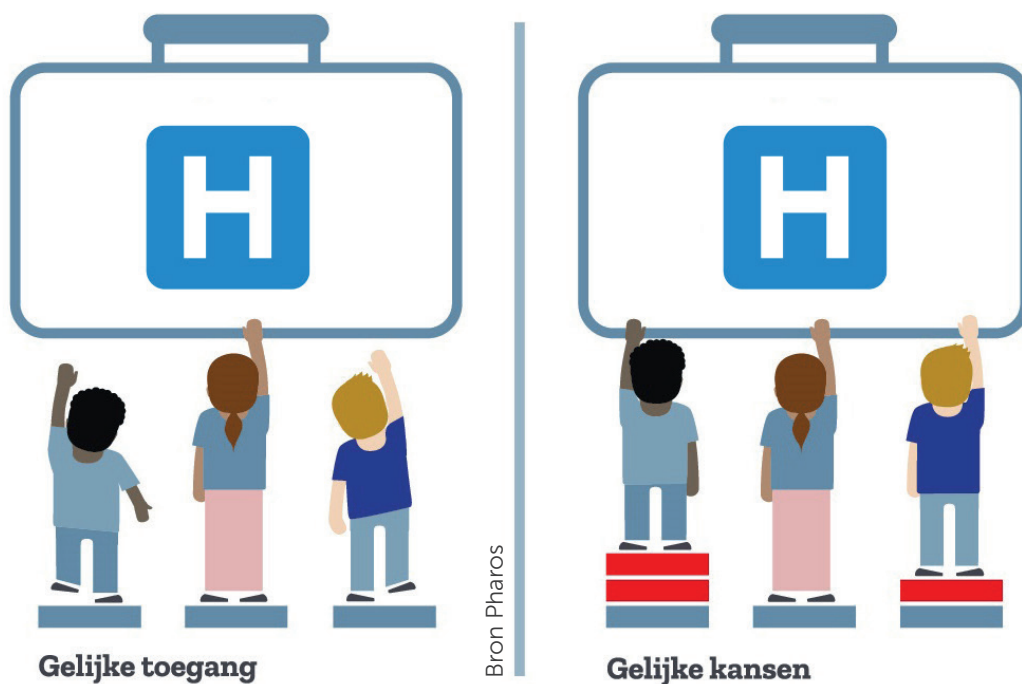


# Sociaaleconomische gezondheidsverschillen meenemen in beleid

## Checklist voor het Zorginstituut Nederland



# Toelichting

**Met deze checklist kunnen medewerkers van het Zorginstituut nagaan of het Zorginstituut in zijn besluiten en adviezen voldoende rekening houdt met sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV). In Nederland hebben 2,5 miljoen mensen moeite met lezen en schrijven. En 29% van de volwassenen heeft beperkte gezondheidsvaardigheden. Onder de mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zijn ouderen, laagopgeleiden en migranten relatief oververtegenwoordigd. Mensen met alleen basisschool leven gemiddeld 6 jaar korter en 15 jaar in minder goed ervaren gezondheid dan mensen met een hbo- of universitaire opleiding. Dit heeft niet zozeer met de opleiding of inkomen op zichzelf te maken maar met achterliggende mechanismen en sociale determinanten die tot ongezondheid leiden. Het is daarom van groot belang om in beleids-ontwikkeling en besluiten van het Zorginstituut hiermee rekening te houden. Gebeurt dat niet of te weinig dan bestaat de kans dat gezondheidsverschillen steeds groter worden in plaats van kleiner.**

Zorginstituut Nederland is een overheidsorganisatie met als belangrijkste taak het samenstellen van het basispakket van de zorgverzekering. Medewerkers van het Zorginstituut voeren beleid uit dat gericht is op pakketbeheer van de basisverzekering, het bevorderen van passende zorg en transparantie van kwaliteit. Het Zorginstituut neemt besluiten over effectiviteit van zorg en bevordert de ontwikkeling van kwaliteitstandaarden en meetinstrumenten (en ontwikkelt die bij uitzondering ook zelf). Het belangrijkste doel van het Zorginstituut is dat iedereen in Nederland - rijk en arm, jong en oud, gezond en ziek - goede zorg kan krijgen. Nu en in de toekomst.

In de uitvoering van het beleid bestaat de kans dat er onvoldoende zicht is op de impact van het beleid op sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Om dat risico zo klein mogelijk te maken is deze checklist ontwikkeld. Deze checklist nodigt uit om rekening te houden met de factoren en mechanismen die belemmerend of bevorderend werken. Mechanismen die samenhangen met opleiding en inkomen.

De checklist maakt onderdeel uit van een groter onderzoek naar de wijze waarop Zorginstituut Nederland sociaaleconomische gezondheidsverschillen meeneemt in het beleid en hoe de aandacht hiervoor kan worden vergroot. Het hele onderzoeksrapport is [hier](#) te vinden.

De checklist is gebaseerd op verschillende frameworks en handleidingen over 'kansengelijkheid op gezondheid' en op de Health Technology Evaluations van NICE uit 2021, de zusterorganisatie van het Zorginstituut in Engeland.<sup>1</sup>

Een soortgelijk onderzoek en de ontwikkeling van een checklist kan ook uitgevoerd worden bij andere organisaties in het zorgdomein, maar ook in andere domeinen die van belang zijn bij sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Zoals het sociaal domein, onderwijs en participatie.

---

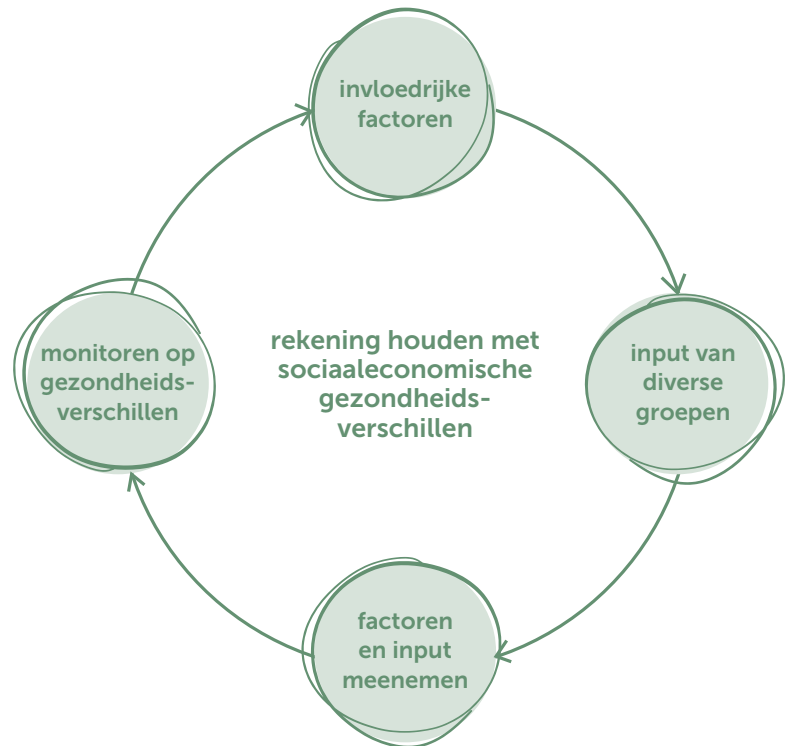
1. *The health equity measurement framework van Dover en Belon, 2019, The European health equity Status report, WHO Europe, september 2019, Achieving Health Equity: a guide for health Care organizations, IHI Boston 2016 en The reflexx-ISS tool: taking better account of social inequalities in health, Canada, 2021*

# Het doel van de checklist

Medewerkers ondersteunen om na te denken over de vraag welke impact producten en adviezen op sociaaleconomische gezondheidsverschillen kunnen hebben en of hiermee voldoende rekening wordt gehouden. Zodat zij beleid ontwikkelen met aandacht voor 'risicostratificatie' in besluiten en 'kansengelijkheid op gezondheid voor iedereen'.<sup>2</sup>

## De vier leidende vragen zijn:

1. Is bekend welke factoren van invloed zijn op het ontstaan van sociaaleconomische gezondheidsverschillen?
2. Is input (bewijs, perspectieven en ervaringen) over en van verschillende patiëntengroepen opgehaald?<sup>3</sup>
3. Nemen we deze factoren, perspectieven en ervaringen mee in ons beleid en in onze adviezen?
4. Besteden we aandacht aan het monitoren en evalueren van de effecten op het ontstaan van sociaaleconomische gezondheidsverschillen?



## De vragen in de checklist zijn bedoeld als inspiratiebron en routekaart

Het doorlopen van deze vragen ondersteunt medewerkers tijdens het uitvoeren van hun taken, draagt bij aan bewustwording én biedt handvatten om aan de slag te gaan. Bij het uitvoeren van taken op het gebied van pakketbeheer is er een andere focus nodig dan bij het uitvoeren van taken op het gebied van passende zorg en transparantie. Ook bij het opstellen van signaleringen is de checklist goed bruikbaar. De teams kunnen zelf een prioriteitenlijst opstellen en met elkaar ervoor zorgen dat relevante vragen aan de orde komen.

- 
2. Deze checklist is bedoeld voor medewerkers binnen het Zorginstituut die producten en adviezen ontwikkelen. Daarnaast is het belangrijk dat op bestuurlijk niveau het onderwerp op de agenda staat en dat medewerkers in staat worden gesteld om de checklist in de dagelijkse praktijk toe te passen (middelen, visie e.d.).
  3. Met "diversiteit in patiëntengroepen", "alle patiëntengroepen" of "verschillende patiëntengroepen" bedoelen we dat de betrokken patiënten een diverse groep vormen qua opleiding en inkomen (Sociaaleconomische status = SES), leeftijd en etnische afkomst.

# Checklist voor het Zorginstituut Nederland

## 1. Is bekend welke factoren van invloed zijn op het ontstaan van sociaaleconomische gezondheidsverschillen?

### A. Hebben we in beeld gebracht welke sociaaleconomische en etnische verschillen voor dit onderwerp relevant zijn?<sup>4</sup> Bijvoorbeeld:

- ✓ Aan de kant van de zorggebruiker: is bekend wat de invloed is van o.a. opleiding, bestaanszekerheid, (taal)vaardigheid en leefomgeving op gezondheid?
- ✓ Aan de kant van de zorgverlenende organisatie/professional: is bekend wat de invloed is van wijze van zorgverlening op gezondheid?

### B. Hebben we zicht op data over de verschillen tussen de diverse patiëntengroepen die je kunt gebruiken?

- ✓ Hebben we een beeld van de mogelijke data die nodig zijn om verschillen tussen groepen met een verschillende achtergrond in beeld te brengen?
- ✓ Hebben we overleg met dataleveranciers over uitsplitsing van data naar verschillende groepen (bijvoorbeeld morbiditeitsdata of zorggebruik-data uitgesplitst naar opleiding of inkomen)?
- ✓ Hebben we overleg over het aanleveren van data over specifieke onderwerpen uit punt 1?

### C. Hebben we interne- en externe experts betrokken (en werken we hiermee samen) om zicht te krijgen op welke factoren van invloed zijn op het ontstaan van sociaaleconomische gezondheidsverschillen?

---

4. Zie bijlage met specifieke factoren

## 2. Is input (bewijs, perspectieven en ervaringen) over- en van verschillende patiëntengroepen opgehaald?

### A. Is in beeld met welke groepen we contact moeten hebben om een overzicht te hebben van de uitwerking van de beleidskeuzes op sociaaleconomische gezondheidsverschillen?

- ✓ Welke stakeholders, zoals patiëntengroepen, professionals, financiers en beleidsmakers, zijn er bij dit onderwerp betrokken?
  - Hoe bepalen we wat relevante subgroepen zijn?
  - Kijken we naar sociaaleconomische achtergronden zoals ziekte, context, leeftijd, opleiding, gender en vaardigheid?
- ✓ Hebben we contact met verschillende doelgroepen?
- ✓ Hebben we contact met netwerken van patiëntengroepen?
- ✓ Is in beeld welke interne en externe experts op het gebied van sociaaleconomische gezondheidsverschillen we kunnen betrekken?

### B. Is er ruimte voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden om hun input te leveren?

- ✓ Zijn de gebruikte meetinstrumenten ook geschikt voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, waaronder mensen met een migratieachtergrond?
- ✓ Is er onderzoek onder alle patiëntengroepen, dus ook bijvoorbeeld onder groepen met weinig opleiding, weinig inkomen, een oudere leeftijd of een migratieachtergrond?
- ✓ Is er bij de ontwikkeling/beoordeling van een richtlijn of kwaliteitsstandaard input uit alle patiëntengroepen en van experts op het gebied van sociaaleconomische gezondheidsverschillen?

### C. Hebben we de input uit de diverse bronnen opgehaald?

- ✓ Welke bronnen worden gebruikt?
  - Worden uitkomsten van kwaliteitsonderzoek over 'waarden', 'voorkeuren', 'acceptatie', 'gelijke kansen' en 'passende zorg' meegenomen?
  - Wordt onderzoek met patiënten meegenomen?
  - Indien de onderzochte patiënten geen goede representatie van de patiëntenpopulatie qua verschillende achtergronden, zoals bijvoorbeeld hoge en lage SES vormen, in hoeverre is dan bewijs uit andere bronnen meegenomen?
  - Is bewijs uit gepubliceerde data, lopende clinical trials, afgesproken procedures, real-world data of andere observationele bronnen gebruikt?
- ✓ Wordt input van alle verschillende stakeholders gedurende het hele proces meegenomen of alleen bij het analyseren van de knelpunten aan de start?
- ✓ In hoeverre hebben we interne en externe experts betrokken om input uit verschillende bronnen mee te nemen?

### **3. Nemen we deze factoren, perspectieven en ervaringen mee in ons beleid en in onze adviezen?**

#### **A. Hebben we de opgedane kennis in onze producten en adviezen opgenomen?**

- ✓ Is kennis toegepast over de relevante factoren uit onderdeel 1 die tot gezondheidsverschillen leiden, aan de kant van de zorggebruiker en zorgverlener?
- ✓ Is opgehaalde input van verschillende stakeholders en bronnen uit onderdeel 2 meegenomen in de besluitvorming en de opgestelde adviezen?
- ✓ Is er op basis van deze kennis en input differentiatie in producten en adviezen toegepast?
  - Is er gedifferentieerd op basis van financiële toegankelijkheid?
  - Is er gedifferentieerd op basis van achterliggende problematiek met passende (uitbreiding van) zorg en/of volume?
  - Is informatie begrijpelijk, toegankelijk en passend voor de doelgroep gemaakt?
  - Is er gedifferentieerd op basis van geografische barrières ?
  - Is er persoonsgerichte integrale zorg?

#### **B. Zijn we transparant over wat wel en niet is meegenomen in besluitvorming en adviezen?**

#### **C. Hebben we met interne en externe experts getoetst of de factoren, perspectieven en ervaringen, waar mogelijk, zijn meegenomen in beleid en adviezen?**

### **4. Besteden we aandacht aan het monitoren en evalueren van de effecten op het ontstaan van sociaaleconomische gezondheidsverschillen?**

#### **A. Bespreken we op welk moment in het monitor- of evaluatieproces de karakteristieken van patiëntengroepen kenbaar moeten zijn?**

#### **B. Hebben we bij het opstellen van informatiestandaarden en registers bepaald welke gegevens relevant zijn om te verzamelen om de impact op sociaaleconomische gezondheidsverschillen vast te stellen? Zoals achtergrondgegevens van patiënten en informatie van experts.**

#### **C. Hebben we de impact van het beleid geëvalueerd bij alle patiëntgroepen?**

#### **D. Hebben we uitkomsten van de evaluatie bij verschillende patiëntengroepen gebruikt om ons beleid en adviezen te verbeteren?**

# Bijlage

## Toelichting op factoren bij vraag 1A

### Factoren aan de kant van de zorggebruiker

- Opleiding
- Gezondheidsvaardigheden / laaggeletterdheid
- Beroep en inkomen / bestaanszekerheid
- Migratieachtergrond / taalachterstand
- Gezinsamenstelling
- Discriminatie / adverse childhood experiences / geweldservaringen
- Leefomgeving (lucht-waterkwaliteit / groen in de wijk / voorzieningen in de wijk / fysieke- en sociale veiligheid / openbaar vervoer / sociaal netwerk)netwerk van zorggebruikers

### Factoren aan de kant van de zorgverlenende organisatie

- Deelname aan netwerk van zorgverleners in verschillende domeinen
- Wijze van samenwerken en coördinatie in een dergelijk netwerk
- Toegankelijkheid
  - Fysieke toegankelijkheid
  - Geografische toegankelijkheid (nabijheid)
  - Financiële toegankelijkheid (zoals de eigen bijdrage en reiskosten)
  - Begrijpelijke toegankelijkheid (bekendheid van voorziening, bewegwijzering)
- Persoonsgerichte integrale zorg
  - Flexibele tijdsinzet
  - Coördinatie
  - Begrijpelijke communicatie (zoals de inzet van tolken en gebruik van de terugvraagmethode)
  - Aandacht voor versterking zelfvertrouwen en zelfredzaamheid van de patiënt
  - Aandacht voor alle aspecten / vragen / problemen van de patiënt – niet alleen fysieke problemen
  - Aandacht voor context en leefomgeving (integrale domeinoverstijgende benadering)
  - Aansluiting bij wensen en mogelijkheden, doelen en waarden van de patiënt (Samen Beslissen / passende zorg)
  - Aandacht voor aanwezigheid sociale steun / sociaal netwerk
  - Specifieke aandacht bij ouderen en GGZ-problematiek
- De inzet van bepaalde technologie en of deze ongelijkheid in gezondheid kan bevorderen

## Colofon

Deze checklist is opgesteld door **Equalis** en **Pharos** in opdracht van **Zorginstituut Nederland**.  
Voor meer info: Lieke Boonen (Equalis) [Lieke.Boonen@equalis.nl](mailto:Lieke.Boonen@equalis.nl), Aldien Poll (Pharos) [A.Poll@pharos.nl](mailto:A.Poll@pharos.nl)

Mei, 2022