



VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL  
FACULTEIT VAN DE GENEESKUNDE EN FARMACIE

*Vakgroep Medische Sociologie*

---

---

*Theoretische achtergrondstudies  
in verband met ongelijkheid en  
gezondheid*

deel 3

---

---

**Miriam Beck**

In opdracht van:  
Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele  
Aangelegenheden

**Promotor: Prof. Dr. F. Louckx**

Mei 2001

# Inhoudstafel

<b>INLEIDING</b>	<b>2</b>
<b>1. KWETSBARE GROEPEN IN DE BELGISCHE GEZONDHEIDSENQUÊTE</b>	<b>3</b>
SOCIAAL-ECONOMISCHE VERSCHILLEN IN GEZONDHEID	3
MOEILIKHEDEN MET HET BETALEN VAN GEZONDHEIDSZORGKOSTEN	3
UIT- OF AFSTEL VAN GEZONDHEIDSZORGEN	5
RISICOPROFIELEN	7
<b>2. KANKERPATIËNTEN DIE FINANCIËLE HULP ONTVINGEN VAN DE VLAAMSE LIGA TEGEN KANKER</b>	<b>8</b>
ONDERZOEKSOPZET	8
BEVINDINGEN UIT DE DATA-ANALYSE	9
HET SOCIALE PROFIEL VAN DE KANKERPATIËNTEN IN DE STEEKPROEF.	9
DE PROBLEMATIEK : ZIEKTE, BEHANDELING EN KOSTEN	10
PRECAIRE SITUATIES EN RISICOFACTOREN	11
SOCIAAL PROFIEL	11
ZIEKTEKOSTEN	13
<b>3. SOCIALE FRANCHISE PATIËNTEN</b>	<b>15</b>
ONDERZOEKSOPZET	15
ANALYSERESULTATEN	15
<b>4. NAAR EEN TYPOLOGIE VAN RISICOPOPULATIES?</b>	<b>18</b>
<b>BIBLIOGRAFIE</b>	<b>20</b>

## INLEIDING

Op het Steunpunt Samenleving en Gezondheid van de VUB loopt van 1999 tot 2001 het AGORA-project, waarbij onderzoek gedaan wordt naar (1) sociaal-economische verschillen in gezondheid en (2) financiële toegangsdrempels in de Belgische gezondheidszorg. Dit AGORA-project omvat verschillende onderdelen. Een van de deelonderwerpen is de studie van specifieke databanken over kwetsbare groepen in de gezondheidszorg. Daarbij werden twee databanken geanalyseerd: de eerste over kankerpatiënten met financiële problemen (Beck, 2000a) en de tweede over patiënten die gedurende drie opeenvolgende jaren een uitkering kregen in het kader van de sociale franchise-regeling (Beck, 2000b). Daarbij werden telkens – in de mate waarin de beschikbare gegevens dit toelieten - een sociaal en een medisch-financieel profiel opgesteld van deze specifieke kwetsbare groepen.

Een volgende opdracht binnen het AGORA-project bestaat erin de mogelijkheid na te gaan om op basis van deze twee studies een typologie op te stellen van preciaire situaties die ertoe leiden dat mensen het gevaar lopen door de mazen van het vangnet van de gezondheidszorg te vallen. Meer concreet stellen we ons de vraag of we uit de gevalstudies bij kankerpatiënten en sociale franchise patiënten een aantal typische, terugkerende risicokenmerken kunnen afbakenen, die het voor het beleid duidelijk maken met welke sociaal kritieke situaties zeker rekening moet worden gehouden.

Om deze vraagstelling meer algemeen te kaderen, vertrekken we van een overzicht van de bevindingen in verband met toegankelijkheidsproblemen, zoals die blijken uit de Belgische Gezondheidsenquête van 1997 (Vanroelen, 2001). Vervolgens komen in het kort de bevindingen van de studies bij kankerpatiënten en sociale franchise patiënten aan bod. Daarna gaan we in op de vraag welke preciaire situaties uit deze studies gedistilleerd kunnen worden en in welke mate het opstellen van een algemeen geldende typologie mogelijk is.

# 1. Kwetsbare groepen in de Belgische Gezondheidsenquête

In 1997 werd in België voor het eerst een volwaardige gezondheidsenquête gehouden. Bij een representatieve steekproef van meer dan 10.000 respondenten werd uitgebreid gepolst naar uiteenlopende gezondheidsaspecten. Daarnaast biedt de gezondheidsenquête ook informatie over de toegankelijkheid van de Belgische gezondheidszorg. Zo wordt gepeild naar de mate waarin de bevolking vindt dat de gezondheidszorgkosten in het maandelijks beschikbare budget passen. Ook wordt de vraag gesteld of men gedurende de afgelopen 12 maanden omwille van financiële redenen gezondheidszorgen heeft uit- of afgesteld.

## **Sociaal-economische verschillen in gezondheid**

In Vanroelen (2001) wordt nagegaan of de Belgische Gezondheidsenquête op sociaal-economische gradiënten wijst inzake gezondheid. Ook verschillen tussen mannen en vrouwen, tussen de uiteenlopende gezinstypes en verschillen naargelang de activiteitsstatus op de arbeidsmarkt werden onderzocht. Voor veel gezondheidsaspecten blijkt dat respondenten met een hogere sociaal-economische status een betere gezondheid hebben dan personen met een lagere SES. Het opleidingsniveau en het inkomen zijn daarbij over het algemeen de belangrijkste determinanten. Mensen met een hoge opleiding of een hoog inkomen hebben gemiddeld een duidelijk betere gezondheid dan laaggeschoolden en mensen in lage inkomenscategorieën. Daarnaast werd vastgesteld dat mannen meestal gezonder zijn dan vrouwen. Wat gezinstype betreft, scoren de alleenstaanden – en dan vooral de alleenstaande moeders - over de gehele lijn het slechtst. In verband met de activiteitsstatus tenslotte, werd vastgesteld dat de werklozen vaak te lijden hebben onder een minder goede gezondheid. Algemeen kunnen we uit de gezondheidsenquête besluiten dat laaggeschoolden, alleenstaande moeders, mensen met een laag inkomen en werklozen een verhoogd risico lopen op een slechte gezondheid.

## **Moeilijkheden met het betalen van gezondheidszorgkosten**

Hoe is het gesteld met de toegankelijkheid van de Belgische Gezondheidszorg? In de Belgische Gezondheidsenquête wordt aan de respondenten gevraagd of ze vinden dat deze kosten gemakkelijk, moeilijk of onmogelijk in het budget passen. Er werden duidelijke verschillen vastgesteld naargelang SES, geslacht, gezinstype en activiteitsstatus (Vanroelen, 2001).

**Tabel 1: Percentage respondentent dat zegt dat de gezondheidszorgkosten moeilijk of onmogelijk in het budget passen, naar equivalent inkomen, opleiding en activiteitsstatus**

		Gezondheidszorgkosten moeilijk / onmogelijk (%)
Equivalent inkomen <sup>1</sup> *	<20.000	70
	20.000-30.000	47
	30.001-40.000	40
	40.001-60.000	21
	>60.000	11
Opleidingsniveau **	Geen / lager onderwijs	39
	Lager secundair	33
	Hoger secundair	29
	Hoger onderwijs korte type	30
	Hoger onderwijs lange type / universiteit	26
Activiteitsstatus ***	Ziekte of handicap	54
	Gepensioneerd	39
	Actief of tijdelijk niet-actief	27
	Werkloos	39
	Huisman / huisvrouw	33

\*: gecontroleerd voor leeftijd, opleiding en beroepsstatus.

\*\* : gecontroleerd voor leeftijd, inkomen en beroepsstatus.

\*\*\*: gecontroleerd voor leeftijd, inkomen, opleiding en beroepsstatus

Bron: Vanroelen, 2001.

De sociale gradiënt is het duidelijkst wanneer we naar het inkomen kijken. In de hoogste inkomenscategorie stelt 'slechts' 11% dat het moeilijk of onmogelijk is de kosten voor gezondheidszorgen in het gezinsbudget te passen, in de laagste inkomenscategorie ligt dat percentage op 70%. Van de gehele steekproef stelt bijna een derde (32%) dat de kosten moeilijk of helemaal niet in het budget passen. Met andere woorden: één op drie Belgen vindt het moeilijk om gezondheidszorgkosten te betalen.

Ook naar opleidingsniveau zijn er verschillen. In de laagste opleidingscategorie heeft bijna 40% van de gezinnen moeilijkheden met het betalen van ziektekosten. In de hoogste categorie is dit percentage gezakt tot 26%.

Qua activiteitsstatus vallen de hoge cijfers voor de langdurig zieken en gehandicapten op. Meer dan de helft vindt het betalen van de kosten moeilijk of zelfs onhaalbaar. Zij worden daarin gevolgd door de gepensioneerden en de werklozen, waarvan 39% betalingsproblemen zegt te hebben.

<sup>1</sup> Het equivalent inkomen is het totale beschikbare gezinsinkomen, gedeeld door de coëfficiënt Q, waarbij Q= 1 voor de eerste volwassene + 0,5 voor elke bijkomende volwassene + 0,3 voor elk kind.

Er zijn daarnaast ook verschillen naargelang het gezinstype waartoe men behoort.

**Tabel 2: Percentage respondenten dat zegt dat de gezondheidskosten voor het gezin moeilijk of onmogelijk in het budget passen, naar gezinstype**

GEZINSTYPE*	Gezondheidszorgkosten moeilijk / onmogelijk (%)		
	Totaal	Mannen	Vrouwen
Alleenstaand zonder kinderen	34	27	42
Alleenstaand met kinderen	44	43	46
Koppel zonder kinderen	33	32	34
Koppel met kinderen	31	30	32
Andere	29	25	33

\*: gecontroleerd voor leeftijd, inkomen, opleiding en beroepsstatus. Met 'kinderen' worden alleen *inwonende* kinderen ten laste bedoeld.

Bron: Vanroelen, 2001.

In deze tabel valt op dat de alleenstaanden met kinderen erg vaak problemen hebben met het betalen van de kosten voor gezondheidszorgen. Zij hebben het op dit vlak duidelijk moeilijker dan andere gezinstypes. Daarnaast zien we dat vrouwen vaker betalingsmoeilijkheden melden dan mannen. Dit is zo binnen elke categorie, maar vooral bij de alleenstaanden zonder kinderen is het verschil erg groot. Voor vrouwen ligt dit cijfer zeer dicht bij het hoogste cijfer uit de tabel, met name dat van alleenstaande vrouwen met kinderen. Bij mannen daarentegen, zijn er relatief weinig problemen bij de alleenstaanden zonder kinderen.

## Uit- of afstel van gezondheidszorgen

Gezien de vele problemen met het betalen van gezondheidszorgen, hoeft het niet te verwonderen dat sommige gezinnen gezondheidszorgen uitstellen of zelfs afstellen omwille van financiële redenen. Ook hierin zijn er grote verschillen naargelang onder andere inkomen en opleidingsniveau.

**Tabel 3: percentage respondenten dat gedurende afgelopen 12 maanden gezondheidszorgen uit- of afstelde omwille van financiële redenen, naar inkomen, opleiding en activiteitsstatus.**

		Uit- of afstel van gezondheidszorgen (%)
Equivalent inkomen*	<20.000	28
	20.000-30.000	12
	30.001-40.000	10
	40.001-60.000	4
	>60.000	4
Opleidingsniveau **	Geen / lager onderwijs	11
	Lager secundair	9
	Hoger secundair	7
	Hoger onderwijs korte type	7
	Hog.Onderw. lange type/univ.	6
Zie verder p. 6		

Activiteitsstatus ***	Ziekte of handicap	21
	Gepensioneerd	12
	Actief of tijdelijk niet-actief	5
	Werkloos	14
	Huisman / huisvrouw	9

\*: gecontroleerd voor leeftijd, opleiding en beroepsstatus.

\*\* : gecontroleerd voor leeftijd, inkomen en beroepsstatus.

\*\*\*: gecontroleerd voor leeftijd, inkomen, opleiding en beroepsstatus

Bron: Vanroelen, 2001.

De resultaten liggen in dezelfde lijn als deze voor de moeilijkheden met het betalen van gezondheidszorgen. Voor inkomen stellen we een zeer sterke gradiënt vast, waarbij vooral de laagste inkomenscategorie opvalt. 28% van de respondenten in die categorie stelde gezondheidszorgen uit of af om financiële redenen. Dit wijst op een problematische toegankelijkheid van de Belgische gezondheidszorg voor de armsten in de samenleving.

Ook qua opleidingsniveau is de gradiënt duidelijk: naarmate het opleidingsniveau stijgt, neemt het percentage dat gezondheidszorgen uit- of afstelde af. Wat de activiteitsstatus betreft zijn er eveneens duidelijke verschillen. Meer dan een vijfde van de langdurig zieken en gehandicapten heeft in het jaar voorafgaand aan de gezondheidsenquête gezondheidszorgen uit- of afgesteld. Ook bij de werklozen en gepensioneerden ligt dit percentage hoog: het gaat respectievelijk om 14% en 12%.

Ook naargelang het gezinstype zijn er significante verschillen. Deze verschillen situeren zich bij de vrouwen.

**Tabel 4: percentage respondenten dat gedurende afgelopen 12 maanden gezondheidszorgen uit- of afstelde ovm financiële redenen, maar gezinstype.**

GEZINSTYPE*	Uit- of afstel van gezondheidszorgen (%)		
	Totaal	Mannen	Vrouwen
Alleenstaand zonder kinderen	11	9	14
Alleenstaand met kinderen	18	°	21
Koppel zonder kinderen	7	7	8
Koppel met kinderen	7	7	7
Andere	8	7	10

°: lege categorie

\*: resultaten gecontroleerd voor leeftijd, opleidingsniveau, inkomen en beroepsstatus.

Bron: Vanroelen, 2001.

Bij de vrouwen is er een duidelijk verschil tussen de alleenstaanden en de andere vrouwen. Alleenstaande vrouwen zonder kinderen hebben tweemaal zoveel kans op het uit- of afstellen van een behandeling als vrouwen met een partner. Bij de alleenstaande vrouwen mét kinderen is die kans zelfs drie keer zo groot. Bij de mannen daarentegen, is het verschil tussen alleenstaanden zonder kinderen en de andere gezinstypes niet groot. Over de alleenstaande mannen met kinderen kunnen we geen uitspraken doen, aangezien het om een lege cel gaat.

De gezondheidsenquête biedt tenslotte ook informatie over wie het gebruik van medicatie stopzette omwille van een verhoging van het remgeld. Ook voor deze variabele wordt een duidelijke gradiënt vastgesteld naargelang het inkomen en zijn er

substantiële verschillen naargelang de activiteitsstatus. Langdurig zieken en gehandicapten en werklozen zijn ook hier het vaakst getroffen. De verschillen naar opleidingsniveau zijn echter niet significant voor deze variabele. Qua gezinstype zijn het opnieuw de alleenstaande vrouwen en in het bijzonder de alleenstaande vrouwen met kinderen die er het slechtst uitkomen, maar de verschillen zijn kleiner dan bij de variabele over uit- of afstel van gezondheidszorgen (Vanroelen, 2001).

## **Risicoprofielen**

De Belgische Gezondheidsenquête toont duidelijk aan dat de toegankelijkheid van de Belgische gezondheidszorg voor verbetering vatbaar is. De gegevens laten ook toe een aantal kwetsbare groepen af te bakenen. Het gaat om bevolkingscategorieën die een verhoogd risico hebben op gezondheidsproblemen én op problemen in verband met het betalen van gezondheidszorgkosten. Een eerste zeer belangrijke categorie zijn de lage inkomens. Zij hebben een sterk verhoogd risico op een slechtere gezondheid en worden erg vaak geconfronteerd met betalingsmoeilijkheden, waardoor een belangrijk aantal van hen gezondheidszorgen uitstelt, stopzet of afstelt. Daarnaast springt de situatie van de langdurig zieken en gehandicapten in het oog. Meer dan een vijfde onder hen zegt gezondheidszorgen uitgesteld of geweigerd te hebben omwille van financiële redenen. Een andere kwetsbare categorie zijn de alleenstaande vrouwen en in het bijzonder de alleenstaande moeders. Zij hebben, ook na controle voor inkomen, een duidelijk hogere kans op een slechte gezondheid en op moeilijkheden met het betalen van gezondheidszorgen. Het uit- of afstellen van een behandeling komt bij alleenstaande moeders al even vaak voor als bij de zieken en gehandicapten. Tenslotte vermelden we de werklozen. Ook zij hebben een verhoogde kans op problemen in verband met gezondheid en in verband met financiële toegangs drempels tot de gezondheidszorg.

Met deze resultaten schept de Belgische Gezondheidsenquête een duidelijk algemeen beeld van een aantal sociaal-economische risicosituaties inzake gezondheid en gezondheidszorgkosten. Hoewel dit een grote verdienste is, blijft een deel van de problematiek onbelicht. Met name de vraag welke medische omstandigheden tot financiële probleemsituaties leiden, blijft onbeantwoord. De enquête kan immers geen zicht bieden op welke gezondheidszorgen de grootste betalingsproblemen teweegbrengen. Binnen het AGORA-project werd daarom een stap verder gezet. Op zoek naar meer gedetailleerde informatie over wanneer kwetsbare groepen precies in problemen komen, werd voor twee specifieke kwetsbare groepen – met name kankerpatiënten met financiële problemen en sociale franchise patiënten met hoge kosten - een diepgaandere analyse uitgevoerd. Het onderzoek over de kankerpatiënten biedt bovendien ook een uitgebreider zicht op het sociaal-economische profiel van de meest kwetsbaren in de gezondheidszorg. Op die manier worden de algemene gegevens uit de Belgische Gezondheidsenquête verder uitgewerkt en verfijnd.

In het volgende hoofdstuk gaan we dieper in op de bevindingen uit de studie bij kankerpatiënten. Het onderzoek over de sociale franchise patiënten zal in hoofdstuk 3 aan bod komen.



## **2. Kankerpatiënten die financiële hulp ontvingen van de Vlaamse Liga tegen Kanker**

### **Onderzoeksopzet**

Om een beeld te krijgen van de problematiek van kankerpatiënten werd in eerste instantie vertrokken van cijfergegevens van de Vlaamse Liga tegen Kanker. Meer bepaald werd een steekproef onderzocht van 540 kankerpatiënten die in 1998 van de Vlaamse Liga tegen Kanker een financiële tegemoetkoming ontvingen. Om voor een tegemoetkoming in aanmerking te komen, moet de patiënt voldoen aan een aantal criteria. Enerzijds wordt er een maximale inkomensgrens gehanteerd (afhankelijk van de gezinssamenstelling), anderzijds wordt een minimumgrens gesteld voor wat de kosten ten gevolge van de ziekte betreft. Alleen wie zich onder de inkomensgrens én boven de kostengrens bevindt, komt in aanmerking voor financiële steun. We kunnen dan ook stellen dat de bestudeerde steekproef een kwetsbare categorie vormt binnen de totale populatie van kankerpatiënten.

De Vlaamse Liga tegen Kanker beschikt voor elk van deze mensen over een uitgebreid dossier. Deze dossiers bevatten naast algemene informatie zoals leeftijd en geslacht, ook gegevens over de sociaal-economische positie van de patiënten. Inkomen, gezinssamenstelling, woningbezit, eventuele schuldenlast, inkomensbron, enzovoort worden daarbij nauwkeurig in kaart gebracht. Deze gegevens werden uit de dossiers gehaald en verwerkt tot een databank. Daaraan werden ook gegevens uit de bestaande databank van de Vlaamse Liga tegen Kanker gekoppeld, met name gegevens over de behandeling, de aard van de kanker en de uitgaven voor gezondheidszorgen. Op die manier verkregen we een nieuwe databank met gegevens over het sociale profiel en de ziektekosten van 540 kankerpatiënten.

Deze kwantitatieve aanpak werd aangevuld met een kwalitatieve benadering. We interviewden een aantal mensen “in het veld”. Zowel medewerkers van ziekenfondsen, maatschappelijk werkers van ziekenhuizen en OCMW's als vrijwilligers uit zelfhulpgroepen waren bereid tijd vrij te maken om hun ervaringen te delen en commentaren te geven bij de cijfergegevens. Daarnaast konden we terugvallen op verslagen in de patiëntendossiers bij de Vlaamse Liga tegen Kanker. De meeste patiëntendossiers bevatten namelijk een geschreven verslag van de maatschappelijk werker die het dossier voor de patiënt opstelt. Deze verslagen beschrijven telkens de specifieke situatie van de patiënt. De verslagen van de patiënten uit de steekproef werden in het onderzoek opgenomen. Vanzelfsprekend werd hierbij steeds gewaakt over de privacy van de patiënt. Op basis van deze gegevens kunnen we de resultaten dan ook iets ruimer kaderen en een aantal risicosituaties duidelijker afbakenen.

Hieronder geven we een aantal bevindingen uit de data-analyse weer die relevant zijn bij het zoeken naar een typologie van risicopopulaties. Daarbij gaan we eerst in op het sociale profiel van de patiënten in de steekproef. Daarna komen de kosten aan bod die de ziekte voor deze mensen met zich meebracht.

## **Bevindingen uit de data-analyse**

### **Het sociale profiel van de kankerpatiënten in de steekproef.**

Een van de belangrijkste elementen in het sociale profiel is het inkomen. De dossiers van de Vlaamse Liga tegen Kanker bieden accurate informatie over het inkomen tijdens de ziekteperiode van de kankerpatiënt. De inkomens van alle gezinsleden werden daarbij samengeteld. Het maandelijks inkomen tijdens de ziekteperiode bedraagt voor de alleenstaanden zonder kinderen gemiddeld iets minder dan 30.000 frank. De alleenstaanden met kinderen hebben niet veel meer: ze beschikken gemiddeld over iets meer dan 33.000 frank. Deze alleenstaande ouders zijn in nagenoeg alle gevallen vrouwen. Met dat inkomen moeten ze behalve zichzelf ook 1 tot 5 kinderen onderhouden. Hun financiële situatie is dan ook vaak erg precair.

Voor de koppels zonder kinderen ligt het gemiddelde maandelijkse inkomen op ongeveer 42.500 frank; voor koppels met kinderen is het gemiddelde inkomen iets hoger dan 53.000 frank. Over het algemeen liggen de inkomens van de patiënten in de steekproef dus laag. Toch zijn er binnen de steekproef nog vrij grote verschillen in inkomen. Een aantal gezinnen had relatief gezien een behoorlijk inkomen, een ander deel leefde in regelrechte armoede. Voor de alleenstaanden zonder kinderen en de koppels zonder kinderen was het mogelijk het inkomen te vergelijken met de armoedegrens<sup>2</sup>. Daarbij stelden we vast dat ongeveer een kwart onder hen (24%) onder de armoedegrens leeft.

De gemiddelde leeftijd van de patiënten in de steekproef is 59 jaar. Wat de inkomensbron betreft, zien we dat de meerderheid (53%) gepensioneerd is. Een andere grote categorie zijn de patiënten met een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid (31%). 7% van de steekproef heeft geen eigen inkomen. Daarbij gaat het uitsluitend om thuiswerkende vrouwen. Tenslotte bleef er een restcategorie over van 10%. Dit zijn mensen die leven van een bestaansminimum, een werkloosheidsuitkering, een loon, alimentatiegeld, enzovoort. We noemen dit de categorie van de ‘andere inkomens’.

In veel gevallen gaat er van het inkomen een substantieel deel naar kosten voor huisvesting: 42% van de steekproef is huurder en 12% betaalt een hypotheek af. De huurders betalen gemiddeld ongeveer 9.500 frank voor hun woning; de gemiddelde maandelijkse hypotheekaflossing bedraagt iets meer dan 15.500 frank. Zoals te verwachten zijn degenen met uitgaven voor huur of hypotheek meestal iets jongere patiënten. Vooral alleenstaanden met kinderen – waarvan we hoger zagen dat ze het vaak met een erg laag inkomen moeten stellen – en koppels met kinderen hebben vaak uitgaven voor huisvesting. Gepensioneerden hebben het vaakst een afbetaalde woning, patiënten met een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid het minst vaak.

Nogal wat patiënten in de steekproef hebben schulden of hebben leningen aangegaan. Bij sommigen gaat het om onbetaalde ziekterekeningen, bij anderen om leningen bij de bank of bij vrienden, aankopen op afbetaling, schulden bij de overheid, bij de

---

<sup>2</sup> De armoedegrens voor België lag in 1997 op 23.600 frank. Dit betekent dat alle gezinnen met een equivalent inkomen lager dan dit bedrag zich onder de armoedegrens bevinden. Voor de betekenis en berekening van het equivalent inkomen verwijzen we naar Cantillon et al., 1999.

telefoonmaatschappij, enzovoort. Hypotheken buiten beschouwing gelaten, heeft ongeveer een kwart van de steekproef schulden of leningen. De maandelijkse afbetaling loopt in sommige gevallen erg hoog op. Net als voor huisvestingskosten, zien we dat degenen met schulden vaak relatief jonge kankerpatiënten zijn, die geen afbetaalde woonst hebben. Opnieuw zijn de alleenstaanden met kinderen en de koppels met kinderen oververtegenwoordigd. Respectievelijk 48% en 43% onder hen heeft niet-hypothecaire schulden of leningen. Gepensioneerden hebben het minst vaak schulden; patiënten die leven van een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid (40%) of geen eigen inkomen hebben (thuiswerkende vrouwen) (47%) hebben wel vaak een schuldenlast.

57,5% van de steekproef ondernam stappen om door een andere hulpinstantie dan de Vlaamse Liga tegen Kanker - het OCMW, het Ministerie van Sociale Zaken, het Fonds voor Beroepsziekten, enzovoort - geholpen te worden. Op het ogenblik waarop de gegevens de Vlaamse Liga tegen Kanker bereikten, was een groot deel van de aanvragen echter nog in beraad, waardoor we niet kunnen achterhalen of de aanvragers ook daadwerkelijk steun ontvangen hebben. Slechts voor 24,5% van de steekproef kunnen we met zekerheid stellen dat ze ergens – financiële of andere – steun kregen.

### **De problematiek : ziekte, behandeling en kosten**

De patiënten in de steekproef gaven gemiddeld 84.502 frank uit aan kosten ten gevolge van de ziekte en dit over een tijdspanne van maximum één jaar. Vaak was deze periode korter dan een volledig jaar, bijvoorbeeld wanneer de patiënt binnen het jaar was overleden. Onder ziektekosten verstaan we de persoonlijke bijdragen van de patiënten, dus na een eventuele terugbetaling vanuit het ziekenfonds. De cijfers omtrent de ziektekosten moeten echter enigszins genuanceerd worden, vermits we niet konden nagaan hoeveel van de kosten nog wordt terugbetaald via de franchiseregeling. Alle patiënten samen gaven meer dan 45 miljoen uit. Meer dan de helft daarvan ging naar ziekenhuisfacturen, ongeveer een vierde was nodig voor het bekostigen van de geneesmiddelen. Deze twee posten wegen dan ook veruit het zwaarst door. Wanneer we de gemiddelde kost per gebruiker nagaan, blijkt dat daarnaast ook gezins- en bejaardenhulp duur uitvalt.

Onderstaande tabel geeft voor de verschillende uitgavenposten de totale kost voor de ganse steekproef en de gemiddelde uitgave per gebruiker weer.

**Tabel 5 : ziektekosten over maximum één jaar per uitgavenpost : gemiddelde per betrokken patiënt, mediaan en totaal**

	# BETROK-KEN PATIËNTEN	Gemiddelde uit- gave per betrokken patiënt	Mediaan	TOTAAL UITGAVEN VOOR ALLE BETROK-KEN PATIËNTEN SAMEN
Gezins- en bejaardenhulp	96	30 .926	22.585	2.968.903
Geneesmiddelen	411	27 .328	21.147	11.231.685
Ziekenhuisfacturen <sup>3</sup>	508	50 .242	38.992	25.523.139
Kinesithérapie <sup>4</sup>	61	8 .714	5.854	531.538
Pruik of prothese	56	10. 856	7.150	607.939
Raadpleging <sup>5</sup>	282	7 .648	5.990	2.156.605
Verplaatsing <sup>6</sup>	97	6 .068	3.400	588.558
Verzorgingsmateriaal	87	11.073	6.148	963.318
Andere	33	22 .608	9.600	746.076
Totaal				45.317.761

Ongeveer 80% van de patiënten werd minstens één maal gehospitaliseerd. De gemiddelde totale verblijfsduur bedraagt 37 dagen, de helft van de patiënten verbleef echter niet langer dan 25 dagen in het ziekenhuis.

In verband met de behandelingen zien we dat drie therapievormen zeer frequent voorkomen, met name heilkundige ingrepen, chemotherapie en radiotherapie. Elk van deze therapieën wordt bij meer dan de helft van de patiënten toegepast. 10% van de patiënten kreeg een hormonale behandeling. Andere therapie-vormen komen in onze steekproef zelden voor.

De Vlaamse Liga tegen Kanker keerde gemiddeld 13.731 frank uit per patiënt, wat overeenstemt met iets meer dan een zesde van de gemiddelde aangegeven kosten.

## Precaire situaties en risicofactoren

### Sociaal profiel

Welke risicofactoren kunnen we uit deze algemene categorieën afleiden? Op basis van de cijferresultaten van het onderzoek, de gesprekken met deskundigen die dagelijks met de problematiek worden geconfronteerd en de verslagen in de dossiers kunnen we een aantal typische sociaal-economische probleemsituaties bij kankerpatiënten op een rij zetten. Deze bevestigen grotendeels de algemene bevindingen uit de gezondheidsenquête.

#### 1. Alleenstaande moeders

De alleenstaande moeders vallen sterk op als kwetsbare groep. Het gaat vaak om gezinnen met een erg laag inkomen. Sommigen onder hen waren tevoren

<sup>3</sup> Zowel kosten voor ambulante zorgen als voor opnamen zijn in deze post vervat. Ook consultaties binnen het ziekenhuis en waarvoor vanuit het ziekenhuis een factuur werd opgemaakt, zijn inbegrepen.

<sup>4</sup> Alleen de kinesithérapie buiten een ziekenhuis is opgenomen. Kosten voor kinesithérapie tijdens de hospitalisatie zijn inbegrepen bij de ziekenhuisfacturen.

<sup>5</sup> Onder "raadpleging" verstaan we consultaties van huisarts of specialist buiten het ziekenhuis.

<sup>6</sup> De verplaatsingskosten zijn de door de patiënt zelf betaalde kosten voor de verplaatsing van de patiënt van en naar het ziekenhuis.

thuiswerkend en leven van het alimentatiegeld dat hun vroegere echtgenoot betaalt. Anderen zijn werkloos of hebben een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid. Wanneer zij langdurig ziek zijn, hebben zij behalve de medische kosten vaak ook extra uitgaven voor gezinshulp en kinderopvang, waardoor hun totale kost ten gevolge van de ziekte vaak hoger ligt dan bij andere kankerpatiënten.

## 2. Arme gepensioneerden

Bejaarden met een klein pensioen waren eveneens een vaak terugkerende risicocategorie. Hun pensioen reikt niet verder dan het minimum om te overleven. Wanneer zij geen spaargeld opzij hebben staan, kunnen zij de kosten ten gevolge van kanker niet betalen. Uit de dossiers blijkt dat deze mensen hun armoede vaak erg lang verborgen houden en het als een blaam zien wanneer ze om financiële hulp moeten vragen. Aankloppen bij een OCMW bijvoorbeeld, willen velen tot elke prijs vermijden. We kunnen dan ook vermoeden dat armoede bij de bejaarden vaak onderschat wordt.

## 3. Vervangingsinkomen

Langdurig werklozen, bestaansminimumtrekkers, gehandicapten, enzovoort, bevinden zich vaak in een gelijkaardige situatie als de categorie van de arme gepensioneerden: hun inkomen volstaat om te overleven wanneer ze gezond zijn, maar extra uitgaven ten gevolge van ziekte zijn (bijna) onhaalbaar. Wanneer zij reeds geruime tijd moeten rondkomen met een vervangingsinkomen, is de kans bovendien klein dat ze voldoende spaargeld opzij hebben gezet.

## 4. Lage inkomens uit arbeid

Mensen met een erg laag inkomen uit arbeid –veelal laaggeschoolden - worden wel eens vergeten als kwetsbare groep. Soms is hun inkomen niet veel hoger dan een vervangingsinkomen, wat weinig kansen biedt om te sparen. Een substantiële uitgave ten gevolge van ziekte is daarom ook voor deze mensen niet altijd haalbaar.

## 5. Deeltijds werkenden

Ook deeltijds werkenden zijn een typisch voorbeeld van een categorie die het vaak niet makkelijk heeft in geval van ziekte. Wanneer deeltijds werkenden op een vervangingsinkomen moeten terugvallen, wordt dit berekend op basis van hun deeltijdse wedde. Daardoor ligt dit vervangingsinkomen vaak lager dan een uitkering van bijvoorbeeld een langdurig werkloze. Toch krijgt de deeltijds werkende gedurende het eerste jaar van de ziekte geen verhoogde tegemoetkoming of sociale franchise. Alleenstaande moeders die de zorg voor hun kind(eren) combineren met een deeltijdse baan, zijn vaak dubbel kwetsbaar.

## 6. Zelfstandigen met een laag inkomen

Zelfstandigen met een laag inkomen zijn eveneens een kwetsbare groep in de gezondheidszorg. Wanneer zij ziek worden, kunnen zij gedurende de eerste maand van hun ziekte geen aanspraak maken op een uitkering wegens arbeidsongeschiktheid. Bovendien is de uitkering waarop zij daarna recht hebben niet hoog. Vaak hebben

deze mensen evenwel hoge vaste kosten voor de zaak, zoals aankopen op afbetaling of een hypotheek op een aangekochte bedrijfsruimte. Alleen al het feit dat zij niet meer kunnen werken kan ertoe leiden dat hun zaak failliet gaat. Bovendien hebben sommige kleine zelfstandigen omwille van hun laag inkomen geen verzekering voor kleine risico's aangegaan, waardoor een groot deel van de ziektekosten niet wordt terugbetaald.

## 7. Modale gezinnen met hoge uitgaven

Een laatste vaak terugkerend verhaal in het onderzoek naar de financiële problematiek van kankerpatiënten, is dat van het 'gewone' gezin zonder geldproblemen, dat toch in financiële nood komt wanneer de enige of de voornaamste verdiener kanker krijgt. Het gaat vaak om iets jongere gezinnen, die hoge vaste kosten hebben. In veel gevallen gaat het om gezinnen met kinderen, die een hypotheek hebben lopen, vaak ook een aankoop deden op afbetaling (bijvoorbeeld voor een wagen) en eventueel extra kosten hebben voor studerende kinderen. Deze gezinnen hebben vóór de ziekte een redelijke welstand, maar hebben daartoe hun (bijna) volledige inkomen nodig. Wanneer door ziekte de voornaamste bron van inkomen wegvalt en er een vervangingsinkomen in de plaats komt, betekent dit een substantieel verlies van inkomen. Tegelijkertijd nemen de kosten sterk toe. Deze twee factoren samen leiden al snel tot een verschil van 20.000 frank per maand – vaak veel meer – wat voor vele gezinnen op termijn een onhoudbare situatie is. Eenverdienersgezinnen zijn extra kwetsbaar in dit opzicht. Wanneer de enige verdiener ziek wordt, blijft er voor het ganse gezin alleen een vervangingsinkomen over. De eenverdienersgezinnen in de steekproef hadden het vaakst leningen of schulden.

Ook gepensioneerden met een modaal pensioen kunnen snel in een financiële probleemsituatie verzeilen als zij hoog oplopende kosten hebben.

Behalve deze sociaal-economische risicosituaties, kunnen we uit het onderzoek bij de kankerpatiënten ook een aantal risicosituaties opnoemen in verband met de gezondheidszorgkosten.

## Ziektekosten

### 1. Geneesmiddelen

De uitgaven die de kankerpatiënten in de steekproef hadden voor geneesmiddelen, liggen zeer hoog. Tabel 5 (zie supra) laat duidelijk zien dat er voor de uitgavenpost geneesmiddelen een combinatie bestaat van een groot aantal betrokkenen en een hoge uitgave per persoon. Geneesmiddelen zijn bovendien vooralsnog niet opgenomen in de sociale correctiemaatregelen.

### 2. Hospitalisatie

Ook de kosten voor een hospitalisatie lopen bij de kankerpatiënten vaak hoog op. Bovendien mag men niet vergeten dat een opname in een ziekenhuis ook een deel onrechtstreekse kosten met zich meebrengt, zoals opvang van de kinderen en vervoersonkosten om een opgenomen gezinslid te bezoeken. Tenslotte moeten we opmerken dat een deel van de ziekenhuisfactuur niet opgenomen is in de sociale correctiemaatregelen.

### 3. Afhankelijkheidskosten

In verband met de afhankelijkheidskosten denken we in de eerste plaats aan de kosten voor gezinszorg. Per gebruiker in de steekproef werd daaraan bijna 31.000 frank uitgegeven. Uit de interviews en de verslagen van de maatschappelijk werkers blijkt dat het voor sommige patiënten financieel onmogelijk is om op gezinszorg beroep te doen. Ook kosten voor maaltijdbedeling vanuit het OCMW en de huur van hulpmateriaal – zoals speciale ziekenbedden en rolstoelen – kunnen hoog oplopen. Verzorgingsmateriaal, zoals verbanden en incontinentiemateriaal, kan eveneens hoge kosten meebrengen. Tenslotte zijn een aantal specifieke noden, zoals sondevoeding thuis, niet opgenomen in de ziekteverzekering. Er is de afgelopen jaren een aantal correctiemaatregelen genomen om aan deze afhankelijkheidskosten tegemoet te komen, maar daarbij komen vaak niet alle patiënten in aanmerking.

## 3. Sociale franchise patiënten

### Onderzoeksopzet

In dit derde hoofdstuk bespreken we de risicofactoren die we terugvonden in de studie naar sociale franchisepatiënten. De onderzoekspopulatie van deze studie zijn de gerechtigden op de sociale franchise die gedurende drie opeenvolgende jaren (1997-1998-1999) het remgeldplafond van de sociale franchise overschreden. Het mutualistische gezin waartoe zij behoren kreeg met andere woorden in 1997, 1998 en 1999 telkens een terugbetaling in het kader van de sociale franchise.

Aangezien het om mensen gaat die in aanmerking komen voor de sociale franchise, weten we dat het per definitie om lage inkomenscategorieën gaat. Daarnaast overschreden hun gezinnen het remgeldplafond van 15.000 frank per jaar, wat betekent dat de werkelijk betaalde gezondheidszorgkosten veel hoger liggen dan dat bedrag. Het gaat dus net als bij de kankerpatiënten om een categorie van mensen met een laag inkomen en hoge uitgaven ten gevolge van ziekte.

Voor het onderzoeken van deze populatie werd gewerkt met cijfergegevens van de Landsbond van Christelijke Mutualiteiten. Er zijn in totaal 2664 personen die bij de LCM zijn aangesloten en die in een gezin leven dat van 1997 tot 1999 telkens een terugbetaling kreeg in het kader van de sociale franchise. De cijfers waarover wij voor het onderzoek konden beschikken, geven de bedragen in de remgeldteller van 1999 weer. De uitgegeven bedragen werden uitgesplitst per zorgcategorie. De beschikbare cijfers waren individueel: alle betrokkenen uit de sociale franchise gezinnen in de studie werden afzonderlijk opgenomen, dus ook de personen ten laste. Een kind ten laste op het ziekenfondsboekje van een langdurig werkloze bijvoorbeeld, is afzonderlijk weergegeven in het gegevensbestand. Het reconstrueren van de uitgaven op gezinsbasis was niet mogelijk. Andere nadelen waren dat we moesten werken met geaggregeerde gegevens en dat we bijna geen informatie konden inwinnen over het sociale profiel van de patiënt. Het voordeel van deze ziekenfondscijfers is dat we een gedetailleerd beeld krijgen van de kosten die deze mensen hebben gehad ten gevolge van ziekte. Het gaat daarbij evenwel uitsluitend om kosten die opgenomen worden in de remgeldteller, wat slechts een beperkt deel is van de totale kosten ten gevolge van ziekte.

### Analyseresultaten

In eerste instantie analyseerden we de gegevens voor de populatie als geheel. We stelden vast dat de meerderheid van de individuen in de populatie voor zichzelf alleen – dus zonder de eventuele andere leden van het mutualistisch gezin – voldoende remgeld betaalde om het plafond van de sociale franchise te overschrijden. Gemiddeld bedroeg de individuele remgeldteller 16.443 frank.

Voor het *RIZIV* waren de grootste kosten in dalende volgorde deze voor (1) hospitalisatie, (2) thuisverpleging, (3) ambulante kinesitherapie, (4) verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis en (5) farmaceutische specialiteiten voor gehospitaliseerde



patiënten. Wanneer we de *remgeldtellers voor de gehele populatie* optelden, wogen daarbij de kosten voor (1) ambulante kinesitherapie, (2) raadpleging van huisarts, (3) hospitalisatie, (4) verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis en (5) kinesitherapie voor gehospitaliseerde patiënten zwaar door. Deze zware uitgavenposten voor de patiënt vallen dus slechts gedeeltelijk samen met de grote uitgavenposten voor het RIZIV.

**Tabel 6: De grootste vijf uitgavenposten voor het RIZIV en in de remgeldteller, totale populatie, 1999.**

RIZIV-uitgaven		Uitgaven in remgeldteller	
Hospitalisatie	374.241.487	Kine ambulante	12.117.989
Thuisverpleging	169.521.351	Huisarts	7.604.757
Kine ambulante	81.915.213	Hospitalisatie	7.254.255
Psychiatrie	74.628.040	Psychiatrie	2.764.212
Farmaceut. Spec. Gehosp.	54.780.468	Kine gehospital.	2.189.854
Totaal	755.086.559	Totaal	31.931.067
% v. RIZIV-totaal	62%	% v. remgeldteller-totaal	73%

Wanneer we kijken naar het *remgeldbedrag* dat werd opgehoest *per gebruiker* van elke zorgcategorie, ziet het beeld er als volgt uit. De betaalde remgelden per betrokken gebruiker zijn het grootst voor (1) verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis, gevolgd door (2) intramurale revalidatie, (3) ambulante kinesitherapie, (4) thuisverpleging en (5) hospitalisatie. Ook tussen deze categorieën zijn er grote verschillen: zo is de gemiddelde uitgave per betrokkene meer dan drie keer zo hoog voor verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis als voor hospitalisatie. Ambulante kine en hospitalisatiekosten zijn daarbij uitgavenposten met een groot aantal gebruikers.

**Tabel 7: zorgcategorieën met hoogste remgeldbedrag per gebruiker, 1999.**

Zorgcategorie	Aantal gebruikers	Gemiddeld remgeldbedrag per gebruiker
Psychiatrie (H)	133	20.784
Revalidatie (H)	55	14.232
Kinesitherapie (A)	1.291	9.387
Thuisverpleging	150	7.773
Hospitalisatie	1.149	6.314

Het RIZIV zag 39% van haar totale uitgaven gaan naar kosten voor ambulante verzorging, 59% naar hospitalisatiekosten en 2% naar terugbetalingen in het kader van de sociale franchise. Deze laatste vormen dus slechts een zeer beperkt aandeel van het totale RIZIV-budget. Van de totale remgelduitgaven van de patiënten zelf gaat bijna tweederde (64%) naar ambulante kosten en 36% naar hospitalisatiekosten.

We maakten ook een indeling naargelang de bedragen in de persoonlijke remgeldteller. Drie categorieën werden onderscheiden. Daaruit leerden we dat 42% van de populatie op persoonlijke basis minder dan 15.000 frank remgeld in de teller had in 1999. Op zichzelf bereikten zij het plafond van de sociale franchiseregeling dus niet. Bijna de helft van de populatie (48% ) heeft een remgeldteller tussen 15.000 en

30.000 frank. De overige 10% tenslotte, heeft een persoonlijke remgeldteller van meer dan 30.000 frank.

Tussen deze drie categorieën van de remgeldteller zijn er een aantal verschillen. Zo zien we dat de hospitalisatiekosten een steeds groter aandeel van de totale kosten innemen naarmate we naar een hogere remgeldcategorie overgaan. Dit geldt ook voor de RIZIV-uitgaven: van het bedrag dat het RIZIV voor de patiënten betaalt, neemt het aandeel van de hospitalisatiekosten toe van de laagste remgeldcategorie naar de hoogste.

Minder verschil is er voor wat de duurste zorgcategorieën betreft: voor elk van de drie remgeldcategorieën blijkt dat (1) ambulante kinesitherapie, (2) verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis, (3) intramurale revalidatie en (4) hospitalisatie behoren tot de grootste vijf uitgavenposten, al is de volgorde van deze zwaarste uitgavenposten niet steeds dezelfde. Deze uitgavenposten vormen dan ook de grootste risicosituaties.

## 4. Naar een typologie van risicopopulaties?

De gegevens uit de Belgische Gezondheidsenquête bieden een zicht op de bevolkingsgroepen die het moeilijk hebben met het betalen van hun gezondheidszorgkosten. Uit de studie over de kankerpatiënten konden we een aantal sociaal-economische risicoprofielen schetsen en kregen we een zicht op een aantal problematische uitgavenposten. De studie over de sociale franchise patiënten tenslotte, levert informatie over een aantal zorgcategorieën met een hoge remgeldkost per betrokkene. De vraag die we ons hier stellen is in hoeverre deze onderzoeken toelaten een algemeen geldende typologie van risicosituaties op te stellen.

Daarbij kunnen we opnieuw een onderscheid maken tussen risicofactoren in verband met het sociale profiel van de patiënten enerzijds en risicofactoren in verband met medische kosten anderzijds.

Wat het sociale profiel betreft, hebben we representatieve gegevens voor België kunnen toetsen aan en aanvullen met bevindingen bij een specifieke kwetsbare groep van kankerpatiënten. De combinatie van beide onderzoeken zet ons op die manier een aardig stuk op weg om tot een algemeen geldende typologie te komen. Immers, door vanuit beide invalshoeken te werken, kunnen we de voordelen van beide studies samenbrengen. De Belgische Gezondheidsenquête is representatief, maar werkt noodgedwongen met vrij algemene categorieën en variabelen. De studie bij de kankerpatiënten daarentegen, heeft het voordeel van een betere diepgang en brengt specifieke problematische toestanden aan de oppervlakte. Door beide studies naast elkaar te leggen, krijgen we dan ook erg waardevolle aanknopingspunten voor een typologie van risicosituaties. In beide studies komen dezelfde grote lijnen terug. Alleenstaande moeders, mensen die leven van een vervangingsinkomen en lage inkomenscategorieën in het algemeen, blijken kwetsbare groepen te zijn in de gezondheidszorg. Een belangrijk aantal van hen stelt gezondheidszorgen uit omwille van financiële redenen. Vanuit het onderzoek bij kankerpatiënten kunnen we deze algemene trend aanvullen met enkele specifieke risicosituaties, zoals alleenstaanden die deeltijds werken en zelfstandigen met een laag inkomen.

Kunnen we op basis van deze twee studies spreken van een algemeen geldende typologie? Wellicht niet. We hebben algemene trends aangevuld met specifieke probleemsituaties die we bij een bepaalde steekproef van kankerpatiënten konden vaststellen. Maar om tot een algemeen geldende typologie te komen is het wenselijk nog meer materiaal toe te voegen. Toch is er zeker een belangrijke aanzet gegeven voor het opbouwen van een typologie.

Moeilijker ligt het voor wat de medisch-financiële risicosituaties betreft. Hier stelt zich de vraag welke medische omstandigheden we als risicofactoren kunnen beschouwen in verband met de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Met andere woorden: welke gezondheidszorgen zijn voor de patiënt het moeilijkst te bekostigen? In tegenstelling tot het sociale profiel, vinden we hier geen aanknopingspunten bij de Belgische Gezondheidsenquête. We hebben dus alleen informatie uit de studie bij kankerpatiënten en sociale franchise gezinnen. Aangezien het daarbij om specifieke onderzoeks populaties gaat, kunnen we geen algemeen geldende typologie opstellen. We kunnen wel een aantal knelpunten aanduiden die uit onze twee onderzoeken naar voren komen. Zo bleek bij de kankerpatiënten dat de kosten voor geneesmiddelen

hoog opliepen. Ook de hospitaalfacturen waren een belangrijke kostenpost. In beide gevallen gaat het om een uitgavenpost waarmee een groot deel van de patiënten wordt geconfronteerd en waarbij een hoge kost per gebruiker werd vastgesteld. Daarnaast vielen kosten op zoals deze voor gezinszorg en verzorgingsmateriaal, die voor sommige patiënten tot een belangrijke extra uitgave leiden bovenop de medische zorgen. In de studie bij de sociale franchise patiënten lagen vooral de kosten op voor verblijf in een psychiatrische instelling, thuisverpleging, intramurale revalidatie, ambulante kinesitherapie en hospitalisatie hoog. Deze studie biedt evenwel alleen informatie over de remgelden in de teller van de sociale franchise. Geneesmiddelen en afhankelijkheidskosten bijvoorbeeld, zijn daardoor per definitie niet opgenomen.

We kunnen dan ook besluiten dat voor wat het sociale profiel betreft, een belangrijke aanzet is gegeven voor het opstellen van de algemeen geldende typologie. Voor wat de medisch-financiële kant aangaat, komen we op basis van de data-analyses in het kader van de AGORA-opdracht niet verder dan een aantal aanknopingspunten. Een andere tekortkoming is dat de besproken onderzoeken wel op een aantal knelpunten wijzen, maar geen concrete aanwijzingen kunnen bieden voor het zoeken naar een oplossing vanuit het beleid.

Deze redenen hebben ertoe geleid dat we in een volgend project een stap verder willen zetten. Daarbij zullen we in eerste instantie zoeken naar bijkomende informatie uit andere Belgische databanken. Vervolgens zullen we via een Delphi-studie experts vragen om hun visie te geven op risicofactoren en kwetsbare groepen in de Belgische gezondheidszorg. Ook hun mening over mogelijke beleidsopties om deze problemen te verhelpen zal worden bevroegd. Op die manier zullen we in staat zijn een volwaardige typologie op te stellen, die rust op bevindingen uit databanken en de meningen van experts ter zake. Deze typologie zal bovendien gekoppeld zijn aan concrete richtingaanwijzers voor het beleid. Dit onderzoek over de kwetsbare groepen in de Belgische gezondheidszorg zal starten in maart 2001 en twee jaar in beslag nemen. Het wordt, net als voorliggende studie, gefinancierd vanuit de Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden.

## BIBLIOGRAFIE

Beck, M., 2000a. De financiële problematiek van kankerpatiënten: een analyse van gegevens van de Vlaamse Liga tegen Kanker. Vakgroep Medische Sociologie, VUB, Brussel.

Beck, M., 2000b. De “harde kern” van de sociale franchise. Een analyse van de patiënten die gedurende drie opeenvolgende jaren een uitkering hebben ontvangen in het kader van de sociale franchise-regeling. Vakgroep Medische Sociologie, VUB, Brussel.

Cantillon, B., et al., 1999. Sociale indicatoren 1976-1997. CBS-berichten, mei 1999, UFSIA, Antwerpen.

Vanroelen, C., 2001. Sociaal-economische verschillen in gezondheidsfactoren en toegankelijkheidsproblemen in de Belgische gezondheidszorg: een analyse van de Belgische Gezondheidsenquête van 1997. Vakgroep Medische Sociologie, VUB, Brussel.