



Figuur 1: logo Vrouwenraad

# ALLEENSTAANDE OUDERS

## GEZONDHEID

---

2015

INHOUDSTAFEL

**Inhoud**

<b>INLEIDING .....</b>	<b>3</b>
<b>GEZONDHEIDSCIJFERS- EN INDICATOREN .....</b>	<b>3</b>
<i>De Belgische gezondheidsenquêtes .....</i>	<i>3</i>
<i>De Vlaamse armoedemonitor 2014 .....</i>	<i>5</i>
<i>Indicator G2 Subjectieve beoordeling van de gezondheidssituatie .....</i>	<i>5</i>
<i>Indicator G5 Uitstel gezondheidszorg om financiële redenen.....</i>	<i>7</i>
<i>Indicator K9 Kinderen in gezin dat gezondheidszorg moet uitstellen om financiële redenen .....</i>	<i>9</i>
<i>TAHIB-studie.....</i>	<i>11</i>
<i>Eenoudergezinnen van vreemde origine .....</i>	<i>12</i>
<b>TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG/ZIEKTEVERZEKERING .....</b>	<b>13</b>

## Inleiding

*Vrouwen die op de armoedegrens balanceren hebben vaker een slechtere gezondheid dan anderen.*

In de gezondheidszorg is er sprake van sociale ongelijkheid. Vrouwen die in armoedesituaties leven hebben vaak een slechtere gezondheid en leven minder lang. Zij worden geconfronteerd met verschillende drempels, zowel de toegang tot de gezondheidszorg als het betalen van de medische zorgen (dokter, ziekenhuis, medicijnen) spelen een rol. Als zij besparen is dat niet op medische zorgen voor de kinderen maar op zorgen voor zichzelf.<sup>1</sup>

Volgens de Gezondheidsenquête van 2008 stelt 14% van de huishoudens gezondheidszorgen uit omwille van financiële redenen. Dat cijfer loopt op tot 18% voor huishoudens die tot het laagste opleidingsniveau behoren; tot 27% voor huishoudens die in het laagste inkomenskwintiel zitten; tot 47% wanneer een gezinslid aan een chronische ziekte leidt en tot 61% voor eenoudergezinnen.<sup>2</sup>

*Bij éénoudergezinnen speelt vooral sociale causatie een rol.* Een lagere sociaal-economische status zorgt voor een slechtere gezondheid, bepaalt levensstijl, leefomstandigheden, psychosociale stress,... Zij lopen van alle kwetsbare groepen het grootste risico om in financiële moeilijkheden te raken en te moeten aankloppen bij het OCMW voor financiële hulp.<sup>3</sup>

## Gezondheidscijfers- en indicatoren

### *De Belgische gezondheidsenquêtes*

Via de achtergrondvariabelen inkomensniveau en samenstelling huishouden<sup>4</sup> kunnen we de gezondheidstoestand van eenoudergezinnen vergelijken met die van andere

<sup>1</sup> UC Leuven-Limburg, Moving Minds, Eenoudergezinnen in de maatschappij – verdiepende analyse-internationale thema's en praktijken, Balanck I. ea.

<sup>2</sup> Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, *Sociale bescherming en armoede. Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie*. Tweejaarlijks verslag 2013-2014, p. 64-65.

<sup>3</sup> POD Maatschappelijke Integratie (2015, februari 6), Groot aantal eenoudergezinnen klopt aan bij het OCMW

<sup>4</sup> The income level is calculated based on the 'total available income of the household', for which an equivalent scale is applied (OECD, 1982). This allows comparing incomes of different households taking their size and composition into account. The different members of the household receive a specific weight: 1.0 for the first adult member of the household, 0.5 for each additional adult (18+ years) and 0.3 for each child (< 18 years). The total available income of the household is divided by the sum of the weights of all the members of the household to calculate the equivalent income. The 5 levels are:

- < 750 euro
- 750 - 1000 euro
- 1000 - 1500 euro
- 1500 - 2500 euro
- > 2500 euro

The household composition is based on the number of household members and the link between the household members and the reference person. Five categories are distinguished:

huishoudentypes, van alleenstaande moeders met die van alleenstaande vaders, van alleenstaande moeders met die van moeders in een tweeoudergezin,...

Tabel: De gezondheid van alleenstaande moeders in vergelijking met die van moeders in tweeoudergezinnen op basis van gegevens uit de Gezondheidsenquête van 1997 en 2001

Alleenstaande moeders lijden meer (+) of minder (-) of evenveel als moeders in tweeoudergezinnen

Aandoeningen	+, - of =	
Slechte subjectieve gezondheidsbeleving	+	153% of 1,5x
Diarree met koorts	+	200% of 2x
Maagzweer of zweer dunne darm	+	128% of 1,2x
Ernstige darmstoornissen	+	206% of 2x
Bronchitis met koorts	+	141% of 1,4x
Chronische bronchitis	+	104% of 1,04x
Astma voorbij 14 dagen	-	
Astma voorbij jaar	-	
Allergie	+	104% of 1,04x
Migraine	+	147% of 1,4x
Duizeligheid met vallen	+	228,5% of 2,2x
Chronische vermoeidheid	+	219% of 2,1x
Osteoporose	+	300% of 3x
Gebroken heup	=	
Arthritis	+	158% of 1,5x
Andere vormen van reuma	+	118% of 1,1x
Ernstige nierziekte	+	156% of 1,5x
Chronische blaasontsteking	+	127% of 1,2x
Hoge bloeddruk	+	154% of 1,5x
Ernstige hartkwaal of hartaanval	=	
Ernstige huidaandoening	+	151% of 1,5x meer
Diabetes	+	162% of 1,6x
Schildklierafwijkingen	=	
Kwaadaardige aandoening of kanker	+	450% of 4,5x
Ernstige somberheid of depressie van minstens twee weken	+	167% of 1,6x meer
Depressie in het voorbij jaar	+	257% of 2,5x
Recente angstklachten	+	189% of 1,8x
Recente psychosomatische klachten	+	173% of 1,7x
Recente slaapstoornissen	+	144% of 1,4x
Eenzaamheidsgevoelens	+	135% of 1,3x meer
Weinig bevredigende sociale omgeving	+	144% of 1,4x
Zwakke sociale ondersteuning indien nodig	+	129,9% of 1,2x

- single (household of only one person)
- one parent with child(ren) (single father or mother with child(ren))
- couple without child(ren) (household with 2 partners only)
- couple with child(ren) (2 partners with their child(ren))
- other or unknown household composition (household that can not be categorised elsewhere)

zie: <https://hisia.wiv-isp.be/SitePages/Variables.aspx>

Ernstig ongeval in het voorbije jaar	+	140% of 1,4x
Geweldslachtoffer het voorbije jaar	+	192% of 1,9x
Geweld op school/werk	-	
Geweld thuis	+	1240% of 12,4x
Geweld buitenshuis	+	546% of 5,4x meer

Bron: Onderzoek naar de gezondheidstoestand van alleenstaande moeders op basis van de gegevens van de Belgische Gezondheidsenquêtes van 1997 en 2001 door Hedwige Peemans-Poullet, Université des Femmes, 2006.

De algemene gezondheidstoestand (=subjectieve beoordeling) van alleenstaande moeders is slechter dan die van moeders in tweeoudergezinnen. Bij de alleenstaande moeders heeft 24,3 % een vrij slechte gezondheid tegenover 15,8 % van de moeders uit tweeoudergezinnen.

Uit de Gezondheidsenquête van 2008 geven de kwantitatieve gegevens een beeld dat er niet om ligt: 39% van deze vrouwen voelt zich niet gezond t.o.v. 17% van de vrouwen met de hoogste inkomens. Gezondheid is dikwijls niet de eerste zorg; een huis, eten en de kinderen gaan voor.

**Huidige stand van zaken?** Zelf berekenen

## ***De Vlaamse armoedemonitor 2014***

De Vlaamse Armoedemonitor brengt verschillende armoede-indicatoren samen die gebruikt worden in Europese, federale of andere Vlaamse monitorrapporten. Het gaat onder meer om indicatoren uit het Pact 2020, de EU2020-strategie, de Interfederale Armoedebaarometer en de Armoedebaarometer van Decenniumdoelen 2017. Deze worden aangevuld met eigen accenten en aandachtspunten. Deze monitor wordt jaarlijks opgemaakt ter ondersteuning van het Vlaamse armoedebeleid. Die van 2014 is de vierde uitgave.

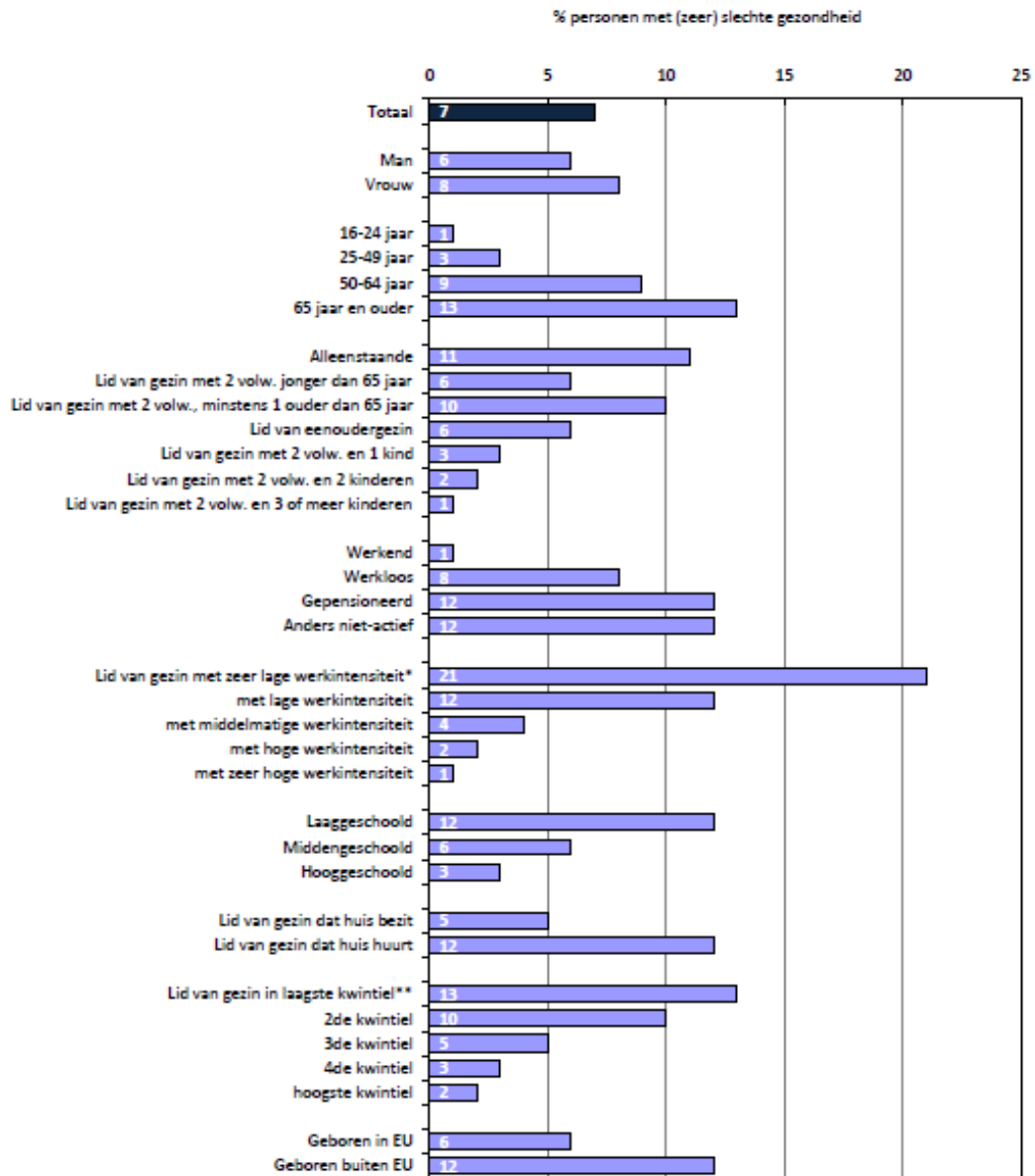
### **Indicator G2 Subjectieve beoordeling van de gezondheidssituatie<sup>5</sup>**

**G2 Subjectieve beoordeling** van de gezondheidssituatie: situatie per bevolkingsgroep

Het percentage personen van 16 jaar en ouder dat zijn of haar gezondheidssituatie als slecht tot zeer slecht omschrijft in het Vlaams Gewest in 2012 en lid is van een eenoudergezin bedraagt 6%. In absolute cijfers gaat het over 10.000 personen.

<sup>5</sup> <http://www4.vlaanderen.be/sites/svr/publicaties/Publicaties/monitoren/2014-07-01-armoedemonitor2014.pdf>

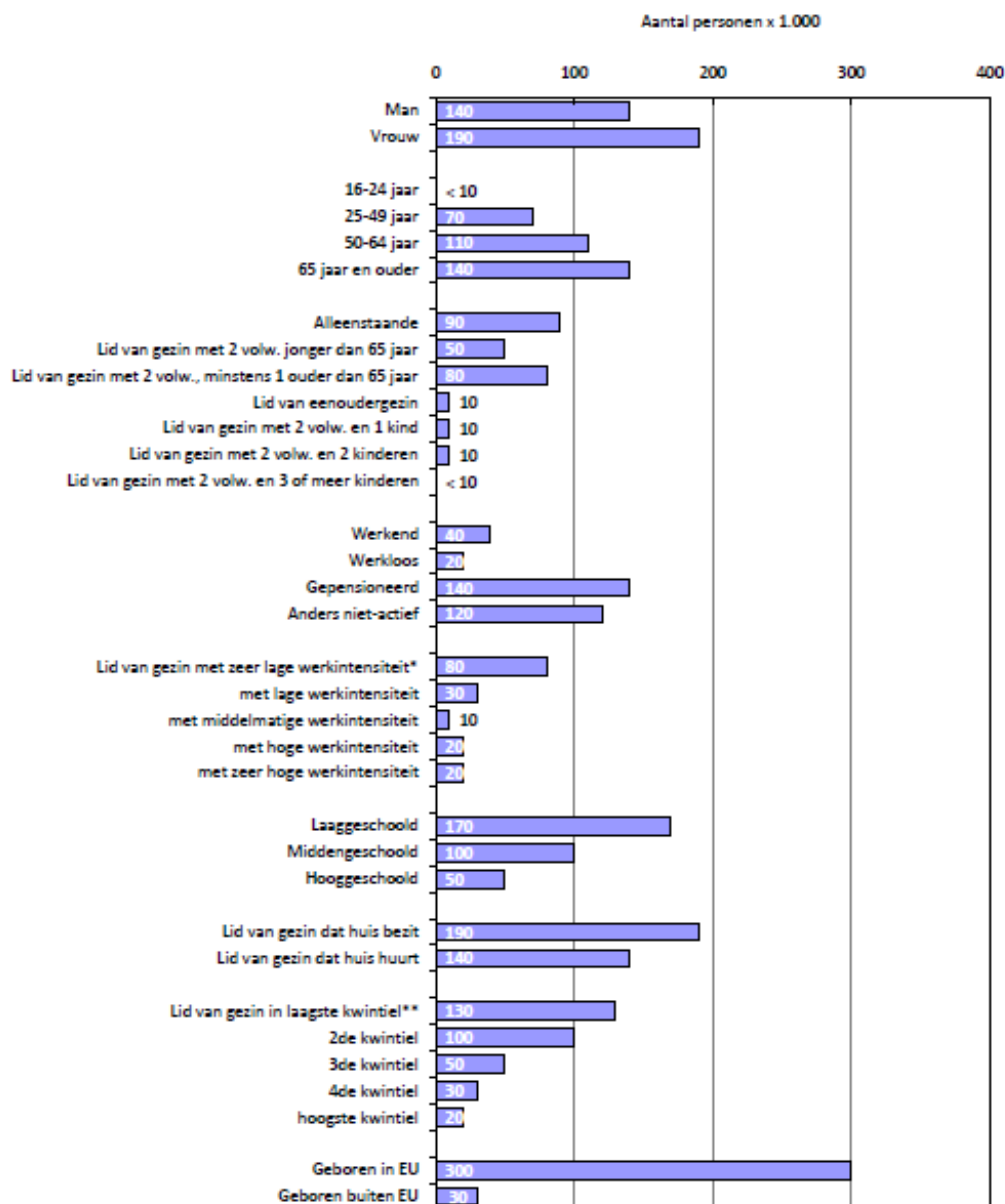
Figuur: Percentage personen met (zeer) slechte gezondheid



\* Werkintensiteit (W): het aantal werkelijk gewerkte maanden door alle volwassen leden van het huishouden ten opzichte van het aantal werkbare maanden tijdens het referentiejaar (gehanteerde categorieën:  $W < 0,2$  /  $W$  tussen 0,2 en 0,45 /  $W$  tussen 0,45 en 0,55 /  $W$  tussen 0,55 en 0,85 /  $W > 0,85$ ).

\*\* Laagste kwintiel: 20% armste Vlaamse gezinnen; hoogste kwintiel: 20% rijkste Vlaamse gezinnen.

Figuur: Aantal personen met (zeer) slechte gezondheid



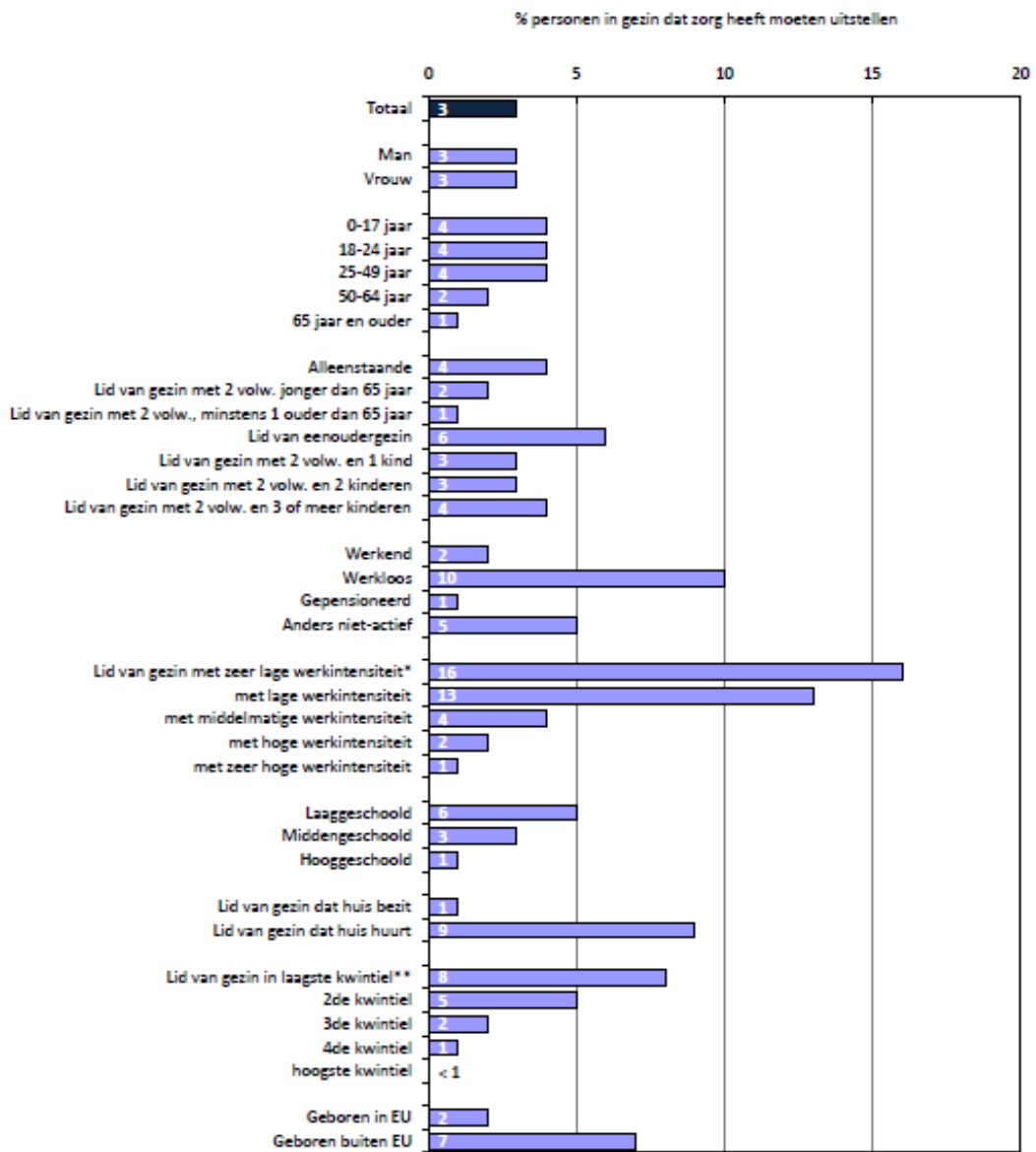
\* Werkintensiteit (W): het aantal werkelijk gewerkte maanden door alle volwassen leden van het huishouden ten opzichte van het aantal werkbare maanden tijdens het referentiejaar (gehanteerde categorieën:  $W < 0,2$  /  $W$  tussen 0,2 en 0,45 /  $W$  tussen 0,45 en 0,55 /  $W$  tussen 0,55 en 0,85 /  $W > 0,85$ ).

\*\* Laagste kwintiel: 20% armste Vlaamse gezinnen; hoogste kwintiel: 20% rijkste Vlaamse gezinnen.

### Indicator G5 Uitstel gezondheidszorg om financiële redenen

Het percentage personen in 2011 dat leeft in een huishouden waar één van de leden in het voorbije jaar een bezoek aan de arts of de tandarts heeft moeten uit- of afstellen om financiële redenen bedraagt 3% en dat leeft in een eenoudergezin bedraagt 6%. Het aantal leden een eenoudergezin dat zorg heeft moeten uitstellen bedraagt 20.000.

Figuur: Percentage personen in een gezin dat zorg heeft moeten uitstellen

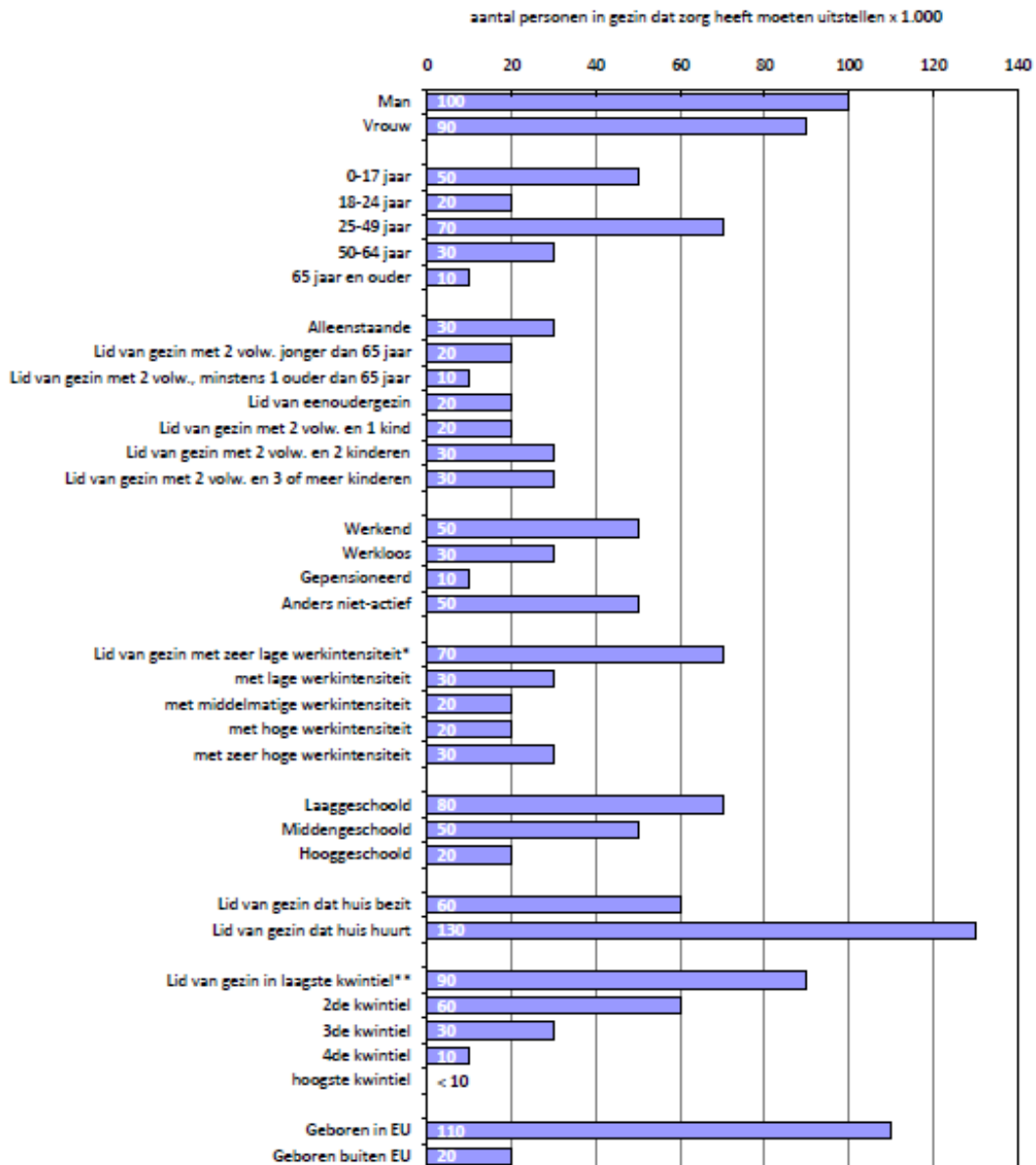


\* Werkintensiteit (W): het aantal werkelijk gewerkte maanden door alle volwassen leden van het huishouden ten opzichte van het aantal werkbare maanden tijdens het referentiejaar (gehanteerde categorieën:  $W < 0,2$  /  $W$  tussen 0,2 en 0,45 /  $W$  tussen 0,45 en 0,55 /  $W$  tussen 0,55 en 0,85 /  $W > 0,85$ ).

\*\* Laagste kwintiel: 20% armste Vlaamse gezinnen; hoogste kwintiel: 20% rijkste Vlaamse gezinnen.



Figuur: Aantal personen in een gezin dat zorg heeft moeten uitstellen



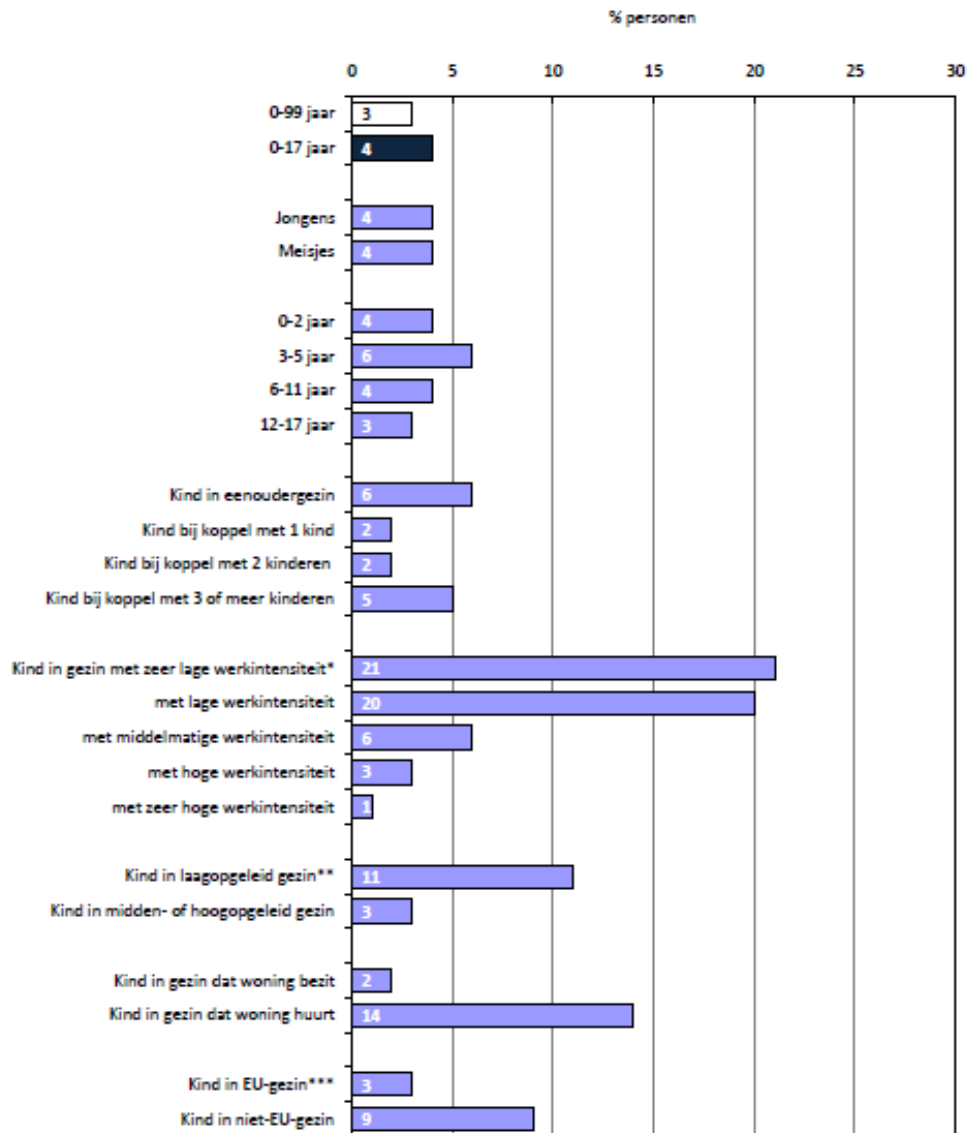
\* \* Werkintensiteit (W): het aantal werkelijk gewerkte maanden door alle volwassen leden van het huishouden ten opzichte van het aantal werkbare maanden tijdens het referentiejaar (gehanteerde categorieën:  $W < 0,2$ ;  $W$  tussen 0,2 en 0,45;  $W$  tussen 0,45 en 0,55;  $W$  tussen 0,55 en 0,85;  $W > 0,85$ ).

\*\* Laagste kwintiel: 20% armste Vlaamse gezinnen; hoogste kwintiel: 20% rijkste Vlaamse gezinnen.

### Indicator K9 Kinderen in gezin dat gezondheidszorg moet uitstellen om financiële redenen

Het percentage kinderen van 0 tot 17 jaar dat leeft in een eenoudergezin en het bezoek aan een arts of tandarts heeft moeten uitstellen omwille van financiële redenen is 6%. In absolute cijfers zijn dat 10.000 kinderen.

Figuur: Percentage kinderen in een gezin dat zorg heeft moeten uitstellen

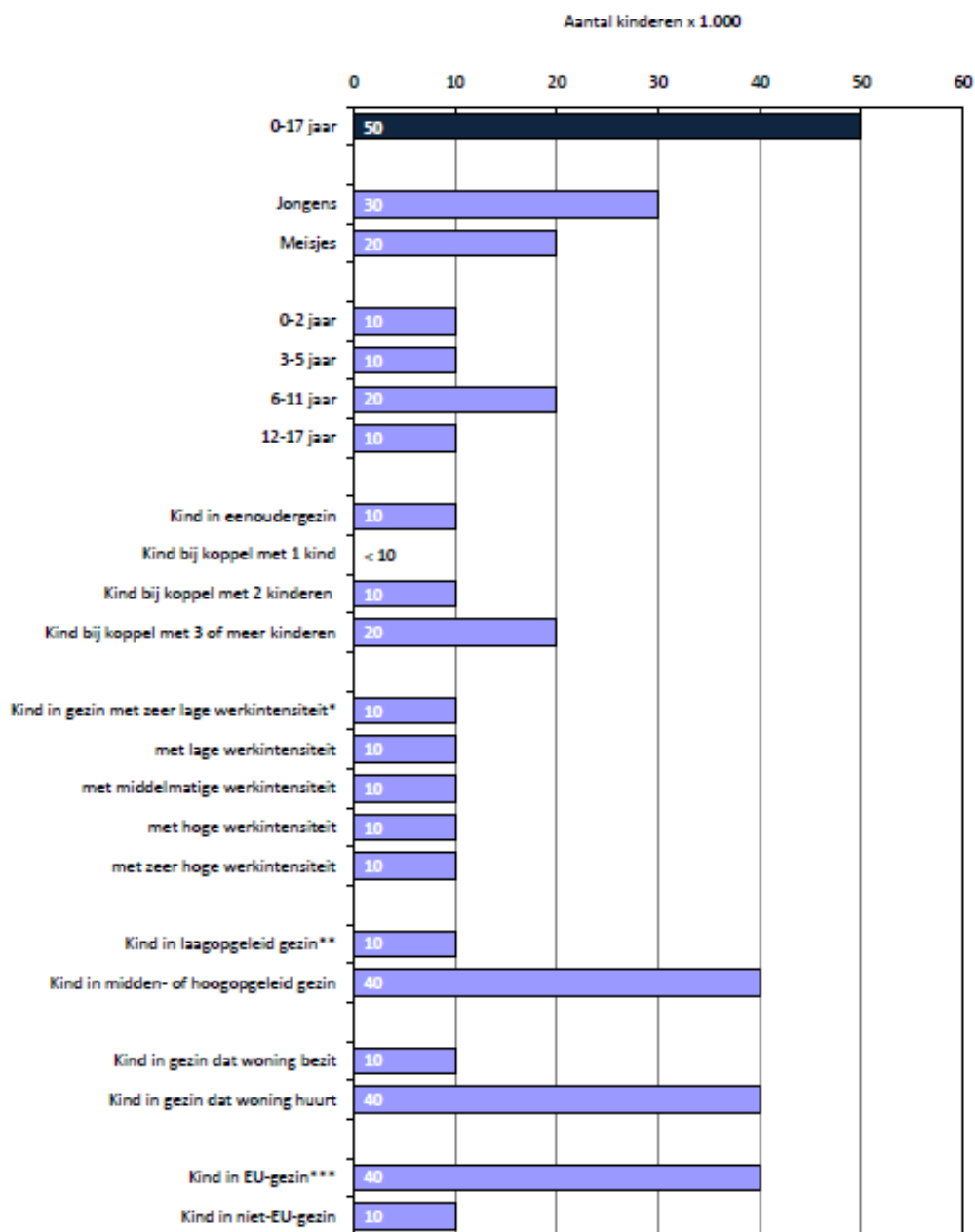


\* Werkintensiteit (W): het aantal werkelijk gewerkte maanden door alle volwassen leden van het huishouden ten opzichte van het aantal werkbare maanden tijdens het referentiejaar (gehanteerde categorieën:  $W < 0,2$  /  $W$  tussen 0,2 en 0,45 /  $W$  tussen 0,45 en 0,55 /  $W$  tussen 0,55 en 0,85 /  $W > 0,85$ ).

\*\* Kind in laagopgeleid gezin: geen van de volwassen leden van het gezin heeft een diploma hoger secundair onderwijs.

\*\*\* Kind in EU-gezin: alle volwassen leden van het gezin zijn geboren binnen de EU; kind in niet-EU-gezin: minstens 1 volwassene is geboren buiten de EU.

Figuur: Aantal kinderen in gezin dat zorg heeft moeten uitstellen



\* Werkintensiteit (W): het aantal werkelijk gewerkte maanden door alle volwassen leden van het huishouden ten opzichte van het aantal werkbare maanden tijdens het referentiejaar (gehanteerde categorieën:  $W < 0,2$  /  $W$  tussen 0,2 en 0,45 /  $W$  tussen 0,45 en 0,55 /  $W$  tussen 0,55 en 0,85 /  $W > 0,85$ ).

\*\* Kind in laagopgeleid gezin: geen van de volwassen leden van het gezin heeft een diploma hoger secundair onderwijs.

\*\*\* Kind in EU-gezin: alle volwassen leden van het gezin zijn geboren binnen de EU; kind in niet-EU-gezin: minstens 1 volwassene is geboren buiten de EU.

## TAHIB-studie

Op het vlak van gezondheid zijn mannen en vrouwen niet gelijk. Arme vrouwen hebben meer gezondheidsproblemen dan andere. Volgens de TAHIB-studie<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Herman Van Oyen, Patrick Deboosere, Vincent Lorant, Rana Charafeddine, (Eds.), *Sociale ongelijkheden in gezondheid in België*, Federaal Wetenschapsbeleid, Gent Academia Press, 2011; <http://www.belspo.be/belspo/ta/publ/academia-sociale.ongelijkheden.U1577.pdf>

(*Tackling Health Inequalities in Belgium*), die gemaakt werd tussen 2005 en 2010, kan een vrouw van vijftig jaar met een diploma hoger onderwijs tot zes jaar langer in goede gezondheid leven dan een vrouw meteen diploma hoger secundair onderwijs, elf jaar langer dan een vrouw die slechts lager onderwijs genoten heeft en achttien jaar langer dan een ongeschoolde vrouw van dezelfde leeftijd.

Zowel op het niveau van subjectieve gezondheid (persoonlijke beoordeling) als op het niveau van fysieke en ook mentale gezondheid, verkeren vrouwen in minder goede gezondheid dan mannen.

Ook de toegang tot gezondheidszorg vormt een problematiek waarmee arme vrouwen geconfronteerd worden. In 2004 verklaarde 29 % van de Belgische gezinnen — in het bijzonder de gezinnen met een laag opleidings- en/of inkomensniveau — dat de uitgaven voor gezondheidszorg moeilijk te dragen waren. Wanneer het hoofd van het gezin een vrouw was, werd dit probleem vaker vermeld (40 %) dan wanneer het een man was (25 %), en hoeveel van het gezinsbudget besteed werd aan gezondheidszorg verschilde op basis van de bestaansmiddelen van het gezin. Hoewel iedereen recht heeft op toegang tot gezondheidszorg, kan het gebrek aan financiële middelen sommige personen ertoe (uit het wetsvoorstel van Olga Zrihen 2014).

### ***Eenoudergezinnen van vreemde origine<sup>7</sup>***

De sociaaleconomische kwetsbaarheid van eenoudergezinnen van vreemde origine bestaande uit moeder en kind(eren) impliceert dat er weinig tijd en slechts een klein aandeel van het budget aan de zorg voor de gezondheid en het welzijn worden besteed. Het feit dat men dergelijke kosten het hoofd moet bieden, kan moeilijkheden veroorzaken en wordt niet prioritair geacht in vergelijking met de zorg voor het kind, de huisvesting, enz. Bijgevolg kunnen zij zich die, bij gebrek aan middelen en tijd, niet veroorloven, ook al vinden zij dat nodig.

Uit het materiaal blijkt duidelijk dat de problemen van AOVO diverse beleidsdomeinen betreffen, en dat de problemen die ze op één domein tegenkomen, eng verbonden zijn met problemen op andere domeinen. Zo heeft hun precaire situatie op vlak van huisvesting bijvoorbeeld een invloed op hun familiaal en sociaal kapitaal; het gebrek aan sociaal kapitaal leidt dan weer tot isolement waaronder het persoonlijk welzijn te lijden heeft. De financiële middelen om aan die zelfarbeid tegemoet te komen, hebben ze niet, en als ze die hadden zouden ze die eerst aan huisvesting en aan zorg voor de kinderen besteden. De voorbeelden in het materiaal zijn legio. Een beleid dat maar op één domein focust zonder oog te hebben of oplossingen te zoeken voor problemen op andere domeinen, heeft dus niet veel kans om tot duurzame oplossingen te leiden. Een beleid bijvoorbeeld dat op activering gericht is zonder tegelijk aandacht te besteden aan de woonsituatie, de belastende zorgarbeid en het gebrek aan sociaal en familiaal kapitaal, werkt slechts op een deel van het probleem, maar lost de problemen op de andere domeinen niet op of verzwaart ze nog. Een moeder die herhaaldelijk een opleidingsplaats of job verliest omdat ze op de andere levensdomeinen

---

<sup>7</sup> Kaat Jans, Morgane Layeux & Anne Snick (Flora), *Maatschappelijke praktijken en leefwereld van eenoudergezinnen van cultureel diverse origine in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest*. Onderzoek in opdracht van Bruno De Lille, Staatssecretaris van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bevoegd voor Gelijkekansenbeleid, September 2011.

geen oplossingen aangereikt krijgt, verliest de moed en haakt af. Indien het beleid alleen zou inzetten op een nog meer doorgedreven activeringsbeleid, biedt het ‘meer van hetzelfde’, en kan het probleem nog vergroten.

## Toegang tot gezondheidszorg/ziekteverzekering

Om de toegang tot de gezondheidszorg te verzekeren, bestaat er voor bepaalde groepen een *verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering*. Het geeft recht op een hogere terugbetaling voor sommige geneesmiddelen en geneeskundige verzorging (bezoek aan zorgverstrekkers en hospitalisatie), derdebetalersregeling bij artsen die daarmee instemmen en een lagere maximumfactuur.

Begin 2012 genoten goed 830.000 personen van dit recht. Dit statuut wordt toegekend aan personen die een bepaald sociaal voordeel ontvangen (leefloon of gelijkaardige OCMW-hulp, IGO of GIB, uitkering voor personen met een handicap...), personen met een specifieke hoedanigheid van wie het gezinsinkomen een bepaalde grens niet overschrijdt (wezen, gepensioneerden, invaliden, weduwen/ weduwnaars, personen met erkende handicap die geen uitkering ontvangen, ...) en sinds midden 2007 ook aan personen uit gezinnen met een bescheiden inkomen (*OMNIO-statuu*t). *Vanaf juli 2010 komen* ook personen die minstens 1 jaar werkloos zijn en *leden van eenoudergezinnen in aanmerking*, vanaf maart 2011 ook de rechthebbenden op een verwarmingstoelage toegekend door het OCMW.<sup>8</sup>

Meer info over de financiële toegankelijkheid op de website van RIZIV:

[http://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/default.aspx#.VcSi2U0w\\_s0](http://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/default.aspx#.VcSi2U0w_s0)

Wanneer je een sociale uitkering ontvangt, geniet je automatisch van een verhoogde tegemoetkoming bij de geneeskundige verzorging (kosten en terugbetaling). Indien niet dan kun je een aanvraag indienen bij een ziekenfonds als je je in één van volgende situaties bevindt:

- weduwnaar/weduwe, invalide, gepensioneerde
- erkend als persoon met een handicap
- al minstens 1 jaar volledig werkloos of in arbeidsongeschiktheid
- *eenoudergezin*.

In de RIZIV-statistieken zijn geen gegevens over eenoudergezinnen terug te vinden.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> VRIND 2013; <http://www4dar.vlaanderen.be/sites/svr/Pages/2013-10-14-vrind2013.aspx>

<sup>9</sup> Enkel: per regeling, per leeftijdscategorie van 10 jaar (de verzekerden boven de 90 zijn gegroepeerd) en per geslacht de volgende gegevens: bijvoorbeeld 2012

- de uitgaven van de ziekteverzekering in 2012
- de leden van de ziekenfondsen (ledentallen) in 2012
- de berekende gemiddelde kostprijzen in 2012
- de procentuele evolutie van 2011 naar 2012 en van 2010 naar 2012