**Voorbereidende fiche voor het Federaal Plan Armoedebestrijding – thema « (volks) gezondheid » »**

Overeenkomstig de wet van 9 oktober 2023 moet er binnen twaalf maanden na de installatie van de Ministerraad een federaal plan ter bestrijding van armoede worden aangenomen, met als uiterste datum 2 februari 2026.

In dit kader heeft het kabinet van minister Vandenbroucke, bevoegd voor armoedebestrijding, enkele belangrijke krachtlijnen vastgelegd:

1.           De integratie van eenieder in een inclusieve samenleving:

a. Een job als dam tegen armoede

b. Een sterke sociale zekerheid als dam tegen armoede

c. Toegankelijkheid van diensten en de strijd tegen non-take up

2.           Armoede en gezondheid

3.           De strijd tegen overmatige schuldenlast

4.           Bescherming van de koopkracht van personen in armoede

De thematische werkgroep over “(volks) gezondheid” zal plaatsvinden op **maandag 23 juni 2025 om 13.30 – 16u**. Om deze vergadering zo goed mogelijk voor te bereiden, nodigen wij u uit om deze fiche en de lijst van maatregelen, opgesteld door het kabinet op basis van het regeerakkoord, door te nemen.

Uw aanbevelingen met betrekking tot deze maatregelen zullen worden opgenomen in een nota die aan het kabinet zal worden overgemaakt.

Tijdens onze besprekingen vragen wij u rekening te houden met de wens van de minister om uitsluitend nieuwe maatregelen op te nemen in het federaal plan ter bestrijding van armoede, en om het aantal maatregelen te beperken met het oog op efficiëntie.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

1. **Context**

In 2024 werd 18,2% van de Belgische bevolking blootgesteld aan **het risico op armoede of sociale uitsluiting (AROPE)**, wat overeenkomt met iets meer dan 2,1 miljoen mensen. Het **armoederisico[[1]](#footnote-1) (AROP of monetaire armoede)** bedroeg op zijn beurt 11,5% van de bevolking.

30,0% van de huishoudens waarin minstens één volwassene een **beperking heeft in de dagelijkse activiteiten** (ziekte, handicap, langdurige ongeschiktheid, enz.) lopen een risico op armoede en sociale uitsluiting (Bron: Statbel).

In 2024 heeft 1,1% van de totale bevolking gezondheidszorg **uitgesteld of geannuleerd om financiële redenen**. Bij de AROP-populatie gaat het om 3,5%, en bij de AROPE-populatie om 4,6% (Bron: Statbel).

Gemiddeld is in 2022 1% van de bevolking overleden. In de rijkste categorie is 0,7% van de bevolking overleden, tegenover 1,4% bij de armste bevolkingsgroep (Bron: CM – zie bijgevoegd artikel in de bijlage).

De gestandaardiseerde gegevens van de Christelijke Mutualiteit tonen het aandeel langdurig zieken aan: 6% bij de 10% rijkste personen in 2022 tegenover 16% bij de 10% armste – dat is tweeënhalf keer meer invaliden in de tweede groep dan in de eerste (Bron: CM – zie bijgevoegd artikel in de bijlage).

1. **Maatregelen rond het thema "(volks)gezondheid " op basis van het regeerakkoord**

*Hieronder vindt u een eerste niet-limitatieve selectie van de maatregelen opgenomen in het regeerakkoord :*

* Via sociale maatregelen patiënten ondersteunen die zich in een moeilijke(financiële) situatie bevinden
* Uitbreiding derdebetalersregeling
* *Bijkomend voorstel*: actie rond Witboek - ervaringsdeskundigen, interculturele bemiddelaars, CHW
* *Bijkomend voorstel:* actie rond plan perinatale zorg - project eerste 1000 dagen
1. **Aanbevelingen**

**Wat zijn uw aanbevelingen met betrekking tot de door de beleidscel geselecteerde maatregelen?**

**Welke nieuwe actie(s) stelt u voor in verband met het thema?**

**Bijlage**

[Quand la pauvreté rend malade - Le Soir](https://www.lesoir.be/677265/article/2025-05-23/quand-la-pauvrete-rend-malade)

**La mutualité chrétienne met en perspective les revenus et l’accès aux soins de santé de plusieurs millions de Belges. Elle confirme l’adage : richesse et santé vont souvent ensemble. Et vice-versa.**

Dans leur ensemble, les données alignées ont l’allure de jolies courbes statistiques. En réalité, elles cachent mal le gouffre abyssal qui, dans notre pays, sépare les plus riches des plus pauvres en matière de soins de santé. Elles cachent mal aussi la détérioration de l’état de santé de la population. « Oui, il se dégrade, et pour plusieurs raisons », indique au *Soir*Elise Derroitte, vice-présidente de la Mutualité chrétienne, en marge d’une journée d’études autour de l’accès aux soins de santé.

« En fait, la population vieillit, c’est une évidence, mais il y a plein d’endroits aussi où elle s’appauvrit, ce qui provoque notamment l’apparition de maladies chroniques. Dans ce contexte, on peut avoir les meilleurs soins possibles, s’ils ne sont pas accessibles, une partie des citoyens en restera privée et le niveau de santé se détériorera. En fait, le système fait défaut à toute une population ; si on n’arrive pas à aller chercher les personnes qui n’ont pas une consommation rationnelle ou qui ne sont pas suffisamment éduquées pour comprendre comment le système fonctionne. » Pour apporter de l’eau à son moulin, le service d’études de la Mutualité a produit un document mettant en perspective les différences de recours aux soins pour la population en fonction de ses revenus. Son « échantillon » est énorme : 4,6 millions de membres, échantillon pondéré pour corriger les légères différences d’âge, de genre, de revenus entre son portefeuille d’affiliés et l’ensemble de la population. De quoi mettre en lumière de nombreuses sources d’inégalité face aux soins de santé. Nous en avons sélectionné trois.

**X 2**

On le sait, la population belge est vieillissante. Mais tous les Belges ne sont pas égaux devant le phénomène qui se répartit inégalement en fonction de la catégorie socioéconomique. En moyenne, en 2022, 1 % de la population est décédée, c’est 15 % de moins qu’en 2009. Mais le plus interpellant est ailleurs : dans la catégorie des plus riches, seul 0,7 % de la population est décédé, contre 1,4 % parmi les plus pauvres. Traduit en mots, cet amas de pourcents veut simplement dire qu’entre la population qui vit dans les quartiers les plus pauvres et celle qui vit dans les quartiers les plus riches, le chiffre de mortalité est deux fois plus élevé. « On parle bien ici de la réalité des décès pas d’un simple risque statistique », dit Elise Derroitte. Interpellant aussi, entre pauvres et riches, la courbe de mortalité suit presque parfaitement celle du niveau des revenus. On note aussi que l’écart entre les plus riches et les plus pauvres se creuse entre 2009 et 2022.

« Ce phénomène se retrouve dans toutes les études établissant sur les corrélations entre les déterminants de la santé et l’état de santé : la pauvreté est le premier déterminant de l’état de santé et donc de la mortalité », note encore l’auteur de l’étude.

**167 %**

L’invalidité (incapacité de travail de plus d’un an) est un autre indicateur de l’état de santé d’une population. Avec ici aussi un gouffre entre nantis et moins nantis. Les données standardisées de la Mutualité chrétienne mettent en évidence la part de malades de longue durée : 6 % parmi les 10% les plus riches en 2022 (contre 4,2 % en 2019) et 16 % parmi les 10% les plus pauvres (contre 11,21 % en 2009), soit une différence de 167 % ou deux fois et demie plus d’invalides dans la seconde catégorie que dans la première !

« On voit ici clairement l’effet de la profession occupée par les gens. On sait que dans des quartiers plus pauvres, on pratique plus souvent des jobs manuels où le risque de tomber en invalidité est plus important. Par contre, les données montrent tout aussi clairement, depuis 2009, une hausse à peu près égale de l’incapacité autour de 43 %, voire plus dans certaines catégories de revenus. » Ce qui veut dire ? « Que le problème est généralisé et qu’il n’est pas juste lié au niveau de vie mais à la détérioration des conditions de travail. Aujourd’hui, les grosses sources d’incapacité et d’invalidité ce ne sont pas les cancers ou d’autres maladies mais les troubles musculosquelettiques ou les troubles mentaux souvent en lien direct avec le boulot. » Sans compter que l’invalidité est à l’origine d’un cercle vicieux : elle est synonyme d’importantes pertes de revenus, donc de possible changement de logement ou de réduction de l’accès aux soins. « C’est un serpent qui se mord la queue », reprend Elise Derroitte. « Il faut arrêter de reprocher aux pauvres d’être en incapacité de travail. Au contraire, il faut se rendre compte que l’incapacité de travail rend pauvre. »

**6 %**

Administration au grand cœur, la sécurité sociale belge a inventé le « maximum à facturer (MAF) » : la somme qu’un ménage dépense annuellement en soins de santé est plafonnée en fonction de ses revenus. Exemple : 516 euros par patient pour un revenu annuel situé entre 12.681 et 22.687 euros. En pratique, le budget santé d’une famille est alors composé des tickets modérateurs (part personnelle) à charge du patient, des tickets modérateurs pris en charge par le MAF après un certain niveau de dépense et des suppléments d’honoraires (qui ne sont jamais pris en charge par le MAF). A l’analyse, ce système qui est censé limiter la part des revenus alloués aux soins (entre 2 et 4 %) rate un peu son objectif. En cause : les suppléments d’honoraires qui gonflent au fil des consultations. Or, on sait que la pauvreté est un des principaux déterminants de santé. En bref, plus les revenus sont faibles, plus le besoin de soins de santé est présent et plus le risque de payer des suppléments est important. « Au final, les coûts individuels sont inversement proportionnels à la catégorie de revenus. Plus on est pauvre, plus la quantité de revenus qu’on doit utiliser pour payer les soins est énorme en fait, passant de 2 % à 6 %, voire beaucoup plus. »

Derrière ce phénomène se profile la question de la « littératie santé » ou la connaissance du système et de ses mécanismes. « Le fonctionnement des soins est extrêmement compliqué, et mieux on le comprend, mieux on l’utilise. Quand on comprend ce qu’est un prestataire conventionné, on peut commencer à choisir et à réduire les suppléments… il y a plein de leviers que les personnes plus défavorisées ne peuvent pas toujours connaître. »

1. AROP: het armoederisico (of monetaire armoede) is het percentage personen met een equivalente beschikbare inkomens (na sociale overdrachten) dat lager ligt dan 60% van het nationale mediaaninkomen van huishoudens. [↑](#footnote-ref-1)