

Niet iedereen is gelijk

Editio



29% oversterfte. Dit is het risico van mensen die in de armste wijken van België wonen. Dit cijfer doet ons duizelen. We zijn gewoon de levensverwachting of de levensverwachting in goede gezondheid te vergelijken. En deze twee indicatoren laten al grote verschillen zien tussen de rijkste en de armste mensen. In onze studie tonen we ook aan dat de mortaliteit (op elke leeftijd, om welke reden dan ook) 1,8 keer hoger is voor de armste groepen. Sommige mensen denken dat de strijd tegen gezondheidsongelijkheden een luxe is die men zich kan veroorloven wanneer de budgetten het toelaten, door enkele gerichte beleidsmaatregelen uit te werken. Vaak wordt aangenomen dat hoe rijker een land is, hoe anekdotischer de gezondheidsverschillen tussen de inwoners zijn. Maar, zoals onderzoek van Wilkinson en Marmot aantoonde (Marmot, 2010; Wilkinson, 2000), we zien zonder expliciet beleid om ongelijkheden te verminderen vaak het tegenovergestelde. De rijkdom van een land zegt niets over de verdeling ervan onder de inwoners, en nog minder over hun vermogen om hono-

rariumsupplementen of private verzekeringen te betalen om de tekortkomingen van het collectieve systeem te compenseren. Als gevolg daarvan zijn de verschillen in gezondheid groter en de gezondheidszorgbehoeften ongelijk verdeeld over de bevolking. Deze correlatie tussen rijkdom en grote gezondheidsverschillen is contra-intuïtief: de sociale zekerheid zou een effectief correctiemechanisme moeten zijn dat de ongelijkheden, inherent aan individuele rijkdom, uitwist.

Wij wilden deze verschillen objectiveren. Onze studie, *Ongelijk in gezondheid*, toont aan dat deze correctie verre van automatisch is voor kwetsbare groepen en dat een beleid dat het beginsel van proportioneel universalisme niet toepast¹, er niet echt in slaagt de curve van economische ongelijkheden om te buigen. Om deze gegevens te analyseren hebben wij de bevolking in tien groepen verdeeld naargelang het mediane inkomensniveau van de wijk waarin zij wonen, en hebben wij de verschillen in gezondheid en in gebruik van gezondheidszorg tussen de verschillende groepen geobserveerd. Om deze groepen te vergelijken gebruikten wij een gestandaardiseerde index die aangeeft welke groepen een proportioneel hoger zorggebruik of een proportioneel hoger risico op het ontwikkelen van een gezondheidsprobleem hebben dan de andere onderzochte groepen.

¹ Het beginsel van proportioneel universalisme beoogt universele interventies, maar met modaliteiten of een intensiteit die variëren volgens de behoefte ("universal solutions with effort proportional to need", (Marmot, 2010)). Met andere woorden, het veronderstelt dat universele gezondheidsresultaten moeten worden nagestreefd voor de gehele bevolking. Op basis van deze doelstelling construeert zij een corrigerend beleid om de vastgestelde gezondheidsongelijkheden te corrigeren. Dit beginsel mag niet worden verward met een beleid van gerichte acties. Hoewel zij elkaar in de praktijk kunnen overlappen (dit wil zeggen soortgelijke groepen betreffen) in de methode, gaan zij uit van een tegengestelde premisse: gericht beleid gaat uit van doelgroepen, terwijl proportioneel universalisme uitgaat van een doelstelling die alle groepen gemeen hebben om het te ontwikkelen specifieke beleid te bepalen.

Deze economische ongelijkheden in gezondheid komen tot uiting in alle gezondheidsdomeinen. Voor elke indicator constateren wij minder huisartsbezoeken voor de meest kwetsbare groepen en alarmerende gezondheidsresultaten: veel meer ziekenhuisopnames, psychiatrische ziekenhuisopnames, veel hogere ziektecijfers. Al deze indicatoren maken duidelijk dat de gezondheids-toestand van deze groepen snel en in aanzienlijke mate verslechtert, en met grote gevolgen voor hun gebruik van acute zorg. Ons artikel toont deze ongelijkheden duidelijk aan en schetst vervolgens de structurele oorzaken ervan. We besluiten met concrete voorstellen voor maatregelen om de gezondheidsverschillen in België te verminderen.

De noodzaak om de specifieke kenmerken van de groepen die een beroep doen op de ziekte- en invaliditeitsverzekering in detail te analyseren, geldt ook voor arbeidsongeschiktheid. Het aantal mensen in arbeidsongeschiktheid neemt alleen maar toe. Zoals we al meermaals hebben aangetoond, is het stigmatiseren van mensen in arbeidsongeschiktheid het volledig missen van de systemische reikwijdte van het probleem (Henry, Morissens, & Streef, 2022; Vancorenland, et al., 2021). Deze groep van meer dan 450.000 mensen die langer dan een jaar arbeidsongeschikt zijn, is een complexe groep, en deze maatschappelijke kwestie is alleen betaalbaar door meer kennis over de verschillende situaties die tot arbeidsongeschiktheid leiden. In onze nieuwe studie,

De verschillende noden van personen in arbeidsongeschiktheid, hebben we de trajecten van mensen in arbeidsongeschiktheid geanalyseerd naar leeftijd, type werk, bedrijfsgrootte of arbeidssituatie. Deze analyse heeft ons een beter inzicht gegeven in de aard van de risico's en moeilijkheden waarmee elke groep wordt geconfronteerd en welke hefboomen kunnen worden geactiveerd om elk van hen te ondersteunen. Uit onze analyse blijkt dat er nog veel ruimte is voor verbetering bij het bieden van menselijke en op maat gesneden ondersteuning voor mensen tijdens, voor en na arbeidsongeschiktheid.

Er zijn ook verbeteringen nodig in de tenlasteneming van de ziekenhuiskosten van patiënten. De terugbetaling van essentiële geneesmiddelen in het ziekenhuis is ook een belangrijke factor voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. In onze studie, *De verborgen kost van bepaalde essentiële geneesmiddelen tijdens hospitalisatie*, worden de kosten van farmaceutische specialiteiten tijdens een klassieke hospitalisatie in een acuut ziekenhuis geanalyseerd. Uit deze studie blijkt dat veel medicatie die onontbeerlijk is voor de behandelingen die patiënten moeten volgen, niet wordt vergoed door de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Veel vitale of therapeutisch belangrijke geneesmiddelen, zoals anesthetica, ontsmettingsmiddelen en pijnstillers, worden daardoor rechtstreeks aan de patiënten aangerekend. Jaren geleden waren producten zoals ontsmettings-

middelen, cardiaca en ampullen voor het oplossen van geneesmiddelen niet beschikbaar als farmaceutische specialiteit. Deze producten zijn uitgesloten van het opnameforfait voor geneesmiddelen, ingevoerd in 2006, dat alleen geldt voor farmaceutische specialiteiten. In de loop der jaren zijn steeds meer geneesmiddelen ge-commercialiseerd en geregistreerd als farmaceutische specialiteit, maar de regelgeving is niet veranderd. Een aanpassing van de regelgeving is nodig om de factuur van de patiënt te verlichten. In onze studie stellen wij ook zeer hoge individuele kosten vast door de facturatie van geneesmiddelen die buiten de vergoedbare indicatie worden voorgeschreven. Deze kosten zijn voor patiënten moeilijk te voorzien en ze hebben geen enkele mogelijkheid om ze te matigen of te vermijden.

Ons laatste artikel ten slotte gaat over familiale conflicten aan het levenseinde. Het levenseinde is een bijzonder kwetsbare periode voor een persoon, maar ook voor diens omgeving. Deze laatste momenten onthullen soms onopgeloste spanningen rond de persoon aan het levenseinde. Een sereen heengaan is makkelijker wanneer het beheer van deze conflicten wordt begeleid en voorbereid. Onze studie, *Familiale conflicten rondom het levenseinde: nood aan ondersteuning*, uitgevoerd

met de Universiteit Gent, werpt een licht op de verhalen van families naar aanleiding van het levenseinde van een naaste. In deze kwalitatieve studie hebben we veel nabestaanden geïnterviewd die hun verhaal met ons deelden. Daaruit blijkt dat conflictbeheersing een cruciaal element is in de serene begeleiding van de persoon. Het levenseinde kristalliseert de communicatieproblemen van een familie en het is soms moeilijk om helemaal aan het einde van het leven tot een oplossing en verzoening te komen. Deze studie leert ons de waarde van het leren omgaan met het levenseinde op elke leeftijd en benadrukt de sterke invloed van niet-medische factoren op de kwaliteit van het levenseinde. Vanuit onze brede visie op gezondheid zijn wij ervan overtuigd dat deze getuigenissen de reflectie over de begeleiding van families aan het levenseinde zullen verrijken. Wij moedigen onze samenleving ook aan na te denken over hoe zij omgaat met conflicten op elk moment van het leven en over de gevolgen die een slechte conflictbeheersing kan hebben voor de gezondheid en de levenskwaliteit van mensen.

Élise Derrotte
Directie Studiedienst

Bibliografie

Henry, H., Morissens, A., & Streef, C. (2022). *Ervaringen en behoeften van werknemers aan het einde van hun loopbaan*. *Gezondheid & Samenleving*, 1, 6-37.

Marmot, M. (2010). *The Health Gap, The Challenge of an Unequal World*. Londen: Bloomsbury.

Vancorenland, S., et al. (2021). *Trajecten arbeidsongeschiktheid: de ervaring van personen voor, tijdens en na hun arbeidsongeschiktheid*. *CM-Informatie*, 284, 4-55.

Wilkinson, R. (2000). *Mind the Gap : An Evolutionary View of Health and Inequality*. Londen: Weidenfeld & Nicolson.

