

De meest kwetsbaren beschermen

Editio



Als we het over kwetsbaarheid hebben, gaan sommigen ervan uit dat we het over een minderheidsthema hebben, dat slechts betrekking heeft op een beperkte groep mensen die gemakkelijk te identificeren en reeds gekend is. Maar kwetsbaarheid is geen randverschijnsel. Kwetsbaarheid ontstaat omdat een levenssituatie verandert, omdat er duizenden kilometers verderop een oorlog uitbreekt, omdat een kind of een ouder ziek wordt. En zo kunnen de dingen ineens veranderen. Iedereen kan hier dus op verschillende momenten in het leven mee geconfronteerd worden. Voor deze veranderende situaties hebben we een sterk, efficiënt systeem nodig, dat in staat is het risico en de negatieve impact van de omstandigheden op te vangen. Een systeem dat in staat is degenen die het nodig hebben te ondersteunen. Dit nummer van *Gezondheid & Samenleving* heeft aandacht voor verschillende vormen van kwetsbaarheid.

Eerst en vooral hebben we het over mensen die in armoede leven. Sinds afgelopen najaar en na de energiecrisis veroorzaakt door de oorlog in Oekraïne is veel aandacht besteed aan het mechanisme van de

verhoogde tegemoetkoming. Dit mechanisme opent een aantal rechten binnen de ziekteverzekering (met name het derde betalerssysteem), maar ook in andere economische sectoren (zoals het recht op het sociale energietarief, korting op het openbaar vervoer, enz.). In onderzoek rond volksgezondheid wordt het mechanisme van verhoogde tegemoetkoming ook gebruikt als een proxy (dit is een variabele waarmee we een andere variabele kunnen meten waartoe we geen toegang hebben of die niet meetbaar is) voor de economische kwetsbaarheid van mensen. Historisch gezien waren het voornamelijk ouderen die recht hadden op deze tegemoetkoming. De cijfers van de laatste jaren laten een trendbreuk zien: mensen met het recht op verhoogde tegemoetkoming worden jonger en wonen in de steden.

Uit onze studie, *Meer begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming: interpretatie van de grote tendensen van de laatste jaren in België*, blijkt dat vandaag bijna 19% van de Belgische bevolking dit statuut heeft, tegenover 15% in 2008. Van diegenen voor wie het recht niet automatisch wordt toegekend op basis van een statuut en die het recht verkrijgen op basis van hun inkomen, maakt naar schatting tot 40% er geen gebruik van.

Deze evolutie is zorgwekkend omdat het erop kan wijzen dat de bevolking armer wordt. In Antwerpen heeft bijna 40% van de jongeren onder de 18 jaar dit statuut. Wij weten dat een leven beginnen in armoede een sterke indicator is voor een slechte gezondheid op volwassen leeftijd. Bovendien wordt deze status verkregen door het

hebben van een ander statuut die het recht hierop opent, of door een onderzoek naar het gezinsinkomen. Deze tweede voorwaarde leidt tot een groot niet-gebruik van het statuut omdat deze niet altijd bekend is bij de mensen die er zouden kunnen gebruik van maken. Er wordt met veel onderzoek en initiatieven getracht deze onderbenutting (non take-up) te verminderen. Zo probeert men proactieve signalen te vermeerderen zodat de mutualiteiten potentiële begunstigten kunnen identificeren, maar er moet nog veel werk worden verzet om ervoor te zorgen dat kwetsbare mensen van dit recht kunnen genieten.

Onze vierde studie over perinatale trajecten, *Gezondheidsongelijkheden beginnen bij de geboorte: kwantitatieve analyse van factoren die van invloed zijn op het risico van heropname van pasgeborenen in het ziekenhuis*, bevestigt dat geboren worden in een precaire economische situatie een gezondheidsrisico inhoudt. Het krijgen van een kind is voor elk gezin een kwetsbaar moment, dat kan leiden tot grotere zorgbehoeften. In deze studie proberen we de variabele te vinden die de meeste invloed heeft op heropnames. Via onze statistische methode (regressieanalyse) kunnen wij het effect van verschillende variabelen op de terugkeer van pasgeborenen naar het ziekenhuis testen. De factor die leidt tot de grootste kans op heropname na een geboorte is de sociaaleconomische status van het gezin (gebaseerd op het al dan niet recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming van het gezin). Er moet bijzondere aandacht gaan naar deze gezinnen die de kortste ziekenhuisverblijven hebben en de grootste moeilijkheden ondervinden om de postnatale

opvolging thuis te garanderen. Wij stellen verschillende aanbevelingen voor om deze gezinnen specifiek te ondersteunen in hun gezondheidszorgbehoeften rond de geboorte.

Het levenseinde is eveneens een moment bij uitstek van kwetsbaarheid, niet alleen omwille van de doorgaans verslechterende gezondheid, maar ook gezien de stagnatie of achteruitgang van de socio-economische situatie van mensen. Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, ook aan het einde van het leven, worden inschalingsinstrumenten voor zorgzwaarte ingezet onder impuls van de overheid. In België is de principiële keuze gemaakt voor de invoering van BelRai, een aanpassing van het Amerikaanse Resident Assessment Instrument (RAI), dat daar in de jaren negentig geleidelijk werd ingevoerd in de ouderenzorg. Voor België is de invoering ervan als actiepunt opgenomen in het actieplan e-gezondheid 2013-2018. Het instrument brengt de zorgbehoeften van onder meer ouderen zo nauwkeurig mogelijk in kaart. Ons artikel, *Implementatie van BelRAI: stap voor stap dichterbij een nieuw uniform inschalingsinstrument voor onze zorg*, schetst de ontwikkelingen in de implementatie van het instrument, de sterke punten en de beperkingen ervan. In Vlaanderen werd in 2021 ook een vereenvoudigde BelRAI screener in de praktijk gebracht in het kader van rechtentoekeuring. Niet iedereen was even enthousiast over dit gebruik, maar na evaluatie vond een bijsturing plaats. In Vlaanderen is voor 2023 als doel gesteld om twee volledige instrumenten voor thuiszorg en rusthuizen in te voeren om zo de zorgplanning en kwaliteitsmonitoring te optimaliseren.

Ten slotte wordt sinds twee jaar in de begroting voor gezondheidszorg een nieuwe methode toegepast om de begrotingsmarge te verdelen volgens gezondheidszorgdoelstellingen. Deze doelstellingen zijn gebaseerd op de quintuple aim (vijfluk aan doelstellingen) van de gezondheidszorg: verhoging van de kwaliteit van de door de patiënten ervaren zorg, het verbeteren van de volksgezondheid, werken aan een betere efficiëntie, verhoging van de rechtvaardigheid in de zorg door de toegankelijkheid in al haar dimensies te vergroten en verhoging van het welzijn van de gezondheidswerkers. Ons artikel, *Begroting voor gezondheidszorg 2023: ondersteuning van de zorgverstrekkers en van de patiënten*, richt zich in het bijzonder op de vertaling van deze doelstellingen in gezondheidszorgdoelstellingen,

maar ook op de governance die binnen het overleg is opgezet om de verschillende actoren te mobiliseren bij het realiseren ervan. 2023 wordt een uitdagend jaar vanwege de gespannen economische context met de energiecrisis en de hoge inflatie. Aangezien de groeinorm voor het budget voor een jaar herzien wordt van 2,5 naar 2%, zullen de hieruit voortvloeiende besparingen ten belope van 169 miljoen euro vooral raken aan de nochtans noodzakelijke investeringen in de zorg. De marge van 2% zal immers snel worden opgeslokt door de structurele toename van de zorgbehoefte. Reeds in 2023 zou de verbetering van de performantie van het gezondheidszorgsysteem vorm kunnen krijgen om investeringscapaciteit vrij te maken door efficiëntiewinsten te realiseren in het kader van doelmatige zorg (*appropriate care*). Doelmatige zorg

verwijst naar zowel het schrappen van activiteiten met weinig toegevoegde waarde, het beperken van het gebruik van middelen of ze te vervangen door minder dure, als naar het bestrijden van vermijdbare ziekte door de toegang tot zorg voor kwetsbare groepen te verbeteren.

Dit nummer biedt u de kans om verschillende vormen van kwetsbaarheid meer in detail te begrijpen, waardoor u samen met ons zal besluiten dat we de meest kwetsbaren moeten beschermen, op verschillende momenten in het leven.

Élise Derroitte
Directie Studiedienst

