

Ongelijkheid in gezondheid

Publicatiedatum : mei 2019

Auteurs : Hervé Avalosse, Leila Maron, Murielle Lona, Joeri Guillaume,
El Maâti Allaoui, Tonio Di Zinno

INHOUDSTABEL

1	Inleiding	7
2	Methodologie	9
2.1	Uitwerking van de sociale stratificatie	9
2.1.1	Statistische sectoren en fiscale inkomsten	9
2.1.2	Sociale stratificatie in vijf klassen	10
2.2	Gezondheidsindicatoren : gestandaardiseerde index	12
2.3	Beperkingen van de gehanteerde methodologie	12
3	Resultaten.....	14
3.1	Gezondheidstoestand.....	14
3.1.1	Mortaliteit	14
3.1.2	Morbiditeit : primaire arbeidsongeschiktheid	16
3.1.3	Morbiditeit : Invaliditeit	17
3.1.4	Morbiditeit : Statuut chronische aandoening.....	19
3.1.5	Morbiditeit : Gebruik van antidepressiva	20
3.1.6	Morbiditeit : Gebruik van antipsychotica	21
3.1.7	Morbiditeit : Diabetes	22
3.1.8	Morbiditeit : Obstructieve luchtwegaandoeningen.....	23
3.1.9	Morbiditeit : Chronische obstructieve longaandoening (COPD)	24
3.1.10	Morbiditeit : Cardiale therapie	25
3.2	Preventie	26
3.2.1	Griepvaccinatie.....	26
3.2.2	Baarmoederhalskankerscreening	28
3.2.3	Borstkankerpreventie (1) - via bevolkingsonderzoek	29
3.2.4	Borstkankerpreventie (2) - via diagnostische mammografie	30
3.2.5	Borstkankerpreventie (3) - ongeacht het type onderzoek	31
3.2.6	Preventieve tandzorgen : kinderen	32
3.2.7	Preventieve tandzorgen : volwassenen	33
3.2.8	Colonoscopie	34
3.2.9	Voorbehoedsmiddelen voor jonge vrouwen	35
3.3	Contacten met de verstrekkers van de eerste lijn	38
3.3.1	Huisarts : alle types contacten	38
3.3.2	Huisartsen : raadplegingen op zijn kabinet	39
3.3.3	Bezoeken door de huisarts bij de patiënt thuis.....	40
3.3.4	Een actief globaal medisch dossier (GMD) onderschreven hebben	41
3.3.5	Ingeschreven in een medisch huis (WGC)	43

3.3.6	Contact met arts-specialist.....	44
3.3.7	Het volgen van een orthodontische behandeling.....	45
3.3.8	Geen contact met de tandarts.....	46
3.4	Contact met de ziekenhuisinfrastructuur.....	47
3.4.1	Opgenomen worden in een algemeen ziekenhuis.....	47
3.4.2	Hospitalisaties in de psychiatrie.....	48
3.4.3	Opnames in pediatrie of neonatologie.....	49
3.4.4	Gebruik van de spoeddiensten van het ziekenhuis.....	50
4	Commentaar en algemene aanbevelingen.....	52
Bijlage I : Vlaanderen.....		55
1.	GEZONDHEIDSTOESTAND.....	55
1.1	Mortaliteit.....	55
1.2	Morbiditeit : Primaire arbeidsongeschiktheid.....	55
1.3	Morbiditeit : Invaliditeit.....	56
1.4	Morbiditeit : Statuut chronische aandoening.....	56
1.5	Morbiditeit : Gebruik van antidepressiva.....	57
1.6	Morbiditeit : Gebruik van antipsychotica.....	57
1.7	Morbiditeit : Diabetes.....	58
1.8	Morbiditeit : Obstructieve luchtwegaandoeningen.....	58
1.9	Morbiditeit : Chronische obstructieve longaandoening (COPD).....	59
1.10	Morbiditeit : Cardiale therapie.....	59
2.	Preventie.....	60
2.1	Griepvaccinatie.....	60
2.2	Baarmoederhalskankerscreening.....	60
2.3	Borstkankerpreventie (1) - via bevolkingsonderzoek.....	61
2.4	Borstkankerpreventie (2) - via diagnostische mammografie.....	61
2.5	Borstkankerpreventie (3) - ongeacht het type onderzoek.....	62
2.6	Preventieve tandzorgen : kinderen.....	62
2.7	Preventieve tandzorgen : volwassenen.....	63
2.8	Colonoscopie.....	63
2.9	Voorbehoedsmiddelen voor jonge vrouwen.....	64
3.	Contacten met de verstrekkers van de eerste lijn.....	64
3.1.	Huisartsen: alle type contacten.....	64
3.2.	Huisartsen: raadplegingen op het kabinet.....	65
3.3.	Huisartsen: bezoeken bij de patiënt thuis.....	65
3.4.	Beschikken over een actief globaal medisch dossier (GMD).....	66
3.5.	Ingeschreven in een medisch huis (WGC).....	66

3.6.	Contact met de geneesheer-specialist	67
3.7.	Orthodontiebehandeling	67
3.8.	Geen contact met de tandarts (in 3 jaar)	68
4.	Contact met de ziekenhuisinfrastructuur	68
4.1	Opnames in een algemeen ziekenhuis.....	68
4.2	Opnames in een psychiatrisch ziekenhuis (of de psychiatrische dienst van een AZ).....	69
4.3	Opnames in de diensten pediatrie of neonatologie	69
4.4	Bezoek aan de spoeddiensten van een ziekenhuis	70
Bijlage 2 : Wallonië		71
1.	Gezondheidstoestand.....	71
1.1	Mortaliteit	71
1.2	Morbiditeit : Primaire arbeidsongeschiktheid	71
1.3	Morbiditeit : Invaliditeit	72
1.4	Morbiditeit : Statuut chronische aandoening.....	72
1.5	Morbiditeit : Gebruik van antidepressiva	73
1.6	Morbiditeit : Gebruik van antipsychotica	73
1.7	Morbiditeit : Diabetes	74
1.8	Morbiditeit : Obstructieve luchtwegaandoeningen.....	74
1.9	Morbiditeit : Chronische obstructieve longaandoening (COPD)	75
1.10	Morbiditeit : Cardiale therapie	75
2.	Preventie	76
2.1	Griepvaccinatie.....	76
2.2	Baarmoederhalskankerscreening	76
2.3	Borstkankerpreventie (1) - via bevolkingsonderzoek	77
2.4	Borstkankerpreventie (2) - via diagnostische mammografie	77
2.5	Borstkankerpreventie (3) - ongeacht het type onderzoek	78
2.6	Preventieve tandzorgen : kinderen	78
2.7	Preventieve tandzorgen : volwassenen.....	79
2.8	Colonoscopie	79
2.9	Voorbehoedsmiddelen voor jonge vrouwen	80
3.	Contacten met de verstrekkers van de eerste lijn	80
3.1	Huisartsen: alle type contacten	80
3.2	Huisartsen: raadplegingen op het kabinet	81
3.3	Huisartsen: bezoeken bij de patiënt thuis.....	81
3.4	Beschikken over een actief globaal medisch dossier (GMD)	82
3.5	Ingeschreven in een medisch huis (WGC)	82
3.6	Contact met de geneesheer-specialist	83

3.7	Orthodontiebehandeling	83
3.8	Geen contact met de tandarts (in 3 jaar)	84
4.	Contact met de ziekenhuisinfrastructuur	84
4.1	Opnames in een algemeen ziekenhuis.....	84
4.2	Opnames in een psychiatrisch ziekenhuis (of de psychiatrische dienst van een AZ).....	85
4.3	Opnames in de diensten pediatrie of neonatologie	85
4.4	Bezoek aan de spoeddiensten van een ziekenhuis	86
Bijlage 3 : Brussel		87
1.	GEZONDHEIDSTOESTAND	87
1.1	Mortaliteit	87
1.2	Morbiditeit : Primaire arbeidsongeschiktheid	87
1.3	Morbiditeit : Invaliditeit	88
1.4	Morbiditeit : Statuut chronische aandoening.....	88
1.5	Morbiditeit : Gebruik van antidepressiva	89
1.6	Morbiditeit : Gebruik van antipsychotica	89
1.7	Morbiditeit : Diabetes	90
1.8	Morbiditeit : Obstructieve luchtwegaandoeningen.....	90
1.9	Morbiditeit : Chronische obstructieve longaandoening (COPD)	91
1.10	Morbiditeit : Cardiale therapie	91
2.	Preventie	92
2.1	Griepvaccinatie.....	92
2.2	Baarmoederhalskankerscreening	92
2.3	Borstkankerpreventie (1) - via bevolkingsonderzoek	93
2.4	Borstkankerpreventie (2) - via diagnostische mammografie	93
2.5	Borstkankerpreventie (3) - ongeacht het type onderzoek	94
2.6	Preventieve tandzorgen : kinderen	94
2.7	Preventieve tandzorgen : volwassenen.....	95
2.8	Colonoscopie	95
2.9	Voorbehoedsmiddelen voor jonge vrouwen	96
3.	Contacten met de verstrekkers van de eerste lijn	96
3.1	Huisartsen: alle type contacten	96
3.2	Huisartsen: raadplegingen op het kabinet	97
3.3	Huisartsen: bezoeken bij de patiënt thuis.....	97
3.4	Beschikken over een actief globaal medisch dossier (GMD)	98
3.5	Ingeschreven in een medisch huis (WGC)	98
3.6	Contact met de geneesheer-specialist	99
3.7	Orthodontiebehandeling	99

3.8	Geen contact met de tandarts (in 3 jaar)	100
4.	Contact met de ziekenhuisinfrastructuur	100
4.1	Opcodes in een algemeen ziekenhuis.....	100
4.2	Opcodes in een psychiatrisch ziekenhuis (of de psychiatrische dienst van een AZ).....	101
4.3	Opcodes in de diensten pediatrie of neonatologie	101
4.4	Bezoek aan de spoeddiensten van een ziekenhuis	102
Bijlage IV : Beperkingen van de fiscale data		103

1 INLEIDING

Als we het hebben over sociale ongelijkheid in gezondheid, dan hebben we het over het feit dat de gezondheid een sociale gradiënt volgt: bij een zwakkere sociaaleconomische positie zijn de gezondheidsindicatoren de neiging om te verslechteren en de lijkt levensverwachting te dalen. Er is een overvloed aan internationale literatuur over dit onderwerp. Voor België wijzen de resultaten van de verschillende gezondheidsenquêtes via interview¹ duidelijk in die richting. Zoals de meeste studies over dit onderwerp, gebruiken deze gezondheidsenquêtes verklaringen en informatie uit steekproeven van de bevolking.

Onze aanpak zal beschrijvend zijn. Het doel is om deze ongelijkheden binnen de Belgische bevolking op te sporen en te meten door optimaal gebruik te maken van de gegevens van het InterMutualistisch Agentschap (IMA). Om dit te bereiken moeten twee soorten informatie aan elkaar worden gekoppeld:

- een gezondheidsindicator: hier gebruiken we de administratieve en facturatiegegevens aanwezig binnen de verplichte ziekte- invaliditeitsverzekering (ZIV) en waarover het IMA beschikt,
- een sociale stratificatie uitwerken: dit kan gebeuren via de belastingsstatistieken beschikbaar op het niveau van de statistische sectoren van de woonplaats van de leden van de verzekeringsinstellingen.

Door het aanwenden van de IMA-databases kan een systematiek uitgewerkt worden (de IMA-gegevens omvatten alle gegevens van de sociaal verzekerden in België). De erin vervatte gegevens worden in het kader van het beheer van de ZIV geregistreerd en gecontroleerd en de methode kan dus regelmatig opnieuw gebruikt worden. Deze studie biedt dan ook een complementaire benadering van bestaande studies, hoofdzakelijk steunend op enquêtes bij een deel van de Belgische bevolking.

Dit rapport bestaat uit vier delen. Na deze **Inleiding (1)** wordt ingegaan op de volgende elementen:

- De **Methodologie (2)** die enerzijds de opbouw van de sociale stratificatie toelicht en die de bevolking classificeert volgens een proxy van haar financiële middelen. Daarnaast wordt de productie van gestandaardiseerde indicatoren geduid. Via deze indicatoren worden de resultaten voor een specifieke gezondheidsgerelateerde gebeurtenis (bv. diabetes) vergeleken met de sociale klasse waartoe de individuen behoren. De beperkingen van deze aanpak worden aangegeven.
- De presentatie van de **Resultaten (3)** vormt de kern van deze analyse, dit met behulp van grafieken en tabellen. De nationale en regionale resultaten worden telkenmale berekend. Voor de leesbaarheid worden de grafische resultaten voor de drie Gewesten opgenomen in de bijlage (bijlage I: Vlaanderen, bijlage II: Wallonië, bijlage III: Brussel).

De resultaten richten zich op vier hoofdgebieden:

- Indicatoren van de gezondheidstoestand,
- Indicatoren rond preventie,
- Indicatoren met betrekking tot contacten met de eerstelijnszorg,
- Indicatoren met betrekking tot het gebruik van de ziekenhuisinfrastructuur.

Ten slotte worden in de **Conclusies (4)** de belangrijkste bevindingen van de cijfers samengevat en worden algemene denkpistes voorgesteld om dit maatschappelijke probleem aan te pakken, met bijzondere aandacht voor het motto "*Health in all policies*".

¹ <https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Introductiepagina.aspx>

Is de gezondheidszorg in België toegankelijk ? Ja, maar ...

De toegang tot zorg kan op verschillende manieren worden benaderd. Volgens de EHCI² (Euro Health Consumer Index), die de gezondheidssystemen in verschillende Europese landen met elkaar vergelijkt, staat ons land redelijk goed gerangschikt in 2018 : ***“Perhaps the most generous healthcare system in Europe seems to have got its quality and data reporting acts together, and ranks 5th in the EHCI 2018 (849 points), up from 8th and 832 points in 2017.”*** De index bevat verschillende dimensies waaronder toegankelijkheid. De indicatoren hebben hier betrekking op de gemakkelijke toegang van patiënten tot een huisarts (*family doctor same day access*), een specialist (*direct access to specialist*) en de wachttijd (*waiting time*) vooraleer een behandeling gestart wordt. Vanuit dit oogpunt is de gezondheidszorg zeer toegankelijk: België heeft zelfs de op één na hoogste score na Zwitserland.

Wij zijn natuurlijk blij dat verstrekkers en behandelingen zonder lange wachttijden toegankelijk zijn of uitgevoerd kunnen worden. Maar dit garandeert niet dat aan de gezondheidsbehoeften van iedereen wordt voldaan. Dit wordt onderstreept door andere verslagen (van het *European Social Policy Network - ESPN*³ en het KCE⁴), die minder optimistisch zijn en aantonen dat ons land echt niet prat kan gaan op een gelijke behandeling voor iedereen.

In zijn samenvatting (blz. 4) stelt het thematisch verslag 2018 van het ESPN over de ongelijkheid qua toegang tot de zorg in 2018 vast dat: ***“Belgium underperforms in terms of equality of access to healthcare and coverage of the most vulnerable groups, such as undocumented immigrants. Unmet need varies substantially by income group, and this income gradient is growing. Several data sources reveal inequalities based on educational level, household composition, employment status and migration background. Low-income households, people with low levels of education, single parents, people who are unemployed or inactive due to sickness, and non-EU migrants show relatively high proportions of unmet need, especially for financial reasons. Inequalities are pronounced in dental care, preventive care, mental healthcare and specialist care.”***

Het KCE-rapport 2019 over de prestaties van het Belgische gezondheidsstelsel presenteert en meet de sociaaleconomische ongelijkheden voor een reeks indicatoren. In de samenvatting van de resultaten (blz. 56) vermeldt het KCE het volgende: ***“De voorgestelde ongelijkheden geven aan dat de minder bevoordeelde groepen (met een laag opleidingsniveau, met een laag inkomensniveau, of die genieten van een verhoogde tegemoetkoming) meer uitgestelde medische en tandheelkundige onderzoeken omwille van financiële redenen rapporteren. Ondanks de genomen maatregelen om de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verbeteren, worden grote - en groeiende - sociaaleconomische ongelijkheden vastgesteld. Uitgestelde contacten komen 4 keer vaker voor in de groep met een laag opleidingsniveau in vergelijking met de groep met een hoog opleidingsniveau; de verschillen per inkomenskintiel zijn nog meer uitgesproken. Het aandeel personen dat aangeeft zorg uit te stellen bedraagt in de laagste en in de hoogste inkomenskintielen respectievelijk 6,7% en 0,0% voor medische onderzoeken en 10,5% en 0,3% voor tandheelkundige onderzoeken.”***

² Björnberg A, Phang A. Euro Health Consumer Index 2018. Health Consumer Powerhouse.

³ Buffel V, Nicaise I. 2018. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare - Belgium.

⁴ Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem - Rapport 2019. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE Reports 313B. D/2019/10.273/33.

2 METHODOLOGIE

De meetmethode moet een combinatie zijn van een sociale stratificatie en gezondheidsindicatoren. We verduidelijken deze begrippen en de manier waarop we die sociale stratificatie, bestaande uit vijf klassen met toenemende waarde, opgebouwd hebben. Vervolgens geven we aan wat voor soort gezondheidsindicator we gekozen hebben.

2.1 OPBOUW VAN DE SOCIALE STRATIFICATIE

In het algemeen moet de sociale gelaagdheid een afspiegeling zijn van het inkomen en/of het opleidingsniveau van de bevolking. Aangezien de verzekeringsinstellingen slechts gedeeltelijke gegevens hebben over het inkomen van hun leden (bijvoorbeeld via de Maximumfactuur) en niets met betrekking tot diploma's, dient anders gewerkt te worden. De sociale stratificatie werd opgebouwd door gebruik te maken van de bestaande fiscale statistieken van de Federale Overheidsdienst (FOD Economie) op het niveau van de statistische sectoren.

2.1.1 Statistische sectoren en fiscale inkomsten

De statistische sector is de kleinste administratieve geografische eenheid, bestaande uit enkele straten. Het hele Belgische grondgebied is verdeeld in 20.000 statistische sectoren (die verdeeld zijn over de 600 gemeenten van het Rijk). Dankzij STATBEL⁵ hebben we statistische reeksen over de belastinginkomsten per statistische sector. Het hier gehanteerde fiscale concept is het netto totaal belastbaar inkomen⁶.

De beschikbare statistische reeksen omvatten, naast het aantal belastingaangiften, ook:

1. het gemiddelde inkomen (= som van het totale netto belastbare inkomen, gedeeld door het aantal belastingaangiften dat in aanmerking wordt genomen);
2. het mediane inkomen (= het bedrag van het totale netto belastbare inkomen dat de waarnemingen verdeelt in twee even belangrijke subgroepen, waarbij de opbrengsten worden gerangschikt in oplopende volgorde van waarde).

We hebben dus voor elke statistische sector een indicatie van de 'rijkdom' van degenen die er wonen, althans voor zover zij een belastingaangifte indienen. Aangezien het IMA-populatiebestand de statistische sector van de woonplaats bevat, kan aan iedereen een inkomensniveau worden toegekend, met name dat van de statistische sector van zijn woonplaats.

Voor deze studie richten we ons op het mediane inkomen van de statistische sectoren als indicator van de welvaart (de mediaan is niet gevoelig voor extremen). De referentieperiode voor de gebruikte gegevens is het inkomstenjaar 2016, d.w.z. het aanslagjaar 2017. Deze informatie wordt samengevat door vijf klassen van statistische sectoren te construeren, in volgorde van toenemende waarde van de mediaan van de belastinginkomsten.

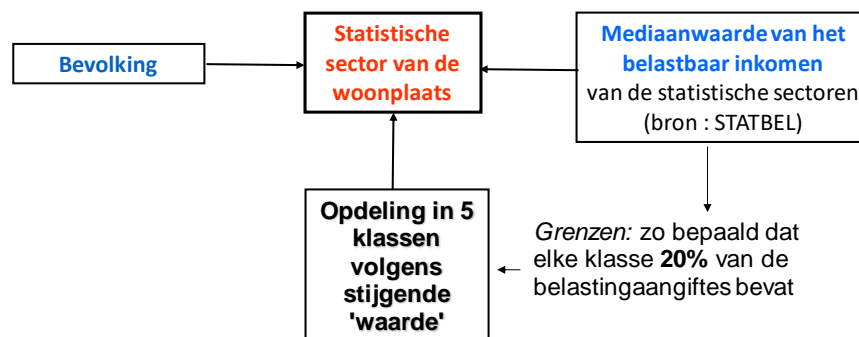
⁵ <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/fiscale-inkomens>

⁶ “Deze bedragen worden berekend op basis van de aangiften in de personenbelasting en omvatten de belastbare inkomsten uit beroep, vervangingsinkomens, pensioenen, dividenden, het kadastraal inkomen en onderhoudsuitkeringen van alle inwoners. Niet-belaste inkomsten (zoals kindergeld en het leefloon) maken geen deel uit van de fiscale inkomens. De fiscale statistieken zijn opgesteld volgens de woonplaats van de belastingbetaler.”

2.1.2 Sociale stratificatie in vijf klassen

Op het niveau van elke geografische entiteit (België, Waals Gewest, Vlaams Gewest, Brussels Hoofdstedelijk Gewest) worden de klassegrenzen zo vastgesteld dat elke klasse 20% van de belastingaangiften van de betrokken geografische entiteit bevat. De eerste klasse komt overeen met de statistische sectoren waar het mediaan inkomen het laagst is (onze interpretatie: de wijken waar de minst begunstigde bevolking geconcentreerd is), de vijfde klasse met de statistische sectoren waar het mediaan inkomen het hoogst is (onze interpretatie: de wijken waar de meest begunstigde bevolking geconcentreerd is). In het IMA-populatiebestand wordt de statistische sector van de woonplaats vermeld. Voor elke geografische entiteit wordt de populatie van de entiteit in kwestie vervolgens verdeeld in de vijf categorieën. In het resultaatoverzicht worden de 1e en 5e klas respectievelijk "de laagste" en "de hoogste klas" genoemd.

Beschrijvend schema van de methode voor de opbouw van de sociale gradiënt



1ste klasse : bevat de bevolking woonachtig in de statistische sectoren met de **laagste mediaanwaardes** van belastbaar inkomen

5de klasse : bevat de bevolking woonachtig in de statistische sectoren met de **hoogste mediaanwaardes** van belastbaar inkomen

Tabel 0 infra geeft voor België en de 3 Gewesten het resultaat van de verdeling van de bevolking binnen de schaal in 5 klassen. In totaal kan ongeveer 0,3% van de leden niet op deze sociale schaal worden ingedeeld. Twee redenen: er is geen statistische sector bekend of er is geen berekend mediaan inkomen voor de statistische sector in kwestie (omdat er onvoldoende belastingaangiften zijn).

Tabel 0 : Verdeling van de bevolking in de 5 klassen van statistische sectoren

België				
Klasse van statistische sectoren		Grenzen van de klassen	Aantal personen	Aandeel
0	Onbekend	/	32.027	0,3%
1	Laagste	]0 ; 20.348 €]	2.208.184	20,2%
2	Lage	]20.348 € ; 23.209 €]	2.084.276	19,1%
3	Midden	]23.209 € ; 25.735 €]	2.124.365	19,4%
4	Hoge	]25.735 € ; 28.350 €]	2.199.142	20,1%
5	Hoogste	]28.350 € ; ...	2.283.015	20,9%
Totaal =			10.931.009	100,0%

Vlaams Gewest				
Klasse van statistische sectoren		Grenzen van de klassen	Aantal personen	Aandeel
0	Onbekend	/	7.815	0,1%
1	Laagste	]0 ; 22.529 €]	1.208.184	19,0%
2	Lage	]22.529 € ; 24.944 €]	1.228.885	19,3%
3	Midden	]24.944 € ; 26.902 €]	1.269.749	19,9%
4	Hoge	]26.902 € ; 29.108 €]	1.307.879	20,5%
5	Hoogste	]29.108 € ; ...	1.350.613	21,2%
Totaal =			6.373.125	100,0%

Waals Gewest				
Klasse van statistische sectoren		Grenzen van de klassen	Aantal personen	Aandeel
0	Onbekend	/	23.726	0,7%
1	Laagste	]0 ; 19.094 €]	694.840	20,0%
2	Lage	]19.094 € ; 21.506 €]	681.156	19,6%
3	Midden	]21.506 € ; 23.940 €]	674.501	19,4%
4	Hoge	]23.940 € ; 27.071 €]	685.075	19,8%
5	Hoogste	]27.071 € ; ...	708.866	20,4%
Totaal =			3.468.164	100,0%

Brussels Hoofdstedelijk Gewest				
Klasse van statistische sectoren		Grenzen van de klassen	Aantal personen	Aandeel
0	Onbekend	/	486	0,0%
1	Laagste	]0 ; 16.217 €]	245.621	22,5%
2	Lage	]16.217 € ; 18.115 €]	224.866	20,6%
3	Midden	]18.115 € ; 20.873 €]	214.300	19,7%
4	Hoge	]20.873 € ; 23.161 €]	203.610	18,7%
5	Hoogste	]23.161 € ; ...	200.837	18,4%
Totaal =			1.089.720	100,0%

Op basis van de observatie van de respectievelijke nationale en regionale grenzen van de 5 klassen statistische sectoren, kunnen we nu al zien dat het profiel van het Brusselse Gewest atypisch is. Op nationaal niveau omvat klasse 1 (laagste inkomen) immers de statistische sectoren met een mediaan van de belastinginkomsten van minder dan 20.348 euro, maar met een dergelijke beperking omvat deze klasse de overgrote meerderheid van de Brusselaars (die in Brussel tot de klassen 1, 2 en 3 behoren). Dit weerspiegelt de economische paradox van Brussel: een regio waar veel rijkdom wordt geproduceerd⁷ (door pendelaars) maar waar de eigen bevolking veel armer is⁸.

⁷ In 2017, bedroeg het aandeel van Brussel in het BBP 17 %.

http://bisa.brussels/bestanden/cijfers/8.1_economie_economische_activiteit.xls

⁸ Dixit het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad: « Een op de drie Brusselaars moet rondkomen met een inkomen onder de armoederisicogrens ». Ter vergelijking : het nationaal gemiddelde bedraagt 16%, in Vlaanderen is dat 10% en in Wallonië 21%.

<http://www.ccc-ggc.brussels/nl/news/welzijnsbarometer-2018-een-groot-aantal-brusselaars-leeft-kansarmoede>

2.2 GEZONDHEIDSINDICATOREN : GESTANDAARDISEERDE INDEX

De verzekeringsinstellingen beschikken niet over de diagnostische gegevens van hun leden. De gegevens waarover de IMA beschikt, kunnen echter wel worden gebruikt om verschillende gezondheidsgerelateerde gebeurtenissen toe te lichten. Die laatste zijn dan wel:

- rechtstreeks afgeleid van administratieve gegevens (bv. overlijden, primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit enz.);
- uitgebouwd op basis van nomenclatuurcodes voor verstrekkingen terugbetaald door de ZIV (vb. consultatie bij een tandarts, een huisarts, de aflevering van een bepaalde categorie geneesmiddelen⁹, enz.)

Met deze sociale schaal in vijf klassen kunnen we zien in hoeverre deze gezondheidsgerelateerde gebeurtenissen een sociale gradiënt volgen. Als indicator gebruiken we de notie van een gestandaardiseerde index. Voor een gebeurtenis als 'overlijden in 2016' wordt bijvoorbeeld de gestandaardiseerde sterfteratio (*Standardized Mortality Ratio* - SMR) berekend voor de vijf hierboven beschreven klassen. De gestandaardiseerde index wordt verkregen door indirecte standaardisatie om rekening te houden met het 'profiel', de specifieke structuur van de bevolking binnen elke klasse. Tenzij anders vermeld, zijn de parameters voor standaardisatie leeftijd, geslacht en Gewest (Wallonië, Vlaanderen, Brussel) van de statistische sector van de woonplaats.

De gestandaardiseerde index wordt berekend voor elke klasse van onze sociale gradiënt. Vervolgens wordt de verhouding tussen het aantal waargenomen gebeurtenissen en het aantal verwachte gebeurtenissen uitgedrukt (op basis van de omvang van de populatie, het specifieke profiel van de populatie van de betrokken klasse en door toepassing van de overeenkomstige percentages van de referentiepopulatie). Aangezien de referentiepopulatie geïndexeerd is op de waarde 100, zal de populatie met als waarde van de gestandaardiseerde index 130 voor een bepaalde gebeurtenis en voor een bepaalde klasse, een risico vertonen dat 30% hoger ligt dan het risico vastgesteld in de referentiepopulatie.

We bekijken verschillende indicatoren die betrekking hebben op vier belangrijke gebieden: gezondheidstoestand, preventie, gebruik van eerstelijnszorg en gebruik van de ziekenhuisinfrastructuur. Hieronder geven we een grafische voorstelling van de sociale gradiënt die we voor België hebben waargenomen. De specifieke grafieken voor de drie regio's van ons land zijn opgenomen in de bijlagen I tot en met III.

2.3 BEPERKINGEN VAN DE GEHANTEERDE METHODOLOGIE

Het voordeel van de methode is dat het gemakkelijk is om een dergelijke meting te maken van de omvang van de ongelijkheden op gezondheidsgebied, dankzij een sociale schaal met 5 klassen, die een gedetailleerdere analyse mogelijk maakt dan alleen op basis van een differentiatie steunend op het al dan niet bezitten van het recht op verhoogde tegemoetkoming (RVT). Traditiegetrouw gebruiken de verzekeringsinstellingen het statuut van rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming als indicator voor bevolkingsgroepen met lage inkomens. Dit beperkt ons echter tot een binaire variabele: men heeft die status of men heeft die niet.

⁹ Als we naar een specifieke klasse van geneesmiddelen kijken, identificeren we die aan de hand van de ATC-classificatie (anatomisch, therapeutisch en chemisch).

Het grote nadeel van de gehanteerde methode is dat we geen sociale schaal hebben die is opgebouwd op basis van de individuele (of gezins)inkomens, maar wel een benadering daarvan aan de hand van de 'fiscale waarde' van de statistische sectoren van de woonplaats van het individu. Binnen dezelfde statistische sector kunnen evenwel grote welvaartsverschillen bestaan tussen de gezinnen die daar wonen. Zelfs Sint-Martens-Latem, de rijkste gemeente van het Rijk, heeft een OCMW. En de belastinggegevens zelf zijn beperkt: deze geven niet noodzakelijkerwijs alle inkomsten van de inwoners van een statistische sector weer (zie bijlage 4).

Het gebruik van IMA-databases garandeert de volledigheid van de bestudeerde informatie. Maar wees voorzichtig, niet alle behandelingen worden vergoed binnen de ZIV, dus niet alle soorten van gezondheidsgebeurtenissen kunnen op deze manier geanalyseerd worden.

De methodologische beperkingen met betrekking tot het gebruik van IMA-gegevens kunnen als volgt worden samengevat:

1. Hoewel gesteld kan worden dat bijna de volledige bevolking van België in de IMA-databanken is opgenomen¹⁰, aangezien de ZIV de facto universeel van aard is, wordt in termen van terugbetaalde verstrekkingen niet alles gedekt.
2. Deze beperkte dekking wordt enerzijds veroorzaakt door (recente) bevoegdheidsoverdrachten tussen de verschillende overheden op het vlak van gezondheidszorg. Sommige sectoren, die vroeger deel uitmaakten van de ZIV, werden immers via de 6de staatshervorming overgedragen aan de Gemeenschappen en Gewesten. Zo maken sinds 2015 - de facto voor de meeste bevoegdheden vanaf 2019 - (onder meer) de volgende sectoren officieel geen deel meer uit van de federaal beheerde gezondheidszorg en zijn ze dus niet meer automatisch beschikbaar in de IMA-databanken: rust- en verzorgingstehuizen, rustoorden voor bejaarden, psychiatrische verzorgingstehuizen, beschut wonen, revalidatie, enz. Vóór de 6e staatshervorming waren de verstrekkingen die in het kader van de thuis- en gezinshulp door de niet-federale overheden gefinancierd werden, sowieso al niet in de IMA-databanken geïntegreerd.
3. Bovendien zijn er ook verstrekkingen die binnen de ZIV enkel vergoed worden aan begunstigden die geacht worden tot een risicogroep¹¹ te behoren: voor deze risicogroep kunnen de verzamelde gegevens als volledig worden beschouwd. Informatie over de rest van de bevolking zal echter niet beschikbaar zijn.
4. Een ander criterium dat de ZIV hanteert voor terugbetaling is dat van "herstel in initiële staat" en/of functionaliteit¹²: voor medisch verantwoorde interventies om redenen van functionele verbetering kunnen de gegevens als volledig worden beschouwd. Alle verstrekkingen met een esthetische finaliteit zijn echter (in principe) uitgesloten van vergoeding door de ZIV.
5. Ten slotte vallen een hele reeks (farmaceutische) diensten en producten niet onder de ZIV, hoewel ze (aanzienlijke) kosten voor de patiënt kunnen veroorzaken: de niet-terugbetaalbare geneesmiddelen¹³ zijn immers niet opgenomen in de IMA-gegevens.

¹⁰ Behoudens enkele uitzonderingen zoals de daklozen, de NAVO- en EU-ambtenaren, verzekerden binnen 'residuaire' stelsels van sociale zekerheid (overzeese sociale zekerheid, enz.)

¹¹ Zo wordt griepvaccinatie bijvoorbeeld (deels) terugbetaald aan 65-plussers, zwangere vrouwen en chronisch zieken (zoals diabetici), maar niet aan de beroepsbevolking (die niet onder één van de categorieën van de risicogroepen valt).

¹² Zo wordt een borstreconstructie na amputatie omwille van borstkanker wel terugbetaald door de ZIV.

¹³ Zo dient de patiënt bijvoorbeeld de volledige kostprijs van slaapmiddelen voor zijn rekening nemen.

3 RESULTATEN

Onze resultaten worden grafisch weergegeven in de Figuren 1.1 tot en met 4.4. Let op, de schaal van de gestandaardiseerde index verandert van grafiek tot grafiek, net als de referentiepopulatie. Voor zover zichtbaar, geven we ook het betrouwbaarheidsinterval (bij 95%) rond de waarde van de gestandaardiseerde index aan. Elke grafiek gaat vergezeld van een tabel met een korte beschrijving van de gezondheidsevents en de referentiepopulatie met betrekking tot deze events, alsook de indexwaarden voor de 5 klassen van statistische sectoren voor zowel België als de 3 Gewesten van ons land. In de opmerkingen bij elk cijfer beperken we ons tot nationale resultaten.

De gepresenteerde resultaten zijn gericht op vier hoofdgebieden:

1. indicatoren voor de gezondheidstoestand (sterfte- en verschillende ziekte-indicatoren),
2. preventie-indicatoren (screening, griepvaccin, preventieve tandheelkundige zorg, voorbehoedsmiddelen),
3. indicatoren met betrekking tot de contacten met de eerstelijns (huisartsen, medische huizen (WGC), specialisten, tandartsen),
4. indicatoren met betrekking tot het gebruik van ziekenhuisinfrastructuur (opnames in algemene ziekenhuizen (zonder psychiatrie), psychiatrische ziekenhuisopnames, gebruik van de spoeddiensten van ziekenhuizen).

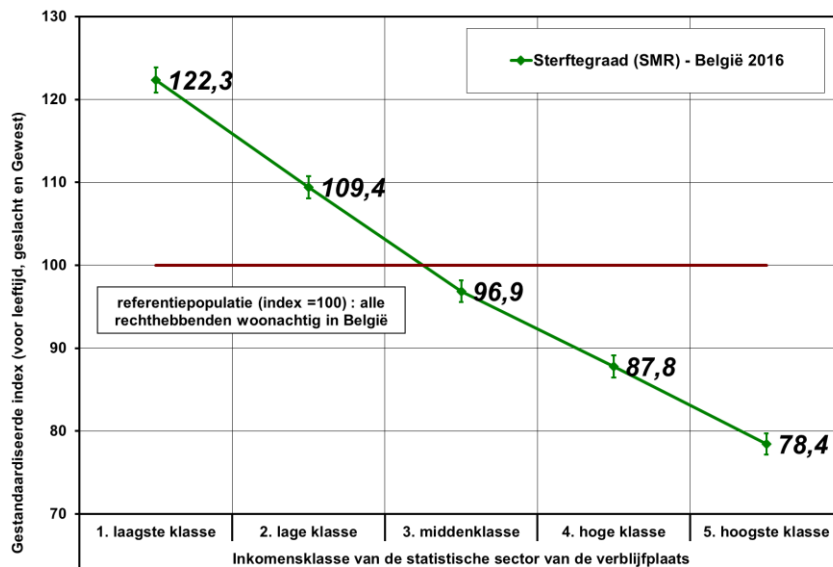
3.1 GEZONDHEIDSTOESTAND

De bestudeerde gebeurtenissen hebben betrekking op :

- sterfte,
- arbeidsongeschiktheid (AO) (minstens 30 vergoede dagen AO),
- invaliditeit,
- het statuut chronische aandoening,
- gebruik van antidepressiva,
- het gebruik van antipsychotica,
- diabetes,
- obstructieve luchtwegaandoeningen, inclusief chronische obstructieve longaandoeningen (COPD),
- cardiale therapie.

3.1.1 Mortaliteit

De bestudeerde gebeurtenis is het overlijden in de loop van het jaar 2016, de referentiepopulatie is deze samengesteld uit alle personen opgenomen in het IMA-populatiebestand en die in België wonen. Wat het sterftecijfer betreft, is de gradiënt bijzonder sterk: we stellen vast dat personen uit de laagste klasse (klasse 1) in 2016 een sterfterisico hadden dat 22% hoger lag dan dat van de referentiepopulatie. In vergelijking met de hoogste klasse (klasse 5), is de overmatige sterfte 56% ($= [122,3/78,4] - 1$). Met andere woorden, mensen die in de armste wijken van het Rijk wonen, hebben een 56% hoger risico om binnen het jaar te overlijden dan mensen die in de rijkste wijken wonen.

Figuur 1.1: Mortaliteit - België


bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 1.1 : Mortaliteit

		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Overleden in de loop van het jaar 2016			
	Aantal^o (a)	103.117	58.471	36.186	8.460
Referentiepopulatie	Beschrijving	Iedereen			
	Aantal (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	0,94%	0,92%	1,04%	0,78%

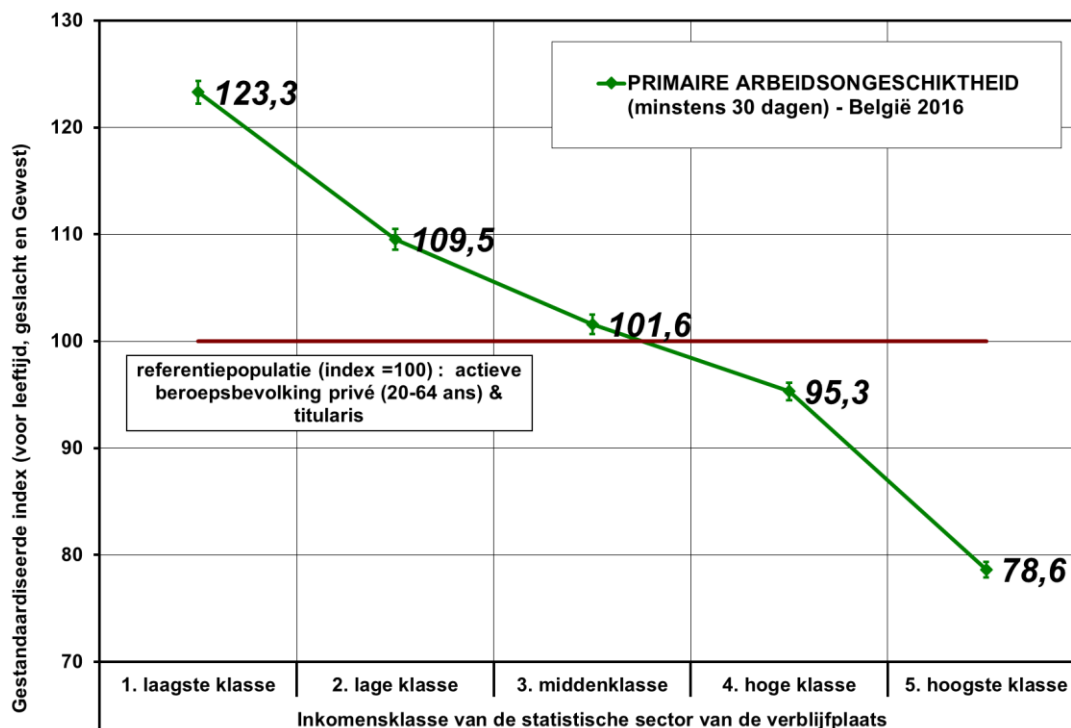
Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	122,3	124,9	125,8	112,9
2 Lage	109,4	107,0	107,9	117,0
3 Midden	96,9	93,4	98,7	103,5
4 Hoge	87,8	86,3	87,6	96,0
5 Hoogste	78,4	78,8	75,9	83,3
➔ <i>Verhouding tussen klasse 1 en 5 =</i>	156%	158%	166%	136%

^o met name het aantal personen bij wie het beschreven Gebeurtenis is voorgekomen.

3.1.2 Morbiditeit : Primaire arbeidsongeschiktheid

De bestudeerde gebeurtenis is het feit dat aan de betrokkenen minstens 30 dagen (na de periode gewaarborgd loon of de opgelegde carenzperiode) primaire arbeidsongeschiktheid werd vergoed in 2016¹⁴. We beperken de referentiepopulatie tot de beroepsbevolking (met inbegrip van de werklozen) in de privésector, tussen de 20 en 64 jaar - met uitzondering van degenen die in dat jaar al het statuut van invaliden bezaten. Dit brengt ons zo dicht mogelijk bij de populatie die door de verzekeringsinstellingen verzekerd zijn tegen een eventuele primaire arbeidsongeschiktheid en die hiervoor een uitkering zouden kunnen ontvangen. We zien een belangrijke sociale gradiënt: werknemers uit de laagste klasse (klasse 1) vertonen een risico dat 57% hoger ligt ($= [123,3/78,6] - 1$) om (gedurende minstens 30 dagen) een AO-uitkering te ontvangen dan werknemers uit de hoogste klasse (klasse 5).

Figuur 1.2 : Primaire arbeidsongeschiktheid - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

¹⁴ De werknemers in deze statistieken zijn arbeiders, bedienden, werklozen en zelfstandigen. Aangezien de grafiek enkel met de door de ZIV vergoede dagen arbeidsongeschiktheid (AO) van deze verschillende groepen rekening houdt, moet in het achterhoofd gehouden worden dat in 2016 (referentiejaar) deze periode van minstens 30 dagen vergoede arbeidsongeschiktheid (AO) door de ZIV daadwerkelijk overeenstemde met:

- ten minste 30 dagen AO voor werklozen (directe overgang van een werkloosheidsuitkering naar AO),
- ten minste 45 dagen AO voor arbeiders (de eerste 15 dagen van de effectieve AO zijn ten laste van de werkgever),
- ten minste 60 dagen AO voor bedienden (de eerste 30 dagen van de effectieve AO zijn ten laste van de werkgever),
- ten minste 60 dagen AO voor zelfstandigen (zij moeten een wachttijd van 30 dagen doorlopen vooraleer zij een uitkering ontvangen).

Tabel 1.2 : Primaire arbeidsongeschiktheid

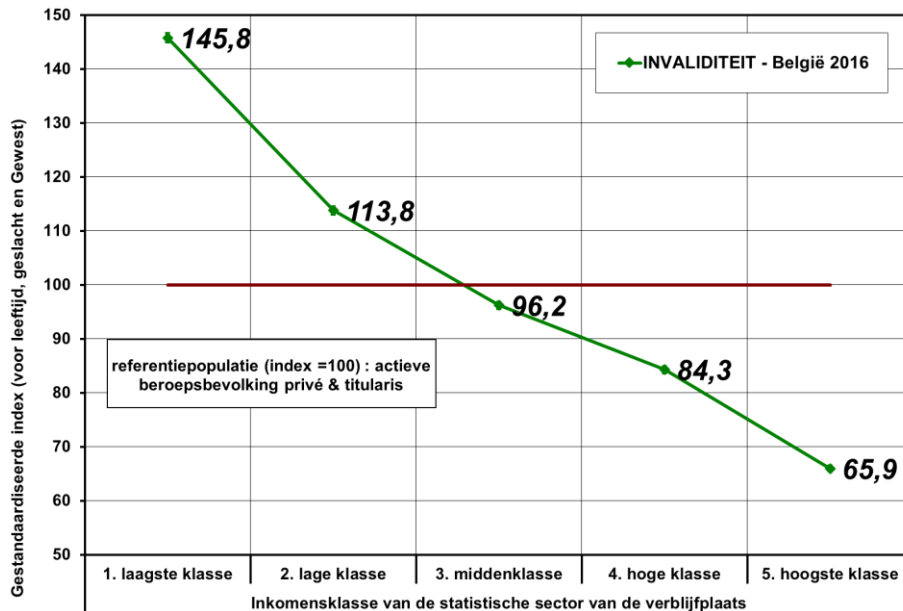
		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Minstens 30 vergoede dagen in 2016 door de ZIV omwille van primaire arbeidsongeschiktheid			
	Aantal (a)	239.294	145.527	77.702	16.065
Referentiepopulatie	Beschrijving	Actieve gerechtigden (inclusief werklozen) tussen 20 en 64 jaar. Er wordt geen rekening gehouden met statutaire ambtenaren, noch met de gerechtigden die al onder het statuut van invalide vallen.			
	Aantal (b)	4.308.176	2.605.422	1.277.639	425.115
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	5,6%	5,6%	6,1%	3,8%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	123,3	117,5	130,0	131,1
2 Lage	109,5	109,8	118,7	109,9
3 Midden	101,6	102,9	103,1	102,1
4 Hoge	95,3	96,3	86,7	89,0
5 Hoogste	78,6	79,4	70,9	68,8
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	157%	148%	184%	191%

3.1.3 Morbiditeit : Invaliditeit

Als de arbeidsongeschiktheid langer dan een jaar duurt, gaat de werknemer over naar het statuut van invalide. De gebeurtenis die wij hier vergelijken met onze sociale schaal, is het genot van het statuut van invalide in 2016. We beperken de referentiepopulatie tot de actieve beroepsbevolking (met inbegrip van de werklozen) uit de privé sector, tussen 20 en 64 jaar. In vergelijking met de vorige indicator stellen we een nog sterkere sociale gradiënt vast: werknemers uit de laagste klasse (klasse 1) vertonen een verhoogd risico dat 121% (= [145,8/65,9]-1) hoger is om invalide verklaard te worden dan werknemers uit de hoogste klasse (klasse 5).

Figuur 1.3 : Invaliditeit - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 1.3 : Invaliditeit

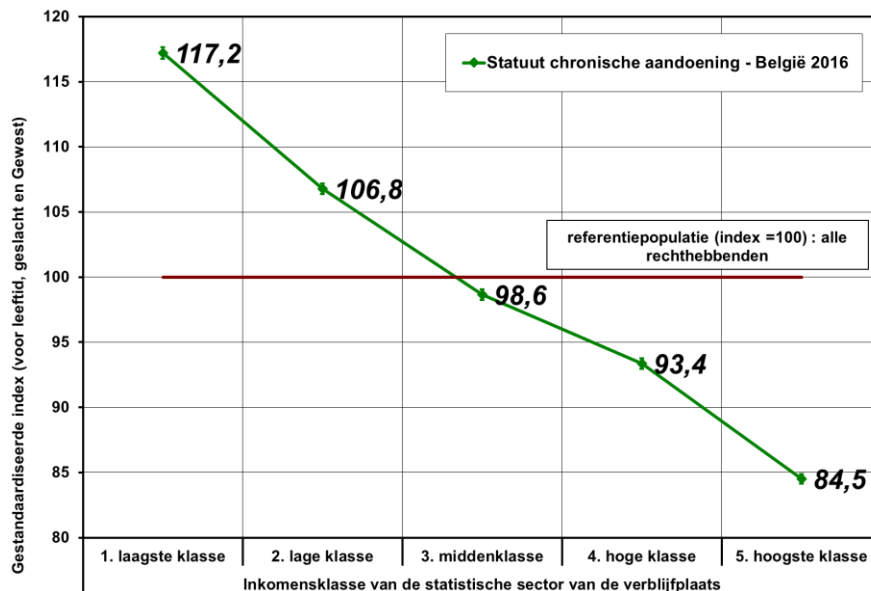
		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Een uitkering omwille van invaliditeit ontvangen hebben in de loop van 2016			
	Aantal (a)	390.113	209.225	147.140	33.748
Referentiepopulatie	Beschrijving	Actieve gerechtigden (inclusief werklozen) tussen 20 en 64 jaar, exclusief statutaire ambtenaren.			
	Aantal (b)	4.686.233	2.807.520	1.419.724	458.989
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	8,3%	7,5%	10,4%	7,4%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	145,8	150,6	155,3	149,9
2 Lage	113,8	113,0	123,0	116,7
3 Midden	96,2	97,0	98,0	95,0
4 Hoge	84,3	85,9	76,0	80,7
5 Hoogste	65,9	67,4	57,9	58,3
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	221%	224%	268%	257%

3.1.4 Morbiditeit : Statuut chronische aandoening

Het statuut van chronische aandoening wordt niet toegekend aan alle chronische ziektesituaties, maar wijst zeker op situaties waarin de zorgconsumptie aanzienlijk en regelmatig is en waarin de patiënt zijn autonomie verliest¹⁵. Kortom, als dit statuut toegekend werd, dan kan er alleen maar sprake zijn van een permanent verslechterde gezondheidstoestand. De waargenomen gradiënt is nadelig voor klasse 1: de rechthebbenden lopen in 2016 een risico dat 39% hoger is ($= [117,2/84,5]-1$) om deze status toegewezen te krijgen dan personen uit de hoogste klasse (klasse 5).

Figuur 1.4 : Statuut chronische aandoening - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 1.4 : Statuut chronische aandoening

		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Genieten het statuut chronische aandoening in 2016			
	Aantal (a)	1.142.508	660.796	390.649	91.063
Referentiepopulatie	Beschrijving	Iedereen			
	Aantal (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	10,5%	10,4%	11,3%	8,4%

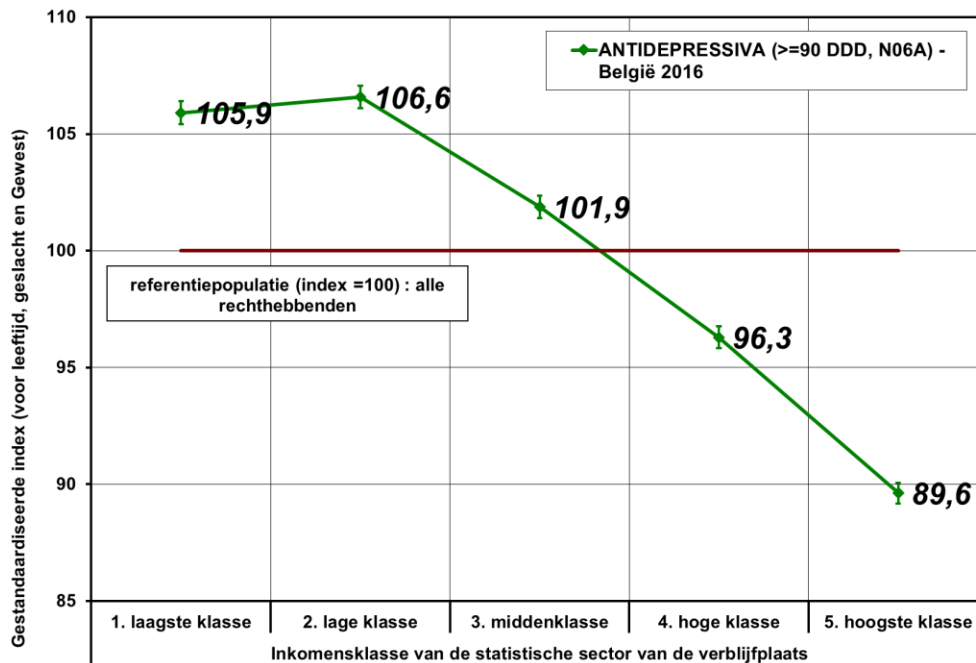
Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	117,2	117,3	121,0	113,3
2 Lage	106,8	105,6	108,8	108,6
3 Midden	98,6	98,4	99,7	101,5
4 Hoge	93,4	93,0	89,7	95,9
5 Hoogste	84,5	85,1	81,2	85,2
➔ <i>Verhouding tussen klasse 1 en 5 =</i>	139%	138%	149%	133%

¹⁵ Het merendeel (85-90%) van de begunstigden krijgt het statuut van chronische aandoening toegekend omdat hun ziektekosten gedurende 8 OPEENVOLGENDE kwartalen meer dan 300 € bedroeg (hiervoor worden zowel de terugbetalingen van de ZIV en de persoonlijke aandelen in aanmerking genomen).

3.1.5 Morbiditeit : Gebruik van antidepressiva

Gegevens over geneesmiddelengebruik (Farmanet-circuit¹⁶) kunnen worden gebruikt om verschillende indicatoren voor de gezondheidstoestand te construeren. Hier behandelen we de geestelijke gezondheid, door het gebruik van antidepressiva, met een minimum afleveringshoeveelheid van 90 DDD's¹⁷ in 2016. De waargenomen gradiënt is niet spectaculair, maar gaat ten koste van wie tot klasse 1 behoort: we stellen vast dat individuen in deze klasse in 2016 18% meer risico lopen om antidepressiva te gebruiken dan die in de hoogste klasse (klasse 5). Het zeer atypische profiel van de Brusselse bevolking valt op.

Figuur 1.5 : Antidepressiva - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 1.5 : Antidepressiva

		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Via Farmanet, klasse ATC = N06A, minimum 90 DDD's in de loop van 2016			
	Aantal (a)	876.664	463.511	343.782	69.371
Referentiepopulatie	Beschrijving	Iedereen			
	Aantal (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	8,0%	7,3%	9,9%	6,4%

¹⁶ Farmanet is de naam van het gestandaardiseerde facturatiecircuit voor terugbetaalbare farmaceutische specialiteiten binnen de ZIV, afgeleverd in openbare officina

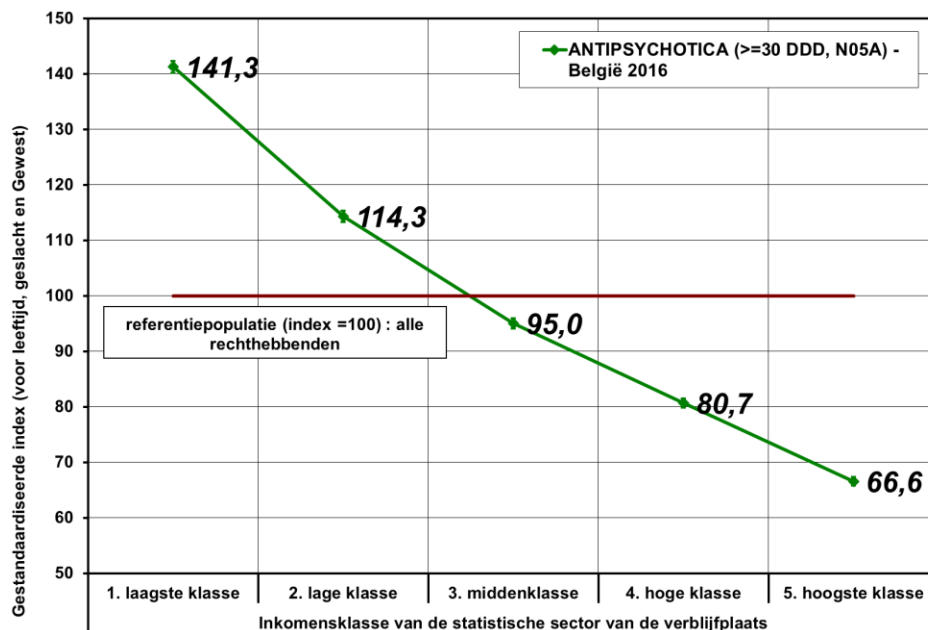
¹⁷ Deze limiet van 90 DDD's (Defined Daily Dosis), die overeenkomt met 3 maanden behandeling, wordt gebruikt om patiënten die antidepressiva gebruiken voor depressie duidelijk te identificeren. Deze klasse van geneesmiddelen, bij lagere DDD-niveaus, kan ook voor andere doeleinden worden gebruikt (bv. migraine).

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	105,9	110,3	108,7	90,5
2 Lage	106,6	106,2	104,8	96,2
3 Midden	101,9	100,1	102,4	104,7
4 Hoge	96,3	95,4	95,9	106,4
5 Hoogste	89,6	89,4	89,2	101,3
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	118%	123%	122%	89%

3.1.6 Morbiditeit : Gebruik van antipsychotica

Nog steeds in relatie tot de geestelijke gezondheid, observeren we het gebruik van antipsychotica met een minimum van 30 DDD's in 2016. De waargenomen gradiënt is redelijk spectaculair: we stellen vast dat personen uit de laagste klasse (klasse 1) een risico vertonen dat 112% ($= [141,3/66,1] - 1$) hoger is voor het gebruik van antipsychotica in vergelijking met de personen uit de hoogste klasse (klasse 5).

Figuur 1.6 : Antipsychotica - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 1.6 : Antipsychotica

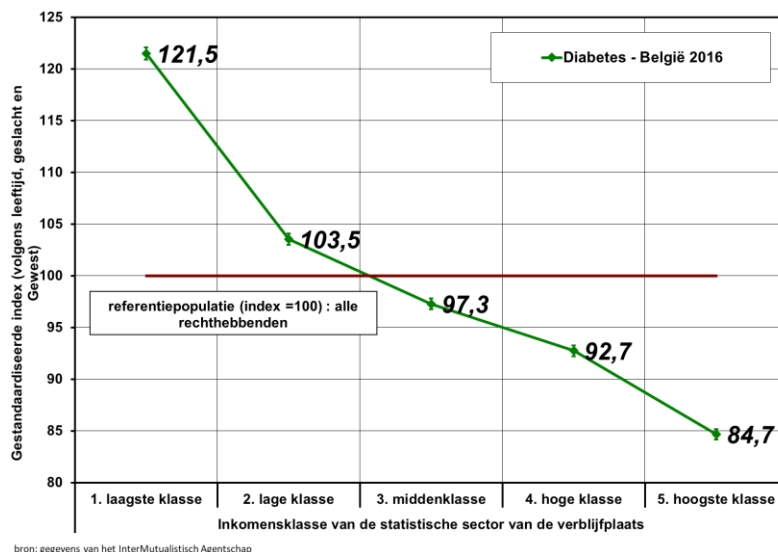
		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Via Farmanet, klasse ATC = N05A, minimum 30 DDD's in de loop van 2016			
	Aantal (a)	226.597	121.660	83.515	21.422
Referentiepopulatie	Beschrijving	Iedereen			
	Aantal (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	2,1%	1,9%	2,4%	2,0%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	141,3	147,5	154,8	124,8
2 Lage	114,3	112,0	115,4	115,8
3 Midden	95,0	93,0	96,1	100,6
4 Hoge	80,7	81,2	75,4	87,9
5 Hoogste	66,6	68,3	59,8	71,6
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	212%	216%	259%	174%

3.1.7 Morbiditeit : Diabetes

Ook de waargenomen gradiënt van diabetes is hoog: we stellen vast dat personen uit de laagste klasse (klasse 1) een risico vertonen dat 43% hoger is ($= [121,5/84,7] - 1$) op het ontwikkelen van diabetes dan personen uit de hoogste klasse (klasse 5). Let wel, met de beschikbare facturatiegegevens kunnen we niet alle diabetes-situaties opsporen: de personen bij wie een dieet en/of fysieke activiteit voldoende is, zullen niet gedetecteerd worden. Vrouwen die in de loop van het jaar bevallen zijn, werden uit de populatie selectie geweerd, om zwangerschapsdiabetes buiten beschouwing te laten. In het Brussels Gewest stellen we overigens een duidelijk geaccentueerde en ronduit verontrustende gradiënt vast¹⁸.

Figuur 1.7 : Diabetes - België



¹⁸ Om een beter inzicht te krijgen in deze situatie in Brussel, dient eventueel gekeken te worden naar de gezondheidstoestand van bevolkingsgroepen met een migrantenachtergrond. Uit de literatuur blijkt bijvoorbeeld dat de incidentie van diabetes hoger is onder de bevolking van Noord-Afrikaanse afkomst (zie voor Frankrijk: <https://destinationsante.com/diabete-les-maghebins-de-france-en-premiere-ligne.html>). De gegevens waarover het IMA beschikt, laten een dergelijke analyse niet toe.

Toch zou dit bestudeerd kunnen worden: voor wetenschappelijke studies verstrekt de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid al informatie om de bevolking van allochtone herkomst te benaderen (via informatie over nationaliteit of land van herkomst, nationaliteit van de ouders, etc.). Dit zijn zeer gevoelige gegevens en daarom is voor een dergelijke aanpak een machtiging noodzakelijk van het sectoraal comité voor sociale zekerheid en gezondheid (zie bijvoorbeeld: https://www.ksz-bcss.fgov.be/sites/default/files/assets/securite_et_vie_privree/deliberation/18_31_f199.pdf).

Tabel 1.7 : Diabetes

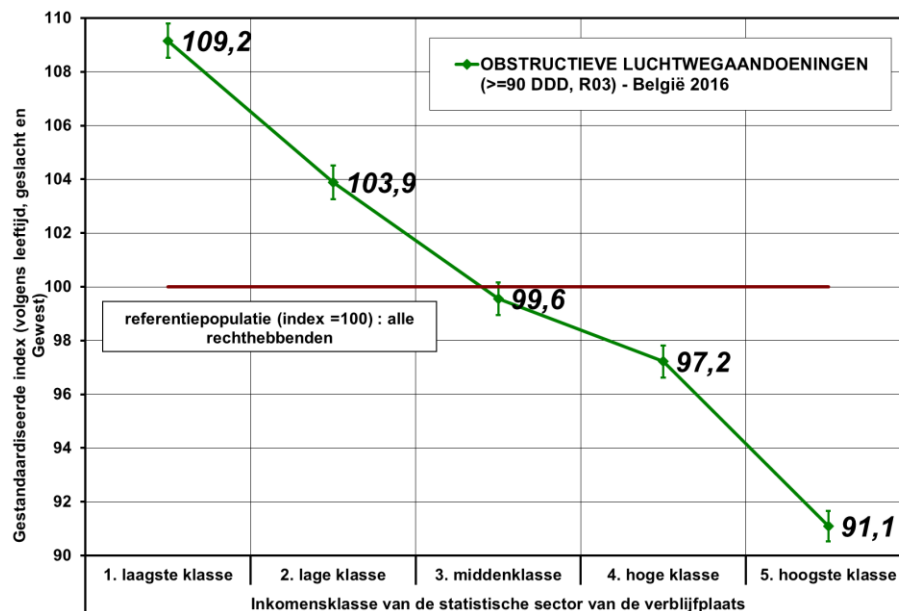
		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	In 2016 : Via Farmanet, klasse ATC = A10 of specifieke verstrekkingen binnen de ZIV (zorgtrajecten, revalidatieovereenkomsten, ...) [cf. methodologische fiche van de IMA-Atlas]			
	Aantal (a)	667.156	345.376	261.438	60.342
Referentiepopulatie	Beschrijving	Iedereen, behalve de vrouwen bevallen in 2016			
	Aantal (b)	10.818.630	6.310.705	3.433.810	1.074.115
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	6,2%	5,5%	7,6%	5,6%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	121,5	118,9	120,4	146,7
2 Lage	103,5	104,9	109,3	119,7
3 Midden	97,3	98,7	100,1	95,0
4 Hoge	92,7	93,4	90,2	81,1
5 Hoogste	84,7	85,4	82,7	66,1
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	143%	139%	146%	222%

3.1.8 Morbiditeit : Obstructieve luchtwegaandoeningen

Met de observatie van de aflevering van geneesmiddelen van de ATC R03 klasse, kunnen degenen die lijden aan (en behandeld worden voor) obstructieve luchtwegaandoeningen opgespoord worden. De waargenomen gradiënt is aanzienlijk: we stellen vast dat personen uit de laagste klasse (klasse 1) een risico vertonen dat 20% ($= [109,2/91,1] - 1$) hoger is om aan dit type ziekte te lijden in vergelijking met de personen uit de hoogste klasse (klasse 5).

Figuur 1.8 : Obstructieve luchtwegaandoeningen - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

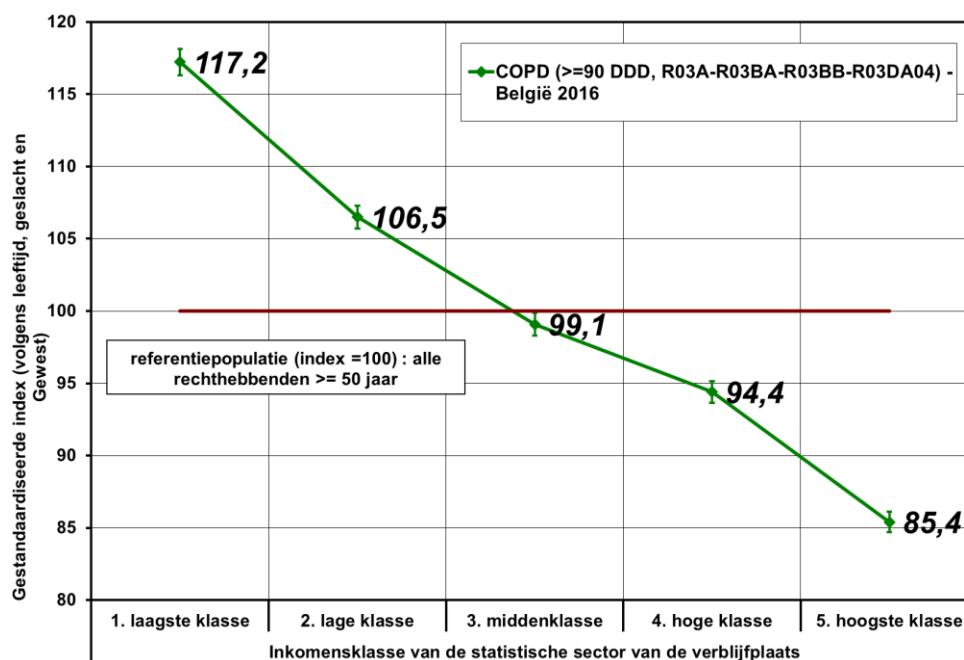
Tabel 1.8 : Obstructieve luchtwegaandoeningen

		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Via Farmanet, klasse ATC = R03, minimaal 90 DDD's in de loop van 2016			
	Aantal (a)	527.716	300.560	186.784	40.372
Referentiepopulatie	Beschrijving	Iedereen			
	Aantal (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	4,8%	4,7%	5,4%	3,7%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	109,2	107,1	111,8	110,4
2 Lage	103,9	103,4	106,5	107,8
3 Midden	99,6	100,7	101,6	100,6
4 Hoge	97,2	97,7	93,8	94,9
5 Hoogste	91,1	92,0	87,3	86,8
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	120%	116%	128%	127%

3.1.9 Morbiditeit : Chronische obstructieve longaandoening (COPD)

Binnen de ATC-klasse R03 vindt men een bepaald aantal geneesmiddelen specifiek voor de behandeling van COPD terug. Deze ziekte wordt gekenmerkt door een langzame en progressieve obstructie van de luchtwegen. Het is een ernstige, zeer slopende aandoening, voornamelijk veroorzaakt door roken. De waargenomen gradiënt is belangrijk: we stellen vast dat personen uit de laagste klasse (klasse 1) een risico vertonen dat 37% ($= [117,2/85,4] - 1$) hoger is om aan deze ziekte te lijden in vergelijking met de personen uit de hoogste klasse (klasse 5).

Figuur 1.9 : Chronische obstructieve longaandoening - België


bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 1.9 : Chronische obstructieve longaandoening (COPD)

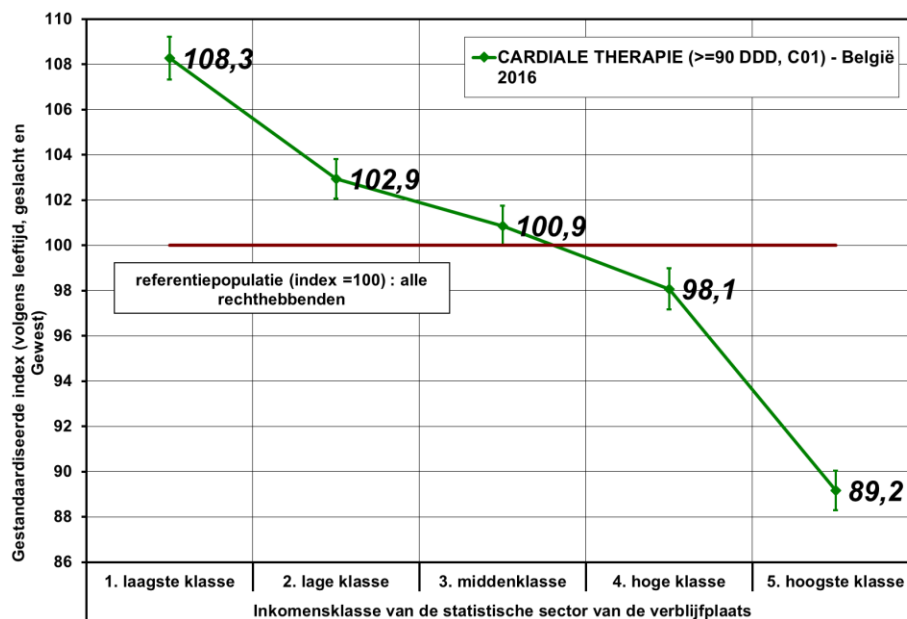
		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Via Farmanet, klasse ATC = R03A, R03BA, R03BB, R03DA04, minimaal 90 DDD's in 2016			
	Aantal (a)	312.673	182.948	108.144	21.581
Referentiepopulatie	Beschrijving	Iedereen >= 50 jaar			
	Aantal (b)	4.322.886	2.629.323	1.365.175	328.388
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	7,2%	7,0%	7,9%	6,6%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	117,2	115,5	120,8	119,6
2 Lage	106,5	105,9	108,6	113,1
3 Midden	99,1	99,1	100,8	101,3
4 Hoge	94,4	94,6	90,4	94,8
5 Hoogste	85,4	86,3	81,3	79,7
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	137%	134%	149%	150%

3.1.10 Morbiditeit : Cardiale therapie

Voor hart- en vaatziekten beperken we ons tot code C01 van de ATC-classificatie. De aldus geselecteerde geneesmiddelen worden typisch gebruikt in het geval van hartdecompensatie, angina pectoris en hartritmestoornissen. Ze komen niet overeen met het hele cardiovasculaire probleem, maar het gebruik ervan is een goede indicator voor hart- en vaatziekten. De waargenomen gradiënt is significant: we stellen vast dat personen uit de laagste klasse (klasse 1) een risico vertonen dat 21% (= $[108.3/89.2]-1$) hoger is om aan een hartaandoening te lijden in vergelijking met de personen uit de hoogste klasse (klasse 5).

Figuur 1.10 : Cardiale therapie - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 1.10 : Cardiale therapie

		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Via Farmanet, klasse ATC = C01, minimum van 90 DDD's in de loop van 2016			
	Aantal (a)	239.207	134.791	88.691	15.725
Referentie-populatie	Beschrijving	Iedereen			
	Aantal (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	2,2%	2,1%	2,6%	1,4%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	108,3	106,6	110,3	107,9
2 Lage	102,9	103,8	104,6	106,0
3 Midden	100,9	101,4	100,3	106,6
4 Hoge	98,1	97,7	96,4	97,1
5 Hoogste	89,2	89,1	87,5	89,2
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	121%	120%	126%	121%

3.2 PREVENTIE

Preventie werd benaderd vanuit het oogpunt van:

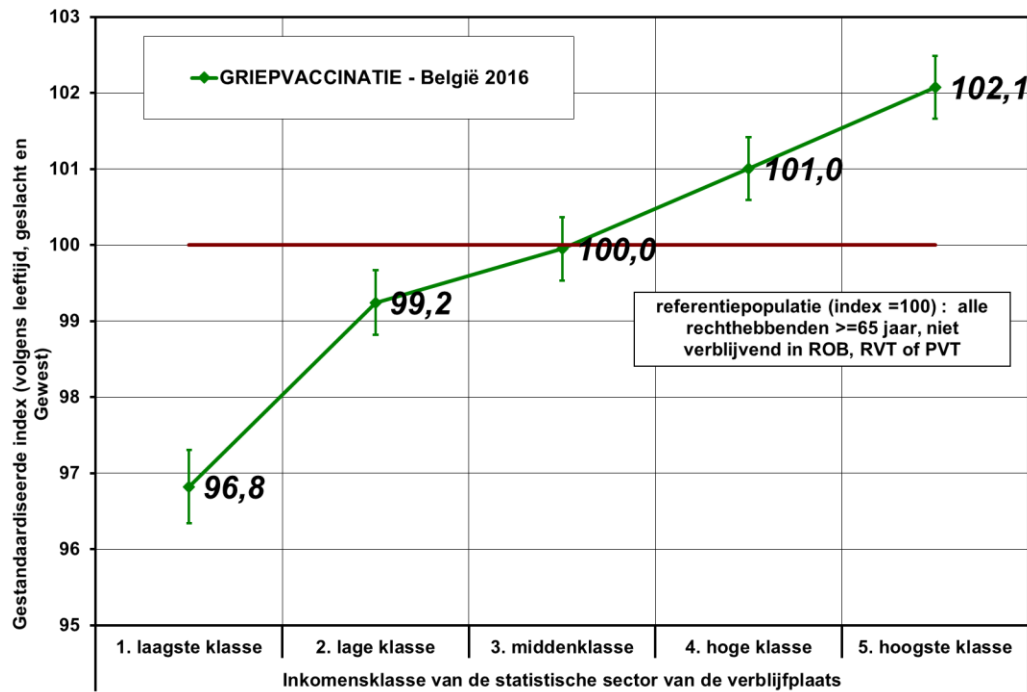
- Griepvaccinatie,
- Baarmoederhalskankerscreening,
- Borstkankerpreventie,
- Preventieve tandzorg voor kinderen,
- Preventieve tandzorg voor volwassenen,
- Colonoscopie,
- Voorbehoedsmiddelen voor jonge vrouwen,
- Bevallingen door tienermoeders.

3.2.1 Griepvaccinatie

Griep is verre van een "triviale" of onschuldige ziekte, want het kan leiden tot ernstige (en soms fatale) complicaties, vooral bij ouderen of mensen met bepaalde chronische ziekten. Daarom richten we bij deze categorie onze pijlen op griepvaccins bij thuiswonende ouderen (65 jaar en ouder)¹⁹. Personen die in instellingen verblijven (zoals RVT/ROB, psychiatrische verzorgingstehuizen), worden immers normaal gesproken gevaccineerd in het kader van het gezondheidsbeleid van de betrokken instelling. Niets spectaculairs hier, maar we merken toch dat mensen in klasse 1 een 5% (= [96,8/102,1]-1) lagere kans hebben om dit type inenting te krijgen dan die in klasse 5. In Brussel is deze gradiënt overigens meer uitgesproken (13% verschil tussen de twee uitersten).

¹⁹ De bevolking van 65 jaar en ouder die thuis woont, maakt deel uit van de risicopopulatie en het vaccin wordt vergoed door de ZIV. Voor dit deel van de bevolking kunnen we de indicator dus op basis van volledige gegevens opstellen, in tegenstelling tot de bevolking tussen 50 en 64 jaar, die potentieel nog steeds een beroepsactiviteit kent. Deze groep kan worden gevaccineerd op de werkplek, waarbij het vaccin wordt gefinancierd door de werkgever.

Figuur 2.1 : Griepvaccinatie - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 2.1 : Griepvaccinatie

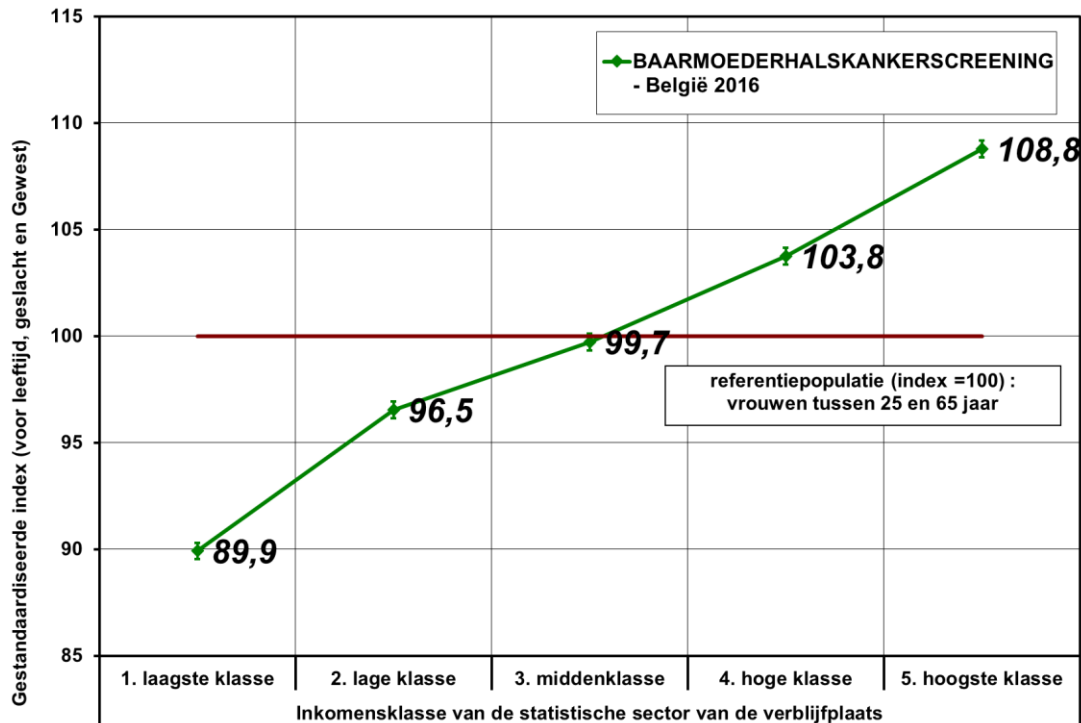
		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Via Farmanet, klasse ATC = J07BB, terugbetaald vaccin in de loop van 2016			
	Aantal (a)	1.048.327	705.136	280.429	62.762
Referentiepopulatie	Beschrijving	Rechthebbenden van 65 jaar en ouder die niet in een instelling verblijven (RVT, ROB en PVT)			
	Aantal (b)	1.951.754	1.204.348	606.864	140.542
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	53,7%	58,5%	46,2%	44,7%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	96,8	95,9	99,4	90,5
2 Lage	99,2	99,5	100,8	96,9
3 Midden	100,0	100,6	99,7	101,7
4 Hoge	101,0	101,6	99,1	102,9
5 Hoogste	102,1	102,2	101,3	103,6
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	95%	94%	98%	87%

3.2.2 Baarmoederhalskankerscreening

Bij baarmoederhalskankerscreening is de sociale gradiënt veel sterker. Vrouwen uit klasse 1 zijn namelijk 17% ($= [89.9/108.8] - 1$) minder geneigd om een beroep te doen op dit type screening dan die uit klasse 5. Brussel valt hier nog meer op (23% verschil tussen de twee uitersten).

Figuur 2.2 : Baarmoederhalskankerscreening - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 2.2 : Baarmoederhalskankerscreening

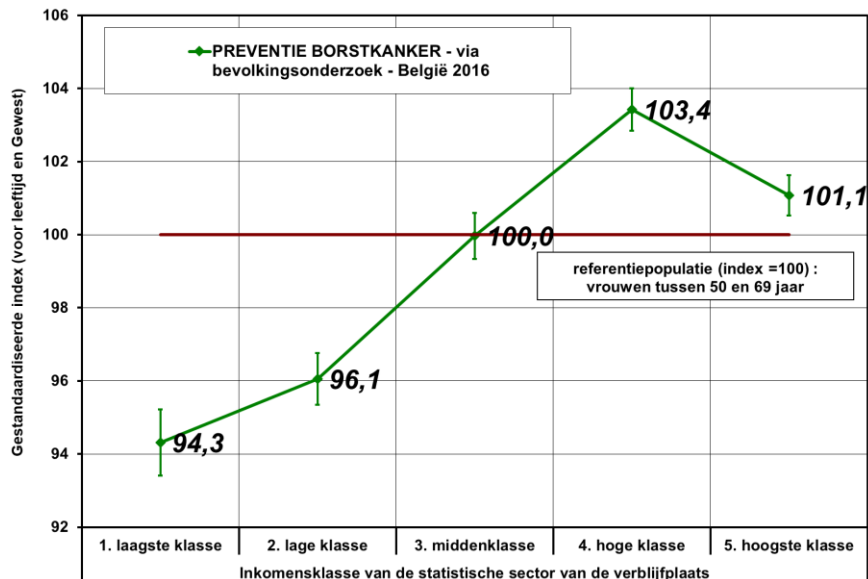
		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Terugbetaling van minstens één uitstrijkje in de periode 2014-2016.			
	Aantal (a)	1.297.843	757.856	422.843	117.144
Referentiepopulatie	Beschrijving	Vrouwen tussen 25 en 65 jaar			
	Aantal (b)	2.925.008	1.695.517	929.566	299.925
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	44,4%	44,7%	45,5%	39,1%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	89,9	88,4	88,6	86,3
2 Lage	96,5	95,9	95,8	95,5
3 Midden	99,7	100,2	100,3	101,4
4 Hoge	103,8	104,7	104,4	106,3
5 Hoogste	108,8	108,7	110,1	112,5
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	83%	81%	80%	77%

3.2.3 Borstkankerpreventie (1) - via bevolkingsonderzoek

Borstkankerpreventie kan op verschillende manieren gebeuren, manieren die niet kostenneutraal zijn. Laten we beginnen met het door de Gemeenschappen gefinancierde bevolkingsonderzoek: dit is volledig gratis. Hier is er geen significante sociale gradiënt. Maar er is nog steeds 7% ($= [94,3,9/101,1] - 1$) minder kans dat vrouwen in klasse 1 zullen deelnemen in vergelijking met vrouwen in klasse 5. Er is hier wel iets heel ongewoons aan de hand in het Brussels Gewest: bij vrouwen in klasse 1 is de kans daar maar liefst 61% groter dat ze zullen deelnemen aan dit bevolkingsonderzoek dan bij vrouwen in klasse 5.

Figuur 2.3 : Borstkankerpreventie - via bevolkingsonderzoek - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 2.3 : Borstkankerpreventie - via bevolkingsonderzoek

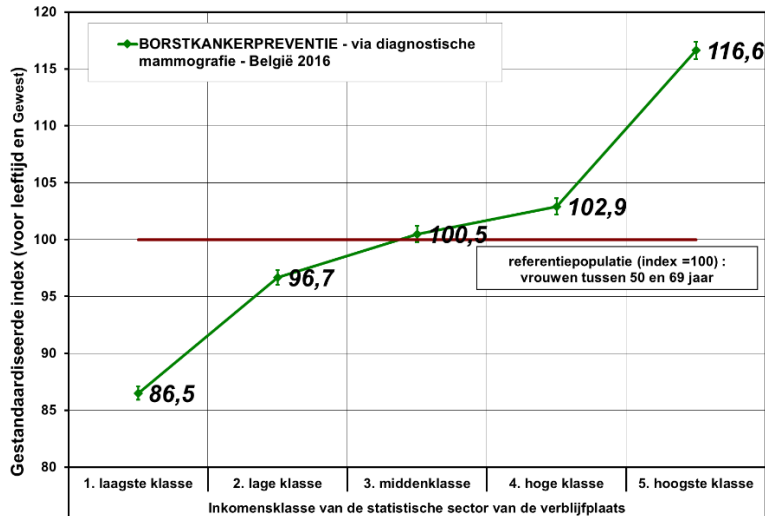
		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Deelname aan het bevolkingsonderzoek georganiseerd door de respectievelijke Gemeenschappen in de periode 2015-2016 <i>[cf. methodologische fiche van de IMA-Atlas]</i>			
	Aantal (a)	462.819	419.173	31.678	11.968
Referentiepopulatie	Beschrijving	Vrouwen tussen 50 en 69 jaar			
	Aantal (b)	1.412.103	838.112	463.726	110.265
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	32,8%	50,0%	6,8%	10,9%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	94,3	91,9	103,7	123,6
2 Lage	96,1	99,0	100,6	110,6
3 Midden	100,0	102,0	98,7	102,1
4 Hoge	103,4	104,5	100,8	91,6
5 Hoogste	101,1	100,9	96,5	76,9
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	93%	91%	107%	161%

3.2.4 Borstkankerpreventie (2) - via diagnostische mammografie

Een andere mogelijkheid voor borstkankerpreventie bestaat erin een diagnostische mammografie (en geen mammotest) te laten uitvoeren. Dit is niet gratis en resulteert waarschijnlijk in een belangrijke sociale gradiënt in het nadeel van de onderste lagen van de sociale ladder. Er kan worden vastgesteld dat de kans dat vrouwen in klasse 1 een diagnostische mammografie ondergaan 27 % ($= [86,1/117,6] - 1$) lager ligt dan bij vrouwen in klasse 5. In Brussel is dit percentage nog hoger (41% verschil tussen de uitersten).

Figuur 2.4 : Borstkankerpreventie - via diagnostische mammografie- België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 2.4 : Borstkankerpreventie - via diagnostische mammografie

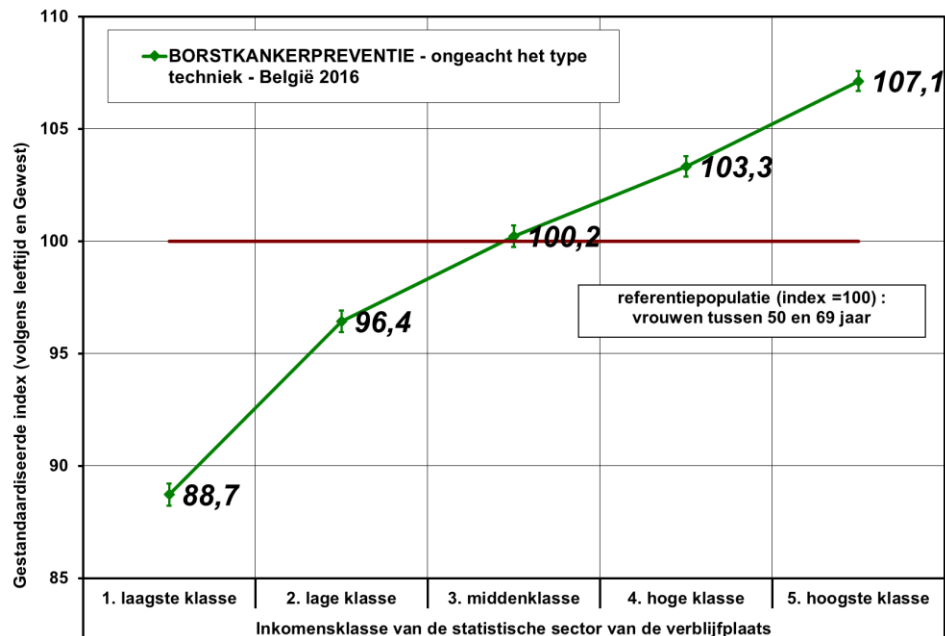
		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Uitvoering van een diagnostische mammografie en geen enkele deelname aan een bevolkingsonderzoek in de periode 2015-2016 <i>[cf. methodologische fiche van de IMA-Atlas]</i>			
	Aantal (a)	396.124	134.794	215.777	45.553
Referentiepopulatie	Beschrijving	Vrouwen tussen 50 en 69 jaar			
	Aantal (b)	1.412.103	838.112	463.726	110.265
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	28,1%	16,1%	46,5%	41,3%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	86,1	81,7	85,0	73,7
2 Lage	96,8	92,7	95,5	86,2
3 Midden	100,6	97,0	99,3	97,5
4 Hoge	103,2	100,5	103,7	111,6
5 Hoogste	117,6	121,4	114,0	126,0
➔ <i>Verhouding tussen klasse 1 en 5 =</i>	73%	67%	75%	59%

3.2.5 Borstkankerpreventie (3) - ongeacht het type onderzoek

Alle mogelijkheden tot preventief onderzoek kunnen ook gecombineerd bekeken worden, los van de vraag of het een gratis bevolkingsonderzoek, dan wel het uitvoeren van een "opportunistische" diagnostische mammografie betreft, met in het achterhoofd dat het belangrijkste is dat het preventief onderzoek effectief heeft plaatsgevonden. Maar dit is niet bij alle vrouwen het geval. Er is een sociale gradiënt: het verschil tussen de extreme klassen is 17% ($= [88,7/107,1] - 1$) ten nadele van de vrouwen in de laagste klasse ten opzichte van die in de hoogste klasse. In Brussel is dit percentage nog hoger (27% verschil tussen de uitersten).

Figuur 2.5 : Borstkankerpreventie - ongeacht het type onderzoek - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 2.5 : : Borstkankerpreventie - via bevolkingsonderzoek of diagnostische mammografie

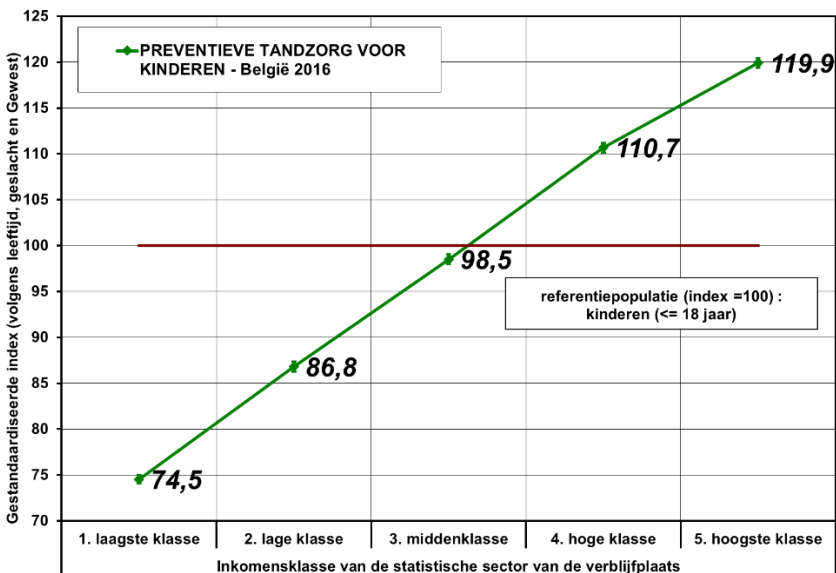
		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Deelname aan het bevolkingsonderzoek of uitvoering van een diagnostische mammografie in 2015-2016 <i>[cf. methodologische fiche van de IMA-Atlas]</i>			
	Aantal (a)	858.943	553.967	247.455	57.521
Referentiepopulatie	Beschrijving	Vrouwen tussen 50 en 69 ans			
	Aantal (b)	1.412.103	838.112	463.726	110.265
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	60,8%	66,1%	53,4%	52,2%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	88,7	89,4	87,4	84,0
2 Lage	96,4	97,5	96,2	91,2
3 Midden	100,2	100,8	99,2	98,5
4 Hoge	103,3	103,5	103,3	107,4
5 Hoogste	107,1	105,9	111,7	115,7
➔ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	83%	84%	78%	73%

3.2.6 Preventieve tandzorg : kinderen²⁰

Preventieve tandheelkundige zorg (bijv. kalkverwijdering, mondonderzoek, etc.) is gratis voor jongeren tot 18 jaar, op voorwaarde dat de patiënt behandeld wordt door een tandarts, toegetroten tot het akkoord tandartsen-ziekenfondsen (“geconventioneerd”) of door een tandarts die geen supplementen aanreket (er is immers geen remgeld te betalen). Maar dit is duidelijk niet voldoende om gelijke toegang te garanderen. De sociale gradiënt is hier zeer belangrijk: jongeren in klasse 1 hebben 38% minder kans (= [74,5/119,9]-1) op deze vorm van zorg dan die in klasse 5. De gradiënt is nog opvallender in Wallonië (46% verschil tussen de uitersten).

Figuur 2.6 : Preventieve tandzorg : kinderen - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 2.6 : Preventieve tandzorg : kinderen

		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Minstens 2 contacten bij de tandarts in twee verschillende jaren binnen een termijn van 3 kalenderjaren (jaren 2014-2016) <i>[cf. methodologische fiche van de IMA-Atlas]</i>			
	Aantal (a)	700.563	474.125	172.598	53.840
Referentiepopulatie	Beschrijving	Kinderen tot 18 jaar			
	Aantal (b)	2.327.146	1.302.363	757.161	267.622
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	30,1%	36,4%	22,8%	20,1%

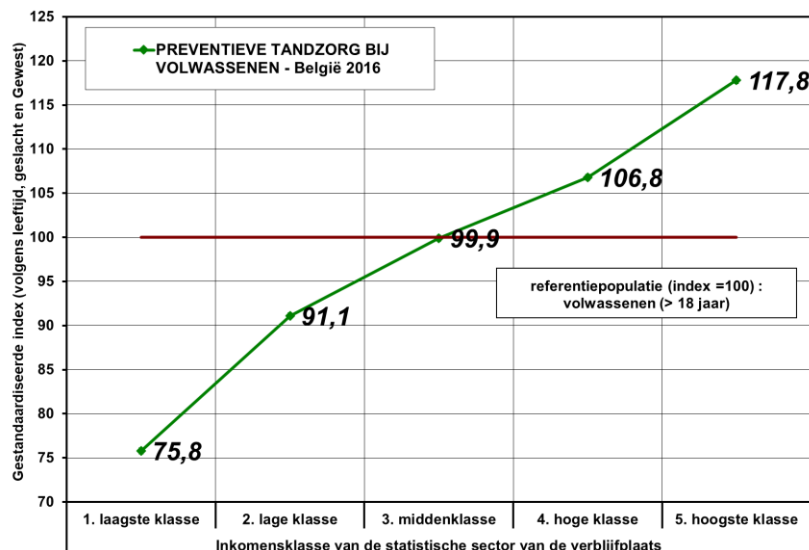
²⁰ Deze opmerking is van toepassing op de secties 3.2.6 en 3.2.7. We richten ons op patiënten die 'regelmatig' naar de tandarts gaan. Onze definitie van 'reguliere' patiënt is minder streng dan de klassieke definitie, waarbij dergelijke patiënt strikt genomen elk kalenderjaar een bezoek aan de tandarts moet brengen om als 'reguliere' patiënt te worden beschouwd. We hebben deze flexibelere definitie gehanteerd om rekening te houden met de realiteit op het terrein, vooral op het einde van het jaar, wanneer veel patiënten 'zich herinneren' dat ze een bezoek aan de tandarts moeten brengen, met als gevolg dat deze raadpleging soms pas aan het begin van het volgende kalenderjaar plaatsvindt.

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	74,5	70,7	70,4	88,5
2 Lage	86,8	90,3	82,8	93,0
3 Midden	98,5	102,7	97,0	97,7
4 Hoge	110,7	111,8	114,9	105,5
5 Hoogste	119,9	117,9	131,5	125,4
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	62%	60%	54%	71%

3.2.7 Preventieve tandzorg : volwassenen

De financiële toegankelijkheid is ook verbeterd voor volwassenen die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming (RVT) : voor hen is geen remgeld vereist. We zien een gradiënt die net zo belangrijk is als voor kinderen. Mensen uit klasse 1 hebben een 36% lagere kans ($= [75,8/117,8] - 1$) op de toediening van deze vorm van zorg dan mensen uit klasse 5. De hellingsgraden in Brussel en Wallonië zijn nog sterker (respectievelijk 43% en 45% verschil tussen de uitersten).

Figuur 2.7 : Preventieve tandzorg : volwassenen - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 2.7 : Preventieve tandzorgen : volwassenen

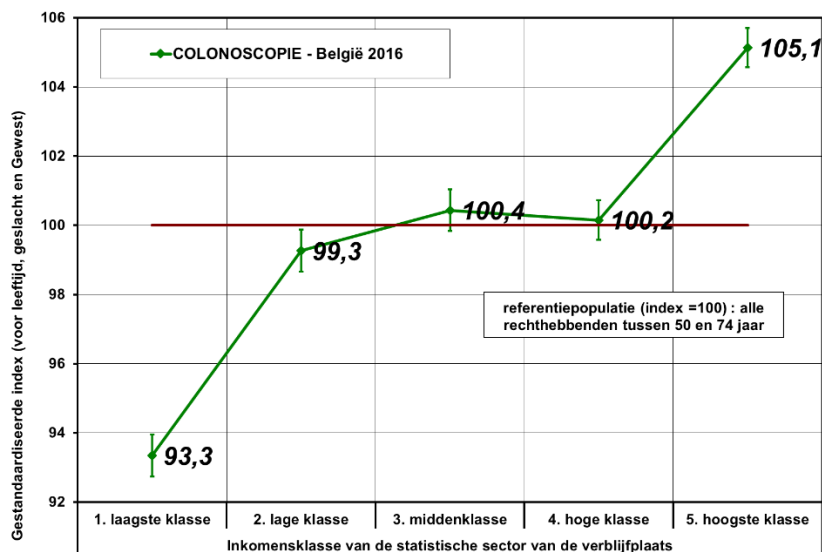
		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Minstens 2 contacten bij de tandarts in twee verschillende jaren binnen een termijn van 3 kalenderjaren (jaren 2014-2016) [cf. methodologische fiche van de IMA-Atlas]			
	Aantal (a)	2.434.948	1.708.545	540.366	186.037
Referentiepopulatie	Beschrijving	Volwassenen boven de 18 jaar			
	Aantal (b)	8.603.863	5.070.762	2.711.003	822.098
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	28,3%	33,7%	19,9%	22,6%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	75,8	78,8	71,3	76,5
2 Lage	91,1	93,4	84,7	85,6
3 Midden	99,9	100,8	98,5	96,1
4 Hoge	106,8	107,3	112,9	111,3
5 Hoogste	117,8	116,2	130,4	134,0
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	64%	68%	55%	57%

3.2.8 Colonoscopie

De facturatiegegevens van de verzekeringsinstellingen maken het niet mogelijk om de deelnemers aan het bevolkingsonderzoek darmkankerscreening op te sporen, aangezien het screeningprogramma rechtstreeks door de Gemeenschappen wordt beheerd en georganiseerd. De volgende stap kunnen we daarentegen wel opsporen: de uitvoering van een colonoscopie. Ook in dit stadium van het preventieproces is er sprake van een gradiënt. Mensen uit klasse 1 hebben 11% minder kans (= [93,9/105,1]-1) op de uitvoering een colonoscopie dan mensen uit klasse 5. De gradiënt is veel intenser in Brussel (36% verschil tussen de uitersten).

Figuur 2.8 : Colonoscopie - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 2.8 : Colonoscopie

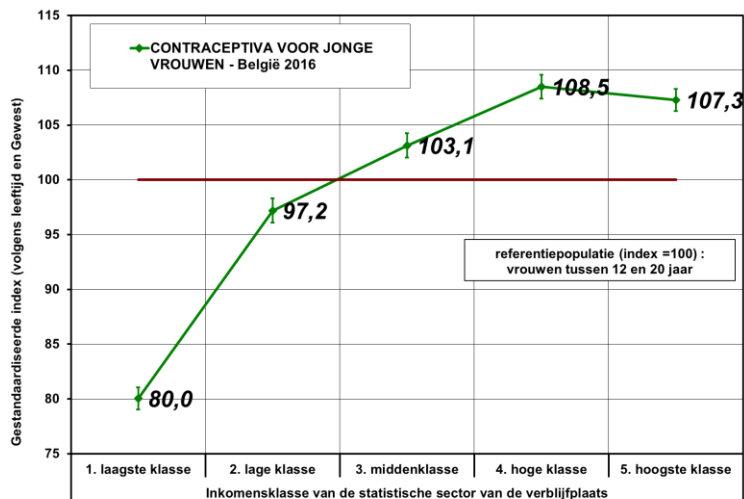
		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Uitvoering van minstens één colonoscopie tussen 2006 en 2016			
	Aantal (a)	550.783	331.553	171.833	47.397
Referentiepopulatie	Beschrijving	Personen tussen 50 en 74 jaar			
	Aantal (b)	3.267.638	1.972.397	1.047.229	248.012
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	16,9%	16,8%	16,4%	19,1%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	93,3	98,5	93,8	78,1
2 Lage	99,3	97,8	96,5	88,2
3 Midden	100,4	98,5	99,0	97,6
4 Hoge	100,2	98,6	102,5	108,4
5 Hoogste	105,1	105,3	106,8	122,7
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	89%	94%	88%	64%

3.2.9 Voorbehoedsmiddelen voor jonge vrouwen

De ZIV biedt een tegemoetkoming voor een verscheidenheid aan voorbehoedsmiddelen die door jonge vrouwen tot 20 jaar worden gebruikt. Pas op, we hebben geen zicht op het volledige gebruik van voorbehoedsmiddelen, want ook de centra voor gezinsplanning kunnen deze afleveren. Los van deze beperking in het achterhoofd: wat kan vastgesteld worden voor afgeleverde voorbehoedsmiddelen in apotheken en waarvoor de ZIV een financiële tegemoetkoming toegekend heeft? Welnu, het is duidelijk dat de gradiënt vooral nadelig is voor de klasse 1 populatie. Jonge vrouwen uit de laagste klasse hebben 25% minder kans ($= [80,0/107,3] - 1$) op het gebruik van terugbetaalde anticonceptiemethoden dan die uit klasse 5. De gradiënt is enorm in Brussel (61% verschil tussen de uitersten). Laten we hopen dat de Brusselse centra voor gezinsplanning dit compenseren!

Figuur 2.9 : Voorbehoedsmiddelen voor jonge vrouwen - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 2.9 : Voorbehoedsmiddelen voor jonge vrouwen

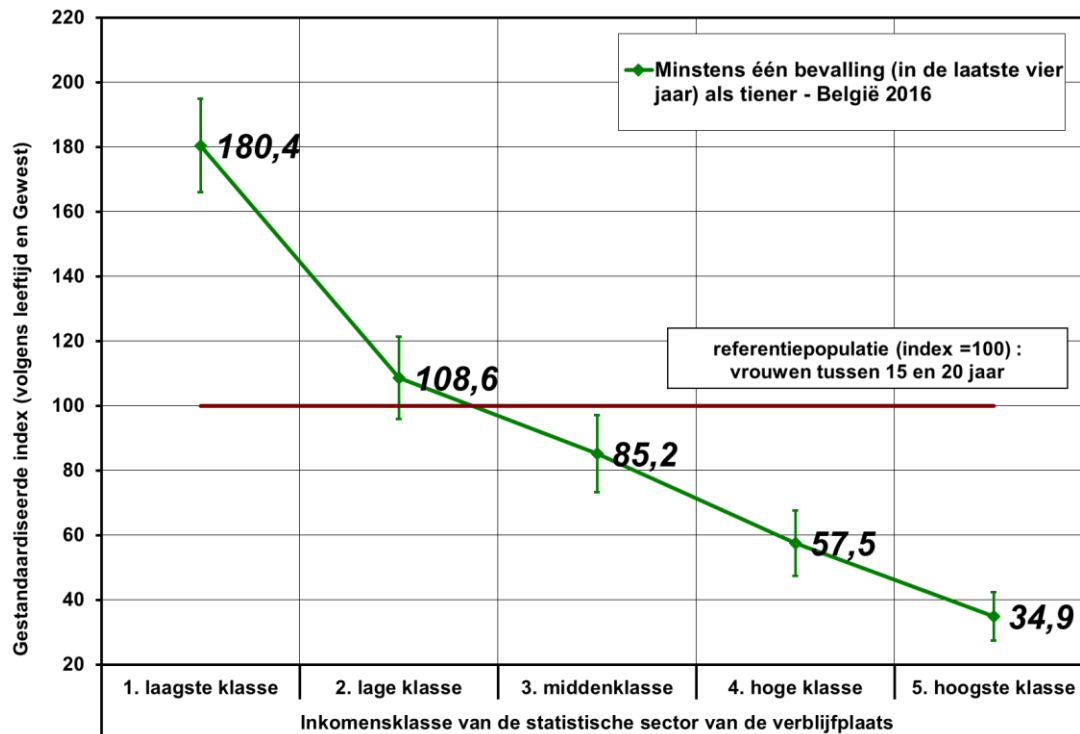
		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Vaststellen dat in 2016 via Farmanet minstens één voorbehoedsmiddel voor vrouwen afgeleverd werd waarvoor de ZIV een terugbetaling toekent (codes : 752732, 752754).			
	Aantal (a)	168.125	101.243	59.262	7.620
Referentie-populatie	Beschrijving	Tieners/jongvolwassen vrouwen tussen 12 en 20 jaar			
	Aantal (b)	530.519	297.644	180.120	52.755
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	31,7%	34,0%	32,9%	14,4%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	80,0	75,9	85,2	58,4
2 Lage	97,2	97,4	98,5	81,3
3 Midden	103,1	106,5	103,3	109,2
4 Hoge	108,5	109,3	106,4	128,2
5 Hoogste	107,3	106,4	106,5	150,5
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	75%	71%	80%	39%

3.2.10 Bevallingen door tienermoeders

Bij wijze van test, en zonder dat er noodzakelijk een direct verband met de vorige indicator bestaat, proberen we na te gaan in hoeverre jonge vrouwen tot 20 jaar (in 2016) in de laatste 4 jaar bevallen zijn, toen ze nog niet meerderjarig waren. Aangezien de hoeveelheid waarnemingen zeer gering is, kijken we niet verder dan het nationale niveau. Ondanks dit beperkt aantal observaties zien we ook hier weer een sociale gradiënt ontstaan. Het risico om als tiener/jongvolwassene te bevallen stijgt met 418% ($= [180,4/34,9] - 1$) voor jonge vrouwen uit de klasse 1 in vergelijking met die van klasse 5. We mogen hieruit wel geen overhaaste conclusies trekken: het krijgen van een kind op jonge leeftijd hoeft niet noodzakelijk het gevolg te zijn van een mislukking van de preventieve aanpak, het kan ook om een gewilde zwangerschap gaan.

Figuur 2.10 : Bevallingen door tienermoeders - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 2.10 : Bevallingen door tienermoeders

		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	In de periode 2013 tot 2016, minstens één keer bevallen zijn als tiener (jonger of gelijk aan 17 jaar)			
	Aantal (a)	1.283			
Referentiepopulatie	Beschrijving	Jongvolwassen vrouwen tussen 15 en 20 jaar			
	Aantal (b)	356.737			
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	0,36%			

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren	
1 Laagste	180,4
2 Lage	108,6
3 Midden	85,2
4 Hoge	57,5
5 Hoogste	34,9
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	518%

3.3 CONTACTEN MET DE VERSTREKKERS VAN DE EERSTE LIJN

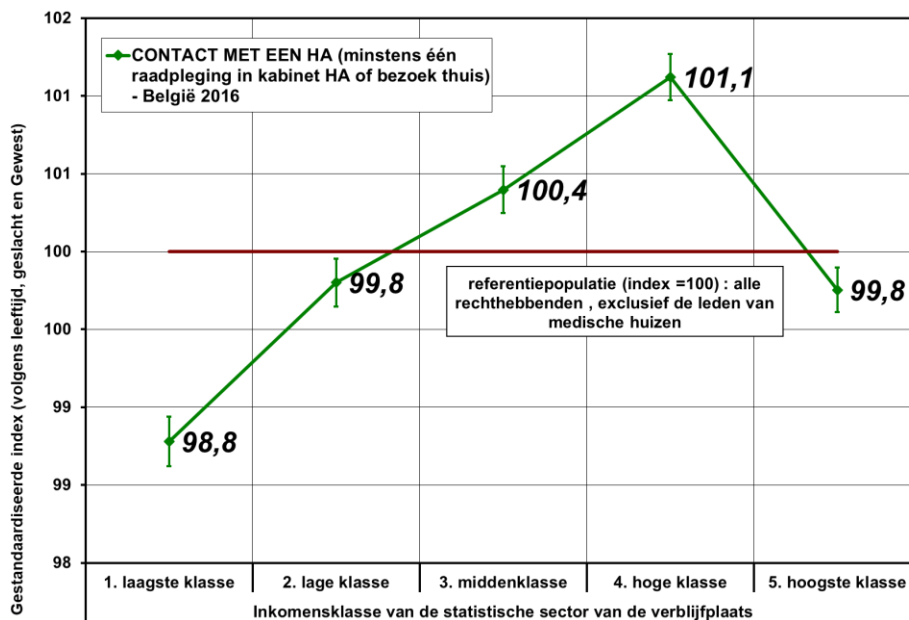
Contacten met de eerste lijn refereren aan

- contacten met de huisarts (elke type van contact, raadpleging, bezoek),
- het al dan niet bezitten van een actief GMD,
- het aangesloten zijn bij een medisch huis (WGC),
- contacten met een specialist,
- het volgen van een orthodontische behandeling,
- het ontbreken van een contact met de tandarts.

3.3.1 Huisarts : alle soorten van contacten

Bestaan er ongelijkheden op het vlak van de contacten met huisartsen? Nee. Over het algemeen is er voor alle soorten van contacten (raadplegingen bij de huisarts of huisbezoeken) heel weinig verschil tussen de verschillende klassen (de verschillen zijn maximaal 1%). Aangezien de activiteit van de huisartsen in wijkgezondheidscentra (WGC - medische huizen) een onbekende factor is (geen contactgegevens over dit onderwerp beschikbaar bij van de verzekeringsinstellingen), omvat de referentiepopulatie geen personen die in medische huizen ingeschreven staan, wat kan leiden tot een belangrijke vertekening van het resultaat, aangezien die WGC vaak in sociaaleconomisch achtergestelde wijken actief zijn.

Figuur 3.1 : Contact met de huisarts - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 3.1 : Contact met de huisarts

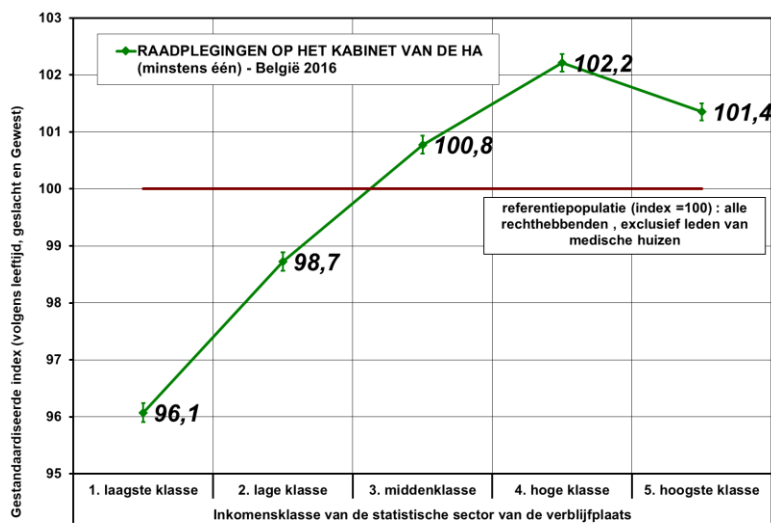
		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	In 2016 minstens één contact met een huisarts gehad hebben, ongeacht de raadplegingen in het kabinet van de huisarts of de bezoeken bij de patiënt thuis. [codes aanwezig in document N = 1]			
	Aantal (a)	8.496.022	5.235.862	2.638.951	621.209
Referentiepopulatie	Beschrijving	Iedereen, behalve de leden ingeschreven in een medisch huis (WGC)			
	Aantal (b)	10.544.129	6.265.942	3.329.153	949.034
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	80,6%	83,6%	79,3%	65,5%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	98,8	97,8	98,8	101,3
2 Lage	99,8	100,0	100,5	100,7
3 Midden	100,4	101,0	100,8	99,4
4 Hoge	101,1	101,4	100,5	99,7
5 Hoogste	99,8	99,7	99,4	99,0
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	99%	98%	99%	102%

3.3.2 Huisartsen : raadplegingen in zijn kabinet

In vergelijking met de vorige indicator en als we ons beperken tot de raadplegingen in het kabinet van de huisarts, stellen we vast dat het verschil tussen de extreme klassen groter is, maar beperkt blijft tot 5% (= [96,1/101,4]-1). In Wallonië is het verschil groter: ongeveer 8%.

Figuur 3.2 : Raadplegingen bij de huisarts - België



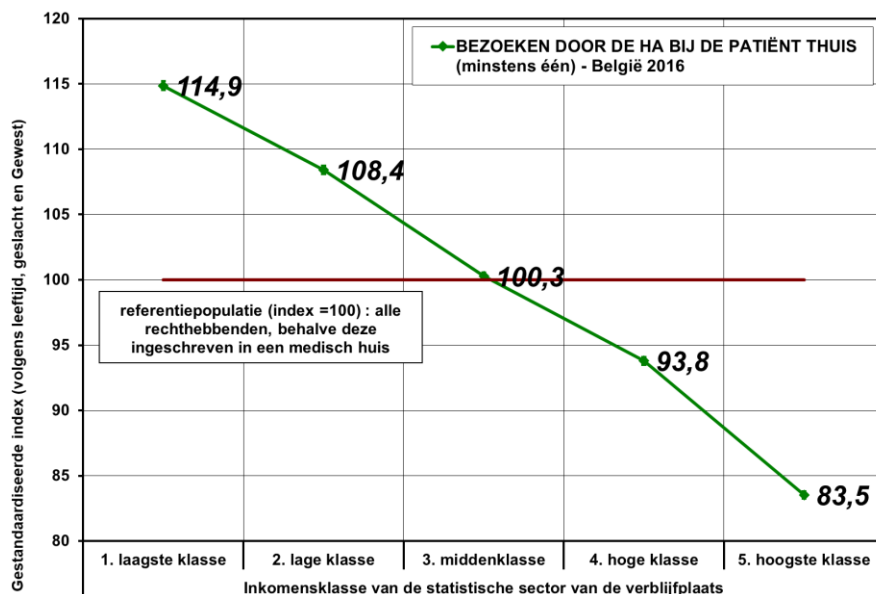
Tabel 3.2 : Huisartsen : raadplegingen in zijn kabinet

		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	In 2016 minstens één raadpleging in het kabinet van de huisarts gehad hebben. [codes aanwezig in document N = 1]			
	Aantal (a)	7.881.441	4.936.848	2.361.743	582.850
Referentiepopulatie	Beschrijving	Iedereen, behalve de leden ingeschreven in een medisch huis (WGC)			
	Aantal (b)	10.544.129	6.265.942	3.329.153	949.034
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	74,7%	78,8%	70,9%	61,4%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	96,1	95,6	94,3	101,7
2 Lage	98,7	99,6	98,6	100,2
3 Midden	100,8	101,3	101,0	98,6
4 Hoge	102,2	102,3	102,5	99,6
5 Hoogste	101,4	100,7	103,0	99,8
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	95%	95%	92%	102%

3.3.3 Bezoeken door de huisarts bij de patiënt thuis

Als we de bezoeken van de huisarts thuis bij de patiënt bekijken, met als referentiepoulatie iedereen (met uitsluiting van diegenen die in een WGC zijn ingeschreven), dan stellen we een omkering van de gradiënt vast. Hier zijn het de personen uit de laagste klasse die een voorkeur hebben voor dergelijke contacten. De kans op het bezoek van een huisarts is 38% ($= [114,9/83,5] - 1$) hoger bij wie tot de laagste klasse (klasse 1) behoort dan bij wie tot de hoogste (klasse 5) behoort. Dit percentage is het hoogst in Wallonië (64%). Het Brusselse Gewest reageert eens temeer atypisch: mensen uit klasse 1 hebben een 15% lagere kans op een bezoek door de huisarts bij hen thuis dan mensen uit klasse 5.

Figuur 3.3 : Bezoeken door de huisarts bij de patiënt thuis - België


bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 3.3 : Bezoeken door de huisarts bij de patiënt thuis

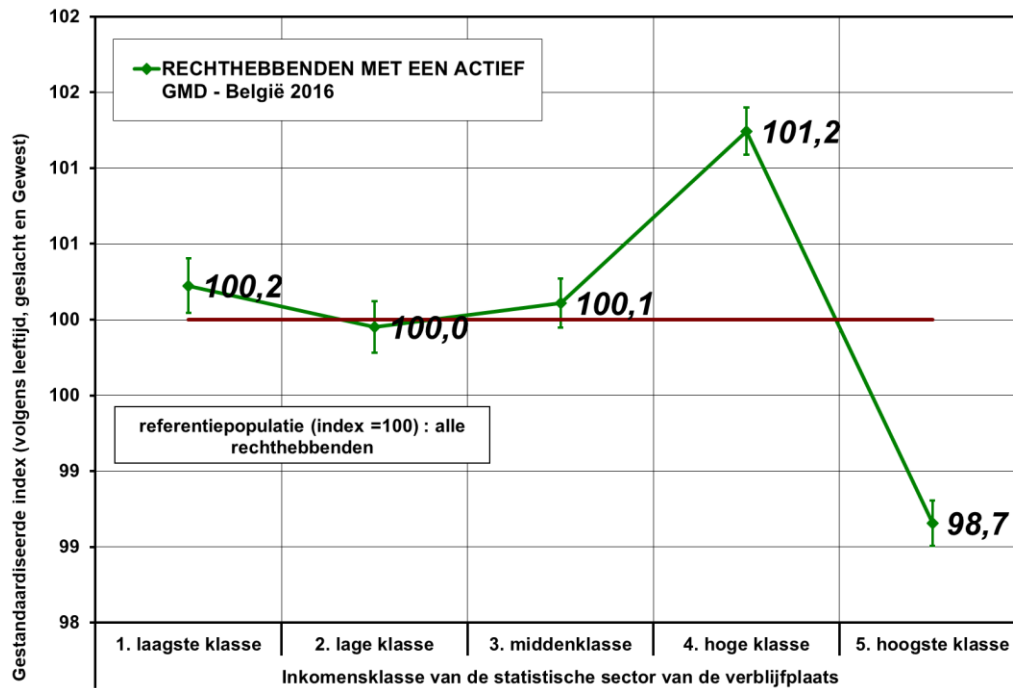
		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	In 2016 minstens één thuisbezoek van de huisarts gehad hebben. [codes aanwezig in document N = 1]			
	Aantal (a)	1.920.771	1.051.202	775.268	94.301
Referentiepopulatie	Beschrijving	Iedereen, behalve de leden ingeschreven in een medisch huis (WGC)			
	Aantal (b)	10.544.129	6.265.942	3.329.153	949.034
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	18,2%	16,8%	23,3%	9,9%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	114,9	109,9	122,2	84,3
2 Lage	108,4	105,7	114,6	99,8
3 Midden	100,3	101,6	101,9	106,2
4 Hoge	93,8	95,3	88,6	105,3
5 Hoogste	83,5	87,3	74,4	100,5
➔ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	138%	126%	164%	84%

3.3.4 Een actief globaal medisch dossier (GMD) hebben

Hier willen we focussen op de voordelen van een GMD, zoals de vermindering van het persoonlijk aandeel met 30% voor raadplegingen bij de huisarts. Het GMD is ongetwijfeld nuttig voor iedereen, maar dat geldt des te meer voor de meest kwetsbare groepen, zowel vanwege hun verhoogd risico op een slechtere gezondheid als vanwege de verlaging van het remgeld. Goed nieuws, we zien geen differentiatie volgens de door ons gedefinieerde sociale klassen. Behalve in Brussel, maar de trend is er eerder in het voordeel wie tot de laagste klasse behoort.

Figuur 3.4 : Een actief GMD hebben - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 3.4 : Een actief GMD hebben

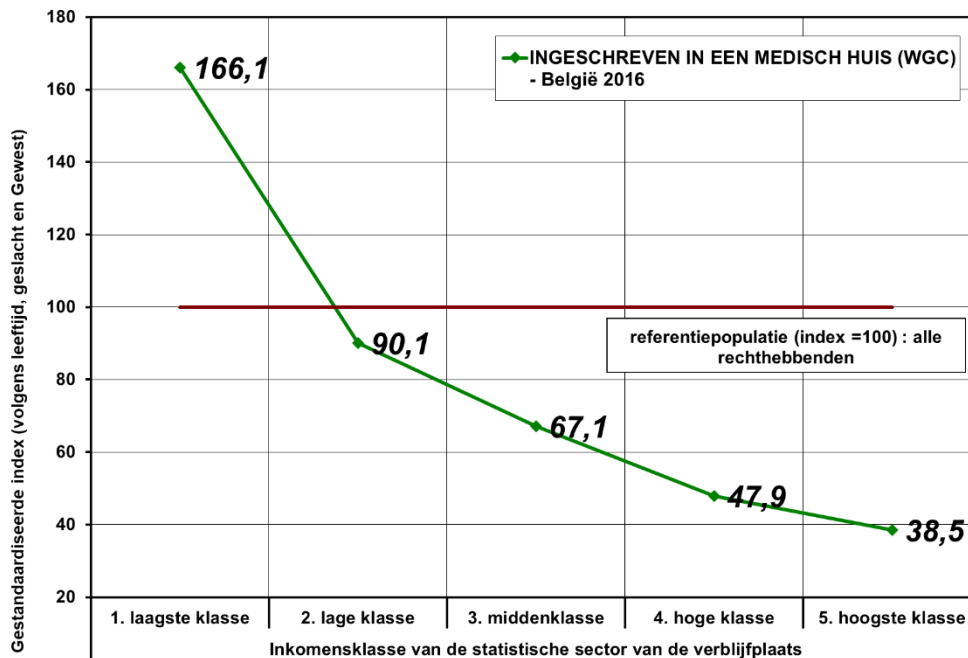
		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	De voordelen genieten van een actief GMD in 2016 (het GMD werd geopend of verlengd in de periode 2014 tot 2016). [cf. methodologische nota van de IMA-Atlas]			
	Aantal (a)	7.324.966	4.960.225	1.967.534	438.333
Referentiepopulatie	Beschrijving	Iedereen, behalve de leden ingeschreven in een medisch huis (WGC)			
	Aantal (b)	10.544.129	6.265.942	3.329.153	949.034
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	69,5%	79,2%	59,1%	46,2%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	100,2	98,0	101,9	109,7
2 Lage	100,0	100,2	101,1	104,2
3 Midden	100,1	101,3	100,8	98,4
4 Hoge	101,2	101,7	99,3	97,6
5 Hoogste	98,7	98,6	97,4	91,4
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	102%	99%	105%	120%

3.3.5 Ingeschreven in een medisch huis (WGC)

Een andere manier om te genieten van eerstelijnszorg, waaronder de huisartsengeneeskunde, zonder remgeld te betalen, bestaat erin zich aan te sluiten bij een medisch huis (WGC - wijkgezondheidscentrum, met forfaitaire financiering). Medische huizen zijn natuurlijk voor iedereen toegankelijk, maar het is niet verwonderlijk dat het veeleer de bewoners van de minst begunstigde wijken (klasse 1) zijn die zich inschrijven: het verschil tussen klasse 1 en 5 bedraagt ongeveer 332% ($= [166,1/38,5] - 1$). Dit verschil is het grootst in het Vlaams Gewest (624%). Het 'tekort' aan contacten met de huisarts dat in de figuren 3.1 en 3.2 voor klasse 1 wordt waargenomen, wordt zeker gecompenseerd door wat we met deze indicator zien.

Figuur 3.5 : Ingeschreven in een medisch huis - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 3.5 : Ingeschreven in een medisch huis

		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Ingeschreven in een WGC, forfaitair gefinancierd door het RIZIV (minstens één forfait in 2016).			
	Aantal (a)	386.880	107.183	139.011	140.686
Referentiepopulatie	Beschrijving	Iedereen			
	Aantal (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	3,5%	1,7%	4,0%	12,9%

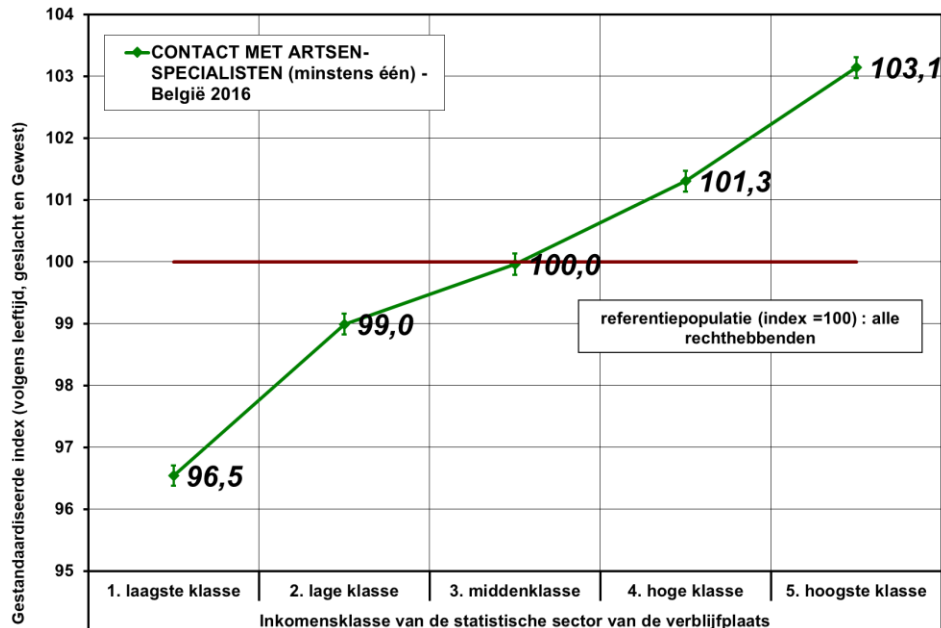
Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	166,1	252,5	222,8	169,9
2 Lage	90,1	97,5	108,4	125,5
3 Midden	67,1	75,9	75,3	87,1
4 Hoge	47,9	52,8	55,5	61,0
5 Hoogste	38,5	34,9	38,6	30,4

→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	432%	724%	577%	560%
-------------------------------------	------	------	------	------

3.3.6 Contact met arts-specialist

Geen dramatische gradiënt, wat de ambulante contacten met specialisten betreft. Er is een verschil van 6% ($= [96,5/103,1] - 1$) tussen de uiterste klassen, ten gunste van degenen die tot de hoogste klasse behoren. Of anders gezegd: de hoogste klasse heeft een iets grotere neiging (van 6%) om contact op te nemen met een gespecialiseerde arts, ongeacht het type specialisme.

Figuur 3.6 : Contact met arts-specialist - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 3.6 : Contact met arts-specialist

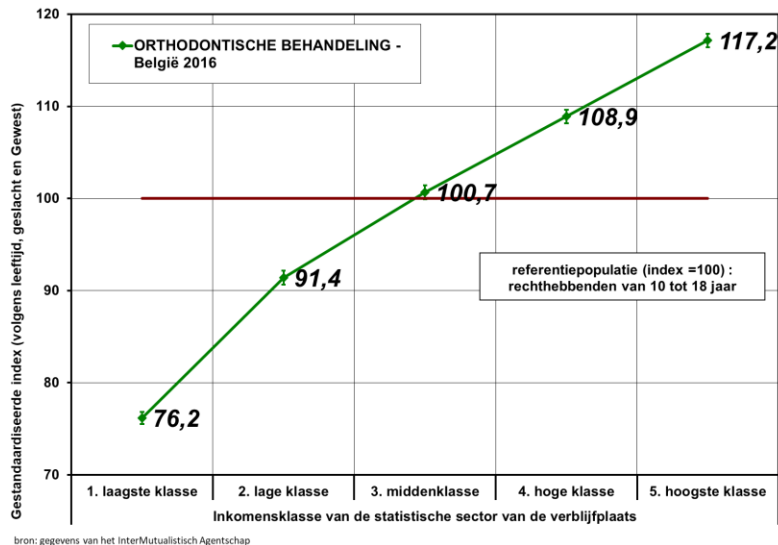
		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Contact met een specialist in 2016, ongeacht het type specialisme. [codes aanwezig in document N = 1]			
	Aantal (a)	6.808.315	3.876.566	2.269.904	661.845
Referentiepopulatie	Beschrijving	Iedereen			
	Aantal (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	62,3%	60,8%	65,4%	60,7%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	96,5	96,2	95,9	95,8
2 Lage	99,0	98,6	99,2	97,3
3 Midden	100,0	100,3	100,2	99,6
4 Hoge	101,3	101,3	101,3	102,2
5 Hoogste	103,1	103,2	103,4	106,1
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	94%	93%	93%	90%

3.3.7 Het volgen van een orthodontische behandeling

We richten ons op behandelingen die aangevat werden of nog steeds aan de gang zijn. We weten dat deze behandelingen duur zijn voor patiënten²¹, het is dus niet verwonderlijk dat hier een belangrijke sociale gradiënt te zien is. Kinderen uit de laagste klasse (klasse 1) hebben 35% minder kans ($= [76,2/117,2] - 1$) op een orthodontische behandeling dan kinderen uit de hoogste klasse (klasse 5). Deze gradiënt is nog sterker in Brussel (44% verschil tussen de uitersten).

Figuur 3.7 : Het volgen van een orthodontische behandeling - België



Tabel 3.7 : Het volgen van een orthodontische behandeling

		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Een terugbetaling genoten hebben voor minstens één verstrekking orthodontie in de periode 2010-2016. [cf. methodologische fiche van de IMA-Atlas]			
	Aantal (a)	361.747	219.054	114.473	28.220
Referentiepopulatie	Beschrijving	Kinderen van 10 tot 18 jaar			
	Aantal (b)	1.086.431	608.201	367.006	111.224
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	33,3%	36,0%	31,2%	25,4%

²¹ KCE. 2008. Orthodontie bij kinderen en adolescenten. Rapport KCE 77B

Overgenomen van de website van het KCE: "Vier op de tien Belgische jongeren draagt een tandbeugel. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en UZ Leuven (K.U.Leuven) stelden vast dat er daar niet altijd gegronde medische redenen voor zijn. De risico's van orthodontie zijn wel beperkt. Gemiddeld kost een behandeling aan de jongere of zijn ouders 1000 euro, zijnde 50 % van de totaalcost. De andere helft wordt door de ziekteverzekering en de aanvullende verzekeringen gedragen. De ziekteverzekering maakt momenteel voor de terugbetaling geen onderscheid tussen lichte (esthetische), matige of ernstige afwijkingen. Het KCE pleit voor een terugbetaling afhankelijk van de ernst van de gebitsafwijking met een betere terugbetaling voor de ernstige afwijkingen."

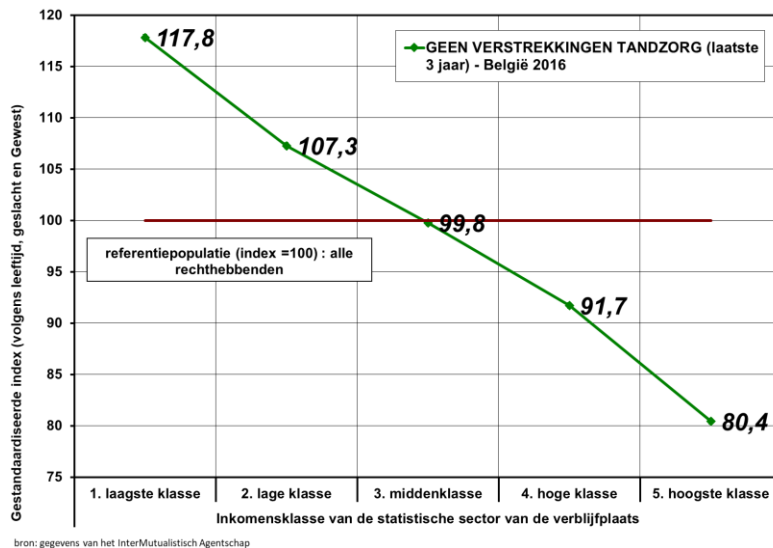
<https://kce.fgov.be/nl/orthodontie-bij-kinderen-en-adolescenten>

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	76,2	74,4	73,4	77,4
2 Lage	91,4	92,7	86,5	88,0
3 Midden	100,7	102,5	99,8	100,2
4 Hoge	108,9	108,5	110,8	114,5
5 Hoogste	117,2	115,1	125,5	137,1
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	65%	65%	58%	56%

3.3.8 Geen contact met de tandarts

Men kan zich vragen stellen over de mondgezondheid van degenen die niet naar de tandarts gaan. Maar is hier een sociale gradiënt waar te nemen? Ja, dat is zeker het geval. Personen in de laagste klasse (klasse 1) hebben 47% meer kans ($= [117,8/80,4] - 1$) om in 3 opeenvolgende jaren geen contact met een tandarts te hebben gehad dan die in de hoogste klasse (klasse 5). Deze gradiënt is minder uitgesproken in Brussel (31% verschil tussen de uiterste klassen), maar voor een hoger gewestelijk percentage ontbrekende contacten (33,7% in Brussel, tegenover 29,0% voor het Rijk).

Figuur 3.8 : Geen contact met de tandarts gedurende 3 opeenvolgende jaren - België



Tabel 3.8 : Geen contact met de tandarts gedurende 3 opeenvolgende jaren

		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Geen enkele verstrekking van tandzorg aangerekend in de periode 2014 tot 2016. [cf. methodologische fiche van de IMA-Atlas]			
	Aantal (a)	3.164.712	1.678.264	1.119.222	367.226
Referentiepopulatie	Beschrijving	Iedereen			
	Aantal (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	29,0%	26,3%	32,3%	33,7%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	117,8	124,1	121,1	110,3
2 Lage	107,3	108,0	109,6	106,2
3 Midden	99,8	97,8	99,7	101,7
4 Hoge	91,7	90,6	90,5	94,4
5 Hoogste	80,4	80,3	78,5	83,9
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	147%	155%	154%	131%

3.4 CONTACT MET DE ZIEKENHUISINFRASTRUCTUUR

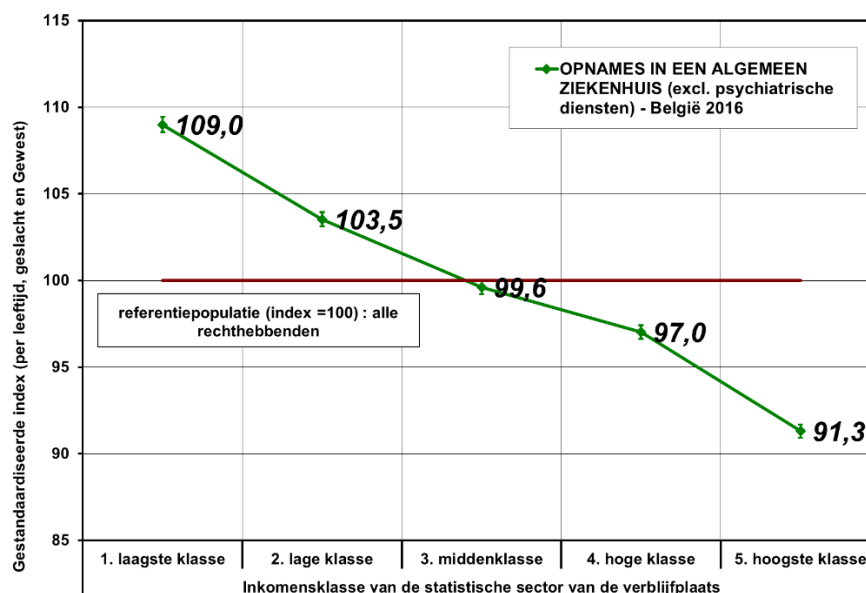
De gebeurtenissen gerelateerd aan een ziekenhuisinfrastructuur zijn de volgende:

- Verblijven in een algemeen ziekenhuis,
- Verblijven in een psychiatrisch ziekenhuis,
- Opnames in de diensten pediatrie of neonatologie,
- Bezoeken aan spoeddiensten.

3.4.1 Opname in een algemeen ziekenhuis

Met de "klassieke" ziekenhuisopnames (minstens één overnachting) weerspiegelen we eerder de relatieve gezondheidstoestand van de bevolking. Het is dus niet verrassend dat de waargenomen gradiënt wel degelijk de slechtere gezondheidstoestand van klasse 1 weerspiegelt: personen uit de laagste klasse liepen in 2016 een risico dat 19% hoger was ($= [109,0/91,3] - 1$) om in het ziekenhuis opgenomen te worden dan personen uit de hoogste klasse (klasse 5).

Figuur 4.1 : Opnames in een algemeen ziekenhuis (exclusief psychiatrische diensten) - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 4.1 : Opnames in een algemeen ziekenhuis (exclusief psychiatrische diensten)

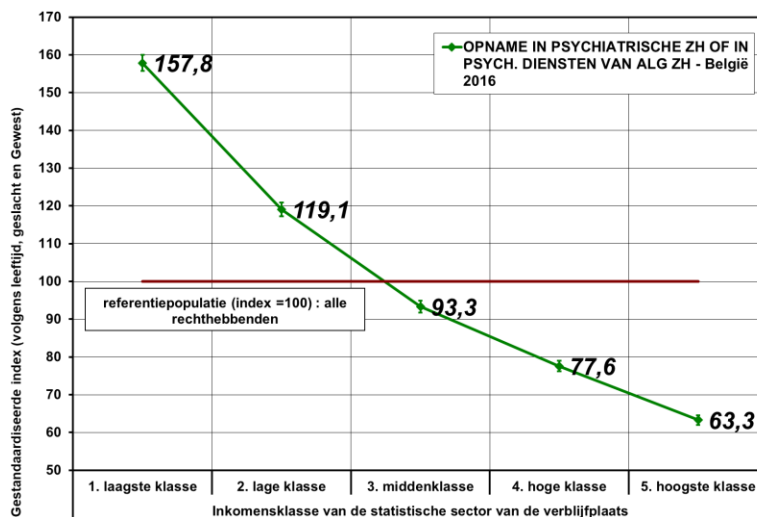
		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Opnamedatum in 2016, in een algemeen ziekenhuis, met uitzondering van een opname in de psychiatrische diensten van een algemeen ziekenhuis.			
	Aantal (a)	1.163.085	681.118	383.237	98.730
Referentiepopulatie	Beschrijving	Iedereen			
	Aantal (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	10,6%	10,7%	11,1%	9,1%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	109,0	107,6	111,9	109,1
2 Lage	103,5	103,6	106,4	104,3
3 Midden	99,6	100,0	100,0	100,5
4 Hoge	97,0	97,1	93,8	96,2
5 Hoogste	91,3	91,9	88,0	90,1
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	119%	117%	127%	121%

3.4.2 Hospitalisaties in de psychiatrie

Met ziekenhuisopnames in de psychiatrie, komen we terug bij de geestelijke gezondheid. Ook hier is de sociale gradiënt opvallend steil en weerspiegelt hij een geestelijke gezondheidstoestand die verslechtert naarmate men de sociale ladder afdaald. Personen uit de laagste klasse (klasse 1) in blijken 2016 een bijkomend risico van 149% ($= [157,8/63,3] - 1$) te vertonen op een psychiatrische ziekenhuisopname dan mensen die tot de hoogste klasse (klasse 5) behoren. Dit verhoogd risico is nog belangrijker in Wallonië (216% verschil tussen de 2 uitersten).

Figuur 4.2 : Opnames in een psychiatrisch ziekenhuis (inclusief de psychiatrische diensten van de algemene ziekenhuizen) - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

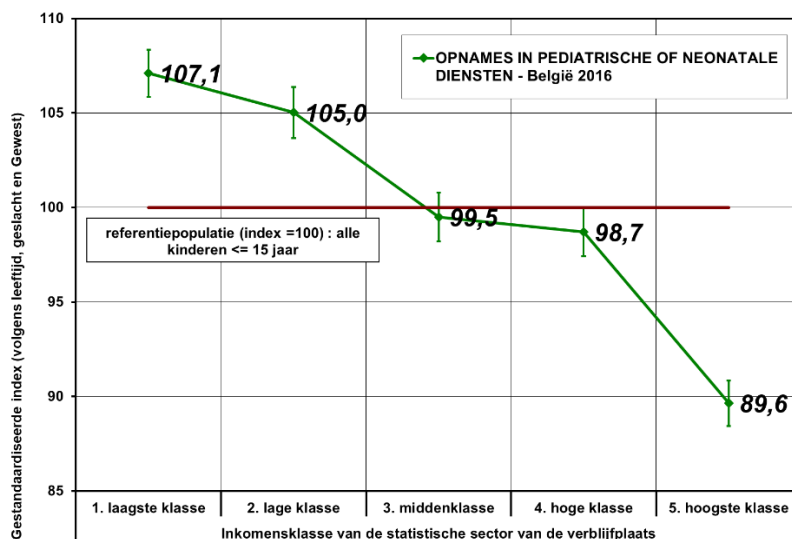
Tabel 4.2 : : Opnames in een psychiatrisch ziekenhuis (inclusief de psychiatrische diensten van de algemene ziekenhuizen)

		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Opnamedatum in 2016, in een psychiatrisch ziekenhuis, inclusief opnames in de psychiatrische diensten van een algemeen ziekenhuis.			
	Aantal (a)	73.142	45.437	22.157	5.548
Referentiepopulatie	Beschrijving	Iedereen			
	Aantal (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	0,7%	0,7%	0,6%	0,5%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	157,8	170,6	175,9	105,3
2 Lage	119,1	109,5	114,0	111,4
3 Midden	93,3	88,4	89,4	101,2
4 Hoge	77,6	76,6	69,6	94,8
5 Hoogste	63,3	63,9	55,6	84,9
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	249%	267%	316%	124%

3.4.3 Opnames in pediatrie of neonatologie

Bij pediatrie of neonatale ziekenhuisopnames staat de gezondheid van kinderen op het spel. En de conclusie is duidelijk: de geobserveerde sociale gradiënt toont aan dat de gezondheidstoestand van kinderen verslechtert naarmate ze zich lager op de sociale ladder bevinden. De sociale ongelijkheden op het gebied van gezondheid zijn daarom al vanaf de kindertijd duidelijk zichtbaar. Het is duidelijk dat kinderen uit de laagste klasse (klasse 1) in 2016 een risico vertonen dat 19% hoger is ($= [107,1/89,6] - 1$) om in de pediatrie of de dienst neonatologie te worden opgenomen in vergelijking met de kinderen uit de hoogste klasse (klasse 5).

Figuur 4.3 : Opnames in pediatrie of neonatologie - België


bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 4.3 : Opnames in pediatrie of neonatologie

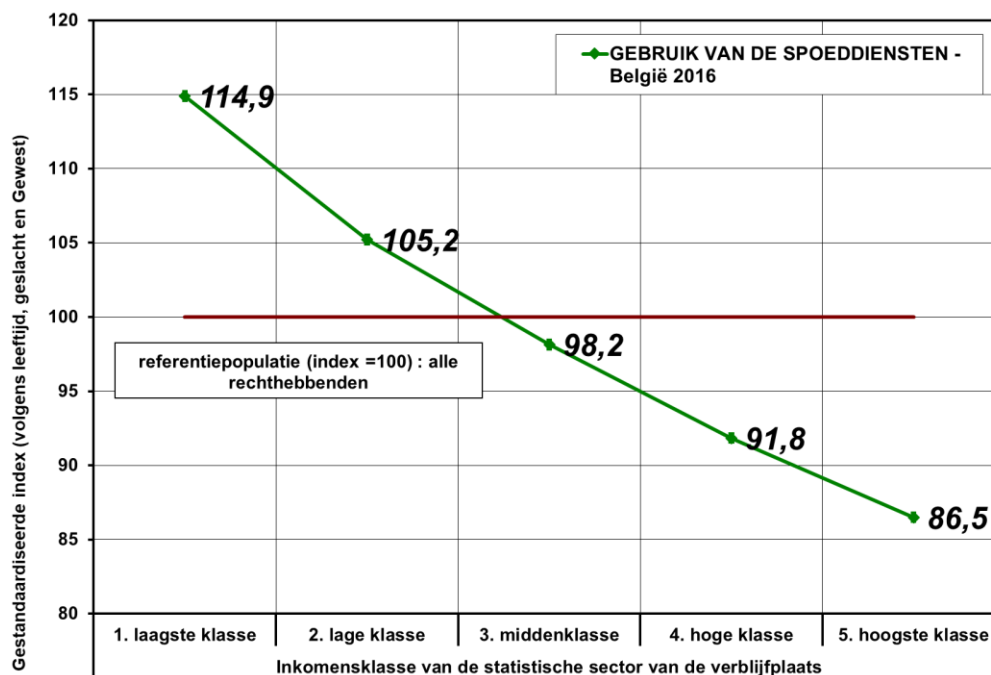
		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Opnamedatum in 2016, in een dienst pediatrie of neonatologie			
	Aantal (a)	118.139	69.188	37.247	11.704
Referentiepopulatie	Beschrijving	Kinderen tot 15 jaar			
	Aantal (b)	1.964.174	1.098.402	633.267	232.505
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	6,0%	6,3%	5,9%	5,0%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	107,1	104,8	112,7	105,3
2 Lage	105,0	104,2	109,4	102,9
3 Midden	99,5	101,6	101,5	101,2
4 Hoge	98,7	98,1	90,6	93,8
5 Hoogste	89,6	91,6	84,6	92,3
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	119%	114%	133%	114%

3.4.4 Gebruik van de spoeddiensten van het ziekenhuis

Wie lager op de sociale ladder staat, maakt vaker gebruik van de spoeddiensten van het ziekenhuis. Dit wordt weergegeven door de gradiënt van Figuur 4.4. Hieruit blijkt dat de bevolking uit de laagste klasse (klasse 1) in 2016 een risico vertoont dat 33% hoger is ($= [114,9/86,5] - 1$) om zich in 2016 te gaan aanbieden bij de spoedgevallendienst van het ziekenhuis in vergelijking met de bevolking van de hoogste klasse (klasse 5).

Figuur 4.4 : Gebruik spoeddiensten - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

Tabel 4.4 : Gebruik spoeddiensten

		België	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Hoofdstedelijk Gewest
Gebeurtenis	Beschrijving	Attestering van minstens één contact met een spoedarts in de loop van 2016 [artikel 25 van de nomenclatuur, sectie 12, §3bis]			
	Aantal (a)	1.953.836	968.058	742.506	243.272
Referentiepopulatie	Beschrijving	Iedereen			
	Aantal (b)	10.931.009	6.373.125	3.468.164	1.089.720
Waarde van de index 100	Frequentie = (a) / (b)	17,9%	15,2%	21,4%	22,3%

Waarde van de index volgens de klasse van de statistische sectoren				
1 Laagste	114,9	118,1	119,6	109,0
2 Lage	105,2	105,1	109,3	105,6
3 Midden	98,2	97,9	98,7	101,1
4 Hoge	91,8	92,0	90,0	97,1
5 Hoogste	86,5	88,1	82,6	84,4
→ Verhouding tussen klasse 1 en 5 =	133%	134%	145%	129%

4 COMMENTAAR EN ALGEMENE AANBEVELINGEN

Onze methode is degelijk, maar vatbaar voor verfijning. Om te verfijnen, moeten we gebruik maken van inkomensgegevens op gezinsniveau. Dit is mogelijk en is in het verleden al gebeurd in het kader van een studie van het Federaal Expertisecentrum voor de Gezondheidszorg, uitgevoerd in samenwerking met het IMA, de UA en de K.U.Leuven. De studie²² richtte zich op de impact van de maximumfactuur. Bij deze gelegenheid is een verband gelegd tussen individuele fiscale en gezondheidszorggegevens. Voor een regelmatige en betere kwaliteitscontrole van de sociale ongelijkheden op het gebied van de gezondheid is dit de te volgen strategie, die wij de overheid aanbevelen.

Gezondheid wordt door velen gezien als een kostbaar goed. Ondanks de vooruitgang in de geneeskunde en ondanks de omvang van de uitgaven voor de ziekteverzekering binnen ons systeem van sociale zekerheid (maar ook, ten gevolge van de staatsvorming, binnen onze Gemeenschappen en Gewesten), is een "goede gezondheid" echter verre van een gelijke realiteit voor iedereen. We zijn echt niet gelijk als het gaat om gezondheid. Hoewel de waargenomen gradiënten, geproduceerd op basis van de IMA-gegevens, niet altijd spectaculair zijn, leiden de resultaten tot dezelfde conclusie: hoe lager op de sociale ladder, hoe slechter de gezondheidstoestand, hoe minder effectief de preventie en hoe verschillend de zorg (om nog maar te zwijgen van het feit dat een aanzienlijk deel van de bevolking om financiële redenen gedwongen is om geneeskundige verzorging uit te stellen).

- Voor minder bevoorrechte bevolkingsgroepen betekent een verslechtering van hun gezondheidstoestand dat hun overlevingskansen kleiner zijn, dat de kans op arbeidsongeschiktheid toeneemt (en dus dat hun beschikbaar inkomen nog verder afneemt naarmate de gezondheidsuitgaven stijgen) en dat er een groter risico bestaat op ernstige en invaliderende ziekten. Dit alles is een weerspiegeling van hardere sociale en economische omstandigheden met minder mogelijkheden voor goede zorg. En alles begint al in de kindertijd, zoals blijkt uit ziekenhuisopnames in de pediatrie en neonatologie.

Het gaat ook niet alleen om 'lichamelijke' gezondheid. Uit de psychiatrische ziekenhuisopnames, het gebruik van antidepressiva en antipsychotica blijkt dat sociale ongelijkheid ook doorweegt op het gebied van de geestelijke gezondheid. Dit hoeft niet te verbazen. Leven (of overleven) in preciaire omstandigheden leidt tot permanente spanningen en stress waar weinig tegen te doen valt.

- Is het zo verwonderlijk dat preventie minder effectief is als je lager op de sociale ladder staat, zelfs als die preventie gratis is? Gezien hun moeilijke dagelijkse realiteit vormt preventie niet de eerste prioriteit van de minder bevoorrechte bevolkingsgroepen. We kunnen ook vraagtekens plaatsen bij de vaardigheid om preventieboodschappen te begrijpen. Deze populaties hebben ook het laagste niveau van "gezondheidsgeletterdheid". Dit dwingt ons in ieder geval om de evidentie van de sociale vertegenwoordiging en de waarden die we associëren met gezondheid in twijfel te trekken. Die waarden zijn niet in alle geledingen van de bevolking identiek.

²² Schokkaert E, Guillaume J, Lecluyse A, Avalosse H, Cornelis K, De Graeve D, Devriese S, Vanoverloop J, Van de Voorde C. 2008. Evaluatie van de effecten van de maximumfactuur op de consumptie en financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg. Bruxelles. KCE reports. 80 B.

- Het gebruik van de gezondheidszorg toont aan dat mensen zich niet op dezelfde manier verzorgen, zonder dat dit noodzakelijkerwijs ten goede komt aan mensen met een lager beschikbaar inkomen.
 - Hoewel er geen probleem is met de toegang tot de algemene geneeskunde, is er nog steeds een voorkeur voor huisbezoeken bij de minder bevoorrechte bevolkingsgroepen. Een huisbezoek is echter duurder dan een raadpleging in het kabinet van de huisarts. Een andere oplossing, de sector van de medische huizen, lijkt de voorkeur te genieten van degenen die zich onderaan de sociale ladder bevinden.
 - Aan de andere kant is er een zeer duidelijk algemeen probleem van toegang tot tandheelkundige zorg ten nadele van kansarme bevolkingsgroepen. Eerlijk gezegd kunnen we ons echt zorgen maken over de mondhygiëne van deze laatste. En zelfs als de mogelijkheid van gratis preventieve zorg bestaat (bijv. preventieve tandheelkundige zorg voor kinderen), is dit geen garantie voor een effectieve en gelijke toegang voor iedereen.
 - Er wordt ook meer gebruik gemaakt van de spoedgevallendienst van het ziekenhuis door wie lager op de sociale ladder staat. Dit kan verklaard worden door het hanteren van het principe van derdebetaler (niet al het geld moet worden voorgeschoten), waardoor dat de factuur pas later binnenkomt.
Genezen is natuurlijk het belangrijkste, maar uiteindelijk is de spoeddienst niet noodzakelijk de goedkoopste oplossing, vooral wanneer de situatie niet echt dringend is: het remgeld is daar immers veel hoger dan het bedrag dat aan de huisarts had moeten worden betaald. Dit moet ons niet alleen aan het denken zetten over de organisatie van de spoeddiensten (als toegangspoort tot de ziekenhuiszorg), maar ook over de organisatie van de wachtdiensten en het informeren van het publiek aangaande deze zorgstructuren.
- Nog een aandachtspunt: sociale ongelijkheden op gezondheidsgebied hebben wel degelijk betrekking op de samenleving als geheel. In de presentatie van de resultaten wordt de nadruk gelegd op de 'spanning' tussen klasse 1 en 5: hoe hoger de verhouding tussen de indices die voor deze twee klassen worden waargenomen, hoe verticaler de gradiënt wordt, wat de sociale ongelijkheden benadrukt. Het gaat er echter niet alleen om de situatie te beoordelen van degenen die tot de minst begunstigde klasse behoren in vergelijking met de meest begunstigde klasse. Mensen die tot de tussenklassen 2, 3 en 4 behoren, hebben immers ook indices die (vaak) minder gunstig zijn dan die welke voor klasse 5, de meest begunstigde klasse, worden gemeten. De ongelijkheid op gezondheidsgebied belangt al deze personen aan.

"Meten is weten." Dit vormt zeker een essentiële stap. Maar we mogen het niet bij dit motto laten, hoe relevant het ook is. De handen uit de mouwen steken, is wat we moeten doen! Sociale ongelijkheden op het gebied van gezondheid zijn bijzonder onrechtvaardig en het terugdringen ervan zou ieders doel moeten zijn. Het gaat hier zeker om het verbeteren van de financiële toegankelijkheid van de zorg, een permanente focus voor verzekeringsinstellingen als fundamenteel onderdeel van hun takenpakket. Een ander actieterrein voor verzekeringsinstellingen, dat duidelijk vastgelegd is in het Toekomstpact (2016)²³, heeft betrekking op hun ondersteunende rol. Het gaat om de

- De verbetering van het empowerment van hun leden en van hun vermogen om met kennis van zaken beslissingen te nemen over hun eigen gezondheid (gezondheidsgeletterdheid of gezondheidsvaardigheden). De doelgroepen die het meest zouden profiteren van deze gezondheidsvaardigheden zijn echter vaak het moeilijkst te bereiken. Deze paradox is een punt van aandacht.
- de begeleiding en ondersteuning van hun leden bij vrijwaring van hun gezondheid, bij het herstel van hun gezondheid, bij het beheer van hun ziekte of bij de planning van geavanceerde zorg.

Het Pact moedigt de verzekeringsinstellingen dan ook aan om projecten te ontwikkelen ter bevordering de gezondheidsvaardigheden en het erkent dat het introduceren van mensen in gezondheidsvaardigheden een factor is die de ongelijkheid op gezondheidsgebied helpt verminderen.

Maar dit volstaat niet, want het gezondheidssysteem is niet het enige stelsel dat hierbij betrokken is. Ongelijkheid op gezondheidsgebied is het gevolg van alle sociale ongelijkheid in onze samenleving. Het is daarom noodzakelijk om de algemene leef- en huisvestingsomstandigheden, de opvang van jonge kinderen, de toegang tot de arbeidsmarkt, het onderwijs, het milieu (materieel, sociaal en cultureel), enz. in vraag te stellen. Alle overheidsniveaus en alle sociale partners zijn hierbij betrokken. Met wat we nu weten, moet "**Health in all policies**" ons nieuwe motto zijn.

Met andere woorden: er zijn maatregelen en budgetten vereist om de volgende doelstellingen²⁴ te bereiken, met name

- De garantie op lonen en uitkeringen boven de armoedegrens
- Een fatsoenlijk en toereikend (sociaal) woningaanbod met de garantie dat de kosten van de primaire behoeften (water, verwarming en elektriciteit) die daarmee verband houden, gedekt worden
- Een echt gratis basis- en middelbaar onderwijs
- Een systeem dat de opvang voor jonge kinderen (in termen van aanbod en kostprijs) bevordert om moeders met een laag inkomen in staat te stellen hun beroepsactiviteit voort te zetten.
- Een garantie voor echte mobiliteit met het openbaar vervoer

Dergelijke verwezenlijkingen zullen ook helpen om de volksgezondheid te verbeteren.

²³ "Toekomstpact met de Verzekeringsinstellingen", Beleidsplan van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, September 2016, versie 5.0

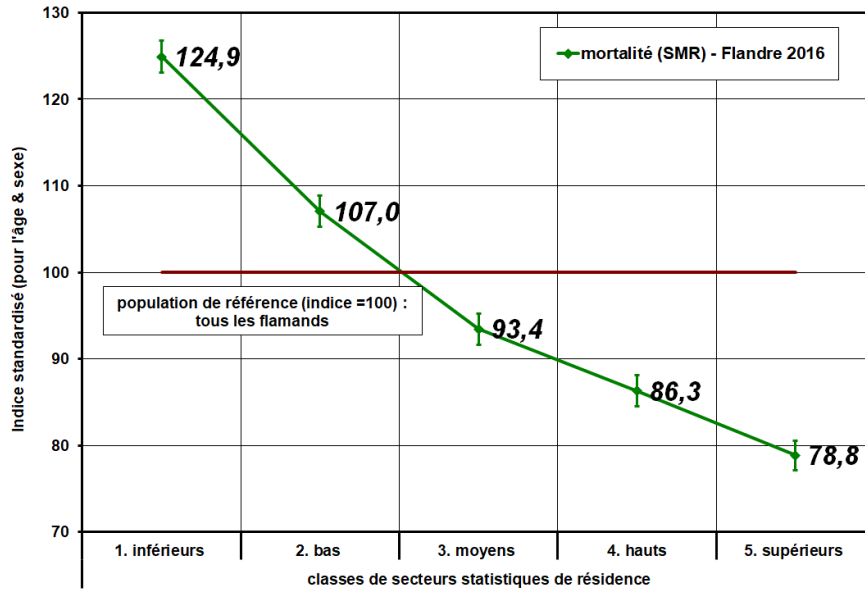
²⁴ Zie ook :

- Réseau wallon de lutte contre la pauvreté. Une stratégie wallonne de réduction des inégalités.
<http://www.rwlp.be/images/UnestrategieWallonne.pdf>
- Decenniumdoelen. Komaf met armoede. Voor een moedig beleid.
https://www.decenniumdoelen.be/documenten/Komaf_boekje_BW.pdf

BIJLAGE I : VLAANDEREN

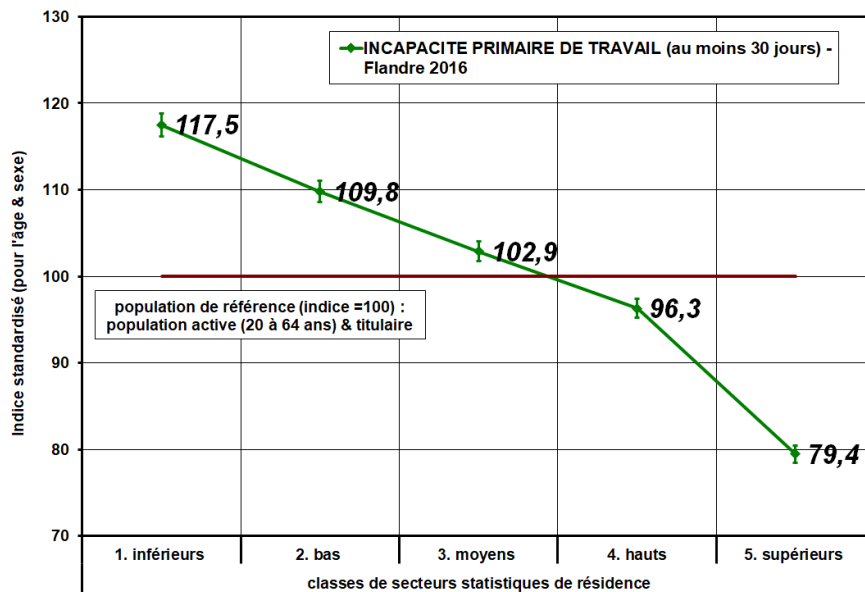
1. GEZONDHEIDSTOESTAND

1.1 Mortaliteit



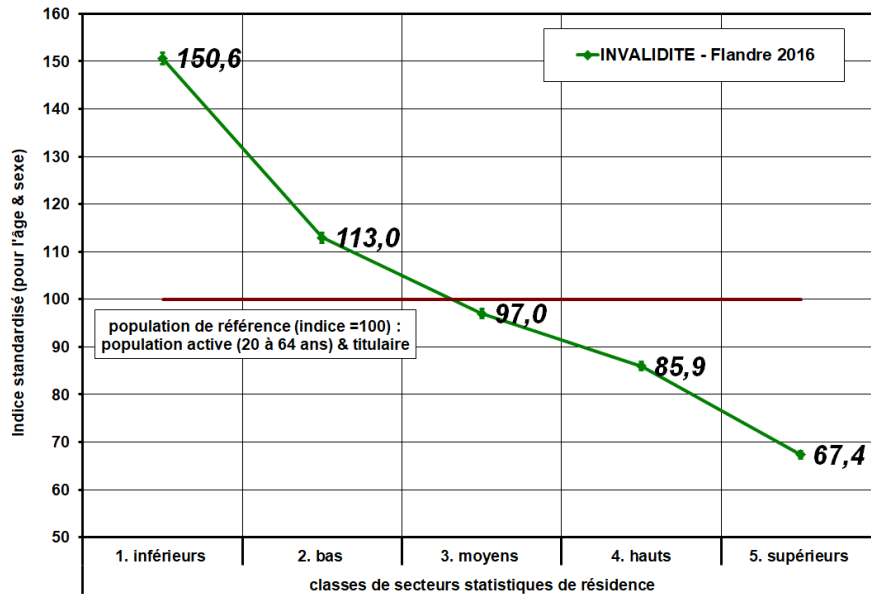
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.2 Morbiditeit : Primaire arbeidsongeschiktheid



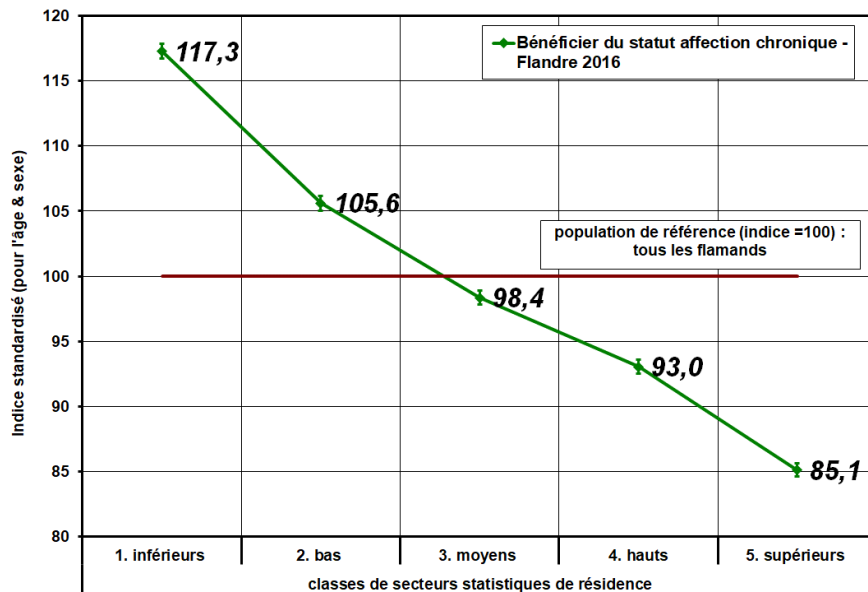
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.3 Morbiditeit : Invaliditeit



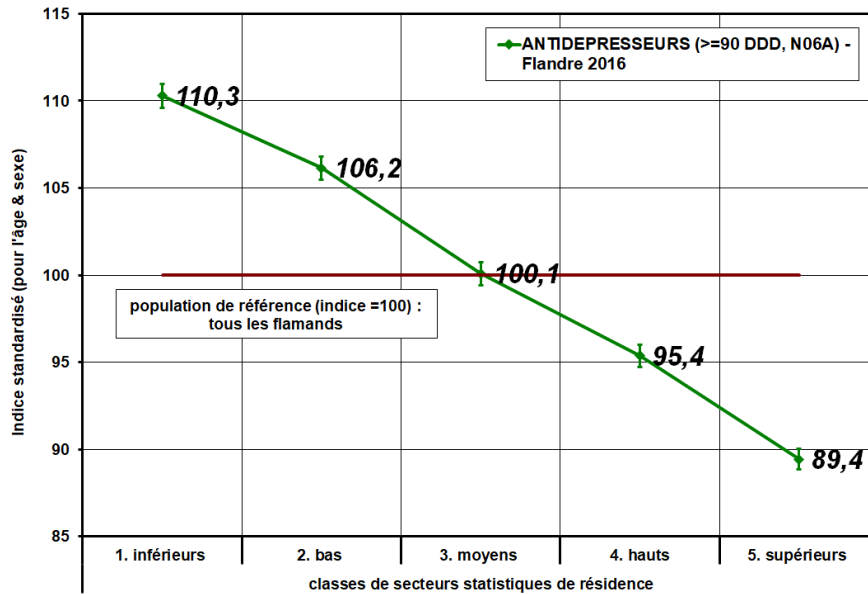
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.4 Morbiditeit : Statuut chronische aandoening



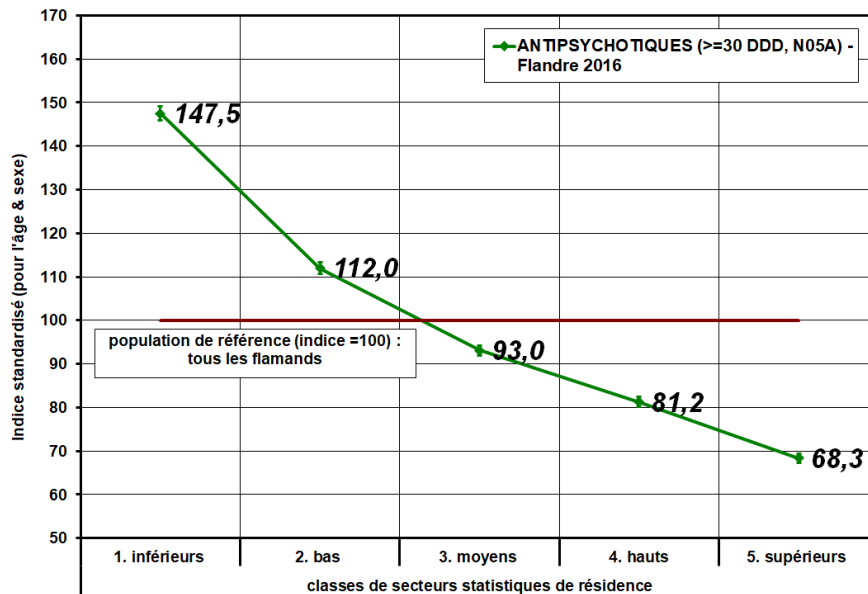
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.5 Morbiditeit : Gebruik van antidepressiva



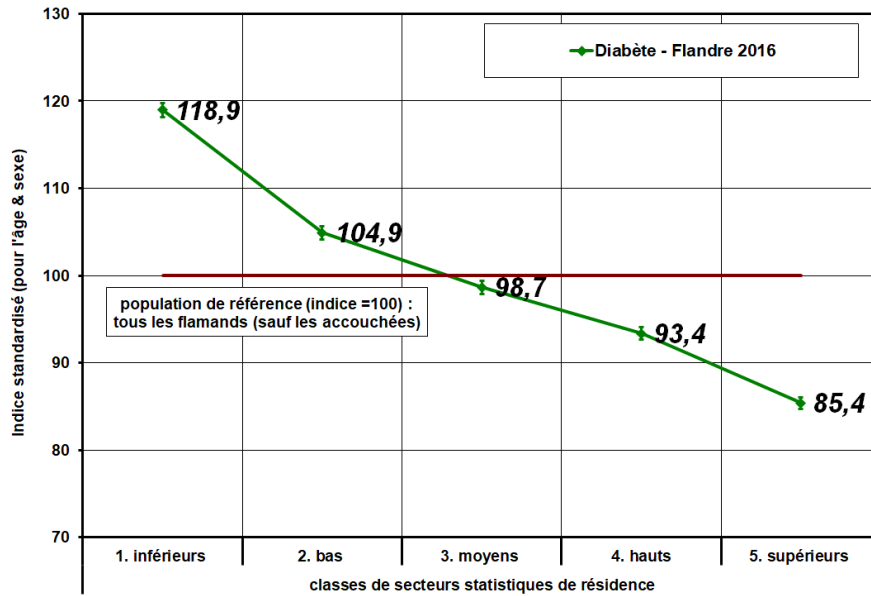
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.6 Morbiditeit : Gebruik van antipsychotica



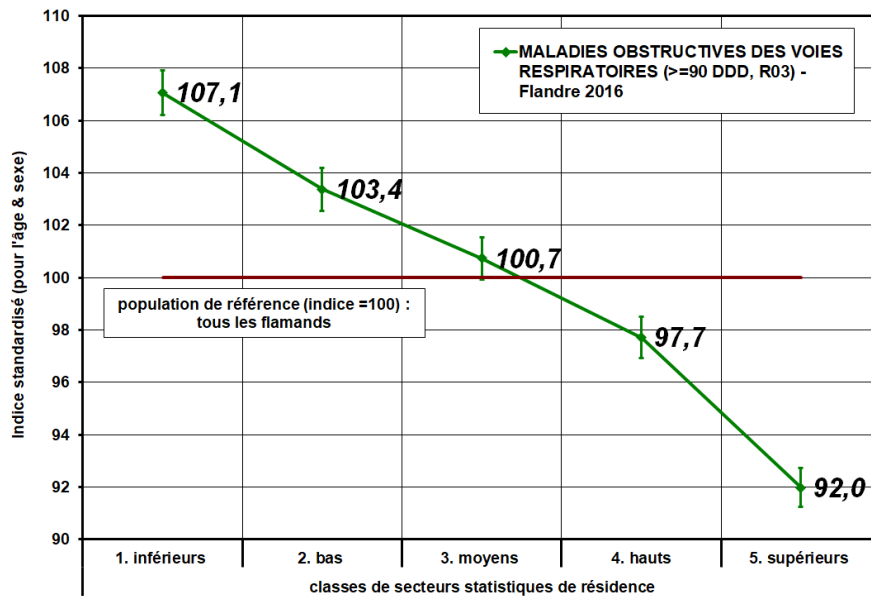
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.7 Morbiditeit : Diabetes



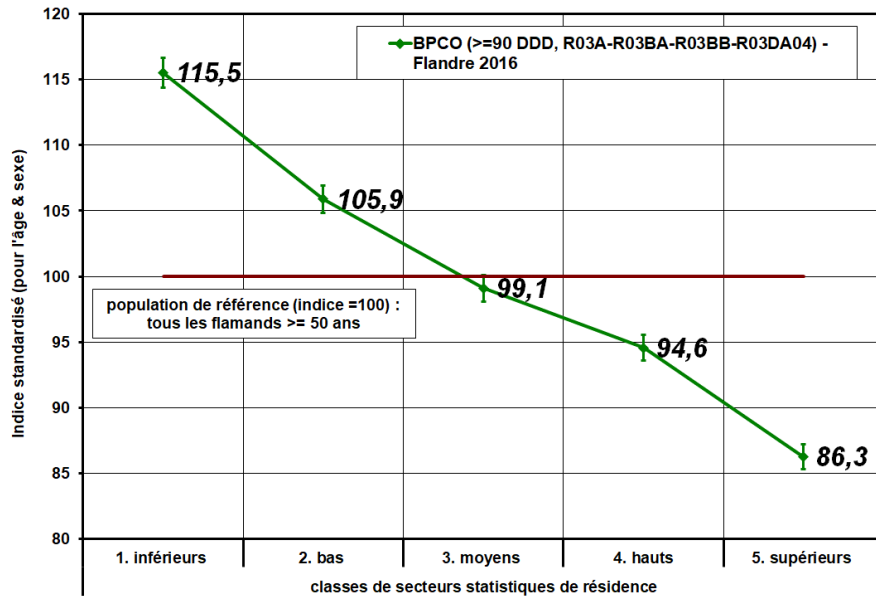
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.8 Morbiditeit : Obstructieve luchtwegaandoeningen

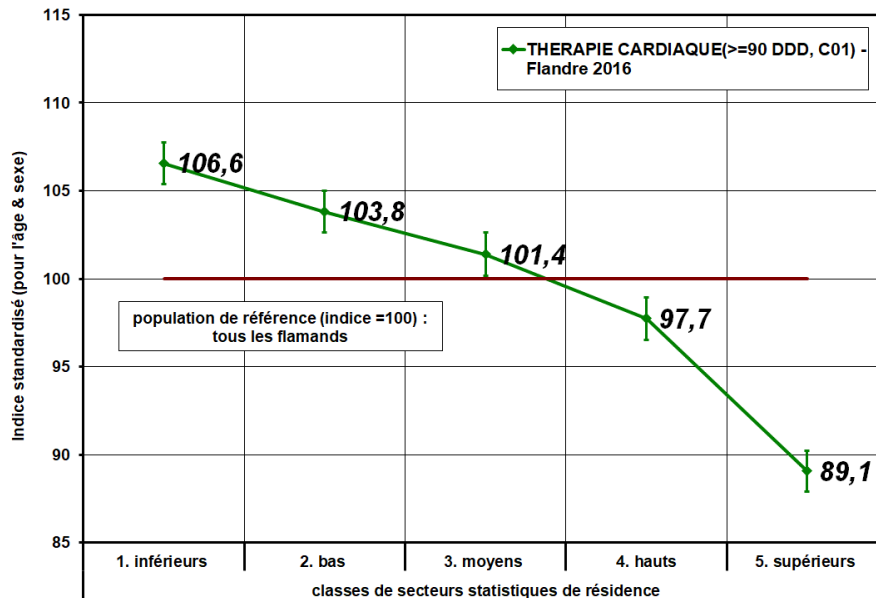


source: données de l'Agence InterMutualiste

1.9 Morbiditeit : Chronische obstructieve longaandoening (COPD)

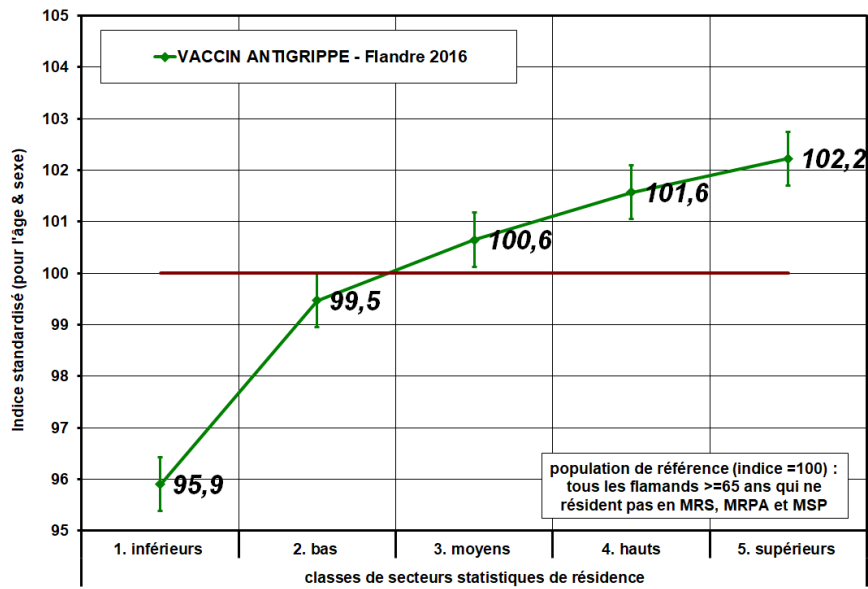


1.10 Morbiditeit : Cardiale therapie



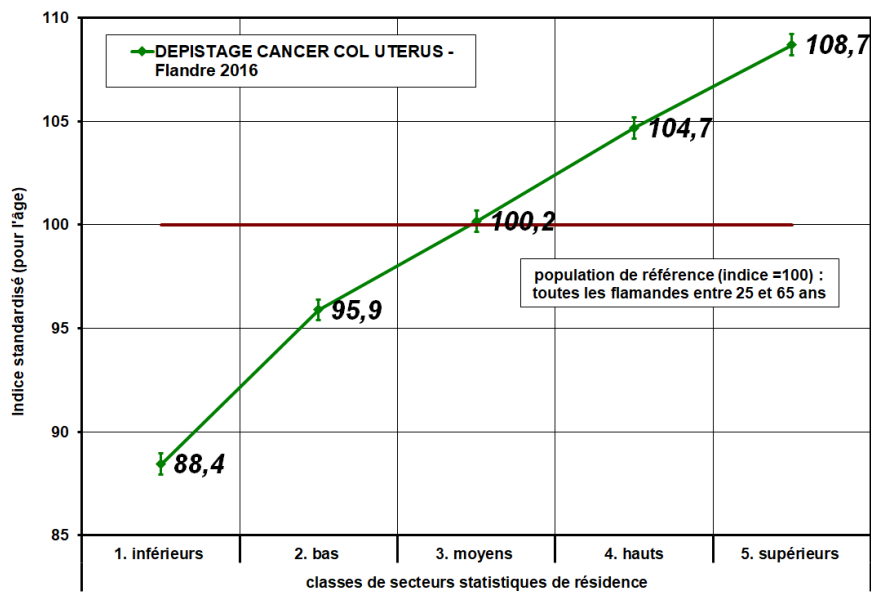
2. PREVENTIE

2.1 Griepvaccinatie



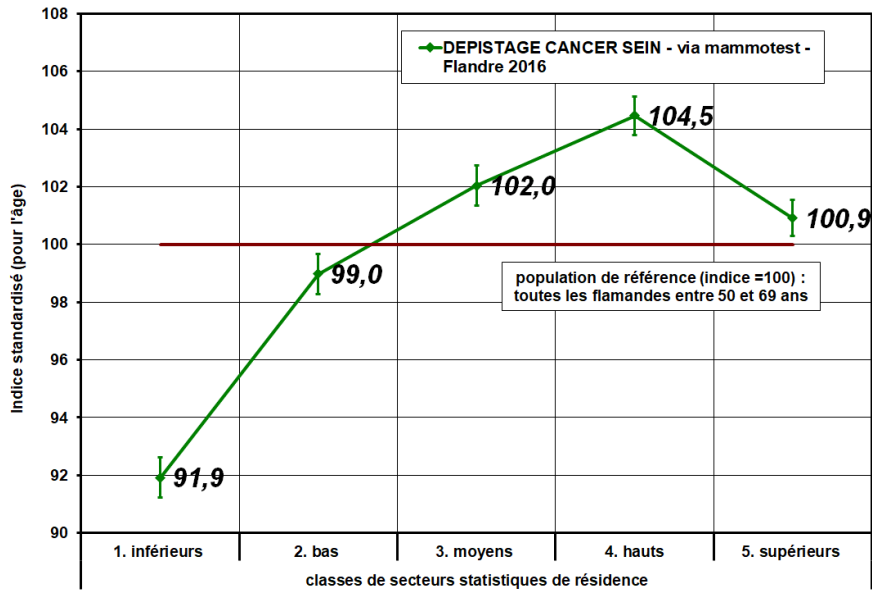
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.2 Baarmoederhalskankerscreening



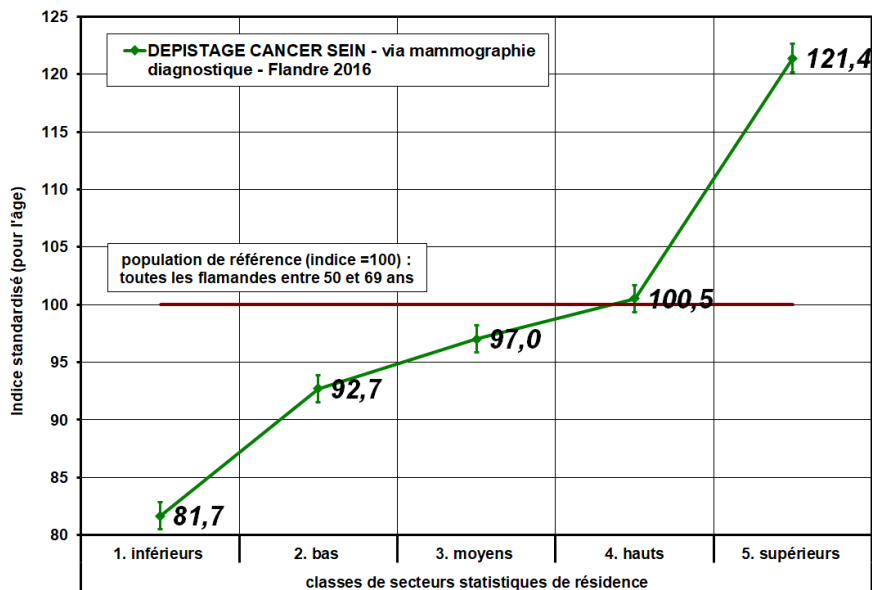
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.3 Borstkankerpreventie (1) - via bevolkingsonderzoek



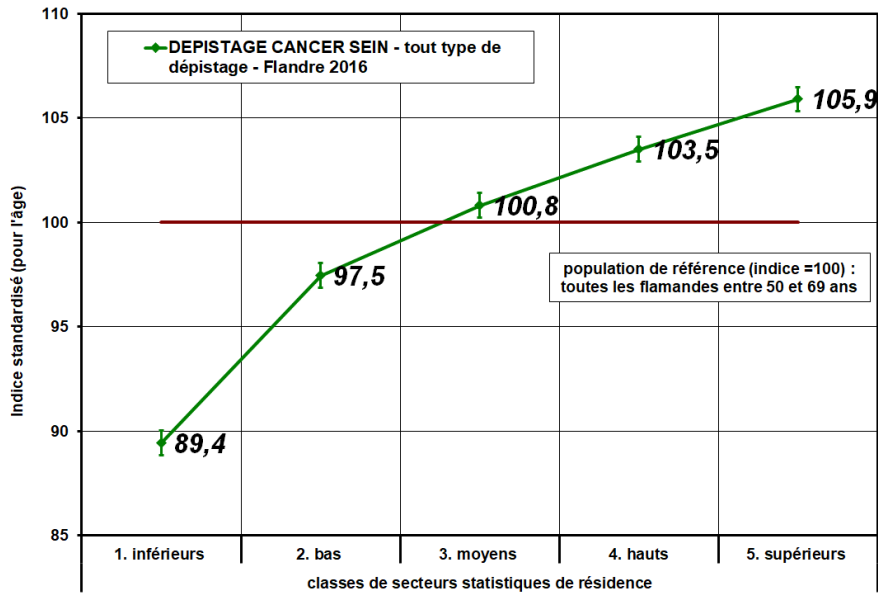
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.4 Borstkankerpreventie (2) - via diagnostische mammografie



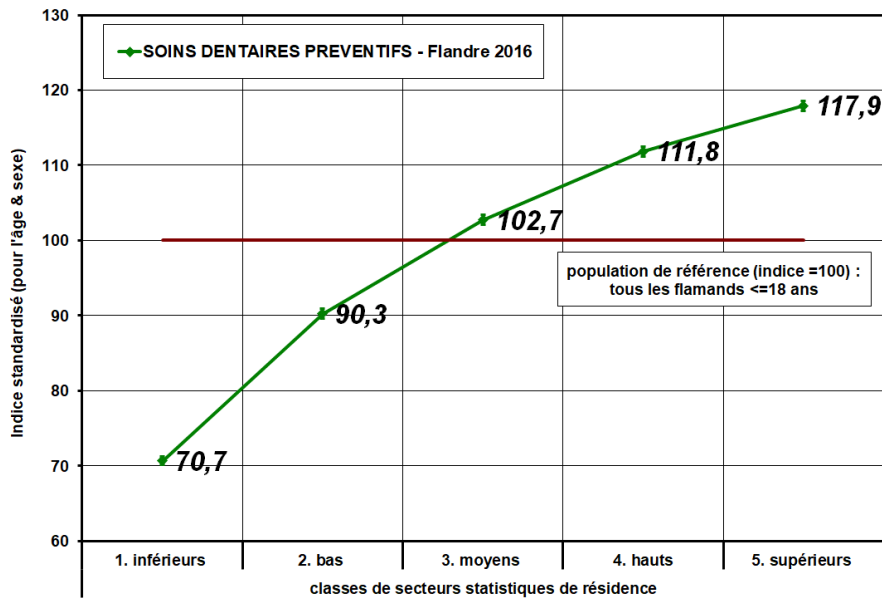
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.5 Borstkankerpreventie (3) - ongeacht het type onderzoek



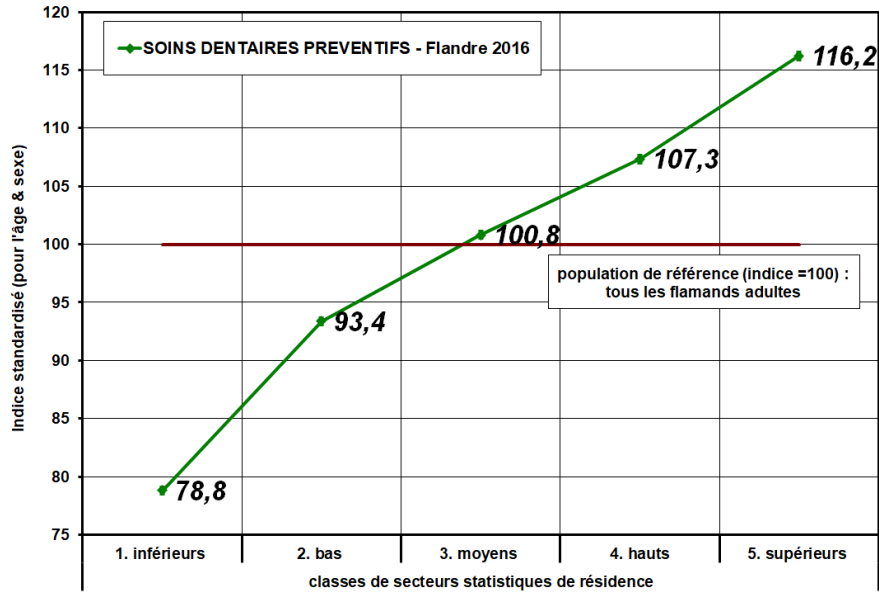
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.6 Preventieve tandzorg : kinderen



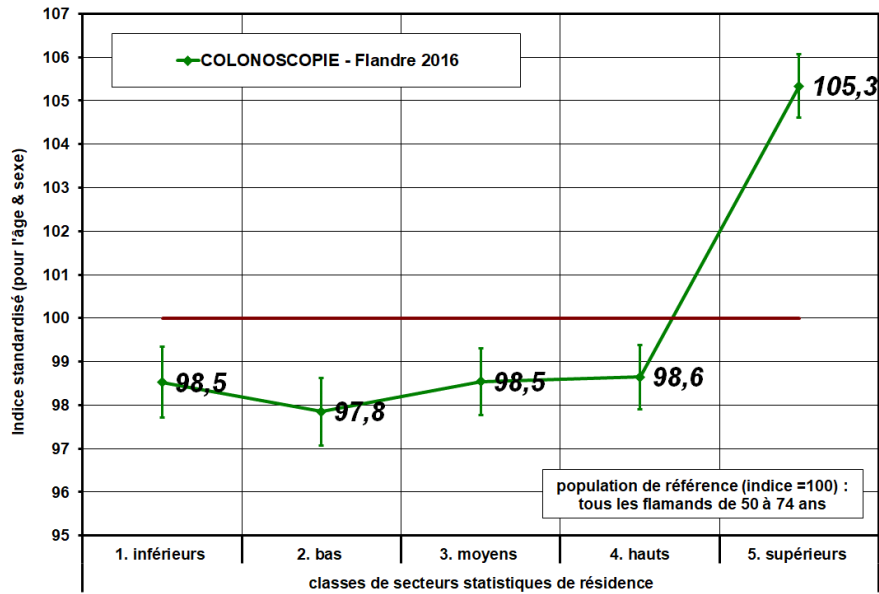
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.7 Preventieve tandzorg : volwassenen



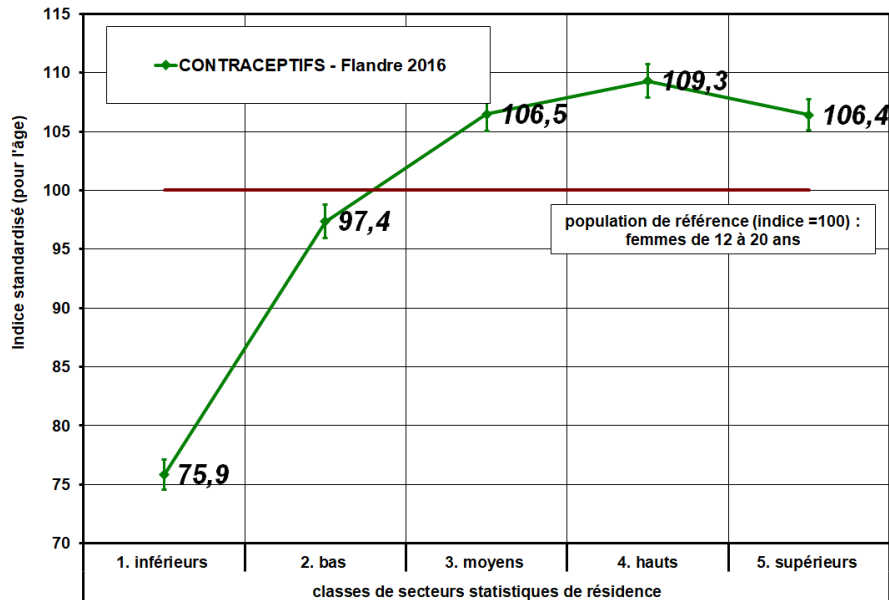
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.8 Colonoscopie



source: données de l'Agence InterMutualiste

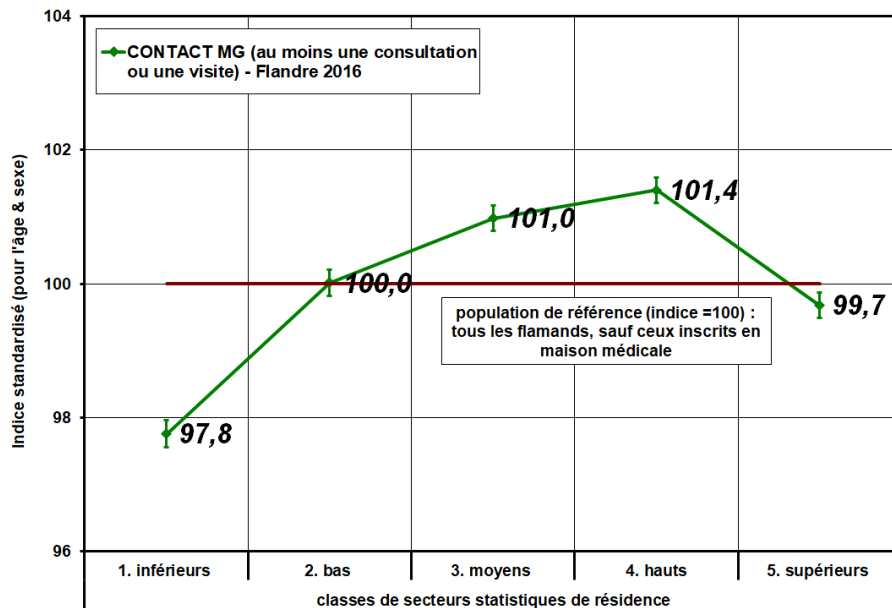
2.9 Voorbehoedsmiddelen voor jonge vrouwen



source: données de l'Agence InterMutualiste

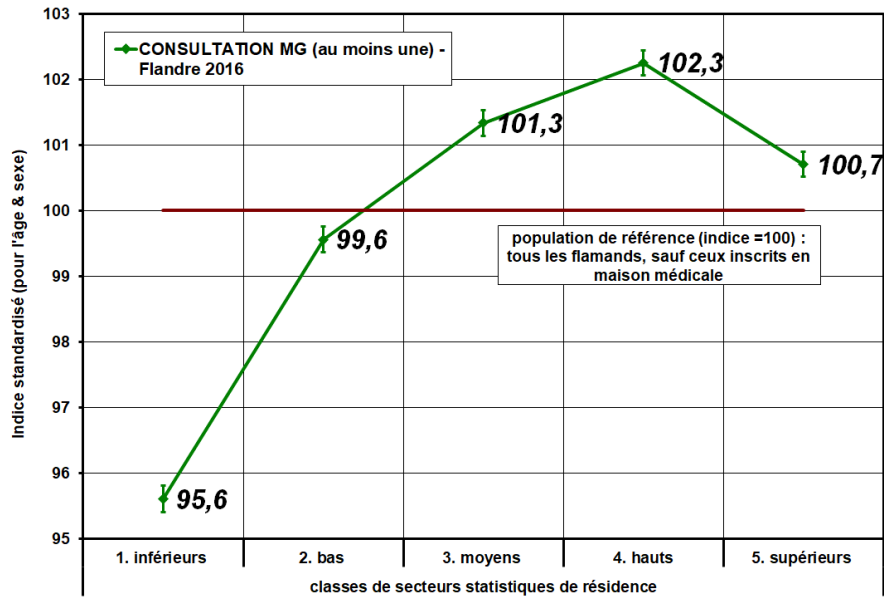
3. CONTACTEN MET DE VERSTREKKERS VAN DE EERSTE LIJN

3.1. Huisartsen: alle vormen van contacten



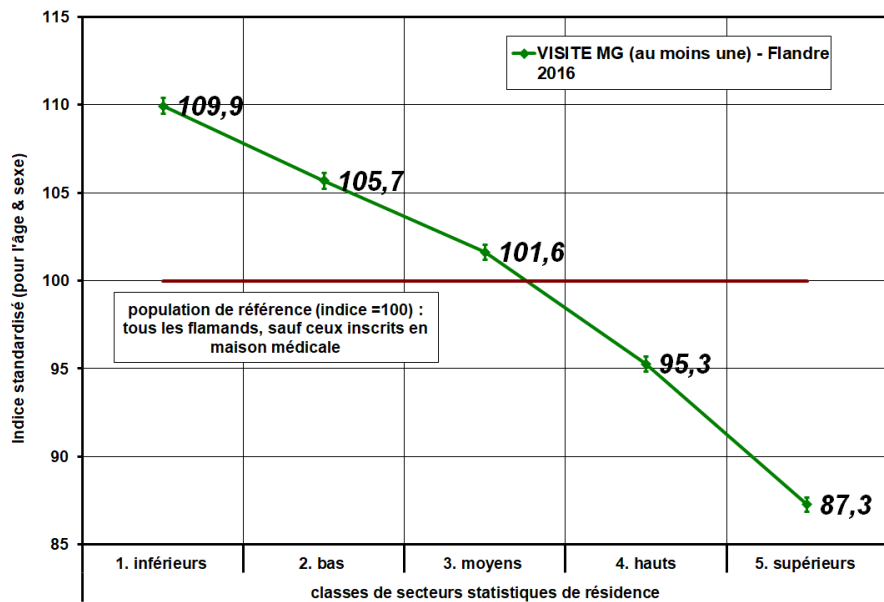
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.2. Huisartsen: raadplegingen in het kabinet



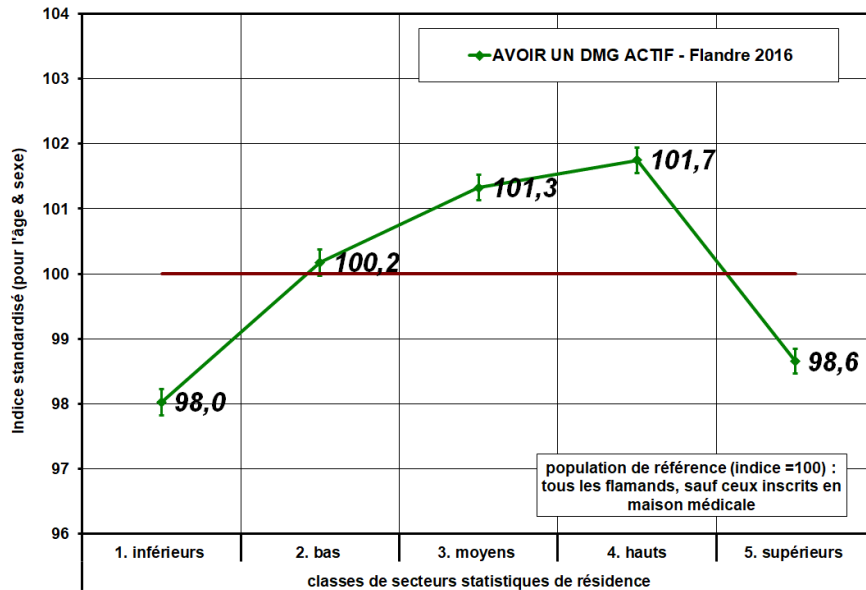
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.3. Huisartsen: bezoeken bij de patiënt thuis



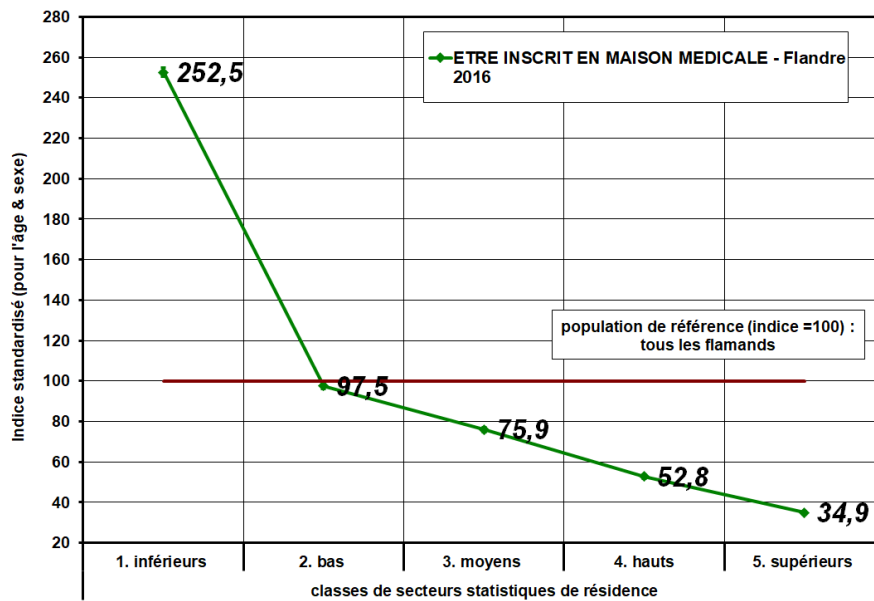
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.4. Beschikken over een actief globaal medisch dossier (GMD)



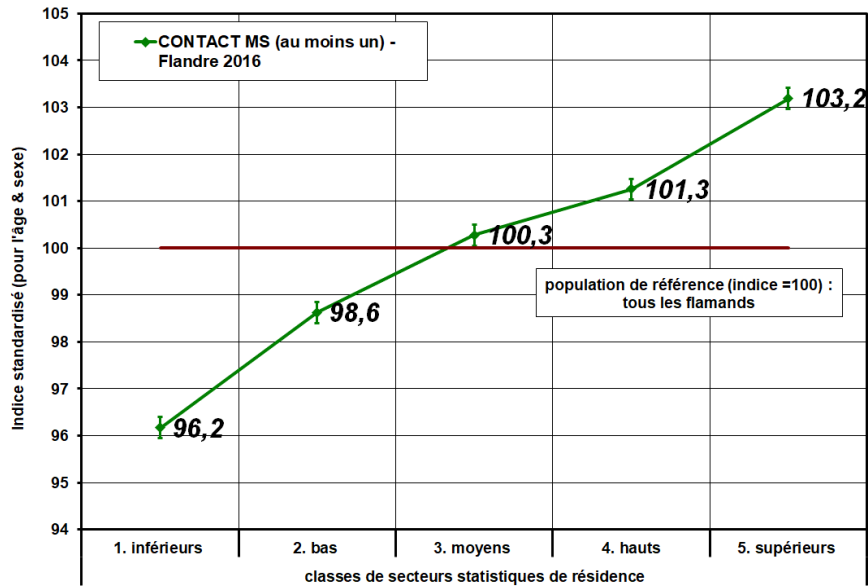
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.5. Ingeschreven in een medisch huis (WGC)



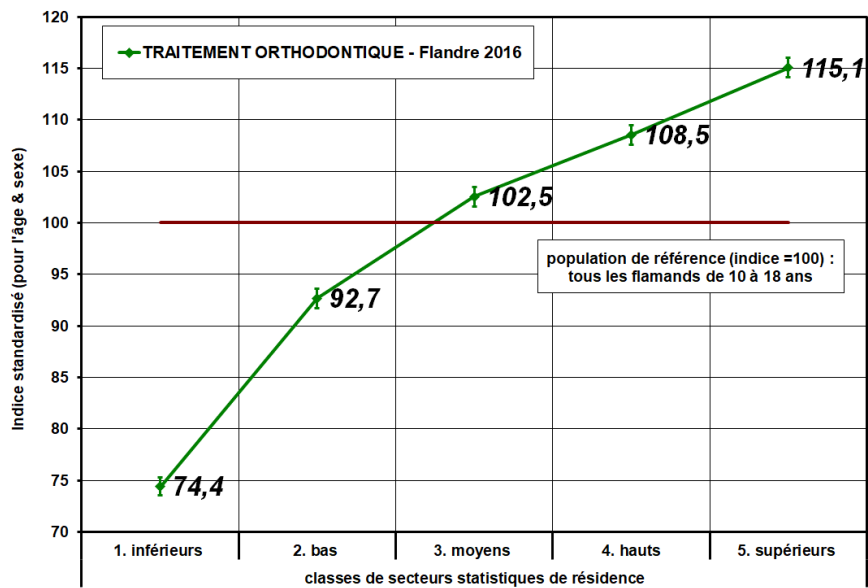
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.6. Contact met de geneesheer-specialist



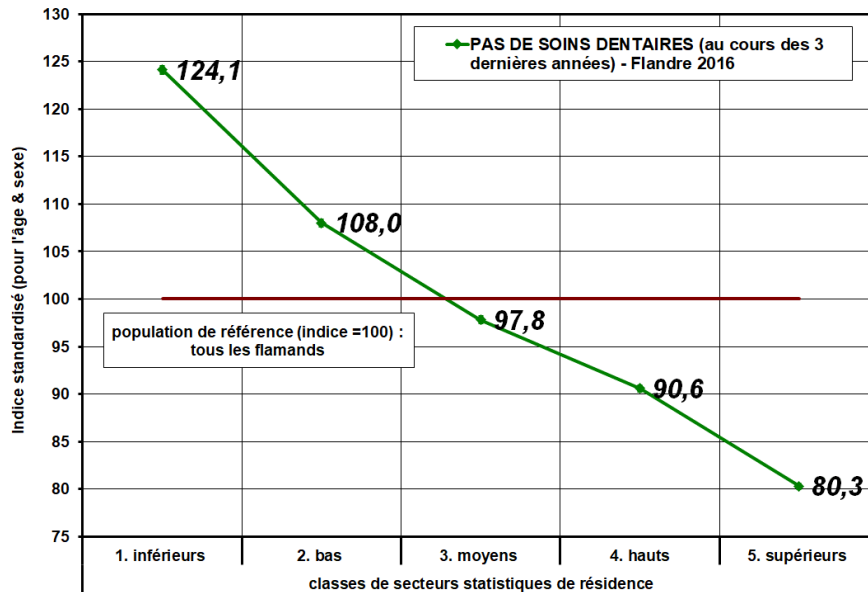
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.7. Orthodontiebehandeling



source: données de l'Agence InterMutualiste

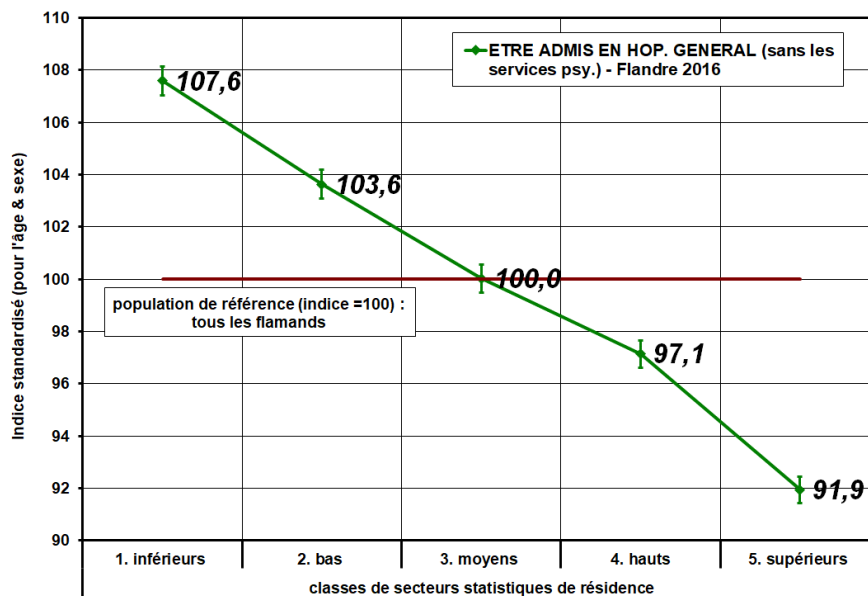
3.8. Geen contact met de tandarts (in 3 jaar)



source: données de l'Agence InterMutualiste

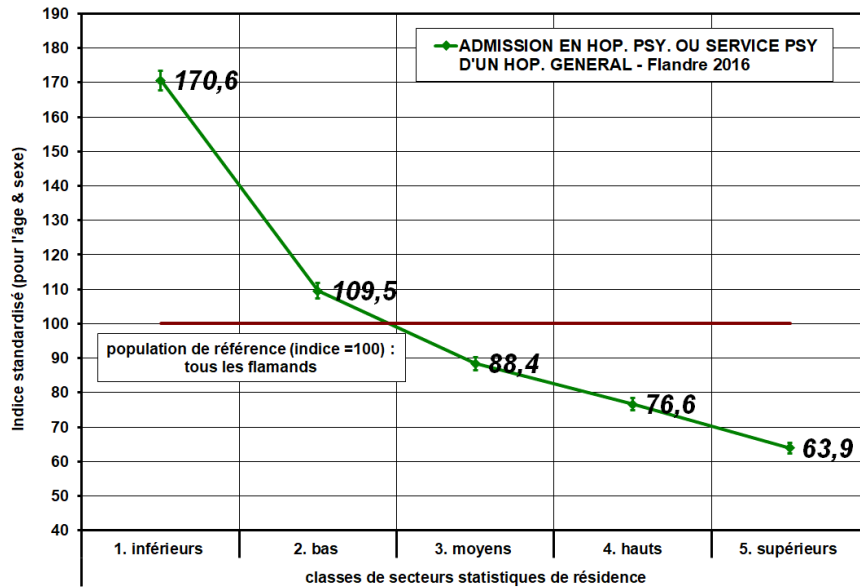
4. CONTACT BINNEN DE ZIEKENHUISINFRASTRUCTUUR

4.1 Opnames in een algemeen ziekenhuis



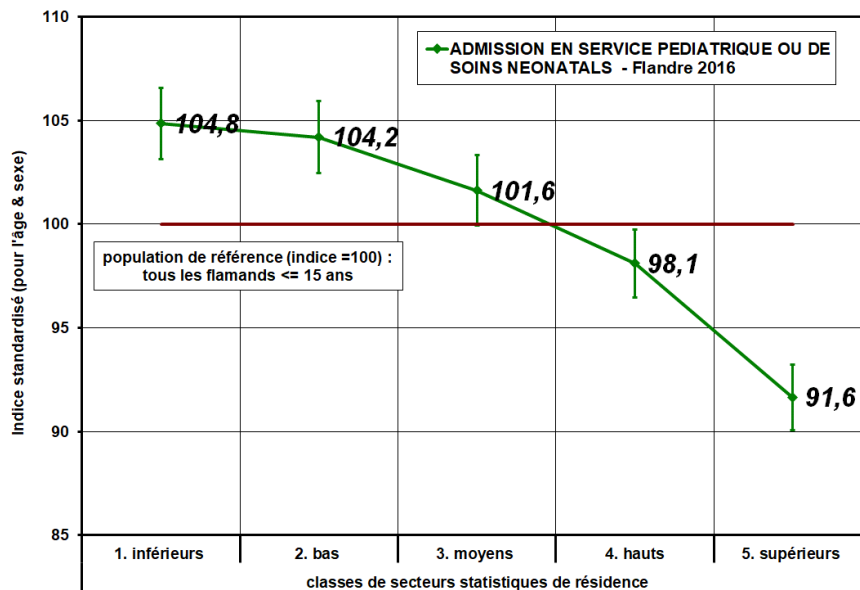
source: données de l'Agence InterMutualiste

4.2 Opnames in een psychiatrisch ziekenhuis (of de psychiatrische dienst van een AZ)



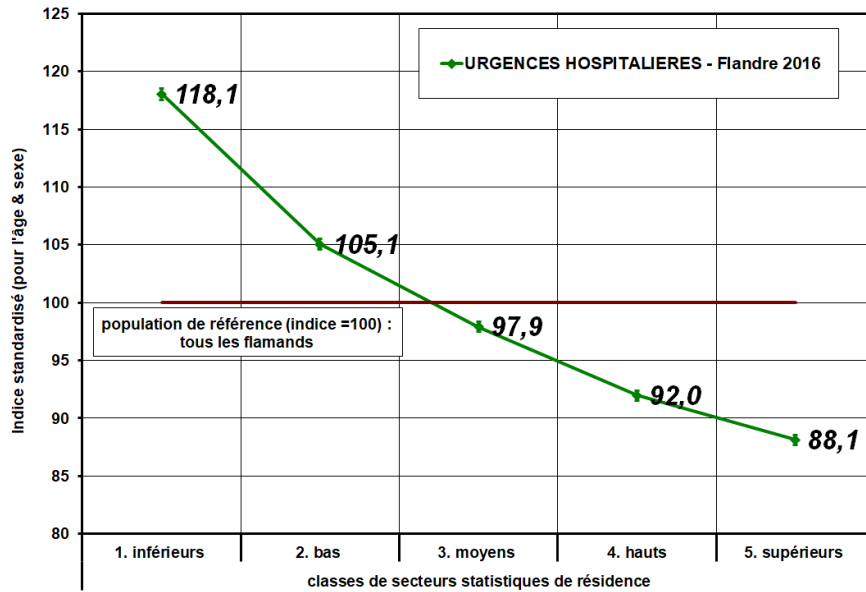
source: données de l'Agence InterMutualiste

4.3 Opnames in de diensten pediatrie of neonatologie



source: données de l'Agence InterMutualiste

4.4 Bezoek aan de spoeddiensten van een ziekenhuis

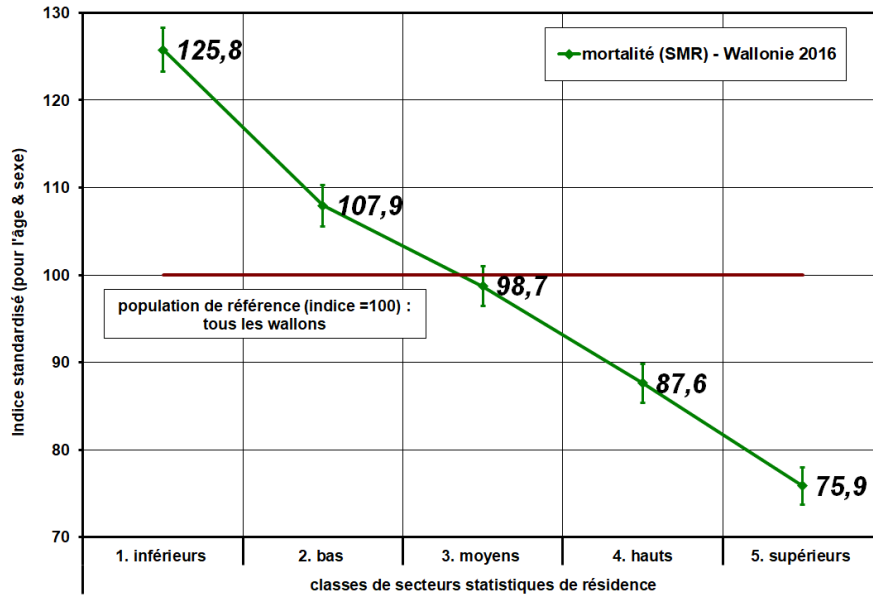


source: données de l'Agence InterMutualiste

BIJLAGE 2 : WALLONIË

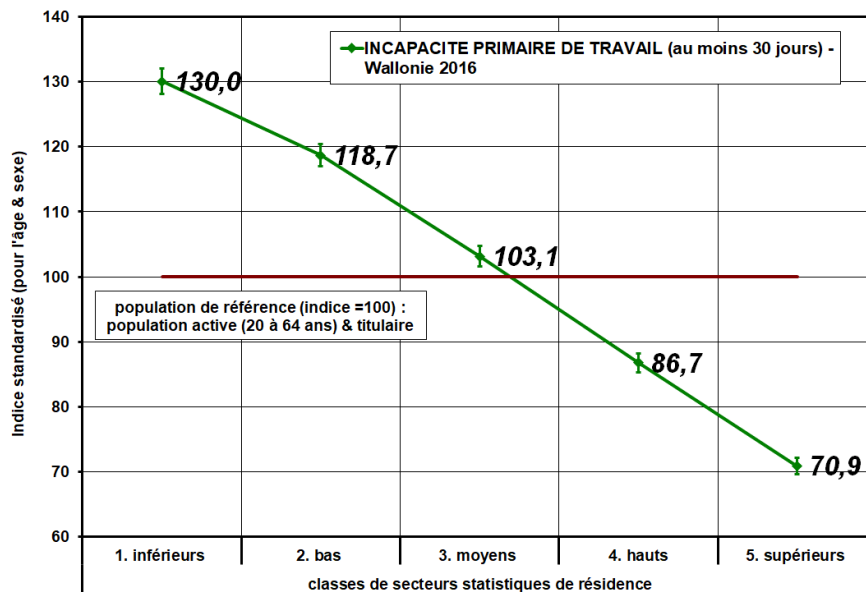
1. GEZONDHEIDSTOESTAND

1.1 Mortaliteit



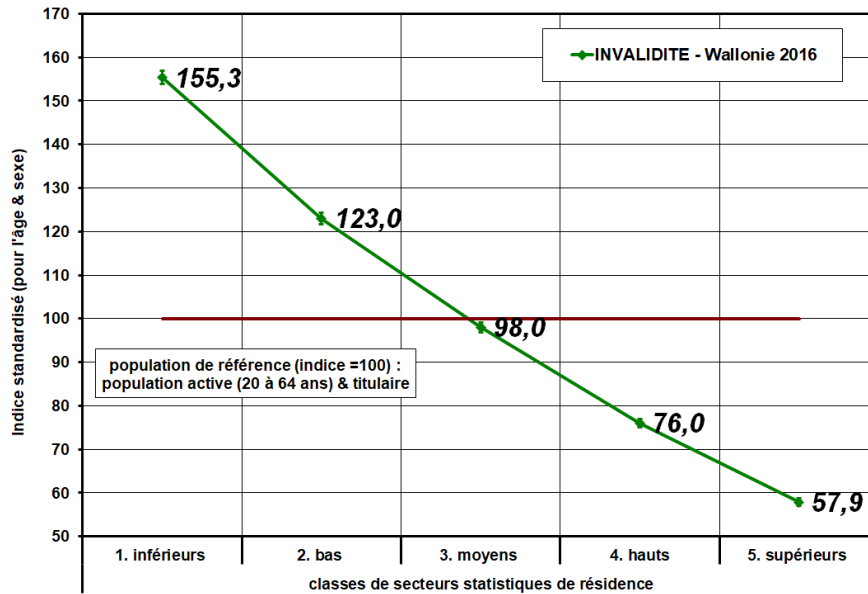
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.2 Morbiditeit : Primaire arbeidsongeschiktheid



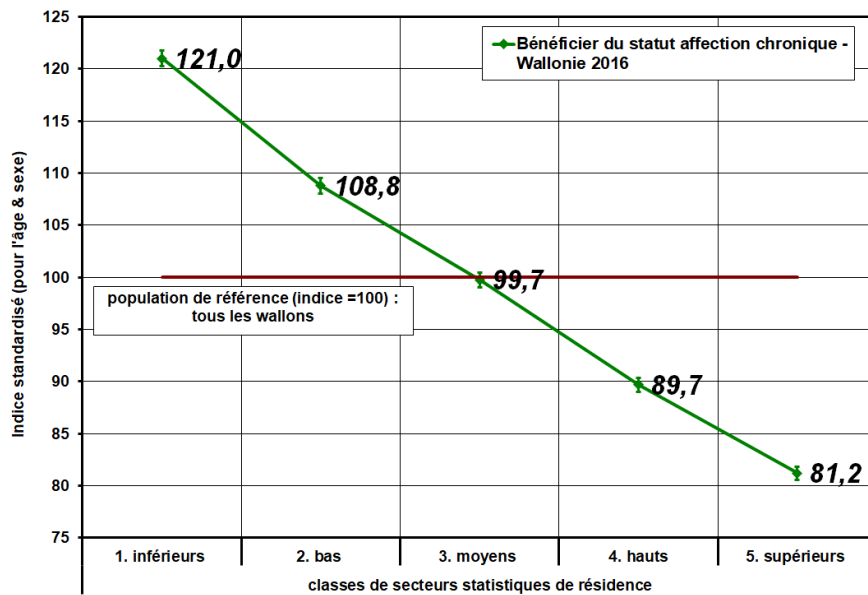
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.3 Morbiditeit : Invaliditeit



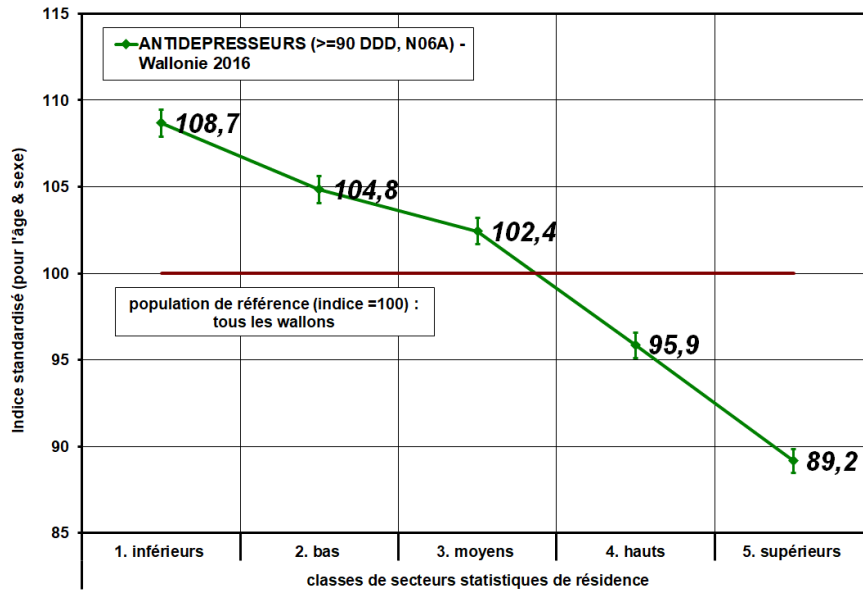
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.4 Morbiditeit : Statuut chronische aandoening



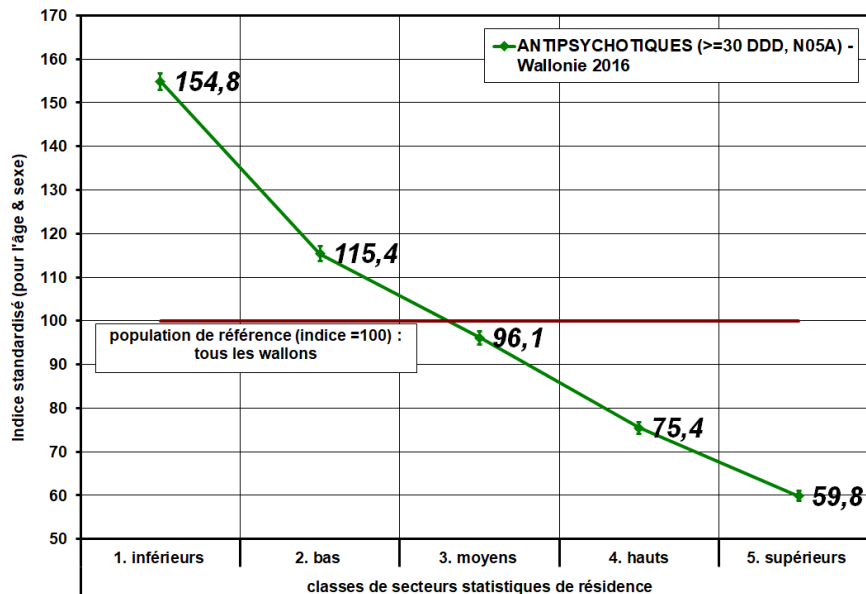
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.5 Morbiditeit : Gebruik van antidepressiva



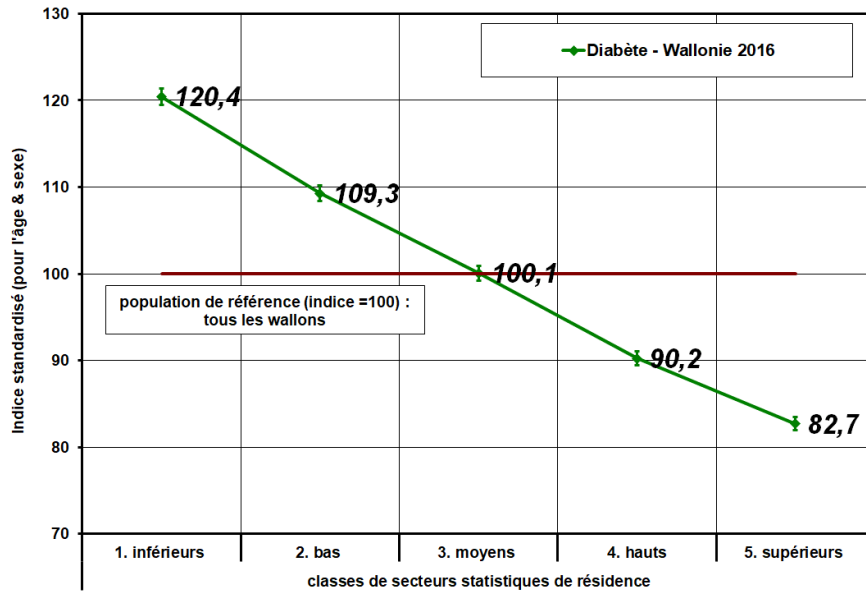
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.6 Morbiditeit : Gebruik van antipsychotica



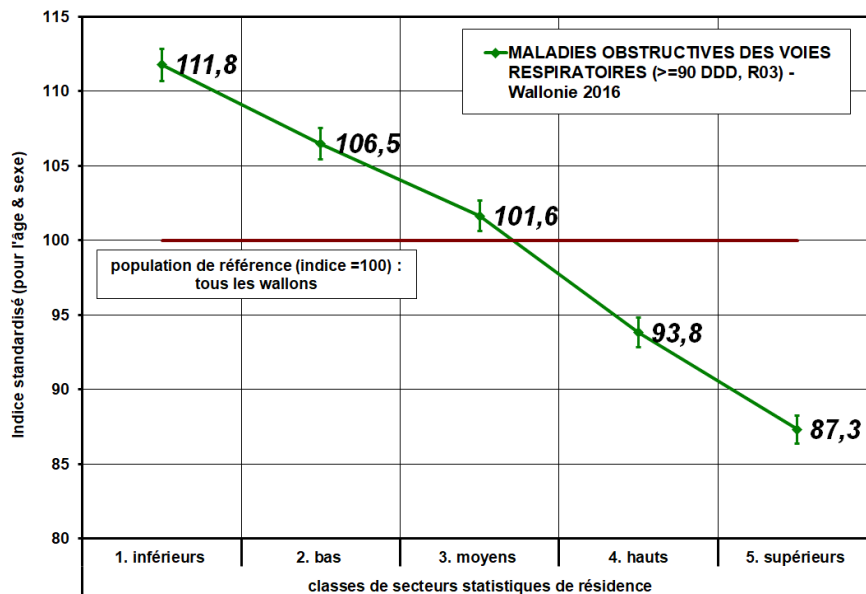
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.7 Morbiditeit : Diabetes



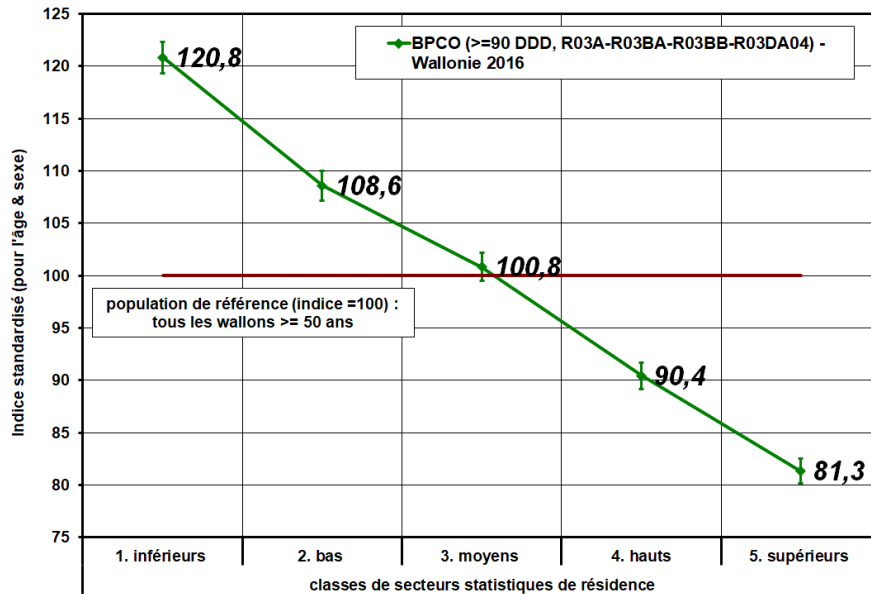
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.8 Morbiditeit : Obstructieve luchtwegaandoeningen



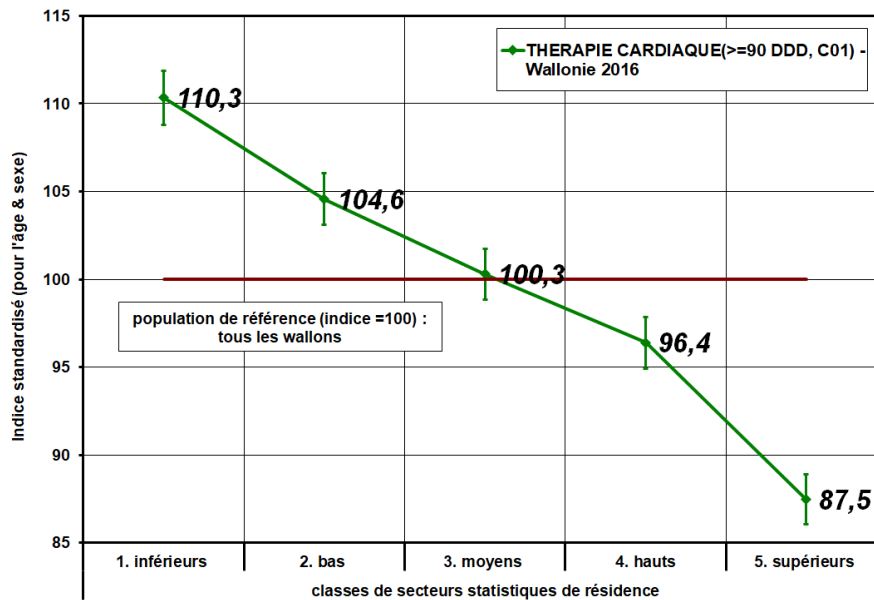
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.9 Morbiditeit : Chronische obstructieve longaandoening (COPD)



source: données de l'Agence InterMutualiste

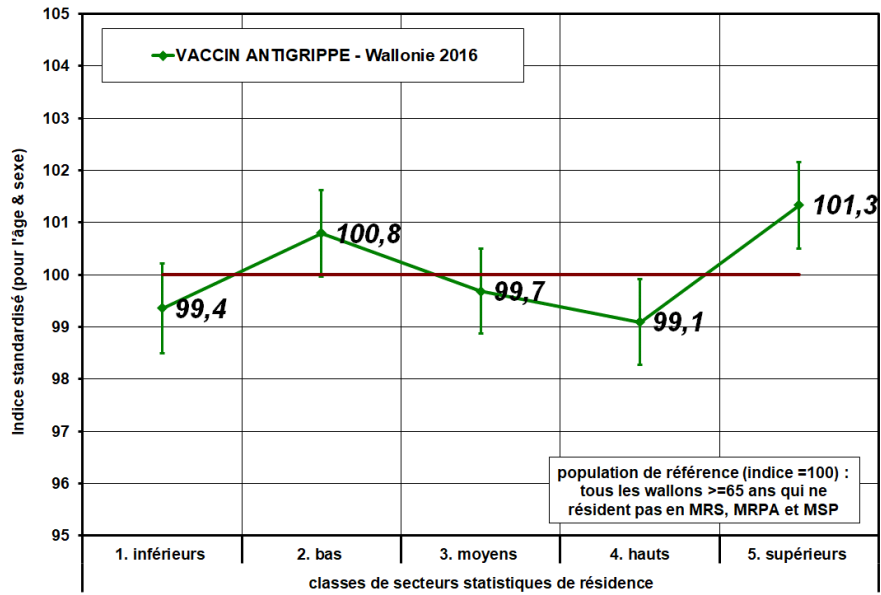
1.10 Morbiditeit : Cardiale therapie



source: données de l'Agence InterMutualiste

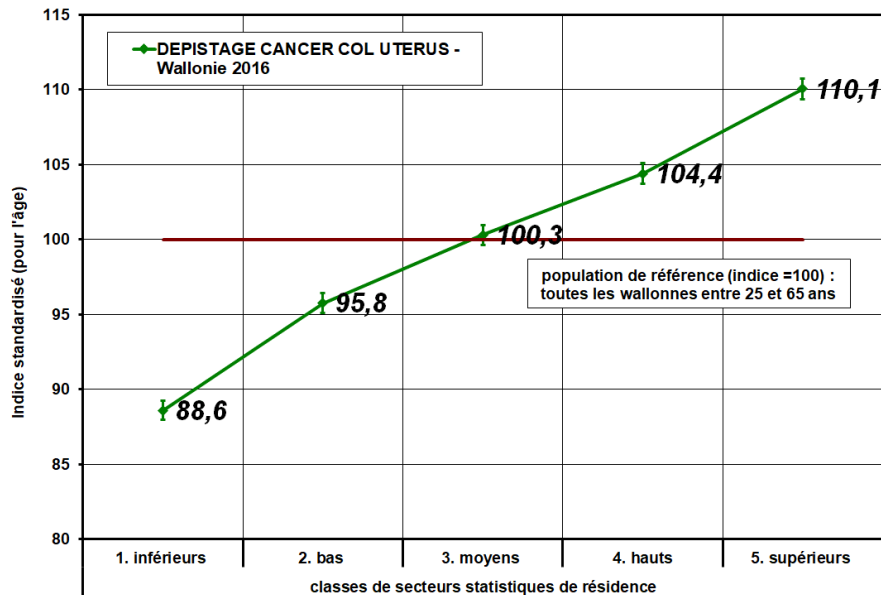
2. PREVENTIE

2.1 Griepvaccinatie



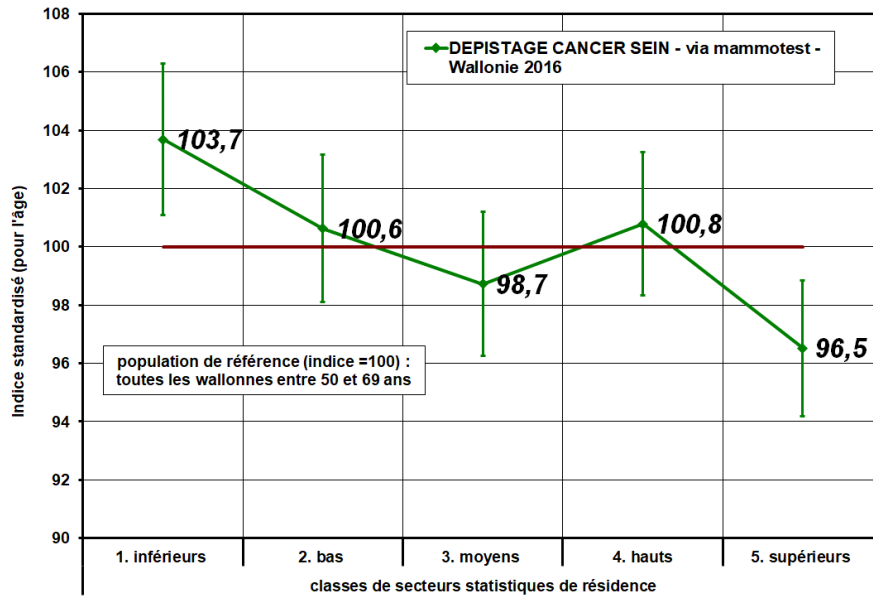
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.2 Baarmoederhalskankerscreening



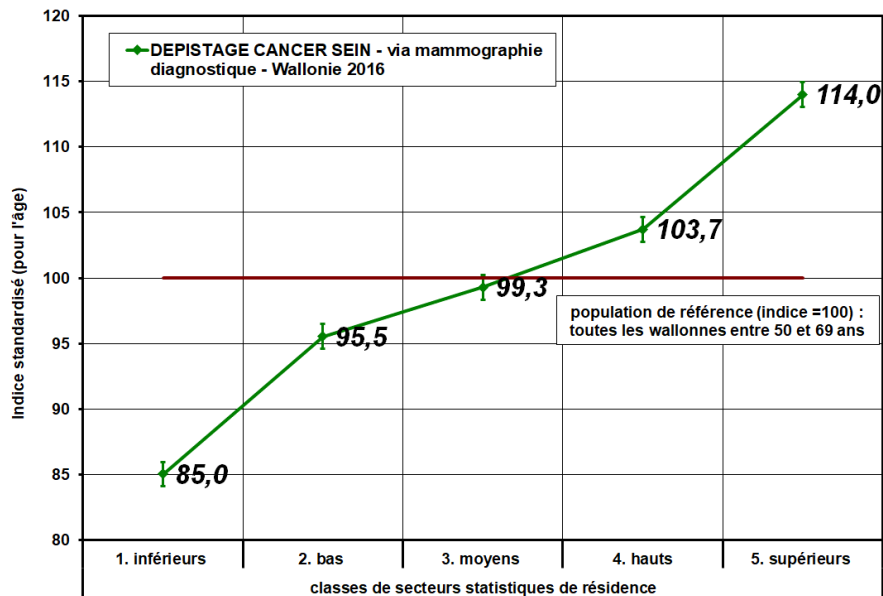
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.3 Borstkankerpreventie (1) - via bevolkingsonderzoek



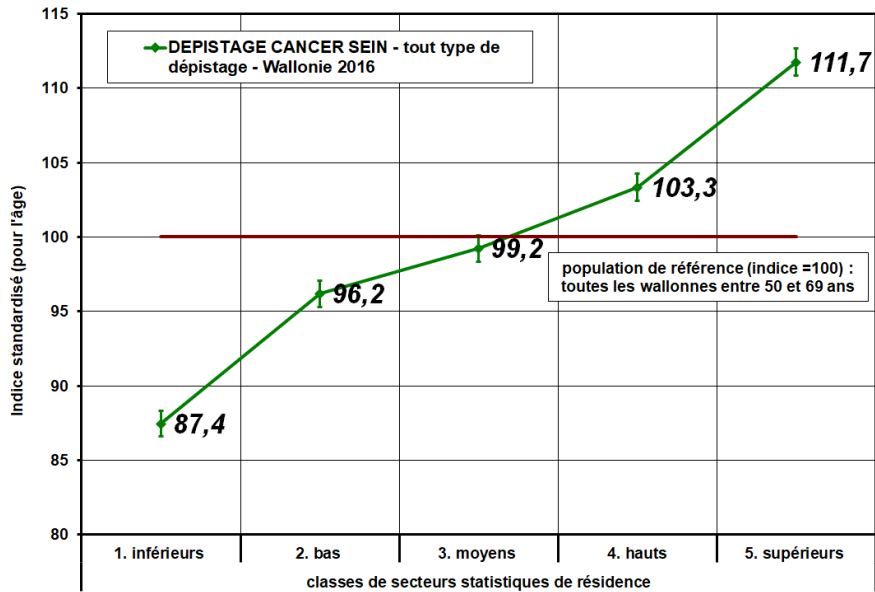
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.4 Borstkankerpreventie (2) - via diagnostische mammografie



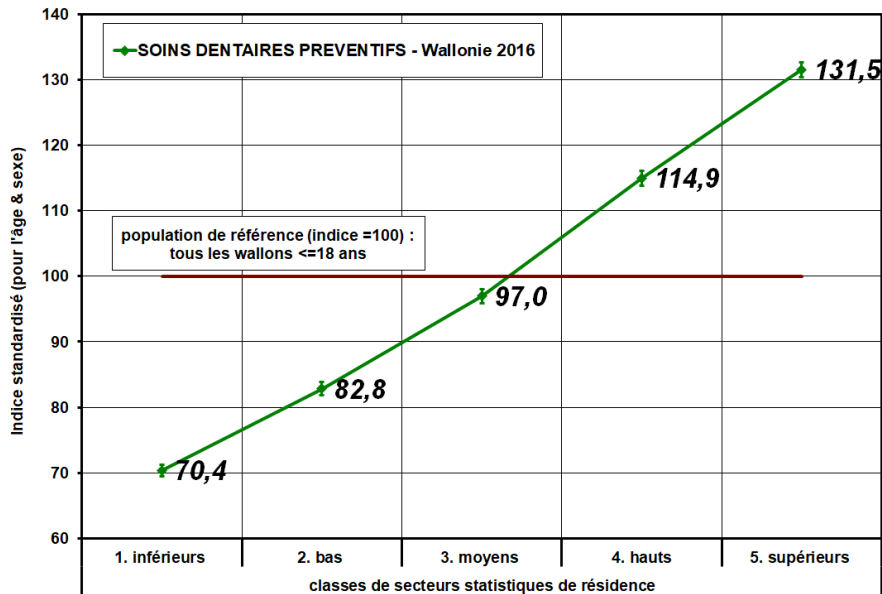
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.5 Borstkankerpreventie (3) - ongeacht het type onderzoek



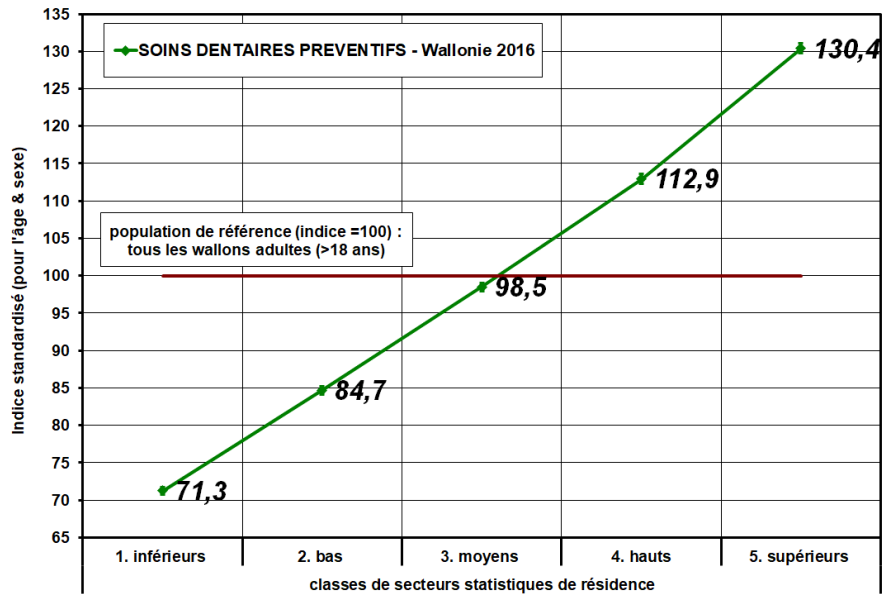
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.6 Preventieve tandzorg : kinderen



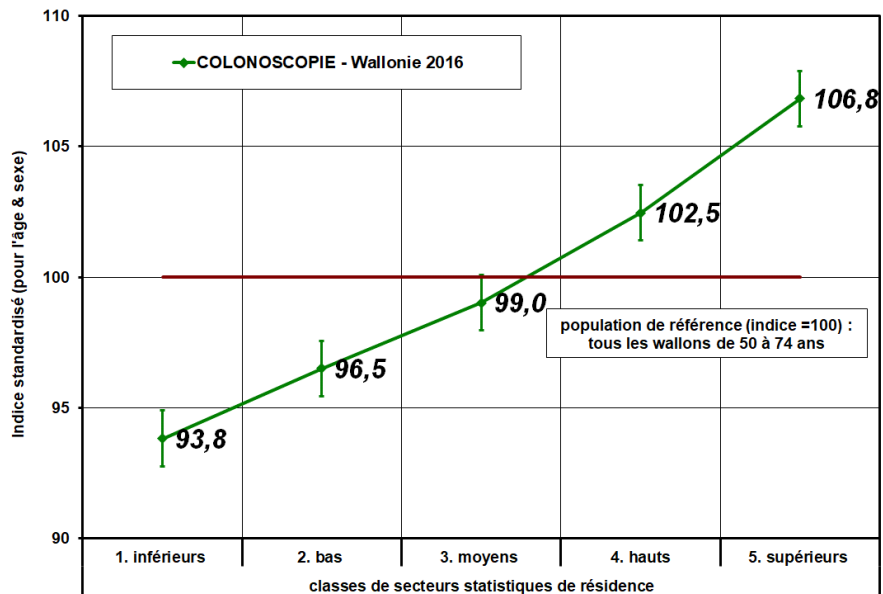
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.7 Preventieve tandzorg : volwassenen



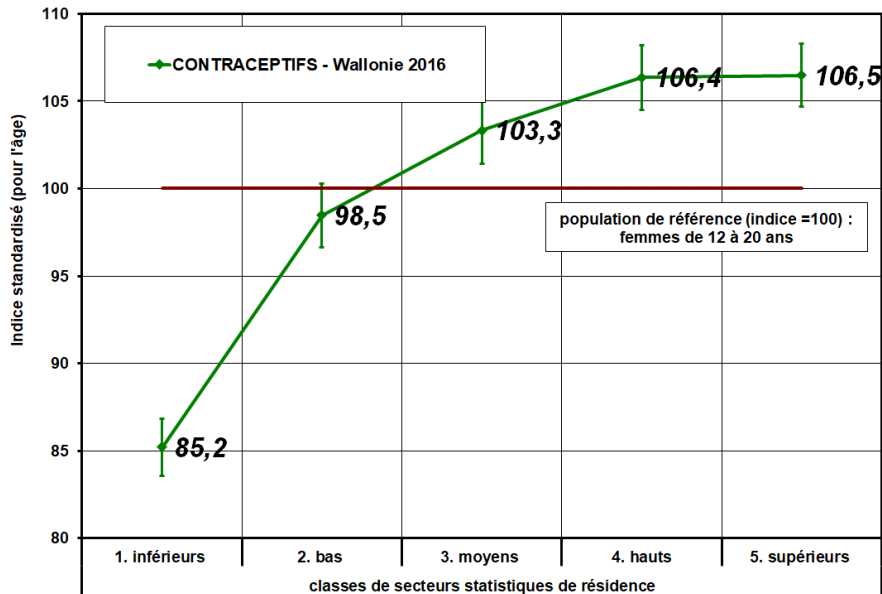
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.8 Colonoscopie



source: données de l'Agence InterMutualiste

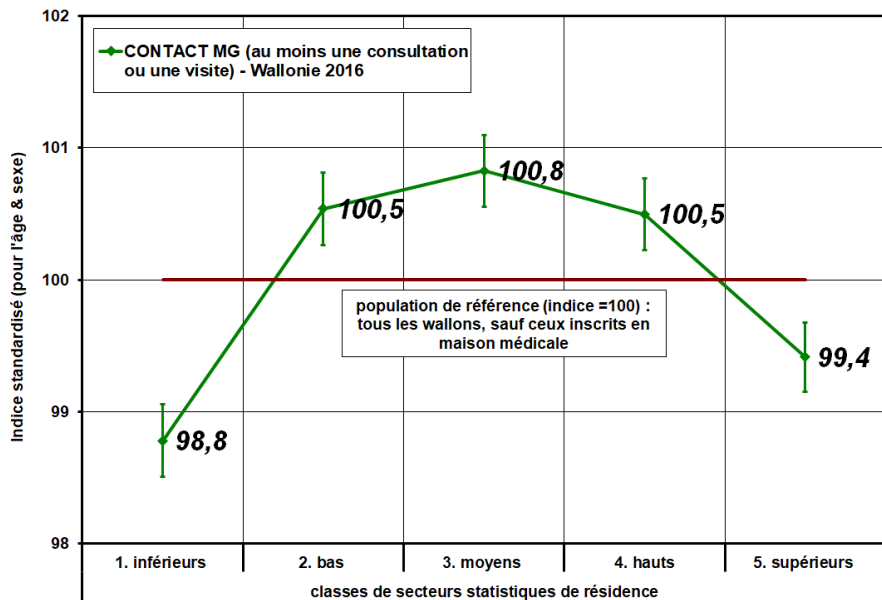
2.9 Voorbehoedsmiddelen voor jonge vrouwen



source: données de l'Agence InterMutualiste

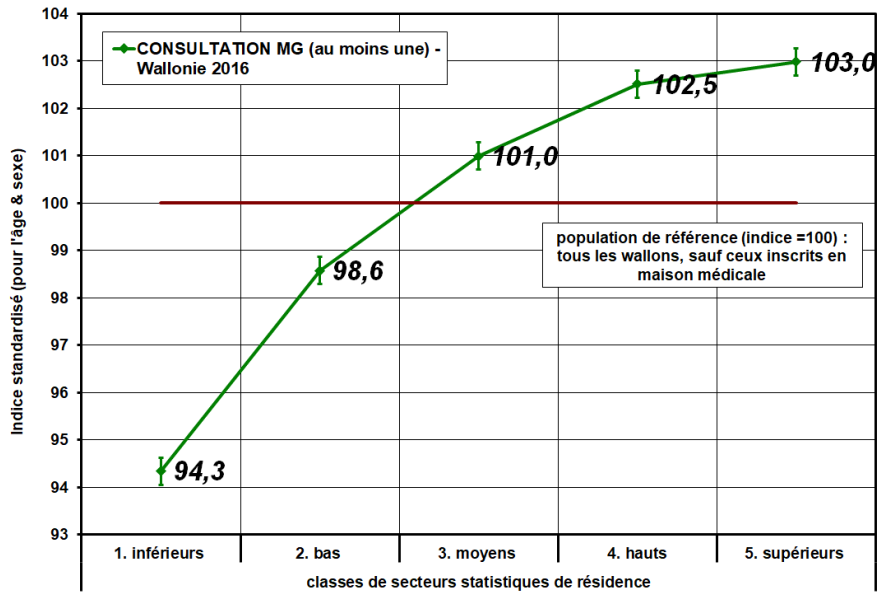
3. CONTACTEN MET DE VERSTREKKERS VAN DE EERSTE LIJN

3.1 Huisartsen: alle vormen van contacten



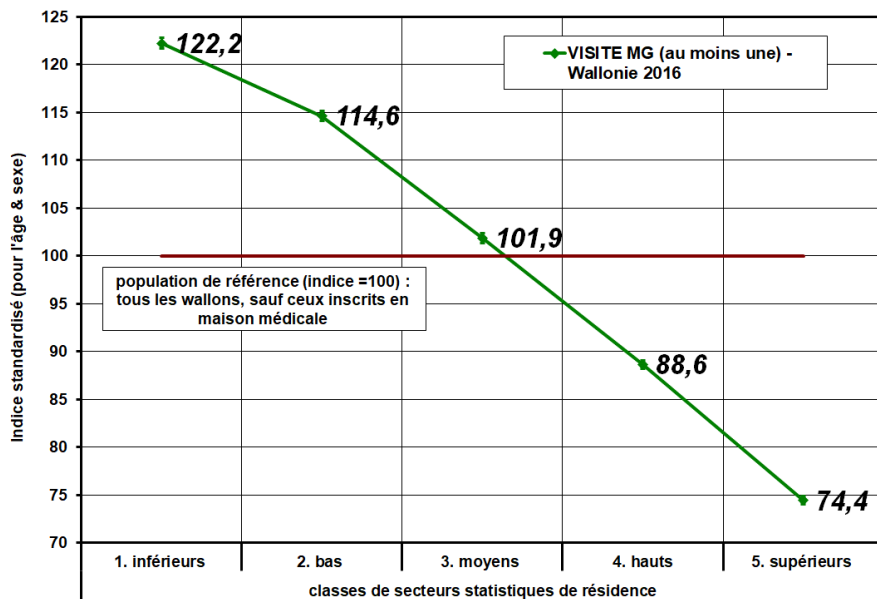
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.2 Huisartsen: raadplegingen in het kabinet



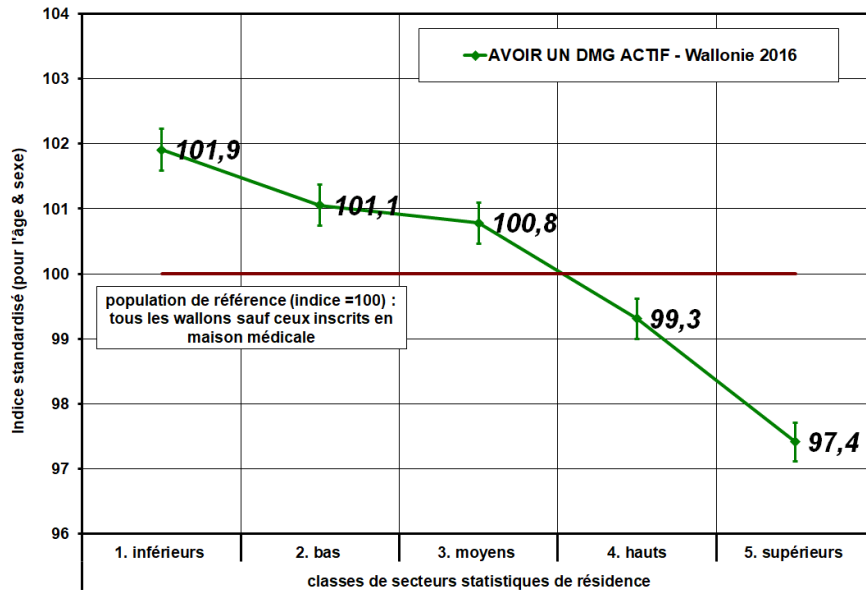
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.3 Huisartsen: bezoeken bij de patiënt thuis



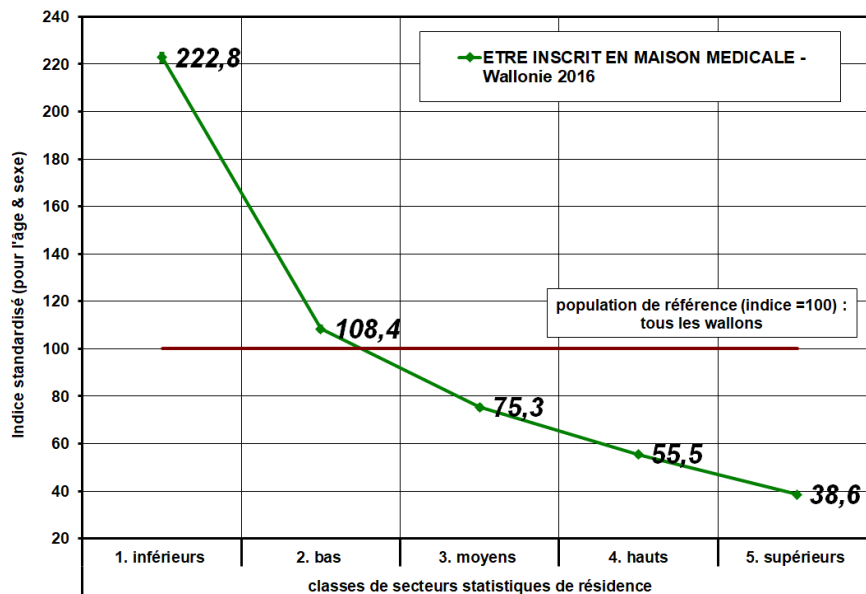
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.4 Beschikken over een actief globaal medisch dossier (GMD)



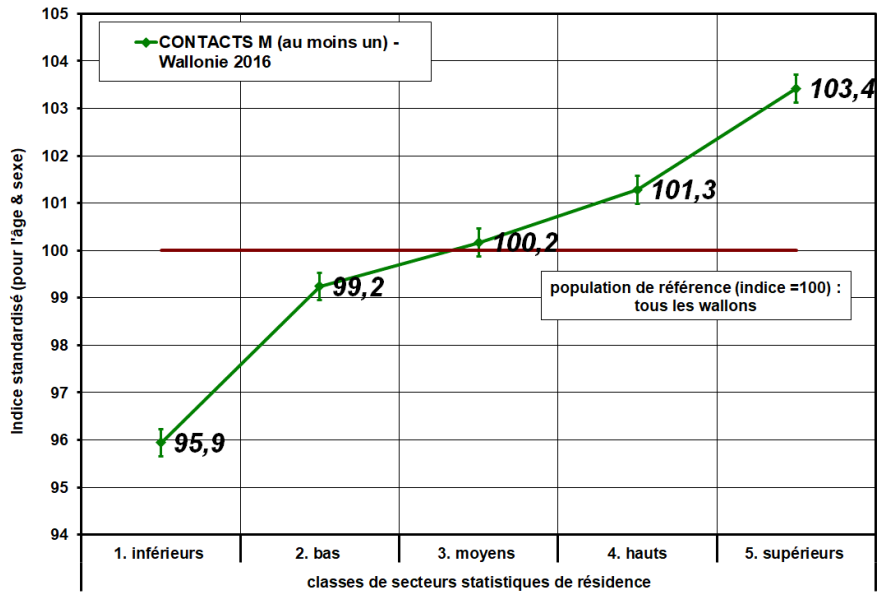
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.5 Ingeschreven in een medisch huis (WGC)



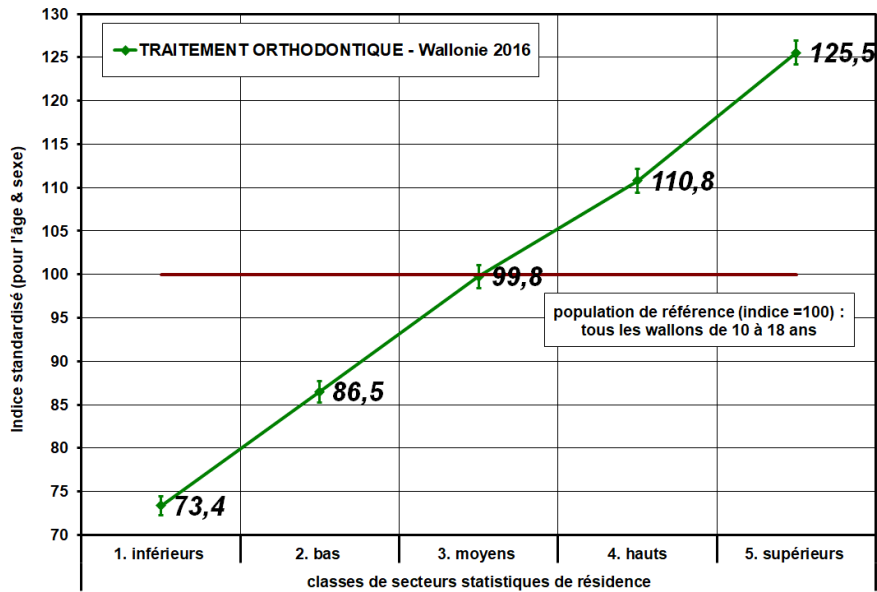
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.6 Contact met de geneesheer-specialist



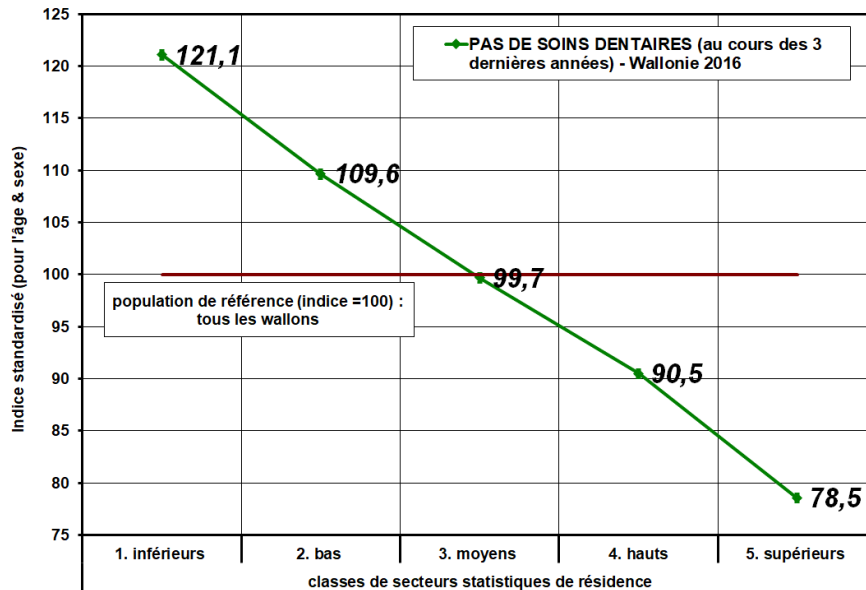
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.7 Orthodontiebehandeling



source: données de l'Agence InterMutualiste

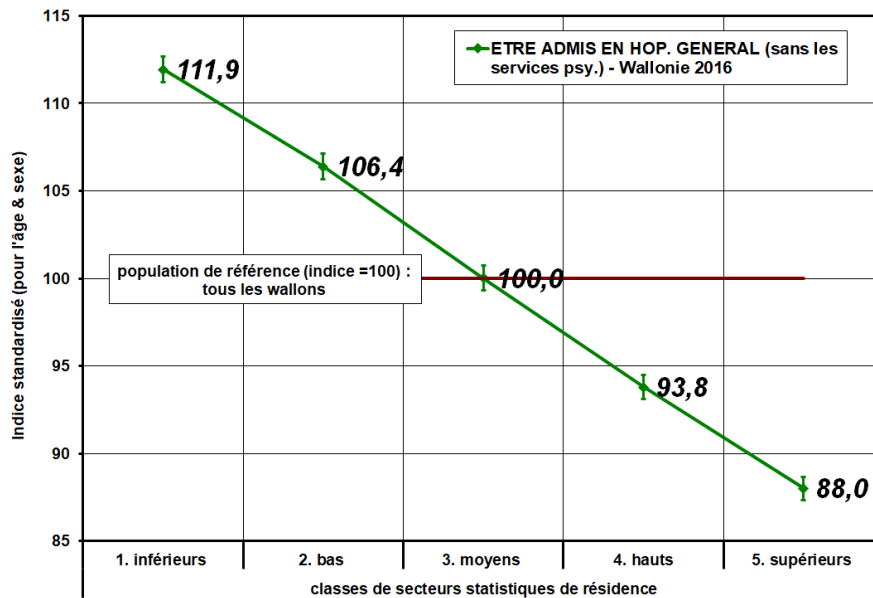
3.8 Geen contact met de tandarts (in 3 jaar)



source: données de l'Agence InterMutualiste

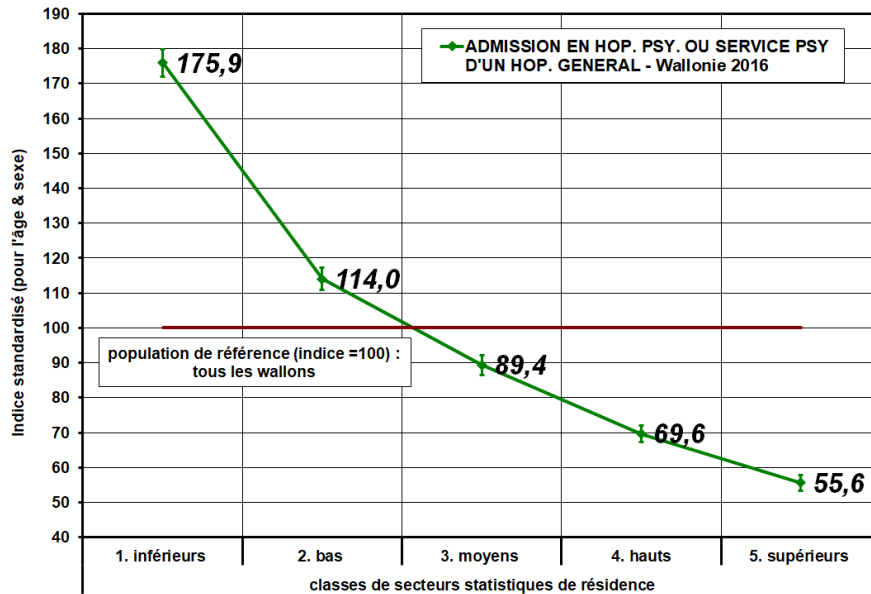
4. CONTACT BINNEN DE ZIEKENHUISINFRASTRUCTUUR

4.1 Opnames in een algemeen ziekenhuis



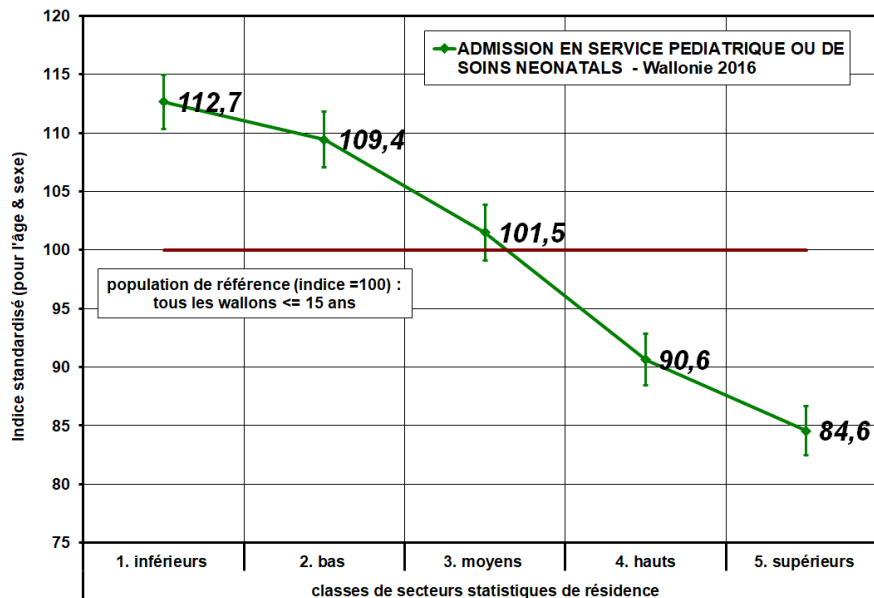
source: données de l'Agence InterMutualiste

4.2 Opnames in een psychiatrisch ziekenhuis (of de psychiatrische dienst van een AZ)



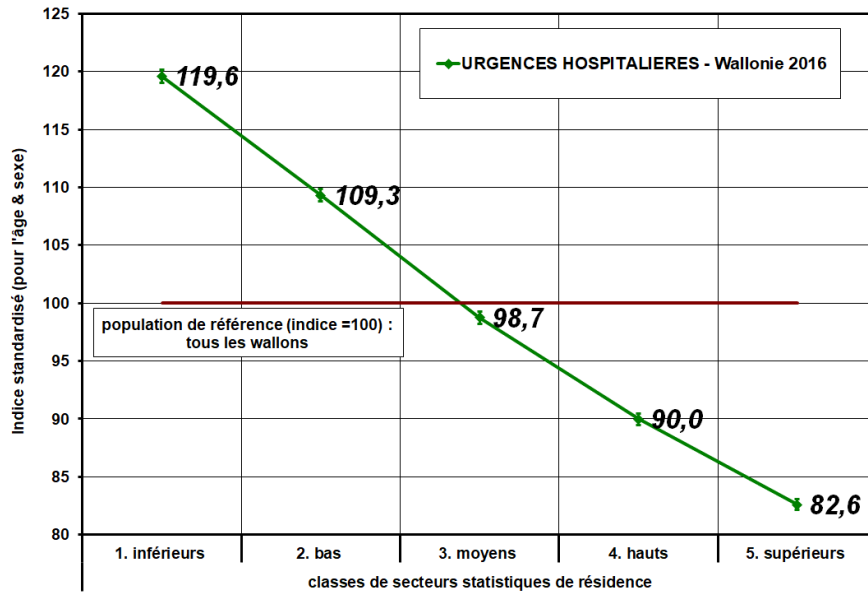
source: données de l'Agence InterMutualiste

4.3 Opnames in de diensten pediatrie of neonatologie



source: données de l'Agence InterMutualiste

4.4 Bezoek aan de spoeddiensten van een ziekenhuis

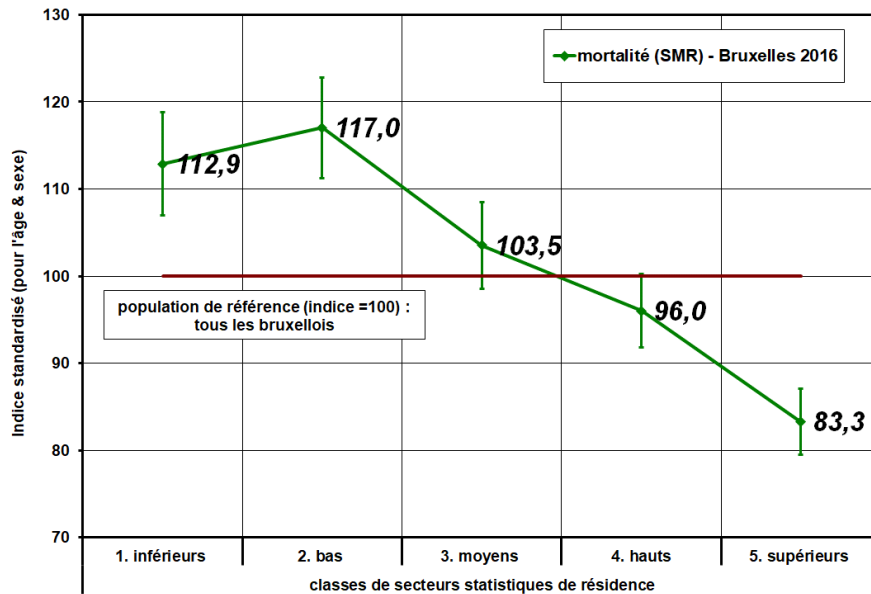


source: données de l'Agence InterMutualiste

BIJLAGE 3 : BRUSSEL

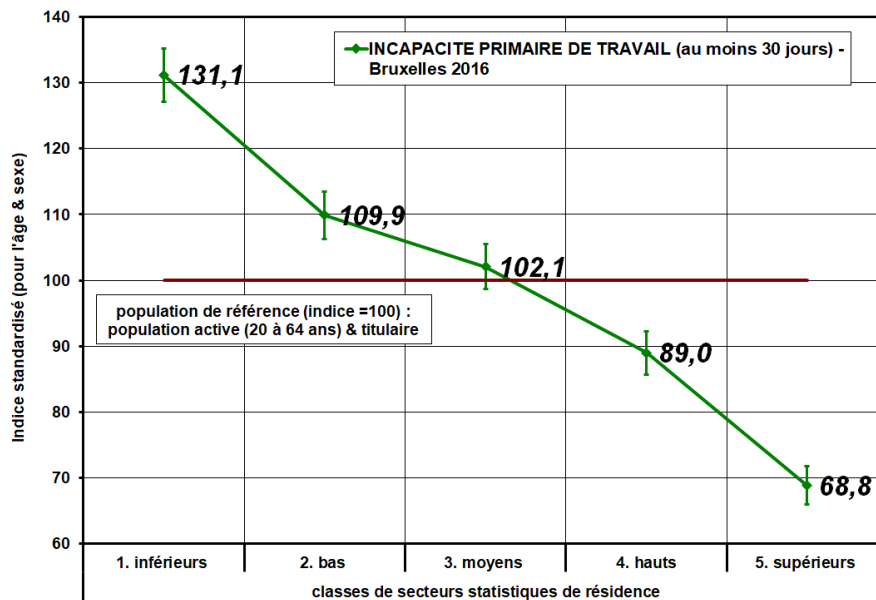
1. GEZONDHEIDSTOESTAND

1.1 Mortaliteit



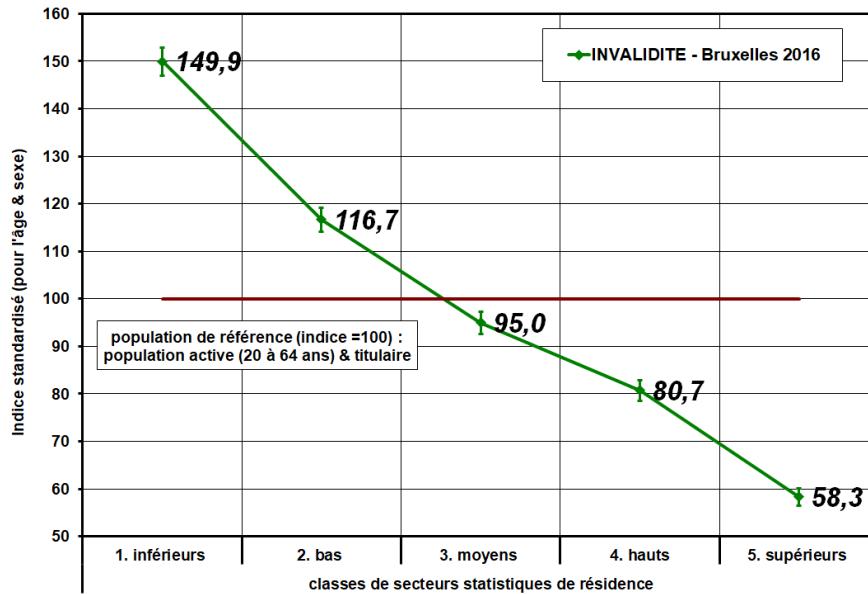
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.2 Morbiditeit : Primaire arbeidsongeschiktheid



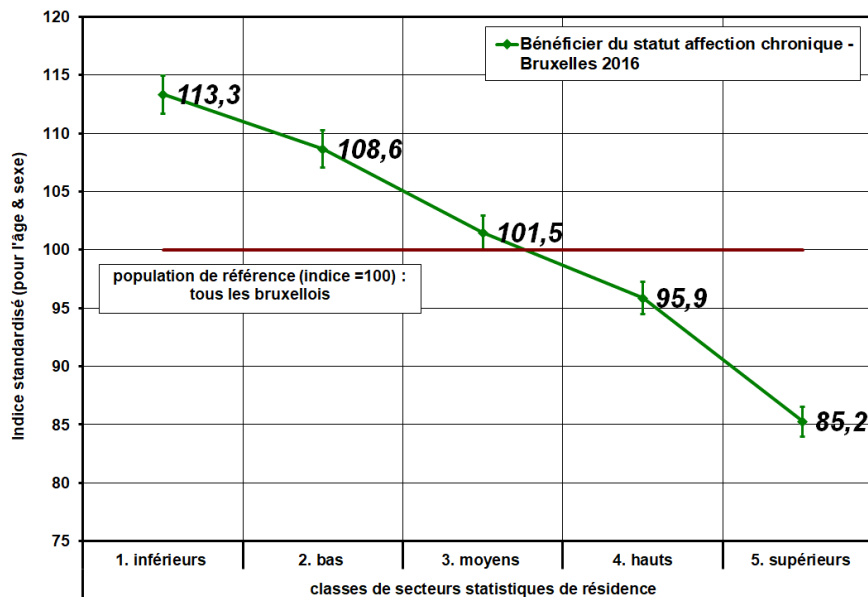
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.3 Morbiditeit : Invaliditeit



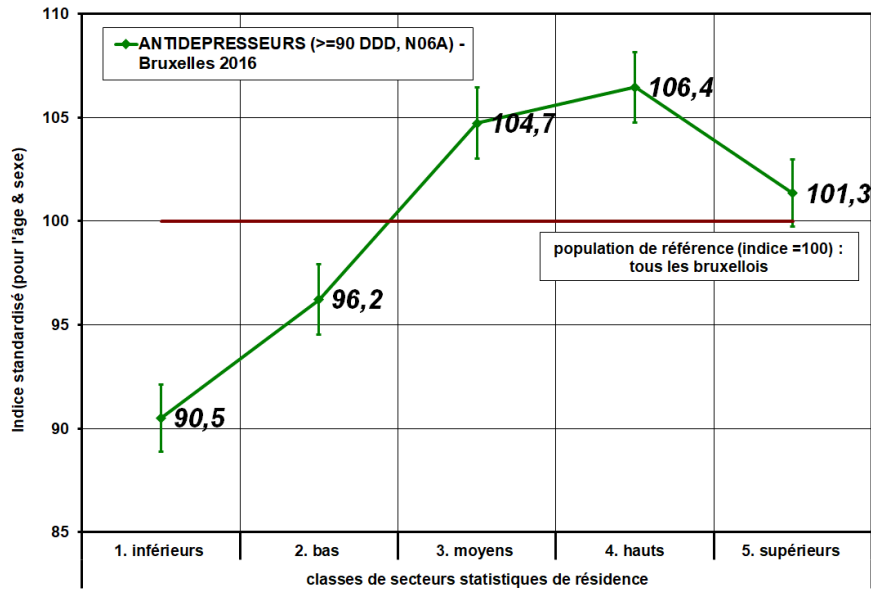
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.4 Morbiditeit : Statuut chronische aandoening



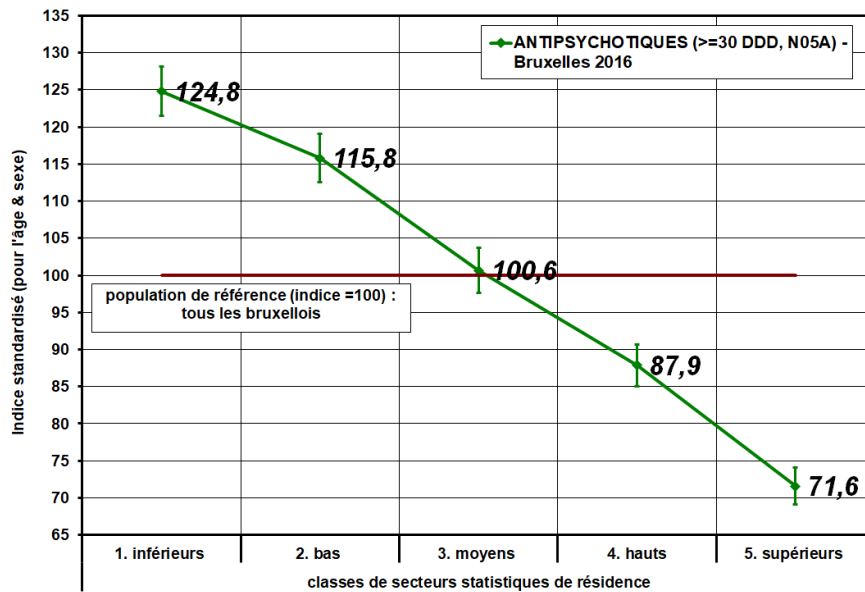
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.5 Morbiditeit : Gebruik van antidepressiva



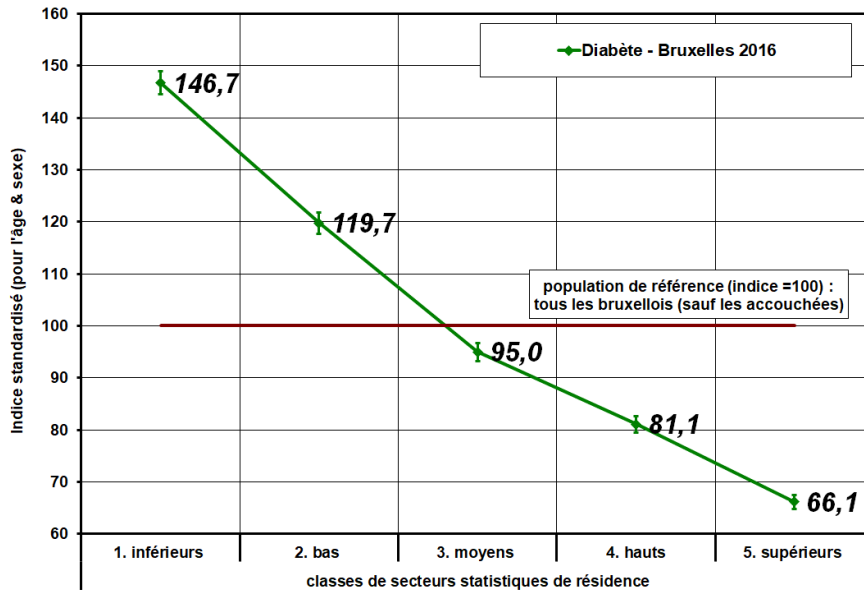
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.6 Morbiditeit : Gebruik van antipsychotica



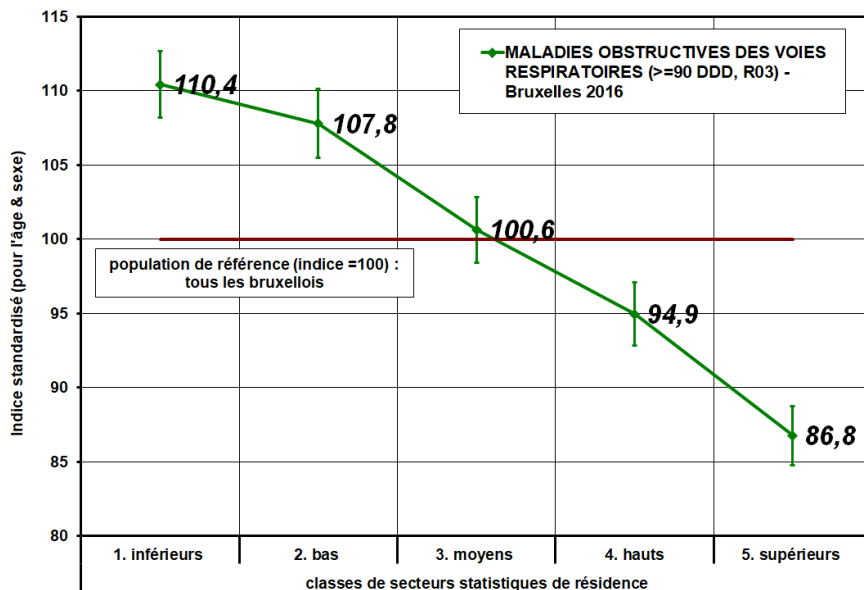
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.7 Morbiditeit : Diabetes



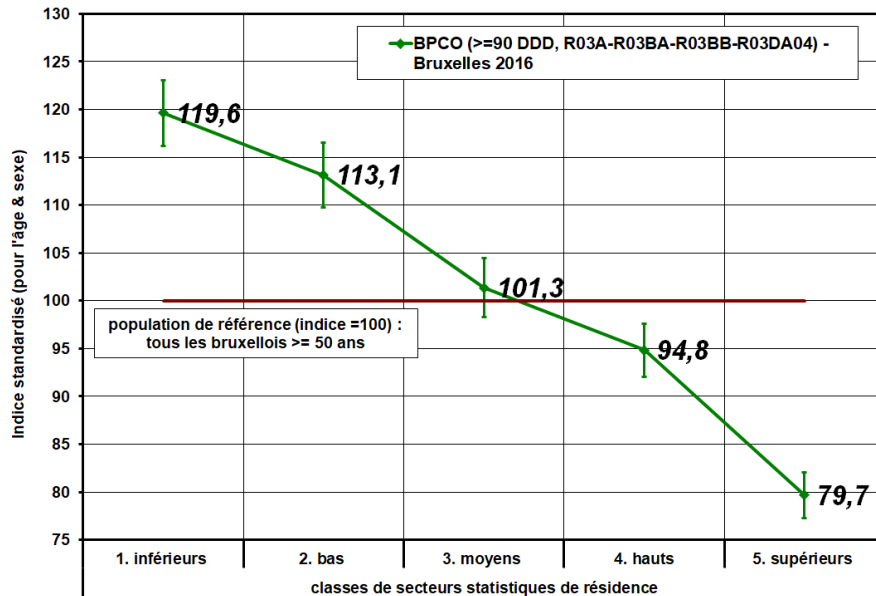
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.8 Morbiditeit : Obstructieve luchtwegaandoeningen



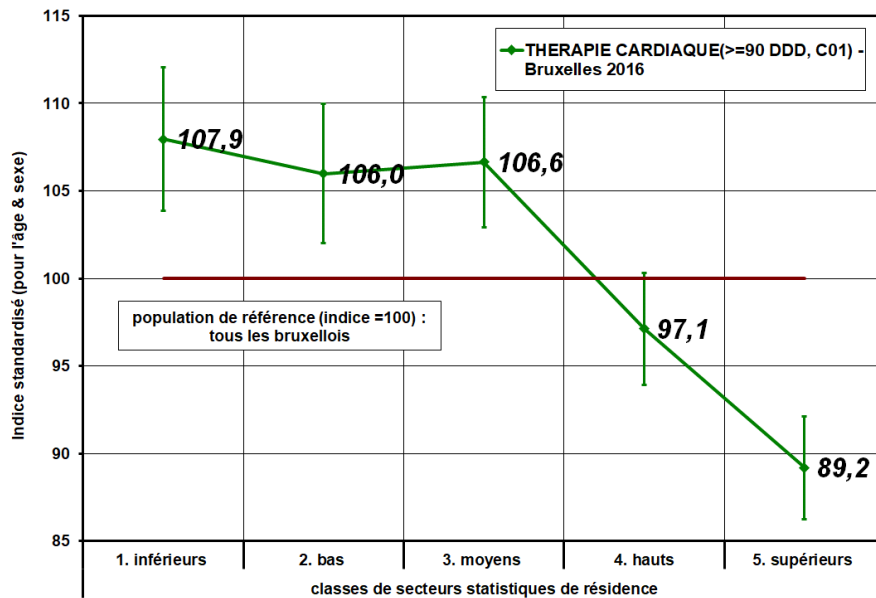
source: données de l'Agence InterMutualiste

1.9 Morbiditeit : Chronische obstructieve longaandoening (COPD)



source: données de l'Agence InterMutualiste

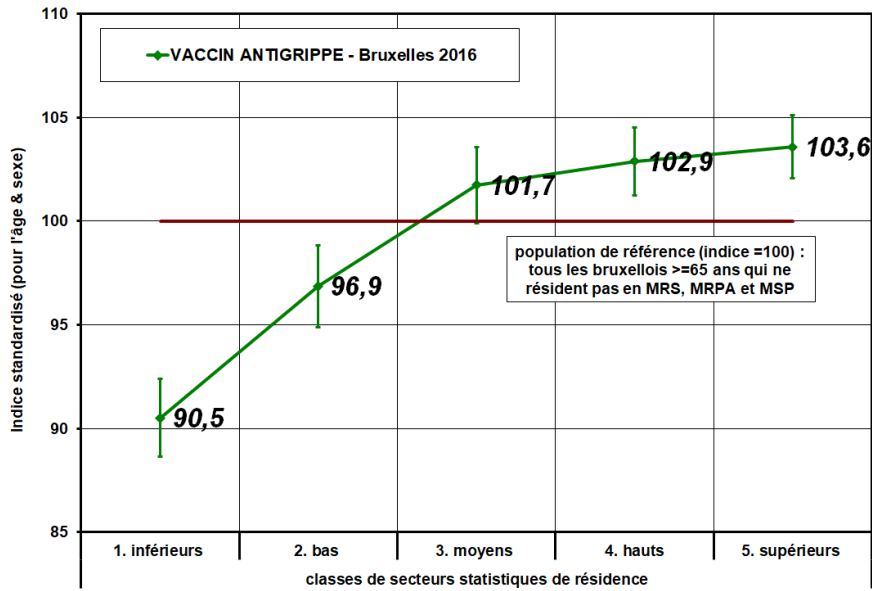
1.10 Morbiditeit : Cardiale therapie



source: données de l'Agence InterMutualiste

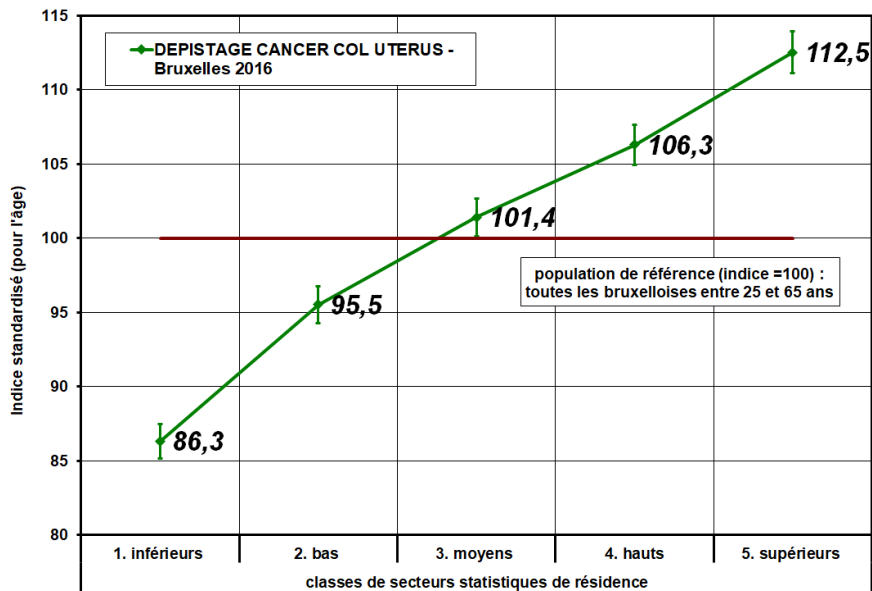
2. PREVENTIE

2.1 Griepvaccinatie



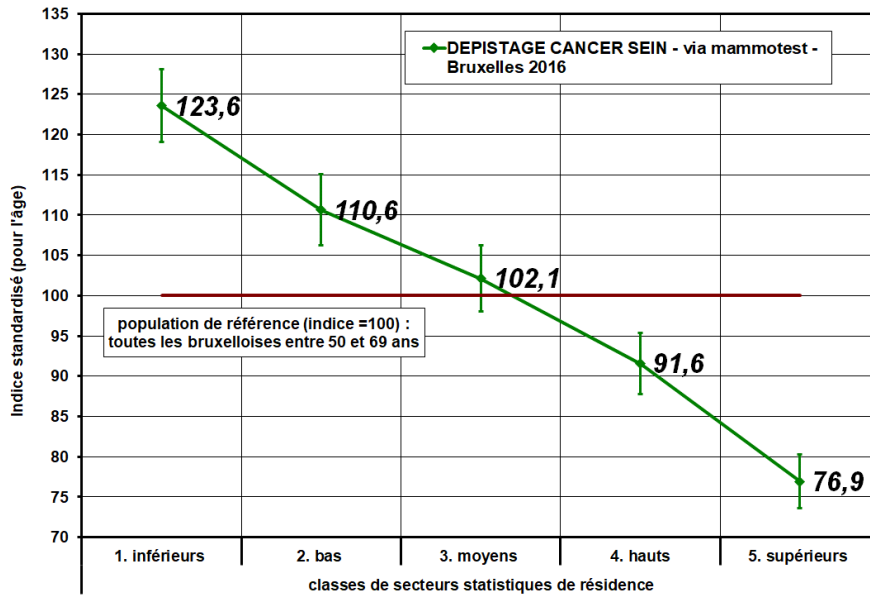
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.2 Baarmoederhalskankerscreening



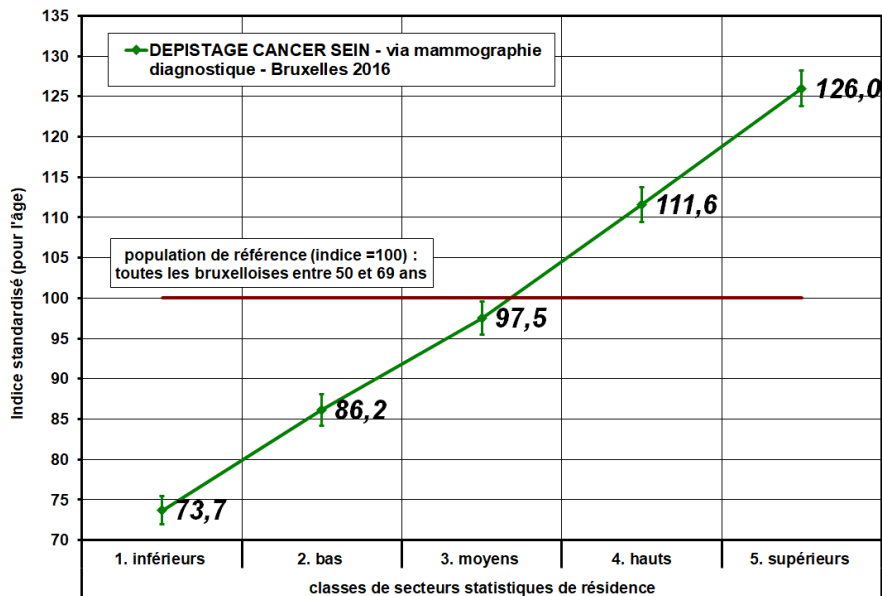
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.3 Borstkankerpreventie (1) - via bevolkingsonderzoek



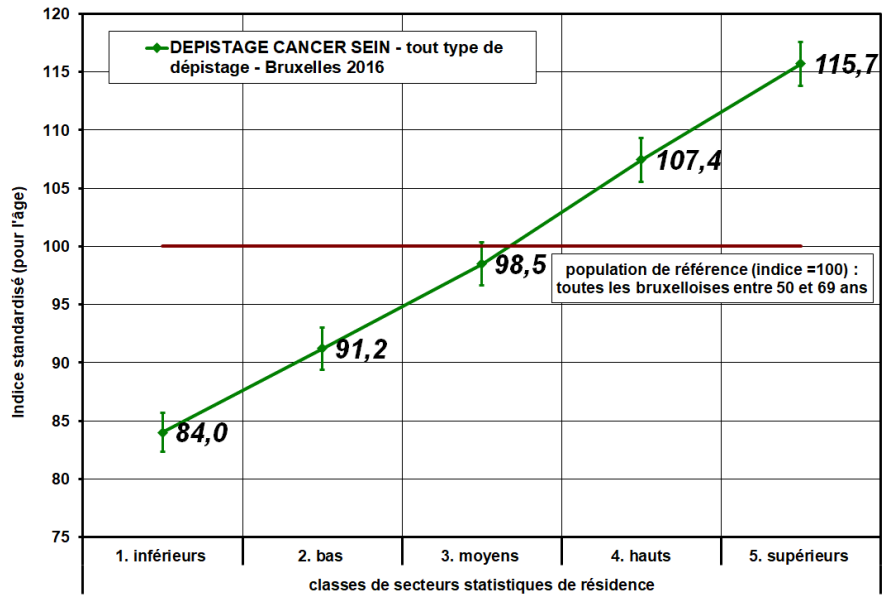
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.4 Borstkankerpreventie (2) - via diagnostische mammografie



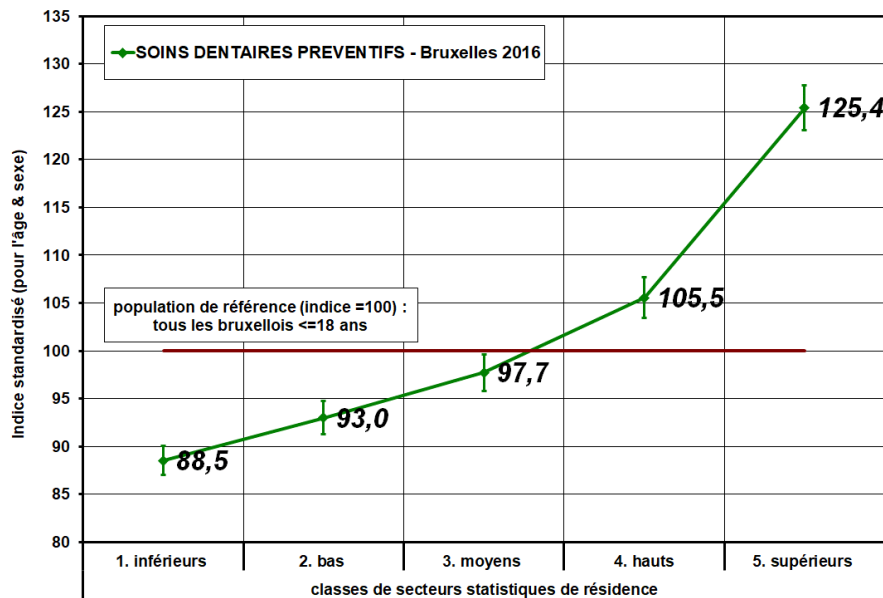
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.5 Borstkankerpreventie (3) - ongeacht het type onderzoek



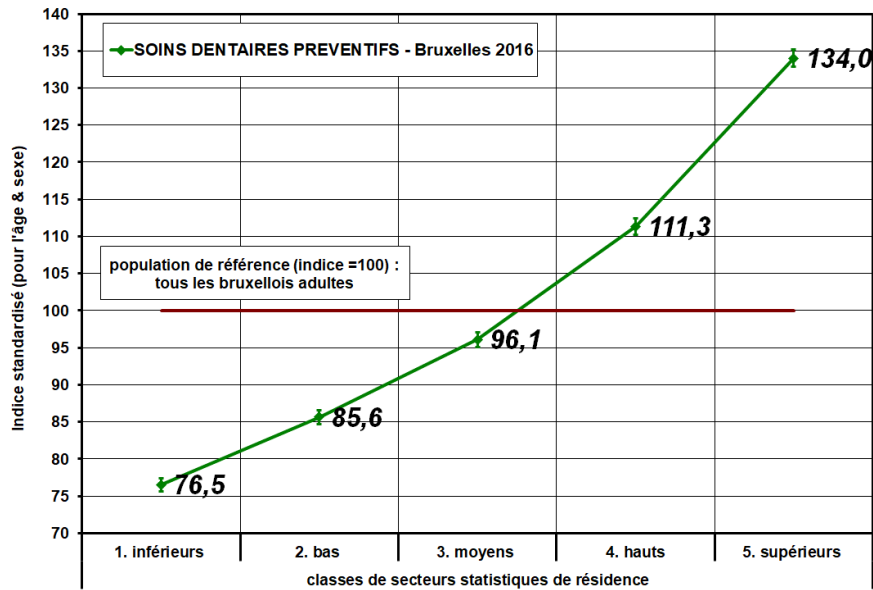
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.6 Preventieve tandzorg : kinderen



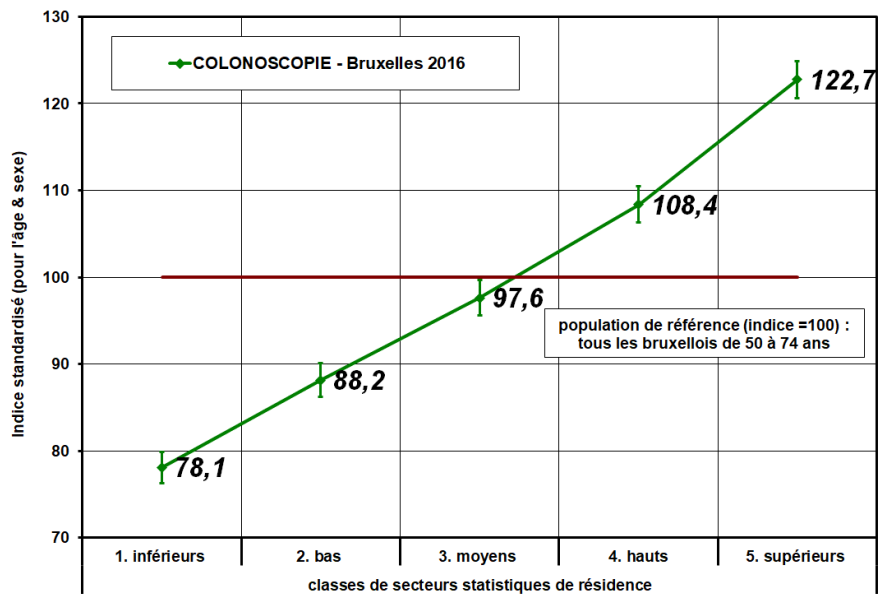
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.7 Preventieve tandzorg : volwassenen



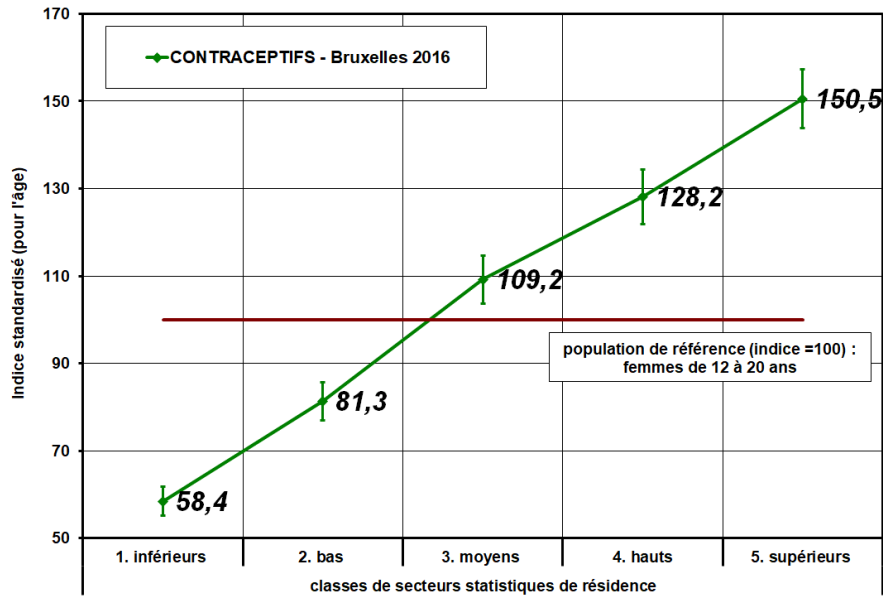
source: données de l'Agence InterMutualiste

2.8 Colonoscopie



source: données de l'Agence InterMutualiste

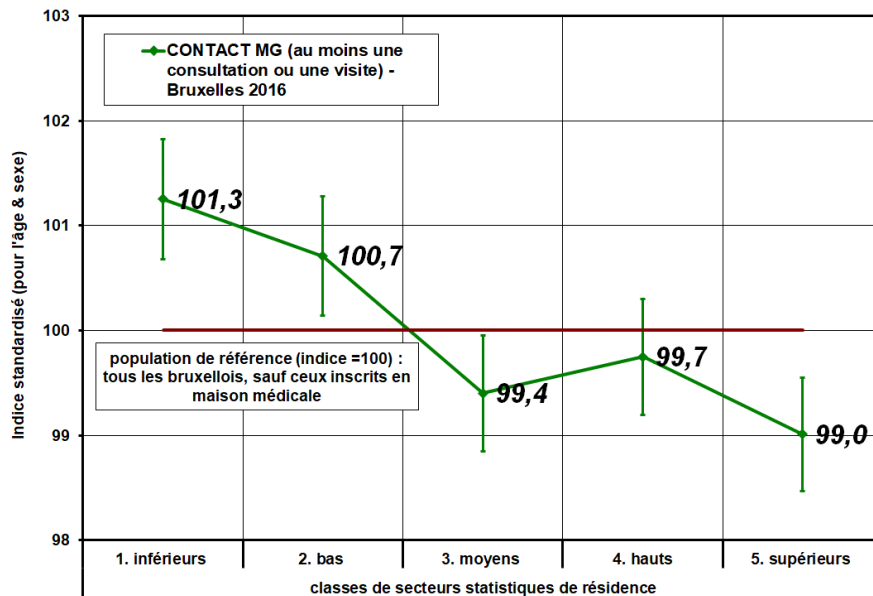
2.9 Voorbehoedsmiddelen voor jonge vrouwen



source: données de l'Agence InterMutualiste

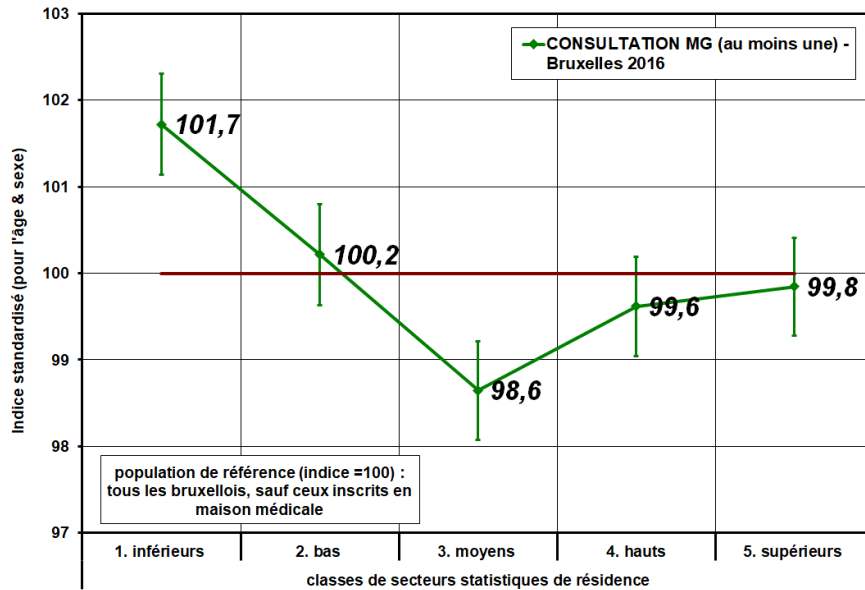
3. CONTACTEN MET DE VERSTREKKERS VAN DE EERSTE LIJN

3.1 Huisartsen: alle type contacten



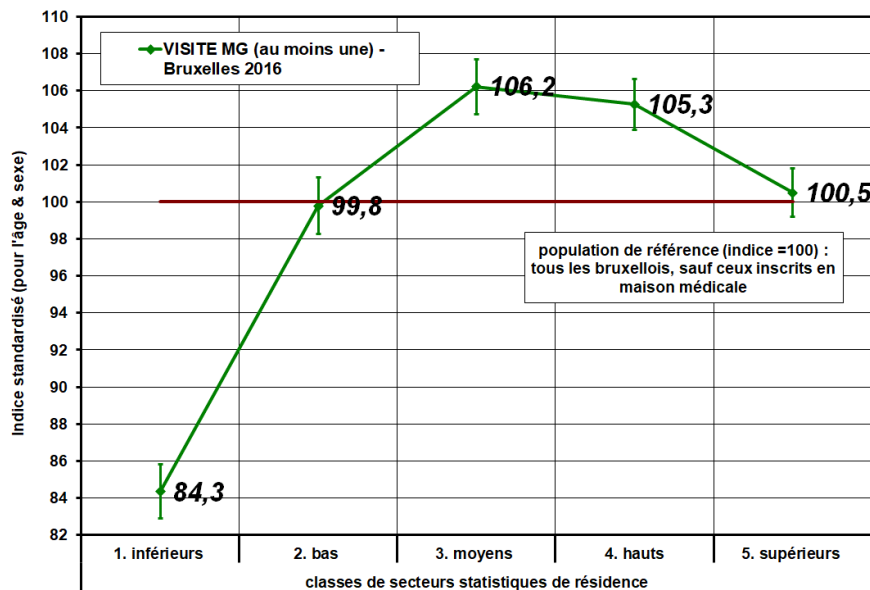
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.2 Huisartsen: raadplegingen in het kabinet



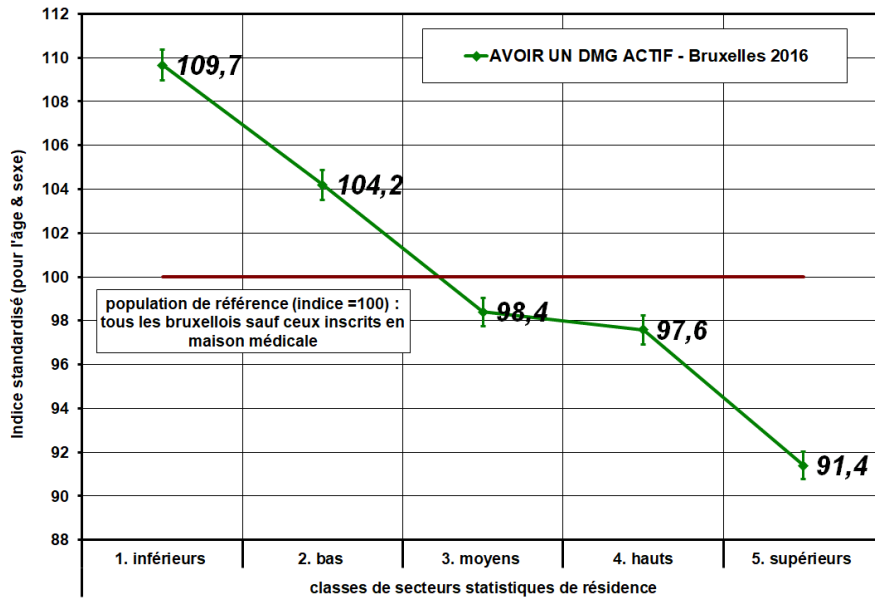
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.3 Huisartsen: bezoeken bij de patiënt thuis



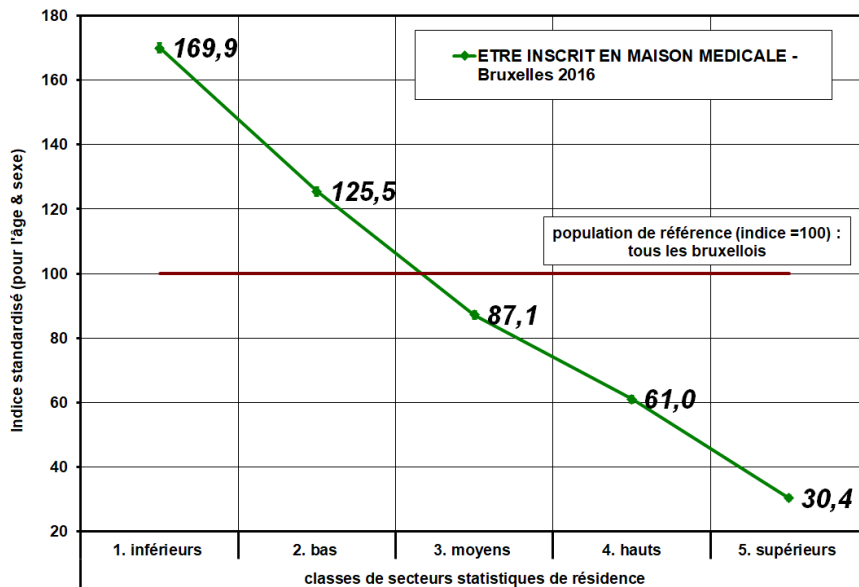
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.4 Beschikken over een actief globaal medisch dossier (GMD)



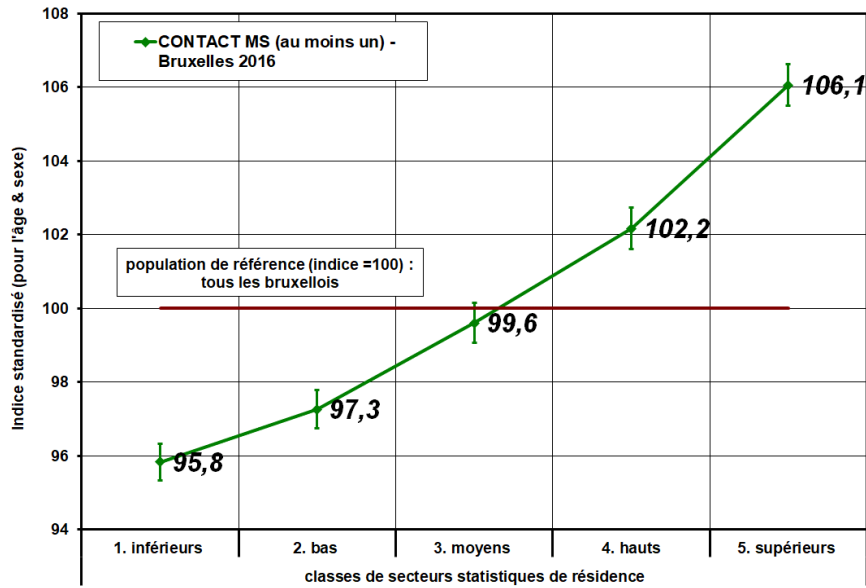
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.5 Ingeschreven in een medisch huis (WGC)



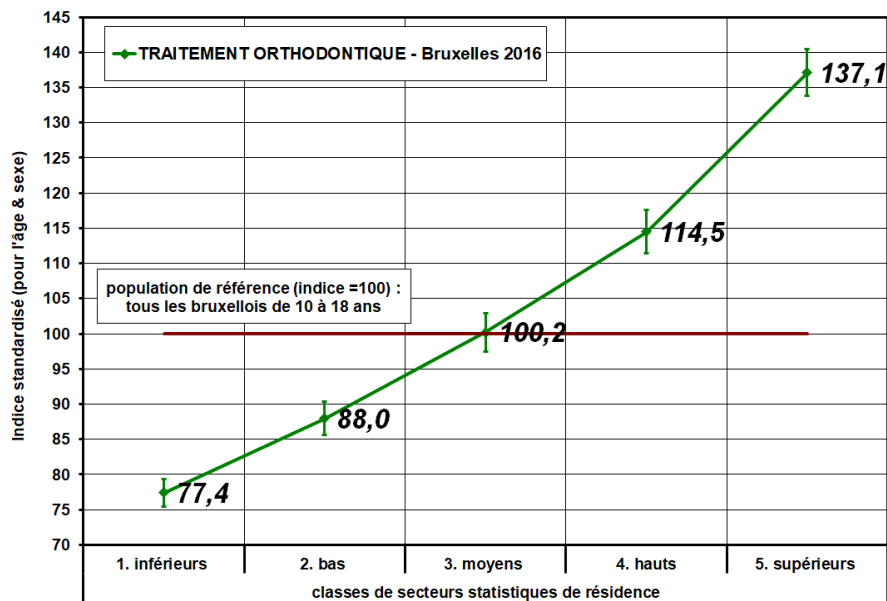
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.6 Contact met de geneesheer-specialist



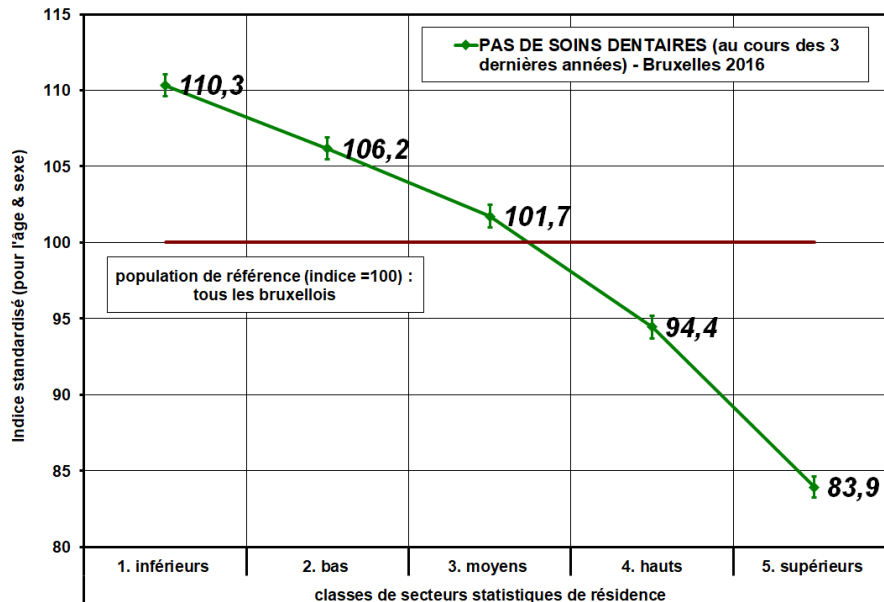
source: données de l'Agence InterMutualiste

3.7 Orthodontiebehandeling



source: données de l'Agence InterMutualiste

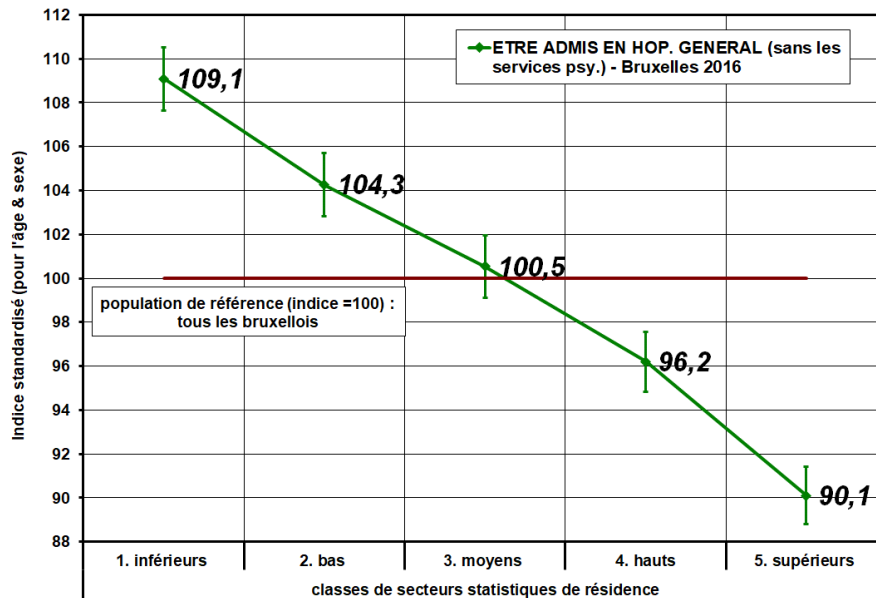
3.8 Geen contact met de tandarts (in 3 jaar)



source: données de l'Agence InterMutualiste

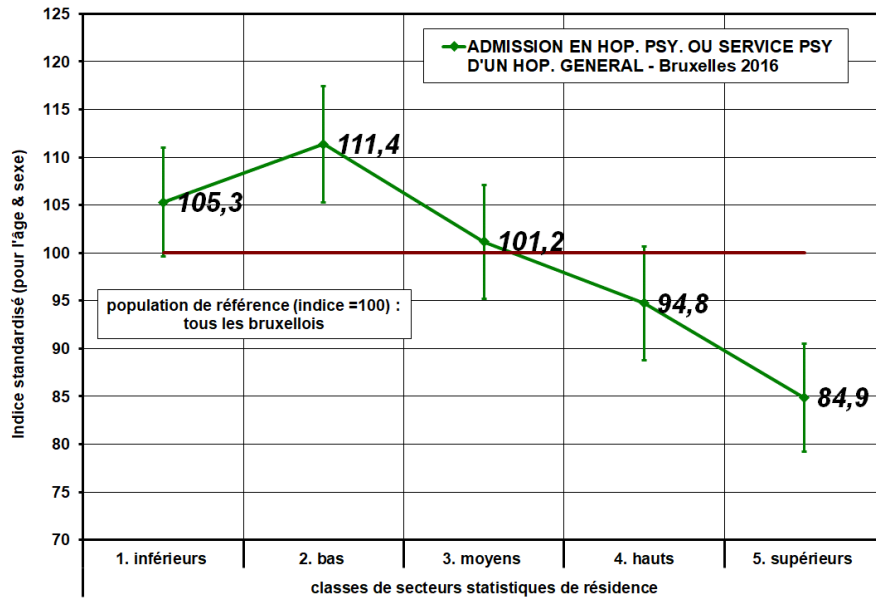
4. CONTACT BINNEN DE ZIEKENHUISINFRASTRUCTUUR

4.1 Opnames in een algemeen ziekenhuis



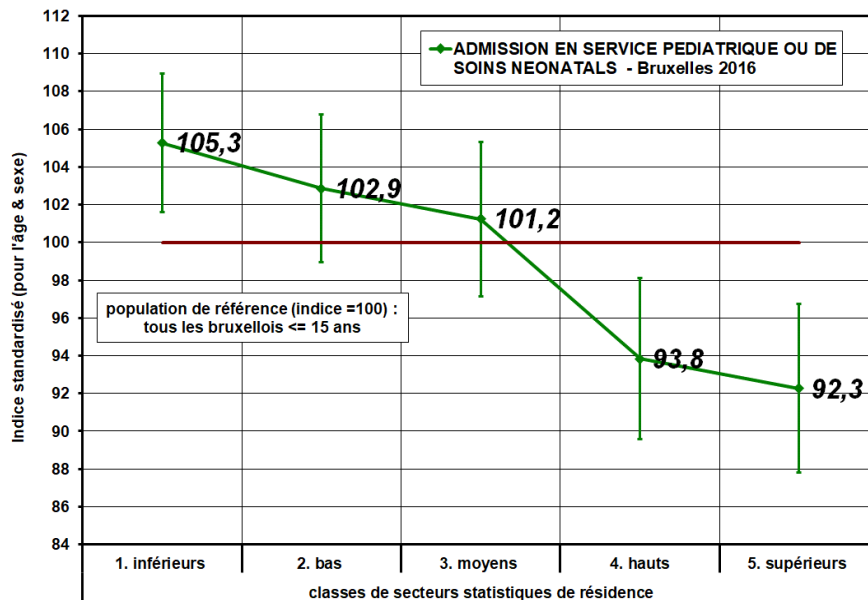
source: données de l'Agence InterMutualiste

4.2 Opnames in een psychiatrisch ziekenhuis (of de psychiatrische dienst van een AZ)



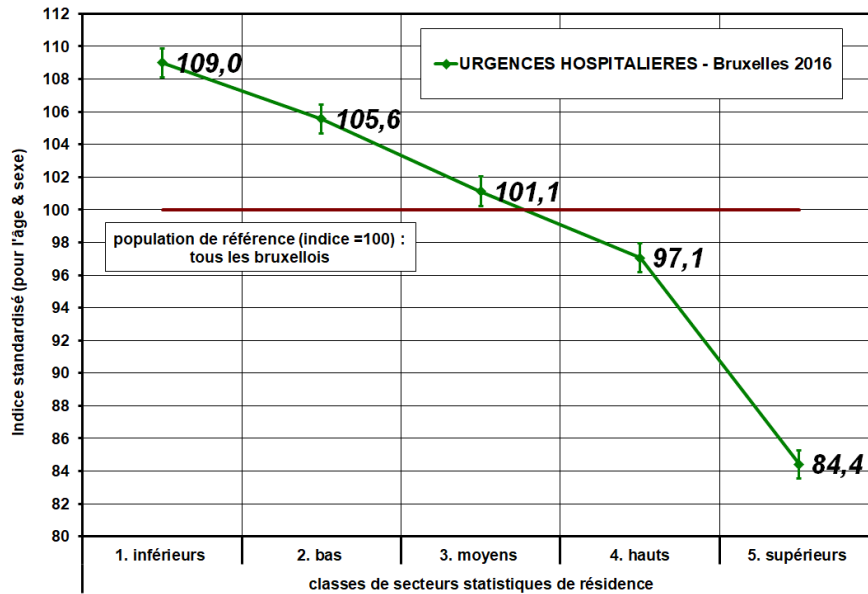
source: données de l'Agence InterMutualiste

4.3 Opnames in de diensten pediatrie of neonatologie



source: données de l'Agence InterMutualiste

4.4 Bezoek aan de spoeddiensten van een ziekenhuis



source: données de l'Agence InterMutualiste

BIJLAGE IV : BEPERKINGEN VAN DE FISCALE DATA

Aangenomen wordt dat het mediane niveau van de belastinginkomsten dat op het niveau van een statistische sector wordt gerapporteerd, een goede benadering geeft van het sociaaleconomische niveau van degenen die er wonen. Maar de fiscale informatie zelf heeft een aantal beperkingen, die we hieronder bespreken.

1. Niet alle inkomsten binnen een statistische sector zijn noodzakelijkerwijs belastbaar: sommige inwoners, zoals Europese ambtenaren, diplomatiek personeel en/of NAVO-ambtenaren, zijn niet (volledig) onderworpen aan de personenbelasting (IPP). Gezien de concentratie van deze personen in bepaalde wijken en het feit dat hun inkomen over het algemeen boven het gemiddelde ligt, zou dit fenomeen kunnen leiden tot een waargenomen mediaan die lager is dan de werkelijke mediaan van deze statistische sector, indien alle inkomens daadwerkelijk belastbaar zouden zijn.
2. Ook zijn sommige personen, vanwege hun beroepsstatus, niet verplicht zich in te schrijven in hun gemeente van verblijf. Aangezien het beroepsprofiel van deze personen vergelijkbaar is met dat van punt 1, zal een concentratie van dit soort personen in sommige statistische sectoren waarschijnlijk leiden tot een onderschatting van de werkelijke mediaan van de statistische sector in kwestie.
3. Omgekeerd zal elke persoon die wegens onvoldoende belastbaar inkomen van personenbelasting is vrijgesteld, tot een belastbaar inkomen van nul leiden en niet in de statistieken worden opgenomen, wat kan leiden tot een overschatting van de mediaan van de statistische sector in kwestie.
4. 'Daklozen' hebben per definitie geen officieel adres. Een statistische sector geconfronteerd met een hoge concentratie van 'daklozen' zal waarschijnlijk geconfronteerd worden met een overschatting van de mediaan van zijn belastinginkomsten.

Tot slot worden door de huidige fiscale bepalingen de inkomsten uit kapitaal onderschat:

- a. De laatste perequatie van het kadastraal inkomen (KI) werd uitgevoerd in 1975, wat leidt tot een onderschatting van het reële inkomen van grote eigenaars die hun eigendommen aan particulieren verhuren, aangezien dit KI verondersteld wordt het bruto-inkomen te weerspiegelen dat door de jaarlijkse huur van het onroerend goed in kwestie wordt gegenereerd.
- b. Het (bijna absolute) liberatoir karakter van de roerende voorheffing, dat nog steeds gebaseerd is op de wet Cooremans - De Clercq uit 1982. Dit terwijl de huidige Europese regels het mogelijk maken deze inkomsten te integreren in de totale belastbare massa.
- c. Het niet belasten van de meerwaarde op de verkoop van aandelen en obligaties.
- d. De eenmalige liberatoire taxatie op levensverzekeringen, pensioenverzekeringen en groepsverzekeringsproducten indien deze in de vorm van kapitaal worden uitbetaald.

Gezien de concentratie van inkomsten uit roerende en onroerende goederen binnen de bejaarde bevolking en in bepaalde sociaal-professionele categorieën (zelfstandigen, vrije beroepen), zullen de statistische sectoren met een oververtegenwoordiging van inwoners met een dergelijk profiel een officieel mediaan inkomen opleveren dat de reële rijkdom van de bevolking onderschat.

Bij de interpretatie van de resultaten moet rekening worden gehouden met deze methodologische beperkingen, die inherent zijn aan de gebruikte fiscale gegevens. Vooral voor Brussel komen de punten 1 tot en met 4 veel vaker voor dan in andere gewesten en wegen ze zwaarder door omwille van de bevolkingsgrootte van het Gewest.