

# Ongelijk in gezondheid

**Kwantitatief onderzoek van economische ongelijkheden op vlak van gezondheid en gebruik van gezondheidszorg door CM-leden**

Hervé Avalosse, Clara Noirhomme, Sophie Cès — Studiedienst

Met dank aan Svetlana Sholokhova en Gauthier Vandeleene

## Samenvatting

Met deze studie willen wij de omvang van de ongelijkheden op het vlak van gezondheid opnieuw evalueren en meten aan de hand van de CM-databanken. We vergelijken daarvoor twee soorten informatie: verschillende gezondheidsindicatoren samengesteld op basis van administratieve informatie en (routinematig verzamelde) gegevens over de consumptie van gezondheidszorg, en een proxy van het inkomensniveau, bepaald aan de hand van het mediaan fiscaal inkomen per belastingaangifte en per geografisch gebied waar onze leden wonen (de statistische sectoren die voortvloeien uit een geografische opdeling van het grondgebied die kleiner is dan de gemeente). We gebruiken daarbij een schaal van tien klassen van mediaan fiscaal inkomen om de verschillen in gezondheid waar te nemen.

De conclusies zijn ondubbelzinnig: bij mensen die in de meest kwetsbare geografische gebieden wonen, zien we een aanzienlijk slechtere gezondheidstoestand en een hoger risico op oversterfte. Vergeleken met degenen die in de rijkste wijken wonen, hebben degenen in de armste wijken 51% meer kans op diabetes en 84% meer kans om binnen een jaar te overlijden. Naast indicatoren voor de gezondheidstoestand meten wij ook de ongelijkheden in de preventieve gezondheidszorg en het gebruik van de gezondheidszorg (eerstelijns ambulante zorg, ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg). In al deze domeinen meten wij het bestaan van een economische gradiënt. Deze blijkt ongunstig voor de bevolking in arme wijken en is des te meer uitgesproken naarmate de zorg zwaarder is.

Deze gezondheidskloof kan mogelijk voorkomen worden door een krachtig beleid ter bestrijding van economische ongelijkheden, en dit zou voor iedereen een uitdaging moeten zijn. Gezien vele factoren de gezondheid kunnen beïnvloeden, is het essentieel en noodzakelijk om gezamenlijk actie te ondernemen op andere domeinen zoals inkomen, werkgelegenheid, huisvesting, materiële levensomstandigheden, enz., ofwel een strategie vanuit "Gezondheid op alle beleidsdomeinen" ("*Health in All Policies*").

Op het gebied van gezondheidszorg benadrukken we het belang van de toepassing van het beginsel van proportioneel universalisme om voldoende toegang, afgestemd op de behoeften, te garanderen door universele maatregelen te nemen die van toepassing zijn op de hele bevolking, maar met de mogelijkheid om de intensiteit en de inhoud ervan aan te passen aan de behoeften van elk individu.

Sleutelwoorden: Sociale ongelijkheden, gezondheidstoestand, mortaliteit, morbiditeit, gezondheidszorg, rechtvaardigheid, armoede, kwantitatieve studie

# 1. Inleiding

Gezondheidsongelijkheden zijn onrechtvaardige en vermijdbare verschillen in gezondheid binnen de bevolking en tussen verschillende groepen in de samenleving<sup>1</sup>. Zij “zijn het gevolg van ongelijkheden in de samenleving - de omstandigheden waarin mensen worden geboren, opgroeien, leven, werken en ouder worden” (Marmot, 2004, eigen vertaling). Deze sociale, economische en milieu-omstandigheden worden ook wel determinanten van gezondheid genoemd.

Volgens Aïach en Fassin is er sprake van sociale ongelijkheid als aan twee voorwaarden is voldaan (Aïach & Fassin, 2004):

1. Het moet gaan om een **maatschappelijk gewaardeerd “object”** zoals levensverwachting, goede gezondheid of effectieve en kwalitatief goede zorg.
2. Dit maatschappelijk gewaardeerde “object” (*in casu* gezondheid en gezondheidszorg) moet betrekking hebben op **sociale groepen die hiërarchisch** gepositioneerd zijn als dominant/gedomineerd. “In dit verband kunnen sociale klassen, sociaalprofessionele categorieën, groepen gedifferentieerd naar inkomen, rijkdom, opleiding, maar ook naar geslacht of afkomst worden vergeleken vanuit het oogpunt van sociale ongelijkheden in gezondheid” (Aïach & Fassin, 2004, p. 2225, eigen vertaling).

Hoe manifesteren deze sociale ongelijkheden in gezondheid zich? Wanneer we gezondheidsindicatoren vergelijken met een sociale schaal die deze verschillende hiërarchische sociale groepen weerspiegelt (in de literatuur zijn de meest gebruikte stratificatiecriteria inkomen, opleidingsniveau en sociaalprofessionele status), zien we dat gezondheids- en welzijnsindicatoren verslechteren naarmate we lager op de sociale schaal afdalen (Mackenbach, et al., 2008; Wilkinson & Pickett, 2010). Dit wordt een **sociale gradiënt** genoemd, dit wil zeggen een “geleidelijke of lineaire achteruitgang in gezondheid die gepaard gaat met een dalende sociale positie” (Marmot, 2004, eigen vertaling). Zoals Van Oyen et al. stellen: “sociale ongelijkheden in gezondheid (SOG’s) kunnen niet worden gereduceerd tot een tegenstelling tussen de armen en de anderen. Integendeel, **sociale ongelijkheden**

**in gezondheid volgen een sociaal gestratificeerde verdeling binnen de bevolking, waarbij elke sociale categorie een hoger niveau van mortaliteit en morbiditeit heeft dan de volgende hogere klasse”** (Van Oyen, et al., 2011, p. 6, eigen vertaling). Met andere woorden, er worden voortdurend gezondheidsverschillen waargenomen tussen elke klasse van de sociale schaal.

In België zijn de verschillende gezondheidsenquêtes, georganiseerd door Sciensano, een belangrijke bron van informatie, niet alleen over de gezondheid van de Belgen, maar ook over de ongelijkheden in gezondheid die in ons land kunnen worden vastgesteld<sup>2</sup>. Het thema sociale ongelijkheid in gezondheid is ook geïntegreerd in de evaluatie van de performantie van ons gezondheidssysteem, uitgevoerd door het Federaal Expertisecentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Het KCE wijst in zijn rapport van 2019 op aanzienlijke sociaaleconomische gezondheidsverschillen en beschouwt deze als een zwak punt in ons gezondheidssysteem (Devos, et al., 2019).

De sociale ongelijkheden op gezondheidsgebied krijgen ook de aandacht van de gefedereerde entiteiten. Zo neemt het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussels-Hoofdstad in zijn sociale barometer regelmatig een aantal indicatoren op van sociale ongelijkheden in gezondheid en toegang tot zorg. Deze barometer toont onder meer duidelijk aan dat gezondheidsverschillen waarneembaar zijn vanaf de geboorte: “Kinderen geboren in huishoudens zonder inkomen uit werk hebben drie keer meer kans om doodgeboren te worden en meer dan twee keer meer kans om te overlijden in het eerste levensjaar in vergelijking met kinderen geboren in huishoudens met twee inkomens” (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2022, p. 76).

CM heeft van haar kant al twee keer talrijke indicatoren opgesteld die de omvang van de gezondheidsongelijkheden in ons land aantonen (Avalosse, et al., 2009 en 2015). De hier toegepaste methode is uniek omdat deze gebaseerd is op de verwerking van gegevensbestanden die door ziekenfondsen worden beheerd in het kader van hun opdracht om de zorg te vergoeden binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Het gaat dus niet om de verwerking van zelfgerapporteerde informatie zoals bij enquêtes bij een steekproef van mensen, maar om de exploitatie van routinematig verzamelde administratie-

<sup>1</sup> *What are healthcare inequalities?*, [www.england.nhs.uk](http://www.england.nhs.uk), geraadpleegd op 3 oktober 2022.

<sup>2</sup> De verslagen zijn beschikbaar op: <https://www.sciensano.be/nl/projecten/gezondheidsenquête-0>. De resultaten zijn ook toegankelijk via een interactieve tool <https://www.sciensano.be/nl/node/48306/hisia>.

ve en facturatiegegevens met betrekking tot gezondheidszorg. Een soortgelijke methode is in 2019 (op gegevens van 2016) toegepast door het Intermutualistisch Agentschap, waarvan de databanken alle sociaal verzekerden in België omvatten (Avalosse, et al., 2019). Of men nu de door de ziekenfondsen beheerde gegevensbestanden verwerkt of een steekproef van personen onderzoekt, de waargenomen resultaten zijn complementair en leiden tot dezelfde conclusies: zowel wat de gezondheidstoestand als het gebruik van zorg betreft, bestaan er in België gezondheidsongelijkheden die soms groot en altijd in het nadeel van de armen zijn. Deze ongelijkheden zijn aanzienlijk en leiden tot verschillen in gezondheid. Het is daarom van cruciaal belang ze goed te meten.

Met deze studie willen we de sociale ongelijkheden in gezondheid identificeren aan de hand van een meer verfijnde methodologie, gebaseerd op CM-gezondheidszorggegevens (2019), door ze te vergelijken met een gedetailleerde indicator van de geografische spreiding van de inkomens, een methode die wij in het tweede deel van dit artikel voorstellen. Zo kunnen we enerzijds onderzoeken of de sociale gradiënten die we in onze vorige studies hebben vastgesteld, nog steeds bestaan. Anderzijds willen wij meer inzicht krijgen in de situatie, met name voor de armste groepen, en de meest extreme situaties vergelijken. Hoe groot zijn de gezondheidsverschillen tussen de mensen in de wijken met de hoogste versus de laagste inkomens in België? In het derde deel van het artikel stellen wij de resultaten voor de indicatoren voor die verband houden met de gezondheidstoestand van onze leden, om aan te tonen dat de risico's op sterfte en ziekte niet dezelfde zijn voor mensen die in arme dan wel rijke wijken wonen. In het vierde deel presenteren wij een analyse van het gezondheidszorggebruik, afhankelijk van het inkomensniveau van de woonwijk, wat betreft het gebruik van preventie-initiatieven, contacten met eerstelijnszorgverleners, gebruik van ziekenhuisvoorzieningen en geestelijke gezondheidszorg. Aan de hand van deze indicatoren willen wij nagaan of de waargenomen gezondheidsongelijkheden aanleiding geven tot ongelijkheden in gezondheidszorgconsumptie, dit is of mensen die in arme wijken wonen meer beroep doen op zware zorg omdat ze een slechte gezondheid hebben en, omgekeerd, in hoeverre de onderconsumptie van bepaalde zorg een factor is die de gezondheidsongelijkheden vergroot. In de bespreking van de resultaten (vijfde deel) trekken wij algemene conclusies over sociale ongelijkheden in gezondheid en gebruik van gezondheidszorg en benadrukken wij aldus de noodzaak van maatregelen die het beginsel van proportioneel universalisme om toegang

tot zorg aangepast aan elkeens behoeften te garanderen en de strategie van "Gezondheid in alle beleidssectoren" (*Health in All Policies*) volgen.

Op het ogenblik van de publicatie van dit artikel is de situatie op vlak van armoede sterk beïnvloed door de economische recessie tijdens de gezondheids crisis, gevolgd door een snelle inflatie die wordt gekenmerkt door een stijging van de energieprijzen, wat grote gevolgen kan hebben voor de levensstandaard en de gezondheid van de Belgen (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2022, p. 10). De gegevens die we in dit artikel voorstellen hebben betrekking op 2019, een jaar waarin noch het inkomen, noch de toegang tot zorg door de pandemie werden verstoord, maar zijn de resultaten nu al niet alarmerend?

## 2. Methode

Om de omvang van de sociale ongelijkheden in gezondheid te meten, moeten gezondheidsgerelateerde indicatoren worden gecombineerd met een schaal voor sociale stratificatie. De gezondheidsindicatoren worden samengesteld op basis van de administratieve en facturatiegegevens die de ziekenfondsen verwerken in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Wij construeren een schaal op basis van een economisch criterium: het inkomen. Aangezien de ziekenfondsen niet over volledige gegevens beschikken over het inkomen van hun leden, stellen wij het welvaartsniveau vast van hun leefomgeving, een methode die wij hieronder verder toelichten.

In onze eerdere studies bestond de gebruikte inkomenschaal uit vijf fiscale inkomensklassen (Avalosse, et al., 2009 en 2015). Voor deze studie hebben wij een schaal van tien klassen geconstrueerd, waardoor de mate van inkomensongelijkheid per wijk beter wordt weergegeven. Met deze schaal verkrijgen wij gelijkmatige gradiënten, met het voordeel van meer verfijnde resultaten, waardoor de relatieve verschillen tussen de extreme klassen (de armste versus de rijkste) beter kunnen worden begrepen. Daarnaast hebben wij ook twee subgroepen gecreëerd die de meest extreme situaties vertegenwoordigen, om te benadrukken dat zelfs de klasse met de armste mensen niet homogeen is en om te proberen de situaties van mensen in diepe armoede te meten.

## 2.1. Opbouw van een economische schaal

Om onze economische schaal op te bouwen, gebruiken wij belastingstatistieken op het niveau van statistische sectoren. Deze zijn het resultaat van een opdeling van het grondgebied van de gemeenten en zijn de kleinste officiële geografische eenheden in ons land, waardoor nauwkeurige analyses mogelijk zijn. Een statistische sector kan een wijk van een stad zijn, soms een paar straten. Het zijn er ongeveer 20.000, verspreid over de 581 Belgische gemeenten. STATBEL levert belastingstatistieken aan die zijn berekend op het niveau van deze statistische sectoren, waaronder ook het **mediaan fiscaal inkomen** per aangifte, dit is het bedrag van het netto belastbaar inkomen dat de waarnemingen verdeelt in twee even grote groepen, waarbij de aangiften oplopend zijn gerangschikt op basis van hun waarde. Voor deze studie geven wij de voorkeur aan het **mediaan** inkomen van de statistische sectoren als indicator van de rijkdom, omdat de mediaan van een reeks minder gevoelig is voor extreme waarden. In België bedraagt het mediaan inkomen per aangifte 25.475 euro per jaar voor het jaar 2019. Dit betekent dat 50% van de aangiften een netto belastbaar inkomen heeft van minder dan 25.475 euro, de andere 50% heeft een hoger bedrag (exclusief de nulaangiften).

Voor elke statistische sector hebben wij dus een indicatie van de “rijkdom” van degenen die er wonen, althans voor zover zij een belastingaangifte indienen. Aan de hand van het thuisadres van onze leden kunnen wij nagaan in welke statistische sector zij wonen. Aan elk lid kan dus een inkomensniveau worden toegekend: dat van de statistische sector waarin die woont. De referentieperiode voor de gebruikte belastinggegevens is het inkomstenjaar 2019, dus het belastingjaar 2020<sup>3</sup>. Wij synthetiseren deze informatie door een schaal van tien klassen van statistische sectoren te construeren, in volgorde van toenemende waarde van de mediane fiscale inkomens, om een rangorde van statistische sectoren te verkrijgen van de armste naar de rijkste.

De klassengrenzen zijn zodanig vastgesteld dat elke klasse ongeveer 10% van de CM-leden (in 2019) omvat (zie Tabel 1). Zo bevat de eerste klasse 10% van onze leden die in statistische sectoren wonen met het laagste mediaan netto belastbaar inkomen per aangifte: minder dan 21.236 euro per jaar. De wijken van de statistische sectoren van klasse 1 zijn dus die waar de armste bevolking is geconcentreerd. Klasse 10 omvat 10% van onze leden die wonen in statisti-

sche sectoren met een mediaan netto belastbaar inkomen per aangifte van meer dan 33.585 euro per jaar. Dit zijn de wijken waar de rijkste bevolking is geconcentreerd. Voor de tussenliggende klassen (2 tot en met 9) zijn de grenzen van elke klasse aangegeven in tabel 1.

Daarnaast construeren wij nog twee specifieke klassen om de “extreme” situaties weer te geven, namelijk de zeer armen en de zeer rijken (zie Tabel 1).

- De klasse “P5” groepeert de 5% van onze leden die in de armste statistische sectoren wonen (het mediaan netto belastbaar inkomen per aangifte van deze sectoren is minder dan 19.491 euro voor het jaar 2019).
- De klasse “P95” omvat de 5% van onze leden die in de rijkste statistische sectoren wonen (het mediaan netto belastbaar inkomen per aangifte van deze sectoren ligt voor het jaar 2019 boven 35.656 euro).

## 2.2. Indicatoren van gezondheid en van gezondheidszorggebruik

Deze studie is gebaseerd op gegevens die zijn verzameld voor de leden van de Christelijke Mutualiteit. Hoewel deze gegevens niet per se diagnoses voor alle leden bevatten, kunnen wij aan de hand van de routinematig verzamelde administratieve en facturatiegegevens over de gezondheidszorg verschillende gebeurtenissen op vlak van gezondheid en zorggebruik uitlichten.

Deze gebeurtenissen zijn:

1. rechtstreeks **afgeleid** uit administratieve gegevens (bv. sterfgevallen en ziekenhuisopnames);
2. **geconstrueerd** op basis van codes voor gezondheidszorgprestaties die door de verplichte ziekteverzekering worden vergoed (bijvoorbeeld tandzorg ontvangen, een bepaalde categorie geneesmiddelen gebruikt, enz.).

De keuze van de in dit artikel bestudeerde gebeurtenissen is gebaseerd op een aantal pragmatische criteria zoals beschikbaarheid en robuustheid van de gegevens, in de wetenschap dat ook andere indicatoren zouden kunnen worden geanalyseerd.

- Wat de **indicatoren voor de gezondheidstoestand** betreft: morbiditeit kan worden benaderd via de consumptie van gezondheidszorg. Zo zijn sommige categorieën

3 De belastinggegevens van 2019 waren de meest recente gegevens die beschikbaar waren op het moment dat dit artikel werd geschreven.

Tabel 1: Definitie van de klassen van statistische sectoren voor het jaar 2019

Klassen van statistische sectoren	Grenzen van de klassen (mediaan netto belastbaar inkomen per aangifte, in euro, op jaarbasis)	Aantal CM-leden die in deze statistische sectoren wonen	Aandeel van het aantal CM-leden
Geen indeling	/	25.777	0,6%*
1	]0; 21.236]	456.415	10,0%
2	]21.236; 23.510]	455.812	9,9%
3	]23.510; 24.991]	455.340	9,9%
4	]24.991; 26.352]	455.780	9,9%
5	]26.352; 27.622]	456.471	10,0%
6	]27.622; 28.831]	454.243	9,9%
7	]28.831; 30.069]	457.616	10,0%
8	]30.069; 31.496]	453.388	9,9%
9	]31.496; 33.585]	456.182	10,0%
10	]33.585; ...	454.966	9,9%
TOTAAL =		4.581.990	100,0%
P5	]0; 19.491]	227.916	5,0%
P95	]35.656; ...	227.653	5,0%

\* Slechts 0,6% van de leden kan niet in deze schaal worden ingedeeld. Daar zijn twee redenen voor: het adres kan niet worden herleid tot de statistische en/of het mediaan inkomen is niet berekend voor de statistische sector in kwestie (omdat er niet genoeg belastingaangiften zijn).

geneesmiddelen en sommige prestaties van de verplichte ziekteverzekering specifiek genoeg om specifieke aandoeningen op te sporen. In deze studie hebben wij ons beperkt tot enkele aandoeningen waarvoor proxy's zijn gedocumenteerd via de Atlas of de documentatie van de Permanente Steekproef van het Internutualistisch Agentschap.

• Wat de **indicatoren voor het gebruik van de gezondheidszorg** betreft:

- Voor **preventie-initiatieven**, zijn de beschikbare gegevens in het kader van de verplichte ziekteverzekering beperkt, aangezien preventie en gezondheidsbevordering in de brede zin van het woord hoofdzakelijk onder de verantwoordelijkheid van de gefedereerde entiteiten vallen (Sholokhova, 2021). In deze studie zullen wij ons concentreren op twee indicatoren: de indicatoren in verband met borstkankerpreventie en tandzorg. Anticonceptie voor vrouwen valt ook onder deze categorie.
- Op het vlak van zorggebruik maken wij een onder-

scheid tussen **eerstelijnszorg** en **acute ziekenhuiszorg**. Voor de eerstelijnszorg tonen wij de contacten met de artsen, waarbij wij een onderscheid maken tussen de zorg betaald per prestatie en de zorg tegen een vast bedrag (wijkgezondheidscentra), die door heel verschillende groepen worden gebruikt, en het gebruik van tandzorg.

- Op het vlak van **geestelijke gezondheid** gebruiken wij het volledige scala van indicatoren waarover wij beschikken, van zorg die als meer preventief kan worden beschouwd tot meer acute zorg: vergoeding uit de aanvullende verzekering van CM voor de kosten van psychologische consulten, ten minste één consult bij een (neuro)psychiater, gebruik van medicatie zoals antidepressiva of antipsychotica, opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, verblijf in een initiatief voor beschut wonen (IBW) of in een psychiatrisch verzorgingshuis (PVT)<sup>4</sup>.

4 Een initiatief voor beschut wonen (IBW) is een woonvorm voor volwassenen die door psychiatrische problemen moeilijk zelfstandig kunnen wonen (voldoende gestabiliseerd zodat een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis niet nodig is). Zij krijgen passende ondersteuning en dagactiviteiten. In tegenstelling tot een psychiatrisch verzorgingshuis (PVT) is het personeel van het initiatief voor beschut wonen niet permanent aanwezig. Een multidisciplinair team van psychiaters, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, opvoeders en maatschappelijk werkers biedt ondersteuning aan de bewoners van een PVT. De ondersteuning is gericht op het behouden en stimuleren van de mogelijkheden van de bewoners en is intensiever dan in het IBW.

Tabel 2 toont de bestudeerde gebeurtenissen<sup>5</sup> en het totaal aantal CM-leden waarop deze gebeurtenissen betrekking hebben (n). Wij specificeren ook het aantal personen in de referentiepopulatie (N) omdat sommige wijzigingen zijn ingevoerd (wanneer de gebeurtenis slechts een deel van de bevolking betreft, bijvoorbeeld anticonceptiemiddelen die

alleen voor jonge vrouwen worden vergoed). Wij berekenen ook telkens de verhouding tussen n en N om het risico te meten dat elke gebeurtenis zich in de betrokken populatie voordoet. Wij onderscheiden vijf categorieën: gezondheidsgerelateerde gebeurtenissen, preventieve maatregelen, eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg en geestelijke gezondheid.

**Tabel 2: In de studie geanalyseerde gebeurtenissen**

Categorie	Gebeurtenis	Aantal betrokken CM-leden (n)	Referentiepopulatie (index 100)	Aantal mensen in referentiepopulatie (N)	n/N
Gezondheids-toestand	<b>Overlijden binnen het jaar</b>	46.860	Alle CM-leden	4.581.990	1,0%
	<b>Diabetes</b> (ATC-code = A10 of specifieke prestaties van de verplichte ziekteverzekering)	287.418	Alle CM-leden, behalve vrouwen die in de loop van het jaar zijn bevallen (om zwangerschapsdiabetes te vermijden)	4.581.990	6,3%
	<b>Cardiovasculaire aandoeningen</b> (ATC-codes: C01-C02-C03-C07-C08-C09, 90 DDD en meer)	1.032.095	Alle CM-leden	4.581.990	22,5%
	<b>Cardiale therapie</b> (ATC-code: C01, 90 DDD en meer)	90.794	Alle CM-leden	4.581.990	2,0%
	<b>Obstructieve luchtwegaandoeningen</b> (ATC code: R03, 90 DDD en meer)	232.132	Alle CM-leden	4.581.990	5,1%
	<b>Chronische obstructieve longaandoening</b> (ATC-codes: R03A, R03BA, R03BB, R03DA04, 90 DDD en meer)	138.474	CM-leden ouder dan 50 jaar	2.009.740	6,9%
	Gerechtigde <b>statuut chronische aandoening</b>	583.955	Alle CM-leden	4.581.990	12,7%
	<b>Primaire arbeidsongeschiktheid</b> (ten minste 30 vergoede dagen)	100.485	Actieve CM-leden (arbeiders, bedienden, zelfstandigen) tussen 20 en 64 jaar, met uitzondering van statutaire ambtenaren en personen in invaliditeit	1.822.303	5,5%
	<b>Invaliditeit</b>	155.908	Actieve CM-leden (arbeiders, bedienden, zelfstandigen) tussen 20 en 64 jaar, met uitzondering van statutaire ambtenaren	1.972.020	7,9%

<sup>5</sup> Wanneer geneesmiddelen worden gebruikt als proxy om de aanwezigheid van aandoeningen te detecteren, vermelden wij de ATC-code (*Anatomical Therapeutic Chemical*). De ATC-codes zijn ontleend aan de gecontroleerde classificatie van geneesmiddelen van de Wereldgezondheidsorganisatie. Voor sommige indicatoren vermelden wij ook de DDD (*Defined Daily Dose* – gedefinieerde dagelijkse dosis), dat wil zeggen de veronderstelde gemiddelde dagelijkse dosis van een geneesmiddel die wordt gebruikt voor de belangrijkste indicatie bij een volwassene.

Preventie-initiatieven	Gebruik van <b>preventieve tandzorg</b>	563.296	Alle CM-leden	4.581.990	43,1%
	<b>Griepvaccin</b>	563.296	CM-leden van 65 jaar en ouder die niet in een instelling verblijven	972.119	57,9%
	<b>Borstkankerscreening</b> (mammotest of diagnostische mammografie, 2018-2019)	397.160	CM-leden tussen 50 en 69 jaar	612.717	64,8%
	Gebruik van <b>anticonceptiemiddelen</b> (ATC codes: G02B, G03A)	68.305	Vrouwelijke CM-leden van 12 tot 20 jaar <sup>6</sup>	202.980	33,7%
Eerstelijns-zorg	Ten minste één <b>raadpleging bij een huisarts</b>	3.543.902	Alle CM-leden behalve degenen die in een wijkgezondheidscentrum zijn ingeschreven	4.463.022	79,4%
	Ten minste één <b>huisbezoek door een huisarts</b>	668.082	Alle CM-leden	4.581.990	14,6%
	Ingeschreven zijn in een <b>wijkgezondheidscentrum</b>	118.968	Alle CM-leden	4.581.990	2,6%
	Ten minste één <b>raadpleging bij een medisch specialist</b> (met uitzondering van een (neuro)psychiater)	2.884.998	Alle CM-leden	4.581.990	63,0%
	<b>Geen tandzorg</b> gedurende drie opeenvolgende jaren (van 2017 tot 2019)	1.212.606	Alle CM-leden	4.581.990	26,5%
Ziekenhuis-zorg	<b>Opgenomen zijn in een algemeen ziekenhuis</b> (met uitzondering van de afdelingen G, A, K, T en S)	456.600	Alle CM-leden	4.581.990	10,0%
	<b>Opgenomen zijn op een pediatrische of neonatale afdeling</b>	45.864	CM-leden van 15 jaar en jonger	746.284	6,1%
	Naar de <b>spoedgevallendienst</b> van het ziekenhuis gaan	736.592	Alle CM-leden	4.581.990	16,1%
Geestelijke gezondheid	Gebruik van <b>antidepressiva</b> (ATC code: N06A, 90 DDD en meer)	377.337	Alle CM-leden	4.581.990	8,2%
	Gebruik van <b>antipsychotica</b> (ATC code: N05A, 30 DDD en hoger)	95.546	Alle CM-leden	4.581.990	2,1%
	Ten minste één <b>raadpleging bij een (neuro)psychiater</b>	148.701	Alle CM-leden	4.581.990	3,2%
	Een tegemoetkoming ontvangen hebben uit de aanvullende verzekering in kosten van <b>psychologische consulten</b>	89.944	Alle CM-leden	4.581.990	2,0%
	Opgenomen zijn in een <b>psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis</b>	28.134	Alle CM-leden	4.581.990	0,6%
	Wonen in een <b>initiatief voor beschut wonen (IBW)</b>	2.356	Alle CM-leden	4.581.990	0,05%
	Wonen in een <b>psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT)</b>	1.792	Alle CM-leden	4.581.990	0,04%

6 Vanaf 2020 wordt de regeling uitgebreid tot vrouwen onder de 25 jaar.



## 2.3. Standaardisatie

Met onze fiscale-inkomensschaal van tien klassen kunnen we zien in hoeverre deze gebeurtenissen op het vlak van gezondheid een sociale gradiënt volgen. Daartoe berekenen wij een gestandaardiseerde index voor elke genoemde gebeurtenis voor elke klasse van statistische sector. Voor een gebeurtenis als “overlijden binnen het jaar

2019” berekenen wij bijvoorbeeld de gestandaardiseerde sterfte-index voor de hierboven beschreven klassen. De gestandaardiseerde index wordt verkregen door indirecte standaardisatie om rekening te houden met het ‘profiel’, de bijzondere structuur van de populatie binnen elke klasse. De parameters voor de standaardisatie<sup>7</sup> zijn leeftijd, geslacht en het gewest (Wallonië, Vlaanderen, Brussel) waar zich de statistische sector van de woonplaats bevindt.

### Indirecte standaardisatiemethode

In deze kader presenteren wij de indirecte standardisatiemethode aan de hand van een theoretisch voorbeeld. De gebeurtenis in kwestie is het feit dat iemand in de loop van het jaar overlijdt. De vraag is dan: in hoeverre verschilt het sterfterisico in elke klasse van de statistische sectoren die onze schaal vormen? Hierbij zullen we om redenen van vereenvoudiging aannemen dat de standaardisatie gebaseerd is op één enkel criterium: de leeftijd.

- De **eerste stap** bestaat in de berekening van het sterftecijfer in de referentiepopulatie volgens de geselecteerde leeftijdsgroepen. In dit geval zijn het al onze leden. Het sterftecijfer ( $T_i$ ) is de verhouding tussen het aantal sterfgevallen en het aantal leden in elke leeftijdsgroep.
- Vervolgens wordt in de **tweede stap** het aantal verwachte sterfgevallen in elke statistische sectorklasse ( $A_i$ ) berekend. Voor klasse 1 bijvoorbeeld, die de bevolking in de armste wijken bevat, wordt deze bevolking in dezelfde leeftijdsgroepen ( $N_i$ ) verdeeld en worden de sterftecijfers van de referentiepopulatie op hen toegepast, per overeenkomstige leeftijdsgroep ( $A_i = T_i \times N_i$ ). Onder verwacht aantal sterfgevallen verstaan we dan het aantal sterfgevallen dat verwacht kon worden indien de sterfte in de populatie van klasse 1 dezelfde was geweest als in de referentiepopulatie.
- Ten slotte wordt in de **derde stap** het aantal waargenomen sterfgevallen in de populatie die tot klasse 1 behoort ( $O = \text{som van } O_i$ ) vergeleken met het aantal verwachte sterfgevallen ( $A = \text{som van } A_i$ ). We hebben dan de waarde van de gestandaardiseerde index voor klasse 1: **gestandaardiseerde index =  $(O / A) \times 100$** .
  - Is de waarde van de index groter dan 100, dan betekent dit dat het aantal waargenomen sterfgevallen ( $O$ ) groter is dan het aantal verwachte sterfgevallen ( $A$ ). In het geval van ons theoretisch voorbeeld zou dit erop wijzen dat het sterfterisico in de populatie van klasse 1 hoger is dan in de referentiepopulatie, aangezien de leeftijdsfactor is geneutraliseerd. Zo wijst een index van 130 voor klasse 1 op een 30% verhoogd risico voor de populatie van deze klasse in vergelijking met de referentiepopulatie.
  - Indien de waarde van de index gelijk is aan 100, betekent dit dat het aantal waargenomen sterfgevallen gelijk is aan het aantal verwachte sterfgevallen. Dit betekent dat het sterfterisico in de betrokken klasse gelijk is aan dat van de referentiepopulatie.
  - Indien de waarde van de index lager is dan 100, betekent dit dat het aantal waargenomen sterfgevallen lager is dan het verwachte aantal sterfgevallen. Dit wijst erop dat het sterfterisico in de klasse lager is dan in de referentiepopulatie.

<sup>7</sup> Dankzij deze standaardisatieprocedure worden de effecten geneutraliseerd van variaties in de leeftijds- en geslachtsstructuur van de populaties van de ene klasse tot de andere, alsmede eventuele regionale variaties. Indien de index bijvoorbeeld een overmatige sterfte van 30% in klasse 1 aangeeft in vergelijking met de referentiepopulatie, kan deze overmatige sterfte niet worden toegeschreven aan het feit dat de bevolking in klasse 1 ouder is, of meer mannen telt, of dat er in deze klasse meer statistische sectoren uit een bepaalde regio.

Sommige resultaten zijn grafisch weergegeven in de figuren 1 tot en met 8. Merk op dat de schaal van de gestandaardiseerde index per figuur verschilt (verticale as), zodat de gradiënt afhankelijk van de grafiek meer of minder uitgesproken kan zijn. Voor zover zij zichtbaar zijn, geven wij ook het betrouwbaarheidsinterval (op 95%) rond de waarde van de gestandaardiseerde index, waardoor zichtbaar wordt in hoeverre de waarde van de index significant verschilt van de ene klasse tot de andere, dit is wanneer de intervallen elkaar niet overlappen.

## 2.4. Voordelen en beperkingen van de gebruikte methode

Het **grote voordeel** van deze methode om ongelijkheden te meten is dat zij **systematisch** is: zij dekt alle CM-leden, alle administratieve en facturatiegegevens van de gezondheidszorg kunnen worden gebruikt om verschillende gezondheidsgebeurtenissen te bekijken. Bovendien worden deze gegevens geregistreerd en gecontroleerd in een beheerssysteem. We hebben dus te maken met objectieve en niet met zelfgerapporteerde gegevens, waardoor veel vertekeningen worden vermeden. Deze benaderingswijze van de omvang van de ongelijkheden kan elk jaar worden herhaald. Zo kunnen initiatieven en maatregelen om ongelijkheden te verminderen beter worden gemonitord en geëvalueerd en kunnen doelstellingen worden geformuleerd. Ten slotte kunnen met een schaal van tien klassen de gezondheidsongelijkheden op een robuuste en meer verfijnde manier worden gemeten dan door eenvoudigweg onderscheid te maken tussen degenen die van een verhoogde tegemoetkoming genieten en andere sociaal verzekeren. Het statuut van begunstigde van een verhoogde tegemoetkoming (VT) wordt klassiek gebruikt door ziekenfondsen als een proxy voor bevolkingsgroepen met een laag inkomen, maar de analyse blijft dan beperkt tot een binaire variabele: ofwel heeft men het statuut ofwel niet.

Het **nadeel** is dat wij niet beschikken over een schaal die gebaseerd is op de individuele (of gezins)inkomens van onze leden, maar **een benadering** via de "fiscale waarde" van de statistische sectoren waarin zij wonen. Binnen eenzelfde statistische sector kunnen er grote verschillen zijn in rijkdom tussen de gezinnen. Dit maakt de resultaten echter niet ongeldig, want de enige mogelijke vertekening is de onderschatting van gezondheidsverschillen als gevolg van een mogelijk resterende heterogeniteit binnen elke groep.

Bovendien hebben ook de belastinggegevens beperkingen. Aangezien belastingaangiften betrekking kunnen

hebben op een of meer personen (binnen een gezin geldt de algemene regel dat elke persoon een individuele aangifte moet indienen, met uitzondering van gehuwden en wettelijk samenwonenden), kan aan de hand van deze cijfers alleen het netto belastbaar inkomen per aangifte op het niveau van een wijk, op jaarbasis, worden beoordeeld, en **niet op individueel niveau**, per persoon of per gezin. Voorts omvatten deze inkomens belastbare beroepsinkomens, vervangingsinkomens, pensioenen, dividenden, kadastraal inkomen en alimentatie, maar **niet de niet-belastbare inkomsten** zoals kinderbijslag en leefloon (STATBEL, 2022). Bovendien neemt STATBEL mensen met een netto belastbaar nulinkomen niet mee in de berekening van de medianen, waardoor het mediane inkomen dus wordt overschat in vergelijking met de werkelijkheid, vooral in arme gebieden waar mensen zonder inkomen talrijker zijn. Dit kan verklaren waarom de inkomensgrens van klasse 1 (namelijk 21.236 euro, zie Tabel 1) hoog lijkt, terwijl de armoedegrens in 2019 14.765 euro netto per jaar bedraagt voor een alleenstaande, of 31.007 euro netto per jaar voor een gezin bestaande uit twee volwassenen en twee kinderen (STATBEL, 2022).

Andere beperkingen zijn inherent aan de databanken van de ziekenfondsen: **wat niet door de verplichte verzekering voor geneeskundige zorg wordt vergoed, wordt niet geregistreerd** (bijvoorbeeld bepaalde niet-vergoede geneesmiddelen zoals slaappillen, pijnstillers en angstremmers). Deze indicatoren zouden ook interessant zijn om te bestuderen in het kader van het onderzoek naar sociale ongelijkheden in gezondheid. Ten slotte zijn met de zesde staatshervorming een aantal gezondheidszorgprestaties overgeheveld naar de gefedereerde entiteiten en worden zij niet langer geregistreerd bij de verplichte ziekteverzekering (bijvoorbeeld griepvaccins in woonzorgcentra in Vlaanderen). Het is dus niet mogelijk om met ziekenfondsgegevens alle gebeurtenissen op vlak van de consumptie van gezondheidszorg te meten.

Tot slot maakt onze methode om de ongelijkheden te meten gebruik van een **criterium van economische aard**: het netto belastbaar inkomen van de statistische sectoren waar onze leden wonen. We herinneren eraan dat gezondheidsongelijkheden kunnen worden onderzocht aan de hand van andere criteria, zoals opleidingsniveau, sociaal-professionele categorie, herkomst, enz. Aangezien het hoofddoel van deze studie erin bestaat de effecten van de toepassing van onze inkomensschaal op de gezondheidstoestand en het gebruik van gezondheidszorg te observeren, beperken wij ons tot deze indicator.

### 3. Ongelijkheden in gezondheidstoestand

#### 3.1. Sterfte

Om de sterftcijfers te bestuderen, hebben we het feit van overlijden in het jaar 2019 gemeten. Het ruwe sterftcijfer (dit wil zeggen de verhouding tussen het aantal sterfgevallen en het totaal aantal CM-leden) bedraagt ongeveer 1%. Uit figuur 1 blijkt dat dit risico ongelijk verdeeld is over onze economische schaal. Er is duidelijk een gradiënt zichtbaar: van links naar rechts in de grafiek neemt het relatieve overlijdensrisico ten opzichte van het totaal aantal CM-leden gestaag af naarmate men van de ene klasse naar de andere gaat.

Laten we de klassen 1 en 10 van naderbij bekijken:

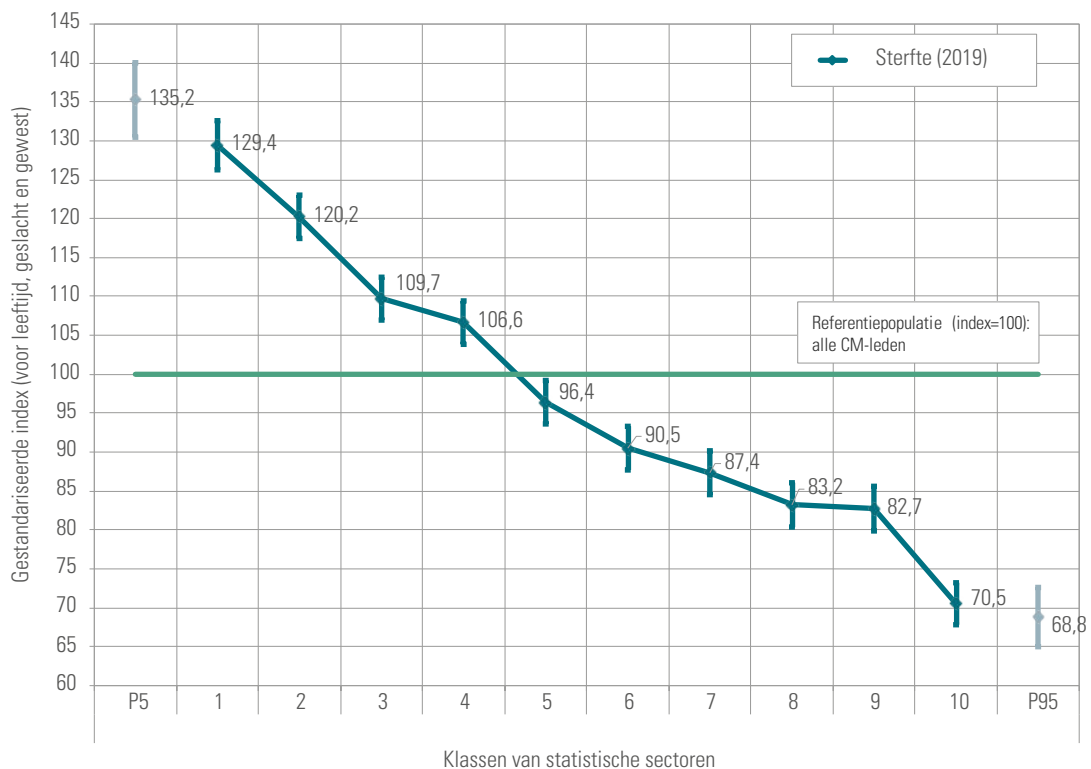
- De personen in klasse 1, met daarin de CM-leden die in de armste wijken wonen, vertonen een sterfterisico dat

- 29% hoger ligt ten opzichte van het geheel van de leden.
- Anderzijds vertonen de personen in klasse 10, met daarin de CM-leden die in de rijkste wijken wonen, een sterfterisico dat 30% lager ligt ten opzichte van het geheel van de leden.

Als we het relatieve verschil tussen deze twee klassen meten, zien we dat het risico om binnen het jaar te overlijden met **84%** ( $= [129,4/70,5]-1$ ) toeneemt voor de populatie die in arme wijken woont in vergelijking met de populatie die in de rijkste wijken woont. Wie in een arme wijk woont, heeft dus **1,8 keer meer kans** om te overlijden dan wie in de rijkste wijken woont (alle oorzaken samen).

Deze relatieve kloof wordt nog groter wanneer we de 'extreme' situaties vergelijken, dit wil zeggen de relatieve kloof tussen klasse P5 en klasse P95. Wij stellen inderdaad vast dat het risico om in de loop van het jaar te overlijden in de armste extreme klasse (P5) met **97%** ( $= [135,2/68,8]-1$ ) toeneemt in vergelijking met de rijkste extreme klasse (P95), dit is een risico dat tweemaal zo hoog is (alle oorzaken samen).

Figuur 1: Overlijden in de loop van 2019 per klasse van statistische sectoren (Bronnen: STATBEL en CM-gegevens, 2019)



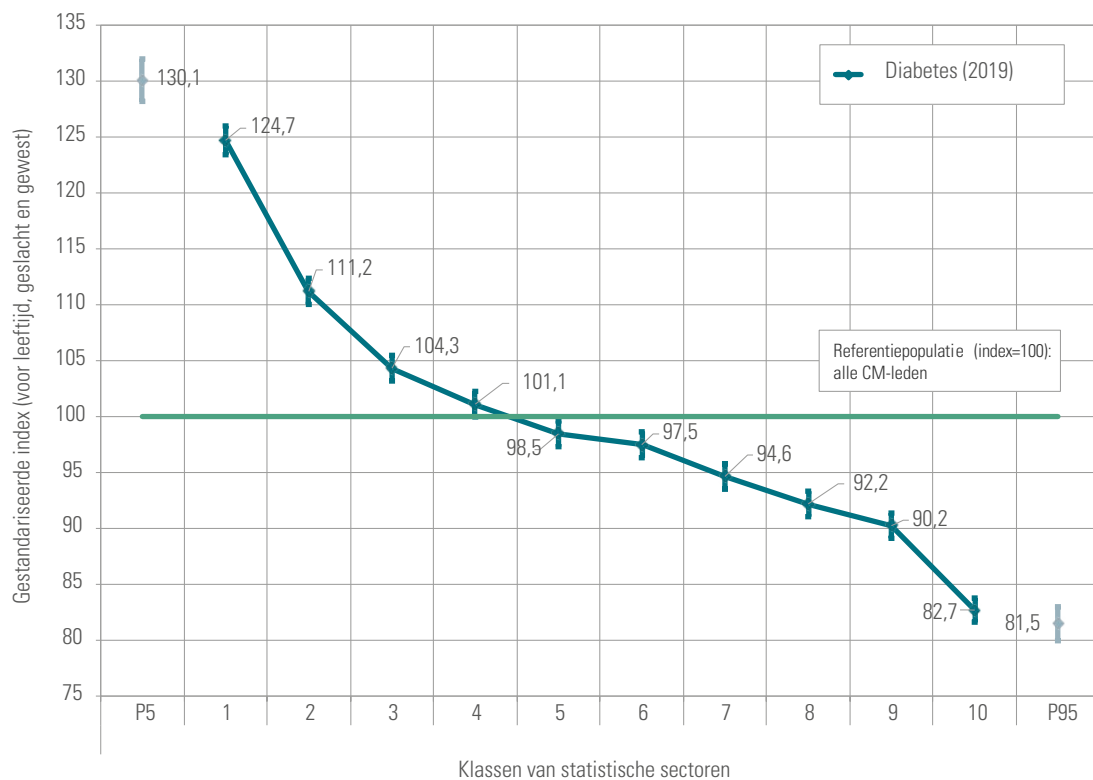
## 3.2. Morbiditeit

### 3.2.1. Aandoeningen

Aangezien diabetes een gemakkelijk te identificeren aandoening is, bekijken we dit als voorbeeld. In 2019 zien we dat ongeveer **6,3%** van de CM-leden antidiabetica gebruikte of specifieke voordelen ontving in verband met deze chronische ziekte (zoals het zorgtraject voor diabetes). Zoals blijkt uit figuur 2 is het risico om aan diabetes te lijden groter in de armste klassen (1, 2, 3) en niet lineair. Zo bedraagt het relatieve risico voor klasse 1 ten opzichte van klasse 3 20% en voor klasse 8 ten opzichte van klasse 10 11%, wat betekent dat het risico exponentieel is wanneer men van wijken met een gemiddeld inkomensniveau naar de armste wijken gaat. Als we de klassen 1 en 10 vergelijken, zien we dat het risico met **51%** ( $= [124,7/82,7]-1$ ) toeneemt voor de bevolking die in arme wijken woont (klasse 1) in vergelijking met de bevolking die in rijke wijken woont (klasse 10). Ditzelfde relatieve verschil is nog groter wanneer we de armste extreme klasse (P5) vergelijken met de rijkste extreme klasse (P95): **60%** ( $= [130,1/81,5]-1$ ).

Dankzij onze gegevens kunnen wij ook patiënten met andere aandoeningen identificeren, waarvoor de relatieve verschillen tussen de bevolking in arme en rijke wijken weliswaar minder uitgesproken zijn, zoals het geval is voor hart- en vaatziekten (zie Tabel 3), maar wel bestaan. Ze zijn al hoger voor obstructieve luchtwegaandoeningen in het algemeen, vooral voor chronisch obstructief longlijden in het bijzonder. Al deze resultaten wijzen in dezelfde richting: mensen die in arme wijken wonen, hebben een hoger risico om deze ziekten te ontwikkelen, wat een slechtere algemene gezondheidstoestand weerspiegelt. Dit wordt ook bevestigd door de gradiënt die is berekend voor het hebben van het statuut 'chronische aandoening'. Dit statuut duidt niet op specifieke aandoeningen, maar veeleer op weerkerende hoge ziektekosten, wat ook duidt op een slechtere gezondheidstoestand.

Figuur 2: Diabetes per klasse van statistische sectoren (Bronnen: STATBEL en CM-gegevens, 2019)



Tabel 3: Diverse aandoeningen en statuut 'chronische aandoening' per klasse van statistische sectoren (Bronnen: STATBEL en CM-gegevens, 2019)

Gebeurtenis	Gestandaardiseerde index voor				Verhouding	
	Klasse 1 (a)	Klasse 10 (b)	Klasse P5 (c)	Klasse P95 (d)	(a)/(b)	(c)/(d)
Cardiovasculaire aandoeningen	101,2	93,9	101,2	92,8	1,08	1,09
Cardiale therapie	103,4	85,9	104,5	84,9	1,20	1,23
Obstructieve luchtweegaandoeningen	110,5	87,6	108,6	84,3	1,26	1,29
Chronisch obstructief longlijden	120,4	82,8	121,8	78,7	1,45	1,55
Toekenning statuut chronische aandoening	120,1	82,4	121,9	80,5	1,46	1,51

### 3.2.2. Arbeidsongeschiktheid

In het kader van de arbeidsongeschiktheid kunnen verschillende gebeurtenissen worden bestudeerd. Arbeidsongeschiktheid is een indicator van morbiditeit, want om als arbeidsongeschikt te worden erkend, moet een werknemer alle beroepsactiviteiten als gevolg van ziekte of ongeval hebben gestaakt en ten minste 66% van diens verdiencapaciteit hebben verloren. Voor zelfstandigen moet de beroepsactiviteit volledig zijn beëindigd.

We hebben gekeken naar twee gebeurtenissen die verband houden met arbeidsongeschiktheid in 2019: ten minste 30 dagen vergoed zijn voor primaire arbeidsongeschiktheid, en invaliditeit<sup>8</sup>. Voor beide gebeurtenissen stellen we aanzienlijke gradiënten vast. Voor primaire arbeidsongeschiktheid hebben werknemers in arme wijken (klasse 1) **59%** meer risico om (ten minste gedurende 30 dagen) vergoed te worden dan werknemers in de rijkste wijken (klasse 10). De gradiënt is nog meer uitgesproken bij invaliditeit: het risico om in invaliditeit te geraken is **2,5 keer hoger** in klasse 1 dan in klasse 10, dit is een extra risico van **150%**. De vergelijking tussen de extreme klassen P5 en P95 is nog opvallender: voor primaire arbeidsongeschiktheid bereikt het relatieve verschil bijna **70%** in het nadeel van de armsten en voor invaliditeit is dat **180%**.

## 4. Ongelijkheden in consumptie van gezondheidszorg

### 4.1. Preventieve voorzieningen

Bij de onderzochte preventie-initiatieven is de richting van de gradiënten omgekeerd, wat erop wijst dat het gebruik van deze initiatieven minder vaak voorkomt bij arme bevolkingsgroepen en toeneemt naarmate men zich hoger op de economische schaal bevindt. In deze studie analyseerden we de preventieve tandzorg, die in 2019 door **39,2%** van onze leden werd gebruikt. Dit percentage gebruikers lijkt misschien hoog, maar helaas is er bij het gebruik van dit soort zorg een sterke ongunstige gradiënt ten opzichte van de economisch minder bedeelde bevolkingsgroepen. Zoals te zien is in figuur 3, maken mensen in arme wijken (klasse 1) **33%** ( $= [77,7/115,8] - 1$ ) minder vaak gebruik van deze zorg dan mensen in rijke wijken (klasse 10). Ditzelfde relatieve verschil is nog iets groter als we klasse P5 vergelijken met klasse P95: **37%** ( $= [74,5/117,9] - 1$ ).

<sup>8</sup> Het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid wordt primaire arbeidsongeschiktheid genoemd. Wanneer de ongeschiktheid langer dan een jaar duurt, wordt het statuut gewijzigd in invaliditeit.

Ook moet worden opgemerkt dat de indexwaarde voor klasse 1 aanzienlijk lager is dan voor klasse 3. Hier is het relatieve verschil 17%, wat betekent dat mensen in de armste wijken van klasse 1 17% minder kans hebben om gebruik te maken van preventieve tandzorg dan mensen in klasse 3. Deze relatieve kloof is minder uitgesproken tussen de klassen 8 en 10: mensen die in wijken van klasse 8 wonen, maken slechts 7% minder kans om gebruik te maken van preventieve tandzorg dan degenen die in de rijkste wijken van klasse 10 wonen.

Wat het gebruik van het griepvaccin betreft, is het relatieve verschil tussen de klassen 1 en 10 eerder beperkt: ongeveer 7%, in het nadeel van de mensen in klasse 1, vergeleken met de mensen in klasse 10 (het relatieve verschil tussen de extreme klassen P5 en P95 is 9%). Anderzijds is de gradiënt voor borstkankerscreening meer uitgesproken: het verschil tussen de klassen 1 en 10 is 20% in het nadeel van vrouwen die in de armste wijken wonen ten opzichte van vrouwen die in de meest bevoorrechte wijken wonen, en zelfs 25% tussen de twee uiterste klassen P5 en P95.

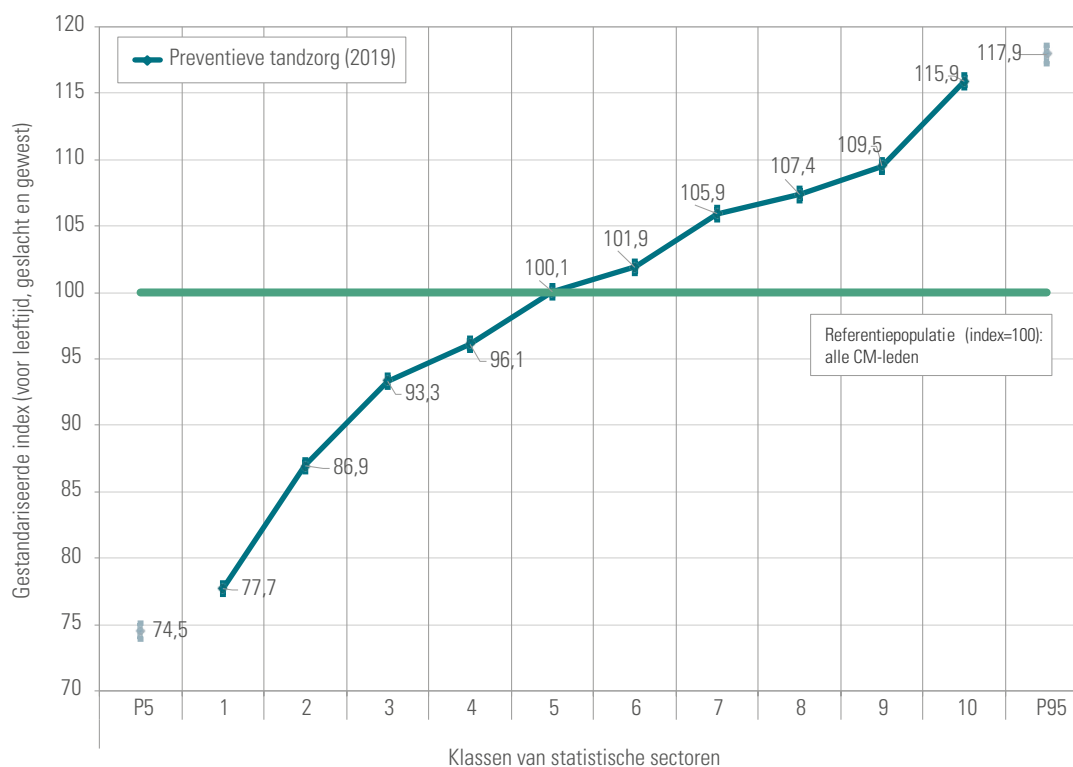
Wij hebben ook gekeken naar het gebruik van vrouwelijke anticonceptiemiddelen (voornamelijk hormonale). Ook hier zien we een belangrijke gradiënt. Jonge vrouwen in arme wijken (klasse 1) gebruiken inderdaad 29% minder vaak vergoede anticonceptiemiddelen dan vrouwen in rijke wijken (klasse 10). Dit verschil stijgt tot 34% bij het vergelijken van de extreme klassen P5 en P95.

## 4.2. Contacten met eerstelijnszorg

### 4.2.1. Artsen

In 2019 had bijna 79% van onze leden (die niet ingeschreven zijn bij een wijkgezondheidscentrum) minstens één raadpleging bij een huisarts. Zoals in figuur 4 te zien is, loopt de gradiënt bijna helemaal horizontaal, wat erop wijst dat er geen groot verschil is naar gelang van het inkomensniveau van de wijken wat dit soort contacten met huisartsen betreft. Het verschil tussen klasse 1 en klasse 10 is zeer klein (5%).

**Figuur 3: Beroep op preventieve tandzorg per klasse van statistische sectoren (Bronnen: STATBEL en CM-gegevens, 2019)**



Dit geldt echter niet voor degenen die ten minste één huisbezoek van hun huisarts hebben gehad. Dit type contact komt veel minder vaak voor: **14,6%** van onze leden had in 2019 een dergelijk huisbezoek. Wij stellen vast dat de bevolking van klasse 1 meer gebruik maakt van dit type contact: de bewoners van arme wijken hebben **50%** (=  $[116,8/77,7]-1$ ) meer kans op een bezoek van de huisarts dan de bewoners van rijke wijken (klasse 10) (zie Figuur 4). Dit verschil loopt op tot **55%** (=  $[113,5/73,2]-1$ ) wanneer we klasse P5 vergelijken met klasse P95.

Een andere manier om gebruik te maken van de algemene geneeskunde, zonder kosten te moeten voorschieten, is inschrijving in een 'wijkgezondheidscentrum' (gefinancierd op basis van een vaste prijs). Het belangrijkste doel van de 'wijkgezondheidscentra' is te zorgen voor een globale, continue en geïntegreerde eerstelijnszorg, die maximaal toegankelijk is (Fédération des Maisons Médicales, 2013). Wij stellen vast dat de bewoners van de armste wijken (klasse 1) vaker ingeschreven zijn bij een 'wijkgezondheidscentrum': het relatieve verschil met klasse 10 is

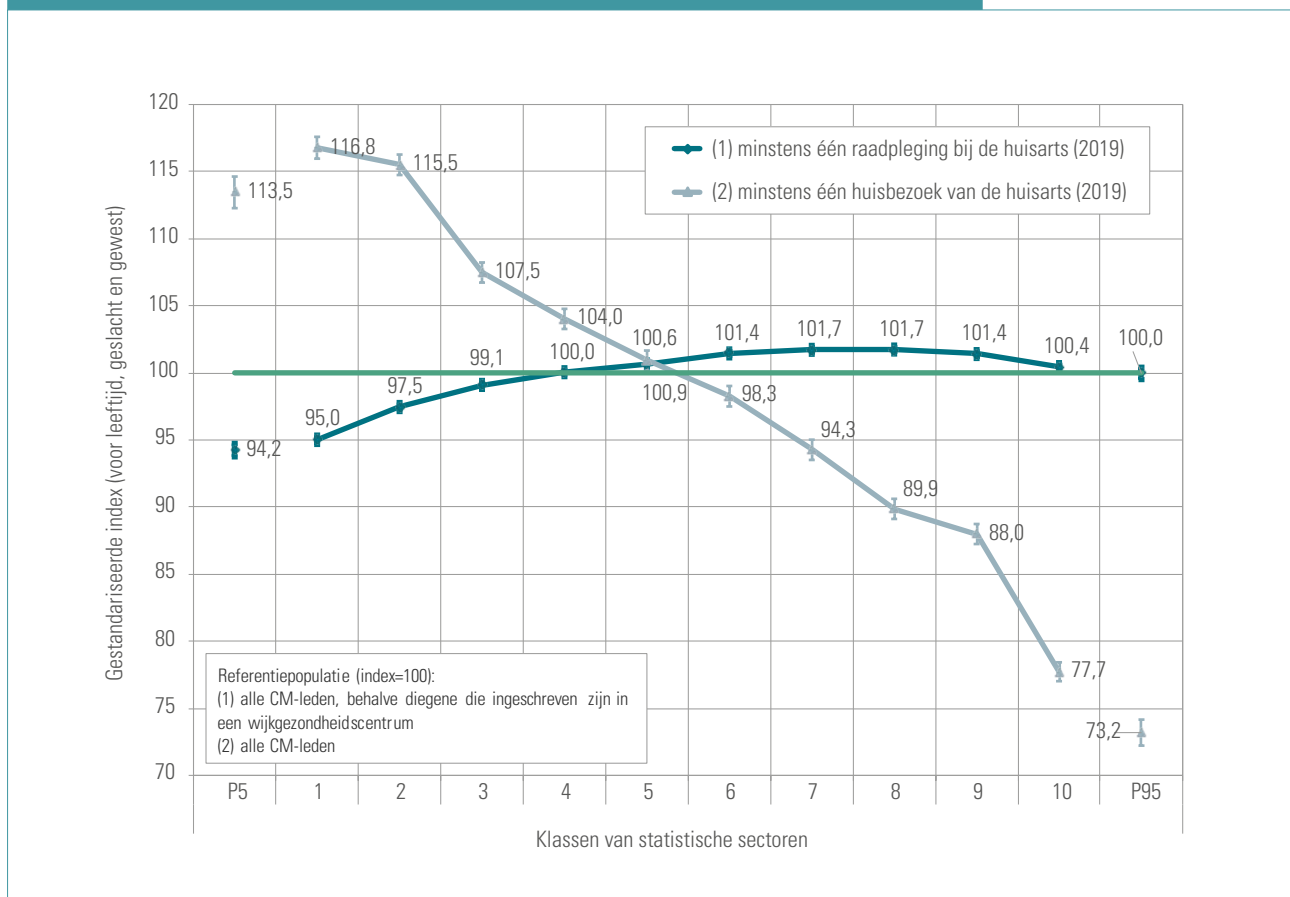
enorm en ligt in de orde van **500%**). Tussen de klassen P5 en P95 bedraagt het relatieve verschil zelfs **576%**.

Wat de ambulante contacten met specialisten betreft, is er wel een gradiënt, maar deze is klein: het verschil tussen de klassen 1 en 10 bedraagt ongeveer **8%**, terwijl het relatieve verschil tussen de klassen P5 en P95 bijna **10%** bedraagt.

#### 4.2.2. Tandzorg

Hierboven (in punt 4.1) hebben we al gezien dat in minder kansarme wijken minder vaak gebruik wordt gemaakt van preventieve tandzorg. Een andere manier om ongelijkheden in het gebruik van de mond- en tandzorg te benaderen, is te kijken naar wie gedurende drie opeenvolgende jaren geen tandzorg heeft gekregen (van welk type dan ook). In 2019 verkeert bijna **26%** van onze leden in deze situatie, wat een aanzienlijk deel is.

**Figuur 4: Beroep op huisartsgeneeskunde per klasse van statistische sectoren (Bronnen: STATBEL en CM-gegevens, 2019)**



Volgt dit niet-gebruik van tandzorg een sociale gradiënt? Het resultaat is duidelijk (zie Figuur 5): mensen die in de armste wijken wonen (klasse 1) hebben **70%** ( $= [127,6/75,0] - 1$ ) meer risico om gedurende drie opeenvolgende jaren geen contact met een tandarts te hebben gehad, vergeleken met degenen die in de rijkste wijken wonen (klasse 10). Het risico neemt nog feller toe wanneer klasse P5 wordt vergeleken met klasse P95: **82%** ( $= [130,8/71,8] - 1$ ).

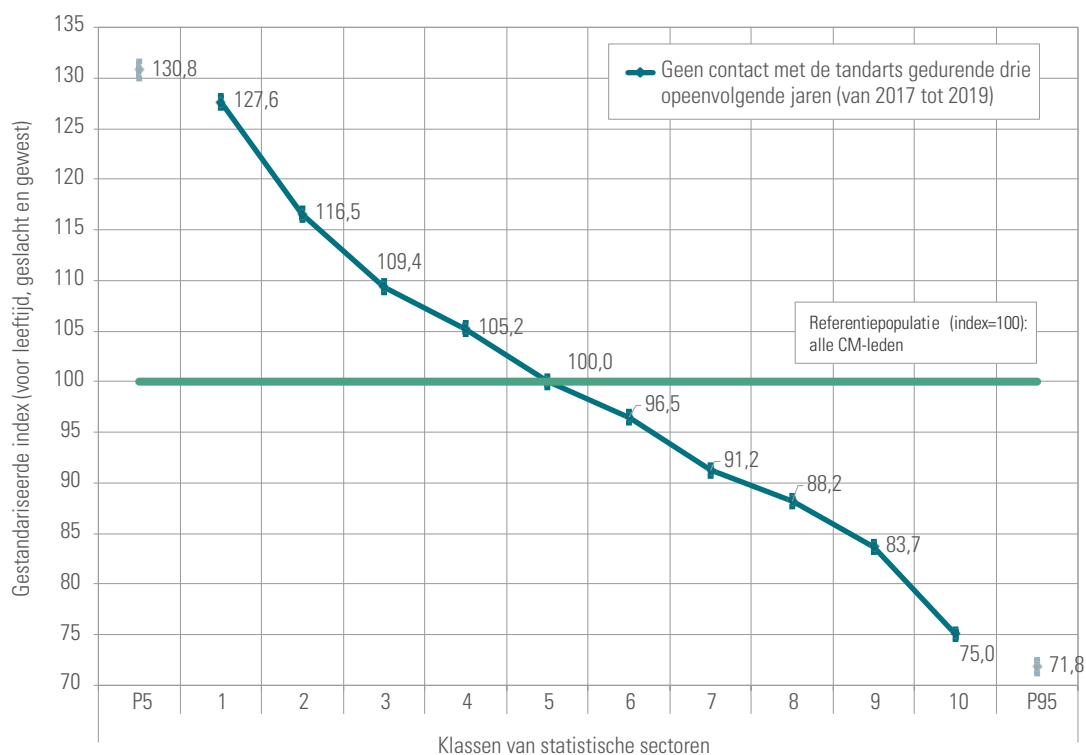
### 4.3. Ziekenhuiszorg

De opnames in algemene ziekenhuizen die wij in aanmerking hebben genomen, waren voornamelijk deze die plaatsvonden in de acute ziekenhuisdiensten<sup>9</sup>. In 2019 werd bijna **10%** van onze leden minstens één keer opgenomen in het ziekenhuis. In het algemeen neemt het risico

van ten minste één dergelijke opname toe naarmate men lager op onze schaal komt (zie Figuur 6). Mensen die in arme wijken wonen (klasse 1) hebben **23%** ( $= [109,3/89,2] - 1$ ) meer risico om in een algemeen ziekenhuis te worden opgenomen, vergeleken met de populatie die in rijke wijken woont (klasse 10). Dit extra risico is iets groter als men klasse P5 vergelijkt met klasse P95: **26%** ( $= [110,9/88,1] - 1$ ). Deze trend wordt bevestigd wanneer we specifiek kijken naar opnames van kinderen (van 15 jaar en jonger) in een pediatrische dienst of op neonatale zorg, met bijna hetzelfde relatieve verschil (20%-21%) voor personen die behoren tot de klassen 1 en P5 als we spreken van ziekenhuisopnames, vergeleken met die in de klassen 10 en P95.

Een manier om toegang te krijgen tot zorg is gebruik te maken van de spoedafdeling van het ziekenhuis. In 2019 heeft bijna **16%** van de CM-leden ten minste eenmaal gebruik

**Figuur 5: Geen beroep op tandzorg over een periode van drie jaar, per klasse van statistische sectoren (Bronnen: STATBEL en CM-gegevens, 2019)**



<sup>9</sup> Verblijf op geriatrie afdelingen, (neuro)psychiatrische afdelingen, gespecialiseerde afdelingen voor behandeling en functionele revalidatie zijn buiten beschouwing gelaten.



gemaakt van de spoedafdeling van een ziekenhuis. Naarmate we lager op de economische schaal komen, zien we dat vaker wordt gebruik gemaakt van de spoeddienst. Zoals blijkt uit figuur 6, hebben mensen die in arme wijken wonen (klasse 1) bijna **39%** ( $= [120,4/86,6]-1$ ) meer risico om op de spoed terecht te komen in vergelijking met de bevolking die in rijke wijken woont (klasse 10). Dit relatieve verschil is iets groter wanneer we klasse P5 vergelijken met klasse P95: **44%** ( $= [122,4/85,3]-1$ ).

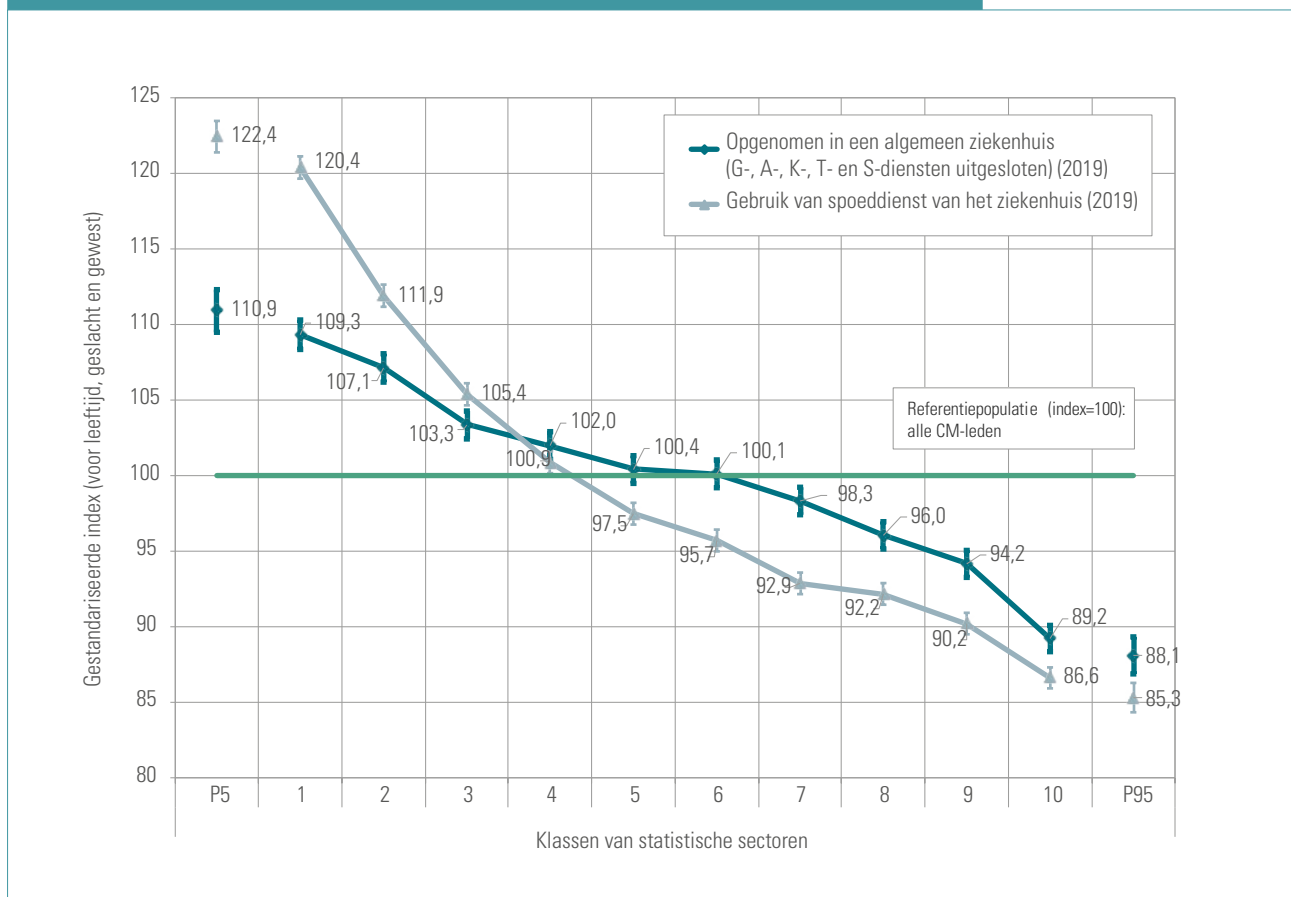
We merken ook dat het risico om een beroep te doen op de spoedafdeling groter is voor de klassen 1 tot en met 4 dan voor de andere klassen. Het relatieve verschil tussen klasse 1 en klasse 4 bedraagt inderdaad 19%. Anderzijds is de gradiënt tussen klasse 4 en klasse 10 veel minder uitgesproken, namelijk ongeveer 17%, hoewel wij hier 7 klassen vergelijken. Dit betekent dat onder een bepaalde inkomensgrens de situatie zeer snel verslechtert en er een veel groter beroep wordt gedaan op spoedeisende hulp.

#### 4.4. Geestelijke gezondheid

In 2019 gebruikte **8%** van de CM-leden antidepressiva en **2%** antipsychotica, deed **3%** een beroep op een (neuro-) psychiater, maakte **2%** gebruik van een tegemoetkoming door de aanvullende verzekering in de kosten van psychologische raadplegingen, werd **minder dan 1%** opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis en verbleef **minder dan 0,1%** in IBW en PVT.

Er is een duidelijke gradiënt voor drie soorten zorg die als 'zwaar' kunnen worden beschouwd: namelijk ziekenhuisopnames en verblijf in IBW en PVT (zie Figuur 7). Zo is het risico van psychiatrische ziekenhuisopname **2,8 keer hoger** voor personen die in arme wijken wonen (dit wil zeggen een relatief verschil van **183%** ( $= [174,1/61,5]-1$ ) wanneer we klasse 1 vergelijken met klasse 10). Het risico om in een IBW of PVT te verblijven is extreem hoog voor personen die in een arme wijk wonen (klasse 1), met **14,7 keer meer risico** dan voor personen uit een rijke wijk (klas-

**Figuur 6: Beroep op ziekenhuiszorg per klasse van statistische sectoren (Bronnen: STATBEL en CM-gegevens, 2019)**



se 10) om in een IBW te verblijven (relatief verschil: **1366%** (=  $[285,8/19,5]-1$ )) en **31 keer meer risico** om in een PVT te verblijven (relatief verschil: **3013%** (=  $[498,1/16]-1$ )). Bovendien zijn deze gradiënten, zoals te zien is, niet lineair, met voor personen die in de armste wijken wonen (klasse 1) een veel hoger risico om in PVT te verblijven dan voor de groep direct daarboven (klasse 2). Voor de andere twee indicatoren is er ook een veel hoger risico voor de populaties van klasse 1 dan voor die van klasse 3.

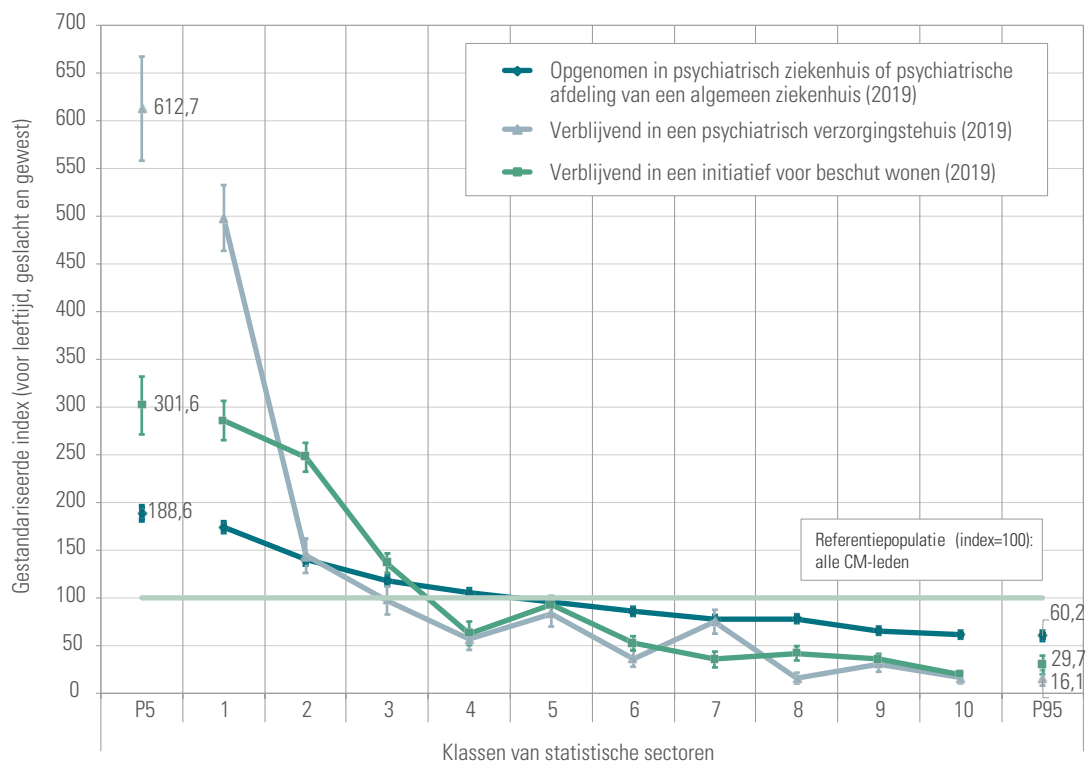
In vergelijking met de bewoners van de rijkste wijken van klasse P95 hebben de bewoners van de armste wijken van klasse P5:

- **3,1 keer meer risico** om opgenomen te worden in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis (relatief verschil: **213%** (=  $[188,6/60,2]-1$ ));
- **10,1 keer meer risico** om in een IBW te verblijven (relatief verschil: **915%** (=  $[301,6/29,7]-1$ ));
- **38 keer meer risico** om in een PVT te verblijven (relatief verschil: **3706%** (=  $[612,7/16,1]-1$ )).

Vergeleken met de ziekenhuiszorg die wij als zwaar bestempelen, kunnen psychologische raadplegingen meer als eerstelijnszorg worden beschouwd. Tot voor de hervorming van de psychologische eerstelijnszorg - die vanaf 2020 werd ingevoerd en die wij dus nog niet kunnen evalueren - werden de raadplegingen bij een psycholoog niet vergoed door de verplichte ziekteverzekering, maar alleen door de aanvullende verzekering van CM. De psychiatrische zorg is daarom voor economisch kwetsbare bevolkingsgroepen de meest financieel toegankelijke ambulante zorg (Noirhomme, 2022).

Zoals in figuur 8 te zien is, staat de gradiënt voor psychologische raadplegingen lijnrecht tegenover die voor raadplegingen bij een psychiater: hoe rijker mensen zijn, hoe meer ze de mogelijkheid hebben om naar een psycholoog te gaan, hoe armer ze zijn, hoe meer ze een psychiater raadplegen. We moeten voorzichtig zijn met de omvang van onze cijfers: het risico in termen van raadplegingen is niet vergelijkbaar met dat van de IBW of PVT. De trend is hier minder uitgesproken, maar niettemin constant: mensen die in arme wijken wonen hebben **30%** meer kans om een psy-

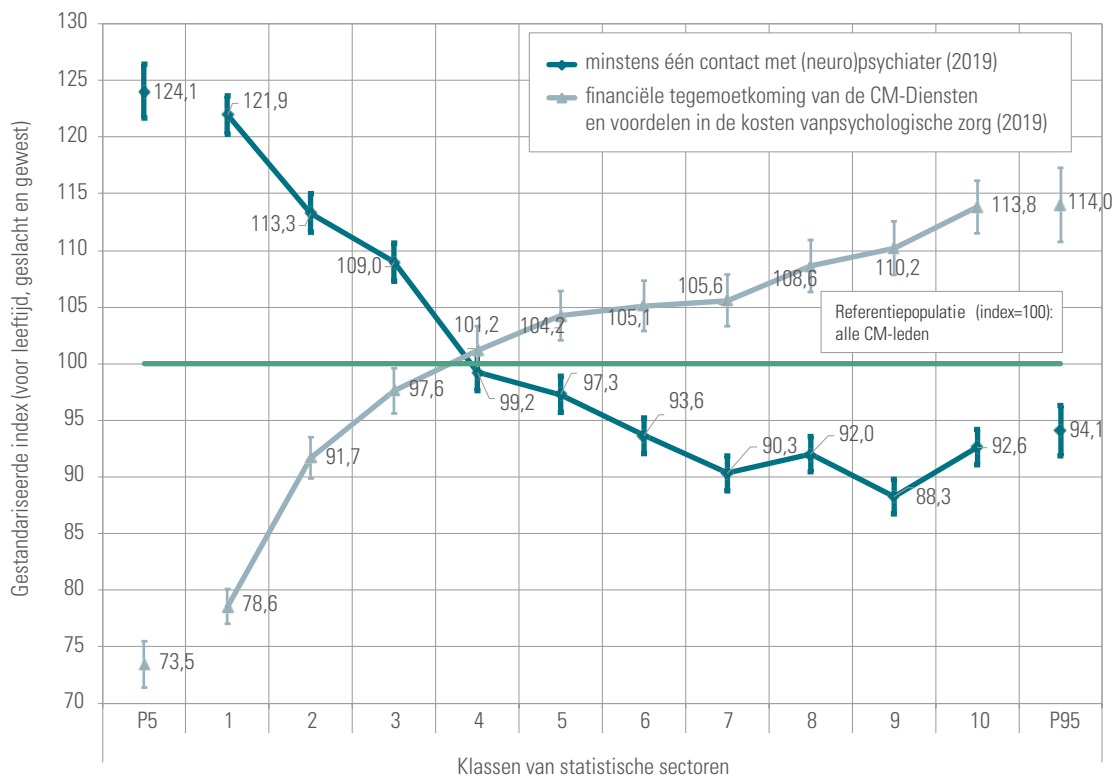
**Figuur 7: Psychiatrische ziekenhuisopnames, verblijf in psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen per klasse van statistische sectoren (Bronnen: STATBEL en CM-gegevens, 2019)**



chiater te raadplegen (= [121,9/95,6]-1) en **40%** minder kans om een psycholoog te raadplegen (gebaseerd op het relatieve verschil tussen klasse 1 en klasse 10) (= [113,8/78,6]-1). We wijzen er ook op dat het wonen in een arme wijk een aanzienlijke invloed heeft op het gebruik van gezondheidszorg, wat kan worden vastgesteld door het verloop van de gradiënten tussen de klassen 1 en 4 en de klassen 4 en 10 te onderzoeken. Wij stellen namelijk vast dat het relatieve risico voor contacten met de psychiater 23% hoger is voor klasse 1 dan voor klasse 4, terwijl het slechts 7% hoger is tussen klasse 4 en klasse 10. Voor de contacten met de psycholoog bedraagt het verschil tussen klasse 1 en klasse 4 29%, terwijl het verschil tussen klasse 4 en klasse 10 12% bedraagt. Dit kan dus betekenen dat wanneer een bepaald inkomensniveau wordt bereikt, dit is klasse 4, de levensomstandigheden 'voldoende' worden om een goed niveau van zorg/gezondheid te waarborgen, maar dat dit onder dit niveau niet het geval is.

Voor het gebruik van antidepressiva zien we een relatief verschil van ongeveer **26%** als we klasse 1 vergelijken met klasse 10 en van **28%** als we de twee uiterste klassen P5 en P95 vergelijken: hoe armer de wijk waarin men woont, hoe meer men gebruik maakt van antidepressiva. Wat de antipsychotica betreft, is het verschil aanzienlijk: mensen in arme wijken (klasse 1) gebruiken 2,6 keer vaker deze klasse van geneesmiddelen dan mensen in rijke wijken (klasse 10), dat betekent een relatief verschil van **160%**. Evenzo bedraagt het relatieve verschil tussen de extreme klassen P5 en P95 **186%**.

**Figuur 8: Raadplegingen bij een psychiater en tegemoetkoming door de aanvullende verzekering in de kosten van psychologische raadplegingen per klasse van statistische sectoren (Bronnen: STATBEL en CM-gegevens, 2019)**



## 5. Bespreking

Opnieuw leveren onze resultaten degelijk bewijs en een meting van sociale ongelijkheden in gezondheid en verschillen in het gebruik van gezondheidszorg. Sommige sociale gradiënten kunnen meer uitgesproken lijken dan andere, maar in het algemeen zijn de kenmerken van de ongelijkheden als volgt: naarmate men lager op de economische schaal komt, **a)** verslechtert de gezondheidstoestand stelselmatig, **b)** wordt meer gebruik gemaakt van zware zorg en **c)** wordt minder gebruik gemaakt van bepaalde preventieve zorg.

### **(a) De gezondheidstoestand gaat achteruit:**

- Voor mensen die in arme wijken wonen, vertaalt dit zich in een hoger risico op overlijden, arbeidsongeschiktheid en (chronische) gezondheidsproblemen (inclusief geestelijke gezondheid) in vergelijking met mensen die in rijke wijken wonen.
- Een van de opvallende resultaten van de studie is dat de verslechtering van de gezondheidstoestand (onder andere sterfte of diabetes) een continue gradiënt volgt volgens het inkomensniveau van de wijken: de gezondheidstoestand verslechtert voortdurend naarmate het inkomen van de wijk afneemt (ten opzichte van de gezondheidstoestand van de totale bevolking). Deze trend wordt ook waargenomen in rijkere wijken, het sterfterisico neemt af naarmate het wijkinkomen toeneemt. Dit resultaat wordt ook geïllustreerd door de verschillen in levensverwachting bij de geboorte: in 2020 bestaat er in België voor mannen een verschil van 9 jaar en voor vrouwen een verschil van 6 jaar tussen de sociaaleconomisch kwetsbare en de meest bevoorrechte kwartielen. (Bourguignon, Damiens, Doignon, & Eggerickx, 2021).

### **(b) De meest gebruikte zware zorg:**

- De sociale gradiënt is ook duidelijk voor zware zorg, waarvan het gebruik geleidelijk toeneemt naarmate het inkomensniveau daalt. Mensen die in de armste wijken wonen, lopen het grootste risico om in het ziekenhuis te worden opgenomen (ook de kinderen), om gebruik te maken van spoedeisende hulp en om te worden opgenomen of te verblijven in psychiatrische zorgvoorzieningen, wat allemaal als zware zorg kan worden beschouwd. Dit resultaat strookt ook met de omvang van de geconstateerde gezondheidsongelijkheden: hoe meer de personen sociaaleconomisch kwetsbaar zijn, hoe groter de kans dat zij worden geconfronteerd met ernstige gezondheidsproblemen die zware zorg vereisen.

- Op het vlak van de ambulante zorg zien we maar een lichte gradiënt wat de contacten met artsen betreft, afgezien van de mogelijkheid om een huisarts aan huis te laten komen (de waarschijnlijkheid neemt toe naarmate het inkomen daalt). De sociale gradiënt is zeer uitgesproken voor tandzorg, waarbij het risico om gedurende drie opeenvolgende jaren geen tandzorg te ontvangen geleidelijk afneemt met het inkomen. Het relatieve verschil in gebruik is aanzienlijk tussen de meer dan wel minder bevoorrechte wijken. Evenzo maken arme mensen minder gebruik van psychologische raadplegingen, die financieel niet erg toegankelijk zijn, en meer gebruik van psychiatrische raadplegingen.

### **(c) Preventie is minder effectief:**

In het geval van borstkankerscreening voor vrouwen en preventieve tandzorg neemt het gebruik af met het inkomensniveau. Deze resultaten komen overeen met die van de KCE-studie, waaruit blijkt dat borstkankerscreening en preventieve tandzorg minder vaak worden uitgevoerd bij kwetsbare personen, zoals mensen met een armoederisico, in een situatie van materiële ontbering, met een laag opleidingsniveau of met een laag inkomen (Bouckaert, et al., 2020). Net als bij de ongelijkheden op het vlak van gezondheid, wordt een sociale gradiënt waargenomen met een progressieve toename van het gebruik van preventieve tandzorg naarmate het inkomensniveau van de wijk stijgt.

Het dalen op de sociale schaal betekent allereerst dat men geconfronteerd wordt met slechtere levens-, sociale, economische en milieumomstandigheden die grote gevolgen hebben voor de gezondheid. Inderdaad, "sociale ongelijkheden op gezondheidsgebied zijn in wezen het resultaat, het eindproduct van andere **structurele** sociale ongelijkheden die een land op een bepaald moment in zijn geschiedenis van economische ontwikkeling kenmerken" (Aiach & Fassin, 2004, p. 2225, eigen vertaling). Deze gezondheidsongelijkheden worden nog verergerd door de vele moeilijkheden die in België nog steeds bestaan om toegang te krijgen tot zorg. (Cès & Baeten, 2020). De actieterreinen zijn dus talrijk: inkomen, werkgelegenheid en arbeidsomstandigheden, huisvesting, onderwijs, omgeving (materieel, sociaal en cultureel), gezondheidszorg, enz. Sociale ongelijkheden op gezondheidsgebied blijven een belangrijke maatschappelijke uitdaging die op een alomvattende en holistische wijze moet worden aangepakt, met als risico een versnipperd en ongecoördineerd overheidsbeleid dat niet op alle sociale determinanten ingrijpt. Voor het verminderen van sociale ongelijkheden,

die “de **onrechtvaardige** en **vermijdbare** oorzaken zijn van gezondheidsproblemen bij de bevolking” (Van Oyen, et al., 2011, p. 8, eigen vertaling), is daarom de mobilisatie vereist van alle overheidsniveaus en alle sociale partners. De “**Health in All Policies**”-strategie van de Wereldgezondheidsorganisatie<sup>10</sup> wijst ons de weg.

Epigenetisch onderzoek toont aan dat gezondheid geen gegeven is bij de geboorte, maar gedurende het hele leven wordt opgebouwd afhankelijk van de ruimere omgeving, met inbegrip van de sociale omgeving. Het is aangetoond dat stressvolle levensomstandigheden biologische gevolgen hebben die de gezondheid verslechteren. Uit recent onderzoek blijkt dat bepaalde trauma's, zoals seksueel misbruik in de kindertijd of een laag inkomen, tot op moleculair niveau inwerken door de genexpressie te veranderen. De impact van psychologisch stressvolle gebeurtenissen, vooral tijdens de kindertijd, heeft negatieve gevolgen voor de gezondheid op volwassen leeftijd, los van andere mogelijke oorzaken (sociaaleconomisch niveau, opleiding, gedrag, enz.). Bovendien kunnen deze genetische veranderingen ook worden doorgegeven aan volgende generaties (Lang, et al., 2016).

Deze bevindingen nodigen ons uit om het begrip causaliteit in een dynamische benadering te herbekijken in relatie tot de biografie van het individu. Mensen die tijdens hun leven geconfronteerd worden met stressvolle omgevingen hebben meer kans op gezondheidsproblemen dan anderen. Hieruit blijkt hoe belangrijk het is om iets te doen aan de levensomstandigheden van mensen gezien de directe gevolgen daarvan voor hun gezondheid (bijvoorbeeld woonomstandigheden of milieuvervuiling) of indirect via chronische stress in verband met sociale problemen, vooral wanneer het inkomen ontoereikend is om in de basisbehoeften te voorzien. Dit betekent ook dat een gezondheidsbeleid dat zich beperkt tot ingrijpen op individueel gedrag, dat gemakkelijker waarneembaar is dan de levensomstandigheden, de belangrijkste oorzaken van de ongelijkheden op vlak van gezondheid, namelijk de ongunstige omstandigheden waarmee een groot deel van de bevolking gedurende zijn hele leven wordt geconfronteerd, zou verdoezelen.

Om de gezondheidsongelijkheden te verminderen, moet het beginsel van proportioneel universalisme de basis vormen voor alle maatregelen in het domein van de gezondheidszorg, zoals aanbevolen door Marmot: “Om de steilheid van de sociale gradiënt in gezondheid te verminderen, moeten **maatregelen universeel zijn, maar van een omvang en intensiteit die evenredig zijn aan het niveau van de achterstand**. Voor kwetsbare personen op economisch en sociaal vlak zijn waarschijnlijk intensievere maatregelen nodig, maar als we ons alleen op de meest kwetsbaren richten, wordt de gezondheidsgradiënt niet kleiner en wordt slechts een klein deel van het probleem aangepakt” (Marmot, 2010, p. 10, eigen vertaling).

Om de toegang tot de zorg te verbeteren, moet grondig worden nagedacht over de wijze waarop het zorgaanbod wordt georganiseerd volgens de behoeften van de bevolking. Het beginsel van **proportioneel universalisme** moet als leidraad dienen voor hervormingen ter verbetering van de toegang tot zorg op de vier gebieden: gevoeligheid voor zorgbehoeften, beschikbaarheid van gezondheidsdiensten, betaalbaarheid en aanvaardbaarheid (Cès, 2021). Net als bij sociale ongelijkheden op gezondheidsgebied kan worden gesteld dat de belemmeringen voor de toegang tot zorg toenemen naarmate de sociale kwetsbaarheid toeneemt. Wat de verbetering van de **gevoeligheid** voor zorgbehoeften betreft, tonen onze resultaten aan de hand van diverse indicatoren (oversterfte, diabetes, cardiovasculaire problemen) aan dat wij niet gelijk zijn qua risico's/zorgbehoeften en dat het dus van essentieel belang is met deze verschillen in behoeften rekening te houden om een vermindering van de gezondheidsongelijkheden te bewerkstelligen, te beginnen met de vroegtijdige opsporing van gezondheidsproblemen. Hoe kunnen bijvoorbeeld, gezien de zeer ongelijke verdeling van het risico op diabetes over de bevolking, gedifferentieerde maatregelen worden genomen om de groepen met een hoger risico meer/intensiever te screenen? Gezien het belang van sociale risico's voor de gezondheid is het van essentieel belang dat de praktijk en het klinisch onderzoek in het diagnostisch proces ter discussie worden gesteld. De toegenomen zorgbehoeften van personen in kwetsbare situaties moeten vroeg genoeg worden opgespoord. Dit zou kunnen worden geïntegreerd in de opleiding van zorgverleners om sociale gezondheidsrisico's beter te identificeren en zo een adequatere screening en follow-up te bevorderen. Er moet re-

10 De Wereldgezondheidsorganisatie definieert deze strategie als “een benadering van het overheidsbeleid in alle sectoren waarbij systematisch rekening wordt gehouden met de gevolgen van beslissingen voor de gezondheid, synergieën worden gezocht en nadelige gevolgen voor de gezondheid worden vermeden, teneinde de gezondheid van de bevolking en de gelijkheid op gezondheidsgebied te verbeteren”. Zij vergroot de verantwoordelijkheid van beleidsmakers voor de gezondheidseffecten op alle niveaus van de beleidsvorming. Zij richt zich op de gevolgen van overheidsbeleid voor gezondheidssystemen, gezondheidsdeterminanten en welzijn” (WHO, 2014, p. 2, eigen vertaling).

kening worden gehouden met sociale risico's om de zorg aan te passen aan het profiel van de patiënt. Aan de kant van de patiënten moet bij de bewustmaking van de noodzaak van preventieve zorg in de bevolking ook beter rekening worden gehouden met de verschillen in risico van de verschillende groepen, om structureel ondergebruik, dat des te schadelijker is voor de groepen met het grootste risico, tegen te gaan. Mensen in kansarmoede ondervinden meerdere moeilijkheden om in hun basisbehoeften (voedsel, onderdak, verwarming, enz.) te voorzien en zijn dus minder beschikbaar om in hun preventieve zorgbehoeften te voorzien. Door de zorg gratis (of goedkoop) te maken, verdwijnt het probleem van de toegankelijkheid niet: zoals in het geval van de screening op borstkanker, waar het gratis gemeenschapsprogramma vrouwen in economisch kwetsbare situaties niet in staat stelt evenveel gebruik te maken van screening als andere sectoren van de bevolking. De inspanningen die worden of moeten worden geleverd om de geletterdheid te verbeteren, moeten ook uitdrukkelijk betrekking hebben op het vermogen om iemands behoefte aan zorg te identificeren. Het niveau van gezondheidsgelletterdheid<sup>11</sup> is echter lager naarmate men zich lager op de sociale schaal bevindt (Avalosse, et al., 2017, p.39).

Het bestaan van gezondheidsongelijkheden betekent ook dat de zorgbehoeften van de bevolking ongelijk over het grondgebied zijn verdeeld. Daarom moet het zorgaanbod beter geografisch worden verdeeld volgens de zorgbehoeften van de plaatselijke bevolking om ervoor te zorgen dat de gezondheidszorgdiensten **beschikbaar zijn** voor iedereen, zonder discriminatie. Het zorgaanbod moet zodanig worden gedimensioneerd dat de beschikbaarheid van adequate diensten overeenkomstig de behoeften van de plaatselijke bevolking gewaarborgd is (bijvoorbeeld de uitbouw van het aanbod van wijkgezondheidscentra, spoeddiensten, aanpassing van de ziekenhuiscapaciteit in een geografisch gebied aan het sociaaleconomisch profiel van de plaatselijke bevolking, in kansarme buurten, enz.) om overbezetting van diensten, wachtlijsten of overbelasting van gezondheidswerkers te voorkomen. Uit onze resultaten blijkt vooral hoe essentieel het is om de beschikbaarheid van diensten te garanderen om een gedifferentieerde *follow-up* in het ziekenhuis te garanderen, om rekening te houden met sociale gezondheidsrisicofactoren. Meer standaardisering van de zorg, waarbij geen

rekening wordt gehouden met sociale situaties, dreigt de gezondheidsongelijkheden verder te vergroten. Ten slotte moet er ook voor worden gezorgd dat de zorg beschikbaar is in functie van de behoeften, zodat een dualiteit wordt vermeden tussen kwetsbare groepen en andere groepen, die niet strookt met de realiteit van de behoeften van de bevolking.

Wat de **betaalbaarheid** betreft, moet ervoor worden gezorgd dat er geen dichotomisch beleid wordt gevoerd, met maatregelen die alleen gericht zijn op de financieel meest kwetsbare groepen, maar wel een progressief beleid, dat geleidelijk rekening houdt met de variabiliteit van de financiële draagkracht en de zorgbehoeften binnen de bevolking. De zwaarst getroffen moeten voldoende worden beschermd tegen het financiële risico van de gezondheidszorg, zodat zij geen financiële lasten dragen of noodzakelijke gezondheidszorg uitstellen. Hoewel recente maatregelen ter verbetering van de financiële toegang (bijvoorbeeld de opheffing van het verbod op het toepassen van de derdebetalersregeling bij ambulante zorg, het niet-indexeren van de inkomensplafonds voor de maximumfactuur, de afwezigheid van remgeld in de ambulante zorg voor personen jonger dan 25 jaar met het statuut van rechthebbende op verhoogde tegemoetkoming) zijn belangrijke vorderingen, moeten de inspanningen de komende jaren worden voortgezet, gezien de omvang van de bedragen die ten laste blijven van de patiënten (onder meer voor ziekenhuisopname, voor geneesmiddelen, of zelfs voor tariefoverschrijdingen die in bepaalde disciplines met een lage conventioneeringsgraad moeilijk te vermijden zijn). Zo wordt de onderbenutting van preventieve tandzorg waarschijnlijk gedeeltelijk verklaard door het feit dat mensen bang zijn de curatieve tandzorg niet te kunnen betalen en dat tandartsen ook weinig geconventioneerd zijn (De Wolf, et al., 2020). Een betere samenhang van de financiële toegangsvoorwaarden zou een betere leesbaarheid van de organisatie van de gezondheidszorg en dus een betere toegang mogelijk maken. Door de huidige economische crisis bestaat het risico dat een groter deel van de bevolking niet in zijn behoeften van gezondheidszorg kan voorzien omdat het de gezondheidszorg niet kan betalen, en dat de ziekste mensen nog meer worden getroffen.

Ten slotte blijkt uit deze resultaten ook hoe belangrijk het is dat zorg wordt verleend die voor iedereen aanvaardbaar

11 Dit concept wordt gedefinieerd als «de kennis, motivatie en vaardigheden van personen om toegang te krijgen tot gezondheidsinformatie, deze te begrijpen, te evalueren en te gebruiken om in het dagelijks leven oordelen te vellen en beslissingen te nemen over gezondheid, ziektepreventie en gezondheidsbevordering, teneinde de levenskwaliteit te handhaven of te verbeteren» (Sørensen, et al., 2012, eigen vertaling).

is, dit wil zeggen dat er een kwaliteitsniveau moet zijn dat door mensen als minimum wordt geaccepteerd om zorg te zoeken. Mensen in kwetsbare sociaaleconomische situaties moeten kunnen rekenen op een voldoende luisterend oor en begrip bij de zorgverleners, zodat zij de zorg en de wijze waarop deze wordt verstrekt, kunnen aanpassen aan hun persoonlijke situatie. Door hun ervaring met kansarme groepen ontwikkelen wijkgezondheidscentra hun eigen deskundigheid op basis van hun kennis van en inzicht in de moeilijkheden die zij dagelijks ondervinden (Cès & Baeten, 2020). Dit betekent dat gezondheidswerkers voldoende bewust moeten worden gemaakt van en getraind moeten zijn in sociale moeilijkheden om hun praktijk te kunnen aanpassen, of het nu gaat om communicatie, therapeutische keuzes of *follow-up*. Dit betekent eerst en vooral het bestrijden van stigmatisering, die meer in het algemeen wordt erkend als een fundamentele oorzaak van gezondheidsverschillen (Hatzenbuehler, et al., 2013). In de gezondheidszorg bijvoorbeeld, hebben vooroordelen en bepaalde overtuigingen of stereotypen over obesitas een invloed op de houding van gezondheidswerkers, die contraproductief kan werken (Taluuma, et al., 2022). Om uitstel of afstel van zorg te bestrijden, moet naast de kwestie van de aanvaardbaarheid van de zorg, ook het vermogen om voor de ander te zorgen zonder het anders-zijn te beoordelen, in al zijn verschillen, worden erkend als een centraal bestanddeel van de therapeutische effectiviteit. De ontwikkeling van empathie, “het vermogen om de ervaringen van anderen te begrijpen en dat begrip over te brengen, is essentieel voor de therapeutische effectiviteit” (Taluuma, et al., 2022, eigen vertaling).

Zo wordt in het regeerakkoord van de huidige federale regering expliciet een ambitieuze doelstelling geformuleerd om de gezondheidsongelijkheden te verminderen: “tegen 2030 de gezondheidskloof tussen mensen met de hoogste en de laagste gezonde levensverwachting met minstens 25% verkleinen, het aantal vermijdbare sterfgevallen met 15% terugdringen en terugkeren naar de Europese ‘top 10’ wat betreft het aantal gezonde levensjaren, en tegelijk een hoge toegankelijkheid en een goede dekking garanderen” (Regeerakkoord, 2020, p. 14). Een dergelijke verbintenis moet echter worden omgezet in concrete maatregelen om de ongelijkheden te verminderen. Onze studie biedt in het bijzonder een gelegenheid om *SMART*-doelstellingen op het gebied van de aanpak van gezondheidsongelijkheden te overwegen teneinde het gezondheids- en gezondheidszorgbeleid te sturen en te coördineren (Cès, 2022), zoals:

- Het verschil in risico op overlijden (ongeacht de oorzaak) tussen de bevolking in de armste wijken (het eerste inkomensdeciel) en de totale bevolking binnen tien jaar met 20% verminderen (een verschil van bijna 29% in 2019).
- Het verschil in diabetesrisico tussen de bevolking in de armste wijken (het eerste inkomensdeciel) en de totale bevolking binnen tien jaar met 20% verminderen (25% verschil in 2019).

Onze indicatoren zijn samengesteld op basis van gegevens die betrekking hebben op CM-leden, dit wil zeggen op basis van gegevens van 4,5 miljoen leden, en leveren robuuste resultaten op. Het is ook belangrijk te benadrukken dat onze resultaten aantonen hoe essentieel het is om over representatieve gegevens op sociaaleconomisch niveau te beschikken om de omvang van de gezondheidsproblemen bij de bevolking in kaart te brengen. Een ondervertegenwoordiging van mensen in kansarmoede leidt *de facto* tot een onderschatting van de prevalentie van gezondheidsproblemen op bevolkingsniveau.

## 6. Conclusie

In dit artikel hebben we de ongelijkheden in gezondheid en zorggebruik willen meten. Meer bepaald hebben wij de economische ongelijkheden gemeten door de wijken waarin onze leden wonen in te delen volgens het niveau van het fiscaal inkomen. Onze resultaten zijn ondubbelzinnig: we zijn niet gelijk als het gaat om dood en (slechte) gezondheid, we maken niet op dezelfde manier gebruik van gezondheidszorg. En dit gaat steevast ten koste van arme bevolkingsgroepen: hoe kwetsbaarder de wijk, hoe slechter de gezondheidstoestand en hoe hoger het risico om binnen een jaar te sterven (ongeacht de oorzaak). De nieuwe methodologie die in deze studie wordt gebruikt, waarbij tien klassen van statistische sectoren worden onderscheiden, maakt het ook mogelijk om het bestaan van al dan niet lineaire ongelijkheden aan te tonen op het vlak van gezondheid en gebruik van gezondheidszorg. De soms zeer uitgesproken verschillen voor de situaties van extreme armoede tonen aan dat – onder een bepaalde inkomensdrempel - de gezondheidsrisico's veel groter zijn in vergelijking met de rest van de bevolking. Dit toont aan dat een bepaald minimuminkomen essentieel is om “voldoende” levensomstandigheden te verzekeren die een goede gezondheid garanderen.

Deze ongelijkheden op vlak van gezondheid zijn niet onvermijdelijk: ze zijn helemaal niet 'natuurlijk', maar eerder 'veroorzaakt' aangezien ze het resultaat zijn van alle andere ongelijkheden waarmee onze samenleving wordt geconfronteerd. Ze verminderen zou ieders doel moeten zijn. Om dat te bereiken, moeten we ingrijpen op alle gezondheidsdeterminanten en niet alleen op het gezondheidssysteem. Want "de sociale ongelijkheden op gezondheidsgebied zijn hoofdzakelijk te wijten aan factoren die losstaan van het gezondheidssysteem, dit wil zeggen aan de levensomstandigheden en de levensstijl van de mensen. Ze zijn dus grotendeels het resultaat van maatschappelijke keuzes op het gebied van werkgelegenheid en huisvesting, onderwijs en belastingen" (Aïach & Fassin, 2004, p. 2226, eigen vertaling).

Gezien de afwezigheid van een krachtige en gecoördineerde beleidsreactie, moet het risico van de huidige economische crisis voor de volksgezondheid worden benadrukt, om te voorkomen dat de economische ongelijkheid toeneemt. Ten slotte dwingt de grote ecologische crisis waarmee wij allen worden geconfronteerd ons ertoe onze prioriteiten te herzien. Wat willen we als samenleving? Moeten we economische groei doelstellingen blijven nastreven? Of moeten we ons in plaats daarvan niet eerder richten op gezondheids- en welzijnsdoelen? (Laurent, 2020).

## Bibliografie

- Aïach, P., & Fassin, D. (2004). L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *La revue du praticien*, 54, 2221-2227.
- Avalosse, H., Gillis, O., Cornelis, K., & Mertens, R. (2009). Gezondheidsongelijkheid in België: de harde cijfers. Vaststellingen op basis van de gegevens van de ziekenfondsen. *Belgisch Tijdschrift voor sociale zekerheid*, 1, 145-170.
- Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J., Allaoui, E., & Di Zinno, T. (2019). *Ongelijkheid in gezondheid*. Brussel: Inter mutualistisch Agentschap.
- Avalosse, H., Vancorenland, S., & Verniest, R. (2015). De gezondheidsongelijkheid bij CM leden: stilstaan is achteruitgaan. *CM-Informatie*, 262, 26-39.
- Avalosse, H., Verniest, R., Vancorenland, S., De Cock, S., Gérard, F., Cornerotte, S., & Van den Broucke, S. (2017). Gezondheidsvaardigheden en informatiebronnen. *CM-Informatie*, 267, 33-47.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system?* Health Services Research (HSR). KCE Reports 334B. D/2020/10.273/30. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Bourguignon, M., Damiens, J., Doignon, Y., Eggerickx, T., Fontaine, S., Lusyne, P., et al. (2021). *Variations spatiales et sociodémographiques de mortalité de 2020-2021 en Belgique. L'effet de la pandémie Covid-19*, Document de travail 27. Louvain-la-Neuve: Centre de recherche en démographie.
- Cès, S., & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Brussels: European Social Observatory.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Cès, S. (2022). Co-constructie van het beleid inzake gezondheidszorg. *Gezondheid & Samenleving*, 2, 18-37.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., Maertens de Noordhout, C., Devleeschauwer, B., Haelterman, M., Léonard, C., & Meeus, P. (2019). *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019*. Health Services Research (HSR). KCE Reports 313A. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- De Wolf, F., Willaert, D., Landtmeters, B., Lona, M., Vandeleene, G., & Rygaert, X. (2020). *Volume van de ambulante activiteit volgens conventionering*. Brussel: Inter mutualistisch Agentschap.
- Fédération des Maisons Médicales. (2013). *La charte des Maisons médicales*. Bruxelles.
- Hatzenbuehler, M., Phelan, J., & Link, B. (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821.
- Lang, T., Kelly-Irving, M., Lamy, S., Lepage, B., & Delpierre, C. (2016). Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ? *Revue Santé publique*, 2(28), 169-179.



- Laurent, E. (2020). *Et si la santé guidait le monde ? L'espérance de vie vaut mieux que la croissance*. Paris: LLL (Les Liens qui libèrent).
- Mackenbach, J., Stirbu, I., Roskam, A.-J., Schaap, M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries. *The New England Journal of Medicine*, 358, 2468-2481.
- Marmot, M. (2004). *Status Syndrome*. London: Bloomsbury.
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010*. Executive Summary.
- Noirhomme, C. (2022). Hoe toegankelijk is psychologische opvolging in België? Analyse van het gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg door CM-leden. *Gezondheid & Samenleving*, 3, 28-51.
- Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad (2022). *Welzijnsbarometer 2021*. Brussel: Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.
- Regeerakkoord. (30-09-2020). *Voor een welvarend, solidair en duurzaam België*.
- Sholokhova, S. (2021). Visie, structuur en financiering van de preventie en gezondheidsbevordering in België. *CM-Informatie*, 283, 42-57.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project Europe. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80).
- STATBEL. (2022). *Fiscale inkomens*. Geraadpleegd op 29-09-2022, op <https://statbel.fgov.be>: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/fiscale-inkomens>
- Taluuma, B., Brown, A., Batterham, RL, & Kalea AZ. (2022). Effective strategies in ending weight stigma in healthcare. *Obesity review*, 23(10), e13494.
- Van Oyen, H., Deboosere, P., Lorant, V., & Charafeddine, R. (2011). *Sociale ongelijkheden in gezondheid in België*. Gent: Academia Press.
- WHO. (2014). *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 Juni 2013.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2010). *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. London: Penguin.

