



Armoede en gezondheid: voorstellen van oplossingen



Lieven Annemans

Senior Fellow

Het is intussen goed bekend dat mensen die in armoede leven gemiddeld een veel zwakkere gezondheid hebben dan hun beter begoede medemens. Vreemd genoeg staan weinigen onder ons er nog bij stil: we hebben het probleem een plaatsje gegeven in een achterhoek van ons hersenarchief. Er is zelfs sprake van onverschilligheid: "er is toch niets aan te doen" is de teneur. Onverschilligheid... wellicht de grootste kwaal van onze hedendaagse maatschappij.

Maar er is iets aan te doen. En zelfs op korte termijn en met niet al te veel middelen!

Laat ons echter eerst het probleem nog even uit de catacomben van ons geheugen halen.

De ongelijkheden in gezondheid tussen de lagere en de hogere socio-economische groepen in de wereld zijn de jongste decennia steeds verder toegenomen. En ook binnen eenzelfde land, zelfs binnen welvarende westerse landen, nemen de verschillen toe. In België en Nederland bedraagt het jaarlijkse sterftcijfer 2 maal meer in de laagst opgelei de groep in vergelijking met de hoogst opgeleide. Het verschil tussen deze groepen inzake levensverwachting bedraagt 15 jaar!

Men is er nog niet uit of deze verschrikkelijke verschillen in hoofdzaak zijn toe te schrijven aan een verschil in de kans om ziek te worden dan wel aan een verschil in het ziekteverloop éénmaal men ziek is. Wat men alleszins wel weet is dat een belangrijk deel van de immense ongelijkheid te wijten is aan verschillen in gezondheidsgedrag: de laagste socio-economische groep vertoont bijvoorbeeld twee maal meer obesitas dan de hoogste. En dat is een gevolg van verschillende elementen. Armen kopen gemiddeld minder gezonde voeding omdat die

Armoede en gezondheid: voorstellen van oplossingen

gezonde voeding vaak duurder is (Braveman 2009).

Armen zijn ook veel minder gemakkelijk te bewegen tot gezonde activiteiten, niet alleen wegens de financiële belemmering maar ook omdat de informatie hen slechter bereikt. Bovendien blijft, wanneer men éénmaal ziek is, het slechtere gezondheidsgedrag in stand, maar neemt ook de financiële kant van de zaak weer een hoofdrol in, omdat vaak de behandelingen (zelfs relatief goedkope) gewoonweg onbetaalbaar zijn.

Algemeen spreekt men van desociale determinanten van gezondheid, zoals voeding, woonomstandigheden, economische en sociale relaties, transport, opleiding en gezondheidszorg, waarvan de (on)gelijke verdeling in de populatie leidt tot verschillen in gezonde levensverwachting. (James, 2002)

Wat is nodig om deze toestand te kenteren?

Ten eerste moet gezondheidsinformatie en -promotie aangepast worden aan personen met een lagere opleiding. Al te vaak hanteert men in preventieve gezondheidsprogramma's nog de "eenheidsworst" waarbij men de specifieke noden van bepaalde groepen niet in acht neemt. Enkel door aangepaste initiatieven die zich naar die doelgroepen richten kan men resultaat bereiken. Indien dat lukt kunnen de kosten van de investering vaak op langere termijn teruggewonnen

worden. Dus ook de maatschappij in het algemeen heeft er baat bij. Dat dit echter helemaal niet evident is werd onlangs geïllustreerd door Sir Michael Marmot, adviseur van de WHO terzake, aan de hand van een anekdote: hij sprak met een arme rokende, drinkende en sedentaire inwoner van Glasgow, en trachtte hem diets te maken dat hij bij een ongewijzigde levensstijl 15 jaar minder lang zou leven dan zijn beter begoede stadsgenoten, waarop de man liet verstaan dat men wel gek zou zijn om nog 15 jaar langer in zijn omstandigheden te willen leven!

Men kan ook specifiek gaan "uitreiken" naar minder begoeden, bv via zorgbehoefte metingen. Finland paste met succes een dergelijk systeem van zogenaamde "comprehensive care assessments" toe voor alle zorgafhankelijke ouderen. Een andere bijzondere doelgroep in dit verband bestaat uit mensen met geestesziekten. Uit de HealthQUEST studie van de Europese commissie blijkt dat bij deze patiënten de somatische problematiek genegeerd wordt waardoor hun gemiddelde gezonde levensverwachting nog meer gecompromiteerd wordt. Ook hier zijn programma's nodig om de lichamelijke gezondheid van deze patiënten actief en expliciet te bevorderen.

De impact van remgeld op de vraag naar medische zorgen door minder begoeden

“
*Enkel door aangepaste
initiatieven die zich
naar die doelgroepen
richten kan men resultaat
bereiken. Indien dat
lukt kunnen de kosten
van de investering vaak
op langere termijn
teruggewonnen worden.*

Armoede en gezondheid: voorstellen van oplossingen

In een rapport van 2008 stelt de Europese Commissie dat we al te vaak vergeten dat eigen bijdragen regressief werken, dat wil zeggen dat de relatieve uitgaven (uitgedrukt ten opzichte van het inkomen) veel groter zijn voor de minder begoeden. Zelfs ingrepen zoals een maximum factuur blijken ontoereikend omdat de personen in kwestie zelfs het geld niet hebben om de uitgaven aan te gaan, m.a.w. om de kosten van verzorging voor te schieten. Waarom niet meer inzetten op het systeem dat in de meeste wijkgezondheidscentra wordt gehanteerd met een forfaitair bedrag per patiënt per jaar voor de arts en gratis zorg voor de patiënt. Men kan dan gemengde praktijken indenken, waarbij men enkel voor patiënten met een inkomen beneden een bepaald niveau een forfaitair statuut inroept. Voor de andere patiënten blijft alles bij het oude.

Meer algemeen moet men bij elke beleidsdaad in het domein van de gezondheidszorg een "armoedebril" opzetten: wat zullen de gevolgen zijn voor de minder begoeden van deze of gene beleidsdaad? Zoals een beleidsdaad steeds meer de toets van de doelmatigheid moet doorstaan, zou dit ook moeten gelden voor de toets van de toegankelijkheid.

En nog algemener is het uiteraard nodig om de grote socio-economische verschillen die ook bij ons bestaan te verminderen. Dit gaat veel breder dan een aangepast gezondheidsbeleid, en vereist inspanningen die gericht zijn op alle sociale determinanten van gezondheid.

De minister(s) van gezondheid moeten hierover hun collega's meer aanspreken, zo niet blijven de investeringen in de sector van de gezondheidszorg een vorm van dweilen met een open kraan.

Lieven Annemans

Senior Fellow

Referenties

*Braveman P. A health disparities perspective on obesity research. *Prev Chronic Dis* (2009); 6(3)

*European Commission. QUALITY IN AND EQUALITY OF ACCESS TO HEALTHCARE SERVICES. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. March 2008

*James S. Social determinants of health: implications for intervening on racial and ethnic health disparities. Paper presented at: Minority Health Conference, 2002; University of North Carolina

*Marmot M. Lezing op 9/12/2008 in de reeks "lectures in medicine" georganiseerd door de AstraZeneca Foundation.

*Patychuk D., Seskar-Hencic D. First Steps to Equity. Ideas and Strategies for Health Equity in Ontario, 2008-2010. November, 2008

Onafhankelijke denktank en doetank voor duurzame economische groei en sociale bescherming.
"Think-tank" et "do-tank" indépendant pour une croissance économique et une protection sociale durables.



Itinera Institute VZW-ASBL

Boulevard Leopold II Laan 184d - B-1080 Brussel - Bruxelles

T +32 2 412 02 62 - F +32 2 412 02 69

info@itinerainstitute.org www.itinerainstitute.org