



Conseil de l'Égalité des Chances entre Hommes et Femmes
Raad van de Gelijke Kansen voor Mannen en Vrouwen
Rat für Chancengleichheit zwischen Männern und Frauen

**ADVIES NR. 109 VAN DE COMMISSIE GENDER EN GEZONDHEID EN DE COMMISSIE
GENDER EN OUDEREN BETREFFENDE DE TOEPASSING VAN GENDER
MAINSTREAMING BIJ HET ANTWOORD VAN DE BELGISCHE REGERING OP DE
VRAGENLIJST OVER DE GEZONDHEIDSZORG EN DE LANGDURIGE ZORG VOOR
OUDEREN**

ADVIES NR. 109 VAN DE COMMISSIE GENDER EN GEZONDHEID EN DE COMMISSIE GENDER EN OUDEREN BETREFFENDE DE TOEPASSING VAN GENDER MAINSTREAMING BIJ HET ANTWOORD VAN DE BELGISCHE REGERING OP DE VRAGENLIJST OVER DE GEZONDHEIDSZORG EN DE LANGDURIGE ZORG VOOR OUDEREN

Op grond van de adviesbevoegdheid die hem werd toegekend door het Koninklijk Besluit van 15 februari 1993 (B.S. 6 maart 1993), vervangen door het K.B. van 4 april 2003 (B.S. 5/6/2003), brengt de Raad van de Gelijke Kansen voor mannen en vrouwen het volgende advies uit met betrekking tot de toepassing van gender mainstreaming bij het antwoord van de Belgische regering op de vragenlijst over de gezondheidszorg en de langetermijnzorg voor ouderen.

I. INLEIDING

Sinds de Raad van Europa van Lissabon (2000) werd de uitdaging van de vergrijzing van de bevolking op verschillende manieren benaderd.

In juni 2001 vroeg de Europese Raad van Göteborg de Raad om te zorgen voor een gezamenlijk rapport van de Comités voor Sociale Bescherming en Economisch Beleid waarin, op basis van de open coördinatiemethode (OCM), pistes zouden aangereikt worden inzake gezondheids- en ouderenzorg. De Commissie stelde een mededeling¹ voor gebaseerd op 3 doelstellingen: het waarborgen van de toegankelijkheid, de kwaliteit en de Financiële leefbaarheid van het gezondheidszorgstelsel. De Europese Raad van Barcelona (2002) heeft de Commissie opgedragen om de lidstaten een “vragenlijst over de gezondheidszorg en de langdurige zorg voor ouderen” voor te leggen.

Net als de andere Lidstaten heeft België in 2002 deze vragenlijst beantwoord.

In maart 2003 heeft de Raad een gezamenlijk rapport van de Commissie en de Raad aangenomen, “Ondersteuning van de nationale strategieën voor de toekomst van de gezondheidszorg en verzorging voor ouderen”. Sinds 2006, is het OCM-proces met een nationaal strategisch rapport ook van toepassing op de gezondheidszorg en de langdurige zorg voor ouderen.

In dit advies wil de Raad van de gelijke kansen voor mannen en vrouwen overgaan tot een analyse in termen van gender mainstreaming van het rapport dat België in 2002 voorlegde.

De Raad vraagt dat de Belgische regering dit voortaan ook zou doen bij de redactie van de jaarlijkse strategische verslagen.

De Raad vraagt eveneens dat de regering zich meer zou inzetten voor de toepassing van het gender-mainstreamingprincipe van bij de conceptie van het Europees beleid.

¹ COM(2001)723 definitief

II. DEMOGRAFISCH PROFIEL VAN DE OUDEREN

In het antwoord op de vragenlijst blijkt dat België de oudere bevolking als een genderneutraal geheel behandelt (zie p. 26-27), met andere woorden alsof er geen enkel verschil zou zijn tussen de bejaarde mannen en de bejaarde vrouwen .

Niettemin² zijn deze verschillen bijzonder groot.

De vrouwen vertegenwoordigen 59,1 % van de 65-plussers in België, 62,6 % in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 60,5 % in Wallonië en 57,7 % in Vlaanderen.

Het aantal potentiële actieven per oudere boven de 60 evolueert, respectievelijk voor mannen en vrouwen, als volgt:

jaar	2000	2010	2030	2050
mannen	2,96	2,61	1,74	1,6
vrouwen	2,15	2	1,44	1,33
totaal	2,5	2,27	1,58	1,45

De coëfficiënt van de veroudering in de veroudering, die het aandeel van 80-plussers onder de 60-plussers aangeeft, evolueert als volgt (voor mannen en vrouwen respectievelijk):

jaar	2000	2010	2030	2050
mannen	11,96	16,31	18,32	27,48
vrouwen	20,31	25,57	25,8	35,67
totaal	16,75	21,52	22,38	31,89

Deze gegevens laten zien dat het aantal volwassenen dat kan instaan voor de zorg van 60-plussers aanzienlijk afneemt tegen 2050 en dat, vanaf 2010, meer dan een kwart van de vrouwen boven de 60 ouder dan 80 zal zijn.

Wanneer de regering schrijft dat in het kader van bejaardenzorgbeleid bijzondere aandacht moet worden geschonken aan verzorging door de naasten, lijkt ze het volgende te negeren:

1. door de vergrijzing zal het aantal “naasten” steeds meer afnemen en zal deze last steeds zwaarder doorwegen;
2. als gevolg van de vergrijzing zijn de “naasten” vaak zelf even oud als de ouderen die zorgbehoevend zijn, waardoor ze vaak zelf niet meer in staat zijn om de hulp die van hen verwacht wordt te kunnen bieden;
3. de zorgen worden merendeels door vrouwen toegekend, terwijl vrouwen precies diegenen zijn die het meest alleen wonen en zeer oud worden en dus zeer afhankelijk zullen worden.

De maatregelen die moeten aangenomen worden om de thuiszorg te verzekeren en menselijker te maken vereisen dat er rekening wordt gehouden met het feit dat het merendeels gaat over zeer bejaarde vrouwen die alleen wonen.

² volgens het hoofdstuk gewijd aan de «nota inzake het ouderenbeleid», in het Statistisch Jaarboek van de Sociale Zekerheid, 2000, FODSS, 2002.

Op 65-jarige leeftijd evolueert de leefomgeving van de mannen en de vrouwen op een verschillende wijze:

Leeftijd	Samen-wonend		Alleen		In een ander huishouden		In een instelling		andere	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
65-69	80,2	58,9	13,3	28,7	1,1	1,7	2,7	4,4		
70-74	77,6	45,9	15,3	38,8	1,6	2,8	3,5	6,5		
75-79	66,6	29,9	20,6	48,3	2,5	5,4	5,8	11,3		
80-84	54	16,8	27,7	50,8	5,0	8,5	8,5	18,6		
85 en +	34,8	5,6	32,1	41,4	9,6	12,6	19	34,9		

Hoewel de meeste ouderen wensen thuis te blijven, blijkt duidelijk dat veel minder vrouwen deze wens kunnen vervullen dan mannen. Tussen 75 en 79 jaar woont bijna 17% van de vrouwen en slechts 8,3 % van de mannen in een ander huishouden (familie) of instelling. Dit kondigt reeds de moeilijkheden aan die zich later gaan vormen.

In deze leeftijdscategorie woont 48,3 % van de vrouwen en slechts 20,6 % van de mannen alleen: deze ongelijkheden voorafspiegelen de verschillen die zich zullen tot uiting zullen komen bij de organisatie van de thuiszorg.

De Belgische gezondheidsenquêtes van het ISSP bieden waardevolle gegevens, maar de regering lijkt hiermee geen rekening te houden bij het beantwoorden van de vragenlijst en de toekomstige jaarlijkse antwoorden.

In 2004³ verklaarden 27,7% van de vrouwen en slechts 18,8 % van de mannen ouder dan 65 zware lichamelijke beperkingen te ondervinden. Vanaf 85 jaar wordt quasi 60% van de vrouwen hiermee geconfronteerd.

Binnen de groep die lijdt onder lichamelijke beperkingen waarvoor hulp nodig is, zijn de verschillen tussen vrouwen en mannen merkbaar: 13,4 % van de vrouwen en 14,6% van de mannen krijgt geen enkele hulp; 22,2 % van de vrouwen en 15,6% van de mannen krijgt een mengeling van formele hulp⁴ en informele hulp⁵; 39,4 % van de vrouwen en 18,8 % van de mannen krijgt formele hulp; 25 % van de vrouwen en 51 % van de mannen krijgt enkel informele hulp.

Deze verschillen geven een goed beeld van de werkelijkheid wat betreft de levensomstandigheden van bejaarde vrouwen. Ze krijgen minder informele hulp dan mannen en ongeveer 40 % van hen kan enkel een beroep doen op formele hulp, waarvoor ze zelf financieel moeten bijdragen

³ We verwijzen naar de resultaten van de enquête van 2004 die na het antwoord van de regering op de vragenlijst kwamen, maar gelijkaardige gegevens waren al beschikbaar in de voorgaande enquêtes

⁴ Door professionele dienstverleners.

⁵ Door de familie, vrienden of andere vrijwilligers.

III. TOEGANG TOT DE GEZONDHEIDSZORG

Het antwoord van de regering op de vragenlijst lijkt zich tevreden te stellen met het waarborgen van de toegang zonder discriminatie op basis van leeftijd.

De voornaamste discriminaties die ondanks een gezondheidszorgverzekeringssysteem van hoog sociaal niveau blijven voortbestaan betreffen langs de ene kant de toegang tot de gezondheidszorgverzekering en langs de andere kant de verhouding tussen de uitgaven die ten laste van de patiënten blijven en hun inkomensniveau.

Wat betreft het eerste punt, de voornaamste discriminatie komt voort uit het feit dat de (meestal mannelijke) titularissen met een echtgenote of een samenwonende partner ten laste⁶ hebben gratis toegang krijgen tot de gezondheidszorgverzekering voor die partner, terwijl alleenstaanden en huishoudens met twee titularissen zich persoonlijk⁷ moeten verzekeren en bijdragen betalen in verhouding tot hun inkomen (franchise onder integratie-inkomen of evenwaardig inkomen).

Wat betreft de verhouding tussen de beschikbare inkomens en kosten voor gezondheidszorgen, vinden we vanzelfsprekend ongelijkheden tussen mannen en vrouwen.

Ondanks de invoering van maatregelen om de kosten voor gezondheidszorg voor rekening van de patiënt te beperken, wegen deze uitgaven zwaarder voor de lage inkomens, voornamelijk die van de vrouwen aangezien het remgeld forfaitair is en toonbankmedicijnen niet worden terugbetaald.

In 2004 (cf. nota 3) hebben 7,2 % van de vrouwelijke 65-plussers gezondheidszorgen moeten uitstellen. Bij de mannen was dit slechts 4,9 %.

De Raad van de gelijke kansen van mannen en vrouwen is verwonderd dat de regering er niet aan gedacht heeft (p.8) om de statistieken die de evolutie weergeven van het recht op verhoogde tussenkomst (1995-2001) uit te splitsen naar geslacht.

Aangezien het ziektecijfer van vrouwen hoger ligt dan van mannen is het dus bovendien zeker dat de kosten voor gezondheidszorgen zwaarder doorwegen op hun inkomen, en dit ten nadele van de uitgaven voor het sociaal leven, hobby's en verenigingsactiviteiten.

Het advies nr. 91 van 21 december 2004 van de Raad van de Gelijke Kansen voor mannen en vrouwen heeft al onderstreept dat er verminderde terugbetalingen werden toegepast op medicijnen die vaak worden gebruikt door vrouwen voor ziektebeelden die vaker bij hen voorkomen dan bij mannen.

In het antwoord van de regering op de vragenlijst is geen enkele concrete beleidspiste terug te vinden om deze problemen aan te pakken. Er wordt nergens bijzondere aandacht besteed aan de daling van de levensstandaard van de gepensioneerden in het algemeen en van de gepensioneerde vrouwen in het bijzonder. De twee laatste paragrafen van punt 1.1.3 (p.11) komen over als vrome wensen.

⁶ Zie hoger voor het grote verschil tussen samenwonende mannen en vrouwen van 65 jaar en ouder

⁷ Gepensioneerde koppels betalen *twee keer* een bijdrage van 3,55 % op hun respectievelijke pensioenen terwijl de titularissen met een pensioen aan gezinstarief maar één bijdrage betalen

IV. De gezondheid van de ouderen

Hoewel de vragenlijst voor de Lidstaten vooral toegespitst is op gezondheidszorgen, is het moeilijk te begrijpen dat er praktisch geen melding wordt gemaakt van de algemene gezondheidstoestand van de geïmigreerde bevolkingsgroep en van de eventuele verhouding tussen een reële preventie van sommige aandoeningen en de impact van zo'n preventie op de toekomstige uitgaven voor de gezondheidszorg.

De Raad van de gelijke kansen voor mannen en vrouwen herhaalt dat hij in nr. 91 van 21 december 2004 van de Raad van de Gelijke Kansen voor mannen en vrouwen reeds heeft aangedrongen op het feit dat het er bij de preventie van osteoporose om gaat jonge vrouwen aan te zetten om een stevige botmassa op te bouwen *voor ze de leeftijd van dertig jaar bereiken*. Hierdoor kunnen dure, niet altijd doeltreffende en soms riskante hormoonbehandelingen en de kost voor een aantal heupbreuken vermeden worden.

De Raad wenst dus te herinneren aan enkele gevoelige verschillen bij de prevalentie van bepaalde aandoeningen bij vrouwen en mannen. De hoogste prevalenties vereisen ook een grotere inspanning qua preventie (met name op het stuk van onderzoek).

Invalidemakende aandoeningen, bijzonder vaak voorkomend bij vrouwen, zorgen voor een verlies aan autonomie die tegelijkertijd pijnlijk en kostelijk is.

De tien meest voorkomende aandoeningen bij vrouwen ouder dan 65 in vergelijking met die van de mannen⁸:

Meest voorkomende aandoeningen	Prevalentie	
	Vrouwen	Mannen
Artrose	39,9	23,5
Verhoogde bloeddruk	36,4	30,7
Gewrichtsontsteking	22,3	11,8
Aanhoudende rugaandoening	20,4	13,7
Osteoporose	19,2	2,5
Allergie	13,9	8,6
Cataract	12,2	6,2
Zware hartaandoening of infarct	11,7	19,5
schildklierstoornissen	10,9	3,3
Diabetes	10,5	10,7

De tien meest voorkomende aandoeningen bij mannen ouder dan 65 in vergelijking met die van de vrouwen:

Meest voorkomende aandoeningen	Prevalentie	
	Mannen	Vrouwen
Verhoogde bloeddruk	30,7	36,4
Artrose	23,5	39,9
Zware hartaandoening of infarct	19,5	11,7
Prostaatstoornissen	16,7	-
Aanhoudende rugaandoening	13,7	20,4
Chronische bronchitis	13,3	9,6

⁸ Bron : Gezondheidsenquête in België, 2004, cf. nota 3.

Gewrichtsontsteking	11,8	22,3
Diabetes	10,7	10,5
Allergie	8,6	13,9
Astma	6,5	6,2

V. CONCLUSIES

De Raad van de Gelijke Kansen voor mannen en vrouwen dringt nogmaals aan op het engagement van de regering om bij alle beleidsmaatregelen oog te hebben voor de genderdimensie.

Dit engagement veronderstelt dat antwoorden en voorstellen gebaseerd worden op statistieken en analyses waarin rekening wordt gehouden met de verschillen tussen mannen en vrouwen.

Deze manier van werken zou bijzonder relevant zijn bij de problematiek van de derde leeftijd.

De Raad nodigt de Belgische leden van het Comité voor Sociale Bescherming dus uit om te ijveren voor een heroriëntatie van de “vragenlijst” en de follow-up ervan in deze zin.