

Gezonde levensverwachting korter bij de lage inkomens

Marion van den Brakel en Kim Knoop

Mensen uit een huishouden met een inkomen onder de armoedegrens leven gemiddeld bijna 6 jaar korter dan mensen met een hoger inkomen. De verschillen in gezonde levensverwachting tussen deze groepen zijn nog groter. Het verschil in gezond ervaren levensjaren bedraagt zelfs ruim 14 jaar. Het verschil in levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen tussen de hogere- en lage-inkomensgroep bedraagt voor mannen ruim 9 jaar en voor vrouwen ruim 10 jaar. Voor de levensverwachting zonder chronische aandoeningen zijn de verschillen kleiner: bij mannen is er ruim 6 jaar verschil tussen de lage- en hogere-inkomensgroep, bij vrouwen is dat bijna 8 jaar.

1. Inleiding

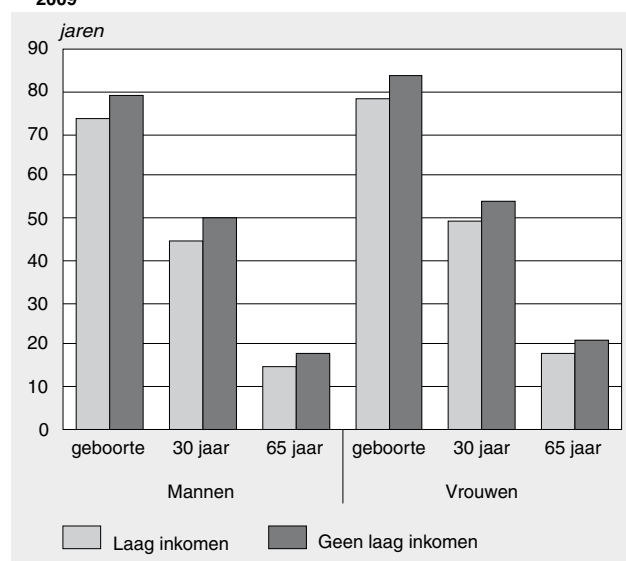
De bevinding dat arme mensen minder gezond zijn dan rijke is niet nieuw. Al in de negentiende eeuw was bekend dat de sterfte in de arme buurten van Amsterdam 55 procent hoger lag dan in de meer welvarende buurten. Re-center onderzoek, dat vooral in rijke westerse landen is uitgevoerd, wijst eveneens uit dat welgestelden een betere gezondheid rapporteren en een hogere levensverwachting hebben (Mackenbach et al., 1997, 2005, 2008; Kooiker en Wildeboer Schut, 2003). Een belangrijke doelstelling van het Nederlandse gezondheidsbeleid is het terugdringen van gezondheidsverschillen in de samenleving (Ministerie van VWS, 2008). Naast de al beschikbare kennis over grote verschillen in gezondheid en mortaliteit naar sociaal-economische status zijn meer recent ook gegevens over sociaaleconomische verschillen in gezonde levensverwachting beschikbaar gekomen. Hieruit blijkt dat mensen met een hogere opleiding een aanmerkelijk hogere (gezonde) levensverwachting hebben (Stam et al., 2008; Bruggink, 2009). In het onderzoek van Knoop en Van den Brakel (2010) is de (gezonde) levensverwachting berekend voor de vijf 20%-groepen van inkomen. Naarmate het inkomen hoger was, was ook de (gezonde) levensverwachting hoger.

Het verkleinen van deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen staat hoog op de politieke agenda. Voor beleidsmatige doeleinden wordt gebruik gemaakt van de armoedegrens om inkomensklassen te onderscheiden. Daarom worden in dit artikel verschillen in de gezonde levensverwachting tussen mensen uit een huishouden met een inkomen onder de armoedegrens en mensen uit een huishouden met een hoger inkomen beschreven. De gezonde levensverwachting wordt in dit artikel, in overeenstemming met voorgaande publicaties (Stam et al., 2008; Knoop en Van den Brakel, 2010), op drie manieren berekend: levensverwachting in als goed ervaren gezondheid, levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen en levensverwachting zonder chronische ziektes.

2. Levensverwachting naar inkomen

In 2009 bedroeg de gemiddelde levensverwachting in Nederland bij de geboorte 81,1 jaar. Voor mannen was dat 78,8 jaar en voor vrouwen 83,2 jaar. De levensverwachting hangt, behalve van geslacht, ook af van de kans op armoede. In grafiek 1 is de levensverwachting weergegeven voor mensen met een (huishoudens)inkomen onder de lage-inkomensgrens en voor mensen met een hoger inkomen (zie kader *Levensverwachting naar inkomen*). Mannen uit de lage-inkomensgroep leven gemiddeld bijna 6 jaar korter dan mannen met een hoger inkomen. Voor vrouwen is dit verschil ruim 5 jaar. Ook op 30-jarige en op 65-jarige leeftijd zijn er verschillen in levensverwachting tussen de inkomensgroepen. Bij 30-jarige mannen en vrouwen is het verschil in gemiddelde levensverwachting tussen de lage-inkomensgroep en de groep met hogere inkomens ongeveer 5 jaar. Vrouwen van 65 jaar met een inkomen boven de lage-inkomensgrens leven gemiddeld nog bijna 3 jaar langer dan vrouwen van 65 jaar met een laag inkomen. Bij mannen van 65 jaar is dit verschil in levensverwachting iets kleiner, namelijk ruim 2 jaar.

1. Levensverwachting van mannen en vrouwen naar inkomensniveau, 2009



Levensverwachting naar inkomen

De levensverwachting wordt doorgaans gepubliceerd naar geslacht en leeftijd. Om de levensverwachting verder te kunnen differentiëren naar inkomen zijn integrale sterftegegevens naar inkomen (en leeftijd en geslacht) nodig. Deze zijn afkomstig uit het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het CBS. De kern van het SSB bestaat uit een aantal onderling gekoppelde registers, waarin demografische en sociaaleconomische gegevens

zijn opgenomen. Door de registers onderling te koppelen is een groot aantal gegevens over personen integraal beschikbaar. Voor dit onderzoek zijn fiscale inkomensgegevens, voornamelijk afkomstig van de Belastingdienst, van het jaar 2008 gebruikt. Deze zijn via het SSB verrijkt met persoonsgegevens (geslacht en leeftijd) de dato 1 januari 2009 en sterftegegevens over 2009 uit de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA). Uit deze gegevens kunnen sterftepercentages en daarmee de levensverwachting naar geslacht en leeftijd (in achttien klassen: 0 jaar, 1–4 jaar, 5–9 jaar, ..., 75–79 jaar, 80 jaar en ouder) en inkomen bepaald worden.

Voor het bepalen van de (gezonde) levensverwachting naar inkomen is het niet voldoende enkel uit te gaan van iemands persoonlijk inkomen. De levensstandaard van een persoon is immers onlosmakelijk verbonden met het gehele inkomen dat zijn of haar huishouden te besteden heeft. Het besteedbaar huishoudensinkomen is gedefinieerd als het totaal aan de lonen van werkende huishoudensleden, winst uit eigen bedrijf en inkomen uit vermogen vermeerderd met ontvangen uitkeringen en andere toelagen, en verminderd met de betaalde premies en belastingen. Om de inkomens van verschillende typen huishoudens onderling vergelijkbaar te maken, wordt het besteedbare huishoudensinkomen gecorrigeerd voor omvang en samenstelling van het huishouden. Aan ieder huishoudenslid wordt vervolgens dit gestandaardiseerde besteedbare huishoudensinkomen als welvaartsindicator toegekend. Het wordt in dit artikel kortweg aangeduid met inkomen.

In dit artikel zijn twee inkomensgroepen gedefinieerd. Voor het afbakenen van deze groepen is de lage-inkomensgrens gehanteerd; mensen behorende tot een huishouden met een laag inkomen (mensen met een kans op armoede) of mensen behorende tot een huishouden met een inkomen boven de lage-inkomensgrens. In 2008 bedroeg de lage-inkomensgrens voor een alleenstaande 11 020 euro. Het gestandaardiseerde huishoudensinkomen (exclusief huurtoeslag) wordt vergeleken met de lage-inkomensgrens om te bepalen of een huishouden (en de personen die daartoe behoren) een kans op armoede heeft. In Otten en Bos (2009) staat een uitgebreide beschrijving van personen en huishoudens met een inkomen onder de lage-inkomensgrens.

3. Gezondheid naar inkomen

Hoewel mannen en vrouwen met een inkomen boven de lage-inkomensgrens een hogere levensverwachting hebben dan mannen en vrouwen uit de lage-inkomensgroep, hoeven deze extra jaren niet per se in goede gezondheid te worden doorgebracht. De levensverwachting in goede gezondheid hangt namelijk af van de gezondheidstoestand van beide inkomensgroepen.

Definities gezondheid

De gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking zijn afkomstig uit het Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS) van het CBS. Het POLS is gebaseerd op een jaarlijkse aselechte steekproef onder de niet-institutionele bevolking van 0 jaar en ouder. Met een respons van 60 tot 65 procent komt de netto steekproef jaarlijks uit op ongeveer 10 duizend personen. Dit onderzoek maakt gebruik van de POLS-bestanden van 2006, 2007, 2008 en 2009. Aan iedere respondent in deze POLS-jaarbestanden is het inkomen van het betreffende jaar gekoppeld op basis van de binnen het CBS beschikbare fiscale data. Omdat ten tijde van dit onderzoek fiscale inkomensgegevens over 2009 nog niet beschikbaar waren, is aan de POLS-respondenten van 2009 het inkomen van 2008 gekoppeld. De goede gezondheid van de bevolking wordt in dit artikel op drie manieren uitgedrukt; aan de hand van de prevalenties van als goed ervaren gezondheid, van de afwezigheid van lichamelijke beperkingen en van de afwezigheid van chronische ziektes. Om zo betrouwbaar mogelijke schattingen te krijgen van deze prevalenties naar geslacht, leeftijd en al dan niet een laag inkomen zijn de POLS-bestanden van 2006, 2007, 2008 en 2009 samengevoegd. Het samenvoegen van deze bestanden is geoorloofd omdat tussen 2006 en 2009 geen wijzigingen in de vragenlijst hebben plaatsgevonden en de resultaten van de afzonderlijke jaren nagenoeg gelijk zijn.

Voor het berekenen van het percentage personen dat hun gezondheid als minder dan goed ervaart, is gebruik gemaakt van de vraag in het POLS over ervaren gezondheid. Iemand die deze vraag met 'zeer goed' of 'goed' beantwoordt, wordt als gezond geclassificeerd; iemand die 'gaat wel', 'slecht' of 'zeer slecht' als antwoord geeft, wordt als ongezond geclassificeerd.

Voor het berekenen van het percentage mensen zonder lichamelijke beperkingen zijn gegevens gebruikt over langdurige beperkingen in horen, zien en bewegen. Personen zijn als lichamelijk beperkt geclassificeerd als ze hebben aangegeven minstens één van onderstaande activiteiten niet, of alleen met veel moeite, te kunnen uitvoeren:

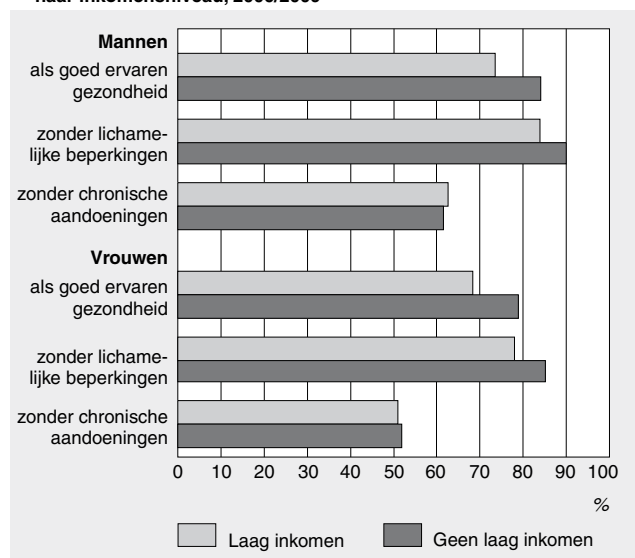
- Kunt u een gesprek volgen in een groep van 3 of meer personen (zo nodig met hoorapparaat)?
- Kunt u met één andere persoon een gesprek voeren (zo nodig met hoorapparaat)?
- Zijn uw ogen goed genoeg om de kleine letters in de krant te kunnen lezen (zo nodig met bril of contactlenzen)?
- Kunt u op een afstand van 4 meter het gezicht van iemand herkennen (zo nodig met bril of contactlenzen)?
- Kunt u een voorwerp van 5 kilo, bijvoorbeeld een volle boodschappentas, 10 meter dragen?
- Kunt u, als u rechtop staat, bukken en iets van de grond oppakken?
- Kunt u 400 meter aan een stuk lopen zonder stil te staan (zo nodig met stok)?

De vragen over beperkingen zijn alleen gesteld aan personen van 12 jaar of ouder. In de schatting van het percentage mensen zonder lichamelijke beperkingen is daarom aangenomen dat deze beperkingen niet voorkomen bij personen jonger dan 12 jaar.

De aandoeningen die zijn gebruikt voor de berekening van het percentage personen met één of meer chronische ziektes, zijn geselecteerd op basis van hun invloed op de kwaliteit van leven of op sterfte. Het gaat hierbij om astma/COPD/longemfyseem, hartaandoeningen, hoge bloeddruk, ernstige darmstoornissen, suikerziekte, chronische rugklachten, reumatische aandoeningen/gewrichtsslijtage, migraine en kanker. Personen worden gezien als chronisch ziek indien zij aangeven te lijden aan één of meer van deze aandoeningen. De vragen over chronische ziektes zijn gesteld aan personen van 0 jaar of ouder. Uitzonderingen hierop zijn de vragen naar hartaandoeningen en/of hartinfarct, hoge bloeddruk, beroerte en gewrichtsslijtage, die uitsluitend zijn gesteld aan personen van 12 jaar of ouder. In de schatting van het percentage mensen zonder chronische ziektes is daarom aangenomen dat deze ziektes niet voorkomen bij personen jonger dan 12 jaar.

Mannen en vrouwen met een inkomen boven de lage-inkomensgrens geven vaker aan hun gezondheid als minimaal goed te ervaren dan mannen en vrouwen met een laag inkomen. In de groep met de hogere inkomens geeft bijna 84 procent van de mannen aan hun gezondheid als goed te ervaren, tegen 73 procent van de mannen in de lage-inkomensgroep. Eenzelfde verschil geldt voor vrouwen (grafiek 2). Voor zowel mannen als vrouwen geldt dat ook lichamelijke beperkingen minder vaak voorkomen bij de meer welvarende mensen. De verschillen in beperkingen tussen de lage-inkomensgroep en de hogere-inkomensgroep zijn bij vrouwen wel iets groter dan bij mannen. Voor

2. Prevalenties van een goede gezondheid van mannen en vrouwen naar inkomensniveau, 2006/2009



chronische aandoeningen zijn er geen verschillen tussen de lage en hogere inkomens.

Zowel mannen met een laag inkomen als mannen met een inkomen boven de lage-inkomensgrens beoordelen hun gezondheid gunstiger dan respectievelijk vrouwen met een laag inkomen en vrouwen met een hoger inkomen. Meer mannen dan vrouwen ervaren hun gezondheid als goed. Mannen rapporteren minder lichamelijke beperkingen en chronische aandoeningen dan vrouwen.

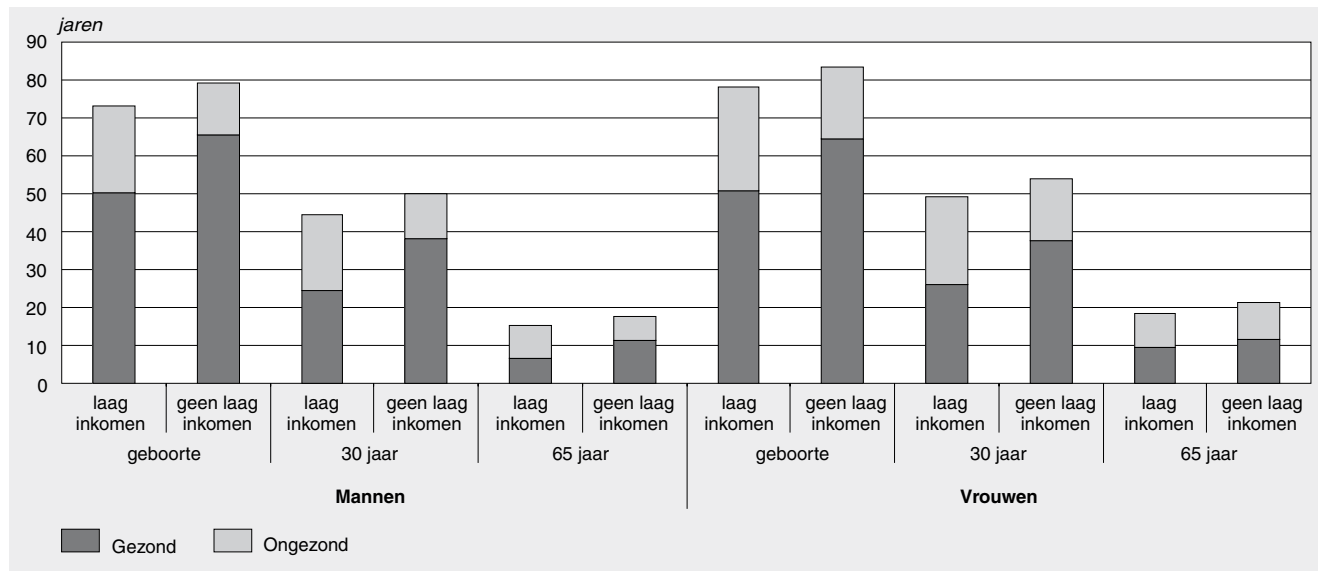
4. Gezonde levensverwachting naar inkomen

De levensverwachting in als goed ervaren gezondheid is bij zowel mannen als vrouwen met een inkomen boven de lage-inkomensgrens hoger dan bij mannen en vrouwen met een laag inkomen. Bij mannen bedraagt het verschil in gezonde levensverwachting bij de geboorte tussen de lage- en hogere-inkomensgroep ruim 15 jaar (grafiek 3). Bij vrouwen is dat bijna 14 jaar. Ook bij 30- en 65-jarigen zijn er nog grote verschillen in de levensverwachting in als goed ervaren gezondheid. Bij 30-jarigen bedraagt het verschil tussen de lage- en hogere-inkomensgroep bij mannen bijna 14 jaar en bij vrouwen ruim 11 jaar. Voor 65-jarige mannen is dit verschil in gezonde levensverwachting nog nagenoeg 5 jaar en voor vrouwen is het verschil tussen de lage en de hogere inkomens ruim 2 jaar. Mannen en

Gezonde levensverwachting naar inkomen

Gezonde levensverwachting is in dit artikel berekend met behulp van de Sullivan methode (Jagger et al., 2006). Hierbij wordt eerst de levensverwachting berekend met behulp van sterftecijfers naar geslacht, leeftijd en inkomen (een laag dan wel een hoger inkomen) van de bevolking. Vervolgens wordt in beide inkomensgroepen de levensverwachting bij zowel mannen als vrouwen voor iedere leeftijdsklasse ingedeeld in gezonde en ongezonde jaren op basis van de prevalentie van (on) gezondheid, in dit artikel afkomstig uit het POLS. Het aantal gezonde jaren in ieder leeftijdsinterval wordt berekend door het aantal persoonsjaren in de betreffende leeftijdsklasse te vermenigvuldigen met de proportie gezonde personen (bijvoorbeeld de proportie mannen zonder beperkingen in de betreffende leeftijdsklasse). Vervolgens wordt het aantal levensjaren in goede gezondheid berekend door het totale aantal gezonde levensjaren te berekenen vóór het ingaan van een bepaalde leeftijdsklasse (het aantal levensjaren in goede gezondheid voor de leeftijdsklasse 10–14 jaar, bijvoorbeeld, is gelijk aan de som van het aantal gezonde levensjaren in de leeftijdsklasse 0 jaar en de leeftijdsklasse 1–4 jaar en de leeftijdsklasse 5–9 jaar). Tot slot wordt de gezonde levensverwachting berekend door het aantal geleefde gezonde jaren van het betreffende leeftijdsinterval te delen door het aantal overlevenden tot de betreffende leeftijd.

3. Levensverwachting van mannen en vrouwen die hun gezondheid als goed ervaren naar inkomensniveau, 2006/2009



vrouwen met een laag inkomen leven dus niet alleen korter, maar brengen ook meer jaren in slechte gezondheid door dan mannen en vrouwen met een inkomen boven de lage-inkomensgrens.

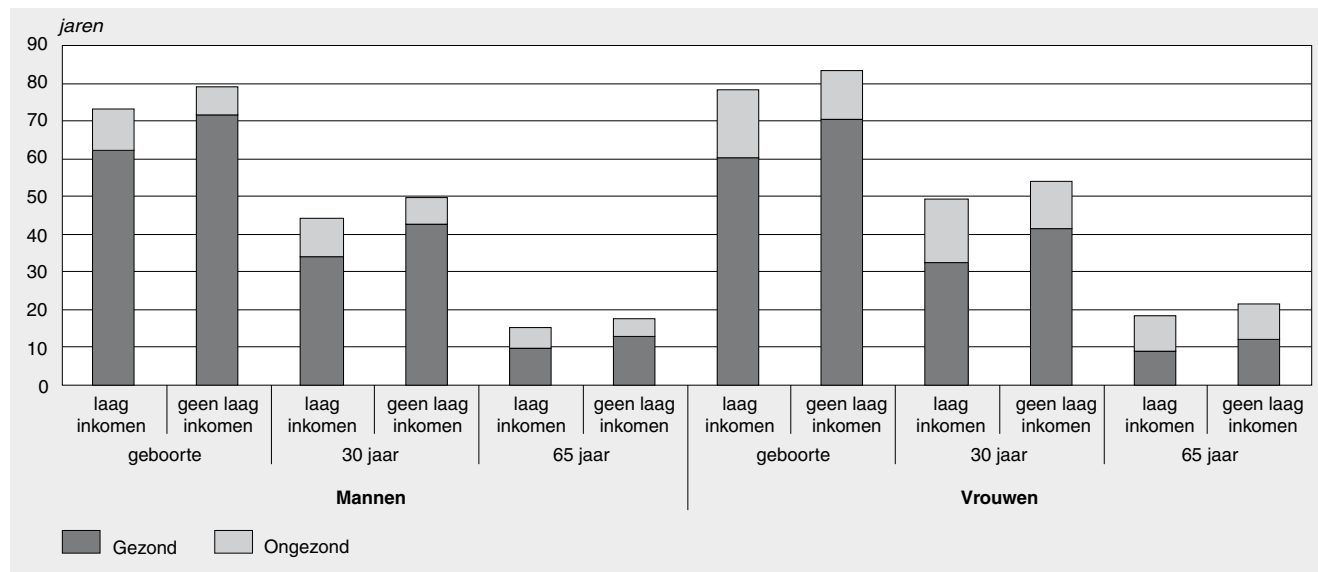
Naast verschillen in levensverwachting in als goed ervaren gezondheid tussen de inkomensgroepen laat grafiek 3 ook verschillen tussen mannen en vrouwen zien. Doordat in beide inkomensgroepen een goede ervaren gezondheid bij vrouwen minder vaak voorkomt dan bij mannen, brengen vrouwen de extra jaren die zij hebben ten opzichte van mannen zelden in goede gezondheid door. Anders gezegd, het aantal gezonde levensjaren (gebaseerd op ervaren gezondheid) is voor mannen en vrouwen vrijwel gelijk.

De levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen naar inkomensniveau geeft een vergelijkbaar beeld, hoewel de verschillen tussen de mensen met een inkomen boven de lage-inkomensgrens en mensen met een laag inkomen

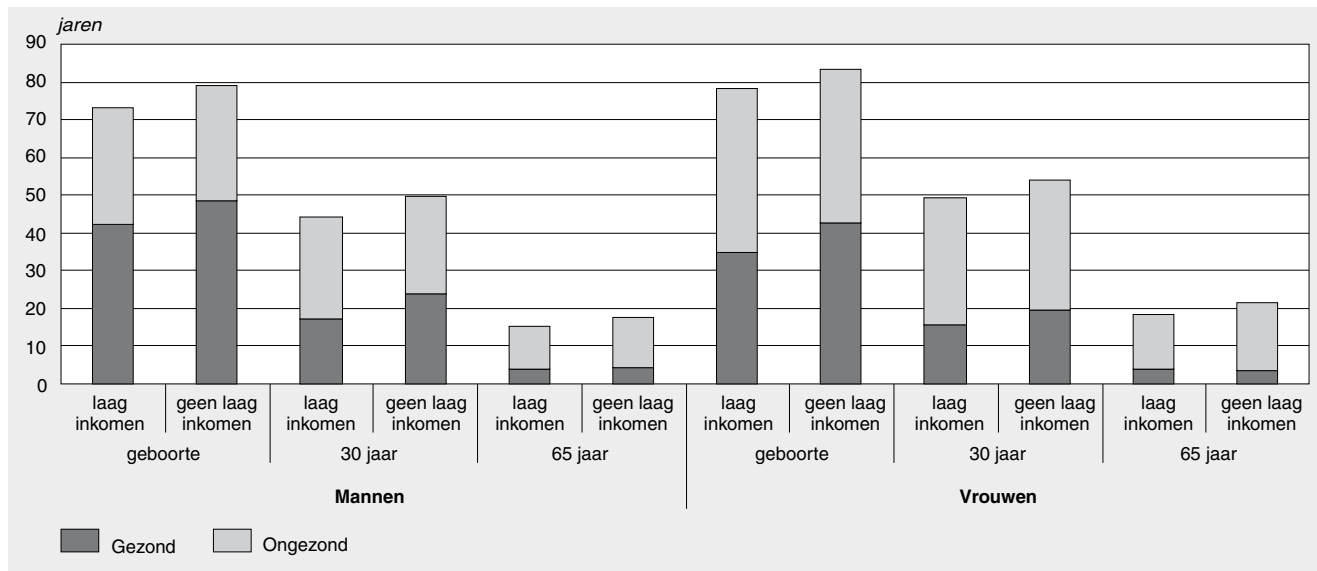
voor beide seksen wat kleiner zijn (*grafiek 4*). Het verschil in levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen bij de geboorte tussen de hogere- en lage- inkomensgroep bedraagt voor mannen ruim 9 jaar en voor vrouwen ruim 10 jaar. Bij de 30-jarigen bedragen deze verschillen voor zowel mannen als vrouwen ongeveer 9 jaar. Ook op 65-jarige leeftijd zijn er nog steeds verschillen tussen de lage-inkomensgroep en de meer welvarenden: ruim 3 jaar voor mannen en vrouwen. Kortom, mannen en vrouwen met een laag inkomen leven niet alleen korter, maar brengen ook meer jaren met lichamelijke beperkingen door. Het aantal levensjaren zonder lichamelijke beperkingen is voor mannen iets hoger dan voor vrouwen.

Het verschil in levensverwachting zonder chronische aandoeningen tussen de lage-inkomensgroep en de groep met hogere inkomens bij de geboorte bedraagt voor mannen ruim 6 jaar en voor vrouwen bijna 8 jaar (*grafiek 5*). Ook bij 30-jarigen is er nog een duidelijk verschil tussen de lage-en de

4. Levensverwachting van mannen en vrouwen zonder lichamelijke beperkingen naar inkomensniveau, 2006/2009



5. Levensverwachting van mannen en vrouwen zonder chronische aandoeningen naar inkomensniveau, 2006/2009



hogere-inkomensgroep: bijna 7 jaar voor mannen en ruim 4 jaar voor vrouwen. Op 65-jarige leeftijd is bij zowel mannen als vrouwen geen significant verschil. Ook voor de levensverwachting zonder chronische aandoeningen geldt in het algemeen dus dat mannen en vrouwen met een laag inkomen niet alleen korter leven, maar ook meer jaren met chronische aandoeningen doorbrengen. Voor vrouwen is het aantal jaren met chronische ziekten groter dan voor mannen, hoewel dit verschil afneemt naarmate men ouder wordt.

5. Conclusie en discussie

Zowel de levensverwachting als de gezonde levensverwachting in Nederland zijn hoger bij mensen met een inkomen boven de lage-inkomensgrens dan bij mensen met een laag inkomen. Mensen met een laag inkomen leven ongeveer 6 jaar korter dan mensen met een hoger inkomen. De verschillen voor levensverwachting in als goed ervaren gezondheid en levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen zijn nog groter: mannen en vrouwen in de lage inkomensgroep leven gemiddeld ruim 14 jaar korter in als goed ervaren gezondheid. Mannen met een laag inkomen leven gemiddeld ruim 9 jaar korter zonder beperkingen dan de meer welvarende mannen. Bij vrouwen is dat gemiddeld ruim 10 jaar. Voor de levensverwachting zonder chronische aandoeningen zijn de verschillen kleiner: bij mannen is er ruim 6 jaar verschil tussen de lage- en hogere-inkomensgroep, bij vrouwen is dat bijna 8 jaar.

De sociaaleconomische kloof in gezonde levensverwachting is dus niet even groot voor de drie verschillende definities van gezondheid. Dit komt doordat het verschil tussen de lage-inkomensgroep en de hogere inkomens in het hebben van één of meer chronische aandoeningen relatief klein is, waardoor ook het verschil in levensverwachting zonder chronische aandoeningen tussen deze inkomensgroepen klein is. Voor het hebben van één of meer chronische aandoeningen is gekeken naar verschillende aandoeningen, variërend van minder ernstig tot zeer ernstig. Onderzoek toont aan dat de sterk beperkende ziektes,

zoals hartaandoeningen, rugklachten en reumatische aandoeningen vaker voorkomen bij laagopgeleiden (Nusselder et al., 2005), en zodoende ook vaker bij de mensen met een laag inkomen. Door enkel deze sterk beperkende aandoeningen te gebruiken, zullen waarschijnlijk grotere verschillen in levensverwachting zonder chronische aandoeningen zichtbaar worden. Deze grotere verschillen zijn terug te zien in de levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen tussen de lage- en de hogere-inkomensgroep. Daarnaast hebben mensen met een lage sociaaleconomische status vaker een ongezonde leefstijl dan mensen met een hogere sociaaleconomische status; zij roken vaker, drinken meer alcohol, kampen vaker met overgewicht en eten dikwijls ongezond. Deze factoren hangen samen met een als slecht ervaren gezondheid en een hogere mortaliteit. Hierdoor zijn bij de levensverwachting in als goed ervaren gezondheid de verschillen het grootst (Mackenbach, 2008).

In dit onderzoek voor de bepaling van de levensverwachting naar inkomen is rekening gehouden met de institutionele bevolking, terwijl deze bij de berekening van de gezonde levensverwachting buiten beschouwing is gelaten. Mensen in verpleeghuizen en verzorgingstehuizen zullen echter vaker aan lichamelijke beperkingen en chronische aandoeningen lijden en daardoor hun gezondheid als minder goed ervaren dan mensen die thuis wonen (Mackenbach et al., 2008). Daarnaast zijn instituutsbewoners vaak lager dan gemiddeld opgeleid (Dalstra et al., 2005), wat invloed kan hebben op hun inkomen. De werkelijke verschillen in gezonde levensverwachting zijn daarom waarschijnlijk nog groter dan de hier gepresenteerde verschillen tussen de lage en de hogere inkomens. Nog een nadeel is dat in deze studie enkel is gekeken naar het incidenteel hebben van een laag inkomen. Mensen kunnen immers het ene jaar een hoog inkomen hebben en – door bijvoorbeeld een economische crisis of persoonlijke omstandigheden – het volgende jaar een veel lager inkomen. Daarom zou langdurige armoede (2 of meer opeenvolgende jaren onder de armoedegrens) een betere indicator zijn voor een lage sociaaleconomische status. De steekproefomvang van POLS is hiervoor echter ontoereikend.

Nog een mogelijk nadeel van het gebruik van inkomen als indicator voor sociaaleconomische status is dat mensen met een beperking juist een laag inkomen (ziekte-, arbeidsongeschiktheids- of bijstandsuitkering) kunnen hebben door die beperking of chronische aandoening, en door die aandoening vroeger overlijden. Op deze manier kan er dus sprake zijn van een selectie-effect in plaats van een causaal verband tussen inkomen en gezondheid. Voor deze studie ontbreken de gegevens om een causaal verband tussen inkomen en gezondheid en/of sterfte aan te tonen (statistisch hard te maken). De omvang van een selectie-effect wordt voor meerpersoonshuishoudens waarschijnlijk enigszins gedempt door het gebruik van het gestandaardiseerde huishoudensinkomen in plaats van het persoonlijke inkomen.

In dit onderzoek zijn voor het eerst in Nederland verschillen onderzocht in gezonde levensverwachting tussen mensen met een laag inkomen en mensen met een inkomen boven de lage-inkomensgrens. Wel zijn recentelijk de verschillen in gezonde levensverwachting tussen inkomensklassen gebaseerd op de gehele inkomensverdeling onderzocht (Knoops en Van den Brakel, 2010). Naarmate het inkomen hoger was, werd ook een hogere (gezonde) levensverwachting gevonden. Voor mannen in de laagste inkomensklasse bedroeg de levensverwachting bij de geboorte 73,9 jaar. Bij mannen in de hoogste inkomensklasse was dat 81,1 jaar. Bij vrouwen was het verschil in levensverwachting tussen laagste en hoogste inkomensklasse 6,7 jaar. Voor gezonde levensverwachting waren ook in die studie de verschillen tussen de laagste en hoogste inkomens nog groter: voor mannen bedroeg het verschil in levensverwachting in als (zeer) goed ervaren gezondheid 17,8 jaar en voor vrouwen 17,6 jaar. Ook voor de levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen en de levensverwachting zonder chronische aandoeningen waren er verschillen tussen de laagste en hoogste inkomensklassen. Inkomen ingedeeld in 20%-groepen geeft een iets groter verschil in (gezonde) levensverwachting tussen de hoogste en laagste inkomensgroep dan het verschil tussen de mensen met een laag inkomen en mensen met een inkomen boven de lage-inkomensgrens. Dit is te verklaren door het feit dat de (gezonde) levensverwachting in de groep mensen met een inkomen boven de lage-inkomensgrens min of meer het gemiddelde is van het tweede, derde, vierde en vijfde kwintiel. Ook internationaal zijn er geen studies bekend naar verschillen in gezonde levensverwachting tussen mensen die onder de armoedegrens leven en mensen met een hoger inkomen. Wel is in Nederland en ook in andere landen onderzoek verricht naar de gezonde levensverwachting naar opleiding en naar beroep (zie Stam et al., 2008; Cambois, 2001; Bossuyt en Van Oyen, 2000; Bronnum-Hansen, 2000). Dergelijke studies wijzen uit dat mensen met een lage sociaaleconomische status (zoals laagopgeleiden en handarbeiders) een lagere gezonde levensverwachting hebben dan mensen met een hoge sociaaleconomische status (hoogopgeleiden, managers). Deze resultaten komen in grote lijn overeen met de hier gepresenteerde uitkomsten. Dit is echter de eerste studie die gebruik maakt van inkomen om een lage sociaaleconomische status (armoede) te definiëren. Bovendien is op dit moment in Nederland inkomen de enige indicator voor sociaaleconomische status die integraal beschikbaar is. Dit betekent dat sterftcijfers naar inkomen overeen komen

met de werkelijke waarden; er zijn geen steekproeffouten. In de nabije toekomst zal het inkomen voor steeds meer jaren integraal beschikbaar komen. Hierdoor wordt het mogelijk om ontwikkelingen van de sociaaleconomische verschillen in gezonde levensverwachting, zoals die tussen arm en rijk, voor de Nederlandse bevolking in kaart te brengen en te evalueren.

Literatuur

Bossuyt, N. en H. van Oyen, 2000, Gezondheidsverwachting volgens socio-economische gradiënt in België. Scientific Institute of Public Health, Unit of Epidemiology, Brussel.

Bronnum-Hansen, H., 2000, Socioeconomic differences in health expectancy in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health* 28, blz. 194–199.

Bruggink, J., 2009, Ontwikkelingen in (gezonde) levensverwachting naar opleidingsniveau. *Bevolkingstrends*, 57(4), blz. 71–75.

Cambois, E., 2001, Social inequalities in disability-free life expectancy in the French male population, 1980–1991. *Demography* 38, blz. 513–524.

Dalstra, J.A., A.E. Kunst, C. Borrell, E. Breeze, E. Cambois, G. Costa, J.J. Geurts, E. Lahelma et al., 2005, Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: An overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology* 34, blz. 316–326.

Jagger, C., B. Cox, S. Le Roy en EHEMU, 2006, Health expectancy calculation by the Sullivan Method: A practical guide. Third Edition. EHEMU Technical Report September 2006.

Knoops K. en M. Van den Brakel, 2010, Welgestelde mensen leven lang en gezond: Inkomensgerelateerde verschillen in de gezonde levensverwachting. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 88(1), blz. 17–24.

Kooiker, S.E. en J.M. Wildeboer Schut, 2003, Inkomen en gezondheid: een internationale vergelijking. In: Vrooman, C., H.J. Dirven, S. Hoff en G. Linden (red.), *Armoedemonitor 2003*. SCP/CBS, Den Haag.

Mackenbach, J.P., A.E. Kunst, A.E. Cavelaars, F. Groenhouf en J.J. Geurts, 1997, Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet* 349(9066), blz. 1655–1659.

Mackenbach, J.P., P. Martikainen, C.W. Looman, J.A. Dalstra, A.E. Kunst, E. Lahelma en SEdHA Working Group, 2005, The shape of the relationship between income and self-assessed health: an international study. *International Journal of Epidemiology* 34(2), blz. 286–293.

Mackenbach, J.P., I. Stirbu, A.J. Roskam, M.M. Schaap, G. Menvielle, M. Leinsalu en A.E. Kunst, European Union

Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health, 2008, Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine* 358(23), blz. 2468–2481. Erratum in: *New England Journal of Medicine* 18(359), blz. 14.

Ministerie van VWS, 2008, Naar een weerbare samenleving. Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaaleconomische achtergronden. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag.

Nusselder, W.J., C.W. Looman, J.P. Mackenbach, M. Huisman, H. van Oyen, P. Deboosere, S. Gadeyne en A.E.

Kunst, 2005, The contribution of specific diseases to educational disparities in disability-free life expectancy. *American Journal of Public Health* 95(11), blz. 2035–2041.

Otten F. en W. Bos, 2009, Lage inkomens, kans op armoede en uitsluiting 2009. Centraal Bureau voor de Statistiek, Heerlen/Den Haag.

Stam, S.E, M.J. Garssen, M. Kardal en B.J.H. Lodder, 2008, Hoogopgeleiden leven lang en gezond. In: Hilten, O. van, en A.M.H.M. Mares (red.), *Gezondheid en Zorg in Cijfers 2008*. CBS, Den Haag/Heerlen.