

Iedereen gelijk op het vlak van gezondheid? Een studie van het InterMutualistisch Agentschap

Hervé Avalosse, Leila Maron, Murielle Lona, Joeri Guillaume, El Maâti Allaoui, Tonio Di Zinno



Samenvatting

Het InterMutualistisch Agentschap (IMA) heeft via haar databanken gemeten hoe groot de sociale gezondheidsongelijkheden in ons land zijn. Dit agentschap groepeerde alle verzekeringsinstellingen van het land en dus gaat deze studie systematisch over de hele bevolking. In dit artikel worden de belangrijkste resultaten ervan besproken.

Voor het onderzoek naar sociale ongelijkheden is een methode nodig die twee soorten informatie aan elkaar koppelt:

- **een sociale stratificatie:** via de belastingstatistieken voor de statistische sectoren (dit zijn kleine territoriale eenheden met de grootte van een wijk in een gemeente) waar de leden van de verzekeringsinstellingen wonen. Deze sociale stratificatie bestaat uit vijf klassen, van het laagste tot het hoogste belastbaar inkomen (de waardemeter is het mediaan belastbaar inkomen);
- **een gezondheidsindicator:** hiervoor wordt gebruik gemaakt van de administratieve en facturatiegegevens over geneeskundige verzorging waarover het IMA beschikt. Deze gegevens geven een overzicht van verschillende gezondheidsgebonden gebeurtenissen: hospitalisatie, verbruik van bepaalde soorten zorg of geneesmiddelen, overlijden, arbeidsongeschiktheid ...

Voor elke inkomensklasse wordt gemeten hoe vaak deze gebeurtenissen plaatsvinden met indexen die gestandaardiseerd werden (voor leeftijd, geslacht en regio).

Inzake mortaliteit toont de studie bijvoorbeeld dat inwoners van de armste wijken 56% meer risico lopen om binnen het jaar te overlijden dan die van de rijkste wijken. Naast mortaliteit zijn indicatoren gegenereerd rond morbiditeit, preventieve zorg, contacten met de eerste lijn en de ziekenhuisdiensten.

Uit de resultaten zijn algemene trends af te leiden: hoe lager op de sociale ladder, hoe slechter de gezondheidstoestand met meer ernstige, chronische, invaliderende ziekten. De gezondheidsongelijkheden beginnen zich af te tekenen vanaf de kindertijd. Bovendien gaat het niet alleen over lichamelijke gezondheid maar ook over geestelijke gezondheid. Bovendien is preventie - zelfs al is de preventieve zorg gratis - minder werkzaam en biedt dit geen garantie voor een effectieve en gelijke toegang voor iedereen. In het zorggebruik is weinig ongelijkheid merkbaar voor huisartsenzorg, maar een algemeen probleem vormen toegang tot tandzorg en de grotere toevloed van sociaal kwetsbaardere personen bij de spoeddiensten.

Sleutelwoorden: Intermutualistisch Agentschap, gezondheidsongelijkheid, mortaliteit, morbiditeit, preventie, belastbaar inkomen, statistische sector

1. Inleiding

Velen zien gezondheid als een kostbaar goed. Ondanks de vooruitgang van de geneeskunde en ondanks de hoeveelheid middelen die de overheid aan volksgezondheid besteedt (ongeveer 30 miljard euro voor de sociale zekerheid zowel federaal als de Gemeenschappen en Gewesten), is in werkelijkheid iedereen verre van gelijk op het vlak van een "goede gezondheid". Eigenlijk zijn wij niet gelijk tegenover dood en ziekte, want hoe lager op de sociale ladder, hoe slechter de gezondheidsindicatoren.

Dat heeft het InterMutualistisch Agentschap¹ (IMA) willen aantonen met een recente beschrijvende studie² op basis van hun gegevens. Wij stellen hier de belangrijkste resultaten van deze studie voor: ze brengt de ongelijkheden binnen de Belgische bevolking in kaart en meet ze.

Het gebruik van IMA-gegevens bij deze studie heeft zeker voordelen: de gebruikte methode is systematisch want **ze dekt alle sociaal verzekerden in België**, ze werkt met reële gegevens die geregistreerd en gecontroleerd werden in het kader van het beheerssysteem van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Deze studie kan ook regelmatig worden herhaald.

2. Methode

De sociale gezondheidsongelijkheden dienen te worden gemeten met een combinatie van een sociale stratificatie en gezondheidsindicatoren. We verduidelijken deze begrippen en de manier waarop we die sociale stratificatie, bestaande uit vijf klassen met toenemende waarde, opgebouwd hebben. Vervolgens geven we aan wat voor soort gezondheidsindicator we gekozen hebben.

2.1. Opbouw van de sociale stratificatie

In het algemeen moet de sociale gelaagdheid een afspiegeling zijn van het inkomen en/of het opleidingsniveau van de bevolking. Aangezien de verzekeringsinstellingen slechts gedeeltelijke gegevens hebben over het inkomen van hun leden (bijvoorbeeld via de Maximumfactuur) en niets met betrekking tot diploma's, dient anders gewerkt te worden. De sociale stratificatie werd opgebouwd door gebruik te maken van de bestaande fiscale statistieken van de Federale Overheidsdienst (FOD Economie) op het niveau van de statistische sectoren.

2.1.1 Statistische sectoren en fiscale inkomsten

De statistische sector is de kleinste administratieve geografische eenheid³, ter grootte van een wijk, soms bestaande uit enkele straten. Het hele Belgische grondgebied is verdeeld in 20.000 statistische sectoren (die verdeeld zijn over de 600 gemeenten van het Rijk). Dankzij STATBEL⁴ hebben we statistische reeksen over de belastinginkomsten per statistische sector. Het hier gehanteerde fiscale concept is het totaal netto belastbaar inkomen⁵.

De beschikbare statistische reeksen omvatten, naast het aantal belastingaangiften, ook:

1. het gemiddelde inkomen (= som van het totale netto belastbare inkomen, gedeeld door het aantal belastingaangiften dat in aanmerking wordt genomen);
2. het mediane inkomen (= het bedrag van het totale netto belastbare inkomen dat de waarnemingen verdeelt in twee even grote subgroepen, waarbij de aangiften worden gerangschikt in oplopende volgorde van waarde).

Wij hebben dus per statische sector een indicatie van de 'rijkdom' van de inwoners ervan als zij ten minste een belastingaangifte invullen. Aangezien het bevolkingsbestand van het IMA de statische sector van de woonplaats bevat, kan aan eenieder dus een inkomensniveau worden toegekend: meer bepaald het inkomensniveau van zijn statistische sector.

Voor deze studie is gekozen voor het mediaaninkomen van de statistische sectoren als indicator voor de rijkdom (de mediaan is immers ongevoelig voor extreme waarden). De referentieperiode voor de gebruikte gegevens is het inkomstenjaar 2016 of het aanslagjaar 2017. Deze informatie werd samengevat door de

1 Het InterMutualistisch Agentschap is een vereniging zonder winstoogmerk waarin alle verzekeringsinstellingen (de 5 landsbonden van ziekenfondsen, de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en de ziekteverzekering van HR Rail) vertegenwoordigd zijn. Het is opgericht in 2002 met als doel de administratieve gegevens van de verzekeringsinstellingen te verzamelen en te analyseren. Dit is wettelijk erkend via de programma-wet (I) van 24 december 2002 (art 278 en volgende).

2 https://ima-aim.be/IMG/pdf/ongelijkheden_in_gezondheid_-_ima-rapport_-_def_-_nl_-_20190508.pdf

3 <https://statbel.fgov.be/nl/over-statbel/methodologie/classificaties/statistische-sectoren>

4 <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/fiscale-inkomens>

5 "Deze bedragen worden berekend op basis van de aangiften in de personenbelasting en omvatten de belastbare inkomsten uit beroep, vervangingsinkomens, pensioenen, dividenden, het kadastraal inkomen en onderhoudsuitkeringen van alle inwoners. Niet-belaste inkomsten (zoals kindergeld en het leefloon) maken geen deel uit van de fiscale inkomens. De fiscale statistieken zijn opgesteld volgens de woonplaats van de belastingplichtige." <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/fiscale-inkomens>

statistische sectoren in te delen in vijf klassen in stijgende orde van het mediaan fiscaal inkomen.

2.1.2 Sociale stratificatie met vijf klassen

Op het niveau van de betrokken geografische entiteit (in dit geval België) worden de klassegrenzen zo vastgesteld dat elke klasse 20% van de belastingaangiften bevat. De eerste klasse komt overeen met de statistische sectoren waar het mediaan inkomen het laagst is (onze interpretatie: de wijken waar de minst begunstigde bevolking geconcentreerd is), de vijfde klasse met de statistische sectoren waar het mediaan inkomen het hoogst is (onze interpretatie: de wijken waar de meest begunstigde bevolking geconcentreerd is). De bevolking wordt zo verdeeld over de vijf klassen op basis van de statistische sector van de woonplaats vermeld in het IMA-populatiebestand. Bij de voorstelling van de resultaten worden de 1^e en 5^e klasse respectievelijk "de laagste of zwakste klasse, de armste wijken" en "de hoogste klasse, de rijkste wijken" genoemd.

Tabel 1 geeft voor België het resultaat van de verdeling van de bevolking binnen de schaal van 5 klassen. In totaal kan ongeveer 0,3% van de leden niet op deze sociale schaal worden ingedeeld. Twee redenen: er is geen statistische sector bekend of er is geen mediaan inkomen berekend voor de statistische sector in kwestie (omdat er onvoldoende belastingaangiften zijn).

Tabel 1: Verdeling van de bevolking in de vijf klassen van statistische sectoren (België) – inkomstenjaar 2016

Klasse statistische sectoren	Grenzen van de klasse	Aantal personen	In %	
0	Ongekend	/	32.027	0,3%
1	Laagste	]0 ; 20.348 €]	2.208.184	20,2%
2	Laag	]20.348 € ; 23.209 €]	2.084.276	19,1%
3	Gemiddeld	]23.209 € ; 25.735 €]	2.124.365	19,4%
4	Hoog	]25.735 € ; 28.350 €]	2.199.142	20,1%
5	Hoogste	]28.350 € ; ...	2.283.015	20,9%
Totaal =			10.931.009	100,0%

2.2. Gezondheidsindicatoren: gestandaardiseerde index

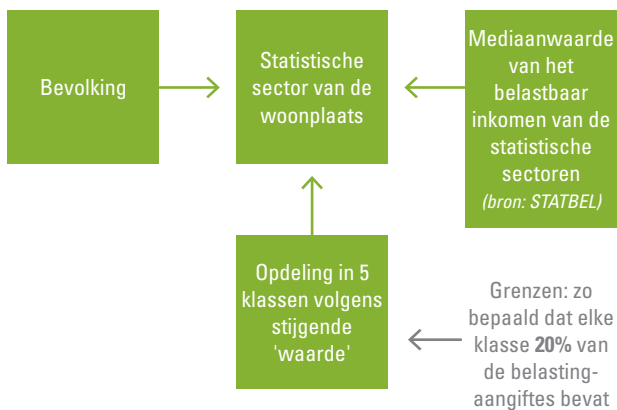
De verzekeringsinstellingen beschikken niet over de diagnostische gegevens van hun leden. De gegevens waarover het IMA beschikt, kunnen echter wel worden gebruikt om verschillende gezondheidsgerelateerde gebeurtenissen toe te lichten. Deze zijn:

- rechtstreeks afgeleid van administratieve gegevens (bv. overlijden, primaire arbeidsongeschiktheid, invaliditeit enz.);
- opgebouwd op basis van nomenclatuurcodes voor verstrekkingen terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering (vb. gebruik van tandzorg, contact met een huisarts, de aflevering van een bepaalde categorie geneesmiddelen⁶, ...).

Met deze sociale schaal van vijf klassen kunnen we zien in hoeverre deze gezondheidsgerelateerde gebeurtenissen een sociale gradiënt volgen. Als indicator gebruiken we de notie van een gestandaardiseerde index. Voor een gebeurtenis als 'overlijden in 2016' wordt bijvoorbeeld de gestandaardiseerde sterfteratio (*Standardized Mortality Ratio - SMR*) berekend voor de vijf hierboven beschreven klassen. De gestandaardiseerde index wordt verkregen door indirecte standaardisatie om rekening te houden met het 'profiel', met de specifieke structuur van de bevolking binnen elke klasse.

Standaardisering vlak 'het effect van verschillen tussen de te vergelijken populaties'⁷ voor een bepaalde variabele, bijvoorbeeld de leeftijd, uit. Als de gestandaardiseerde sterfteratio dan hoger is in een bepaalde klasse (ten opzichte van de andere), komt dat niet door een leeftijdseffect omwille

Schema van de methode om tot de sociale stratificatie te komen



1 ste klasse: bevat de bevolking woonachtig in de statistische sectoren met **de laagste mediaanwaarden** van belastbaar inkomen.
5 de klasse: bevat de bevolking woonachtig in de statistische sectoren met **de hoogste mediaanwaarden** van belastbaar inkomen.

6 Als we naar een specifieke klasse volgens geneesmiddelen kijken, identificeren we die aan de hand van de ATC-classificatie (anatomisch, therapeutisch en chemisch).

7 http://www.pifo.uvsq.fr/epideo/esp/chap_2/standardisation.html

van een oudere populatie in deze specifieke klasse (ten opzichte van de anderen). Standaardisering schakelt de impact van de verschillende leeftijdsstructuur in de verschillende klassen immers uit. Voor deze studie zijn de parameters voor standaardisatie leeftijd, geslacht en het Gewest (Wallonië, Vlaanderen, Brussel) van de statistische sector van de woonplaats.

De gestandaardiseerde index wordt berekend voor elke klasse van onze sociale stratificatie. Vervolgens wordt de verhouding tussen het aantal waargenomen gebeurtenissen en het aantal verwachte gebeurtenissen uitgedrukt (op basis van de omvang van de populatie, het specifieke profiel van de populatie van de betrokken klasse en door toepassing van de overeenkomstige percentages van de referentiepopulatie). Aangezien de referentiepopulatie geïndexeerd is op de waarde 100, zal de populatie met als waarde van de gestandaardiseerde index 130 voor een bepaalde gebeurtenis en voor een bepaalde klasse, een risico vertonen dat 30% hoger ligt dan het risico vastgesteld in de referentiepopulatie. De referentiepopulatie kan wisselen volgens de gezondheidsgebeurtenis. Voor elke gezondheidsgebeurtenis wordt de geschikte referentiepopulatie gekozen (bijvoorbeeld: mannen voor baarmoederhalskankerscreening in aanmerking nemen, heeft geen zin).

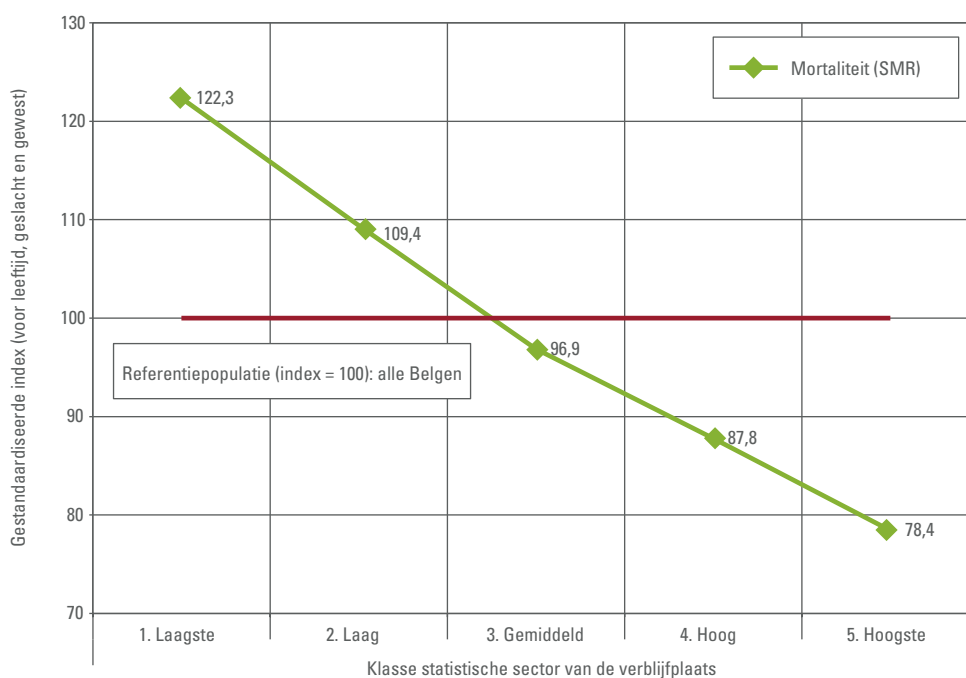
3. Belangrijkste resultaten

Diverse indicatoren werden opgebouwd voor vier grote domeinen: mortaliteit, morbiditeit, preventie en gebruik van het gezondheidszorgsysteem (het beroep op eerstelijnszorg en ziekenhuizen). Verder in dit artikel tonen wij grafisch de sociale gradiënt die voor België is vastgesteld. De specifieke resultaten per Gewest staan in het volledige rapport van de studie.

3.1. Mortaliteit

De bestudeerde gebeurtenis is het overlijden in de loop van 2016, de referentiepopulatie is de totale Belgische bevolking. De indicator stemt overeen met de klassieke Standardized Mortality Ratio (SMR). Uit figuur 1 blijkt dat personen uit de laagste klasse (klasse 1) in 2016 een sterfterisico hadden dat 22% hoger lag dan dat van de referentiepopulatie. In vergelijking met de hoogste klasse (klasse 5), is de oversterfte 56% ($= [122,3/78,4] - 1$). Met andere woorden, mensen die in de armste wijken van het land wonen, hebben een 56% hoger risico om binnen het jaar te overlijden dan mensen die in de rijkste wijken wonen. Dit is geen toeval: dergelijke verschillen wijzen op een slechtere gezondheidstoestand door hardere sociaal-economische leefomstandigheden voor wie lager op de sociale ladder staat.

Figuur 1: Mortaliteit (België 2016)



Bron: IMA-gegevens

3.2. Morbiditeit

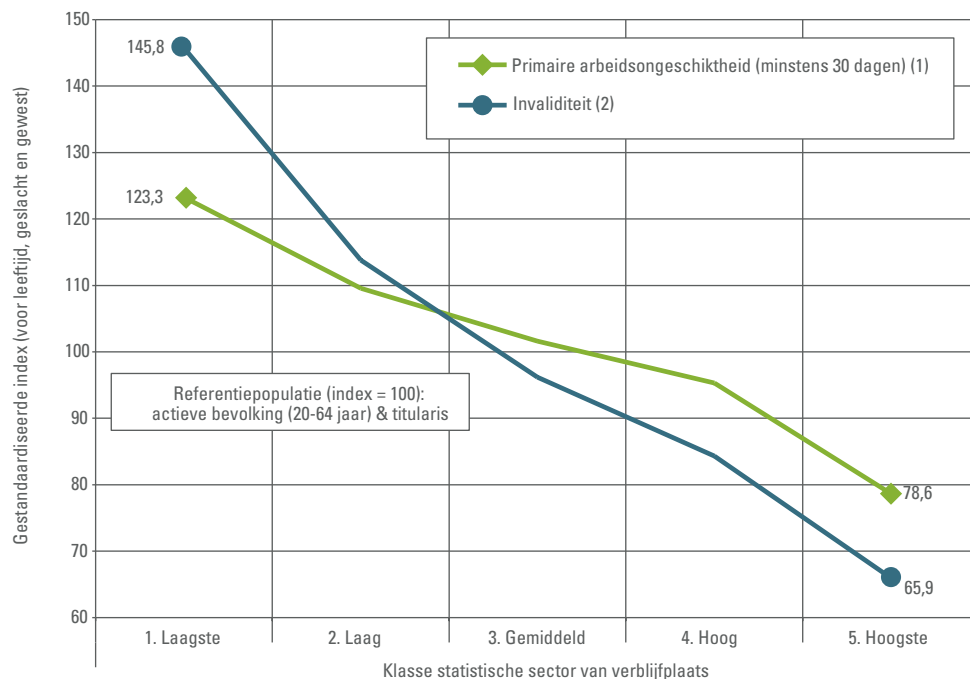
Wanneer werknemers een arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgen, zegt dit ook iets over hun gezondheidstoestand. Wegens ziekte of een ongeval zijn zij dan niet meer in staat om te werken. Hier werden twee indicatoren opgebouwd: één voor primaire ongeschiktheid en één voor invaliditeit.

1. Voor **primaire arbeidsongeschiktheid** komt in aanmerking wie minstens 30 dagen een arbeidsongeschiktheidsuitkering kreeg in 2016 (bovenop het tijdvak van gewaarborgd loon). We beperken de referentiepopulatie tot de beroepsbevolking (met inbegrip van de werklozen) in de privésector, tussen de 20 en 64 jaar - met uitzondering van degenen die in dat jaar al het statuut van invaliden bezaten. Dit brengt ons zo dicht mogelijk bij de populatie die door de verzekeringsinstellingen verzekerd zijn tegen een eventuele primaire arbeidsongeschiktheid en die hiervoor een uitkering zouden kunnen ontvangen. We zien een belangrijke sociale gradiënt (figuur 2): werknemers uit de laagste klasse (klasse 1) vertonen een risico dat 57% hoger ligt ($= [123,3/78,6]-1$) om (gedurende minstens 30 dagen) een uitkering te ontvangen dan werknemers uit de hoogste klasse (klasse 5).

2. Als de arbeidsongeschiktheid langer dan een jaar duurt, gaat de werknemer over naar het statuut van invalide. We beperken de referentiepopulatie tot de actieve beroepsbevolking (met inbegrip van de werklozen) uit de privé sector, tussen 20 en 64 jaar. In vergelijking met de vorige indicator stellen we een nog sterkere sociale gradiënt vast (figuur 2): werknemers uit de laagste klasse (klasse 1) vertonen een verhoogd risico dat 121% ($= [145,8/65,9]-1$) hoger is om invalide verklaard te worden dan werknemers uit de hoogste klasse (klasse 5).

Chronisch zieken kunnen bij benadering gedetecteerd worden via de facturatiegegevens voor geneeskundige verzorging en de administratieve gegevens. Bijvoorbeeld: diabetes. Diabetespatiënten⁸ worden opgespoord via de specifieke interventies in de verplichte ziekteverzekering (zorgtraject, revalidatie-overeenkomsten, ...) of het geneesmiddelenverbruik⁹.

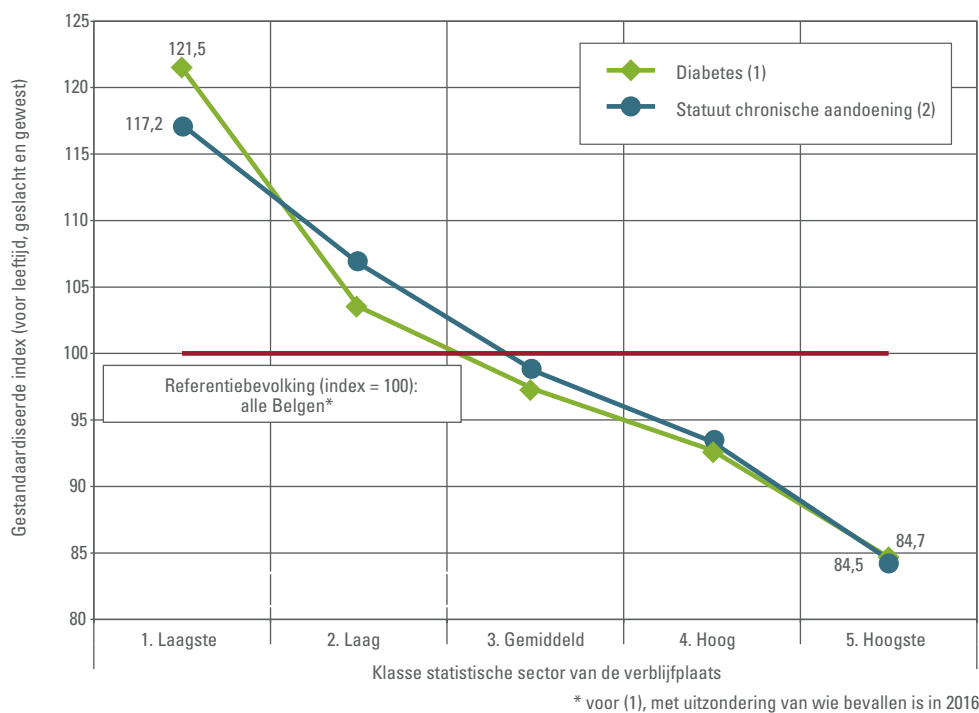
Figuur 2: Arbeidsongeschiktheid (België 2016)



Bron: IMA-gegevens

- 8 Opgelet, met de facturatiegegevens kunnen niet alle situaties van diabetes worden opgespoord: situaties waarbij een dieet en lichaamsbeweging volstaan zullen niet gedetecteerd worden.
- 9 ATC-klasse A10.

Figuur 3: Diabetes – Statuut chronische aandoening (België 2016)



Bron: IMA-gegevens

Figuur 3 toont dat individuen uit klasse 1 (de laagste klasse) 43% meer risico op diabetes $(= [121,5/84,7]-1)$ hebben dan deze uit de hoogste klasse (klasse 5). Voor diabetes sluiten wij in de referentiepopulatie vrouwen die in de loop van het jaar zijn bevallen uit om geen zwangerschapsdiabetes mee te rekenen.

Chronisch zieken kunnen ook via het statuut 'chronische aandoening'¹⁰ worden opgespoord. Dit statuut dekt zeker niet alle situaties van chronische ziekte, maar verwijst zeker naar situaties van patiënten die veel en regelmatig zorg verbruiken en minder zelfredzaam worden. Kortom, dit statuut gaat hoe dan ook gepaard met een blijvend verslechterde gezondheidstoestand. In figuur 3 is te zien dat in 2016 individuen uit de laagste klasse 39% meer risico lopen $(= [117,2/84,5]-1)$ om dit statuut te krijgen dan personen uit de hoogste klasse (klasse 5).

Ook op het vlak van geestelijke gezondheid is sociale ongelijkheid merkbaar. De algemene trend is dezelfde als bij de

vorige indicatoren: de indicatoren voor de geestelijke gezondheidstoestand verslechteren met het afdalen van de sociale ladder. Dit is zichtbaar bij volgende drie indicatoren (Figuur 4).

1. **Gebruik van antidepressiva**¹¹ (minimum 90 DDD¹² in 2016). De waargenomen gradiënt is niet spectaculair maar is in het nadeel van wie tot klasse 1 behoort: we stellen vast dat individuen in deze klasse in 2016 18% meer risico lopen om antidepressiva te gebruiken dan die in de hoogste klasse (klasse 5).
2. **Gebruik van antipsychotica**¹³ (minimum van 30 DDD's in 2016). De waargenomen gradiënt is redelijk spectaculair: we stellen vast dat personen uit de laagste klasse (klasse 1) een risico vertonen dat 112% $(= [141,3/66,1]-1)$ hoger is voor het gebruik van antipsychotica in vergelijking met de personen uit de hoogste klasse (klasse 5).
3. **Opname in de psychiatrie** (in een psychiatrisch ziekenhuis

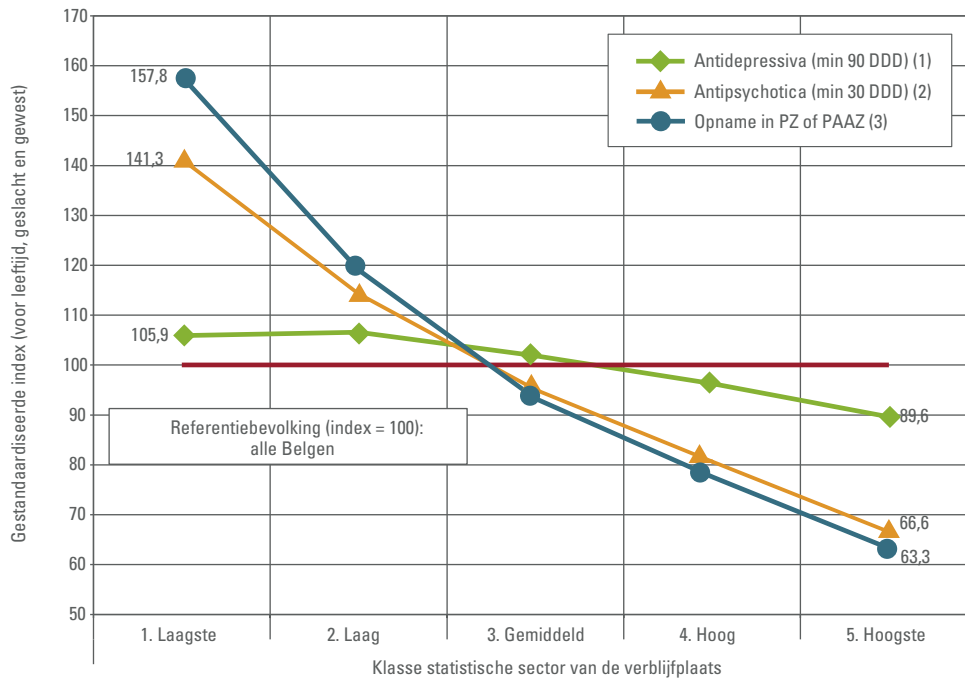
¹⁰ <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/ziekten/chronische-ziekten/Paginas/statuut-persoon-chronische-aandoening-toegang-zorgen.aspx#.XVbEZegzblU>

¹¹ ATC-klasse N06A. We gebruiken de limiet van DDD, die overeenstemt met een behandeling gedurende drie maand, om zo goed mogelijk die patiënten te kunnen detecteren die antidepressiva gebruiken omwille van een depressie. Deze klasse geneesmiddelen kan, met een lager niveau van DDD, ook voor andere doeleinden gebruikt worden (vb. migraine).

¹² DDD = Defined Daily Doses. Dit is de veronderstelde gemiddelde onderhoudsdosis per dag voor een geneesmiddel dat gebruikt wordt voor de indicatie bij een volwassene. Definitie uit: https://www.who.int/medicines/regulation/medicines-safety/toolkit_ddd/en/

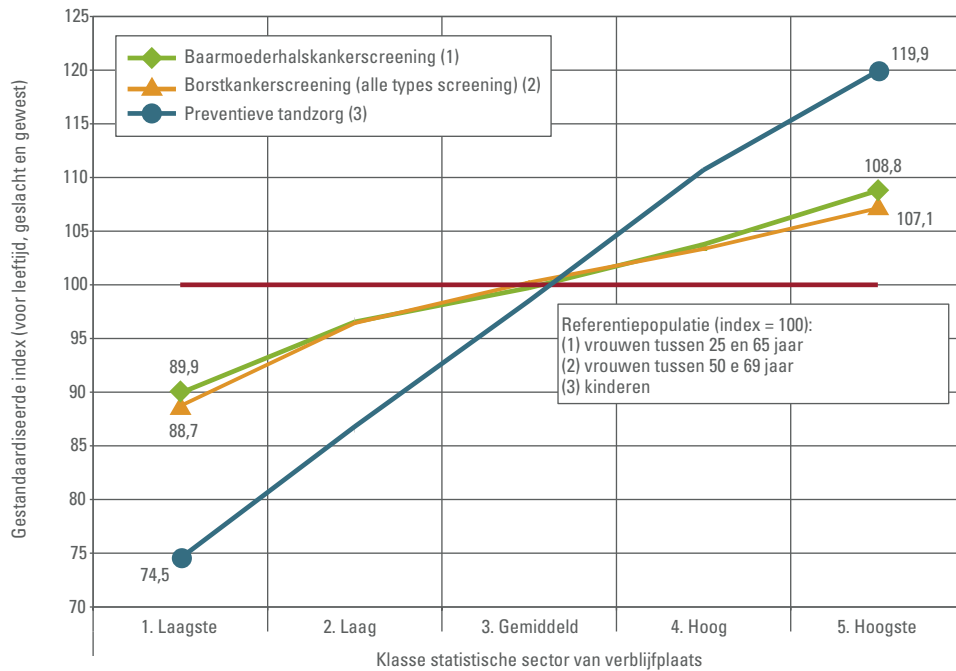
¹³ ATC-klasse N05A

Figuur 4: Geestelijke gezondheid (België 2016)



Bron: IMA-gegevens

Figuur 5: Preventieve zorgen (België 2016)



Bron: IMA-gegevens

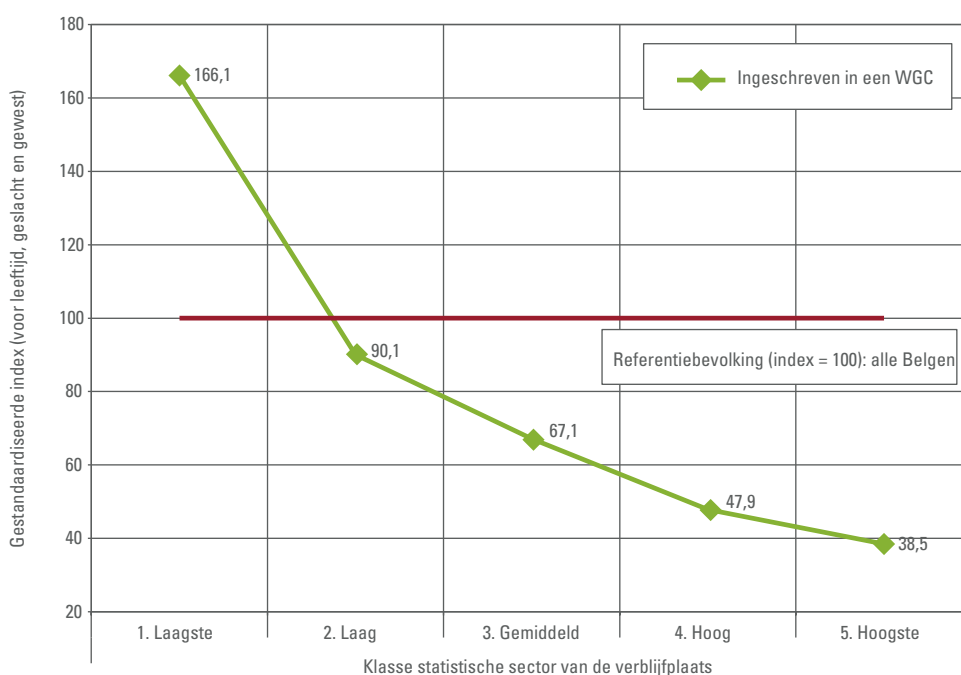
of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis). Ook hier is te merken dat de laagste klasse (1) 149% meer risico van opname in de psychiatrie heeft ($= [157,8/63,3]-1$) in vergelijking met de hoogste klasse (5).

3.3. Preventie

Hoe lager op de sociale ladder, hoe minder preventie werkt. Volgende drie indicatoren tonen dit (figuur 5).

1. **Baarmoederhalskankerscreening.** Om precies te zijn, moet worden gezegd dat hier rekening wordt gehouden met de gebeurtenis waarbij minstens één uitstrijkje werd terugbetaald tijdens de periode 2014 tot 2016. De referentepopulatie zijn vrouwen van 25 tot 65 jaar. Volgende significante sociale gradiënt wordt gevonden: vrouwen uit klasse 1 hebben 17% ($= [89,9/108,8]-1$) minder kans dan die uit klasse 5 dat deze screening wordt uitgevoerd.
2. **Borstkankerpreventie.** Hier zijn meerdere mogelijkheden:
3. **Preventieve tandzorg voor kinderen.** Preventieve tandzorg (bijv. kalkverwijdering, mondonderzoek, etc.) is gratis voor jongeren tot 18 jaar, op voorwaarde dat de patiënt behandeld wordt¹⁵ door een geconventioneerde tandarts of door een tandarts die geen supplementen aanreket (er is immers geen remgeld te betalen). Maar dit is duidelijk niet voldoende om gelijke toegang te garanderen. De sociale gradiënt is hier zeer belangrijk: jongeren in klasse 1 hebben 38% minder kans ($= [74,5/119,9]-1$) op deze vorm van zorg dan die in klasse 5.

Figuur 6: Ingeschreven in een wijkgezondheidscentrum (België 2016)



Bron: IMA-gegevens

14 Er zijn grote regionale verschillen: deelname aan het gratis programma van de Gemeenschap geniet de voorkeur in Vlaanderen. Inwoners van Brussel en Wallonië bij voorkeur een beroep doen op diagnostische mammografieën. Zie de indicatoren in de IMA-atlas. <http://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees>

15 De indicator is meer bepaald opgebouwd als volgt: minstens 2 preventieve contacten bij de tandarts in 2 verschillende jaren binnen een termijn van 3 kalenderjaren (jaren 2014 tot 2016).

3.4. Gebruik van gezondheidszorg

Diverse indicatoren werden opgebouwd rond ambulante contacten met de huisarts, de specialist en de tandarts.

1. Kenmerken van het **contact met de huisarts**.
 - a. Voor alle soorten contact samen (raadpleging in het kabinet van de huisarts of huisbezoek bij de patiënt) verschillen de klassen niet echt merkbaar (maximum 1% afwijking).
 - b. Personen uit de laagste klasse vertonen niettemin een voorkeur voor huisbezoeken. De kans op een huisbezoek van een huisarts is 38% ($=\lceil 114,9/83,5 \rceil - 1$) hoger bij wie tot de laagste klasse (klasse 1) behoort dan bij wie tot de hoogste (klasse 5) behoort.
 - c. Een andere manier om te genieten van huisartsenzorg zonder remgeld te betalen, bestaat erin zich aan te sluiten bij een wijkgezondheidscentrum (met forfaitaire financiering). Wijkgezondheidscentra zijn natuurlijk voor iedereen toegankelijk, maar het is niet verwonderlijk dat het veeleer de bewoners van de minst begunstigde wijken (klasse 1) zijn die zich inschrijven: het verschil tussen klasse 1 en 5 bedraagt ongeveer 332% ($=\lceil 166,1/38,5 \rceil - 1$).
2. Voor de **consultatie bij de specialist** is er ook geen groot verschil. Er is een verschil van 6% ($=\lceil 96,5/103,1 \rceil - 1$) tussen de uiterste klassen, ten gunste van degenen die tot de hoogste klasse behoren. Of anders gezegd: de hoogste klasse heeft een iets grotere neiging (van 6%) om contact op te nemen met een gespecialiseerde arts, ongeacht het type specialisme.
3. Voor **tandzorg** (Figuur 7) richten we ons op orthodontische behandelingen die aangevat werden of nog steeds aan de gang zijn voor kinderen. We weten dat deze behandelingen duur zijn voor patiënten¹⁶, het is dus niet verwonderlijk dat hier een belangrijke sociale gradiënt te zien is. Kinderen uit de laagste klasse (klasse 1) hebben 35% minder kans ($=\lceil 76,2/117,2 \rceil - 1$) op een orthodontische behandeling dan kinderen uit de hoogste klasse (klasse 5). Deze gradiënt is

nog sterker in Brussel (44% verschil tussen de uitersten). We hebben ook gekeken naar diegenen die niet naar de tandarts gaan. Maar is hier een sociale gradiënt waar te nemen? Ja, dat is zeker het geval (figuur 7). Personen in de laagste klasse (klasse 1) hebben 47% meer kans ($=\lceil 117,8/80,4 \rceil - 1$) om in drie opeenvolgende jaren geen contact met een tandarts te hebben gehad dan die in de hoogste klasse (klasse 5).

Ook werden enkele indicatoren voor zorg in het ziekenhuis opgebouwd (Figuur 8).

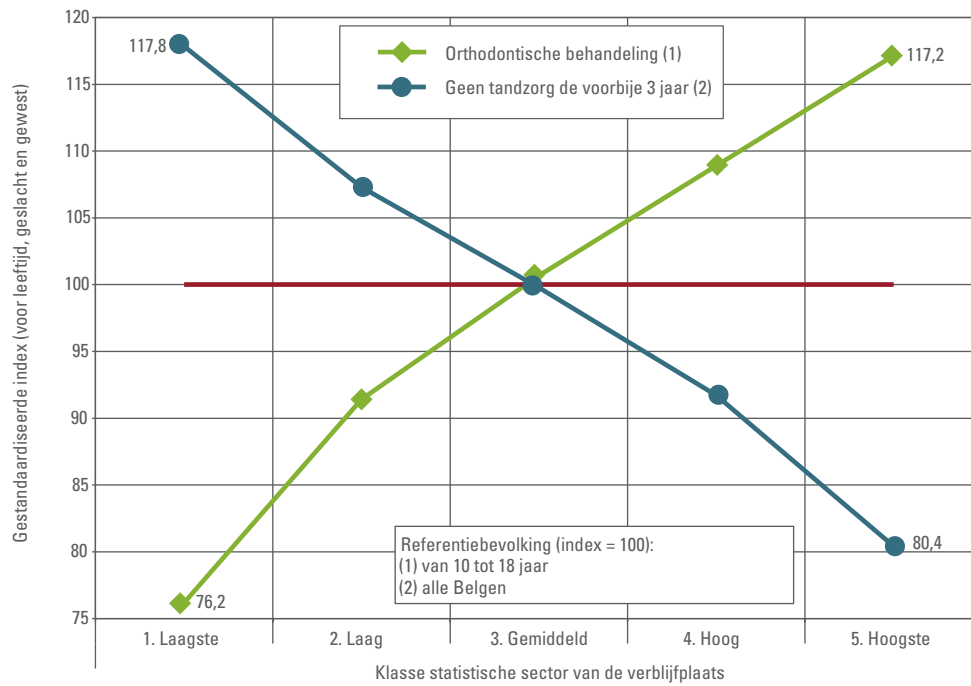
1. Met de **"klassieke" ziekenhuisopnames** (minstens één overnachting) weerspiegelen we eerder de relatieve gezondheidstoestand van de bevolking. Het is dus niet verrassend dat de waargenomen gradiënt wel degelijk de slechtere gezondheidstoestand van klasse 1 weerspiegelt: personen uit de laagste klasse liepen in 2016 een risico dat 19% hoger was ($=\lceil 109,0/91,3 \rceil - 1$) om in het ziekenhuis opgenomen te worden dan personen uit de hoogste klasse (klasse 5).
2. Bij **pediatrische of neonatale ziekenhuisopnames** staat het om de gezondheid van kinderen. En de conclusie is duidelijk: de geobserveerde sociale gradiënt toont aan dat de gezondheidstoestand van kinderen verslechtert naarmate ze zich lager op de sociale ladder bevinden. We zien inderdaad dat kinderen uit de laagste klasse (klasse 1) in 2016 een risico vertonen dat 19% hoger is ($=\lceil 107,1/89,6 \rceil - 1$) om in de pediatrie of de dienst neonatologie te worden opgenomen in vergelijking met de kinderen uit de hoogste klasse (klasse 5). Sociale ongelijkheid op het vlak van gezondheid begint dus vanaf de kindertijd.
3. Wie lager op de sociale ladder staat, maakt vaker gebruik van de **spoeddiensten** van het ziekenhuis. De bevolking uit de laagste klasse (klasse 1) vertoont in 2016 een risico dat 33% hoger is ($=\lceil 114,9/86,5 \rceil - 1$) om zich in 2016 te gaan aanbieden bij de spoedgevallendienst van het ziekenhuis in vergelijking met de bevolking van de hoogste klasse (klasse 5).

16 KCE. 2008. Orthodontie bij kinderen en adolescenten. Rapport KCE 77B

Overgenomen van de website van het KCE: "Vier op de tien Belgische jongeren draagt een tandbeugel. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en UZ Leuven (K.U.Leuven) stelden vast dat er daar niet altijd gegronde medische redenen voor zijn. De risico's van orthodontie zijn wel beperkt. **Gemiddeld kost een behandeling aan de jongere of zijn ouders 1.000 euro, zijnde 50% van de totaalcost. De andere helft wordt door de ziekteverzekering en de aanvullende verzekeringen gedragen.** De ziekteverzekering maakt momenteel voor de terugbetaling geen onderscheid tussen lichte (esthetische), matige of ernstige afwijkingen. Het KCE pleit voor een terugbetaling afhankelijk van de ernst van de gebitsafwijking met een betere terugbetaling voor de ernstige afwijkingen."

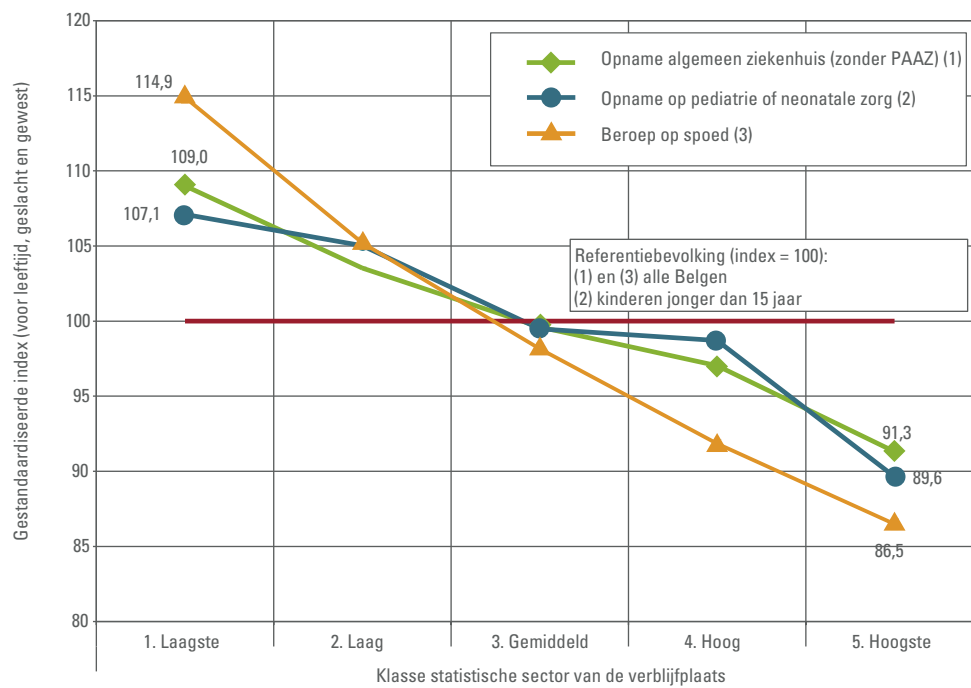
<https://kce.fgov.be/nl/orthodontie-bij-kinderen-en-adolescenten>

Figuur 7: Orthodontie, geen tandzorg (België 2016)



Bron: IMA-gegevens

Figuur 8: Beroep op ziekenhuisdiensten (België 2016)



Bron: IMA-gegevens

4. Conclusies

De resultaten van deze studie leiden tot dezelfde conclusie: hoe lager op de sociale ladder, hoe slechter de gezondheidstoestand, hoe minder effectief de preventie en hoe verschillend de zorg (om nog maar te zwijgen van het feit dat een aanzienlijk deel van de bevolking om financiële redenen gedwongen is om gezondheidszorg uit te stellen¹⁷).

- Voor minder gegoede bevolkingsgroepen betekent een verslechtering van hun gezondheidstoestand dat hun overlevingskansen kleiner zijn, dat de kans op arbeidsongeschiktheid toeneemt (en dus dat hun beschikbaar inkomen nog verder afneemt terwijl de gezondheidsuitgaven stijgen) en dat er een groter risico bestaat op ernstige, chronische en invaliderende ziekten. Dit alles is een weerspiegeling van hardere sociale en economische omstandigheden met minder mogelijkheden voor goede zorg. En alles begint al in de kindertijd, zoals blijkt uit ziekenhuisopnames in de pediatrie en neonatologie. Het gaat ook niet alleen om 'lichamelijke' gezondheid. Uit de psychiatrische ziekenhuisopnames, het gebruik van antidepressiva en antipsychotica blijkt dat sociale ongelijkheid ook doorweegt op het gebied van de geestelijke gezondheid. Dit hoeft niet te verbazen. Leven (of overleven) in precaire omstandigheden leidt tot permanente spanningen en stress waar weinig tegen te doen valt.
- Preventie is minder werkzaam als je lager op de sociale ladder staat. Zelfs de mogelijkheid van gratis preventie (vb. mammotest, preventieve tandzorg bij kinderen) garandeert geen effectieve en gelijke toegang voor allen. Moet dit ons verbazen? Gezien hun moeilijke dagelijkse realiteit vormt preventie niet de eerste prioriteit van de minder bevoorrechte bevolkingsgroepen. We kunnen ook vraagtekens plaatsen bij de vaardigheid om preventieboodschappen te begrijpen. Deze populaties hebben ook het laagste niveau van "gezondheidsgeletterdheid". Dit dwingt ons in ieder geval om de evidentie van de sociale vertegenwoordiging en de waarden die we associëren met gezondheid in twijfel te trekken. Die waarden zijn niet in alle geledingen van de bevolking identiek.
- Het gezondheidszorggebruik toont dat niet iedereen zich niet op dezelfde manier verzorgt. Het goede nieuws is dat voor huisartsenzorg geen ongelijkheid werd vastgesteld. Minder bevoorrechte bevolkingsgroepen geven echter wel de voorkeur aan een huisbezoek en dit is duurder dan een raadpleging in het kabinet van de huisarts. Onderaan de sociale ladder genieten de wijkgezondheidscentra echter wel de voorkeur. Toegang tot tandzorg is evenwel zeer duidelijk een algemeen probleem voor kansarme bevolkingsgroepen. De mond- en tandhygiëne bij deze laatste groep is eerlijk gezegd echt onrustwekkend.
- Wie lager op de sociale ladder staat, gaat ook vaker naar de spoedgevallendienst van het ziekenhuis. Verzorgd worden is wel het belangrijkste, maar de spoeddienst is echter niet de goedkoopste oplossing vooral wanneer de situatie niet zo dringend blijkt: dan wordt immers een veel hoger remgeld betaald dan bij de huisarts. Dit moet ons doen nadenken over de organisatie van niet alleen de spoeddiensten (als toegangspoort tot de ziekenhuiszorg) maar ook van de wachtdiensten en over de bekendmaking van deze zorgstructuren bij het publiek.
- Nog een aandachtspunt: sociale gezondheidsongelijkheden hebben wel degelijk betrekking op de samenleving als geheel. In de presentatie van de resultaten wordt de nadruk gelegd op de 'spanning' tussen klasse 1 en 5: hoe hoger de verhouding tussen de indices die voor deze twee klassen worden waargenomen, hoe verticaler de gradiënt wordt, wat de sociale ongelijkheden benadrukt. Het gaat er echter niet alleen om de situatie te beoordelen van degenen die tot de minst begunstigde klasse behoren in vergelijking met de meest begunstigde klasse. Mensen die tot de tussenklassen 2, 3 en 4 behoren, hebben immers ook indices die (vaak) minder gunstig zijn dan die welke voor klasse 5, de meest begunstigde klasse, worden gemeten. De ongelijkheid op gezondheidsgebied belangt al deze personen aan.

17 KCE. 2019. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem –Rapport KCE 313B.

«Het KCE-rapport 2019 over de prestaties van het Belgische gezondheidstelsel presenteert en meet de sociaaleconomische ongelijkheden voor een reeks indicatoren. In de samenvatting van de resultaten (blz. 56) vermeldt het KCE het volgende: "De voorgestelde ongelijkheden geven aan dat de minder bevoorrechte groepen (met een laag opleidingsniveau, met een laag inkomensniveau, of die genieten van een verhoogde tegemoetkoming) meer uitgestelde medische en tandheelkundige onderzoeken omwille van financiële redenen rapporteren. Ondanks de genomen maatregelen om de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verbeteren, worden grote - en groeiende - socio-economische ongelijkheden vastgesteld. Uitgestelde contacten komen 4 keer vaker voor in de groep met een laag opleidingsniveau in vergelijking met de groep met een hoog opleidingsniveau; de verschillen per inkomenskwintiel zijn nog meer uitgesproken."»

<https://kce.fgov.be/nl/de-performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem-%E2%80%93-rapport-2019>

Gezondheidsongelijkheden zijn bijzonder onrechtvaardig en het terugdringen ervan zou ieders doel moeten zijn. Het gaat hier zeker om het verbeteren van de financiële toegankelijkheid van de zorg. Het gezondheidssysteem is niet de enige oorzaak. Gezondheidsongelijkheid is het resultaat van alle sociale ongelijkheden in onze samenleving. De algemene leefomstandigheden, huisvesting, opvang van jonge kinderen, de toegang tot de arbeidsmarkt, het onderwijs, het milieu (materieel, sociaal en cultureel), ... dienen te worden bevestigd. Alle overheidsniveaus en alle sociale partners zijn hierbij betrokken. "Meten is weten" (deze studie bevestigt heel wat andere studies hierover), en met wat we nu weten, moet "Health in all policies" ons nieuwe motto zijn.