

Naar toegankelijke zorg

Recensie van de bijdragen van de onderzoekers, uitgenodigd op de studiedag op 22 mei 2025

Svetlana Sholokhova, Rebekka Verniest, Mattias Van Hulle, Nicolas Rossignol
— Studiedienst CM-MC

Samenvatting

Men kan het er gemakkelijk over eens zijn dat het waarborgen van toegankelijke zorg een belangrijke uitdaging vormt voor ons gezondheidssysteem. Maar het blijft noodzakelijk te begrijpen wat dit dan concreet inhoudt. Daartoe moeten we analyseren in hoeverre zorg echt toegankelijk is en, als dat niet zo is, begrijpen waarom. Daarom organiseerde de CM-studiedienst op 22 mei 2025 in Schaarbeek de studiedag *'Naar toegankelijke zorg'*.

Dit artikel bundelt de tussenkomsten van de onderzoekers die op die dag waren uitgenodigd: de professoren Sandy Tubeuf, Sarah Willems en Michael Marmot. De voorgestelde reflecties onderstrepen de vaststellingen van ongelijkheden in toegang tot zorg. Ze vormen ook krachtige pleidooien voor het ontwikkelen van gedifferentieerde benaderingen van de vastgestelde ongelijkheden, en dit alles binnen een perspectief van proportioneel universalisme.

Sleutelwoorden: Studiedag, toegankelijkheid van zorg, proportioneel universalisme, recensie



Inhoudstafel

Inleiding	28
1. Ongelijkheden gelinkt aan migratie in de toegang tot en het gebruik van medische zorg – Prof. Sandy Tubeuf	29
1.1. Afzien van zorg: verschillen tussen migranten en autochtone personen in Europa	29
1.2. Verschillen in medicatievoorschriften tussen geïmmigreerde en autochtone personen in Spanje	29
1.3. Toegang tot dringende medische hulp in Brussel	30
2. Proportioneel universalisme in actie: rechtvaardigheid als sleutel tot toegankelijke zorg – Prof. Sara Willems	30
2.1. De complexiteit van gezondheidsongelijkheden	30
2.2. Proportioneel universalisme als antwoord	31
2.3. Enkele praktijkvoorbeelden	31
3. Een oproep tot hoop en actie – Prof. Michael Marmot	32
3.1. Het essentiële belang van de sociale gradiënt	32
3.2. Daling levensverwachting door besparingsbeleid	33
3.3. Hoop en proportioneel universalisme in de praktijk	34
4. Conclusie	36
Bibliografie	37

Inleiding

De bedoeling van dit artikel is niet de reconstructie van de genealogie van het concept 'toegankelijkheid van zorg'. Evenmin is het doel een gedetailleerde beschrijving van alle uitwisselingen tijdens de rijk gevulde studiedag. **Dit artikel is een recensie, een kritische samenvatting van de tussenkomsten op deze studiedag**, in dit geval deze van de externe sprekers, waarvan de belangrijkste argumenten hier nuttig worden gedocumenteerd.

De presentaties van Sophie Cès, Stijn Vos en Clara Noirhomme, alle drie medewerkers van de Studiedienst, komen hier niet aan bod. De eerste twee zijn gebaseerd op de volgende artikels: *Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen* (Cès, 2021) en *De digitale kloof en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg* (Vos, 2025). De laatste tussenkomst, over de gezondheidstoestand en het zorggebruik in België volgens het inkomensniveau, vormt het onderwerp van een volledig artikel dat in een volgend nummer van *Gezondheid & Samenleving* zal verschijnen.

De eerste tussenkomst die in dit artikel wordt besproken, is die van Sandy Tubeuf, professor gezondheidseconomie aan de Université catholique de Louvain (UCLouvain). Zij legt zich in haar onderzoek toe op de empirische en theoretische aanpak voor het meten van gezondheidsongelijkheden, en op het belang van de familiale context en de individuele leefstijlkenmerken voor de gezondheid en de gezondheidszorguitkomsten. Het theoretisch kader van Sandy Tubeufs werk is dat van de gezondheidseconomie, die sinds de jaren 1970 met succes het concept van gezondheidskapitaal uit de sociale wetenschappen heeft geïntegreerd. Dit concept blijkt bijzonder nuttig om na te denken over gezondheidsongelijkheden en over hoe gezondheid varieert doorheen het leven: gezondheid wordt gezien als een kapitaal dat men bij de geboorte meekrijgt, en dat onder invloed van verschillende factoren (leeftijd, levenskeuzes, socio-economische omstandigheden, enz.) kan verbeteren of verslechteren. In dit model heeft het gebruik van gezondheidszorg ook een rechtstreekse impact op de gezondheid, met alle hindernissen en scheeftrekkingen die het zorggebruik kunnen beïnvloeden. **In haar bijdrage komt Sandy Tubeuf terug op een studie die ze samen met Luigi Boggian (PhD, Universiteit van Verona & UCLouvain) heeft uitgevoerd. Deze studie richt zich specifiek op de zorgtrajecten van migranten en is een bijzonder alarmrend voorbeeld van sociale gezondheidsongelijkheden.** Ongeacht de verblijfsstatus, kan een migrant-e geconfron-

teerd worden met grote hindernissen: mensen zonder wettig verblijf aarzelen om medische hulp te zoeken uit angst voor uitwijzing en ondervinden vaak discriminatie; mensen met een wettig verblijf kunnen moeilijkheden ervaren die vergelijkbaar zijn met die van andere kwetsbare groepen, zoals problemen met huisvesting, werk of een gebrek aan kennis van het zorgsysteem. Sociale en administratieve drempels leiden er dus vaak toe dat personen afzien van zorg, zelfs als ze echt zorg nodig hebben. Het bestuderen van de verschillen in zorggebruik tussen migranten en autochtone personen, laat toe na te denken over deze hindernissen en hoe ze overwonnen kunnen worden.

De tweede bijdrage die aan bod komt, is die van Sara Willems, professor in gezondheidsongelijkheid aan de vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg van de Universiteit Gent (UGent). Ze leidt er de *Equity in Health Care Research Group*, een interdisciplinair team dat meewerkt aan nationale en internationale projecten rond sociale ongelijkheden in de toegang tot en de kwaliteit van zorg. Haar onderzoek richt zich op rechtvaardigheid als dimensie van zorgkwaliteit, gemeenschapsgerichte eerstelijnszorg en de integratie van volksgezondheid en eerstelijnszorg. Vertrekkende van de vraag 'Wat kan ik hier komen vertellen?', verwijst Sarah Willems naar het **gekend gegeven dat gezondheid niet gelijk verdeeld is** en dat er een sociale kloof bestaat die bovendien toeneemt. Dit is bijvoorbeeld zichtbaar in de prevalentiecijfers van diabetes en angststoornissen. Die verschillen in gezondheid zijn er niet alleen tussen sociale klassen, maar ook tussen mannen en vrouwen en tussen regio's. Zo zijn er onmiskenbaar verschillen in sterftecijfers tussen het eerder noordelijke en eerder zuidelijke deel van België. Maar ongelijkheid in gezondheid is iets heel moeilijks omdat **het niet gaat om een heel specifieke, meest kwetsbare groep in de maatschappij**. Er is **duidelijk sprake van een sociale gradiënt in gezondheid**: bij elke trap die je daalt op de sociale ladder, stijgt de kans op een minder lang leven. Die sociale gradiënt blijkt uit cijfers over gezondheidsstatus waar hoogopgeleiden bijvoorbeeld veel minder vaak angststoornissen hebben dan mensen uit de middenklasse of uit de lage sociale klasse. Maar we zien dit ook voor alle factoren die een risico betekenen voor gezondheid en voor gezondheidsgerelateerd gedrag (= *risk continuüm*). Vanuit deze vaststelling onderzoekt Sara Willems, aan de hand van toepassingsvoorbeelden in België, hoe het concept van **proportioneel universalisme** – een term die in dit artikel verder wordt toegelicht – **een theoretisch en praktisch antwoord kan bieden op deze ongelijkheden**.

Tot slot eindigt dit artikel met een recensie van de tussenkomst van Sir Michael Marmot, professor epidemiologie en volksgezondheid aan het University College London en directeur van het Institute of Health Equity.

Al bijna vijftig jaar bestudeert hij sociale ongelijkheden in gezondheid. Hij leidde de beroemde *Whitehall*-studies bij Britse ambtenaren die de impact van de socio-economische status op gezondheid aantonen. Hij was voorzitter van de commissie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) over de sociale determinanten van gezondheid en publiceerde in 2010 het rapport *Fair Society, Healthy Lives* (2010), dat een verregaande invloed had op het overheidsbeleid in het Verenigd Koninkrijk. Zijn werk benadrukt het belang van sociale omstandigheden — huisvesting, onderwijs, tewerkstelling — voor een rechtvaardige toegang tot zorg en ziektepreventie. Zijn globale, op bewijs gebaseerde benadering maakt van hem een toonaangevende stem inzake sociale rechtvaardigheid en volksgezondheid. Professor Sir Michael Marmot houdt in zijn lezing een betoog over hoe sociale structuren, economische keuzes en beleidsstrategieën een allesbepalende impact hebben op de levensverwachting en het welzijn van alle burgers. Zijn verhaal, gestoeld op decennialange onderzoekservaring, scherpe observaties en internationale vergelijkingen, vormt een oproep tot **proportioneel universalisme als leidend principe voor een rechtvaardig beleid**.

1. Ongelijkheden gelinkt aan migratie in de toegang tot en het gebruik van medische zorg – Prof. Sandy Tubeuf

1.1. Afzien van zorg: verschillen tussen migranten en autochtone personen in Europa

Over de correlatie tussen migratie en de gezondheid van personen zijn verschillende studies gedaan. Sandy Tubeuf stelt voor om hieruit twee mechanismen te onthouden. Het eerste wordt het ‘migrant-e in goede gezondheid’-effect genoemd, en verwijst naar het idee dat mensen, ondanks moeilijke migratietrajecten, ‘robuust’ zijn

en geen directe gezondheidsproblemen kennen (Jasso, Massey, Rosenzweig & Smith, 2004). Het tweede betreft migranten die al lange tijd in een nieuw land wonen en moeilijkheden ondervinden bij de integratie (Giuntella & Stella, 2017). Bij deze groep verslechtert de gezondheid op een vergelijkbare manier als bij de autochtone bevolking. Deze twee mechanismen zijn bevestigd voor fysieke gezondheid, maar rond geestelijke gezondheid is veel minder onderzoek gedaan, behalve dan enkele studies over de geestelijke gezondheid van migranten die zich gevestigd hebben in een ander land dan hun land van herkomst (Elshahat, Moffat & Newbold, 2022).

Hoe zit het dan met het gezondheidszorggebruik voor migrantenpopulaties in Europa? Wat is het risico dat individuen afzien van zorg, dat er een verschil is tussen de zorgbehoefte zoals zij die ervaren en de zorg die ze krijgen? De Europese studie PHARE maakt het mogelijk om de mate van zorgmijding te vergelijken tussen autochtone en migrantenpopulaties, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen eerste generatie migranten (niet geboren in het land van verblijf) en tweede generatie migranten (waarvan een ouder tot de eerste generatie migranten behoort). Volgens dit onderzoek zijn de resultaten doorgaans vergelijkbaar tussen mensen die in het land van verblijf geboren zijn en tweede generatie migranten, terwijl de eerste generatie migranten meer afzien van zorg¹. Het onderzoeksteam van Tubeuf analyseerde deze gegevens grondiger en kon zo aantonen dat er **toch een significant verschil is tussen eerste en tweede generatie migranten**. Bovendien concludeerde het team dat de toegang tot gezondheidszorg varieert volgens het land van herkomst, en dat **personen uit niet-Europese landen vaker afzien van zorg dan alle andere groepen**.

1.2. Verschillen in medicatievoorschriften tussen geïmmigreerde en autochtone personen in Spanje

Een studie in Spanje, onder leiding van Tubeuf, kon de verschillen in het afzien van zorg tussen migranten en autochtonen objectiveren door het vergelijken van medische voorschriften voor **diabetes en hypertensie** (Boggian, Madia & Nicodemo, 2025). Daaruit blijkt dat **migranten gemiddeld minder aangepaste medicatie voorgeschreven krijgen dan autochtone personen** (waarbij alles verder gelijk blijft), ondanks vergelijkbare of zelfs grotere noden.

1. Dit is evenwel niet het geval in België waar de resultaten voor de twee groepen migranten gelijkaardig zijn (iets minder dan 10% ziet af van zorg) en hoger dan voor de autochtone bevolking.

Ook worden aan migranten **veel minder vaak anxiolytica en antidepressiva voorgeschreven**, opnieuw bij gelijke omstandigheden². Hoewel de gegevens niet toelaten om te bepalen of deze verschillen voortkomen uit voorkeuren van de patiënten zelf, tonen ze duidelijk aan dat er belangrijke verschillen bestaan in medische behandeling afhankelijk van de migratieachtergrond.

1.3. Toegang tot dringende medische hulp in Brussel

In 2023 is, onder leiding van Tubeuf, in de Brusselse gemeenten Anderlecht, Molenbeek en Sint-Joost-ten-Noode onderzoek gedaan naar de werking van dringende medische hulp voor mensen zonder wettig verblijf in België, waarbij een kwalitatieve en kwantitatieve methodologie werden gecombineerd. Deze studie (binnenkort te verschijnen) toont dat mensen zonder papieren **zeer beperkte toegang** hebben tot deze hulp, ondanks dat ze ervoor in aanmerking komen. De meerderheid van de deelnemers aan de studie zegt dat het verkrijgen van dringende medische hulp zeer moeilijk is, terwijl meer dan de helft van hen tegelijk aangeeft te kampen met gezondheidsproblemen die een medische tussenkomst vereisen. De complexiteit van de procedure wordt genoemd als een van de belangrijkste hindernissen voor het verkrijgen van dringende medische hulp.

2. Proportioneel universalisme in actie: rechtvaardigheid als sleutel tot toegankelijke zorg

– Prof. Sara Willems

2.1. De complexiteit van gezondheidsongelijkheden

Met een verwijzing naar de WHO, benadrukt Willems dat gezondheidsongelijkheden zeer bepalend zijn voor de gezondheid van een populatie. Ze voegt er wel meteen de verklaring van de WHO aan toe dat “gezondheidsongelijkheden oneerlijk zijn, maar kunnen verminderd worden

met een goede mix van (overheids)beleid” (Wereldgezondheidsorganisatie, 2018, eigen vertaling). Beleid gericht op het verminderen van gezondheidsongelijkheid is heel belangrijk als je wil werken rond de gezondheid van een bevolking. Dit is uiteraard makkelijk gezegd, maar welk gezondheidsbeleid moet je dan voeren? In dit verband wordt vaak verwezen naar het belang van een goed universeel systeem van gezondheidszorg. En bij het uitwerken van dergelijk beleid loop je onvermijdelijk tegen een aantal moeilijkheden aan.

Een van die moeilijkheden is dat de **sociale gradiënt in gezondheid in belangrijke mate bepaald wordt door sociale determinanten van gezondheid die vaak buiten de gezondheidssector liggen**. Dit betekent dat de sociale ongelijkheden onder meer veroorzaakt worden door de omstandigheden waarin mensen geboren worden, opgroeien, werken en ouder worden (bijvoorbeeld slechte huisvesting, discriminatie binnen het onderwijs, ongezonde voeding, gebrek aan groen in de buurt, enz.), allemaal domeinen die niet rechtstreeks met gezondheidszorg te maken hebben. Willems legt hier onmiddellijk de link met het werk van professor Marmot. Hij stelde immers vast dat bij het aanpakken van sociale ongelijkheid, mensen vaak focussen op factoren die te maken hebben met gezondheidsgerelateerd gedrag. Zo gaat men longproblemen bijvoorbeeld aanpakken met maatregelen gericht op het rookgedrag van mensen in kwetsbare situaties. Uit zijn studies hebben we evenwel geleerd dat het belangrijk is hogerop te gaan kijken naar wat sociale ongelijkheid bepaalt, naar de oorzaak van de oorzaak (van de oorzaak) (= *the upstream causes of health*). Dan kom je vaak uit bij sociaal beleid, de sociaaleconomische context en de sociale normen in een maatschappij (bijvoorbeeld: Hoe belangrijk vinden we solidariteit in onze maatschappij?).

Een tweede uitdaging voor interventies is het feit dat mensen niet ‘de armen’ zijn, ‘de alleenstaande moeder’ of ‘de kortgeschoolde’. **Elk individu is een kruispunt van identiteiten**. Zo komt wie langgeschoold is en een goede job heeft doorgaans niet in aanmerking voor sociale voordelen omdat die niet valt onder het label ‘kwetsbaar’. Toch kan zo iemand in armoede terechtkomen, bijvoorbeeld wanneer die gescheiden is en alleen moet instaan voor de zorg voor de kinderen, geen alimentatiegeld ontvangt of een zware lening moet afbetalen. Het is dus een uitdaging om mensen labels toe te kennen en die labels te gebruiken om tege-

2 Voor de eerste vraag bestond de onderzoekspopulatie uit personen van 50 jaar en ouder die één jaar vóór het analysejaar (jaar van eventueel medicatievoorschrift) wel degelijk gediagnosticeerd waren met diabetes of hypertensie. Voor de tweede vraag bestond de onderzoekspopulatie uit personen ouder dan 18 jaar die gediagnosticeerd waren met een angststoornis of depressie.

moetkomsten toe te kennen, precies omdat mensen een kruispunt van identiteiten zijn.

Verder is al vastgesteld dat **interventies in de praktijk soms een sociale kloof creëren of vergroten**, ook al was het doel net het omgekeerde. Bij wijze van voorbeeld verwijst Willems naar artsen die aangeven dat ze voor iedereen, voor elke patiënt-e hetzelfde doen. Maar “gelijk doen, is ongelijkheid creëren”, beklemtoont Willems, “omdat mensen niet allemaal dezelfde nood hebben.” Een belangrijke boodschap uit de uiteenzetting is bijgevolg dat als je voor iedereen gelijk doet, je eigenlijk meestal ongelijkheid aan het creëren bent. Sociale gezondheidsongelijkheid aanpakken vereist in feite dat we dingen anders doen.

2.2. Proportioneel universalisme als antwoord

Een antwoord zou dan kunnen zijn om doelgroepgericht te gaan werken, met een beleid dat kwetsbare groepen identificeert en hierop focust. Maar, zo benadrukt Willems, dit is niet altijd de oplossing en is bovendien risicovol. Het kan leiden tot stigmatisering: wie deze of gene tegemoetkoming krijgt, heeft een bepaald label. Het draagt ook bij tot een toenemende sociale afstand in de samenleving tussen wie wel en wie niet krijgt, en zorgt voor een gezondheidszorg met twee snelheden. Bijkomend is dergelijke aanpak duur en bestaat het gevaar van misclassificatie en tegelijk onderbescherming. Verder rijst de vraag of we op patiënt-niveau moeten werken of eerder op populatieniveau – dit laatste is momenteel zeer in. Maar opnieuw is het niet duidelijk hoe we dit dan moeten doen.

Wat is dan wel een adequate aanpak? In de denkoefening hierover, biedt het rapport *Fair society, healthy lives* van Marmot et al. (2010) volgens Willems interessante inzichten. In deze baanbrekende studie schuift Marmot het principe van **proportioneel universalisme** naar voren als manier van omgaan met het dichotome van enerzijds iets doen voor iedereen en anderzijds doelgroepgericht werken. Ze citeert een cruciale passage uit het rapport waarin hij het volgende stelt: “Om de steilheid van de sociale gradiënt te verminderen, moeten acties universeel zijn, maar met een omvang en intensiteit in verhouding tot de mate van achterstand” (Marmot, et al., 2010, p. 10, eigen vertaling). **Twee belangrijke elementen hierin zijn dus dat je**

soms de intensiteit moet opdrijven, maar soms ook iets anders moet doen. Het doel van proportioneel universalisme is bijgevolg het verbeteren van de gezondheid van de ganse populatie, maar dit is slechts mogelijk door specifiek rekening te houden met de sociale gradiënt, door meer te doen naar mate mensen lager op de sociale ladder staan.

Bovendien ligt in de oorspronkelijke theorie van proportioneel universalisme de initiële focus op de *upstream causes of health*, dit zijn de structurele oorzaken die gezondheid beïnvloeden. In het Verenigd Koninkrijk zijn hiervan al concrete voorbeelden te vinden in de zogeheten *Marmot cities*³. Dit zijn steden (bijvoorbeeld Leeds, Coventry, Luton) die sociale ongelijkheid in gezondheid aanpakken met het principe van proportioneel universalisme als uitgangspunt en met initiatieven op de structurele oorzaken. Zo zetten ze in op huisvesting, op samenwerking niet alleen met gezondheidszorg maar ook met onder meer onderwijs (zie 3.3).

2.3. Enkele praktijkvoorbeelden

In Vlaanderen passen enkele steden en gemeenten het principe van **Health in All Policies** (HiAPP) toe, waarbij gezondheid een essentiële doelstelling is die centraal staat in alle beleidsdomeinen. Zo wordt voorbeeld in het mobiliteitsbeleid voor het aanleggen van een brug of tunnel nagedacht over de link met gezondheid en vooral met gezondheidsongelijkheid.

Wat **proportioneel universalisme** betreft, zijn in Vlaanderen vooral al enkele inspirerende voorbeelden te vinden waar gewerkt wordt op de *downstream causes of health*⁴, zoals het **Vlaams bevolkingsonderzoek rond baarmoederskankerscreening**. Uit onderzoek waar de vakgroep van Willems bij betrokken is, blijkt een totale screeningsgraad van ongeveer 66%, wat zeker geen slecht resultaat is. Maar tegelijk valt op dat de score beduidend lager is voor enkele sociaal kwetsbare subgroepen (60-plussers, personen met een migratieachtergrond, kortgeschoolden of personen met een laag inkomen). Hoewel dit bevolkingsonderzoek een excellent voorbeeld is van een universele aanpak – iedereen, ongeacht sociale status, krijgt een uitnodiging voor de screening – is het tegelijk duidelijk dat de basisaanpak niet voor iedereen werkt en er sprake is van sociale ongelijkheid. Vanuit die vaststelling lopen

3 Voor meer informatie, zie <https://www.instituteofhealthequity.org/taking-action/marmot-places>.

4 Daar waar bij de ‘*upstream causes of health*’ gekeken wordt naar de oorzaak van de oorzaak, wordt bij de ‘*downstream causes of health*’ gekeken naar directe oorzaken en risicofactoren op individueel niveau die leiden tot ziekte, letsel of sterfte.

in het kader van de ESAGG-studie⁵ enkele proefprojecten waarin wordt nagegaan hoe een aanpak vanuit proportioneel universalisme geconcretiseerd kan worden⁶.

In een eerste en meest eenvoudige stap wordt de **intensiteit verhoogd** en krijgen mensen die herhaaldelijk niet gescreend zijn meerdere uitnodigingen. Dit draagt wel degelijk bij aan een hogere screeningsgraad, maar de cijfers tonen evenzeer dat bepaalde groepen nog steeds niet bereikt worden. Voor mensen die langdurig niet gescreend zijn, is vervolgens in een pilootproject gestart met een **andere aanpak**. Concreet krijgen zij een gratis zelftest opgestuurd, samen met een heldere begeleidende brief en folder in verschillende talen en met veel pictogrammen. Omdat een deel van de vrouwen nog steeds niet bereikt wordt, is in nog een volgende stap de **intensiteit verder verhoogd** door een samenwerking op te zetten met huisartsen die vrouwen persoonlijk aanspreken tijdens een contact voor een ander gezondheidsprobleem. De huisarts kan op basis van de software snel zien of iemand getest is en, zo nodig, een gratis zelftest meegeven. En momenteel loopt een pilootproject om vrouwen die nog steeds niet gescreend zijn, actief te detecteren in de populatie via *outreaching* projecten vanuit de huisartspraktijk en, nog intensiever, vanuit buurtorganisaties. Willems benadrukt hier aanvullend de belangrijke nuance dat vrouwen niet geïdentificeerd worden vanuit specifieke kenmerken (bijvoorbeeld kortgeschoold of met een migratieachtergrond), maar wel op basis een nood, namelijk het niet gescreend zijn.

Een tweede voorbeeld is het **population health management** dat heel veel linken heeft met proportioneel universalisme en waar zeer veel potentieel in zit. Dit *population health management* – of het aanpakken van de gezondheid van de bevolking – is een van de doelstellingen van de *quintuple aim*, het gedeeld kader dat opgenomen is in het Belgisch interfederaal plan voor Geïntegreerde Zorg, gelanceerd in 2023⁷. Volgens Willems is het beleid van *population health management* dat vandaag de dag stilaan in de eerstelijns geïmplementeerd wordt, een mooie aanzet die aansluit bij het principe van proportioneel universalisme.

Concreet wordt gewerkt met zogeheten barometers waarvoor bij huisartsen, op basis van gegevens in de elektronische

medische dossiers, bijvoorbeeld kunnen zien hoeveel patiënten met diabetes ze hebben, met hoeveel daarvan het voorbije jaar een contact was of hoeveel er gescreend zijn op eventuele oogproblemen. De huisarts kan hiermee dan aan de slag gaan, niet alleen tijdens de een-op-een-consultaties, maar evenzeer op het niveau van de eigen patiëntenpopulatie. Het biedt tevens de mogelijkheid om de kwaliteit van het werk te evalueren, bijvoorbeeld door na te gaan of patiënten voldoen aan de richtlijnen of door de resultaten van de eigen praktijk te vergelijken met deze van andere praktijken in de buurt. Dit kan dan de aanzet zijn voor kwaliteitsverbeteringen. Dit zijn dus al de eerste zaden om aan proportioneel universalisme te doen. Momenteel zijn er al dergelijke barometers voor diabetes, antibioticavoorschriften, infectieziekten en nierproblemen. Willems wijst er wel op dat deze barometers nu nog zeer ziektespecifiek zijn en zich dus richten op een specifieke groep mensen met een bepaalde aandoening. Voor haar is de uitdaging, onder meer voor de academische wereld, dan ook na te gaan hoe die technologie in de toekomst gebruikt kan worden om eerder sociaal kwetsbare patiëntenpopulaties te identificeren. Bovendien hoeft de toepassing niet beperkt te blijven tot het niveau van een huisartsenpraktijk, maar kan men ermee aan de slag gaan op het niveau van een regio.

3. Een oproep tot hoop en actie – Prof. Michael Marmot

3.1. Het essentiële belang van de sociale gradiënt

Proportioneel universalisme is niet meteen het meest spitante begrip, stipt Marmot zelf met typisch Britse humor aan: “Het is duidelijk dat ik geen goede politicus zou zijn”. Toch biedt het begrip wél essentiële inzichten voor beleid. Proportioneel universalisme verwijst immers naar de idee dat een **beleidsaanpak zich dient te richten op alle burgers, en dat de intensiteit en schaal van de dienstverlening moeten variëren op basis van de specifieke behoefte**.

5 De ESSAG-studie evalueert de *Efficacy of offering a Self-Sampling device by the General practitioner to reach women underscreened in the routine cervical cancer screening program* of de doeltreffendheid van het aanbieden van een zelftest door de huisarts om vrouwen te bereiken die ondergescreend zijn in het bevolkingsonderzoek rond baarmoederhalskankerscreening.

6 Voor meer informatie, zie <https://kankerregister.org/nl/onderzoek/doeltreffendheid-van-het-aanbieden-van-een-zelfafnamekit-door-huisartsen-om-vrouwen-te->

7 Voor meer informatie, zie <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/info-voor-allen/het-interfederaal-plan-voor-geintegreerde-zorg>

ten van verschillende groepen. Het is een cruciaal inzicht dat er is gekomen na een lange reeks belangrijke studies.

Dat verhaal start met zijn betrokkenheid als voorzitter van de *Commission on Social Determinants of Health* (Commissie over sociale determinanten van gezondheid) van de WHO, opgericht in 2005. Drie jaar later publiceerde de commissie haar rapport (Marmot, et al., 2008), precies 60 jaar na de oprichting van de WHO en 30 jaar na de *Alma Ata*-verklaring, die gezien wordt als een mijlpaal op het gebied van publieke gezondheid. De verklaring benadrukt het bereiken van een goede gezondheid voor iedereen als een fundamenteel basisrecht. Het doel van Marmots rapport was om een heldere en krachtige verklaring over de oorzaken van gezondheidsongelijkheid te formuleren. Maar zijn persoonlijke ambitie was nog groter. Meer dan louter beleidsaanbevelingen formuleren, wilde hij vooral een sociale beweging starten die zich wereldwijd zou inzetten voor de strijd tegen gezondheidsongelijkheid. Hoewel hij destijds nog niet wist wat een sociale beweging precies moest inhouden, beseft hij nu hoe congressen, beleidsdiscussies en academische betrokkenheid deel uitmaken van precies datgene waar hij op hoopte.

Waarom een sociale beweging? Omdat Marmot inzag dat **gezondheidsverschillen vooral worden veroorzaakt door sociale factoren**: de zogenaamde sociale determinanten van gezondheid. Wanneer mensen aan gezondheid denken, denken ze immers vaak aan gezondheidszorg. Dat is een logische en belangrijke associatie, want universele toegang tot zorg is en blijft een cruciale voorwaarde voor een betere volksgezondheid. Maar, zo vroeg Marmot zich verder af, “wat is het nut om mensen te behandelen als we ze vervolgens toch gewoon terugsturen naar precies dezelfde omstandigheden die hen ziek maken?” Marmot roept op tot een focusshift, wat hij ook heel duidelijk maakt in het WHO-rapport uit 2008 waarin hij expliciet stelt dat sociale ongelijkheid mensen doodt op grote schaal.

De kern van Marmots focus op de sociale determinanten van gezondheid ligt in het begrip sociale gradiënt. Een focus louter op de allerarmsten klinkt dan wel nobel, maar mist de kern van het probleem. Het gaat immers voorbij aan de vaststelling dat ook personen *dichtbij* de top een kortere levensverwachting hebben dan mensen *aan* de top. Anders gesteld, niet alleen de allerarmsten hebben een slechtere gezondheid, er is een doorlopende lijn van verschillen in gezondheidsuitkomsten van de top tot de bodem van de samenleving. Bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk, zo benadrukt Marmot, was al in 2010 duidelijk dat een verhoging van de pensioenleeftijd naar 67 jaar

problematisch zou zijn. Hij voorspelde dat niet enkel de armsten, maar wel tweederde van de gehele bevolking de pensioenleeftijd niet in goede gezondheid zou bereiken. Vijftien jaar later ziet Marmot zijn voorspelling uitkomen: het aantal mensen met arbeidsongeschiktheidsuitkeringen is toegenomen en het systeem is financieel onder druk komen te staan, tot op een punt dat de uitkeringen niet langer betaald kunnen worden.

Marmot onderstreept dat zulk een **sociale gradiënt opvallend universeel** is: hij zag het in Spanje, in België en elders. De focus op alleen de armste groepen is daarom volgens hem volstrekt onvoldoende. Gezondheid volgt een trapsge wijze verdeling doorheen alle lagen van de bevolking.

Met het oog op het verminderen van die sociale gradiënt, formuleerde Marmot in 2010 zes aanbevelingen:

1. Geef elk kind de beste start in het leven;
2. Bevorder onderwijs en levenslang leren;
3. Zorg voor eerlijke arbeids- en werkomstandigheden;
4. Garandeer een minimaal inkomen voor een gezond leven;
5. Creëer gezonde en duurzame leefomgevingen;
6. Pas een sociale determinantenbenadering toe in preventiebeleid.

Later voegde hij hier nog twee domeinen aan toe:

7. Bestrijd structureel racisme en discriminatie;
8. Integreer ecologische duurzaamheid en gezondheidsongelijkheid.

3.2. Daling van de levensverwachting door het besparingsbeleid

Zulke beleidsaanbevelingen formuleert Marmot niet zomaar. Zijn onderzoek leerde dat ingrepen op een structureel niveau een enorme impact kunnen hebben. Een bewijs daarvan is de opvallende trendbreuk in de evolutie van de levensverwachting. Deze steeg decennialang met ongeveer een jaar per vier jaar. Dat betekent grofweg dat elke 24 uur die verstrijkt, de verwachte levensduur van de bevolking met zes uur omhoog gaat. Dit patroon hield meer dan 100 jaar aan, maar brak in 2010 abrupt af. Sindsdien is de vooruitgang in de levensverwachting vertraagd en uiteindelijk gestagneerd.

In sommige bevolkingsgroepen, vooral in arme regio's, daalde de levensverwachting zelfs. Nooit eerder in vredes-tijd is er in een periode van vijftien jaar geen verbetering van de levensverwachting vastgesteld. Hoe kan zoiets verklaard worden? Voor Marmot is het een **rechtstreeks resultaat van een fundamenteel falen van het beleid** om de noden van de bevolking te vervullen.

Dat falende beleid manifesteert zich vooral in het vergroten van de ongelijkheid. Hij bewijst dit aan de hand van een aantal opvallende statistieken. Zo toont de sociale geografie van het Verenigd Koninkrijk dat Londen, het economische hart van het land, initieel nog relatief goede gezondheidsresultaten kende, terwijl postindustriële regio's zoals Noordoost-Engeland reeds langer te kampen hadden met een lagere levensverwachting en grotere gezondheidsachterstanden. Tussen 2010 en 2020 verscherpten deze verschillen aanzienlijk. De levensverwachting in het noordoosten stagneerde of daalde, en dan vooral bij de armste 60% van de bevolking. Over het algemeen leek de levensverwachting in Londen nog licht te stijgen, maar wanneer we meer in detail kijken, merken we ook hier grote verschillen op wijkniveau. Er was een sterke achteruitgang van de levensverwachting in die specifieke wijken van de stad waar de armste bevolkingsgroepen wonen.

Marmot legt een **direct verband met de bezuinigingspolitiek van de conservatieve regering** na 2010. De grootste prioriteit was het terugschroeven van de overheidssteun en -interventie, maar die bezuinigingen waren niet overal gelijk. Gemeenten met de laagste levensverwachting zagen hun lokale budgetten het sterkst verminderd. De rijkste gemeenten zagen een daling van 16% in de overheidsbudgetten, terwijl de meest gedepriveerde gemeenten 32% minder financiële steun ontvingen. Anders gesteld, hoe armer de gemeente, hoe groter de bezuinigingen. Marmot noemt dit een systemisch falen: "In welke morele logica is dit het juiste om te doen?" Meer specifiek werd bezuinigd op fundamentele sociale diensten: ouderenzorg, kinderopvang, huisvesting, publieke voorzieningen – precies die zaken die de leefomstandigheden verbeteren en dus ook de gezondheid bevorderen. Verder stegen onder deze maatregelen de wachtlijsten voor medische zorg fors.

Marmot en zijn collega's berekenden dat er in het Verenigd Koninkrijk tussen 2009 en 2020 ongeveer een miljoen sterfgevallen waren die verband hielden met sociale deprivatie. Wanneer ze die periode met het decennium daarvoor vergeleken, kwamen ze tot de conclusie dat er maar liefst 148.000 overlijdens waren bijgekomen die rechtstreeks te wijten zijn aan de gevolgen van het bezuinigingsbeleid.

Ondanks deze cijfers blijven de beleidsmakers van die periode overtuigd van hun gelijk. Ze benadrukken dat er economische groei en werkgelegenheid was, maar Marmot confronteert hen met de realiteit: de reële lonen van de gemiddelde Brit zijn lager dan achttien jaar geleden. En ook hier is de ongelijkheid frappant. De inkomens van de rijkste 10% bleven ongeveer even groot en zijn vergelijkbaar met die in Noorwegen. De inkomens van de middenklasse en de armste 10% zijn daarentegen sterk gedaald. Nemen we enkel deze in beschouwing, dan is het Verenigd Koninkrijk armer dan Slovenië. Het Verenigd Koninkrijk is dus helemaal geen 'rijk land', benadrukt Marmot, het is een arm land met enkele rijke regio's, en Londen als economische motor. Zonder Londen zou het Verenigd Koninkrijk een bbp per hoofd hebben vergelijkbaar met dat van de armste Amerikaanse staten, zoals Mississippi.

Het Verenigd Koninkrijk heeft daarenboven een van de hoogste niveaus van kinderarmoede in de OESO. Eén manier om na te denken over de vooruitzichten van de volgende generaties is sociale mobiliteit. In Denemarken duurt het gemiddeld twee generaties vooraleer een arm kind het mediane inkomensniveau bereikt. In Nederland – en vermoedelijk ook in België – zijn dat er vier. In het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten duurt dit vijf generaties. In Brazilië ten slotte zijn dat negen generaties. Heel wat Europese landen zijn echter op weg om in dit opzicht Brazilië te volgen, waarschuwt Marmot, en die tendens hangt rechtstreeks samen met beleidsinvesteringen. De Scandinavische landen geven gemiddeld het dubbele per kind aan vroege kinderopvang en onderwijsinvesteringen dan het Verenigd Koninkrijk. In de Verenigde Staten zijn deze investeringen zelfs nog lager.

3.3. Hoop en proportioneel universalisme in de praktijk

Marmot waarschuwt er nadrukkelijk voor het Verenigd Koninkrijk niet als voorbeeldland te hanteren wat beleidsinvesteringen betreft. Hij koppelt die waarschuwing aan de observatie dat gezondheidsproblemen niet langer exclusief voor de armste groepen zijn. Door de **stijgende inkomensongelijkheid en de groeiende kosten voor levensonderhoud, raken ook middeninkomens steeds meer in moeilijkheden**. Marmot benadrukt dat de problemen van de middenklasse zelfs steeds vaker beginnen te lijken op die van de armste groepen, terwijl de top 1% van de inkomens steeds verder wegtrekt. Deze trend ondermijnt het idee dat economische groei automatisch leidt tot collectief welzijn.

Het is een idee waar conservatieve politici blijven aan vasthouden, maar het wetenschappelijke bewijs spreekt hen resoluut tegen, aldus Marmot. Het is voor hem de reden waarom proportioneel universalisme zo essentieel is: een beleid dat investeert in gezondheid, en dit overheen de gehele sociale gradiënt.

In de praktijk blijft het echter uitdagend om proportioneel universalisme te implementeren. Marmot verwijst naar de *'inverse care law'* van Julian Tudor Hart die aantoonde dat hoe groter de nood is aan zorg, hoe minder deze doorgaans beschikbaar blijkt te zijn. En wanneer er toch beleidsoplossingen worden voorgesteld, blijven veel interventies nog steeds louter gericht op de armste groepen, zonder de bredere sociale gradiënt in rekening te nemen. In Schotland bijvoorbeeld, werden initiatieven gelanceerd om de gezondheidskloof te verkleinen, maar veel van deze acties bleven opnieuw beperkt tot de meest gedepriveerde gemeenschappen.

Internationale voorbeelden inspireren echter. In Japan bereiden kinderen samen hun schoolmaaltijden met lokale producten, wat zowel gezondheid, duurzaamheid als sociale cohesie bevordert. In Finland is het gehele onderwijsstelsel universeel, zonder privaat alternatief, waardoor alle kinderen dezelfde kansen krijgen. En ook het principe van universele, gratis schoolmaaltijden wordt door Marmot verdedigd. Hij hekelt het stigmatiserende effect van doelgroepvoorzieningen en pleit voor universele toegang, zoals werd voorgesteld door gouverneur Tim Walz in Minnesota. Het voorstel leverde hem van tegenstanders het label van 'gevaarlijke communist' op, terwijl het in realiteit een heel goed idee is. Gezonde voeding is cruciaal voor de ontwikkeling van kinderen, en de universele vorm van het voorstel is cruciaal om gezondheidsongelijkheid overheen de gehele gradiënt tegen te gaan.

Sommige lokale Britse overheden tonen zich geïnspireerd en ambitieus. Coventry werd in 2013 de eerste zogenaamde Marmot-stad⁸, gevolgd door onder andere Manchester en Leeds, waar ze een monitoringsinstrument implementeerden. Het biedt een overzicht van lokale beleidstoepassingen dat publiekelijk raadpleegbaar is en fungeert als evaluatiemiddel. In Schotland werkt men momenteel aan een plan voor de nationale implementatie van de Marmot-aanpak.

Recent gingen ook een aantal bedrijven aan de slag met Marmots recente werk. Samen met het financiële concern *Legal & General* publiceerde hij het rapport *The Business of Health Equity*, waarin hij drie belangrijke domeinen voor bedrijven identificeert: ten eerste, zorgen voor goede arbeidsomstandigheden en een leefbaar loon; ten tweede, producten en diensten cultiveren die gezondheid bevorderen; en tot slot, een positieve maatschappelijke en ecologische impact genereren (Institute of Health Equity, 2022). Sommige bedrijven en instellingen, zoals de *East London Foundation Trust*, passen deze principes al actief toe.

Al deze initiatieven stemmen Marmot hoopvol. "Ik ging vroeger de wereld rond en zei dat ik een op bewijs gebaseerde optimist was, maar een Braziliaanse collega zei tegen me dat ik de verkeerde taal hanteerde: U bent niet optimistisch, u bent hoopvol." Optimisme impliceert namelijk dat je weet wat er gaat gebeuren, en dat dingen beter zullen worden. Pessimisme impliceert dan weer dat je weet wat er gaat gebeuren, en dat dingen slechter zullen worden. Als het beter of slechter wordt, ongeacht wat we doen, waarom zouden we dan iets doen? Pas wanneer we hoopvol zijn, kunnen we een verschil maken. Hoop, in de woorden van Václav Havel, is geen voorspelling van de toekomst, maar een morele houding. Het is het tegenovergestelde van angst, en het behelst de realisatie dat door samen te werken enorm veel verbetering kan worden genereerd.

"Collega's, we staan voor een enorm moeilijke wereld", zo sloot Marmot af, verwijzend naar de weerbarstige gegevens en het overweldigende bewijs van zijn statistieken. "Maar laten we hoopvol zijn dat we die wereld kunnen verbeteren. **Hoop is een oriëntatie van de geest en het vermogen om voor iets te werken, niet alleen omdat het een kans van slagen heeft, maar simpelweg omdat het goed is.**"

8 De term 'Marmot-stad' of 'Marmot-plaats' verwijst naar een regio die zich actief richt op het verbeteren van de levensomstandigheden van de inwoners door de toepassing van de eerder vermelde acht sociale determinanten van gezondheid. Momenteel zijn er een vijftigtal lokale autoriteiten, verspreid over Engeland, Schotland en Wales, die zich die titel toe-eigenen. Ook in Zuid-Amerika, het Oost-Mediterraanse gebied, op het Europese vasteland en in Hong Kong lopen er projecten en samenwerkingen waarbij de ideeën van Marmot worden toegepast of vertaald naar beleid (Institute of Health Equity, 2025).

Conclusie

Hoewel toegang tot zorg als rode draad doorheen de verschillende bijdragen liep, is het thema belicht vanuit uiteenlopende invalshoeken. Dit toont duidelijk de complexiteit van de uitdagingen en de diversiteit aan perspectieven.

In de casestudies onderzocht door Sandy Tubeuf, gaat het om een analyse van de grote ongelijkheden in toegang tot gezondheidszorg tussen migranten en autochtone bevolkingsgroepen — ongelijkheden die grote gevolgen kunnen hebben voor hun gezondheid. Volgens Tubeuf vormen migranten nochtans een essentiële bron van menselijk kapitaal in de vergrijzende Europese samenlevingen. Gezien de klimaatverandering en de conflicten die de migratiestromen waarschijnlijk zullen versterken, is het vandaag cruciaal om systemische gezondheidsongelijkheden in het nadeel van migranten, aan te pakken. Dit vereist het ontwikkelen van een totaalaanpak die vooreerst erkent dat er ook binnen universele Europese zorgsystemen ongelijkheden bestaan; ten tweede, de klemtoon legt op de sociale determinanten van gezondheid (huisvesting, onderwijs, werk); en ten slotte aangepaste mentale gezondheidszorg aanbiedt.

De **bijdrage van Sarah Willems** sluit hier nauw bij aan, maar zij ziet bovendien in proportioneel universalisme een concreet antwoord op deze ongelijkheden. Ze besluit haar uiteenzetting dan ook met enkele **randvoorwaarden die vervuld moeten zijn met het oog op een beleid op basis van proportioneel universalisme**. Om dergelijk beleid te realiseren, is het vooreerst belangrijk om **over goede data te beschikken**, over informatie die toelaat patiënten met grotere zorgnoden te identificeren, evenals monitoring. Dit is nog een grote uitdaging. Er moet ten tweede **voldoende geïnvesteerd** worden, niet alleen in financiële middelen om systemen uit te bouwen, maar eveneens in mensen die hierin bedreven zijn en het in de praktijk kunnen uitrollen. Er is immers nood aan een *mindshift*. Veel hulpverleners, die nu vooral opgeleid worden om individuele zorg te verlenen, moeten ook leren hoe ze op populatieniveau moeten denken. Dit laatste geldt trouwens even goed voor beleidsmakers en ontwikkelaars van interventies. Vanuit wetenschappelijk oogpunt is er verder **nood aan meer conceptuele helderheid**. De vraag blijft nog sterk bestaan wat de indicatoren zijn om zorgnood te bepalen. Momenteel zijn dit vaak diagnoses, maar volgens Willems bestaan hiervoor ongetwijfeld betere indicatoren dan enkel ziekte-indicatoren.

Bijkomend moet meer inzicht komen in hoe afkappunten bepaald kunnen worden: wanneer is een persoon iemand die meer nood heeft? Ten slotte moet ook **duidelijk zijn hoe het doel, het reduceren van sociale ongelijkheid, gemeten kan worden**.

Wat deze uiteenlopende bijdragen verbindt, is de centrale aandacht voor ongelijkheden, maar ook voor een gedifferentieerde aanpak van verschillende situaties. Professor Marmot hield met zijn lezing een krachtig pleidooi voor proportioneel universalisme als leidraad voor gezondheidsbeleid. Zijn analyse toont aan dat gezondheidsverschillen niet alleen het gevolg zijn van individuele keuzes of genetische factoren, maar vooral diepgeworteld zijn in sociale structuren, inkomensongelijkheid en politieke beslissingen. Investeren in kinderopvang, onderwijs, huisvesting, eerlijke lonen en sociale infrastructuur is geen luxe, het is een noodzakelijke voorwaarde voor een gezonde samenleving. De aanpak moet universeel zijn, met aandacht voor de volledige sociale gradiënt, en intensiever waar de behoefte groter is. De voorbeelden uit de Marmot-steden, uit Scandinavië, Japan en Schotland tonen dat verandering mogelijk is. Het bewijs ligt er. **Wat nu nodig is, is politieke moed, maatschappelijke solidariteit en een hoopvolle, moreel gedreven inzet om het verschil te maken.**

Toegankelijkheid is de hoeksteen van een kwalitatief gezondheidssysteem. Het beste systeem ter wereld is niet efficiënt als het niet toegankelijk is. En toegankelijkheid is een complex vraagstuk met vele parameters, fluxen, krachten en weerstand die hierin een rol spelen: een wereld die steeds technologischer wordt, de vele migratiestromen, de gevolgen van de klimaatverandering die zich laten voelen, de evolutie van de medische kennis, onze voortdurend veranderende mobiliteit. Wat echter onmiskenbaar naar voren komt uit de bijdragen, voorgesteld in dit artikel, en meer algemeen uit de studiedag, zijn de **omvang en de kracht van socio-economische determinanten op de toegang tot zorg**. Kwetsbaarheid is nauw verbonden met een slechte gezondheid.

Voor iedereen hetzelfde doen schept ongelijkheid. **Toegankelijkheid is dus geen kwestie van gelijke middelen, maar van gerichte doelen en visie.** We moeten het systeem herdenken of het zo uitdenken dat het toegankelijk is voor iedereen, en zo bijdragen aan het verminderen van gezondheidsongelijkheden. **Middenveldorganisaties hebben hierin een belangrijke rol te spelen, en CM is vastbesloten om die rol actief op te nemen.**

Bibliografie

Abram, D. (2010). *Becoming Animal: An Earthly Cosmology*. New York: Pantheon.

Boggian, L., Madia, J. E., & Nicodemo, C. (2025). Bridging the pulse: Exploring inequalities in diabetes and hypertension medication prescriptions in Spain's immigrant and native communities. *Economics & Human Biology*, 57, 1-23.

Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.

Elshahat, S., Moffat, T., & Newbold, K. B. (2022). Mental health among immigrants in Canada: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1647.

Giuntella, O., & Stella, L. (2017). The Acceleration of Immigrant Unhealthy Assimilation. *Health Economics*, 26(4), 511–518.

Institute of Health Equity. (2022). *The Business of Health Equity: The Marmot Review for Industry*. London: Institute of Health Equity.

Institute of Health Equity. (2025). *Taking Action*. Opgehaald van <https://www.instituteofhealthequity.org/>.

Jasso, G., Massey, D. S., Rosenzweig, M. R., & Smith, J. P. (2004). Immigrant Health: Selectivity and Acculturation. In N. Anderson, R. Bulatao, & B. Cohen, *Critical Perspectives on Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life* (pp. 227-266). Washington, D.C.: National Academies Press.

Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., & Geddes, I. (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010 (The Marmot Review)*. London: Institute of Health Equity.

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669.

Vos, S. (2025). De digitale kloof en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. *Gezondheid & Samenleving*, 13, 38-53.

Wereldgezondheidsorganisatie. (2018). *Health inequities and their causes*. Opgehaald van <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>.