



**Dood en verdeling.
Over sociale ongelijkheid
in ziekte, zorg en dood**

† *Herman Deleeck*

December 2002

Deze bijdrage zal verschijnen in het januarinumnummer van Streven.

B E R I C H T E N

CENTRUM VOOR SOCIAAL BELEID
UFSIA - UNIVERSITEIT ANTWERPEN

D/2002/6104/02

Inhoudstafel

1. Sociaal-ongelijke levensduur en de gevolgen voor de sociale zekerheid	7
2. Hoe de sociaal-economische gezondheidsverschillen verklaren	8
BIJLAGE.....	13

De titel klinkt als een zwaarmoedige echo uit de Nibelungen of van een of ander Duitse filosoof of poëet ("Tod und Verteilung"). In feite gaat het om de vaststelling dat voor de dood niet iedereen gelijk is, maar dat de sterftecijfers verschillend zijn met de onderscheiden sociale lagen, dat de ziektegraad sociaal ongelijk is, zo ook het gebruik van gezondheidszorgen en bijgevolg het aandeel in de uitgaven van de ziekteverzekering, en, tenslotte, de duur dat men van zijn/haar pensioen geniet, dus het aandeel opgenomen in de pensioenkas. Dit alles, geachte lezer, geldt macro, een samenleving in haar geheel bekeken; het is dus niet zonder meer door te trekken naar uw individuele positie. Zoals gewoonlijk worden deze sociaal ongelijke posities aangetoond aan de hand van drie classificatienormen: de sociaal-professionele status, het inkomen, het onderwijspeil. Deze sociale ongelijkheid in ziekte, zorg en dood doet zich voor in alle Westerse landen, en sedert een dertigtal jaren werd veel onderzoeksmateriaal verzameld. Ik heb hierover reeds geschreven in 1975 en dit herhaald op verschillende plaatsen en tijdstippen. Het was als de stem eens roepende in de woestijn. De omvang van dit verschijnsel en de gevolgen ervan werden weinig erkend en blijkbaar ongeloofwaardig geacht zowel door de beleidsverantwoordelijken als door de openbare opinie. Tot medio 2002 een krant een grote kop gaf "arme leeft 53 jaar, gezond, rijke 71" (naar aanleiding van de presentatie van een onderzoek van het Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie; de cijfers zelf waren reeds enkele jaren vroeger wetenschappelijk gepubliceerd ...).

Het resultaat van menig onderzoek zijn overtuigend¹.

Het Verenigd Koninkrijk heeft de weg gebaad met de beroemde *Black Report*, uitgebracht in 1980. Black, niet omdat het onderwerp treurig zou zijn, wel omdat de commissie voorgezeten werd door Dr. Black. De stelling dat de sociaal-economische verschillen in gezondheid veeleer de weergave vormden van ongelijke levensomstandigheden en vooruitzichten dan van individuele verschillen was opzienbarend. Het rapport was besteld door de toenmalige Labour-regering, maar werd overhandigd aan de regering van mevrouw Thatcher, die (zowel mevrouw als haar regering) meer belang hechtte aan de kracht van het individu dan aan maatschappelijke omstandigheden. In elk geval heeft het Black Report de toon gezet voor menig onderzoek in andere landen².

In Frankrijk werden systematische onderzoeksresultaten en recente gegevens samengebracht in het vernoemde boek *Les inégalités sociale de santé*. Bij mannen van 35 jaar is er een toenemend verschil in levensverwachting naar gelang de sociale beroepscategorie waartoe men behoort, met als uiterste een verschil van 6,5 jaar tussen de hoogste ('*cadres*') en de laagste (handarbeiders). In de periode 1975-1995 zijn deze verschillen niet afgenomen, voor

¹ Een indrukwekkend recent overzicht (methodologie en resultaten) vindt men in het lijvig boek, *Les inégalités sociales de santé*, sous la direction de A. Leclerc, D. Fassin, e.a. (eds.), 2000, Paris: La Découverte/INSERM, 448 p.

² Onder andere in Frankrijk (Surault, 1979; Desplanques, 1984), in Nederland (o.a. Mackenbach, Gunning-Schepers, Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid, 1997) en in Zweden en Finland. In het Verenigd Koninkrijk bestelde Labour een opvolger van Black, *Independent Inquiry into Inequalities in Health* (Acheson, 1998). Een internationale bilan van feiten en verklaringen werd opgemaakt door de European Science Foundation (Fox, 1989), alsmede door Kunst, Mackenbach, e.a., 1996 en 1997.

sommige categorieën zelfs verscherpt. Bij vrouwen doen zich dezelfde verschillen voor, maar minder uitgesproken, nl. 3,5 jaar voor de uitersten. Dat de vrouwen hun mannen volgen (en de verschillen in kindersterfte ook) geeft reeds een scherpe aanuiding dat de levensduur, steeds op macro-vlak gemeten (d.i. voor de groep globaal bekeken) niet alleen bepaald wordt door de individuele fysieke kenmerken, maar door de sociale positie. Dezelfde sociale verschillen werden vastgesteld in functie van het onderwijspeil. Om de artsen en andere zorgverstrekkenden te plezieren nemen we in bijlage de tabel op waarin de verschillende overlijdensoorzaken uitgesplitst worden volgens sociale categorieën. De verschillen in levensduur blijven bestaan, ondanks de verschuiving van doodsoorzaken van infectieziekten naar hartziekten en dergelijke. De auteurs wijzen op het zwaar gewicht van het alcoholisme en menen dat Frankrijk hier een uitzonderlijke positie inneemt.

Uit internationale vergelijking³ blijkt de algemeenheid van deze vorm van sociale ongelijkheid. Ook wanneer men werkt met gestandaardiseerde gegevens waardoor verschillen in leeftijdsstructuur tussen landen uitgeschakeld werden. Aldus bedraagt de index van de ongelijke levensduur van 45-59 jarige mannen (index, dus niet het aantal jaren, wel het procentuele verschil van de levensduur gemeten tegenover de gemiddelde levensduur in dat land) tussen hoogste en laagste onderwijskwalificatie in Frankrijk 2.45, in Finland 2.41, in Noorwegen 2.09, in Denemarken 1.8 en Italië 1.73.

In Nederland bestaat er een reeds lange traditie van onderzoek over dit onderwerp. Prachtig en krachtig, zoals vaak bij onze Noorderburen gebeurt, is het Nederlandse *Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen*, eindrapport en beleidsaanbevelingen van de commissie Albeda, maart 2001⁴. Uit onderzoek blijkt dat naarmate het gemiddeld inkomen lager is, de sterfte vanwege een groot aantal doodsoorzaken hoger is, bijvoorbeeld maag-, long- en blaaskanker, ischemische hartziekte en hersenbloeding en verkeersongevallen. Nederland kent ook belangrijke sociaal-economische verschillen in de mate waarin bepaalde ziekten voorkomen, met name meer in de lagere sociaal-economische groepen (chronisch zieken met een lagere sociaal-economische status kennen gemiddeld een ongunstiger verloop van hun ziekte). Samen met de verschillen in sterftekansen leiden de verschillen in het vóórkomen van ziekte tot aanzienlijke verschillen in "gezonde" levensverwachting: mensen met een hoge sociaal-economische status leven gemiddeld 12 jaar langer in goede gezondheid dan mensen met een lage status⁵

³ Fox, J. (1989), *Health Inequalities in European Countries*, Aldershot, 414 p.; Kunst, A.E., Mackenbach, J.-P. (1994), 'The Size of Mortality Differences Associated with Educational Level in Nine Industrialized Countries', *American Journal of Public Health*, 84, p. 932-937; Kunst, A.E., Cavelaars, A.E.J.M., Groenhof, F., Geurt, J.J.M., Mackenbach, J.-P., EU Working Group on Socio-Economic Inequalities in Health (1996), *Socio-economic Inequalities in Morbidity and Mortality in Europe: a Comparative Study*, Rotterdam: Erasmus University.

⁴ Deze publicatie kunt U bestellen bij ZON, tel. 070/3068203. Met Hollandse zin voor zuinigheid én duidelijkheid schrijft men SEGV.

⁵ Het gaat om twee uitersten, nl. mensen die alleen lager onderwijs volgden, tegenover alle andere, van HAVO tot universiteit.

Op grond van de onderzoeksresultaten besluit het eindrapport dat de bestaande sociaal-economische gezondheidsverschillen op zijn minst voor een deel voortkomen uit ongunstiger levensomstandigheden in lagere sociaal-economische groepen, zoals arbeidsomstandigheden, inkomenssituatie, psychosociale condities en woonomstandigheden. Het zijn omstandigheden waarop het individu zelf geen invloed heeft of die het ondergaat door onbewuste sociale druk. De bestaande verschillen in gezondheid moeten tenminste voor een deel als onrechtvaardig beschouwd worden. Het is de taak van de overheid op te treden voor vermindering van die verschillen. Het rapport ontwikkelt dan een aantal beleidsaanbevelingen, nl. een strategie ter verkleining van de sociaal-economische verschillen, en instrumenten die daarbij dienstig kunnen zijn. De therapie lijkt helaas minder precies aan de diagnose.

Over België en over Vlaanderen is in dit internationale gezelschap weinig te bespeuren. Wat we zelf kunnen doen, doen we vaak niet. Ik heb ook de indruk dat feiten, verklaringen en aanbevelingen van wat terecht genoemd wordt de vermijdbare dood, bij de artsen in ons land, met inbegrip van de universiteiten, vrijwel onbekend zijn⁶. De eigenlijke doorbraak komt met de Nationale Databank Mortaliteit en met de Nationale Gezondheidsenquête.

Een grote sprong voorwaarts, waardoor België zich eindelijk kon voegen bij de rij der Europese landen, werd verwezenlijkt door de onderzoeksgroep van Prof. Lesthaeghe (Steunpunt Demografie, VUBrussel), met de oprichting, in 1998, van de *Nationale Databank Mortaliteit*, waardoor de sterfte tijdens de periode 1991-1996 verbonden kon worden met sociaal-economische kenmerken van het individu⁷.

Uit de enorme rijkdom van gegevens (ook bijvoorbeeld betreffende verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië, tussen gehuwden en ongehuwden enz.) halen we er enkele naar voor die wijzen op de ongelijkheden in sterfterisico's (d.w.z. in nog te verwachten levensduur) gemeten aan de hand van verschillende indicatoren van de sociaal-economische status, nl. onderwijspeil, beroepsstatus en huisvesting. Wij beperken ons hier tot onderwijs.

⁶ Er zijn enkele afzonderlijke publicaties o.a. van K. Vuylsteek, R. Lagasse, G. Masuy-Stroobant, W. Peersman (1992). Masuy-Stroobant, G. (1992), 'Inégalités sociales et mortalité infantile: un problème d'accessibilité aux services de santé?', *La santé à-t-elle un prix? Reflets et perspectives économiques*, 31, 2/3. Een overzicht van de literatuur en van experimenten werd gegeven in V. Raes, E. Kerkhofs en F. Louckx (1993), *Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid*. VUBPress. Zie ook Louckx, F. (1995), *Gevelarchitectuur van de welvaartsstaat. Ongelijke toegang tot de gezondheidszorg*. Brussel: VUBPress.

⁷ Gadeyne, S. en P. Deboosere, (2002), 'De ultieme ongelijkheid: sterfteverschillen bij Belgische mannen en vrouwen naar socio-economische karakteristieken en huishoudtype', *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 1: 57-101.

De op 25 jaar te verwachten levensduur neemt toe (bijkomende jaren) in functie van het hoogst behaalde diploma (mannen, per gewest):

	Wallonië	Vlaanderen
Lager onderwijs	46,2	49,2
Lager secundair	Plus 2,64 jaren	Plus 2,16 jaren
Hoger secundair	Plus 0,95 jaren	Plus 0,4 jaren
Hoger onderwijs	Plus 2,58 jaren	Plus 2,26 jaren

Wij onthouden: de gemiddelde levensverwachting van een 25-jarige Belgische man zonder diploma is 48,1 jaren, deze van een 25-jarige man met een diploma hoger onderwijs van het lange type 53,6 jaren, een verschil van 5,5 jaren.

Een andere recente bron is de *Nationale Gezondheidsenquête* uitgevoerd in 1997 door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid⁸. Op grond van deze beide bronnen kan Bossuyt (2000) een stap verder doen en naast de sterftekans de kans op gezonde levensverwachting berekenen. De verschillen worden dan nog veel scherper. Mannen op 25 jaar hebben een gemiddelde levensverwachting van 49,6 jaar waarvan zij gemiddeld 37,5 jaar in 'als goed ervaren gezondheid' doorbrengen. Voor een 25-jarige man uit de laagste opleidingscategorie bedraagt de 'levensverwachting in een als goed ervaren gezondheid' 28,1 jaar terwijl dit bij de personen met een diploma hoger onderwijs van het lange type 45,9 jaar is. Bij vrouwen is het verschil nog groter.

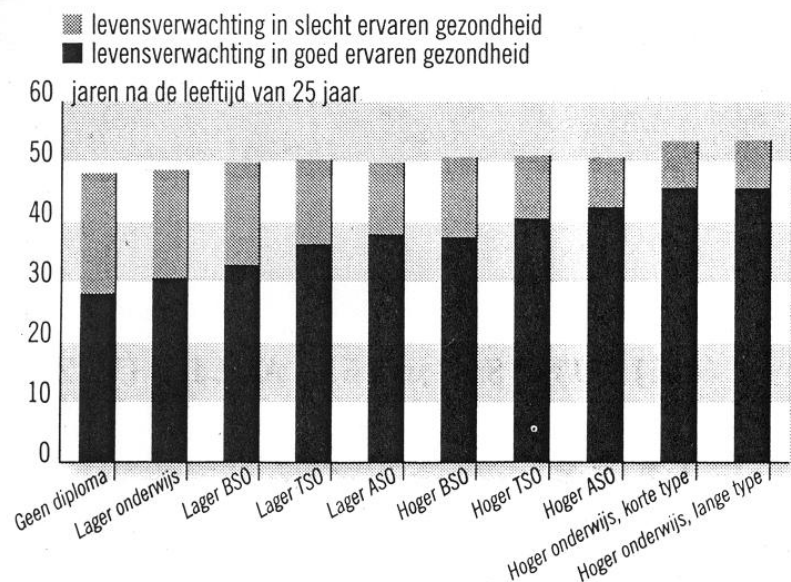
Dezelfde bron levert gegevens over verschillen in leefstijl, die een aanuiding bevat over mogelijke oorzaken van de sterfteverschillen. Van de hoogste inkomensklasse rookt 18,2% dagelijks, 27,9% van de laagste inkomensklasse. Volgens het opleidingsniveau bedragen deze cijfers 20,2% en 28,6%. Van de hoogste inkomenscategorie eet 62,9% vooral bruin brood, tegenover 31,1% uit de laagste inkomensklasse. Van de hoogste inkomensklasse is wekelijks 76,6% actief, tegenover 59,2% van de laagste inkomensklasse. Volgens het opleidingsniveau bedragen deze cijfers respectievelijk 76,9% en 40,7%.

De *Gezondheidsenquête* leert ook dat naast differentiële sterfte, ook differentiële morbiditeit bestaat. Personen met een lagere sociale status rapporteren meer chronische aandoeningen, hebben meer last van langdurige beperkingen, hun gezondheidstoestand wordt als minder gunstig ervaren en zij hebben een minder goede geestelijke gezondheid dan personen met een hogere sociale status (Bossuyt, 2000).

⁸ Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (2000), *De gezondheid in België. Resultaten van de gezondheidsenquête door interview 1997*, Brussel. Alsmede Bossuyt en Van Oyen (2000), *Gezondheidsverwachting volgens socio-economische gradiënt in België* Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Brussel.

Samengevat is er dus een sociaal verschil in levensduur tussen laagst en hoogst van 73 tot 78,5 jaren, en een verschil in levensduur in goede gezondheid van 53 tot 71 jaren! *Het is zo indrukwekkend dat het bijna niet meer tot de verbeelding spreekt. Maar het is zo.*

**Levensverwachting in goed ervaren gezondheid op 25 jaar
naar opleidingsniveau, mannen, België, 1991-1996/97**



1. Sociaal-ongelijke levensduur en de gevolgen voor de sociale zekerheid

De verschillen in gemiddelde levensduur tussen de onderscheiden sociale groepen zijn de flagrantste illustratie van het Matteüseffect, zij het onrechtstreeks. Zij hebben een belangrijk en meestal niet-onderkend effect op de inkomenshervreiding over een levensloop bewerkt door de sociale zekerheid, met name door gezondheidszorg en pensioenen.

Het verschillend verbruik van gezondheidszorgen is moeilijker eenzinnig interpreteerbaar dan de levensduur. Gedeeltelijke gegevens voor België vertonen hetzelfde beeld als in andere landen. Lagere sociale categorieën doen verhoudingsgewijze meer beroep op een huisarts; hogere veeleer op een specialist. Tandverzorging krijgt uitgesproken meer aandacht in de hogere categorieën. Hogere categorieën gaan bovendien eerder preventief te werk. Ten slotte is er een oververtegenwoordiging van de lagere (opnamefrequentie en –duur) categorieën bij de consumptie van ziekenhuisverzorging en van heelkunde, wat wijst op ernstiger aandoeningen en gezien kan worden in verband met hun hogere morbiditeit en mortaliteit.

In hun briljant empirisch onderzoek⁹ stellen Diana De Graeve en Inge Duchesne vast dat de gezondheidstoestand (inschatting eigen situatie, vermelding van ziekten) gunstiger is al naargelang het inkomen hoger ligt; dit geldt voor alle Europese landen. Wat betreft het gebruik van gezondheidszorgen, na standaardisatie m.b.t. differentiële behoeften, blijken lagere inkomenscategorieën globaal meer gezondheidszorgen te gebruiken. Met name gebruiken zij meer algemene zorgen en meer ziekenhuiszorg; hogere inkomenscategorieën gebruiken meer specialistenzorg. Het besluit zou dan dubbel kunnen zijn. De ziekteverzekering geeft meer geld uit aan de armeren dan aan de rijkere. Maar dat maakt de armeren niet gezonder. En de ongelijkheid van de gezondheidstoestand schijnt meer bepaald te worden door culturele factoren (o.a. leefstijl) en door omgevingsfactoren dan door de wettelijke toegankelijkheid van het systeem der gezondheidszorg.

In de pensioensector, gefinancierd op grond van het omslag- of repartitiestelsel, leidt lagere mortaliteit systematisch tot grotere overdrachten ten gunste van sociaal hogere bevolkingscategorieën, op grond van hun afgetekende langere levensduur. Het rendement van de sociale bijdragen betaald voor pensioenen is dan ook groter voor de hogere sociale categorieën dan voor de lagere. Dit herverdelingsaspect werd empirisch aangetoond. J.H.M. Nelissen berekende voor Nederland de omvang van het verlies van de categorie der laaggeschoolden in vergelijking met de hooggeschoolden, voor het geheel van de sociale zekerheid, op levensloopbasis, ten gevolge van sociaal-economische sterfteverschillen. Niet de laagste categorieën maar veeleer de middencategorieën profiteren meest van het herverdelingssysteem. De herverdelingswerking van het sociale zekerheidssysteem, gemeten met de Theilcoëfficiënt wordt verminderd met 6% door de verschillen in levensduur¹⁰. De ongelijke levensduur leidt per slot van rekening naar een omgekeerde herverdeling; de bijdragen van lagere dienen mee voor de financiering van de pensioenen van hogere gedurende langere tijd¹¹. Een correctie hierop is de voorziening van minimumpensioenen, deels gefinancierd op een andere basis dan de eigen bijdrage.

2. Hoe de sociaal-economische gezondheidsverschillen verklaren

De sociale ongelijkheden inzake gezondheid en verbruik van zorgen kunnen door een menigte van factoren verklaard worden, zoals genetische afkomst en jeugdijaren, huisvesting en woonomgeving, arbeidsomstandigheden, leefstijl en voedingsgewoonten, gebruik van

⁹ De Graeve, D. en I. Duchesne (1997), *Equity in Health and in Medical Care Consumption in Belgium*, Vakgroep Publieke Economie, Universiteit Antwerpen (UFSIA), 341 p. De Graeve, D. en I. Duchesne (1997), 'Inkomensgerelateerde verschillen in gezondheid en in de consumptie van medische zorg', *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 1, p. 5-14.

¹⁰ Nelissen, J.H.M. (1998), 'Differentiële sterfte en de herverdelende werking van het sociale zekerheidsstelsel', *Bevolking en gezin*, 27, 1, p. 1-16. Kessler, D., Masson, A. (1985), *Effets redistributifs du système de retraite et vieillissement individuel et collectif*. International Population Conference, Florence, p. 461-484. Voor Frankrijk: Y. Chassard en P. Concialdi (1989), *Les revenus en France*. Paris.

¹¹ Aldus ook Th. Piketty (1997), *L'économie des inégalités*. Paris, p. 112 ; vroeger reeds Aaron, H.J. (1977), 'Demographic effects on the Equity of Social Security Benefits', in: Feldstein, M., Imman, R. (eds.), *The Economics of Public Services*. MacMillan, p. 151-174.

medische hulpmiddelen¹². Men kan structurele omstandigheden (uitwendig aan het individu, zoals woonomgeving, arbeidsomstandigheden) en culturele (inwendig en ontleend aan de omgeving, zoals leefstijl) onderscheiden. Hoe valt het te begrijpen dat bij een zeer groot volume uitgaven voor gezondheidszorg, met het uitdrukkelijk streven deze ter beschikking te stellen van iedereen, toch sociale ongelijkheden blijven bestaan in gebruik en in resultaat? Hetzelfde sociaal mechanisme dat hier met betrekking tot de gezondheidszorg toegelicht wordt, geldt ook voor andere collectieve sociale goederen zoals onderwijs, sociale huisvesting en cultuur. Deze opmerking is niet zonder belang: het werkt cumulatief.

De welvaartsstaat gaat uit van een universeel of quasi-universeel aanbod van voorzieningen. Het gebruik dat van dit aanbod gemaakt wordt of kan gemaakt worden is evenwel differentieel, precies omdat de onderscheiden sociaal-economische categorieën op grond van hun eigen sociale kenmerken en cultuur op een verschillende wijze tot het gebruik van de geboden voorzieningen zullen komen. Cultuur wordt in de sociale wetenschappen omschreven als het geheel van waarden, gewoonten en kennis, waarmee een bepaalde leefwijze verbonden is en die individuen ontleen aan de sociale groep waartoe ze behoren. In het gezin, in de buurt, op de school en in de vereniging waartoe ze behoren voltrekt zich het socialisatieproces dat een gemeenschappelijke ingesteldheid en gedraging meebrengt, in dit geval tegenover gezondheid, ziek zijn en gebruik van gezondheidszorg.

Vanuit hun waarden, normen, aspiraties, kennis en vormingsniveau zullen de hogere sociale categorieën meer belang hechten aan de gezondheid, een betere kennis hebben van het somatische en een sterker toekomstbewustzijn hebben dat hen meer belang doet hechten aan het economisch en psychisch nut van preventie. Van vóór de geboorte krijgt men vanuit zijn eigen milieu goede of slechte opvattingen over leefgewoonten en gezondheidszorg mee. De rol van de moderne massacommunicatiemiddelen (kranten, tijdschriften, TV-programma's) is hierbij geenszins te onderschatten, maar hierbij moet juist opgemerkt worden dat precies de hogere lagen door juistere informatie beter bereikt worden.

De leefwijze en standaard van verzorging speelt in het voordeel van de hogere categorieën. Zij leven in een gezondere omgeving (huisvesting, wijk, werkmilieu), hebben betere voedingsgewoonten, roken minder en beoefenen meer sport.

Ten slotte is de taal (gedachtevorming en uitdrukkingsvermogen) en de bureaucratische vaardigheid sociaal erg verschillend. De hogere sociale lagen kennen beter de wetgeving, kunnen zich beter uitdrukken en beheersen beter de instrumenten van het moderne verkeer en communicatie. De beschikbaarheid van een auto en van een telefoon worden in ons milieu als vanzelfsprekend beschouwd, maar zijn het niet. Het belang van de spreekvaardigheid is exemplair in sommige psychologische of psychiatrische behandelingen. Zo ook de vertrouwdheid in de omgang met leden van het medisch korps (in beide richtingen).

¹² Mooi overzicht van de literatuur door W. Peersman (2000), 'Gezondheid', in: J. Vranken, e.a. (eds.), *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2000; Les inégalités sociale de santé*. Chap. VI, p. 333-428.

Samengevat kan men dus zeggen dat de sociale positie als zodanig een doorslaggevende rol speelt voor de mate waarin men aandacht besteedt aan en gebruik maakt van de gezondheidszorg. Dit kan des te meer benadrukt worden daar het inkomen als zodanig, dit wil zeggen de individueel te betalen prijs voor de verzorging, geen doorslaggevende rol meer speelt dankzij het stelsel van de ziekteverzorging.

Mensen die onderaan staan, hebben een gevoel onderworpen te zijn aan de fataliteit van het leven over heel de lijn (inhoud en vooruitzichten op gebied van het werk, de werkgelegenheid, de woonomstandigheden, schoolse vorming, politiek, enz.). Daarom stellen ze zich op, van huize uit, met gevoelens van machteloosheid en passiviteit. Mensen die bovenaan staan hebben het vermogen en de mogelijkheid om het lot in eigen handen te nemen en zullen op eigen initiatief de voordelen van het geboden systeem van verzorging zoveel mogelijk benutten.

De sociale verschillen in gezondheid en in het gebruik van gezondheidszorg zijn niets anders dan de veruitwendiging van de algemene sociale ongelijkheid op een bepaald gebied. De welvaartsstaat heeft met collectieve sociale goederen en diensten wel het algemeen niveau opwaarts getrokken. Inzake gezondheid wordt dit gerealiseerd, enerzijds door het gratis of kwasi-gratis ter beschikking stellen van gezondheidszorg, anderzijds door de kwantitatief en ruimtelijk sterk uitgebouwde gezondheidszorginfrastructuur. Maar bij het gebruik van deze goederen en diensten blijven de sociaal-culturele factoren van de ongelijkheid doorwerken. Het volstaat niet het aanbod universeel te maken wanneer de vraag, in haar uitgangspunt, verschillend blijft. Het is paradoxaal dat de, wegens niet-discriminatie gewild universaliteit van de sociale voorzieningen, deze in feite eerst en meest ten goede komen aan de middenste en hogere sociale categorieën. Naast algemeen beleid is derhalve een specifieke aanpak nodig gericht op bepaalde groepen en buurten. Essentieel is het de participatie van de betrokkenen te bekomen. Bij al de inspanningen die gedaan worden moet men vaststellen dat de meest gebruikte strategie voor gezondheidsbevordering, met name gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, vooral effect heeft op de middenklasse en mensen in kansarme situaties niet bereikt¹³. Het verschil tussen universele en selectieve maatregelen wordt zo duidelijk geformuleerd door Prof. C.J.M. Schuyt dat ik hem zelf aan het woord laat: "Bij de pogingen van de overheid maatschappelijke ongelijkheid te verminderen zijn twee wetmatigheden te onderkennen:

- algemene (wettelijke) maatregelen, genomen en vaak gelegitimeerd ten behoeve van de meest gedepriveerden, komen in de praktijk van de toedeling meer ten goede aan de middengroepen en groep net daar boven: van de verzorgingsstaat hebben de middengroepen en de professionele klasse het meest baat gehad.
- De specifieke (wettelijke) maatregelen, genomen ten behoeve van de meest gedepriveerden, komen in de praktijk van de toedeling het meest ten goede aan de

¹³ Een toelichting bij methoden en experimenten geven T. Van Paeppegem e.a. (2001), 'Gezondheidszorg', in: Vranken, J. e.a. (eds.), *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2001*, p. 266-282. Zie ook de werking (en publicaties) van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (<http://www.vig.be>).

'topdogs' van de 'underdogs'. De meest gedepriveerden blijven hierdoor de moeilijkst bereikbare groepen, terwijl zij de aandacht het hardst behoeven." (ES 25-2-87).

Tot dusver bekeken wij de sociaal-culturele verschillen aan de zijde van de gebruikers. Ook vanuit de aanbodzijde doen zich sociaal-culturele verschillen voor die voor de hogere sociale lagen uitnodigend zijn, maar veeleer afstotend werken voor de lagere.

De moderne medische technologie en het ziekenhuiswezen behoren tot het type van de grootschalige organisatie, werkend met technische taakverdeling, onpersoonlijk contact en op een hoog niveau van abstractie. Deze werkwijze is eigen aan de werkers van de tertiaire en quataire sector, met dienovereenkomstig hoog niveau van schoolse vorming, sociale vaardigheid en beroepskennis. Personen met lage vorming lopen hier figuurlijk en vaak ook letterlijk verloren. Daarnaast vormt de sociaal-culturele positie van de beroepsbeoefenaars, met name van de artsen, een ongelijkheidsbevorderende factor. Het aanbod wordt sociaal gekleurd door de culturele waarden van de groep der zorgverstrekkers. Zowel door hun afkomst als door hun eigen groepskenmerken behoren zij tot de middenste en hogere lagen van de samenleving. Zij spreken een andere taal en hanteren een ander waardensysteem, wat vaak tot dominantie tegenover en contactmoeilijkheden met personen uit lagere sociale categorieën leidt. Deze culturele verschillen veruitwendigen zich in een machtspositie, zowel technisch, in de situatie zieke tegenover de verzorger, als formeel, door de macht die uitgaat van de beroepsverenigingen der zorgverstrekkers. De afstand is vaak onbenut. In het ziekenhuis op een kamer met een andere persoon, voorheen bakker, later fabrieksarbeider, kwam het steeds terug. Uw kinderen zijn allemaal verstandig en hebben gestudeerd. En die dokters hebben heel lang gestudeerd en zijn heel knap. Maar, mijnheer, U schijnt die dokters allemaal persoonlijk te kennen...

De sociaal ongelijke levensduur en gezondheid is de flagrantste uiting van het Matteüeffect. De uitgaven in het domein van het gezondheidsbeleid zijn er niet in geslaagd de 'sociaalnatuurlijke' ongelijkheid te verminderen of ongedaan te maken. Alles is wel op aanzienlijk hoger niveau voor iedereen, maar de afstanden blijven. Dertig jaren later¹⁴ vinden we het Matteüeffect opnieuw bevestigd. Het lijkt thans wel minder acceptabel omdat de laatste decennia het marktdenken, de bepaling door vraag en aanbod, de financiële doelmatigheid, de vanzelfsprekendheid en legitimiteit van de door de welstellenden verworven posities (met als extreem symptoom de bekende salarissen van managers van publieke bedrijven) meer in aanzien staan dan theorieën en praktijk over inkomensherverdeling. Ondertussen blijven de feiten overeind en aanwijsbaar, in het onderwijs, in de sociale huisvesting en kwantitatief treffend in de mortaliteit. Marx, Cantillon e.a. (1999); Pelleriaux (2001) en Elchardus en Smits (2002)¹⁵ hebben met overvloedig materiaal 'de

¹⁴ Mijn eerste publicatie over dit onderwerp is van 1975.

¹⁵ Marx, I., Cantillon, B., Gijssels, C., Tan, B. (1999), 'De sluipende marginalisering van laaggeschoolden', in: Cantillon, B. (ed.), *De welvaartsstaat in de kering*, Kapellen: Pelckmans, p. 175-194. Pelleriaux, K. (2001), *Demotie en burgerschap: de culturele constructie van ongelijkheid in de kennismaatschappij*. VUBPress, Brussel. Elchardus, M., Smits, W. (2002), *Anatomie en oorzaken van het wantrouwen*. VUBPress, Brussel.

nieuwe armoede' onderzocht: niet zozeer een tekort aan geld dan wel een tekort aan hoopgevende vooruitzichten. De economische groei maakt de productie en heel het maatschappelijke leven zodanig ingewikkeld dat alleen hogeschoolden meekomen en laaggeschoolden niet aan de bak komen noch in het onderwijs noch in de werkgelegenheid, noch in de huisvesting noch in de gezondheid zelfs niet in het welzijnswerk. Een nieuwe vorm van uitsluiting die hen drijft naar rechtse extremisten. De groep en het probleem wordt nog vergroot door de Marokkanen, Algerijnen en Turken, in de eerste plaats geen racistisch maar een maatschappelijk probleem.

Het Matteüeffect is ambivalent: geen veroordeling van het bereikte hoog niveau; wel de vaststelling van het duurzaam doorwerken van sociale ongelijkheden ook in het beeld van de welvaartsstaat. Het stemt tot nadenken. De moeilijkheid voor de lezer is, ten eerste, dat deze waarnemingen macro gelden, d.w.z. op een schaal die in concreto niet overzienbaar is; en ten tweede dat wij leven en werken in andere huizen, op andere plaatsen, in andere omstandigheden, in een ander leefmilieu, en de wereld anders bekijken en ervaren dan de lagere bevolkingslagen die hier voortdurend ter sprake komen.

BIJLAGE

Overlijdensgraad naar doodsoorzaak (beroepsactieve mannen, 25-54 j.). INSERM-statistieken over doodsoorzaken 1987-1993 en 1979-1985.¹

	Arbeiders-werknemers			Hogere kaders vrije beroepen			Ratio ⁵	
	1987- 1993	1979- 1985	Verschil ²	1987- 1993	1979- 1985	Verschil ²	1987- 1993	1979- 1985
	(a)	(b)		(a)	(b)		(a)/(c)	(b)/(d)
Tumoren	119.2	120.4	-1	35.1	44.6	-21	3.4	2.7
-long	30.8	26.1	18	8.9	9.4	-6	3.5	2.8
-luchtwegen ³	32.3	39.0	-17	3.0	4.3	-30	10.8	9.1
-darm	5.4	5.6	-4	2.4	3.5	-33	2.3	1.6
-maag	3.8	4.7	-20	1.2	1.6	-24	3.1	3.0
-pancreas	3.7	3.4	9	1.7	2.2	-25	2.2	1.5
-hersenen	3.3	2.8	18	2.3	2.3	0	1.4	1.2
-overige	39.9	38.7	9	15.7	21.2	-26	2.5	1.8
Cardiovasculair	52.4	64.7	-19	18.4	31.0	-41	2.8	2.1
-myocard infarcten	23.8	28.9	-18	9.7	16.9	-43	2.5	1.7
-cerebro vasculair accidenten	10.5	14.1	-26	3.0	5.4	-44	3.5	2.6
-overige	18.1	21.6	-16	5.7	8.7	-34	3.2	2.5
Gewelddadige doden	104.7	114.1	-8	37.6	49.2	-24	2.8	2.3
-zelfmoorden	39.2	37.5	5	13.8	16.1	-14	2.8	2.3
-verkeersongevallen	31.2	34.9	-11	11.3	15.6	-27	2.8	2.2
-overige ongevallen	25.7	33.1	-22	9.7	14.2	-32	2.7	2.3
-overige	8.6	8.7	-1	2.7	3.4	-20	3.1	2.5
Alcoholisme ⁴	25.0	36.4	-31	2.5	3.6	-31	10.0	10.0
Ademhalingsaandoeningen	7.2	8.8	-19	1.6	1.9	-17	4.5	4.5
Aids	14.9	0.3	5.812	16.6	0.6	2.500	0.9	0.4
Diabetes	1.7	1.8	-4	0.3	0.6	-48	5.8	3.2
Ongekende oorzaken	15.4	17.6	-12	7.9	9.7	-18	1.9	1.8
Overige oorzaken	25.3	30.5	-17	7.2	10.5	-31	3.5	2.9
Totaal	365.9	394.5	-7	127.3	151.7	-16	2.9	2.6

1. Cijfers per 100.000, gestandaardiseerd naar leeftijd (vergelijkende cijfers, referentiebevolking is 1990).

2. (a-b) x 100/b.

3. 'Voies aéro-digestives supérieures et oesophage'.

4. cirrose en alcoholpsychosen.

5. Interpretatie: In de periode 1987-1993 had een man tussen 25 en 54 j. oud uit de categorie 'arbeiders- werknemers' 3,4 meer kansen om van een tumor te sterven dan een man van dezelfde leeftijdsgroep uit de categorie 'hogere kaders- vrije beroepen'.

Bron: SC8- INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Frankrijk) – eigen vertaling