



EQUITY IN DE GEZONDHEIDSZORG

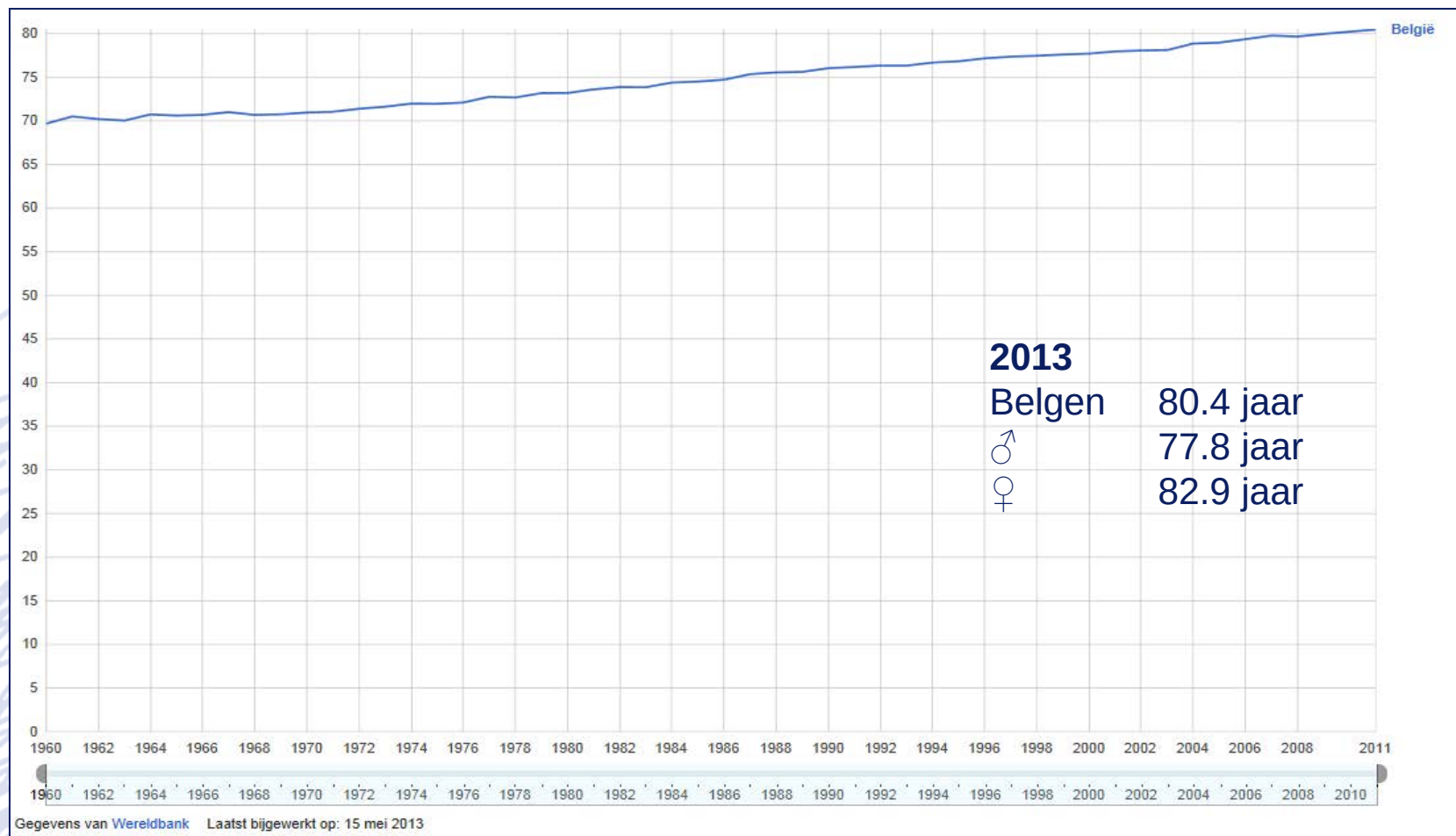
What's in a name?

Jens Detollenaere

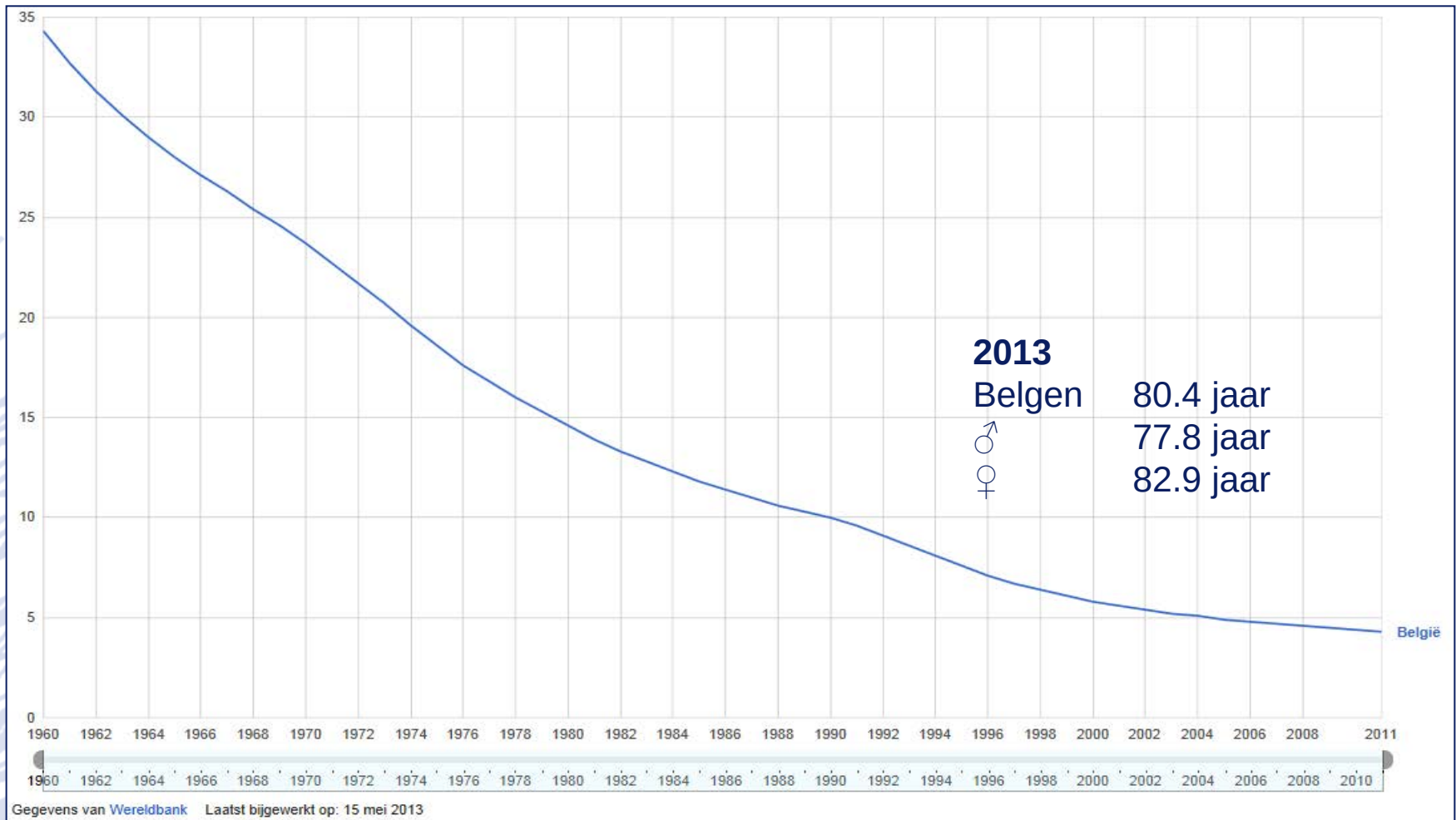
Research group Equity in Health Care

Department of Family Medicine and Primary Health Care

De levensverwachting van de Belgen neemt toe ...



De kindersterfte (< 5 jaar, per 1000 baby's) is minimaal



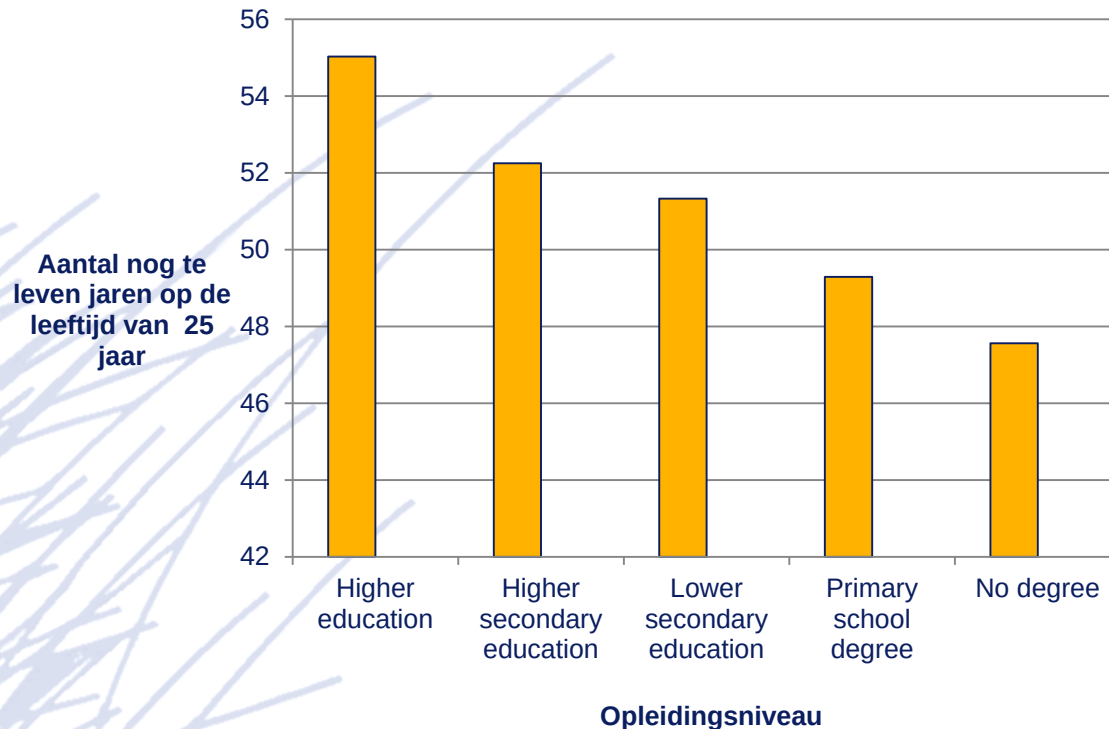




**Niet iedereen geniet in dezelfde mate van de
voortgang**

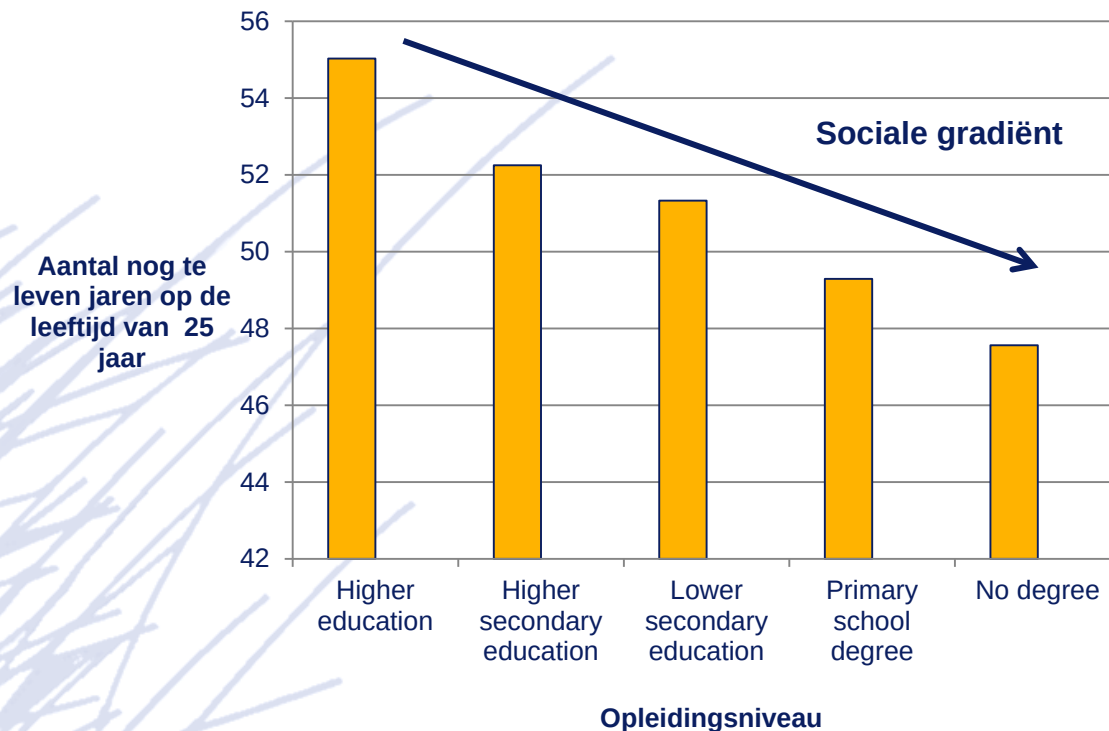
Niet iedereen geniet in dezelfde mate van de vooruitgang

Levensverwachting voor mannen van 25 jaar volgens opleidingsniveau



Niet iedereen geniet in dezelfde mate van de vooruitgang

Levensverwachting voor mannen van 25 jaar volgens opleidingsniveau



VASTSTELLING 1:

Belangrijke verschillen in gezondheid tussen sociale groepen in de maatschappij

VASTSTELLING 1:

Belangrijke verschillen in gezondheid tussen **sociale groepen** in de maatschappij

?

VASTSTELLING 1:

Belangrijke verschillen in gezondheid tussen **sociale groepen** in de maatschappij

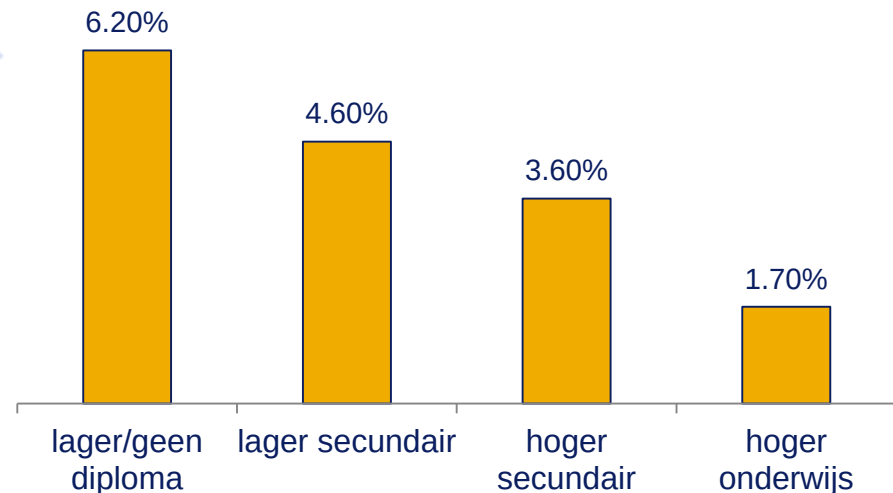
- Opleidingsniveau
- Inkomensniveau
- Geslacht
- Etnische achtergrond
- Seksuele voorkeur
- ...

VASTSTELLING 1:

Belangrijke verschillen in gezondheid tussen **sociale groepen** in de maatschappij

- **Opleidingsniveau**
- Inkomensniveau
- Geslacht
- Etnische achtergrond
- Seksuele voorkeur
- ...

Chronisch longlijden (%)

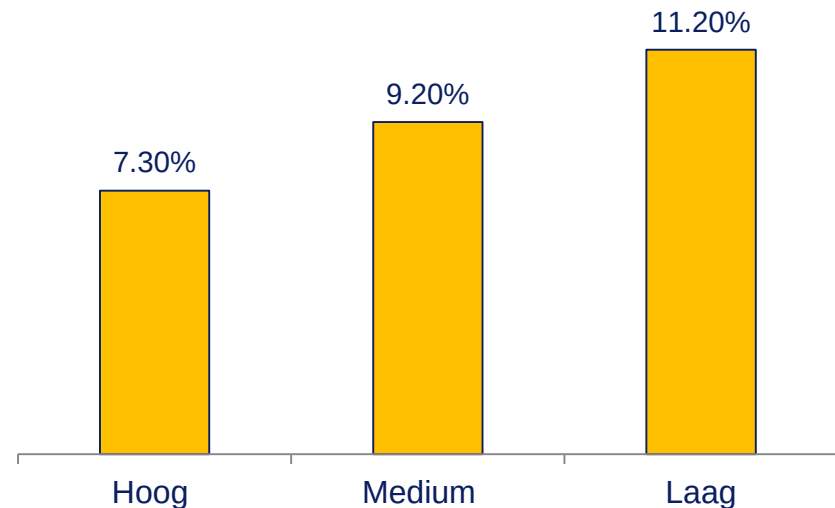


VASTSTELLING 1:

Belangrijke verschillen in gezondheid tussen **sociale groepen** in de maatschappij

- Opleidingsniveau
- **Inkomensniveau**
- Geslacht
- Etnische achtergrond
- Seksuele voorkeur
- ...

% Vlaamse jongeren met BMI 25-30
volgens gezinswelvaart



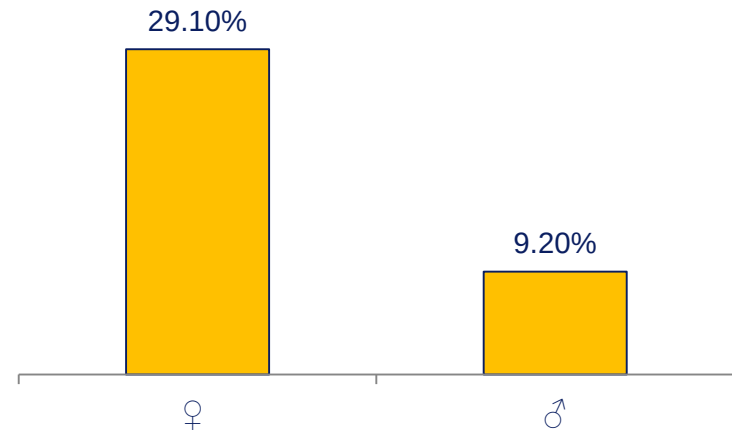
Source: Studie Jongeren en Gezondheid; Maes L, Vereecken C, Hublet A., Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidszorg, Universiteit Gent, cijfers van 2006

VASTSTELLING 1:

Belangrijke verschillen in gezondheid tussen **sociale groepen** in de maatschappij

- Opleidingsniveau
- Inkomensniveau
- Geslacht
- Etnische achtergrond
- Seksuele voorkeur
- ...

% Belgen met psychisch onwelbevinden
(GHQ score > 2)



Source: WIV, gezondheidsenquête 2008

VASTSTELLING 2:

De groep kwetsbare patiënten is aanzienlijk ...

VASTSTELLING 2:

De groep kwetsbare patiënten is aanzienlijk ... en neemt toe!



De interfederale armoedebarmeter

[Inleiding](#)

[Inkomen & schuld](#)

[Gezondheidszorg](#)

[Werk](#)

[Onderwijs](#)

[Wonen](#)

[Deelname](#)

[Kinderarmoede](#)

[Europa 2020](#)

[Federaal Plan](#)

[Extra info](#)

[Rapportages](#)

Inkomen & schuld

Bron: EU-SILC



1. De armoederisicograad van de Belgische bevolking

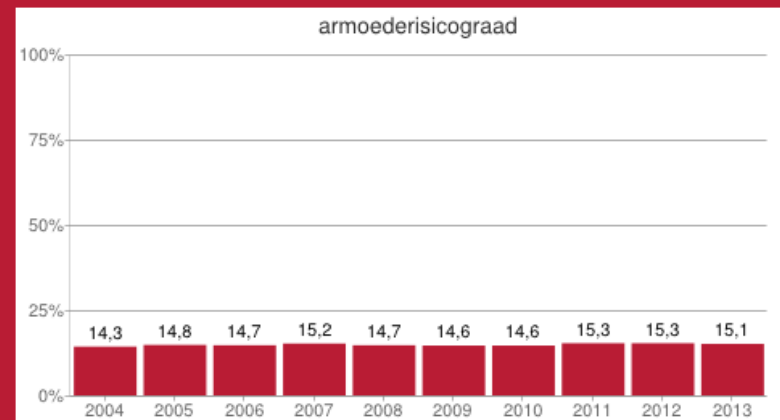
Het percentage personen met een equivalent beschikbaar huishoudinkomen dat lager is dan 60% van het nationaal mediaan huishoudinkomen.



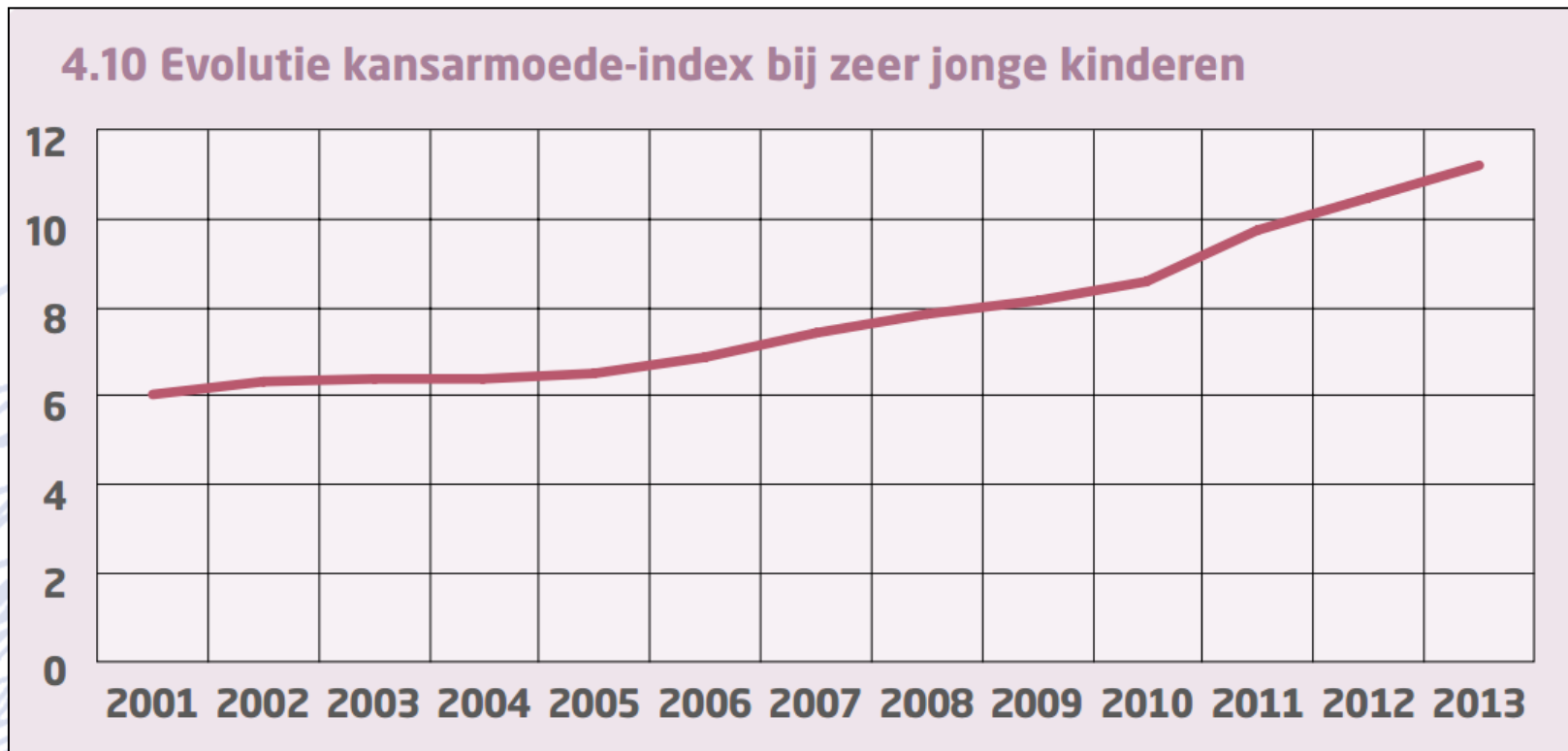
Overzicht jaren

Europa

Regio's



Evolutie aantal kinderen geboren in een KA gezin in Vlaanderen





De interfederale armoedebarmeter

- [Inleiding](#)
- [Inkomen & schuld](#)
- [Gezondheidszorg](#)
- [Werk](#)
- [Onderwijs](#)
- [Wonen](#)
- [Deelname](#)
- [Kinderarmoede](#)
- [Europa 2020](#)
- [Federaal Plan](#)
- [Extra info](#)
- [Rapportages](#)

Kinderarmoede

Bron: EU-SILC



1. AROPE min 18 jaar

De kinderen in armoede of sociale uitsluiting worden gemeten op basis van de AROPE indicator. Deze indicator is voor de totale bevolking de basis van de doelstelling om tegen 2020 380.000 personen uit armoede of sociale uitsluiting te helpen. De AROPE indicator is samengesteld uit AROP + LWI + SMD.

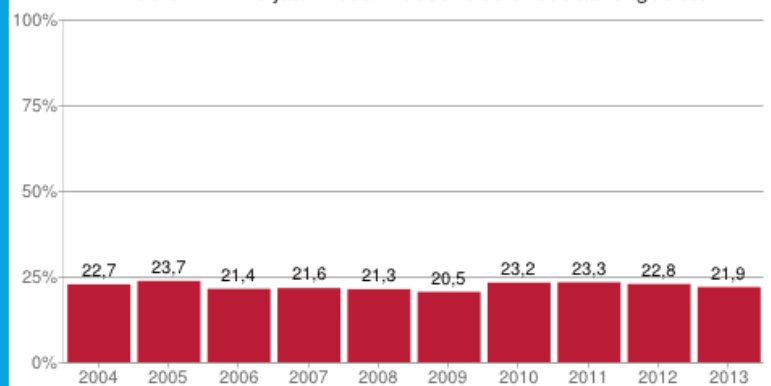
Kinderen min 18 jaar met armoederisico of sociaal uitgesloten



Overzicht jaren

Europa

Kinderen min 18 jaar met armoederisico of sociaal uitgesloten



[← Kinderarmoede](#)

[omhoog](#)

[AROP min 18 jaar >](#)

VASTSTELLING 3:

Een aantal van de verschillen in gezondheid tussen sociale groepen wordt veroorzaakt door sociale mechanismen

In tegenstelling tot genetische oorzaken, individuele leefstijlkeuzes, etc.

VASTSTELLING 3:

Een aantal van de verschillen in gezondheid tussen sociale groepen wordt veroorzaakt **door sociale mechanismen**

In tegenstelling tot genetische oorzaken, individuele leefstijlkeuzes, etc.

VASTSTELLING 3:

Een aantal van de verschillen in gezondheid tussen sociale groepen wordt veroorzaakt **door sociale mechanismen**

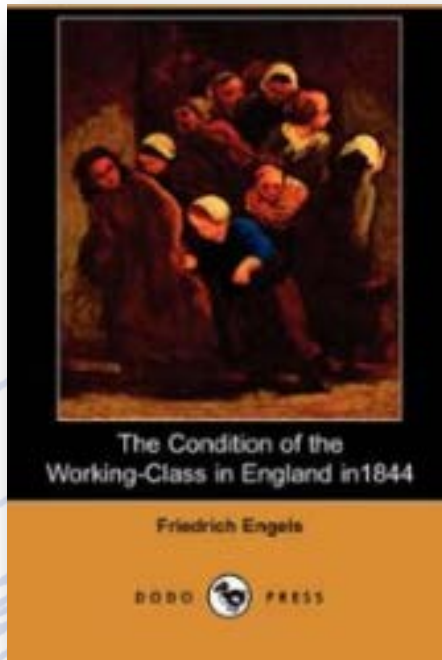
- Ongelijke verdeling macht en middelen
- Meer blootstelling aan gezondheidsrisico's

Onveilig verkeer in achtergestelde buurten, ongezonde sociale woningen, werkomstandigheden, etc.

- Eenzelfde blootstelling leidt tot meer gezondheidsproblemen
- Levenslooeffecten

Sociale gradiënt in het onderwijs, onaangepaste volksgezondheidsinterventies

- Verschillende effecten van ziek worden



Aanpak van deze sociale mechanismen is kwestie van sociale rechtvaardigheid

Health and social justice

Jennifer Roth-Rager

4 years into the new millennium, the health of the world's citizens is remarkably uneven. A child born today in Japan, for example, can expect to live to age 82 years on average, whereas it is unlikely that a newborn infant in Zimbabwe will reach his or her 34th birthday.¹ Over several decades, scientific progress has expanded our ability to improve human health, and many regions of the world have achieved significant health gains. Yet extreme deprivation in health is still widespread. Resolving this predicament of major health improvement in the midst of deprivation is one of the greatest global challenges of the new millennium.

These health disparities exist in a world that is becoming more closely linked in all domains, including health. The rapid spread and quick containment of severe acute respiratory syndrome (SARS) demonstrates the interconnectedness of our world as well as any recent health phenomenon. The same trend can be seen with HIV/AIDS and the potential to link solutions and best practices studied in one part of the globe with persistent health problems in another.

In the midst of such rapid global change and persistent health disparities, we need to revisit and underscore the moral and philosophical foundations for health improvement activities—to give them more forceful grounding and solidity. In this essay, I briefly survey some traditional philosophies of justice and health care. I then offer an alternative view of justice and health that is rooted in Amartya Sen's capability approach and Aristotle's political theory, and discuss the implications of this approach for health improvement across the globe.

Philosophical foundations

Theories of social justice (eg, fair and equitable treatment of people) have typically focused on justifying health care (medicine and public health) as a special social good. Rationalizing greater equality in health care is typically the point of departure for most approaches to medical ethics (bioethics), even for approaches that include health assessment. In general, less attention has been paid to universal concerns of social justice with respect to health itself. This essay focuses on the question of why health, as opposed to health care, has special moral importance for social justice in health improvement activities. I also analyze the implications of equity in health and health care.

Philosophical theories have been reluctant to give health (by contrast with health care) special moral importance for at least one primary reason: they share the assumption that health is not an appropriate focal variable for assessing social justice. Egalitarian theories, for example, "propose that persons be provided an equal

distribution of certain goods such as health care, but all prominent egalitarian theories of justice are cautiously formulated to avoid making equal sharing of all possible social benefits a requirement of justice."² Utilitarian theories, although consequentialist (eg, assessing states of affairs or actions in terms of their consequences), focus on the space of "utilities" (satisfaction, desire fulfillment, preference),³ whereas communitarian approaches focus on community values,⁴ rather than on health itself. Liberal theories of justice are disinclined to focus on health because, as John Rawls purports in his book, *A theory of justice*, natural goods like health are not included as social values or social primary goods (eg, "liberty and opportunity, income and wealth and the bases of self-respect") that are "things that every rational man is presumed to want."⁵ He adds that "health and vigor, intelligence and imagination, are natural goods; although their possession is influenced by the basic structure, they are not so directly under its control."⁶ Thus, according to Rawls, health is not one of the social primary goods that should be "distributed equally unless an unequal distribution of any, or all, of these values is to everyone's advantage."⁷ Although he discusses basic health care later in his book, *Law of Peoples*, Rawls does not include health in the list of social primary goods subject to distributive principles.

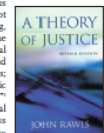
Norman Daniels argues that, "health is an inappropriate object, but health care, action which promotes health, is appropriate."⁸ He and others emphasize that "... a right claim to equal health is best construed as a demand for equality of access or entitlement to health services ...", and note that a "right to health" embodies a confusion about the kind of thing which can be the object of a right claim.⁹ Such reasoning illustrates the strong bias against health as a focal variable in current ethical theory.

A capability view of health

A contrasting argument is that health has special moral importance because of its status as an end of political and societal activity. According to Aristotle, society's obligation to maintain and improve health rests on the ethical principle of "human flourishing."¹⁰ "... the ability to live a flourishing, and thus healthy, life."¹¹ Flourishing and health are inherent to the human condition.¹² Indeed, certain aspects of health contain all other aspects of human flourishing because, without being able, no other human functionings are possible, including agency, the ability to lead a life one has reason to value.¹³ It can be argued, therefore, that public policy should focus on the ability to function, and that health policy should aim to maintain and improve this ability by meeting health needs.¹⁴ This view values health

Public Health

January 2004, Vol 10, No 1
Department of Epidemiology
and Public Health, School of
Medicine, Yale University, New
Haven, CT 06520, USA
(J Roth-Rager)
Correspondence to:
Dr Jennifer Roth-Rager
jennifer.roth-rager@yale.edu



**Kan gezondheidszorg bijdragen tot een meer
rechtvaardige verdeling van gezondheid?**

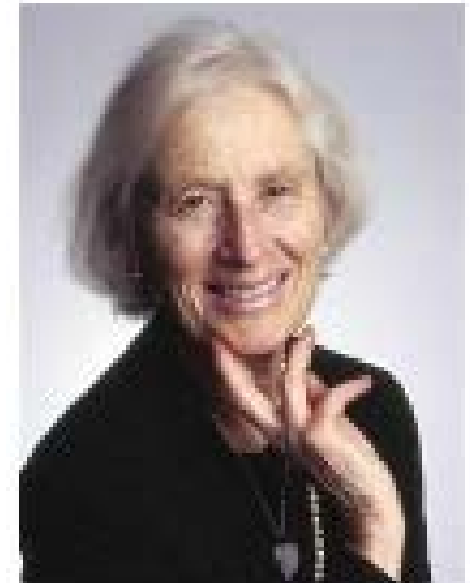
Why Is Primary Care Important?

Better health outcomes

Lower costs

Greater equity in health

Starfield 07/07
PC 3757 n



Op welke manier kan ...

**kan gezondheidszorg bijdragen tot een meer
rechtvaardige verdeling van gezondheid?**

Een rechtvaardige verdeling van gezondheid door een
rechtvaardige gezondheidszorg

Een rechtvaardige verdeling van gezondheid door een
rechtvaardige gezondheidszorg

?

Een rechtvaardige verdeling van gezondheid door een **rechtvaardige gezondheidszorg**

- Gratis zorg voor iedereen?
- Dezelfde zorg voor iedereen?
- Een basispakket zorg voor iedereen?
- Of net aangepaste zorg?

Rechtvaardige gezondheidszorg

=

Zorg waar bij de toegang, het proces en de uitkomst van zorg niet worden bepaald door de sociale klasse waartoe de patiënt behoort maar door de zorgnood van de patiënt.

Rechtvaardige gezondheidszorg

=

Zorg waar bij de toegang, het proces en de uitkomst van zorg **niet worden bepaald door de sociale klasse** waartoe de patiënt behoort maar door de zorgnood van de patiënt.

Rechtvaardige gezondheidszorg

=

Zorg waar bij de toegang, het proces en de uitkomst van zorg niet worden bepaald door de sociale klasse waartoe de patiënt behoort maar **door de zorgnood van de patiënt.**

Rechtvaardige gezondheidszorg

=

Zorg waar bij de **toegang**, het proces en de uitkomst van zorg niet worden bepaald door de sociale klasse waartoe de patiënt behoort maar door de zorgnood van de patiënt.



Financiële toegankelijkheid van zorg

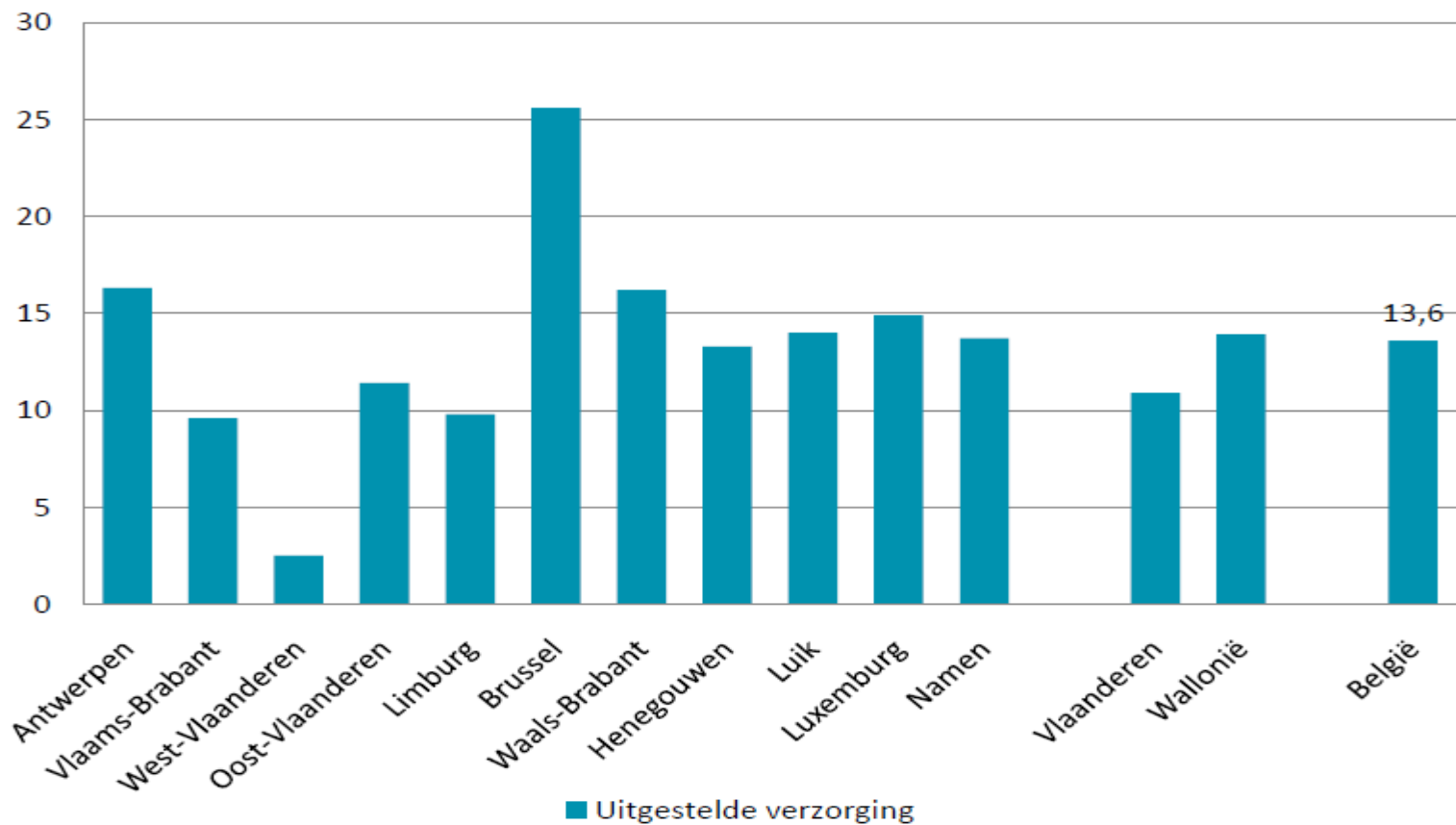


Tabel 1 - Gezondheidsuitgaven en remgeld (in EUR) per patiënt en per jaar (RVV, chronisch, in ROB en RVT) – jaar 2008

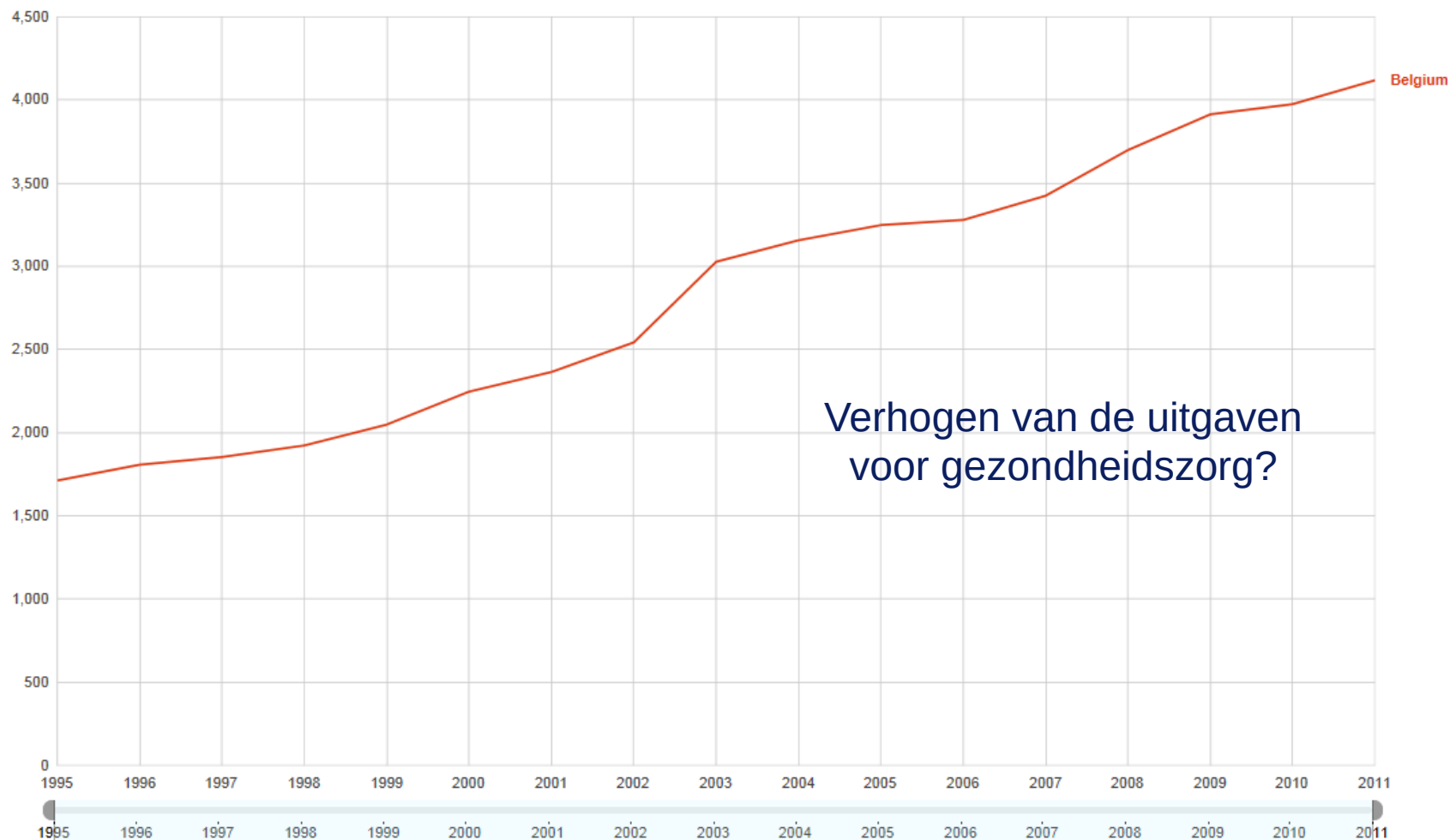
	Totaal	Chronisch		RVV		ROB/ RVT
Indicatoren		Neen	Ja	Neen	Ja	
Gemiddelde kostprijs voor zorg/patiënt	1.628	1.084	9.564	1.306	3.774	14.686
Waarvan remgeld/patiënt	143	124	414	148	110	404
% remgeld	8%	10%	4%	10%	3%	3%
Gemiddelde kostprijs geneesmiddelen/patiënt	359	297	1.263	305	720	1.365
waarvan remgeld	67	60	169	63	98	254
% remgeld	16%	17%	12%	17%	12%	16%
Totaal gemiddelde kostprijs/patiënt	1.987	1.381	10.827	1.611	4.494	16.051
waarvan remgeld	210	185	583	211	208	657
% remgeld	10%	12%	5%	12%	4%	4%

Bron: RIZIV – Dienst voor Geneeskundige Verzorging – Directie Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitspromotie

Figuur 3 - bevolkingspercentage dat verzorging uitstelt (per provincie en per gewest) – jaar 2008

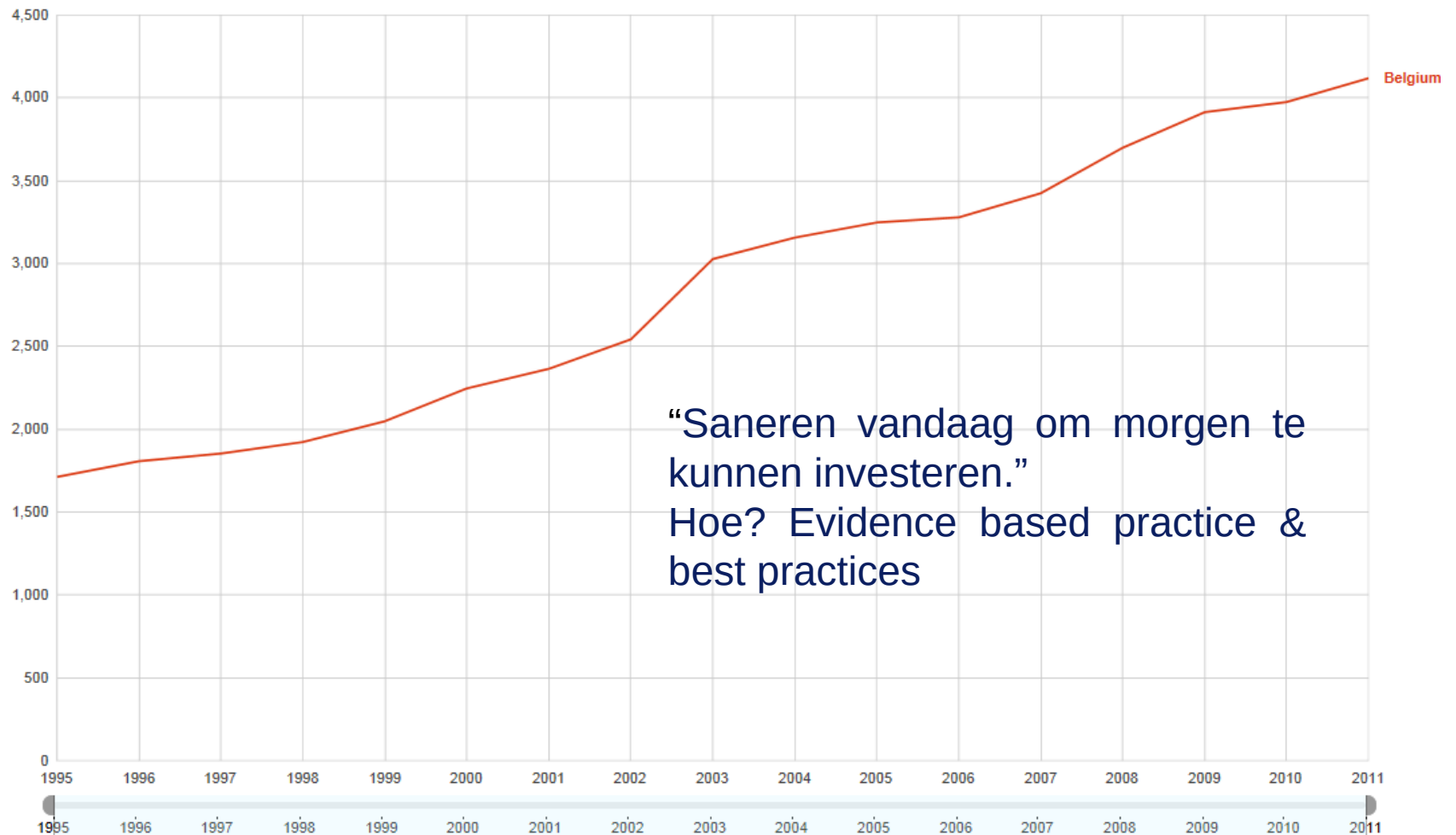


Health expenditure per capita, PPP (constant 2005 international \$) ?

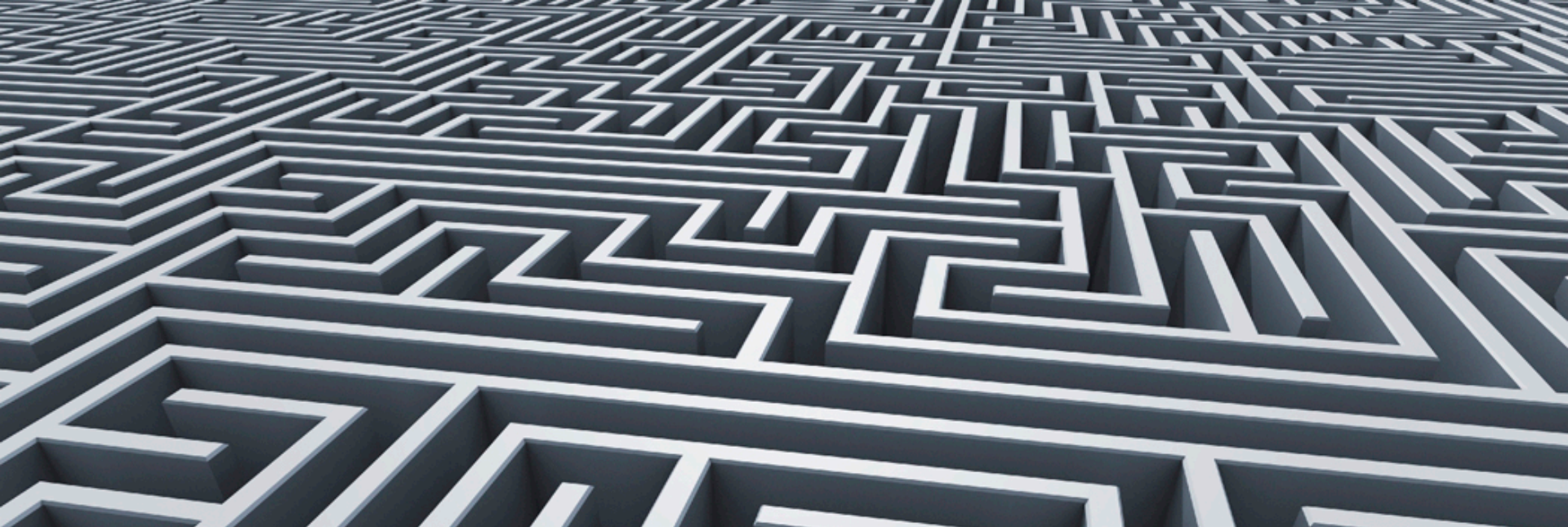


Verhogen van de uitgaven
voor gezondheidszorg?

Health expenditure per capita, PPP (constant 2005 international \$) ?



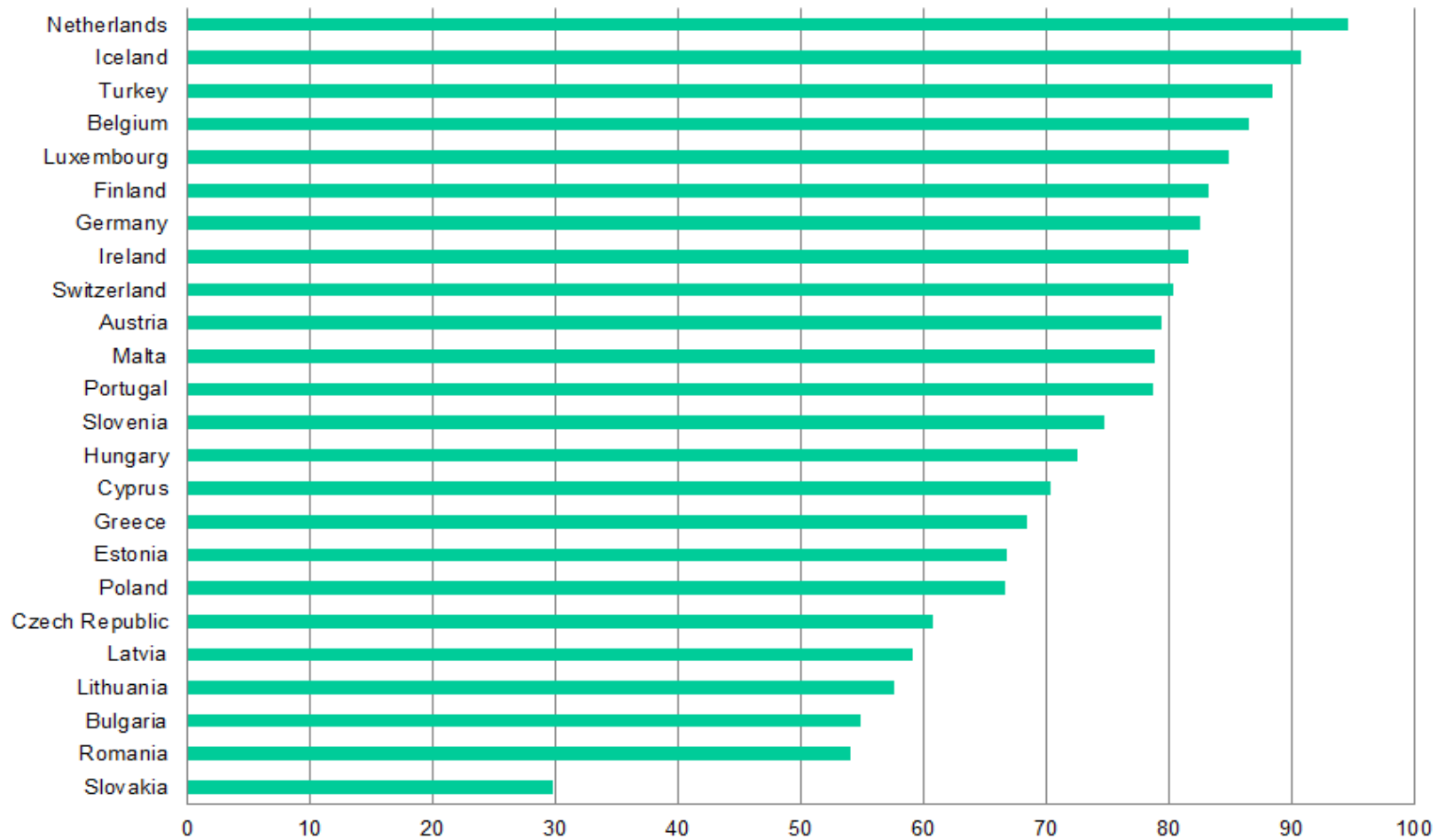
“Saneren vandaag om morgen te kunnen investeren.”
Hoe? Evidence based practice & best practices



Fysieke toegankelijkheid van zorg



Traveltime < 20 min (%)



Verlofperiodes vindt u terug in de nieuwsbrief

Overzicht raadplegingen

Maandag	Op afspraak	Huisbezoeken aanvragen voor 11u.
Dinsdag	Op afspraak	Huisbezoeken aanvragen voor 11u.
Woensdag	Op afspraak	Huisbezoeken aanvragen voor 11u.
Donderdag	Op afspraak	Dringend via wachtdienst
Vrijdag	Op afspraak	Huisbezoeken aanvragen voor 11u.
Zaterdag	Geen raadplegingen	Dringend via de wachtdienst

[Klik hier om Online een Afspraak te maken](#)

« Naar de dokter gaan is voor mij gelijk ne marathon die ik moet lopen. Enen met veel bergen onder de baan. En iederen berg waar ik voorsta moet ik diep ademen en tegen mijn eigen zeggen « hup, der over ». Het zweet staat al in mijn handen als ik moet telefoneren voor een afspraak. Ik ben niet zo'n rappe en moet zeker 4 keer wablieft zeggen. En dan den bus op. Bus op, bus af. Met mijnen versleten knie. Nog 200 meter tot de deur van de dokter. Dan drie trappekes en een vree ambetante voordeur. Ik moet eerst bellen en dan zoemt ze. In die drie seconden dat dat duurt moet ik haar open duwen. Naar 't WC durf ik niet, want dat horen ze in de wachtzaal. ... (een tijdje stilte) »

« Naar de dokter gaan is voor mij gelijk ne marathon die ik moet lopen. Enen met veel bergen onder de baan. En iederen berg waar ik voorsta moet ik diep ademen en tegen mijn eigen zeggen « hup, der over ». Het zweet staat al in mijn handen als ik moet telefoneren voor een afspraak. Ik ben niet zo'n rappe en moet zeker 4 keer wablieft zeggen. En dan den bus op. Bus op, bus af. Met mijnen versleten knie. Nog 200 meter tot de deur van de dokter. Dan drie trappekes en een vree ambetante voordeur. Ik moet eerst bellen en dan zoemt ze. In die drie seconden dat dat duurt moet ik haar open duwen. Naar 't WC durf ik niet, want dat horen ze in de wachtzaal. ... (een tijdje stilte) Maar gelukkig is't nen goeien mens, mijnen dokter. Daarvoor loopt nen mens nog wel eens nen marathon.»

Rechtvaardige gezondheidszorg

=

Zorg waar bij de toegang, het proces en de uitkomst van zorg niet worden bepaald door de sociale klasse waartoe de patiënt behoort maar door de zorgnood van de patiënt.

Rechtvaardige gezondheidszorg

=

Zorg waar bij de toegang, **het proces** en de uitkomst van zorg niet worden bepaald door de sociale klasse waartoe de patiënt behoort maar door de zorgnood van de patiënt.



Het zorgproces



Drie Gentse studies ...

STUDIE 1: communicatie arts-patiënt

- Goede arts-patiënt communicatie is geassocieerd met betere uitkomsten van zorg.
- Communiceren artsen verschillend naargelang sociale status van de patiënt?

HUISARTS

**MISSCHIEN WAT
OUDERWETS
MAAR IK VIND HET
GEWOON FIJN
ALS DE DOKTER
MIJN NAAM WEET**

Loesje

STUDIE 1: communicatie arts-patiënt

- Goede arts-patiënt communicatie is geassocieerd met betere uitkomsten van zorg.
- Communiceren artsen verschillend naargelang sociale status van de patiënt?
 - Duidelijke variatie: de arts-patiënt communicatie afhankelijk van de sociale status van de patiënt.
 - Patiënt wordt minder betrokken in de zorgkeuzes, meer directieve consultatieve stijl, minder socio-economische inhoud, minder controle door de patiënt.

STUDIE 1: communicatie arts-patiënt

- Goede arts-patiënt communicatie is geassocieerd met betere uitkomsten van zorg.
 - Communiceren artsen verschillend naargelang sociale status van de patiënt?
- Heeft dit verschil te maken met de attitude van artsen ten opzichte van patiënten uit kwetsbare groepen?

STUDIE 2:

- Kwalitatief onderzoek aan de hand van semigestructureerde interviews.
- Variatie in praktijken
- Verspreid over Vlaanderen

STUDIE 2:

- Werken met patiënten uit kwetsbare groepen vraagt extra tijd en kan frustrerend zijn. Anderzijds kan het ook erg verrijkend zijn en voldoening geven.

STUDIE 2:

- Werken met patiënten uit kwetsbare groepen vraagt extra tijd en kan frustrerend zijn. Anderzijds kan het ook erg verrijkend zijn en voldoening geven.
 - Welke kant het opgaat lijkt gelinkt te zijn met het aantal patiënten uit kwetsbare groepen en de context waarin de arts werkt

STUDIE 3: pijnbestrijding op spoed

- Onderzoeksvraag:

Is er een invloed van de socio-economische status van de patiënt op de aanpak van acute pijn op de spoedgevallendienst?

Masterthesis: Birgit Vanden Bûssche

Promotor: Sara Willems

Co-promotor: Peter De Paepe

STUDIE 3: pijnbestrijding op spoed

- Onderzoeksvraag:

Is er een invloed van de socio-economische status van de patiënt op de aanpak van acute pijn op de spoedgevallendienst?

- Patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming moeten 28 minuten langer wachten op pijnstilling (onder controle voor leeftijd, geslacht, VAS score, etc.)

En wat met het beleid?

De drie peilers uit de regeringsverklaring:

- Duurzaamheid
- Aangepast aan de noden
- Toegankelijkheid van het systeem

En wat met het beleid?

En wat met het beleid?

De drie peilers uit de regeringsverklaring:

- Duurzaamheid
“Saneren vandaag om morgen te kunnen investeren.”
- Aangepast aan de noden
- Toegankelijkheid van het systeem

En wat met het beleid?

De drie peilers uit de regeringsverklaring:

- Duurzaamheid
“Saneren vandaag om morgen te kunnen investeren.”
- Aangepast aan de noden
“Continuïteit en verandering”
- Toegankelijkheid van het systeem

En wat met het beleid?

De drie peilers uit de regeringsverklaring:

- Duurzaamheid
“Saneren vandaag om morgen te kunnen investeren.”
- Aangepast aan de noden
“Continuïteit en verandering”
- Toegankelijkheid van het systeem
 - Financiële vangnetten
 - Leesbare patiëntenfactuur
 - Progressieve uitbreiding RDB
 - Tariefzekerheid (overeenkomsten en akkoordensysteem)
 - Versterken zelfzorg en health literacy
 - Transparantie over kwaliteit en prijs van de zorg

CONTACT

Jens Detollenaere *

Jens.Detollenaere@UGent.be

* Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

De Pintelaan 185, 6K3

9000 GENT