken had met subjectieve gezondheid. We vonden dat het percentage Turken en Marokkanen dat de vragenlijst niet retourneerden, hoger lag (10,8%) dan bij Belgen (3%); ze waren ook meer geneigd om de vraag over subjectieve gezondheid niet te beantwoorden dan de Belgen (21% tegenover 12%). Gegeven dat wie niet antwoordde of niet deelnam over het algemeen een slechtere subjectieve gezondheid heeft (Goldberg e.a., 2001),

is het waarschijnlijk dat we de verschillen inzake gezondheidstoestand tussen Turken en Marokkanen enerzijds en Belgen anderzijds licht hebben onderschat.

Ook de sterkte van contextuele effecten kan ons onderzoeksopzet in de war hebben gebracht. Ten eerste, hadden we geen informatie over hoelang respondenten in hun huidige buurt wonen, waardoor recente en minder recente bewoners op één hoop werden geworpen; wellicht heeft dat geleid tot een onderschatting van het contextuele effect. Het is ook mogelijk dat contextuele factoren overschaduwde worden door socio-economische factoren op individueel niveau. Ten einde contextuele effecten en compositionele effecten uit elkaar te houden, controleerden we immers voor verschillende criteria van socio-economische status. Evenwel houdt dit het risico in dat we dat deel van de contextuele factoren hebben weggewerkt dat gezondheid indirect beïnvloedt, via de eigen socio-economische status van het individu (Kawachi en Berkman, 2003). Als deze socio-economische indicatoren veeleer bemiddelaars zijn dan ‘confounders’ (vertoebelaars) van de buurteffecten, dan onderschatten onze resultaten de echte buurteffecten (Diez Roux, 2004). Anderzijds kunnen individuele verschillen die niet werden waargenomen, leiden tot een overschatting van de echte contextuele effecten. Illustreer we dat aan de hand van de werkloosheid. Ook in buurten met een hoge werkloosheidsgraad leven mensen met uiteenlopende arbeidstrajecten; zowel mensen die vandaag een job hebben als werklozen kunnen een lange periode van werkloosheid achter de rug hebben. Alleen is dat niet te achterhalen op basis van de beschikbare gegevens en daarom is het waarschijnlijk dat de contextuele effecten het niet-waargenomen levensloopeffect van werkloosheid bevatten.

Toch mag het eerste risico (onderschatting) geen cruciaal probleem vormen, omdat onze resultaten aantonen dat controle voor de individuele socio-economische status slechts in lichte mate invloed had op de effecten van de contextuele variabelen (vergelijking tussen model 2 en model 3¹²). Daardoor zullen socio-economische status en sociodemografische factoren de contextuele factoren niet verdringen, alhoewel ze een belangrijke rol spelen in gezondheidsverschillen bij migranten. Het tweede bezwaar (overschatting door selectie) is moeilijker terzijde te schuiven wegens onze cross-sectionele opzet. Meer gegevens over de verblijfsduur in een buurt en een longitudinaal design kunnen bijdragen tot een betere kennis van contextuele factoren. Zoals auteurs als Duncan en Raudenbush (1999) al suggereerden, moeten we in elk geval voorzichtig blijven bij de interpretatie van de sterkte van zulke contextuele effecten.

Dit soort van beperkingen zijn gemeengoed in (recente) contextuele analyses. Meer longitudinaal onderzoek of quasi-experimenteel onderzoek kan tot meer inzicht in deze contextuele effecten leiden. Wel moeten overheidsbeleid en stadsplanning zich bewust zijn van deze effecten en meer in het bijzonder van de effecten die te maken hebben met de arbeidsmarkt en met publieke dienstverlening.

NOTEN

1. Dit onderzoek gebeurde met steun van de POD Wetenschapsbeleid (n° TA/00/15).
2. School of Public Health, Université Catholique de Louvain, België – correspondentieadres: Clos chapelle aux champs 30.41 1200 Bruxelles, België. Tel. 32-2-7643263; Fax 32-2-7643183; Email: lorant@sesa.ucl.ac.be.
3. Epidemiology, IPH, België.
4. Nationaal Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek en Institute of Geography, Université Catholique de Louvain, België.
5. Compositionele verschillen tussen gebieden zijn verschillen in bevolkingssamenstelling. Door individuele kenmerken op te nemen is het effect van bijvoorbeeld het% werklozen gecorrigeerd voor verschillen tussen buurten die louter het gevolg zijn van 'aggregatie', zoals een slechtere gezondheid omdat er gewoon meer werklozen zijn. Er gaat met andere woorden iets 'extra' uit van het% werklozen dat de gezondheid beïnvloedt (zoals een negatieve attitude die ontmoediging veroorzaakt).
6. Daardoor is statistische significantie hier niet van toepassing.
7. De gegevens voor deze volkstelling worden verzameld via een vragenlijst die naar alle bewoners van ouder dan zes jaar wordt gestuurd. Individuen die hun vragenlijst niet terugstuurd, ontvingen een herinnering. Het NIS contacteerde zo 9.631.313 individuen ouder dan 6 jaar, van wie er 9.333.428 antwoordden. De hoge participatie van 97% valt te verklaren door het wettelijk verplichte karakter van de telling.
8. Ondanks de populariteit van het randommodel, kozen we voor een contextueel model (Diez-Roux, 2000) en dat om twee redenen. Omdat we een volkstelling gebruikten, was er geen sampling van de buurt zoals dat bij een survey het geval zou zijn. Ten tweede, hadden we belangstelling voor de fixed effects van zowel de variabelen op buurtniveau als van die op individueel niveau en niet van de variance components. Toch moesten we rekening houden met residuele correlatie of clustering, omdat individuen die in dezelfde buurt leven, ertoe neigen van gelijkaardige niet-geobserveerde kenmerken te delen en die kunnen de nauwkeurigheid van onze resultaten tenietdoen. Omdat we een binaire afhankelijke variabele hanteerden, gebruikten we een logistische regressie die fixed effects bevatten en schatten we met generalized-estimating equations (GEE) teneinde rekening te houden met clustering. Alle schattingen gebeurden met SAS versie 9.
9. Op basis van de 4de nationale survey over etnische minderheden.
10. De dissimilariteitsindex (index of dissimilarity) is een demografische maatstaf waarmee de (on)gelijke spreiding van twee groepen wordt gemeten over verschillende geografische gebieden. Anders geformuleerd: het% mensen van een groep (bv. zwarten) dat naar een ander gebied zou moeten verhuizen om in beide gebieden dezelfde verhouding te krijgen tussen deze en de andere groep (bv. blanken) in de totale bevolking. In dit geval zou dat 66% zijn.
11. Een tweede mogelijke verklaring zou het zogenaamde healthy immigrant effect kunnen zijn. Uit verschillende studies blijkt namelijk dat migranten bij aankomst een betere gezondheid hebben in vergelijking met de autochtone bevolking. Zie hiervoor: <http://www.iser.essex.ac.uk/bhps/2007/programme/data/papers/Sander.pdf>. Probleem is dat de gebruikte data niet toelaten om hiervoor te controleren.
12. We gebruikten de modelling strategie die McCulloch suggereert (McCulloch, 2001b). Ons eerste model was ons baselinemodel en bevestigde de associatie tussen een slechte subjectieve gezondheid, leeftijd en gender. In model 2 analyseerden we de associatie tussen een slechte gezondheidstoestand en contextuele factoren. In model 3 gingen we na in hoeverre de voorgaande associatie de individuele socio-economische kenmerken weerspiegelt. Deze modellingstrategie werd gebruikt om de mate te onderzoeken waarin de relatie tussen contextuele factoren en gezondheid afhangt van de samenstelling van de buurt. Een andere werkwijze zou erin hebben bestaan van eerst individuele socio-economische karakteristieken in te brengen. Dit zou ons evenwel hebben belet om na te gaan in hoeverre de contextuele effecten de samenstelling van de buurt weerspiegelen.

DEEL III

Armoede ontcijferd

HOOFDSTUK 1

Armoede en sociale uitsluiting ontsluit

Wim Van Lancker

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van de meest relevante statistieken op de verscheidene domeinen van sociale uitsluiting. De actuele situatie en de evoluties die in de tabellen tot uiting komen, zijn van korte commentaren voorzien. Ook wordt – voor een vollediger beeld en indien van toepassing – verwezen naar de hoofdstukken waar we dieper op deze specifieke problematieken ingaan. Wie meer cijfers of vorige jaargangen wil raadplegen, verwijzen we dan ook naar de website van OASes (www.ua.ac.be/oases) waar de (geactualiseerde) bestanden per domein rechtstreeks te downloaden zijn.

Inhoud

1.	Armoedemeting: een overzicht	265
	<i>ASU 1</i> – Overzichtstabel	265
2.	Inkomen en armoede	266
2.1	Relatieve armoedegrenzen op basis van inkomen	266
	<i>AG 1</i> – Armoederisico naar geslacht, leeftijd, huishoudtype, activiteitsstatus en woningbezit (60% mediaan beschikbaar inkomen), België, 2004	268
	<i>AG 2</i> – Percentage individuen boven en onder de armoedegrens naar geslacht, leeftijd, huishoudtype, arbeidsmarktstatuut, woonstatus, huidige nationaliteit en opleidingsniveau (60% mediaan, gestandaardiseerd maandelijks beschikbaar inkomen), Vlaanderen, 2001-2004	270
2.2	De wettelijke armoedegrens	270
	<i>LL 1a</i> – Evolutie van de maandbedragen (in €) van het bestaansminimum per categorie van rechthebbenden volgens de bestaansminimumwet, België, 1990-2002	271
	<i>LL 1b</i> – Evolutie van de maandbedragen (in €) van het leefloon per categorie van rechthebbenden, België, 2002-2007	272
	<i>RMI 1</i> – Aantal ontvangers van het RMI, absolute cijfers, percentages en per 1.000 inwoners, België en gewesten, 1999-2006	273
	<i>RMI 2</i> – Aantal RMI-ontvangers in de voormalige SIF-plus gemeenten in verhouding tot het totaal aantal RMI-ontvangers in de provincie en per 1.000 inwoners, Vlaams Gewest en Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2005-2006 (absolute cijfers en percentages)	274

<i>RMI 3</i> – Aantal RMI-ontvangers in een aantal grote steden in verhouding tot het totaal aantal RMI-ontvangers in de provincie en per 1.000 inwoners, Waals Gewest, 2005-2006 ¹ (absolute cijfers en percentages)	275
<i>RMI 4</i> – Aantal ontvangers van het bestaansminimum/leefloon, absolute cijfers, percentages en per 1.000 inwoners, België en gewesten, 1999-2005	276
<i>RMI 5</i> – Profiel van de ontvangers van het leefloon per gewest, 2005 (percentages)	277
<i>RMI 6</i> – Activeringsmaatregelen in het kader van het Recht op Maatschappelijke Integratie, België per Gewest, 1999-2006 (jaargemiddelde)	277
<i>RMI 7</i> – Aantal daklozen aan wie een installatiepremie werd toegekend, België en gewesten, 2000, 2004-2005 (absolute cijfers en percentages)	278
<i>RMH 1</i> – Aantal ontvangers van het RMH, absolute cijfers, percentages en per 1.000 inwoners, België en gewesten, 1999-2006	279
<i>RMH 2</i> – Aantal ontvangers van financiële steun (RMH), absolute cijfers, percentages en per 1.000 inwoners, België en gewesten, 1999-2006	279
<i>RMH 3</i> – Profiel van de ontvangers van financiële Steun (RMH) per gewest, 2005 (percentages)	280
<i>RMH 4</i> – Activeringsmaatregelen in het kader van het Recht op Maatschappelijke Hulp, België per Gewest, 1999-2006 (jaargemiddelde)	281
<i>RMH 5</i> – Medische hulp in het kader van het Recht op Maatschappelijke Hulp, België per Gewest, 1999-2006 (jaargemiddelde)	281
<i>GGB 1</i> – Aantal gezinnen dat Gewaarborgde Gezinsbijslag ontvangt, België, 1990-2006 (absolute cijfers en percentages per 31 december)	282
<i>GGB2</i> – Aantal gezinnen van buitenlandse nationaliteit dat Gewaarborgde Gezinsbijlage ontvangt, België, 2005	282
<i>GIB/IGO 1a</i> – Evolutie van het aantal ontvangers van het Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden en van het totaal aantal pensioenontvangers, België, 1990-2007 (absolute cijfers en percentages per 1 januari)	283
<i>GIB/IGO 1b</i> – Evolutie van het aantal ontvangers van de Inkomensgarantie voor Ouderen en van het totaal aantal pensioenontvangers, België, 2002-2007 (absolute cijfers en percentages per 1 januari)	284
<i>GIB/IGO 2</i> – Ontvangers van het Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden en de Inkomensgarantie voor Ouderen volgens de omvang van het maandbedrag (€), België, 2002-2007 (percentages per 1 januari)	284
<i>GIB/IGO 3a</i> – Ontvangers van het Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden naar categorie en geslacht, België, 2006-2007 (absolute cijfers en percentages per 1 januari)	285
<i>GIB/IGO 3b</i> – Ontvangers van de Inkomensgarantie voor Ouderen naar categorie en geslacht, België, 2006-2007 (absolute cijfers en percentages per 1 januari)	285
<i>GIB/IGO 4</i> – Percentage ontvangers van het Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden en de Inkomensgarantie voor Ouderen naar leeftijd en geslacht, België, 2007 (per 1 januari)	286
<i>PH 1</i> – Evolutie van het aantal ontvangers van een Tegemoetkoming aan Personen met een Handicap, België, 1990, 1995, 2000-2006 (absolute cijfers en percentages per 31 december)	286
<i>PH 2</i> – Evolutie van het aantal ontvangers van een Tegemoetkoming aan Personen met een Handicap naar leeftijd, België, 1990, 1995, 2000, 2002-2007 (absolute cijfers en percentages per 1 januari)	287
<i>PH 3</i> – Evolutie van het aantal ontvangers van een Tegemoetkoming aan Personen met een Handicap naar leeftijd en geslacht (*), België, 2001-2007 (absolute cijfers en percentages per 1 januari)	287

2.3	Inkomensverdeling en -ongelijkheid	288
	<i>IK 1</i> – Decielenverdeling van het totaal belastbaar netto-inkomen, de overeenstemmende totale belasting en analyse van de componenten van het gezamenlijk belastbaar inkomen, gegevens betreffende de inkomens van het jaar 2004, België	288
	<i>IK 2</i> – De evolutie van het procentuele aandeel van de laagste decielen in het netto-belastbaar inkomen, België, 1990-2004	289
	<i>IK 3</i> – Evolutie van de inkomensongelijkheid voor en na belasting volgens Gini-coëfficiënt, België per gewest, 1990-2004	289
	<i>IK 4</i> – Aandeel van de verschillende uitgavenbronnen in de totale uitgave per inkomensdeciël (%), België, 2005	290
	<i>IK 5</i> – Aandeel van de verschillende inkomensdecielen in de totale uitgaven per uitgavenbron (%), België, 2005	291
3.	Schulden	291
	<i>S 1</i> – Overzicht van de uitstaande saldi en van de in gebreke blijvende schuldenaars om het half jaar, België, 1995, 2000-2006.	292
	<i>S 2</i> – Overzicht van de uitstaande saldi en van de in gebreke blijvende schuldenaars, België, tweede halfjaar 2006	293
	<i>S 3</i> – Aantal geregistreerde personen en contracten bij de <i>Centrale voor Kredieten aan Particulieren</i> , België, 1995-2007	293
	<i>S 4</i> – Betalingsproblemen en schorsingen bij de levering van gas en elektriciteit, Vlaanderen, 2006	294
	<i>S 5</i> – Schulden naar soort in Wallonië, 2001-2005.	295
4.	Werkloosheid	295
	<i>WL 1</i> – Aantal niet-werkende werkzoekenden naar geslacht1, België, 1990-2007 (absolute cijfers en percentages)	296
	<i>WL 2</i> – Evolutie van het aantal niet-werkende werkzoekenden, België en Gewesten, 1990-2007 (absolute cijfers en percentages)	296
	<i>WL 3</i> – Evolutie van de werkloosheidsgraad in% van de actieve bevolking, België, per Gewest, 1995-2007	297
	<i>WL 4</i> – Verdeling van het totaal aantal NWWZ naar leeftijd, België, 1995-2007 (percentages per 30 juni)	298
	<i>WL 5</i> – Verdeling van de NWWZ volgens inactiviteitsduur, België en gewesten, 1995-2007 (percentages per 30 juni)	299
	<i>WL 6</i> – Verdeling van de NWWZ volgens inactiviteitsduur, België, 1995-2007 (absolute cijfers en percentages per 30 juni)	300
	<i>WL 7</i> – Verdeling van de NWWZ naar studieniveau, België en Gewesten, 2007 (percentages per 30 juni)	300
	<i>WL 8</i> – Verdeling van de NWWZ naar studieniveau, België en Gewesten, 1995 en 2007 (percentages per 30 juni)	301
	<i>WL 9</i> – Aantal schoolverlaters, bij de VDAB ingeschreven schoolverlaters en nog werkzoekende schoolverlaters na 1 jaar (aantal en verhouding ten opzichte van totaal), per onderwijsniveau, Vlaanderen, 2006 (schoolverlaters 2005)	301
	<i>WL 10</i> – Evolutie van de betalingen door de RVA, België, april 2006-april 2007	302
	<i>WL 11</i> – Beslissingen tot schorsing of uitsluiting van een werkloosheidsuitkering naar reden en geslacht, België, 1990, 1995-2006 (absolute cijfers)	303
5.	Onderwijs	304
	<i>ON 1</i> – Evolutie van het aantal leerlingen in het Nederlandstalig gewoon en buitengewoon kleuteronderwijs, aandeel van het buitengewoon kleuteronderwijs in het totaal kleuteronderwijs en groei-index van het buitengewoon kleuteronderwijs, Vlaanderen, 1990-1991 tot en met 2006-2007	304

ON 2 – Evolutie van het aantal leerlingen in het Nederlandstalig gewoon en buitengewoon lager onderwijs, aandeel van het buitengewoon lager onderwijs in het totaal lager onderwijs en groei-index van het buitengewoon lager onderwijs, Vlaanderen, 1990-1991 tot en met 2006-2007	305
ON 3 – Evolutie van het aantal leerlingen in het Nederlandstalig gewoon en buitengewoon secundair onderwijs, aandeel van het buitengewoon secundair onderwijs in het totaal secundair onderwijs en groei-index van het buitengewoon secundair onderwijs, Vlaanderen, 1990-1991 tot en met 2006-2007	305
ON 4 – Het aantal vreemde leerlingen ten opzichte van de totale schoolbevolking per Nederlandstalig onderwijsniveau, Vlaanderen, 1990-1991 tot en met 2006-2007	306
ON 5 – Achterstand in de studie van kinderen van Belgische en vreemde nationaliteit aan het einde van het Nederlandstalig gewoon lager onderwijs, naar geslacht, Vlaanderen, 1990-1991 tot en met 2006-2007	306
ON 6 – Evolutie van leerlingen met leerachterstand in het Nederlandstalig gewoon secundair onderwijs, Vlaanderen, 1992-1993 tot en met 2006-2007	307
ON 7 – Aantal beursstudenten en toegekende studietoelagen, Vlaanderen, 2005-2006 en 2006-2007	308
ON 8 – Evolutie van het aantal cursisten in basiseducatie naar geslacht, Vlaanderen, 1995-1996 tot en met 2006-2007	308
ON 9 – Starters in het hoger onderwijs naar opleidingsniveau en tewerkstellingssituatie van de ouders, Vlaanderen, 2001-2002 en 2003-2004 (percentages)	309
6. Huisvesting	310
HV 1 – Evolutie van het permanent campingbewonen, 2000 en 2006 (absolute cijfers en percentages per 1 januari)	310
HV 2 – Aantal erkende Sociale Verhuurkantoren (SVK) en woongelegenheden, Vlaanderen, 2001-2006 (absolute cijfers per 31 december)	310
HV 3 – Aantal individuele en collectieve leden per huurdersbond, Vlaanderen, 1995-2006 (absolute cijfers per 31 december)	311
HV 4 – Het sociale huurpatrimonium van de Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen, Vlaams Gewest, 2001-2006 (gegevens per 31 december)	311
HV 5 – Socio-economisch profiel van de thuislozenpopulatie in percentages, Vlaanderen, 1982-2006	312
HV 6 – Eigenaars, privé- en sociale huurders naar leeftijd, huishoudtype, onderwijsniveau, en nationaliteit, Vlaanderen, 2005 (percentages van de huishoudens)	314
7. Gezondheid	314
GZ 1 – Personen die recht hebben op een verhoogde tussenkomst van de verzekering voor geneeskundige verzorging, Vlaanderen, 1995-2005 (absolute cijfers en percentages per 1 januari)	315
GZ 2 – Percentage huishoudens dat zich genoodzaakt zag medische consumptie uit te stellen, België en gewesten, 2004 (percentages)	316
8. Sociale Zekerheid	316
SZ 1 – Minimumuitkeringsbedragen op 01/09/2007	316
SZ 2 – Werkloosheidsbedragen per categorie (maandbedragen vanaf 01/01/2007)	317
SZ 3 – Wachttuitkeringen per categorie (gemiddelde maandbedragen vanaf 01/04/2007)	317
SZ 4 – Nettominimumuitkeringen en nettominimumloon in% van de armoederisicogrens (60% mediaan), 2003	318

9. Voedselbedeling	318
<i>VI</i> – Voedselhulp in België, 1996-2006 (ingezamelde hoeveelheid, aantal geholpen instellingen en aantal begunstigde hulpbehoevenden)	318
10. Armoede volgens de indicatoren van Kind en Gezin	319
<i>G1</i> – Percentage kinderen geboren in kansarme gezinnen volgens de kansarmoedecriteria van Kind en Gezin, Vlaams Gewest, per provincie, 1995-2006 (percentages)	319
<i>G2</i> – De aanwezigheid van de criteria voor kansarmoede binnen kansarme gezinnen met een geboorte, Kind en Gezin, Vlaanderen1, 1995, 2000, 2004-2006 (absolute cijfers en percentages)	320

1. Armoedemeting: een overzicht

De volgende tabel is geen armoedebarmometer die ons meteen kan vertellen of armoede toeneemt of afneemt; ze geeft wel een ruw overzicht van een aantal kerncijfers. Ze beschrijft de situatie en de evolutie over de voorbije jaren van vormen van sociale uitsluiting op een aantal belangrijke domeinen.

ASU 1 – Overzichtstabel.

Aantal RMI-ontvangers (jaargem.):	2000 (BM)	2003 (LL)	2004 (LL)	2005 (LL)	2006 (LL)
– Vlaanderen	25.584	25.896	25.474	24.257	25.600
– Wallonië	37.216	36.918	37.691	37.725	39.420
– Brussel	13.714	18.415	20.475	21.203	22.827
– België	76.514	81.228	83.639	83.185	87.847
– België (per 1.000 inwoners)	7,5	7,8	8,0	7,9	8,2
Aantal RMH-ontvangers (jaargem.):	2000	2003	2004	2005	2006
– Vlaanderen	24.528	24.373	22.631	19.468	17.919
– Wallonië	11.542	12.804	12.998	12.589	10.869
– Brussel	7.183	10.140	10.267	9.586	9.866
– België	43.253	47.317	45.896	41.643	38.654
– België (per 1.000 inwoners)	4,2	4,6	4,4	4,0	3,6
Aantal ontvangers GIB/IGO (01/01):	1990	1995	2000	2005	2007
– 80 en jonger (%)	68,2	66,0	68,4	68,6	61,2
– Ouder dan 80 (%)	31,8	34,0	31,6	31,4	38,8
– Totaal (AC)	105.216	106.643	93.762	92.110	88.630
Aandeel decielen in netto-inkomen:	1990	2000	2002	2003	2004
– 1ste deciel	1,9	2,2	1,8	1,5	0,9
– 1ste + 2de + 3de deciel	13,7	13,8	12,9	12,2	10,9
– 10de deciel	23,2	24,7	25,9	26,3	27,1
Schulden (tweede semester):	1990	2000	2004	2005	2006
– Aantal in gebreke zijnde schuldenaars	49.820	189.074	231.851	227.979	232.295
– Totale waarde onbetaalde schuldverdringen (in miljoen €)	38,42	594,00	615,04	568,65	556,88
Aandeel leerlingen in het Buitengewoon Onderwijs t.o.v. totaal (per schooljaar):	1990-91	2000-01	2004-05	2005-06	2006-07
– Kleuter	0,66	0,71	0,76	0,78	0,81
– Lager	4,28	6,02	6,36	6,44	6,47
– Secundair	3,14	3,67	3,84	3,89	3,89

Aandeel migranten in het Buitengewoon Onderwijs t.o.v. Totaal (per schooljaar)::	<i>1990-91</i>	<i>2000-01</i>	<i>2004-05</i>	<i>2005-06</i>	<i>2006-07</i>
– Kleuter	8,04	7,76	5,70	5,66	5,45
– Lager	7,64	7,95	6,71	6,66	6,58
– Secundair	7,69	9,26	8,75	8,49	8,62
Voedselbedeling (jaarlijks):	<i>1991</i>	<i>2000</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>
Aantal initiatieven	337	665	661	654	648
– Aantal begunstigden	47.000	95.225	104.000	106.550	106.900
– Ingezamelde hoeveelheid (in ton)	2.283	7.645	9.128	8.400	9.400
Niet-werkende werkzoekenden (30/6):	<i>1990</i>	<i>1995</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2007</i>
– Man	161.264	259.605	208.658	279.551	254.548
– Vrouw	241.526	337.268	265.768	316.846	278.620
– Totaal	402.790	596.872	474.427	596.397	533.168
Werkloosheidsgraad (t.o.v. de actieve bevolking):	<i>1990</i>	<i>1995</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2007</i>
– Vlaanderen	7,2	10,1	6,3	8,4	6,0
– Wallonië	13,7	18,2	16,2	17,9	16,0
– Brussel	12,0	18,7	16,7	20,5	20,1
– België	9,6	13,4	10,4	12,5	10,5
Langdurig werkzoekenden (>> 1 jaar) (30/6):	<i>1995</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>
– Man (% totaal mannelijke NWWZ)	55,8	51,9	53,7	45,9	46,5
– Vrouw (% totaal vrouwelijke NWWZ)	63,6	56,6	56,4	54,1	53,5
– Totaal (AC)	334.600	295.195	313.599	327.667	293.400
Schorsing of uitsluiting van een werkloosheidsuitkering:	<i>1990</i>	<i>2000</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>
– Langdurige werkloosheid	1.775	10.136	7.539	3.961	1.271
– Fout of overtreding werkloze	34.758	22.034	25.535	30.706	39.068
% van de Belgische bevolking onder de armoedegrens (60% mediaan)	ECHP	<i>2001</i>	SILC	<i>2004</i>	<i>2005</i>
– Man		12		13,8	14
– Vrouw		15		15,8	15,5
– Totaal		13		14,8	14,7
Kansarmoedecriteria van K&G:	<i>1993</i>	<i>2000</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>
– Aandeel arme gezinnen	3,7	4,7	5,9	5,9	6,3

2. Inkomen en armoede

2.1 Relatieve armoedegrenzen op basis van inkomen

Om armoede te meten wordt vaak verwezen naar het armoederisico van de bevolking. Dit armoederisico wordt dan gedefinieerd als het deel van de bevolking van wie het huishoudinkomen onder een bepaalde inkomensgrens valt – gebruikelijk 60% van het mediaan beschikbaar inkomen. Deze inkomensinformatie wordt verzameld via diverse wetenschappelijke surveys, waarbij via toe-

passing van een equivalentieschaal het inkomen gecorrigeerd wordt voor de grootte en samenstelling van het huishouden. De toepassing van verschillende equivalentieschalen, maar ook de keuze voor een andere armoededrempel, kan tot grote verschillen in de armoedecijfers leiden (zie ook Dewilde, Levecque & Vranken, 2003). Data van verschillende surveys kan men dan ook niet zomaar naast elkaar leggen.

De recentste armoedecijfers zijn afkomstig van de EU-SILC (Statistics on Income and Living Conditions). Deze EU-SILC werd voorafgegaan door het European Community Household Panel (ECHP), waarvan de laatste golf plaatsvond in 2001. Data uit beide surveys worden in Europese beleidsinstrumenten en -rapporten als norm gehanteerd en dienen als leidraad bij het opstellen van de verschillende NAP's/incl. Daarnaast geven ook andere surveys als de Gezondheidsenquête, inkomensinformatie die toelaat te berekenen hoeveel individuen onder een bepaalde armoedegrens vallen. In de volgende paragrafen herkennen we kort de beschikbare data op basis van de EU-SILC (2005) en de Gezondheidsenquête (2004). Een meer gedetailleerde analyse op basis van deze surveys is terug te vinden op de OASes-website (zie ook deel I, hoofdstuk 6 en deel II, hoofdstuk 2).

2.1.1 *EU Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)*

Na een (proef-)enquête in 2003 is de EU-SILC in 2004 van start gegaan. Momenteel beschikken we over gegevens van de tweede golf (EU-SILC 2005). De EU-SILC is een longitudinaal onderzoek, waarbij de verschillende Europese lidstaten over de periode 2004-2007 data inzake inkomensverdeling en sociale uitsluiting verzamelen (zie ook Lusyne e.a., 2005). Men koos hier voor een roterend panel, waarbij huishoudens gedurende maximaal vier jaar jaarlijks ondervraagd worden en elk jaar een kwart van alle huishoudens vervangen wordt door een verse steekproef. Naarmate meer golven van de EU-SILC beschikbaar zijn, zal het zo mogelijk zijn een beeld te geven van het aantal mensen dat langdurig in armoede belandt.

Volgens de tweede golf van de EU-SILC in 2005 leeft 14,7% van de Belgische bevolking onder de armoededrempel (wat voor een alleenstaande neerkomt op een maandelijks inkomen lager dan € 822, tabel AG 1). In Vlaanderen loopt 10,7% van de bevolking een verhoogd armoederisico, in Wallonië stijgt dit percentage tot 17,5%.

Vrouwen (15,5%) en bejaarden (20,6%) kennen een hoger armoederisico. Tewerkstelling biedt dan weer een belangrijke bescherming tegen armoede: van de werkenden loopt 'maar' 3,9% een verhoogd armoederisico; bij de inactieve bevolking is dit 23,2%, bij werklozen zelfs meer dan 30%. Aansluitend speelt het opleidingsniveau een belangrijke rol: laagopgeleiden hebben een sterk verhoogd armoederisico (22,5%), bij hoogopgeleiden daalt dit tot 6,7%.

AG 1 – Armoederisico naar geslacht, leeftijd, huishoudtype, activiteitsstatus en woningbezit (60% mediaan beschikbaar inkomen), België, 2004.

	<i>Vlaanderen</i>	<i>Wallonië</i>	<i>België</i>
Geslacht			
Man	10,2	16,2	14,0
Vrouw	11,3	18,7	15,5
<i>Totaal</i>	10,7	17,5	14,7
Leeftijd			
0-15 jaar	11,7	21,8	18,6
16-24 jaar	11,7	20,3	17,3
25-49 jaar	6,3	15,9	11,4
50-64 jaar	9,2	10,8	10,7
65 jaar en ouder	20,4	21,3	20,6
<i>Totaal</i>	10,7	17,5	14,7
Huishoudtype			
Eenpersoonshuishouden	18,5	23,0	21,2
Twee volwassenen (min 1 > 65 jaar)	17,9	14,9	16,6
Twee volwassenen (beide < 65 jaar)	5,9	9,7	8,1
Andere huishoudens geen afhankelijke kinderen	2,7	8,8	4,5
<i>Totaal – geen afhankelijke kinderen</i>	11,3	15,0	13,3
Eenoudergezin	22,2	42,7	35,1
Twee volwassenen en één afhankelijk kind	5,0	15,4	9,3
Twee volwassenen, twee afhankelijke kinderen	5,7	15,6	9,8
Twee volwassenen, drie of meer afhankelijke kinderen	17,8	15,5	20,1
Andere huishoudens met afhankelijke kinderen	10,3	18,5	17,8
<i>Totaal – afhankelijke kinderen</i>	10,4	19,7	16,2
<i>Totaal</i>	10,7	17,5	14,7
Activiteitsstatus			
Werklozen	19,2	35,8	30,7
Andere inactieven	18	28,8	24,6
Gepensioneerden	18,2	19,2	18,4
<i>Totaal werkenden</i>	3	4,2	3,9
<i>Totaal inactieven</i>	18,2	26,7	23,2
<i>Totaal</i>	10,7	17,5	14,7
Opleidingsniveau 1			
Lage opleiding			22,5
Gemiddelde opleiding			13,4
Hoge opleiding			6,7
<i>Totaal</i>			14,7
Woningbezit			
Eigenaar	8,2	11	9,7
Huurder	19,6	37,8	29,3
<i>Totaal</i>	10,7	17,5	14,7
Inkomens quintiel verhouding (S80/S20)	3,5	4,1	4,1
Relatieve mediane armoederisicokloof			19
Armoededrempel (60% mediaan)			
Alleenstaande			€ 9.863
Koppel, twee kinderen (< 14 jaar)			€ 20.712

1. Data van EU-SILC 2004.

Bron: EU-SILC 2005, Hoge Raad voor Financiën – studiegcommissie voor de vergrijzing 2007.

Mensen die samenwonen lopen een aanzienlijk lager risico om in armoede te belanden dan alleenstaanden (21,2%) en eenoudergezinnen (35,1%) in het bijzonder. Wanneer er drie of meer kinderen in het huishouden zijn, stijgt het armoederisico wel tot 20,1%. Naar woonsituatie hebben huurders een sterk verhoogd armoederisico (29,3%), bij de eigenaars (9,7%) ligt dit risico lager dan gemiddeld.

De relatieve mediane armoederisicokloof geeft het verschil weer tussen het mediaan equivalent inkomen van de personen onder de armoederempel en de armoederempel zelf, uitgedrukt als een percentage van de armoederempel. In België ligt deze indicator op 19%. In concreto: de helft van de mensen onder de armoedegrens heeft een inkomen van niet meer dan € 666 (in het geval van een alleenstaande). Een laatste indicator betreft de inkomensquintielenverhouding: deze zet het inkomen van de rijkste 20% van de bevolking af tegen dat van de 20% armsten. In België verdiende de 20% rijksten vier keer zoveel als de 20% armsten. In Vlaanderen ligt deze verhouding iets lager dan in Wallonië.

2.1.2 Gezondheidsenquête 2001-2004

Gepoolde gegevens uit de Gezondheidsenquêtes 2001 en 2004 geven inkomensinformatie die toelaat te berekenen hoeveel individuen onder een bepaalde armoedegrens vallen. In tegenstelling tot de vorige surveys, waar het inkomen berekend werd op basis van gedetailleerde vragen, wordt in de Gezondheidsenquête aan de referentiepersoon van het huishouden gevraagd een schatting van het gezinsinkomen te maken. Een dergelijke schatting is over het algemeen minder betrouwbaar dan wanneer gedetailleerde informatie wordt verzameld (Van Damme & Van den Bosch, 1997).

In tabel AG 2 worden deze armoederisico's gepresenteerd naar geslacht, leeftijd, huishoudtype, arbeidsmarktstatuut, woonstatus, huidige nationaliteit en opleidingsniveau. Volgens deze cijfers leefden in de periode tussen 2001 en 2004 10,5% van de Vlamingen onder de armoedegrens (60% van het mediaan gestandaardiseerd maandelijks beschikbaar inkomen). Groepen met een verhoogd armoederisico zijn vooral eenoudergezinnen (29,5%), werklozen (26,2%), niet-EU-burgers (49,07%) en laag- of ongeschoolden (17,5%).

AG 2 – Percentage individuen boven en onder de armoedegrens naar geslacht, leeftijd, huishoudtype, arbeidsmarktstatuut, woonstatus, huidige nationaliteit en opleidingsniveau (60% mediaan, gestandaardiseerd maandelijks beschikbaar inkomen), Vlaanderen, 2001-2004.

	% niet arm	% arm
Geslacht		
Man	89,88	10,12
Vrouw	89,09	10,91
Leeftijd		
0-15 jaar	90,29	9,71
16-24 jaar	84,64	15,36
25-49 jaar	93,19	6,81
50-64 jaar	90,11	9,89
65 jaar en ouder	84,62	15,38
Huishoudtype		
Alleenstaande	90,99	9,01
Eénoudergezin	70,53	29,47
Koppel zonder kinderen	89,96	10,04
Koppel met kinderen	92,23	7,77
Ander huishoudtype	84,83	15,17
Arbeidsmarktstatuut		
Betaald werk	94,66	5,34
Werkloos	73,79	26,21
Gepensioneerd	87,07	12,93
Ziekte of invaliditeit	84,32	15,68
Overige inactief	77,12	22,88
Woonstatus		
Eigenaar	90,82	9,18
Huurder	84,55	15,45
Huidige nationaliteit		
Belg	90,49	9,51
EU-burger	78,62	21,38
Niet-EU-burger	50,93	49,07
Opleidingsniveau		
Geen diploma, Lager of BLO	82,54	17,46
Lager SO of BUSO	85,30	14,70
Hoger SO	91,86	8,14
HOBU/Universiteit	96,42	3,58
Totaal	89,48	10,52

Bron: Gezondheidsenquêtes 2001 en 2004, OASeS-berekeningen.

2.2 De wettelijke armoedegrens

Het bedrag van residuele uitkeringen zoals het leefloon, de Inkomensgarantie voor Ouderen (of het Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden) en de Tegemoetkomingen aan Personen met een Handicap (al dan niet aangevuld met de Gewaarborgde Gezinsbijslag) geven de ‘wettelijke armoedegrens’ weer. Onder deze grens wordt het volgens de wetgever moeilijk om een bestaanszeker leven op te bouwen of zich maatschappelijk te integreren. Belangrijk om weten is dat

de evolutie van deze ‘norm’ niet in de eerste plaats afhankelijk is van werkelijk gemeten behoeften, maar wel van politieke besluitvorming. De evolutie van het aantal mensen dat deze uitkeringen opneemt, is onderhevig aan een aantal factoren naast de evolutie van werkelijke behoeften; ook wijzigingen in de wetgeving kunnen deze cijfers beïnvloeden (zie ook deel I, hoofdstuk 2).

2.2.1 *Het leefloon: bedragen en categorieën*

Tabellen *LL 1a en 1b* geven de evolutie weer van de bedragen van het bestaansminimum en het leefloon sinds het begin van de jaren '90. Eind jaren '80 en begin jaren '90 is het bedrag voor eenoudergezinnen geleidelijk verhoogd van dat voor ‘alleenstaande’ tot dat voor gezinshoofden (gehuwden of twee samenwonenden).

Bij de invoering van het Recht op Maatschappelijke Integratie per 1 januari 2002 wijzigden een aantal categorieën van rechthebbenden en werd het bedrag van het toenmalige bestaansminimum – nu het leefloon – verhoogd met 4%, waarna het op 1 oktober 2004 en 1 oktober 2006 verder werd verhoogd met telkens 1%. Op 1 april 2007 kwam hier nog 2% bij.

Vanaf 1 januari 2005 blijven – als gevolg van een arrest van het Arbitragehof – nog maar drie categorieën over: (1) een persoon die met één of meerdere personen samenwoont; (2) een alleenstaande persoon; en (3) een persoon die uitsluitend samenwoont met een gezin te zijnen laste. De leefloonbedragen werden per 1 augustus 2005 geïndexeerd. Om het verdwijnen van de categorie ‘alleenstaande persoon met recht op verhoogd bedrag’ op te vangen, werd voor mensen die onderhoudsgelden betalen of een regeling rond co-ouderschap hebben, het ‘recht op specifieke hulp voor het betalen van onderhoudsgelden ten gunste van kinderen’ ingeschreven in de OCMW-wetgeving.

LL 1a – Evolutie van de maandbedragen (in €) van het bestaansminimum per categorie van rechthebbenden volgens de bestaansminimumwet, België, 1990-2002.

<i>Datum</i>	<i>Cat. 1 Samenwonende echtgenoten (€)</i>	<i>Cat. 2 Alleenstaande met inwonend(e) kind(eren) (€)</i>	<i>Cat. 3 Alleenstaande persoon (€)</i>	<i>Cat. 4 Samenwonende persoon (€)</i>
1/1990	560,66	504,61	420,50	280,34
1/1995	664,48	664,48	498,34	332,23
1/2000	705,13	705,13	528,78	352,58
2/2002	778,21	778,21	583,66	389,11

LL 1b – Evolutie van de maandbedragen (in €) van het leefloon per categorie van rechthebbers, België, 2002-2007.

<i>Datum</i>	<i>Cat. 1 Samenwonende persoon¹ (€)</i>	<i>Cat. 2 Alleenstaande persoon (€)</i>	<i>Cat. 3 Alleenstaande persoon met recht op verhoogd bedrag (€)</i>	<i>Cat. 4 Eenoudergezin met kinderlast (€)</i>
10/2002	389,11	583,66	680,94	778,21
06/2003	396,88	595,32	694,54	793,76
10/2004	408,89	613,33	715,55	817,77
<i>Datum</i>	<i>Cat. 1 Samenwonende persoon¹ (€)</i>	<i>Cat. 2 Alleenstaande persoon (€)</i>	<i>Cat. 3 Persoon die uitsluitend samenwoont met een gezin te zijnen laste (€)</i>	
08/2005	417,07	625,60	834,14	
10/2006	429,66	644,48	859,31	
04/2007	438,25	657,37	876,50	

1. Onder samenwoning wordt verstaan: het onder hetzelfde dak wonen van personen die hun huishoudelijke aangelegenheden hoofdzakelijk gemeenschappelijk regelen.

2.2.2 Het Recht op Maatschappelijke Integratie

Het Recht op Maatschappelijke Integratie, in de vorm van een uitkering (het leefloon) of tewerkstelling (activering), is van kracht sinds oktober 2002 (wet van 26 mei 2002) en kwam in de plaats van het bestaansminimum. Met de invoering van het leefloon wijzigden de categorieën evenals de voorwaarden om in aanmerking te komen voor het Recht op Maatschappelijke Integratie. Zo werden gehuwde echtgenoten in het bestaansminimum nog als één gerechtigde geteld, maar met de invoering van het geïndividualiseerde leefloon, krijgen zij elk het bedrag van een samenwonend persoon en komen dan ook afzonderlijk in de statistieken voor. Daarnaast wijzigden ook een aantal voorwaarden om in aanmerking te komen voor het leefloon. Daar waar er vroeger nog een nationaliteitsvoorwaarde verbonden was aan het bestaansminimum, komen vreemdelingen die zijn ingeschreven in het bevolkingsregister, erkende vluchtelingen en staatlozen nu ook in aanmerking voor het leefloon.

De gegevens die we hieronder presenteren, zijn gebaseerd op de terugbetalingsstatistieken van de federale overheid aan de OCMW's. Pas wanneer een OCMW zijn dossier volledig heeft ingediend, worden de gegevens verwerkt wat maakt dat we de gegevens van 2007 nog niet kunnen presenteren. Het daadwerkelijk aantal ontvangers kan immers sterk verschillen van de voorlopige cijfers die op het moment van druk beschikbaar zijn. In wat volgt beperken we ons tot de volledige en geverifieerde data voor de periode 1999-2006.

Tussen 1999 en 2002 – het laatste jaar waarvoor de gegevens betrekking hebben op het bestaansminimum – daalde het aantal ontvangers van het RMI

van 81.325 tot 70.150 (tabel *RMI 1*). In 2003 waren er – gelet op de gewijzigde voorwaarden en categorieën – 81.228 ontvangers. Drie jaar later zijn dit er 87.847 wat een stijging is met 8 sinds 2003. In het Waals Gewest lijkt het aantal ontvangers zich te stabiliseren: hier vinden we 45% van de RMI-populatie terug. Ook in het Vlaams Gewest lijkt het aantal ontvangers (25.600 in 2006) constant te schommelen rond de 30%. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest vinden we iets meer dan een kwart (26%) van de RMI-populatie terug, een stijging met 23% in vergelijking met 2003.

RMI 1 – Aantal ontvangers van het RMI, absolute cijfers, percentages en per 1.000 inwoners, België en gewesten, 1999-2006.

<i>Jaar</i>	<i>Vlaams Gewest</i>		<i>Waals Gewest</i>		<i>Brussels HG</i>		<i>België</i>	
	<i>AC</i>	<i>%</i>	<i>AC</i>	<i>%</i>	<i>AC</i>	<i>%</i>	<i>AC</i>	<i>Per 1.000 inwoners</i>
1999	28.148	34,6	39.196	48,2	13.981	17,2	81.325	7,9
2000	25.584	33,4	37.216	48,6	13.714	17,9	76.514	7,5
2001	22.622	32,6	33.980	48,9	12.896	18,6	69.497	6,7
2002 (1)	22.297	31,8	34.452	49,1	13.401	19,1	70.150	6,8
2002 (2)	24.906	31,6	36.631	46,5	17.229	21,9	78.766	7,6
2003	25.896	31,9	36.918	45,4	18.415	22,7	81.228	7,8
2004	25.474	30,5	37.691	45,1	20.475	24,5	83.639	8,0
2005	24.779	29,4	38.121	45,2	21.485	25,5	84.385	8,0
2006	25.600	29,1	39.420	44,9	22.827	26,0	87.847	8,2

(1) Regeling bestaansminimum, voor 2002 gemiddelde o.b.v. de maanden januari t/m september.

(2) Regeling leefloon, voor 2002 gemiddelde o.b.v. de maanden oktober t/m december.

Bron: NIS, POD Maatschappelijke Integratie en eigen berekeningen. Gemiddelde van de maandcijfers zoals bekend op 31 juli 2006.

Tussen 2005 en 2006 steeg het aantal RMI-ontvangers in Vlaanderen met 821 personen of 3%. De stijging vindt plaats in alle provincies. In de grootsteden Antwerpen en Gent vinden we het merendeel van de RMI-ontvangers uit de respectievelijke provincies terug. In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest kende men de grootste stijging (+ 6%) met 1.342 personen. Het aantal RMI-ontvangers per 1.000 inwoners is in 2006 het hoogst in de steden Gent (16,1‰), Mechelen (10,6‰), Antwerpen (11,4‰), Oostende (10,1‰) en de 19 Brusselse gemeenten (22,4‰).

RMI 2 – Aantal RMI-ontvangers in de voormalige SIF-plus gemeenten in verhouding tot het totaal aantal RMI-ontvangers in de provincie en per 1.000 inwoners, Vlaams Gewest en Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 2005-2006 (absolute cijfers en percentages).

Gemeente/stad per provincie	Aantal RMI-ontvangers		Percentage t.o.v. het totaal aantal RMI-ont- vangers in de provincie		Aantal RMI-ontvangers per 1.000 inwoners	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Vlaams Gewest	24.779	25.600	nvt	nvt	4,1	4,2
<i>Provincie Antwerpen:</i>	8.594	8.920	100,0	100,0	5,1	5,3
Antwerpen	4.939	5.265	57,5	59,0	10,8	11,4
Lier	89	106	1,0	1,1	2,8	3,2
Mechelen	849	826	9,9	9,3	11,0	10,6
Turnhout	242	236	2,8	2,6	6,2	6,1
Willebroek	156	158	1,8	1,8	7,1	7,2
<i>Provincie Vlaams-Brabant:</i>	2.878	3.075	100,0	100,0	2,8	2,9
Diest	59	61	2,1	2,0	2,7	2,8
Leuven	710	755	2,5	2,5	7,8	8,4
Tienen	130	130	4,5	4,2	4,2	4,2
Vilvoorde	163	181	5,7	5,9	4,5	4,9
<i>Provincie Limburg:</i>	1.955	2.040	100,0	100,0	2,4	2,5
Genk	170	170	8,7	8,3	2,7	2,7
Ham	12	17	0,6	0,8	1,3	1,9
Maasmechelen	125	137	6,4	6,7	3,5	3,8
Tongeren	109	122	5,7	6,0	3,8	4,2
<i>Provincie Oost-Vlaanderen:</i>	7.258	7.452	100,0	100,0	5,3	5,4
Aalst	366	378	5,0	5,0	4,8	4,9
Dendermonde	160	151	2,2	2,0	3,7	3,5
Eeklo	129	118	1,8	1,6	1,0	0,9
Gent	3.551	3.740	48,9	50,2	15,4	16,1
Geraardsbergen	106	122	1,5	1,6	3,4	3,9
Ronse	198	181	2,7	2,4	8,6	7,5
Wetteren	73	79	1,0	1,1	3,2	3,4
Zelzate	107	100	1,5	1,3	8,9	8,3
<i>Provincie West-Vlaanderen:</i>	4.094	4.114	100,0	100,0	3,6	3,6
Blankenberge	156	161	3,8	3,9	8,7	8,9
Bredene	52	48	1,3	1,2	3,7	3,2
Brugge	511	525	12,5	12,8	4,4	4,5
De Panne	42	42	1,0	1,0	4,7	4,2
Kortrijk	508	529	12,4	12,9	7,0	7,2
Menen	213	212	5,2	5,2	6,7	6,6
Nieuwpoort	55	59	1,3	1,4	5,5	5,9
Oostende	663	685	16,2	16,7	9,75	10,1
Spiere-Helkijn	14	14	0,3	0,3	7	7
Brussels Hoofdstedelijk Gewest						
<i>Brussel (19 gemeenten)</i>	21.485	22.827	nvt	nvt	21,4	22,4

Bron: POD Maatschappelijke Integratie en eigen berekeningen.

In het Waals Gewest steeg het aantal RMI-ontvangers licht tussen 2005 en 2006 (+ 1299). Het aantal RMI-ontvangers per 1.000 inwoners ligt in de zwaarst be-

laste steden in het Waals Gewest een stuk hoger dan deze in het Vlaams Gewest. De verhouding ten opzichte van de bevolking is het hoogst in de steden Luik (35,4%), Verviers (33,1%), Hoei (25,4%), Bergen (22,0%) en Namen (18,8%).

RMI 3 – Aantal RMI-ontvangers in een aantal grote steden in verhouding tot het totaal aantal RMI-ontvangers in de provincie en per 1.000 inwoners, Waals Gewest, 2005-2006 (absolute cijfers en percentages).

<i>Gemeente/stad per provincie</i>	<i>Aantal RMI-ontvangers</i>		<i>Percentage t.o.v. het totaal aantal RMI-ont- vangers in de provincie</i>		<i>Aantal RMI-ontvangers per 1.000 inwoners</i>	
	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>
<i>Provincie Waals Brabant:</i>	2.040	2.067	100,0	100,0	5,6	5,7
Nijvel	143	172	7,0	8,3	5,9	7,2
Ottignies-Louvain-La-Neuve	464	442	22,7	21,4	16	15,2
Waver	200	181	9,8	8,8	6,3	5,7
<i>Provincie Henegol:</i>	14.336	14.642	100,0	100,0	11,2	11,4
Bergen	2.003	2.041	14,0	13,9	22,0	22,4
Charleroi	3.351	3.424	23,4	23,4	16,7	17,0
La Louvière	1.068	1.093	7,5	7,5	14,1	14,2
Moeskroen	500	548	3,5	3,7	9,6	10,5
<i>Provincie Luik:</i>	15.246	16.038	100,0	100,0	14,7	15,4
Herstal	415	487	2,7	3,0	11,5	13,2
Hoei	507	527	3,3	3,3	25,4	26,4
Luik	6.553	6.932	43,0	43,2	35,4	37,1
Seraing	1.075	1.136	7,1	7,1	17,9	18,9
Verviers	1.719	1.867	11,3	11,6	33,1	35,2
<i>Provincie Luxemburg:</i>	1.785	1.895	100,0	100,0	7,0	7,3
Aarlen	237	258	13,3	13,6	9,5	9,9
Marche-en-Famenne	181	182	10,1	9,6	11,3	11,4
<i>Provincie Namen:</i>	4.715	4.779	100,0	100,0	10,4	9,9
Andenne	262	274	5,6	5,7	10,9	11,4
Dinant	183	181	3,9	3,8	15,3	13,9
Namen	1.996	2.017	42,3	42,2	18,8	18,9
Sambreville	333	338	7,1	7,1	12,8	13
Totaal Waals Gewest	38.121	39.420	nvt	nvt	11,2	11,6

Bron: POD Maatschappelijke Integratie en eigen berekeningen.

Kijken we specifiek naar het leefloon binnen het RMI, dan zien we een vergelijkbare evolutie. In 2005 ontvingen 74.942 mensen het leefloon, een lichte daling in vergelijking met 2004 (mogelijk door een nog onvolledige registratie). De verdeling tussen de verschillende gewesten loopt gelijk aan de verdeling van het totaal aantal ontvangers van het RMI.

RMI 4 – Aantal ontvangers van het bestaansminimum/leefloon, absolute cijfers, percentages en per 1.000 inwoners, België en gewesten, 1999-2005.

Jaar	Vlaams Gewest		Waals Gewest		Brussels HG		België	
	AC	%	AC	%	AC	%	AC	Per 1.000 inwoners
1999	25.735	33,7	37.200	48,7	13.451	17,6	76.386	7,5
2000	23.335	32,7	34.977	49,0	13.085	18,3	71.397	7,0
2001	20.453	32,0	31.382	49,1	12.114	18,9	63.949	6,2
2002 (1)	19.976	31,2	31.441	49,1	12.569	19,6	63.987	6,2
2002 (2)	22.424	31,1	33.416	46,3	16.279	22,6	72.119	7,0
2003	23.193	31,4	33.397	45,2	17.360	23,5	73.950	7,1
2004	22.469	29,8	33.779	44,8	19.135	25,4	75.383	7,2
2005	21.439	28,6	33.770	45,1	19.733	26,3	74.942	7,1

(1) Regeling bestaansminimum, voor 2002 gemiddelde o.b.v. de maanden januari t/m september.

(2) Regeling leefloon, voor 2002 gemiddelde o.b.v. de maanden oktober t/m december.

Bron: NIS, POD Maatschappelijke Integratie en eigen berekeningen. Gemiddelde van de maandcijfers zoals bekend op 31 juli 2006.

Ongeveer de helft van de leefloontrekkenden is alleenstaand zonder kinderen (49% in 2005). Ter vergelijking: in de totale Belgische bevolking maken alleenstaanden slechts een derde van de huishoudens uit. Een vierde (24%) van de leefloontrekkenden heeft minstens één minderjarig ongehuwd kind ten laste. De verdeling van de categorieën van het leefloon over de verschillende gewesten loopt vrij parallel.

Bijna zes op tien van de Belgische leefloontrekkenden zijn vrouwen. Enkel in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is het overwicht van de vrouwen minder uitgesproken (56% vrouwen tegen 44% mannen).

Meer dan een vierde (28%) van de leefloontrekkenden is jonger dan 25 jaar. De Waalse leefloontrekkendenpopulatie heeft een jonger profiel dan deze in de andere regio's, terwijl in Vlaanderen een relatief groter aantal personen van 50 jaar of ouder een beroep moet doen op het leefloon.

Zeven op tien van de leefloontrekkenden ontvangt het volledig bedrag van het leefloon. In het Vlaams en het Waals Gewest is dit ongeveer twee derde, in het Brussels Gewest wordt het volledig bedrag toegekend aan bijna vier vijfde (77%) van de leefloontrekkenden.

Drie vierde (76%) van de leefloontrekkenden had in 2005 de Belgische nationaliteit. Europeanen (niet-Belgen) vertegenwoordigden 7% van de leefloontrekkenden; de resterende 18% van de ontvangers zijn niet-Europese vreemdelingen, die met de invoering van het Recht op Maatschappelijke Integratie ook in aanmerking kwamen voor het leefloon. Naar verwachting ligt het aandeel vreemdelingen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (37%) veel hoger dan in het Vlaams (23%) of Waals (18%) Gewest.

RMI 5 – Profiel van de ontvangers van het leefloon per gewest, 2005 (percentages).

	<i>Vlaams Gewest</i>	<i>Waals Gewest</i>	<i>Brussels Gewest</i>	<i>België</i>
Leefloon naar categorie				
A. Samenwonende persoon	28,5	28,3	26,2	27,8
B. Alleenstaande persoon	49,7	47,8	48,9	48,6
E. Persoon die uitsluitend leeft met een gezin te zijnen laste	21,8	23,9	24,8	23,6
Leefloon naar geslacht				
Man	40,0	39,6	44,4	41,0
Vrouw	60,0	60,4	55,6	59,0
Leefloon naar leeftijd				
Jonger dan 25 jaar	25,9	31,8	24,4	28,2
25-39 jaar	25,2	24,4	34,6	27,3
40-49 jaar	17,1	19,3	17,3	18,1
50 jaar en ouder	31,7	24,5	23,7	26,4
Leefloon naar omvang van het bedrag				
Volledig	66,5	67,0	77,3	69,6
Gedeeltelijk	33,5	33,0	22,7	30,4
Leefloon naar nationaliteit				
Belgen	77,4	82,2	63,5	75,9
Niet-Belgen – EU	4,6	7,0	7,6	6,5
Niet-Belgen – niet-EU	18,0	10,8	28,9	17,6
Totaal niet-Belgen	22,6	17,8	36,5	24,1

Bron: POD Maatschappelijke Integratie en eigen berekeningen.

RMI 6 – Activeringsmaatregelen in het kader van het Recht op Maatschappelijke Integratie, België per Gewest, 1999-2006 (jaargemiddelde).

<i>Jaar</i>	<i>Vlaams Gewest</i>		<i>Waals Gewest</i>		<i>Brussels HG</i>		<i>België</i>	
	<i>AC</i>	<i>%</i>	<i>AC</i>	<i>%</i>	<i>AC</i>	<i>%</i>	<i>AC</i>	<i>% totaal RMI</i>
1999	2.428	49,0	2.002	40,4	529	10,7	4.959	6,1
2000	2.290	44,1	2.272	43,7	635	12,2	5.197	6,8
2001	2.218	39,3	2.631	46,6	791	14,0	5.640	8,1
2002	2.390	37,6	3.090	48,6	874	13,8	6.354	9,1
2003	2.765	37,5	3.554	48,2	1.061	14,4	7.380	9,4
2004	3.072	36,7	3.948	47,2	1.345	16,1	8.365	10,3
2005	3.192	36,1	4.123	46,7	1.522	17,2	8.837	10,1
2006	3.431	36,2	4.186	44,2	1.857	19,6	9.474	10,8

Bron: POD Maatschappelijke Integratie en eigen berekeningen.

In het kader van het activeringsbeleid ondernemen ook OCMW's heel wat stappen om mensen terug aan het werk te krijgen. Het Recht op Maatschappelijke Integratie (of Maatschappelijke Hulp, zie later) hoeft zich dan ook niet te beperken tot het leefloon of een andere vorm van financiële tegemoetkoming, maar wordt vaak ingevuld met het verschaffen van tewerkstelling.

In 2006 waren 9.474 RMI-gerechtigden aan het werk via het OCMW. Dit betekent een stijging van 7% in vergelijking met het vorige jaar. (*RMI 6*). Zowel in Vlaanderen (+ 20%) en Wallonie (+ 4%) als in Brussel (+ 27%) stijgen het aantal activeringen binnen het RMI. Verhoudingsgewijs is momenteel een tiende van alle RMI-ontvangers tewerkgesteld. In de overgrote meerderheid van de gevallen gaat het om een tewerkstelling in het kader van artikel 60 § 7, waarlangs het OCMW mensen de mogelijkheid biedt zich terug in te schakelen in het arbeidsproces en aan de vereisten van de werkloosheidsverzekering te voldoen.

Met het oog op de strijd tegen de thuisloosheid zijn binnen de wetgeving op Maatschappelijke Integratie een aantal maatregelen specifiek gericht op daklozen. Een dakloze die een woonst vindt en hierdoor zijn hoedanigheid van dakloze verliest, heeft (éénmalig) recht op een installatiepremie. In de tweede helft van 2004 werd het toepassingsgebied van deze maatregel verruimd. Vroeger konden enkel leefloongerechtigde daklozen aanspraak maken op deze premie; na de wetswijziging in augustus 2004 (*B.S. 27 september 2004*) komen ook andere daklozen met een vervangingsinkomen of een inkomen lager dan een grensbedrag (het leefloonbedrag, vermeerderd met 10%) in aanmerking. In 2005 zien we dan ook dat het aantal toegekende installatiepremies met de helft is toegenomen: in totaal konden 2.204 daklozen van deze maatregel genieten, van wie een kleine helft (47%) in het Waals Gewest. Het aandeel van het Vlaams Gewest is sterk gestegen tot meer dan een derde (37%) van de toegekende premies.

RMI 7 – Aantal daklozen aan wie een installatiepremie werd toegekend, België en gewesten, 2000, 2004-2005 (absolute cijfers en percentages).

<i>Installatiepremie voor daklozen</i>	<i>2000</i>		<i>2004</i>		<i>2005</i>	
	<i>AC</i>	<i>%</i>	<i>AC</i>	<i>%</i>	<i>AC</i>	<i>%</i>
Vlaams Gewest	479	27,6	432	29,6	810	36,8
Waals Gewest	1.026	59,1	762	52,2	1.040	47,2
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	230	13,3	266	18,2	354	16,1
België	1.735	100,0	1.460	100,0	2.204	100,0

Bron: POD Maatschappelijke Integratie en eigen berekeningen.

2.2.3 *Het Recht op Maatschappelijke Hulp*

Mensen die niet in aanmerking komen voor het Recht op Maatschappelijke Integratie kunnen een beroep doen op het Recht op Maatschappelijke Hulp (RMH), vaak toegekend onder de vorm van een bedrag dat equivalent is aan dat van het leefloon. Het gaat dan in hoofdzaak om vreemdelingen die niet ingeschreven zijn in het bevolkingsregister, onder wie een grote groep kandidaat-vluchtelingen. Onderstaande tabel (*RMH 1*) geeft een overzicht van de evolutie in de Maatschappelijke Hulp. Het aantal dossiers Maatschappelijke Hulp steeg tussen 1999 en 2002

met 61% tot 51.202 dossiers. Met de invoering van het RMI – en de ruimere toekenningsvoorwaarden – werd een daling ingezet: sinds 2003 is er een terugval tot 38.643 dossiers in 2006. Deze daling situeert zich voornamelijk in het Vlaams Gewest: tussen 2002 en 2006 verminderde hier het aantal dossiers Maatschappelijke Hulp met 9.000 (-34%). Het Vlaams Gewest blijft met 46% wel verantwoordelijk voor bijna de helft van het totaal aantal ontvangers van het RMH; het aandeel van het Brussels (23%) Hoofdstedelijk Gewest neemt de laatste jaren onafgebroken toe, in Wallonië lijkt een daling ingezet.

RMH 1 – Aantal ontvangers van het RMH, absolute cijfers, percentages en per 1.000 inwoners, België en gewesten, 1999-2006.

Jaar	Vlaams Gewest		Waals Gewest		Brussels HG		België	
	AC	%	AC	%	AC	%	AC	Per 1.000 inwoners
<i>Recht op Maatschappelijke Hulp</i>								
1999	17.129	53,8	8.197	25,7	6.536	20,5	31.862	3,1
2000	24.528	56,7	11.542	26,7	7.183	16,6	43.253	4,2
2001	28.698	56,4	13.717	27,0	8.458	16,6	50.872	4,9
2002	26.942	52,6	13.580	26,5	10.680	20,9	51.202	4,9
2003	24.373	51,5	12.804	27,1	10.140	21,4	47.317	4,6
2004	22.631	49,3	12.998	28,3	10.267	22,4	45.896	4,4
2005	19.787	48,1	12.436	30,3	8.876	21,6	41.099	3,9
2006	17.919	46,4	10.869	28,1	9.866	25,5	38.654	3,6

Bron: NIS, POD Maatschappelijke Integratie en eigen berekeningen.

Het Recht op Maatschappelijk Hulp kan verschillende vormen aannemen: financiële steun, tewerkstelling, medische hulp. In heel wat dossiers wordt financiële steun verleend: in 2005 ging het om 32.158 dossiers waarvan bijna de helft (47%) in Vlaanderen. In verhouding tot het totaal aantal dossiers wordt er in Wallonië meer en in Brussel minder teruggegrepen naar financiële steun.

RMH 2 – Aantal ontvangers van financiële steun (RMH), absolute cijfers, percentages en per 1.000 inwoners, België en gewesten, 1999-2006.

Jaar	Vlaams Gewest		Waals Gewest		Brussels HG		België	
	AC	%	AC	%	AC	%	AC	Per 1.000 inwoners
1999	15.963	54,5	7.8760	26,9	5.471	18,7	29.310	2,9
2000	22.686	57,2	11.087	27,9	5.906	14,9	39.679	3,9
2001	25.922	56,5	13.049	28,4	6.907	15,1	45.879	4,5
2002	23.232	52,3	12.633	28,5	8.520	19,2	44.386	4,3
2003	20.351	52,2	11.594	29,8	7.008	18,0	38.952	3,7
2004	18.388	50,5	11.499	31,6	6.554	18,0	36.441	3,5
2005	15.741	48,0	10.996	33,5	6.067	18,5	32.804	3,2
2006								

Bron: NIS, POD Maatschappelijke Integratie en eigen berekeningen. Gemiddelde van de maandcijfers zoals bekend op 31 juli 2007.

Meer dan de helft van de begunstigden (54%) is alleenstaand zonder kinderen, terwijl meer dan een vierde (27%) minstens één minderjarig ongehuwd kind ten laste heeft. De verdeling van de categorieën over de verschillende gewesten loopt ook hier vrij parallel, met uitzondering van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest waar relatief minder alleenstaande en meer samenwonende personen steun verkrijgen.

In tegenstelling tot het leefloon ligt in de man-vrouw verhouding hier het overwicht bij de mannen met meer dan zes op tien van de steuntrekkenden. Enkel in Brussel is het aantal begunstigden evenredig verdeeld.

Meer dan de helft (53%) van de steuntrekkenden situeert zich in de leeftijds-categorie van 25 tot 39 jaar. In vergelijking met het leefloon zijn de jongere (–25 jaar) en oudere (+ 50 jaar) begunstigden minder sterk vertegenwoordigd.

RMH 3 – Profiel van de ontvangers van financiële Steun (RMH) per gewest, 2005 (percentages).

	<i>Vlaams Gewest</i>	<i>Waals Gewest</i>	<i>Brussels Gewest</i>	<i>België</i>
Financiële Steun naar categorie				
A. Samenwonende persoon	18,1	16,6	24,1	18,7
B. Alleenstaande persoon	54,0	58,6	47,0	54,3
E. Persoon die uitsluitend leeft met een gezin te zijn laste	27,9	24,8	28,9	27,0
Financiële Steun naar geslacht				
Man	64,8	62,9	50,8	61,5
Vrouw	35,2	37,1	49,2	38,5
Financiële Steun naar leeftijd				
Jonger dan 25 jaar	19,0	22,1	20,1	20,3
25-39 jaar	53,5	54,5	47,0	52,6
40-49 jaar	17,1	15,6	19,3	17,0
50 jaar en ouder	10,4	7,7	13,5	10,1

Bron: POD Maatschappelijke Integratie en eigen berekeningen.

Ook het Recht op Maatschappelijke Hulp kan zich vertalen in het aanbieden van een gepaste tewerkstelling.

In 2006 waren er 1.839 RMH-gerechtigden aan het werk via het OCMW, dit impliceert een stijging ten opzicht van de vorige jaren (*RMH 4*). Het Vlaams (44%) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (36%) nemen de hoofdmoot van de activeringen op zich. Ook hier gaat het grotendeels om tewerkstelling op basis van artikel 60§7.

RMH 4 – Activeringsmaatregelen in het kader van het Recht op Maatschappelijke Hulp, België per Gewest, 1999-2006 (jaargemiddelde).

Jaar	Vlaams Gewest		Waals Gewest		Brussels HG		België	
	AC	%	AC	%	AC	%	AC	% totaal RMH
1999	56	33,3	39	23,4	73	43,3	167	0,5
2000	114	35,7	59	18,5	146	45,8	319	0,7
2001	191	39,1	84	17,2	213	43,6	489	1,0
2002	403	36,7	225	20,5	471	42,9	1.099	2,1
2003	474	34,3	273	19,7	636	46,0	1.382	2,9
2004	544	34,2	306	19,2	739	46,5	1.589	3,5
2005	638	39,9	293	18,3	668	41,8	1.599	4,1
2006	815	44,3	357	19,4	668	36,3	1.839	4,7

Bron: POD Maatschappelijke Integratie en eigen berekeningen.

Het aandeel van de medische hulpverlening binnen het RMH is sinds 1999 sterk gestegen tot iets meer dan een vijfde van het totaal aantal RMH-dossiers of 8.069 medische hulpverstrekkingen. Het Vlaams Gewest neemt minder dan de helft (46%) van de medische dossiers voor zich, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest volgt met 37%. In verhouding tot het totaal aantal RMH-dossiers is Brussel koploper: iets minder dan een derde van de RMH-dossiers (30%) betreffen medische hulpverlening.

RMH 5 – Medische hulp in het kader van het Recht op Maatschappelijke Hulp, België per Gewest, 1999-2006 (jaargemiddelde).

Jaar	Vlaams Gewest		Waals Gewest		Brussels HG		België	
	AC	%	AC	%	AC	%	AC	% totaal RMH
1999	1.679	49,6	387	11,4	1.317	38,9	3.383	10,6
2000	2.889	57,4	664	13,2	1.477	29,4	5.029	11,6
2001	4.327	58,8	1.073	14,6	1.958	26,6	7.357	14,5
2002	4.669	56,1	1.132	13,6	2.521	30,3	8.321	16,3
2003	4.680	50,1	1.296	13,9	3.361	36,0	9.336	19,7
2004	4.500	46,4	1.460	15,0	3.745	38,6	9.704	21,1
2005	4.042	47,3	1.504	17,6	2.997	35,1	8.543	20,8
2006	3.727	46,2	1.350	16,7	2.992	37,1	8.069	20,9

Bron: AD SEI, POD Maatschappelijke Integratie en eigen berekeningen.

VOOR MEER GEGEVENS

POD Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding, Sociale Economie en Grootstedenbeleid, Anspachlaan 1, 1000 Brussel, telefoon 02-509.84.43, fax 02-508.86.97, ocmw@mi-is.be, <http://www.mi-is.be/>.

2.2.4 De Gewaarborgde Gezinsbijslag (GGB)

De Gewaarborgde Gezinsbijslag is een restregeling die voorziet in kinderbijslag voor kinderen die hoofdzakelijk ten laste zijn van iemand van wie de bestaansmiddelen een bepaald grensbedrag niet overschrijden. In de jaren '90 steeg het aantal gezinnen met recht op GGB ononderbroken. Sinds 2000 is de evolutie minder voorspelbaar. In 2004 zorgden een aantal technische veranderingen (een verbeterde informatiedoorstroming binnen de RKW: zie hiervoor De Boyser, 2005) mogelijk voor de uitgesproken daling. In 2006 kunnen we evenwel een forse stijging met 12,9% noteren. In de 7.998 gezinnen die eind 2006 de Gewaarborgde Gezinsbijslag ontvingen, leven 16.258 rechtgevende kinderen.

GGB 1 – Aantal gezinnen dat Gewaarborgde Gezinsbijslag ontvangt, België, 1990-2006 (absolute cijfers en percentages per 31 december).

<i>Jaar</i>	<i>Aantal gezinnen</i>	<i>Aantal rechtgevende kinderen</i>	<i>Evolutie (%)aantal gezinnen</i>
1990	4.411	8.869	–
1995	6.861	13.848	–
2000	7.034	14.653	–
2002	7.308	15.080	+9,5
2003	7.649	15.538	+4,7
2004	7.008	14.398	–8,4
2005	7.087	14.600	+1,1
2006	7.998	16.258	+12,9

Bron: Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers.

GGB2 – Aantal gezinnen van buitenlandse nationaliteit dat Gewaarborgde Gezinsbijslage ontvangt, België, 2005.

	<i>Aantal rechthebbenden</i>		<i>Aantal rechtgevende kinderen</i>
	<i>AC</i>	<i>In %</i>	
Servië en Montenegro	269	7,8	714
Marokko	171	4,9	367
Turkije	126	3,7	282
Frankrijk	147	4,3	271
Roemenië	62	1,8	133
Italië	56	1,6	94
Portugal	43	1,3	74
Polen	46	1,3	66
Nederland	38	1,1	74
Politieke vluchtelingen	835	24,2	1.983
Andere landen	1.656	48,0	3.501
Totaal buitenlandse nationaliteiten	3.449	100,0	7.559
Totaal GGB	6.987¹	–	14.600

1. Een rechthebbende is de persoon die de het recht op kinderbijslag opent. Eenzelfde rechthebbende kan echter die hoedanigheid hebben voor kinderen uit verschillende bijslagtrekkende gezinnen. Vandaar het verschil tussen het 'aantal rechthebbenden' (GGB2) en het 'aantal gezinnen' (GGB1) voor het jaar 2005.

Bron: Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers

Vanaf dit jaar kan men bij de RKW ook een beroep doen op de statistieken met betrekking tot de GGB voor personen van vreemde nationaliteit, voorheen niet beschikbaar. In 2005 ontvingen in totaal 3.449 gezinnen de Gewaarborgde Gezinsbijslag. Politieke vluchtelingen vormen hierbij de grootste groep ontvangers (25%). Qua nationaliteit vormen de Serviërs en Montenegrijnen de grootste groep (8%). De nasleep van de burgeroorlog in ex-Joegoslavië en het recente conflict in Kosovo zijn hiervan de voornaamste oorzaken.

VOOR MEER GEGEVENS

Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers (RKW), Trierstraat 70, 1000 Brussel, telefoon 02-237.23.40, fax 02-237.23.09, info.bemiddeling@rkw-onafits.fgov.be, <http://www.rkw.be/>.

2.2.5 Het Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden (GIB) – Inkomensgarantie voor ouderen (IGO)

De *Inkomensgarantie voor Ouderen* (IGO) wordt sinds 1 juni 2001 toegekend aan (een groot deel van) de voormalig gerechtigden op een Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden (GIB) wanneer de regeling van de IGO gunstiger is voor de betrokkene. De anderen blijven het GIB ontvangen. De tijdsreeksen van de IGO moeten daarom samen met de tabellen van het GIB worden bekeken.

Per 1 januari 2007 waren er in het totaal 72.405 ontvangers van de IGO en kregen nog 16.225 ouderen het GIB. In totaal waren er 88.630 uitkeringstrekkenden in de oude of nieuwe regeling. Dit betekent een status quo (plus 219 ontvangers) in vergelijking met januari 2006: de dalende trend die sinds het begin van de jaren '90 werd ingezet, lijkt daarmee gestopt. Van de GIB-ontvangers is bijna acht op tien (79%) vrouw; van de IGO-ontvangers is dit ongeveer zeven op tien (tabellen *GIB/IGO 1a* en *1b*).

GIB/IGO 1a – Evolutie van het aantal ontvangers van het Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden en van het totaal aantal pensioenontvangers, België, 1990-2007 (absolute cijfers en percentages per 1 januari).

Jaar	Totaal aantal pensioenontvangers	Aantal ontvangers van het Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden					
		Mannen		Vrouwen		Totaal	
		AC	%	AC	%	AC	% ¹
1990	1.561.151	29.061	27,6	76.155	72,4	105.216	6,7
1995	1.679.148	29.421	27,6	77.222	72,4	106.643	6,4
2000	1.743.657	26.186	27,9	67.576	72,1	93.762	5,4
2002 ²	1.727.153	7.004	23,7	22.494	76,3	29.498	1,7
2003	1.732.724	6.325	23,4	20.759	76,6	27.084	1,6
2004	1.727.273	5.602	22,9	18.864	77,1	24.466	1,4
2005	1.736.238	4.862	22,3	16.956	77,7	21.818	1,3
2006	1.747.111	3.780	21,1	14.166	78,9	17.946	1,0
2007	1.753.025	3.326	20,5	12.899	79,5	16.225	0,9

1. Totaal aantal ontvangers van het GIB in verhouding tot het totaal aantal pensioenontvangers.

2. Overgang naar de Inkomensgarantie voor Ouderen, zie ook tabel *GIB/IGO 1b*.

Bron: Rijksdienst voor Pensioenen en eigen berekeningen.

GIB/IGO 1b – Evolutie van het aantal ontvangers van de Inkomensgarantie voor Ouderen en van het totaal aantal pensioenontvangers, België, 2002-2007 (absolute cijfers en percentages per 1 januari).

Jaar	Totaal aantal pensioenontvangers	Aantal ontvangers van de Inkomensgarantie voor Ouderen					
		Mannen		Vrouwen		Totaal	
		AC	%	AC	%	AC	% ¹
2002	1.727.153	19.848	27,9	51.268	72,1	71.116	4,1
2003	1.732.724	21.454	29,3	51.681	70,7	73.135	4,2
2004	1.727.273	21.790	30,2	50.326	69,8	72.116	4,2
2005	1.736.238	22.015	31,3	48.277	68,7	70.292	4,0
2006	1.747.111	22.516	32,0	47.949	68,0	70.465	4,0
2007	1.753.025	23.561	32,5	48.844	67,5	72.405	4,1

1. Totaal aantal ontvangers van de IGO in verhouding tot het totaal aantal pensioenontvangers.

Bron: Rijksdienst voor Pensioenen en eigen berekeningen.

Voor 42% van de ontvangers van de Inkomensgarantie voor Ouderen (het merendeel van alle rechthebbenden op één van beide regelingen) ligt het bedrag van de uitkering lager dan € 124,99 (tabel *GIB/IGO 2*). Hun aandeel daalt over de jaren. In de hoogste categorie zijn meer dan een vijfde (23%) van de IGO-ontvangers gerechtigd op een uitkering van meer dan € 375; bij de ouderen die nog recht hebben op het Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden, is dit bijna het dubbel (43%). Het aantal ontvangers in de laagste schijf van het GIB (tot € 124,99) daalde tot 18% in 2007, wat samenhangt met de geleidelijke overschakeling op de Inkomensgarantie voor Ouderen. Op het GIB bleven voornamelijk mensen een beroep doen voor wie de regeling van het GIB gunstiger is dan die van de IGO.

GIB/IGO 2 – Ontvangers van het Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden en de Inkomensgarantie voor Ouderen volgens de omvang van het maandbedrag (€), België, 2002-2007 (percentages per 1 januari).

	€ 0,01-124,99		€ 125-249,99		€ 250-374,99		€ 375 en +	
	GIB	IGO	GIB	IGO	GIB	IGO	GIB	IGO
2002	33,4	52,6	19,8	20,1	14,6	11,2	32,2	16,1
2003	30,9	52,0	19,9	20,6	15,1	11,2	34,1	16,2
2004	29,7	49,2	19,5	21,2	14,9	11,3	35,9	18,3
2005	27,4	44,8	19,4	22,4	15,3	12,1	37,8	20,8
2006	19,4	41,5	20,8	23,1	16,9	12,6	42,9	22,8
2007	18,3		20,6		17,0		44,1	

Bron: Rijksdienst voor Pensioenen en eigen berekeningen.

In de regeling rond het GIB en de IGO vormen alleenstaande en alleenwonende vrouwen het merendeel van de ontvangers (tabel *GIB/IGO 3a* en *3b*). In de regeling van het GIB zijn negen op tien van de vrouwelijke ontvangers alleenstaand, in het IGO is de verhouding acht op tien. Bij de mannelijke ontvangers

is zes op tien van de GIB-ontvangers alleenstaand en ongeveer één op twee van de ontvangers van de IGO.

GIB/IGO 3a – Ontvangers van het Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden naar categorie en geslacht, België, 2006-2007 (absolute cijfers en percentages per 1 januari).

Categorie	2006 ¹		2007	
	AC	%	AC	%
1. Mannen				
a. Gehuwd, rustpensioen 'gezin'	1.398	7,8	1.240	7,6
b. Gehuwd, rustpensioen 'alleenstaande'	225	1,3	192	1,2
c. Niet-gehuwd, rustpensioen 'alleenstaande'	2.098	11,7	1.845	11,4
d. Rust- en overlevingspensioen (gedeelte rust)	59	0,3	49	0,3
2. Vrouwen				
a. Gehuwd, rustpensioen 'gezin'	105	0,6	92	0,6
b. Gehuwd, rustpensioen 'alleenstaande'	616	3,4	535	3,3
c. Niet-gehuwd, rustpensioen 'alleenstaande'	12.009	66,9	11.030	68,0
d. Rust- en overlevingspensioen (gedeelte rust)	1.436	8,0	1.242	7,7
Totaal	17.946	100,0	16.225	100,0

1. Overgang naar de Inkomensgarantie voor Ouderen – zie ook tabel *GIB/IGO 3b*.

Bron: Rijksdienst voor Pensioenen en eigen berekeningen.

GIB/IGO 3b – Ontvangers van de Inkomensgarantie voor Ouderen naar categorie en geslacht, België, 2006-2007 (absolute cijfers en percentages per 1 januari).

Categorie	2006		2007	
	AC	%	AC	%
1. Mannen				
a. Zij die hun hoofdverblijfplaats delen met andere personen	11.476	16,3	12.765	17,6
b. Zij die hun hoofdverblijfplaats niet delen met andere personen	11.040	15,7	10.796	14,9
2. Vrouwen				
a. Zij die hun hoofdverblijfplaats delen met andere personen	10.078	14,3	11.867	16,4
b. Zij die hun hoofdverblijfplaats niet delen met andere personen	37.871	53,7	36.977	51,1
Totaal	70.465	100,0	72.405	100,0

Bron: Rijksdienst voor Pensioenen en eigen berekeningen.

Begin 2007 is meer dan een derde (39%) van de GIB-ontvangers ouder dan 80 jaar; bij de vrouwelijke ontvangers is dit zelfs 40% (tegenover 30% bij de mannen). Bij de IGO-ontvangers is dit iets lager: 30% voor de totale populatie (31% bij de vrouwen; 27% bij de mannen) (tabel *GIB/IGO 4*).

GIB/IGO 4 – Percentage ontvangers van het Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden en de Inkomensgarantie voor Ouderen naar leeftijd en geslacht, België, 2007 (per 1 januari).

Leeftijd	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	GIB	IGO	GIB	IGO	GIB	IGO
61-65	0,1		0,2		0,2	
66-70	0,1		9,4		7,5	
71-75	36,5		24,6		27,1	
76-80	32,7		24,7		26,4	
81-85	19,2		21,7		21,1	
86-90	8,1		11,0		10,4	
91-95	2,6		6,2		5,5	
96 en ouder	0,7		2,2		1,9	
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron: Rijksdienst voor Pensioenen en eigen berekeningen.

VOOR MEER GEGEVENS

Rijksdienst voor Pensioenen (RVP), Zuidertoren, 1060 Brussel, telefoon 02-529.30.02, info@rvponp.fgov.be, <http://www.rvponp.fgov.be/>.

2.2.6 Tegemoetkomingen aan Personen met een Handicap (PH)

Eind december 2006 waren er 264.594 ontvangers van een Tegemoetkoming aan Personen met een Handicap (tabel *PH 1*). De laatste jaren nam het aantal ontvangers voortdurend toe, in vergelijking met 1990 is er een stijging met 59%. Van de uitkeringstrekkenden ontvangt 48% een tegemoetkoming in het stelsel van de ‘bejaarden’.

PH 1 – Evolutie van het aantal ontvangers van een Tegemoetkoming aan Personen met een Handicap, België, 1990, 1995, 2000-2006 (absolute cijfers en percentages per 31 december).

Jaar	Totaal aantal ontvangers ¹	Index (1990=100)	Aantal ‘bejaarde’ ontvangers ²	Aandeel ‘bejaarde’ ontvangers in totaal aantal ontvangers
1990	166.405	100,0	77.207	46,4
1995	201.007	120,8	88.703	44,1
2000	213.511	128,3	94.590	44,3
2002	217.595	130,8	93.650	43,0
2003	231.670	139,2	100.723	43,5
2004	251.231	151,0	117.492	46,8
2005	258.278	155,2	121.536	47,1
2006	264.594	159,0	127.220	48,1

1. Alle ontvangers van een tegemoetkoming, zowel diegenen die een tegemoetkoming ontvangen via het Ministerie van Financiën, als diegenen die een tegemoetkoming ontvangen betaald door de Rijksdienst voor Pensioenen.
2. De betiteling ‘bejaarde’ heeft in deze statistiek niet zozeer betrekking op de leeftijdscategorie als wel op het stelsel waarin men een uitkering ontvangt. De ontvangers van een Inkomensvervangende en/of Integratietegemoetkoming (= stelsel van de niet-bejaarden) blijven immers, in beginsel, in dit stelsel ongeacht de leeftijd (tenzij, na een aanvraag om herziening, de toekenning van een tegemoetkoming hulp aan bejaarden voordeliger blijkt). Op 1 januari 2007 behoorden 25.313 + 65-jarigen tot het stelsel van de niet-bejaarden.

Bron: DG Personen met een Handicap en eigen berekeningen.

Een aantal mensen blijven ook na het bereiken van de leeftijd van 65 jaar een uitkering ontvangen in het stelsel van de niet-bejaarden. Kijken we naar de verdeling naar leeftijd (*tabel PH 2*), dan zien we dat in werkelijkheid meer dan de helft (57%) van de ontvangers van een Tegemoetkoming ouder dan 65 jaar is. Meer dan een vierde (30%) van de ontvangers is ouder dan 80 jaar (of nog: de helft van de bejaarde rechthebbenden zijn ouder dan 80 jaar).

PH 2 – Evolutie van het aantal ontvangers van een Tegemoetkoming aan Personen met een Handicap naar leeftijd, België, 1990, 1995, 2000, 2002-2007 (absolute cijfers en percentages per 1 januari).

<i>Jaar</i>	<i>Totaal aantal ontvangers</i>	<i>Aandeel 65 jaar en +</i>	<i>Aandeel 80 jaar en +</i>	<i>Aandeel 80 jaar en + in aantal 65 jaar en +</i>
1990	149.461	41,9	16,0	38,3
1995	197.734	50,9	24,0	47,2
2000	209.943	53,2	25,3	47,7
2002	214.741	54,1	23,0	42,5
2003	218.093	53,6	23,3	43,5
2004	223.999	52,1	25,4	48,6
2005	243.657	55,5	27,9	50,2
2006	250.915	55,7	28,3	50,8
2007	258.869	56,7	29,8	52,6

Bron: DG Personen met een handicap en eigen berekeningen.

Kijken we naar de verdeling naar leeftijd en geslacht (*tabel PH 3*), dan valt op dat meer dan een derde (38%) van de vrouwelijke ontvangers ouder is dan 80 jaar, tegenover slechts 17% van de mannelijke ontvangers. Zes op tien (58%) mannelijke ontvangers zijn jonger dan 65, tegenover een op drie (35%) van de vrouwen. In de leeftijdscategorie 65 tot en met 79 jaar vinden we zowel bij mannen (26%) als bij vrouwen (28%) iets meer dan een kwart van de ontvangers terug.

PH 3 – Evolutie van het aantal ontvangers van een Tegemoetkoming aan Personen met een Handicap naar leeftijd en geslacht (*), België, 2001-2007 (absolute cijfers en percentages per 1 januari).

<i>Jaar</i>	<i>< 65 jaar</i>		<i>65-79 jaar</i>		<i>80 jaar en +</i>	
	<i>Man</i>	<i>Vrouw</i>	<i>Man</i>	<i>Vrouw</i>	<i>Man</i>	<i>Vrouw</i>
2001	63,4	40,8	24,3	27,4	12,3	31,8
2002	62,9	40,1	24,6	27,4	12,5	32,5
2003	63,0	40,0	24,4	27,6	12,6	32,4
2004	61,9	38,8	24,9	28,0	13,2	33,2
2005	58,8	35,7	26,0	28,8	15,2	35,5
2006	58,5	35,3	25,7	28,5	15,8	36,2
2007	57,5	34,4	25,5	27,8	17,0	37,8

(*) Voor de uitkeringen uitbetaald door de RVP is geen opdeling naar geslacht voorhanden.

Bron: DG Personen met een Handicap en eigen berekeningen.

VOOR MEER GEGEVENS

DG Personen met een Handicap, Zwarte Lievevrouwstraat 3c, 1000 Brussel, telefoon 02-507.87.99, fax 02-509.81.85, handiN@minsoc.fed.be, <http://handicap.fgov.be/>.

2.3 Inkomensverdeling en -ongelijkheid

2.3.1 Inkomensverdeling

Een blik op de verdeling van het totaal belastbaar netto-inkomen over de bevolking in 2004 (tabel *IK 1*) maakt duidelijk dat de 10% armsten daarvan 0,7% ontvangen en de 10% rijksten 31,5%. Na herverdeling door belasting stijgt het aandeel van de 10% armsten tot 0,9% en daalt dat van de 10% rijksten naar 27,1%. Het gemiddeld netto-belastbaar inkomen van het armste deciel van de bevolking bedraagt € 1.727 terwijl dit bij het rijkste deciel € 75.446 bedraagt. Noteer hierbij dat de échte armsten niet in de fiscale statistieken zijn opgenomen, wegens een te laag en dus niet belastbaar inkomen.

IK 1 – Decielenverdeling van het totaal belastbaar netto-inkomen, de overeenstemmende totale belasting en analyse van de componenten van het gezamenlijk belastbaar inkomen, gegevens betreffende de inkomens van het jaar 2004, België.

Decielen	Aandeel in netto-belastbaar inkomen	Aandeel in totale belasting	Aandeel in netto-inkomen	Gemiddeld netto-belastbaar inkomen (in €)	Gemiddelde belastingdruk
1	0,7	0,0	0,9	1.727	0,0
2	3,3	0,2	4,2	7.853	1,5
3	4,5	0,4	5,8	10.885	2,3
4	5,6	1,9	6,7	13.373	7,9
5	6,9	3,7	7,8	16.454	12,5
6	8,3	6,4	8,9	19.948	17,9
7	10,0	9,1	10,3	23.983	21,2
8	12,5	13,0	12,3	29.959	24,3
9	16,8	19,7	15,9	40.218	27,5
10	31,5	45,6	27,1	75.446	33,9

Bron: AD SEI, Levensstandaard en eigen berekeningen.

Kijken we naar de evolutie van het aandeel van de verschillende decielen in het netto-belastbaar inkomen (tabel *IK 2*), dan zien we het aandeel van de 30% armsten sinds begin jaren '90 stelselmatig afnemen en het aandeel van de 10% rijksten stijgen.

De fiscale statistieken geven maar een partieel beeld van het werkelijk vermogen dat een gezin kan besteden. Recente gegevens over dit totale gezinsvermogen zijn niet beschikbaar, maar een studie van Rademaekers en Vuchelen uit 1998 (zie OASeS-website bij 'cijfers') wees erop dat in 1994 de 30% armsten slechts beschikten over 5,6% van het vermogen. De 10% rijksten bezitten nageen de helft (49,6%) van het totale vermogen.

IK 2 – De evolutie van het procentuele aandeel van de laagste decielen in het netto-belastbaar inkomen, België, 1990-2004.

<i>Jaar</i>	<i>1ste deciel</i>	<i>2de deciel</i>	<i>3de deciel</i>	<i>totaal 1+2+3</i>	<i>10de deciel</i>
1990	1,5	4,2	5,5	11,2	27,3
1995	1,8	4,1	5,3	11,2	27,7
1997	1,8	4,0	5,2	11,0	28,4
1998	1,7	4,0	5,1	10,8	28,7
1999	1,7	3,9	5,0	10,6	29,3
2000	1,7	4,0	5,1	10,8	29,2
2001	1,6	3,9	4,9	10,4	30,0
2002	1,3	3,7	4,8	9,8	30,2
2003	1,1	3,6	4,7	9,4	30,5
2004	0,7	3,3	4,5	8,5	31,5

Bron: Eigen berekeningen op basis van NIS, Financiële Statistieken (1990-1997) en AD SEI, Levensstandaard (1998-2004).

2.3.2 Inkomensongelijkheid

Een vaak gehanteerde maatstaf voor inkomensongelijkheid is de Gini-coëfficiënt. Bij totaal gelijke inkomensverdeling krijgt deze de waarde 0: iedereen beschikt over een gelijk inkomen. Omgekeerd krijgt men bij totaal ongelijke inkomensverdeling – waar het gehele inkomen in handen is van één persoon – de waarde 1. De gegevens in tabel *IK 3* tonen aan dat er globaal genomen sinds 1990 een toename van de inkomensongelijkheid is op basis van de fiscale statistieken. Na belasting zijn de inkomens uiteraard gelijk verdeeld over de bevolking dan ervoor. In 2004 zien we een verschuiving: zowel in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest als in het Waals Gewest zijn de inkomens ongelijker verdeeld dan in het Vlaams Gewest, terwijl het in de jaren voordien een ongelijker verdeling kende dan het Waals Gewest.

IK 3 – Evolutie van de inkomensongelijkheid voor en na belasting volgens Gini-coëfficiënt, België per gewest, 1990-2004.

	<i>Vlaams Gewest</i>		<i>Waals Gewest</i>		<i>Brussels HG</i>		<i>België</i>	
	<i>Voor</i>	<i>Na</i>	<i>Voor</i>	<i>Na</i>	<i>Voor</i>	<i>Na</i>	<i>Voor</i>	<i>Na</i>
1990	0,359	0,296	0,358	0,294	0,389	0,318	0,362	0,297
1995	0,362	0,296	0,362	0,294	0,387	0,312	0,365	0,297
1997	0,371	0,304	0,369	0,300	0,395	0,319	0,373	0,304
1998	0,374	0,306	0,373	0,304	0,400	0,323	0,376	0,308
1999	0,380	0,311	0,382	0,310	0,404	0,326	0,383	0,312
2000	0,380	0,308	0,378	0,305	0,400	0,321	0,381	0,309
2001	0,390	0,318	0,387	0,315	0,412	0,333	0,392	0,319
2002	0,396	0,328	0,396	0,327	0,415	0,338	0,399	0,329
2003	0,409	0,343	0,399	0,333	0,418	0,343	0,407	0,340
2004	0,422	0,359	0,423	0,361	0,446	0,373	0,426	0,362

Bron: NIS, Financiële statistieken, geciteerd in: Deleeck, 2001: 309 (1990-1997) en eigen berekeningen op basis van AD SEI, Levensstandaard (1998-2004).

VOOR MEER GEGEVENS

Nationale Bank van België (NBB), de Berlaimontlaan 14, 1000 Brussel, telefoon 02-221.21.11, fax 02-221.31.00, info@nbb.be, <http://www.nbb.be/>.

FOD Economie, KMO, Middenstand en Energie – Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (AD SEI), Vooruitgangstraat 50, 1210 Brussel, telefoon 02-277.55.03, fax 02-277.55.19, info.stat@economie.fgov.be, <http://statbel.fgov.be/>.

2.3.3 Bestedingen

Gegevens van de Huishoudbudgetenquête geven ons een zicht op de bestedingen van verschillende inkomensgroepen. Bekijken we de uitgavenbronnen per inkomensdeciël (tabel *IK 4*) dan zien we dat in de laagste decielen het grootste deel naar huisvesting gaat – in het eerste deciel is dit het hoogst met 39% – en voeding, tabak en drank (17%). Naarmate men hoger op de inkomensladder staat, besteedt men een kleiner aandeel van zijn budget aan huisvesting en meer aan kleding, meubelen, vervoer en communicatie, cultuur en ‘andere goederen en diensten’ (zoals lichaamsverzorging, reizen, juwelen, restaurantbezoek).

IK 4 – Aandeel van de verschillende uitgavenbronnen in de totale uitgave per inkomensdeciël (%), België, 2005.

<i>Benaming</i>	<i>Deciel 1</i>	<i>Deciel 2</i>	<i>Deciel 3</i>	<i>Deciel 4</i>	<i>Deciel 5</i>
Voeding, dranken, tabak	17,1	15,9	15,8	16,4	15,7
Kleding, schoeisel	2,9	3,3	3,4	4,1	3,4
Woonadres of tweede woning	39,1	34,0	31,7	29,6	27,8
Meubelen, huishoudtoestellen	4,7	4,7	4,5	4,8	4,8
Gezondheid	5,2	6,7	5,1	5,9	5,7
Vervoer en communicatie	9,5	11,4	15,2	14,3	15,7
Cultuur, ontspanning, onderwijs	6,9	6,5	7,1	7,4	7,9
Andere goederen en diensten	14,7	17,4	17,2	17,4	18,9
	<i>Deciel 6</i>	<i>Deciel 7</i>	<i>Deciel 8</i>	<i>Deciel 9</i>	<i>Deciel 10</i>
Voeding, dranken, tabak	15,7	16,8	15,6	15,8	14,2
Kleding, schoeisel	5,0	4,6	5,0	5,8	5,8
Woonadres of tweede woning	24,9	24,0	21,6	21,1	19,4
Meubelen, huishoudtoestellen	5,7	6,1	5,6	5,9	7,3
Gezondheid	5,3	5,4	4,0	3,9	3,8
Vervoer en communicatie	16,7	14,3	16,5	16,8	18,6
Cultuur, ontspanning, onderwijs	8,7	9,1	8,8	10,2	9,7
Andere goederen en diensten	18,0	20,8	23,0	20,6	21,3

Bron: AD SEI, Huishoudbudgetenquête 2005.

Tabel *IK 5* laat het aandeel dat de verschillende inkomensdecielen hebben in de totale uitgaven per bestedingsbron zien. Immers, niet alleen het aandeel van de uitgavenposten binnen de portefeuille van de verschillende inkomensklassen is van belang; het is ook belangrijk te zien hoe groot die uitgaven per inkomensdeciël werkelijk zijn. Zo kunnen we zien dat hoewel de laagste inkomenscatego-

rieën een veel groter aandeel van hun uitgaventotaal besteden aan voeding, de hoogste klassen in reële termen hier veel meer aan besteden (vergelijk het hoogste met het laagste inkomensdecieel: 17% vs. 5% in het totaal van de uitgavenpost voeding, meer dan driemaal zoveel). Dit geldt nog meer voor uitgavenposten zoals kleding (hier geeft de hoogste inkomensklasse meer dan achtmaal zoveel uit als de laagste), meubelen en cultuur (meer dan zesmaal zoveel), vervoer en communicatie (vooral de aankoop van voertuigen) en andere goederen en diensten. Andere uitgavenposten zijn minder ‘inkomenselastisch’, zoals huisvesting (hier geeft de hoogste inkomensklasse maar het dubbel uit van de laagste) en bijvoorbeeld tabak (wat bij het hoogste en laagste inkomensdecieel op hetzelfde niveau ligt).

IK 5 – Aandeel van de verschillende inkomensdecielen in de totale uitgaven per uitgavenbron (%), België, 2005.

<i>Benaming</i>	<i>Deciel 1</i>	<i>Deciel 2</i>	<i>Deciel 3</i>	<i>Deciel 4</i>	<i>Deciel 5</i>
Voeding, dranken, tabak	5,0	6,1	6,8	8,3	8,7
Kleding, schoeisel	2,8	4,3	4,9	7,0	6,3
Woonadres of tweede woning	7,1	8,2	8,5	9,3	9,6
Meubelen, huishoudtoestellen	3,8	5,0	5,3	6,7	7,4
Gezondheid	5,1	8,7	7,4	10,0	10,5
Vervoer en communicatie	2,8	4,4	6,5	7,2	8,7
Cultuur, ontspanning, onderwijs	3,7	4,6	5,6	6,8	7,9
Andere goederen en diensten	3,4	5,4	5,9	7,0	8,3
	<i>Deciel 6</i>	<i>Deciel 7</i>	<i>Deciel 8</i>	<i>Deciel 9</i>	<i>Deciel 10</i>
Voeding, dranken, tabak	10,8	11,9	12,6	14,2	17,3
Kleding, schoeisel	11,5	10,9	13,5	17,4	21,3
Woonadres of tweede woning	10,7	10,6	10,9	11,8	13,3
Meubelen, huishoudtoestellen	10,7	12,0	12,4	14,6	22,0
Gezondheid	12,2	9,9	10,9	11,6	13,8
Vervoer en communicatie	11,4	10,1	13,3	15,1	20,4
Cultuur, ontspanning, onderwijs	10,8	11,7	12,9	16,6	19,5
Andere goederen en diensten	9,9	11,8	14,9	14,8	18,7

Bron: AD SEI, Huishoudbudgetenquête 2005.

3. Schulden

Het totale krediet dat in omloop is voor kredietovereenkomsten en het totaal aantal uitstaande saldi bleef ook in 2006 verder stijgen (tabel *S 1*). De totaal uitstaande schuld bedroeg eind 2006 € 16.313 miljoen. Ook het aantal mensen dat in gebreke blijft voor afbetaling steeg opnieuw tot 232.295 (+ 2% in vergelijking met eind 2005). De totale waarde van de onbetaalde schuldvorderingen liep terug tot € 557 miljoen (-9% in vergelijking met eind 2004).

S 1 – Overzicht van de uitstaande saldi en van de in gebreke blijvende schuldenaars om het half jaar, België, 1995, 2000-2006.¹

<i>Datum</i>	<i>Aantal uitstaande saldi</i>	<i>Krediet in omloop (in €)</i>	<i>Aantal in gebreke zijnde schuldenaars</i>	<i>Totale waarde onbetaalde schuldvorderingen (in €)</i>
1995/1	3.706.486	9.387.774.610	145.103	385.204.525
1995/2	3.772.768	9.319.846.182	154.844	392.700.279
2000/1	4.271.602	12.666.184.343	198.955	602.380.422
2000/2	4.335.323	12.739.607.173	204.813	594.009.504
2002/1	4.672.901	13.455.903.105	223.815	589.174.372
2002/2	4.759.491	13.504.765.816	212.091	572.293.563
2003/1	4.807.882	13.714.186.441	215.095	581.593.187
2003/2	4.858.306	13.722.123.655	212.099	627.174.269
2004/1	4.929.676	14.078.084.444	228.912	620.556.789
2004/2	4.941.677	14.134.921.923	231.851	615.040.517
2005/1	5.500.413	14.656.060.610	231.549	615.862.515
2005/2	5.509.826	14.811.328.781	227.979	568.648.371
2006/1	5.800.505	15.913.731.713	232.975	584.774.924
2006/2	5.805.696	16.313.200.000	232.295	556.900.000

1. De statistiek bevat kredietovereenkomsten ingevolge (1) persoonlijke leningen, (2) verkopen op afbetaling, (3) financieringshuur en (4) kredietopeningen. Het gedetailleerd overzicht voor 2006/2 bevindt zich in tabel *S 2*.

Bron: AD SEI, Financiën – Consumptiekrediet.

Voor de tweede helft van het jaar 2006 kan men uit tabel *S 2* afleiden dat kredietopeningen goed zijn voor ruim twee derde (68%) van het aantal uitstaande contracten; voor een vijfde (21%) gaat het om leningen op afbetaling en voor een tiende (10%) om verkopen op afbetaling. Het grootste deel van de totale waarde van de contracten staat op rekening van de leningen op afbetaling (71%) en de kredietopeningen (23%).

De in gebreke blijvende schuldenaars hebben vooral uitstaande saldi van kredietopeningen (32%), leningen (31%) en verkopen (37%) op afbetaling. Hoewel het aantal uitstaande contracten voor verkopen op afbetaling (en de totale waarde ervan) slechts een tiende van de contracten inneemt, vormen zij voor een sterk groeiend aandeel van de in gebreke blijvende schuldenaars een schuldenpost.

Bekijken we het totale bedrag van de onbetaalde schuldvorderingen, dan zien we dat leningen op afbetaling de grootste hap uit het bedrag nemen (71%); de kredietopeningen nemen iets minder dan een kwart (23%) voor hun rekening. Ook het gemiddelde verschuldigde bedrag ligt bij de leningen op afbetaling veel hoger dan bij de andere schuldbronnen (bij leningen op afbetaling gaat het ook om grotere aankopen, zoals de aanschaf van een huis of wagen).

S 2 – Overzicht van de uitstaande saldi en van de in gebreke blijvende schuldenaars, België, tweede halfjaar 2006.

	<i>Aantal uitstaande contracten</i>	<i>In waarde (in €)</i>	<i>Aantal in gebreke blijvende schuldenaars</i>		<i>Totale waarde onbetaalde schuldvorderingen (in €)</i>	
			<i>AC</i>	<i>%</i>	<i>AC</i>	<i>%</i>
1. Leningen op afbetaling	1.237.217	11.623.754.373	71.681	30,9	396.585.452	71,2
2. Verkopen op afbetaling	612.677	1.651.579.308	85.896	37,0	27.774.820	5,0
3. Financieringshuur	12.555	36.613.068	421	0,2	1.596.785	0,3
4. Kredietopeningen	3.943.247	3.001.259.081	74.297	31,9	130.925.404	23,5
Totaal	5.805.696	16.313.205.830	232.295	100,0	556.882.461	100,0

Bron: AD SEI, Financiën – Consumptiekrediet.

Bij de Centrale voor Kredieten aan Particulieren stonden er halfweg 2007 in totaal 337.864 personen geregistreerd met een problematisch consumenten- en/of hypotheckair krediet (tabel S 3). Sinds het begin van de jaren '90 tot 2002 steeg het aantal registraties en het achterstallig te betalen bedrag. De sterke daling van het aantal geregistreerde personen en contracten in 2003 heeft alles te maken met de nieuwe rol van de CKP en kent (zeker) deels een technische verklaring. In 2007 lijkt het aantal personen met betalingsachterstand af te stevenen op een status quo, hoewel het wachten is op de definitieve cijfers. Er kan wel een verdere (bescheiden) daling van het totale achterstallig bedrag (-0,5%) worden opgemerkt.

S 3 – Aantal geregistreerde personen en contracten bij de Centrale voor Kredieten aan Particulieren, België, 1995-2007.

<i>Jaar</i>	<i>Geregistreerde personen</i>	<i>Geregistreerde contracten</i>		<i>Geregistreerde en niet-geregulariseerde contracten</i>		<i>Achterstallig of eisbaar bedrag van de geregistreerde en niet-geregistreerde contracten (duizenden euro's)</i>	
		<i>Consumenten-hypotheckair krediet</i>	<i>Consumenten-krediet</i>	<i>Consumenten-krediet</i>	<i>Hypotheckair krediet</i>	<i>Consumenten-krediet</i>	<i>Hypotheckair krediet</i>
1995	352.335	395.889	34.512	311.030	22.676	881.338	331.111
2000	385.465	476.326	41.364	401.262	30.479	1.271.779	492.833
2001	397.451	497.587	43.749	423.672	32.509	1.244.815	600.775
2002	402.589	506.500	45.530	428.396	33.127	1.248.116	641.725
2003	353.520	461.930	45.215	413.944	33.460	1.254.210	722.124
2004	349.665	464.172	43.867	404.518	30.517	1.259.273	679.237
2005	343.020	459.064	42.038	399.259	28.191	1.234.699	607.691
2006	337.755	451.765	40.412	388.719	26.001	1.199.571	568.800
6/2007	337.864	450.545	39.071	406.193	23.324	1.195.402	539.701

Bron: Nationale Bank van België, Statistisch Tijdschrift.

Sinds 2003 is de Vlaamse Reguleringsinstantie voor de Elektriciteits- en Gasmarkt, kortweg VREG, verantwoordelijk voor het verzamelen van statistieken met betrekking tot de sociale openbaredienstverplichtingen in de elektriciteits- en aardgasmarkt. Door opstartmoeilijkheden bij de registratie is het echter nog niet mogelijk een betrouwbaar beeld te geven van de effecten van de hervorming van de energiemarkt (VREG, 2006a; 2006b).

Op 1 januari 2006 waren er in Vlaanderen 7.237 budgetmeters en 3.466 stroombegrenzers in werking (tabel *S 4*). Tijdens dat jaar werden er 12.097 budgetmeters ingeschakeld en 3.433 uitgeschakeld, zodat het aantal geplaatste en ingeschakelde budgetmeters op het einde van het jaar was opgelopen tot 15.901. Ook in 2005 werden 1.325 stroombegrenzers geplaatst en 1.499 uitgeschakeld (standaard wordt een budgetmeter geplaatst en enkel in uitzonderingssituaties gaat men nog over tot de plaatsing van een stroombegrenzer).

In de loop van 2006 werden 749 huishoudens afgesloten van het elektriciteitsnet en 1.109 van de aardgasvoorzieningen. Eind 2006 konden 410 huishoudens in Vlaanderen geen beroep meer doen op de elektriciteitsvoorzieningen. Voor aardgas waren 748 huishoudens afgesloten.

S 4 – Betalingsproblemen en schorsingen bij de levering van gas en elektriciteit, Vlaanderen, 2006.

Elektriciteit	2006
1. Totaal aantal geplaatste ingeschakelde budgetmeters (1 januari)	15.901
2. Aantal geplaatste of opnieuw ingeschakelde budgetmeters, incl. verhuis afnemer	13.811
3. Aantal uitgeschakelde budgetmeters, incl. verhuis afnemer	4.307
4. Totaal aantal geplaatste ingeschakelde budgetmeters (31 december)	25.405
5. Totaal aantal geplaatste ingeschakelde stroombegrenzers (1 januari)	3.292
6. Aantal nieuw geplaatste stroombegrenzers	1.478
7. Aantal uitgeschakelde stroombegrenzers, incl. verhuis afnemer	1.038
8. Totaal aantal geplaatste ingeschakelde stroombegrenzers (31 december)	3.743
9. Aantal afgesloten huishoudelijke afnemers (1 januari)	342
10. Aantal afgesloten huishoudelijke afnemers	749
11. Aantal heraangesloten huishoudelijke afnemers	681
12. Aantal afgesloten huishoudelijke afnemers (31 december)	410
Gas	2006
1. Aantal afgesloten huishoudelijke afnemers (1 januari)	420
2. Aantal afgesloten huishoudelijke afnemers	1.109
3. Aantal heraangesloten huishoudelijke afnemers	781
4. Aantal afgesloten huishoudelijke afnemers (31 december)	748

Bron: Vlaamse Reguleringsinstantie voor de Elektriciteits- en Gasmarkt (2007).

In Wallonië (tabel *S 5*) vormt het consumentenkrediet de voornaamste schuldbron, met als opvallende tweede de overheid. De overige schuldbronnen zijn voornamelijk gelinkt aan het voorzien in basisbehoeften. Het gemiddeld verschuldigde bedrag per huishouden is naar schuldbron het grootst voor het consumentenkrediet, maar de laatste jaren stijgt vooral bij huurschulden het gemiddeld verschuldigd bedrag per huishouden.

S 5 – Schulden naar soort¹ in Wallonië, 2001-2005.

Aard van de schuld	Frequentie (%)			Gemiddeld bedrag per huishouden (€)		
	2001	2003	2005	2001	2003	2005
Consumentenkrediet	77,8	76,4	63,2	15.024	13.552	nb
Belastingsschulden	69,3	73,0	71,8	2.228	2.973	2.135
Gezondheidszorg	50,5	51,2	58,0	962	1.045	1.067
Gas en elektriciteit	40,0	38,7	47,9	737	848	871,6
Telefoon	43,3	36,0	38,7	594	747	693
Huurschulden	26,8	23,0	22,3	1.89	1.953	2.044
Private schulden	9,3	8,0	5,5	3.209	4.463	3.805
Water	21,4	24,0	25,3	342	321	498
Alimentatie	2,6	2,2	2,3	1.102	2.045	1.271
Verzekeringen	24,7	21,4	22,8	714	707	548

1. Het hypothecair krediet niet inbegrepen.

Bron: l'Observatoire du Crédit et de l'Endettement, 2002, 2004, 2006.

VOOR MEER GEGEVENS

Nationale Bank van België – Centrale voor Kredieten aan Particulieren, de Berlaimontlaan 14, 1000 Brussel, telefoon 02-221.30.06, fax 02-221.31.00, cr@nbb.be.

L'Observatoire du Crédit et de l'Endettement – Château de Cartier, Place Albert 1er 38, 6030 Marchienne-au-Pont, telefoon 071-33.12.59, info@observatoire-credit.be, <http://www.observatoire-credit.be/>.

Vlaamse Reguleringsinstantie voor de Elektriciteits- en Gasmarkt (VREG), Graaf de Ferrarisgebouw, Koning Albert-II-Laan 20 (bus 19), 1000 Brussel, telefoon 02-553.13.53, fax 02-553.13.50, info@vreg.be, <http://www.vreg.be/>.

Vlaams Centrum Schuldbemiddeling, Paviljoenstraat 9, 1030 Brussel, telefoon 02-211.55.75, www.centrumschuldbemiddeling.be

4. Werkloosheid

De statistieken inzake werkloosheid zijn sinds januari 2006 aan een aantal hervormingen onderhevig. Tot dan werd in hoofdzaak verwezen naar het aantal uitkeringsgerechtigde volledig werklozen (UVW's). Met de afschaffing van de stempelcontrole worden de gegevens geactualiseerd op basis van elektronische gegevensstromen en staat het aantal niet-werkende werkzoekenden (NWWZ) centraal: deze omvatten zowel de vroegere UVW's als de andere niet-werkende verplicht ingeschreven werkzoekenden (onder meer de jonge werknemers in wacht tijd) en de niet-werkende vrij ingeschreven werkzoekenden.

Na een gestage daling van het aantal niet-werkende werkzoekenden (NWWZ) vanaf het midden van de jaren '90 en een stijging sinds november 2001, is hun aantal opnieuw aan het dalen (tabel *WL 1*). In 2005 was er een stijging met 3%

ten opzichte van 2004; in 2006 werd een daling met 1,5% geconstateerd. In de eerste helft van 2007 lijkt het aantal NWWZ terug te zakken tot het niveau van 2003. De tussentijdse stijging van de laatste jaren valt deels te verklaren door een aantal wetswijzigingen, waardoor sinds juli 2002 (in het Vlaams Gewest pas effectief sinds augustus 2004) oudere werklozen terug in de statistieken van de werkzoekenden worden opgenomen. Sinds oktober 2004 worden ook PWA's met vrijstelling terug als werkzoekend geregistreerd. In juli 2007 waren er in België 533.168 NWWZ, van wie iets meer dan de helft (52%) vrouwen. In 1990 was deze verhouding nog 40% mannen versus 60% vrouwen.

WL 1 – Aantal niet-werkende werkzoekenden naar geslacht,¹ België, 1990-2007 (absolute cijfers en percentages).

<i>Jaar</i>	<i>Mannen</i>		<i>Vrouwen</i>		<i>Totaal AC</i>	<i>Evolutie totaal AC %</i>
	<i>AC</i>	<i>%</i>	<i>AC</i>	<i>%</i>		
1990	161.264	40,0	241.526	60,0	402.79	–
1995	259.605	43,5	337.268	56,5	596.872	–
2000	208.658	44,0	265.768	56,0	474.427	–6,5
2001	210.871	44,9	258.868	55,1	469.74	–1,0
2002	228.047	46,4	263.434	53,6	491.481	+4,6
2003	253.089	47,0	285.052	53,0	538.141	+9,5
2004	271.250	47,0	305.363	53,0	576.612	+7,1
2005	279.551	46,9	316.846	53,1	596.397	+3,4
2006	278.778	47,4	309.483	52,6	588.261	–1,4
2007 ²	254.548	47,7	278.62	52,3	533.168	–9,4

1. Jaargemiddelde op basis van de maandelijkse cijfers.

2. Gemiddelde op basis van de gegevens van januari tot en met juli.

Bron: Eigen berekeningen op basis van RVA, Directie Statistieken.

WL 2 – Evolutie van het aantal niet-werkende werkzoekenden, België en Gewesten, 1990-2007 (absolute cijfers en percentages).¹

<i>Jaar</i>	<i>Vlaams Gewest</i>		<i>Waals Gewest</i>		<i>Brussel HG</i>		<i>Belgie</i>	
	<i>AC</i>	<i>Evolutie %</i>	<i>AC</i>	<i>Evolutie %</i>	<i>AC</i>	<i>Evolutie %</i>	<i>AC</i>	<i>Evolutie %</i>
1990	176.023	–	180.365	–	46.400	–	402.790	–
1995	267.848	–	254.431	–	74.594	–	596.873	–
2000	169.821	–	234.566	–	70.040	–	474.427	–
2001	169.651	–0,1	229.374	–2,2	70.715	+1,0	469.740	–1,0
2002	187.023	+10,2	226.932	–1,1	77.526	+9,6	491.481	+4,6
2003	207.806	+11,1	246.076	+8,4	84.259	+8,7	538.141	+9,5
2004	225.633	+8,6	260.658	+5,9	90.322	+7,2	576.612	+7,1
2005	235.344	+4,3	266.978	+2,4	94.075	+4,2	596.397	+3,4
2006	216.762	–7,9	274.400	+2,8	97.099	+3,2	588.261	–1,4
2007 ²	181.234	–16,4	259.373	–5,5	92.561	–4,7	533.168	–9,4

1. Jaargemiddelde op basis van de maandelijkse werkloosheidscijfers.

2. Gemiddelde op basis van de gegevens van januari tot en met juli.

Bron: Eigen berekeningen op basis van de RVA, Directie Statistieken.

Hoewel het aantal NWWZ in de voorbije jaren vooral in het Vlaams Gewest sterk steeg, is aan deze trend een einde gekomen (tabel *WL 2*). In 2006 daalde hun aantal met 18.582 personen of maar liefst 8%. Op basis van de gegevens van het eerste halfjaar 2007 lijkt deze trend zich verder te zetten: voorlopig daalt het aantal NWWZ in het Vlaams Gewest met 16%. Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest kent een onafgebroken stijging: met 3.024 personen of 3% in 2006. Voor 2007 lijkt er echter voor het eerst een daling in het verschiet. Eenzelfde beeld in het Waals Gewest dat een toename van het aantal NWWZ met 7.422 personen of 3% kent in 2006. Ook hier lijkt een dalende trend zich te hebben ingezet. Het Waals Gewest blijft wel koploper qua werkzoekendenpopulatie in absolute cijfers.

De grootste groep NWWZ zijn in principe de uitkeringsgerechtigde volledig werklozen (UVW's), maar die worden sinds 2005 niet meer afzonderlijk in de statistieken opgenomen (zie hoger). Omdat deze cijfers bijgevolg geen relevantie meer hebben, nemen we ze niet meer op in dit hoofdstuk. Wie de UVW's toch nog wenst te raadplegen kan terecht bij de vorige edities van het Jaarboek of op onze website.

De werkloosheidsgraad (tabel *WL 3*) geeft de verhouding weer van het aantal niet-werkende werkzoekenden ten opzichte van de totale beroepsbevolking. Deze was in België het hoogst in 1995: toen was 13,4% van de potentiële beroepsbevolking NWWZ; na een daling tot 10,1% in 2001 is deze opnieuw gestegen tot 12,5% in 2005. De werkloosheidsgraad ligt in het Waals (17,9%) en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (20,5%) meer dan dubbel zo hoog als in het Vlaams Gewest (8,4%).

WL 3 – Evolutie van de werkloosheidsgraad in% van de actieve bevolking,¹ België, per Gewest, 1995-2007.

<i>Jaar</i>	<i>Vlaams Gewest</i>	<i>Waals Gewest</i>	<i>Brussels HG</i>	<i>België</i>
1995	10,1	18,2	18,7	13,4
1996	9,8	18,0	18,9	13,2
1997	9,1	17,8	18,8	12,7
1998	8,1	17,4	18,3	12,0
1999	7,2	16,9	17,6	11,2
2000	6,3	16,2	16,7	10,4
2001	6,2	15,7	16,7	10,1
2002	6,8	15,7	17,7	10,6
2003	7,5	17,0	19,2	11,6
2004	8,2	18,0	20,6	12,4
2005	8,4	17,9	20,5	12,5
2006	7,5	17,8	20,8	12,0
2007	6,0	16,0	20,1	10,5

1. Niet-Werkende Werkzoekenden ten opzichte van de totale beroepsbevolking op 30 juni, herberekend voor de periode 1995-2002 door de FOD Werkgelegenheid. 2003-2004 ten opzichte van de beroepsbevolking op 30 juni 2002, 2005-2007 ten opzichte van de beroepsbevolking op 30 juni 2004.

Bron: RVA, Directie Statistieken.

In 2007 is twee vijfde van de NWWZ tussen 25 en 40 jaar oud (tabel *WL 4*). Iets minder dan een vierde (23%) is tussen 40 en 50 jaar, de jonger dan 25-jarigen vertegenwoordigen ongeveer een vijfde van de werkzoekenden. Het strenger activeringsbeleid van de RVA – eerst gericht op de min 30-jarigen, vanaf juni 2005 op de leeftijdsgroep tussen 30 en 40 jaar en sinds juli 2006 ook op de min 50-jarigen – verklaart mogelijk het dalende aandeel van deze groepen. Het aandeel van de 50-plussers neemt over de jaren heen toe tot 20% in 2007. Dit heeft onder meer te maken met het feit dat in juli 2002 de vrijstelling voor oudere werknemers werd herzien: sindsdien moeten alle werklozen jonger dan 58 jaar in principe ingeschreven zijn als werkzoekenden.

WL 4 – Verdeling van het totaal aantal NWWZ naar leeftijd, België, 1995-2007 (percentages per 30 juni).

	< 25 jaar %	25 tot 40 jaar %	40 tot 50 jaar %	50 jaar en + %	Totaal AC
1995	20,6	45,9	22,2	11,2	555.252
2000	20,8	46,6	25,8	6,8	439.148
2002	21,5	46,7	25,1	6,7	455.626
2003	21,9	45,7	24,3	8,0	506.971
2004	21,4	44,5	24,0	10,1	542.722
2005	19,8	41,8	24,4	13,9	569.028
2006	19,6	40,0	23,9	16,5	572.942
2007	18,7	38,4	23,1	19,9	498.662

Bron: RVA, Directie Statistieken en eigen berekeningen.

De laatste jaren daalt het aandeel NWWZ dat minder dan één jaar werkzoekend is (tabel *WL 5*), tot vier op tien (41%) in juni 2007. Ook de langdurig werkzoekenden (meer dan één jaar werkzoekend) kennen een dalend aandeel: in juni 2007 waren er 293.400 langdurig werkzoekenden, wat neerkomt op 59% van het totaal aantal NWWZ en een daling van 10% betekent in vergelijking met juni 2006. In het Waals en Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn meer dan zes op tien (respectievelijk 63% en 66%) van de werkzoekenden al meer dan een jaar werkloos. In het Vlaams Gewest is dit de helft (49%) van de werkzoekendenpopulatie; hier steeg hun aandeel in 2006 wel sterk, onder meer ten gevolge van de gewijzigde RVA-wetgeving (zie hoger).

WL 5 – Verdeling van de NWWZ volgens inactiviteitsduur, België en gewesten, 1995-2007 (percentages per 30 juni).

Duur	1995	2000	2004	2005	2006	2007
Vlaams Gewest:						
< 3 m	15,0	19,3	21,7	20,1	19,5	22,2
3 tot < 6 m	10,4	13,0	14,1	13,1	14,1	13,1
6 tot < 12 m	17,2	18,8	20,3	23,6	17,1	15,9
1 tot < 2 jaar	19,5	15,3	20,9	17,4	21,2	15,1
2 tot < 5 jaar	24,5	17,4	15,3	18,7	20,4	24,5
5 tot < 10 jaar	8,7	12,4	4,6	4,1	4,6	6,0
10 j en +	4,8	4,0	3,1	3,0	3,0	3,3
Totaal AC	243.180	153.730	203.666	219.452	211.457	168.053
Totaal AC > 1 jaar	139.584	75.273	89.329	94.833	104.102	82.001
Totaal % > 1 jaar	57,4	49,0	43,9	43,2	49,2	48,8
Waals Gewest:						
< 3 m	11,0	11,0	11,7	12,0	12,4	13,1
3 tot < 6 m	8,8	8,6	9,9	9,7	9,6	8,9
6 tot < 12 m	16,9	15,5	16,7	15,3	16,3	14,7
1 tot < 2 jaar	17,7	15,5	17,7	16,8	16,7	16,8
2 tot < 5 jaar	25,7	24,2	21,0	22,8	22,7	23,0
5 tot < 10 jaar	12,4	16,0	12,6	12,6	11,7	12,4
10 j en +	7,5	9,2	10,4	10,8	10,6	11,1
Totaal AC	239.648	218.679	249.551	257.477	265.905	238.663
Totaal AC > 1 jaar	151.728	141.858	154.038	162.259	164.180	151.080
Totaal % > 1 jaar	63,3	64,9	61,7	63,0	61,7	63,3
Brussels HG						
< 3 m	12,1	12,5	13,5	12,5	10,9	12,5
3 tot < 6 m	10,9	11,3	12,1	10,5	11,6	8,2
6 tot < 12 m	17,3	18,0	16,5	15,6	15,4	13,7
1 tot < 2 jaar	19,5	16,3	21,2	20,4	17,9	19,0
2 tot < 5 jaar	27,8	22,9	22,6	26,5	28,4	28,1
5 tot < 10 jaar	8,4	15,0	9,4	9,5	10,5	12,6
10 j en +	4,1	4,0	4,7	5,0	5,4	5,8
Totaal AC	72.424	66.739	89.504	92.099	95.58	91.946
Totaal AC > 1 jaar	43.288	38.822	51.828	56.507	59.3850	60.319
Totaal % > 1 jaar	59,8	58,2	57,9	61,4	62,1	65,6
België:						
< 3 m	12,9	14,1	15,8	15,2	14,8	16,0
3 tot -6 m	9,8	10,5	11,9	11,2	11,6	10,2
6 tot -12 m	17,1	17,0	18,0	18,6	16,4	15,0
1 tot -2 jaar	18,7	15,5	19,5	17,6	18,6	16,6
2 tot -5 jaar	25,4	21,6	19,2	21,8	22,8	24,4
5 tot -10 jaar	10,2	14,6	9,0	8,8	8,9	10,3
10 j en +	5,9	6,6	6,7	6,9	7,0	7,5
Totaal AC	555.252	439.148	542.722	569.028	572.942	498.662
Totaal AC > 1 jaar	334.600	255.953	295.195	313.599	327.667	293.400
Totaal % > 1 jaar	60,3	58,3	54,4	55,1	57,2	58,8

Bron: RVA, Directie Statistiek en eigen berekeningen.

Kijken we naar de absolute cijfers voor de Belgische NWWZ, dan springt vooral de algemeen dalende trend in het oog (tabel WL 6). Alleen bij diegenen

die vijf tot tien jaar werkzoekende zijn, valt een lichte stijging (+ 402 personen) te noteren. De sterkste daling is te zien bij wie zes tot twaalf maanden (-19.556 personen) en wie een tot twee jaar (-23.308 personen) werkzoekende is.

WL 6 – Verdeling van de NWWZ volgens inactiviteitsduur, België, 1995-2007 (absolute cijfers en percentages per 30 juni).

	< 3 m	3 tot 6 m	6 tot 12 m	1 tot 2 jaar	2 tot 5 jaar	5 tot 10 jaar	10 jaar en +	Totaal % > 1 jaar
1995	71.714	54.162	94.776	103.997	141.217	56.787	32.599	60,3
2000	62.124	46.320	74.751	68.111	94.806	64.013	29.023	58,3
2002	78.277	59.911	83.236	72.269	78.277	52.188	31.468	51,4
2003	83.323	62.917	102.855	89.946	84.430	49.904	33.596	50,9
2004	85.541	64.348	97.638	105.718	103.939	48.974	36.564	54,4
2005	86.364	63.492	105.573	100.268	124.319	50.026	38.986	55,1
2006	84.701	66.421	94.153	106.314	130.577	50.925	39.851	57,2
2007	79.935	51.000	74.597	83.006	121.827	51.327	37.240	58,8

Bron: RVA, Directie Statistieken en eigen berekeningen.

In 2007 zijn de helft (50%) van alle NWWZ laaggeschoold (maximum een diploma van secundair onderwijs 2de graad): in Vlaanderen is dit 51% tegenover 55% in Wallonië (tabel *WL 7*). Bij de langdurig (1 jaar of meer) werkzoekenden loopt het aandeel laaggeschoolden bijna op tot zes op tien (59% in Vlaanderen, 61% in Wallonië), wat het belang van een degelijke opleiding voor kansen op de arbeidsmarkt onderstreept. Drie op tien (29%) van de werkzoekenden in België hebben een diploma hoger secundair onderwijs, een op acht (12%) een diploma hoger onderwijs. Hier zien we dat na één jaar inactiviteit hun aandeel in de werkzoekenden daalt (26% van de langdurig werkzoekenden heeft een diploma hoger secundair onderwijs; 9% een diploma van het hoger onderwijs). Vlaanderen telt een hoger aandeel midden- en hoggeschoolde NWWZ; Wallonië dan weer relatief meer laaggeschoolden. De gegevens van Brussel zijn moeilijk vergelijkbaar omwille van het hoge percentage ‘andere studies’.

WL 7 – Verdeling van de NWWZ naar studieniveau, België en Gewesten, 2007 (percentages per 30 juni).

Studieniveau	Vlaams Gewest		Waals Gewest		BHG		België	
	Totaal	≥ 1 jaar	Totaal	≥ 1 jaar	Totaal	≥ 1 jaar	Totaal	≥ 1 jaar
Basisonderwijs	29,4	35,9	26,7	30,0	14,7	16,7	25,4	28,9
Secundair 2de graad	21,5	23,3	28,3	31,1	19,4	20,5	24,4	26,8
Secundair 3de 4de graad	31,4	27,2	30,8	27,5	21,0	21,2	29,2	26,2
Alternerend leren werken	1,4	1,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,6	0,4
Hoger onderwijs	13,7	10,2	10,2	7,5	12,4	11,3	11,8	9,0
Leercontract	2,5	2,2	3,5	3,5	1,5	1,5	2,8	2,7
Andere	0,0	0,0	0,4	0,3	32,0	30,4	6,1	6,4
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron: RVA, Directie statistieken en eigen berekeningen.

Als we de evolutie van het aantal NWWZ naar studieniveau in de tijd bekijken (tabel *WL 8*), dan is er een sterke daling van het aandeel laaggeschoolde NWWZ: tussen 1995 en 2007 verminderde het aandeel werkzoekenden met ten hoogste een diploma lager onderwijs in België van een derde (34%) naar een vierde (25%). Daar staat tegenover dat het aandeel midden- (hoger secundair onderwijs: van 22% naar 29%) en hooggeschoolde (van 8% naar 12%) werkzoekenden toeneemt. Tussen de gewesten zijn er uitgesproken verschillen: in Wallonië daalde het aandeel laaggeschoolde werkzoekenden sterker dan in Vlaanderen. De gegevens van Brussel zijn niet vergelijkbaar door het hoge aandeel van de restcategorie 'andere studies'.

WL 8 – Verdeling van de NWWZ naar studieniveau, België en Gewesten, 1995 en 2007 (percentages per 30 juni).

Studieniveau	Vlaams Gewest		Waals Gewest		BHG		België	
	1995	2007	1995	2007	1995	2007	1995	2007
Lager onderwijs	34,6	29,4	35,5	26,7	28,4	14,7	34,2	25,4
Lager secundair	24,6	21,5	30,0	28,3	19,6	19,4	26,3	24,4
Hoger secundair	24,6	31,4	21,4	30,8	16,3	12,0	22,1	29,2
HOBu	6,8	7,9	5,7	7,3	6,1	5,9	6,2	7,2
Universitair	2,0	5,9	1,9	2,9	3,9	6,5	2,2	4,6
Leercontract	2,6	2,5	3,3	3,5	1,2	1,5	2,7	2,8
Andere	4,9	1,4	2,2	0,6	24,5	32,0	6,3	6,7
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron: RVA, Directie statistieken en eigen berekeningen.

WL 9 – Aantal schoolverlaters, bij de VDAB ingeschreven schoolverlaters en nog werkzoekende schoolverlaters na 1 jaar (aantal en verhouding ten opzichte van totaal), per onderwijsniveau, Vlaanderen, 2006 (schoolverlaters 2005).

	Aantal schoolverlaters	Inschrijving en VDAB	Nog werkzoekend na 1 jaar	% nog werkzoekend na 1 jaar t.o.v. alle schoolverlaters per onderwijsniveau
Max SO 1ste graad	1.330	667	312	23,5
Middenstandsopleiding	2.088	981	227	10,9
DBSO	2.593	2.092	884	34,1
ASO/BSO/TSO/KSO 2de graad	5.607	4.391	1.761	31,4
ASO 3de graad	6.070	2.870	757	12,5
BSO 3de en 4de graad	14.150	11.031	2.032	14,4
TSO/KSO 3de graad	13.880	9.137	1.770	12,8
HOBu	21.020	15.551	1.455	6,9
Universiteit	10.756	5.980	777	7,2
Totaal	77.494	52.7	9.975	12,9

Bron: VDAB – Databeheer en analyse, 2007.

Van de 77.494 schoolverlaters van het schooljaar 2004-2005 in Vlaanderen was 12,9% (of 9.975 jongeren) een jaar later nog steeds werkzoekend (tabel *WL 9*), wat een forse daling betekent in vergelijking met het percentage bij de school-

verlaters van 2003-2004. Vooral jongeren die het secundair onderwijs niet afmaakten (in totaal 11.618 jongeren) hebben minder kans snel werk te vinden. Met uitzondering van hen die een middenstandsopleiding volgden, schommelt het percentage werkzoekenden na een jaar bij hen tussen de 23% en de 34%. Bij wie hoger onderwijs volgde, ligt dit percentage rond de 7%.

WL 10 – Evolutie van de betalingen door de RVA, België, april 2006-april 2007.

	<i>April 2006</i>	<i>April 2007</i>	<i>Evolutie</i>
1. De vergoede werklozen	727.763	697.455	-4,2
1.1 Niet-werkende werkzoekenden met recht op uitkeringen betaald door RVA	490.669	462.8	-5,7
1.1.1 Na een voltijdse betrekking	338.164	320.265	-5,3
1.1.2 Na een vrijwillig deeltijdse betrekking	30.788	29.88	-2,9
1.1.3 Rechthebbenden op wacht- of overbruggings-uitkeringen	121.717	112.655	-7,4
1.2 Niet-werkende niet-werkzoekenden met recht op uitkeringen betaald door RVA	237.094	234.655	-1,0
1.2.1 Sociale en familiale moeilijkheden	8.949	10.947	+22,3
1.2.2 Oudere werklozen	117.653	110.214	-6,3
1.2.4 Voltijds brugpensioen	110.492	113.494	+2,7
2. De werknemers die door de RVA worden ondersteund	314.202	311.469	-0,8
2.1 Tijdelijk werklozen	161.547	145.057	-10,2
2.2 Deeltijdse werknemers met behoud van rechten en inkomensgarantie-uitkering	51.5	53.732	+4,3
2.3 Werklozen met een PWA-vrijstelling	1.226	1.281	+4,5
2.4 Activeringsmaatregelen	94.12	105.81	+12,4
2.5 Onthaalouders	5.732	5.501	-4,0
2.6 Andere ¹	77	88	+14,3
3. De werknemers die met steun van de RVA hun arbeidstijd aanpassen	210.218	221.701	+5,5
3.1 Halftijds brugpensioen	824	722	-12,3
3.2 Loopbaanonderbreking	108.956	110.576	+1,5
3.3 Tijdskrediet	100.438	110.403	+9,9

1. Dit omvat de volgende categorieën:

- jeugdvakantie: een jongere (< 25 jaar) die afstudeert en in datzelfde jaar minstens een maand heeft gewerkt als loontrekkende, heeft het jaar er op recht op jeugdvakantie ter aanvulling van zijn of haar onvolledige recht op vakantie.
- seniorvakantie: de werknemer (> 50 jaar) die ingevolge werkloosheid geen recht heeft gehad op vier weken betaalde vakantie, kan na uitputting van de gewone vakantiedagen maximaal vier weken seniorvakantiedagen bekomen aan 65% van het gemiddeld begrensd dagloon.
- niet-bezoldigde periode in het onderwijs: tijdens de maanden juli en augustus zijn leerkrachten vrijgesteld van de verplichting werkzoekende (en dus ingeschreven) te zijn.

Bron: RVA – Directie Statistiek.

In tabel *WL 10* zien we vooreerst op jaarbasis een forse daling (-4,2% of 30.308 personen) van het aantal vergoede werklozen. Het aantal niet-werkzoekenden omwille van sociale en familiale moeilijkheden stijgt sterk met 22%, maar zij vormen binnen deze categorie een kleinere groep. In absolute cijfers valt vooral de daling (met 7439 personen of 6,3%) van het aantal oudere werklozen op. Het

aantal werknemers dat door de RVA wordt ondersteund, daalde lichtjes met minder dan een procent. Deze rubriek omvat een aantal maatregelen in de strijd tegen de werkloosheid, waaronder de diverse activeringsmaatregelen die het afgelopen jaar met meer dan 12% toenamen. Ook het aantal werknemers die hun arbeidstijd met steun van de RVA aanpassen, steeg in 2006: hier valt vooral het succes van het tijdskrediet (+ 10%) op.

In vergelijking met 2005 waren er in 2006 veel meer (+ 16%) beslissingen tot schorsing en uitsluiting van werklozen (tabel *WL 11*). Het aantal beslissingen tot schorsing op basis van langdurige werkloosheid halveerde nogmaals tot 1.271, terwijl het in 2005 al was gehalveerd in vergelijking met het jaar daarvoor: drie vierde van de betrokkenen waren vrouwen. Deze schorsingsmogelijkheid wordt geleidelijk afgebouwd. Bij uitsluitingen omwille van een fout of overtreding van de werkloze zijn het vooral mannen die werden uitgesloten (64%). Deze groep steeg met 27% in vergelijking met 2005. Deze forse stijging is voornamelijk te wijten aan de strengere controles van de RVA.

WL 11 – Beslissingen tot schorsing of uitsluiting van een werkloosheidsuitkering naar reden en geslacht, België, 1990, 1995-2006 (absolute cijfers).

	<i>Beslissingen tot schorsing van het recht op uitkeringen wegens langdurige werkloosheid (art. 83§1)</i>			<i>Uitsluitingen omwille van een fout of overtreding van de werkloze¹</i>			<i>Totaal aantal beslissingen tot schorsing en uitsluiting</i>
	<i>Mannen</i>	<i>Vrouwen</i>	<i>Subtotaal</i>	<i>Mannen</i>	<i>Vrouwen</i>	<i>Subtotaal</i>	
1990	111	1.664	1.775	15.648	19.11	34.758	36.533
1995	2.448	19.826	22.274	21.235	12.454	33.689	55.963
1997	4.204	14.699	18.903	21.035	11.069	32.104	51.007
1998	3.652	11.293	14.945	19.588	10.043	29.631	44.576
1999	2.916	8.566	11.482	15.93	8.154	24.084	35.566
2000	2.548	7.588	10.136	14.323	7.711	22.034	32.170
2001	2.362	6.565	8.927	14.041	7.691	21.732	30.659
2002	2.329	5.787	8.116	15.717	8.794	24.511	32.627
2003	2.398	5.961	8.359	16.405	8.683	25.088	33.447
2004	2.574	4.965	7.539	16.558	8.977	25.535	33.074
2005	989	2.972	3.961	19.637	11.069	30.706	34.667
2006	302	969	1.271	25.002	14.066	39.068	40.339

1. De werkloze wordt geacht schuld te hebben aan zijn werkloosheid wanneer hij een passende dienstbetrekking verlaat of weigert zonder wettige reden; ontslagen wordt ingevolge zijn foutieve houding; zich zonder voldoende rechtvaardiging niet aanmeldt bij een werkgever of de bevoegde dienst voor arbeidsbemiddeling wanneer hij daartoe werd opgeroepen; een begeleidingsplan weigert of stopzet of aan de basis van de mislukking ervan ligt. Dergelijke overtredingen worden bestraft met een uitsluiting die tijdelijk of definitief kan zijn.

Bron: RVA, Jaarverslag (diverse jaargangen).

VOOR MEER GEGEVENS

Vlaams Ministerie van Werk en Sociale Economie, Departement voor WSE, Koning Albert II laan 35 (bus 20), 1030 Brussel, telefoon 02-553.06.34, fax 02-553.43.90, werkgelegenheid@vlaanderen.be, <http://www2.vlaanderen.be/werk>

FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, Ernest Blerotstraat 1, 1070 Brussel, telefoon 02-233.41.11, fax 02-233.44.88, fod@werk.belgie.be, <http://werk.belgie.be/>

Hoger Instituut voor de Arbeid (HIVA), Parkstraat 47, 3000 Leuven, telefoon 016-32.33.33, fax 016-32.33.44, hiva@kuleuven.be, <http://www.hiva.be/>

Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening, Keizerslaan 7, 1000 Brussel, telefoon 02-515.42.81, fax 02-515.44.54, dircom@rva.be, <http://www.rva.be/>

Steunpunt Werk en Sociale Economie (WSE), Parkstraat 45 (bus 5303), 3000 Leuven, telefoon 016-32.32.39, fax 016-32.32.40, steunpuntwse@econ.kuleuven.be, <http://www.steunpuntwse.be>

VDAB, Keizerslaan 11, 1000 Brussel, telefoon 02-506.15.11, fax 02-506.15.90, info@vdab.be, www.vdab.be

5. Onderwijs

Tabel *ON 1* toont de evolutie van het aantal leerlingen in het Nederlandstalig gewoon en buitengewoon kleuteronderwijs. In totaal woonden in het schooljaar 2006-2007 minder dan 1% of 1.907 kleuters dit laatste type onderwijs bij. Dit aantal kent echter jaar na jaar een stijgende evolutie.

ON 1 – Evolutie van het aantal leerlingen in het Nederlandstalig gewoon en buitengewoon kleuteronderwijs, aandeel van het buitengewoon kleuteronderwijs in het totaal kleuteronderwijs en groei-index van het buitengewoon kleuteronderwijs, Vlaanderen, 1990-1991 tot en met 2006-2007.

Schooljaar	Gewoon kleuteronderwijs		Buitengewoon kleuteronderwijs	
	Totaal aantal leerlingen	Totaal aantal leerlingen	% lln van totaal kleuteronderwijs	Index (1990-1991 = 100)
1990-1991	212.697	1.405	0,66	100,0
1995-1996	253.756	1.947	0,76	138,6
2000-2001	238.881	1.701	0,71	121,1
2002-2003	236.417	1.726	0,72	122,8
2003-2004	234.951	1.720	0,73	122,4
2004-2005	233.172	1.791	0,76	127,5
2005-2006	232.709	1.821	0,78	129,6
2006-2007	233.344	1.907	0,81	135,7

Bron: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs, Afdeling Begroting en Gegevensbeheer.

Het aantal leerlingen dat buitengewoon lager onderwijs volgt, ligt een stuk hoger (tabel *ON 2*). Sinds het begin van de jaren '90 steeg het aantal leerlingen in het buitengewoon lager onderwijs met 45%; het totaal aantal leerlingen in het gewoon lager onderwijs daalde in dezelfde periode met 6%. Momenteel volgt 6,4% van de leerlingen in het lager onderwijs les in het buitengewoon onderwijs.

ON 2 – Evolutie van het aantal leerlingen in het Nederlandstalig gewoon en buitengewoon lager onderwijs, aandeel van het buitengewoon lager onderwijs in het totaal lager onderwijs en groei-index van het buitengewoon lager onderwijs, Vlaanderen, 1990-1991 tot en met 2006-2007.

Schooljaar	Gewoon lager onderwijs		Buitengewoon lager onderwijs	
	Totaal aantal leerlingen	Totaal aantal leerlingen	% lln van totaal lager onderwijs	Index (1990-1991 = 100)
1990-1991	412.140	18.438	4,28	100,0
1995-1996	390.195	22.528	5,53	123,8
2000-2001	409.323	26.212	6,02	142,2
2002-2003	404.308	26.901	6,24	145,9
2003-2004	399.615	26.952	6,32	146,2
2004-2005	393.910	26.768	6,36	145,2
2005-2006	388.973	26.753	6,44	145,1
2006-2007	387.157	26.794	6,47	145,3

Bron: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs, Afdeling Begroting en Gegevensbeheer.

Ook in het secundair onderwijs (tabel ON 3) stelt men een stijging vast van het aantal leerlingen in het buitengewoon onderwijs: sinds het schooljaar 1990-1991 is dit aantal met meer dan 31% toegenomen. Het totaal aantal leerlingen in het gewoon secundair onderwijs bleef in deze periode nagenoeg constant (+ 3%). In het schooljaar 2006-2007 volgde 4% van de leerlingen in het secundair onderwijs les in het buitengewoon onderwijs.

ON 3 – Evolutie van het aantal leerlingen in het Nederlandstalig gewoon en buitengewoon secundair onderwijs, aandeel van het buitengewoon secundair onderwijs in het totaal secundair onderwijs en groei-index van het buitengewoon secundair onderwijs, Vlaanderen, 1990-1991 tot en met 2006-2007.

Schooljaar	Gewoon secundair onderwijs		Buitengewoon secundair onderwijs	
	Totaal aantal leerlingen	Totaal aantal leerlingen	% leerlingen van totaal secundair onderwijs	Index (1990-1991 = 100)
1990-1991	426.325	13.834	3,14	100,0
1995-1996	435.436	15.537	3,45	112,3
2000-2001	413.343	15.763	3,67	113,9
2002-2003	419.379	16.402	3,76	118,6
2003-2004	427.922	16.792	3,78	121,4
2004-2005	435.048	17.393	3,84	125,7
2005-2006	439.550	17.781	3,89	128,5
2006-2007	439.338	18.189	3,98	131,5

Bron: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs, Afdeling Begroting en Gegevensbeheer.

Onderstaande tabel (ON 4) geeft het aandeel leerlingen van vreemde nationaliteit in de verschillende onderwijsniveaus weer. Deze cijfers verbergen wel de allochtone leerlingen die ondertussen de Belgische nationaliteit hebben verworven. Vooral in het buitengewoon secundair onderwijs zijn allochtone leerlingen

oververtegenwoordigd: 8,6% van de leerlingen zijn hier van vreemde afkomst, tegenover 4,7% in het gewoon secundair onderwijs. In het hoger onderwijs zijn leerlingen van vreemde nationaliteit ondervertegenwoordigd: slechts 3,3% in het HOBU en 8,2% in het universitair onderwijs (een percentage dat vooral gehaald wordt door de sterke vertegenwoordiging van vreemdelingen in de aanvullende en specialisatieopleidingen en de academische initiële lerarenopleiding).

ON 4 – Het aantal vreemde leerlingen ten opzichte van de totale schoolbevolking per Nederlandstalig onderwijsniveau, Vlaanderen, 1990-1991 tot en met 2006-2007.

	<i>Kleuteronderwijs</i>		<i>Lager onderwijs</i>		<i>Secundair onderwijs</i>		<i>HOBU</i>	<i>Universiteit</i>
	<i>GO</i>	<i>BO</i>	<i>GO</i>	<i>BO</i>	<i>GO</i>	<i>BO</i>		
1990-1991	6,13	8,04	5,87	7,64	4,56	7,69	1,69	7,18
1995-1996	6,28	6,88	6,14	8,29	4,77	10,27	2,12	8,52
2000-2001	6,53	7,76	6,48	7,95	4,44	9,26	1,85	5,74
2002-2003	6,10	4,69	6,40	7,12	4,37	9,21	2,26	6,59
2003-2004	5,97	5,29	6,37	6,83	4,44	9,05	2,62	7,32
2004-2005	5,90	5,70	6,35	6,71	4,42	8,75	2,80	7,24
2005-2006	5,92	5,66	6,30	6,66	4,52	8,49	3,00	8,82
2006-2007	5,80	5,45	6,21	6,58	4,72	8,62	3,27	8,20

GO = Gewoon Onderwijs BO = Buitengewoon Onderwijs

Bron: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs, Afdeling Begroting en Gegevensbeheer.

Tabel *ON 5* toont de leerachterstand van leerlingen van Belgische en vreemde nationaliteit aan het einde van het lager onderwijs. Algemeen hebben jongens iets meer leerachterstand dan meisjes, zowel bij leerlingen van vreemde nationaliteit als bij Belgische leerlingen. Van de leerlingen van vreemde nationaliteit kampt in het schooljaar 2006-2007 iets minder dan de helft (42,5%) aan het einde van het lager onderwijs met één of meer jaren leerachterstand. Bij de Belgische leerlingen is dat ongeveer een achtste (13%).

ON 5 – Achterstand in de studie van kinderen van Belgische en vreemde nationaliteit aan het einde van het Nederlandstalig gewoon lager onderwijs, naar geslacht, Vlaanderen, 1990-1991 tot en met 2006-2007.

A. Percentage kinderen van Belgische nationaliteit met achterstand									
<i>Schooljaar</i>	<i>1 jaar achterstand</i>			<i>2 jaar achterstand</i>			<i>Meer dan 2 jaar achterstand</i>		
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	<i>Jongens</i>	<i>Meisje</i>	<i>Totaal</i>	<i>Jongens</i>	<i>Meisje</i>	<i>Totaal</i>	<i>Jongens</i>	<i>Meisje</i>	<i>Totaal</i>
1990-1991	11,67	9,31	10,51	0,53	0,36	0,45	0,03	0,02	0,03
1995-1996	12,54	10,23	11,41	0,54	0,47	0,51	0,04	0,04	0,04
2000-2001	12,80	10,62	11,72	0,64	0,57	0,60	0,03	0,03	0,03
2002-2003	12,98	11,08	12,04	0,73	0,67	0,70	0,03	0,04	0,03
2003-2004	13,05	11,31	12,18	0,80	0,70	0,75	0,04	0,03	0,04
2004-2005	13,19	11,56	12,38	0,84	0,77	0,80	0,06	0,06	0,06
2005-2006	13,32	11,74	12,53	0,86	0,79	0,83	0,04	0,03	0,04
2006-2007	13,49	11,94	12,72	0,92	0,86	0,89	0,04	0,03	0,04

B. Percentage kinderen van vreemde nationaliteit met achterstand									
<i>Schooljaar</i>	<i>1 jaar achterstand</i>			<i>2 jaar achterstand</i>			<i>meer dan 2 jaar achterstand</i>		
	% <i>Jongen</i>	% <i>Meisje</i>	% <i>Totaal</i>	% <i>Jongen</i>	% <i>Meisje</i>	% <i>Totaal</i>	% <i>Jongen</i>	% <i>Meisje</i>	% <i>Totaal</i>
1990-1991	35,20	32,27	33,73	7,16	7,49	7,39	0,73	1,13	0,93
1995-1996	34,40	32,29	33,36	8,09	6,86	7,48	1,11	1,20	1,15
2000-2001	35,78	33,58	34,69	9,73	9,26	9,49	1,65	1,58	1,61
2002-2003	35,86	33,97	34,94	10,33	9,38	9,87	1,77	1,78	1,77
2003-2004	35,05	33,87	34,47	10,12	9,37	9,75	1,61	1,70	1,66
2004-2005	34,89	32,95	33,94	9,85	9,29	9,58	1,57	1,57	1,57
2005-2006	34,01	31,77	32,91	9,37	9,21	9,29	1,54	1,46	1,50
2006-2007	33,10	31,39	32,24	9,49	8,55	9,02	1,31	1,19	1,25

Bron: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs, Afdeling Begroting en Gegevensbeheer.

Aan het einde van het gewoon secundair onderwijs (tabel *ON 6*) hebben 34% van de leerlingen minimaal een jaar leerachterstand.

ON 6 – Evolutie van leerlingen met leerachterstand in het Nederlandstalig gewoon secundair onderwijs, Vlaanderen, 1992-1993 tot en met 2006-2007.

<i>Schooljaar</i>	<i>Totaal aantal leerlingen</i>	<i>% Leerlingen met leerachterstand</i>		
		<i>Alle lj.¹</i>	<i>1ste lj.</i>	<i>6de lj.</i>
1992-1993	428.227	31,4	20,4	40,2
1995-1996	435.436	29,4	19,9	38,1
2000-2001 ²	395.177	29,1	19,3	36,4
2002-2003 ²	399.594	28,9	19,8	37,2
2003-2004 ²	407.003	28,7	20,1	36,1
2004-2005 ²	413.511	28,4	20,5	35,6
2005-2006 ²	417.675	28,3	21,0	34,7
2006-2007 ²	417.783	28,6	21,3	33,8

1. Derde jaar van de derde graad inbegrepen, anderstalige nieuwkomers en vierde graad niet inbegrepen.

2. Modulair onderwijs, zevende jaar, vierde graad en anderstalige nieuwkomers niet inbegrepen.

Bron: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs, Afdeling Begroting en Gegevensbeheer.

Voor het schooljaar 2006-2007 ontvingen 109.226 studenten een studietoelage, wat een lichte daling (-1%) betekent in vergelijking met het voorgaande schooljaar (tabel *ON 7*). Deze daling is dit schooljaar vooral terug te vinden bij de studenten in het secundair onderwijs. De gemiddeld toegekende studietoelage ligt in het hoger onderwijs wel lager dan vorig jaar. Vanaf dit schooljaar (2007-2008) kunnen ook de leerlingen van het secundair onderwijs genieten van soepelere inkomensvoorwaarden waardoor hun aantal kan worden uitgebreid. Vanaf 2008-2009 komen dan ook het deeltijds secundair en kleuter- en lager onderwijs in aanmerking voor een toelage. Voor meer informatie zie deel I, hoofdstuk 4 in dit Jaarboek.

ON 7 – Aantal beursstudenten en toegekende studietoelagen, Vlaanderen, 2005-2006 en 2006-2007.

	<i>Aantal beursstudenten</i>		<i>Gemiddelde studietoelage</i>		<i>Totaal bedrag</i>	
	<i>2005 2006</i>	<i>2006 2007</i>	<i>2005 2006</i>	<i>2006 2007</i>	<i>2005 2006</i>	<i>2006 2007</i>
Hoger onderwijs	37.564	38.325	1.480	1.440	55.605.554	57.242.082
Secundair onderwijs	72.783	70.901	167	168	12.126.348	11.911.699
Totaal	110.347	109.226	–	–	67.731.902	69.153.780

Bron: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs, Afdeling Begroting en Gegevensbeheer. Toestand gekend per 1 oktober.

De laatste 10 jaar is het aantal cursisten in de Centra voor Basiseducatie meer dan verdubbeld (tabel ON 8). Het aantal cursisten oversteeg in 2005-2006 zelfs het niveau van het ‘topjaar’ 2001-2002. Het voorbije schooljaar daalde het aantal cursisten weer naar het ‘normale’ niveau. Traditioneel blijven vrouwen ook de grootste groep uitmaken: zes op tien (60%) van de mensen die les volgen bij basiseducatie zijn vrouwen.

ON 8 – Evolutie van het aantal cursisten in basiseducatie naar geslacht, Vlaanderen, 1995-1996 tot en met 2006-2007.

<i>Schooljaar</i>	<i>Mannen</i>		<i>Vrouwen</i>		<i>Totaal AC</i>
	<i>AC</i>	<i>%</i>	<i>AC</i>	<i>%</i>	
1996-1997	5.681	41,8	7.909	58,2	13.590
1997-1998	6.006	40,6	8.773	59,4	14.779
1998-1999	6.748	39,9	10.154	60,1	16.902
1999-2000	7.788	40,0	11.684	60,0	19.472
2000-2001	8.460	39,9	12.753	60,1	21.213
2001-2002	10.462	39,6	15.925	60,4	26.387
2002-2003	10.456	42,4	14.206	57,6	24.662
2003-2004	nb	nb	nb	nb	nb
2004-2005	nb	nb	nb	nb	26.188
2005-2006	nb	nb	nb	nb	31.838
2006-2007	nb	40	nb	60	26.088

Bron: Vlaams Ondersteuningscentrum Basiseducatie.

Het cursusaanbod in de centra voor basiseducatie bestaat voor het grootste deel uit lessen Nederlands Tweede Taal (NT2): meer dan de helft (54%) van alle deelnemersuren situeren zich hier en nog eens 17% van de cursussen zijn gericht op de alfabetisering van anderstaligen. Een tiende van de deelnemersuren behandelen Nederlands als moedertaal (NT1 – 7%), ICT (8%) en maatschappelijke oriëntatie (7%) (zie website; D’Olieslager & De Boyser, 2005).

Wanneer vader of moeder hooggeschoold is, stroomt bijna negen op tien van de jongeren (23-jarige) na het secundair onderwijs door naar het hoger onderwijs (tabel ON 9). Dit loopt terug tot 44% wanneer de moeder laaggeschoold is en 48% wanneer de vader laaggeschoold is. Meer meisjes dan jongens vatten

hogere studies aan: dit is zo wanneer (één van) de ouders hooggeschoold zijn, maar nog meer uitgesproken als de ouders midden- of laaggeschoold zijn.

Ook de tewerkstellingssituatie speelt een rol bij de beslissing om hogere studies aan te vatten: wanneer de vader werkloos was bij de uitstroom van de student, stroomde maar een derde (33%) van de jongens en twee vijfde (40%) van de meisjes naar het hoger onderwijs door. Wanneer de vader werkt, stijgt hun aandeel tot drie vijfde (58%) van de jongens en drie vierde (75%) van de meisjes (zie ook deel I, hoofdstuk 4).

ON 9 – Starters in het hoger onderwijs naar opleidingsniveau en tewerkstellingssituatie van de ouders, Vlaanderen, 2001-2002 en 2003-2004 (percentages).

	2001-2002			2003-2004		
	Jongens	Meisjes	Totaal	Jongens	Meisjes	Totaal
Opleidingsniveau vader						
Hooggeschoold	86,8	93,6	90,2	85,3	92,7	88,9
Middengespoold	60,0	78,9	69,1	54,0	77,3	64,9
Laaggeschoold	32,9	49,3	41,0	39,0	56,1	47,6
Niet-hooggeschoold (midden en laag)	47,6	65,0	56,1	46,8	66,4	56,3
Opleidingsniveau moeder						
Hooggeschoold	85,3	91,9	88,6	85,8	92,0	88,7
Middengespoold	62,4	79,6	70,9	58,2	81,5	70,2
Laaggeschoold	37,1	52,4	44,8	37,7	49,8	43,6
Niet-hooggeschoold (midden en laag)	50,0	66,1	58,0	47,8	66,1	57,0
Tewerkstellingssituatie vader						
Werkend	60,7	74,1	67,3	57,7	74,6	65,8
Werkloos/OCMW	24,1	56,0	38,9	32,5	39,5	35,9
Ziekte/invaliditeit	25,7	37,3	32,6	39,5	46,3	43,5
(Brug)pensioen	41,2	62,5	52,7	41,9	60,0	51,6
Huisman	50,0*	33,3*	40,0*	100,0*	66,7*	71,4*
Andere	45,5*	—	33,3	20,0*	37,5	30,8*
Tewerkstellingssituatie moeder						
Werkend	62,4	78,0	70,1	60,0	78,8	69,0
Werkloos/OCMW	51,1	52,9	52,2	37,7	54,7	46,6
Ziekte/invaliditeit	34,5	48,4	41,7	48,6	58,7	54,3
(Brug)pensioen	50,0*	88,9*	70,6	57,1*	62,5*	60,0
Huisvrouw	52,5	62,4	57,4	52,2	62,4	57,2
Andere	53,8	66,7	61,3	62,5*	69,2	66,7

* Minder dan 10 beantwoorders.

Bron: SONAR-enquête (website Administratie Planning en Statistiek).

Voor een uitgebreide analyse van het onderwijs en het beleid van gelijke kansen, zie deel I, hoofdstuk 4.

VOOR MEER GEGEVENS

Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs en Vorming, Hendrik Consciencegebouw, Koning Albert II-laan 15, 1210 Brussel, telefoon 02-553.95.46, fax 02-553.95.45, stafdiensten.onderwijs@vlaanderen.be, <http://www.ond.vlaanderen.be/onderwijsstatistieken/>.

Vlaams Ondersteuningscentrum voor de Basiseducatie (VOCB), Kardinaal Mercierplein 1, 2800 Mechelen, telefoon 015-44.65.00, fax 015-44.65.01, info@vocrb.be, <http://www.vocrb.be/>

Vlaamse Onderwijsraad (VLOR), Kunstlaan 6 (bus 6), 1210 Brussel, telefoon 02-219.42.99, fax 02-219.81.18, info@vlor.be, <http://www.vlor.be/>.

6. Huisvesting

In 2006 verbleven zo'n 1.573 personen in 950 gezinnen permanent op campings. Het aandeel permanente campingbewoners is het hoogst in de provincies Oost-Vlaanderen (36%), Antwerpen (25%) en West-Vlaanderen (23,5%) (tabel *HV 1*).

HV 1 – Evolutie van het permanent campingbewonen, 2000 en 2006 (absolute cijfers en percentages per 1 januari).

	2000				2006			
	Gezinnen		Personen		Gezinnen		Personen	
	AC	%	AC	%	AC	%	AC	%
Antwerpen	340	29,4	536	27,3	267	28,1	391	24,9
Limburg	71	6,1	112	1,6	12	1,3	17	1,1
Oost-Vlaanderen	312	27,0	582	35,0	321	33,8	567	36,0
Vlaams-Brabant	146	12,6	268	13,3	139	14,6	229	14,6
West-Vlaanderen	287	24,8	493	22,8	211	22,2	369	23,5
Totaal	1.156	100,0	1.991	100,0	950	100,0	1.573	100,0

Bron: Interdisciplinaire Werkgroep Wonen op Campings, secretariaat permanente bewoning, Toerisme Vlaanderen (op website Administratie Planning en Statistiek).

Eind 2006 waren er in Vlaanderen 43 erkende sociale verhuurkantoren werkzaam, waarvan een vierde zonder gewestelijke subsidie (een SVK moet eerst een jaar erkend zijn alvorens het een aanvraag tot subsidiëring kan indienen). Samen verhuurden ze in totaal 3.543 woningen, het merendeel hiervan (82%) staat op naam van de gesubsidieerde SVK's (tabel *HV 2*).

HV 2 – Aantal erkende Sociale Verhuurkantoren (SVK) en woonegelegenheden, Vlaanderen, 2001-2006 (absolute cijfers per 31 december).

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Erkende SVK's zonder gewestelijke subsidies	15	13	11	8	11	14
Erkende SVK's met gewestelijke subsidies	17	20	24	28	29	32
Totaal aantal erkende SVK's	32	33	35	36	40	43
Totaal woningen	2.056	2.297	2.635	2.791	3.032	3.543

Bron: Vlaams Overleg Bewonersbelangen.

De Vlaamse huurdersbonden tellen eind 2006 in totaal 18.292 individuele en 502 collectieve leden. Zowel het aantal individuele als het aantal collectieve leden stijgt over de jaren heen. Individuele leden komen vooral uit de provincies

Antwerpen (25%), West-Vlaanderen (24%) en Oost-Vlaanderen (22%). In het totaal aantal collectieve leden is het vooral Oost-Vlaanderen (30%) dat de kroon spant. In Vlaams-Brabant en Limburg kent men minder (collectieve en individuele) leden.

HV 3 – Aantal individuele en collectieve leden per huurdersbond, Vlaanderen, 1995-2006 (absolute cijfers per 31 december).

	1995	2000	2004	2005	2006
Individuele leden					
Antwerpen	2.162	4.054	4.122	4.224	4.583
Oost-Vlaanderen	2.830	3.202	3.635	3.767	3.946
West-Vlaanderen	725	2.452	2.958	3.793	4.405
Limburg	1.247	1.274	1.623	1.651	1.765
Vlaams-Brabant	250	856	1.115	1.220	1.499
Huurdersbond Waasland	387	551	1.070	1.002	1.091
Huurders helpen huurders (Turnhout)	187	471	954	1.002	1.012
Totaal	7.788	12.868	15.477	16.659	18.292
Collectieve leden					
Antwerpen	1	38	58	72	82
Oost-Vlaanderen	13	100	131	150	149
West-Vlaanderen	22	61	83	86	86
Limburg	30	47	48	43	84
Vlaams-Brabant	22	36	43	43	49
Huurdersbond Waasland	16	21	28	29	29
Huurders helpen huurders (Turnhout)	3	14	17	19	23
Totaal	107	317	408	442	502

Bron: Vlaams Overleg Bewonersbelangen.

Sinds 2001 steeg het totale, sociale huurpatrimonium met 5% of 6.634 woningen. Eind 2006 zijn er 137.596 woningen in dit patrimonium opgenomen, wat neerkomt op een woning voor ongeveer 5% van de particuliere huishoudens. Daartegenover staan lange wachtlijsten en wachttijden: eind 2005 stonden 76.726 kandidaat-huurders op de wachtlijst, met een gemiddelde wachttijd van bijna 2 jaar (716 dagen; VHM, 2006).

HV 4 – Het sociale huurpatrimonium van de Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen, Vlaams Gewest, 2001-2006 (gegevens per 31 december).

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Aantal woningen	125.905	127.567	128.821	129.864	129.805	130.369
Aantal niet-bewoonde woningen	4.408	4.573	4.917	4.941	4.844	5.329
Aantal woningen met andere bestemming	649	682	1.280	1.011	1.456	1.898
Algemeen totaal	130.962	132.822	135.018	135.816	136.105	137.596
In % van het aantal particuliere huishoudens (1 januari jaar x+1)	5,4%	5,4%	5,4%	5,4%	–	–

Bron: Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen (website Administratie Planning en Statistiek).

HV 5 – Socio-economisch profiel van de thuislozenpopulatie in percentages, Vlaanderen, 1982-2006.

<i>Kenmerken</i>	<i>1982</i>	<i>2002</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>
Vrouwen	18	33	35	36	37
Jonge thuislozen < 30 jaar	50	41	52	51	51
Thuislozen 30-50 jaar	31	40	37	34	38
Oudere thuislozen > 50 jaar	19	17	11	13	13
Allochtonen	9	15	21	30	31 ¹
Ongehuwden	66	57	64	65	65
Gescheiden	13	20	17	19	20
Geen of alleen lager onderwijs voltooid	44	24	nb	31	30
Alleen lager secundair	30	36	nb	512	52 ²
Tewerkstellingsgraad	21	21	9	11	15
Belangrijkste inkomen uit arbeid	24	12	10	11	12
Werkloosheidsuitkering	19	27	37	38	36 ³
Bijstand (OCMW)	28	27	17	17	18
Schuldenlast	25	60	nb	nb	nb
Inkomen gelijk of lager dan leefloon	nb	nb	54	54	52
Geen inkomen ⁴	nb	nb	30	29	29

1. In 2004 gemeten volgens definitie ECM, minderhedendecreet; vanaf 2005 volgens 'origine' gedefinieerd als 'één van beide ouders of grootouders is geboren in een land buiten België'. Omdat hierin naar land van herkomst geen achterstellingsindicatie zit, gaat het hier om een ruime definitie.
2. In de cliëntregistratie Tellus wordt geen onderscheid gemaakt tussen lager en secundair onderwijs; vanaf 2007 is dit wel het geval.
3. Alle sociaalezekerheidsuitkeringen met uitzondering van Tegemoetkoming voor Gehandicapten en Bijstand.
4. Thuislozen zonder inkomen betreffen: kinderen die nog financieel afhankelijk zijn van hun ouder(s), hun aandeel in de totale populatie bedraagt ongeveer 10%; personen, voornamelijk vrouwen, die economisch afhankelijk zijn van het inkomen van de partner, bijvoorbeeld vrouwen zonder eigen inkomen die opgenomen worden in een vluchthuis; ten slotte, personen die effectief geen inkomen hebben en het grootste aandeel vormen in deze categorie.

Bron: Tellus cliëntregistratieprogramma CAW's, Cliëntgegevens 2004, 2005 en 2006, Berchem, Steunpunt Algemeen Welzijnswerk en Van Menxel, G., Lescrauwaet, D. & I. Parys (2003).

Tabel (*HV5*) geeft een vergelijkend overzicht van een aantal socio-economische kenmerken van thuislozen in Vlaanderen, voor de jaren 1982 en 2002 (gebaseerd op een meting onder thuislozen die op een welbepaalde dag verbleven in opvangcentra en begeleid wonen) en de jaren 2004, 2005 en 2006 waarvan de gegevens afkomstig zijn van de cliëntregistratie Tellus en die betrekking heeft op de populatie van een kalenderjaar. Methodologisch zijn de gegevens van 1982 en 2002 niet volledig vergelijkbaar met de cliëntregistratie: de eerste twee jaren betreffen een surveyonderzoek, de recente jaren betreffen cliëntregistratie op de werkvloer; er zijn enkele verschillen in definitie (bv. allochtonen) en de categorieën lopen niet gelijk voor 'werkloosheid' en 'enkel secundair onderwijs'.

De meest opvallende tendens is dat het aandeel vrouwen fors is toegenomen (van 18% naar 37%). Ook het aandeel 30- tot 50-jarigen nam toe. Het aandeel van de oudere thuislozen (ouder dan 50 jaar) is afgenomen. Het aandeel thuislozen dat enkel lager onderwijs volgde, is gedaald van 44% in 1982 tot 30% in 2006 waarmee echter niet ontkend wordt dat thuislozen een zeer laag opgeleide bevolkingscategorie blijven; de gegevens van het secundair onderwijs ondersteunen dit: van de overblijvende 70% volgde 52% enkel secundair onderwijs. Voor hun inkomen zijn thuislozen vooral afhankelijk van een socialezekerheidsuitkering (meer dan één op drie in 2006). Opvallend is dat het aandeel thuislozen dat gesteund wordt door het OCMW daalde van 28% naar 18% en dit terwijl hun tewerkstellingsgraad eveneens daalde (van 21% naar 15%).

De Woonsurvey 2005 (een grootschalige bevraging van de woonsituatie op niveau van de huishoudens) laat ons toe de socio-economische kenmerken van de woningmarkt op een rijtje te zetten (tabel *HV 6*). Algemeen zijn ongeveer driekwart van de mensen eigenaar van hun woning. De categorie van de huurders kan verder opgedeeld worden in private (18,5%) en sociale (5,6%) huurders.

Verder merken we een duidelijk verband tussen leeftijd en eigendomsstatuut: binnen de groep van 17 tot 34 jaar is ongeveer de helft (51%) eigenaar van zijn woning, terwijl dit binnen de categorie 35 tot 44 jaar oploopt tot bijna vier vijfde (78%). Bij de vijfenzestigplussers zien we een lichte daling, die hoogstwaarschijnlijk te maken heeft met een (noodgedwongen) verhuis naar huurwoningen om praktische of gezondheidsredenen.

Alleenstaanden zijn in veel mindere mate (58%) eigenaar van hun woning dan koppels zonder (80%) of met kinderen (86%). Mogelijk komt dit omdat huishoudens met twee partners over het algemeen kapitaalkrachtiger zijn. Hoe hoger het opleidingsniveau, hoe groter het aandeel huishoudens dat zijn woning bezit (70% voor lager onderwijs versus 81% voor hoger onderwijs). Waarschijnlijk heeft het opleidingsniveau slechts een indirect effect op het eigendomsstatuut omdat hogeropgeleiden over het algemeen een hoger inkomen genieten. Dit kan echter nog niet met zekerheid worden vastgesteld (in een volgende woonsurvey zal deze denkpiste worden onderzocht).

Ook wat activiteit betreft, bestaat er een sterk significant verband tussen de eigendomstitel en de activiteitsstatus. Slechts 46% van de werklozen zijn eigenaar van hun huis, tegenover 77% van de werkenden. Ook de personen die op ziekteverlof of arbeidsongeschikt zijn, scoren sterk onder het gemiddelde.

Naar nationaliteit is een duidelijke tendens zichtbaar: personen van buiten de Europese Unie zijn slechts in een derde van de gevallen (34%) eigenaar van hun woning, tegenover meer dan het dubbele (75%) voor Belgische huishoudens. Het bijzonder lage aandeel van niet-EU huishoudens wordt mogelijk verklaard door het lagere, equivalente maandelijkse inkomen van deze groep (€ 954 versus € 1406 voor Belgische huishoudens).

HV 6 – Eigenaars, privé- en sociale huurders naar leeftijd, huishoudtype, onderwijsniveau, en nationaliteit, Vlaanderen, 2005 (percentages van de huishoudens).

	<i>Eigenaar</i>	<i>Huurder</i>	<i>Gratis bewoner</i>
Algemeen	74,4	24,1	1,5
Leeftijdscategorie			
17-34	51,4	46,1	2,5
35-44	78,0	21,5	0,5
45-64	80,0	18,8	1,3
65 en ouder	75,8	22,2	2,0
Huishoudtype			
Eenpersoonshuishouden	57,8	39,2	3,0
Eenoudergezin	57,7	41,9	0,4
Koppel zonder kind	80,1	19,1	0,8
Koppel met kinderen	85,8	13,1	1,1
Andere	57,1	38,1	4,9
Onderwijsniveau			
Lager onderwijs	69,3	29,0	1,6
Lager Secundair Onderwijs	72,7	25,5	1,8
Hoger Secundair Onderwijs	73,4	25,2	1,4
Hoger onderwijs	81,2	34,4	2,3
Activiteitsstatus			
Tewerkgesteld	76,7	22,0	1,3
(brug)pensioen	77,2	21,1	1,8
Werkloos	45,7	53,7	0,6
Ziekteverlof/Arbeidsongeschikt	56,7	41,1	2,2
Overige	74,4	24,1	1,5
Nationaliteit			
België	75,0	23,5	1,5
EU-burger	66,3	32,4	1,3
Niet-EU-burger	33,7	63,4	2,9

Bron: Woonsurvey 2005.

VOOR MEER GEGEVENS

Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap – AROHM, Afdeling Woonbeleid & Afdeling Financiering Huisvestingsbeleid, <http://www.bouwenenwonen.be/>.

Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen, Koloniënstraat 40, 1000 Brussel, telefoon 02-505.45.45, fax 02-505.42.00, info@vmsw.be, <http://www.vmsw.be/>.

Vlaams Overleg Bewonersbelangen vzw, Diksmuidelaan 50, 2600 Berchem, vob@vob-vzw.be, <http://www.vob-vzw.be/>.

7. Gezondheid

Bepaalde doelgroepen hebben recht op een verhoogde tussenkomst voor geneeskundige verzorging. Dit zijn: (1) weduwnaars en weduwen, invaliden, gepensioneerden en (volle) wezen (de oude WIGW-categorieën); (2) gerechtigden op het leefloon en personen die steun ontvangen van een OCMW, die geheel of gedeeltelijk ten laste wordt genomen door de federale staat; (3) de gerechtigden

op het Gewaarborgd Inkomen voor Bejaarden of de Inkomensgarantie voor Ouderen; (4) de gerechtigden op een Tegemoetkoming aan Personen met een Handicap; (5) kinderen die recht hebben op verhoogde kinderbijslag (in de regeling voor loonarbeiders en zelfstandigen) en; (6) de gerechtigden die ten minste 50 jaar zijn en sedert tenminste één jaar volledig werkloos zijn. Sinds 1 april 2007 zijn deze categorieën uitgebreid met het OMNIO-statuuat om ook gezinnen met een laag inkomen die tot nog toe uit de boot vielen, tegemoet te komen. Van dit statuut zijn echter nog geen cijfers beschikbaar.

Het aantal personen dat recht heeft op een verhoogde tussenkomst voor geneeskundige verzorging daalt sinds 2000. Begin 2005 is er wel een stijging tot 489.578 titularissen, maar deze stijging is volledig te wijten aan het feit dat voor het eerst de categorie 'kinderen met recht op verhoogde kinderbijslag' in de telling werd opgenomen. Naast deze titularissen zijn er nog 187.682 personen ten laste die recht hebben op de verhoogde tussenkomst. In totaal genieten 677.260 personen begin 2005 van de voorkeursregeling: zes op tien van de gerechtigden zijn vrouwen.

GZ 1 – Personen die recht hebben op een verhoogde tussenkomst van de verzekering voor geneeskundige verzorging, Vlaanderen, 1995-2005 (absolute cijfers en percentages per 1 januari).

<i>Jaar</i>	<i>Mannen</i>		<i>Vrouwen</i>		<i>Totaal</i>	
	<i>AC</i>	<i>%</i>	<i>AC</i>	<i>%</i>	<i>AC</i>	<i>%</i>
<i>Titularissen</i>						
1995	199.765	43,2	262.883	56,8	462.648	100,0
2000 ¹	233.978	45,4	278.062	53,9	515.581	100,0
2001	231.311	46,3	268.681	53,7	499.992	100,0
2002	229.620	46,4	265.603	53,6	495.223	100,0
2003	225.130	46,1	263.253	53,9	488.383	100,0
2004	223.729	46,0	262.484	54,0	486.213	100,0
2005	224.563	45,9	265.015	54,1	489.578	100,0
<i>Personen ten laste</i>						
2005	45.744	24,4	141.938	75,6	187.682	100,0
<i>Totaal voorkeursregeling</i>						
2005	270.307	39,9	406.953	60,1	677.26	100,0

1. De groep WIGW is sedert 1998 anders gedefinieerd, hierdoor is een vergelijking met voorgaande jaren niet meer mogelijk. Voor 2000 kon bij 3.541 personen (0,7%) het onderscheid naar geslacht niet gemaakt worden.

Bron: Kruispuntbank – Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap – Administratie Planning en Statistiek.

In België moesten in 2004 een tiende van de huishoudens uitgaven voor medische zorg uitstellen. Vooral in het Brussels (18%) en Waals (16%) Gewest hebben heel wat huishoudens het moeilijk om medische zorg te betalen. Naar huishoudtype valt vooral de slechte situatie van eenoudergezinnen op: bijna drie op tien (29%) van deze huishoudens zag zich genooddaakt medische zorg op de lange baan te

schuiven. Uitstel om financiële redenen zien we ook in de cijfers naar inkomensniveau: een vijfde van de huishoudens met een maandelijks equivalent inkomen lager dan € 1.000 moet (tijdelijk) afzien van medische zorg. Bij de huishoudens met een inkomen tussen de 1.000 en 2.500 euro daalt dit tot een tiende, om vrijwel te verdwijnen (3%) bij de hoogste inkomenscategorie (+ € 2.500).

GZ 2 – Percentage huishoudens dat zich genoodzaakt zag medische consumptie uit te stellen, België en gewesten, 2004 (percentages).

<i>Regio</i>	<i>Huishoudtype</i>		<i>Equivalent inkomen (in €)</i>	
Vlaams Gewest	5,3	Alleenstaande	11,0	< 750
Waals Gewest	15,6	Eenoudergezin	28,6	750-1.000
Brussels HG	17,5	Koppel zonder kind	6,0	1.000-1.500
België	10,1	Koppel met kinderen	10,7	1.500-2.500
		Ander huishouden	7,6	> 2.500

Bron: Gezondheidsenquête 2004 in WIV-Afdeling Epidemiologie, 2006.

8. Sociale Zekerheid

Onderstaande tabel geeft de minimumuitkeringsbedragen na indexering (september 2007) voor werknemers en zelfstandigen in de sociale zekerheid en de minima uit de sociale bijstand weer.

SZ 1 – Minimumuitkeringsbedragen op 01/09/2007

	<i>Bedrag in €</i>
Pensioen werknemers¹	
– alleenstaande/gezin	901,31/1.126,28
Invaliditeit werknemers²	
– alleenstaande/gezin	901,42/1.126,32
Werkloosheid	
– alleenstaande/gezin	766,74/912,60
Bijstandsminima	
– alleenstaande bejaarde (IGO)	795,46
– alleenstaande actieve (LL)	657,37
– bejaard koppel (IGO)	1.060,60
– actief koppel (LL)	876,50
Pensioen zelfstandigen³	
– alleenstaande/gezin	769,38/1.025,59
Ziekte zelfstandigen	
– zonder/met gezinslast	769,34/1.025,70
Invaliditeit zelfstandigen⁴	
– zonder/met gezinslast	901,42/1.126,32

1. Bij volledige loopbaan als werknemer.
2. Bedragen voor regelmatige werknemers.
3. Bij volledige loopbaan als zelfstandige.
4. Met stopzetting van het bedrijf.

Bron: FOD Sociale Zekerheid.

Tabel SZ 2 toont de minimale en maximale (geïndexeerde) bedragen van de werkloosheidsuitkeringen naar verschillende categorieën, tabel SZ 3 de gemiddelde bedragen van de wachtuitkeringen per categorie. De wachtuitkeringen liggen voor bepaalde categorieën (zoals de jongere alleenstaanden en samenwonenden) nog steeds lager dan het bedrag van het leefloon (tabel SZ 1).

SZ 2 – Werkloosheidsbedragen per categorie (maandbedragen vanaf 01/01/2007)

<i>Categorie¹</i>	<i>Minimum (€)</i>	<i>Maximum (€)</i>
Alleenwonenden		
– Gedurende het eerste jaar van de werkloosheid (60%)	766,74	1077,96
– Vanaf het tweede jaar van de werkloosheid (50%)	766,74	898,30
Samenwonenden		
– Gedurende het eerste jaar van de werkloosheid (55%)	574,86	988,00
– Gedurende de tweede periode van de werkloosheid (40%)	574,86	718,64
– Gedurende de forfaitaire periode (eventueel supplement – gewoon)	405,08	
– Gedurende de forfaitaire periode (eventueel supplement – bevoorrecht) ²	531,44	
Samenwonenden met gezinslast		
– Voor wie werkloos werd vanaf 1.1.2007	912,60	1067,30
– Voor wie werkloos werd vanaf 1.1.2002 (60%)	912,60	1013,22
– Voor wie werkloos werd voor 1.1.2002 (60%)		

1. Oudere werklozen met 20 jaar beroepsverleden ontvangen een anciënniteitstoeslag.

2. Als de werkloze en partner uitsluitend uitkeringen ontvangen en het dagbedrag van de uitkering van de partner de € 26,83 niet overschrijdt.

Noot: Tussen haakjes staat het percentage van het gederfde loon dat een rechthebbende in principe ontvangt, met inachtneming van de minima en maxima.

Bron: Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening.

SZ 3 – Wachtuitkeringen per categorie (gemiddelde maandbedragen vanaf 01/04/2007).

<i>Categorie</i>	<i>Bedrag</i>
Alleenstaanden	
– < 18 jaar	252,72
– 18-20 jaar	397,02
– ≥ 21 jaar	657,54
Samenwonenden	
Gewoon bedrag	
– < 18 jaar	216,58
– vanaf 18 jaar	345,54
Bevoorrecht bedrag ¹	
– < 18 jaar	229,32
– vanaf 18 jaar	368,42
Samenwonenden met gezinslast	889,46

1. Als de werkloze en partner uitsluitend vervangingsinkomens ontvangen.

Bron: Rijksdienst voor Arbeidsvoorzieningen

De minimumuitkeringen in de sociale zekerheid en bijstand volstaan vaak niet om boven de armoederisicodrempel uit te komen (tabel SZ 4). Zo blijkt uit een vergelijking voor 2003 (EU-SILC 2004) dat koppels die op een minimumuitkering aangewezen zijn in alle situaties terugvallen op een inkomen onder de armoederisicogrens. Het bijstandsminimum en de minimum werkloosheidsuitkering liggen voor zowel alleenstaanden, koppels als eenoudergezinnen onder de armoededrempel.

SZ 4 – Nettominimumuitkeringen en nettominimumloon in% van de armoederisicogrens (60% mediaan), 2003

	<i>Alleenstaande</i>	<i>Koppel</i>	<i>Koppel, 2 kinderen</i>	<i>Eenoudergezin, 2 kinderen</i>
Minimum pensioen werknemers	107	89		
Minimum invaliditeitsuitkering werknemers	100	83	82	105
Minimum werkloosheidsuitkering	91	72	73	91
Bijstand	75	67	69	91
Minimumloon	131	98	89	106

Bron: Stastim – CSB (UA) in Federale regering, 2006d.

VOOR MEER GEGEVENS

FOD Sociale Zekerheid, Eurostation II, Victor Hortaplein 40 (bus 20), 1060 Brussel, telefoon 02-528.63.00, fax 02-528.69.68, dg-soc@minsoc.fed.be, <http://socialesecurity.fgov.be/>.

Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening, Keizerslaan 7, 1000 Brussel, telefoon 02-515.42.81, fax 02-515.44.54, dircom@rva.be, <http://www.rva.be/>

9. Voedselbedeling

VI – Voedselhulp in België, 1996-2006 (ingezamelde hoeveelheid, aantal geholpen instellingen en aantal begunstigde hulpbehoevenden).

<i>Jaar</i>	<i>Ingezelde hoeveelheid (in ton)</i>	<i>Aantal geholpen instellingen</i>	<i>Aantal begunstigde hulpbehoevenden</i>	<i>Handelswaarde (€)</i>
1996	5.256	606	73.768	–
1997	5.750	637	80.280	–
1998	6.290	645	83.800	–
1999	6.380	656	91.445	–
2000	7.645	665	95.225	–
2001	7.700	665	99.338	12.105.000
2002	6.620	648	97.000	16.135.000
2003	8.582	661	100.000	20.800.000
2004	9.128	661	104.000	23.000.000
2005	8.400	654	106.550	21.300.000
2006	9.400	648	106.900	21.600.000

Bron: Belgische Federatie van Voedselbanken.

Sinds het begin van de jaren '90 neemt het aantal behoeftigen die aankloppen bij de voedselbanken voortdurend toe: de laatste 10 jaar steeg het aantal begunstigden met 45%. Ook de ingezamelde hoeveelheid voedselhulp (en de handelswaarde hiervan) lijkt terug te stijgen: in 2006 werd nog 1.000 ton voedsel meer ingezameld dan het jaar ervoor, goed voor een totale handelswaarde van € 21.600.000.

VOOR MEER GEGEVENS

Belgische Federatie van Voedselbanken vzw, Glasgowstraat 16, 1070 Brussel, telefoon 02-559.11.10, fax 02-559.11.29, foodbanks@skynet.be, <http://www.voedselbanken.be/>.

10. Armoede volgens de indicatoren van Kind en Gezin

In tabel *G 1* staan de percentages en het totaal aantal kinderen geboren in kansarme gezinnen ten opzichte van het totaal aantal geboorten volgens de kansarmoedecriteria van Kind en Gezin. Het percentage kinderen geboren in kansarme gezinnen ligt het hoogst in de provincie Antwerpen (9,4%) en het laagst in de provincie Vlaams-Brabant (3,4%). De sterke daling in Limburg in 2005 was vermoedelijk te wijten aan een onvolledige registratie. In totaal telde het Vlaams Gewest in 2006 4.536 kansarm geboren kinderen (op een totaal van 65.655 geboortes in datzelfde jaar). Dit is een toename met 21% in vergelijking met 2005.

G 1 – Percentage kinderen geboren in kansarme gezinnen volgens de kansarmoedecriteria¹ van Kind en Gezin, Vlaams Gewest, per provincie, 1995-2006 (percentages).

	<i>Antwerpen</i>	<i>Vlaams-Brabant</i>	<i>West-Vlaanderen</i>	<i>Oost-Vlaanderen</i>	<i>Limburg</i>	<i>Vlaams Gewest</i>	<i>Totaal</i>
							AC
1995	4,5	2,2	3,1	3,4	3,7	3,5	2.309
1996	4,6	2,1	3,7	3,9	3,6	3,7	2.389
1997	4,6	2,5	3,6	4,1	5,2	4,0	2.603
1998	4,6	3,1	4,1	4,6	5,3	4,4	2.747
1999	5,1	3,0	4,7	5,5	5,7	4,8	3.001
2000	5,8	2,7	4,6	4,8	5,8	4,7	2.922
2001	8,2	2,2	5,6	5,8	5,8	5,8	3.516
2002	8,6	2,1	5,1	5,0	5,8	5,7	3.378
2003	8,4	2,4	4,9	4,9	6,2	5,7	3.388
2004	9,2	2,5	4,2	5,2	6,4	5,9	3.676
2005	10,2	2,3	4,0	5,1	4,6	5,9	3.739
2006	9,4 ²	3,4 ²	4,7 ²	5,5 ²	6,6 ²	6,9	4.536

1. De definitie van Kind en Gezin omvat 6 criteria die als typerend voor een kansarm gezin worden beschouwd: het maandinkomen per gezin, de opleiding van de ouders, de ontwikkeling van de kinderen, de arbeidssituatie van de ouders, de huisvesting en de gezondheid. Wanneer een gezin aan drie of meer criteria beantwoordt, wordt het als kansarm beschouwd.
2. Voorlopige cijfers

Bron: Kansarmoedeatlas van gezinnen met jonge kinderen (Kind & Gezin, verschillende jaargangen).

In 2006 is in drie vierde (75%) van de kansarme gezinnen (minstens één van) de ouders lageropgeleid (tabel G 2). Na een daling in de jaren '90 is hun aantal terug sterk aan het stijgen. In vier vijfde van deze gezinnen hebben de ouders een zwakke arbeidssituatie (77%) en een laag maandinkomen (80%): aan deze criteria is er sinds 2000 weinig gewijzigd. Voor de helft (51%) van de gezinnen betekent kansarm zijn ook geconfronteerd worden met slechte huisvesting. In een derde van de gezinnen (33%) kampen kinderen met zwaktes in de ontwikkeling en in een vijfde (22%) van deze gezinnen met een zwakke gezondheidstoestand. In veel kansarme gezinnen manifesteren deze problemen zich tegelijkertijd.

G 2 – De aanwezigheid van de criteria voor kansarmoede binnen kansarme gezinnen met een geboorte, Kind en Gezin, Vlaanderen,¹ 1995, 2000, 2004-2006 (absolute cijfers en percentages).

Criterium	1995		2000		2004		2005		2006	
	AC	%	AC	%	AC	%	AC	%	AC	%
Lage opleiding van één of beide ouders	1.809	78,3	2.108	64,3	2.899	71,2	3.020	72,6	3.755	75,7
Zwakke arbeidssituatie van de ouders	1.751	75,8	2.606	79,5	3.305	81,2	3.385	81,4	3.836	77,4
Laag maandinkomen	1.629	70,6	2.576	78,6	3.32	81,6	3.439	82,7	3.985	80,4
Slechte huisvesting	1.412	61,2	1.865	56,9	2.142	52,6	2.259	54,3	2.524	50,9
Zwaktes in de ontwikkeling van de kinderen	944	40,9	1.347	41,1	1.378	33,9	1.244	29,9	1.627	32,8
Zwakke gezondheidstoestand	804	34,7	833	27,0	898	22,1	897	21,6	1.093	22,0

1. Vlaanderen = Vlaams Gewest en Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Bron: Kind & Gezin.

VOOR MEER GEGEVENS

Kind en Gezin, Hallepoortlaan 27, 1060 Brussel, telefoon 02-533.12.11, fax 02-534.13.82, info@kindengezin.be, <http://www.kindengezin.be/>.

Besluit

De redactie

1. Ongezonde armoede

Armoede en gezondheid zijn zeer sterk met elkaar verbonden. Ziek zijn kan mensen in armoede doen belanden. Armoede is stresserend en bedreigt de gezondheid. Het is een vicieuze cirkel die heel moeilijk doorbroken wordt. Het thema bleef jarenlang onderbelicht: gegevensverzameling ontbrak. Daarin is recent een kentering gekomen. Door het themadeel in dit Jaarboek aan gezondheid te wijden, hopen we bij te dragen tot een dynamiek die gezondheidsactoren en overheden stimuleert om de brug naar de armoedeproblematiek te blijven leggen.

De bijdragen in het themadeel van dit jaar laten immers weinig over aan de verbeelding. Armoede is slecht voor de gezondheid. Ondanks alle maatregelen die de overheid de voorbije jaren heeft genomen inzake betaalbaarheid en toegankelijkheid, gaapt er nog altijd een diepe kloof tussen de gezondheidstoestand van mensen boven en onder de armoedegrens. De vraag die we ons daarbij kunnen stellen is ‘Wat nu?’. Hoewel op deze vraag (nog) geen eenduidig antwoord bestaat, vinden we in de verschillende hoofdstukken aanzetten die kunnen leiden naar een beter beleid. Laagdrempeligheid, minder complexe administratieve procedures, samenwerkingsverbanden en een geïntegreerde aanpak zijn elementen die telkens opnieuw opduiken in deze context. De roep naar een integraler beleid geldt echter niet alleen voor de aanpak van de gezondheidsproblemen, maar kan worden doorgetrokken naar het armoedebeleid in het algemeen. Ondanks alle beleidsinstrumenten die hiervoor de voorbije jaren werden gecreëerd, komt er in de praktijk (te) weinig van terecht. We moeten dan ook vaststellen dat de overheid nog worstelt met het gecoördineerd aanpakken van fenomenen die zich uitstrekken over meerdere domeinen van het maatschappelijke leven en dus ook van het beleid.

2. Lichtpunten en aandachtspunten

Terugblikken op het afgelopen jaar doen we meestal met gemengde gevoelens. Zo moeten we vaststellen dat op één jaar tijd weinig ten gronde kan veranderen. De armoedeproblematiek strekt zich immers uit over verschillende domeinen en de huidige toestand is het gevolg van jarenlange evoluties. In het licht daarvan is de tijdsspanne tussen twee jaarboeken niet veel meer dan een (lange) oogwenk. Toch worden er op zo'n jaar wél een aantal stenen in de rivier verlegd, waardoor die misschien een iets andere richting kiest, een richting die we toejuichen of afkeuren. Zo stellen we dit jaar vast dat voor het eerst in vele jaren ook het aantal langdurige werklozen in Vlaanderen begint te dalen. In hoeverre is dit een gevolg van de aanhoudende goede conjunctuur of heeft het recente beleid hier ook mee te maken? We hebben herhaaldelijk al gesteld dat het huidige activeringsdiscours, vergezeld van scherpe controles en toenemende schorsingen, contraproductief kan werken indien men geen rekening houdt met de complexiteit van de problematiek. In dit jaarboek wordt nog eens bevestigd dat activering alleen maar de Koninklijke weg uit de armoede kan zijn, wanneer we ook aanvaarden dat deze weg vol hindernissen ligt en alleen maar kan slagen als onderdeel van een geïntegreerde aanpak. Een stijgend aantal schorsingen en de intentie om de strakke opvolging van in het actieplan jongerenwerkloosheid uit te breiden naar grotere groepen werklozen, doen ons twijfelen over het einddoel van dit beleid.

Op het inkomensvlak zijn de signalen gemengd. De inkomensongelijkheid groeit ook dit jaar nog en we moeten vaststellen dat dit gegeven in politieke middens nauwelijks nog aandacht krijgt. Aan de andere kant staat de welvaartsvastheid van de uitkeringen wat prominenter op de politieke agenda. Het principe om in de toekomst op geregelde tijdstippen de uitkeringen aan te passen aan de gestegen welvaart, kunnen we alleen maar toejuichen. De toekomst zal echter moeten uitmaken in hoeverre deze aanpassingen de uitkeringen ook daadwerkelijk welvaartsvast maken.

3. Domeinen die nog steeds uitsluiten

De sleuteldomeinen waarop armoede en andere vormen van uitsluiting ontstaan en in stand worden gehouden, gelden ook dit jaar nog. We stellen vast dat, ondanks de goede intenties van de Vlaamse regering, op het vlak van onderwijs nog maar weinig vooruitgang is geboekt. De sociaaleconomische achtergrond van de ouders bepaalt ook in 2007 nog altijd in grote mate het onderwijsparcours van een kind. Het is nu wachten op de beloofde vernieuwde financiering van het leerplichtonderwijs om op dit gebied een doorbraak te forceren. Nochtans zal ook dit niet volstaan om gelijke onderwijskansen te garanderen. Het

watervalsysteem in ons onderwijs zorgt er nog altijd voor dat jongeren van allochtone afkomst of uit de lagere sociale klassen vaak belanden in richtingen met geringe toekomstperspectieven en kansen op deelname aan het hoger onderwijs. Net als armoede is ook dit een complex fenomeen waarvoor geen snelle oplossingen bestaan.

De woonsituatie blijft een cruciaal domein; sociale uitsluiting manifesteert zich daar steeds nadrukkelijker. Zo stellen we vast dat mensen steeds langer en meer lenen om een eigen woning te kunnen kopen. Dat zou op middellange termijn verstrekkende gevolgen kunnen hebben, ook op de armoedetoestand in dit land. Zo zullen velen hun pensioenleeftijd binnenstappen met een hypotheek in plaats van met spaarcenten. Door deze aanhoudende drang naar eigendomsverwerving wordt de situatie voor hen die zich geen koop kunnen veroorloven alsmaar penibeler. De sociale huisvesting kampt nog altijd met ellenlange wachtlijsten en door de recente maatregelen wordt de toegang ertoe voor sommige groepen nog extra beperkt. De private huurmarkt, die jaar na jaar krimpt, slaagt er elk jaar minder in om al wie daar zijn heil moet zoeken, op een deftige manier te huisvesten. Ondanks deze duidelijke knipperlichten wordt nog altijd geen werk gemaakt van een algemene huursubsidie of een forse uitbreiding van het sociale huisvestingspatrimonium. Scoren bij de middenklasse door het faciliteren van eigendomsverwerving staat vandaag nog altijd hoger op de prioriteitenlijst.

4. Voetbal bis

Twee jaar geleden sloten we ons besluit af met een metafoor uit de voetbalwereld. We vergeleken het resultaat van het afgelopen jaar met defensief spel: het ergste wordt vermeden, maar enkel een meer aanvallende stijl biedt kansen om ons te plaatsen voor de Champions League. Het afgelopen jaar zouden we zo kunnen samenvatten: het voornamelijk defensieve spel wordt ondertussen aangevuld met een aantal (voorzichtige) aanvallende impulsen, maar zonder een duidelijke en coherente offensieve strategie zal ook nu niet worden gescoord – alhoewel een toevalstreffer altijd kan, natuurlijk.

Adressen voor meer informatie

Lokale verenigingen aangesloten bij het Vlaams Netwerk van Verenigingen waar armen het woord nemen

A Place to Live, Stefaniastraat 137, 1020 Laken, tel. 02-424.21.01, info@aplacetolive.be.

A-denkers Menen, Arsenaalstraat 5, 8930 Menen, schmitt.barbara@telenet.be.

A'Kzie, Overleiestraat 45, 8500 Kortrijk, tel. 0472-83.58.68, romaincoussement@kortrijk.be.

Al-arm, Diestseweg 144, 2440 Geel, tel. 014-56.40.01, fax 014-56.40.03, rit.dams@ocmwgeel.be.

APGA, Sint Amandusstraat 3/17, 2060 Antwerpen, tel. 03-770.89.79, apga.moras@antwerpen.be.

ATD Vierde Wereld Vlaanderen, Victor Jacobsaan 12, 1040 Etterbeek, tel. 02-647.92.25, fax 02-640.73.84, atd-vw.vlaanderen@skynet.be, <http://www.atd-vierdewereld.be>.

Betonnen Jungle, Saffierstraat 176, 2600 Berchem, tel. 03-877.13.17, leona.maes@scarlet.be, <http://www.betonnen-jungle.be/>.

Beweging van Mensen met Laag Inkomen en Kinderen, Nieuwebosstraat 3, 9000 Gent, tel. 09-224.12.15, fax 09-233.10.63, bmlik@skynet.be, <http://www.armenaanhetwoord.be/>.

Bij Ons – Chez Nous, Kartuizerstraat 60, 1000 Brussel, tel. 02-513.35.96, cheznous.bijons@skynet.be, <http://www.zendurl.com/chezons>.

Binnen Zonder Bellen vzw, Begijnenstraat 39, 2300 Turnhout, tel. 014-43.65.16, marthe.rombouts@basiseducatieturnhout.be.

Brandpunt 23, Melgesdreef 19, 2170 Merksem (Antwerpen), tel. 03-647.18.25, celine.wagemans@telenet.be, <http://www.brandpunt23.com/>.

Buurthuis Bonnevie vzw, Bonneviestraat 40, 1080 Sint-Jans-Molenbeek, tel. 02-410.76.31, fax 02-411.80.33, bonnevie@skynet.be, <http://bonnevie.vgc.be/>.

Centrum Kauwenberg, Korte Winkelstraat 1, 2000 Antwerpen, tel. 03-232.72.96, kauwenberg@skynet.be, <http://www.kauwenberg.be/>.

Centrum voor 't jonge kind, Colignonplein 17, 1030 Brussel, tel. 02-247.39.67, ckgfilouke@centrumjongekind.be.

De Brug Hasselt vzw, Pieter Corbeelstraat 16/1, 3500 Hasselt, tel. 011-74.07.59, de.brug.hasselt@telenet.be, <http://users.telenet.be/frieda111/menu.htm>.

De Buurtwinkel, Anneessensplein 9, 1000 Brussel, tel. 02-512.69.85, fax 02-503.44.31, vzw.buurtwinkel@belgacom.net.

De Doorzetters, Boomse Steenweg 269, 2020 Antwerpen, tel. 03-322.69.24, dedoorzetters@hotmail.com.

- De Dorpel vzw, St-Waldetrudisstraat 37, 2200 Herentals, tel. 014-21.40.73, dedorpel@gmail.be.
- De Draaischijf, Stationstraat 45, 3581 Beringen, tel. 011-22.21.96, draaischijf2@hotmail.com.
- De Fakkelt vzw, Sint-Waldetrudisstraat 37, 2200 Herent, tel. 014-21.40.73, fax 014-21.40.73, vzwdefakkelt@gmail.com.
- De Kar vzw, Nollekensweg 6, 2960 Brecht, tel. 03-664.19.87, dekar.brecht@skynet.be, <http://www.geocities.com/vzwdekar/>.
- De Keeting vzw, Kroonstraat 64-66, 2800 Mechelen, tel. 015-27.09.25, info@dekeeting.be, www.dekeeting.be.
- De Lage Drempel, Onze-Lieve-Vrouwestraat 43, 2800 Mechelen, tel. 015-34.43.77, delagedrempel@telenet.be, <http://www.armoede.be/delagedrempel>.
- De Regenboog, Leuvensebaan 40, 2580 Putte, tel. 015-24.04.40, fax 015-24.04.40, de.regenboog1@telenet.be.
- De Regenboog Heusden-Zolder, Beukenstraat 10, 3550 Heusden-Zolder, jef.van.baalen2@telenet.be.
- De Schutting – Albatros, Ninoofseplein 10, 1000 Brussel, tel. 02-215.54.34, vwawn.ara@hotmail.com.
- De Vrolijke Kring, Kasteelstraat 30, 9600 Ronse, tel. 055-31.67.91, devrolijkekring@skynet.be, <http://www.devrolijkekring.be/>.
- De Vuurtoren, Beiaard 4, 9920 Lovendegem, tel. 09-372.92.32, gerit.ryckeart@skynet.be.
- De Willers vzw, Dr. Persoonslaan 1, 2830 Willebroek, tel. 03-866.50.95, fax 03-866.56.98, dewillers@skynet.be, <http://www.dewillers.be/>.
- De Zuidpoort, Ottergemsesteenweg 12, 9000 Gent, tel. 09-245.09.05, fax 09-245.09.06, zuidpoort@skynet.be, <http://www.armoede.be/dezuidpoort/>.
- El Ele – Hand in Hand – Yid fil Yi, Pannestraat 1, 9000 Gent, tel. 09-223.71.85, fax 09-233.41.98, vzw_elele@pandora.be.
- Groep Soma, Oude Baan 98/2, 3630 Maasmechelen, tel. 089-77.73.37, trefpuntsoma@tiscali.be.
- Groep Wasda, Vennestraat 85, 3600 Genk, tel. 089-50.48.18, rimo.genk@skynet.be.
- Het Toemaatje, August Debunnestraat 55, 8930 Menen, tel. 0479-94.94.57, toemaatje@telenet.be.
- Hobo vzw, Arduinkaai 30, 1000 Brussel, tel. 02-514.26.93, hobo@misc.irisnet.be.
- Hoger Op, Ensorlaan 1, 3971 Heppen, tel. 011-34.82.91, hugohupo@tiscali.be.
- Inloopcentrum Vilvoorde, J.B. Nowélei 33, 1800 Vilvoorde, tel. 02-252.09.39, fax 02-253.74.39, jo.vanmechelen@cawvilvoorde.be, <http://www.cawvilvoorde.be/>.
- Leren Ondernemen, Valkerijgang 26, 3000 Leuven, tel. 016-29.80.72, fax 016-29.05.37, Moolaforce@hotmail.com.
- Lichtpunt, Schalbroekstraat 63, 3560 Lummen, tel. 013-53.13.42, fax 013-53.13.42, rita.marx@telenet.be.
- Mensen met een Hart vzw, Elandersplantsoen 8, 2300 Turnhout, tel. 014-720293, mensen-met-een-hart@belgacom.net.
- Ons Gedacht, Kluizestraat 37, 2500 Lier, tel. 03-488.22.72, fax 03-488.22.72, kristof.daems@samenlevingsopbouw.be.
- Ontmoetingshuis Welzijn Stuivenberg, Handelstraat 72, 2060 Antwerpen, tel. 03-271.00.30, ulrik.jaklien@versateladsl.be.
- Onze Schakel, Sint-Annastraat 13, 9500 Geraardsbergen, tel. 054-43.82.97, armand.matthijs@pi.be.

- Pigment vzw, Schoolstraat 12, 1000 Brussel tel. 02-217.52.91, pigment.vzw@gmail.com.
- Protestants Sociaal Centrum – Open Huis vzw, Lange Stuijvenbergstraat 54, 2060 Antwerpen, tel. 03-235.34.05, fax 03-272.20.85, open.huis@cwadeterp.be, http://www.serotonine.be/psc/?page_id=5.
- Recht-Op Borgerhout, Kattenberg 79, 2140 Borgerhout (Antwerpen), tel. 03-663.32.53, fax 03-663.51.37, rechttop.borgerhout@skynet.be.
- Recht-Op Dam, Lange Lobroekstraat 34, 2000 Antwerpen, tel. 0473-217.43.70, fax 03-217.43.79, rechttop.dam2@yucom.be.
- Recht-Op Kiel, Hendriklei 19, 2660 Hoboken (Antwerpen), tel. 03-825.35.02, fax 03-828.85.34, rechttop.kiel@yucom.be.
- Regionaal Integratiecentrum Foyer Brussel, Werkhuizenstraat 25, 1080 Brussel, tel. 02-411.74.95, fax 02-411.04.39, foyer@foyer.be, <http://www.foyer.be/>.
- SIVI, Jos Verdegemstraat 19, 9040 Sint-Amandsberg (Gent), tel. 09-228.56.11, fax 09-228.56.11, vzw.sivi@skynet.be.
- Solidariteit Zonder Grenzen, Kettingstraat 28, 9000 Gent, tel. 0485-84.95.46, solidariteit-zondergrenzen@hotmail.com, <http://www.solidariteitzondergrenzen.tk/>.
- 'T ANtWOORD vzw, Otterstraat 116, 2300 Turnhout, tel. 014-44.26.78, petra.beyens@tantwoord.be.
- 't Gents Voetvolk, Drongensesteenweg 72, 9000 Gent, tel. 0495-73.15.91, gvv9000@pandora.be.
- 't Hope, Gitsestraat 53, 8800 Roeselare, tel. 051-69.02.10, fax 051-24.34.79, thope@telenet.be, <http://users.telenet.be/thope/>.
- 't Kringske, Krekelstraat 56, 8870 Izegem, tel. 0473-56.57.61, tkringske@telenet.be.
- 't Lampeke, Ridderstraat 147, 3000 Leuven, tel. 016-23.80.19, fax 016-23.97.58, wouter@lampeke.be, <http://www.lampeke.be/>.
- 't Schoederkloptje, Stadenstraat 3, 8610 Zarren, tel. 051-26.56.25, fino.tratsaert@bdwzz.be.
- 't Vergiet, Meibloemstraat 86, 9000 Gent, tel. 09-236.60.01, fax 09-236.60.01, vergiet@vergiel.be, <http://www.armoede.be/tvergiel>.
- Teledienst Ninove, Oude Kaai 11, 9400 Ninove, tel. 054-32.24.54, fax 054-33.00.57, teledienst@pandora.be, <http://www.teledienst-ninove.be/>.
- Trefpunt Toreke, Klein Engeland 27-35, 2300 Turnhout, tel. 014-43.50.88, fax 014-43.50.88, ttoreke@belgacom.net.
- Trefpunt Warm Hart, Pastorijstraat 40, 3530 Houthalen-Helchteren, tel. 011-74.40.30, warmhart@skynet.be, <http://www.armoede.be/warmhart>.
- Ûze Plekke vzw, Legeweg 85 bus 2, 8200 Sint-Andries, tel. 050-67.59.79, uzeplekke@telenet.be.
- Vierdewereldgroep "Mensen voor Mensen", Eikstraat 99, 9300 Aalst, tel. 053-78.36.60, vierdewereld.aalst@scarlet.be.
- Vierde Wereldwerking Ons Huis vzw, Bresserdijk 4, 2400 Mol, tel. 014-32.04.83, fax 014-32.04.83, vierdewereldwerking-mol@skynet.be.
- Vluchtelingen Onthaalgroep Sint-Niklaas, Kasteelstraat 4, 9100 Sint-Niklaas, tel. 03-766.29.13, fax 03-777.97.76, jozef.hertsens@vlos.be, <http://www.vlos.be/>.
- Vrienden van het Huizeke, Vossenplein 23, 1000 Brussel, tel. 02-511.15.77, fax 02-503.44.25, huizeke@archipel.be, <http://www.archipel.be/>.
- Welzijnsschakel Groot-Nijlen, Bouwelsesteenweg 202, 2560 Nijlen, tel. 03-481.73.52, michel.sonja@pandora.be.
- Welzijnsschakel Lovendegem-Zomergem, Kruisdreef 2, 9930 Zomergem, tel. 09-372.75.74, bernadette.bossuyt@tiscalinet.be.

Welzijnsschakel Malle-Zoersel, Kasteellaan 35, 2390 Malle, tel. 03-312.05.45, welzijnschakelmallezoersel@skynet.be.

Welzijnsschakel Menen, Parkietenlaan 5, 8930 Menen, tel. 056-53.32.72, detvandemaele@hotmail.com

Welzijnsschakel Puurs, Stationsstraat 1, 2870 Puurs, tel. 03-889.40.32, fax 03-899.40.32, m.vdmooter@edpnet.be.

Welzijnsschakel Sint-Niklaas, Heistraat 208, 9100 Sint-Niklaas, tel. 03-776.52.34, fax 03-776.13.93, elsvandesteene@skynet.be.

Wieder vzw, Rozendal 3, 8000 Brugge, tel. 0499-31.50.96, vzwwieder@hotmail.com, <http://www.armoede.be/wieder>.

Wijkcentrum De Kring, Kaaistraat 32, 9900 Eeklo, tel. 09-378.61.69, fax 09-327.04.69, info@wijkcentrumdekring.be.

Wijkpartenariaat De Schakel, Dupontstraat 58, 1030 Schaarbeek, tel. 02-219.00.64, fax 02-223.50.97, schakelbrecht@telenet.be.

Samenwerkingsverbanden

Antwerps Platform Generatiearmen (APGA), Sint Amandusstraat 3/17, 2060 Antwerpen, tel. 03-770.86.79, fax 03-485.56.85, apga.moras@antwerpen.be, <http://www.armoede.be/apga>.

Belgisch Netwerk Armoedebestrijding, Vooruitganstraat 212 bus 6, 1030 Brussel, tel. 02-204.06.50, fax 02-204.06.59, ludo.horemans@antwerpen.be.

Brussels Forum Armoedebestrijding, Bernierstraat 40, 1060 Sint-Gillis, tel. 02-348.50.93, fax 02-348.50.04, forumpauvretebxl@village.uunet.be, <http://www.geocities.com/lutteis03>.

Brussels Platform Armoede, Leopold II laan 204 bus 1, 1080 Sint-Jans-Molenbeek, tel. 02-413.01.52, fax 02-414.17.19, roel.seurs@bwr.be, <http://www.bwr.be/bpa>.

Dynamo Limburg vzw, Marktplaats 9 bus 21, 3550 Heusden-Zolder, tel. 011-57.19.21, fax 011-62.20.83, vzw-dynamo@skynet.be.

European Anti-Poverty Network, Congresstraat 37-41 (bus 2), 1000 Brussel, tel. 02-230.44.55, fax 02-230.97.33, team@eapn.skynet.be, <http://www.eapn.org/>.

Gentse Overlegtafel, p/a Samenlevingsopbouw Gent, Dok Noord 7, 9000 Gent, tel. 09-223.95.15, fax 09-239.96.72, info@risogent.be, <http://www.risogent.easynet.be/themas/armoede/overlegtafel.htm>.

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (CGKR), Koningsstraat 138, 1000 Brussel, tel. 02-212.31.66, fax 02-212.30.30, armoedebestrijding@cntr.be, <http://www.armoedebestrijding.be/>.

Vlaams Netwerk van Verenigingen waar armen het woord nemen, Vooruitgangstraat 323, 1030 Brussel, tel. 02-204.06.50, fax 02-204.06.59, info@vlaams-netwerk-armoede.be, <http://www.vlaams-netwerk-armoede.be/>.

Waals Forum Armoedebestrijding, rue Lemaître 76, 5000 Namur, tel. 087-34.07.79, fax 087-34.07.79, rwlp@skynet.be.

Welzijnsschakels vzw, Huidevettersstraat 165, 1000 Brussel, tel. 02-502.55.75, diederik.janssens@welzijnszorg.be, <http://www.welzijnszorg.be/welzijnsschakels/>.

Andere verwante organisaties

Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad vzw, Leopold II-laan 204 b1, 1080 Sint-Jans-Molenbeek/Molenbeek-Saint-Jean, tel. 02-414.15.85, fax 02-414.17.19, info@bwr.be, <http://www.bwr.be/>.

De Link vzw, Boomgaardstraat 93, 2018 Antwerpen, tel. 03-218.88.78, lut.goossens@de-link.net, <http://www.de-link.net/>.

Minderhedenforum vzw, Vooruitgangstraat 323/4, 1030 Schaarbeek, tel. 02-245 88 30, fax 02-245 58 32, info@minderhedenforum.be, <http://www.minderhedenforum.be/>.

Koning Boudewijnstichting, Brederodestraat 21, 1000 Brussel, tel. 02-511 18 40, fax 02-511 52 21, info@kbs-frb.be, <http://www.kbs-frb.be/>.

Kunst en Democratie, Sainctelettesquare 19, 1000 Brussel, tel. 02-204.07.00, fax 02-204.07.09, info@kend.be, <http://www.cdkd.be/>.

Medimmigrant, Gaucheretstraat 164, 1030 Schaarbeek, tel. 02-274.14.33, fax 02-274.14.48, info@medimmigrant.be, <http://www.medimmigrant.be/>.

RIMO Limburg, Marktplaats 9 (bus 21), 3550 Heusden-Zolder, tel. 011-22.21.96, fax 011-22.94.31, info@rimo.be, <http://www.rimo.be/>.

RISO Vlaams-Brabant, Eenmeilaan 2, 3010 Kessel-Lo, tel. 016-44.15.90, fax 016-44.15.91, post@risovlb.be, <http://www.risovlb.be/>.

Samenlevingsopbouw – Antwerpen, Breughelstraat 31-33, 2018 Antwerpen, tel. 03-325.67.00, fax 03-326.11.15, info.antwerpenstad@samenvlevingsopbouw.be, <http://www.riso-antwerpen.be/>.

Samenlevingsopbouw Antwerpen Provincie, Brusselsepoortstraat 8, 2800 Mechelen, tel. 015-20.13.75, fax: 015-29.03.17, info.antwerpenprovincie@samenvlevingsopbouw.be, <http://www.samenvlevingsopbouw.be/>.

Samenlevingsopbouw Brussel, Antwerpsesteenweg 295, 1000 Brussel, tel. 02-203.34.24, fax 02-203.50.64, info.brussel@samenvlevingsopbouw.be, <http://www.samenvlevingsopbouwbrussel.be/>.

Samenlevingsopbouw Gent, Dok Noord 7, 9000 Gent, tel. 09-223.95.15, fax 09-239.96.72, info.gent@samenvlevingsopbouw.be, <http://www.samenvlevingsopbouwgent.be/>.

Samenlevingsopbouw Oost-Vlaanderen, Sint-Jacobsnieuwstraat 50, 9000 Gent, tel. 09-265.84.70, 09-265.84.79, info.oost-vlaanderen@samenvlevingsopbouw.be, <http://www.samenvlevingsopbouw-oost-vlaanderen.be/>.

Samenlevingsopbouw West-Vlaanderen vzw, Torhoutsesteenweg 100 A, 8200 Sint-Andries, tel. 050-39.37.71, info.west-vlaanderen@samenvlevingsopbouw.be, <http://www.samenvlevingsopbouwvvvl.be/>.

Samenlevingsopbouw Vlaanderen vzw, Vooruitgangstraat 323, 1030 Schaarbeek, tel. 02-201 05 65, fax 02-201 05 14, info.vlaanderen@samenvlevingsopbouw.be, <http://www.samenvlevingsopbouw.be/>.

Sint-Vincentiusvereniging, Rogierlaan 45, 1030 Brussel, tel. 02-243.16.22, fax 02-245.47.69, contact@vincentdepaul.be, <http://www.vincentdepaul.be/>.

Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, Diksmuidelaan 50, 2600 Berchem (Antwerpen), tel. 03-366 15 40, fax 03-385 57 05, post@steunpunt.be, <http://www.steunpunt.be/>.

Uit de Marge, Hof ter Lo 6b, 2140 Borgerhout (Antwerpen), tel. 03-235.18.81, fax 03-235.32.54, info@uitdemarge.be, <http://www.uitdemarge.be/>.

Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG) – Afdeling Maatschappelijk Welzijn, Paviljoenstraat 9, 1030 Schaarbeek, tel. 02-211.55.00, fax 02-211.56.00, info@vvsg.be, <http://www.vvsg.be/>.

Vlaams Minderhedencentrum vzw, Vooruitgangsstraat 323 (bus 1), 1030 Brussel, tel. 02-205.00.50, fax 02-205 00 60, info@vmc.be, <http://www.vmc.be/>.

Vlaams Overleg Bewonersbelangen vzw, Diksmuidelaan 36a, 2600 Berchem, tel. 03-366.30.15, fax 03-366.11.58, vob@vob-vzw.be, <http://www.vob-vzw.be/>.

Vlastrov, Diksmuidelaan 50, 2600 Berchem (Antwerpen), tel. 03-340.49.23, fax 03-385.57.05, vlastrov@straathoekwerk.be, <http://www.straathoekwerk.be/>.

Vluchtelingenwerk Vlaanderen, Gaucheretstraat 164, 1030 Brussel, tel. 02-274.00.20, fax 02-201.03.76, info@vluchtelingenwerk.be, <http://www.vluchtelingenwerk.be/>.

Welzijnszorg Provincie Antwerpen, Koningin Elizabethlei 22, 2018 Antwerpen, tel. 03-240.50.11, fax 03-240.54.75, info@provant.be, <http://www.provant.be/>.

Welzijnszorg vzw, Huidevettersstraat 165, 1000 Brussel, tel. 02-502.55.75, fax 02-502.58.09, info@welzijnszorg.be, <http://www.welzijnszorg.be/>.

Bibliografie

Literatuur

- ACEVEDO-GARCIA, D. (2001), Zip code-level risk factors for tuberculosis: neighbourhood environment and residential segregation in New Jersey, 1895-1992, *American Journal of Public Health*, 91(5): 734-741.
- ALBRECHT, T.L., & HALL, B.J. (1991), The role of personal relationships in organizational innovation, *Communication Monographs*, 58: 273-288.
- ALMEDOM, A.M. (2005), Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence, *Social Science and Medicine*, 61: 943-964.
- ANNANDALE, E. (1998), *Sociology of Health and Medicine: a critical introduction*, Cambridge: Polity Press.
- ANONIEM, (2007, 21 februari 2007), Belgisch sociaal model tuimelt van voetstuk, *De Tijd*.
- ANTWERPS PLATFORM GENERATIEARMEN, ABVV, ACV, & STEDELIJKE ARMOEDE-CEL STAD ANTWERPEN (2007), *Discussienota in het kader van de rondetafel 'kinderopvang en armoedebestrijding'*, Antwerpen.
- ATKINSON, T., CANTILLON, B., MARLIER, E., & NOLAN, B. (2002), *Social indicators: the EU and social inclusion*, Oxford: Oxford University Press.
- BANE, M.J., & ELLWOOD, D.T. (1986), Slipping into and out of Poverty: The Dynamics of Spells, *The Journal of Human Resources*, 21(1): 1-23.
- BARRERA, M. (1986), Distinctions between social support concepts, measures, and models, *American Journal of Community Psychology*, 14(4): 413-445.
- BAYINGANA, K., DRIESKENS, S., & TAFFOREAU, J. (2002), *Depressie: stand van zaken in België: elementen voor een gezondheidsbeleid*, Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- BELGA, (2007, 21 september 2007), Gentse daklozen vaak naar huisarts.
- BELLE, D. (1982), The Impact of Poverty on Social Networks and Supports, *Marriage and Family Review*, 5: 89-103.
- BENZEVAL, M., & JUDGE, K. (2001), Income and health: the time dimension, *Social Science and Medicine*, 52: 1371-1390.
- BEROEPSVERENIGING VAN HET KREDIET. (2007). *Communiqué 1/6/2007. Cijfers inzake hypothecair krediet m.b.t. het 1ste trimester 2007*, from <http://www.upc-bvk.be/documents/public/Persbericht%20hyp%20cijfers%202007Q1.pdf>
- BETTI, G., LEMMI, A., MULAS, A., NATILLI, M., NERI, L., & VERMA, V. (2006), Comparatieve indicatoren van regionale armoede en deprivatie: België in de EU-15, In J. VRANKEN, K. DE BOYSER & D. DIERCKX (Eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2006*, Leuven/Voorburg: Acco, pp. 355-374.

- BHOPAL, R.S., PHILLIMORE, P., & KOHLI, H.S. (1991), Inappropriate use of the term 'Asian': an obstacle to ethnicity and health research, *J Public Health Med*, 13(4): 244-246.
- BHUI, K., STANSFELD, S., HULL, S., PRIEBE, S., MOLE, F., & FEDER, G. (2003), Ethnic Variations in pathways to and use of specialist mental health services in the UK. Systematic Review, *British Journal of Psychiatry*, 182(2): 105-116.
- BLOW, H. (2006), *Verslag van Studiedag: "Thuisloosheid schaadt de gezondheid"*, Berchem: Steunpunt Algemeen Welzijnswerk.
- BORRELL, L., & HATCH, L., (2005), Racial/ethnic minorities and health: the role of urban environment, In S. GALEA & D. VLAHOV (Eds), *Handbook of Urban Health: populations, methods, and practice*, New York: Springer, pp. 63-77.
- BOWLING, A. (1997), *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*, Buckingham: Open University Press.
- BRACKE, P. (1998), Sex differences in the course of depression: evidence from a longitudinal study of a representative sample of the Belgian population, *Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33: 420-429.
- BROWN, G., & MORAN, P. (1997), Single mothers, poverty and depression, *Psychological Medicine*, 27: 21-33.
- BROWNING, C.R., CAGNEY, K.A., & WEN, M. (2003), Explaining variation in health status across space and time: implications for racial and ethnic disparities in self-rated health, *Social Science and Medicine*, 57(7): 1221-1235.
- BRUCE, M.L., TAKEUCHI, D.T., & LEAF, P.J. (1991), Poverty and psychiatric status. Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study, *Archives of General Psychiatry*, 48: 470-474.
- BRUGGEN, W., NEUCKENS, D., & SOMERS, E. (2003), *In slechte papieren? Opvangbeleid voor mensen zonder wettig verblijf in Vlaanderen*, Brussel: Vlaams Minderhedencentrum.
- CANTILLON, B., MARX, I., ROTTIERS, S., & VAN RIE, T. (2007), *Een vergelijking van België binnen de Europese kopgroep: Postremus Inter Pares*, Antwerpen: UA – Centrum voor Sociaal Beleid.
- CANTILLON, B., VAN DEN BOSCH, K., & LEFEBURE, S. (Eds) (2007), *Ouderen in Vlaanderen 1975-2005. Een terugblik in de toekomst*. Leuven/Leusden: Acco.
- CANTILLON, B., VERBIST, T., & DE MAESSCHALK, V. (2003), *Sociaal-economische levensomstandigheden van eenoudergezinnen in België. Onderzoeksrapport in opdracht van het Platform voor Eenoudergezinnen met de steun van de Koning Boudewijnstichting*, Antwerpen: UA – Centrum voor Sociaal Beleid.
- CASTLES, S., & MILLER, M.J. (2003), *The age of migration*, New York: Guilford Press.
- CATTEL, V. (2001), Poor people, poor places, and poor health: The mediating role of social networks and social capital, *Social Science and Medicine*, 52: 1501-1516.
- CENTRUM KAUWENBERG (2005), *Gezondheids-ZORGEN! Over de toegang tot de gezondheidszorg*, Antwerpen: Centrum Kauwenberg vzw.
- CHANDOLA, T. (2001), Ethnic and class differences in health in relation to British South Asians: using the New Statistics Socio-Economic Classification, *Social Science and Medicine*, 52(8): 1285-1296.
- CHANDOLA, T., & JENKINSON, C. (2000), Validating self-rated health in different ethnic groups, *Ethnicity and Health*, 5(2): 151-159.
- CHELI, B., & LEMMI, A. (1995), A "Totally" Fuzzy and Relative Approach to the Multidimensional Analysis of Poverty, *Economic Notes*, 24(1): 115-134.
- CLÉ, A., & ADRIAENSSENS, S. (2007), *Bedelarij onderzocht. Een beknopte samenvatting van het onderzoek*, Brussel: EHSAL/KUBrussel.

- COIRO, M.J. (2001), Depressive symptoms among women receiving welfare, *Women and Health*, 32(1-2): 1-23.
- COLLECTIEF VAN DE VERENIGINGEN PARTNERS VAN HET ALGEMEEN VERSLAG OVER DE ARMOEDE, FEDERAAL MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN, VOLKSGEZONDHEID EN STEUNPUNT TOT BESTRIJDING VAN ARMOEDE, B.E.S.U., & VAKGROEP HUISARTSENGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSZORG. (2002), *Eindbesluiten Forum "Armoede en gezondheid: knelpunten in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Van ervaringen en onderzoek naar beleid"*, from www.armoedebestrijding.be/publications/Conclusies%20Forum%2014-12-2002.pdf
- COLPAERT, K., VANDERPLASSCHEN, W., VAN HAL, G., & BROEKAERT, E. (2005), *Gedeelde Cliënten, gedeelde zorgen?! De alcohol- en drughulpverlening in de provincie Antwerpen in kaart* (No. 20), Gent: Universiteit Gent.
- COMMISSIE CULTUREEL VERDRAG VLAANDEREN-NEDERLAND (2003), *Welzijn in tijden van onbehagen. Adviezen aan de Vlaamse en Nederlandse regering*.
- COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (2007), *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Interim Statement*, Geneva: WHO.
- CUMMINS, S., STAFFORD, M., MACINTYRE, S., MARMOT, M., & ELLAWAY, A. (2005), Neighbourhood environment and its association with self rated health: evidence from Scotland and England, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(3): 207-213.
- CURTIS, S., CAVE, B., & COUTTS, A. (2002), Is urban regeneration good for health? Perceptions and theories of the health impacts of urban change, *Environment and Planning C Government and Policy*, 20(4): 517-534.
- DE BLANDER, R., NICAISE, I., & VAN DEN BROECK, G. (2005), *Maatschappelijke keuzen, structurele armoede en sociale kost*, Leuven: KULeuven – HIVA.
- DE BOYSER, K., (2005), Armoede gefragmenteerd: vormen van sociale uitsluiting in Vlaanderen en België, In J. VRANKEN, K. DE BOYSER & D. DIERCKX (Eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2005*, Leuven/Voorburg: Acco, pp. 43-96.
- DE BOYSER, K., LEVECQUE, K., & VRANKEN, J. (2007), Sociale ongelijkheid in gezondheid: een historiek van federale en Vlaamse beleidsverantwoordelijken, *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 49(3): s.p.
- DE DECKER, P. (2000), Wie geniet van de overheidsuitgaven voor wonen in Vlaanderen?, *Ruimte & Planning*, 20(1): 8-35.
- DE DECKER, P. (2004), *Homelessness. Belgium National Report 2004. Report for the European Observatory on Homelessness*, Antwerpen: Universiteit Antwerpen – OASeS.
- DE DECKER, P., & GEURTS, V., (2000), Wonen. Residualiseert de huursector?, In J. VRANKEN, D. GELDOLF, G. VAN MENXEL & J. VAN OUYTSEL (Eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2000*, Leuven/Leusden: Acco, pp. 193-203.
- DE DECKER, P., & LAUREYS, J., (2006), Polariseert de Belgische woningmarkt?, In J. Vranken, K. De Boyser & D. Dierckx (Eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2006*, Leuven/Voorburg: ACCO, pp. 135-147.
- DE DECKER, P., & VAN DAM, R., (2005), Accession à la propriété et accessibilité financière du logement en Wallonie, 1985-1997, In N. BERNARD & C. MERTENS (Eds), *Le Logement dans sa multidimensionalité: une grande cause régionale*, Jambes: Ministère de la Région wallonne – Direction générale de l'Aménagement du territoire, du Logement et du Patrimoine, Division du Logement, pp. 22-44.
- DE GRAEVE, D., CANTILLON, B., & SCHOKKAERT, E. (2003), *Billijkheid in de financiering van medische zorg: eindrapport*, Brussel: Federaal wetenschapsbeleid.
- DE GRAEVE, D., LECLUYSE, A., SCHOKKAERT, E., VAN OURTI, T., & VAN DE VOORDE, C. (2006), *Eigen betalingen in de Belgische gezondheidszorg. De impact van supple-*

- menten. (No. KCE Reports 50A), Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- DE GRAEVE, D., LECLUYSE, A., SCHOKKAERT, E., VAN OURTI, T., & VAN DE VOORDE, C. (2007), Wie betaalt supplementen in de Belgische gezondheidszorg?, *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 49(1): 159-191.
- DE MAESENEER, J. (2003), *Deelrapport 4: De toegankelijkheid van de gezondheidszorg gezien door de mensen in armoede*, Gent: Universiteit Gent.
- DE MAESENEER, J., WILLEMS, S., DE SUTTER, A., VAN DE GEUCHTE, I., & BILLINGS, M. (2007), *Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*.
- DE STANDAARD ONLINE. (2007, 15 februari 2007). *Immotheker schetst tendenzen op hypotheekmarkt*, from <http://www.standaard.be/Artikel/Detail.aspx?artikelId=GMT18EPMK>.
- DE VOS, M., & KONINGS, J. (2007), *Van baan zekerheid naar werk zekerheid op de Belgische arbeidsmarkt: ideeën voor een New Deal voor arbeid in België*, Brussel: Itinera Institute.
- DE WACKER, A. (2006), *Thuisloosheid en gezondheid. Syllabus Vormingsreeks*, Berchem: Steunpunt Algemeen Welzijnswerk.
- DEBOOSERE, P., DEMAREST, S., LORANT, V., MIERMANS, P.J., PORTET, M., & VAN OYEN, H. (2006), *Gezondheid en mantelzorg. Socio-economische enquête 2001 monografieën*, Brussel: FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie.
- DECLERCK, P. (2001), *Les Naufragés. Avec les clochards de Paris*, Paris: Terre Humaine Pocket.
- DECLERCK, P. (2005), *Le sang nouveau est arrivé. L'Horreur SDF*, Paris: Gallimard.
- DECOSTER, A., & VAN CAMP, G. (2005), *Hoe vlak is onze taks? Is een vlaktaks "fair"?*, Leuven: KU Leuven – Centrum Voor Economische Studiën.
- DECOSTER, C., & ORSINI, K. (2007), *Verdiert een vlaktaks zichzelf terug?*: KU Leuven – Centrum Voor Economische Studiën.
- DEKKERS, G. (2003), Multidimensionele armoede in België, *Tijdschrift voor Sociologie*, 24(1): 63-94.
- DELEECK, H. (2001), *De architectuur van de welvaartsstaat opnieuw bekeken* (-, Trans.), Leuven/Leusden: Acco.
- DEMOTTE, R. (2005), *Beleidsnota inzake geestelijke gezondheidszorg*, Brussel: Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.
- DEMOTTE, R. (2007). Conclaaf – Sociale maatregelen en koopkracht.
- DEWILDE, C. (2003), A Life-Course Perspective on Social Exclusion and Poverty, *British Journal of Sociology*, 54(1): 109-128.
- DEWILDE, C. (2004a), The multidimensional measurement of poverty in Belgium and Britain: a categorical approach, *Social Indicators Research*, 68(3): 331-369.
- DEWILDE, C. (2004b), *Vormen en trajecten van armoede in het Belgische en Britse welvaartsregime. Multidimensionele armoededynamieken bestudeerd vanuit de sociologie van de levensloop*, Unpublished Doctoraatsverhandeling, Universiteit Antwerpen, Antwerpen.
- DEWILDE, C., & LEVECQUE, K., (2002), De mobiliteit in en uit armoede: 'Wie is arm en voor hoe lang?' In J. VRANKEN, K. DE BOYSER, D. GELDOF & G. VAN MENXEL (Eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2002*, Leuven/Leusden: Acco, pp. 85-103.
- DEWILDE, C., LEVECQUE, K., & VRANKEN, J., (2003), De Belgische armoedecijfers: hoe betrouwbaar zijn ze?, In J. VRANKEN, K. DE BOYSER & D. DIERCKX (Eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2003*, Leuven/Leusden: Acco, pp. 388-397.

- DEWILDE, C., & VRANKEN, J. (2005a), De multidimensionele meting van armoede in de Europese Unie: een categorische benadering, *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 47(1): 23-59.
- DEWILDE, C., & VRANKEN, J. (2005b), Mesure multidimensionnelle de la pauvreté au sein de l'Union Européenne: une approche catégorielle, *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 47(1): 21-58.
- DI ZINNO, T., HUCHON, J., LAASMAN, J.-M., & VANOVERLOOP, J. (2006), *Coûts hospitaliers: nature, ampleur et évolution des frais à charge du patient hospitalisé en hôpital général*, Bruxelles: UNMS.
- DIERCKX, D. (2007a), *Tussen armoedebeleid en beleidsarmoede. Een retrospectieve en interventiegericht analyse van de Vlaamse beleidspraktijk*, Leuven/Leusden: Acco.
- DIERCKX, D. (2007b), Beleidsarmoede in armoedebeleid, *Alert*, 33(3): 66-75.
- DIERCKX, D. (2007c), Polyfonie van de ongebruikte instrumenten, *Welzijnsgids, forthcoming*.
- DIERCKX, D. (2007d), Naar de kern van het armoedebeleid, *Tijdschrift voor Welzijnswerk, forthcoming*.
- DIEZ ROUX, A.V. (2000), Multilevel analysis in public health research, *Annual Review of Public Health*, 21: 171-192.
- DIEZ ROUX, A.V. (2004), Estimating neighborhood health effects: the challenges of causal inference in a complex world, *Social Science and Medicine*, 58(10): 1953-1960.
- DOHRENWEND, B.S., & DOHRENWEND, B.P. (1969), *Social status and psychological disorder: a causal inquiry*, New York: John Wiley.
- D'OLIESLAGER, T., & DE BOYSER, K., (2005), Armoede en sociale uitsluiting gecijferd, In J. VRANKEN, K. DE BOYSER & D. DIERCKX (Eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2005*, Leuven/Voorburg: Acco, pp. 329-372.
- DOMINGUEZ, S., & WATKINS, C. (2003), Creating Networks for Survival and Mobility: Social Capital Among African-American and Latin-American Low-Income Mothers, *Social Problems*, 50(1): 111-135.
- DRENTEA, P., & LAVRAKAS, P.J. (2000), Over the limit: the association among health, race and debt., *Social Science and Medicine*, 50: 517-529.
- DUE, P., HOLSTEIN, B., LUND, R., MODVIG, J., & AVLUND, K. (1999), Social relations: network, support and relational strain, *Social Science and Medicine*, 48(5): 661-673.
- DUNCAN, G.J., & RAUDENBUSH, S.W. (1999), Assessing the effects of context in studies of child and youth development, *Educational Psychologist*, 34(1): 29-41.
- DUPONT, C. (2006). *Begroting – Maatregelen in de strijd tegen de armoede. De regering heeft beslist het leefloon te verhogen en dit welvaartsvast te maken. Persmededeling 17 oktober 2006*, from <http://www.christiandupont.be/>
- DUPONT, C. (2007), *Clusterplan voor OMCW's 2007 – vorming van 10 nieuwe clusters*, Brussel: POD Maatschappelijke Integratie.
- EDGAR, B., & MEERT, H. (2005), *The Ethos definition of Homelessness. Fourth Review of Statistics on Homelessness in Europe*, Brussels: Feantsa.
- ELLIOTT, M.R., WANG, Y., LOWE, R.A., & KLEINDORFER, P.R. (2004), Environmental justice: frequency and severity of US chemical industry accidents and the socioeconomic status of surrounding communities, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(1): 24-30.
- ENGBERSEN, G., & SNEL, E., (1996), De wetenschappelijke bestudering van armoede, In G. ENGBERSEN, J.C. VROOMAN & E. SNEL (Eds), *Arm Nederland. Het eerste jaarrapport armoede en sociale uitsluiting*, 's Gravenhage: VUGA, pp. 9-30.

- ENNIS, N.E., HOBFOLL, S.E., & SCHRODER, K.E.E. (2000), Money doesn't talk, it swears: How economic stress and resistance resources impact inner-city women's depressive mood, *American Journal of Community Psychology*, 28(2): 140-173.
- EUROPEAN COMMISSION (2004), *Eurostat Yearbook 2004: the statistical guide to Europe*, Brussels: European Commission.
- EUROPEAN COMMISSION (2007), *Eurobarometer 2007. Poverty and Exclusion*, Brussels: Directorate General Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- FANG, J., MADHAVAN, S., BOSWORTH, W., & ALDERMAN, M.H. (1998), Residential segregation and mortality in New York City, *Social Science and Medicine*, 47(4): 469-476.
- FAURE, C. (1999), *Wacht tot vannacht: chronisch zieke minderjarigen zonder wettig verblijf in de Belgische gezondheidszorg*, Brussel: Medisch Steunpunt mensen zonder papieren.
- FEDERALE REGERING (2006), *Strategisch rapport voor de sociale bescherming en insluiting*, Brussel: Federale Regering.
- FEDERALE REGERING (2006c), *Nationaal actieplan sociale insluiting 2006-2008*, Brussel: Federale Regering.
- FEDERALE REGERING (2006d), *Belgisch strategisch verslag inzake sociale bescherming en sociale inclusie. Indicatoren*, Brussel: Federale Regering.
- FERRARO, K.F., & FARMER, M.M. (1999), Utility of health data from social surveys: Is there a gold standard for measuring morbidity?, *American Sociological Review*, 64(2): 303-315.
- FOD SOCIALE ZEKERHEID. (2007). Gerechtigden op het leefloon kunnen ook vrijwilligers worden. Brussel.
- FRANKS, P., GOLD, M.R., & FISCELLA, K. (2003), Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US, *Social Science and Medicine*, 56(12): 2505-2514.
- GADEYNE, S. (2006), *The ultimate inequality: Socio-economic differences in all-cause and cause-specific mortality in Belgium in the first part of the 1990s*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- GADEYNE, S., & DEBOOSERE, P. (2002), *Socio-economische ongelijkheid in sterfte op middelbare leeftijd in België. Een analyse van de Nationale Databank Mortaliteit* (No. 6).
- GIDDENS, A. (2007), *Europe in the Global Age*, Cambridge: Polity Press.
- GLASS, T.A., & MADDOX, G.L. (1992), The quality and quantity of social support: stroke recovery as psycho-social transition, *Social Science and Medicine*, 34(11): 1249-1261.
- GOFFETTE-NAGOT, F., THOMAS, I., & ZENOU, Y., (2000), Structure urbaine et revenu des ménages, In C. BAUMONT (Ed), *Economie géographique: les théories à l'épreuve des faits*, Paris: Economica, pp. 276-302.
- GOLDBERG, M., CHASTANG, J.F., LECLERC, A., ZINS, M., BONENFANT, S., & BUGEL, I. (2001), Socioeconomic, Demographic, Occupational, and Health Factors Associated with Participation in a Long-term Epidemiologic Survey: A Prospective Study of the French GAZEL Cohort and Its Target Population, *American Journal of Epidemiology*, 154(4): 373-384.
- GRANOVETTER, M. (1973), The Strength of Weak Ties, *American Journal of Sociology*, 78(6): 1360-1380.
- GRANOVETTER, M. (1983), The strength of weak ties: a network theory revisited, *Sociological Theory*, 1(1983): 201-233.
- GRAVELLE, H., & SUTTON, M. (1998), Trends in geographical inequalities in provision of general practitioners in England and Wales [letter], *Lancet*, 352(9144): 1910.

- GREEN, B.L., & RODGERS, A. (2001), Determinants of Social Support Among Low-Income Mothers: A Longitudinal Analysis, *American Journal of Community Psychology*, 29(3): 419-441.
- GROENEZ, S., & NICAISE, I. (2002b), *Traps and springboards in European minimum income systems: the Belgian case*, Leuven: KULeuven: HIVA.
- GROENEZ, S., VAN DEN BRANDE, I., & NICAISE, I. (2003), *Cijferboek sociale ongelijkheid in het Vlaamse onderwijs. Een verkennend onderzoek op de Panelstudie van Belgische Huishoudens*, Leuven: Steunpunt LOA 'Loopbanen doorheen onderwijs naar de arbeidsmarkt'.
- HALLERÖD, B. (1996), Deprivation and Poverty: A Comparative Analysis of Sweden and Great Britain, *Acta Sociologica*, 39(2): 141-168.
- HALLERÖD, B., LARSSON, D., GORDON, D., & RITAKALLIO, V.-M. (2006), Relative Deprivation: a comparative analysis of Britain, Finland and Sweden, *Journal of European Social Policy*, 16: 328-345.
- HALPERN, D., & NAZROO, J. (2000), The ethnic density effect: results from a national community survey of England and Wales, *International Journal of Social Psychiatry*, 46(1): 34-46.
- HARDONK, S., VANROELEN, C., & LOUCKX, F., (2004), Sociaal-economische gezondheidsverschillen in België: analyse van de Gezondheidsenquête van 2001, In J. VRANKEN, K. DE BOYSER & D. DIERCKX (Eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2004*, Leuven/Voorburg: Acco, pp. 123-146.
- HARKNETT, K. (2006), The relationship between private safety nets and economic outcomes among single mothers, *Journal of Marriage and the Family*, 68: 172-191.
- HARRIS, T., BROWN, G.W., & ROBINSON, R. (1999), Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city. 2: Role of fresh-start experiences and baseline psychosocial factors in remission from depression, *British Journal of Psychiatry*, 174: 225-232.
- HERMANS, & E.A. (2004).
- HERMANS, D., & OPDENAKKER, M.-C., (2005), Allochtonen in het basis- en het secundair onderwijs in Vlaanderen In Steunpunt WAV & VIONA – Stuurgroep Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (Eds), *Jaarboek*, Antwerpen: Garant, pp. 187-208.
- HEYDENDAEL, P.H.M., & NUY, M.H.E. (1980), *Uit de Pas. Denkbeelden, theorieën en onderzoek over thuislozen en andere maatschappelijk gehandicapten*, Nijmegen: DEKKER & VAN DE Vegt.
- HEYLEN, K., LE ROY, M., VANDEN BROUCKE, S., VANDEKERCKHOVE, B., & WINTERS, S. (2007), *Wonen in Vlaanderen. De resultaten van de Woonsurvey 2005 en de Woningbouw 2005*, Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement RWO – Woonbeleid.
- HIRT, N., & E.A. (2007).
- HOELSCHER, P., (2006), Kinderarmoede en kindwelzijn in de Europese Unie, In J. VRANKEN, K. DE BOYSER & D. DIERCKX (Eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2006*, Leuven/Voorburg: ACCO, pp. 319-332.
- HOGHE RAAD VAN FINANCIËN – STUDIECOMMISSIE VOOR DE VERGRIJZING (2007), *Jaarlijks verslag*, Brussel: Hoghe Raad van Financiën.
- HOGHE RAAD VOOR DE WERKGELEGENHEID (2007), *Verslag 2007*, Brussel: FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg.
- HOLLINGSHEAD, A.B., & REDLICH, F.C. (1958), *Social class and mental illness: a community study*, New York: John Wiley & Sons Inc.
- HOUSE, J.S., & KAHN, R.L., (1985), Measures and concepts of social support, In S. COHEN & S.L. SYME (Eds), *Social support and health*, New York: Academic Press, pp. 83-108.

- HU, F.B., LI, T.Y., COLDITZ, G.A., WILLETT, W.C., & MANSON, J.E. (2003), Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in Women, *Journal of the American Medical Association*, 289: 1785-1791.
- IDLER, E.L. (1992), Self-assessed health and mortality: a review of studies, *International Review of Health Psychology*, 1: 33-54.
- JEANDIDIER, B., & KOP, J.-L., (1998), The convergence between different measures of poverty in a static versus dynamic perspective: an empirical illustration in France (-, Trans.), In H.-J. ANDREß (Ed), *Empirical Poverty Research in a Comparative Perspective*, Aldershot: Ashgate, pp. 205-226.
- KANGAS, O., & RITAKALLIO, V.-M., (1998), Different methods – different results? Approaches to multidimensional poverty (-, Trans.), In H.-J. ANDREß (Ed), *Empirical Poverty Research in a Comparative Perspective*, Aldershot: Ashgate, pp. 167-204.
- KAPLAN, G.A., PAMUK, E., LYNCH, J.W., COHEN, R.D., & BALFOUR, J.L. (1996), Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways, *BMJ*, 312(7037): 999-1003.
- KAPLAN, J.B., & BENNETT, T. (2003), Use of race and ethnicity in biomedical publication, *Journal of the American Medical Association*, 289(20): 2079-2716.
- KARLSEN, S., & NAZROO, J. (2002), Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups, *American Journal of Public Health*, 92(4): 624-631.
- KARLSEN, S., NAZROO, J., & STEPHENSON, R. (2002), Ethnicity, environment and health: putting ethnic inequalities in health in their place, *Social Science and Medicine*, 55(9): 1647-1661.
- KAUFMAN, J.S., COOPER, R.S., & MCGEE, D.L. (1997), Socioeconomic status and health in blacks and whites: The problem of residual confounding and the resiliency of race, *Epidemiology*, 8(6): 621-628.
- KAWACHI, I., & BERKMAN, L.F. (2003), *Neighborhoods and health*, Oxford: Oxford University Press.
- KAWACHI, I., KENNEDY, B.P., & GLASS, R. (1999), Social capital and self-rated health: A contextual analysis, *American Journal of Public Health*, 89(8): 1187-1193.
- KAWACHI, I., KENNEDY, B.P., LOCHNER, K., & PROTHROW-STITCH, D. (1997), Social capital, income inequality, and mortality, *American Journal of Public Health*, 87: 1491-1498.
- KENDLER, K.S., THORNTON, L.M., & GARDNER, C.O. (2000), Stressful Life Events and Previous Episodes in the Etiology of Major Depression in Women: An Evaluation of the "Kindling" Hypothesis, *American Journal of Psychiatry*, 157(8): 1243-1251.
- KENNEDY, B.P., KAWACHI, I., GLASS, R., & PROTHROW-STITCH, D. (1998), Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: multilevel analysis, *BMJ*, 317(7163): 917-921.
- KESSLER, R.C., MCGONAGLE, K.A., & ZHAO, S. (1994), Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States Survey, *Archives of General Psychiatry*, 51: 8-19.
- KESSLER, R.C., & MCLEOD, J.D. (1984), Sex differences in vulnerability to undesirable life events, *American Sociological Review*, 49: 620-631.
- KESTELOOT, C., & CORTIE, G. (1998), Housing Turks and Moroccans in Brussels and Amsterdam: The difference between private and public markets, *Urban Studies*, 35(10): 1835-1853.
- KINABLE, H. (2007), *Bevraging van Vlaamse leerlingen in het kader van een Drugbeleid op school*, Brussel: Vereniging voor Alcohol en Drugproblemen.

- KINGSTON, R.S., & SMITH, J.P. (1997), Socioeconomic status and racial and ethnic differences in functional status associated with chronic diseases, *American Journal of Public Health*, 87(5): 805-810.
- KOHL, J., (1996), The European Community: Diverse Images of Poverty, In E. Øyen, S.M. MILLER & S.A. SAMAD (Eds), *Poverty: A Global Review. Handbook on International Poverty Research*, Oslo: Scandinavian University Press, pp. 251-286.
- KONING BOUDEWIJNSTICHTING (2007a), *Ongelijk (on-)gezond – Hoe gelijk is gezondheid verdeeld over de Belgen? Persbericht 31 mei 2007*, Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- KONING BOUDEWIJNSTICHTING (2007b), *Verslag van de rondetafel dringende medische hulp voor vreemdelingen zonder wettig verblijf*, Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- KONING BOUDEWIJNSTICHTING, ATD-VIERDE WERELD BELGIË, & VERENIGING VAN BELGISCHE STEDEN EN GEMEENTEN – AFDELING MAATSCHAPPELIJK WELZIJN (1994), *Algemeen Verslag over de Armoede*, Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- KONZ, H., DEN OTTER, J., & VAN Dongen, E. (2005), Ongezonde uitsluiting: chronisch zieken zonder verblijfsvergunning in Nederland, leefsituatie en behandeling, *Cultuur, migratie en gezondheid*, 2(2): 14-25.
- KOPELMAN, P. (2007), Health risks associated with overweight and obesity, *Obesity Reviews*, 8(suppl. 1): 13-17.
- KOTCHICK, B.A., DORSEY, S., & HELLER, L. (2005), Predictors of parenting among African American single mothers: personal and contextual factors, *Journal of Marriage and the Family*, 67: 448-460.
- KRABBE, J. (2006, 8 juni 2006), *Studiedag*, Paper presented at the Thuisloosheid schaadt de gezondheid, Brussel.
- KRIEGER, N. (1987), Shades of difference: theoretical underpinnings of the medical controversy on black/white differences in the United States, 1830-1870, *International Journal of Health Services*, 17(2): 259-278.
- LACANTE, E.A. (2007).
- LAYTE, R. (2001), Explaining Levels of Deprivation in the European Union, *Acta Sociologica*, 44(2): 105-121.
- LAYTE, R., MAÎTRE, B., NOLAN, B., & WHELAN, C.T. (2001), Persistent and Consistent Poverty in the 1994 and 1995 Waves of the European Community Household Panel Survey, *Review of Income and Wealth*, 47(4): 427-450.
- LENNON, M.C., BLOME, J., & ENGLISH, K. (2001), *Depression and Low-Income Women: Challenges for TANF and Welfare-to-Work Policies and Programs*, Columbia: Columbia University – National Center for Children in Poverty.
- LETERME, Y. (2007). De kracht van mensen. Samen uitdagingen ombuigen tot kansen (pp. nota van de formateur). Brussel.
- LEVECQUE, K., (2003a), Armoede en depressie: (g)een evident verband, In J. VRANKEN, K. DE BOYSER & D. DIERCKX (Eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2003*, Leuven/Leusden: Acco, pp. 155-173.
- LEVECQUE, K. (2003b), *Armoede is...? Schets van een eeuw lang antwoorden uit het sociaal-wetenschappelijk veld*, Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- LEVECQUE, K. (2004a), The social distribution of depression in Belgium: A comparison of the Belgian Health Interview Survey 2001 and the Panel Study on Belgian Households, *Archives of Public Health*, 62(5): 271-290.
- LEVECQUE, K. (2004b), Poverty duration and depression: Evidence from the Panel Study of Belgian Households, 1992-1999, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(421): S32.

- LEVECQUE, K. (2006), Generalized anxiety and depression in the general population: Risk factors according to the Belgian Health Interview Survey 2001, *Depression and Anxiety*: forthcoming.
- LEVECQUE, K. (2007), *Exclusion in kind and mind; een sociologisch onderzoek naar het verband tussen armoede en depressie vanuit een multidimensionaal armoedeperspectief*, Unpublished Doctoraal Proefschrift, Universiteit Antwerpen, Antwerpen.
- LEVECQUE, K., & DE BOYSER, K., (2006), Arm en ziek, rijk en gezond? Overheidsantwoorden in de voorbije 15 jaar, In J. VRANKEN, K. DE BOYSER & D. DIERCKX (Eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2006*, Leuven/Voorburg: Acco, pp. 219-238.
- LEVECQUE, K., & DEWILDE, C., (2003), Armoededynamieken herbekeken: het verhaal achter het verhaal, In J. VRANKEN, K. DE BOYSER & D. DIERCKX (Eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2003*, Leuven/Leusden: Acco, pp. 229-243.
- LEVECQUE, K., LODEWYCKX, I., VANDENEDE, S., & TIMMERMAN, C. (2006a), *Gezondheid en gezondheidszorg bij allochtonen in Vlaanderen*, Antwerpen: Steunpunt Gelijkekansenbeleid.
- LEVECQUE, K., LODEWYCKX, I., & VRANKEN, J. (2006b), Depressie en veralgemeende angst bij allochtonen in België, *Neuron*, 11(5): 179-185.
- LEVECQUE, K., LODEWYCKX, I., & VRANKEN, J. (2007), Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups, *Journal of Affective Disorders*, 97(1/3): 229-239.
- LEVECQUE, K., & VRANKEN, J. (2004), Armoede en depressie in België: enkele beleidsreflecties, *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 46(4): 817-839.
- LEVOY, M., VERBRUGGEN, N., & WETS, J. (2003), *Undocumented Migrant workers in Europe*, Brussel: PICUM.
- LILLIEBLANTON, M., PARSONS, P.E., GAYLE, H., & DIEVLER, A. (1996), Racial differences in health: Not just black and white, but shades of gray, *Annual Review of Public Health*, 17: 411-448.
- LIN, N., WOELFEL, M., & LIGHT, S. (1985), The buffering effect of social support subsequent to an important life event, *Journal of Health and Social Behavior*, 26(3): 247-263.
- LINDSTROM, M., SUNDQUIST, J., & OSTERGREN, P.O. (2001), Ethnic differences in self reported health in Malmo in southern Sweden, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(2): 97-103.
- LINK, B.G., LENNON, M.C., & DOHRENWEND, B.P. (1993), Socioeconomic status and depression: the role of occupations involving direction, control, and planning, *American Journal of Sociology*, 98: 1351-1387.
- LINK, B.G., & PHELAN, J. (1995), Social causes as fundamental conditions of disease, *Journal of Health and Social Behavior*(Extra issue): 80-94.
- LOMAS, J. (1998), Social capital and health: Implications for public health and epidemiology, *Social Science and Medicine*, 47(9): 1181-1188.
- LOOBUYCK, P. (2001), *Vreemdelingen over de werkvloer, debat over arbeidsmigratie en migratiestop in kaart*, Gent: Academia Press.
- LOPEZ, R. (2002), Segregation and Black/White differences in exposure to air toxics in 1990, *Environmental Health Perspectives*, 110(S2): S289-S295.
- LORANT, V., DELIEGE, D., EATON, W., ROBERT, A., PHILIPPOT, P., & ANSSEAU, M. (2003), Socio-economic inequalities in depression: A meta analysis, *American Journal of Epidemiology*, 157: 98-112.
- LUSYNE, P., BAUWENS, E., GEENENS, G., TRUWANT, V., & VAN DEN BOSCH, K., (2005), EU-SILC: een nieuw Europees instrument ter ondersteuning van de strijd tegen armoede, In J. VRANKEN, K. DE BOYSER & D. DIERCKX (Eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2005*, Leuven/Voorburg: Acco, pp. 307-315.

- LYNCH, J.W., KAPLAN, G.A., & SHEMA, S.J. (1997), Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological and social functioning, *New England Journal of Medicine*, 337: 1889-1895.
- MACINTYRE, S., ELLAWAY, A., & CUMMINS, S. (2002), Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?, *Social Science and Medicine*, 55(1): 125-139.
- MACINTYRE, S., ELLAWAY, A., HISCOCK, R., KEARNS, A., DER, G., & MCKAY, L. (2003), What features of the home and the area might help to explain observed relationships between housing tenure and health? Evidence from the west of Scotland, *Health Place*, 9(3): 207-218.
- MACK, J., & LANSLEY, S. (1985), *Poor Britain*, London: George Allen & Unwin.
- MACKENBACH, J.P. (2005), *Health Inequalities: Europe in profile*, London: UK Presidency of the EU.
- MACKENBACH, J.P., BOS, V., ANDERSEN, O., CARDANO, M., COSTA, G., & HARDING, S. (2003), Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries, *International Journal of Epidemiology*, 32: 830-837.
- MARMOT, M.G., ADELSTEIN, A.M., BULUSU, L., GREAT, B., & SURVEYS, O.O.P.C.A. (1984), *Immigrant mortality in England and Wales, 1970-78: causes of death by country of birth*, London: H.M.S.O.
- MCCULLOCH, A. (2001a), Social environments and health: cross sectional national survey, *BMJ*, 323(7306): 208-209.
- MCCULLOCH, A. (2001b), Ward-level deprivation and individual social and economic outcomes in the British Household Panel Study, *Environment and Planning A*, 33(4): 667-684.
- MCCUTCHEON, A.L. (1987), *Latent Class Analysis*, Newbury Park: Sage University.
- MCDONOUGH, P., & BERGLUND, P. (2003), Histories of poverty and self-rated health trajectories, *Journal of Health and Social Behavior*, 44: 198-214.
- MCLEOD, J.D., & SHANAHAN, M.J. (1996), Trajectories of Poverty and Children's Mental Health, *Journal of Health and Social Behavior*, 37(3): 207-220.
- MEURS, P., & GÜL, J. (2004).
- MINKMAN, M., & VAN PRAAG, B., (1997), Het begrip 'armoede': is het meetbaar? (-, Trans.), In G. ENGBERSEN, J.C. Vrooman & E. Snel (Eds), *Arm Nederland. De kwetsbaren. Tweede jaarrapport armoede en sociale uitsluiting*, Amsterdam: Amsterdam University Press, pp. 71-83.
- MIROWSKY, J., & ROSS, C. (1986), Social patterns of distress, *Annual Review of Sociology*, 12: 23-45.
- MIROWSKY, J., & ROSS, C.E. (1990), Control or defense? Depression and the sense of control over good and bad outcomes, *Journal of Health and Social Behavior*, 31(1): 71-86.
- MORISSENS, A. (2007, 24 september 2007), *Kinderarmoede als prioriteit in het Belgisch Strategisch plan sociale bescherming en insluiting. Welke zijn de uitdagingen voor het beleid?*, Paper presented at the Europa nabij? Dialoogdag over armoede en sociale insluiting, Gent.
- MORTELMANS, D., CASMAN, M.T., & DOUTRELEPONT, R. (Eds) (2004), *Elf jaar uit het leven in België. Socio-economische analyses op het Gezinsdemografisch Panel PSBH*. Gent: Academia Press.
- MUFFELS, R., (1993), Deprivation standards and style of living indices (-, Trans.), In J. BERGHMAN & B. CANTILLON (Eds), *The European Face of Social Security, Essays in Honour of Herman Deleeck*, Aldershot: Avebury, pp. 43-59.

- MUFFELS, R., & FOUARGE, D. (2004), The Role of European Welfare States in Explaining Resources Deprivation, *Social Indicators Research*, 68(3): 299-330.
- MUNTANER, C. (2004), Commentary: social capital, social class and the slow progress of psychosocial epidemiology, *International Journal of Epidemiology*, 33: 674-680.
- MURPHY, D. (2006), *The right to health is a human right: ensuring access to health for people who are homeless*, Brussels: Feantsa.
- NAVARRO, V. (1990), Race or class versus race and class – mortality differentials in the United-States, *Lancet*, 336(8725): 1238-1240.
- NAZROO, J.Y. (1997), *The health of Britain's ethnic minorities: findings from a national survey*, London: Policy Studies Institute.
- NAZROO, J.Y. (1998), Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health, *Sociology of Health and Illness*, 20(5): 710-730.
- NAZROO, J.Y., (1999), Ethnic inequalities in health. In D. GORDON (Ed), *Inequalities in Health: the evidence presented to the Independent Inquiry into Inequalities in Health, chaired by SIR DONALD ACHESON*, BRISTOL: The Polity Press, pp. 155-169.
- O'REILLY, P. (1988), Methodological issues in social support and social network research, *Social Science and Medicine*, 26: 863-873.
- PANNECOUCKE, I., & DE DECKER, P., (2005), De Vlaamse huursector belicht (OASeS, Trans.), In P. DE DECKER, L. GOOSSENS & I. PANNECOUCKE (Eds), *Wonen aan de onderkant*, Antwerpen: Garant, pp. 61-82.
- PANNECOUCKE, I., VAN DAM, R., GEURTS, V., DE DECKER, P., GOOSSENS, L., & CANTILLON, B. (2001), *Profiel van de sociale huurder en subjectieve beleving van de realisaties van de sociale huisvesting. Eindrapport* (Onderzoeksrapport), Antwerpen: UFSIA – OASeS & CSB.
- PATTILLO, M. (2005), Black middle-class neighborhoods, *Annual Review of Sociology*, 31: 305-329.
- PEARLIN, L.I. (1989), The sociological study of stress, *Journal of Health and Social Behavior*, 30: 241-256.
- PEARLIN, L.I., LIEBERMAN, M.A., MENGHAM, E.G., & MULLAN, Y.J.T. (1981). The stress proces, *Journal of Health and Social Behavior*, 22: 337-356.
- PEERSMAN, W., (2000), GEZONDHEID (-, Trans.), In J. VRANKEN, D. GELDOF, G. VAN MENXEL & J. VAN OUYTSEL (Eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2000*, Leuven/Leusden: Acco, pp. 205-216.
- PEETERS, K. (2007). Septemberverklaring van de Vlaamse regering. Brussel.
- PETTERSON, S.M., & FRIEL, L.V. (2001), Psychological distress, hopelessness and welfare, *Women and Health*, 32(1-2): 79-99.
- PHILIPPOT, P., & GALAND, B. (2003), *Les personnes sans-abri en Belgique. Regards croisés des habitants de la rue, de l'opinion publique et des travailleurs sociaux*, Gent: Academia Press.
- PHILIPPOT, P., & GALAND, B. (2004), La santé mentale des personnes sans abri à Bruxelles, *Acta Psychiatrica Belgica*.
- PIACHAUD, D. (1981), Peter Townsend and the Holy Grail, *New Society*, 57(982): 419-421.
- PIACHAUD, D. (1987), Problems in the Definition and Measurement of Poverty, *Journal of Social Policy*, 16(2): 147-164.
- PICKETT, K.E., & PEARL, M. (2001), Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(2): 111-122.
- POORTINGA, W. (2005), Social capital: An individual or collective resource for health?, *Social Science and Medicine*, 62: 292-302.

- PORTES, A. (1998), Social Capital: Its origins and applications in modern sociology, *Annual Review of Sociology*, 24: 1-24.
- READING, R., & REYNOLDS, S. (2001), Debt, social disadvantage and maternal depression, *Social Science and Medicine*, 53: 441-453.
- REIJNEVELD, S.A. (1998), Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(5): 298-304.
- RHYNE, R., BOGUE, R., & KUKULKA, G. (Eds) (1998), *Community-Oriented Primary Care: health care for the 21st Century*. Washington: American Public Health Association.
- RICHMAN, J.M., ROSENFELD, L.B., & BOWEN, G.L. (1998), Social support for adolescents at risk of school failure, *Social Work*, 43: 309-323.
- RINGEN, S. (1988), Direct and Indirect Measures of Poverty, *Journal of Social Policy*, 17(3): 351-365.
- RINGEN, S. (1995), Well-Being, Measurement and Preferences, *Acta Sociologica*(38): 3-15.
- RITSHER, J.E.B., WARNER, V., JOHNSON, J.G., & DOHRENWEND, B.P. (2001), Inter-generational longitudinal study of social class and depression: a test of social causation and social selection models, *British Journal of Psychiatry*, 178(40): 84-90.
- ROBERTS, S.A. (1998), Community-level socioeconomic status effects on adult health, *Journal of Health and Social Behavior*, 39(1): 18-37.
- ROOM, G. (1995), Poverty in Europe: Competing Paradigms of Analysis, *Policy and Politics*, 23(2): 103-113.
- ROSENFELD, S. (2000), Gender and dimensions of the self. Implications for internalising and externalising behavior, In E. Frank (Ed), *Gender and Its Effects on Psychopathology*, New York: American Psychiatric Press, pp. 23-36.
- RUNCINAM, W.G. (1972), *Relative deprivation and social justice*, Harmondsworth: Penguin.
- RVA. (2004). *Statistisch Jaarboek 2004*, from http://www.rva.be/D_stat/
- RYAN, R.M., & SOLKY, J.A., (1996), What is supportive about social support? On the psychological needs for autonomy and relatedness, In G. PIERCE, B. SARASON & I. SARASON (Eds), *Handbook of social support and the family*, New York: Plenum, pp. 249-267.
- SAMET, J.M., DEARRY, A., EGGLESTON, P.A., FORD, J., FROINES, J., & GELOBTER, M. (2001), Urban air pollution and health inequities: A workshop report, *Environmental Health Perspectives*, 109(S3): S357-S374.
- SAMPSON, R., & WILSON, W., (1995), Towards a theory of race, crime, and urban inequality, In J. Hagan & R.D. Peterson (Eds), *Crime and Inequality*, Stanford: Stanford University Press, pp. 37-54.
- SAMPSON, R.J., RAUDENBUSH, S.W., & EARLS, F. (1997), Neighborhoods and Violent Crime: A Multilevel Study of Collective Efficacy, *Science*, 277(5382): 918-924.
- SAUNDERS, P., & ADELMAN, L. (2004, August 22-28), *Resources, Deprivation and Exclusion Approaches to Measuring Well-Being: A Comparative Study of Australia and Britain*, Paper presented at the 28th General Conference of The International Association for Research in Income and Wealth, Cork.
- SCHOTTE, C., VAN DEN BOSSCHE, B., VAN DEN BERGH, R., CLAES, S., & COSYNS, P. (2003), Denken over depressie. Een biopsychosociaal model, *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 33(2): 98-117.
- SCOTT, A., & WENGER, G.C., (1995), Gender and Social Support Networks in Later Life, In S. Arber & J. Ginn (Eds), *Connecting Gender and Ageing: A Sociological Approach*, Buckingham: Open University Press, pp. 158-172.

- SERV (2007a), *Sociaal-Economisch Rapport van Vlaanderen*, Gent: Academia Press.
- SERV (2007b), *Advies betreffende Vlaams actieplan werkloosheidsvallen 2007*.
- SHERBOURNE, C.D., & STEWART, A.L. (1991), The MOS Social Support Survey, *Social Science and Medicine*, 32: 705-714.
- SIEFERT, K., BOWMAN, P.J., HEFLIN, C.M., DANZINGER, S., & WILLIAMS, D.R. (2000), Social and environmental predictors of maternal depression in current and recent welfare recipients, *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(4): 510-522.
- SIVI. (2007). Gezondheidszorg en uitsluiting, Nota ter voorbereiding van praatgroep Gezondheidszorg(en). Gent: SIVI.
- SMAJE, C. (1995), Ethnic residential concentration and health: Evidence for a positive effect?, *Policy and Politics*, 23(3): 251-269.
- SNICK, A., (2002), Word opgenomen!, In L. DELANOTE, LEREN ONDERNEMEN, A. SNICK, K. PELLERIAUX, DE KEETING VZW, A. KIEKENS, D. DIERCKX & G. REDIG (Eds), *Van Straks... en Nu. Bestrijding van armoede en sociale uitsluiting: reflecties over activering en solidariteit*, Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap – Koning Boudewijnstichting, pp. 23-34.
- SORLIE, P.D., BACKLUND, E., & KELLER, J.B. (1995), US mortality by economic, demographic, and social characteristics: the National Longitudinal Mortality Study, *American Journal of Public Health*, 85(7): 949-956.
- STAFFORD, M., MARTIKAINEN, P., LAHELMA, E., & MARMOT, M. (2004), Neighbourhoods and self rated health: a comparison of public sector employees in London and Helsinki, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(9): 772-778.
- STEENSSENS, K., DEGAVRE, F., SANNEN, L., DEMEYER, B., & VAN REGENMORTEL, T. (2007), *Leven (z)onder leefloon. Deel 1 Onderbescherming onderzocht*, Leuven: KU Leuven – HIVA.
- STEUNPUNT TOT BESTRIJDING VAN ARMOEDE, BESTAANSONZEKERHEID EN SOCIALE UITSLUITING (2005), *Armoede uitbannen. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie*, Brussel: Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding.
- STRONKS, K., RAVELLI, A.C., & REIJNEVELD, S.A. (2001), Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs?, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(10): 701-707.
- STRONKS, K., VAN DE MHEEN, D., & MACKENBACH, J.P. (1998), A higher prevalence of health problems in low income groups: does it reflect relative deprivation?, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52: 548-557.
- STROOBANTS, V., & JANS, M., (2002), Leven, leren en werken in een actieve welvaartsstaat, In H. BAERT, L. DEKEYSER & G. STERCK (Eds), *Levenslang leren en de actieve welvaartstaat*, Leuven: Acco.
- STROOBANTS, V., JANS, M., & WILDEMEERSCH, D. (2001), Making sense of learning for work. Towards a framework of transitional learning, *International Journal of Lifelong Education*, 20(1/2): 114-126.
- SUBRAMANIAN, S.V., ACEVEDO-GARCIA, D., & OSYPUK, T.L. (2005), Racial residential segregation and geographic heterogeneity in black/white disparity in poor self-rated health in the US: a multilevel statistical analysis, *Social Science and Medicine*, 60(8): 1667-1679.
- SUBRAMANIAN, S.V., LOCHNER, K.A., & KAWACHI, I. (2003), Neighborhood differences in social capital: a compositional artifact or a contextual construct?, *Health & Place*, 9(1): 33-44.
- THOITS, P.A. (1982), Life stress, social support, and psychological vulnerability, *Journal of Community Psychology*, 10: 341-362.

- THOITS, P.A., (1983), Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature, In H.B. Kaplan (Ed), *Psychosocial stress: Trends in theory and research*, New York: Academic Press, pp. 33-103.
- THOMAS, P.D., & GOODWIN, J.M. (1985), Effect of social support on stress-related changes in cholesterol level, uric acid level and immune function in an elderly sample, *American Journal of Psychiatry*, 142: 735-737.
- THYS, R., DE RAEDEMAECKER, W., & VRANKEN, J. (2004), *Bruggen over woelig water. Is het mogelijk om uit de generatie-armoede te geraken?*, Leuven/Voorburg: Acco.
- TIREZ, A. (2007), Hoe herverdelen in een geglobaliseerde wereld?, *Liberale Nieuwsbrief*, 167.
- TOWNSEND, P. (1979), *Poverty in the United Kingdom. A Survey of House-hold Resources and Standards of Living* (-, Trans.), Harmonds-worth: Penguin Books.
- TOWNSEND, P. (1986), Why are the Many Poor?, *International Journal of Health Services*, 16(1): 1-32.
- TOWNSEND, P., & DAVIDSON, N., (1982), The Black Report, In P. TOWNSEND, N. DAVIDSON & M. WHITEHEAD (Eds), *Inequalities in health*, London: Penguin Books.
- TSAKLOGLOU, P., & PAPADOPOULOS, F. (2002), Aggregate Level and Determining Factors of Social Exclusion in Twelve European Countries, *Journal of European Social Policy*, 12(3): 211-225.
- TURNER, R.J., (1999), Social support and coping, In A. HORWITZ & T. SCHEID (Eds), *A handbook for the study of mental health: social contexts, theories and systems*, Cambridge: Cambridge University Press, pp. 198-210.
- TURNER, R.J., & NOH, S. (1983), Class and Psychological Vulnerability among Women: The Significance of Social Support and Personal Control, *Journal of Health & Social Behavior*, 24(1): 2-15.
- VAN DE VOORDE, M. (2005), *Vlaams actieplan armoedebestrijding: enkele bijkomende suggesties vanuit het EAD-beleid*, Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, afdeling werkgelegenheidsbeleid.
- VAN DEN BOSCH, K., (1993), Poverty measures in comparative research (-, Trans.), In J. Berghman & B. Cantillon (Eds), *The European Face of Social Security, Essays in Honour of Herman Deleeck*, Aldershot: Avebury, pp. 3-23.
- VAN DEN EYNDE, M., (2005), Naar een grotere toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg: de vele uitdagingen, In F. LAMPAERT, K. RONDIA & K. VAN DEN WOUWER (Eds), *Dichtbij de mensen. Een mozaïek van ideeën en initiatieven omtrent geestelijke gezondheid*, Brussel: Koning Boudewijnstichting, pp. 23-31.
- VAN DUPPEN, D., & SCHOTSMANS, P., (2007, 4 augustus 2007), Gezondheidszorg mag geen koopwaar worden *De Tijd*, p. 11.
- VAN KEMPEN, R., & OZUEKREN, A.S. (1998), Ethnic segregation in cities: New forms and explanations in a dynamic world, *Urban Studies*, 35(10): 1631-1656.
- VAN MENXEL, G. (Ed). (1987), *1987 – Internationaal Jaar van de Daklozen*. Antwerpen: VDVO/UNESCO Centrum Antwerpen.
- VAN MENXEL, G., LESCRAUWAET, D., & PARYS, I. (2003), *Verbinding verbroken. Thuisloosheid en algemeen welzijnswerk in Vlaanderen*, Berchem: Steunpunt Algemeen Welzijnswerk.
- VAN PAEPEGEM, T., WILLEMS, S., DE BOECK, L., & DE MAESENEER, J., (2001), Gezondheidsbevorderingen en armoede, In J. VRANKEN, D. GELDOF, G. VAN MENXEL & J. VAN OUYTSEL (Eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2001*, Leuven/Leusden: Acco, pp. 263-282.

- VAN REGENMORTEL, T., & DEMEYER, B. (2006), *Zonder (t)huis. Sociale biografieën van thuislozen getoetst aan de institutionele en maatschappelijke realiteit*, Tielt/Leuven: Lannoo/Hoger Instituut voor de Arbeid.
- VAN ROBAEYS, B., DIERCKX, D., & VRANKEN, J. (2005), *(G)een blad voor de mond. Spanningsvelden bij de participatie van armoedeverenigingen aan het armoedebeleid*, Gent: Academia Press.
- VAN ROBAEYS, B., PERRIN, N., LEVECQUE, K., & DEWILDE, C., (2006a), Armoede bij allochtonen: een verkenning, In J. VRANKEN, K. DE BOYSER & D. DIERCKX (Eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2006*, Leuven/Voorburg: ACCO, pp. 303-318.
- VAN ROBAEYS, B., PERRIN, N., VRANKEN, J., & MARTINIELLO, M. (2006b), *Armoede in België bij personen van vreemde herkomst: een reëel probleem*, Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- VAN ROBAEYS, B., VRANKEN, J., PERRIN, N., & MARTINIELLO, M. (2007), *De kleur van armoede. Armoede bij personen van buitenlandse herkomst*, Leuven/Leusden: Acco.
- VANACKERE, S. (2007). *Jongeren beroepsonderwijs leren omgaan met geld. Persbericht 22 augustus 2007*, from <http://www.stevenvanackere.be>
- VANDENBROUCKE, F. (2007a). *Na tien jaar discussie politiek akkoord over leerlingen met beperkingen. Persbericht vrijdag 30 maart 2007* from <http://www.vandenbroucke.com>
- VANDENBROUCKE, F. (2007b, 27 april 2007). *Vlaams actieplan werkloosheidsvallen 2007*, from <http://www.sln.be/documenten/documents/VlaamsActieplanWerkloosheidsvallen2007.pdf>
- VANDERMEERSCHEN, E. (2007), *Valkuilen, hefbomen en acties voor het zinvol en duurzaam activeren van mensen in armoede naar kwalitatieve tewerkstelling. Eindrapport van het project 'Het activeren van mensen in armoede naar werk: van good and bad practices tot mogelijke remedies.'* Brussel: Vlaams netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen vzw.
- VANDEWEYER, J., (2003), Sociaal gebabbel. Het verband tussen sociale interactie, de diversiteit van interactiepartners en de democratische waardepatronen nader bekeken, In M. ELCHARDUS & I. GLORIEUX (Eds), *De symbolische samenleving*, Tielt: Lannoo, pp. 151-174.
- VANHEUSDEN, L. (2004), *Een gezondheidsonderzoek bij bewoners van Limburgse opvangcentra voor thuislozen*, Unpublished licentiaatsverhandeling, Vrije Universiteit Brussel, Brussel.
- VANHEUSDEN, L. (2007), Een gezondheidsonderzoek bij bewoners van opvangcentra voor thuislozen in Limburg, *OCMW-Visies*, 2007(2): 50-53.
- VEENSTRA, G. (2000a), Social capital, SES and health: an individual-level analysis, *Social Science and Medicine*, 50(5): 619-629.
- VERMEULEN, S. (2003), *Buurt-en nabijheidsdiensten. Beleidsaanbevelingen. Het resultaat van de ronde tafelgesprekken georganiseerd door de Koning Boudewijnstichting in het kader van het experimentenfonds*, Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- VERVOTTE, I. (2004), *Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2004-2009*, Brussel: Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- VERVOTTE, I. (2006). Beleidsbrief 2006-2007.
- VLAAMS AGENTSCHAP ZORG & GEZONDHEID (2007). *Geboorte en bevalling*. Retrieved 25/09/2007, from <http://www.zorg-en-gezondheid.be/geboorte.aspx>
- VLAAMSE GEZONDHEIDSRaad (2006). *De toekomst van het gezondheids(zorg)beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnsgezondheidszorg*. Brussel: Vlaamse Gezondheidsraad.

- VLAAMSE GEZONDHEIDSRAAD (2007). Advies van de Vlaamse Gezondheidsraad over de uitvoering van het decreet eerstelijnsgezondheidszorg en preventiedecreet. Brussel: Vlaamse Gezondheidsraad.
- VLAAMSE HUISVESTINGSMAATSCHAPPIJ (2006), *Statistisch Bulletin kandidaat-huurders*, Brussel: VHM.
- VLAAMSE OVERHEID (2005), *Vlaams Actieplan Armoedebestrijding 2005-2009. Goedgekeurd door de Vlaamse regering op 25 november 2005*, Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.
- VLAAMSE REGERING (2006), “*Samen voor meer banen*”: een Vlaams meerbanenplan.
- VLAAMSE REGERING (2007a), *Actualisatie Vlaams actieplan armoedebestrijding 2005-2009*, Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.
- VLAAMSE REGERING (2007b), *Voorontwerp van decreet houdende de bevordering van de participatie in cultuur, jeugdwerk en sport*.
- VLAAMSE VERENIGING VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEID (2006), *Uitkomstenmanagement in de Geestelijke Gezondheidszorg in Vlaanderen – Deel 1 2006*, Gent: Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid.
- VLAAMSE WOONINSPECTIE (2007), *5 jaar Vlaamse Wooninspectie*, Brussel: MVG – Afdeling Huisvestingsbeleid, Woonkwaliteitsbewaking.
- VRANKEN, J. (1991-2006), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 1991-2006*, Leuven/Amersfoort/Leusden: Acco.
- VRANKEN, J., (1998), Sociale uitsluiting: een paradigma voor onze tijd?, In J. VRANKEN, D. GELDOLF & G. VAN MENXEL (Eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 1998*, Leuven: Acco, pp. 27-36.
- VRANKEN, J., (2001), Unravelling the social strands of poverty: differentiation, fragmentation, inequality, and exclusion (-, Trans.), In H.T. ANDERSEN & R. VAN KEMPEN (Eds), *Governing European Cities. Social Fragmentation, Social Exclusion and Urban Governance*, Aldershot: Ashgate, pp. 71-90.
- VRANKEN, J., (2004), Verhindert de armoedecultuur de vereniging van armen?, In J. VRANKEN, K. DE BOYSER & D. DIERCKX (Eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2004*, Leuven/Voorburg: Acco, pp. 431-445.
- VRANKEN, J., & DE BOYSER, K., (2005), Inleiding. Het jaarboek in perspectief, In J. VRANKEN, K. DE BOYSER & D. DIERCKX (Eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2005*, Leuven/Voorburg: Acco, pp. 25-39.
- VRANKEN, J., DE BOYSER, K., & DIERCKX, D. (Eds) (2006), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 2006*. Leuven/Voorburg: ACCO.
- VRANKEN, J., GELDOLF, D., & VAN MENXEL, G., (1996), Op zoek naar armoede, In J. VRANKEN, D. GELDOLF & G. VAN MENXEL (Eds), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 1996*, Leuven/Amersfoort: Acco, pp. 25-43.
- VRANKEN, J., GELDOLF, D., & VAN MENXEL, G. (Eds) (1997), *Armoede en Sociale Uitsluiting. Jaarboek 1997*. Leuven/Amersfoort: Acco.
- VREG (2007), *Rapport van de Vlaamse Reguleringsinstantie voor de Elektriciteits- en Gasmarkt van 21 juni 2007. Statistieken 2006 met betrekking tot huishoudelijke afnemers in het kader van de besluiten op de sociale openbaredienstverplichtigen* (No. RAPP-2007-3), Brussel: Vlaamse Reguleringsinstantie voor de Electriciteits- en Gasmarkt.
- VVSG, UVCW, & VSGB-AVCB (2007), *Federaal Memorandum van de OCMW's. Juni 2007*.
- WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT VOLKSGEZONDHEID (2002), *Gezondheidsenquête door middel van interview – België 2001*, Brussel: Ministerie van Volksgezondheid.

- WETS, J. (2001), *Migratie en Asiel: vluchten kan niet meer. Syntheserapport van een onderzoeksproject inzake het migratie- en asielbeleid in België*, Brusel: Koning Boudewijnstichting.
- WHELAN, B., (1993), Non-monetary indicators of poverty (-, Trans.), In J. BERGHMAN & B. CANTILLON (Eds), *The European Face of Social Security, Essays in Honour of Herman Deleeck*, Aldershot: Avebury, pp. 24-42.
- WHELAN, B., & WHELAN, C., (1995), In what sense is poverty multidimensional? (U. o. Bristol, Trans.), In G. ROOM (Ed), *Beyond the Threshold. The Measurement and Analysis of Social Exclusion*, Bristol: The Policy Press, pp. 29-48.
- WHELAN, C.T., LAYTE, R., & MAÎTRE, B. (2001), *Persistent Deprivation in the European Union* (Working Paper No. 23), Colchester: European Panel Analysis Group.
- WHELAN, C.T., LAYTE, R., & MAÎTRE, B. (2002), Multiple Deprivation and Persistent Poverty in the European Union, *Journal of European Social Policy*, 12(2): 91-105.
- WHELAN, C.T., LAYTE, R., & MAÎTRE, B. (2004), Understanding the Mismatch Between Income Poverty and Deprivation: A Dynamic Comparative Analysis, *European Sociological Review*, 20(4): 287-302.
- WHELAN, C.T., & MAÎTRE, B. (2007), Income, Deprivation and Economic Stress in The Enlarged European Union, *Social Indicators Research*, 83: 309-329.
- WIKING, E., JOHANSSON, S.E., & SUNDQUIST, J. (2004), Ethnicity, acculturation, and self reported health. A population based study among immigrants from Poland, Turkey, and Iran in Sweden, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(7): 574-582.
- WILD, S., & MCKEIGUE, P. (1997), Cross sectional analysis of mortality by country of birth in england and wales, 1970-92, *BMJ*, 314(7082): 705.
- WILLIAMS, D.R., & COLLINS, C. (2001), Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health, *Public Health Rep.*, 116(5): 404-416.
- WINTERS, S., HEREMANS, F., ELSINGA, M., MARCHAL, A., VANDEKERCKHOVE, B., & VAN STEEN, G. (2004), *Op weg naar een Vlaamse huursubsidie?*, Leuven: Kenniscentrum voor Duurzaam Woonbeleid.
- WIV (2002), *Gezondheidsenquête door middel van Interview, België, 2001*, Brussel: WIV.
- WIV (2006), *Gezondheidsenquête door middel van Interview, België, 2004*, Brussel: WIV.
- WOLF, S., & BRUHN, J. (1993), *The power of clan. The influence of human relationships on heart disease*, London: Transaction Publishers.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000), *Health for all database*, Geneva: WHO.
- ZIMMERMAN, F.J., & KATON, W. (2005), Socio-economic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income-depression relationship?, *Health Economics*, 14: 1197-1215.

Juridische verwijzingen

- Besluit van de Vlaamse Regering van 4 mei 2007 houdende het lokaal beleid kinderopvang, *Belgisch Staatsblad*, 19 juni 2007, 33562.
- Decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders (MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP), *Belgisch Staatsblad*, 20 april 2004, 23160.
- Decreet van 21 maart 2003 betreffende de armoedebestrijding (MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP), *Belgisch Staatsblad*, 11 juni 2003 (editie 2), 31567.

- Decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid (MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP), *Belgisch Staatsblad*, 3 februari 2004, 6308.
- Decreet van 22 december 2006 houdende de lokale diensteneconomie, *Belgisch Staatsblad*, 23 februari 2007, 8845.
- Koninklijk Besluit van 12 december 1996 betreffende de Dringende Medische Hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan de vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven, *Belgisch Staatsblad*, 31 december 1996.
- Wet houdende diverse bepalingen betreffende de gezondheid van 13 december 2006, *Belgisch Staatsblad*, 22 december 2006, 73782.
- Gedachtewisseling over de actualisatie van het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding 2005-2009. Verslag namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin uitgebracht door de heer Bart Van Malderen, *Vlaams Parlement – Stukken*, 18 april 2007, Stuk 1187 (2006-2007) – Nr. 1181.
- Ontwerp van decreet tot wijziging van het decreet van 20 december 1996 tot regeling van het recht op minimumlevering van elektriciteit, gas en water, wat betreft elektriciteit en gas, van het decreet van 17 juli 2000 houdende de organisatie van de elektriciteitsmarkt, wat betreft de openbardienstverplichtingen, en van het decreet van 6 juli 2001 houdende de organisatie van de gasmarkt, wat betreft de openbardienstverplichtingen, *Vlaams Parlement – Stukken*, 6 maart 2007, Stuk 1124 (2006-2007) – Nr. 1121.
- Protocol gesloten tussen de Federale Regering en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, over de organisatie van een zorgtraject voor jongeren met een psychiatrische problematiek die vallen onder de toepassing van artikel 36, 4° en artikel 52 van de wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming, het ten laste nemen van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd en het herstel van de door dit feit veroorzaakte schade, als onderdeel van een globaal zorgprogramma voor kinderen en jongeren, (FOD VOLKSGEZONDHEID), *Belgisch Staatsblad*, 26 juni 2007, 34861.

Personalia

Helen Blow is sociologe en master in culture and media studies en werkt als staf-medewerkster thuislozenzorg bij het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk.

Geert Campaert is econoom en onderzoeker bij de Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OASeS) van de Universiteit Antwerpen.

Katrien De Boyser is sociologe en onderzoekster bij de Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OASeS) van de Universiteit Antwerpen.

Diana De Graeve is verbonden aan de Universiteit Antwerpen, departement Algemene Economie.

Aafje De Wacker is maatschappelijk assistente en als coordinator algemeen ont-haal verbonden aan CAW Metropool

Caroline Dewilde is sociologe en werkt als postdoctoraal onderzoekster van het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek – Vlaanderen bij de Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OASeS) van de Universiteit Antwerpen.

Danielle Dierckx is maatschappelijk assistente, sociologe en als doctor in de politieke en sociale wetenschappen verbonden aan de Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OASeS) van de Universiteit Antwerpen.

Ellen Druyts is medewerkster van de vzw Medimmigrant die door haar werking gezondheidszorg wil waarborgen voor mensen zonder wettig verblijf en mensen met een precair verblijf in Brussel.

Veerle Evenepoel is medewerkster van de vzw Medimmigrant die door haar werking gezondheidszorg wil waarborgen voor mensen zonder wettig verblijf en mensen met een precair verblijf in Brussel.

Marc Jans is sociaal-agoog en sinds 2005 werkzaam bij het departement Werk en Sociale Economie van de Vlaamse overheid. Sinds juli 2007 coördineert hij het team activering en arbeidsmarktbeleid.

Ann Lecluyse is verbonden aan de Universiteit Antwerpen, departement algemene economie.

Katia Levecque is maatschappelijk assistente, sociologe, voormalig onderzoekster bij de Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OASeS) van de Universiteit Antwerpen en momenteel werkzaam aan de vakgroep sociologie van de Universiteit Gent.

Vincent Lorant is socioloog en econoom en is als professor verbonden aan de onderzoekseenheid Socio-Economique de la Santé (SESA) van de Université catholique de Louvain.

Peter Raeymaeckers is socioloog en onderzoeker bij de Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OASeS) van de Universiteit Antwerpen. Hij werkt momenteel aan een project omtrent de meting van multidimensionele armoede in Europa.

Erik Schokkaert is verbonden aan het Centrum voor Economische Studiën van de Katholieke Universiteit Leuven en is directeur van het Centrum voor Economie en Ethiek.

Isabelle Thomas heeft een Ph.D. in de Geografie (1984-UCL) en ook een “thèse d’agrégation” (2000-UCL). Ze is Onderzoeksdirecteur aan het NFSR, professor aan de UCL en maakt deel uit van de Vakgroep Geografie.

Carine Van de Voorde is verbonden aan het Centrum voor Economische Studiën van de Katholieke Universiteit Leuven en aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

Wim Van Lancker is politicoloog en bachelor in de ‘Multimedia en Communicatie Technologie’. Hij is momenteel onderzoeker bij de Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OASeS) van de Universiteit Antwerpen.

Gerard Van Menxel is socioloog, voormalig mede-auteur van het Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting (1994-2002), en stafmedewerker onderzoek en data bij het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk.

Tom Van Ourti is verbonden aan de Erasmus Universiteit Rotterdam als Postdoctoraal onderzoeker van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) – Vernieuwingsimpuls programma – Veni.

Herman Van Oyen is arts met doctoraat in de Volksgezondheid-Epidemiologie (Johns Hopkins University, Baltimore USA). Hij is hoofd van de afdeling Epidemiologie, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en gastprofessor Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde.

Jan Vranken is socioloog en gewoon hoogleraar aan de Universiteit Antwerpen, waar hij de Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OASeS) leidt.