

## Sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid: vaststellingen op basis van de gegevens van de ziekenfondsen

Hervé Avalosse, Olivier Gillis, Koen Cornelis, Raf Mertens  
Afdeling Onderzoek en Ontwikkeling

Juli 2008

### Samenvatting

#### **DOEL**

De sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid zijn een bekend fenomeen. In België werden die onder de aandacht gebracht via **gezondheidsenquêtes door interviews** bij een steekproef van  $\pm 10.000$  mensen. De onderzoekers baseerden zich hierbij op de informatie **die door de geïnterviewden zelf werd gegeven** (subjectieve gezondheidstoestand, levensstijl, gebruik van gezondheidszorg).

Met deze studie willen we **die ongelijkheden aantonen en meten op basis van objectieve gegevens voor 4,5 miljoen mensen**, die bij de Christelijke Mutualiteiten zijn aangesloten. Hoewel de gegevens van de ziekenfondsen niet de eigenlijke diagnoses, noch gegevens over de inkomsten of het studieniveau van de leden bevatten, kunnen we het bovenstaande doel bereiken aan de hand van de factureringsgegevens en de fiscale statistieken van het Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS).

#### **METHODE**

Voor de gezondheidsindicatoren maken we gebruik van de **administratieve gegevens en de verstrekkingen op het vlak van de gezondheidszorg die door de ziekte- en invaliditeitsverzekering worden terugbetaald**. Die informatiebron biedt ons een overzicht van verschillende gebeurtenissen die met de gezondheid verband houden: opname in het ziekenhuis, verbruik van bepaalde types zorgen of geneesmiddelen, overlijden, arbeidsongeschiktheid enz... De frequentie van die gebeurtenissen wordt gemeten met behulp van gestandaardiseerde indexen.

Bij het samenstellen van een sociale ladder dient men gebruik te maken van **fiscale statistieken gerelateerd aan de statistische sectoren** (geografische eenheid ter grootte van een wijk). Doordat we de domicilie kennen van onze leden, kunnen we een sociale ladder samenstellen bestaande uit vijf klassen statistische sectoren, ingedeeld van de laagste tot de hoogste fiscale inkomsten (gebaseerd op de mediaan van een statistische sector). De limieten van die vijf klassen werden zo bepaald, dat elke klasse overeenstemt met 20% van de Belgische bevolking (deel van de bevolking dat inkomsten heeft aangegeven).

Alle verwerkte gegevens hebben betrekking op het jaar 2006 en de cohorte van de leden van de CM tijdens die periode.

#### **RESULTATEN**

Onze studie bevestigt dat er wel degelijk uitgesproken ongelijkheden bestaan. Zo is het risico binnen het jaar te overlijden 45% hoger voor de zwakste klasse dan voor de hoogste klasse, terwijl de waarschijnlijkheid dat men thuis zal overlijden 24% lager is voor de zwakste klasse. In de volgende tabel worden een aantal opvallende resultaten weergegeven.

Gebeurtenissen in de loop van het jaar 2006	Gestandaardiseerde index voor de klasse		Ratio (1) / (2)
	zwakste (1)	hoogste (2)	
Sterftecijfer	121,0	83,4	1,45
Overlijden thuis	82,9	109,6	0,76
Arbeidsongeschiktheid (minstens 30 dagen)	124,7	80,6	1,55
Invalide worden	132,8	80	1,66
Opname in een psychiatrische instelling of in de (neuro)psych. dienst van een algemeen ziekenhuis	158,5	72,4	2,19
Preventieve tandheelkundige zorgen	72,4	113,6	0,64
Facturering van een forfait voor dingende zorgen	143,4	87,5	1,64

## CONCLUSIE

*Deze objectieve resultaten zijn belangrijk. Ze tonen namelijk op een onweerlegbare manier aan dat er binnen de Belgische bevolking wel degelijk sociale ongelijkheden bestaan op het vlak van gezondheid. Op basis van de gegevens van de ziekenfondsen kunnen we die ongelijkheden en de impact van eventuele maatregelen op dat vlak op een regelmatige manier opvolgen en evalueren.*

***Sleutelwoorden:** sociale ongelijkheden, gezondheidstoestand, sterftecijfer, ziektecijfer, gezondheidszorg, statistische sectoren, belastbaar inkomen.*

## 1. Inleiding

Wanneer men het over sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid heeft, verwijst men naar het feit dat de gezondheid een sociale gradiënt volgt: naarmate de sociaaleconomische positie afneemt, is er een tendens tot slechtere gezondheidstoestand en kleinere levensverwachting. Die tendens werd eerder al in verschillende studies aangetoond. Voor België wijzen de resultaten<sup>1</sup> van de verschillende gezondheidsenquêtes op basis van interviews (1997, 2001 en 2004) duidelijk in die richting. Net zoals de meeste studies op dit vlak zijn deze gezondheidsenquêtes gebaseerd op de verklaringen en de informatie die bij verschillende steekproeven van de bevolking werden verzameld.

De benadering van deze studie heeft tot doel om de ongelijkheden binnen de volledige populatie van CM-leden te meten en aan te tonen. Hierbij worden de gegevens die de Christelijke Mutualiteiten (CM) in hun bezit hebben, zo optimaal mogelijk benut. Hiervoor dienen twee types indicatoren met elkaar in verband te worden gebracht:

- een indicator met betrekking tot gezondheid: hiervoor gebruiken we de administratieve informatie en de informatie over het verbruik van de gezondheidszorg;
- een sociale stratificatieschaal: via de fiscale statistieken gerelateerd aan de statistische sectoren waar onze leden wonen.

Omwille van het gebruik van de gegevensbestanden van de CM

is de gevolgde methode *systematisch* (alle leden van de CM, alle administratieve gegevens en alle gegevens met betrekking tot het verbruik van de gezondheidszorg), gebaseerd op *reële* geregistreerde en in het kader van een beheerssysteem gecontroleerde gegevens, en ieder jaar *herhaalbaar*. Het is dan ook mogelijk om de initiatieven en de maatregelen die worden genomen om die ongelijkheden te beperken, zo nauwgezet mogelijk te volgen en te evalueren. Dit zijn reële voordelen in vergelijking met de gezondheidsenquêtes die worden uitgevoerd op basis van steekproeven (van de orde van 10.000 personen), die iedere drie tot vier jaar worden uitgevoerd, en die gebaseerd zijn op de verklaringen van de respondenten.

De sociale gradiënten waarop we de aandacht vestigen zijn niet allemaal spectaculair. Ze tonen echter wel allemaal de volgende onrustwekkende waarheid aan (zeker gezien de middelen die aan ons stelsel van gezondheidszorg worden toegekend): we zijn niet allemaal gelijk op vlak van gezondheid; de minst begunstigde sociale klassen blijken al te vaak de laagste 'scores' te behalen.

**We zijn niet allemaal gelijk op vlak van gezondheid; de minst begunstigde sociale klassen blijken al te vaak de laagste 'scores' te behalen.**

<sup>1</sup> Beschikbaar op: <http://www.iph.fgov.be/epidemiop/inl/index4.htm>.

## 2. Methode

De toegepaste methode moet een sociale ladder en gezondheidsindicatoren met elkaar combineren. We beschrijven eerst deze begrippen en de manier waarop we te werk zijn gegaan om een sociale ladder met vijf klassen met stijgende waarde samen te stellen. Vervolgens bespreken we de gezondheidsindicatoren die we hebben gekozen.

### 2.1. Samenstelling van een sociale ladder

Meestal moet de sociale stratificatie het inkomensniveau en/of het studieniveau van de bevolking weerspiegelen. Aangezien de ziekenfondsen niet beschikken over volledige gegevens over de inkomsten van hun leden en geen enkel gegeven over hun diploma's, moeten we op een andere manier te werk gaan. We stellen een sociale ladder samen met behulp van bestaande fiscale statistieken op het niveau van de statistische sectoren.

#### 2.1.1. Statistische sectoren en belastbare inkomens

Een statistische sector is een kleine geografische eenheid ter grootte van een wijk. Het volledige Belgische grondgebied is in 20.000 statistische sectoren opgedeeld (die verspreid zijn over de 589 gemeenten van het koninkrijk). Het Nationaal Instituut voor de Statistiek (NIS) beschikt over statistische reeksen over de belastbare inkomens per statistische sector. Met *belastbaar* bedoelt men hier het **totaal netto belastbare inkomen**<sup>2</sup>.

De beschikbare statistische reeksen omvatten:

1° het **gemiddeld inkomen** (= som van de totale netto belastbare inkomens gedeeld door het aantal belastingaangiften waarmee rekening werd gehouden);

2° het **mediaan inkomen** (= bedrag van de belastingaangifte die de reeks in tweeën verdeelt, waarbij de aangiften worden geklasseerd van de laagste naar de hoogste waarde).

Voor iedere statistische sector beschikt men dus wel degelijk over een indicatie van de 'rijkdom' van degenen die er wonen, in zoverre ze tenminste een belastingaangifte invullen. Op basis van de domicilie van onze leden kunnen we de statistische sector terugvinden waar ze wonen. Via de statistische sector ten slotte wordt een inkomensniveau toegekend (gemiddeld of mediaan).

#### 2.1.2. Sociale ladder in vijf klassen

Voor deze specifieke studie geven we de voorkeur aan de mediane inkomens van de statistische sectoren als indicatie voor de rijkdom (de mediaan van een reeks is immers niet gevoelig voor extreme waarden). De statistieken van het NIS die werden gebruikt, stemmen overeen met de belastingaangiften voor 2006 (die dus betrekking hebben op de inkomsten van 2005). We vatten die informatie samen en stellen op basis daarvan vijf klassen van statistische sectoren

samen, die worden gerangschikt van het laagste tot het hoogste mediaan inkomen.

De limieten van de klassen worden zo vastgelegd, dat iedere klasse 20% van de belastingaangiften op nationaal niveau bevat. **De 1ste klasse stemt overeen met de statistische sectoren waarvan de mediane inkomens het laagst liggen** (onze interpretatie: de wijken waar de minst begunstigde bevolkingsgroepen zich concentreren) en **de 5de de statistische sectoren waar de mediane inkomsten het hoogst liggen** (onze interpretatie: de wijken waar de meest begunstigde bevolkingsgroepen zich concentreren).

De CM-leden (voor het jaar 2006) worden vervolgens in functie van hun woonplaats in de vijf klassen ingedeeld (Tabel 1). Ongeveer 3,3% van de leden kan niet in die indeling worden ondergebracht. Daar bestaan twee redenen voor: de statistische sector kan niet op basis van het adres worden teruggevonden of er werd geen mediaan inkomen berekend voor de betreffende statistische sector<sup>3</sup>. Bij de gedetailleerde inventarisatie van de resultaten worden de eerste en de vijfde klasse respectievelijk de 'zwakste' of de 'laagste' en 'de hoogste klasse' genoemd.

**Tabel 1: Indeling van de leden van de CM in de vijf klassen van de statistische sectoren**

	Leden van de CM	
<b>Geen indeling</b>	149.428	<b>3,3 %</b>
<b>1. laagste</b>	542.652	<b>12,1 %</b>
<b>2. lage</b>	775.179	<b>17,3 %</b>
<b>3. gemiddelde</b>	924.381	<b>20,6 %</b>
<b>4. hoge</b>	1.025.168	<b>22,8 %</b>
<b>5. hoogste</b>	1.073.867	<b>23,9 %</b>
<b>GEHEEL =</b>	<b>4.490.675</b>	<b>100,0 %</b>

Het grootste nadeel is het feit dat we niet beschikken over een sociale ladder die op de individuele inkomens is gebaseerd, maar wel op een schatting via de 'waarde' van de statistische sectoren waar de leden wonen. Binnen dezelfde statistische sector kunnen er grote verschillen bestaan in de rijkdom van de families die er wonen.

### 2.2. Gezondheidsindicatoren: gestandaardiseerde index

Een ziekenfonds beheert de ziekteverzekering van zijn leden en beschikt in die hoedanigheid niet over diagnosegegevens over zijn leden. De gegevens die we in ons bezit hebben, laten ons evenwel toe om verschillende gebeurtenissen met betrekking tot de gezondheid onder de aandacht te brengen. Die gebeurtenissen zijn: 1° rechtstreeks *afgeleid* van de administratieve gegevens (bv.: overlijden, primaire ongeschiktheid, invaliditeitsstatuut, opname in het ziekenhuis, Globaal Medisch Dossier enz.); 2° *samengesteld* op basis van de codes van de gezondheids-

<sup>2</sup>Op de site van het NIS is de volgende definitie opgenomen: "Het **totaal netto belastbaar inkomen** bestaat uit alle netto inkomsten min de aftrekbare uitgaven. Het geheel van netto inkomsten is de som van alle netto inkomsten uit de categorieën inkomsten van onroerende goederen, inkomsten en opbrengsten van roerende goederen en kapitalen, bedrijfsinkomsten en diverse inkomsten." Beschikbaar op: <http://statbel.fgov.be/surveys/fisc.asp>.

<sup>3</sup>Wanneer er te weinig belastingaangiften zijn, wordt geen gemiddeld of mediaan inkomen berekend. Het NIS heeft de limiet hiervoor op 20 belastingaangiften vastgelegd.

verstrekkingen die aanleiding geven tot de terugbetaling van het deel van de ziekteverzekering (bv.: tandheelkundige zorgen genoten, een contact gehad met een huisarts, een bepaalde categorie geneesmiddelen hebben verbruikt,...).

Op basis van die sociale ladder met vijf klassen kunnen we nagaan in welke mate de gebeurtenissen die verband houden met de gezondheid, een sociale gradiënt volgen. In dit verband gebruiken we het begrip *gestandaardiseerde index* als indicator. Voor een gebeurtenis zoals 'overlijden in de loop van het jaar 2006' berekenen we de gestandaardiseerde index voor het sterftecijfer (*Standardized Mortality Ratio - SMR*) voor de vijf klassen die hierboven werden beschreven. De gestandaardiseerde index wordt verkregen dankzij een onrechtstreekse standaardisatie<sup>4</sup>, zodat rekening kan worden gehouden met het 'profiel', de bijzondere structuur van de populatie binnen iedere klasse. Tenzij anders vermeld, zijn de parameters voor de standaardisatie de leeftijd, het geslacht en het gewest (Wallonië, Vlaanderen, Brussel) waar de statistische sector van de woonplaats gelegen is.

De gestandaardiseerde index wordt berekend voor iedere klasse van onze sociale ladder. Hij geeft dan de verhouding weer tussen het aantal **waargenomen** gebeurtenissen en het aantal **verwachte** gebeurtenissen (volgens de klassengrootte, het specifieke profiel van de populatie van de betreffende klasse en door de toepassing van de overeenstemmende percentages van de referentiepopulatie). Doordat voor de referentiepopulatie de waarde van de index op 100 werd vastgelegd, betekent een gestandaardiseerde index van 130 voor een bepaalde gebeurtenis en voor een bepaalde klasse dat de frequentie van die gebeurtenis in die klasse 30% hoger ligt dan bij de referentiepopulatie.

### 3. Resultaten

De resultaten van onze analyses worden in de afbeeldingen 1 tot 10 grafisch weergegeven. Gelieve er wel rekening mee te houden dat de schaal van de gestandaardiseerde index verschilt van afbeelding tot afbeelding en dat de referentiepopulatie kan variëren van curve tot curve. In de mate dat ze zichtbaar zijn, geven we ook het betrouwbaarheidsinterval (op 95%) rond de waarde van de gestandaardiseerde index.

#### 3.1. Gezondheidstoestand

##### 3.1.1. Sterftecijfer en plaats van overlijden (Figuur 1)

De gradiënt voor het sterftecijfer is bijzonder sterk: we stellen vast dat de mensen die tot de zwakste klasse behoren, een 21% hoger risico op overlijden vertonen dan de referentiepopulatie (alle leden). In vergelijking met de hoogste klasse ligt het risico op overlijden 45% hoger.

Er worden ook sociale ongelijkheden vastgesteld op het vlak van de plaats van overlijden. Hoe lager de sociale klasse, des te hoger is de frequentie van overlijden in een verzorgingsinstelling (en dus niet thuis). Met een verzorgingsinstelling bedoelen we hier een ziekenhuis, een rusthuis of een verzorgingstehuis. Hieruit kunnen we afleiden dat mensen die tot de zwakste klasse behoren, 17 en 24% minder kans hebben om thuis te overlijden, in vergelijking met respectievelijk de referentiepopulatie (overlijdens in 2006) en de mensen die tot de hoogste klasse behoren.

Dit kan gedeeltelijk worden verklaard door het feit dat mensen uit de minder begunstigde klassen zich minder diensten voor hulp en verzorging thuis kunnen veroorloven. Een ander element dat hierin een rol zou kunnen spelen, heeft betrekking op het sociaal netwerk. De Boyser en Levecque (2007) wezen in dit verband op het feit dat mensen uit minder begunstigde sociaaleconomische klassen minder op hun sociaal netwerk kunnen rekenen. Mogelijk kunnen ze op een bepaalde leeftijd minder rekenen op hun omgeving voor hulp in het dagelijkse leven thuis.

Mensen uit minder begunstigde sociaaleconomische klassen kunnen minder rekenen op hun sociaal netwerk.

##### 3.1.2. Ziektecijfer

Het ziektecijfer kan worden geschat op basis van het aantal mensen in een populatie die gedurende een bepaalde periode (meestal een jaar) aan een bepaalde ziekte lijden. Verschillende gebeurtenissen kunnen het voorwerp uitmaken van zo'n benadering. In het kader van dit artikel stellen we er vier voor: broncho-pulmonaire ziekten, cardiovasculaire ziekten, primaire arbeidsongeschiktheid en de overgang naar de status van invaliditeit.

##### a. Broncho-pulmonaire en cardiovasculaire ziekten (Figuur 2)

De CM-leden die met deze pathologieën worden geconfronteerd, werden opgespoord op basis van hun geneesmiddelenverbruik (gebaseerd op het volume geschat in DDD<sup>5</sup> van geneesmiddelen gerelateerd aan bepaalde ATC-codes). We vermelden er hier bij dat voor deze studie alleen rekening werd gehouden met de terugbetaalbare farmaceutische specialiteiten die door openbare officina's werden geleverd (farmanet-circuit). Mensen die minstens 90 DDD verbruikten voor de geselecteerde ATC-codes, worden beschouwd als mensen die aan de ziekte in kwestie lijden.

Chronisch Obstructief Longlijden (COPD) is een ziekte die voornamelijk wordt veroorzaakt door roken (in 80 tot 90% van de gevallen). Ze wordt gekenmerkt door een langzame en geleidelijke obstructie van de luchtwegen. Dit is een ernstige aandoening (een van de belangrijkste doodsoorzaken wereldwijd), die de patiënt erg ziek maakt<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> Deze methode werd ook toegepast voor de analyse van de gewestelijke verschillen in het verbruik in Cornelis (2005), Avalosse et al. (2008).

<sup>5</sup> De DDD ('Defined Daily Dose' of 'Gemiddelde Dagelijkse Dosis') is een meetinstrument dat met de ATC-classificatie verbonden is (classificatie die door de WHO werd opgesteld). De WHO definieert de DDD als de veronderstelde gemiddelde dagelijkse dosis voor een geneesmiddel dat wordt gebruikt voor de hoofdindicatie bij een volwassene (Bron: RIZIV).

<sup>6</sup> Volgens [http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art\\_id=2002](http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=2002).

Onze analyse toont aan dat het risico op COPD<sup>7</sup> een sociale gradiënt volgt. De prevalentie die in de zwakste klasse wordt vastgesteld, ligt immers 8% hoger dan in de referentiepopulatie (mensen van meer dan 50 jaar) en 15% hoger dan in de hoogste klasse. Deze sociale gradiënt is toe te schrijven aan het feit dat mensen uit minder begunstigde sociale groepen meer en al langer roken<sup>8</sup>.

**Deze sociale gradiënt is toe te schrijven aan het feit dat mensen uit minder begunstigde sociale groepen meer en al langer roken.**

Voor de cardiovasculaire ziekten beperken we ons tot code C01 van de ATC-classificatie. De geneesmiddelen die op die manier worden geselecteerd, worden typisch gebruikt in het geval van hartdecompensatie, borstangina en hartritmestoornissen. Ze stemmen niet overeen met de volledige cardiovasculaire problematiek, maar hun gebruik vormt een goede indicatie voor een hartaandoening.

Doordat de referentiepopulatie hier wordt gevormd door alle leden van de CM, stellen we hier vooral verschillen vast tussen de 'laagste', de 'lage' en de 'gemiddelde' en de 'hoogste' klasse. In vergelijking met de hoogste klasse lopen mensen die tot de eerste drie klassen behoren 13 tot 16% meer risico op een hartaandoening, die door de C01-categorie van geneesmiddelen wordt behandeld.

De factoren die een invloed kunnen hebben op de verschijning van cardiovasculaire ziekten zijn voeding, tabak en een hoge bloeddruk. Naast de verschillen op het vlak van het tabaksverbruik stelden we vast dat minder gekwalificeerde mensen er meestal een minder gezonde levensstijl op nahouden (lager verbruik van groenten, fruit, vis en bruin brood) en vaker last hebben van overgewicht en obesitas<sup>9</sup>. Minder gezonde voedingsgewoonten en overgewicht verhogen het risico op een hoog cholesterolniveau en een hoge bloeddruk, met alle gevolgen van dien op het vlak van cardiovasculaire ziekten.

#### b. Primaire arbeidsongeschiktheid en overgang naar invaliditeit (Figuur 3)

Voor een periode van primaire arbeidsongeschiktheid hanteren we het volgende criterium: minstens 30 dagen vergoed in de loop van het jaar 2006. De referentiepopulatie bestaat uit de gerechtigden die bij de CM zijn aangesloten en die tussen 20 en 64 jaar oud zijn. Ter herinnering: de primaire ongeschiktheid stemt overeen met de eerste 12 maanden arbeidsongeschiktheid. Na 12 maanden primaire arbeidsongeschiktheid wordt de persoon in kwestie invalide verklaard. Voor deze laatste verandering van status selecteren we de gerechtigden tussen 20 en 64 jaar oud die in de loop van het jaar 2006 invalide werden verklaard.

Die administratieve modaliteiten bieden wel degelijk een duidelijk zicht op het ziektecijfer: "Om als arbeidsongeschikt te worden erkend, moet de gerechtigde alle activiteiten hebben stopgezet en moet er een oorzakelijk verband bestaan tussen de stopzetting van de activiteit en de start of de verergering van de letsels. Bovendien moet zijn verdienvermogen, door letsels en functionele stoornissen, met ten minste 66% verminderd zijn ten opzichte van het uitgeoefende beroep of de beroepsgroep waarin de gewoonlijk uitgeoefende activiteit kan worden ondergebracht"<sup>10</sup>.

Voordietweegebeurtenissen is de sociale gradiënt relatief sterk. Zo vertoont de zwakste klasse in vergelijking met de referentiepopulatie (d.w.z. de gerechtigden tussen 20 en 64 jaar die bij de CM zijn aangesloten) een 25% hoger risico op minstens 30 dagen arbeidsongeschiktheid en een 33% hoger risico op invaliditeit. In vergelijking met de hoogste klasse worden dezelfde percentages respectievelijk 55% en 66%.

**Zo vertoont de zwakste klasse in vergelijking met de referentiepopulatie een 25% hoger risico op minstens 30 dagen arbeidsongeschiktheid en een 33% hoger risico op invaliditeit.**

Volgens Willems et al. (2007) kunnen die ongelijkheden gedeeltelijk worden verklaard door het feit dat "(...) de materiële arbeidsvoorwaarden minder gunstig zijn voor groepen met een zwak sociaaleconomisch statuut. De mensen die tot die groepen behoren, moeten vaker zware fysieke arbeid uitvoeren (...)". De psychosociale arbeidsomstandigheden hebben ook een impact op het risico op arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Zo wijst de Britse 'Whitehall II'<sup>11</sup>-studie op het feit dat de werknemers onderaan de professionele ladder omwille van het feit dat ze geen controle hebben over de werklust en omwille van het feit dat ze niet voldoende worden erkend voor hun werk, een groter risico lopen op infarcten en andere aandoeningen. We moeten opmerken dat de psychosociale arbeidsomstandigheden ook een impact kunnen hebben op de mentale gezondheid van het individu.

#### 3.1.3. Mentale gezondheid (Figuur 4)

Voor België hebben verschillende auteurs gewezen op het verband tussen de sociaaleconomische toestand en mentale gezondheidsproblemen (waaronder depressies, angstaanvallen en slaapproblemen)<sup>12</sup>. In het kader van deze studie hebben we twee gebeurtenissen geselecteerd waarmee we de sociale ongelijkheden op het vlak van de mentale gezondheid willen illustreren: enerzijds het verbruik van antidepressiva<sup>13</sup> (min. 90 DDD in de loop van het jaar 2006) en anderzijds de opname in een psychiatrische instelling of in de (neuro)psychiatrische

<sup>7</sup> De volgende ATC-codes werden geselecteerd: R03A (adrenergica en producten voor inhalatie), R03BA (glucocorticoïden), R03BB (anticholinergica), R03DA04 (theophylline en theophyllinenatriumglycinaat).

<sup>8-9</sup> Gezondheidsenquête 2004, zie Demarest et al. (2006)

<sup>10</sup> <http://www.riziv.fgov.be/secure/nl/allowances/informations/index.htm>.

<sup>11</sup> Gillis en Mertens (2008a), pag. 12-13

<sup>12</sup> De Boyser (2007).

<sup>13</sup> Geselecteerde ATC-code: N06A (antidepressiva).

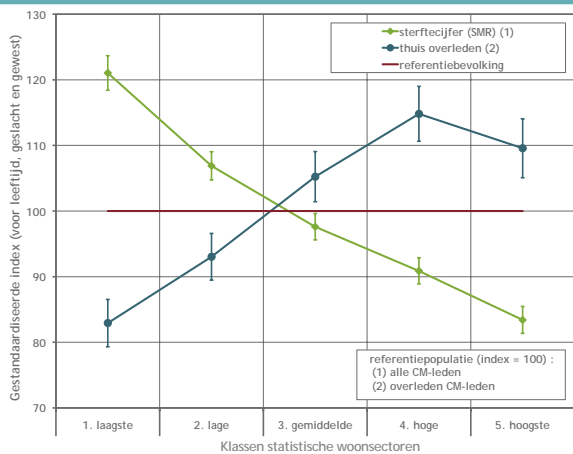
dienst van een algemeen ziekenhuis (minstens één opname in 2006). In beide gevallen bestaat de referentiepopulatie uit alle CM-leden.

Wat het verbruik van antidepressiva betreft, is er wel degelijk een sociale gradiënt: de zwakste klasse vertoont een 14% hoger risico op het verbruik van antidepressiva ten opzichte van de hoogste klasse. De sociale gradiënt is veel duidelijker voor de opnamen in een psychiatrische instelling of in de (neuro)psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis. Hier lopen personen uit de zwakste klasse een bijna 60% hoger risico in vergelijking met de referentiepopulatie (alle CM-leden). Wanneer men ze vergelijkt met hen die tot de hoogste klasse behoren, is hetzelfde risico twee keer zo groot.

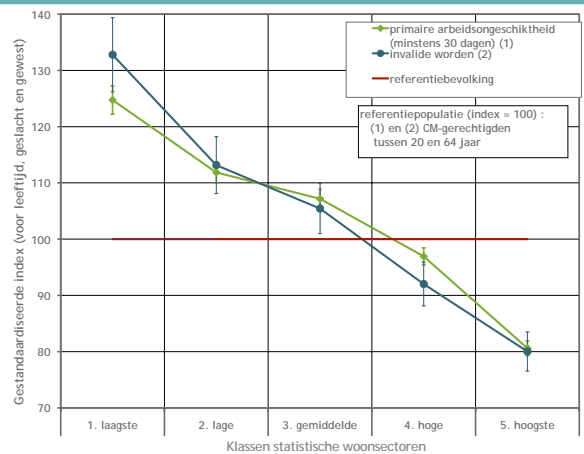
Met name het verband tussen mentale gezondheid en invaliditeit is interessant. Zo stelt men vast dat de ziektegroep waarvoor het effectief van de invalide gerechtigden het grootst is, die van de mentale stoornissen is (voor het algemene regime bevond +/- 33% van de invalide gerechtigden zich in 2005 in die groep). We stellen in dit verband vast dat "(...) het aantal gerechtigden die arbeidsongeschikt zijn verklaard wegens mentale stoornissen (psychoses, persoonlijkheidsstoornissen enz...) tussen 2001 en 2005<sup>14</sup> sterk is gestegen".

De ziektegroep waarvoor het effectief van de invalide gerechtigden het grootst is, is die van de mentale stoornissen.

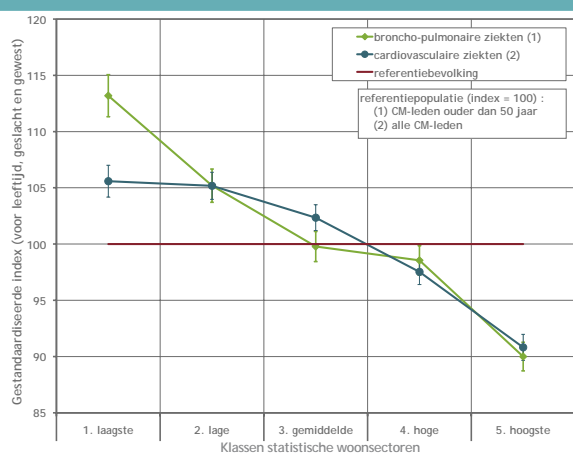
**Figuur 1: Sterftecijfer - plaats van overlijden**



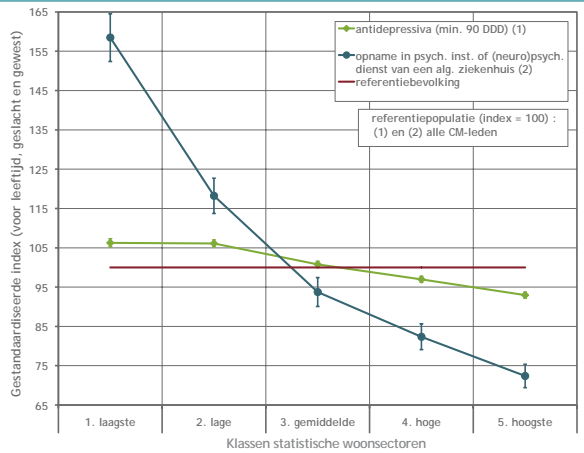
**Figuur 3: Arbeidsongeschiktheid**



**Figuur 2: Bronchopulmonaire en cardiovasculaire ziekten (screening via pharmanet, min. 90 DDD)**



**Figuur 4: Mentale gezondheid**



<sup>14</sup> RIZIV (2006), pag. 111.

## 3.2. Preventieve zorgen (Figuur 5)

We besteden hier aandacht aan de griepvaccins, baarmoederhalskanker- en borstkankerscreening.

### 3.2.1. Griepvaccins<sup>15</sup>

Griep is allesbehalve een onbeduidende ziekte: ze kan tot zware (en soms dodelijke) complicaties leiden - en dan voornamelijk bij ouderen en bij mensen die aan bepaalde chronische ziekten lijden. Sommige risicogroepen krijgen de kosten voor het griepvaccin terugbetaald. Dat geldt onder meer voor personen met een groot risico op complicaties.

Voor deze analyse hebben we ons beperkt tot de CM-leden van 65 jaar of ouder. Naast de leeftijd, het geslacht en het gewest houdt de standaardisatie rekening met een eventueel verblijf in een instelling tussen september en december. Er dient wel degelijk met deze extra parameter rekening te worden gehouden: Cornelis en Mertens (2007) toonden immers aan dat de gemiddelde dekkingsgraad voor griepvaccins in een rusthuis hoger ligt dan 90%.

Hoewel hij zwak is, stellen we ook hier een sociale gradiënt vast: hoe lager men op de sociale ladder zakt, des te hoger is het risico dat men in 2006 niet is gevaccineerd. Toch blijft het verschil tussen de twee uiterste klassen relatief beperkt: ongeveer 7%.

### 3.2.2. Baarmoederhalskankerscreening: cervicaal en vaginaal uitstrijkpreparaat<sup>16</sup>

Volgens KCE (2006) worden "ieder jaar ongeveer 1.400 gevallen van baarmoederhalskanker vermeden door middel van een klassiek uitstrijkpreparaat. Toch worden ieder jaar nog 700 vrouwen getroffen door een baarmoederhalskanker die zich kan uitzaaien - een kanker die niet op tijd werd opgespoord. Die kanker zal voor meer dan een derde van die vrouwen een dodelijke afloop kennen. Slechts 59% van de vrouwen tussen 25 en 64 jaar biedt zich regelmatig bij hun gynaecoloog of huisarts aan voor een uitstrijkje waarmee baarmoederhalskanker kan worden opgespoord. (...) Het sterftecijfer ten gevolge van baarmoederhalskanker zal in de eerste plaats kunnen worden teruggedrongen door een ruimere medewerking aan de opsporing en in mindere mate door de verbetering van de kwaliteit van de tests".

Het aantal detecties van dit soort kanker worden niet gelijkmatig verdeeld over de verschillende klassen. Voor de vrouwelijke CM-leden die hier werden beschouwd (tussen 25 en 65 jaar), wijst onze analyse op een relatief sterke sociale gradiënt: hoe lager men op de sociale ladder afdaalt, des te kleiner is de kans op een uitstrijkje. Wie tot de zwakste klasse behoort, had in 2006 13% minder kans om een uitstrijkje te laten uitvoeren in vergelijking met de leden van de referentiepopulatie en 21% minder in vergelijking met de hoogste klasse.

We wijzen hier op het bestaan van twee vaccins tegen baarmoederhalskanker, die sinds 1 november 2007 door de ziekteverzekering worden terugbetaald voor meisjes van 12 tot 15 jaar. KCE (2007) meent dat « die vaccins op een doeltreffende manier bescherming bieden tegen bepaalde types van het HPV-virus<sup>17</sup> en dat volgens de schattingen tot 50% van de gevallen van baarmoederhalskanker zouden kunnen worden voorkomen. Toch moet zelfs na vaccinatie baarmoederhalskanker regelmatig worden opgespoord door middel van een uitstrijkje".

### 3.2.3. Borstkankerscreening<sup>18</sup>

Volgens het IMA (2007) "liet 57% van de vrouwen tussen 50 en 69 jaar in de periode 2004-2005 een mammografie uitvoeren: 31% door een diagnostische mammografie en 25% door een mammotest in het kader van het georganiseerde programma. Na een sterke stijging bij de 1ste ronde van het nationale programma evolueert het aantal vrouwen langzaam. De verschillen tussen de leeftijdsgroepen en de sociaaleconomische categorieën worden kleiner".

Onze analyse van de gegevens voor 2006 (voor vrouwen van 50 tot 69 jaar die bij de CM waren aangesloten), laat evenwel nog altijd een aanzienlijke sociale gradiënt zien. Zo hebben volgens onze sociale ladder de vrouwen die afkomstig zijn van de laagste klasse, 17% minder kans om tot een screening over te gaan in vergelijking met de vrouwen die uit de hoogste klasse afkomstig zijn.

Volgens Willems et al. (2007) zijn die sociaaleconomische verschillen op het vlak van het gebruik van preventieve zorgen gedeeltelijk te verklaren door de sociale ongelijkheden op het vlak van informatie. Die ongelijkheden kunnen gedeeltelijk worden toegeschreven aan het feit dat de preventiecampagnes niet voldoende op de minder begunstigde sociaaleconomische groepen zijn gericht.

Het aantal onderzoeken ter detectie van baarmoederhalskanker worden niet gelijkmatig verdeeld over de verschillende klassen.

## 3.3. Contacten met de dienstverleners en structuren van de gezondheidszorg

Hoewel ze relatief beperkt zijn, stellen we toch sociaaleconomische verschillen vast op het vlak van de raadplegingen en/of bezoeken aan huisartsen en specialisten. Bij tandheelkundige zorgen en ziekenhuisopnamen zijn grotere ongelijkheden zichtbaar.

<sup>15</sup> Geselecteerde ATC-code: J07BB (griepvaccins).

<sup>16</sup> Opsporing met behulp van de volgende nomenclatuurcodes: 114030, 114041, 149612, 149623.

<sup>17</sup> Baarmoederhalskanker wordt veroorzaakt door het zogenaamde humaan papillomavirus (HPV).

<sup>18</sup> Rekening houdend met de nomenclatuurcodes die werden geselecteerd door Fabri et al. (2007).

### 3.3.1. Huisartsen (Figuur 6)

Wat de contacten met de huisartsen betreft (art. 2 van de nomenclatuur, alle types contacten samen genomen), zijn er niet zo veel verschillen tussen de klassen - met uitzondering dan van de zwakste klasse, die merkbaar afwijkt van de andere klassen. Die klasse vertoonde in 2006 iets minder neiging om (minstens één keer) contact op te nemen met een huisarts. Wanneer er echter minstens één contact is geweest, nemen leden van deze klasse vaker contact op met de huisarts. Het mediaan aantal contacten voor 2006 bedraagt 6,45 voor leden van de laagste klasse - tegenover 5,23 voor leden van de hoogste klasse.

Die gegevens bevestigen de resultaten van de gezondheidsenquête van 2004, die aantoont dat sociaaleconomisch minder begunstigde personen meer contacten hebben met de huisarts. De enquête toont ook aan dat het aantal huisbezoeken hoger ligt bij sociaaleconomisch minder begunstigde personen en dat de contacten vaker plaatsvinden op initiatief van de huisarts zelf.

### 3.3.2. Geneesheren-specialisten (Figuur 6)

Voor de contacten met de geneesheren-specialisten (art. 2 van de nomenclatuur, alle types contacten en specialisten samen genomen) is de sociale gradiënt progressief - hoewel hij erg zwak is. We stellen vast dat de hoogste klasse zich enigszins van de andere onderscheidt (in 2006 vertoonde ze de voorkeur om contact op te nemen met een geneesheer-specialist).

Bovendien toont de gezondheidsenquête van 2004 aan dat het aantal contacten met een geneesheer-specialist relatief gezien lager ligt bij mensen uit een sociaaleconomisch minder begunstigde klasse en dat die minder vaak op eigen initiatief contact met geneesheer-specialisten opnemen (41% tegenover 73% bij personen met een hogere opleiding)<sup>19</sup>.

### 3.3.3. Verzorging in ziekenhuis (Figuur 7)

De opnamen in een algemeen ziekenhuis die we hier beschouwen, hadden vooral betrekking op de opnamen in diensten voor acute zorgverstrekking<sup>20</sup>. Algemeen gesteld stijgt het risico op minstens één dergelijke ziekenhuisopname in de loop van het jaar 2006 naarmate men de sociale ladder afdaald. Mensen die behoren tot de zwakste klasse, hadden in 2006 20% bijkomend risico om in een algemeen ziekenhuis te worden opgenomen, ten opzichte van de mensen die tot de hoogste klasse behoorden. Die tendens wordt bevestigd wanneer de gegevens van 2006 worden bekeken voor de ziekenhuisopnamen in een pediatriedienst of in een dienst voor de verzorging van vroeggeboren en zwakke pas-geborenen (voor kinderen van 15 jaar en jonger).

De gezondheidsenquête van 2004 biedt nog meer informatie en

uitleg in verband met die vaststellingen. "Het aandeel opnamen in het dagziekenhuis ten opzichte van de klassieke ziekenhuisopnamen stijgt naarmate het opleidingsniveau hoger is. Dat is waarschijnlijk toe te schrijven aan het feit dat men patiënten die moeilijk te herkennen complicaties zouden kunnen krijgen, langer in het ziekenhuis wil houden, om op die manier problemen te voorkomen.

Misschien heeft dat te maken met de wens van de patiënt, die niet zeker is of hij thuis de nodige zorgen na zijn operatie zal kunnen genieten"<sup>21</sup>.

### 3.3.4. Tandheelkundige verzorging (Figuur 8)

Tandheelkundige verstrekkingen voor kinderen tot hun 12de verjaardag worden sinds drie jaar volledig terugbetaald tegen de tarieven die in de conventie voorzien zijn. Die kinderen genieten bovendien van regels die een bredere toepassing toelaten van de derdebetalersregeling. Vanaf 1 juli 2008 worden die maatregelen uitgebreid tot jongeren tot hun 15de verjaardag. Zij bieden een betere financiële toegankelijkheid voor alle lagen van de bevolking, waarmee evenwel de problematiek van de ongelijkheden op het vlak van gezondheid nog niet is opgelost. De sociale gradiënt die wordt vastgesteld met betrekking tot de preventieve tandheelkundige zorgen (bij de CM-leden jonger dan 18 jaar), is immers vrij sterk: jongeren die afkomstig zijn uit de zwakste klasse, hebben 28 en 36% minder kans om van die zorgen te genieten ten opzichte van respectievelijk alle jongeren van minder dan 18 jaar en degenen die afkomstig zijn uit de hoogste klasse.

De volledige terugbetaling van de officiële tarieven tot de 12de verjaardag (en tot de 15de verjaardag vanaf 1 juli 2008) geldt niet voor orthodontische zorgen. Volgens een studie van KCE (2008) bedraagt de totale kostprijs voor die zorgen "vaak meer dan 2.000 euro. Het RIZIV vergoedt ongeveer 30% van dat bedrag als de aanvraag vóór de 15de verjaardag van het kind wordt ingediend. Bovendien voorzien de verzekeringsinstellingen via de aanvullende verzekering een tegemoetkoming van bijna 20%. De jonge patiënt, of meer bepaald zijn ouders, moet dus ongeveer 50% betalen, wat neerkomt op een bedrag van iets meer dan 1.000 euro." De hoogte van die kosten verklaart de sociale ongelijkheden die we in 2006 konden vaststellen. CM-leden tussen 10 en 16 jaar die afkomstig zijn uit de laagste klasse, beschikken over minder kansen om zo'n behandeling te beginnen (27% minder ten opzichte van de referentiepopulatie en 33% minder ten opzichte van de jongeren uit de hoogste klasse).

Mensen die behoren tot de zwakste klasse, hadden in 2006 20% bijkomend risico om in een algemeen ziekenhuis te worden opgenomen, ten opzichte van de mensen die tot de hoogste klasse behoorden.

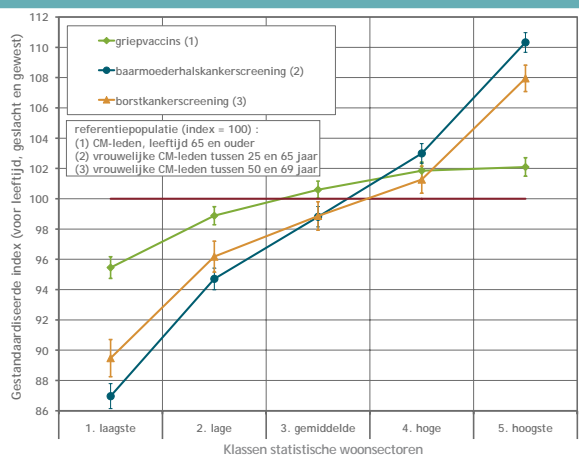
<sup>19</sup> Demarest et al. (2006), pag. 51.

<sup>20</sup> We hebben hierbij geen rekening gehouden met de verblijven in geriatriediensten, (neuro)psychiatriediensten en gespecialiseerde diensten voor de behandeling en de functionele revalidatie.

<sup>21</sup> Demarest et al. (2006), pag. 60.

<sup>22</sup> Nomenclatuurcodes die de onderzoeken, het dichten van barsten en gaatjes, de profylactische reiniging en de tandsteenverwijdering aanduiden.

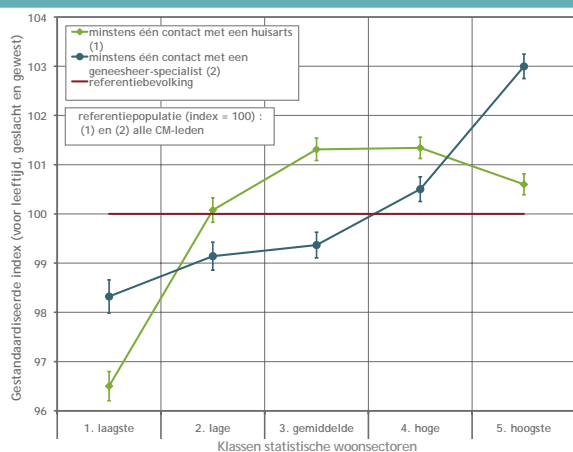
**Figuur 5: Preventieve zorgen**



N.B.:

- \* Griepvaccins - bijkomend criterium voor de standaardisatie: tijdens de vaccinatieperiode in een instelling hebben verbleven
- \* Screening: standaardisatie voor leeftijd en gewest

**Figuur 6: Contacten met huisartsen en geneesheren-specialisten**



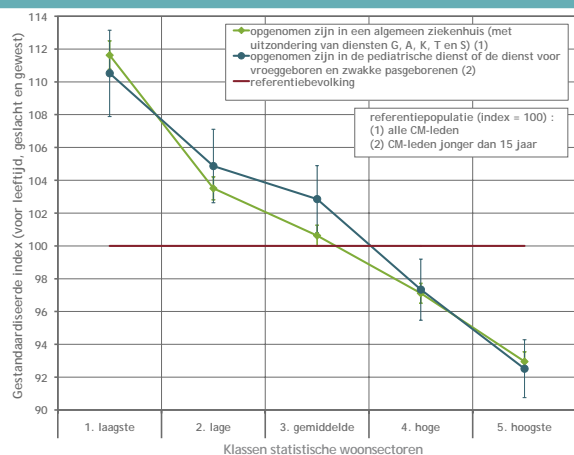
### 3.4. Geschikt gedrag ten opzichte van het systeem van de gezondheidszorg

De afgelopen jaren werden verschillende maatregelen ingevoerd met het oog op een rationeler en doeltreffender gebruik van het stelsel van de gezondheidszorg. Het was daarbij de bedoeling om de stijging van de openbare uitgaven voor de gezondheidszorg onder controle te houden en tegelijkertijd de kwaliteit en de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de patiënt te verbeteren. De invoering van een Globaal Medisch Dossier (GMD) en maatregelen ter bevordering van het verbruik van goedkopere medicatie en het afraden van het gebruik van de spoeddiensten, maken daar deel van uit.

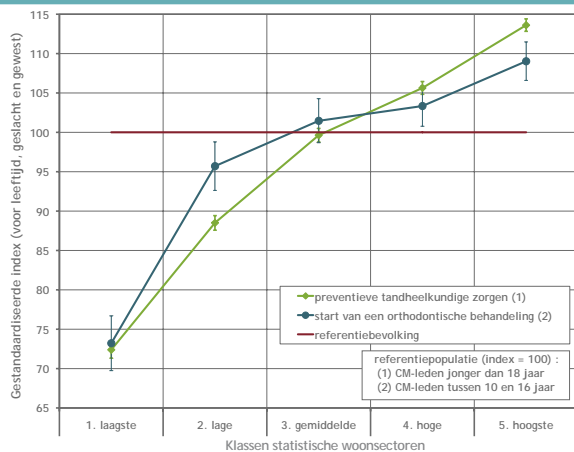
#### 3.4.1. Facturering van het forfait voor dringende zorgen (Figuur 9)

Het forfait voor de dringende zorgen werd op 1 maart 2003 ingevoerd. Met deze maatregel wilde men de patiënt de nodige verantwoordelijkheidszin bijbrengen bij de benutting van de spoedgevallendiensten

**Figuur 7: Ziekenhuisopname**



**Figuur 8: Tandverzorging**



van ziekenhuizen. Men vertrok daarbij van het volgende idee. Wanneer de patiënt ten onrechte een beroep doet op de spoedgevallendienst van een ziekenhuis, zal hij een resterend forfait aangerekend krijgen. Dit forfait werd aanvankelijk vastgelegd op 12,50 euro, maar werd vervolgens verlaagd tot 9,5 euro (of 4,75 euro voor de begunstigden van een verhoogde tegemoetkoming). In de praktijk werd de toepassing van het forfait voor dringende zorgen op heel wat kritiek onthaald. De maatregel werd op 1 juli 2007 overigens geannuleerd en door nieuwe bepalingen vervangen.

Wat kunnen we volgens onze sociale ladder voor het jaar 2006 vaststellen? Het is wel degelijk de zwakste klasse die het meest werd blootgesteld aan het risico op de aanrekening van dit forfait (43% ten opzichte van alle leden van de CM en 64% ten opzichte van de hoogste klasse). Deze vaststelling zou ons ertoe moeten aanzetten om niet alleen na te denken over de organisatie van de spoedgevallen (als toegang tot de gezondheidszorg in ziekenhuizen), maar ook over de wachtgeneeskunde en het informeren van het publiek over die structuren van de gezondheidszorg.

### 3.4.2. Het Globaal Medisch Dossier (GMD) (Figuur 9)

Het GMD werd op 1 mei 1999 ingevoerd en was bedoeld om de coördinatie van de medische zorg en de samenwerking tussen de dienstverleners van de gezondheidszorg dankzij een betere uitwisseling van gegevens te verbeteren.

Dankzij het dossier worden tegenstrijdige voorschriften en/of onnodige identieke onderzoeken vermeden. De opening of de verlenging van een GMD kost de patiënten niets. Integendeel, deze laatste genieten van een reëel voordeel: een korting van 30% op het remgeld bij de raadplegingen. Het systeem is wel erg ongelijk verdeeld over de gewesten: eind 2007 beschikte slechts 29% van de CM-leden over een GMD in Wallonië. In Brussel bedroeg dat aandeel 25% en in Vlaanderen 63%. Binnen de andere landsbonden kan een vergelijkbare geografische verdeling worden genoteerd. Volgens Laasman & Lange (2006) beschikt iets minder dan de helft van de bevolking over een GMD.

We stellen ook in 2006 ongelijkheden vast tussen sociale klassen - en dan vooral tussen de laagste klasse en de andere (tussen deze laatste onderling zijn er geen grote verschillen zichtbaar). In de laagste klasse beschikt 8% minder mensen over een GMD in vergelijking met de rest van de CM-leden. Die resultaten kunnen op één lijn worden gesteld met de resultaten in verband met het contact met een huisarts (minstens één contact). Het ene kan ook het andere helpen verklaren.

### 3.4.3. Verbruik van minder dure geneesmiddelen (Figuur 10)

In de sector van de ambulante geneesmiddelen werden al verschillende maatregelen genomen, die in Cornelis (2007) zijn beschreven. Die maatregelen hebben een aanzienlijke impact gehad op het verbruik van de minder dure geneesmiddelen (generische geneesmiddelen en geneesmiddelen waarvan de prijs voor het publiek tot op het niveau van de overeenstemmende generische geneesmiddelen is gezakt). Het aandeel van de minder dure geneesmiddelen, is - uitgedrukt in DDD - van 11% in het eerste kwartaal van 2002 gestegen tot 40% in het eerste kwartaal van 2007.

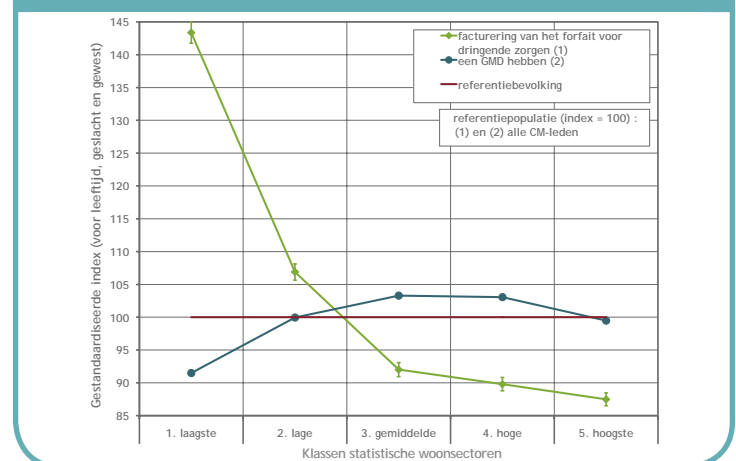
Het is de zwakste klasse die het meest werd blootgesteld aan het risico op een aanrekening van het forfait voor dringende medische hulp.

Het aandeel van de minder dure geneesmiddelen, is - uitgedrukt in DDD - van 11% in het eerste kwartaal van 2002 gestegen tot 40% in het eerste kwartaal van 2007.

Hoe zit het met de verschillen in het verbruik tussen de verschillende sociale klassen? In 2006 vertegenwoordigde het volume van de minder dure geneesmiddelen 37,8% van het totale volume. Op afbeelding 10 is duidelijk te zien dat dit aandeel slechts weinig verandert in functie van de plaats op de sociale ladder. Om rekening te houden met de structuur per leeftijd, geslacht en gewest waar het lid woont, gingen we over tot een rechtstreekse standaardisatie. Met behulp van die berekening verkrijgen we het gecorrigeerde aandeel, rekening houdend met die stratificatiecriteria. Na de correctie stellen we vast dat het aandeel van de minder dure geneesmiddelen iets hoger ligt in de minder begunstigde en de middenklassen en iets lager in de hoogste klasse. De variaties blijven evenwel van beperkte omvang.

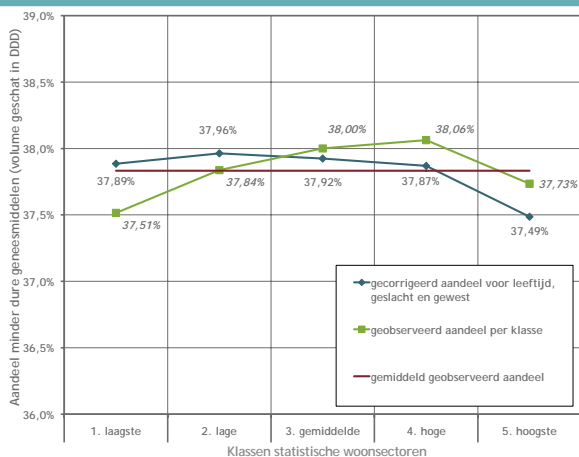
Deze resultaten moeten in perspectief worden geplaatst met die van een recente studie die door het OIVO werd uitgevoerd en die stelt dat "de consumenten uit lagere en middenklassen verklaren minder vaak de generische geneesmiddelen te kennen, in tegenstelling tot de hogere sociale groepen. Meestal is de perceptie van generische geneesmiddelen bij de leden van lagere sociale groepen negatiever dan bij de bevolking in het algemeen. Ze hebben twijfels over hun doeltreffendheid, hun prijs, hun samenstelling en het gemak om ze te verkrijgen en te nemen"<sup>23</sup>. Ondanks een minder goede kennis en een grotere terughoudendheid ten opzichte van de generische geneesmiddelen vanwege de minder begunstigde sociale categorieën, wijzen onze resultaten op een iets grotere neiging van hun kant om minder dure geneesmiddelen te verbruiken. De hindernissen die door het OIVO werden geïdentificeerd, lijken dus niet te worden tenietgedaan, wat veeleer goed nieuws is. Desondanks had men bij de minder begunstigde bevolkingsgroepen een grotere penetratie van goedkopere geneesmiddelen kunnen verwachten.

Figuur 9: Forfait 'dringende zorgen' - GMD



<sup>23</sup> Vandercammen (2008), pag. 66-67.

**Figuur 10: Aandeel van goedkopere geneesmiddelen**



## 4. Conclusie

Met behulp van administratieve gegevens en gegevens over de verstrekkingen op het vlak van de gezondheidszorg van de CM-leden hebben we verschillende gezondheidsindicatoren aan een sociale ladder gekoppeld. Deze laatste bestaat uit vijf klassen van statische sectoren waar onze leden wonen, waarbij de volgorde van de klassen de relatieve 'waarde' weerspiegelt van die sectoren (gemeten door de mediaan van de belastbare inkomens die er in 2006 werden aangegeven).

Deze methode verschilt van die van de gezondheidsenquête, maar laat dezelfde tendensen zien, d.w.z. de aanwezigheid van sociale gradiënten op verschillende analyseniveaus: sterftecijfer, ziektecijfer, gebruik en gedrag ten opzichte van de structuren van de gezondheidszorg (eerste en tweede lijn, preventieve en curatieve zorgen). We herinneren hierbij aan enkele frappante resultaten. In vergelijking met de mensen uit de hoogste klasse stellen we vast dat de mensen uit de zwakste klasse:

- een 45% hoger sterfterisico lopen en 24% minder kans hebben om thuis te overlijden;
- 55% meer risico lopen om minstens 30 dagen arbeidsongeschikt te zijn en 66% meer risico lopen om invalide te worden;
- 2 keer meer risico lopen om in een psychiatrische instelling of in de (neuro)psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis te worden opgenomen;
- 36% minder gebruik maken van preventieve tandheelkundige zorgen (voor de minderjarigen);
- 64% meer risico liepen om in 2006 een forfait aangerekend te krijgen voor dringende zorgen.

Die ongelijkheden zijn niet alleen toe te schrijven aan moeilijkheden met betrekking tot de beschikbaarheid of de financiële toegankelijkheid van de gezondheidsdiensten. Andere elementen die verbonden zijn met de sociaaleconomische positie van een individu in de maatschappij kunnen een rol spelen. Verschillende studies hebben in dit verband een hele reeks verklarende elementen naar voren geschoven, zoals voedingsgewoonten,

roken en bepaalde levensomstandigheden. Mensen die afkomstig zijn uit minder begunstigde sociaaleconomische klassen, hebben minder gezonde voedingsgewoonten, roken meer en leven in minder goede materiële en psychosociale levensomstandigheden.

Om die ongelijkheden te beperken, moeten alle overheden en de sociale partners zich mobiliseren en van deze problematiek hun prioriteit maken. Om dat doel te bereiken, zullen er op verschillende vlakken acties moeten worden ondernomen: inkomens, werkgelegenheid, huisvesting, opleiding, omgeving (materieel, sociaal en cultureel) en gezondheid. Voor de ziekenfondsen zijn er heel wat actievelen: preventie en opvoeding op het vlak van gezondheid, verspreiding van doelgerichte informatie, optimalisering van de rechten, doorgedreven inspanningen om de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg te verbeteren. Het zou echter een illusie zijn om te denken dat het gezondheidsstelsel de enige oorzaak is: de sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid leggen slechts alle andere ongelijkheden en sociale breuklijnen in onze maatschappij bloot.

**De sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid leggen slechts alle andere ongelijkheden en sociale breuklijnen in onze maatschappij bloot.**

## Bibliografie:

### \* Resultaten van de gezondheidsenquêtes op basis van interviews

Demarest S., Leurquin P., Tafforeau J., Tellier V., Van der Heyden J., Van Oyen H. 1998. *De gezondheid van de bevolking in België. Gezondheidsenquête door middel van interview, België, samenvatting van de resultaten*. Brussel. Dienst Epidemiologie. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

<http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epinl/crospnl/hisnl/his97nl/his.pdf>.

Buziarsist J., Demarest S., Gisle L., Miermans P.J., Sartor F., Tafforeau J., Van der Heyden J., Van Oyen H. 2002. *Gezondheidsenquête door middel van interview, België 2001. Samenvatting*. Brussel. Dienst Epidemiologie. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. IPH/EPI reports **2002 – 25**.

<http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epinl/crospnl/hisnl/his01nl/hisnl.pdf>.

Demarest S., Gisle L., Hesse E., Miermans P.J., Tafforeau J., Van der Heyden J. 2006. *Gezondheidsenquête door middel van interview, België 2004. Samenvatting*. Brussel. Dienst Epidemiologie. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. IPH/EPI reports **2006 – 36**.

<http://www.iph.fgov.be/EPIDEMIO/epinl/crospnl/hisnl/his04nl/hisnl.pdf>.

Vancorenland S. 2006. Is gezondheid voor iedereen gelijk in België? – Synthese van de resultaten van de gezondheidsenquête van 2004. *CM-Informatie*. **224**: 3-10.

[http://www.cm.be/cm-tridion/nl/108/Resources/Info%20224%20NL\\_tcm252-23670.pdf](http://www.cm.be/cm-tridion/nl/108/Resources/Info%20224%20NL_tcm252-23670.pdf).

### \* Over sociale ongelijkheid en gezondheid

De Boyser K. 2007. Armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid in cijfers. In: Vranken J., de Boyser K., Dierckx D., Campaert G. (ed.) *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007*. Leuven. Acco: 153-166.

De Boyser K., Levecque K. 2007. Armoede en sociale gezondheid: een verhaal van povere netwerken? In: Vranken J., de Boyser K., Dierckx D., Campaert G. (ed.) *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007*. Leuven. Acco: 167-178.

Gillis O., Mertens R. 2008a. Armoede schaadt de gezondheid. *CM-Informatie*. **231**: 4-16.

[http://www.cm.be/cm-tridion/nl/108/Resources/Magazine%20CM-Info%20231%20web%20def\\_tcm252-44857.pdf](http://www.cm.be/cm-tridion/nl/108/Resources/Magazine%20CM-Info%20231%20web%20def_tcm252-44857.pdf).

Gillis O., Mertens R. 2008b. Concrete maatregelen ter vermindering van de ongelijkheden op het vlak van gezondheid: enkele voorbeelden uit Europa. *CM-Informatie*. **232**: 3-14.

[http://www.cm.be/cm-tridion/nl/100/Resources/gezondheidsongelijkheid\\_ires\\_tcm24-49203.pdf](http://www.cm.be/cm-tridion/nl/100/Resources/gezondheidsongelijkheid_ires_tcm24-49203.pdf).

Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ et al. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries. *The New England Journal of Medicine*. **358** : 2468-81.

Willems S, Van de Geuchte I, Impens J, De Maeseneer J, Alaluf V, Van Nespen I, Maulet N, Michel Roland M. 2007. Problématique des inégalités socio-économiques de santé en Belgique. *Santé conjugulée*. **40** : 25-34.

### \* Over de standaardisatiemethoden

Groupe d'analyse du Programme spécial pour l'analyse de la santé. 2002. La standardisation : une méthode épidémiologique classique pour la comparaison des taux. Organisation Panaméricaine de la Santé. *Bulletin Epidémiologique*. **Volume 23.3**.

Beschikbaar op: [www.paho.org/french/dd/ais/EB\\_v23n3.pdf](http://www.paho.org/french/dd/ais/EB_v23n3.pdf).

### \* Andere referenties

IMA. 2007. Nationaal borstkankerscreeningsprogramma. Persbericht van het Intermutualistisch agentschap (IMA) van 2 oktober 2007.

Beschikbaar op: <http://www.nic-ima.be/library/documents/quality%20projects/MA%205%20NL%20persbericht%20.pdf>.

Avalosse H., Cornelis K., Geurts K., Mertens R., Hermesse J. 2008. Regionale verschillen inzake gezondheidszorg. Waar liggen de echte uitdagingen? *CM-Informatie*. **231**: 17-29.

[http://www.cm.be/cm-tridion/nl/100/Resources/Magazine%20CM-Info%20231\\_Regionale%20verschillen\\_tcm24-44789.pdf](http://www.cm.be/cm-tridion/nl/100/Resources/Magazine%20CM-Info%20231_Regionale%20verschillen_tcm24-44789.pdf).

Cornelis K. 2005. Regionale analyse van de uitgaven in de gezondheidszorg in 2003: nuances met betrekking tot de bruto verschillen op het vlak van het verbruik. *CM-Informatie*. **218**: 3-10.

Cornelis K. 2007. De invloed van de genomen maatregelen in de sector van de ambulante terugbetaalbare farmaceutische specialiteiten, op de evolutie van de uitgaven en volumes. *CM-Informatie*. **230**: 3-11.

[http://www.cm.be/cm-tridion/nl/100/Resources/Info%20230%20NL\\_tcm24-39158.pdf](http://www.cm.be/cm-tridion/nl/100/Resources/Info%20230%20NL_tcm24-39158.pdf).

Cornelis K., Mertens R. 2007. Geneesmiddelengebruik in rusthuizen: grote verschillen. *CM-Informatie*. **229**: 1-6.

[http://www.cm.be/cm-tridion/nl/100/Resources/CM%20Info%20229%20NL\\_tcm24-37156.pdf](http://www.cm.be/cm-tridion/nl/100/Resources/CM%20Info%20229%20NL_tcm24-37156.pdf).

Fabri V., Remacle A., Mertens R. 2007. *Programma borstkankerscreening - Periodes 2002-2003 en 2004-2005*. Brussel. IMA. Rapport nr. 5.

Beschikbaar op: <http://www.cin-aim.be/library/documents/quality%20projects/MA%205%20NL%20Borstkankerscreening.pdf>.

RIZIV. 2006. Jaarverslag.

Beschikbaar op: <http://www.inami.fgov.be/presentation/nl/publications/annual-report/2006/index.htm>.

KCE. 2006. Baarmoederhalskankerscreening: vooral nood aan organisatie. Persbericht van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) van 11 oktober 2006.

Beschikbaar op: [http://kce.fgov.be/index\\_nl.aspx?SGREF=5269&CREF=7759](http://kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5269&CREF=7759).

KCE. 2007. HPV vaccinatie beschermt gedeeltelijk tegen baarmoederhalskanker, maar screening blijft uiterst belangrijk. Persbericht van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) van 17 oktober 2007.

Beschikbaar op: [http://kce.fgov.be/index\\_nl.aspx?SGREF=8948&CREF=9981](http://kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=8948&CREF=9981).

KCE. 2008. Orthodontie bij jongeren: soms een medische noodzaak, vaak om esthetische redenen. Persbericht van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) van 7 april 2008.

Beschikbaar op: [http://kce.fgov.be/index\\_nl.aspx?SGREF=10500&CREF=10898](http://kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=10500&CREF=10898).

Laasman JM, Lange B. 2006. Dossier médical global. *Evolution et variation des taux de couverture de la population de septembre 2004 à octobre 2005*. Bruxelles. Union nationale des mutualités socialistes. Direction Etudes.

Beschikbaar op: <http://www.mutsoc.be/NR/rdonlyres/8CB92AD0-0520-4F4D-9CC8-C31E15898643/0/DMG032006.pdf>.

Vandercammen 2008. *De consumptie van de gezinnen met een bescheiden inkomen*. OIVO. Beschikbaar op: <http://www.oivo-crioc.org/files/nl/3218nl.pdf>.