

Synthese van de IMA-studie

Sociale ongelijkheden op het vlak van gezondheid

Gezondheid wordt door velen gezien als een kostbaar goed. Ondanks de vooruitgang in de geneeskunde en de omvang van de overheidsuitgaven voor de volksgezondheid (ongeveer 30 miljard euro, zowel voor de sociale zekerheid als voor de Gemeenschappen en Gewesten), is die "goede gezondheid" echter verre van gelijk toegankelijk voor iedereen. Het doel van deze studie is beschrijvend: deze ongelijkheden binnen de Belgische bevolking in kaart brengen en meten door optimaal gebruik te maken van de gegevens van het InterMutualistisch Agentschap (IMA).

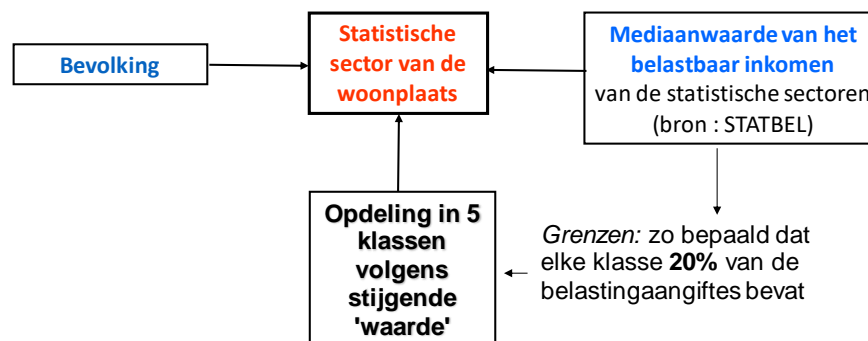
Hoe de sociale ongelijkheid in gezondheid meten?

Om deze sociale ongelijkheden te bestuderen, moeten twee soorten informatie met elkaar in verband worden gebracht:

- (1) een sociale stratificatie uitwerken: dit kan gebeuren via de belastingstatistieken beschikbaar op het niveau van de statistische sectoren van de woonplaats van de leden van de verzekeringsinstellingen;
- (2) een gezondheidsindicator: hiervoor beschikt het IMA over de administratieve en facturatiegegevens van de verplichte ziekteverzekering (ZIV).

(1) Voor de opbouw van de sociale schaal maken we gebruik van fiscale statistieken¹ gerelateerd aan de statistische sector (SS - geografische eenheid ter grootte van een wijk). Omdat we de SS van de woonplaats van de verzekerden kennen, kunnen we een sociale schaal uitwerken die bestaat uit vijf klassen van statistische sectoren, variërend van de laagste tot de hoogste belastinginkomsten (als indicator voor deze waarde gebruiken we de mediaanwaarde van de belastinginkomsten van die SS). De grenzen van deze vijf categorieën zijn zo vastgesteld dat elke categorie overeenkomt met 20% van de belastingaangiften van het desbetreffende geografische niveau (België, Vlaams Gewest, Waals Gewest, Brussels Hoofdstedelijk Gewest).

Schema van de methode voor de opbouw van de sociale schaal



1ste klasse : bevat de bevolking woonachtig in de statistische sectoren met **de laagste mediaanwaardes** van belastbaar inkomen

5de klasse : bevat de bevolking woonachtig in de statistische sectoren met **de hoogste mediaanwaardes** van belastbaar inkomen

(2) Voor de gezondheidsindicatoren steunen we enerzijds op administratieve gegevens en anderzijds op de uitgaven gezondheidszorg die door de ZIV worden terugbetaald. Deze gegevens geven ons een overzicht van

¹ De referentieperiode voor de gebruikte fiscale gegevens is het inkomstenjaar 2016, d.w.z. het aanslagjaar 2017. Ze zijn vrij toegankelijk via <https://statbel.fgov.be/nl/themas/huishoudens/fiscale-inkomens>

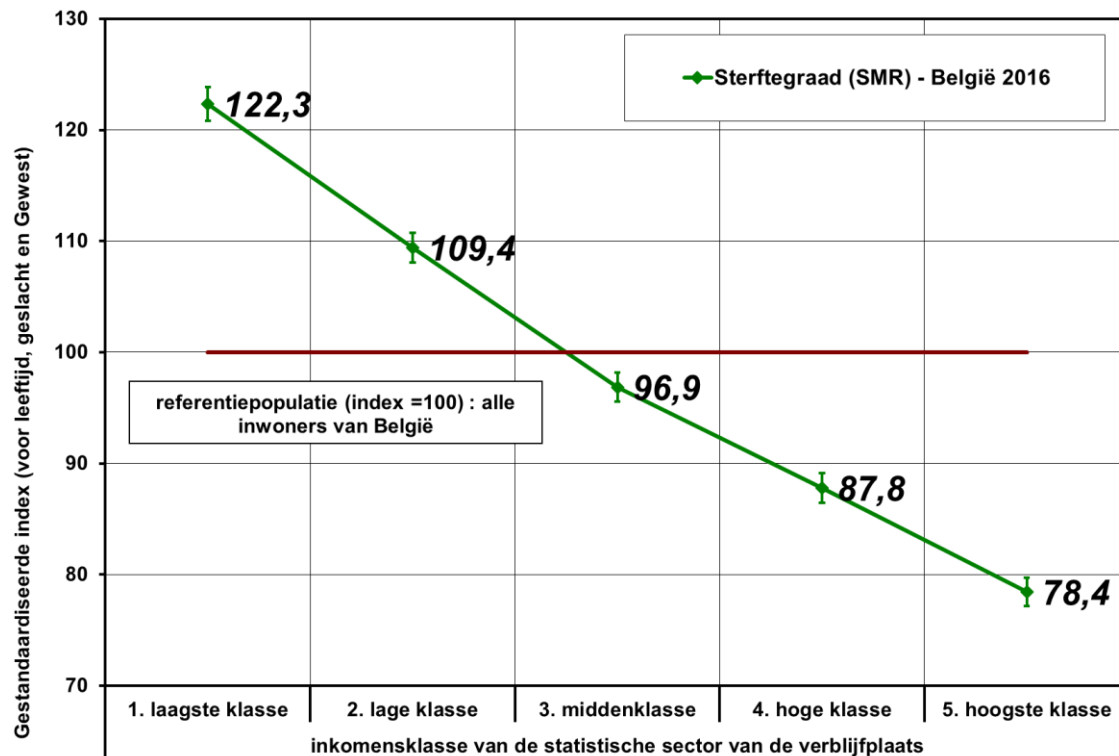
verschillende gebeurtenissen gerelateerd aan de gezondheidstoestand: ziekenhuisopnames, gebruik van bepaalde soorten zorg of medicatie, overlijden, arbeidsongeschiktheid, ... Voor elke klasse wordt de frequentie van deze gebeurtenissen gemeten aan de hand van gestandaardiseerde indices (indirecte standaardisatie wordt uitgevoerd voor leeftijd, geslacht en Gewest). Aangezien de referentiepopulatie is geïndexeerd op de waarde 100, betekent het feit dat als de waarde van de gestandaardiseerde index 130 is voor een bepaalde gebeurtenis en voor een bepaalde klasse, dat de populatie van die klasse geconfronteerd wordt met een verhoogd risico van 30% in vergelijking met de referentiepopulatie.

Wat is de omvang van deze ongelijkheden in België? De sterftegraad als voorbeeld

De bestudeerde gebeurtenis is het overlijden in de loop van het jaar 2016, de referentiepopulatie alle personen die opgenomen zijn in de IMA-populatie database en die in België wonen. Hier komt de index overeen met de klassieke *Standardized Mortality Ratio (SMR)*.

De tabel hieronder geeft aan dat de gradiënt bijzonder sterk is: personen uit de laagste klasse (klasse 1) hebben een sterfterisico dat 22% hoger ligt dan de referentiepopulatie in 2016. In vergelijking met de hoogste klasse (klasse 5) is de overmatige sterfte 56% hoger ($= [122,3/78,4]-1$). In concreto: mensen die in de armste wijken wonen, hebben een 56% hoger risico om binnen het jaar te sterven dan mensen die in de rijkste wijken wonen. Dit is geen toeval: dergelijke verschillen weerspiegelen een verslechterde gezondheidstoestand, als gevolg van de hardere levens-, sociale en economische omstandigheden naarmate op de sociale ladder afgezakt wordt.

Sterftcijfers - België



bron: gegevens van het InterMutualistisch Agentschap

De studie onderzoekt verschillende indicatoren die betrekking hebben op vier basisdomeinen: gezondheidstoestand, preventie, gebruik van eerstelijnszorg en gebruik van ziekenhuisvoorzieningen. In de volgende tabel geven we de meest opvallende resultaten van de studie weer: we reproduceren de waarde van de gestandaardiseerde indices voor de twee extreme klassen en de verhouding daartussen.

De referentiepopulatie kan van geval tot geval verschillen: de focus ligt op de relevante populatie, de populatie die waarschijnlijk geconfronteerd zal worden met de gebeurtenis in kwestie (bijvoorbeeld, geen noodzaak om mannen te selecteren voor een indicator baarmoederhalskankerscreening).

De voornaamste resultaten

Geobserveerde gebeurtenis (België)	Gestandaardiseerde index		Verhouding tussen klasse (1) en klasse (5)
	Laagste (1) inkomens-klasse	Hoogste (5) inkomens-klasse	
GEZONDHEIDSTOESTAND			
Arbeidsongeschiktheid (AO) (minstens 30 dagen met uitkering AO)	123,3	78,6	157%
Invaliditeit	145,8	65,9	221%
Genieten van het statuut chronische aandoening	117,2	84,5	139%
Antidepressiva (N06A, min 90 DDD)	105,9	89,6	118%
Antipsychotica (N05A, min 30 DDD)	141,3	66,6	212%
Diabetes (A10 + specifieke codes)	121,5	84,7	143%
Obstructieve luchtwegaandoeningen (R03)	109,2	91,1	120%
→ waarvan chronische obstructieve longziekte (COPD) (min 90 DDD)	117,2	85,4	137%
Cardiale therapie (C01, min 90 DDD)	108,2	89,2	121%
PREVENTIE			
Baarmoederhalskankerscreening	89,9	108,8	83%
Borstkankerscreening (via bevolkingsonderzoek of diagnostische mammografie)	88,7	107,1	83%
Preventieve tandzorgen - kinderen	74,5	119,9	62%
Preventieve tandzorgen - volwassenen	75,8	117,8	64%
Anticonceptiva jonge vrouwen	80,0	107,3	75%
Bevallingen bij tienermoeders	180,4	34,9	518%
CONTACT MET VERSTREKKERS VAN DE 1STE LIJN			
Bezoek van de huisarts	114,9	83,5	138%
Ingeschreven in een medisch huis (WGC)	166,1	38,5	432%
Orthodontiebehandeling	76,2	117,2	65%
Geen contact met de tandarts	117,8	80,4	147%
CONTACT BINNEN DE ZIEKENHUISINFRASTRUCTUUR			
Opnames in een algemeen ziekenhuis (exclusief psychiatrische diensten)	109,0	91,3	119%
Opnames in een psychiatrisch ziekenhuis (inclusief de psychiatrische diensten van algemene ziekenhuizen)	157,8	63,3	249%
Opnames in pediatrie of neonatologie	107,1	89,6	119%
Spiediensten van ziekenhuizen	114,9	86,5	133%

Hoe uiten deze gezondheidsongelijkheden zich?

Uit de vorige tabel kunnen de volgende trends in grote lijnen worden afgeleid: **hoe dieper men de sociale ladder afdaald, hoe slechter de gezondheidstoestand wordt en hoe ernstiger, chronischer en invaliderender de ziektes worden.** En dit begint vanaf de kindertijd, zoals blijkt uit pediatrische en neonatale opnames. Bovendien gaat het niet alleen om de lichamelijke gezondheid, maar ook om de geestelijke gezondheid: indicatoren voor de geestelijke gezondheid tonen aan dat er ook hier sprake is van ongelijkheid. Dit hoeft niet te verbazen. Leven (of overleven) in precaire omstandigheden leidt tot permanente spanningen en stresserende omstandigheden, waar weinig aan te doen is.

Preventie is minder effectief als je de sociale ladder afdaald. En zelfs wanneer er de mogelijkheid bestaat van gratis preventieve zorg (cf. bevolkingsonderzoeken, preventieve tandheelkundige zorg voor kinderen), vormt dit geen garantie voor een effectieve en gelijke toegang voor iedereen. Maar waarom zouden we verrast zijn? Gezien hun moeilijke dagdagelijkse bekommernissen is preventie niet de eerste prioriteit van de minder bevoorrechte bevolkingsgroepen. We kunnen ons ook vragen stellen bij het begrip van preventieboodschappen. Deze populaties hebben ook het laagste niveau van "gezondheidsgeletterdheid". Dit dwingt er ons in ieder geval toe om de als algemeen veronderstelde sociale normen en waarden die we associëren met gezondheid in twijfel te trekken. Ze zijn niet in alle lagen van de bevolking identiek.

De aanwending van het gezondheidszorgsysteem geeft aan dat niet iedereen op dezelfde manier wordt behandeld. Goed nieuws: **op het gebied van de huisartsgeneeskunde zien we geen ongelijkheden ontstaan,** behalve dat we een voorkeur zien voor huisbezoeken van de minder bevoorrechte bevolkingsgroepen. Een huisbezoek is echter duurder dan een raadpleging op het kabinet van de huisarts. Het medische huis (WGC - wijkgezondheidscentrum) lijkt de voorkeur te genieten van degenen die zich onderaan de sociale ladder bevinden. Aan de andere kant is er een duidelijk algemeen probleem van toegang tot tandheelkundige zorg bij de minder bevoorrechte bevolkingsgroepen. Men dient zich terecht zorgen te maken over de mondhygiëne van deze laatste groepen.

Ook wordt er **meer gebruik gemaakt van de spoedgevallendiensten van ziekenhuizen wanneer de sociale ladder afgedaald wordt.** Dit vormt echter niet de goedkoopste oplossing, zeker niet wanneer de situatie niet zo dringend is: het remgeld ligt dan veel hoger dan het bedrag dat aan een huisarts moet worden betaald. Dit moet ons aan het denken zetten over niet alleen de organisatie van de spoeddiensten (als toegangspoort tot zorg in het ziekenhuis), maar ook over de organisatie van de wachtdiensten en de te verspreiden informatie over het bestaan van deze zorgstructuren.

De sociale ongelijkheid op het gebied van gezondheid verminderen?

Ongelijkheden op het vlak van gezondheid zijn bijzonder onrechtvaardig en het terugdringen ervan zou ieders doel moeten zijn. Dit vereist ongetwijfeld een betere financiële toegankelijkheid van de zorg.

Maar het gaat niet alleen om de organisatie van gezondheidszorg alleen. Ongelijkheid op het vlak van gezondheid is het gevolg van alle sociale ongelijkheden in onze samenleving. Het is dus noodzakelijk om de algemene levensomstandigheden, de huisvesting, de kinderopvang, de toegang tot de arbeidsmarkt, het onderwijs, het milieu (materieel, sociaal en cultureel), te analyseren en in vraag te stellen ... Alle beleidsniveaus in ons land en alle sociale actoren zijn hierbij betrokken. Indien 'meten effectief weten is', dan moeten we met wat we nu weten (deze studie bevestigt vele andere studies over dit onderwerp) van **'Health in all policies'** ons nieuwe motto maken.