



Proef ingediend met het oog op het behalen
van de graad van Master in de Agogische Wetenschappen

EEN ZORGELOZE OUDE DAG?

**Een kwantitatief onderzoek naar de zorguitgaven van
kwetsbare, thuiswonende ouderen**

BRITT MONDELAERS
Academiejaar 2016 - 2017

Aantal woorden: 13393

Promotor: Prof. Dr. Liesbeth De Donder

Begeleider: Bram Fret

Psychologie & Educatiewetenschappen

SAMENVATTING MASTERPROEF
(na het titelblad inbinden in de masterproef + 1 keer een afzonderlijk A4-blad)

Naam en voornaam: Britt Mondelaers

Rolnr.: 05272634

KLIN
AO
ONKU
AGOG

Titel van de Masterproef: Een zorgeloze oude dag? Een kwantitatief onderzoek naar de zorguitgaven van kwetsbare, thuiswonende ouderen

Promotor: Prof. Dr. Liesbeth De Donder

Begeleider: Bram Fret

SAMENVATTING: (300 WOORDEN)

Uit de literatuur blijkt dat het aandeel ouderen, 65-plussers, tegen 2060 zal verdubbelen tegenover 2010 in Europa. Onze maatschappij komt hierdoor voor grote uitdagingen te staan. Eén van de uitdagingen is de betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Door de stijging van het aantal ouderen, zal ook het aantal thuiswonende ouderen met zorgnoden toenemen. Dit zal vermoedelijk leiden tot een stijging van de vraag naar gezondheidsdiensten. Een toegankelijk aanbod van diensten en zorg is noodzakelijk om ouderen met zorgnoden op te vangen. In deze masterproef wordt de financiële situatie van thuiswonende ouderen met zorgnoden onderzocht. Dit gebeurt aan de hand van een kwantitatief onderzoek, door middel van een enquête afgenomen bij 173 ouderen. Inkomsten worden in dit onderzoek breder opgevat dan louter het pensioen. Ook bij de uitgaven is er verder gekeken dan enkel de medische kosten. Zo nemen de woonkosten (36%), leefkosten (32%), en welzijnskosten (11%) ook een grote hap uit hun budget. Indien we dan het verschil maken tussen de inkomsten en de uitgaven, merken we op dat 35% van de deelnemers aan het eind van de maand een negatief saldo heeft, en dus niet rond komt met zijn inkomsten om zijn uitgaven te betalen. Deze resultaten bieden de beleidsmakers de kans om in te spelen op de noden van ouderen. Door de vergrijzing vergt de ouderenzorg de komende jaar veel extra investeringen. Een belangrijke aanbeveling voor verder onderzoek is dan ook onderzoek naar de situatie van thuiswonende ouderen, zodat er op micro-niveau een beeld kan gevormd worden, waarop beleidsmakers zich kunnen baseren. Om de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar te laten blijven, is er nood aan nieuwe financieringsmodellen.

DANKWOORD

Deze masterproef vormt het einde van mijn masteropleiding Agogische Wetenschappen. In mijn driejarige lerarenopleiding heb ik praktijkervaring opgedaan, waarna ik mijn achtergrondkennis tijdens deze masteropleiding heb kunnen verdiepen. Doorheen mijn studentenleven ben ik als persoon gegroeid, zowel op persoonlijk als academisch vlak. Ik heb nieuwe vriendschappen gesloten en vooral genoten van het studentenleven. Na vijf jaar studeren ben ik dan ook klaar om mijn bijdrage aan de maatschappij te leveren, waar ik mijn opgedane kennis kan inzetten.

Deze masterproef is mede tot stand door de hulp en steun van anderen. Graag wens ik dan ook via deze weg een aantal mensen uitdrukkelijk te bedanken om deze thesis mee tot een goed einde te brengen.

In de eerste plaats wil ik mijn promotor Prof. Dr. Liesbeth De Donder en mijn begeleider Bram Fret bedanken. Zij hebben mij de kans gegeven om mij te verdiepen in de financiële kant van ouder worden, een onderwerp dat mij zeer nauw aan het hart is gaan liggen. Hun opmerkzaamheid, enthousiasme en opbouwende feedback waren van groot belang. Ik wil hen graag bedanken voor al hun tijd die ze samen met mij gependend hebben aan deze masterproef.

Verder iedereen bedanken die mijn enquête heeft afgenomen, namelijk: de verzekeringsmaatschappij DKV, het zorgproeftuinproject 'Actief Zorgzame Buurt' en de 3de bachelor studenten Agogische wetenschappen. En niet te vergeten alle ouderen die de vragenlijst hebben ingevuld.

Ik wil ook mijn vrienden en familie danken voor alle steun en feedback, voor mij te helpen door te moeilijke momenten, maar ook voor alle fijne momenten. In het bijzonder wil ik enkele personen bedanken: mijn vriend, Jeroen, voor alle steun en al het naleeswerk. Zonder hem was me dit nooit gelukt. Mijn ouders omdat ze mij de kans hebben gegeven om te studeren en altijd in mij geloofd hebben. Tot slot wil ik Emily bedanken om mijn masterproef na te lezen.

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting: (300 woorden)	III
Dankwoord	IV
Deel 1: Literatuur	- 1 -
1 Probleemstelling	- 1 -
2 Literatuurstudie	- 3 -
2.1 Inkomens van ouderen.....	- 3 -
2.2 Woonzorg	- 6 -
2.3 Betaalbaarheid van de ouderenzorg	- 7 -
2.4 Conclusie.....	- 11 -
3 Onderzoeksvragen/conceptueel model.....	- 12 -
Deel 2: Data en methode	- 13 -
1 Deelnemers.....	- 13 -
2 Algemene onderzoeksopzet	- 15 -
3 Onderzoeksmateriaal.....	- 16 -
3.1 Variabelen	- 16 -
4 Analyseprocedure	- 17 -
Deel 3: Resultaten	- 18 -
1 Het inkomen.....	- 18 -
2 De uitgaven	- 20 -
2.1 Woonkosten per maand	- 20 -
2.2 Leefkosten per maand	- 21 -
2.3 Vrijetijdskosten per maand	- 22 -
2.4 Kosten medisch en verzorgingsmateriaal per maand	- 22 -
2.5 Kosten professionele hulp per maand	- 23 -
2.6 Kosten informele hulp per maand	- 25 -

2.7	Totale huishoudkosten per maand.....	- 26 -
2.8	Grote kosten huishouden per jaar	- 26 -
3	Overschot of tekort op het einde van de maand?	- 28 -
4	Waarom zou men meer willen besteden?.....	- 29 -
5	Analyses van risicogroepen	- 33 -
Deel 4: Discussie en conclusie		- 36 -
1	Bespreking	- 36 -
1.1	Wat kost thuiswonen met zorgnoden aan ouderen?.....	- 36 -
1.2	Hoe ziet het leefbudget eruit van thuiswonende ouderen met zorgnoden?.....	- 36 -
1.3	Hoeveel houden thuiswonende ouderen met zorgnoden maandelijks over?	- 38 -
1.4	Zijn er bepaalde risicogroepen van thuiswonende ouderen met zorgnoden waarbij de uitgaven groter zijn dan de inkomsten?	- 38 -
2	Beperkingen eigen onderzoek	- 40 -
3	Aanbevelingen verder onderzoek	- 41 -
4	Praktische en beleidsaanbevelingen.....	- 42 -
5	Conclusie	- 43 -
Referentielijst		- 44 -
Bijlagen		- 50 -
	Bijlage 1: Vragenlijst.....	- 50 -
	Bijlage 2: Afhankelijke variabelen	- 66 -

1 PROBLEEMSTELLING

Vergrijzing is één van de grote maatschappelijke uitdagingen van de 21^{ste} eeuw. Het percentage 65-plussers zal stijgen van 17% in 2010 naar 30% in 2060 in Europa. Dit stelt grote uitdagingen aan de verzorgingsstaat. In 2060 zal er voor iedere werkende persoon één gepensioneerde zijn (Borsch-Supan e.a., 2013). Ook zal er een vergrijzing binnen de vergrijzing plaatsvinden en zal de groep van 80-plussers absoluut en proportioneel zeer sterk toenemen (Regueras & Verniest, 2014). Dit zal vermoedelijk leiden tot een aanzienlijk hogere behoefte aan gezondheidszorg. Er wordt ook aangenomen dat het totaal aantal thuiswonende kwetsbare ouderen in Europese landen zal toenemen. Passende maatregelen bij de algemene dagelijkse activiteiten en een toegankelijk aanbod van diensten en zorg kunnen ouderen helpen om thuis te blijven wonen (De Donder e.a., 2014; Hoeck e.a., 2012).

Europese lidstaten streven ernaar dat hun burgers toegang hebben tot veilige en effectieve gezondheidszorg. Er zijn al inspanningen geleverd om de belemmeringen tot de gezondheidszorg te verminderen voor kwetsbare groepen. Bovendien staat de verbetering van de toegang tot de gezondheidszorg als één van de prioritaire doelstellingen voor de bevordering voor de sociale integratie en gelijke kansen (Allin & Masseria, 2009). In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest vindt 15% van de bevolking de thuiszorg onbetaalbaar. Zo stelt één op negen Brusselse ouderen boven de 75 jaar gezondheidsuitgaven uit omwille van financiële moeilijkheden (De Donder e.a., 2014).

De grote meerderheid van de ouderen komt niet toe met hun inkomen om een rusthuisverblijf te betalen. De kloof tussen het gemiddeld pensioen en de totale rusthuisfactuur is groot (Socialistische Mutualiteiten, 2016). Verder worden het aantal rust- en verzorgingsbedden in ziekenhuizen teruggeschoefd (Vlaams Parlement, 2015) en is het vaak lang wachten voordat er plaats vrij komt in de gekozen ouderenvoorziening (Vogels, 2009). Er vindt een vermaatschappelijking van de zorg plaats, de zorg wordt geïntegreerd in de samenleving. De overheid is van mening dat meer zorg in en door de maatschappij ook voor een betere zorg en een betere levenskwaliteit voor ouderen zorgt. Ouderen zijn vandaag de dag mondiger en kiezen er zelf voor om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. De vraag rest dan natuurlijk of thuis wonen met zorg wel betaalbaar is (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2013).

Het huidig onderzoek dat gevoerd wordt rond de betaalbaarheid van de gezondheidszorg voor ouderen focust zich grosso modo op twee luiken. Enerzijds richt het zich op de inkomens van ouderen. Van ouderen met een divers inkomen wordt verwacht dat zij een voldoende inkomen hebben om hun zorgkosten te betalen. Zij halen hun inkomen zowel uit particuliere bronnen alsook uit publieke voorzieningen. Dit terwijl ouderen uit lagere inkomensgroepen vooral terugvallen op een inkomen enkel uit publieke voorzieningen (Verpoorten, 2015). Anderzijds richt het onderzoek zich op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, dat deel uitmaakt van de sociale zekerheid. Een voordeel van het stelsel van de sociale zekerheid is dat dit ervoor zorgt dat ouderen recht hebben op toegang tot de gezondheidszorg (Schipper, Luijkx, Meijboom, & Schols, 2015). Toch zullen thuiszorg diensten zich in een snel tempo moeten uitbreiden om de behoeften van de groeiende oudere bevolking met zorgnoden te kunnen invullen (Knickman, Hunt, Snell, Alexih, & Kennell, 2003). In

sommige landen worden individuen verplicht om een deel van de zorgkosten uit eigen zak te betalen. Dit kan mogelijk de toegang beperken tot de gezondheidszorg voor personen uit de laagste sociale klassen. Om dit fenomeen tegen te gaan, zal de overheid maatregelen moeten treffen zodat de toegang tot de gezondheidszorg betaalbaar blijft voor iedereen (Goodridge, Hawranik, Duncan, & Turner, 2012).

Het doel van dit onderzoek bestaat erin om te onderzoeken of thuis wonen voor ouderen met zorgnoden betaalbaar is. Er zal gekeken worden naar de zorgnoden van de thuiswonende ouderen, verder zullen de inkomsten en uitgaven van de thuiswonende ouderen in kaart worden gebracht, om tot slot een beeld van de betaalbaarheid van de gezondheidszorg van thuiswonende ouderen met zorgnoden te kunnen vormen.

2 LITERATUURSTUDIE

De huidige en verwachte lage vruchtbaarheid in Europa en de stijging van de levensverwachting impliceert dat de regio een ongekend proces van vergrijzing zal ondergaan. Dit zal een verandering in de leeftijd tot stand brengen. Het aandeel ouderen, 65 en ouder, zal in Europa naar verwachting bijna verdubbelen, van 17% in 2010 naar 30% in 2060. In minder dan vier decennia zal meer dan een derde van de bevolking in de lidstaten van de Europese Unie boven de zestig jaar zijn (Crespo Cuaresma, Loichinger, & Vincelette, 2016). Ook zal er een vergrijzing binnen de vergrijzing plaats vinden. Tegen 2025 zal de groep van 80-plussers zeer sterk toegenomen zijn (Regueras & Verniest, 2014). Verder is de vergrijzing vooral een vrouwenzaak, 58 procent van de 65-plussers zijn vrouwen. Bij de 80-plussers is zelf twee derde van deze groep vrouwelijk. Dit valt te verklaren door de hogere levensverwachting van vrouwen (Berghman e.a., 2010).

Dit is ongeëvenaard in de menselijke geschiedenis en stelt grote uitdagingen aan de verzorgingsstaat op tal van beleidsdomeinen, zoals huisvesting, opleiding en tewerkstelling, maar zeker ook op financieel en gezondheidsvlak (Borsch-Supan e.a., 2013). Regeringen in tal van landen maken zich grote zorgen, niet enkel omdat het geld aan het opgeraken is, maar vooral omdat de kosten van de vergrijzing in de toekomst nog hoger zullen oplopen (Regueras & Verniest, 2014).

Een voorbeeld van de kost van de vergrijzing is de zorg voor thuiswonende ouderen. Er bestaan grote verschillen tussen de Europese landen in de manier waarop de langdurige zorg voor thuiswonende ouderen is georganiseerd en vooral de manier waarop deze wordt gefinancierd (van der Geest, 2005).

2.1 Inkomens van ouderen

2.1.1 Pensioen

Het vergrijzen van de bevolking en het dalen van de vruchtbaarheidscijfers vereisen hervormingen van het pensioensysteem, zodat het pensioensysteem financieel draagbaarder wordt (OECD, 2014). Echter de recente golf van hervormingen van de pensioenen heeft het pensioensysteem niet vereenvoudigd. Toch is de betaalbaarheid een zeer belangrijke uitdaging voor de vergrijzing. Dit maakt het zeer moeilijk om de verschillende pensioensregelingen met elkaar te vergelijken (Ginn, 2002). Toch is het mogelijk om gemeenschappelijke trends in de Europese pensioenhervormingen te identificeren. Zo bestaan er twee grote manieren waarop pensioenen gefinancierd kunnen worden. Als eerste is er de kapitalisatie, hier zorgt elke generatie voor zijn eigen pensioen. Het pensioen wordt betaald door reserves die aangelegd zijn tijdens de actieve loopbaan. Daarnaast staat het pensioen op basis van repartitie. Hierbij wordt het pensioen van de huidige generatie gepensioneerden gefinancierd door bijdragen van de huidige generatie actieven (Berghman e.a., 2010).

De meeste landen waaronder Frankrijk, Duitsland en Nederland baseren hun pensioen deels op de gezinstoestand. Andere landen zoals Zweden en het Verenigd Koninkrijk hebben individuele pensioenen. Beide systemen bevatten valkuilen. Dit enerzijds omdat niet iedereen in een traditioneel

huishouden leeft, en anderzijds omdat niet iedereen voldoet aan de eisen van de individuele pensioenen (Frericks, Knijn, & Maier, 2009). Ook zijn er verschillen in het basispensioen. Als eerste hebben we het systeem van de Canadese landen en van Groot-Brittannië. Zij zorgen ervoor dat alle gepensioneerde een basispensioen krijgen. Dit heeft geleid tot een uitgebreide vrijwillige particuliere dekking onder de werknemers met een hoger inkomen. Verder hebben we Duitsland, Japan en de Verenigde Staten. Zij hebben een openbaar pensioenstelsel, waar een herverdelende formule is afhankelijk van de loopbaan, met een plafond voor de pensioenuitkeringen (OECD, 2014).

In België bestaan er drie soorten pensioensregelingen, namelijk het werknemerspensioen, het ambtenarenpensioen en het zelfstandigenpensioen. Deze drie hebben elk hun specifieke regels. Zij worden telkens door een andere dienst uitbetaald, respectievelijk: 'De Rijksdienst voor Pensioenen' voor de werknemers, 'het Rijksinstituut voor Pensioenen' voor de zelfstandigen en 'de Pensioensdienst voor de Overheidssector' voor de ambtenaren (Keupers, 2009). In België wordt het repartitiebeginsel gehanteerd voor de wettelijke pensioenen wat gebaseerd is op het solidariteitsprincipe, de werkende bevolking draagt bij om de pensioenen van de gepensioneerden te betalen. Wel geldt het kapitaalbeginsel voor de aanvullende pensioenen, het bedrag dat je krijgt, hangt dus af van de situatie van de markt (Berghman e.a., 2010). Er wordt verwacht dat de pensioenuitgaven zullen toenemen van 5% naar 7% van het Bruto Binnenlands Product (BBP) in 2060. Om dit te kunnen betalen is een hervorming van het bestaande systeem noodzakelijk en onvermijdelijk. Om deze kosten te kunnen opvangen is er nood aan een productiviteitsgroei en een hogere werkgelegenheid, zodat het BBP stijgt en het aandeel van de pensioenuitgaven relatief gezien daalt (Buyse & Heylen, 2014).

2.1.2 Inkomensverhogende maatregelen

Hulpbehoevende personen ouder dan 65 jaar kunnen aanspraak maken op de 'tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden' (THAB). Dit is een maatregel om de zorgkosten betaalbaar te houden. Het bedrag dat wordt uitbetaald is afhankelijk van het inkomen en de graad van zelfredzaamheid (Christelijke Mutualiteit, 2016). Om deze tegemoetkoming te verkrijgen moet er wel aan enkele voorwaarden voldaan worden. Zo moeten ouderen zeven punten halen op de graad van zelfredzaamheid. Verder zijn er leeftijdsvoorwaarden. De tegemoetkoming wordt enkel uitgekeerd aan personen die minstens de leeftijd van 65 jaar hebben bereikt. Tevens moeten ouderen de Belgische nationaliteit bezitten of ermee gelijkgesteld zijn en ingeschreven zijn in het bevolkings- of vreemdelingenregister. Tot slot zijn er inkomensbepalingen van kracht (Pacolet, Merckx, Spruytte, & Cabus, 2010). Sinds de zesde staatshervorming zijn de deelstaten bevoegd voor de toekenning van THAB en werd het geïntegreerd in de Vlaamse Sociale Bescherming. Verder bestaat de Vlaamse sociale bescherming uit de Vlaamse zorgverzekering en het basisondersteuningsbudget. Hiermee willen ze elke zorgbehoevende in Vlaanderen elke maand een budget geven bovenop de nationale zekerheid, zodat ze de zorg die ze nodig hebben kunnen organiseren (Vlaamse overheid, 2017).

2.1.3 Tegemoetkomingen uit de ziekteverzekering

Een voorbeeld van tegemoetkomingen uit de ziekteverzekering is de verhoogde tegemoetkoming, dit is een regeling voor gezinnen met een laag inkomen. Het doel hiervan is de financiële drempel tot gezondheidszorg te verlagen. Personen die aanspraak willen maken tot de verhoogde tegemoetkoming moeten zelf het initiatief nemen om dit aan te vragen. Waarna het ziekenfonds, waarbij het gezin is aangesloten, bepaalt of ze al dan niet recht hebben op deze tegemoetkoming (RIZIV, 2017). De verhoogde tegemoetkoming biedt tal van voordelen. Zo betalen personen met een verhoogde tegemoetkoming minder remgeld en is er een verschil in de terugbetaling van geneesmiddelen. Verder worden er geen ziekenhuissupplementen aangerekend bij een opname in een tweepersoons- of gemeenschappelijke kamer. Als laatste kunnen ze genieten van de maximumfactuur (Pacolet e.a., 2010). Als laatste kunnen ze genieten van de maximumfactuur, een maatregel die gezinnen beschermt tegen hoge medische kosten. Indien de uitgaven voor geneeskundige zorg een plafondbedrag bereiken in de loop van het kalenderjaar, krijgt het gezin het remgeld volledig terugbetaald voor de daaropvolgende medische kosten (Christelijke Mutualiteit, 2016).

Het 'forfait chronische zieken' of 'zorgforfait' en het 'incontinentieforfait' werd ingevoerd om aan de hoge medische en niet-medische kosten van chronische zieken tegemoet te komen. Het 'forfait voor palliatieve patiënten' en het 'forfait voor patiënten in een persistent vegetatieve status' werden nadien opgesteld binnen het kader van de ziekteverzekering (Pacolet e.a., 2010). Deze forfaits worden uitbetaald door het ziekenfonds. De aanvraag voor het forfait gebeurt door het ziekenfonds, de thuisverpleegkundige of de verantwoordelijke arts. Chronische zieken kunnen de verschillende forfaits cumuleren (Christelijke Mutualiteit, 2016).

2.1.4 Andere inkomens

Een ander inkomen waar personen met zorgnoden beroep op kunnen doen is de premie van de Vlaamse zorgverzekering. Deze premie is niet enkel voor zorgbehoevende thuiswonende, maar ook voor rusthuisbewoners en bewoners van een psychiatrisch verzorgingstehuis. De zorgvergoeding bedraagt 130 euro per maand om te besteden aan niet-medische kosten zoals gezinszorg, poetshulp, mantelzorg, ... (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2016).

Verder bestaan er ook gemeentelijke of provinciale mantelzorgpremies. Elke gemeente is dus vrij om dergelijke premie in te voeren, waardoor het niet in elke gemeente bestaat. De gemeente bepaalt dus aan wie ze de premie betaalt, de zorgbehoevende of de mantelzorger. Het bedrag is ook afhankelijk van gemeente tot gemeente. Het verschil met voorgaande premies is dat het hier eerder gaat over een waarderingvergoeding voor de inzet van de mantelzorg en deze vergoeding dus volledig vrij mag besteed worden (Liberale Mutualiteit, 2016). In Vlaanderen heeft 82% van de 308 gemeenten een mantelzorgpremie, dat is een stijging van 7% tegenover 2010 en zelfs een stijging van 15% tegenover 2008. De gemiddelde mantelzorgpremie bedraagt 30 euro per maand. In 2010 bedroeg dit nog 32 euro en in 2008 zelfs 37 euro. De laagste premie bedraagt 2 euro per maand en de hoogste 100 euro per maand. Tot slot is in 29% van de gemeenten de premie afhankelijk van een aantal indicatoren zoals leeftijd, mate van zelfredzaamheid, ... (Christelijke Mutualiteit, 2012).

2.1.5 Armoede bij ouderen

Onderzoek over het gebruik van zowel informele als formele zorg heeft aangetoond dat de meeste mensen die hulp nodig hebben zich bevinden in een slechte gezondheid, alleen wonen en lage financiële inkomsten hebben. Dit zijn met andere woorden de groepen met een lage sociaal-economische status. Dit is te verklaren door de relatief slechte gezondheid van deze personen en omdat er meer hulp nodig is in deze groepen (Broese van Groenou, Glaser, Tomassini, & Jacobs, 2006). Daarnaast is armoede onder de jongere ouderen, 66-75 jaar, over het algemeen zeldzamer dan onder de oudere ouderen, boven de 75 jaar (OECD, 2014). Ook hebben gebeurtenissen tijdens de levensloop een grote impact op personen die al dan niet te kampen krijgen met armoede, voorbeelden hiervan zijn: scheiding, overlijden van de partner, het opvoeden van kleinkinderen, een groeiende uitkeringsafhankelijkheid, ... (Van Dalen & Henkens, 2013). Tot slot leven er ongeveer evenveel vrouwen als mannen in armoede. Wel zijn vrouwen gemiddeld nog armer dan mannen. Dit valt te verklaren doordat de pensioeninkomsten van vrouwen lager zijn dan die van mannen en armoede hierop wordt berekend. Vrouwen blijven sneller thuis of gaan deeltijds werken, waardoor hun pensioen ook lager is (Keupers, 2009). Vrouwen zijn ook vaker alleenstaand tegenover mannen van dezelfde leeftijd. Dit komt door de gemiddeld hogere levensverwachting van vrouwen (van Solinge & De Donder, 2015). Het Europees gemiddelde van het armoederisico bij gepensioneerde situeert zich rond 17%. Als we België hiermee vergelijken zien we dat België zich met 18% rond het Europees gemiddelde situeert. Als we dan tot slot eens naar onze buurlanden Luxemburg (5%) en Nederland (8%) kijken, zien we dat het armoederisico voor gepensioneerden beduidend lager ligt dan in België (Berghman e.a., 2010). Dit valt te verklaren doordat België één van de laagste pensioenen heeft van Europa, voor vele ouderen is het wettelijk pensioen onvoldoende om de reële levenskosten te bekostigen (van Solinge & De Donder, 2015).

2.2 Woonzorg

In het woonzorgdecreet wordt onder thuiszorgvoorzieningen volgende diensten verstaan: diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, diensten voor oppashulp, diensten voor thuisverpleging, diensten 'maatschappelijk werk' van het ziekenfonds, lokale dienstencentra, regionale dienstencentra en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers (Vlaams Woonzorgdecreet, 2009). De niet-medische thuiszorg, hulp door een gediplomeerd verzorgende die de zorgbehoevende ondersteunt bij verzorgende of huishoudelijke taken, wordt georganiseerd en gefinancierd door Vlaanderen. Daarentegen werkt de medische thuiszorg binnen het kader van de federale overheid, zij worden vergoed door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) (Vogels, 2009). De tarieven van de erkende thuiszorgvoorzieningen zijn gerelateerd aan de financiële draagkracht van de zorgbehoevende, er wordt rekening gehouden met het inkomen en de gezinssamenstelling (Vlaams Woonzorgdecreet, 2009).

Onder de semiresidentiële voorzieningen valt volgens het Woonzorgdecreet (2009): de dagverzorgingscentra, de centra voor kortverblijf, de diensten voor gastopvang en de centra voor herstelverblijf. Zowel de Vlaamse als de federale overheid reglementeren en financieren de semiresidentiële diensten (Vogels, 2009). Verder zijn er ook residentiële diensten, hieronder vallen de groep van assistentiewoningen en woonzorgcentra (Vlaams Woonzorgdecreet, 2009). De

residentiële voorzieningen zijn net zoals de semiresidentiële voorzieningen een gedeelde bevoegdheid van de Vlaamse en de federale overheid. Het aantal bedden wordt bepaald door de federale minister van Sociale Zaken, het budget voor de zorg is afkomstig van het RIZIV. Tot slot worden er minimale criteria opgelegd door de federale minister. Het aantal bedden in Vlaanderen wordt dan weer bepaald door de Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gezin. Verder kan de Vlaamse minister extra criteria opleggen bovenop de federale kwaliteitseisen en inspecteert hij de kwaliteit van de zorg (Vogels, 2009).

2.3 Betaalbaarheid van de ouderenzorg

2.3.1 Formele zorg

Met formele zorg bedoelt men de hulp van openbare diensten zoals bijvoorbeeld thuishulp (Broese van Groenou e.a., 2006). Het leveren van gezondheidsdiensten omvat een breed scala aan medische en paramedische diensten die bijdragen aan de gezondheidstoestand van de bevolking (Verpoorten, 2015). In het Woonzorgdecreet (Vlaams Woonzorgdecreet, 2009) wordt onder thuiszorgvoorzieningen begrepen: diensten voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg, diensten voor logistieke hulp, diensten voor oppashulp, diensten voor thuisverpleging, diensten voor maatschappelijk werk van het ziekenfonds, lokale dienstencentra en regionale dienstencentra. Het vermogen van het hedendaags zorgsysteem om kwalitatief hoogwaardige zorg te verlenen aan een vergrijzende samenleving is afhankelijk van de middelen die beschikbaar zijn om deze diensten te financieren. Hoewel de publieke sector het grootste deel van de gezondheidskosten draagt, zullen veel van de middelen die nodig zijn van de ouderen zelf moeten komen (Knickman e.a., 2003).

De medische zorg behoeften van ouderen zijn zeer groot. Ongeveer 80% van de ouderen heeft nood aan voortdurende zorg. Dit zal mogelijk de acute zorgkosten verhogen. Toegang tot een diverse gezondheidszorg is daarom van cruciaal belang. In de 21^{ste} is het verdwijnen van verschillen in de toegang voor ouderen is één van de meest urgente problemen binnen de gezondheidszorg (Allin & Masseria, 2009). Een manier voor het terugdringen van belemmeringen in de toegang tot de gezondheidszorg is een medisch centrum oprichten waar de patiënt centraal staat. Dit is een gezondheidsmodel waarin een persoonlijke arts een team leidt van mensen om toegankelijke zorg voor een patiënt over verschillende zorgnoden te coördineren. Bij ouderen is het bekend dat ze een sterke voorkeur hebben om steeds dezelfde arts, thuisverpleegkundigen, ... te hebben (Thorpe, Thorpe, Kennelty, & Pandhi, 2011), ook wordt er rekening gehouden met de mobiliteit van oudere patiënten. Zo zijn huisbezoeken van de huisarts zeer populair en belangrijk voor de oudere populatie, wel worden hier hogere bijdragen aan de patiënt gevraagd (Verpoorten, 2015). De voornaamste barrières van de gezondheidszorg die thuiswonende ouderen ondervinden zijn: kosten die het individu zich niet kon verlopen, wachtlijsten, mobiliteitsproblemen, wachten tot het probleem zich vanzelf oplost en niet weten bij welke arts ze terecht kunnen (Allin & Masseria, 2009).

Gezondheidsuitgaven hebben de neiging om mee te stijgen met de leeftijd. Onze levensverwachting stijgt elk jaar, waardoor gezondheidsuitgaven ook jaarlijks stijgen. De vraag is dan hoe we deze extra kosten zullen betalen (Regueras & Verniest, 2014)? Voor mensen met onvoldoende eigen inkomen of vermogen bestaan er publieke voorzieningen in België, deze zijn toegankelijk voor

iedereen. Deze publieke voorzieningen worden gefinancierd aan de hand van belastingmiddelen. (van der Geest, 2005). Als we België vergelijken met andere Europese landen merken we dat in België de publieke financiering voor de thuiszorg goed is. Zo is de thuisverpleging in België volledig collectief gefinancierd. Voor andere diensten zoals bijvoorbeeld de gezinszorg worden inkomensgebonden eigen bijdragen gevraagd (Artoisenet e.a., 2004).

2.3.2 Informele zorg

Informele zorg kan omschreven worden als hulp bij de persoonlijke zorg en huishoudelijke taken door familie, vrienden en buren (Broese van Groenou e.a., 2006). Een familielid, buur of vriend wordt als verzorger gezien indien hij of zij minstens vier uur per week onbetaalde steun verleent aan een persoon ouder dan 65 jaar. Er wordt gesproken van een mantelzorger als een persoon voor een hulpbehoevende persoon langdurige, onbetaalde en vanuit een persoonlijke band hulp of steun biedt (Vermeulen & Declercq, 2011). Deze steun kan op verschillende domeinen: op het gebied van gezondheid en persoonlijke verzorging, transport, emotionele en psychologische ondersteuning of financiële ondersteuning. Dit kan zowel thuis als in residentiële zorgsettings (Lamura e.a., 2008).

Ondanks de toename van kwetsbare ouderen neemt tegelijkertijd de informele zorg van familieleden af. De hulp van kinderen en schoonkinderen is gedaald, toch is de hulp van de partner gestegen. (Vermeulen & Declercq, 2011). Dit komt deels doordat er minder alleenstaande ouderen zijn. Toch zijn ouderen zelfredzamer tegenover vroeger en hebben ze dus minder hulp nodig bij hun huishoudelijke taken. Verder kan ook de afnemende buurtsolidariteit als oorzaak gezien worden van de afname van informele zorg. Zo komt de last voor de zorg van ouderen terecht op de onmiddellijke omgeving, de partner, de kinderen of schoonkinderen. Voor minder ingrijpende zorg nemen mensen uit verdere kringen ook zorgtaken op. Toch hebben ouderen liever dat professionelen optreden voor intieme persoonszorg (Artoisenet e.a., 2004).

De beslissing om informele zorg te bieden wordt beïnvloed door verschillende motiverende factoren zoals liefde, plicht, het gevoel van schuld en door de cultuur (van der Geest, 2005). Ongeacht de motivatie van de zorgverlener is de vrije tijd en het betaald werk ook een grote factor in het al dan niet bieden van zorg. Werkgelegenheid en sociaal beleid spelen een cruciale rol in het combineren van zorg en werk. Dit is zeer afhankelijk van land tot land. Slechts een paar landen hebben verlofregelingen ingevoerd en / of flexibele werktijdregelingen gericht op het opnemen van zorg voor ouderen. In Frankrijk wordt dit dan nog eens versterkt door een belastingvoordeel voor de werkgever. Wel wordt er maar weinig aandacht besteed aan de behoefte aan flexibiliteit die voortvloeit uit een veranderde rol van de familie. Het sociaal beleid zal hier rekening mee moeten houden (Simonazzi, 2012). Mantelzorgers ervaren ook een grote nood aan informatie. De verschillende overheden hebben hierop ingespeeld door maatregelen te nemen ter ondersteuning van de mantelzorgers. Toch zijn deze mogelijkheden nog niet voldoende gekend, dit door mantelzorgers, maar ook door professionelen. Verder hebben verscheidene verenigingen en organisaties een aanbod om mantelzorgers te ondersteunen (Regueras & Verniest, 2014).

Mantelzorgers worden niet betaald voor de diensten die zij leveren aan de zorgbehoevende persoon. Toch zijn er wel degelijk kosten verbonden aan informele zorg. Zo moet de opportuïteitskost mee in rekening worden genomen. Doordat mantelzorgers tijdens het zorgen voor de ouderen, minder of niet meer kunnen gaan werken, lopen zij een deel van hun loon mis. Doordat ze tijdens het zorgen voor de oudere, geen betaalde arbeid kunnen verrichten (van der Geest, 2005). De overheid zal moeten zorgen dat er een goede balans is tussen het beoefenen van de job van de mantelzorgers en het bieden van zorg aan de zorgbehoevende, zodat het voor de mantelzorgers haalbaar is om beide te combineren (Simonazzi, 2012).

2.3.3 Kosten voor de cliënt

In België wordt bijna iedereen, 99%, gedekt door een verplichte universele ziekteverzekering. De overige 1% wordt niet gedekt omwille van administratieve en/of financiële voorwaarden die niet vervuld zijn. In Brussel ligt dit percentage iets hoger. Toch verklaart 8% van de gezinnen gezondheidskosten (medische zorg, chirurgie, tandzorg, voorgeschreven geneesmiddelen, geestelijke gezondheidszorg, bril of lenzen, ...) uit te stellen omwille van financiële redenen, ondanks de algemene ziekteverzekering. Ook hier is er weer een verschil tussen de verschillende gewesten. Zo stelt in Brussel één op de vijf gezinnen gezondheidszorg uit om financiële redenen, in Vlaanderen bedraagt dit 5% en in Wallonië 9% (Vrijens e.a., 2016). Het is niet evident voor zorgbehoevende personen om thuis te blijven wonen, dit wordt al snel een dure zaak voor ouderen. Verder zijn er grote verschillen in kosten naargelang de subsidiërende overheid en de plaats waar men woont (De Donder e.a., 2014).

Zorgbehoevende ouderen krijgen in de meeste Europese landen een 'cash-for-care'-toelage. Deze toelage wordt aan de zorgbehoevende persoon uitbetaald, zodat deze zelf kan beslissen hoe de zorgbehoefte wordt ingevuld (Anthierens e.a., 2014). Daarnaast zijn er eigen betalingen (out-of-pocket payments), de patiënt draagt de volledige of een deel van de kost zelf, omdat de ziekteverzekering de kost niet of gedeeltelijk dekt. In België vertegenwoordigen de eigen betalingen een relatief groot deel van de totale gezondheidskosten, tevens ligt het bedrag veel hoger dan het Europese gemiddelde. Het remgeld, een volledige of gedeeltelijke terugbetaling van goederen en diensten van medische kosten, geeft een positiever resultaat weer. Vangnetten zoals de maximumfactuur en de verhoogde tegemoetkoming, zijn ook een bescherming tegen hoge medische kosten (Vrijens e.a., 2016). Naast de medische kosten zijn er ook indirecte kosten verbonden aan zorgbehoevend zijn. Zo kunnen familieleden minder of niet meer gaan werken om voor thuiswonende zorgbehoevende personen te zorgen. (Paulus, Van den Heede, & Mertens, 2012).

Ouderen vandaag de dag willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen, hun autonomie bewaren en vooral mee beslissen over de zorg en ondersteuning die ze krijgen. We kunnen hier spreken over een vermaatschappelijking van de zorg, mensen engageren zich voor andere mensen (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2013). De adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin omschrijft het begrip vermaatschappelijking als:

Verschuiving binnen de zorg waarbij ernaar gestreefd wordt om mensen met een beperking, chronisch zieken, kwetsbare ouderen, jongeren met gedrags- en emotionele problemen, mensen die in armoede leven, ..., met al hun mogelijkheden en kwetsbaarheden een eigen zinvolle plek in de samenleving te laten innemen, hen daarbij waar nodig te ondersteunen en de zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de samenleving te laten verlopen. Begrippen die hierbij een rol spelen zijn onder meer desinstitutionalisering, community care, empowerment, kracht- en contextgericht werken, vraagsturing en respijtzorg (Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin, 2012, p. 8).

Niet enkel de keuze van de ouderen speelt een rol of ouderen al dan niet thuis blijven wonen. Een woonzorgcentra is ook een dure aangelegenheid, zo beschikt drie vierde van de ouderen over onvoldoende financiële middelen om de rusthuisfactuur te balen. De bewoners betalen gemiddeld 1487 euro per maand in een woonzorgcentrum. Wel zijn er grote prijsverschillen tussen de verschillende woonzorgcentra, zo betaalt 5% van de bewoners minder dan 1045 euro per maand en 5% van de bewoners meer dan 1973 euro per maand (Socialistische Mutualiteiten, 2016). Tot slot is niet enkel het financiële een probleem, maar dreigt er ook een tekort te ontstaan van het aantal rusthuisbedden in verhouding tot de groeiende populatie van 80-plussers. Verder is het aantal rust- en verzorgingsbedden in ziekenhuizen afgebouwd ten voordele van de opvang in woonzorgcentra, omdat de woon- en leeffunctie voor langdurige zieken beter is in woonzorgcentra (Vlaams Parlement, 2015).

2.3.4 Kosten voor de overheid

De kosten van de gezondheidszorg zijn in België, net zoals in andere Europese landen de laatste jaren sterk gestegen. Zo zijn de gezondheidsuitgaven gestegen van 8,0% van het BBP in 2008, naar 10,2% in 2013 (Vrijens e.a., 2016). In de literatuur worden volgende determinanten aangehaald: als eerste zijn er de demografische en gezondheidsfactoren, hieronder valt bijvoorbeeld de gezondheid van de vergrijzende bevolking. Verder spelen economische factoren ook een belangrijke rol, bijvoorbeeld de ontwikkeling van nieuwe technologieën en de medische vooruitgang. Tot slot zijn de sociale factoren ook van belang, hieronder valt de toenemende levensverwachting van de bevolking (Paulus e.a., 2012). Verder zijn er ook indirecte kosten verbonden aan zorgbehoevende thuiswonende ouderen voor de overheid, veel ouderen krijgen steun van familie en vrienden. Werknemers die aan mantelzorg doen, hebben toegang tot specifieke betaalde verlofdagen om te zorgen voor een ernstig familielid. Daarnaast kunnen mantelzorgers tijdelijk de arbeidsmarkt verlaten om te zorgen voor een zieke. De mantelzorgers hebben dan recht op sociale bijdragen, die worden uitgekeerd door de sociale zekerheid (Anthierens e.a., 2014).

Long-term care (LTC) is een beleid dat gericht is op het helpen, ondersteunen en verplegen van afhankelijke personen. De algemene doelstelling van het long-term care beleid is om universele toegang te voorzien van betaalbare en kwalitatieve zorgdiensten. Zoals in de meeste Europese landen, richt LTC zich in België op zorgafhankelijke thuiswonende ouderen, zodat deze zo lang mogelijk in hun eigen omgeving kunnen leven. Het LTC bestaat uit een breed scala van voordelen, zowel in geld als in natura, georganiseerd op federaal, regionaal en gemeentelijk niveau, en is gerelateerd aan gezondheidszorg en sociale diensten. Het grootste deel van LTC wordt georganiseerd

door de federale openbare verplichte ziekteverzekering, die voornamelijk wordt gefinancierd door sociale bijdragen en algemene belastingen (Van den Bosch e.a., 2011). In België wordt het grootste deel van de gezondheidszorg betaald door de universele ziekteverzekering, zo dekt de verzekering: 84% voor ziekenhuiszorg, 78% voor ambulante eerstelijnszorg en gespecialiseerde zorg, 57% voor geneesmiddelen, 91% voor klinische biologie en medische beeldvorming en 49% voor tandzorg en tandprothesen (Vrijens e.a., 2016).

2.4 Conclusie

De levensverwachting gaat de komende jaren nog sterk toenemen, dit gaat hand in hand met een stijging van het aantal chronische zieken. Op dit moment lijdt 50 à 70% van de 70-plussers aan minstens twee aandoeningen (Paulus e.a., 2012). Hoewel de publieke sector een deel van de gezondheidskosten zal dragen, zal er ook een deel van de ouderen zelf moeten komen (Knickman e.a., 2003). In België, vergeleken met andere Europese landen, liggen de persoonlijke uitgaven van gezondheidskosten hoog, namelijk zo'n 18% van de totale uitgaven voor de gezondheid (Vrijens e.a., 2016). Niet enkel de armere gezinnen hebben moeite om hun zorgkosten te betalen. Ook komt een deel van de middenklasse niet in aanmerking voor gesubsidieerde diensten, maar zijn ze zelf niet in staat om deze zelf te betalen. Zo verklaarde 50% zorgbehoevende ouderen in 2011 geld te krijgen van hun kinderen om hun zorgkosten te kunnen dragen (Bookman & Kimbrel, 2011). Toch zijn de precieze kosten wat thuis wonen met zorgnoden met zich meebrengt nog niet in kaart gebracht. (Schokkaert, De Graeve, Van Camp, Van Ouri, & Van de Voorde, 2004). Het huidig onderzoek focust zich vooral op het macro-niveau. De focus ligt enerzijds op inkomensafhankelijke beschermingen en anderzijds op de toegankelijkheid van gezondheidszorg (Verpoorten, 2015). Er is een gebrek aan informatie over de patiënt, over hun inkomsten en uitgaven (Vrijens e.a., 2016). Daarom dat dit onderzoek zich richt tot de inkomsten en uitgaven van zorgbehoevende thuiswonende ouderen.

3 ONDERZOEKSVRAGEN/CONCEPTUEEL MODEL

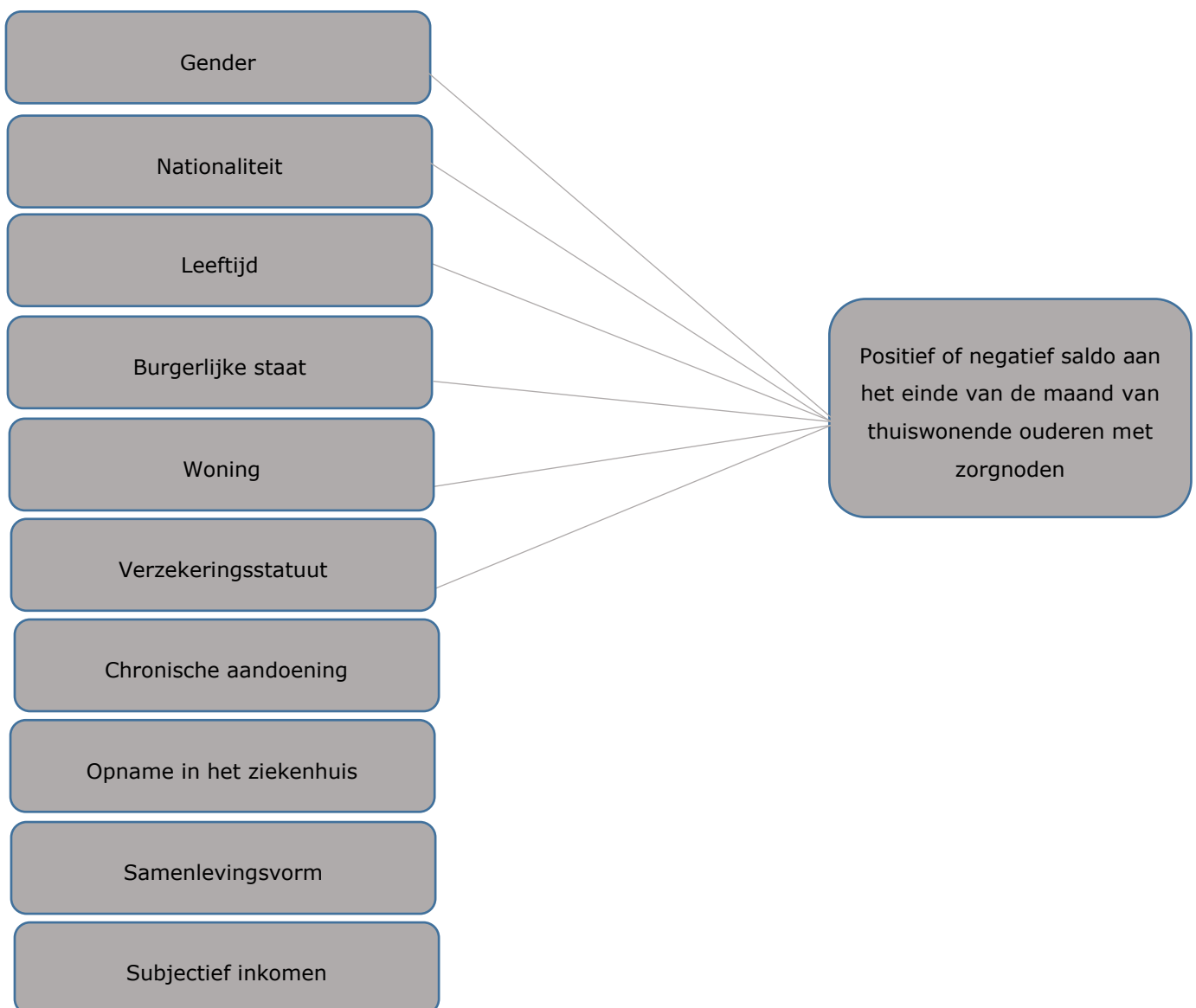
Wat kost thuiswonen van ouderen met zorgnoden aan ouderen?

Hoe ziet het leefbudget eruit van thuiswonende ouderen met zorgnoden?

- ↪ Wat is het inkomen van thuiswonende ouderen met zorgnoden?
- ↪ Waar geven thuiswonende ouderen met zorgnoden hun geld aan uit?

Hoeveel houden thuiswonende ouderen met zorgnoden maandelijks over?

Zijn er bepaalde risicogroepen van thuiswonende ouderen met zorgnoden waarbij de uitgaven groter zijn dan de inkomsten?



DEEL 2: DATA EN METHODE

In dit deel wordt er dieper ingegaan op de onderzoeksmethode. Allereerst worden de deelnemers beschreven. Daarnaast wordt de algemene onderzoeksopzet besproken. Tot slot wordt het onderzoeksmateriaal behandeld, waarna er dieper wordt ingegaan op de analysemethodes.

1 DEELNEMERS

Om de kosten van het thuiswonen van ouderen voor ouderen met zorgnoden in kaart te brengen, zijn er 173 enquêtes afgenomen bij thuiswonende ouderen met zorgnoden in Vlaanderen en Brussel. Ouderen worden in dit onderzoek gedefinieerd als 60-plussers. Er is een selecte steekproef gebeurd. De deelnemers zijn verzameld via drie verschillende kanalen: de verzekeringsmaatschappij DKV rekruteerde deelnemers bij hun leden van de zorgverzekering (14,5%), het zorgproeftuinproject 'Actief Zorgzame Buurt' (AZOB) bevroegen professionals inwoners van de projectgebieden (Antwerpen, Brabantwijk en Etterbeek) (31,1%) en tot slot namen ook de 3^{de} bachelor studenten Agogische wetenschappen aan de VUB enquêtes af voor het vak Agogisch Onderzoekspracticum (54,3%).

Tabel 1. Overzicht aandeel vragenlijsten afgenomen via de verschillende kanalen

Vragenlijst afgenomen door	%
Studenten 2015	26,6
Studenten 2016	27,7
DKV	14,5
AZOB in Brussel	16,1
AZOB in Antwerpen	15,0

De ouderen waarbij de enquête is afgenomen bestaan uit 60,7% vrouwen en 39,3% mannen. Dit verschil valt te verklaren doordat er 56,6% van de 65-plussers in België vrouwen zijn, tegenover 43,4% mannen. Naarmate men ouder wordt, neemt dit verschil nog toe: zo is 65,1% van de 80-plussers in België vrouwelijk en 34,9% mannelijk (Belgian Federal Government, 2017). Bijna de helft van de enquêtes (48,3%) is afgenomen bij ouderen van 80 jaar of ouder, 30,2% van de respondenten bevindt zich tussen de leeftijd van 70 – 79 jaar en tot slot 21,5% tussen 60 – 69 jaar.

Het onderzoek is niet representatief voor de financiële draagkracht van ouderen in Vlaanderen en Brussel, er is in dit onderzoek vooral getracht een kwetsbaar publiek te bereiken. Bij de rekrutering van de respondenten is er gezocht naar kwetsbare ouderen, meer specifiek naar ouderen die hulpbehoevend zijn, ouderen die gezondheidsproblemen ondervinden en/of ouderen die sociaal-economisch kwetsbaar zijn. Op vlak van burgerlijke staat is er een zeer kwetsbare groep bereikt, zo is 50% van de respondenten gescheiden of weduwe(naar). Dit is ook het geval op vlak van leeftijd, 48,3% is ouder dan 80 jaar. Verder heeft 11,6% van de respondenten een migratieachtergrond (Brazilië, Kosovo, Marokko, Congo, Rwanda, Italië, Frankrijk, Joegoslavië en Griekenland). Tot slot verklaart 81,5% van de ondervraagde ouderen minstens één chronische aandoening te hebben en 32,7% is de afgelopen zes maanden opgenomen geweest in het ziekenhuis. Door de extra

zorguitgaven en het verzorgingsmateriaal, ligt hun uitgavenpatroon hoger dan dat van de doorsnee 65-plusser.

Tabel 2. Socio-demografische kenmerken van de respondenten

	Totaal
Gender	%
Vrouw	60,7
Man	39,3
Leeftijd	
60-69 jaar	21,5
70-79 jaar	30,2
> 80 jaar	48,3
Nationaliteit	
Belg	93,1
Andere	6,9
Land van herkomst	
Belg	88,4
Andere	11,6
Burgerlijke staat	
Gehuwd/samenwonend	37,6
Nooit gehuwd/alleenstaand	6,9
Gescheiden	17,9
Weduwe(naar)	37,6
Chronische aandoening	
Ja	81,5
Nee	18,5
Afgelopen 6 maanden opgenomen in het ziekenhuis	
Ja	32,7
Nee	67,3

2 ALGEMENE ONDERZOEKSOPZET

Het onderzoek werd in samenspraak met vertegenwoordigers van DKV, Zorgbedrijf Antwerpen, Kenniscentrum Woonzorg Brussel uitgevoerd, en occasioneel aangevuld met andere projectpartners zoals EVA vzw en LDC Chambéry Etterbeek. Alle strategische keuzes en beslissingen werden samen gemaakt met deze stuurgroep. De groep besloot om een kwantitatief onderzoek uit te voeren, waarbij ouderen hun inkomsten en uitgaven een maand bijhielden.

Er is in dit onderzoek gekozen om te werken met een gestructureerde enquête om zo de reële inkomsten en uitgaven van een zorgbehoevende thuiswonende oudere van één maand in kaart te brengen. Aan het begin van de maand is de interviewer langsgedaan om het onderzoek toe te lichten en werd er gevraagd of de oudere wilde meewerken, waarbij een informed consent werd getekend. Nadien overliep de interviewer samen met de oudere welke fiches / rekeningen er in de loop van de maand moesten bijgehouden worden. Tot slot werd een afspraak gemaakt wanneer de interviewer kon terugkomen. Na een maand ging de interviewer terug om samen met de oudere en met behulp van de verzamelde fiches en rekeningen de enquête in te vullen. Er is bewust gekozen om de enquête persoonlijk in te vullen met de interviewer. Enkel de enquêtes die de verzekeringsmaatschappij DKV verzamelde, werden per post opgestuurd naar de DKV-cliënten die wensten deel te nemen.

Allereerst werd er beschrijvend aan de slag gegaan. Zo werd er gekeken wat nu juist de inkomsten en uitgaven zijn van thuiswonende ouderen met zorgnoden. Deze keuze werd gemaakt omdat de inkomsten en uitgaven van ouderen nog niet eerder in beeld waren gebracht. Nadien is er ook exploratief te werk gegaan. Er werd gekeken of er een samenhang was tussen kenmerken van ouderen (zoals leeftijd, nationaliteit, ...) en of de uitgaven van ouderen hoger lagen dan hun inkomsten.

3 ONDERZOEKSMATERIAAL

De vragenlijst en methode die in dit onderzoek werd gebruikt, werden in 2014 uitgetest bij vier ouderen. Aan de hand van de bevindingen werd de vragenlijst verfijnd en de methodiek aangepast, zodat de uiteindelijke bevraging plaatsvond in 2015-2016.

De volledige enquête die ingevuld werd door de respondenten bestaat uit 16 pagina's en 31 vragen. Er werden vier groten luiken bevraagd in de enquête: 1) socio-demografische gegevens, 2) zorgbehoefendheid, 3) inkomsten van het huishouden en 4) uitgaven van het huishouden. De vragenlijst werd zowel in het Nederlands als in het Frans aangeboden, de Nederlandstalige versie is terug te vinden in bijlage 1.

3.1 Variabelen

Als afhankelijke variabelen werden de verschillende soorten inkomen (subjectief inkomen, gemiddeld inkomen per huishouden), uitgaven (gemiddelde uitgaven per huishouden, woonkosten, leefkosten, vrijetijdskosten, uitgaven medische hulp, uitgaven welzijnshulp, uitgaven medisch materiaal, uitgaven informele hulp), het tekort per huishouden en de wens om meer uit te geven aan mantelzorg en winkelrekeningen gebruikt. Een overzicht van welke vraag bij welke variabelen is gebruikt, vind je terug in bijlage twee.

Als onafhankelijke variabelen werden de volgende socio-demografische factoren gebruikt in de analyse: geslacht (man, vrouw), nationaliteit (Belg, ander), leeftijd (60-69, 70-79, 80+). Daarnaast werden volgende factoren in verband met de leefsituatie gebruikt in de analyse: burgerlijke staat (gehuwd / samenwonend, alleenstaand, gescheiden, weduwe(naar)), woning (eigenaar, huurder privé-markt, huurder sociale woning), samenlevingsvorm (alleen, met 2, met meer dan 2). Met betrekking tot gezondheidsgerelateerde factoren gaat het om drie variabelen: aantal chronische aandoeningen (0, 1, 2, >3), opname in het ziekenhuis in de afgelopen 6 maanden (ja, neen), verzekeringsstatuut (gewoon verzekerd, OMNIO statuut).

4 ANALYSEPROCEDURE

Na afname hebben alle vragenlijsten een identificatienummer kregen, waarna de vragenlijsten werden ingevoerd in SPSS 24.0: Statistical Package for the Social Sciences. Vervolgens vond er een data cleaning plaats, zodat de typ- codeerfouten werden verwijderd. Tot slot werden er hercoderingen doorgevoerd en werden variabelen ingedeeld in klassen. Er werd vooral gebruik gemaakt van de frequentieverdelingen, waardoor er een overzicht geboden wordt van hoe vaak iedere waarde of categorie voorkwam. De data werd gestructureerd door ze in een tabel te zetten (Baarda e.a., 2012). Verder werden verschillende testen (chi-kwadraattoets, t-test en ANOVA) uitgevoerd in SPSS om te kijken of er bepaalde risicogroepen zijn voor lage inkomsten, hoge uitgaven en waarbij de uitgaven groter zijn dan de inkomsten.

Een chi-kwadraattoets gaat een verschil na tussen twee of meer groepen op een bepaald kenmerk. Hierbij is de testvariabele op nominaal niveau gemeten (Baarda e.a., 2012). In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een chi-kwadraattoets om het percentage ouderen dat maandelijks grotere uitgaven heeft dan inkomsten te vergelijken met volgende nominale variabelen: afname vragenlijst, geslacht, nationaliteit, leeftijd, burgerlijke staat, woning, verzekeringsstatuut, chronische aandoening, opname in het ziekenhuis in de afgelopen 6 maanden en samenlevingsvorm.

Verder werd er gebruik gemaakt van t-testen, dit is een analysetechniek waarbij er wordt nagegaan of twee groepen (nominaal) op een testvariabele (ratio) significant van elkaar verschillen (Baarda e.a., 2012). De nominale variabelen bestaande uit twee groepen waren: geslacht, nationaliteit, verzekeringsstatuut en opgenomen in het ziekenhuis in de afgelopen 6 maanden en de ratio variabelen waren: subjectief inkomen, gemiddelde inkomen, mediaan inkomen, gemiddelde uitgaven, mediaan uitgaven, mediaan woonkosten, mediaan leefkosten, mediaan vrijetijdskosten, mediaan uitgaven medische hulp, mediaan uitgaven welzijnshulp, mediaan uitgaven medisch materiaal en mediaan uitgaven informele hulp.

Tot slot werd er ook gebruik maakt van de ANOVA test, hier werd er nagegaan of de gemiddelden van meer dan twee groepen voor een variabele gemeten op interval-/rationiveau significant verschillen (Baarda e.a., 2012). Afname vragenlijst, leeftijd, burgerlijke staat, woning, chronische aandoening en samenlevingsvorm waren de nominale variabele groepen bestaande uit meer dan twee groepen, de variabelen op het rationiveau waren hier: subjectief inkomen, gemiddelde inkomen, mediaan inkomen, gemiddelde uitgaven, mediaan uitgaven, mediaan woonkosten, mediaan leefkosten, mediaan vrijetijdskosten, mediaan uitgaven medische hulp, mediaan uitgaven welzijnshulp, mediaan uitgaven medisch materiaal en mediaan uitgaven informele hulp.

DEEL 3: RESULTATEN

1 HET INKOMEN

Tabel 3. Bron van inkomsten per huishouden (N=169)

Bron van inkomsten	Ouderen met inkomsten in deze categorie							
	%	Min €	Q1 €	Q2 Med €	Q3 €	2 ^{de} max €	Max €	Gem €
Rust- of overlevingspensioen	88,8	340,0	1145,0	1344,2	1674,5	3400,9	3804,9	1450,9
Vlaamse Zorgverzekering en andere tegemoetkoming mantelzorg	27,2	50,0	130,0	130,0	130,0	700,0	1200,0	171,7
Ziekte- of invaliditeitsuitkering	16,8	19,1	130,0	379,7	1172,9	1439,4	2083,4	359,5
Terugbetaling ziekenfonds	15,0	17,0	32,9	60,5	135,0	212,0	487,0	99,1
Huur, lijfrente, regelmatige inkomsten	8,7	130,0	300,0	530,0	1119,0	1655,0	6500,0	1067,0
Andere	5,8	14,5	83,0	210,0	340,0	460,0	643,0	237,2
Forfait chronische zieken	5,2	37,5	44,5	108,0	155,0	180,0	278,0	116,9
Tegemoetkoming hulp aan bejaarden	4,6	6,3	35,0	165,0	269,1	273,4	330,0	159,8
Inkomsten uit werk	4,0	500,0	800,0	1300,0	1700,0	1700,0	3000,0	1424,0
Leefloon of OCMW-steun	2,3	5,0	153,8	687,7	831,4	775,5	850,0	557,6
Studiebeurs of kinderbijslag	1,7	143,2	143,2	165,0	165,0	165,0	250,0	186,1
Werkloosheidsuitkering	0,6	1058,7	1058,7	1058,7	1058,7	0,0	1058,7	1058,7
Totaal per huishouden	100	130,0	1211,5	1461,1	1856,0	4300,0	7900,0	1671,9

In elke inkomsten- en uitgaventabel geven we volgende gegevens:

- % = het percentage ouderen die inkomsten of uitgaven hadden in deze categorie. Bijvoorbeeld: 88,8% ouderen die deelnamen aan het onderzoek hadden inkomsten gemaakt in de categorie rust-of overlevingspensioen'.
- Min = Het kleinste bedrag dat werd gekregen of gespendeerd. Zo had één oudere 340,0 euro van een rust- of overlevingspensioen.
- Q1 = Kwartiel 1 = ¼ van de data is kleiner dat Q1: Als ouderen dus geld kregen van een rust- of overlevingspensioen was het Q1 1145,0 euro. Een vierde van de ouderen kreeg dus minder dan 1145,0 euro van een rust- of overlevingspensioen.
- Q2 = Kwartiel 2 = Het mediaanbedrag dat werd gekregen of uitgegeven door ouderen die inkomsten of uitgaven hadden in deze categorie. Als ouderen dus geld kregen van een rust- of overlevingspensioen, was dat voor een mediaanbedrag van 1344,2 euro. De helft van de ouderen hun inkomsten was dus kleiner dan 1344,2 euro, en de helft van de ouderen hun inkomsten was groter dan 1334,2 euro.

- Q3 = Kwartiel 3 = $\frac{1}{4}$ van de data is groter dan Q3: Als ouderen dus geld krijgen van een rust- of overlevingspensioen was het Q 1674,5 euro. Een vierde van de ouderen kreeg dus meer dan 1674,5 euro van rust- of overlevingspensioen.
- Tweede max = Het op één na grootste bedrag dat werd gekregen of gespendeerd. Zo kreeg één oudere 3400,9 euro van een rust- of overlevingspensioen. Dit was het op één na grootste bedrag in die categorie. De stuurgroep heeft beslist om ook die mee te geven om aan te tonen, omdat sommige maxima exceptioneel zijn of net niet.
- Max = Het grootste bedrag dat werd gekregen of gespendeerd. Zo kreeg één oudere 3804,9 euro van een rust- of overlevingspensioen.
- Gem = Het gemiddelde bedrag dat werd uitgegeven door ouderen die inkomsten of uitgaven hadden in deze categorie. Als ouderen dus geld kregen van een rust- of overlevingspensioen, was dat gemiddeld 1450,9 euro.

Het mediaan inkomen van de respondenten bedroeg 1461,1 euro met een minimum van 130,0 euro en een maximum van 7900,0 euro. 88,8% van de ouderen kreeg een rust- of overlevingspensioen en 27,2% kreeg een bijdrage van de Vlaamse Zorgverzekering en/of andere tegemoetkomingen. Ook kreeg 16,8% van de respondenten een ziekte- invaliditeitsuitkering, het mediaanbedrag bedroeg hiervan 379,7 euro per maand.

2 DE UITGAVEN

De studie bracht volgende huishoudelijke uitgaven in kaart:

- Woonkosten: vb. huur woning, verblijf in voorziening van één van de gezinsleden, nutsvoorzieningen, ...
- Leefkosten: vb. winkelrekening, telefoon, TV, internet, eigen vervoer, kapper, ...
- Vrijetijdskosten: vb. restaurant, café, uitstapjes, activiteiten lokaal dienstencentrum,...
- Medisch materiaal: vb. geneesmiddelen, injectiespuiten, incontinentiemateriaal, ...
- Professionele medische hulp: vb. huisarts, thuisverpleging, kinesitherapeut, ...
- Professionele welzijnshulp: vb. gezinszorg, poetshulp, warme maaltijden aan huis, ...
- Informele hulp: vb. uitgaven aan mantelzorgers, zoals partner, kinderen, kleinkinderen, ...

Tabel 4. Overzicht huishoudelijke uitgaven per maand ($N=161$)

Bron van uitgaven	Ouderen met uitgaven in deze categorie							
	%	Min €	Q1 €	Q2 Med €	Q3 €	2 ^{de} max €	Max €	Gem €
Leefkosten	99,4	88,0	349,5	397,1	780,0	1019,9	1375,1	455,1
Woonkosten	98,8	40,0	244,0	450,0	766,4	3400,0	3801,2	693,5
Professionele, medische hulp	90,9	1,0	30,6	69,0	172,0	615,0	750,0	123,0
Professionele, welzijnshulp	90,9	6,0	72,0	141,7	279,3	1172,2	1245,5	215,1
Medisch materiaal	87,2	1,7	32,9	72,6	129,3	600,0	800,0	104,9
Vrijetijdskosten	80,8	4,0	42,0	70,0	160,0	814,8	1170,0	130,4
Informele hulp	26,6	1,00	20,0	33,5	80,0	240,0	770,0	70,9
Totale kosten	100	328,0	1186,2	1558,1	2188,9	5735,1	5442,2	1626,1

Uit deze studie bleek dat de mediaan van de uitgaven 1558,1 euro bedroeg. Het minimum bedrag aan uitgaven was 328,0 euro en het maximum 5442,2 euro. De respondenten gaven het meeste uit aan hun woonkosten, namelijk 450,0 euro per maand.

2.1 Woonkosten per maand

Tabel 5. Gemiddelde woonkosten per huishouden per maand ($N=170$)

Bron van uitgaven "woonkosten"	Ouderen met uitgaven in deze categorie							
	%	Min €	Q1 €	Q2 Med €	Q3 €	2 ^{de} max €	Max €	Gem €
Nutsvoorzieningen	89,4	19,5	69,0	127,5	219,6	1514,8	1855,0	196,3
Huur of afbetaling woning	47,4	15,0	288,9	380,0	585,0	1203,0	1680,0	467,3
Gemeenschappelijke kosten aan het gebouw	30,6	10,0	81,7	108,0	276,5	3400,0	3604,0	527,8
Verblijf in residentiële voorziening	10,4	89,0	303,2	1207,0	1760,5	2100,0	2200,0	1148,9
Totaal per huishouden	98,8	40,0	244,0	450,0	766,4	3400,0	3801,2	693,5

98,8% van de respondenten gaf geld uit aan woonkosten. De mediaan van de woonkosten bedroeg 450,0 euro per maand. Het minimumbedrag aan woonkosten bedroeg 40,0 euro en het maximumbedrag bedroeg 3801,2 euro.

2.2 Leefkosten per maand

Tabel 6. Gemiddelde leefkosten per huishouden per maand (N=171)

Bron van uitgaven "leefkosten"	Ouderen met uitgaven in deze categorie							
	%	Min €	Q1 €	Q2 Med €	Q3 €	2 ^{de} max €	Max €	Gem €
Winkelrekening	93,6	8,8	176,3	300,0	445,1	1000,0	1200,0	335,1
Telefoon – GSM	90,8	1,0	18,2	30,0	49,0	110,0	118,0	36,8
Kapper	68,8	4,0	16,0	30,0	55,0	130,0	135,0	37,9
TV	57,2	4,0	16,30	27,5	48,9	101,8	192,0	35,6
Kledij kopen of herstellen	54,3	3,8	29,5	52,2	100,0	401,8	725,0	89,1
Afvalbeheer (vb. Zakken, containerpark)	46,8	0,6	5,0	10,0	17,8	55,0	75,0	14,4
Losse kranten – tijdschriften	53,2	1,6	10,0	18,5	33,0	299,0	300,0	29,7
Eigen vervoer (vb. Tanken, onderhoud, garage, ...)	35,8	7,0	50,0	80,0	146,9	400,0	416,7	109,5
Maaltijden lokaal dienstencentrum	27,7	2,0	12,7	67,0	157,8	496,0	496,0	93,7
Wassalon	19,7	5,7	10,3	20,0	31,3	125,0	150,0	31,2
Internet	17,9	8,0	25,0	30,5	55,0	269,0	269,0	48,5
Openbaar vervoer	17,9	0,5	5,0	8,1	20,0	64,0	64,0	16,7
Afbetaling schulden	12,1	20,0	48,8	100,0	173,0	737,0	750,0	166,9
Alimentatie	11,0	17,1	80,0	183,3	320,0	1100,0	1600,0	301,3
Aangepast of sociaal vervoer	9,8	5,8	19,5	25,0	36,2	111,6	179,0	39,6
Taxi	8,1	9,0	14,3	22,5	50,0	96,0	150,0	38,9
Totaal per huishouden	99,4	88,0	349,5	521,0	780,0	1019,9	1375,1	455,1

De mediaan van de leefkosten bedroeg 521,0 euro per maand. De grootste kost was de winkelrekening met een mediaan van 300,0 euro per maand. Ook gaf 12,1% van de respondenten maandelijks 100,0 euro uit aan een afbetaling van schulden en 11% gaf 183,3 euro uit aan alimentatie.

2.3 Vrijetijdskosten per maand

Tabel 7. Gemiddelde vrijetijdskosten per huishouden per maand (N=172)

Bron van uitgaven "vrijetijdskosten"	Ouderen met uitgaven in deze categorie							
	%	Min €	Q1 €	Q2 Med €	Q3 €	2 ^{de} max €	Max €	Gem €
Restaurant en cafébezoekjes	53,8	2,5	20,5	46,5	100,0	500,0	1183,1	92,4
Cadeaus	45,1	5,0	29,4	55,0	100,0	481,2	700,0	87,3
Activiteiten verenigingsleven / lokaal dienstencentrum / sport	20,8	1,5	6,9	14,0	29,5	227,7	303,0	31,9
Reizen en uitstapjes maken	16,2	7,0	28,5	55,0	197,2	800,0	1200,0	177,7
Naar sport –of cultuurevenement gaan kijken	6,4	3,0	10,0	20,0	50,0	60,0	112,0	32,7
Totaal per huishouden	80,8	4,0	42,0	70,0	160,0	814,8	1170,0	130,4

80,8% van de respondenten gaf geld uit aan vrijetijdsactiviteiten. De mediaan van de vrijetijdskosten bedroeg 70,0 euro per maand, met een minimum van 4,0 euro per maand en een maximum van 1170,0 euro per maand.

2.4 Kosten medisch en verzorgingsmateriaal per maand

Tabel 8. Gemiddelde kosten medisch en verzorgingsmateriaal per huishouden per maand (N=172)

Bron van uitgaven "medisch materiaal"	Ouderen met uitgaven in deze categorie							
	%	Min €	Q1 €	Q2 Med €	Q3 €	2 ^{de} max €	Max €	Gem €
Geneesmiddelen	84,4	1,7	28,2	55,5	100,1	400,0	800,0	81,5
Verbanden, kompressen, ontsmettingsmateriaal, zalfjes, druppeltjes,	21,4	3,0	12,0	21,0	62,6	126,2	136,8	37,6
Incontinentiemateriaal	17,4	6,1	11,9	32,5	60,0	120,0	200,0	46,0
Injectiespuiten	4,0	10,0	12,0	30,0	65,0	65,0	128,0	44,8
Dieetvoeding op voorschrift	2,3	84,8	113,6	232,0	264,0	200,0	264,0	203,2
Onderleggers	0,6	20,0	20,0	20,0	20,0	0,0	20,0	20,0
Sondage- en stomamateriaal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal per huishouden	87,2	1,7	32,9	72,6	129,3	600,0	800,0	104,9

Van alle respondenten had 87,2% kosten voor medisch en verzorgingsmateriaal. 72,6 euro per maand was de mediaan van de kosten voor medisch en verzorgingsmateriaal, het minimumbedrag

bedroeg 1,7 euro per maand en het maximumbedrag bedroeg 800,0 per maand. Het mediaanbedrag van geneesmiddelen bedroeg 55,5 euro per maand.

2.5 Kosten professionele hulp per maand

Tabel 9. Gemiddelde medische professionele hulp per huishouden per maand (N=170)

Bron van uitgaven "medisch professionele hulp"	Ouderen met uitgaven in deze categorie							
	%	Min €	Q1 €	Q2 Med €	Q3 €	2 ^{de} max €	Max €	Gem €
Huisarts	76,9	1,0	5,5	27,5	49,5	182,0	645,0	39,1
Pedicure of podoloog	44,5	6,0	17,5	22,0	29,0	150,0	210,0	30,0
Arts-specialist (vb. Oogarts, cardioloog, ...)	42,2	3,0	31,3	50,0	95,0	350,0	424,0	83,3
Kinesitherapeut	16,9	12,5	47,5	200,3	314,4	500,0	1320,0	232,8
Thuisverpleging	4,7	20,6	49,3	93,4	150,8	151,1	170,0	98,1
Osteopaat, Acupunctuur	1,2	15,0	15,0	50,5	50,5	15,0	86,0	50,5
Diëtist	1,2	25,0	25,0	25,5	25,5	25,0	26,0	25,5
Psycholoog	1,2	19,0	19,0	34,5	34,5	19,0	50,0	34,5
Ergotherapeut	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Logopedist	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal per huishouden	90,9	1,0	30,6	77,0	172,0	615,0	750,0	123,0

90,9% van de respondenten had maandelijks kosten aan medisch professionele hulp. De mediaan van de totale kosten aan medisch professionele hulp bedroeg 77,0 euro per maand. De grootste kost was de kinesitherapeut met een mediaan van 200,3 euro per maand.

Tabel 10. Gemiddelde medische professionele hulp per huishouden per maand (N=170)

Bron van uitgaven "medisch professionele hulp"	Ouderen met uitgaven in deze categorie			
	Gem aantal per...	Gem prijs per ... €	Gem prijs voor de overheid per bezoek €	Gem prijs voor de overheid €
Huisarts	1 bezoek	21,7	21,0	21,0
Pedicure of podoloog	1 keer	27,3	22,1	22,1
Arts-specialist (vb. Oogarts, cardioloog, ...)	1 bezoek	37,9	/	/
Kinesitherapeut	8 keer	20,4	16,37	130,96
Thuisverpleging	30 bezoeken	3,1	14,89	446,7
Osteopaat, Acupunctuur	1,5 keer	33,7	/	/
Diëtist	1 keer	25,5	14,75	14,75
Psycholoog	1 keer	34,5	/	/
Ergotherapeut	0 keer	/	35,29	/
Logopedist	0 keer	/	33,47	/

Thuisverpleging was voor de ouderen niet zo'n dure zaak, het kostte voor hen gemiddeld 3,1 euro per bezoek. De kost voor de overheid liep wel op tot 14,89 euro per bezoek. Ouderen maakten hier ook veel gebruik van zo'n 30 bezoeken, wat de totale kost voor de overheid bracht op gemiddeld

446,7 euro per oudere die hier gebruik van maakte. Een psycholoog werd niet vergoed door de ziekteverzekering en viel dus volledig ten laste van de patiënt.

Tabel 11. Gemiddelde uitgaven aan professionele welzijnshulp per huishouden per maand (N=168)

Bron van uitgaven "professionele welzijnshulp"	Ouderen met uitgaven in deze categorie							
	%	Min €	Q1 €	Q2 Med €	Q3 €	2 ^{de} max €	Max €	Gem €
Poetshulp	35,3	2,0	54,0	80,0	140,7	200,0	366,0	94,9
Gezinszorg	18,0	4,0	64,0	109,0	178,0	491,6	517,1	155,8
Warme maaltijden	16,3	12,0	95,9	195,0	254,3	496,0	625,0	203,5
Dienstencheques	12,7	9,5	62,3	122,4	173,3	180,0	432,5	125,3
Klusjesdienst	12,1	16,0	30,0	36,0	60,0	240,0	352,0	70,3
Personenalarm of ander domotica- en passysteem	11,0	7,0	7,6	15,0	22,5	76,7	1239,0	83,3
Dagopvang/ kortopvang	2,9	22,4	103,5	247,4	623,8	293,1	954,4	340,4
Oppashulp	1,7	15,0	15,0	25,5	25,5	25,5	146,0	62,2
Boodschappendienst	1,2	80,0	80,0	129,0	129,0	80,0	178,0	129,0
Nachtopvang	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PAB-assistent	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal per huishouden	90,9	6,0	72,0	152,0	279,3	1172,2	1245,5	215,1

Ook 90,9% van de respondenten gaf maandelijks geld uit aan professionele welzijnshulpzorg, dit met een mediaan van 152,0 euro per maand. Er werd voornamelijk door de respondenten gebruik gemaakt van poetshulp (35,3%), gezinszorg (18%) en warme maaltijden (16,3%). Het mediaanbedrag dat de respondenten die gebruik maken van de warme maaltijden uitgeven bedroeg 195,0 euro per maand. Niemand van de respondenten maakte gebruik van nachtopvang of PAB-assistent.

Tabel 12. Gemiddelde uitgaven aan professionele thuiszorg per huishouden per maand (N=168)

Bron van uitgaven "professionele hulp"	Ouderen met uitgaven in deze categorie	
	Med aantal per...	Med prijs per ... €
Poetshulp	9 uur	8,9
Gezinszorg	21,5 uur	5,1
Warme maaltijden	22 maaltijden	8,9
Dienstencheques	16 uur	7,7
Klusjesdienst	3 uur	12
Personenalarm of ander domotica- en passysteem	/	83,3
Dagopvang/ kortopvang	16 dagen	15,5
Oppashulp	7,5 uur	3,4
Boodschappendienst	4 keer	32,3
Nachtopvang	0 keer	/
PAB-assistent	0 keer	/

Ouderen maakten het meeste gebruik van warme maaltijden (22 maaltijden), gezinszorg (21,5 uur) en dienstencheques (16 uur). De kosten bedroegen 5,1 euro per uur voor gezinszorg, 8,9 euro per warme maaltijd en 7,7 euro per uur voor dienstencheques.

2.6 Kosten informele hulp per maand

Tabel 13. Gemiddelde kosten informele hulp per maand (N=173)

Bron van uitgaven "informele hulp"	Ouderen met uitgaven in deze categorie							
	%	Min €	Q1 €	Q2 Med €	Q3 €	2 ^{de} max €	Max €	Gem €
Kinderen	12,7	5,0	20,0	30,0	51,3	130,0	400,0	53,8
Kleinkinderen	10,4	5,0	9,0	29,0	60,0	80,0	350,0	49,6
Vrienden en kennissen	6,4	1,0	5,0	25,0	90,0	195,0	240,0	61,6
Buren	3,5	2,0	8,0	17,5	30,0	30,0	30,0	17,8
Andere Familie	2,3	5,0	10,0	37,5	162,5	50,0	200,0	70,0
Vrijwilligers	1,7	4,0	4,0	10,0	10,0	10,0	80,0	31,3
Andere	1,2	10,0	10,0	14,0	14,0	10,0	18,0	14,0
Partner	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal per huishouden	26,6	1,00	20,0	33,5	80,0	240,0	770,0	70,9

De mediaan van de kosten aan informele hulp bedroeg 33,5 euro per maand. 26,6% van de respondenten gaf maandelijks geld uit aan informele hulp, dit vooral aan kinderen of kleinkinderen. Eén op drie ouderen kreeg hulp van hun partner of kinderen. Daarentegen kreeg 18% hulp van andere en tot slot krijgt 13,3% hulp van verre familie.

Tabel 14. Welke extra kosten heeft de mantelzorg zelf per maand? (N=167)

Bron van uitgaven "Persoonlijke kosten mantelzorg"	Ouderen met uitgaven in deze categorie							
	%	Min €	Q1 €	Q2 Med €	Q3 €	2 ^{de} max €	Max €	Gem €
Extra vervoerskosten	19,3	10,0	25,0	40,0	67,5	226,0	1724,0	101,2
Kosten voor wassen van kledij en beddengoed van de zorgbehoevende persoon	8,7	5,0	7,0	40,0	48,0	50,0	160,0	36,9
Professionele hulp moeten inschakelen in eigen huishouden	5,3	50,0	70,1	144,0	180,0	200,0	324,5	145,2
Minder gaan werken	2,3	50,0	87,5	225,0	1337,5	250,0	1700,0	550,0
Andere	0,6	35,0	35,0	35,0	35,0	0,0	35,0	35,0
Totaal huishouden	26,3	7,0	36,3	50,0	50,0	386,0	3424,4	164,4

Naast de thuiswonende oudere had ook de mantelzorger kosten. Die zijn niet rechtstreeks bevroegd bij de mantelzorger, maar er werd gevraagd aan de oudere een inschatting te geven. De meeste mantelzorgers hadden extra vervoerskosten (mediaan bedroeg 40 euro per maand), kosten voor het wassen van kledij en beddengoed van de oudere (mediaan bedroeg 40 euro per maand), schakelen

zelf professionele hulp in in het huishouden (mediaan bedroeg 144 euro per maand) of gaan ook minder werken (mediaan 225 bedroeg euro per maand).

2.7 Totale huishoudkosten per maand

Tabel 15. Gemiddeld totale huishoudkosten ($N=161$)

	Respondenten met uitgaven in deze categorie							
	%	Min €	Q1 €	Q2 Med €	Q3 €	2 ^{de} max €	Max €	Gem €
Totale huishoudkosten	100	328,0	484,0	1321,0	3541,0	5442,2	5735,1	1626,1

De mediaan van de totale huishoudkosten bedroeg 1321,0 euro, dit met een minimum van 328,0 euro en een maximum van 5735,1 euro.

2.8 Grote kosten huishouden per jaar

Naast de maandelijkse uitgaven hadden ouderen ook nog enkele jaarlijkse (grotere) uitgaven. We vroegen aan de oudere om een zo goed mogelijke schatting te maken.

Tabel 16. Gemiddeld grote kosten huishouder per jaar ($N=169$)

Bron van uitgaven "Grote kosten"	Ouderen met uitgaven in deze categorie							
	%	Min €	Q1 €	Q2 Mediaan €	Q3 €	2 ^{de} max €	Max €	Gem €
Verzekering	81,4	20,5	172,0	450,0	891,6	3173,54	11864,0	747,3
GSM	28,9	5,4	41,3	90,0	200,0	750,0	1500,0	163,3
Lidmaatschap verenigingen	28,3	2,2	20,0	60,0	97,5	350,0	597,0	89,6
Abonnement openbaar vervoer	25,6	20,0	50,0	60,0	100,0	270,0	310,0	82,6
Abonnement tijdschriften	24,3	10,0	107,8	250,0	323,0	800,0	804,0	255,2
Renovatiekosten	21,4	20,0	299,0	1000,0	3929,0	13500,0	50000,0	3905,8
Hulpmateriaal (vb. rollator, hoorapparaat, ...)	20,3	15,0	50,0	208,0	1000,0	3200,0	3600,0	734,1
Ziekenhuisopname	19,2	50,1	212,0	435,8	990,0	4000,0	23112,0	1470,9
Andere	19,1	40,0	130,5	383,1	1363,9	6000,0	20000,0	1654,1
Reizen	18,0	14,0	200,0	460,0	1200,0	4800,0	5000,0	934,6
Wasmachine - droogkast	16,3	7,0	90,0	398,5	662,5	999,00	1000,0	420,8
Computer - laptop - tablet	13,9	25,0	163,5	349,5	741,5	900,00	1000,0	417,2
Auto - Brommer - moto	13,3	12,6	300,0	569,6	1042,1	2700,0	11400,0	1210,8
Fiets	9,2	25,0	60,0	265,0	645,8	1200,0	3200,0	519,1

Woningaanpassing	8,7	10,3	150,0	350,0	800,0	3200,0	4893,0	832,9
Studieonkosten	1,7	400,0	400,0	490,0	/	490,0	600,0	496,7
Totaal per huishouden	96,4	10,0	484,0	1321,0	3541,0	23623,6	51797,4	3092,7

1321,0 euro per jaar was de mediaan van de grote kosten, het minimumbedrag bedroeg 10,0 euro per jaar en het maximumbedrag bedroeg 51797,4 per jaar. 96,4% van de respondenten had te maken met grote uitgaven doorheen het jaar.

3 OVERSCHOT OF TEKORT OP HET EINDE VAN DE MAAND?

Tabel 17. Gemiddeld overschot/tekort per maand ($N=157$)

	Min €	Q1 €	Q2 Med €	Q3 €	2 ^{de} max €	Max €	Gem €
Gemiddelde overschot/tekort	-3651,7	-416,42	35,8	274,3	2395,8	7572,0	64,10

De mediaan van wat de respondenten maandelijks overhielden bedroeg 35,8 euro per maand, dit met een minimum van -3651,7 euro en met een maximum van 7572,0 euro per maand. 34,4% hield aan het einde van de maand een negatief saldo over en kwam dus niet toe met hun inkomsten om hun uitgaven te betalen.

4 WAARAAN ZOU MEN MEER WILLEN BESTEDEN?

Tabel 18. Aan welke woonkosten zou men meer willen uitgeven, maar doet men niet omwille van financiële overwegingen? (*N*=173)

Woonkosten	%
Gemeenschappelijke kosten aan het gebouw	6,9
Nutsvoorzieningen	5,8
Verblijf in residentiële voorziening	5,8
Huur of afbetaling woning	3,5

6,9% van de respondenten gaf aan meer te willen uitgeven aan gemeenschappelijke kosten aan het gebouw, 5,8% aan nutsvoorzieningen en verblijf in een residentiële voorziening en 3,5% aan huur of afbetaling woning.

Tabel 19. Aan welke leefkosten zou men meer willen uitgeven, maar doet men niet omwille van financiële overwegingen? (*N*=173)

Leefkosten	%
Kledij kopen of herstellen	30,8
Winkelrekening	20,8
Kapper	17,9
Eigen vervoer (vb. Tanken, onderhoud, garage, ...)	13,3
Losse kranten – tijdschriften	11,6
Taxi	10,4
TV	9,8
Maaltijden lokaal dienstencentrum	7,5
Telefoon – GSM	6,9
Alimentatie	5,8
Afbetaling schulden	5,2
Internet	4,0
Openbaar vervoer	4,0
Aangepast of sociaal vervoer	3,5
Afvalbeheer (vb. Zakken, containerpark)	2,3
Wassalon	1,2

De respondenten gaven aan meer te willen uitgeven aan kledij kopen of herstellen (30,8%), hun winkelrekeningen (20,8%) en de kapper (17,9%).

Tabel 20. Aan welke vrijetijdskosten zou men meer willen uitgeven, maar doet men niet omwille van financiële overwegingen? (N=173)

Vrijetijdskosten	%
Reizen en uitstapjes maken	43,4
Restaurant en cafébezoekjes	38,2
Cadeaus	30,6
Activiteiten verenigingsleven / lokaal dienstencentrum / sport	14,5
Naar sport -of cultuurevenement gaan kijken	14,5

Een groot deel van de respondenten gaf aan meer te willen uitgeven aan reizen en uitstapjes maken (43,4%), restaurant en cafébezoekjes (38,2%) en cadeaus (30,6%).

Tabel 21. Aan wat medisch materiaal zou men meer willen uitgeven, maar doet men niet omwille van financiële overwegingen? (N=173)

Medisch materiaal	%
Geneesmiddelen	6,9
Verbanden, kompressen, ontsmettingsmateriaal, zalfjes, druppeltjes,	4,0
Incontinentiemateriaal	3,5
Injectiespuiten	1,2
Dieetvoeding op voorschrift	1,2
Onderleggers	1,2
Sondage- en stomamateriaal	1,2

In het algemeen gaf het grote deel van de respondenten niet aan veel meer te willen uitgeven aan medisch materiaal. Zo wilde 6,9% meer uitgeven aan geneesmiddelen.

Tabel 22. Aan welke medisch professionele hulp zou men meer willen uitgeven, maar doet men niet omwille van financiële overwegingen? (N=173)

Medisch professionele hulp	%
Pedicure of podoloog	9,8
Arts-specialist (vb. Oogarts, cardioloog, ...)	9,2
Kinesitherapeut	5,8
Thuisverpleging	5,2
Huisarts	4,0
Osteopaat, Acupunctuur	3,5
Diëtist	2,9
Psycholoog	2,9
Ergotherapeut	1,2
Logopedist	1,2

9,8% van de respondenten gaf aan meer te willen uitgeven aan een pedicure of podoloog en 9,2% aan een arts-specialist.

Tabel 23. Aan welke medisch professionele hulp zou men meer willen uitgeven, maar doet men niet omwille van financiële overwegingen? (N=173)

Professionele welzijnshulp	%
Poetshulp	17,9
Klusjesdienst	9,8
Gezinszorg	8,7
Personenalarm of ander domotica- en passysteem	6,9
Dienstencheques	6,4
Boodschappendienst	5,8
Warme maaltijden	4,6
Oppashulp	2,9
Nachtopvang	2,3
Dagopvang/ kortopvang	1,7
PAB-assistent	1,2

De respondenten gaf aan meer te willen uitgeven aan poetshulp (17,9%), klusjesdienst (9,8%) en gezinszorg (8,7%).

Tabel 24. Aan welke informele hulp zou men meer willen uitgeven, maar doet men niet omwille van financiële overwegingen? (N=173)

Informele hulp	%
Aan mensen die ik ken	24,3

24,3% van de respondenten gaf aan meer geld te willen uitgeven aan mensen die ze kennen voor informele hulp.

Tabel 25. Aan grote kosten zou men meer willen uitgeven, maar doet men niet omwille van financiële overwegingen? (N=173)

Grote kosten	%
Reizen	24,9
Renovatiekosten	12,7
Computer – laptop - tablet	11,6
Auto - Brommer - moto	8,1
Woningaanpassing	8,1
GSM	7,5
Abonnement tijdschriften	7,5
Hulpmateriaal (vb. rollator, hoorapparaat, ...)	7,5
Wasmachine - droogkast	7,5
Verzekering	6,9

Ziekenhuisopname	4,6
Fiets	4,6
Abonnement openbaar vervoer	4,0
Lidmaatschap verenigingen	3,5
Studieonkosten	2,9

Eén vierde van de respondenten gaf aan meer te willen uitgeven aan reizen. Verder gaf 12,7% aan meer te willen uitgeven aan renovatiekosten en 11,6% aan computer, laptop of/en tablet.

5 ANALYSES VAN RISICOGROEPEN

Tabel 26. Verschillen in inkomsten naargelang individuele kenmerken

	Subjectief inkomen: Komt moeilijk rond	Gemiddelde inkomsten per HH	Mediaan inkomsten per huishouden
Geslacht			
Man	38,8	1790,3	1588,0*
Vrouw	26,7	1594,2	1409,7*
Nationaliteit			
Belg	28,8	1708,4 **	1500,0*
Ander	66,7	1195,3 **	1143,3*
Leeftijd			
60 – 69 jaar	43,2	1755,0	1300,0
70 – 79 jaar	32,7	1672,3	1550,0
> 80 jaar	24,4	1638,6	1494,1
Burgerlijke staat			
Gehuwd / samenwonend	29,2	1978,2 *	1853,0*
Alleenstaand	50,0	2011,4 *	1445,6*
Gescheiden	35,5	1392,7 *	1287,5*
Weduwe(naar)	28,1	1438,8 *	1353,0*
Woning			
Eigenaar	20,9 *	1852,28 *	1615,24*
Huurder (privé-markt)	40,6 *	1635,77 *	1450,00*
Huurder (sociale woning)	40,4 *	1361,12 *	1344,22*
Verzekeringsstatuut			
Gewoon verzekerd	24,3 *	1835,02 *	1596,10*
OMNIO statuut	42,4 *	1368,99 *	1231,29*
Chronische aandoening			
0	19,4	1718,1	1441,8
1	28,3	1744,2	1559,0
2	40,0	1519,3	1350,0
> 3	36,6	1678,4	1525,0
Aantal keer opgenomen in de afgelopen 6 maanden			
Nee	30,7	1636,7	1421,5*
Ja	32,1	1771,3	1550,0*
Samenlevingsvorm			
Alleen	30,4	1462,6*	1347,6*
Met 2	29,0	1879,8*	1720,0*
Met meer dan 2	62,5	2651,9*	2452,3*

In de kruistabellen werd er nagegaan of er significante verschillen zijn tussen groepen van respondenten: bijvoorbeeld was er een verschil tussen mannen en vrouwen op vlak van uitgaven? In die tabellen staan getallen aangegeven met * en **

- * heeft een significantieniveau van < 0,05: dit wil zeggen dat de groepen significant van elkaar verschillen.
- ** heeft een significantieniveau tussen 0,10 en 0,05 : dit wil zeggen dat 'slechts' een tendens is tot significant verschil

Tabel 27. Verschillen in inkomsten naargelang individuele kenmerken

	Gemiddelde uitgaven per huishouden	Mediaan uitgaven per huishouden	Tekort per huishouden
Geslacht			
Man	1579,4	1290,9	30,9**
Vrouw	1759,3	1538,5	44,4**
Nationaliteit			
Belg	1699,3 *	1462,0*	36,6
Ander	1050,0 *	992,4*	33,3
Leeftijd			
60 – 69 jaar	1615,8	1337,1	33,3
70 – 79 jaar	1631,1	1455,2	36,2
> 80 jaar	1668,2	1381,8	36,8
Burgerlijke staat			
Gehuwd / samenwonend	2142,7 *	1802,4*	41,9
Alleenstaand	1273,4 *	1337,1*	57,1
Gescheiden	1363,8 *	1271,0*	31,0
Weduwe(naar)	1342,9 *	1180,5*	30,5
Woning			
Eigenaar	1801,6 *	1514,5*	35,4
Huurder (privé-markt)	1612,4 *	1333,0*	44,8
Huurder (sociale woning)	1284,7 *	1163,0*	27,9
Verzekeringsstatuut			
Gewoon verzekerd	1727,1	1518,6*	34,3
OMNIO statuut	1496,3	1183,3*	40,7
Chronische aandoening			
0	1289,9 **	1136,6*	28,6
1	1678,4 **	1454,4*	36,4
2	1607,4 **	1331,0*	35,1
> 3	1929,3 **	1584,8*	43,2
Aantal keer opgenomen in de afgelopen 6 maanden			
Nee	1563,4	1294,8*	35,5
Ja	1855,6	1565,4*	36,7
Samenlevingsvorm			
Alleen	1335,1*	1192,2*	32,2
Met 2	2038,5*	1757,0*	40,7
Met meer dan 2	2502,1*	2305,6*	50,0

Vrouwen hadden het doorgaans moeilijker dan mannen om rond te komen: 44,4% ($X^2=3.014$; $df=1$; $p=.083$) van de vrouwen tegenover 30,9% van de mannen had een negatief saldo op het einde van de maand. Personen met een andere nationaliteit dan de Belgische hadden het laagste inkomen met 1143,3 euro ($t=2.111$; $df=167$; $p=.036$) per maand, maar gaven ook het minste uit. Zo kwam 33,3% van hen aan het eind van de maand niet toe. Alleenstaande ouderen liepen het grootste risico: 57% had maandelijks een tekort aan financiële middelen. Bij gescheiden ouderen en weduwe(naars) kwam iets meer dan 30% niet toe. Huishoudens met meer dan twee personen waren ook zeer kwetsbaar, 50% van hen kwam maandelijks niet toe.

Op vlak van huisvesting hadden vooral huurders op de privémarkt het financieel moeilijk om betaalbaar thuis te blijven wonen. Maar ook voor eigenaars of huurders die als koppel een sociale woning betrekken was er weinig financiële ademruimte. 44,8% ouderen die huurden van een privé-eigenaar kwamen niet rond op het einde van de maand, ten opzichte van 27,9% voor de ouderen die een sociale woning huurden. Ouderen die eigenaar waren, zaten hier tussenin met 35,4%.

Wanneer er werd gekeken naar het verzekeringsstatuut merkten we op dat personen met het OMNIO statuut het moeilijker hadden, zo kwam 40,7% van hen maandelijks niet rond. Personen die de afgelopen zes maand opgenomen waren in het ziekenhuis gaven meer per maand uit namelijk: 1565,4 euro per maand tegenover 1294,8 euro per maand bij personen die niet opgenomen waren in het ziekenhuis.

1 BESPREKING

Dit onderzoek spitst zich toe op de inkomsten en uitgaven van thuiswonende ouderen met zorgnoden. In dit onderdeel komen de belangrijkste resultaten binnen het onderzoek aan bod: de kosten, het leefbudget, het saldo aan het eind van de maand en de risicofactoren op financiële kwetsbaarheid. Hier wordt ook een terugkoppeling gemaakt naar de literatuur. Vervolgens worden de beperkingen van het eigen onderzoek aangehaald. Nadien volgen de aanbevelingen voor verder onderzoek en de praktische en beleidsaanbevelingen. Deze masterproef sluit af met een conclusie.

1.1 Wat kost thuiswonen met zorgnoden aan ouderen?

Uit de analyses blijkt dat thuis blijven wonen wanneer mensen zorgbehoevend zijn, en dus hun zorg "inkopen", al snel een dure zaak wordt voor de respondenten. De inkomsten van de respondenten zijn over het algemeen laag en de uitgaven zijn daarentegen (zeer) hoog, wat maakt dat er aan het einde van de maand niet veel overblijft (Knickman e.a., 2003). De mediaan van de uitgaven bedraagt 1558,1 euro. Algemeen wordt er gesteld dat woonzorgcentra zeer duur zijn voor ouderen (Socialistische Mutualiteiten, 2016), maar uit de studie blijkt dat thuiswonen met zorg(noden) in bepaalde gevallen nog meer geld kost: ouderen die in een rusthuis leven betalen namelijk gemiddeld 1487,0 euro per maand (Socialistische Mutualiteiten, 2016). De meeste ouderen kiezen ervoor om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, ze vinden het belangrijk om te kunnen meebeslissen over de zorg en ondersteuning die ze krijgen (Hoeck e.a., 2012). Toch is thuis blijven wonen niet evident voor zorgbehoevende ouderen, gezien dit al snel een dure zaak wordt voor ouderen (Woo, Mak, Cheng, & Choy, 2011).

1.2 Hoe ziet het leefbudget eruit van thuiswonende ouderen met zorgnoden?

1.2.1 Wat is het inkomen van thuiswonende ouderen met zorgnoden?

De bedoeling was om zicht te krijgen op het inkomstenpatroon van ouderen met zorgnoden. Dit omvat niet alleen het pensioen, maar alle inkomsten van het hele huishouden, zoals bijvoorbeeld ook de terugbetalingen van het ziekenfonds. Het mediaan gezinsinkomen bedraagt dan 1461,1 euro. De helft van de deelnemende ouderen heeft minder dan 1461 euro inkomsten (met een minimum van 130 euro; een oudere met enkel een tegemoetkoming van de Vlaamse Zorgverzekering). De helft van de deelnemende ouderen heeft inkomsten hoger dan 1461 euro (met een maximum van 7900 euro; een huishouden met veel huurinkomsten). In 2013 zijn de inkomsten van ouderen ook al eens onder de loep genomen. Hieruit blijkt dat een gepensioneerde die als werknemer heeft gewerkt gemiddeld 1040,0 euro per maand heeft aan inkomsten en een gepensioneerde zelfstandige 992,0 euro per maand. Een vrouw heeft gemiddeld 907,0 euro per maand aan inkomsten en een man 1154,0 euro per maand. Tot slot bedraagt vanaf 1 juni 2015 het gewaarborgd minimumpensioen voor een alleenstaande 1168,73 euro per maand (Vives, 2017). Omdat ouderen niet toekomen met

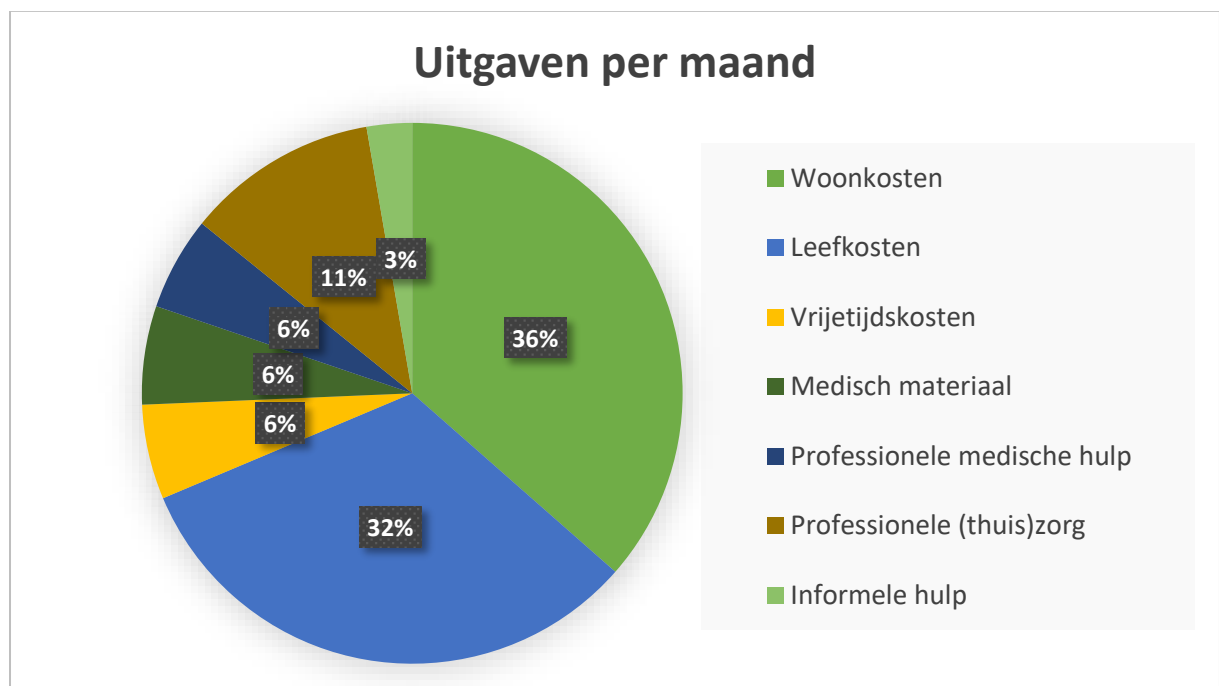
hun inkomsten, doen ze beroep op hun familie om financieel bij te schieten (Verulava, Adeishvili, & Maglakelidze, 2016).

1.2.2 Waar geven thuiswonende ouderen met zorgnoden hun geld aan uit?

De kosten van professionele (thuis)zorg nemen een grote hap uit het budget van de ouderen. Zo zijn de professionele (thuis)zorg kosten (11%), na de woonkosten (36%) en leefkosten (32%), de grootste uitgavenpost van de oudere. De persoonlijke bijdragen van de oudere kunnen net daar zeer hoog oplopen. Kosten voor professionele (thuis)zorg zijn niet opgenomen in de ziekteverzekering en komen bijgevolg niet terug aan de inkomstenzijde.

Uit de bevraging blijkt ook dat ouderen graag meer willen uitgeven, maar hierin beperkt worden door hun financiële situatie. Het gaat dan absoluut niet enkel over 'luxegoederen' maar veelal over basisgoederen:

- 40% van de respondenten wil graag meer geld besteden aan vrijetijdsactiviteiten zoals het maken van uitstapjes, cafébezoekjes...
- 25% van de respondenten wil graag meer geld om informele hulp te vergoeden.
- 20% van de respondenten geven aan dat ze graag meer geld willen uitgeven aan boodschappen.



Figuur 1. Overzicht van uitgaven per maand.

In ander onderzoek wordt het leefbudget ook onder de loep genomen, hier maakt de woonkosten ook 35% uit van het leefbudget en wordt de overige consumptie hierdoor ingeperkt op elk vlak (Pacolet, Cattaert, & Van Steenberghe, 2006). Een eigen woning hebben blijkt dan ook een grote impact te hebben op de verdeling van het budget. Het bezit van een woning wordt gezien als een

bron van inkomen bovenop het bestaand inkomen, dit terwijl een huurder een deel van zijn inkomen moet besteden aan huur. De budgetbesteding wordt een tweedeling, met name tussen diegenen die een eigen woning hebben en diegenen die dat niet hebben (Pacolet e.a., 2006). Ook in het onderzoek van Vives (2017) bedragen de woonkosten 31% van het leefbudget. Hier worden de kosten aan professionele thuiszorg geschat op 11% van het leefbudget. De medische zorgbehoeften van ouderen zijn zeer groot, ongeveer 80% van de ouderen heeft voortdurend nood aan een vorm van zorg (Allin & Masseria, 2009). Omdat dit niet altijd betaalbaar is voor iedereen, wordt er ook veel beroep gedaan op hulp van familie en vrienden (Verulava e.a., 2016). Hoewel de publieke sector het grootste deel van de gezondheidskosten draagt, zullen veel van de middelen die nodig zijn toch van de ouderen zelf moeten komen (Knickman e.a., 2003). 9% van de ouderen ontvangt een inkomensgarantie voor ouderen, een uitkering die toegekend wordt aan 65-plussers die niet over voldoende financiële middelen beschikken (De Donder e.a., 2014). Verder verklaart 8% van de gezinnen in Brussel gezondheidsuitgaven uit te stellen omwille van financiële redenen (Vrijens e.a., 2016). Verder wordt ook opgemerkt dat ouderen met een lage sociaal economische status minder gebruik maken van geneesmiddelen, omwille van de hoge kosten (Miralles & Kimberlin, 1998).

1.3 Hoeveel houden thuiswonende ouderen met zorgnoden maandelijks over?

35% van de oudere deelnemers hebben aan het eind van de maand een tekort, en komen dus niet rond met hun inkomsten om hun uitgaven te betalen. Zo bedraagt de mediaan van de inkomsten 1461,1 euro en de mediaan van de uitgaven 1558,1 euro. Financiële tegemoetkomingen blijken vaak noodzakelijk als aanvulling op de reguliere inkomsten om te kunnen rondkomen. In ander onderzoek, waar de inkomsten en de uitgaven van thuiswonende ouderen in kaart worden gebracht, maken ze de volgende inschatting: de inkomsten bedragen gemiddeld 1168,73 euro per maand, de uitgaven bedragen daarentegen 1690,0 euro per maand. Ouderen zullen dus moeten kiezen welke uitgaven ze het belangrijkste vinden (Vives, 2017). Omwille van de hoge gezondheidskosten zijn er vangnetten zoals de maximumfactuur, de verhoogde tegemoetkoming, ... zodat ouderen hun gezondheidskosten toch zouden kunnen betalen, maar deze zijn vaak niet toereikend (Vrijens e.a., 2016). De overheid zal moeten inspringen om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te garanderen (Woo e.a., 2011).

1.4 Zijn er bepaalde risicogroepen van thuiswonende ouderen met zorgnoden waarbij de uitgaven groter zijn dan de inkomsten?

44,4% van de vrouwen komen maandelijks niet rond met hun inkomsten om hun uitgaven te betalen tegenover 30,9% van de mannen. Als er wordt gekeken naar de nationaliteit komen meer Belgen (36,6%) maandelijks niet toe ten opzichte van personen met een andere nationaliteit. Zij hebben wel een lager inkomen, maar geven beduidend minder uit. Des te ouder men wordt, des te moeilijker men het heeft om maandelijks rond te komen. Alleenstaande ouderen zijn de grootste groep (57,1%) die maandelijks grotere uitgaven hebben dan inkomsten. Ouderen die een sociale woning huren (27,9%) komen dan weer het makkelijkste toe om hun uitgaven te betalen. Zij hebben wel de laagste inkomsten, maar geven ook beduidend minder uit. 40,7% van de ouderen die verzekerd zijn via het

OMNIO statuut komen maandelijks niet toe om hun uitgaven te betalen. Er is weinig tot geen verschil in het maandelijks rondkomen en het al dan niet opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis in de afgelopen zes maanden. Tot slot heeft het aantal inwonende personen in het huishouden ook een impact op het al dan niet maandelijks rondkomen, des te groter het huishouden, des te meer ouderen maandelijks niet rondkomen met hun inkomsten. Ook uit het onderzoek van Pacolet, Cattaert & Van Steenbergen (2006) blijkt dat ouderen, 65-plussers, onvoldoende inkomsten hadden om hun consumptiestijl in stand te houden. In het algemeen hebben vrouwen het moeilijker dan mannen om maandelijks toe te komen, dit is ook het geval voor oudere en alleenstaande ouderen (Keupers, 2009; OECD, 2014). Verder heeft de sociaal economische status een invloed op het al dan niet rondkomen van ouderen (Miralles & Kimberlin, 1998).

2 BEPERKINGEN EIGEN ONDERZOEK

In deze masterproef wordt vanuit een kritisch oogpunt gekeken naar het verrichte onderzoek. De beperkingen van het eigen onderzoek worden besproken.

In deze masterproef wordt enkel op zoek gegaan naar financieel kwetsbaar thuiswonende ouderen die zorgbehoevend zijn. De resultaten zijn dus ook niet generaliseerbaar naar alle thuiswonende ouderen. Het is ook belangrijk om zicht te krijgen op de financiële draagkracht van alle ouderen in Vlaanderen en Brussel. Dit niet enkel voor thuiswonende ouderen, maar ook voor ouderen die verblijven in een semiresidentiële, residentiële voorzieningen.... Zo kan er een vergelijking worden gemaakt tussen de verschillende woonvormen (Cubanski & Boccuti, 2015).

Een tweede beperking van dit onderzoek is dat er enkel bivariate statistische analyses werden uitgevoerd. De resultaten die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen, zijn interessant, toch kunnen we ons de vraag stellen of er nog niet meer informatie naar boven zou komen indien men een derde variabele aan de relatie zou toevoegen. Zo heeft Li e.a. (2017) analyses uitgevoerd naar de verschillende determinanten van formele zorggebruikers en de zorgkosten.

Verder is deze masterproef gebaseerd op een enquête waarbij de ouderen een maand lang hun inkomsten en uitgaven bijhielden. Naast de maandelijkse uitgaven hebben ouderen echter ook nog jaarlijkse grotere uitgaven, waarvan we in dit onderzoek aan de ouderen vroegen om hier een zo goed mogelijke schatting van te maken. Toch zou het interessant zijn om de kosten van ouderen een langere tijd bij te houden, zodat er een globaal beeld gemaakt kan worden van de jaarlijkse inkomsten en uitgaven van ouderen. Zo zijn er maanden waarbij ouderen meer uitgeven, maar ook minder uitgeven. Ook kunnen de grote kosten dan beter bestudeerd worden, waar nu gebruik gemaakt werd van een schatting (Verpoorten, 2015).

3 AANBEVLINGEN VERDER ONDERZOEK

In dit onderdeel volgen een aantal algemene aanbevelingen naar verder onderzoek omtrent de inkomsten en uitgaven van ouderen.

Deze masterthesis creëert verschillende kansen voor toekomstig onderzoek. Allereerst zou het zeer interessant zijn om aan de hand van geregistreerde data de inkomsten en de uitgaven van ouderen te onderzoeken. Dit zal ervoor zorgen dat er een grotere steekproef kan bevestigd worden, wat op zijn beurt de betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten verhoogd. Dit impliceert wel dat er een breed aantal gegevens over de inkomsten en de uitgaven van ouderen geregistreerd zou moeten zijn, wat op dit moment nog niet het geval is (Verpoorten, 2015). Verder zou ook verder onderzoek gevoerd moeten worden naar de situatie van de kwetsbare ouderen, zoals de allerarmsten en chronisch zieken. Het is noodzakelijk om onderzoek te voeren op micro-niveau om een samenhangend beeld te krijgen, waarop beleidsmakers zich kunnen baseren (Schokkaert, Van Ourti, De Graeve, Lecluyse, & Van de Voorde, 2010).

De huidige en verwachte lage vruchtbaarheid in Europa en de stijging van de levensverwachting impliceert dat er een ongekend proces van vergrijzing zal plaatsvinden. Hierdoor staat de financiering van de gezondheidszorg en de sociale zekerheid voor zeer grote uitdagingen (Borsch-Supan e.a., 2013). Op dit moment wordt de toegankelijkheid van het systeem gegarandeerd door een algemene ziekteverzekering en door sociale vangnetten zoals de maximumfactuur, verhoogde terugbetaling van de medische kosten, Toch zijn er enkele redenen tot bezorgdheid: zo liggen de persoonlijke bijdragen van de patiënt in België hoog in vergelijking met andere Europese landen (Artoisenet e.a., 2004). Dit heeft als gevolg dat het aantal gezinnen dat gezondheidskosten uitstelt omwille van financiële redenen aanzienlijk is, dit vooral in de laagste inkomensgroep (Bookman & Kimbrel, 2011). In deze masterproef is ook duidelijk geworden dat het niet voor alle ouderen even simpel is om hun uitgaven te betalen met hun beperkt inkomen. Het is dus zeer belangrijk dat er onderzoek verricht wordt naar de inkomsten en uitgaven van ouderen, zodat hun zorgkosten betaalbaar blijven.

4 PRAKTISCHE EN BELEIDSAANBEVELINGEN

Hier volgen een aantal praktische en beleidsaanbevelingen.

Deze masterproef heeft aangetoond dat het niet altijd evident is voor financieel kwetsbaar thuiswonende ouderen met zorgnoden om rond te komen. Deze ouderen hebben dus nood aan extra ondersteuning, zodat ze hun levensstandaard kunnen behouden. Er bestaan al veel tegemoetkomingen waar ouderen van kunnen genieten. Toch kunnen we besluiten dat niet alle ouderen hiervan op de hoogte zijn of deze niet voldoende hoog zijn om hun inkomsten te verhogen tot op het niveau van hun uitgaven.

Alles begint bij de overheid die in de zorg investeert. Door de vergrijzing vergt de ouderenzorg de komende jaren veel extra investeringen, dit zowel in de thuiszorg als in de semiresidentiële en residentiële zorg. Om een kwaliteitsvol, toegankelijk en betaalbaar aanbod van de zorg te bieden moeten er voldoende middelen worden voorzien (Socialistische Mutualiteiten, 2016). De middelen zijn beperkt en de noden veelvuldig, daarom moeten er efficiënte keuzes gemaakt worden (Woo e.a., 2011). De beleidsmakers zouden op vastgestelde termijnen meetbare en specifieke gezondheids(zorg)doelstellingen moeten vooropstellen en hiervoor verantwoordelijke organisaties moeten aanstellen (Vrijens e.a., 2016).

Het aantal ouderen met één of meerdere chronische aandoeningen zal blijven toenemen. Een goede zorg door vroegtijdige diagnose en het voorkomen van complicaties kunnen de ziektelasten aanzienlijk verminderen (Cubanski & Boccuti, 2015). Investerings in preventie leveren per euro vaak een hogere gezondheidswinst op dan dure zorg in het latere ziekteproces. Een beleid dat gericht is op adequate zorg voor kwetsbare ouderen begint dan ook met preventie van chronische ziekten en bevordering van zelfzorg (van der Geest, 2005). Verder moeten zorgdiensten op een tijdige en flexibele manier aan de veranderde behoeften van elk individu tegemoet komen. Hun taak bestaat erin om de persoonlijke integriteit van de patiënt volledig te respecteren met het doel de levenskwaliteit van de patiënt te verhogen, zodat elk individu gelijke kansen krijgt inzake de toegang tot zorg (De Donder e.a., 2014). Om de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar te houden, is er nood aan nieuwe financieringsmodellen (Thorpe e.a., 2011).

5 CONCLUSIE

Dit onderzoek gaat na of thuiswonen voor ouderen met zorgnoden betaalbaar is. Er is gebleken dat thuis blijven wonen voor ouderen die zorgbehoevend zijn, en dus hun zorg inkopen, al snel een dure zaak wordt. De inkomsten zijn doorgaans laag en de uitgaven daarentegen hoog. De mediaan van de inkomsten van de ouderen bedraagt 1461,1 euro, bij de uitgaven bedraagt deze 1558,1 euro. 34,4% houdt aan het einde van de maand een negatief saldo over en komt dus niet toe met hun inkomsten om hun uitgaven te betalen. De mediaan van wat ouderen maandelijks overhouden of tekort komen bedraagt 35,8 euro. De helft van de deelnemende ouderen heeft minder dan 35,8 euro over (met een minimum van -3651,7 euro). De helft van de deelnemende ouderen houdt meer dan 35,8 euro aan het eind van de maand (met een maximum van 7572,0 euro). Een aanzienlijk aantal ouderen zullen dus beroep moeten doen op hun spaargeld, hun consumptiepatroon aanpassen, geld vragen bij kinderen,

Als we het leefbudget van de ouderen onder de loep nemen zien we dat de woonkosten (36%), leefkosten (32%) en ook de professionele (thuis)zorg alleen al een grote hap uit het budget nemen. Verder blijkt ook uit de bevraging dat ouderen meer willen uitgeven aan vrijetijdsactiviteiten (40%), informele hulp (25%) en boodschappen (20%), maar dit niet doen omwille van financiële redenen. Het gaat hier dan absoluut niet alleen over luxegoederen, maar voornamelijk over basisgoederen. Thuiswonen met zorgnoden is duur voor de respondenten, hun zorguitgaven zijn meer dan enkel de medische kosten. Dit wordt duidelijk in het uitgavenpatroon van de respondenten. Financiële tegemoetkomingen blijken vaak noodzakelijk als aanvulling op de reguliere inkomsten om te kunnen rondkomen.

Tot slot komen in dit onderzoek, net zoals in voorgaand onderzoek, een aantal risicogroepen naar voor waarbij de uitgaven groter zijn dan de inkomsten. Allereerst is een belangrijke factor het geslacht. Zo hebben vrouwen het financieel moeilijker dan mannen. Ook of de oudere alleenstaand is en de leeftijd van de oudere hebben een invloed.

Deze masterproef geeft het beleid de kans om in te spelen op de noden van financieel kwetsbaar thuiswonende ouderen. Verder onderzoek naar de uitgaven en inkomsten van thuiswonende ouderen met of zonder zorgnoden is gewenst.

REFERENTIELIJST

- Agentschap Zorg & Gezondheid. (2016). De Vlaamse Sociale Bescherming. Geraadpleegd 26 december 2016, van <http://www.vlaamsesocialebescherming.be/>
- Allin, S., & Masseria, C. (2009). Unmet need as an indicator of access to health care in Europe. The London School Of Economics And Political Science.
- Anthierens, S., Willemse, E., Remmen, R., Schmitz, O., Macq, J., Declercq, A., ... Farfan-Portet, M. I. (2014). *Support for informal caregivers - an exploratory analysis* (Health Services Research No. 223) (p. 138). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheid.
- Artoisenet, C., Cattaert, G., Coudron, V., Deliège, D., Pacolet, J., & Hoger Instituut voor de Arbeid. (2004). *Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België: rapport voor de FOD Sociale Zekerheid Directie-generaal Sociaal Beleid = Vieillessement, aide et soins de santé en Belgique*. Brussel: Directie-generaal Sociaal Beleid. Geraadpleegd van <http://www.hiva.be/docs/rapport/R935.pdf>
- Baarda, B., Bakker, Esther, Van der Hulst, M., Fischer, T., Julsing, M., & van Vianen, R. (2012). *Basisboek methoden en technieken: kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis*. Groningen [etc.]: Noordhoff Uitgevers.
- Belgian Federal Government. (2017). Structuur van de bevolking volgens leeftijd en geslacht: België. Geraadpleegd 25 januari 2017, van <http://economie.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/structuur/leeftijdgeslacht/belgie/>
- Berghman, J., Debels, A., Vandenplas, H., Verleden, F., Mutsaerts, A., Peeters, H., & Verpoorten, T. (2010). *Belgische pensioenatlas 2010* (p. 138). Leuven.
- Bookman, A., & Kimbrel, D. (2011). Families and Elder Care in the Twenty-First Century. *The Future of Children*, 21(2), 117–140. <https://doi.org/10.1353/foc.2011.0018>
- Borsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., ... on behalf of the SHARE Central Coordination Team. (2013). Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 992–1001. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt088>

- Broese van Groenou, M., Glaser, K., Tomassini, C., & Jacobs, T. (2006). Socio-economic status differences in older people's use of informal and formal help: a comparison of four European countries. *Ageing and Society*, 26(5), 745.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X06005241>
- Buyse, T., & Heylen, F. (2014). *Een structurele hervorming van het Belgische pensioensysteem. Macro-economische effecten, beleidsaanbevelingen en reflecties op de voorstellen van de Commissie Pensioenhervorming 2020-2040*. Gent.
- Christelijke Mutualiteit. (2012). *Een mantelzorgpremie in elke gemeente*. Brussel.
- Christelijke Mutualiteit. (2016). Forfaits. Geraadpleegd 30 december 2016, van <https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/thuiszorg/forfaits/index.jsp>
- Christelijke Mutualiteit. (2016). Hulp aan bejaarden. Geraadpleegd 12 mei 2016, van <https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/handicap/inkomen/hulp-aan-bejaarden.jsp>
- Christelijke Mutualiteit. (2016). Maximumfactuur. Geraadpleegd 12 april 2016, van <http://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/specifieke-regelingen/maximumfactuur/index.jsp>
- Crespo Cuaresma, J., Loichinger, E., & Vincelette, G. A. (2016). Aging and income convergence in Europe: A survey of the literature and insights from a demographic projection exercise. *Economic Systems*, 40(1), 4–17. <https://doi.org/10.1016/j.ecosys.2015.07.003>
- Cubanski, J., & Boccuti, C. (2015). Medicare coverage, affordability, and access. *Generations*, 39(2), 26.
- De Donder, L., Verte, E., Teugels, H., Glorieux, M., Bernard, M., Vanmechelen, O., ... Verte, D. (2014). Programmatie-studie Brussel: Stand van zaken en prognoses inzake de thuiszorg en (semi-) residentiële zorg voor ouderen in Brussel.
- Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (2013). *De kracht van het engagement: de vermaatschappelijking van de zorg in de dagelijkse praktijk*. Brussel.

- Frericks, P., Knijn, T., & Maier, R. (2009). Pension Reforms, Working Patterns and Gender Pension Gaps in Europe. *Gender, Work & Organization*, 16(6), 710–730.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2009.00457.x>
- Ginn, J. (2002). Richard Disney and Paul Johnson (eds.), *Pension Systems and Retirement Incomes Across OECD Countries*, Edward Elgar, Cheltenham, Gloucestershire 2001, 384 pp., hbk £65.00, ISBN 1 84064 563 6. *Ageing & Society*, 22(4).
<https://doi.org/10.1017/S0144686X02218966>
- Goodridge, D., Hawranik, P., Duncan, V., & Turner, H. (2012). Socioeconomic disparities in home health care service access and utilization: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(10), 1310–1319. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.01.002>
- Hoeck, S., Francois, G., Geerts, J., Van der Heyden, J., Vandewoude, M., & Van Hal, G. (2012). Health-care and home-care utilization among frail elderly persons in Belgium. *The European Journal of Public Health*, 22(5), 671–677. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr133>
- Keupers, I. (2009). *Armoede en ongelijkheid bij ouderen: Een vergelijkende studie van de pensioenstelsels in België en Nederland*. Luxemburg.
- Knickman, J. R., Hunt, K. A., Snell, E. K., Alexih, L. M. B., & Kennell, D. L. (2003). Wealth Patterns Among Elderly Americans: Implications For Health Care Affordability. *Health Affairs*, 22(3), 168–174. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.22.3.168>
- Lamura, G., Mnich, E., Nolan, M., Wojszel, B., Krevers, B., Mestheneos, L., ... on behalf of the EUROFAMCARE Group. (2008). Family Carers' Experiences Using Support Services in Europe: Empirical Evidence From the EUROFAMCARE Study. *The Gerontologist*, 48(6), 752–771. <https://doi.org/10.1093/geront/48.6.752>
- Li, F., Fang, X., Gao, J., Ding, H., Wang, C., Xie, C., ... Jin, C. (2017). Determinants of formal care use and expenses among in-home elderly in Jing'an district, Shanghai, China. *PLOS ONE*, 12(4), e0176548. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176548>
- Liberale Mutualiteit. (2016). Mantelzorgpremie? Geraadpleegd 23 december 2016, van <http://www.lieverthuislm.be/mantelzorgpremies.html>

- Miralles, M. A., & Kimberlin, C. L. (1998). Perceived access to care and medication use among ambulatory elderly in Rio de Janeiro, Brazil. *Social Science & Medicine*, 46(3), 345–355. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00163-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00163-9)
- OECD. (2014). *Pensions at a Glance 2013 OECD and G20 Indicators*. Paris: OECD Publishing. Geraadpleegd van <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=1611778>
- Pacolet, J., Cattaert, G., & Van Steenberghe, A. (2006). *De rijkdom van ouderen herbekeken*. Leuven.
- Pacolet, J., Merckx, S., Spruytte, N., & Cabus, S. (2010). *Naar een verbeterde tenlasteneming van de kosten van niet-medische zorg thuis* (p. 350). Leuven.
- Paulus, D., Van den Heede, K., & Mertens, R. (2012). *Organisatie van zorg voor chronische zieken in België: ontwikkeling van een position paper* (Health Services Research No. 190A) (p. 184). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheid.
- Regueras, N., & Verniest, R. (2014, december). Vergrijzing en ouderenzorg in beeld - deel 1. *CM-Informatie analyses en standpunten*, 1, 56.
- RIZIV. (2017). De verhoogde tegemoetkoming. Geraadpleegd 25 januari 2017, van http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/verhoogde-tegemoetkoming-betere-vergoeding-medische-kosten.aspx#.WLCMS_nhDIU
- Schipper, L., Luijkx, K., Meijboom, B., & Schols, J. (2015). The 3 A's of the access process to long-term care for elderly: Providers experiences in a multiple case study in the Netherlands. *Health Policy*, 119(1), 17–25. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.07.020>
- Schokkaert, E., De Graeve, D., Van Camp, G., Van Ouri, T., & Van de Voorde, C. (2004). Maximumfactuur en kleine risico's: verdeling van de eigen bijdragen voor gezondheidszorg in België. *Sociale cohesie*, 1(2).
- Schokkaert, E., Van Ourti, T., De Graeve, D., Lecluyse, A., & Van de Voorde, C. (2010). Supplemental health insurance and equality of access in Belgium. *Health Economics*, 19(4), 377–395. <https://doi.org/10.1002/hec.1478>

- Simonazzi, A. (2012). Time, cash and services: Reforms for a future sustainable long-term care. *Futures*, 44(7), 687–695. <https://doi.org/10.1016/j.futures.2012.04.008>
- Socialistische Mutualiteiten. (2016). *Rusthuisbarometer*. Brussel.
- Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin. (2012). *Visienota: Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen*. Brussel.
- Thorpe, J. M., Thorpe, C. T., Kennelty, K. A., & Pandhi, N. (2011). Patterns of perceived barriers to medical care in older adults: a latent class analysis. *BMC Health Services Research*, 11(1), 181. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-181>
- Van Dalen, H., & Henkens, K. (2013). *Hardnekkige beelden over armoede onder ouderen* (Demos).
- Van den Bosch, K., Willemé, P., Geerts, J., Breda, J., Peeters, S., Van de Sande, S., ... Stordeur, S. (2011). *Toekomstige behoefte aan residentiële ouderenzorg in België: projecties 2011-2025* (Health Services Research No. 167A) (p. 136). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheid.
- van der Geest, L. (2005). *Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- van Solinge, H., & De Donder, L. (2015). Leefsituatie van ouderen in Nederlands versus België. *Geron*, 17(3), 7–11.
- Vermeulen, B., & Declercq, A. (2011). *Mantelzorg, vanzelfsprekend!?! Over zorgervaringen en noden mantelzorgers van kwetsbare ouderen*. Leuven.
- Verpoorten, R. (2015). *The packaging puzzle: An investigation into the Income and Care Packages of the Belgian Elderly Population*. KULeuven, Leuven.
- Verulava, T., Adeishvili, I., & Maglakelidze, T. (2016). Home Care Services for Elderly People in Georgia. *Home Health Care Management & Practice*, 28(3), 170–177. <https://doi.org/10.1177/1084822315627785>
- Vives. (2017). *Aangepast langer thuis wonen, een optie? Een casestudie als voorbeeld*. Leuven.
- Vlaams Parlement. (2015). *Demografische ontwikkelingen in Vlaanderen en de gevolgen van de veroudering voor meerdere levensdomeinen*. Brussel.

Vlaams Woonzorgdecreet, 2010 Staatsblad § (2009). Geraadpleegd van

<http://www.codex.vlaanderen.be/Portals/Codex/documenten/1017896.html>

Vlaamse overheid. (2017). Vlaamse Sociale Bescherming. Geraadpleegd 27 januari 2017, van

<http://www.vlaamsesocialebescherming.be/nl/tegemoetkominghulpaanbejaarden>

Vogels, M. (2009). *Regelgeving in het welzijnswerk*. Leuven: Lannoocampus.

Vrijens, F., Renard, F., Camberlin, C., Desomer, A., Dubois, C., Jonckheer, P., ... Meeus, P. (2016).

De performantie van het Belgische gezondheidssysteem - rapport 2015 (Health Services Research No. 259A) (p. 88). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheid.

Woo, J., Mak, B., Cheng, J. O., & Choy, E. (2011). Identifying service needs from the users and service providers' perspective: a focus group study of Chinese elders, health and social care professionals: Identifying elderly service needs. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3463-3471. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03702.x>

Vragenlijst “Uitgaven zorg”

--	--	--

Deel 1. Socio-demografische gegevens

1. Postnummer? (vul in a.u.b.):
2. In welke wijk woont u? (vul in a.u.b.):
3. In welk jaar bent u geboren? (vul in a.u.b.):
4. Geslacht (kruis aan a.u.b.)?

1. Vrouw	
2. Man	

5. Welke nationaliteit hebt u? (kruis aan a.u.b.)

1. Belg	
2. Andere: .....(vul in)	

6. In welk land bent u geboren? (kruis aan a.u.b.)

1. België	
2. Andere: .....(vul in)	

7. In welk land is uw moeder geboren? (kruis aan a.u.b.)

1. België	
2. Andere: .....(vul in)	

8. In welk land is uw vader geboren? (kruis aan a.u.b.)

1. België	
2. Andere: .....(vul in)	

9. Burgerlijke staat: (kruis één vak aan a.u.b.)

1. Gehuwd	
2. Nooit gehuwd / Alleenstaand	
3. Gescheiden	
4. Samenwonend	
5. Weduwe(naar)	

10. Welke uitspraak betreffende uw woning is voor u van toepassing? (kruis één vak aan a.u.b.)

1. Ik ben eigenaar	
2. Ik ben huurder (privé-markt)	
3. Ik ben huurder (sociale woning)	
4. Andere: .....(vul in)	

11. In welk type woning woont u? (kruis één vak aan a.u.b.)

1. Ik woon in een eengezinswoning	
2. Ik woon in een appartement / studio	
3. Ik woon in een serviceflat / assistentiewoning	
4. Ik woon in een woonzorgcentrum – rusthuis	
5. Ik woon in een gemeenschapswoning	

12. Met wie woont u samen? We rekenen ook alle personen mee die gedeeltelijk deel uitmaken van uw gezin (vb. Kinderen op kot) en alle personen die tijdelijk afwezig zijn (vb. Partner in het ziekenhuis of rusthuis/woonzorgcentrum). (Meerdere antwoorden zijn mogelijk).

	Ja (Kruis aan)	Aantal (Vul in)
1. Niemand, ik woon alleen.		
2. Partner		
3. Kind(eren)		
4. Schoonkind(eren)		
5. Broer(s) / zus(sen)		
6. Ouders		
7. Kleinkinderen		
8. Andere, namelijk:		

13. Hebt uzelf hulp nodig bij: (kruis telkens ja of neen aan a.u.b.). Dit kan zowel professionele hulp zijn, als hulp van uw familie of vrienden.

	JA	NEE
1. Uw persoonlijke verzorging		
2. Uw huishouden		
3. Uw persoonlijke verplaatsingen buitenshuis		
4. Administratie en financieel beheer		
5. Sociaal gezelschap en steun		
6. Boodschappen		
7. Klusjes		
8. Oppas - toezicht		
9. Andere:		

14. Heeft iemand uit uw huishouden speciale hulp of zorg nodig omwille van ziekte, handicap of afhankelijkheid? Zo ja, wie? (kruis één vak aan a.u.b.)

1. Nee	<input type="checkbox"/>
2. Ja, wie? .....(vul in)	<input type="checkbox"/>

15. Wat is uw beroepsstatuut? (kruis één vak aan a.u.b.)

1. Voltijds werkend	<input type="checkbox"/>
2. Deeltijds werkend	<input type="checkbox"/>
3. Werkloos / werkzoekend	<input type="checkbox"/>
4. Gepensioneerd	<input type="checkbox"/>
5. Ziekte of invaliditeit	<input type="checkbox"/>
6. Andere, namelijk:	<input type="checkbox"/>

16. Wat is uw verzekeringsstatuut? (kruis één vak aan a.u.b.)

1. Gewoon verzekerd	<input type="checkbox"/>
2. Verhoogde Tegemoetkoming (vb. OMNIO statuut, WIGW, ...)	<input type="checkbox"/>

17. Over welk inkomen beschikt uw huishouden afgelopen maand? Vul het bedrag in a.u.b.

1. Rust-of overlevingspensioen	€
2. Andere regelmatige inkomsten (vb. huuropbrengsten, lijfrente, ...)	€
3. Inkomen uit werk	€
4. Werkloosheidsuitkering	€
5. Ziekte-of invaliditeitsuitkering	€
6. Leefloon of OCMW-steun	€
7. Kinderbijslag en/of studiebeurs	€
8. Terugbetaling ziekenfonds / ziekteverzekeraar	€
9. Tegemoetkoming van de Vlaamse Zorgverzekering (mantel- en thuiszorg / residentiële zorg)	€
10. Forfaits vanuit de ziekteverzekering (vb. chronisch zieken, Palliatief forfait, incontinentieforfait, ...)	€
11. Tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden	€
12. Andere, namelijk:	€

18. Hoe komt uw huishouden rond met het totale huishoudinkomen? (kruis slechts één vak aan a.u.b.)

1. Zeer moeilijk		4. Eerder gemakkelijk	
2. Moeilijk		5. Gemakkelijk	
3. Eerder moeilijk		6. Zeer gemakkelijk	

19. Welke chronische aandoeningen heeft u? (kruis aan a.u.b., meerdere antwoorden mogelijk)

1. Diabetes	
2. Tumor	
3. Alzheimer, dementie	
4. Maag- en darmaandoeningen	
5. Aandoeningen aan de ledematen, bewegingsmoeilijkheden	
6. Aandoeningen van het zenuwstelsel (vb. CVA, ...)	
7. Infectieuze aandoening	
8. Aangeboren aandoening	
9. Aandoeningen van het bloedvatenstelsel	
10. Longaandoeningen	
11. Nier- en blaasaandoeningen	
12. Psychische stoornissen	

20. Bent u de afgelopen 6 maanden / sinds de vorige bevraging opgenomen geweest in het ziekenhuis? (kruis aan a.u.b.)

1. Nee	
2. Ja (vul het aantal in) keer	

Deel 2. Zorggebruik en zorguitgaven voor het huishouden

In volgend onderdeel vragen we u om de kosten in te vullen voor uw huishouden van de afgelopen maand. Gebruik hiervoor de facturen, rekeningen en bonnetjes uit uw "Bonnendoos".

21. Wat waren de woonkosten voor uw huishouden van de afgelopen maand?

	Bedrag (vul in a.u.b.)
1. Huur of afbetaling woning	€
2. Verblijf in residentiële voorziening (vb. Rusthuis, instelling voor mensen met handicap, ...)	€
3. Nutsvoorzieningen (vb. water, elektriciteit, verwarming, ...)	€
4. Gemeenschappelijke kosten aan het gebouw	€

22. Wat waren de leefkosten voor uw huishouden van de afgelopen maand?

	Bedrag (vul in a.u.b.)
1. Winkelrekening (vb. Aldi, Carrefour, Colruyt, Delhaize, lokale kruidenierszaak, Lidl, ...)	€
2. Telefoon – GSM	€
3. TV	€
4. Internet	€
5. Losse kranten – tijdschriften	€
6. Afvalbeheer (vb. Zakken, containerpark)	€
7. Eigen vervoer (vb. Tanken, onderhoud, garage, ...)	€
8. Openbaar vervoer	€
9. Taxi	€
10. Aangepast of sociaal vervoer	€
11. Kapper	€
12. Kledij kopen of herstellen	€
13. Wassalon	€
14. Afbetaling schulden	€
15. Alimentatie	€

23. Wat waren de kosten voor vrijetijd van uw huishouden vorige maand?

	Hoeveel keer per maand (vul in a.u.b.)	Bedrag (vul in a.u.b.)
1. Restaurant en cafébezoekjes		€
2. Maaltijden lokaal dienstencentrum		€
3. Reizen en uitstapjes maken		€
4. Activiteiten verenigingsleven / lokaal dienstencentrum / sport		€
5. Naar sport –of cultuurevenement gaan kijken		€
6. Cadeaus		€

24. Wat waren de kosten voor medisch en verzorgingsmateriaal van uw huishouden vorige maand?

	Hoeveel per maand (vul in a.u.b.)	Bedrag (vul in a.u.b.)
1. Geneesmiddelen		€
2. Verbanden, kompressen, ontsmettingsmateriaal, zalfjes, druppeltjes, ...		€
3. Injectiespuiten		€
4. Incontinentiemateriaal		€
5. Sondage- en stomamateriaal		€
6. Onderleggers		€
7. Dieetvoeding op voorschrift		€
8. Andere : (vul in)		€

25. Wat waren de kosten voor professionele hulp van uw huishouden vorige maand?

	Hoeveel keer per maand (vul in a.u.b.)	Bedrag (vul in a.u.b.)
1. Huisarts	..... bezoeken	€
2. Arts-specialist (vb. Oogarts, cardioloog, ...)	..... bezoeken	€
3. Thuisverpleging	..... bezoeken	€
4. Gezinszorg	..... uur	€
5. Poetshulp	..... uur	€
6. Dienstencheques	..... uur	€
7. Boodschappendienst (= specifieke dienst die boodschappen voor of samen met jou doet. Het gaat hier niet om de gezinshelpster, of je kind dat je helpt)	..... keer	€
8. Klusjesdienst	..... uur	€
9. Warme maaltijden	.....maaltijden	€
10. Kinesitherapeut	..... keer	€
11. Osteopaat, Acupunctuur	..... keer	€
12. Oppashulp	..... uur	€
13. Dagopvang/ kortopvang	..... dagen	€
14. Nachtopvang	..... nachten	€
15. Pedicure of podoloog	..... keer	€
16. Diëtist	..... keer	€
17. Ergotherapeut	..... keer	€
18. Logopedist	..... keer	€
19. Psycholoog	..... keer	€
20. PAB-assistent	..... uur	€
21. Personenalarm of ander domotica- en passysteem		€

26. Wat waren de kosten voor informele hulp van uw huishouden vorige maand?

Vb. Je kleinzoon heeft je naar de winkel gebracht en je geeft hem 2 euro drinkgeld.

	Hoeveel uur per week krijg je hulp van (vul in a.u.b.)	Bedrag (vul in a.u.b.)
1. Partner		€
2. Kinderen		€
3. Kleinkinderen		€
4. Andere Familie		€
5. Vrienden en kennissen		€
6. Buren		€
7. Vrijwilligers		€
8. Andere:		€

27. Welke grote kosten had uw huishouden het voorbije jaar?

	Bedrag (vul in a.u.b.)
1. Hulpmateriaal (vb. Rolstoel, rollator, hoorapparaat, ...)	€
2. Fiets	€
3. Auto - Brommer - moto	€
4. Abonnement openbaar vervoer	€
5. Wasmachine - droogkast	€
6. Computer – laptop - tablet	€
7. GSM	€
8. Ziekenhuisopname	€
9. Verzekering (vb. Brandverzekering, blokpolis, hospitalisatie, familiale ...)	€
10. Renovatiekosten	€
11. Woningaanpassing	€
12. Reizen	€
13. Lidmaatschap verenigingen	€
14. Abonnement tijdschriften	€
15. Studiekosten	€
16. Andere:	€

Deel 3. Zorggebruik en zorguitgaven voor u persoonlijk

28. Wat waren de kosten voor medisch en verzorgingsmateriaal van u persoonlijk vorige maand?

	Hoeveel per maand (vul in a.u.b.)	Bedrag (vul in a.u.b.)
1. Geneesmiddelen		€
2. Verbanden, kompressen, ontsmettingsmateriaal, zalfjes, druppeltjes,		€
3. Injectiespuiten		€
4. Incontinentiemateriaal		€
5. Sondage- en stomamateriaal		€
6. Onderleggers		€
7. Dieetvoeding op voorschrift		€
8. Andere : (vul in)		€

29. Wat waren de kosten voor professionele hulp van u persoonlijk vorige maand?

	Hoeveel keer per maand (vul in a.u.b.)	Bedrag (vul in a.u.b.)
1. Huisarts	..... bezoeken	€
2. Arts-specialist (vb. Oogarts, cardioloog, ...)	..... bezoeken	€
3. Thuisverpleging	..... bezoeken	€
4. Gezinszorg	..... uur	€
5. Poetshulp	..... uur	€
6. Dienstencheques	..... uur	€
7. Boodschappendienst (= specifieke dienst die boodschappen voor of samen met jou doet. Het gaat hier niet om de gezinshelpster, of je kind dat je helpt)	..... keer	€
8. Klusjesdienst	..... uur	€
9. Warme maaltijden	.....maaltijden	€
10. Kinesitherapeut	..... keer	€
11. Osteopaat, Acupunctuur	..... keer	€
12. Oppashulp	..... uur	€
13. Dagopvang/ kortopvang	..... dagen	€
14. Nachtopvang	..... nachten	€
15. Pedicure of podoloog	..... keer	€
16. Diëtist	..... keer	€
17. Ergotherapeut	..... keer	€
18. Logopedist	..... keer	€
19. Psycholoog	..... keer	€
20. PAB-assistent	..... uur	€
21. Personenalarm of ander domotica- en passysteem		€

30. Welke kosten of aanpassingen heeft uw mantelzorger(s) gedaan om voor u te zorgen de voorbije maand? (Vul in a.u.b.)

	Kruis aan	Inschatting per maand
1. Minder gaan werken		€
2. Extra vervoerskosten		€
3. Professionele hulp moeten inschakelen in eigen huishouden		€
4. Kosten voor wassen van kledij en beddengoed van de zorgbehoevende persoon		€
5. Andere, namelijk:		€

31. Waaraan zou u meer geld willen uitgeven, maar doet u niet omwille van financiële overwegingen? (kruis aan a.u.b.)

1. Huur of afbetaling woning	
2. Verblijf in residentiële voorziening (vb. Rusthuis, instelling voor mensen met handicap, ...)	
3. Nutsvoorzieningen (vb. water, elektriciteit, verwarming, ...)	
4. Gemeenschappelijke kosten aan het gebouw	
5. Winkelrekening (vb. Aldi, Carrefour, Colruyt, Delhaize, lokale kruidenierszaak, Lidl, ...)	
6. Telefoon – GSM	
7. TV	
8. Internet	
9. Losse kranten – tijdschriften	
10. Afvalbeheer (vb. Zakken, containerpark)	
11. Eigen vervoer (vb. Tanken, onderhoud, garage, ...)	
12. Openbaar vervoer	

13. Taxi	
14. Aangepast of sociaal vervoer	
15. Kapper	
16. Kledij kopen of herstellen	
17. Wassalon	
18. Afbetaling schulden	
19. Alimentatie	
20. Restaurant en cafébezoekjes	
21. Maaltijden lokaal dienstencentrum	
22. Reizen en uitstapjes maken	
23. Activiteiten verenigingsleven / lokaal dienstencentrum / sport	
24. Naar sport –of cultuurevenement gaan kijken	
25. Cadeaus	
26. Geneesmiddelen	
27. Verbanden, kompressen, ontsmettingsmateriaal, zalfjes, druppeltjes,	
28. Injectiespuiten	
29. Incontinentiemateriaal	
30. Sondage- en stomamateriaal	
31. Onderleggers	
32. Dieetvoeding op voorschrift	
33. Huisarts	
34. Arts-specialist (vb. Oogarts, cardioloog, ...)	

35. Thuisverpleging	
36. Gezinszorg	
37. Poetshulp	
38. Dienstencheques	
39. Boodschappendienst (= specifieke dienst die boodschappen voor of samen met jou doet. Het gaat hier niet om de gezinshelpster, of je kind dat je helpt)	
40. Klusjesdienst	
41. Warme maaltijden	
42. Kinesitherapeut	
43. Osteopaat, Acupunctuur	
44. Oppashulp	
45. Dagopvang/ kortopvang	
46. Nachtopvang	
47. Pedicure of podoloog	
48. Diëtist	
49. Ergotherapeut	
50. Logopedist	
51. Psycholoog	
52. PAB-assistent	
53. Personenalarm of ander domotica- en passysteem	
54. Aan mensen die ik ken die me helpen (vb. Kinderen, kleinkinderen, burenen)	
55. Hulpmateriaal (vb. Rolstoel, rollator, hoorapparaat, ...)	
56. Fiets	

57. Auto - Brommer - moto	
58. Abonnement openbaar vervoer	
59. Wasmachine - droogkast	
60. Computer – laptop - tablet	
61. GSM	
62. Ziekenhuisopname	
63. Verzekering (vb. Brandverzekering, blokpolis, hospitalisatie, familiale ...)	
64. Renovatiekosten	
65. Woningaanpassing	
66. Reizen	
67. Lidmaatschap verenigingen	
68. Abonnement tijdschriften	
69. Studieonkosten	

Hartelijk dank voor uw medewerking!

BIJLAGE 2: AFHANKELIJKE VARIABELEN

Tabel 3. Afhankelijke variabelen inkomen

Afhankelijk variabelen: inkomen	
Subjectief inkomen	V18
Gemiddelde inkomen per huishouden	V17_1, V17_2, V17_3, V17_4, V17_5, V17_5, V17_6, V17_7, V17_8, V17_9, V17_10, V17_11, V17_12

Tabel 4. Afhankelijke variabele uitgaven

Afhankelijk variabelen: uitgaven	
Gemiddelde uitgaven per huishouden	V21Rtotaal + V22_RTotaal + V24_RTotaal + V25_RTotaal + V26_RTotaal
Woonkosten	V17_1, V17_2, V17_3, V17_4, V17_5, V17_5, V17_6, V17_7, V17_8, V17_9, V17_10, V17_11, V17_12
Leefkosten	V22_1, V22_2, V22_3, V22_4, V22_5, V22_6, V22_7, V22_8, V22_9, V22_10, V22_11, V22_12, V22_13, V22_14, V22_15, V23_2_a
Vrijetijdskosten	V23_1_a, V23_3_a, V23_4_a, V23_5_, V23_6_a
Uitgaven medische hulp	V25_1_a, V25_2_a, V25_3_a, V25_10_a, V25_11_a, V25_15_a, V25_16_a, V25_17_a, V25_18_a, V25_19_a
Uitgaven welzijnshulp	V25_4_a, V25_5_a, V25_6_a, V25_7_a, V25_8_a, V25_9_a, V25_12_a, V25_13_a, V25_14_a, V25_20_a, V25_21_a
Uitgaven medisch materiaal	V24_1_a, V24_2_a, V24_3_a, V24_4_a, V24_5_a, V24_6_a, V24_7_a
Uitgaven informele hulp	V26_1_a, V26_2_a, V26_3_a, V26_4_a, V26_5_a, V26_6_a, V26_7_a, V26_8_b

Tabel 5. Afhankelijke variabele tekort per huishouden

Afhankelijk variabele: tekort per huishouden	
Tekort per huishouden	V17_RTotaalinkomen - V21tem26_RTotaalhuishoudkosten

Tabel 6. Afhankelijke variabele willen meer uitgaven aan

Afhankelijk variabele: willen meer uitgaven aan ...	
Mantelzorg	V31_54
Winkelrekeningen	V31_5

