



Service de lutte contre la pauvreté,
la précarité et l'exclusion sociale

Steunpunt tot bestrijding van armoede,
bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting

Dienst zur Bekämpfung von Armut, prekären
Lebensumständen und sozialer Ausgrenzung

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting

● ● Feiten en cijfers

● Bestaat er een sociale gezondheidskloof ?

Laatste aanpassing: 26/11/2019

Ja. Uit cijfers blijkt dat mensen met een lagere sociale status (opleidingsniveau, activiteitstatus, 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

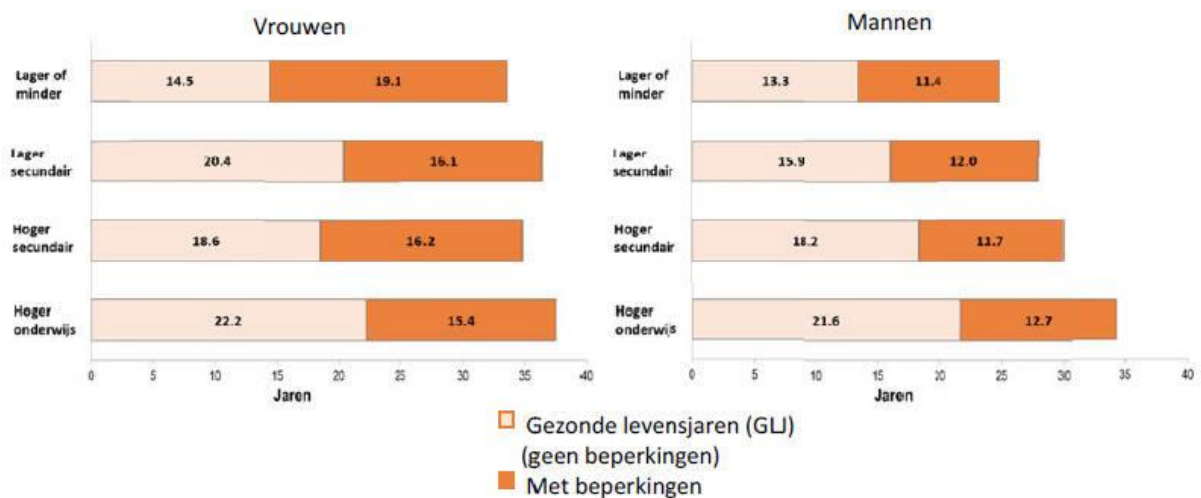
1. Ongelijkheden inzake gezondheid

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. België behoort zelfs tot die landen waar de gezondheidsongelijkheden tussen de hoogst en laagst opgeleiden het grootst zijn. (bron: OECD (2019), [Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems](#))

- **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 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 (figuur 9a) 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

Wat het sterftecijfer betreft, is de sociale gradiënt bijzonder sterk.

Onderzoek van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) toont aan dat in 2016 inwoners van de armste wijken, 56 % meer risico lopen om binnen het jaar te overlijden dan die van de rijkste wijken (bron: Avalosse Hervé, Maron Leila, Lona Murielle et al. (2019). [Ongelijkheid in gezondheid](#), Intermutualistisch Agentschap – Agence Intermutualiste, p. 14-15).

- 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.

Tussen 2001 en 2011 is de ongelijkheid in het aantal gezonde levensjaren zonder beperking toegenomen. (bron: Renard François, Devleeschauwer Brecht, Van Oyen Herman et al. (2019), [Evolution of educational inequalities in life and health expectancies at 25 years in Belgium between 2001 and 2011: a census-based study](#) in *Archives of Public Health*, 77:6)

- **Arm maakt ziek - ziek maakt arm**

Resultaten van de [Gezondheidsenquêtes](#) tonen aan dat er een duidelijke samenhang is tussen sociale status (opleidingsniveau, activiteitstatus, inkomensniveau) en gezondheid.

De Gezondheidsenquête 2018 rapporteert: 'De aanwezigheid van socio-economische ongelijkheden in de prevalentie van langdurige ziekten en aandoeningen blijft een probleem. Socio-economische ongelijkheden zijn ook prominent aanwezig als we gevolgen van ziek zijn bekijken (levenskwaliteit, pijn, beperkingen). Personen die zich onderaan de sociale ladder bevinden, zijn dus niet enkel vaker ziek, maar ziekte heeft ook een grotere impact op de kwaliteit van hun leven.' (bron: Van der Heyden J., Charafeddine R., Demarest S. et al. (2019), [Gezondheidsenquête 2018: gezondheid en kwaliteit van leven. Samenvatting van de resultaten](#). Brussel, Sciensano, p. 11)

Meer info: [Gezondheidsenquête 2018, België](#)

Ook de resultaten van het onderzoek van het Intermutualistisch Agentschap (AMA) tonen aan dat hoe lager op de sociale ladder, hoe slechter de fysieke en mentale gezondheidstoestand. (bron: Avalosse H erv e, Maron Leila, Lona Murielle et al. (2019). [Ongelijkheid in gezondheid](#), Intermutualistisch Agentschap – Agence Intermutualiste)

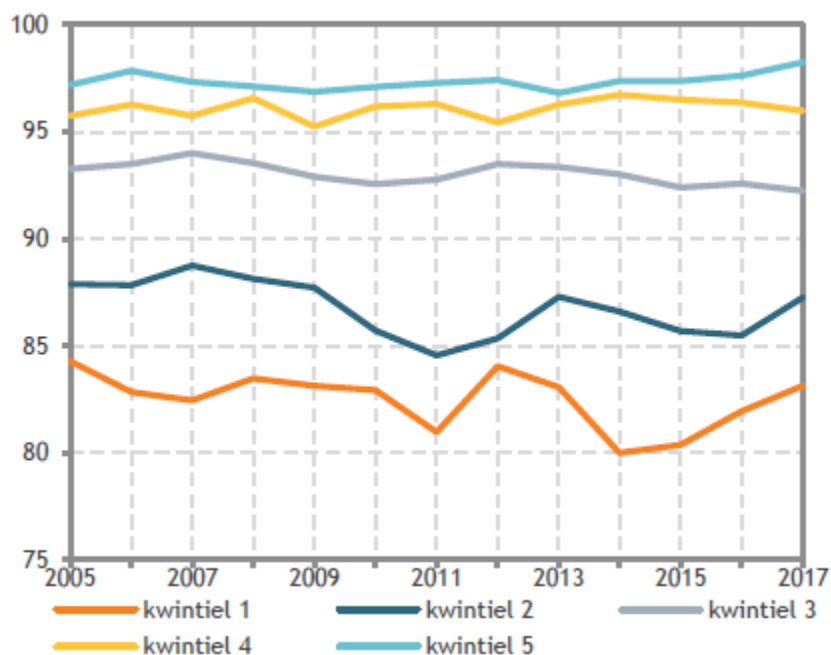
• Subjectieve gezondheid

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 of hoger onderwijs. Het risico van het aangeven van gezondheidsproblemen is 4,0 keer zo hoog bij de laagst opgeleiden dan bij de hoogst opgeleiden. De samenhang tussen socio-economische status en subjectieve gezondheid werd voorheen al vastgesteld.

Meer info: Tafforeau J., Drieskens R., Charafeddine R. et al. (2019), [Gezondheidsenquête 2018: Subjectieve gezondheid](#), Brussel, Sciensano.

Ook in functie van het inkomensniveau varieert de subjectieve gezondheid: hoe hoger het inkomen, hoe meer personen verklaren zich in een zeer goede, goede of redelijke gezondheidstoestand te bevinden. Het verschil tussen de inkomenscategorie en stijgt licht. Dat is zowel toe te schrijven aan een verbetering van de ervaren gezondheid bij de rijkste groep als aan de daling bij de armste groep. Het bereikt 15,1 procentpunt in 2017.

Figuur 9b: Ervaren gezondheid (zeer goed, goed of redelijk) volgens inkomen, procent van de bevolking van 16 jaar en ouder, 2005-2017



Bron: Statistics Belgium (2018) zoals opgenomen in Federaal Planbureau (2019), [Aanvullende indicatoren naast het bbp](#), p. 54, figuur 30.

In de EU-SILC enquête 2018 zegt 59,7 % van de bevolking van 16 jaar en ouder in de eerste kwintielgroep (20% van de bevolking met het laagste inkomen) en 64,2 % in de tweede kwintielgroep in zeer goede of goede gezondheid te zijn, tegenover 77,3 % in de derde, 83,7 % in de vierde en 88,8 % in de vijfde kwintielgroep (20% van de bevolking met het hoogste inkomen). Het verschil tussen de armste en rijkste inkomensgroep bedraagt 29,1 procentpunt. (bron: Eurostat, Health variables of EU-SILC, [hlth_silc_10](#))

- Chronische aandoeningen

Al in de eerste Gezondheidsenquête in 1997 werd vastgesteld dat chronische ziekten vaker voorkomen bij laagopgeleiden dan bij hoogopgeleiden. Twintig jaar later is dit nog steeds niet veranderd. Laagopgeleiden lijden vaker dan hoogopgeleiden aan hoge bloeddruk, hoog cholesterolgehalte in het bloed, hartinfarct, lage rugproblemen, artrose, artritis, diabetes, urinaire incontinentie, ernstige hoofdpijn zoals migraine, langdurige vermoeidheid, depressie en astma. Laagopgeleiden hebben dan ook veel vaker te maken met multimorbiditeit (verschillende aandoeningen tegelijkertijd).

Meer info: Van der Heyden J., Charafeddine R. (2019), [Gezondheidsenquête 2018: Chronische ziekten en aandoeningen](#), Brussel, Sciensano.

De resultaten van de in 2018 en 2019 uitgevoerd nationaal gezondheidsonderzoek tonen aan dat lager opgeleiden een grotere kans hebben op diabetes dan hoger opgeleiden. Niet gekende of niet optimaal geregelde diabetes komt 3 keer vaker voor bij lager opgeleiden dan bij hoger opgeleiden.

Meer info: Van der Heyden J., Nguyen D., Renard F. et al. (2019), [Belgisch gezondheidsonderzoek 2018](#), Brussel, Sciensano.

- Langdurige functionele beperkingen

Laag opgeleide personen van 65 jaar en ouder rapporteren significant vaker beperkingen dan hoogopgeleiden en dit geldt zowel voor beperkingen in mobiliteit als voor beperkingen in basisactiviteiten, dagelijkse of huishoudelijke activiteiten.

Meer info: Demarest S., Gisle L., Charafeddine R. et al. (2019), [Gezondheidsenquête 2018: Langdurige beperkingen](#), Brussel, Sciensano.

- Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van het leven

In de Gezondheidsenquête wordt 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., Braekman E., Van der Heyden J. (2019). [Gezondheidsenquête 2018: Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven](#), Brussel, Sciensano.

● Tuberculose

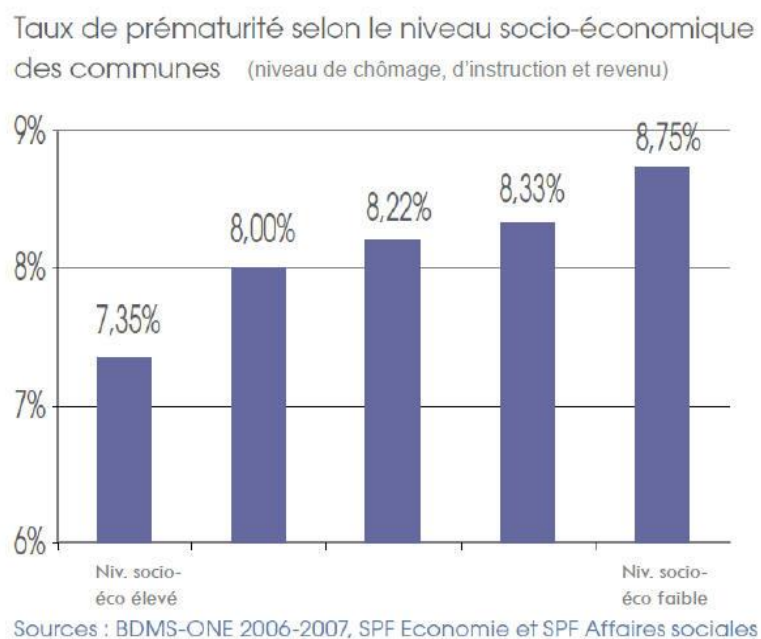
Er bestaat een verband tussen armoede en de incidentie van tuberculose (= het aantal nieuwe tuberculosepatiënten per 100.000 inwoners per jaar). De kans besmet te raken met TBC en actieve TBC te ontwikkelen is effectief gelieerd met ondervoeding, met overbewoning, met gebrekkige luchtverversing en met 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.

Sinds 2007 is de incidentie, het aantal zieken per 100.000 inwoners, gedaald tot minder dan 10 gevallen per 100.000 inwoners. In 2017 is dit 8,6/100.000 en werd aangifte gedaan van 972 patiënten. Iets meer dan de helft van de patiënten (52,0 %) was van niet-Belgische nationaliteit. Tuberculose komt vaker voor in de grote steden (Brussel, Antwerpen, Luik, Charleroi) omdat men daar een hogere concentratie vindt van risicogroepen (kansarmen, daklozen, mensen uit hoge incidentielanden). In 2017 waren 10,1 % van de gemelde gevallen asielzoekers, 8,8 % waren mensen zonder papieren, 7,0 % dak- en thuislozen en 2,1% waren gedetineerden. (bron: VRGT (2019), [Tuberculoseregister België 2017](#))

● 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. 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 9c).

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



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

In het Brussels Gewest, lag in 2014-2015 het risico op een doodgeboorte in huishoudens zonder inkomen uit arbeid dubbel zo hoog en is bij de levendgeboren kinderen het risico op overlijden in het eerste levensjaar 1,7 keer groter, dan bij gezinnen met 2 inkomens (bron: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2018). [Welzijnsbarometer 2018](#), Brussel, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, p. 47). Een belangrijk deel van de hogere risico's voor migranten inzake geboortegewicht en perinatale mortaliteit is verbonden met hun socio-economische situatie (bron: De Spiegelaere M., Racape J., Sow M. (2017), [Wat betekenen armoede en migratie voor de gezondheid van baby's?](#), Brussel, Koning Boudewijnstichting).

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.

Meer info: [HBSC Vlaanderen](#) en [HBSC 2014 Fédération Wallonie-Bruxelles](#).

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. (bronnen: Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2013), [Sociale bescherming en armoede](#), p. 69-70) en Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2019), *Duurzaamheid en armoede*, Deel Toegang tot gezondheidszorg (verschijnt 11 december 2019).

- **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 2018 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: hoger opgeleide vrouwen geven relatief meer aan een mammografie te hebben laten uitvoeren. Het verschil in percentages vrouwen die een mammografie hebben laten uitvoeren tussen de laagst en hoogst opgeleiden bedraagt 15,2%. Belangrijke socio-economische ongelijkheden worden ook vastgesteld bij het laten uitvoeren van een baarmoederhalsuitstrijkje in het kader van een vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker. Bij laag opgeleide vrouwen bedraagt het percentage dat in de afgelopen drie jaar een uitstrijkje liet uitvoeren 47,3%, terwijl dit bij de hoogst opgeleiden 76,3% was. Dikkedarmkanker behoort tot de meest frequent voorkomende kankers in België, zowel bij mannen als bij vrouwen. Socio-economische verschillen worden zowel voor wat betreft het uitvoeren van een fecaal occult bloedtest (FOBT) als wat betreft de colonoscopie teruggevonden.

Meer info: Demarest S., Berete F., Charafeddine R., et al. (2019), [Gezondheidsenquête 2018: Kennis over gezondheid en gezondheidspreventie](#). Samenvatting van de resultaten, Brussel, Sciensano; Berete F, Tafforeau J., Demarest S. (2019), [Gezondheidsenquête 2018: Vroegtijdige opsporing van kanker](#), Brussel, Sciensano.

Ook het onderzoek van het Intermutualistisch Agentschap (AMA) toont aan dat hoe lager op de sociale ladder, hoe minder effectief de preventie is (Avalosse Hervé, Maron Leila, Lona Murielle et al. (2019). [Ongelijkheid in gezondheid](#), Intermutualistisch Agentschap – Agence Intermutualiste).

- **Leefstijl**

Risicofactoren m.b.t. leefstijl en voedingsgewoonten vormen een gedeeltelijke verklaring voor de gezondheidskloof. Lager opgeleiden vertonen ongunstiger voedingsgewoonten, zijn een risicogroep voor wat lichaamsbeweging betreft en lopen meer risico op overgewicht en zwaarlijvigheid. De resultaten van de in 2018 en 2019 uitgevoerd [nationaal gezondheidsonderzoek](#) tonen ook aan dat het percentage volwassenen met overgewicht, obesitas en een te hoge buikomtrek afneemt met het opleidingsniveau.

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.

Meer info: Drieskens S., Gisle L., Charafeddine R. et al. (2019), [Gezondheidsenquête 2018: Levensstijl](#). Samenvatting van de resultaten, Brussel, Sciensano.

Alle rapporten op: [Gezondheidsenquête 2018, België](#)

3. Ongelijkheden inzake toegang tot de gezondheidszorgen

België scoort een vijfde plaats op de Europese ranglijst inzake toegankelijkheid van zorg ([Euro Health Consumer Index 2018](#)), maar er bestaan grote socio-economische verschillen inzake toegang tot de gezondheidszorgen.

- **Gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten**

Verslagen zoals deze van het [European Social Policy Network \(ESPN\) \(2018\) over de ongelijkheid tot de gezondheidszorgen in België](#) en van het [Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg \(KCE\) \(2019\) over de performantie van het Belgische gezondheidssysteem](#)

wijzen op de grote en zelfs toenemende socio-economische ongelijkheden qua toegang tot de gezondheidszorg. 'Het effectief bereiken van kansarme groepen blijft een uitdaging' (Europese Commissie, [Landverslag België 2019](#), p. 48).

De resultaten van de Gezondheidsenquête 2013 (resultaten van de [Gezondheidsenquête 2018 over het gebruik van de gezondheidsdiensten](#) zijn nog niet beschikbaar) 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. Specialistische zorg 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 nietterugbetaalde 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: Drieskens S., Gisle L. (ed.) (2015), [Gezondheidsenquête 2013. Rapport 3 - gebruik van gezondheids- en welzijnsdiensten. Samenvatting van de onderzoeksresultaten](#)).

Het onderzoek van het Inter-mutualistisch Agentschap (AMA) stelt ook vast een 'zeer duidelijk algemeen probleem van toegang tot tandheelkundige zorg ten nadele van kansarme bevolkingsgroepen'. Personen uit de laagste inkomensklasse hebben 47 % meer kans om in 3 opeenvolgende jaren geen contact met een tandarts te hebben gehad dan die in de hoogste klasse. Het onderzoek toont ook aan dat wie lager op de sociale ladder staat meer gebruik maakt van de spoedgevallendienst van het ziekenhuis. (bron: Avalosse Hervé, Maron Leila, Lona Murielle et al. (2019). [Ongelijkheid in gezondheid](#), Inter-mutualistisch Agentschap – Agence Inter-mutualiste).

- **Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen**

Tabel 9a geeft een overzicht van de uitgaven voor gezondheidszorgen en het percentage van de huishoudens die gezondheidszorgen moeten uitstellen.

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

Gemiddelde gezondheidsuitgaven per jaar per huishouden (in euro) (2018) (1)	1.636
Gemiddeld aandeel (%) van uitgaven voor gezondheidszorgen in het huishoudbudget (2018) (2)	5 %
Percentage van de huishoudens...	
Dat uitgaven voor gezondheidszorgen als moeilijk om dragen vindt (2017) (3)	15,7
Dat zegt medische zorg vanwege financiële redenen te moeten uitstellen of afstellen (2018) (4)	1,7

(1) en (2) bron: [Statbel \(Algemene Directie Statistiek – Statistics Belgium\): Huishoudbudgetonderzoek, 2018](#)

(3) bron: [Eurostat, EU-SILC ad hoc modules: 2017-gezondheid \(ilc_hch\)](#)

(4) bron: [Eurostat, EU-SILC data \(hlth_silc_08\)](#)

Personen in alle inkomensgroepen geven in 2018 aan medische zorg te moeten uit- of afstellen stellen, hoofdzakelijk omwille van financiële redenen. De zelfgerapporteerde niet ingevulde medische noden omwille van financiële redenen zijn gemiddeld laag, maar hoog voor het kwintiel met het laagste inkomen (tabel 9b)

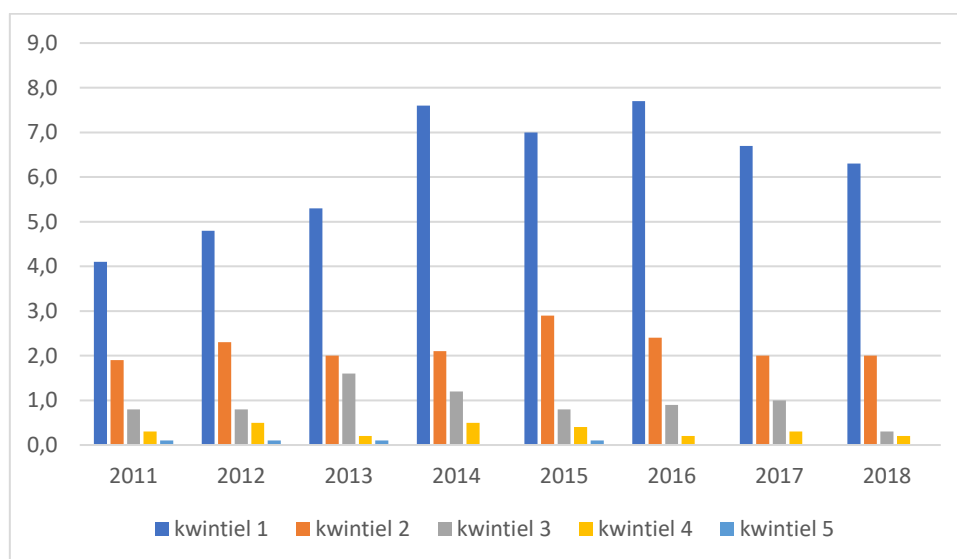
Tabel 9b: Zelfgerapporteerde onvervulde behoeften aan medische zorg wegens kostprijs, wachttijd en afstand, per inkomenskwintiel, 2018

	Te duur	Te ver	WachtlIJst
Totaal	1,7	0,0	0,0
kwintiel 1	6,3	0,0	0,0
kwintiel 2	2,0	0,0	0,0
kwintiel 3	0,3	0,0	0,0
kwintiel 4	0,2	0,0	0,0
kwintiel 5	0,0	0,0	0,0

Bron: [Eurostat, EU-SILC data](#)

In het laagste inkomenskwintiel steeg het aantal mensen dat omwille van financiële redenen geen toegang heeft tot noodzakelijke medische zorg van 4,1 % in 2011 naar 7,7 % in 2016. In 2018 blijft het percentage hoog: 6,3 % rapporteert financiële obstakels voor toegang tot medische zorg. (tabel 9c).

Tabel 9c: Zelfgerapporteerde onvervulde behoeften aan medische zorg wegens financiële redenen per inkomenskwintiel, 2011-2018



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
kwintiel 1	4,1	4,8	5,3	7,6	7,0	7,7	6,7	6,3
kwintiel 2	1,9	2,3	2,0	2,1	2,9	2,4	2,0	2,0
kwintiel 3	0,8	0,8	1,6	1,2	0,8	0,9	1,0	0,3
kwintiel 4	0,3	0,5	0,2	0,5	0,4	0,2	0,3	0,2
kwintiel 5	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0	0,0	0,0

Bron: [Eurostat](#), [EU-SILC data](#)

De ongelijkheden zijn nog meer uitgesproken voor tandheelkundige onderzoeken. Het aandeel personen dat aangeeft zorg te moeten uitstellen in 2018 bedraagt 9,3 % in de laagste en in de hoogste inkomenskwintiel 0,2 % (zie tabel 9d)

Tabel 9d: Zelfgerapporteerde onvervulde behoeften aan tandzorg wegens financiële redenen per inkomenskwintiel, 2018

	Tandzorg
Totaal	3,0
kwintiel 1	9,3
kwintiel 2	3,9
kwintiel 3	1,2
kwintiel 4	0,5
kwintiel 5	0,2

Bron: [Eurostat](#), [EU-SILC data](#)

Het [Performantierapport 2019 van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg \(KCE\)](#) drukt bezorgdheid uit voor het aandeel gezinnen met uitgestelde gezondheidszorg om financiële redenen. Sociaal-economische ongelijkheden op gebied van gezondheid zijn groot. Ook de Europese Commissie drukt hieromtrent zijn bezorgdheid uit (Europese Commissie, [Landverslag België 2019](#)).

Zie ook: OESO/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), [België: Landenprofiel gezondheid 2019](#).

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](#)) en Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2019), *Duurzaamheid en armoede*, Deel Toegang tot gezondheidszorg (verschijnt op 11 december 2019 op www.armoedebestrijding.be).

Laatste aanpassing: 26/11/2019
