

Onderzoek & Ontwikkeling

Didier Willaert
December 2019

Sociale ongelijkheden in gezondheid bij kinderen en jongeren

Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten
Sint-Jansstraat 32-38, 1000 Brussel

www.socmut.be/studies



**Socialistische
Mutualiteiten**

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	3
Studie	
1. Context	8
2. Data en methoden	9
3. Ongelijkheden bij kinderen en jongeren naar voorkeurtarief	11
4. Ongelijkheden bij kinderen en jongeren naar huishoudenstype	20
5. Ongelijkheden bij kinderen en jongeren naar nationaliteit (van origine)	24
6. Ongelijkheden bij kinderen en jongeren naar werkstatus van de ouders	27
7. Aanbevelingen	30
Appendix	32

SAMENVATTING

Deze studie bekijkt de sociale ongelijkheden op vlak van een aantal indicatoren van gezondheidsstatus en het gebruik van gezondheidszorg (bezoeken aan een verstrekker, een opname in een ziekenhuis, het nemen van bepaalde medicatie, het krijgen van een specifieke behandeling) bij kinderen en jongeren van 0 tot en met 17 jaar (enkel bij leden van de Socialistische Mutualiteiten).

Daarbij wordt een opdeling gemaakt naargelang de kinderen/jongeren deel uitmaken van een huishouden dat al dan niet verhoogde tegemoetkoming geniet (een *proxy* om armere van rijkere gezinnen onderscheiden, en dus een goede maat voor *socio-economische status*). Aanvullend worden de verschillen bij drie socio-demografische kenmerken (huishoudentype, nationaliteit van origine en werkstatus van de ouders) bekeken.

Opdeling naar voorkeurregeling

Bijna een derde van de kinderen en jongeren in de selectie geniet verhoogde tegemoetkoming, en groeit dus op in huishoudens met een lager inkomen dan gemiddeld. Er zijn opvallende regionale verschillen: in Vlaanderen heeft iets minder dan één op de vier verhoogde tegemoetkoming, in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is dat bijna zes op de tien.

Sociale ongelijkheden in gezondheid komen al tot uiting op jonge leeftijd. Uit onze analyse blijkt dat kinderen in armere huishoudens (met verhoogde tegemoetkoming) over het algemeen iets slechter scoren op de verschillende indicatoren dan kinderen in rijkere huishoudens (zonder verhoogde tegemoetkoming) (zie tabel A hieronder). Zo nemen kinderen met verhoogde tegemoetkoming (VT) opvallend meer antidepressiva of antipsychotica dan kinderen zonder VT, brengen ze vaker een bezoek aan de spoeddienst, en worden ze frequenter opgenomen in een (psychiatrisch) ziekenhuis. Op vlak van mentale gezondheid (nemen van antidepressiva/antipsychotica, opname in psychiatrisch ziekenhuis, en in mindere mate contact met een psychiater) zijn de verschillen het grootst.

Een ongeveer even groot deel heeft tijdens het referentiejaar minstens één keer een huisarts geconsulteerd. Kinderen met VT zijn wel meer dan dubbel zo veel ingeschreven bij een huisarts in een *wijkgezondheidscentrum* dan diegenen zonder VT.

Er zijn drie indicatoren met betrekking tot het gebruik van gezondheidszorg die afwijken van het algemene patroon: preventieve tandzorg, een orthodontiebehandeling en contacten met de pediater gebeuren minder frequent bij kinderen en jongeren met VT. Ook twee van de drie indicatoren van gezondheidsstatus hebben een afwijkend patroon: het aandeel kinderen en jongeren dat het statuut heeft van chronische aandoening ligt iets minder hoog bij gezinnen met VT dan bij gezinnen zonder VT, en er zijn geen significante verschillen tussen kinderen/jongeren met en zonder VT wat het nemen van medicatie tegen astma betreft.

Een opdeling van de indicatoren per gewest afzonderlijk toont aan dat de verschillen tussen kinderen zonder en met VT vastgesteld op nationaal niveau grotendeels overeind blijven. Er zijn wel opvallende verschillen tussen de gewesten onderling wat grootteorde van de indicatoren betreft. Zo zijn er bijvoorbeeld meer contacten met een pediater of een spoeddienst van een ziekenhuis in het Waals en Brussels gewest dan in het Vlaams gewest, ligt het aandeel kinderen/jongeren dat minstens één keer per jaar een huisarts heeft geraadpleegd opvallend laag in het Brussels gewest (inschrijvingen bij een huisarts in een wijkgezondheidscentrum liggen er dan weer veel hoger), en liggen bezoeken aan de tandarts voor preventieve tandzorg duidelijk lager in het Waals en Brussels gewest.

Tabel A: Gezondheidstoestand en gebruik van zorg bij kinderen en jongeren (0-17 jaar) in 2017 naar voorkeurtarief, gestandaardiseerd cijfer per 100 leden (95%-betrouwbaarheidsinterval)

Indicator	Voorkeurtarief	
	Zonder verhoogde tegemoetkoming	Met verhoogde tegemoetkoming
Statuut chronisch zieke	1,68 (1,63-1,73)	1,52 (1,45-1,59)
Nemen van medicatie tegen astma**	2,39 (2,32-2,47)	2,43 (2,33-2,53)
Nemen van antidepressiva of antipsychotica**	0,58 (0,54-0,61)	0,83 (0,77-0,99)
Contact met huisarts	67,0 (66,7-67,3)	65,6 (65,2-66,1)
Ingeschreven bij huisarts in wijkgezondheidscentrum	5,58 (5,49-5,66)	12,8 (12,6-12,9)
Contact met pediatr* [*]	53,0 (52,6-53,4)	45,3 (44,7-46,0)
Contact met psychiater**	3,19 (3,11-3,26)	3,40 (3,27-3,53)
Preventieve mondzorg**	39,9 (39,6-40,2)	25,7 (25,4-26,0)
Orthodontiebehandeling**	15,4 (15,2-15,5)	10,5 (10,3-10,7)
Opname in ziekenhuis	14,3 (14,2-14,5)	15,0 (14,8-15,2)
Bezoek aan spoeddienst	21,5 (21,4-21,7)	24,8 (24,6-25,1)
Opname in psychiatrisch ziekenhuis**	0,25 (0,23-0,28)	0,47 (0,42-0,52)

* enkel kinderen van 0 tot en met 5 jaar

** enkel kinderen van 6 tot en met 17 jaar

Dat jongeren met een lagere socio-economische status over het algemeen iets slechter scoren op de indicatoren van gezondheidsstatus en gezondheidszorggebruik sluit aan bij de resultaten van gelijkaardige studies voor de volledige populatie (alle leeftijden samen)¹. Het is wel opmerkelijk dat sociale ongelijkheden in gezondheid al duidelijk tot uiting komen op jonge leeftijd. Bijvoorbeeld in vergelijking met de indicatoren m.b.t. gezondheidsstatus en gebruik van gezondheidszorg bij de 20- tot 64-jarigen (tabel B) liggen de verschillen tussen personen met en zonder verhoogde tegemoetkoming meestal in dezelfde lijn, hoewel ze minder uitgesproken zijn. Dat laatste valt vooral op bij het statuut chronisch zieke en het gebruik van medicatie tegen astma en COPD, maar geldt evenzeer bij opnames in een (psychiatrisch) ziekenhuis, contacten met een psychiater, en bezoeken aan een spoeddienst.

¹ Zie bijvoorbeeld de studie van het InterMutualistisch Agentschap (<https://ima-aim.be/Persbericht-Belgen-nog-altijd-ongelijk-gezond-10-05-2019>).

Tabel B: Gezondheidstoestand en gebruik van zorg bij leden op actieve arbeidsleeftijd (20-64 jaar) in 2017 naar voorkeurtarief, gestandaardiseerd cijfer per 100 leden (95%-betrouwbaarheidsinterval)

Indicator	Voorkeurtarief	
	Zonder verhoogde tegemoetkoming	Met verhoogde tegemoetkoming
Statuut chronisch zieke	5,74 (5,68-5,80)	17,0 (16,8-17,2)
Nemen van medicatie tegen astma/COPD	3,94 (3,89-3,99)	6,58 (6,47-6,69)
Nemen van antidepressiva of antipsychotica	8,42 (8,35-8,49)	17,8 (17,6-18,0)
Contact met huisarts	77,3 (77,1-77,5)	77,9 (77,5-78,3)
Ingeschreven bij huisarts in wijkgezondheidscentrum	4,24 (4,19-4,28)	10,0 (9,9-10,1)
Contact met psychiater	2,47 (2,44-2,51)	6,76 (6,65-6,87)
Preventieve mondzorg	29,5 (29,4-29,6)	19,9 (19,7-20,1)
Opname in ziekenhuis	19,0 (18,9-19,1)	24,8 (24,6-25,0)
Bezoek aan spoeddienst	16,3 (16,2-16,4)	25,3 (25,1-25,6)
Opname in psychiatrisch ziekenhuis	0,60 (0,58-0,61)	3,53 (3,44-3,61)

Opdeling naar type huishouden

In deze opdeling maken we een onderscheid tussen huishoudens met kinderen met (1) twee titularissen (=gezin met twee werkende ouders), (2) één titularis en een partner ten laste van die titularis (=gezin met twee ouders waarvan er één niet werkt), en (3) één titularis zonder een partner ten laste (=éénoudergezin).

Twee opvallende vaststellingen uit de tabel met de verschillende indicatoren m.b.t. de gezondheidstoestand en het gezondheidszorggebruik van kinderen en jongeren naar het huishoudenstype waarin ze verblijven, zijn:

- Kinderen in een huishouden met één titularis en een partner ten laste nemen het minst medicatie tegen astma en antidepressiva/antipsychotica, en hebben het minst het statuut van chronisch zieke. Ook ligt hun gebruik van gezondheidszorg (contact met huisarts en psychiater, opname in (psychiatrisch) ziekenhuis en bezoek aan spoeddienst) veeleer op een lager niveau dan bij kinderen in éénoudergezinnen of in huishoudens met twee titularissen. Gezien kinderen in huishoudens met één titularis en een partner ten laste een lage socio-economische status hebben (60% van de jongeren in deze huishoudens geniet verhoogde tegemoetkoming) zijn deze lage cijfers verrassend. Het is onduidelijk of deze kinderen een lager zorggebruik hebben door een betere gezondheid of eerder hogere onvervulde zorgnoden (bepaalde medische onderzoeken en behandelingen worden uitgesteld wegens bijvoorbeeld te duur).
- Kinderen die opgroeien in een éénoudergezin hebben significant meer contact met een psychiater, worden vaker opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis en nemen frequenter antidepressiva of antipsychotica. Dit is een aanwijzing dat het ontbreken van de tweede ouder een nadelig effect heeft op het mentaal welbevinden van deze jongeren. De vraag is

in welke mate dit vooral het gevolg is van een lagere socio-economische status (maar één inkomen) of dat er nog belangrijke bijkomende (bijvoorbeeld psychologische) oorzaken zijn.

Opdeling naar nationaliteit van origine

Worden hier onderscheiden: (1) jongeren en kinderen met een Belgische nationaliteit van origine², (2) jongeren en kinderen met een westerse³ nationaliteit van origine, en (3) jongeren en kinderen met een niet-westerse nationaliteit van origine.

Kinderen en jongeren van niet-Belgische origine hebben voor alle indicatoren van gezondheidstoestand en gezondheidszorggebruik lagere gestandaardiseerde percentages dan kinderen en jongeren van Belgische origine. Daarbij zijn de verschillen tussen kinderen en jongeren van westerse origine en van niet-westerse origine eerder beperkt. Kinderen en jongeren met een niet-westerse nationaliteit van origine scoren wel significant beter op de drie indicatoren voor mentale gezondheid (ze slikken minder antidepressiva/antipsychotica, gaan minder naar de psychiater en hebben een lagere opnamegraad in een psychiatrisch ziekenhuis) dan kinderen en jongeren met een westerse nationaliteit van origine. We zien ook dat kinderen en jongeren van niet-westerse afkomst minder gebruik maken van preventieve tandzorg en minder orthodontiebehandelingen ondergaan dan kinderen en jongeren van westerse afkomst.

Net als bij de opdeling naar type huishouden is het onduidelijk in welke mate deze lage percentages een gevolg zijn van het uitstellen van medische behandelingen en contacten met verstrekkers wegens financiële redenen (hogere overvulde noden) dan wel een betere gezondheid.

Opvallend is dat bijna 15% van de kinderen van niet-westerse origine ingeschreven zijn bij een huisarts in een wijkgezondheidscentrum/medisch huis. Dat hangt samen met de oververtegenwoordiging van deze nationaliteitsgroep in het Brussels gewest en het grote aanbod van medische huizen in de hoofdstad.

Opdeling naar werkstatus van de ouders

Opnieuw wordt een onderscheid gemaakt tussen drie categorieën: (1) huishoudens (met kinderen) waar de ouder(s) in de loop van het referentiejaar steeds een inkomen uit arbeid hadden (i.e. geen enkele dag werkloosheid, arbeidsongeschiktheid of invaliditeit, en hadden geen recht op een leefloon), (2) minstens één ouder kreeg tenminste één dag (maar minder dan 300 dagen) een uitkering voor werkloosheid, arbeidsongeschiktheid of invaliditeit, en (3) de ouder(s) kregen tijdens het jaar minstens 300 dagen een vervangingsinkomen (ten gevolge van werkloosheid, arbeidsongeschiktheid of invaliditeit, of hadden een leefloon).

De duidelijke relatie van de werkstatus van de ouders met de socio-economische status van het huishouden waarin het kind opgroeit (bij gezinnen met twee volledige inkomens uit arbeid heeft maar 6% verhoogde tegemoetkoming terwijl dat bij gezinnen met enkel een vervangingsinkomen 85% is), weerspiegelt zich bij de indicatoren van gezondheidstoestand en zorggebruik in een uitgesproken gradiënt: kinderen en jongeren die opgroeien in een gezin met enkel een vervangingsinkomen scoren vrijwel steeds het slechtst op de indicatoren, terwijl kinderen en jongeren in gezinnen met één of twee volledige inkomens uit arbeid het best scoren (de enige twee uitzonderingen zijn het contact met een psychiater en het nemen van medicatie tegen astma). De verschillen tussen deze twee uiterste categorieën zijn het grootst bij het nemen van antidepressiva of antipsychotica, opnames in een psychiatrisch ziekenhuis, en inschrijvingen bij een huisarts in een wijkgezondheidscentrum.

² We houden rekening met de oudst gekende (2001 of recenter) nationaliteit van het kind en zijn/haar ouder(s). Is één van deze nationaliteiten niet-Belgisch, dan is het kind van niet-Belgische origine.

³ Nationaliteit van een Europees land (excl. België), of van de V.S., Canada, Japan, Australië of Nieuw-Zeeland.

BEPERKINGEN VAN DE DATA

- Geen ideale rechtstreekse maat van socio-economische status aanwezig in de gebruikte databank (enkel onderscheid tussen al dan niet genieten van verhoogde tegemoetkoming; geen inkomen(categorieën) of onderwijsniveau beschikbaar).
- Het al dan niet toekennen van het statuut van verhoogde tegemoetkoming steunt grotendeels op de officiële aangegeven fiscale inkomens uit arbeid en/of vervangingsinkomens en op het kadastraal inkomen. Dit is een onderschatting van het totale vermogen van de rechthebbenden.
- Bepalen van nationaliteit van origine heeft een aantal beperkingen (nationaliteit bij de geboorte is niet gekend waardoor er een onderschatting is van het aantal personen van niet-Belgische origine; ook kan er door het ontbreken van het geboorteland geen onderscheid worden gemaakt tussen migranten van de eerste generatie en de tweede generatie).
- Selectie van de ouders (titularissen): vermits er geen of maar een beperkte informatie is over afstamming of verwantschap binnen huishoudens is er geen 100% zekerheid dat het over de biologische ouders gaat.
- Deze studie maakt enkel gebruik van data over de leden van de Socialistische Mutualiteiten (marktaandeel bedraagt iets minder dan 30%). De resultaten kunnen daarom niet zomaar worden veralgemeend naar het nationale niveau. In vergelijking met andere ziekenfondsen genieten ook significant meer leden van de Socialistische Mutualiteiten verhoogde tegemoetkoming. Dat geldt vooral in het kinderrijke en arme Brussels gewest.

STUDIE

1. CONTEXT

1.1. Sociale ongelijkheden in gezondheid

Het bestaan van sociale ongelijkheden in gezondheid werd reeds in veelvuldige studies en in heel wat landen aangetoond⁴. Deze ongelijkheden tussen individuen of groepen van individuen manifesteren zich zeer duidelijk naargelang variabelen die de “socio-economische status” (SES) van de bevolking meten (inkomen, opleidingsniveau, beroep). Personen met een hoge SES (een hoog opleidingsniveau, een hoge beroepsstatus, een hoog inkomen) hebben over het algemeen een betere gezondheid dan personen met een lage SES (een laag opleidingsniveau, een lage beroepsstatus, een laag inkomen). Zo vindt 88,7% van de Belgen behorende tot het hoogste inkomenskwintiel⁵ dat ze in goede tot zeer goede gezondheid verkeren, terwijl dat maar 61,1% is bij Belgen in het laagste inkomenskwintiel (situatie in 2017⁷). Als gevolg van die betere gezondheid leven mensen met een hoge SES opmerkelijk langer (in goede gezondheid) dan diegenen met een lage SES. Bijvoorbeeld mannen en vrouwen in België met het hoogste opleidingsniveau hebben een levensverwachting zonder beperkingen die respectievelijk 10,5 en 13,4 jaar hoger ligt dan mannen en vrouwen met het laagste opleidingsniveau⁸.

Het terugdringen van gezondheidsongelijkheden is sinds geruime tijd een belangrijke prioriteit voor overheden. Zo keurden de lidstaten verbonden aan het Europees Regionaal Bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) reeds in de jaren '80 van de vorige eeuw 38 doelstellingen goed om de gezondheidsverschillen tussen de socio-economische groepen te verminderen⁹. Ook in België zijn er verschillende initiatieven om de sociale ongelijkheden op vlak van gezondheid terug te dringen. Bijvoorbeeld in de “Ethische code voor de sector gezondheidsbevordering en ziektepreventie in Vlaanderen”, opgesteld door het Vlaams Instituut Gezond Leven, wordt gestreefd naar interventies die bijdragen tot het verkleinen van de gezondheidsongelijkheid¹⁰. De Socialistische Mutualiteiten schuiven in haar memorandum¹¹ zelfs een ambitieuze doelstelling naar voren: het halveren van de gezondheidsongelijkheid op middellange termijn.

1.2. Sociale ongelijkheden in toegang tot gezondheidszorg in België

In de Europese Unie scoort België ondermaats op vlak van gelijke toegang tot de gezondheidszorg. Zo ligt het percentage “onvervulde noden”¹² in de medische zorg bij Belgische volwassenen in het laagste inkomenskwintiel sinds 2012 hoger dan het Europees gemiddelde (bijna 8% “onvervulde noden” bij deze groep in België in 2016). Daarenboven nam het verschil tussen het laagste en het

⁴ Voor een overzicht, zie bijvoorbeeld Feinstein, J.S. (1993), The relationship between socioeconomic status and health: A review of the literature. *The Milbank Quarterly*, 71:279-94, en European Union (2013), Health inequalities in the EU - Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot.

⁵ Het hoogste inkomenskwintiel bevat de 20% rijkste inwoners.

⁶ Het laagste inkomenskwintiel bevat de 20% armste inwoners.

⁷ Bron: <https://stats.oecd.org/>

⁸ Bron: <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/ongelijkheden-in-gezondheid>

⁹ WHO (1985), *Formulating strategies for health for all by the year 2000: Guiding principles and essential issues*. Geneva: World Health Organization

¹⁰ <https://www.gezondleven.be/gezondheidsongelijkheid>

¹¹ <https://corporate.devoorzorg-bondmoyson.be/memorandum/>

¹² “Onvervulde noden” gemeten via volgende vraag: “Was er tijdens de afgelopen 12 maanden een moment waarop u een medisch onderzoek of behandeling wenste, maar dat u dat niet hebt gekregen (wegens te duur, te ver of wachtlijst)?”.

hoogste inkomenskintiel tussen 2010 en 2016 in België toe (naar meer dan 7 procentpunt), terwijl er op Europees niveau een licht dalende trend was (naar iets minder dan 4 procentpunt)¹³.

Een even slechte prestatie voor België zien we bij gezinnen met kinderen. Volgens de EU-SILC-enquête van 2017¹⁴, ligt het percentage “onvervulde noden” op vlak van medische onderzoeken en behandelingen bij arme¹⁵ gezinnen met kinderen in België met 7,8% het hoogst van alle Europese landen (gemiddelde voor de EU28 bedraagt 2,8%). Ook de kloof met de rijkere¹⁶ inkomensgroep (1,4% onvervulde noden) is in geen enkel ander land van de EU zo groot. Op vlak van tandzorg stijgt het percentage onvervulde noden bij arme gezinnen met kinderen zelfs naar 26,6% (gemiddelde voor de EU28 is 7,8%).

Buffel & Nicaise (2018)¹³ halen in hun rapport vier socio-demografische kenmerken aan waarbij er een grote ongelijkheid bestaat op vlak van toegang tot de gezondheidszorg: (1) onderwijsniveau, (2) huishoudenssamenstelling, (3) positie op de arbeidsmarkt en (4) migratieachtergrond. De hoogste percentages “onvervulde noden” komen daarbij voor bij lageropgeleiden, éénoudergezinnen, werklozen en inactieven, en niet-Europese migranten.

1.3. Onderzoeksvraag

In deze studie bekijken we de sociale ongelijkheden op vlak van gezondheidsstatus en het gebruik van gezondheidszorg (bezoeken aan een verstrekker, een opname in een ziekenhuis, het nemen van bepaalde medicatie, het krijgen van een specifieke behandeling) bij **kinderen en jongeren** van 0 tot en met 17 jaar.

We maken een opdeling naargelang de jongeren deel uitmaken van een huishouden dat al dan niet **verhoogde tegemoetkoming** geniet (een *proxy* om armere van rijkere gezinnen onderscheiden, zie verder) en naargelang drie aanvullende socio-demografische kenmerken die door Buffel & Nicaise (2018) worden aangehaald (we hebben geen gegevens over onderwijsniveau): **huishoudentype**, **nationaliteit (van origine)** en **werkstatus (van de ouders)**.

We beperken ons bij deze studie tot algemene beschrijvende analyses, die als een vertrekpunt kunnen dienen voor bijkomend, meer gedetailleerd en meerdimensionaal, onderzoek.

2. DATA EN METHODEN

2.1. Selectie van de huishoudens

Alle gezinnen met kinderen (waarvan minstens één kind jonger is dan 18 jaar) aangesloten bij de Socialistische Mutualiteiten op 31 december 2017 worden geselecteerd. Bijkomend werd de selectie verfijnd door alleen volgende huishoudens te weerhouden:

- Monomutualistische gezinnen (gezinnen waarvan alle leden aangesloten zijn bij dezelfde mutualiteit). Bij intermutualistische gezinnen beschikken we namelijk niet over de gegevens van alle gezinsleden. Dit is met voorsprong de selectie waardoor een groot deel van de populatie verdwijnt: iets meer dan 13% van de leden van de Socialistische Mutualiteiten woont namelijk in een intermutualistisch gezin.

¹³ Veerle Buffel & Ides Nicaise (2018), *ESPN Thematic Report on Inequalities In access to healthcare in Belgium*, European Social Policy Network (ESPN), European Commission - Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Brussels.

¹⁴ <https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/data/database>

¹⁵ Gezinnen met een totaal beschikbaar inkomen dat lager ligt dan 60% van het mediaaninkomen.

¹⁶ Gezinnen met een totaal beschikbaar inkomen dat hoger ligt dan 60% van het mediaaninkomen.

- Gezinnen wonend in België en niet vallend onder het statuut *internationale overeenkomsten*. Bij gezinnen gedomicilieerd in het buitenland of met het statuut internationale overeenkomsten is er immers een kans dat een deel van de gezondheidszorg in het buitenland is ‘geconsumeerd’ (en in dat geval niet zichtbaar is in onze data).
- Alle leden van het gezin op 1/1/2017 behoren ook op 1/1/2018 tot hetzelfde gezin. Daardoor is er geen effect van eventuele huishoudensveranderingen (bijvoorbeeld een echtscheiding of een sterfgeval) op de resultaten.
- Enkel gezinnen met ofwel één titularis (of gerechtigde), ofwel twee titularissen, ofwel één titularis en één partner ten laste. In het geval van twee titularissen moet het leeftijdsverschil tussen beiden maximaal 16 jaar zijn omdat anders de kans bestaat dat de ene titularis een kind is van de andere titularis (dat willen we voorkomen omdat we de titularissen als ouders van de kinderen ten laste beschouwen). Ook worden op deze manier “complexe” huishoudens (bijvoorbeeld met meerdere gezinskernen) genegeerd. Bij deze huishoudens is het namelijk niet altijd even duidelijk wie de tweede ouder (de ouder bij wie het kind niet ten laste staat) is.
- Huishoudens met één of meerdere personen die recht hebben op een toelage voor mindervaliden of kinderen met een handicap met verhoogde kinderbijslag worden niet in beschouwing genomen. We willen namelijk dat de proxy voor socio-economische status (recht op verhoogde tegemoetkoming, zie verder) zo veel mogelijk wordt bepaald door het inkomensniveau van het gezin, en niet door de fysieke gezondheidstoestand van één of meerdere gezinsleden.
- Gezinnen waarbij minstens 1 titularis gepensioneerd is op 31/12/2017 worden genegeerd. We selecteren enkel gezinnen waarbij elke titularis op beroepsactieve leeftijd is (i.e. nog niet het statuut van gepensioneerde heeft), om aldus het effect van het lagere pensioeninkomen op de resultaten te beperken.

Bij de tabellen met de gezondheidstoestand en het gezondheidszorggebruik van personen van 20 tot en met 64 jaar, en 65 jaar of ouder (tabellen 9 en 10) selecteren we alle huishoudens (dus niet alleen deze met kinderen). Bij de tabel van de 65-plussers valt uiteraard de laatste voorwaarde (niet gepensioneerd zijn) weg, en beperken we ons bijkomend tot personen die niet in een rusthuis of een centrum voor dagverzorging (ROB/RVT/CDV) verblijven (omdat deze groep een specifiek profiel heeft wat betreft gezondheidsstatus en gebruik van gezondheidszorg)¹⁷.

2.2. Indicatoren

De hier gebruikte gezondheidsindicatoren zijn grotendeels overgenomen uit gelijkaardige studies naar sociale (gezondheids)ongelijkheden van *Solidaris*¹⁸ en het *InterMutualistisch Agentschap (IMA)*¹⁹. Twee specifieke indicatoren m.b.t. kinderen en jongeren werden toegevoegd (orthodontische behandeling en contact met een pediater).

Het grote verschil met deze studies is dat we de inkomensverschillen rechtstreeks en individueel meten via het voorkeurtarief (het al dan niet genieten van verhoogde tegemoetkoming) in plaats van onrechtstreeks via het mediane inkomen van de statistische sector (wijk) waarin de rechthebbende woont, en dat we ons focussen op jongeren. Het nadeel is wel dat we maar twee categorieën van socio-economische status (al dan niet verhoogde tegemoetkoming) onderscheiden. Ook berekenen we de indicatoren voor drie socio-demografische variabelen (huishoudenstype, nationaliteit van origine en werkstatus van de ouders) die een bijkomend interessant beeld vormen van de sociale ongelijkheden in gezondheid bij kinderen en jongeren.

¹⁷ De groep van personen die in een rusthuis of een centrum voor dagverzorging verblijven, maakt ongeveer 7,5% van de 65-plussers in onze selectie uit.

¹⁸ <http://www.solidaris.be/BW/Pages/etude-inegalites-sociales.aspx>

¹⁹ <https://ima-aim.be/Persbericht-Belgen-nog-altijd-ongelijk-gezond-10-05-2019>

De indicatoren worden berekend op basis van de administratieve gegevens en facturatiegegevens van de leden waarover de Socialistische Mutualiteiten – in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV) – beschikken, en dat voor prestatiejaar 2017 (behalve bij preventieve tandzorg waar zowel naar prestatiejaar 2015, 2016 als 2017 wordt gekeken). De indicatoren kunnen onderverdeeld worden in vier groepen:

- Indicatoren met betrekking tot de gezondheidstoestand of *morbiditeit* (statuut chronische aandoening, het gebruik van antidepressiva/antipsychotica, het gebruik van medicatie tegen astma).
- Indicatoren met betrekking tot contacten in de eerstelijns- (bezoek aan een huisarts, ingeschreven in een *wijkgezondheidscentrum/medisch huis*²⁰) en tweedelijnszorg (pediater, psychiater).
- Bezoek aan tandarts (preventieve mondzorg, orthodontiebehandeling).
- Indicatoren met betrekking tot het gebruik van ziekenhuisinfrastructuur (opname in een algemeen ziekenhuis²¹, gebruik van de spoeddienst van een ziekenhuis, opname in een psychiatrisch ziekenhuis²²).

Zie de appendix voor meer details betreffende de indicatoren (gebruikte nomenclatuurcodes of ATC-codes in geval van medicatie).

De indicatoren worden (via de directe methode) gestandaardiseerd naar leeftijdsgroep (6-jaarlijkse leeftijdsgroepen bij de 0- tot 17-jarigen, 5-jaarlijkse leeftijdsgroepen bij de tabellen van 20- tot 64-jarigen en 65-plussers), geslacht en woonplaats (gewest). De standaardbevolking die hierbij wordt gebruikt is de totale bevolking in België (naar leeftijdsgroep, geslacht en gewest) op 1/7/2017 (gemiddelde van de bevolking op 1/1/2017 en 1/1/2018). Via de directe standaardisatie wordt rekening gehouden met verschillen wat betreft de socio-demografische variabelen (voorkeurtarief, type huishouden, nationaliteit van origine of werkstatus van de ouders) naargelang de leeftijdsgroep, geslacht en woonplaats van de geselecteerde personen (cf. tabellen 1 en 2). De gestandaardiseerde cijfers (*rates* in het Engels) worden telkens uitgedrukt per 100 leden.

De basisvariabelen in de analyses (leeftijd, geslacht, woonplaats en voorkeurregeling) worden gemeten op 31 december 2017.

3. ONGELIJKHEDEN BIJ KINDEREN EN JONGEREN NAAR VOORKEURTARIEF

We gebruiken in deze studie het al dan niet hebben van verhoogde tegemoetkoming (VT) als een maat voor de socio-economische status (SES). Recht hebben op VT is immers een goede (maar geen ideale²³) proxy voor huishoudens met een laag inkomen en dus een hoger armoederisico (zie bijvoorbeeld Guio & Carpentier, 2011²⁴).

Personen met recht op VT krijgen een hogere terugbetaling van de kosten voor gezondheidszorg. Dit recht kan op drie mogelijke manieren worden verkregen:

- (1) Een specifieke sociale uitkering ontvangen (leefloon, inkomensgarantie voor ouderen, tegemoetkoming voor personen met een handicap, toeslag voor een kind met een erkende handicap van minstens 66%). Het ziekenfonds kent de VT dan automatisch toe.

²⁰ We weten enkel of iemand is ingeschreven bij een huisarts in een wijkgezondheidscentrum of medisch huis, niet hoeveel contacten die persoon heeft (kan ook geen enkel contact zijn tijdens het referentiejaar).

²¹ Met uitzondering van opnames in (neuro-)psychiatrische diensten (diensten K, A of T).

²² Inclusief opnames in (neuro-)psychiatrische diensten in algemene ziekenhuizen.

²³ Bijvoorbeeld omdat het grensbedrag niet alle potentiële inkomens integreert (liberatoir karakter intresten en dividenden uit beleggingen, éénmalig belastbare groeps- en levensverzekeringen, en onderschatting huurinkomsten door een verouderd kadastraal inkomen).

²⁴ Guio, A.-C. & S. Carpentier (2011), Bestaansonzekerheid: de verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering als indicator, *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 53(2).

- (2) Bij het ziekenfonds zijn ingeschreven als niet-begeleide minderjarige vreemdeling of als weeskind (jonger dan 25 jaar). Hier wordt de VT eveneens automatisch toegekend.
- (3) Een inkomen hebben dat lager ligt dan een grensbedrag (in tegenstelling tot de eerste twee voorwaarden gebeurt de toekenning hier niet automatisch, maar enkel na aanvraag door de rechthebbende en een inkomensonderzoek door het ziekenfonds).

De verhoogde tegemoetkoming wordt toegekend aan de rechthebbende, de samenwonende partner en aan hun personen ten laste voor manieren 1 en 2. Voor manier 3 wordt de VT toegekend aan de titularis van de aanvrager (mogelijks maar niet noodzakelijk de aanvrager zelf), de samenwonende partner, en aan hun personen ten laste.

Omdat we willen dat de gebruikte proxy voor SES zo veel mogelijk wordt bepaald door het inkomensniveau van het gezin, en niet door bijvoorbeeld de fysieke gezondheidstoestand van een lid, houden we geen rekening met manier 2 en beperken de sociale uitkeringen (manier 1) tot een leefloon van het OCMW en de inkomensgarantie voor ouderen (deze laatste is enkel van toepassing bij de tabel met betrekking tot de gezondheidstoestand en gezondheidszorggebruik van 65-plussers).

Het aandeel leden van de Socialistische Mutualiteiten met verhoogde tegemoetkoming bedraagt 27 procent (alle leden, zonder bijkomende selectie zoals in deze studie). Dat aandeel ligt significant hoger dan bij de vergelijkbare verzekeringsinstellingen (15% bij de Christelijke Mutualiteiten en 13% bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen)²⁵.

3.1. Verdeling van voorkeurtarief naar leeftijdsgroep en woonplaats

Bijna een derde (31,5%) van de kinderen en jongeren in de selectie geniet verhoogde tegemoetkoming (tabel 1), en groeit dus op in huishoudens met een lager inkomen dan gemiddeld. Het percentage met VT neemt licht toe met de leeftijd, maar verschilt niet naargelang het geslacht van het kind (niet weergegeven in tabel 1).

Tabel 1: Aantal (+ kolompercentages) kinderen naar voorkeurtarief en leeftijdsgroep, 2017

Voorkeurtarief	Kind 0-5 jaar	Kind 6-11 jaar	Kind 12-17 jaar	Totaal
Zonder verhoogde tegemoetkoming	110.220 (69,0%)	119.632 (68,4%)	98.218 (68,1%)	328.070 (68,5%)
Met verhoogde tegemoetkoming	49.515 (31,0%)	55.274 (31,6%)	45.994 (31,9%)	150.783 (31,5%)
TOTAAL	159.735 (100%)	174.906 (100%)	144.212 (100%)	478.853 (100%)

Er zijn opvallende regionale verschillen: in Vlaanderen heeft bijna een kwart van de kinderen en jongeren verhoogde tegemoetkoming; in Wallonië is dat bijna 30 procent (tabel 2). In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ligt het aandeel met VT veel hoger (57%).

Merk op dat er bij leden van de Socialistische Mutualiteiten in vergelijking met andere mutualiteiten een oververtegenwoordiging is van personen met verhoogde tegemoetkoming (zie ook hierboven). Zo geniet 57% van alle leden (i.e. alle leeftijden samen) van de Socialistische Mutualiteiten in het Brussels gewest verhoogde tegemoetkoming, tegenover 41% bij alle

²⁵ Bron: RIZIV (statistieken over personen aangesloten bij een ziekenfonds - <https://ondpanon.riziv.fgov.be/analytics/Portal/main.do>).

mutualiteiten samen. In Vlaanderen is dat 26% bij leden van de Socialistische Mutualiteiten en 16% bij leden van alle mutualiteiten samen; in Wallonië gaat het om respectievelijk 32% en 23%²⁶.

Tabel 2: Aantal (+ kolompercentages) kinderen naar voorkeurtarief en woonplaats (gewest), 2017

Voorkeurtarief	Vlaanderen	Wallonië	Brussels gewest	Totaal
Zonder verhoogde tegemoetkoming	162.493 (75,6%)	134.777 (70,3%)	30.800 (42,7%)	326.253 (68,5%)
Met verhoogde tegemoetkoming	52.441 (24,4%)	56.994 (29,7%)	41.348 (57,3%)	150.126 (31,5%)
TOTAAL	214.934 (100%)	191.771 (100%)	72.148 (100%)	478.853 (100%)

3.2. Gezondheidstoestand en gebruik van gezondheidszorg naar voorkeurtarief

Tabel 3 geeft de gestandaardiseerde cijfers per 100 leden van de verschillende indicatoren naar voorkeurtarief (zie de appendix voor meer uitleg bij de indicatoren). Hieruit blijkt dat kinderen in armere huishoudens (met verhoogde tegemoetkoming) over het algemeen iets slechter scoren op de verschillende indicatoren dan kinderen in rijkere huishoudens (zonder verhoogde tegemoetkoming). Zo nemen kinderen met VT opvallend meer antidepressiva of antipsychotica dan kinderen zonder VT, brengen ze vaker een bezoek aan de spoeddienst, en worden ze frequenter opgenomen in een (psychiatrisch) ziekenhuis. Op vlak van mentale gezondheid (nemen van antidepressiva/antipsychotica, opname in psychiatrisch ziekenhuis, en in mindere mate contact met een psychiater) zijn de verschillen het grootst.

Een ongeveer even groot deel (twee op de drie) heeft tijdens het referentiejaar minstens één keer een huisarts geconsulteerd. Kinderen met VT zijn wel meer dan dubbel zo veel ingeschreven bij een huisarts in een *wijkgezondheidscentrum*²⁷ (*medisch huis* in het Brussels en Waals gewest) dan diegenen zonder VT. Dat hangt deels samen met het feit dat wijkgezondheidscentra vooral in de grotere steden zijn gelegen, en er een oververtegenwoordiging van personen met VT is in die steden. Tellen we het aandeel van de kinderen met minstens één contact bij de huisarts en het aandeel kinderen die minstens op één moment ingeschreven waren in een wijkgezondheidscentrum samen, dan komen we uit op respectievelijk 72,6% en 78,4% bij kinderen zonder en met VT. Kinderen met VT hebben wel significant minder contact met een pediater (45% heeft minstens één consultatie tijdens het jaar vs. 53% bij kinderen zonder VT) (zie ook hieronder).

Er zijn drie indicatoren met betrekking tot het gebruik van gezondheidszorg die afwijken van het algemene patroon: contacten met de tandarts (preventieve tandzorg, orthodontiebehandeling) en de pediater gebeuren minder frequent bij kinderen en jongeren met verhoogde tegemoetkoming.

- (1) Orthodontiebehandelingen hebben een hoge kostprijs (gemiddeld tussen de 2.000 en 3.000 euro) en worden maar zeer beperkt terugbetaald door de ziekteverzekering. Deze kostprijs kan een struikelblok zijn voor armere gezinnen. We zien alleszins dat orthodontiebehandelingen significant minder plaats vinden bij jongeren met verhoogde tegemoetkoming (10% vs. 15% bij jongeren zonder verhoogde tegemoetkoming).
- (2) Bij bezoeken aan een pediater zal het financieel aspect veel minder een rol spelen omdat het remgeld (het door de patiënt te betalen bedrag) bij personen met VT maar iets hoger ligt bij een bezoek aan een specialist dan bij een bezoek aan een huisarts (3 vs. 1 tot 1,5

²⁶ Bron: RIZIV (statistieken over personen aangesloten bij een ziekenfonds).

²⁷ We hebben geen informatie over het aantal contacten met de huisarts in wijkgezondheidscentra, enkel over het al dan niet ingeschreven zijn.

euro²⁸). Dat gezinnen met VT minder vaak een pediater raadplegen kan bijvoorbeeld ook te maken hebben met de drempel om naar een specialist te gaan of met het feit dat de gezinnen met VT voor die zorg meer aankloppen bij de wijkgezondheidscentra (of zelfs bij spoeddiensten van ziekenhuizen).

- (3) Kinderen en jongeren met verhoogde tegemoetkoming ondergaan veel minder preventieve mondonderzoeken, hoewel deze tot de leeftijd van 18 jaar één keer per semester volledig terugbetaald worden.

Ook twee van de drie indicatoren van gezondheidsstatus hebben een afwijkend patroon:

- (1) Het aandeel kinderen en jongeren dat het statuut heeft van chronische aandoening²⁹ ligt iets minder hoog bij gezinnen met VT dan bij gezinnen zonder VT. Dat kan deels worden verklaard door de lagere cijfers bij jongeren en kinderen van vooral niet-Europese origine (zie verder).
- (2) Wat het nemen van medicatie tegen astma betreft³⁰ zijn er geen significante verschillen tussen kinderen/jongeren met en zonder VT.

Tabel 3: Gezondheidstoestand en gebruik van zorg bij kinderen en jongeren (0-17 jaar) in 2017 naar voorkeurtarief, gestandaardiseerd cijfer per 100 leden (95%-betrouwbaarheidsinterval)

Indicator	Voorkeurtarief	
	Zonder verhoogde tegemoetkoming	Met verhoogde tegemoetkoming
Statuut chronisch zieke	1,68 (1,63-1,73)	1,52 (1,45-1,59)
Nemen van medicatie tegen astma**	2,39 (2,32-2,47)	2,43 (2,33-2,53)
Nemen van antidepressiva of antipsychotica**	0,58 (0,54-0,61)	0,83 (0,77-0,99)
Contact met huisarts	67,0 (66,7-67,3)	65,6 (65,2-66,1)
Ingeschreven bij huisarts in wijkgezondheidscentrum	5,58 (5,49-5,66)	12,8 (12,6-12,9)
Contact met pediater*	53,0 (52,6-53,4)	45,3 (44,7-46,0)
Contact met psychiater**	3,19 (3,11-3,26)	3,40 (3,27-3,53)
Preventieve mondzorg**	39,9 (39,6-40,2)	25,7 (25,4-26,0)
Orthodontiebehandeling**	15,4 (15,2-15,5)	10,5 (10,3-10,7)
Opname in ziekenhuis	14,3 (14,2-14,5)	15,0 (14,8-15,2)
Bezoek aan spoeddienst	21,5 (21,4-21,7)	24,8 (24,6-25,1)
Opname in psychiatrisch ziekenhuis**	0,25 (0,23-0,28)	0,47 (0,42-0,52)

* enkel kinderen van 0 tot en met 5 jaar

** enkel kinderen van 6 tot en met 17 jaar

²⁸ Bij niet-geconventioneerde verstreckers kan daar wel nog een supplement bijkomen.

²⁹ Het statuut chronische aandoening wordt toegekend op basis van een financieel criterium (minstens 300 euro (geïndexeerd) aan uitgaven voor geneeskundige verzorging gedurende 8 opeenvolgende kwartalen, waarbij de 8 kwartalen 2 kalenderjaren vormen), indien het lid van het forfait voor chronisch zieken geniet, of indien het lid aan een zeldzame ziekte of weesziekte lijdt.

³⁰ Bij het nemen van medicatie tegen astma wordt de leeftijdsgroep 0-5 jaar uitgesloten, om het effect van puffers bij peuters en kleuters uit te sluiten.

3.3. Gezondheidstoestand en gebruik van gezondheidszorg van kinderen naar voorkeurtarief en gewest

In tabellen 4, 5 en 6 worden de gestandaardiseerde cijfers van de verschillende indicatoren weergegeven voor de drie gewesten afzonderlijk. Over het algemeen blijven de globale patronen vastgesteld in tabel 3 (cijfers op nationaal niveau) bestaan. Toch zijn er een aantal opvallende verschillen:

- Contacten met een pediater of de spoeddiensten van ziekenhuizen komen frequenter voor in het Waals en Brussels gewest dan in het Vlaams gewest. Deze contacten blijven wel consistent lager (pediater) of hoger (bezoek aan spoeddienst) bij kinderen met verhoogde tegemoetkoming dan bij kinderen zonder verhoogde tegemoetkoming.

Tabel 4: Gezondheidstoestand en gebruik van zorg bij kinderen en jongeren (0-17 jaar) in het Vlaams gewest in 2017 naar voorkeurtarief, gestandaardiseerd cijfer per 100 leden (95%-betrouwbaarheidsinterval)

Indicator	Voorkeurtarief	
	Zonder verhoogde tegemoetkoming	Met verhoogde tegemoetkoming
Statuut chronisch zieke	1,94 (1,87-2,01)	1,53 (1,43-1,64)
Nemen van medicatie tegen astma**	2,13 (2,04-2,22)	2,03 (1,88-2,18)
Nemen van antidepressiva of antipsychotica**	0,71 (0,66-0,77)	0,87 (0,77-0,97)
Contact met huisarts	70,9 (70,4-71,3)	68,6 (67,9-69,3)
Ingeschreven bij huisarts in wijkgezondheidscentrum	3,23 (3,15-3,32)	8,70 (8,45-8,96)
Contact met pediater*	49,5 (48,9-50,1)	42,2 (41,2-43,2)
Contact met psychiater**	4,07 (3,95-4,19)	3,84 (3,63-4,04)
Preventieve mondzorg**	46,8 (46,4-47,3)	27,6 (27,1-28,2)
Orthodontiebehandeling**	15,7 (15,5-16,0)	10,5 (10,2-10,9)
Opname in ziekenhuis	15,5 (15,3-15,7)	15,5 (15,2-15,8)
Bezoek aan spoeddienst	18,6 (18,4-18,8)	21,8 (21,4-22,2)
Opname in psychiatrisch ziekenhuis**	0,31 (0,28-0,34)	0,52 (0,45-0,60)

* enkel kinderen van 0 tot en met 5 jaar

** enkel kinderen van 6 tot en met 17 jaar

- Het aandeel kinderen en jongeren dat minstens één keer per jaar een huisarts heeft geraadpleegd ligt opvallend laag in het Brussels gewest (41-46%) in vergelijking met het Waals en Vlaams gewest (68-71%). Aansluitend bij de huisartsencontacten, ligt het aandeel kinderen en jongeren dat bij een huisarts is ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum/medisch huis wel met voorsprong het hoogst in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (20-29%). Maar als we de som maken van het aandeel kinderen met

minstens één huisartsencontact tijdens het jaar en het aandeel kinderen dat op minstens één moment is ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum/medisch huis, dan ligt dit totaal lager in Brussel (61-74%) dan in Vlaanderen en Wallonië (74-81%). Alleszins blijven er in elk van de drie gewesten duidelijke verschillen tussen kinderen met en zonder VT.

- Wat raadplegingen preventieve mondzorg betreft scoren kinderen en jongeren (met en zonder VT) wonend in het Waals en Brussels gewest opvallend lager dan hun Vlaamse leeftijdsgenoten.
- Twee van de drie indicatoren met betrekking tot mentale gezondheid (nemen van antidepressiva/antipsychotica en opname in een psychiatrisch ziekenhuis) tonen een afwijkend beeld. De cijfers liggen steeds het laagst bij kinderen wonend in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Bij deze kinderen is er ook geen verschil naargelang de voorkeurregeling, terwijl dat bij kinderen wonend in Vlaanderen en vooral in Wallonië wel duidelijk het geval is. Wat raadplegingen bij een psychiater betreft liggen de percentages het hoogst in Vlaanderen en zelfs nog iets hoger bij kinderen zonder VT dan bij kinderen met VT (dit laatste geldt ook in het Brussels gewest).

Tabel 5: Gezondheidstoestand en gebruik van zorg bij kinderen en jongeren (0-17 jaar) in het Waals gewest in 2017 naar voorkeurtarief, gestandaardiseerd cijfer per 100 leden (95%-betrouwbaarheidsinterval)

Indicator	Voorkeurtarief	
	Zonder verhoogde tegemoetkoming	Met verhoogde tegemoetkoming
Statuut chronisch zieke	1,59 (1,52-1,66)	1,76 (1,65-1,87)
Nemen van medicatie tegen astma**	2,84 (2,73-2,95)	3,04 (2,87-3,22)
Nemen van antidepressiva of antipsychotica**	0,48 (0,43-0,52)	0,99 (0,89-1,09)
Contact met huisarts	70,0 (69,6-70,5)	67,8 (67,1-68,4)
Ingeschreven bij huisarts in wijkgezondheidscentrum	4,27 (4,16-4,38)	13,6 (13,2-13,9)
Contact met pediater*	58,3 (57,5-59,0)	49,7 (48,7-50,7)
Contact met psychiater**	1,96 (1,87-2,05)	3,02 (2,85-3,19)
Preventieve mondzorg**	31,3 (31,0-31,7)	21,4 (20,9-21,8)
Orthodontiebehandeling**	15,6 (15,4-15,9)	10,3 (10,0-10,6)
Opname in ziekenhuis	13,4 (13,2-13,6)	15,4 (15,1-15,7)
Bezoek aan spoeddienst	23,8 (23,6-24,1)	28,0 (27,6-28,5)
Opname in psychiatrisch ziekenhuis**	0,19 (0,16-0,22)	0,49 (0,42-0,56)

* enkel kinderen van 0 tot en met 5 jaar

** enkel kinderen van 6 tot en met 17 jaar

- In het Brussels gewest hebben veel minder kinderen en jongeren het statuut van chronisch zieke. Vlaanderen is de enige regio waar het gestandaardiseerd percentage significant hoger ligt bij kinderen met VT dan bij kinderen zonder VT.
- Ook wat betreft ziekenhuisopnames zijn de gestandaardiseerde percentages opvallend lager in het Brussels gewest. Enkel in het Waals gewest is er een significant verschil tussen personen met en zonder VT.

Tabel 6: Gezondheidstoestand en gebruik van zorg bij kinderen en jongeren (0-17 jaar) in het Brussels gewest in 2017 naar voorkeurtarief, gestandaardiseerd cijfer per 100 leden (95%-betrouwbaarheidsinterval)

Indicator	Voorkeurtarief	
	Zonder verhoogde tegemoetkoming	Met verhoogde tegemoetkoming
Statuut chronisch zieke	0,66 (0,57-0,76)	0,70 (0,62-0,78)
Nemen van medicatie tegen astma**	2,25 (2,03-2,46)	2,57 (2,38-2,77)
Nemen van antidepressiva of antipsychotica**	0,18 (0,12-0,24)	0,20 (0,15-0,26)
Contact met huisarts	41,0 (40,3-41,7)	46,1 (45,4-46,7)
Ingeschreven bij huisarts in wijkgezondheidscentrum	20,0 (19,5-20,5)	29,4 (28,8-29,9)
Contact met pediater*	54,9 (53,5-56,2)	47,6 (46,5-48,7)
Contact met psychiater**	2,51 (2,28-2,73)	2,37 (2,18-2,55)
Preventieve mondzorg**	31,2 (30,4-32,0)	29,2 (28,6-29,9)
Orthodontiebehandeling**	12,7 (12,2-13,2)	10,8 (10,4-11,2)
Opname in ziekenhuis	11,4 (11,0-11,7)	11,6 (11,3-11,9)
Bezoek aan spoeddienst	28,6 (28,1-29,2)	30,1 (29,5-30,6)
Opname in psychiatrisch ziekenhuis**	0,17 (0,11-0,23)	0,17 (0,12-0,22)

* enkel kinderen van 0 tot en met 5 jaar

** enkel kinderen van 6 tot en met 17 jaar

3.4. Gezondheidstoestand en gebruik van gezondheidszorg naar voorkeurtarief bij oudere leeftijdsgroepen

Dat jongeren met een lagere socio-economische status over het algemeen iets slechter scoren op de indicatoren van gezondheidsstatus en gezondheidszorggebruik ligt in de lijn van de resultaten van gelijkaardige studies voor de volledige populatie (alle leeftijden samen)³¹. Het is wel opmerkelijk dat sociale ongelijkheden in gezondheid al duidelijk tot uiting komen op jonge leeftijd. Om de verschillen qua gezondheidsstatus en zorggebruik bij kinderen en jongeren te kunnen

³¹ Zie bijvoorbeeld de studie van het InterMutualistisch Agentschap (<https://ima-aim.be/Persbericht-Belgen-nog-altijd-ongelijk-gezond-10-05-2019>).

vergelijken met de verschillen op oudere leeftijden, passen we dezelfde methodologie en selectie³² toe en berekenen dezelfde indicatoren behalve twee³³ voor twee bijkomende leeftijdsgroepen (20-64 jaar en 65+ jaar).

Tabellen 7 en 8 geven de absolute aantallen en de percentages zonder en met verhoogde tegemoetkoming, en de percentages met verhoogde tegemoetkoming naar gewest voor de twee oudere leeftijdsgroepen. Van de leden tussen 20 en 65 jaar in de selectie heeft 27% verhoogde tegemoetkoming. Bij de 65-plussers stijgt dat aandeel tot 30 procent (tabel 7). Deze percentages liggen dus lager dan bij de kinderen en jongeren (31,5% met VT). Dit sluit aan bij de resultaten van de EU-SILC-enquête waaruit blijkt dat het risico op monetaire armoede het hoogst ligt bij 0- tot 17-jarigen (20,6%), gevolgd door 65-plussers (16,7%) en 18- tot 64-jarigen (14,9%). Bij koppels met kinderen neemt het armoederisico sterk toe vanaf drie kinderen (25% bij twee volwassenen met drie kinderen of meer t.o.v. 10% bij twee volwassenen met twee kinderen en 12% bij twee volwassenen met één kind)³⁴.

Wat de percentages leden met verhoogde tegemoetkoming naar gewest betreft is het opvallend dat in het Brussels gewest het aandeel leden met VT het hoogst ligt bij de kinderen en jongeren (57%), en het laagst bij 65-plussers (tabel 8). In het Vlaams en Waals gewest daarentegen liggen de percentages het hoogst bij de 65-plussers en het laagst bij 20- tot 64-jarigen. In het Waals gewest is er overigens maar zeer weinig variatie naar grote leeftijdsgroep (28 tot 30 procent van de leden heeft VT).

Tabel 7: Aantal (+ kolompercentages) leden naar voorkeurtarief per grote leeftijdsgroep, 2017

Voorkeurtarief	20-64 jaar	65+ jaar
Zonder verhoogde tegemoetkoming	758.363 (72,8%)	287.202 (69,8%)
Met verhoogde tegemoetkoming	283.626 (27,2%)	124.349 (30,2%)
TOTAAL	1.041.989 (100%)	411.551 (100%)

Tabel 8: Percentage leden met voorkeurtarief naar woonplaats (gewest) per grote leeftijdsgroep, 2017

Leeftijdsgroep	Vlaanderen	Wallonië	Brussels gewest
20-64 jaar	20,3%	28,2%	46,1%
65+ jaar	28,3%	30,0%	42,3%

³² In tegenstelling tot de twee andere leeftijdsgroepen, zijn de gepensioneerden wel opgenomen bij de 65-plussers. Personen verblijvend in een rusthuis of in een centrum voor dagverzorging zitten echter niet in deze selectie.

³³ Twee indicatoren (orthodontische behandeling en contact met een pediater) worden niet berekend wegens niet of zeer beperkt van toepassing op oudere leeftijden.

³⁴ <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden/risico-op-armoede-sociale-uitsluiting>

Tabel 9: Gezondheidstoestand en gebruik van zorg bij leden op actieve arbeidsleeftijd (20-64 jaar) in 2017 naar voorkeurtarief, gestandaardiseerd cijfer per 100 leden (95%-betrouwbaarheidsinterval)

Indicator	Voorkeurtarief	
	Zonder verhoogde tegemoetkoming	Met verhoogde tegemoetkoming
Statuut chronisch zieke	5,74 (5,68-5,80)	17,0 (16,8-17,2)
Nemen van medicatie tegen astma/COPD	3,94 (3,89-3,99)	6,58 (6,47-6,69)
Nemen van antidepressiva of antipsychotica	8,42 (8,35-8,49)	17,8 (17,6-18,0)
Contact met huisarts	77,3 (77,1-77,5)	77,9 (77,5-78,3)
Ingeschreven bij huisarts in wijkgezondheidscentrum	4,24 (4,19-4,28)	10,0 (9,9-10,1)
Contact met psychiater	2,47 (2,44-2,51)	6,76 (6,65-6,87)
Preventieve mondzorg	29,5 (29,4-29,6)	19,9 (19,7-20,1)
Opname in ziekenhuis	19,0 (18,9-19,1)	24,8 (24,6-25,0)
Bezoek aan spoeddienst	16,3 (16,2-16,4)	25,3 (25,1-25,6)
Opname in psychiatrisch ziekenhuis	0,60 (0,58-0,61)	3,53 (3,44-3,61)

Tabel 10: Gezondheidstoestand en gebruik van zorg bij leden van 65 jaar of ouder in 2017 naar voorkeurtarief, gestandaardiseerd cijfer per 100 leden (95%-betrouwbaarheidsinterval)

Indicator	Voorkeurtarief	
	Zonder verhoogde tegemoetkoming	Met verhoogde tegemoetkoming
Statuut chronisch zieke	26,4 (26,2-26,6)	38,4 (38,0-38,8)
Nemen van medicatie tegen astma/COPD	10,7 (10,6-10,8)	15,4 (15,1-15,7)
Nemen van antidepressiva of antipsychotica	14,2 (14,1-14,4)	20,7 (20,5-21,0)
Contact met huisarts	92,0 (91,7-92,4)	92,0 (91,4-92,6)
Ingeschreven bij huisarts in wijkgezondheidscentrum	2,07 (2,01-2,13)	3,58 (3,46-3,69)
Contact met psychiater	0,80 (0,78-0,84)	1,01 (0,95-1,07)
Preventieve mondzorg	20,8 (20,7-21,0)	11,1 (10,9-11,3)
Opname in ziekenhuis	31,0 (30,8-31,2)	35,1 (34,7-35,5)
Bezoek aan spoeddienst	16,9 (16,7-17,1)	22,7 (22,3-23,0)
Opname in psychiatrisch ziekenhuis	0,25 (0,24-0,27)	0,66 (0,60-0,71)

De indicatoren m.b.t. gezondheidsstatus en gebruik van gezondheidszorg bij de twee oudere leeftijdsgroepen (zie tabellen 9 en 10 op de vorige pagina) tonen over het algemeen gelijkaardige patronen als bij de kinderen en jongeren (tabel 3). Toch zijn er een aantal verschillen:

- In tegenstelling tot bij kinderen en jongeren zijn de verschillen tussen personen zonder en met verhoogde tegemoetkoming zeer uitgesproken bij oudere personen voor wat betreft het statuut chronisch zieke en het gebruik van medicatie tegen astma en COPD. Bijvoorbeeld bij de 20- tot 64-jarigen hebben de leden met VT bijna drie keer meer het statuut van chronisch zieke dan de leden zonder VT (tabel 9).
- Ook bij contacten met een psychiater (enkel bij 20- tot 64-jarigen), opname in een (psychiatrisch) ziekenhuis en bezoek aan een spoeddienst (vooral bij 20- tot 64-jarigen) zijn de verschillen tussen personen zonder en met VT groter dan bij de kinderen en jongeren, maar liggen ze wel in dezelfde lijn.
- Bijna elke 65-plusser (92%) had in de loop van 2017 minstens één raadpleging bij de huisarts (tabel 10). Samen met de toename van bijvoorbeeld het aandeel personen met één of meerdere ziekenhuisopnames of het statuut 'chronisch zieke' is dat uiteraard het gevolg van het frequenter voorkomen van gezondheidsproblemen met de toenemende leeftijd.
- Ouderen zijn veel minder ingeschreven bij een huisarts in een wijkgezondheidscentrum dan op jongere leeftijd.

4. ONGELIJKHEDEN BIJ KINDEREN EN JONGEREN NAAR HUISHOUDENTYPE

4.1. Selectie van huishoudentypen

We onderscheiden drie huishoudentypen met kinderen op basis van het aantal titularissen (of gerechtigden) en de aanwezigheid van een echtgeno(o)t(e) of samenwonende partner ten laste³⁵ in het huishouden³⁶:

- 1) Twee titularissen + minstens één kind jonger dan 18 ten laste (=gezin met twee werkende ouders);
- 2) Eén titularis en één partner ten laste + minstens één kind jonger dan 18 ten laste (=gezin met twee ouders waarvan er maar één werkt);
- 3) Eénoudergezin (één titularis zonder partner ten laste) + minstens één kind jonger dan 18 ten laste.

4.2. Verdeling van huishoudentypen naar leeftijdsgroep, woonplaats en voorkeurtarief

Iets meer dan helft (53%) van de kinderen en jongeren van 0 tot en met 17 jaar woont in een huishouden met twee titularissen, en telkens iets minder dan een kwart in een huishouden met een titularis en een partner ten laste, en in een éénoudergezin (tabel 11). Naarmate het kind ouder wordt, neemt de kans om in een éénoudergezin te wonen duidelijk toe (kinderen tussen 0 en 6

³⁵ Werknemers, zelfstandigen of werklozen zijn ingeschreven als titularis bij het ziekenfonds. Titularissen kunnen één of meerdere personen ten laste hebben (kind(eren), ouder(s), partner). Een partner ten laste hebben kan alleen maar als die partner geen of maar een beperkt inkomen heeft (bijvoorbeeld in 2017 was dat minder dan 9.793 euro).

³⁶ Huishoudens met meer dan 2 titularissen worden genegeerd (dat is bijvoorbeeld het geval als een nog inwonend kind reeds werkt en daardoor het statuut van titularis verkrijgt). Als er een partner ten laste is in het huishouden, mag er maar maximaal 1 titularis aanwezig zijn. Zie supra (Data en methoden).

wonen in 17% van de gevallen in een éénoudergezin; bij jongeren tussen 12 en 17 jaar is dat ongeveer 30%), en dat ten koste van de twee andere huishoudentypen.

Tabel 11: Aantal (+ kolompercentages) kinderen naar huishoudentype en leeftijdsgroep, 2017

Huishoudentype	Kind 0-5 jaar	Kind 6-11 jaar	Kind 12-17 jaar	Totaal (0-17 jaar)
Twee titularissen	88.131 (55,2%)	93.465 (53,4%)	72.656 (50,4%)	254.252 (53,1%)
Titularis en partner ten laste	43.965 (27,5%)	40.889 (23,4%)	28.477 (19,8%)	113.331 (23,7%)
Eénoudergezin	27.639 (17,3%)	40.552 (23,2%)	43.079 (29,9%)	111.270 (23,2%)
TOTAAL	159.735 (100%)	174.906 (100%)	144.212 (100%)	478.853 (100%)

Uit de verdeling van de huishoudentypen naar gewest komen twee opvallende zaken naar voren: (1) het aandeel éénoudergezinnen ligt in Wallonië en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (BHG) op een significant hoger niveau (26 à 28%) dan in Vlaanderen (18%), en (2) het aandeel huishoudens met een partner ten laste ligt dubbel zo hoog in het BHG (42%) dan in Vlaanderen of Wallonië (20 à 21%) (tabel 12).

Tabel 12: Aantal (+ kolompercentages) kinderen naar huishoudentype en woonplaats (gewest), 2017

Huishoudentype	Vlaanderen	Wallonië	Brussels gewest	Totaal
Twee titularissen	131.975 (61,4%)	99.323 (51,8%)	22.954 (31,8%)	254.252 (53,1%)
Titularis en partner ten laste	44.200 (20,6%)	39.014 (20,3%)	30.117 (41,7%)	113.331 (23,7%)
Eénoudergezin	38.759 (18,0%)	53.434 (27,9%)	19.077 (26,4%)	111.270 (23,2%)
TOTAAL	214.934 (100%)	191.771 (100%)	72.148 (100%)	478.853 (100%)

Om een inschatting te maken van de socio-economische status van de verschillende huishoudentypen, berekenen we het percentage jongeren in de selectie met een voorkeurregeling (verhoogde tegemoetkoming), en dat zowel voor de volledige populatie als per leeftijdsgroep en gewest afzonderlijk (tabel 13).

Tabel 13: Percentage kinderen met verhoogde tegemoetkoming naar huishoudentype, leeftijdsgroep en gewest, 2017

Huishoudentype	0-5 jaar	6-11 jaar	12-17 jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussels gewest	Totaal
Twee titularissen	8,8%	8,9%	9,5%	7,8%	6,7%	26,0%	9,0%
Titularis en partner ten laste	55,6%	58,5%	56,2%	51,9%	51,8%	70,5%	56,8%
Eénoudergezin	62,6%	56,7%	53,7%	49,5%	56,3%	74,2%	57,0%
TOTAAL	31,0%	31,6%	31,9%	24,4%	29,7%	57,3%	31,5%

De mate waarin jongeren verhoogde tegemoetkoming genieten hangt sterk samen met het type huishouden waarin ze zich bevinden: in huishoudens met twee titularissen heeft minder dan één op de tien (9%) verhoogde tegemoetkoming, terwijl dat in huishoudens met een titularis en een partner ten laste of in éénoudergezinnen bij bijna zes op de tien (57%) het geval is (tabel 13, laatste kolom). Opgesplitst naar leeftijdsgroep van het kind zien we een lichte stijging van het aandeel met verhoogde tegemoetkoming, behalve bij éénoudergezinnen (cf. eerste drie kolommen in tabel 13). Naar gewest vallen de hogere percentages in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest op (cf. voorlaatste kolom in tabel 13). Van alle jongeren in de selectie wonend in het Brussels gewest heeft 57% verhoogde tegemoetkoming; bij éénoudergezinnen is dat zelfs bijna drie op de vier.

Ongeveer één op de vijf (21%) kinderen tussen 0 en 18 jaar heeft een risico op monetaire armoede (cf. de meest recente enquête naar de inkomens en levensomstandigheden (EU-SILC) van *Statistics Belgium*³⁷). Opgesplitst naar type huishouden zijn éénoudergezinnen veel meer kwetsbaar voor monetaire armoede dan bijvoorbeeld een gezin met twee volwassenen en twee kinderen (41% vs. 10%). Rekening houdend met tabel 13 kunnen we er van uitgaan dat ook gezinnen met een partner ten laste een groter dan gemiddeld armoederisico hebben.

In tegenstelling tot een opdeling naar voorkeurregeling (tabellen 1 tot en met 3) is een opdeling naar het type huishouden waarin de jongeren zich bevinden geen louter socio-economische, maar eerder een demografische indicator. Toch is er een link met de socio-economische status, omdat leden van éénoudergezinnen en huishoudens met een partner ten laste in veel grotere mate verhoogde tegemoetkoming genieten (en dus gemiddeld een lager inkomen hebben) dan huishoudens met twee titularissen (tabel 13).

4.3. Gezondheidstoestand en gebruik van gezondheidszorg naar huishoudenstype

Tabel 14 geeft de gestandaardiseerde cijfers van de indicatoren met betrekking tot de gezondheidstoestand en het gezondheidszorggebruik van kinderen en jongeren naar het huishoudenstype waarin ze verblijven. De belangrijkste vaststellingen uit deze tabel zijn:

- Kinderen in een huishouden met één titularis en een partner ten laste nemen het minst medicatie tegen astma en antidepressiva/antipsychotica, en hebben het minst het statuut van chronisch zieke. Ook ligt hun gebruik van gezondheidszorg (contact met huisarts en psychiater, opname in (psychiatrisch) ziekenhuis en bezoek aan spoeddienst) veeleer op een lager niveau dan bij kinderen in éénoudergezinnen of in huishoudens met twee titularissen. Gezien kinderen in huishoudens met één titularis en een partner ten laste een lage socio-economische status hebben (60% van de jongeren in deze huishoudens geniet verhoogde tegemoetkoming, cf. tabel 13) zijn deze lage cijfers verrassend. Het is onduidelijk of deze kinderen een lager zorggebruik hebben door een betere gezondheid, of eerder hogere onvervulde zorgnoden (bepaalde medische onderzoeken en behandelingen worden uitgesteld wegens te duur).
- Kinderen die opgroeien in een éénoudergezin hebben significant meer contact met een psychiater, worden vaker opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis en nemen frequenter antidepressiva of antipsychotica. Dit is een aanwijzing dat het ontbreken van de tweede ouder een nadelig effect heeft op het mentaal welbevinden van deze jongeren. De vraag is in welke mate dit vooral het gevolg is van een lagere socio-economische status (maar één inkomen) of dat er nog belangrijke bijkomende (bijvoorbeeld psychologische) oorzaken

³⁷ <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/armoede-en-levensomstandigheden/risico-op-armoede-sociale-uitsluiting>

zijn³⁸. In dit opzicht is het wel opvallend dat de gestandaardiseerde percentages van de drie indicatoren van mentale gezondheid het laagst zijn bij kinderen in gezinnen met een titularis en een partner ten laste, die een even lage socio-economische status (i.e. een even hoog aandeel met verhoogde tegemoetkoming) hebben als éénoudergezinnen (tabel 13).

- Kinderen in een éénoudergezin scoren het hoogst voor wat betreft een bezoek aan een spoeddienst, een opname in het ziekenhuis en het contact met een huisarts (som van minstens één raadpleging per jaar bij de huisarts en ingeschreven zijn bij een huisarts in een wijkgezondheidscentrum).
- Kinderen in een huishouden met één titularis en een partner ten laste ondergaan het minst een orthodontiebehandeling en brengen ook het minst een bezoek aan een tandarts voor preventieve mondzorg.

Tabel 14: Gezondheidstoestand en gebruik van zorg bij kinderen en jongeren (0-17 jaar) in 2017 naar type huishouden waarin ze verblijven, gestandaardiseerd cijfer per 100 leden (95%-betrouwbaarheidsinterval)

Indicator	Type huishouden		
	Twee titularissen	Titularis en partner ten laste	Eénoudergezin
Statuut chronisch zieke	1,77 (1,72-1,82)	1,18 (1,11-1,26)	1,71 (1,63-1,79)
Nemen van medicatie tegen astma**	2,50 (2,42-2,58)	2,22 (2,10-2,34)	2,40 (2,29-2,51)
Nemen van antidepressiva of antipsychotica**	0,57 (0,53-0,61)	0,44 (0,39-0,50)	0,96 (0,88-1,03)
Contact met huisarts	68,9 (68,6-69,3)	60,6 (60,1-61,1)	67,4 (66,8-67,9)
Ingeschreven bij huisarts in wijkgezondheidscentrum	5,81 (5,71-5,91)	11,8 (11,6-12,0)	8,65 (8,47-8,82)
Contact met pediater*	55,3 (54,8-55,8)	43,9 (43,2-44,6)	46,1 (45,2-47,0)
Contact met psychiater**	3,09 (3,01-3,18)	1,80 (1,69-1,91)	4,74 (4,57-4,91)
Preventieve mondzorg**	41,5 (41,1-41,8)	27,1 (26,7-27,5)	31,1 (30,7-31,5)
Orthodontiebehandeling**	16,0 (15,8-16,2)	10,6 (10,3-10,9)	12,4 (12,1-12,6)
Opname in ziekenhuis	14,7 (14,6-14,9)	13,3 (13,1-13,6)	15,1 (14,8-15,4)
Bezoek aan spoeddienst	22,0 (21,8-22,1)	21,7 (21,4-21,9)	24,7 (24,4-25,0)
Opname in psychiatrisch ziekenhuis**	0,24 (0,22-0,27)	0,17 (0,13-0,20)	0,57 (0,52-0,63)

* enkel kinderen van 0 tot en met 5 jaar

** enkel kinderen van 6 tot en met 17 jaar

³⁸ Spencer, N. (2005), Does material disadvantage explain the increased risk of adverse health, educational, and behavioural outcomes among children in lone parent households in Britain? A cross sectional study, *J Epidemiol. Community Health* 59(2): 152-157

5. ONGELIJKHEDEN BIJ KINDEREN EN JONGEREN NAAR NATIONALITEIT (VAN ORIGINE)

5.1. Selectie van nationaliteitsgroepen

We onderscheiden drie nationaliteitsgroepen op basis van de oudst gekende nationaliteit van het kind en van de ouder of ouders (i.e. de titularis(sen) en de eventuele partner ten laste in de geselecteerde huishoudens)³⁹:

- 1) Belgische nationaliteit (van origine);
- 2) Westerse nationaliteit (van origine), d.w.z. een nationaliteit van een Europees land (excl. België) of een ander westers land (de Verenigde Staten, Canada, Japan, Nieuw-Zeeland of Australië);
- 3) Niet-westerse nationaliteit (van origine).

Iets minder dan 1% van de geselecteerde kinderen en jongeren hebben een onbekende nationaliteit (van origine). Zij worden in de volgende tabellen buiten beschouwing gelaten.

5.2. Verdeling van nationaliteitsgroepen naar leeftijdsgroep, woonplaats en voorkeurtarief

Van alle kinderen tussen 0 en 18 jaar in de selectie is bijna drie op de vier van Belgische origine, 10% is van westerse origine en 15% van niet-westerse origine (tabel 15). Het aandeel kinderen van niet-Belgische origine ligt het hoogst bij de geboorte en neemt af met de leeftijd. Dat is een gevolg van de verdere internationalisering van België en de hogere vruchtbaarheidscijfers bij (vooral niet-westerse) migranten. Bij de 0- tot 5-jarigen is bijna 30% van niet-Belgische origine (10% westers, 18% niet-westers).

Tabel 15: Aantal (+ kolompercentages) kinderen naar nationaliteitsgroep van origine en leeftijdsgroep, 2017

Nationaliteitsgroep	Kind 0-5 jaar	Kind 6-11 jaar	Kind 12-17 jaar	Totaal (0-17 jaar)
Belg	113.927 (71,8%)	130.111 (74,7%)	111.632 (77,8%)	355.670 (74,7%)
Westers	16.065 (10,1%)	18.149 (10,4%)	15.270 (10,6%)	49.484 (10,4%)
Niet-westers	28.600 (18,0%)	25.943 (14,9%)	16.653 (11,6%)	71.196 (15,0%)
TOTAAL	158.592 (100%)	174.203 (100%)	143.555 (100%)	476.350 (100%)

³⁹ Als de nationaliteit van het kind zelf of van tenminste één van de ouder(s) niet Belgisch is, dan wordt het kind beschouwd als zijnde van niet-Belgisch origine. Omdat zowel het kind als de ouder(s) kunnen genaturaliseerd zijn, wordt voor wat de nationaliteit betreft zo ver mogelijk teruggekeerd in de tijd (tot 2001). Idealiter zou de nationaliteit bij de geboorte (of de eerst gekende nationaliteit gekend in het Rijksregister) moeten worden gebruikt, maar deze is in onze databank niet beschikbaar. Als er twee ouders aanwezig zijn in het huishouden en beide hebben een niet-Belgische nationaliteit, dan krijgt de nationaliteit van de vader voorrang (cf. bepaling van nationaliteit van herkomst door Statistiek Vlaanderen: <https://www.statistiekvlaanderen.be/bevolking-van-buitenlandse-herkomst-totaal-en-naar-herkomstgroep>). Huishoudens met 2 vrouwelijke of 2 mannelijk titularissen worden genegeerd (methodologie identiek aan deze gebruikt door Statistiek Vlaanderen).

Er zijn sterke regionale verschillen wat betreft de nationaliteit van origine (tabel 16). In het Brussels gewest ligt het aandeel kinderen met een niet-Belgische nationaliteit van origine met meer dan 46% veruit het hoogst; in Vlaanderen en Wallonië is dat respectievelijk 24 en 19 procent.

Ten opzichte van de bevolking van buitenlandse herkomst zoals berekend door het Datawarehouse Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, zijn de hier gepresenteerde percentages een onderschatting. Zo lag in 2016 het aandeel kinderen van buitenlandse herkomst in Vlaanderen boven de 30% (37% bij de 0- tot 5-jarigen, 34% bij de 6- tot 11-jarigen en 30% bij de 12- tot 17-jarigen)⁴⁰. Die onderschatting is een gevolg van het feit dat we een deel van de populatie van niet-Belgische origine niet kunnen detecteren in onze databank (diegenen die voor 2001 zijn genaturaliseerd).

Tabel 16: Aantal (+ kolompercentages) kinderen naar nationaliteitsgroep van origine en woonplaats (gewest), 2017

Nationaliteitsgroep	Vlaanderen	Wallonië	Brussels gewest	Totaal
Belg	162.940 (76,2%)	154.547 (80,9%)	38.183 (53,4%)	355.670 (74,7%)
Westers	21.142 (9,9%)	19.643 (10,3%)	8.699 (12,2%)	49.484 (10,4%)
Niet-westers	29.750 (13,9%)	16.797 (8,8%)	24.649 (34,5%)	71.196 (15,0%)
TOTAAL	213.832 (100%)	190.987 (100%)	71.531 (100%)	476.350 (100%)

Tabel 17 toont het aandeel van de kinderen behorende tot de drie nationaliteitsgroepen van origine die verhoogde tegemoetkoming genieten, en dat zowel globaal als per leeftijdsgroep en gewest afzonderlijk. Kinderen van niet-westerse herkomst genieten meer dan dubbel zo vaak verhoogde tegemoetkoming dan kinderen van Belgische herkomst (56% vs. 26%). Ook bij kinderen van westerse herkomst ligt dat aandeel met 38% significant hoger dan bij kinderen van Belgische herkomst. Bij de opsplitsing naar gewest is het opvallend dat er weinig variatie is in het Brussels gewest. Bovendien ligt het aandeel kinderen met verhoogde tegemoetkoming het laagst bij personen van westerse origine i.p.v. van Belgische origine. Dat kan een gevolg zijn van het niet volledig capteren van personen van buitenlandse herkomst in onze data (waardoor reeds genaturaliseerde personen/ouders nog tot de categorie van Belgische origine worden gerekend, cf. supra).

Tabel 17: Percentage kinderen met verhoogde tegemoetkoming naar nationaliteitsgroep van origine, leeftijdsgroep en gewest, 2017

Nationaliteitsgroep	0-5 jaar	6-11 jaar	12-17 jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussels gewest	Totaal
Belg	24,7%	25,7%	26,7%	18,5%	29,7%	54,4%	25,7%
Westers	35,0%	38,9%	40,2%	37,7%	35,9%	50,7%	38,1%
Niet-westers	53,6%	56,2%	58,6%	49,4%	57,5%	63,9%	55,7%
TOTAAL	31,0%	31,6%	31,8%	24,4%	32,8%	57,2%	31,5%

⁴⁰ Bron: Vlaamse Migratie- en Integratiemonitor 2018 (Statistiek Vlaanderen).

5.3. Gezondheidstoestand en gebruik van gezondheidszorg naar nationaliteitsgroep

Kinderen en jongeren van niet-Belgische origine hebben voor alle indicatoren van gezondheidstoestand en gebruik van gezondheidszorg lagere gestandaardiseerde percentages dan kinderen en jongeren van Belgische origine (tabel 18). Daarbij zijn de verschillen tussen kinderen en jongeren van westerse origine en van niet-westerse origine eerder beperkt. Kinderen en jongeren met een niet-westerse nationaliteit van origine scoren wel significant beter op de drie indicatoren voor mentale gezondheid (ze slikken minder antidepressiva/antipsychotica, gaan minder naar de psychiater en hebben een lagere opnamegraad in een psychiatrisch ziekenhuis) dan kinderen en jongeren met een westerse nationaliteit van origine. We zien ook dat kinderen en jongeren van niet-westerse afkomst minder gebruik maken van preventieve tandzorg en minder orthodontiebehandelingen ondergaan dan kinderen en jongeren van westerse afkomst.

Tabel 18: Gezondheidstoestand en gebruik van zorg bij kinderen en jongeren (0-17 jaar) in 2017 naar nationaliteitsgroep van origine, gestandaardiseerd cijfer per 100 leden (95%-betrouwbaarheidsinterval)

Indicator	Nationaliteitsgroep (van origine)		
	Belg	Westers	Niet-westers
Statuut chronisch zieke	1,82 (1,78-1,87)	0,99 (0,90-1,09)	1,00 (0,92-1,09)
Nemen van medicatie tegen astma**	2,51 (2,44-2,57)	1,94 (1,79-2,09)	2,16 (2,00-2,32)
Nemen van antidepressiva of antipsychotica**	0,75 (0,72-0,80)	0,32 (0,25-0,38)	0,17 (0,12-0,22)
Contact met huisarts	68,7 (68,4-69,0)	62,5 (61,8-63,2)	57,6 (56,9-58,2)
Ingeschreven bij huisarts in wijkgezondheidscentrum	6,52 (6,44-6,61)	9,9 (9,6-10,2)	14,8 (14,5-15,2)
Contact met pediater*	51,9 (51,5-52,4)	49,3 (48,3-50,4)	45,6 (44,7-46,4)
Contact met psychiater**	3,74 (3,66-3,82)	1,88 (1,73-2,04)	1,41 (1,28-1,53)
Preventieve mondzorg**	38,5 (38,2-38,7)	30,2 (29,6-30,8)	25,7 (25,1-26,2)
Orthodontiebehandeling**	14,7 (14,5-14,9)	12,0 (11,6-12,4)	10,8 (10,4-11,1)
Opname in ziekenhuis	14,9 (14,7-15,0)	13,1 (12,8-13,4)	13,2 (13,0-13,5)
Bezoek aan spoeddienst	22,5 (22,3-22,6)	22,3 (21,8-22,7)	21,9 (21,6-22,3)
Opname in psychiatrisch ziekenhuis**	0,36 (0,34-0,39)	0,18 (0,13-0,23)	0,11 (0,07-0,15)

* enkel kinderen van 0 tot en met 5 jaar

** enkel kinderen van 6 tot en met 17 jaar

Opvallend is dat bijna 15% van de kinderen van niet-westerse origine ingeschreven zijn bij een huisarts in een wijkgezondheidscentrum/medisch huis. Dat hangt samen met de oververtegenwoordiging van deze nationaliteitsgroep in het Brussels gewest (tabel 16) en het grote aanbod van medische huizen in de hoofdstad.

Net als bij de opdeling naar type huishouden is het onduidelijk in welke mate deze lage cijfers een gevolg zijn van het uitstellen van medische behandelingen en contacten met verstrekkers wegens financiële redenen (hogere overvulde noden) dan wel een betere gezondheid. Meer (kwantitatief en kwalitatief) onderzoek op dat vlak is noodzakelijk. Uit een studie van de Universiteit Gent op basis van gegevens van de verschillende Belgische Gezondheidsenquêtes (wel enkel bij personen van 15 jaar en ouder) blijkt bijvoorbeeld dat van alle onderscheiden nationaliteitsgroepen, tweede generatiemigranten met een niet-westerse herkomst hun gezondheid het minst vaak als tamelijk tot zeer slecht beoordelen, en ook het minst één of meerdere chronische aandoeningen of een handicap hebben⁴¹. Omdat we ervan kunnen uitgaan dat de kinderen in onze selectie grotendeels migranten van de tweede generatie zijn (i.e. geboren in België) sluit hun betere score op de twee indicatoren van fysieke gezondheid (statuut chronisch zieke, nemen van medicatie tegen astma) in tabel 18 dan ook aan bij de vaststellingen gemaakt in de studie van de Universiteit Gent.

6. ONGELIJKHEDEN BIJ KINDEREN EN JONGEREN NAAR WERKSTATUS VAN DE OUDERS

6.1. Selectie van type werkstatus van de ouders per huishouden

We onderscheiden drie categorieën op basis van de werkstatus van de titularis (of titularissen) in 2017:

- 1) Beide titularissen (bij gezinnen met twee titularissen) of de enige titularis (bij éénoudergezinnen) hadden in de loop van 2017 steeds gewerkt (i.e. geen enkele dag werkloosheid, arbeidsongeschiktheid of invaliditeit, en hadden geen recht op een leefloon);
- 2) Minstens één titularis kreeg in 2017 tenminste één dag (maar minder dan 300 dagen) een uitkering voor werkloosheid, arbeidsongeschiktheid of invaliditeit;
- 3) Beide titularissen (bij gezinnen met twee titularissen) of de enige titularis (bij éénoudergezinnen en gezinnen met een partner ten laste) hebben 300 dagen of meer⁴² een vervangingsinkomen gekregen (ten gevolge van werkloosheid, arbeidsongeschiktheid of invaliditeit, of hadden een leefloon).

De eerste categorie komt overeen met huishoudens (met kinderen) waar de ouder(s) gedurende het hele jaar een inkomen uit arbeid heeft/hebben. Het andere uiterste (de derde categorie) bestaat uit de gezinnen waar geen enkele ouder tijdens het referentiejaar een inkomen uit arbeid heeft (en dus enkel een vervangingsinkomen).

⁴¹ Van Roy, K. *et al.* (2018), *Diversiteit in gezondheid en gezondheidszorggebruik: analyse van de data uit de Belgische gezondheidsenquête*, Gent & Brussel: Universiteit Gent, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg & Kom op tegen Kanker.

⁴² Werkloosheidsuitkeringen en uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid worden volgens een 6-dagen werkweek uitgekeerd. Per jaar gaat het dus over maximum 312 dagen.

6.2. Verdeling van type werkstatus van de ouders naar leeftijdsgroep, woonplaats en voorkeurtarief

Bijna één op de acht (12,2%) kinderen en jongeren tussen 0 en 18 jaar groeit op in een huishouden zonder inkomen uit arbeid (tabel 19). Dit ligt helemaal in lijn met het aandeel op nationaal niveau voor 2017 (12,1%) berekend op basis van de Europese *Labour Force Survey*⁴³. De kans dat kinderen behoren tot een huishouden met enkel een vervangingsinkomen neemt toe met de leeftijd van het kind (van 11% bij 0- tot 5-jarigen tot 14% bij 12- tot 17-jarigen).

Tabel 19: Aantal (+ kolompercentages) kinderen naar type werkstatus van de ouders en leeftijdsgroep, 2017

Werkstatus ouders	Kind 0-5 jaar	Kind 6-11 jaar	Kind 12-17 jaar	Totaal (0-17 jaar)
Volledig inkomen uit arbeid	47.480 (29,7%)	58.553 (33,5%)	51.392 (35,6%)	157.425 (32,9%)
Deel inkomen uit arbeid, deel vervangingsinkomen	95.215 (59,6%)	95.133 (54,4%)	72.702 (50,4%)	263.050 (54,9%)
Enkel vervangingsinkomen	17.040 (10,7%)	21.220 (12,1%)	20.118 (14,0%)	58.378 (12,2%)
TOTAAL	159.735 (100%)	174.906 (100%)	144.212 (100%)	478.853 (100%)

Anderzijds maakt bijna één op de drie kinderen deel uit van een gezin met één of twee volledige inkomens uit arbeid (de titularissen hadden in 2017 geen enkele dag een vervangingsinkomen). De overige groep (ongeveer 56%) behoort tot een gezin waar tenminste één titularis tijdens het jaar minstens 1 dag werkloos was of een uitkering voor arbeidsongeschiktheid/invaliditeit kreeg.

Ook hier zijn er uitgesproken regionale verschillen: in Vlaanderen woont maar 7% van de kinderen en jongeren in een huishouden met enkel een vervangingsinkomen, terwijl dat in Wallonië en het Brussels gewest respectievelijk 2 en 3 keer hoger ligt (tabel 20). Verder ligt het aandeel kinderen en jongeren in gezinnen met een volledig inkomen uit arbeid opvallend laag in het Brussels gewest (18%) in vergelijking met Vlaanderen (37%) en Wallonië (34%).

Tabel 20: Aantal (+ kolompercentages) kinderen naar type werkstatus van de ouders en woonplaats (gewest), 2017

Werkstatus ouders	Vlaanderen	Wallonië	Brussels gewest	Totaal
Volledig inkomen uit arbeid	79.517 (37,0%)	64.684 (33,7%)	13.224 (18,3%)	157.425 (32,9%)
Deel inkomen uit arbeid, deel vervangingsinkomen	120.185 (55,9%)	99.290 (51,8%)	43.575 (60,4%)	263.050 (54,9%)
Enkel vervangingsinkomen	15.232 (7,1%)	27.797 (14,5%)	15.349 (21,3%)	58.378 (12,2%)
TOTAAL	214.934 (100%)	191.771 (100%)	78.441 (100%)	478.853 (100%)

⁴³ <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&pcode=tps00181&language=en>

De onderverdeling naar werkstatus van de ouders is een goede *proxy* voor de socio-economische status van de huishoudens. Gezinnen met kinderen met een of twee volledige inkomens uit arbeid hebben maar in 6% van de gevallen verhoogde tegemoetkoming, terwijl dat bij de gezinnen met enkel een vervangingsinkomen 85% is (tabel 21). Naar leeftijd van het kind is er maar een beperkte variatie zichtbaar. Naar woonplaats (gewest) vallen opnieuw de hoge percentages in het Brussels gewest op. Vooral bij de categorieën “volledig inkomen uit arbeid” en “deel inkomen uit arbeid en deel vervangingsinkomen” liggen deze percentages veel hoger in vergelijking met Vlaanderen en Wallonië. Dit betekent dus dat het absoluut bedrag van het inkomen (zelfs indien het inkomen volledig uit arbeid komt) significant lager ligt in het Brussels gewest dan in de andere twee gewesten.

Tabel 21: Percentage kinderen met verhoogde tegemoetkoming naar type werkstatus van de ouders, leeftijdsgroep en gewest, 2017

Werkstatus ouders	0-5 jaar	6-11 jaar	12-17 jaar	Vlaanderen	Wallonië	Brussels gewest	Totaal
Volledig inkomen uit arbeid	4,8%	6,1%	8,0%	5,7%	5,1%	15,7%	6,3%
Deel inkomen uit arbeid, deel vervangingsinkomen	34,4%	35,4%	34,1%	29,4%	30,6%	58,7%	34,7%
Enkel vervangingsinkomen	85,1%	85,2%	84,9%	82,7%	84,0%	89,3%	85,1%
TOTAAL	31,0%	31,6%	31,9%	24,4%	29,7%	57,3%	31,5%

6.3. Gezondheidstoestand en gebruik van gezondheidszorg naar werkstatus van de ouders

De duidelijke relatie van de werkstatus van de ouders met de socio-economische status van het huishouden (de mate waarin het huishouden van verhoogde tegemoetkoming geniet) waarin het kind opgroeit, weerspiegelt zich bij de indicatoren van gezondheidstoestand en gezondheidszorggebruik in een uitgesproken gradiënt (tabel 22): kinderen en jongeren die opgroeien in een gezin met enkel een vervangingsinkomen scoren vrijwel steeds het slechtst op de indicatoren, terwijl kinderen en jongeren in gezinnen met één of twee volledige inkomens uit arbeid het best scoren (de enige twee uitzonderingen zijn het contact met een psychiater en het nemen van medicatie tegen astma). De verschillen tussen deze twee uiterste categorieën zijn het grootst bij het nemen van antidepressiva of antipsychotica opnames in een psychiatrisch ziekenhuis, en inschrijvingen bij een huisarts in een wijkgezondheidscentrum.

Gezien de sterke correlatie van de opdeling naar werkstatus van de ouders met het genieten van verhoogde tegemoetkoming (tabel 21) sluiten de algemene patronen in tabel 22 voor het grootste deel aan bij deze vastgesteld in tabel 3 (indicatoren van gezondheidstoestand en gebruik van zorg naar voorkeurregeling).

Tabel 22: Gezondheidstoestand en gebruik van zorg bij kinderen en jongeren (0-17 jaar) in 2017 naar werkstatus van de ouders, gestandaardiseerd cijfer per 100 leden (95%-betrouwbaarheidsinterval)

Indicator	Werkstatus van de ouders		
	Volledig inkomen uit arbeid	Deels inkomen uit arbeid	Enkel vervangingsinkomen
Statuut chronisch zieke	1,58 (1,52-1,64)	1,63 (1,58-1,68)	1,88 (1,75-2,02)
Nemen van medicatie tegen astma**	2,39 (2,30-2,49)	2,38 (2,30-2,45)	2,57 (2,39-2,75)
Nemen van antidepressiva of antipsychotica**	0,49 (0,45-0,53)	0,63 (0,59-0,67)	1,34 (1,20-1,48)
Contact met huisarts	68,5 (68,1-68,9)	65,6 (65,3-65,9)	67,8 (67,0-68,7)
Ingeschreven bij huisarts in wijkgezondheidscentrum	4,28 (4,17-4,39)	9,03 (8,92-9,14)	11,7 (11,4-12,0)
Contact met pediater*	55,8 (55,1-56,5)	49,2 (48,8-49,7)	45,6 (44,4-46,9)
Contact met psychiater**	3,21 (3,09-3,32)	2,89 (2,80-2,97)	5,28 (5,00-5,56)
Preventieve mondzorg**	44,8 (44,4-45,2)	32,4 (32,1-32,7)	24,4 (23,8-24,9)
Orthodontiebehandeling**	17,1 (16,8-17,3)	12,8 (12,6-12,9)	9,8 (9,4-10,2)
Opname in ziekenhuis	13,6 (13,4-13,8)	14,7 (14,6-14,9)	16,2 (15,8-16,7)
Bezoek aan spoeddienst	20,4 (20,2-20,6)	22,8 (22,6-23,0)	27,4 (26,9-28,0)
Opname in psychiatrisch ziekenhuis**	0,23 (0,20-0,26)	0,27 (0,24-0,30)	0,85 (0,74-0,97)

* enkel kinderen van 0 tot en met 5 jaar

** enkel kinderen van 6 tot en met 17 jaar

7. AANBEVELINGEN

Het bestrijden van de gezondheidsongelijkheid neemt een prominente plaats in het memorandum van de Socialistische Mutualiteiten⁴⁴ in. Als ambitieuze doelstelling schuift het ziekenfonds het halveren van de gezondheidsongelijkheid op middellange termijn naar voren, met volgende vier speerpunten:

- 1) **Zonder zorgen naar de eerste lijn.** Investeer in toegankelijke eerstelijnszorg voor iedereen. Zorg dat er geen drempels zijn om naar de huisarts, een verpleegkundige of een eerstelijnspsycholoog te gaan. Zorg ook voor de veralgemening van de derdebetalersregeling zodat patiënten het ereloon van hun arts niet langer moeten voorschieten. Dit is al zo voor patiënten met recht op de verhoogde tegemoetkoming bij hun huisarts. Er was voorzien om dit uit te breiden naar patiënten met het statuut chronische aandoening, maar deze belofte is door de regering nog niet nagekomen.

⁴⁴ <https://corporate.devoorzorg-bondmoyson.be/memorandum/>

- 2) **Een tarief is een tarief.** Maak werk van een toegankelijke gezondheidszorg zonder schrik voor de factuur en met een billijke financiering voor alle zorgverstrekkers. Dit strookt niet met de steeds oplopende ereloonsupplementen in de ziekenhuizen maar ook in de ambulante zorg. Investeer verder in de wettelijke ziekteverzekering, zorg voor voldoende en kwalitatief zorgpersoneel met een billijk inkomen, bouw de ereloonsupplementen af. Dit is budgettair een haalbare kaart, zeker als we de extra hospitalisatieverzekeringen zouden solidariseren, waarbij we honderden miljoenen zouden besparen op administratiekosten, winstuitkeringen aan aandeelhouders en reclamekosten. Zet ook in op het toegankelijker maken van dure behandelingen die momenteel niet of nauwelijks door de verplichte ziekteverzekering worden terugbetaald (bijvoorbeeld orthodontie in deze studie), zeker voor gezinnen die het financieel moeilijk hebben.
- 3) **Positieve preventie voor iedereen.** Investeer in preventie voor iedereen. Niet op een responsabiliserende maar op een stimulerende manier. Maak een gezonde levensstijl makkelijk en evident voor iedereen. Dit kan door te investeren in financiële toegankelijkheid. Maar er is meer nodig. We kunnen de zorg tot bij de mensen brengen. Waarom geen tandarts tijdens het medisch onderzoek in scholen? Waarom niet overal groene omgevingen waar kinderen kunnen spelen en gezonde lucht inademen. Waarom geen goede woningen voor iedereen, waar geen schimmel- en vochtproblemen de gezondheid ondermijnen? Deze studie toont aan dat investeringen in preventie vooral bij bevolkingsgroepen met een lagere socio-economische status (éénoudergezinnen, gezinnen met enkel vervangingsinkomens, niet-westerse migranten) noodzakelijk zijn.
- 4) **Back to health, en pas dan back to work.** Zorg voor een voldoende hoge uitkering voor mensen die ziek zijn. Zet vervolgens eerst in op het herstel van een goede gezondheid vooraleer je deze mensen terug op de arbeidsmarkt wil krijgen. Investeer vervolgens in de nodige begeleiding. Zorg tenslotte voor werkbaar en respectvol werk.

APPENDIX: DETAILS INDICATOREN

Indicator	Omschrijving en gebruikte nomenclatuurcodes of ATC-codes in geval van medicatie
Statuut chronisch zieke	Patiënt heeft het statuut van chronisch zieke (op basis van het financieel criterium, krijgt een zorgforfait, of heeft een zeldzame ziekte).
Nemen van medicatie tegen astma/COPD (enkel leden van 6 jaar en ouder)	Patiënt heeft medicatie genomen beginnend met ATC-code R03; minstens 90 doorsneedagdosissen (DDD) per jaar. Deze medicatie behandelt astma (symptomen beginnen meestal voor de leeftijd van 20 jaar) en COPD ⁴⁵ (symptomen beginnen meestal na de leeftijd van 40 jaar) [enkel terugbetaalde medicatie].
Nemen van antidepressiva of antipsychotica (enkel leden van 6 jaar en ouder)	Patiënt heeft medicatie genomen beginnend met ATC-code N06A (antidepressiva) of N05A (antipsychotica). De minimale dosis per jaar bedraagt 90 DDD voor antidepressiva en 30 DDD voor antipsychotica [enkel terugbetaalde medicatie].
Contact met huisarts	Minstens één contact met een huisarts tijdens referentiejaar. Nomenclatuurcodes 101010-101032, 101076, 103110-103235, 103412-103434, 104215-104252, 104510-104554.
Ingeschreven bij huisarts in wijkgezondheidscentrum	De patiënt is tijdens het jaar 2017 minstens één keer ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum of medisch huis voor wat betreft prestaties door een huisarts.
Contact met pediater (enkel leden tussen 0 en 6 jaar)	Minstens één contact met een pediater. Nomenclatuurcodes 102071, 102572, 103736-103832, 104812-104871.
Contact met psychiater (enkel leden van 6 jaar en ouder)	Minstens één psychotherapeutische behandeling/evaluatie/overleg door een psychiater (nomenclatuurcodes 109336-109572, 109631-109675).
Preventieve mondzorg (enkel leden van 6 jaar en ouder)	Heeft minstens twee preventieve contacten gehad met de tandarts (nomenclatuurcodes 301394-302540, 371394-372540) in twee verschillende jaren binnen een periode van 3 kalenderjaren (2015, 2016 en 2017).
Orthodontiebehandeling (enkel leden van 6 jaar en ouder)	Patiënt volgde in referentiejaar een orthodontiebehandeling. Nomenclatuurcodes 305550-305745, 305933-305966.
Opname in ziekenhuis	Eén of meerdere opnames in een algemeen ziekenhuis (RIZIV-code van instelling beginnen met 71), met uitzondering van (neuro-)psychiatrische diensten (diensten K, A of T).
Bezoek aan spoeddienst	Minstens één bezoek aan de spoeddienst van een ziekenhuis. Nomenclatuurcodes 590516-590811.
Opname in psychiatrisch ziekenhuis (enkel leden van 6 jaar en ouder)	Minstens één opname in een psychiatrisch ziekenhuis (RIZIV-code van instelling beginnen met 72) of in (neuro-)psychiatrische diensten (diensten K, A of T) van algemene ziekenhuizen.

⁴⁵ Chronic Obstructive Pulmonary Disease (“chronisch obstructief longlijden” in het Nederlands)