

● ● Feiten en cijfers

● Bestaat er een sociale gezondheidskloof ?

Laatste aanpassing: 03/04/2015

Ja. Uit cijfers blijkt dat mensen met een lagere sociale status (opleidingsniveau, activiteitsstatus, inkomensniveau) vaak in slechtere gezondheid verkeren, een verminderde toegang tot de gezondheidszorg hebben en vroeger sterven dan mensen met een hogere positie op de sociale ladder.

Toelichting

Deze fiche gaat over de sociale ongelijkheden in gezondheid in de bevolking in het algemeen. Een meer specifieke analyse van de relaties tussen armoede en gezondheid zou moeten uitgevoerd worden gelet op de specifieke situatie van zeer arme personen en het feit dat ze weinig of zelfs helemaal niet vertegenwoordigd zijn in de enquêtes.

Wij structureren onze toelichting aan de hand van volgend plan:

1. Ongelijkheden inzake gezondheid

→ [Levensverwachting en levensverwachting in goede gezondheid](#)

→ [Arm maakt ziek - ziek maakt arm](#)

→ [Kinderen en jongeren](#)

2. Risicofactoren

→ [Levensomstandigheden](#)

→ [Medische preventie](#)

→ [Leefstijl](#)

3. Ongelijkheden inzake toegang tot de gezondheidszorgen

→ [Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten](#)

→ [Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen](#)

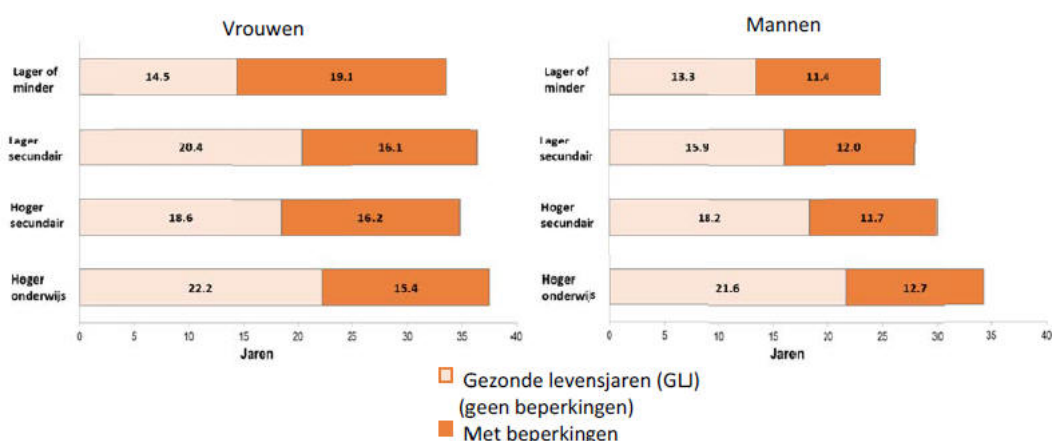
1. Ongelijkheden inzake gezondheid

Naarmate een individu een lagere socio-economische positie inneemt, heeft hij/zij meer kans een slechte gezondheid te hebben. [Onderzoek van het Federale Wetenschapsbeleid](#) (2011) toont aan dat belangrijke ongelijkheden met betrekking tot gezondheid tussen de verschillende socio-economische groepen bovendien niet verminderen. Recente cijfers van de OESO tonen aan dat belangrijke gezondheidsongelijkheden in Europa blijven bestaan (bron: OECD, [Health at a glance](#), 2014).

→ Levensverwachting en levensverwachting in goede gezondheid

De studie van de ongelijkheden in levensverwachting en in gezonde levensjaren per opleidingsniveau (op een cohorte van 2004) bevestigt dat er in België een duidelijke ongelijkheid bestaat volgens opleidingsniveau in zowel de levensverwachting als in de verwachte gezonde levensjaren: zie figuur 9a.

Figuur 9a: Levensverwachting (LV) en Gezonde Levensjaren (GLJ) op 50-jarige leeftijd in België volgens onderwijsniveau (gebaseerd op SILC 2004 en follow-up tot 31/12/2009)



Bron: European Health & Life Expectancy Information System (EHLEIS), [Additional national page for Country Report Issue 7, June 2014](#) - Belgium: Van Oyen Herman/Berger Nicolas, Scientific Institute of Public Health.

● De **levensverwachting** op de leeftijd van 50 jaar is het laagst bij mannen met enkel een opleiding lager onderwijs of minder (24,7 jaar) en het hoogst bij mannen met een opleiding hoger onderwijs (34,3 jaar). Bij vrouwen, is de levensverwachting op de leeftijd van 50 jaar het laagst bij vrouwen zonder diploma of met een diploma lager onderwijs (33,6 jaar) in vergelijking met een levensverwachting van 37,6 jaar bij vrouwen met een opleiding hoger onderwijs.

● De **'levensverwachting in goede gezondheid'** geeft een indicatie van het aantal jaren dat een persoon van een bepaalde leeftijd in goede gezondheid mag verwachten te leven. Meet men de 'levensverwachting in goede gezondheid' als de 'levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen', dan zien we (figuur 9a) dat hoog opgeleide mannen op de leeftijd van 50 jaar 21,6 jaar gezonde levensjaren voor zich hebben in vergelijking met 13,3 jaar bij mannen met een opleiding lager onderwijs of minder, wat een verschil is van 8,3 jaar. Het aantal verwachte jaren met beperkingen is ongeveer gelijkaardig voor de verschillende opleidingscategorieën, maar is iets hoger bij hoog opgeleide mannen (12,7 jaar) in vergelijking met de laagst opgeleide mannen (11,4 jaar).

Vrouwen met een opleiding hoger onderwijs kunnen op de leeftijd van 50 jaar 22,2 jaar gezonde levensjaren verwachten in vergelijking met 14,5 jaar bij vrouwen met een opleiding lager onderwijs of minder, wat een verschil is van 7,7 jaar. Vrouwen met een opleiding lager onderwijs hebben ook een levensverwachting met beperkingen (19,1 jaar) die groter is dan deze van vrouwen met een diploma hoger onderwijs (15,4 jaar).

Bron: European Health & Life Expectancy Information System (EHLEIS), [Additional national page for Country Report Issue 7, June 2014](#), op.cit.

→ **Arm maakt ziek - ziek maakt arm**

Volgens de [Gezondheidsenquête, België, 2013](#) is er een duidelijke samenhang tussen sociale status (opleidingsniveau, activiteitsstatus, inkomensniveau) en gezondheid.

bron: Van der Heyden J., Charafeddine R. (ed.) (2014), [Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. Samenvatting van de onderzoeksresultaten](#)

● **Subjectieve gezondheid**

De subjectieve gezondheid varieert in functie van het opleidingsniveau: minder opgeleide personen (hoogstens lager onderwijs) zijn vaker van mening dat ze in slechte gezondheid verkeren in vergelijking met diegenen met een diploma secundair onderwijs. Deze laatste zeggen op hun beurt vaker problemen te hebben met hun gezondheid dan personen met een diploma hoger onderwijs. Deze verschillen blijven significant na correctie voor leeftijd en geslacht. De samenhang tussen socio-economische status en subjectieve gezondheid werd voorheen al vastgesteld.

Meer info: Tafforeau J. [Subjectieve gezondheid](#). In: Van der Heyden J., Charafeddine R. (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1 : Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014.

Ook in functie van het inkomensniveau varieert de subjectieve gezondheid: de laagste inkomensgroepen omschrijven hun eigen gezondheid vaker als (zeer)slecht.

Zie de resultaten van de [EU-SILC enquête 2013](#), tabel hlth_silc_08.

Zowel in Vlaanderen, Wallonië als in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, hangen inkomensarmoede en subjectieve armoede significant samen. Bron: Romagnoli A., Foubert J. Van Rossem R. en Bernard J. (2014). De relatie tussen armoede en gezondheid: een exploratie over de gewesten in België. In: Pannecoucke Isabelle, Lahaye Willy, Vranken Jan en Van Rossem Ronan (eds), [Armoede in België - Jaarboek 2014](#), p.49-70.

● **Chronische aandoeningen**

De meeste aandoeningen komen vaker voor bij laag opgeleiden dan bij hogeschoolden. Vaak gaat het daarbij om ernstige chronische ziekten, zoals hart- en vaatziekten, chronische longziekten, diabetes en ernstige nierziekten.

Inzake multimorbiditeit -het feit dat een individu aan meer dan één (chronische) ziekte tegelijkertijd lijdt- is er een duidelijke opleidingsgradient: hoe lager opgeleid, hoe hoger het risico op multimorbiditeit.

Meer info: Van der Heyden J. [Chronische aandoeningen](#). In: Van der Heyden J., Charafeddine R. (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1 : Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014.

● **Langdurige functionele beperkingen**

Bij de bevolking van 65 jaar en ouder is er een duidelijke sociale gradient: bij laaggeschoolden worden steeds hogere percentages beperkingen vastgesteld dan bij hogeschoolden en dit geldt zowel voor beperkingen in mobiliteit als voor beperkingen in basisactiviteiten, dagelijkse of huishoudelijke activiteiten.

Meer info: Demarest S., [Langdurige functionele beperkingen](#). In: Van der Heyden J., Charafeddine R. (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1 : Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014.

● **Geestelijke gezondheid**

Laagopgeleiden melden frequenter psychische problemen en hebben meer te maken met vermoeidheid (lagere vitale energie). De emotionele problemen die in de Gezondheidsenquête aan bod komen -angststoornissen, depressieve gevoelens en slaapproblemen- komen minder voor naarmate het opleidingsniveau stijgt en het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen ligt relatief hoger bij laagopgeleiden.

Meer info: Gisle L., [Geestelijke gezondheid](#). In: Van der Heyden J., Charafeddine R. (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1 : Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014.

● **Gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit**

In de Belgische Gezondheidsenquête van 2013 werd de levenskwaliteit ingeschat op basis van vragen over mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie. De gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit stijgt aanzienlijk naarmate het opleidingsniveau stijgt.

Meer info: Charafeddine R., [Gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit](#). In: Van der Heyden J., Charafeddine R. (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1 : Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014.

Tabel 9a: Percentage van de bevolking* (van 15 jaar en ouder) met een slechte subjectieve gezondheid, met psychologisch problemen en met één of meerdere langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps naar opleidingsniveau, België, 2013

Opleidingsniveau	Redelijk tot zeer slechte subjectieve gezondheid	Psychische problemen**	Aanwezigheid van één of meerdere langdurige ziekten, langdurige aandoeningen of handicaps
Geen of lager diploma	38,7	45,2	36,3
Lager secundair	27,2	31,5	30,1
Hoger secundair	20,3	33,5	26,5
Hoger onderwijs	13,5	26,9	22,9
Totaal	19,0	31,5	26,6

*gecontroleerd voor leeftijd en geslacht.

**volgens de GHQ-score +2: minstens twee abnormale psychische klachten hebben.

Bron: [Gezondheidsenquête 2013](#). Rapport 1: Gezondheid en Welzijn. WIV-ISP, Brussel, 2014.

● **Tuberculose**

Er bestaat een verband tussen armoede en de incidentie van tuberculose (= het aantal nieuwe tuberculosepatiënten per 100.000 inwoners per jaar). De kans besmet te raken met TBC en actieve TBC te ontwikkelen is effectief gelieerd met ondervoeding, met overbewoning, met gebrekkige luchtverversing en met slechte sanitaire voorzieningen. Armoede kan ook een efficiënte en effectieve behandeling van de ziekte in de weg staan (gebrekkige toegang tot informatie en behandeling). Ruimtelijk is er ook een correlatie met urbanisatie. De incidentie is geconcentreerd bij specifieke risicogroepen, zoals asielzoekers en daklozen.

In 2012 werd aangifte gedaan van 987 patiënten, wat overeenkomt met een tuberculose-incidentie van 8,9/100.000. Iets meer dan de helft van de patiënten (53,3%) was van niet-Belgische nationaliteit (n=526 van een totaal van 987). De proportie niet-Belgen is relatief stabiel de laatste jaren (54,6% in 2010 en 52,1% in 2011). De grootsteden Brussel, Luik, Antwerpen en Charleroi kampten met de hoogste tuberculose-incidentie. In 2012 waren 10,5% van de gemelde gevallen asielzoekers en 6,7% waren mensen zonder papieren, 3,1% waren gedetineerden, 2,9% dak- of thuislozen. De co-infectie TBC met HIV (humaan immunodeficiëntievirus) bestaat in 4,4% van de gevallen (8,0% in Brussel) (bron: VRGT (2014), [Tuberculoseregister België 2012](#)).

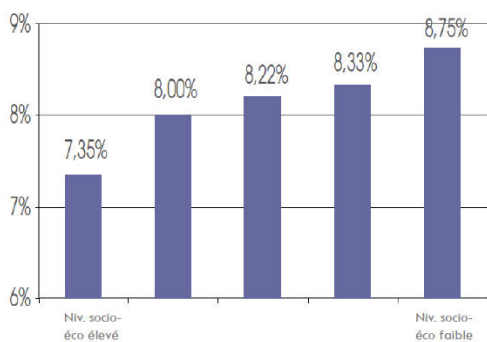
→ Kinderen en jongeren

Ongelijkheden met betrekking tot gezondheid treffen kinderen reeds voor de geboorte en zetten zich verder tijdens de volledige ontwikkeling. Kinderen die in armoede moeten leven, groeien op in omstandigheden die hun fysieke en mentale ontwikkeling in gevaar brengen (bron: [European Perinatal Health report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010](#), p. 24).

Prematuriteit is sterk gecorreleerd met sociale factoren. Bij een rangschikking van gemeenten in vijf categorieën op basis van armoedeindicatoren (werkloosheidsniveau, opleidingsniveau en inkomensniveau), observeert men dat het percentage te vroeg geboren baby's toeneemt met een stijging van het armoedeniveau van de gemeente: 7,35% voor de rijkste gemeenten tegenover 8,75% voor de armste gemeenten (zie figuur 9b).

Figuur 9b: Prematuriteit volgens socio-economisch niveau van gemeenten (werkloosheidsniveau, opleidingsniveau en inkomensniveau)

Taux de prématurité selon le niveau socio-économique des communes (niveau de chômage, d'instruction et revenu)



Sources : BDMS-ONE 2006-2007, SPF Economie et SPF Affaires sociales

Figuur zoals opgenomen in Billiet A., Tellier V., Vandenhooft A., Deguerri M. (2014). [Les inégalités sociales de santé chez les enfants](#), Fondation Roi Baudouin, [Colloque 'Agir sur les causes structurelles de la pauvreté des enfants'](#).

Onderzoek in Vlaanderen wijst op meer malformaties en meer perinatale en foeto-infantiele sterfte bij moeders met een lager opleidingsniveau. Carentiële factoren in utero werken verder doorheen de generaties, zijn ook voorbeschikkend naar latere pathologie (diabetes, vaatziekten) en hypothekeren de hele levensverwachting. Deze transgeneratiele carenties kunnen vóór en tijdens de zwangerschap ook niet meer worden "ingehaald", door voedings- en vitaminesupplementen bijvoorbeeld. (bron: Cammu H. et al. (red.) (2010), Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2009. Brussel, Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE), p. 81).

In Brussel in de periode 2010-2011 lopen kinderen die geboren worden in een huishouden zonder inkomen uit werk 2 keer meer risico om dood geboren te worden en, voor de levendgeborenen 1,5 keer meer risico om te sterven vóór het eerste levensjaar in vergelijking met kinderen geboren in een huishouden met twee inkomens uit werk. (bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2014), [Welzijnsbarometer. Brussels Armoederapport 2014](#), p. 41).

Wat betreft tieners toont een internationaal, longitudinaal onderzoek van [Health Behaviour in School-aged Children \(HBSC\)](#), aan dat tussen jongeren ongelijkheden bestaan met betrekking tot gezondheid die in verband kunnen worden gebracht met hun sociale afkomst. Jongeren uit minder goedgezinnen schatten hun gezondheid slechter in dan jongeren uit meer goedgezinnen en hebben ook meer gezondheidsklachten. (zie o.a. [HBSC 2009/10](#), p. 67).

2. Risicofactoren

→ Levensomstandigheden

De moeilijke leefomstandigheden op verschillende domeinen (huisvesting, leefomgeving, tewerkstelling, financieel...) vormen een belangrijke verklaring voor de slechte gezondheidstoestand van mensen die in armoede leven en voor de vastgestelde gezondheidsverschillen (zie WHO, [Social determinants of health](#); EuroHealthNet, [Ongelijkheid op gezondheidsgebied](#)). Tijdens de overlegbijeenkomsten over gezondheid georganiseerd door het [Steunpunt tot bestrijding van armoede](#), werd ook telkens weer in herinnering gebracht dat armoede de gezondheid sterk aantast. Actoren in de strijd tegen armoede pleiten er dan ook voor om preventie op het vlak van gezondheid erg breed te zien en in te zetten op een verbetering van de leefomstandigheden van mensen in armoede. (bron: Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2013), [Sociale bescherming en armoede](#), p. 69-70).

→ Medische preventie

Naast de belangrijke rol van de 'niet-medische preventie' die een verbetering van levensomstandigheden beoogt, speelt ook de 'medische' preventie, de preventie via het gezondheidssysteem een rol om in goede gezondheid te blijven, via vaccinaties, opsporing van bepaalde ziektes,... In bepaalde omstandigheden kan preventie echter de sociale ongelijkheden nog vergroten en dit om zeer uiteenlopende redenen: de 'controle'-visites bij de dokter kosten veel geld, de aangewende middelen zijn vaak onvoldoende om de armsten te bereiken,... De Gezondheidsenquête 2013 toont aan dat ondanks een nationaal programma voor vroegtijdige opsporing van borstkanker, er belangrijke socio-economische verschillen blijven bestaan in het domein van vroegtijdige opsporing van borstkanker: bij hoger opgeleiden liggen de percentages hoger. Bij vrouwen van 50-69 jaar, neemt het percentage toe van 56% bij de vrouwen zonder diploma of hoogstens een diploma lager onderwijs tot 82% bij vrouwen met een diploma hoger onderwijs. Belangrijke socio-economische verschillen worden ook vastgesteld bij het laten uitvoeren van een baarmoederhalsuitstrijkje in het kader van een vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker. Het percentage neemt toe van 51% bij vrouwen van 20-69 jaar met hoogstens een diploma lager onderwijs of geen diploma tot 77% bij vrouwen met een diploma hoger onderwijs. Dikkedarmkanker behoort tot de meest frequent voorkomende kankers in België, zowel bij mannen als bij vrouwen. Het percentage personen bij wie een fecaal occult bloedtest (FOBT) werd uitgevoerd, varieert niet in belangrijke mate in functie van het opleidingsniveau. Dit is daarentegen

wel het geval voor wat betreft de colonoscopie: deze werd uitgevoerd bij 17% van de bevolking van 50 tot 74 jaar met een laag opleidingsniveau, tegenover 28% van diegenen met een hoog opleidingsniveau. (bronnen: Demarest S., Charafeddine R. (ed.) (2015), Gezondheidsenquête 2013. Rapport 5: Preventie. Samenvatting van de onderzoeksresultaten; Tafforeau J., Kankerscreening. In: Demarest S., Charafeddine R. (ed.) (2015), Gezondheidsenquête 2013. Rapport 5: Preventie. WIV-ISP, Brussel).

→ Leefstijl

Risicofactoren m.b.t. leefstijl en voedingsgewoonten vormen een gedeeltelijke verklaring voor de gezondheidskloof. Lager opgeleiden zijn een risicogroep voor wat lichaamsbeweging betreft en zij lopen meer risico op overgewicht en zwaarlijvigheid. Personen met een lagere socio-economische status vertonen ook ongunstiger voedingsgewoonten. Mondgezondheid is één van de domeinen waar socio-economische gezondheidsverschillen het meest tot uiting komen. Lager opgeleiden hebben vaker geen eigen natuurlijke gebitselementen meer, hebben vaker een tandvervangende prothese, hebben meer kauwproblemen en poetsen minder vaak hun tanden. Inzake seksuele gezondheid, geven minder opgeleide personen aan meer vroegtijdige seksuele betrekkingen te hebben en minder opgeleide vrouwen gebruiken minder frequent een voorbehoedsmiddel. (bron: Gisle L., Demarest S. (ed.) (2014), Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. Samenvatting van de onderzoeksresultaten).

3. Ongelijkheden inzake toegang tot de gezondheidszorgen

België scoort een zesde plaats op de Europese ranglijst inzake toegankelijkheid van zorg (European Health Consumer Index, 30/11/2013), maar er bestaan grote socio-economische verschillen inzake toegang tot de gezondheidszorgen.

→ Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten

De resultaten van de Gezondheidsenquête 2013 tonen aan dat laagopgeleiden meer huisartscontacten melden dan hoogopgeleiden en het gaat ook vaker om opvolgcontacten en routinecontacten. Dit heeft deels te maken met hun slechtere gezondheidstoestand. Hoogopgeleiden consulteren vaker voor een nieuwe klacht of voor een preventieve actie.

De drempel om een specialist te raadplegen ligt hoger bij laagopgeleiden. Socio-economische verschillen in het gebruik van specialistische zorg variëren volgens het soort specialist. Specialisten waarvan meer gebruik gemaakt wordt door hoogopgeleiden zijn vooral de gynaecoloog en de kinderarts.

Personen zonder diploma of met slechts een diploma lager onderwijs melden frequenter een contact met een dienst spoedgevallen.

Socio-economische verschillen in het gebruik van tandzorg blijven prominent aanwezig. Bij de hoogst opgeleiden komt een jaarlijkse raadpleging bij de tandarts tweemaal zo vaak voor als bij de laagst opgeleiden.

Het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen neemt toe naarmate het opleidingsniveau daalt en dit zowel voor terugbetaalde als niet-terugbetaalde geneesmiddelen. Anderzijds is het gebruik van niet-voorgeschreven geneesmiddelen (die uiteraard niet terugbetaald worden) het hoogst bij hoogopgeleiden. Deze laatste doen dus meer aan zelfmedicatie.

Inzake het gebruik van diensten voor thuiszorg -België beschikt over een uitgebreid netwerk voor thuiszorg en vele ziekenfondsen betalen een groot deel van de kosten van deze diensten terug- : de laagst opgeleiden doen vaker een beroep op een dienst voor thuiszorg en meer specifiek op thuisverzorging door een verpleegkundige of vroedvrouw. (bron: Driesskens S., Gisle L. (ed.) (2015), Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3 - gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten. Samenvatting van de onderzoeksresultaten).

→ Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen

Tabel 9b geeft de evolutie weer van de uitgaven voor gezondheidszorgen en het percentage van de huishoudens die gezondheidszorgen moeten uitstellen.

Tabel 9b: Samenvattende tabel voor de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen

	1997	2001	2004	2008	2013
Gemiddelde uitgaven per maand voor gezondheidszorgen (in euro; geïndexeerd)	142	144	130	128	108
Gemiddeld aandeel (%) van uitgaven voor gezondheidszorgen in het huishoudbudget	5,9%	6,6%	5,8%	5,8%	5,2
Percentage van de huishoudens...					
Dat uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk om dragen vindt	33,1%	29,4%	29,5%	34,8%	25,9
Dat medische consumptie vanwege financiële redenen moest uitstellen in de afgelopen 12 maanden	8,5%	10,1%	9,7%	13,6%	8,4

Bron: Gezondheidsenquête, België, 1997, 2001, 2004, 2008 en 2013 zoals opgenomen in: Driesskens S., Gisle L. (ed.) (2015), Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3 - gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten. Samenvatting van de onderzoeksresultaten, p. 36.

De resultaten van de Gezondheidsenquête 2013 geven aan dat gemiddeld een huishouden 5% van zijn budget besteedt aan uitgaven voor gezondheidszorgen. Voor de 20% laagst verdienende huishoudens gaat het om 7% van het inkomen; bij de 20% meest verdienende huishoudens om 3%.

Een kwart van de huishoudens is van oordeel dat uitgaven voor gezondheidszorgen (zeer) moeilijk passen binnen hun budget. Bij de laagst verdienende huishoudens zegt 53% dat de uitgaven van gezondheidszorgen moeilijk om dragen zijn; bij de meest verdienende huishoudens gaat het om slechts 7% van de huishoudens.

De opeenvolgende Gezondheidsenquêtes tonen aan dat ondanks alle beschermende maatregelen, een substantieel hoog percentage huishoudens aangeeft medische consumptie te moeten uitstellen vanwege financiële redenen. De Gezondheidsenquête van 2008 gaf aan dat 14% van de huishoudens in dit geval waren. Uit onderzoek van de resultaten van de Gezondheidsenquête 2008 in opdracht van het RIZIV, blijkt dat het vooral om eenouderhuishoudens gaat, alleenstaanden, huishoudens met een beperkt opleidingsniveau, huishoudens waarvan de referentiepersoon buiten de EU geboren is, huishoudens woonachtig in het Brussels Gewest of, meer algemeen, in stedelijke gebieden. Het gaat bovendien om huishoudens met (relatief) lage inkomens en (relatief) hoge kosten voor gezondheidszorgen. Deze kosten kunnen verklaard worden door het feit dat (de leden van) deze huishoudens relatief meer met gezondheidsproblemen (chronische aandoeningen, beperkingen) geconfronteerd worden.

De resultaten van de Gezondheidsenquête 2013, geven aan dat 8% van de huishoudens medische zorgen, tandverzorging, (voorgeschreven) geneesmiddelen, een bril en/of mentale zorgen heeft moeten uitstellen, wat een significante vermindering is in vergelijking met 2008 (toen 14 %). Meer studie is nodig om de reden hiervan te achterhalen. (bron: Demarest S., [Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen](#). In Drieskens S., Gisle L. (ed.) (2015), Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3: Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten. Brussel, WIV-ISP).

De problematiek van sociale bescherming voor wie ziek is of een handicap heeft, komt aan bod in het tweejaarlijkse Verslag 2012-2013 van het Steunpunt tot bestrijding van armoede. (Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2013), [Sociale bescherming en armoede](#)).

Laatste aanpassing: 03/04/2015



ls

