

# Uw gezondheidszorg, Uw mening telt!

*Onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) naar aanleiding van zijn gouden jubileum*

## EINDVERSLAG

MARK ELCHARDUS &  
PETRUS TE BRAAK

# Inhoudsopgave

1	Hoofdstuk 1, Inleiding: opzet en verloop van het onderzoek .....	5
1.1	Steekproeftrekking en verloop van het onderzoek .....	6
1.2	Vraagverwoording en frequenties .....	9
1.3	Wijze van analyse .....	9
2	Hoofdstuk 2, Toegankelijkheid .....	12
2.1	(On)toegankelijkheid van de gezondheidszorg .....	12
2.2	De samenhang van de indicatoren van (on)toegankelijkheid .....	12
2.3	Analyse van de mate van ontoegankelijkheid .....	13
2.4	Besluit .....	19
3	Hoofdstuk 3, Tevredenheid met de gezondheidszorg .....	21
3.1	Tevredenheid met de gezondheidszorg .....	21
3.2	Negatieve ervaringen met de gezondheidszorg .....	23
3.3	Tussentijds besluit: tevredenheid en aandachtspunten .....	25
3.4	Analyse van de mate van tevredenheid .....	26
3.5	Besluit .....	45
4	Hoofdstuk 4, De stijgende kosten van de gezondheidszorg beheersen .....	47
4.1	Oorzaken van de stijgende kost van gezondheidszorg .....	47
4.2	Hoe de stijgende kosten beheersen? .....	57
4.3	Uitsluiten .....	63
4.4	Besluit .....	67

5	Hoofdstuk 5, Opvattingen over de negatieve gevolgen van de verzorgingsstaat en sociale fraude .....	70
5.1	Opvattingen over de negatieve gevolgen van de verzorgingsstaat .....	70
5.2	Sociale fraude en wat ertegen te doen .....	72
5.3	De bereidheid bij te dragen .....	80
5.4	Besluit .....	82
6	Hoofdstuk 6, Leefstijl en levensloopdifferentiatie en uitsluiting .....	84
6.1	Levensloopdifferentiatie .....	84
6.2	Leefstijldifferentiatie .....	90
6.3	Een preventief gezondheidsbeleid via accijnzen .....	100
6.4	Besluit .....	107
7	Hoofdstuk 7, Arbeid, arbeidsongeschiktheid en activering .....	109
7.1	Oorzaken van de toename van het aantal arbeidsongeschikte mensen .....	109
7.2	Analyse van de twee verklaringen voor toegenomen arbeidsongeschiktheid ...	110
7.3	De hoogte van de invaliditeitsuitkering .....	116
7.4	Terugbegeleiding naar de arbeidsmarkt .....	117
7.5	Besluit .....	120
8	Hoofdstuk 8, E-medecine en omgang met informatie .....	122
8.1	Wenselijkheid, aanvaardbaarheid en waarschijnlijk gebruik van online zorg- en gezondheidsinformatie .....	122
8.2	Wie wenst een online diagnose? .....	125
8.3	Een betere gegevensuitwisseling .....	126

8.4	Wil men erfelijke belasting kennen en wie betaalt voor die informatie?.....	127
8.5	Besluit .....	129
9	Hoofdstuk 9, Houding ten opzichte van basisprincipes van de verplichte ziekteverzekering .....	131
9.1	De proportionaliteit van de bijdragen .....	131
9.2	De balans van bijdragen en steun.....	133
9.3	Besluit .....	134
10	Hoofdstuk 10, Samenvatting, besluit en aandachtspunten .....	136
10.1	Steun voor de basisprincipes van het stelsel .....	136
10.2	Grote bekommernis om sociale fraude .....	138
10.3	Het grote belang van persoonlijke verantwoordelijkheid .....	140
10.4	Preventie en aanzetten tot gezond leven .....	141
10.5	Oorzaken van en omgang met arbeidsongeschiktheid .....	141
10.6	De verzuchting naar wederkerigheid en een activerende welvaartsstaat .....	143
10.7	Waarom stijgen de kosten van de gezondheidszorg en wat daaraan te doen? .....	144
10.8	Mag de leeftijd de solidariteit bepalen?.....	146
10.9	Toekomst en wenselijkheid van e-medicine.....	146
10.10	De gezondheidszorg: solidair, goed en toegankelijk?.....	147
10.11	Verschillende gevoeligheden .....	150
11	Literatuur.....	153
Bijlagen		

# 1 Hoofdstuk 1, Inleiding: opzet en verloop van het onderzoek

In het najaar 2013 organiseerde de onderzoeksgroep TOR van de Vrije Universiteit Brussel, in samenwerking met ResearchAnalysisVision, een survey-onderzoek in opdracht van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). Een representatief staal van 6.000 inwoners van België werd uitgenodigd om deel te nemen. Door middel van een schriftelijke vragenlijst werd gepeild naar de ervaringen met de gezondheidszorg en de verplichte ziekteverzekering. Daarnaast werd er gepeild naar de opvattingen omtrent solidariteit en het draagvlak voor besparingen. Het onderzoek kreeg de naam: *Uw gezondheidszorg, Uw mening telt!*, het zal verder in de tekst ook worden aangeduid als RIZIV-onderzoek.

Het systeem van de gezondheidszorg en de uitkeringen heeft de ambitie solidair, goed en toegankelijk te zijn. Het onderzoek laat onder meer toe na te gaan in welke mate die ambitie wordt waargemaakt.

Uit het onderzoek blijkt dat het solidaire karakter de steun van de grote meerderheid van de bevolking wegdraagt, maar tevens bedreigd wordt door de steun die het differentiëren van bijdrage en/of de terugbetaling naar leefstijl en de uitsluiting van ouderen, bij een deel van de bevolking genieten, alsook door het geloof in het bestaan van grootschalige sociale fraude, het ruim verspreide gevoel dat het stelsel te weinig garanties op wederkerigheid, op dubbele solidariteit biedt, alsook door het zwakke draagvlak voor een meer rationale organisatie van dat systeem.

Uit de waargenomen opvattingen en houdingen blijkt grote steun voor een aantal van de principes die over de laatste decennia de hervorming van de verzorgingsstaat en de ziekteverzekering in de richting van een activerende verzorgingsstaat en meer persoonlijke verantwoordelijkheid hebben georiënteerd. Er is bij een groot deel van de bevolking en op sommige punten bij een meerderheid, een duidelijke wens tot hervorming in de richting van meer persoonlijke verantwoordelijkheid, een betere balans tussen rechten en plichten en meer wederkerigheid. Over die wenselijkheid bestaan er ook verschillen tussen verschillende bevolkingsgroepen, onder meer tussen Nederlands- en Franstaligen. De eersten tonen zich veel grotere voorstanders van persoonlijke responsabilisering en activering dan de laatsten.

De tevredenheid met de gezondheidszorg werd heel gedetailleerd gemeten. Daaruit blijkt een grote, soms overweldigende tevredenheid met heel veel aspecten van de

gezondheidszorg. Toch tekenen zich ook een aantal pijnpunten af. Deze betreffen het bedrag dat mensen uit zak moeten betalen voor de gezondheidszorgen, en dat voor velen te hoog wordt, ontevredenheid over de rusthuizen en over verschillende aspecten van de werking van ziekenhuizen en de dienstverlening door specialisten.

De stelling dat goede zorg voor iedereen in dit land toegankelijk is, arm en rijk, gaat niet op. Er stelt zich een scherp probleem van toegankelijkheid bij 10% van de bevolking. Bekijkt men enkel de mensen die de gezondheidszorgen intenser gebruiken, in casu de 20% Belgen die de meeste gezondheidsproblemen ervaren, dan stelt men vast dat 17% van hen wegens geldgebrek een medische ingreep moeten uitstellen, dat 19% een doktersbezoek uit- of afstelt en dat 18% in de armoede belandt ten gevolge van de hoge medische kosten.

Deze en andere bevindingen uit het onderzoek, moeten dienen als bijdrage aan de uitgangspunten van een maatschappelijk debat over de toekomst van de gezondheidszorg.

## 1.1 Steekproeftrekking en verloop van het onderzoek

### 1.1.1 *Ontwikkeling vragenlijst*

De vragenlijst werd in nauw overleg met een stuurgroep van het RIZIV ontwikkeld. Om betrouwbare en valide meetschalen te ontwikkelen vormen proefenquêtees een onmisbaar instrument. Twaalf proefpersonen (geworven onder collega's) vulden een eerste versie van de volledige vragenlijst op papier in. Op basis van de verkregen feedback werd een tweede versie opgesteld. Na bespreking met de stuurgroep werd deze getest op een steekproef van 600 Nederlandstalige inwoners van het Vlaams Gewest, die één keer werden gecontacteerd. Uiteindelijk hebben 69 respondenten deelgenomen aan de testenquête. De respondenten deden er gemiddeld 45 minuten over, maar er waren ook vijf personen die meer dan een uur nodig hadden om de vragenlijst in te vullen. Op basis van de analyse van de testenquêtes werd een volgende, kortere versie van de vragenlijst ontwikkeld. Deze werd, na een laatste bespreking met de stuurgroep en een laatste verfijning, voor het onderzoek gebruikt.

### 1.1.2 *Steekproeftrekking*

De beoogde populatie van het onderzoek omvat de inwoners van België tussen 18 en 75 jaar. De steekproef werd getrokken op het Rijksregister, een ambtelijke gegevensbank voor bevolkingsgegevens. Er werd gebruik gemaakt van een disproportioneel gestratificeerde toevalssteekproef naar gewest. Dat wil zeggen dat respondenten louter

toevallig werden getrokken, maar de proportie geselecteerde respondenten per gewest van te voren is opgelegd, om ervoor te zorgen dat de kleinste strata (in dit geval het Brussels Hoofdstedelijk Gewest) oververtegenwoordigd is ten opzichte van de grotere strata en dit met de bedoeling voldoende respondenten uit het hoofdstedelijk gewest te hebben om een analyse mogelijk te maken. Hiermee werd beoogd de populatie Brusselaars in de uiteindelijke gerealiseerde steekproefpopulatie voldoende groot te maken om betrouwbare onderzoeksresultaten uitgesplitst naar gewest te genereren. Uiteindelijk werden 1.555 Brusselaars, 2.555 Vlamingen en 1.890 Walen uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek.

Tabel 1.1: Verdeling van de Belgische populatie en de steekproefpopulatie naar gewest

Gewest	Bevolking (in aantallen)	Bevolking (in %)	Steekproef-eenheden zonder stratificatie (in aantallen)	Steekproef-eenheden met stratificatie (in aantallen)	Verdeling steekproefpopulatie na stratificatie (in %)
Brussel	887.964	10,07	604	1.555	25,92
Vlaanderen	5.125.088	58,13	3.488	2.555	42,58
Wallonië	2.803.166	31,80	1.908	1.890	31,50
België	8.816.219	100,00	6.000	6.000	100,00

Gegevens over de bevolking (in aantallen) zijn afkomstig van de FOD Economie, Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie, Enquête naar de arbeidskrachten 2012

### 1.1.3 Respons

Onder meer door het groot aantal enquêtes in dit land staan responscijfers onder druk. Om een maximale respons te krijgen, werden de respondenten verschillende keren gecontacteerd, met een maximum van vier keer. Om de anonimiteit maximaal te garanderen werd de verzending van de documenten verzorgd door de medewerkers van het Rijksregister. Daarbij werd ervoor gezorgd dat elke zending zich vormelijk onderscheidde van de voorgaande (Dillman, 2007). De eerste zending, bestaande uit een contactbrief en een vragenlijst, werd verstuurd op 4 september 2013 (T1). Respondenten die op 16 september nog niet gereageerd hadden, kregen op 18 september (T2) een herinneringskaartje toegestuurd. Wie nadien nog niet reageerde, ontving een herinneringsbrief en een nieuw exemplaar van de vragenlijst (T3: 2 oktober). In een vierde en laatste golf (T4: 23 oktober) kregen respondenten een laatste herinneringsbrief. In het totaal werden de geselecteerde respondenten dus maximaal vier keer gecontacteerd.

Tijdstip / Golf	Datum	Inhoud zending	Respons (in aantallen)	Respons (in %)	Bruto-respons (in %)	Cumulatieve bruto-respons (in %)
T1	4 september 2013	Contactbrief en vragenlijst	610	27,49	10,17	10,17
T2	18 september 2013	Herinneringskaartje	709	31,95	11,82	21,98
T3	2 oktober 2013	Herinneringsbrief en 2e vragenlijst	534	24,06	8,90	30,88
T4	23 oktober 2013	Herinneringskaartje	368	16,57	6,13	37,02
Totaal			2221	100,00	37,02	

Bij het afsluiten van het veldwerk waren in totaal 2.221 vragenlijsten teruggestuurd. De netto respons wordt geschat op 41,1% (het detail van de berekening is weergegeven in bijlage 1). Vergelijkend onderzoek op basis van de responscijfers van 147 gepubliceerde studies, beveelt aan dat een minimum van 40% gewenst is (Baruch, 1999: 434).

De respons verschilt naar gewest. De bruto- en nettorespons wordt weergegeven in de onderstaande tabel. De geobserveerde verschillen tussen de gewesten kunnen te wijten zijn aan verschillende oorzaken. De respons in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is bijzonder laag, hoogstwaarschijnlijk ten gevolge van de grotere taaldiversiteit die eigen is aan dat gewest. Daar de vragenlijst alleen beschikbaar was in het Frans en in het Nederlands, kan het zijn dat de taal een barrière vormde voor verschillende potentiële respondenten. De lage respons in Brussel haalt de totale respons naar beneden. Zonder het Hoofdstedelijk Gewest bedraagt de netto respons 45% en in Vlaanderen loopt zij zelfs op tot 50%. Omdat de respons in Brussel zo laag is, werd beslist enkel uitsplitsingen naar taal van het interview en niet naar gewest te maken.

Gewest	Respons (in aantallen)	Brutorespons (in %)	Geldige nettorespons (in %)
Brussel	435	27,97	31,2
Vlaanderen	1140	44,62	49,6
Wallonië	646	34,18	37,9
Totaal	2221	37,02	41,1

Alvorens de vragenlijst aan het insonsbureau te bezorgen werd elke teruggestuurde vragenlijst onderworpen aan een visuele kwaliteitscontrole. Vragen of antwoorditems die door de respondent gewijzigd werden op het enquêteformulier en daardoor eventueel een nieuwe betekenis of inhoud kregen, werden als missing gekwalificeerd.

Na het inponsen werden een tweede cleaning doorgevoerd. Via selectie werden een reeks kenmerken gecombineerd. Voor cases die onmogelijke combinaties vertoonden, werd nagegaan of er sprake was van een vergissing of tikfout bij de data-invoer. Bij een effectieve vaststelling van onmogelijke waarden werden de cases geweerd uit de finale dataset of als missing vermeld voor de variabele(n) in kwestie.

#### 1.1.4 *Weging*

Naast non-respons is de representativiteit van de steekproef een belangrijk issue bij het uitvoeren van een survey. Het is algemeen geweten dat geen enkele steekproef een perfecte afspiegeling is van de populatie die ze vertegenwoordigt. Verschillende factoren kunnen een vertekening teweegbrengen in de steekproef zoals bijvoorbeeld een selectieve non-respons. Daarom wordt de steekproef gewogen op bevolkingskenmerken die gekend zijn. Daartoe werd gebruik gemaakt van de Enquête naar de Arbeidskrachten (EAK). De wegingsprocedure wordt beschreven in bijlage 2.

### 1.2 Vraagverwoording en frequenties

In bijlagen 3 en 4 worden respectievelijk de Nederlandstalige en de Franstalige vragenlijst gegeven. In bijlage 5 worden de frequentieverdelingen van al de vragen uit het "Uw gezondheidszorg, Uw mening telt!"-onderzoek weergegeven. De geconstrueerde variabelen zijn opgenomen in bijlage 6.

### 1.3 Wijze van analyse

De bedoeling van dit onderzoek is de opvattingen en meningen van de mensen betreffende de huidige en toekomstige organisatie van het systeem van gezondheidszorg en verplichte ziekteverzekering te kennen. Dit rapport wil deze beschrijven. Het is geenszins de bedoeling te oordelen over de juistheid of gepastheid van die opvattingen en meningen.

Wat hun sociologische duiding betreft, wordt in de verschillende hoofdstukken van dit rapport steeds dezelfde analysewijze gevolgd. De beschouwde variabele (afhankelijke variabele genoemd, bijvoorbeeld de mate van toegankelijkheid van de gezondheidszorg) wordt eerst beschreven. Daarna wordt nagegaan of de verschillende uitspraken (items) waarmee die variabele werd gemeten, een statistisch degelijke schaal vormen (die in het geval van het gegeven voorbeeld, de mate van toegankelijkheid meet). Als dat het geval is, wordt nagegaan in welke mate de variatie van die schaal (de mate van toegankelijkheid zoals ervaren door de individuele respondenten) kan worden verklaard door een reeks kenmerken van de betrokken persoon (waarvan de lijst aanstonds zal worden gegeven). Dit gebeurt door simultaan of multivariaat voor al die kenmerken te controleren en één voor één de zwakste, statistisch niet significante effecten weg te laten. Het uiteindelijke model, met statistisch significante effecten, wordt dan in de tekst gegeven en besproken.

In tabelvorm wordt dan het bivariate verband tussen de afhankelijke variabele en kenmerken die er een statistisch significant en betrekkelijk sterk effect op hebben, nader gepresenteerd en besproken. Dat wordt gedaan indien de  $\beta$  (het effect) in het multivariate model een absolute waarde heeft van minstens 0,10. Op die manier wordt de kans verkleind dat de in tabelvorm, bivariaat gepresenteerde relaties het gevolg zijn van andere kenmerken. Wel dient er op worden gewezen dat de bivariaat, in tabelvorm gepresenteerde verbanden niet mogen worden geïnterpreteerd als effecten, maar dienen te worden geïnterpreteerd als verbanden, die nog geheel of gedeeltelijk door andere variabelen zouden kunnen worden verklaard. De hier gevolgde werkwijze geeft wel de zekerheid dat het verband niet volkomen kan worden verklaard door de variabelen waarvoor steeds wordt gecontroleerd in deze analyse. In hoofdstuk 2 zal deze werkwijze, aan de hand van concrete voorbeelden, nog nader worden toegelicht.

De (onafhankelijke of verklarende) variabelen waarvoor steeds zal worden gecontroleerd zijn:

- de leeftijd,
- het geslacht,
- de taalgemeenschap,
- de woonomgeving (landelijk, dorp, stedelijk),
- het gezondheidsgedrag,
- de gezondheid,
- de sociaal-economische positie,
- de sector van tewerkstelling,
- het opleidingsniveau,
- het toekomstperspectief (optimistisch versus pessimistisch),
- de mate van levenstevredenheid,
- de mediavorkeur,
- de mate van internetgebruik,
- het al dan niet verrichten van mantelzorg,
- de houding ten opzichte van de sociale zekerheid,
- de houding ten opzichte van gelijkheid en herverdeling,
- de gezinssamenstelling,
- of men ooit een vervanginkomen heeft genoten.

De frequentieverdeling van deze variabelen worden gegeven in bijlage 5. De schaalconstructies zijn opgenomen in bijlage 6. Voor sommige analyses kan bovenstaande lijst worden aangepast, als één van deze variabele dient te worden beschouwd als een mogelijk gevolg, eerder dan een mogelijke oorzaak van de afhankelijke variabele. Als dat gebeurt zal dat worden gemeld.

Voor de tabellen wordt steeds de maximaal beschikbare informatie benut. Niet alle respondenten hebben op alle vragen geantwoord, met het gevolg dat de onderzoeksbevolking niet even groot is voor alle variabelen. Bij het maken van tabellen wordt steeds de grootst mogelijke onderzoeksbevolking gebruikt. De omvang daarvan wordt overigens steeds vermeld in de beschrijvende tabellen. Aangezien die omvang van tabel tot tabel kan verschillen, is het ook mogelijk dat er kleine verschillen ontstaan in de percentages personen die op specifieke vragen bepaalde antwoorden geven, die bijvoorbeeld, met bepaalde uitspraken akkoord gaan.

## 2 Hoofdstuk 2, Toegankelijkheid

### 2.1 (On)toegankelijkheid van de gezondheidszorg

Uit tabel 2.1 blijkt dat voor ongeveer één Belg op tien de gezondheidszorg eigenlijk niet toegankelijk is. Zij moeten een medische ingreep uitstellen omdat zij de kosten niet kunnen dragen (9%), moeten zoveel aan medische zorgen uitgeven dat zij op het einde van de maand niet meer rondkomen, dus eigenlijk in de armoede belanden ten gevolge van medische kosten (9%), moeten een doktersbezoek uitstellen of afstellen wegens geldgebrek (11%) of moeten zoveel aan dokters, geneesmiddelen en medische zorgen uitgeven dat zij zich niets anders meer kunnen veroorloven (13%). Er stelt zich dus bij ongeveer 10% van de bevolking wel degelijk een scherp toegankelijkheidsprobleem, dat zich uit in het uit- of afstellen van een bezoek aan de arts, het uitstellen van een medische ingreep of het in de armoede belanden ten gevolge van de uitgaven voor geneesmiddelen en medische zorgen. Ongeveer 17 à 18% van de mensen moet tandzorgen of de aanschaf van een bril uitstellen wegens geldgebrek.

Tabel 2.1: Toegankelijkheid (in %) van de Belgische bevolking tot de gezondheidszorg (N=2.008)

	(Hele- maal) niet akkoord	Tussen beide	(Hele- maal) akkoord
Ik stel een medische ingreep uit omdat ik denk die niet te kunnen betalen	76,8	14,1	9,1
Ik heb elke maand zoveel kosten met dokters, medicamenten en/of ziekenhuizen, dat ik op het einde van de maand niet meer rond kom	73,4	17,2	9,4
Persoonlijk moet ik het doktersbezoek geregeld uitstellen of afstellen omdat ik niet genoeg geld heb	74,6	14,7	10,6
Per maand moet ik zoveel aan dokters en medicamenten uitgeven, dat ik me nog weinig andere dingen kan permitteren	68,5	18,3	13,3
Ik zou mijn tanden moeten laten verzorgen, maar heb daar het geld niet voor	66,0	16,9	17,1
Ik zou een andere bril moeten hebben, maar heb daar het geld niet voor	65,8	17,0	17,2
Ik heb al eens een vakantie moeten overslaan om onze kosten voor dokters, ziekenhuizen en/of geneesmiddelen te dekken	68,5	13,6	17,9
Ik ben bang om ziek te worden omdat ik dan in de armoede beland	59,4	21,1	19,5

### 2.2 De samenhang van de indicatoren van (on)toegankelijkheid

Zoals kan worden verwacht hangen de verschillende indicatoren van de mate van toegankelijkheid nauw samen (zie tabel 2.2). Mensen die met één aspect van ontoegankelijkheid worden geconfronteerd, hebben veel kans ook met de andere aspecten van ontoegankelijkheid te worden geconfronteerd. Dat maakt het mogelijk een schaal te maken. Deze meet de mate van ontoegankelijkheid. Een hoge positie op die

schaal betekent dat men nodige zorgen moet uitstellen en financieel in de problemen geraakt ten gevolgen van de kosten van medische zorg.

Tabel 2.2: Principale componentenanalyse naar de ontoegankelijkheid van de gezondheidszorg

	Componentladingen
Ik heb elke maand zoveel kosten met dokters, medicamenten en/of ziekenhuizen, dat ik op het einde van de maand niet meer rond kom	,878
Per maand moet ik zoveel aan dokters en medicamenten uitgeven; dat ik me nog weinig andere dingen kan permitteren	,877
Ik zou een andere bril moeten hebben, maar ik heb daar het geld niet voor	,863
Ik zou mijn tanden moeten laten verzorgen maar ik heb daar het geld niet voor	,855
Ik heb al eens een vakantie moeten overslaan om onze kosten voor dokters, ziekenhuizen en/of geneesmiddelen te dekken	,830
Ik stel een medische ingreep uit omdat ik denk die niet te kunnen betalen	,829
Persoonlijk moet ik het doktersbezoek geregeld uitstellen of afstellen omdat ik niet genoeg geld heb	,821
Ik ben bang om ziek te worden omdat ik dan in de armoede beland	,766
Eigenwaarde	5,651
Cronbach's Alpha	,944

### 2.3 Analyse van de mate van ontoegankelijkheid

De mate van toegankelijkheid kan goed (voor 31%) worden verklaard in termen van de gebruikte verklarende variabelen (zie tabel 2.3). Dit is geenszins verbazend en sluit aan bij eerdere studies: de mate van toegang tot de gezondheidszorg is sterk sociaal bepaald. Er zijn sterke effecten van economische onzekerheid (een negatief economisch toekomstbeeld) en van levenstevredenheid. Deze wijzen erop dat meer kwetsbare mensen ook minder toegankelijkheid ervaren. Het kan in het geval van levenstevredenheid ook gaan om een wederzijdse beïnvloeding omdat een gebrek aan ervaren toegankelijkheid van de gezondheidszorg afbreuk doet aan de levenstevredenheid.

Verder zien we een sterk effect van het opleidingsniveau ( $\beta = -.22$ ). Laaggeschoolden ervaren veel meer ontoegankelijkheid dan hooggeschoolden (zie ook verder tabel 2.4). Mensen met een zwakke gezondheid ervaren ook meer problemen van toegankelijkheid ( $\beta = .14$ ) (zie ook verder tabel 2.5). Ook Franstaligen ervaren meer problemen van toegankelijkheid dan Nederlandstaligen ( $\beta = .11$ ; zie verder tabel 2.7). Verder zijn er nog wat kleine verschillen: mannen ervaren minder problemen dan vrouwen, mantelzorgers meer dan mensen die geen mantelzorg verrichten, alleenstaanden zonder kinderen meer dan mensen die in een ander gezinsverband leven.

Tabel 2.3: Lineaire regressieanalyse naar de ervaren ontoegankelijkheid van de gezondheidszorg (N=2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		***
°Man (ref.: vrouw)	-,038	*
°Franstalig (ref.: Nederlandstalig)	,111	***
Slechte gezondheidspositie	,136	***
Economische positie	,043	*
Opleidingsniveau	-,224	***
Negatief toekomstperspectief	,287	***
Levenstevredenheid	-,152	***
°Mantelzorg (ref.: geen mantelzorger)	,051	**
Gezinsamenstelling (ref.: Met partner en kind)		
°Met partner zonder kind(eren)	,022	n.s.
°Alleenstaand met kind(eren)	,025	n.s.
°Alleenstaand zonder kind(eren)	,091	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,306	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significant

### 2.3.1 Toegankelijkheid en opleidingsniveau

Voor laaggeschoolden is de toegang tot de gezondheidszorg lager dan voor hooggeschoolden (zie tabel 2.4). Terwijl 6% van de laatste een ingreep of een doktersbezoek om financiële redenen moet uitstellen, is 13 en 17% van de laaggeschoolden in dat geval. Negen procent van de hooggeschoolden stelt de aanschaf van bril en tandzorgen om financiële redenen uit, tegenover 27% van de laaggeschoolden. Negen procent van de hooggeschoolden heeft al eens een vakantie moeten overslaan om de medische kosten te kunnen dekken en zes procent kan zich ten gevolge van die kosten weinig andere dingen veroorloven. Bij de laaggeschoolden zijn de overeenkomstige percentages respectievelijk 30 en 22%.

Voor laaggeschoolden is de toegankelijkheid van de gezondheidszorg dus vrij laag, met 13 en 17% die een doktersbezoek en een ingreep moet uitstellen of afstellen om financiële redenen, 27% die de aankoop van een bril of tandzorgen om financiële redenen uitstelt of afstelt, 16% die zoveel medische kosten heeft dat zij op het einde van de maand niet meer rondkomen en 28% die angst heeft om in de armoede te belanden als zij ziek worden. Uit tabel 2.3 blijkt dat het verschil in de mate van ervaren toegankelijkheid tussen laag- en hooggeschoolden zeker niet kan worden verklaard door de economische positie, het toekomstperspectief (in grote mate economische onzekerheid) of de gezondheidstoestand, want voor die kenmerken wordt in de multivariate analyse gecontroleerd. En ook na die controle blijft er een groot effect van het onderwijsniveau op de toegankelijkheid bestaan ( $\beta=-0,22$ ). Tabel 2.4 geeft echter niet dat effect weer, maar het verband dat tussen het opleidingspeil en de toegankelijkheid bestaat. Dat verband kan gedeeltelijk door andere factoren (zoals de gezondheidstoestand) worden verklaard. Hier, zoals in verdere analyses moet men dus

steeds twee soorten informatie bekijken: ten eerste het verband tussen de bestudeerde kenmerken (in dit geval opleidingspeil en toegankelijkheid) en ten tweede de  $\beta$ -coëfficiënt van in dit geval opleidingsniveau op toegankelijkheid, die weergeeft dat er ook na controle voor al de eerder opgesomde variabelen een effect van het opleidingsniveau op de toegankelijkheid overblijft en tevens weergeeft hoe sterk dat effect is.

Tabel 2.4: Verdeling toegankelijkheid van de gezondheidszorg naar opleidingsniveau

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Persoonlijk moet ik het doktersbezoek geregeld uitstellen of afstellen omdat ik niet genoeg geld heb	1,00 Laag	61,7%	21,5%	16,8%	100,0%
	2,00 Midden	76,3%	14,5%	9,1%	100,0%
	3,00 Hoog	87,5%	7,0%	5,5%	100,0%
	Totaal	74,6%	14,7%	10,7%	100,0%
Ik ben bang om ziek te worden omdat ik dan in de armoede beland	1,00 Laag	47,5%	25,0%	27,5%	100,0%
	2,00 Midden	62,2%	20,8%	17,0%	100,0%
	3,00 Hoog	71,2%	15,7%	13,1%	100,0%
	Totaal	59,8%	20,7%	19,5%	100,0%
Ik zou mijn tanden moeten laten verzorgen, maar heb daar het geld niet voor	1,00 Laag	52,1%	22,0%	25,9%	100,0%
	2,00 Midden	68,8%	16,5%	14,8%	100,0%
	3,00 Hoog	80,0%	10,9%	9,1%	100,0%
	Totaal	66,5%	16,6%	16,8%	100,0%
Ik zou een andere bril moeten hebben, maar heb daar het geld niet voor	1,00 Laag	51,7%	21,6%	26,7%	100,0%
	2,00 Midden	68,8%	17,1%	14,0%	100,0%
	3,00 Hoog	79,9%	11,1%	9,0%	100,0%
	Totaal	66,3%	16,9%	16,9%	100,0%
Per maand moet ik zoveel aan dokters en medicamenten uitgeven, dat ik me nog weinig andere dingen kan permitteren	1,00 Laag	50,5%	27,8%	21,7%	100,0%
	2,00 Midden	72,3%	16,2%	11,5%	100,0%
	3,00 Hoog	84,3%	9,3%	6,4%	100,0%
	Totaal	68,6%	18,0%	13,4%	100,0%
Ik heb al eens een vakantie moeten overslaan om onze kosten voor dokters, ziekenhuizen en/of geneesmiddelen te dekken	1,00 Laag	51,5%	18,5%	30,0%	100,0%
	2,00 Midden	72,4%	13,7%	13,8%	100,0%
	3,00 Hoog	83,7%	7,6%	8,7%	100,0%
	Totaal	68,8%	13,5%	17,7%	100,0%
Ik stel een medische ingreep uit omdat ik denk die niet te kunnen betalen	1,00 Laag	65,8%	20,8%	13,4%	100,0%
	2,00 Midden	77,5%	14,2%	8,3%	100,0%
	3,00 Hoog	88,0%	6,4%	5,6%	100,0%
	Totaal	76,7%	14,1%	9,2%	100,0%
Ik heb elke maand zoveel kosten met dokters, medicamenten en/of ziekenhuizen, dat ik op het einde van de maand niet meer rond kom	1,00 Laag	58,1%	26,7%	15,3%	100,0%
	2,00 Midden	76,5%	15,4%	8,2%	100,0%
	3,00 Hoog	88,0%	8,0%	4,0%	100,0%
	Totaal	73,7%	17,0%	9,3%	100,0%

### 2.3.2 Toegankelijkheid en gezondheid

De mate waarin men gezondheidsproblemen ervaart heeft een vrij sterke invloed op de mate waarin men deze ervaart als toegankelijk. Eigenlijk kan men de toegankelijkheid zoals ervaren door de mensen met de meeste gezondheidsproblemen beschouwen als een goed criterium om de toegankelijkheid te beoordelen. Het is immers voor hen dat de toegankelijkheid moet worden verwezenlijkt. In tabel 2.5 wordt de mate van toegankelijkheid voor de 20% minst en 20% meest gezonde respondenten beschreven.

Om de gezondheid van de respondent te bepalen, beschikken we in dit onderzoek over drie reeksen indicatoren:

- de subjectieve gezondheidservaring
- of de respondent ooit langdurig ziek is geweest
- en de mate waarin de gezondheid de respondent beperkt in een aantal activiteiten:
  - o de werkzaamheden,
  - o de huishoudelijke taken,
  - o de sociale contacten,
  - o het gezinsleven,
  - o de hobby's.

Tabel 2.5: Verdeling toegankelijkheid van de gezondheidszorg naar gezondheidspositie

		(Hele- maal) niet akkoord	Tussen beide	(Hele- maal) akkoord	Totaal
Persoonlijk moet ik het doktersbezoek geregeld uitstellen of afstellen omdat ik niet genoeg geld heb	1,00 Heel gezond	82,1%	13,3%	4,6%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	58,1%	23,1%	18,8%	100,0%
	Totaal	75,7%	14,6%	9,7%	100,0%
Ik ben bang om ziek te worden omdat ik dan in de armoede beland	1,00 Heel gezond	74,9%	13,7%	11,4%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	42,2%	29,1%	28,8%	100,0%
	Totaal	60,7%	21,1%	18,2%	100,0%
Ik zou mijn tanden moeten laten verzorgen, maar heb daar het geld niet voor	1,00 Heel gezond	79,2%	12,5%	8,3%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	46,3%	24,9%	28,7%	100,0%
	Totaal	67,2%	17,2%	15,5%	100,0%
Ik zou een andere bril moeten hebben, maar heb daar het geld niet voor	1,00 Heel gezond	76,1%	17,4%	6,6%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	47,1%	25,9%	27,0%	100,0%
	Totaal	66,6%	17,3%	16,1%	100,0%
Per maand moet ik zoveel aan dokters en medicamenten uitgeven, dat ik me nog weinig andere dingen kan permitteren	1,00 Heel gezond	84,2%	11,6%	4,2%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	43,1%	32,7%	24,2%	100,0%
	Totaal	68,8%	18,9%	12,3%	100,0%
Ik heb al eens een vakantie moeten overslaan om onze kosten voor dokters, ziekenhuizen en/of geneesmiddelen te dekken	1,00 Heel gezond	82,7%	11,2%	6,1%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	47,2%	20,6%	32,2%	100,0%
	Totaal	69,3%	13,7%	17,0%	100,0%
Ik stel een medische ingreep uit omdat ik denk die niet te kunnen betalen	1,00 Heel gezond	85,9%	10,8%	3,3%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	61,2%	21,0%	17,8%	100,0%
	Totaal	76,7%	14,7%	8,6%	100,0%
Ik heb elke maand zoveel kosten met dokters, medicamenten en/of ziekenhuizen, dat ik op het einde van de maand niet meer rond kom	1,00 Heel gezond	86,0%	10,7%	3,3%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	53,9%	27,8%	18,3%	100,0%
	Totaal	74,3%	16,9%	8,8%	100,0%

Een principale componentenanalyse op die verschillende kenmerken levert één component met een eigenwaarde groter dan één op. Dat betekent dat de verschillende uitspraken eenzelfde houding weergeven en dus samen een schaal kunnen vormen die deze houding meet. Hogere waarden op die schaal staan voor een slechtere gezondheid. Deze maat werd opgedeeld in quintielen of vijfden van de bevolking naar de mate waarin

zij gezondheidsproblemen ervaren. We zien dat zowat 18% van de 20% minst gezonde respondenten een doktersbezoek of een ingreep moet uitstellen. Bij de 27% moet tandzorgen en de aanschaf van een bril uitstellen. 32% heeft al eens een vakantie moeten overslaan om de medische kosten te kunnen dragen en 18% zegt zoveel medische kosten te hebben dat zij op het einde van de maand niet meer rond komen. Dus ook voor de 20% minst gezonde mensen in de bevolking is de mate van ontoegankelijkheid betrekkelijk groot.

De mate waarin mensen gezondheidsproblemen ervaren en het opleidingsniveau blijken de grootste voorspellers van de mate van toegankelijkheid van de gezondheidszorg. In onderstaande tabel 2.6 wordt nagegaan of hooggeschoolden, als zij gezondheidsproblemen ervaren, ook problemen van toegankelijkheid ervaren. Dit werd gedaan door te kijken naar het verband tussen het opleidingsniveau en de toegankelijkheid, voor de 40% meest ongezonde mensen. In tegenstelling tot de vorige tabellen wordt hier dus niet gekeken naar de 20% respondenten met de meeste gezondheidsproblemen, maar naar de 40% met de meeste gezondheidsproblemen. Dit wordt gedaan omdat er onder de hooggeschoolden (veel) minder mensen met gezondheidsprobleem zijn en de absolute aantallen te klein zouden worden indien enkel de groep van de 20% met de meeste gezondheidsproblemen zou worden bekeken.

Uit de tabel blijkt dat ook als we de 40% van de mensen met de meeste gezondheidsproblemen nemen, het onderwijspeil nog steeds een rol speelt in de mate van toegankelijkheid. Binnen die groep moeten 15% van de laaggeschoolden een dokterbezoek uit- of afstellen wegens geldgebrek, tegenover 8% van de hooggeschoolden. Dertien procent van de laaggeschoolden moet een ingreep uitstellen, daar waar 11% van de hooggeschoolden dat moet doen. Ten gevolge van de medische uitgaven belanden in die groep 18% van de laaggeschoolden in de armoede, tegenover 7% van de hooggeschoolden. De verschillen naar onderwijsniveau zijn nog steeds groot. Opvallend is echter ook dat de toegankelijkheid van de hooggeschoolden ook problematisch is als we kijken naar de 40% van de bevolking met de meeste gezondheidsproblemen. Ook voor een kleine 10% van hen is er een gebrek aan toegankelijkheid. Dat blijkt trouwens uit de vrees bij die groep om door ziekte te verarmen. Daarover maakt 23% van de hooggeschoolden zich zorgen; niet veel minder dan 27% laaggeschoolden die zich daarover zorgen maakt.

Tabel 2.6: Verdeling toegankelijkheid van de gezondheidszorg van de 40% meest ongezonde Belgen naar opleiding

		(Hele- maal) niet akkoord	Tussen beide	(Hele- maal) akkoord	Totaal
Persoonlijk moet ik het doktersbezoek geregeld uitstellen of afstellen omdat ik niet genoeg geld heb	1,00 Laag	56,3%	29,1%	14,6%	100,0%
	2,00 Midden	69,9%	17,0%	13,1%	100,0%
	3,00 Hoog	83,5%	8,3%	8,3%	100,0%
	Totaal	66,7%	20,6%	12,8%	100,0%
Ik ben bang om ziek te worden omdat ik dan in de armoede beland	1,00 Laag	44,4%	29,0%	26,6%	100,0%
	2,00 Midden	49,5%	30,1%	20,4%	100,0%
	3,00 Hoog	61,7%	15,8%	22,5%	100,0%
	Totaal	49,7%	26,7%	23,6%	100,0%
Ik zou mijn tanden moeten laten verzorgen, maar heb daar het geld niet voor	1,00 Laag	49,4%	22,7%	27,8%	100,0%
	2,00 Midden	58,0%	24,4%	17,6%	100,0%
	3,00 Hoog	72,1%	13,9%	13,9%	100,0%
	Totaal	57,2%	21,5%	21,3%	100,0%
Ik zou een andere bril moeten hebben, maar heb daar het geld niet voor	1,00 Laag	48,1%	25,6%	26,4%	100,0%
	2,00 Midden	58,9%	21,7%	19,3%	100,0%
	3,00 Hoog	73,6%	15,7%	10,7%	100,0%
	Totaal	57,2%	22,2%	20,6%	100,0%
Per maand moet ik zoveel aan dokters en medicamenten uitgeven, dat ik me nog weinig andere dingen kan permitteren	1,00 Laag	42,9%	37,4%	19,7%	100,0%
	2,00 Midden	59,3%	23,4%	17,2%	100,0%
	3,00 Hoog	73,6%	16,5%	9,9%	100,0%
	Totaal	55,1%	28,1%	16,8%	100,0%
Ik heb al eens een vakantie moeten overslaan om onze kosten voor dokters, ziekenhuizen en/of geneesmiddelen te dekken	1,00 Laag	46,5%	17,8%	35,7%	100,0%
	2,00 Midden	60,9%	19,8%	19,3%	100,0%
	3,00 Hoog	73,6%	14,0%	12,4%	100,0%
	Totaal	57,2%	17,7%	25,1%	100,0%
Ik stel een medische ingreep uit omdat ik denk die niet te kunnen betalen	1,00 Laag	64,1%	23,0%	12,9%	100,0%
	2,00 Midden	68,0%	19,4%	12,6%	100,0%
	3,00 Hoog	80,0%	9,2%	10,8%	100,0%
	Totaal	68,7%	18,9%	12,4%	100,0%
Ik heb elke maand zoveel kosten met dokters, medicamenten en/of ziekenhuizen, dat ik op het einde van de maand niet meer rond kom	1,00 Laag	53,3%	28,7%	18,0%	100,0%
	2,00 Midden	67,3%	21,0%	11,7%	100,0%
	3,00 Hoog	78,5%	14,0%	7,4%	100,0%
	Totaal	63,4%	23,0%	13,6%	100,0%

### 2.3.3 Toegankelijkheid en taalgemeenschap

Er zijn vrij grote verschillen tussen de taalgemeenschappen in ervaren toegankelijkheid. Deze wordt door de Franstaligen merkelijk lager ingeschat dan door de Nederlandstaligen. Van de Nederlandstaligen moet 8% een doktersbezoek uitstellen of afstellen uit financiële overwegingen, van de Franstaligen moet 15% dat doen. 8% van de Nederlandstaligen en 11% van de Franstaligen stelt een ingreep uit.

De aanschaf van een bril en tandzorgen worden door 12% van de Nederlandstaligen en 25% van de Franstaligen uitgesteld uit financiële overwegingen. 14% van de Nederlandstaligen en 23% van de Franstaligen sloeg al eens een vakantie over om de medische kosten te dragen. Die kosten zijn voor 7% van de Nederlandstaligen en 13% van de Franstaligen zo zwaar dat zij op het einde van de maand niet meer rond komen.

18% van de Nederlandstaligen en 22% van de Franstaligen vreest in de armoede te belanden als zij ziek worden.

Deze verschillen kunnen niet volkomen worden toegeschreven aan de economische verschillen of aan de andere variabelen waarvoor werd gecontroleerd (zie tabel 2.3).

Tabel 2.6: Verdeling toegankelijkheid van de gezondheidszorg naar taalgemeenschap

		(Hele- maal) niet akkoord	Tussen beide	(Hele- maal) akkoord	Totaal
Persoonlijk moet ik het doktersbezoek geregeld uitstellen of afstellen omdat ik niet genoeg geld heb	,00 Nederlandstalig	80,9%	11,4%	7,7%	100,0%
	1,00 Franstalig	66,1%	19,2%	14,7%	100,0%
	Totaal	74,6%	14,7%	10,7%	100,0%
Ik ben bang om ziek te worden omdat ik dan in de armoede beland	,00 Nederlandstalig	63,7%	18,5%	17,8%	100,0%
	1,00 Franstalig	53,6%	24,8%	21,7%	100,0%
	Totaal	59,4%	21,1%	19,4%	100,0%
Ik zou mijn tanden moeten laten verzorgen, maar heb daar het geld niet voor	,00 Nederlandstalig	73,5%	14,8%	11,7%	100,0%
	1,00 Franstalig	55,6%	19,8%	24,6%	100,0%
	Totaal	66,0%	16,9%	17,1%	100,0%
Ik zou een andere bril moeten hebben, maar heb daar het geld niet voor	,00 Nederlandstalig	74,6%	13,7%	11,6%	100,0%
	1,00 Franstalig	53,8%	21,4%	24,8%	100,0%
	Totaal	65,8%	17,0%	17,2%	100,0%
Per maand moet ik zoveel aan dokters en medicamenten uitgeven, dat ik me nog weinig andere dingen kan permitteren	,00 Nederlandstalig	75,6%	14,8%	9,6%	100,0%
	1,00 Franstalig	58,8%	23,0%	18,2%	100,0%
	Totaal	68,5%	18,3%	13,2%	100,0%
Ik heb al eens een vakantie moeten overslaan om onze kosten voor dokters, ziekenhuizen en/of geneesmiddelen te dekken	,00 Nederlandstalig	75,4%	10,9%	13,7%	100,0%
	1,00 Franstalig	59,2%	17,2%	23,6%	100,0%
	Totaal	68,6%	13,6%	17,8%	100,0%
Ik stel een medische ingreep uit omdat ik denk die niet te kunnen betalen	,00 Nederlandstalig	79,7%	12,2%	8,1%	100,0%
	1,00 Franstalig	72,7%	16,7%	10,6%	100,0%
	Totaal	76,8%	14,1%	9,2%	100,0%
Ik heb elke maand zoveel kosten met dokters, medicamenten en/of ziekenhuizen, dat ik op het einde van de maand niet meer rond kom	,00 Nederlandstalig	79,2%	14,0%	6,8%	100,0%
	1,00 Franstalig	65,5%	21,5%	13,0%	100,0%
	Totaal	73,4%	17,2%	9,4%	100,0%

## 2.4 Besluit

De stelling dat goede zorg voor iedereen in dit land toegankelijk is, arm en rijk, gaat niet op. Er stelt zich een scherp probleem van toegankelijkheid bij 10% van de bevolking en bij de 17% moet tandzorgen of de aanschaf van een bril uitstellen uit geldgebrek. Deze problemen doen zich in grotere mate voor bij laaggeschoolden, mensen met een onzekere economische toekomst, bij Franstaligen en bij mensen met gezondheidsproblemen. Dat laatste is heel belangrijk omdat men toegankelijkheid eigenlijk niet bij de bevolking in haar geheel moet meten. Men houdt dan immers ook rekening met mensen die heel gezond zijn, geen beroep doen op de gezondheidszorg en bijgevolg bitter weinig kans hebben problemen van toegankelijkheid te ervaren. Een

beter beeld van de toegankelijkheid krijgt men door te kijken naar de ervaring van de 20% Belgen die de meeste gezondheidsproblemen ervaren.

Van hen stelt 17% dat ze wegens geldgebrek een medische ingreep moeten uitstellen, stelt 19% een dokterbezoek uit of af en belandt 18% in de armoede ten gevolge van de hoge medische kosten. Bij een groot deel van die mensen stelt zich dus een ernstig probleem van toegankelijkheid. De problemen van toegankelijkheid doen zich uiteraard meer voor bij de minder welgestelde mensen, bijvoorbeeld veel meer bij de laag- dan bij de hogeschoolden. Maar als men kijkt naar mensen die gezondheidsproblemen hebben, bijvoorbeeld naar de 40% mensen met de meeste gezondheidsproblemen, dan stelt men vast dat van de hogeschoolden onder hen 8% geregeld een doktersbezoek moet uit- of afstellen uit geldgebrek, 11% een medische ingreep moet uitstellen uit geldgebrek, 7% zegt in de armoede te belanden ten gevolge van de hoge medische kosten en 23% leeft met de angst ziek te worden omdat zij vrezen daardoor in de armoede te belanden.

### 3 Hoofdstuk 3, Tevredenheid met de gezondheidszorg

De tevredenheid met de gezondheidszorg werd op twee manieren gemeten. Enerzijds werd aan de respondenten gevraagd "hoe tevreden bent u met..." en hen werden 31 aspecten van de gezondheidszorg voorgelegd. 21 daarvan hadden betrekking op de algemene kwaliteit van de gezondheidszorg (bijvoorbeeld krijgt men voldoende respect van de behandelende artsen of is men tevreden met de nabijheid van ziekenhuizen), 10 vragen hadden specifiek betrekking op de mate waarin de respondenten van oordeel zijn dat zij van verschillende zorgverstrekkers voldoende informatie krijgen over hun gezondheidsproblemen, de kost van de zorgen en het verloop van een ziekenhuisopname. De andere manier om de tevredenheid te peilen, bestond erin de respondenten te vragen naar negatieve ervaringen die zij gebeurlijk hadden opgedaan bij het gebruik van de gezondheidszorg. Zeventien mogelijke negatieve ervaringen werden aan de respondenten voorgelegd. Hoewel er natuurlijk een overeenkomst is tussen de negatieve ervaringen en de tevredenheid, maakt het verschil in vraagstelling het aangewezen de twee reeksen vragen afzonderlijk te analyseren en nadien de besluiten uit die analyses samen te brengen. We kijken eerst naar de tevredenheid met de gezondheidszorg, daarna naar de negatieve ervaringen.

#### 3.1 Tevredenheid met de gezondheidszorg

Hoewel de mate van tevredenheid met de kwaliteit van de gezondheidszorg en met de verstrekte informatie vrij sterk samenhangen ( $r=.53$ ), leek het ons nuttig, en bleek uit een factoranalyse ook dat het aangewezen is, om de twee reeksen metingen van de tevredenheid te onderscheiden. We bespreken achtereenvolgens de tevredenheid met de gezondheidszorg en daarna de mate van tevredenheid met de verstrekte informatie.

##### 3.1.1 *Tevredenheid met de kwaliteit van de gezondheidszorg*

Zoals blijkt uit tabel 3.1 is de tevredenheid met de verschillende aspecten van de gezondheidszorg bijzonder hoog. De laatste kolom geeft de verhouding weer tussen de proportie mensen die heel tevreden of tevreden is ten opzichte van de proportie die ontevreden of heel ontevreden is. Daaruit blijkt bijvoorbeeld dat 43 keer meer mensen tevreden dan ontevreden zijn over de nabijheid van de zorgverstrekkers. De percentages hebben telkens (zowel in tabel 3.1 als in tabel 3.2) betrekking op mensen die ervaring hebben met het desbetreffende aspect van de gezondheidszorg en de informatieverstrekking.

We kunnen aannemen dat de tevredenheid zeer groot is als de tevredenen minstens drie keer zo talrijk zijn als de ontevredenen. Dat is het geval voor 13 van de 21 bevroegde aspecten van de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Tabel 3.1: Tevredenheid (in %) van de Belgische bevolking over de gezondheidszorg (N=1.964)

Variabele	Helemaal niet tevreden	Niet tevreden	Tussen beide	Tevreden	Heel tevreden	Tevreden/ Niet tevreden
De nabijheid van zorgverstrekkers	0,4	1,6	12,5	62,3	23,1	42,6
De algemene omgang van uw huisartsen	0,7	1,9	10,7	51,8	34,9	33,4
Het respect van behandelende artsen	0,4	2,4	16,9	58,7	21,6	28,9
De nabijheid van ziekenhuizen	0,6	2,4	10,7	59,0	27,3	28,5
De kwaliteit v.d. gezondheidszorgen algemeen	0,5	2,7	19,0	66,7	11,2	24,5
Het aanbod van diensten in ziekenhuizen	0,7	3,0	16,5	62,2	17,6	21,8
De dienstverlening door thuisverpleging	1,1	3,2	13,0	53,9	28,8	19,3
De tijd die de huisarts uittrekt	1,0	4,5	14,2	52,0	28,4	14,6
Het respect van ziekenhuispersoneel	1,5	4,7	26,0	53,1	14,8	11,1
De keuze die u hebt wat betreft specialisten	1,5	5,5	20,1	59,0	13,8	10,3
De wachtdiensten van apothekers	1,5	7,7	20,7	58,4	11,6	7,6
De wachtdiensten van huisartsen	2,3	9,8	27,6	52,0	8,3	5,0
De wachttijden voor huisartsen	3,5	10,3	21,0	48,4	16,7	4,7
De wachttijden om bij de tandarts te gaan	5,3	15,4	21,3	46,1	11,8	2,8
De tijd die specialisten voor u uittrekken	3,3	14,7	32,3	42,8	6,9	2,8
Het aanbod aan psychologische bijstand	6,3	13,9	34,0	40,7	5,1	2,3
De spoedgevallendienst van het ziekenhuis	8,3	14,7	27,2	39,9	9,9	2,2
Het bedrag dat men uit eigen zak moet betalen	4,8	17,0	36,1	37,2	5,0	1,9
Het aanbod van rusthuizen	8,0	18,0	31,6	37,3	5,1	1,6
De dienstverlening van rusthuizen	8,6	18,3	36,8	32,0	4,3	1,4
De wachttijden voor specialisten	11,6	28,3	32,9	24,3	2,8	0,7

Noot: De percentages betreffen de geldige percentages, dat wil zeggen zonder de respondenten die hebben aangegeven geen ervaring met een bepaalde voorziening te hebben en zonder missings.

Er zijn dubbel zoveel, maar minder dan 3 keer zoveel tevredenen als ontevredenen voor:

- de wachttijden om bij de tandarts te gaan,
- de tijd die specialisten voor hun patiënten uittrekken,
- het aanbod aan psychologische bijstand,
- de spoedgevallendiensten van ziekenhuizen.

We spreken van een lagere graad van tevredenheid als de tevredenen en de ontevredenen ongeveer even talrijk worden. Dat is het geval voor:

- het bedrag dat men uit eigen zak moet betalen voor gezondheidszorgen,
- het aanbod in rusthuizen,
- de dienstverlening in rusthuizen.

Heel ontevreden is men over de wachttijden voor specialisten. Daarover is 27% tevreden en 40% ontevreden.

### 3.1.2 *Tevredenheid over de verstrekte informatie*

In tabel 3.2 wordt de evaluatie van 10 vormen van informatie gegeven. De presentatie is dezelfde als in tabel 3.1.

Voor 8 van de vormen van informatie is de proportie tevredenen 4 à 24 keer groter dan de ontevredenen. Bijzonder tevreden is men over de informatie die men krijgt over de eigen gezondheidsproblemen van de geraadpleegde huisarts en de geraadpleegde specialist. Minder tevreden is men over de informatie over de kost van een behandeling door een specialist of in een ziekenhuis. Hoewel ook hier het aantal tevredenen het aantal ontevredenen nog ver overtreft. Over informatie betreffende de kost van een behandeling door een specialist is 45% tevreden en 21% ontevreden. Vergeleken met de andere soorten informatie is men nog het minst tevreden over de informatie die men krijgt over de kost van een behandeling in het ziekenhuis. Toch is hier nog 41% van de mensen die daar ervaring mee hebben tevreden, tegen 24% ontevreden.

Tabel 3.2: Tevredenheid (in %) van de Belgische bevolking over de gezondheidszorg (N=1.964)

	Helemaal niet tevreden	Niet tevreden	Tussen beide	Tevreden	Heel tevreden	Tevreden/ Niet tevreden
Info: gezondheidsproblemen door huisarts	0,8	2,6	13,5	54,0	29,1	24,3
Info: gezondheidsproblemen specialist	1,4	4,2	18,6	55,3	20,5	13,6
Info: ziekenhuisopname door huisarts	1,4	6,5	20,7	57,1	14,3	9,0
Info: kost behandeling door huisarts	2,3	7,5	20,9	53,2	16,1	7,1
Info: ziekenhuisopname door mutualiteit	2,8	7,8	27,3	49,0	13,1	5,8
Info: kost behandeling door mutualiteit	3,3	7,9	25,4	48,5	14,9	5,7
Info: ziekenhuisopname door specialist	2,6	9,1	25,8	50,8	11,7	5,4
Info: ziekenhuisopname door ziekenhuis	3,3	10,2	27,8	49,7	9,0	4,3
Info: kost behandeling door specialist	4,0	17,2	33,8	38,2	6,9	2,1
Info: kost behandeling door ziekenhuis	5,2	19,2	34,7	35,2	5,7	1,7

Noot: De percentages betreffen de geldige percentages, dat wil zeggen zonder de respondenten die hebben aangegeven geen ervaring met een bepaalde voorziening te hebben en zonder missings.

## 3.2 Negatieve ervaringen met de gezondheidszorg

Aan de respondenten werd een lijst met 17 mogelijke negatieve ervaringen met de gezondheidszorg voorgelegd (zie tabel 3.3). Zij konden antwoorden dat hen dat "nooit"

was overkomen, "zelden", "af en toe" of "frequent". Zij konden ook aangeven dat een bepaalde vraag niet op hen van toepassing was, bijvoorbeeld omdat zij nog nooit een ziekenhuisfactuur hadden ontvangen en derhalve niet konden zeggen of die begrijpelijk of onbegrijpelijk was. De percentages in tabel 3.3 hebben betrekking op de mensen die van oordeel zijn dat de vragen op hen van toepassing zijn. In de laatste kolom wordt de som van de categorieën "af en toe" en "frequent" gemaakt.

Het gebeurt zelden of nooit dat artsen geen geneesmiddelen willen voorschrijven terwijl de patiënt de indruk heeft die nodig te hebben (84%), slechts 1% ervaart dat frequent. Het gebeurt ook zelden of nooit dat de arts niet de onderzoeken laat doen die de patiënt nodig of nuttig acht (91%); slechts 2% ervaart dat frequent. Het gebeurt vaker dat de patiënt het gevoel heeft dat de arts te gemakkelijk geneesmiddelen voorschrijft (5% ervaart dat frequent) of niet echt nodige onderzoeken laat doen (4% ervaart dat frequent).

Tabel 3.3: Negatieve ervaringen (in %) van de Belgische bevolking met de gezondheidszorg (N=2.062)

Hoe vaak is het voorgekomen dat u...	Nooit	Zelden	Af en toe	Frequent	Af en toe + frequent
het gevoel had dat uw arts uw geen geneesmiddelen wilde voorschrijven terwijl u er nodig had	74,5	19,1	5,5	,9	6,4
het gevoel had dat uw arts geen onderzoeken liet doen terwijl die nodig of nuttig waren geweest	69,4	21,2	7,7	1,7	9,5
te veel moest betalen bij de huisarts	65,6	20,9	9,7	3,8	13,5
te lang moest wachten om een ingreep in een ziekenhuis te laten uitvoeren	54,8	30,1	12,0	3,1	15,1
onvoldoende informatie heeft gekregen van uw huisarts	52,6	32,0	12,3	3,0	15,4
geen arts kon raadplegen, terwijl u deze op het moment wel nodig had	58,9	24,8	14,0	2,3	16,3
het gevoel had dat uw arts te gemakkelijk geneesmiddelen voorschreef	53,3	29,0	13,1	4,7	17,7
het gevoel had dat uw huisarts te weinig aandacht en tijd aan u besteedde	51,6	28,3	16,9	3,2	20,1
het gevoel had dat de specialist te veel en niet echt nodige onderzoeken voorschreef	44,6	32,6	19,3	3,5	22,8
een ziekenhuisfactuur heeft gekregen die u onjuist leek	52,5	24,4	17,4	5,7	23,1
onvoldoende informatie heeft gekregen van de specialist	42,3	34,1	20,3	3,3	23,5
of een lid van uw gezin of familie, onvoldoende is geholpen bij een ziekenhuisopname	43,0	30,6	19,5	6,9	26,4
onvoldoende informatie heeft gekregen bij een ziekenhuisopname	42,0	31,3	20,5	6,3	26,7
een onbegrijpelijke ziekenhuisfactuur heeft ontvangen	36,3	24,2	24,9	14,6	39,5
te veel moest betalen bij een specialist	33,3	25,3	28,5	12,9	41,4
onvoldoende op voorhand bent ingelicht over de kost van een behandeling of ingreep	30,9	24,8	26,3	17,9	44,3
te lang moest wachten op een afspraak met een specialist	17,9	28,0	34,7	19,4	54,1

Noot: De percentages betreffen de geldige percentages, dat wil zeggen zonder de respondenten die hebben aangegeven geen ervaring met een bepaalde voorziening te hebben en zonder missings.

Over het algemeen ligt de frequentie van negatieve ervaringen betrekkelijk laag. Slechts 6% of minder van de respondenten verklaart frequent te worden geconfronteerd met 13

van de 17 negatieve ervaringen. Neemt men "af en toe" en "frequent" samen, dan geldt voor 8 van de 17 negatieve ervaringen dat ze af en toe of frequent door 20 of minder procent van de respondenten worden ervaren. Wat frequenter zijn: het gevoel dat de specialist te veel overbodige onderzoeken laat uitvoeren, dat een ziekenhuisfactuur niet juist is, dat men onvoldoende hulp krijgt bij een ziekenhuisopname, onvoldoende informatie bij een ziekenhuisopname.

Nog frequenter zijn: het ontvangen van een onbegrijpelijke ziekenhuisfactuur (40% af en toe of frequent), het gevoel teveel te moeten betalen bij een specialist (41% af en toe of frequent), onvoldoende te zijn ingelicht over de kost van een behandeling of ingreep (44% af en toe of frequent) en te lang te moeten wachten op een afspraak met een specialist (54% af en toe of frequent).

### 3.3 Tussentijds besluit: tevredenheid en aandachtspunten

In het totaal werden 48 vragen gesteld om naar de tevredenheid met de gezondheidszorg te peilen, 31 die de graad van tevredenheid meten en 17 die informeren naar negatieve ervaringen. De antwoorden op 34 van die 48 vragen wijzen op een grote tot overweldigende mate van tevredenheid. Dus ook als men tevredenheid met de gezondheidszorg niet in het algemeen bevroegt, maar in detail peilt naar verschillende aspecten en ervaringen, blijkt de mate van tevredenheid heel hoog te liggen. Deze wijze van bevraging brengt echter ook een aantal pijn- en aandachtspunten aan het licht. Aspecten waar de mensen minder tevreden over zijn of negatieve ervaringen die al te frequent voorkomen.

- Het bedrag dat men uit eigen zak moet betalen voor gezondheidszorgen en dat voor velen te hoog is (zie ook hoofdstuk 2, Toegankelijkheid).
- Het aanbod aan en de dienstverlening in rusthuizen.
- Wat de ziekenhuizen betreft:
  - o onvoldoende informatie over de kost van een opname,
  - o onvoldoende hulp bij een opname, onvoldoende informatie over verloop van de opname,
  - o onbegrijpelijke ziekenhuisfactuur en frequent het gevoel dat de ziekenhuisfactuur niet juist is.
- Wat de specialisten betreft:
  - o te lange wachtrijen,
  - o het gevoel dat de specialist overbodige onderzoeken voorschrijft,
  - o het gevoel dat men bij de specialist te veel moet betalen.

### 3.4 Analyse van de mate van tevredenheid

Om de tevredenheid te meten, werden drie reeksen vragen gesteld: vragen naar de tevredenheid met de kwaliteit van de gezondheidszorg, naar de tevredenheid met de ontvangen informatie en naar de negatieve ervaringen. In wat volgt wordt voor elke reeks vragen nagegaan of zij voldoende samenhang vertoont om een goede schaal te vormen, anders gesteld, of mensen die met een van de aspecten tevreden zijn ook met de andere aspecten tevreden zijn, zodat men enerzijds tevreden en anderzijds ontevreden burgers kan onderscheiden. Als dat het geval is kan worden nagegaan welke soort mensen tevreden en ontevreden zijn met respectievelijk de algemene kwaliteit van, de informatieverstrekking door en de ervaringen met de voorzieningen voor gezondheidszorg.

#### 3.4.1 *Tevredenheid met de kwaliteit van de gezondheidszorg*

Zoals blijkt uit tabel 3.4 is er een sterke samenhang tussen de mate waarin mensen tevreden zijn met de verschillende voorgelegde aspecten van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Daarom kan een schaal worden geschat die de mate van tevredenheid met die aspecten in het algemeen weergeeft en deze kan worden geanalyseerd in het licht van de eerder opgesomde kenmerken.

Tabel 3.4: Factorladingen tevredenheid van de Belgische bevolking over de gezondheidszorg

	Componentladingen
De kwaliteit van de gezondheidszorgen in het algemeen	0,645
Het aanbod van diensten in ziekenhuizen	0,625
De keuze die u hebt wat betreft specialisten	0,599
De tijd die specialisten voor u uittrekken bij een consultatie	0,564
De nabijheid van zorgverstrekkers zoals artsen, tandartsen of kinesitherapeuten	0,556
Het respect van behandelende artsen voor patienten	0,542
De wachttijden voor specialisten	0,525
De tijd die de huisarts uittrekt om me te onderzoeken en me in te lichten over mijn gezondheid	0,522
De nabijheid van ziekenhuizen	0,521
De wachtdiensten van huisartsen	0,513
Het respect van ziekenhuispersoneel voor patienten	0,512
De spoedgevallendienst van het ziekenhuis	0,505
De wachtdiensten van apothekers	0,460
Het bedrag dat men uit eigen zak moet betalen bij artsen, medicatie en ziekenhuizen	0,454
De wachttijden om bij de tandarts te gaan	0,451
Het aanbod aan psychologische bijstand	0,446
De algemene omgang van uw huisartsen	0,438
De wachttijden voor huisartsen	0,432
De dienstverlening door thuisverpleging	0,416
Het aanbod van rusthuizen	0,357
De dienstverlening van rusthuizen	0,331
Eigenwaarde	5,600
Cronbach's alpha	0,906

Uiteindelijk wordt door die verschillende kenmerken 13% van de variatie in tevredenheid met de kwaliteit van de gezondheidszorg verklaard. Dat is niet verwaarloosbaar, maar evenmin heel veel. Dat betekent dat men in de bevolking, op één uitzondering, de toegankelijkheid, na geen groepen kan onderscheiden die onderling heel erg verschillen in hun waardering van de gezondheidszorg. De waardering voor de gezondheidszorg is over het algemeen heel positief en dat geldt in grote mate voor het geheel van de bevolking.

Toch ziet men een aantal statistisch significante verschillen tussen verschillende bevolkingsgroepen (zie tabel 3.5, model 2). Het sterkste effect is dat van de toegankelijkheid ( $\beta=-0,20$ ). Mensen die ontoegankelijkheid ervaren zijn veel minder tevreden over de gezondheidszorg.

Tabel 3.5: Lineaire regressieanalyse naar de tevredenheid van de Belgische bevolking over de gezondheidszorg (N=2.148)

	Model 1		Model 2	
	$\beta$	Sig.	$\beta$	Sig.
(Constant)		***		***
Leeftijd	,093	***	,104	***
°Man (ref.: Vrouw)	,051	*	,045	*
Negatief toekomstperspectief	-,145	***	-,086	***
Levenstevredenheid	,205	***	,160	***
°Mantelzorg (ref.: geen mantelzorg)	-,083	***	-,069	***
Egalitaire houding op de oude breuklijn	-,052	*	-,022	n.s.
°Ooit vervanginkomen ontvangen (ref.: nooit)	,079	***	,082	***
Gezinsamenstelling (ref.: met partner en kind)				
°Met partner zonder kind(eren)	,052	*	,060	*
°Alleenstaand met kind(eren)	,012	n.s.	,018	n.s.
°Alleenstaand zonder kind(eren)	,053	*	,072	**
Toegankelijkheid van de gezondheidszorg			-,199	***
Adjusted R <sup>2</sup>		,105		,134

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ ; n.s. = non significant

Verder blijkt dat hoe ouder men is, hoe meer tevreden over de gezondheidszorg ( $\beta=0,10$ ). Mensen die meer tevreden zijn met het leven in het algemeen, zijn ook meer tevreden over de kwaliteit van de gezondheidszorg ( $\beta=0,16$ ). Het is mogelijk dat tevredenheid over de gezondheidszorg bijdraagt tot levenstevredenheid. Het is echter ook mogelijk dat levenstevredenheid ten dele een houding is en dat mensen met die houding ook sneller tevreden zijn over de gezondheidszorg. Het uitklaren van dit effect valt buiten de bedoelingen van dit rapport. De andere effecten zijn klein. Mantelzorgers en mensen die kampen met economische onzekerheid zijn iets minder tevreden. Mannen zijn iets meer tevreden dan vrouwen, mensen zonder kinderen iets meer tevreden dan mensen met kinderen en mensen die ooit een vervanginkomen hadden zijn ook iets meer tevreden. De belangrijkste effecten, gegeven de twijfel over de aard van het verband met levenstevredenheid, zijn die met de toegankelijkheid en de leeftijd.

### 3.4.2 De controle van tevredenheid naar de toegankelijkheid van de gezondheidszorg

Zoals blijkt uit tabel 3.5 heeft de ervaren toegankelijkheid van de gezondheidszorg het sterkste effect op de tevredenheid die respondenten rapporteren. Van het kwart van de bevolking dat de laagste toegankelijkheid ervaart, is 33% ontevreden en 28% tevreden over het bedrag dat uit eigen zak moeten worden betaald. Bij het kwart van de bevolking dat de minste problemen van toegankelijkheid ervaart liggen die verhoudingen volkomen anders. Slechts 12% van hen is ontevreden over wat uit eigen zak moet worden betaald, en 56% is daar tevreden over. Nergens is het verschil groter dan bij dit item. Dit kan erop duiden dat het grootste probleem van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg financieel van aard is. Maar we zien haast voor alle vormen van tevredenheid grote verschillen naar de mate van toegankelijkheid. Zelfs voor aspecten waarover de ontevredenheid in het algemeen hoog is, zoals de wachttijden voor specialisten, zijn de verschillen naar toegankelijkheid nog groot. Van de mensen die een goede toegankelijkheid ervaren is 30% daar tevreden over en 26% ontevreden; van de mensen die een slechte toegankelijkheid ervaren is 24% tevreden en 48% ontevreden.

Tabel 3.6: Verdeling tevredenheid van de Belgische bevolking met de gezondheidszorg naar toegankelijkheid

		(Hele- maal) niet tevreden	Tussen beide	(Heel) tevreden	Totaal
Het bedrag dat men uit eigen zak moet betalen bij artsen, medicatie en ziekenhuizen	1,00 Heel goed	12,4%	31,2%	56,4%	100,0%
	2,00 Goed	18,6%	33,5%	47,9%	100,0%
	3,00 Slecht	24,1%	40,3%	35,6%	100,0%
	4,00 Heel slecht	32,8%	39,4%	27,7%	100,0%
	Totaal	21,8%	36,0%	42,1%	100,0%
De wachttijden voor huisartsen	1,00 Heel goed	9,2%	20,2%	70,6%	100,0%
	2,00 Goed	12,7%	15,7%	71,6%	100,0%
	3,00 Slecht	15,4%	24,1%	60,5%	100,0%
	4,00 Heel slecht	18,4%	24,3%	57,3%	100,0%
	Totaal	13,9%	21,0%	65,1%	100,0%
De algemene omgang van uw huisartsen	1,00 Heel goed	1,2%	9,1%	89,7%	100,0%
	2,00 Goed	2,4%	7,5%	90,1%	100,0%
	3,00 Slecht	1,8%	10,4%	87,8%	100,0%
	4,00 Heel slecht	5,0%	16,0%	79,0%	100,0%
	Totaal	2,6%	10,7%	86,8%	100,0%
De wachttijden voor specialisten	1,00 Heel goed	35,7%	34,6%	29,7%	100,0%
	2,00 Goed	37,2%	36,1%	26,8%	100,0%
	3,00 Slecht	38,9%	33,0%	28,1%	100,0%
	4,00 Heel slecht	47,7%	28,3%	24,1%	100,0%
	Totaal	39,9%	33,0%	27,1%	100,0%
De tijd die specialisten voor u uittrekken bij een consultatie	1,00 Heel goed	14,0%	28,0%	58,0%	100,0%
	2,00 Goed	18,4%	33,3%	48,4%	100,0%
	3,00 Slecht	18,6%	37,0%	44,3%	100,0%
	4,00 Heel slecht	21,0%	31,2%	47,8%	100,0%
	Totaal	18,0%	32,3%	49,7%	100,0%

Tabel 3.6: Verdeling tevredenheid van de Belgische bevolking met de gezondheidszorg naar toegankelijkheid (vervolg)

		(Hele- maal) niet tevreden	Tussen beide	(Heel) tevreden	Totaal
De keuze die u hebt wat betreft specialisten	1,00 Heel goed	3,8%	15,2%	81,0%	100,0%
	2,00 Goed	7,2%	17,1%	75,7%	100,0%
	3,00 Slecht	7,2%	20,6%	72,2%	100,0%
	4,00 Heel slecht	10,1%	27,8%	62,2%	100,0%
	Totaal	7,0%	20,1%	72,9%	100,0%
De nabijheid van ziekenhuizen	1,00 Heel goed	1,0%	5,2%	93,8%	100,0%
	2,00 Goed	3,6%	6,0%	90,5%	100,0%
	3,00 Slecht	1,9%	11,4%	86,8%	100,0%
	4,00 Heel slecht	5,7%	21,1%	73,3%	100,0%
	Totaal	3,0%	10,7%	86,3%	100,0%
Het aanbod van diensten in ziekenhuizen	1,00 Heel goed	1,3%	9,3%	89,4%	100,0%
	2,00 Goed	2,6%	11,3%	86,1%	100,0%
	3,00 Slecht	2,6%	17,8%	79,5%	100,0%
	4,00 Heel slecht	8,3%	28,2%	63,5%	100,0%
	Totaal	3,7%	16,5%	79,8%	100,0%
De wachttijden om bij de tandarts te gaan	1,00 Heel goed	14,7%	15,1%	70,1%	100,0%
	2,00 Goed	17,7%	22,8%	59,5%	100,0%
	3,00 Slecht	22,9%	22,5%	54,7%	100,0%
	4,00 Heel slecht	28,4%	25,2%	46,4%	100,0%
	Totaal	20,8%	21,3%	57,9%	100,0%
De informatieverstrekking in verband met de kostprijs van medische zorgen	1,00 Heel goed	21,8%	43,1%	35,1%	100,0%
	2,00 Goed	26,3%	43,3%	30,5%	100,0%
	3,00 Slecht	25,5%	44,0%	30,5%	100,0%
	4,00 Heel slecht	35,3%	39,3%	25,4%	100,0%
	Totaal	27,1%	42,4%	30,5%	100,0%
Het respect van behandelende artsen voor patiënten	1,00 Heel goed	1,8%	15,2%	83,1%	100,0%
	2,00 Goed	2,0%	16,1%	81,9%	100,0%
	3,00 Slecht	2,8%	16,8%	80,3%	100,0%
	4,00 Heel slecht	4,5%	19,8%	75,7%	100,0%
	Totaal	2,8%	16,9%	80,3%	100,0%
Het respect van ziekenhuispersoneel voor patiënten	1,00 Heel goed	2,9%	20,7%	76,4%	100,0%
	2,00 Goed	5,5%	22,9%	71,6%	100,0%
	3,00 Slecht	6,5%	26,5%	67,1%	100,0%
	4,00 Heel slecht	9,6%	33,8%	56,7%	100,0%
	Totaal	6,1%	25,9%	67,9%	100,0%
Het aanbod aan psychologische bijstand	1,00 Heel goed	16,6%	33,7%	49,7%	100,0%
	2,00 Goed	16,7%	37,9%	45,3%	100,0%
	3,00 Slecht	20,7%	32,1%	47,3%	100,0%
	4,00 Heel slecht	25,0%	32,4%	42,6%	100,0%
	Totaal	20,2%	33,9%	46,0%	100,0%
Het aanbod aan psychologische bijstand	1,00 Heel goed	1,4%	12,5%	86,1%	100,0%
	2,00 Goed	2,0%	15,4%	82,6%	100,0%
	3,00 Slecht	2,8%	18,8%	78,3%	100,0%
	4,00 Heel slecht	6,6%	29,8%	63,6%	100,0%
	Totaal	3,2%	18,9%	77,9%	100,0%
Het aanbod aan psychologische bijstand	1,00 Heel goed	2,2%	8,2%	89,6%	100,0%
	2,00 Goed	4,9%	9,2%	85,9%	100,0%
	3,00 Slecht	3,7%	12,0%	84,3%	100,0%
	4,00 Heel slecht	6,3%	20,4%	73,3%	100,0%
	Totaal	4,4%	13,0%	82,6%	100,0%

Tabel 3.6: Verdeling tevredenheid van de Belgische bevolking met de gezondheidszorg naar toegankelijkheid (vervolg)

		(Hele- maal) niet tevreden	Tussen beide	(Heel) tevreden	Totaal
De nabijheid van zorgverstrekkers zoals artsen, tandartsen of kinesitherapeuten	1,00 Heel goed	1,2%	5,7%	93,1%	100,0%
	2,00 Goed	1,6%	9,3%	89,0%	100,0%
	3,00 Slecht	2,4%	14,9%	82,7%	100,0%
	4,00 Heel slecht	3,1%	21,3%	75,6%	100,0%
	Totaal	2,0%	12,5%	85,4%	100,0%
Het aanbod van rusthuizen	1,00 Heel goed	21,6%	29,2%	49,2%	100,0%
	2,00 Goed	19,1%	38,8%	42,0%	100,0%
	3,00 Slecht	28,9%	25,4%	45,7%	100,0%
	4,00 Heel slecht	33,9%	33,9%	32,2%	100,0%
	Totaal	25,9%	31,7%	42,4%	100,0%
Het aanbod van rusthuizen	1,00 Heel goed	23,5%	39,4%	37,1%	100,0%
	2,00 Goed	22,8%	39,3%	37,9%	100,0%
	3,00 Slecht	28,9%	32,9%	38,2%	100,0%
	4,00 Heel slecht	32,1%	35,8%	32,1%	100,0%
	Totaal	27,0%	36,7%	36,2%	100,0%
De wachtdiensten van apothekers	1,00 Heel goed	7,0%	13,8%	79,1%	100,0%
	2,00 Goed	7,1%	19,7%	73,2%	100,0%
	3,00 Slecht	8,5%	22,1%	69,4%	100,0%
	4,00 Heel slecht	14,0%	27,8%	58,1%	100,0%
	Totaal	9,1%	20,8%	70,1%	100,0%
De wachtdiensten van apothekers	1,00 Heel goed	6,1%	24,2%	69,7%	100,0%
	2,00 Goed	13,3%	25,3%	61,4%	100,0%
	3,00 Slecht	12,3%	30,9%	56,8%	100,0%
	4,00 Heel slecht	17,1%	30,0%	52,9%	100,0%
	Totaal	12,2%	27,6%	60,2%	100,0%
De spoedgevallendienst van het ziekenhuis	1,00 Heel goed	16,4%	26,4%	57,2%	100,0%
	2,00 Goed	23,1%	25,1%	51,8%	100,0%
	3,00 Slecht	20,1%	29,4%	50,5%	100,0%
	4,00 Heel slecht	31,9%	27,5%	40,6%	100,0%
	Totaal	23,1%	27,1%	49,8%	100,0%
De tijd die de huisarts uittrekt om me te onderzoeken en me in te lichten over mijn gezondheid	1,00 Heel goed	3,8%	10,0%	86,2%	100,0%
	2,00 Goed	4,7%	13,7%	81,6%	100,0%
	3,00 Slecht	5,7%	17,5%	76,8%	100,0%
	4,00 Heel slecht	7,9%	15,8%	76,4%	100,0%
	Totaal	5,5%	14,2%	80,3%	100,0%

### 3.4.3 Tevredenheid naar leeftijd

Uit tabel 3.5 viel af te lezen dat naarmate men ouder is, de tevredenheid over de gezondheidszorg toeneemt. In tabel 3.7 wordt de tevredenheid per item uitgezet ten opzichte van leeftijd. Op vrijwel elk aspect van de gezondheidszorg blijken 65+-ers het meest tevreden, met uitzondering van de aanbod en de dienstverlening van rusthuizen. Zeker voor de dienstverlening in rusthuizen zijn ouderen negatiever dan jongeren. Dit komt waarschijnlijk doordat deze groep meer ervaringen heeft opgedaan met de dienstverlening vanwege ouders, vrienden en kennissen die gebruik maken van de diensten van rusthuizen.

Tabel 3.7: Verdeling tevredenheid van de Belgische bevolking over de gezondheidszorg naar leeftijd

		(Hele- maal) niet tevreden	Tussen beide	(Heel) tevreden	Totaal
Het bedrag dat men uit eigen zak moet betalen bij artsen, medicatie en zieken-huizen	1,00 18 tot 35 jaar	19,40%	39,10%	41,50%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	24,00%	34,70%	41,30%	100,00%
	3,00 65+ jaar	19,10%	35,40%	45,50%	100,00%
	Totaal	21,80%	36,10%	42,10%	100,00%
De wachttijden voor huisartsen	1,00 18 tot 35 jaar	17,80%	23,70%	58,60%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	13,50%	20,80%	65,60%	100,00%
	3,00 65+ jaar	8,50%	17,60%	73,90%	100,00%
	Totaal	13,80%	21,00%	65,10%	100,00%
De algemene omgang van uw huisartsen	1,00 18 tot 35 jaar	2,70%	11,10%	86,30%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	2,80%	10,90%	86,30%	100,00%
	3,00 65+ jaar	1,90%	9,40%	88,70%	100,00%
	Totaal	2,60%	10,70%	86,70%	100,00%
De wachttijden voor specialisten	1,00 18 tot 35 jaar	41,10%	32,10%	26,80%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	41,80%	31,40%	26,70%	100,00%
	3,00 65+ jaar	33,10%	38,30%	28,70%	100,00%
	Totaal	40,00%	32,90%	27,10%	100,00%
De tijd die specialisten voor u uittrekken bij een consultatie	1,00 18 tot 35 jaar	20,20%	31,40%	48,40%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	20,00%	31,20%	48,80%	100,00%
	3,00 65+ jaar	9,40%	36,70%	53,80%	100,00%
	Totaal	18,00%	32,30%	49,70%	100,00%
De keuze die u hebt wat betreft specialisten	1,00 18 tot 35 jaar	8,40%	24,90%	66,70%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	7,10%	19,60%	73,20%	100,00%
	3,00 65+ jaar	5,60%	14,60%	79,80%	100,00%
	Totaal	7,10%	20,10%	72,80%	100,00%
De nabijheid van ziekenhuizen	1,00 18 tot 35 jaar	2,60%	12,40%	85,10%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	4,00%	10,50%	85,60%	100,00%
	3,00 65+ jaar	1,40%	8,80%	89,90%	100,00%
	Totaal	3,10%	10,70%	86,20%	100,00%
Het aanbod van diensten in ziekenhuizen	1,00 18 tot 35 jaar	3,80%	19,70%	76,50%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	4,10%	16,00%	80,00%	100,00%
	3,00 65+ jaar	1,90%	13,80%	84,30%	100,00%
	Totaal	3,60%	16,50%	79,80%	100,00%
De wachttijden om bij de tandarts te gaan	1,00 18 tot 35 jaar	23,00%	21,30%	55,70%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	21,40%	22,10%	56,50%	100,00%
	3,00 65+ jaar	15,70%	19,00%	65,20%	100,00%
	Totaal	20,80%	21,30%	57,90%	100,00%
De informatieverstrekking in verband met de kostprijs van medische zorgen	1,00 18 tot 35 jaar	30,00%	44,80%	25,10%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	27,60%	42,40%	29,90%	100,00%
	3,00 65+ jaar	21,20%	39,10%	39,70%	100,00%
	Totaal	27,10%	42,40%	30,50%	100,00%
Het respect van behandelende artsen voor patiënten	1,00 18 tot 35 jaar	2,00%	18,10%	80,00%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	3,60%	17,80%	78,60%	100,00%
	3,00 65+ jaar	1,80%	12,90%	85,30%	100,00%
	Totaal	2,80%	17,00%	80,30%	100,00%
Het respect van ziekenhuispersoneel voor patiënten	1,00 18 tot 35 jaar	7,20%	25,40%	67,40%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	6,30%	27,10%	66,60%	100,00%
	3,00 65+ jaar	4,20%	23,60%	72,20%	100,00%
	Totaal	6,20%	26,00%	67,90%	100,00%

Tabel 3.7: Verdeling tevredenheid van de Belgische bevolking over de gezondheidszorg naar leeftijd (vervolg)

		(Hele- maal) niet tevreden	Tussen beide	(Heel) tevreden	Totaal
Het aanbod aan psychologische bijstand	1,00 18 tot 35 jaar	14,90%	39,50%	45,70%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	21,60%	35,20%	43,20%	100,00%
	3,00 65+ jaar	25,20%	20,30%	54,60%	100,00%
	Totaal	20,30%	34,00%	45,70%	100,00%
De kwaliteit van de gezondheidszorg in het algemeen	1,00 18 tot 35 jaar	3,50%	20,60%	75,90%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	3,20%	19,30%	77,50%	100,00%
	3,00 65+ jaar	2,80%	15,30%	81,90%	100,00%
	Totaal	3,30%	18,90%	77,80%	100,00%
De dienstverlening door thuisverple- ging	1,00 18 tot 35 jaar	8,90%	18,30%	72,80%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	3,00%	14,30%	82,80%	100,00%
	3,00 65+ jaar	2,50%	5,10%	92,40%	100,00%
	Totaal	4,30%	13,00%	82,70%	100,00%
De nabijheid van zorgverstrekkers zoals artsen, tandartsen of kinesio- therapeuten	1,00 18 tot 35 jaar	1,00%	17,10%	81,90%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	2,40%	11,40%	86,20%	100,00%
	3,00 65+ jaar	2,40%	9,30%	88,30%	100,00%
	Totaal	2,00%	12,60%	85,40%	100,00%
Het aanbod van rusthuizen	1,00 18 tot 35 jaar	27,10%	33,00%	39,90%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	26,80%	29,40%	43,90%	100,00%
	3,00 65+ jaar	23,50%	35,00%	41,60%	100,00%
	Totaal	26,10%	31,60%	42,30%	100,00%
De dienstverlening van rusthuizen	1,00 18 tot 35 jaar	26,70%	37,60%	35,80%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	25,60%	36,20%	38,30%	100,00%
	3,00 65+ jaar	30,30%	37,20%	32,50%	100,00%
	Totaal	26,90%	36,80%	36,30%	100,00%
De wachtdiensten van apothekers	1,00 18 tot 35 jaar	8,80%	20,80%	70,40%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	8,80%	22,50%	68,70%	100,00%
	3,00 65+ jaar	10,60%	16,00%	73,50%	100,00%
	Totaal	9,20%	20,80%	70,10%	100,00%
De wachtdiensten van huisartsen	1,00 18 tot 35 jaar	11,80%	26,90%	61,30%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	12,30%	28,90%	58,80%	100,00%
	3,00 65+ jaar	12,00%	24,90%	63,10%	100,00%
	Totaal	12,00%	27,60%	60,30%	100,00%
De spoedgevallendienst van het ziekenhuis	1,00 18 tot 35 jaar	26,60%	31,40%	42,00%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	23,60%	26,90%	49,40%	100,00%
	3,00 65+ jaar	15,90%	21,60%	62,50%	100,00%
	Totaal	23,00%	27,20%	49,80%	100,00%
De tijd die de huisarts uittrekt om me te onderzoeken en me in te lichten over mijn gezondheid	1,00 18 tot 35 jaar	7,50%	17,20%	75,30%	100,00%
	2,00 36 tot 65 jaar	5,30%	12,50%	82,20%	100,00%
	3,00 65+ jaar	3,60%	14,00%	82,60%	100,00%
	Totaal	5,50%	14,10%	80,30%	100,00%

Over verschillende andere aspecten zijn 65+-ers positiever dan de overige groepen. Dit is onder andere het geval over de wachttijden voor huisartsen. Van de jongste groep, de 18- tot 35-jarigen is 59% hierover tevreden, terwijl van de 65+-ers bijna 3 op 4 mensen hierover (heel) tevreden zijn. Hetzelfde patroon tekent zich onder andere af voor wat betreft de spoedgevallendienst van het ziekenhuis; 42% van de 18 tot 35-jarigen zijn daarover tevreden, vergeleken bij 63% van de 65-plussers.

Wat betreft de algemene omgang van huisartsen en de wachttijden voor specialisten, apothekers en huisartsen zijn de verschillen tussen de leeftijdsgroepen klein.

### 3.4.4 Tevredenheid met de informatieverstrekking

Uit tabel 3.6 blijkt dat de mate waarin mensen tevreden zijn met de verschillende soorten informatieverstrekking onderling heel sterk samen hangen, zodat een goede schaal kan worden geschat die weergeeft in welke mate mensen tevreden zijn met de informatie die zij krijgen van verschillende zorgverstrekkers onder verschillende omstandigheden.

Tabel 3.8: Factorladingen tevredenheid van de Belgische bevolking over de informatievoorziening in de gezondheidszorg

	Componentladingen
Informatie over ziekenhuisopname door de specialist	,746
Informatie over de kost van een behandeling door de specialist	,744
Informatie over ziekenhuisopname door het ziekenhuis	,724
Informatie over de kost van een behandeling door het ziekenhuis	,722
Informatie over ziekenhuisopname door de mutualiteit	,721
Informatie over ziekenhuisopname door de huisarts	,671
Informatie over de kost van een behandeling door de mutualiteit	,665
Informatie over de kost van een behandeling door de huisarts	,632
Informatie over gezondheidsproblemen door de specialist	,574
Informatie over gezondheidsproblemen door de huisarts	,527
Eigenwaarde	4,575
Cronbach's alpha	,902

De bovenstaande schaal is vervolgens gecontroleerd voor de gebruikelijke achtergrondvariabelen (zie tabel 3.9, model 1). Deze variabelen zijn slechts matig in staat om de variantie in de tevredenheid over de informatievoorziening te verklaren. Slechts 5% van de variantie kan worden verklaard. Dit duidt erop dat er weinig verschillen in de bevolking gevonden kunnen worden wat betreft de tevredenheid met de informatievoorziening. Wel blijkt dat oudere mensen een grotere mate van tevredenheid rapporteren dan jongeren ( $\beta=.13$ ) en blijken mensen met een grotere levenstevredenheid eveneens meer tevreden te zijn over de informatieverstrekking dan mensen die minder tevreden zijn met het leven ( $\beta=.10$ ). Wat dit laatste effect betreft is de richting van het oorzakelijke verband uiteraard onzeker. De overige effecten zijn eerder klein. Zo zijn laagopgeleiden iets tevredener dan hoogopgeleiden, zijn mensen met een negatief toekomstperspectief minder tevreden, zijn Franstaligen die aangeven veel media goed te vinden tevredener, net zoals mensen die ooit een vervanginkomen ontvingen.

Aan het uiteindelijke model is vervolgens de gerapporteerde toegankelijkheid van de gezondheidszorg toegevoegd (zie model 2). De effecten blijven min of meer gelijk. Mensen die echter een lagere toegankelijkheid van de gezondheidszorg rapporteren

blijken tevens minder tevreden te zijn over de informatievoorziening in de gezondheidszorg.

Tabel 3.9: Lineaire regressieanalyse naar de tevredenheid van de Belgische bevolking over de informatievoorziening in de gezondheidszorg

	Model 1		Model 2	
	B	Sig.	$\beta$	Sig.
(Constant)		***		***
Leeftijd	,126	***	,129	***
Opleiding	-,086	***	-,102	***
Negatief toekomstperspectief	-,083	***	-,061	**
Levenstevredenheid	,104	***	,089	***
Mediavorkeur Nederlandstaligen (populair)	,000	n.s.	,005	n.s.
Mediavorkeur Franstaligen (hoog mediagebruik)	,050	*	,053	*
°Ooit vervanginkomen ontvangen (ref.: nooit)	,045	*	,045	*
Toegankelijkheid van de gezondheidszorg			-,070	**
Adjusted R <sup>2</sup>	,051		,054	

<sup>a</sup> \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ ; n.s. = non significant

### 3.4.5 *Tevredenheid met informatieverstrekking naar leeftijd*

Er is slechts één wat belangrijker effect. Men is tevredener over de gekregen informatie naarmate men ouder is ( $\beta=0,13$ ). Hoewel ook dat effect niet echt sterk is, wordt in tabel 3.10 het verband tussen de leeftijd en de tevredenheid met de verschillende vormen van informatie gegeven. De onderscheiden leeftijdsgroepen zijn 18 t.e.m. 35, 36 tot 65 en 65+. Dan blijkt dat de tevredenheid steeds het laagst is bij de jongste en het hoogst bij de oudste groep. Waarschijnlijk verwachten jonge mensen veel meer informatie dan oudere mensen. Toch dient vastgesteld dat op twee uitzonderingen na de tevredenheid (tevreden + heel tevreden) bij de jongste groep ook altijd boven de 50% ligt. De uitzonderingen zijn informatie over de kost van een behandeling door de specialist (39% tevreden, 24% ontevreden) en informatie over de kost van een behandeling door het ziekenhuis (37% tevreden, 26% ontevreden).

Tabel 3.10: Verdeling tevredenheid van de Belgische bevolking over de informatievoorziening in de gezondheidszorg naar leeftijd

	(Hele- maal) niet tevreden	Tussen beide	(Heel) tevreden	Totaal

Info: gezondheidsproblemen door huisarts	1,00 18 tot 35 jaar	4,7%	15,5%	79,8%	100,0%
	2,00 36 tot 65 jaar	3,3%	13,8%	82,9%	100,0%
	3,00 65+ jaar	2,0%	10,6%	87,5%	100,0%
	Totaal	3,4%	13,6%	83,0%	100,0%
Info: gezondheidsproblemen door specialist	1,00 18 tot 35 jaar	4,2%	21,0%	74,8%	100,0%
	2,00 36 tot 65 jaar	6,5%	18,6%	74,9%	100,0%
	3,00 65+ jaar	5,1%	15,4%	79,4%	100,0%
	Totaal	5,6%	18,7%	75,7%	100,0%
Info: kost behandeling door huisarts	1,00 18 tot 35 jaar	13,7%	25,6%	60,7%	100,0%
	2,00 36 tot 65 jaar	9,4%	19,4%	71,1%	100,0%
	3,00 65+ jaar	5,2%	18,5%	76,2%	100,0%
	Totaal	9,8%	21,0%	69,2%	100,0%
Info: kost behandeling door specialist	1,00 18 tot 35 jaar	23,5%	37,7%	38,8%	100,0%
	2,00 36 tot 65 jaar	23,5%	32,7%	43,8%	100,0%
	3,00 65+ jaar	11,9%	31,2%	56,9%	100,0%
	Totaal	21,2%	33,8%	45,0%	100,0%
Info: kost behandeling door ziekenhuis	1,00 18 tot 35 jaar	25,9%	37,0%	37,0%	100,0%
	2,00 36 tot 65 jaar	26,8%	35,3%	38,0%	100,0%
	3,00 65+ jaar	16,1%	29,3%	54,6%	100,0%
	Totaal	24,5%	34,6%	40,9%	100,0%
Info: kost behandeling door mutualiteit	1,00 18 tot 35 jaar	15,4%	26,2%	58,4%	100,0%
	2,00 36 tot 65 jaar	11,2%	26,7%	62,2%	100,0%
	3,00 65+ jaar	5,2%	21,2%	73,6%	100,0%
	Totaal	11,1%	25,4%	63,4%	100,0%
Info: ziekenhuisopname door huisarts	1,00 18 tot 35 jaar	10,9%	25,5%	63,6%	100,0%
	2,00 36 tot 65 jaar	8,5%	18,9%	72,6%	100,0%
	3,00 65+ jaar	3,2%	19,7%	77,0%	100,0%
	Totaal	7,9%	20,7%	71,3%	100,0%
Info: ziekenhuisopname door specialist	1,00 18 tot 35 jaar	15,6%	23,5%	60,9%	100,0%
	2,00 36 tot 65 jaar	12,0%	28,6%	59,4%	100,0%
	3,00 65+ jaar	6,1%	21,5%	72,4%	100,0%
	Totaal	11,7%	25,8%	62,5%	100,0%
Info: ziekenhuisopname door ziekenhuis	1,00 18 tot 35 jaar	15,3%	29,6%	55,1%	100,0%
	2,00 36 tot 65 jaar	15,1%	28,8%	56,1%	100,0%
	3,00 65+ jaar	6,9%	22,8%	70,3%	100,0%
	Totaal	13,5%	27,7%	58,8%	100,0%
Info: ziekenhuisopname door mutualiteit	1,00 18 tot 35 jaar	14,5%	34,4%	51,1%	100,0%
	2,00 36 tot 65 jaar	10,6%	28,4%	61,0%	100,0%
	3,00 65+ jaar	6,0%	16,0%	78,0%	100,0%
	Totaal	10,6%	27,3%	62,1%	100,0%

### 3.4.6 Tevredenheid met informatieverstrekking naar opleiding

Tabel 3.11: Verdeling tevredenheid van de Belgische bevolking over de informatievoorziening in de gezondheidszorg naar opleidingsniveau

	(Helemaal) niet tevreden	Tussen beide	(Heel) tevreden	Totaal
--	-----------------------------	-----------------	--------------------	--------

Info: gezondheidsproblemen door huisarts	1,00 Laag	2,0%	11,9%	86,1%	100,0%
	2,00 Midden	4,2%	14,9%	80,9%	100,0%
	3,00 Hoog	4,3%	14,5%	81,2%	100,0%
	Totaal	3,5%	13,8%	82,8%	100,0%
Info: gezondheidsproblemen door specialist	1,00 Laag	5,1%	16,1%	78,9%	100,0%
	2,00 Midden	6,5%	21,7%	71,8%	100,0%
	3,00 Hoog	5,1%	18,7%	76,2%	100,0%
	Totaal	5,6%	19,0%	75,4%	100,0%
Info: kost behandeling door huisarts	1,00 Laag	7,4%	20,3%	72,3%	100,0%
	2,00 Midden	10,9%	22,4%	66,7%	100,0%
	3,00 Hoog	11,9%	19,9%	68,2%	100,0%
	Totaal	10,0%	20,9%	69,0%	100,0%
Info: kost behandeling door specialist	1,00 Laag	14,6%	31,5%	54,0%	100,0%
	2,00 Midden	23,2%	35,5%	41,3%	100,0%
	3,00 Hoog	25,8%	35,9%	38,4%	100,0%
	Totaal	21,2%	34,3%	44,5%	100,0%
Info: kost behandeling door ziekenhuis	1,00 Laag	17,8%	33,1%	49,1%	100,0%
	2,00 Midden	24,7%	38,1%	37,2%	100,0%
	3,00 Hoog	31,5%	33,2%	35,3%	100,0%
	Totaal	24,4%	35,0%	40,6%	100,0%
Info: kost behandeling door mutualiteit	1,00 Laag	8,0%	21,2%	70,9%	100,0%
	2,00 Midden	11,5%	28,7%	59,8%	100,0%
	3,00 Hoog	14,6%	27,1%	58,3%	100,0%
	Totaal	11,2%	25,6%	63,2%	100,0%
Info: ziekenhuisopname door huisarts	1,00 Laag	3,1%	19,8%	77,1%	100,0%
	2,00 Midden	10,4%	21,8%	67,8%	100,0%
	3,00 Hoog	9,9%	21,8%	68,4%	100,0%
	Totaal	7,7%	21,1%	71,3%	100,0%
Info: ziekenhuisopname door specialist	1,00 Laag	5,9%	28,1%	66,0%	100,0%
	2,00 Midden	15,5%	23,1%	61,4%	100,0%
	3,00 Hoog	13,3%	27,6%	59,2%	100,0%
	Totaal	11,6%	26,1%	62,3%	100,0%
Info: ziekenhuisopname door ziekenhuis	1,00 Laag	10,7%	26,8%	62,6%	100,0%
	2,00 Midden	16,9%	26,6%	56,5%	100,0%
	3,00 Hoog	12,8%	30,8%	56,5%	100,0%
	Totaal	13,6%	27,8%	58,5%	100,0%
Info: ziekenhuisopname door mutualiteit	1,00 Laag	6,5%	23,8%	69,7%	100,0%
	2,00 Midden	11,9%	28,2%	59,9%	100,0%
	3,00 Hoog	14,4%	31,9%	53,7%	100,0%
	Totaal	10,7%	27,7%	61,6%	100,0%

### 3.4.7 Negatieve ervaringen

Er is ook een sterke samenhang in de mate waarin mensen negatieve ervaringen opdoen in de gezondheidszorg. Daardoor kan ook een schaal worden gemaakt die meet hoe frequent mensen negatieve ervaringen opdoen (zie tabel 3.12).

Tabel 3.12: Principale componentenanalyse naar negatieve ervaringen met de gezondheidszorg

Hoe vaak is het voorgekomen dat u...	Componentladingen
onvoldoende informatie heeft gekregen van de specialist	,694
onvoldoende informatie heeft gekregen van uw huisarts	,652
onvoldoende informatie heeft gekregen bij een ziekenhuisopname	,651
onvoldoende op voorhand bent ingelicht over de kost van een behandeling of ingreep	,633

een onbegrijpelijke ziekenhuisfactuur heeft ontvangen	,620
het gevoel had dat uw huisarts te weinig aandacht en tijd aan u besteedde	,609
het gevoel had dat de specialist te veel en niet echt nodige onderzoeken voorschreef	,604
een ziekenhuisfactuur heeft gekregen die u onjuist leek	,600
of een lid van uw gezin of familie, onvoldoende is geholpen bij een ziekenhuisopname	,586
te veel moest betalen bij een specialist	,578
te lang moest wachten op een afspraak met een specialist	,540
het gevoel had dat uw arts geen onderzoeken liet doen terwijl die nodig of nuttig waren geweest	,533
het gevoel had dat uw arts uw geen geneesmiddelen wilde voorschrijven terwijl u er nodig had	,512
te lang moest wachten om een ingreep in een ziekenhuis te laten uitvoeren	,500
het gevoel had dat uw arts te gemakkelijk geneesmiddelen voorschreef	,485
geen arts kon raadplegen, terwijl u deze op het moment wel nodig had	,456
Eigenwaarde	5,419
Cronbach's Alpha	,889

Men kan verwachten dat de mate waarin men de zorg als toegankelijk ervaart een invloed heeft, niet alleen op de mate waarin men tevreden is met de gezondheidszorg, maar ook op de frequentie van negatieve ervaringen. De verschillende controlevariabelen verklaren 17% van de variatie in negatieve ervaringen (zie tabel 3.13).

Tabel 3.13: Lineaire regressieanalyse naar de negatieve ervaringen van de Belgische bevolking met de gezondheidszorg (N=2.148)

	Model 1		Model 2	
	$\beta$	Sig.	$\beta$	Sig.
(Constant)		n.s.		n.s.
°Man (ref.: vrouw)	-,087	***	-,082	***
°Franstalig (ref.: Nederlandstalig)	,127	***	,108	***
Slechte gezondheidspositie	,128	***	,103	***
Opleidingsniveau	,108	***	,145	***
Negatief toekomstperspectief	,159	***	,105	***
Levenstevredenheid	-,138	***	-,109	***
Laag internetgebruik	-,122	***	-,136	***
°Mantelzorg (ref.: geen mantelzorg)	,088	***	,079	***
Houding ten opzichte van de SZ	,057	**	,057	**
Ontoegankelijkheid van de gezondheidszorg			,184	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,143		,166	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significant

De belangrijkste invloed is ook hier die van de toegankelijkheid van de zorg ( $\beta$ =.18). Mensen die minder toegankelijkheid ervaren, hebben veel meer negatieve ervaringen met de gezondheidszorg. Ook mensen met een gebrekkige gezondheid hebben meer negatieve ervaringen, waarschijnlijk omdat zij frequenter contact hebben met de zorgverstrekkers. Een ander sterk effect is dat van de opleiding. Hoger opgeleiden rapporteren meer negatieve ervaringen. Waarschijnlijk zijn zij veeleisender en liggen hun verwachtingen hoger. Franstaligen hebben meer negatieve ervaringen dan Nederlandstaligen, mensen met een negatief toekomstbeeld en mantelzorgers hebben meer negatieve ervaringen. Mensen met een hoge mate van levenstevredenheid meer. Verder is er nog een vrij sterk effect van het internetgebruik. Mensen met een lage mate van gebruik hebben minder negatieve ervaringen, het is niet duidelijk hoe of waarom een

dergelijk effect tot stand komt. Het is niet uitgesloten dat negatieve ervaringen op het net worden uitgewisseld en dat dit bijdraagt tot de perceptie van ervaringen als negatief.

### 3.4.8 Toegankelijkheid en negatieve ervaringen

Uit de tabellen 3.13 (model 2) en 3.14 wordt duidelijk dat mensen die een lagere toegankelijkheid van de gezondheidszorg rapporteren meer negatieve ervaringen hebben meegemaakt. Voor verschillende items is het verschil groot te noemen. Zo zeggen mensen die een slechte toegankelijkheid ervaren ruim 5 keer vaker dan mensen die een heel goede toegankelijkheid ervaren, dat zij geen arts konden raadplegen terwijl zij dit wel nodig hadden. Hoewel dit cijfer hoog lijkt, dient dit gerelativeerd te worden: geen arts kunnen raadplegen is natuurlijk een vorm van ontoegankelijkheid. Dit verband is wat dat betreft enigszins tautologisch. Hetzelfde geldt voor items met “te lang moeten wachten” in de vraagstelling. Ook hier zien we grote verschillen terug op basis van toegankelijkheid.

Het is interessanter om de aandacht te vestigen op items waar dit minder het geval is. Zo blijkt dat ook negatieve ervaringen met informatievoorziening samenhangt met toegankelijkheid. Dit kan er op duiden dat ontoegankelijkheid niet alleen in fysieke zin kan worden opgevat, maar tevens als een informatiedrempel. Dit blijkt onder andere uit de grote procentuele verschillen op basis van toegankelijkheid waar het gaat om het meemaken van negatieve ervaringen zoals het ontvangen van een onbegrijpeleijke ziekenhuisfactuur, onvoldoende informatie ontvangen van een specialist en huisarts en bij een ziekenhuisopname. Voor elk van deze items geven mensen die een heel slechte toegankelijkheid ervaren 1,5 tot 2,4 keer vaker aan dat zij hiermee negatieve ervaringen hebben opgedaan, in vergelijking met mensen die een heel goede toegankelijkheid rapporteren.

Ook negatieve ervaringen zoals de arts die te weinig tijd uittrekt voor een patiënt, het ontvangen van een onjuiste ziekenhuisfactuur, te veel betalen voor een specialist en het onvoldoende geholpen worden in een ziekenhuis, komt vaker voor bij mensen die een lage toegankelijkheid rapporteren.

Tabel 3.14: Negatieve ervaringen van de Belgische bevolking met de gezondheidszorg naar de ervaren toegankelijkheid van de gezondheidszorg

		Nooit en zelden	Af en toe en frequent	Totaal
geen arts kon raadplegen, terwijl u deze op het moment wel nodig had	1,00 Heel goed	93,6%	6,4%	100,0%
	2,00 Goed	88,9%	11,1%	100,0%

	3,00 Slecht	85,4%	14,6%	100,0%
	4,00 Heel slecht	66,5%	33,5%	100,0%
	Totaal	83,7%	16,3%	100,0%
te lang moest wachten op een afspraak met een specialist	1,00 Heel goed	61,6%	38,4%	100,0%
	2,00 Goed	48,6%	51,4%	100,0%
	3,00 Slecht	42,7%	57,3%	100,0%
	4,00 Heel slecht	30,9%	69,1%	100,0%
	Totaal	45,8%	54,2%	100,0%
te lang moest wachten om een ingreep in een ziekenhuis te laten uitvoeren	1,00 Heel goed	94,9%	5,1%	100,0%
	2,00 Goed	88,1%	11,9%	100,0%
	3,00 Slecht	83,3%	16,7%	100,0%
	4,00 Heel slecht	74,6%	25,4%	100,0%
	Totaal	85,0%	15,0%	100,0%
onvoldoende informatie heeft gekregen bij een ziekenhuisopname	1,00 Heel goed	83,5%	16,5%	100,0%
	2,00 Goed	73,5%	26,5%	100,0%
	3,00 Slecht	77,2%	22,8%	100,0%
	4,00 Heel slecht	59,6%	40,4%	100,0%
	Totaal	73,2%	26,8%	100,0%
het gevoel had dat uw huisarts te weinig aandacht en tijd aan u besteedde	1,00 Heel goed	86,7%	13,3%	100,0%
	2,00 Goed	82,6%	17,4%	100,0%
	3,00 Slecht	75,7%	24,3%	100,0%
	4,00 Heel slecht	74,4%	25,6%	100,0%
	Totaal	79,9%	20,1%	100,0%
het gevoel had dat de specialist te veel en niet echt nodige onderzoeken voorschreef	1,00 Heel goed	81,9%	18,1%	100,0%
	2,00 Goed	79,4%	20,6%	100,0%
	3,00 Slecht	76,3%	23,7%	100,0%
	4,00 Heel slecht	71,1%	28,9%	100,0%
	Totaal	77,2%	22,8%	100,0%
onvoldoende informatie heeft gekregen van uw huisarts	1,00 Heel goed	87,8%	12,2%	100,0%
	2,00 Goed	88,0%	12,0%	100,0%
	3,00 Slecht	83,3%	16,7%	100,0%
	4,00 Heel slecht	78,8%	21,2%	100,0%
	Totaal	84,6%	15,4%	100,0%
het gevoel had dat uw arts te gemakkelijk geneesmiddelen voorschreef	1,00 Heel goed	83,5%	16,5%	100,0%
	2,00 Goed	81,6%	18,4%	100,0%
	3,00 Slecht	82,6%	17,4%	100,0%
	4,00 Heel slecht	81,3%	18,7%	100,0%
	Totaal	82,3%	17,7%	100,0%
het gevoel had dat uw arts uw geen geneesmiddelen wilde voorschrijven terwijl u er nodig had	1,00 Heel goed	94,9%	5,1%	100,0%
	2,00 Goed	95,6%	4,4%	100,0%
	3,00 Slecht	93,1%	6,9%	100,0%
	4,00 Heel slecht	90,2%	9,8%	100,0%
	Totaal	93,5%	6,5%	100,0%
het gevoel had dat uw arts geen onderzoeken liet doen terwijl die nodig of nuttig waren geweest	1,00 Heel goed	94,4%	5,6%	100,0%
	2,00 Goed	92,7%	7,3%	100,0%
	3,00 Slecht	90,5%	9,5%	100,0%
	4,00 Heel slecht	84,2%	15,8%	100,0%
	Totaal	90,5%	9,5%	100,0%

Tabel 3.14: Negatieve ervaringen van de Belgische bevolking met de gezondheidszorg naar de ervaren toegankelijkheid van de gezondheidszorg (vervolg)

	Nooit en zelden	Af en toe en frequent	Totaal
--	-----------------	-----------------------	--------

onvoldoende informatie heeft gekregen van de specialist	1,00 Heel goed	83,0%	17,0%	100,0%
	2,00 Goed	74,9%	25,1%	100,0%
	3,00 Slecht	76,4%	23,6%	100,0%
	4,00 Heel slecht	71,1%	28,9%	100,0%
	Totaal	76,4%	23,6%	100,0%
een onbegrijpelijke ziekenhuisfactuur heeft ontvangen	1,00 Heel goed	66,5%	33,5%	100,0%
	2,00 Goed	63,1%	36,9%	100,0%
	3,00 Slecht	64,0%	36,0%	100,0%
	4,00 Heel slecht	49,0%	51,0%	100,0%
	Totaal	60,5%	39,5%	100,0%
een ziekenhuisfactuur heeft gekregen die u onjuist leek	1,00 Heel goed	85,7%	14,3%	100,0%
	2,00 Goed	79,2%	20,8%	100,0%
	3,00 Slecht	77,3%	22,7%	100,0%
	4,00 Heel slecht	65,7%	34,3%	100,0%
	Totaal	76,9%	23,1%	100,0%
onvoldoende op voorhand bent ingelicht over de kost van een behandeling of ingreep	1,00 Heel goed	60,2%	39,8%	100,0%
	2,00 Goed	54,3%	45,7%	100,0%
	3,00 Slecht	59,9%	40,1%	100,0%
	4,00 Heel slecht	48,7%	51,3%	100,0%
	Totaal	55,8%	44,2%	100,0%
te veel moest betalen bij een specialist	1,00 Heel goed	67,2%	32,8%	100,0%
	2,00 Goed	62,1%	37,9%	100,0%
	3,00 Slecht	57,8%	42,2%	100,0%
	4,00 Heel slecht	47,2%	52,8%	100,0%
	Totaal	58,6%	41,4%	100,0%
of een lid van uw gezin of familie, onvoldoende is geholpen bij een ziekenhuisopname	1,00 Heel goed	80,7%	19,3%	100,0%
	2,00 Goed	72,4%	27,6%	100,0%
	3,00 Slecht	76,8%	23,2%	100,0%
	4,00 Heel slecht	64,0%	36,0%	100,0%
	Totaal	73,5%	26,5%	100,0%

### 3.4.9 Toekomstbeeld en negatieve ervaringen

Mensen met een negatief toekomstbeeld, mensen in een kwetsbare situatie, hebben veel meer negatieve ervaringen dan mensen met een positief toekomstbeeld (zie tabel 3.15). Voor een aantal ervaringen zijn de verschillen bijzonder groot tussen het kwartiel met het meest positieve en het kwartiel met het meest negatieve toekomstbeeld. Dat geldt onder meer voor het te lang moeten wachten op een afspraak met een specialist, te lang moeten wachten om een ingreep in een ziekenhuis te kunnen laten uitvoeren (dit ervoer 7% van de personen met een positief toekomstbeeld en 23% van het kwartiel met het meest negatieve toekomstbeeld), het krijgen van onvoldoende informatie, het krijgen van een ziekenhuisfactuur die onjuist lijkt.

Tabel 3.15: Verdeling negatieve ervaringen van de Belgische bevolking met de gezondheidszorg naar toekomstperspectief

Hoe vaak is het voorgekomen dat u...	Nooit en zelden	Af en toe en frequent	Totaal
--------------------------------------	-----------------	-----------------------	--------

geen arts kon raadplegen, terwijl u deze op het moment wel nodig had	1,00 Heel positief	91,0%	9,0%	100,0%
	2,00 Positief	88,9%	11,1%	100,0%
	3,00 Negatief	83,5%	16,5%	100,0%
	4,00 Heel negatief	73,1%	26,9%	100,0%
	Totaal	84,2%	15,8%	100,0%
te lang moest wachten op een afspraak met een specialist	1,00 Heel positief	58,1%	41,9%	100,0%
	2,00 Positief	51,9%	48,1%	100,0%
	3,00 Negatief	38,9%	61,1%	100,0%
	4,00 Heel negatief	33,7%	66,3%	100,0%
	Totaal	45,7%	54,3%	100,0%
te lang moest wachten om een ingreep in een ziekenhuis te laten uitvoeren	1,00 Heel positief	92,8%	7,2%	100,0%
	2,00 Positief	88,3%	11,7%	100,0%
	3,00 Negatief	80,8%	19,2%	100,0%
	4,00 Heel negatief	76,8%	23,2%	100,0%
	Totaal	84,7%	15,3%	100,0%
onvoldoende informatie heeft gekregen bij een ziekenhuisopname	1,00 Heel positief	77,2%	22,8%	100,0%
	2,00 Positief	75,9%	24,1%	100,0%
	3,00 Negatief	73,0%	27,0%	100,0%
	4,00 Heel negatief	60,5%	39,5%	100,0%
	Totaal	71,6%	28,4%	100,0%
het gevoel had dat uw huisarts te weinig aandacht en tijd aan u besteedde	1,00 Heel positief	84,1%	15,9%	100,0%
	2,00 Positief	85,4%	14,6%	100,0%
	3,00 Negatief	79,8%	20,2%	100,0%
	4,00 Heel negatief	69,8%	30,2%	100,0%
	Totaal	79,8%	20,2%	100,0%
het gevoel had dat de specialist te veel en niet echt nodige onderzoeken voorschreef	1,00 Heel positief	80,1%	19,9%	100,0%
	2,00 Positief	75,9%	24,1%	100,0%
	3,00 Negatief	80,1%	19,9%	100,0%
	4,00 Heel negatief	71,1%	28,9%	100,0%
	Totaal	76,8%	23,2%	100,0%
onvoldoende informatie heeft gekregen van uw huisarts	1,00 Heel positief	87,1%	12,9%	100,0%
	2,00 Positief	88,2%	11,8%	100,0%
	3,00 Negatief	82,7%	17,3%	100,0%
	4,00 Heel negatief	80,3%	19,7%	100,0%
	Totaal	84,6%	15,4%	100,0%
het gevoel had dat uw arts te gemakkelijk geneesmiddelen voorschreef	1,00 Heel positief	81,4%	18,6%	100,0%
	2,00 Positief	84,6%	15,4%	100,0%
	3,00 Negatief	79,1%	20,9%	100,0%
	4,00 Heel negatief	78,0%	22,0%	100,0%
	Totaal	80,8%	19,2%	100,0%
het gevoel had dat uw arts uw geen geneesmiddelen wilde voorschrijven terwijl u er nodig had	1,00 Heel positief	95,8%	4,2%	100,0%
	2,00 Positief	92,7%	7,3%	100,0%
	3,00 Negatief	92,8%	7,2%	100,0%
	4,00 Heel negatief	92,2%	7,8%	100,0%
	Totaal	93,4%	6,6%	100,0%
het gevoel had dat uw arts geen onderzoeken liet doen terwijl die nodig of nuttig waren geweest	1,00 Heel positief	93,4%	6,6%	100,0%
	2,00 Positief	92,9%	7,1%	100,0%
	3,00 Negatief	88,6%	11,4%	100,0%
	4,00 Heel negatief	85,6%	14,4%	100,0%
	Totaal	90,1%	9,9%	100,0%
onvoldoende informatie heeft gekregen van de specialist	1,00 Heel positief	83,5%	16,5%	100,0%
	2,00 Positief	74,7%	25,3%	100,0%
	3,00 Negatief	76,0%	24,0%	100,0%
	4,00 Heel negatief	67,6%	32,4%	100,0%
	Totaal	75,5%	24,5%	100,0%

Tabel 3.15: Verdeling negatieve ervaringen van de Belgische bevolking met de gezondheidszorg naar toekomstperspectief (vervolg)

Hoe vaak is het voorgekomen dat u...	Nooit en zelden	Af en toe en frequent	Totaal
--------------------------------------	-----------------	-----------------------	--------

onvoldoende informatie heeft gekregen van de specialist	1,00 Heel positief	70,0%	30,0%	100,0%
	2,00 Positief	60,2%	39,8%	100,0%
	3,00 Negatief	57,0%	43,0%	100,0%
	4,00 Heel negatief	49,4%	50,6%	100,0%
	Totaal	59,1%	40,9%	100,0%
een ziekenhuisfactuur heeft gekregen die u onjuist leek	1,00 Heel positief	86,5%	13,5%	100,0%
	2,00 Positief	80,2%	19,8%	100,0%
	3,00 Negatief	71,9%	28,1%	100,0%
	4,00 Heel negatief	67,1%	32,9%	100,0%
	Totaal	76,5%	23,5%	100,0%
onvoldoende op voorhand bent ingelicht over de kost van een behandeling of ingreep	1,00 Heel positief	60,8%	39,2%	100,0%
	2,00 Positief	58,3%	41,7%	100,0%
	3,00 Negatief	52,7%	47,3%	100,0%
	4,00 Heel negatief	42,4%	57,6%	100,0%
	Totaal	53,5%	46,5%	100,0%
te veel moest betalen bij de huisarts	1,00 Heel positief	89,6%	10,4%	100,0%
	2,00 Positief	90,0%	10,0%	100,0%
	3,00 Negatief	84,8%	15,2%	100,0%
	4,00 Heel negatief	79,6%	20,4%	100,0%
	Totaal	86,0%	14,0%	100,0%
te veel moest betalen bij een specialist	1,00 Heel positief	68,1%	31,9%	100,0%
	2,00 Positief	62,4%	37,6%	100,0%
	3,00 Negatief	56,7%	43,3%	100,0%
	4,00 Heel negatief	44,9%	55,1%	100,0%
	Totaal	58,0%	42,0%	100,0%
of een lid van uw gezin of familie, onvoldoende is geholpen bij een ziekenhuisopname	1,00 Heel positief	77,7%	22,3%	100,0%
	2,00 Positief	76,8%	23,2%	100,0%
	3,00 Negatief	73,5%	26,5%	100,0%
	4,00 Heel negatief	60,5%	39,5%	100,0%
	Totaal	72,1%	27,9%	100,0%

#### 3.4.10 De gezondheidstoestand en negatieve ervaringen

Mensen die minder gezond zijn hebben frequenter negatieve ervaringen met de gezondheidszorg. In tabel 3.16 wordt dat weergegeven door de 20% gezondste met de 20% minst gezonde mensen te vergelijken. Het verband tussen de gezondheid en de frequentie van negatieve ervaringen kan uiteraard een gevolg zijn van het gegeven dat zieke mensen de gezondheidsdiensten frequenter gebruiken en daarom ook meer kans hebben negatieve ervaringen op te doen. De mate waarin de 20% minst gezonde mensen negatieve ervaringen rapporteert, kan worden beschouwd als een weergave van de ervaring van intense gebruikers van het gezondheidssysteem. Zestig procent van hen verklaart dat het al "af en toe" of "frequent" is gebeurd dat zij geen arts konden raadplegen als dat nodig was, 36% dat ze te lang hebben moeten wachten om een ingreep in een ziekenhuis te laten uitvoeren, 34% dat ze te weinig informatie hebben gekregen van hun huisarts, 46% dat ze te weinig informatie hebben gekregen van een specialist, 50% dat zij een verkeerde ziekenhuisfactuur hebben gekregen, 46% dat te veel hebben betaald bij de huisarts. De incidentie van negatieve ervaringen ligt bij deze groep dus hoog.

Tabel 3.16: Verdeling negatieve ervaringen van de Belgische bevolking met de gezondheidszorg naar gezondheidspositie

Hoe vaak is het voorgekomen dat u...		Nooit en zelden	Af en toe en Frequent	Totaal
geen arts kon raadplegen, terwijl u deze op het moment wel nodig had	1,00 Heel gezond	53,1%	46,9%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	40,3%	59,7%	100,0%
	Totaal	46,4%	53,6%	100,0%
te lang moest wachten op een afspraak met een specialist	1,00 Heel gezond	90,2%	9,8%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	79,8%	20,2%	100,0%
	Totaal	85,0%	15,0%	100,0%
te lang moest wachten om een ingreep in een ziekenhuis te laten uitvoeren	1,00 Heel gezond	80,3%	19,7%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	63,9%	36,1%	100,0%
	Totaal	72,4%	27,6%	100,0%
het gevoel had dat uw huisarts te weinig aandacht en tijd aan u besteedde	1,00 Heel gezond	84,5%	15,5%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	72,3%	27,7%	100,0%
	Totaal	79,4%	20,6%	100,0%
het gevoel had dat uw huisarts te weinig aandacht en tijd aan u besteedde	1,00 Heel gezond	80,1%	19,9%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	72,9%	27,1%	100,0%
	Totaal	77,3%	22,7%	100,0%
onvoldoende informatie heeft gekregen van uw huisarts	1,00 Heel gezond	89,2%	10,8%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	77,5%	22,5%	100,0%
	Totaal	84,6%	15,4%	100,0%
het gevoel had dat uw arts te gemakkelijk geneesmiddelen voorschreef	1,00 Heel gezond	78,5%	21,5%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	80,5%	19,5%	100,0%
	Totaal	82,1%	17,9%	100,0%
het gevoel had dat uw arts uw geen geneesmiddelen wilde voorschrijven terwijl u er nodig had	1,00 Heel gezond	96,1%	3,9%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	88,2%	11,8%	100,0%
	Totaal	92,5%	7,5%	100,0%
het gevoel had dat uw arts geen onderzoeken liet doen terwijl die nodig of nuttig waren geweest	1,00 Heel gezond	93,6%	6,4%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	82,0%	18,0%	100,0%
	Totaal	89,6%	10,4%	100,0%
onvoldoende informatie heeft gekregen van de huisarts	1,00 Heel gezond	85,8%	14,2%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	66,0%	34,0%	100,0%
	Totaal	74,7%	25,3%	100,0%
onvoldoende informatie heeft gekregen van de specialist	1,00 Heel gezond	68,8%	31,3%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	53,7%	46,3%	100,0%
	Totaal	59,9%	40,1%	100,0%
een ziekenhuisfactuur heeft gekregen die u onjuist leek	1,00 Heel gezond	83,9%	16,1%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	69,2%	30,8%	100,0%
	Totaal	76,5%	23,5%	100,0%
een ziekenhuisfactuur heeft gekregen die u onjuist leek	1,00 Heel gezond	64,4%	35,6%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	50,5%	49,5%	100,0%
	Totaal	54,2%	45,8%	100,0%
te veel moest betalen bij de huisarts	1,00 Heel gezond	88,1%	11,9%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	83,8%	16,2%	100,0%
	Totaal	86,1%	13,9%	100,0%
te veel moest betalen bij de specialist	1,00 Heel gezond	65,9%	34,1%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	53,4%	46,6%	100,0%
	Totaal	57,8%	42,2%	100,0%
of een lid van uw gezin of familie, onvoldoende is geholpen bij een ziekenhuisopname	1,00 Heel gezond	78,9%	21,1%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	66,8%	33,2%	100,0%
	Totaal	72,6%	27,4%	100,0%

### 3.4.11 Negatieve ervaringen in de twee taalgemeenschappen

Er tekenen zich ook betrekkelijk grote verschillen af tussen de taalgemeenschappen. Franstaligen hebben meer negatieve ervaringen met de gezondheidszorg dan

Nederlandstaligen (zie tabel 3.17). De verschillen zijn vrij groot voor onder meer: het geen arts kunnen raadplegen terwijl die op dat moment wel nodig was (9% van de Nederlandstaligen ervaren dat af en toe of frequent, vergeleken bij 16% van de Franstaligen), te lang moeten wachten op een afspraak met een specialist (44 versus 54%), het gevoel dat de huisarts te weinig aandacht aan je besteedt (16 versus 20%), een onbegrijpelijke ziekenhuisfactuur ontvangen (32 versus 40%), een ziekenhuisfactuur gekregen die onjuist leek (16 versus 23%), te veel moeten betalen bij de huisarts (8 versus 14%).

Tabel 3.17: Verdeling negatieve ervaringen van de Belgische bevolking met de gezondheidszorg naar taalgemeenschap

Hoe vaak is het voorgekomen dat u...		Nooit en zelden	Af en toe en Frequent	Totaal
geen arts kon raadplegen, terwijl u deze op het moment wel nodig had	,00 Nederlandstalig	91,3%	8,7%	100,0%
	1,00 Franstalig	73,6%	26,4%	100,0%
	Totaal	83,7%	16,3%	100,0%
te lang moest wachten op een afspraak met een specialist	,00 Nederlandstalig	55,7%	44,3%	100,0%
	1,00 Franstalig	33,2%	66,8%	100,0%
	Totaal	45,9%	54,1%	100,0%
te lang moest wachten om een ingreep in een ziekenhuis te laten uitvoeren	,00 Nederlandstalig	86,2%	13,8%	100,0%
	1,00 Franstalig	83,1%	16,9%	100,0%
	Totaal	84,9%	15,1%	100,0%
onvoldoende informatie heeft gekregen bij een ziekenhuisopname	,00 Nederlandstalig	77,5%	22,5%	100,0%
	1,00 Franstalig	67,1%	32,9%	100,0%
	Totaal	73,2%	26,8%	100,0%
het gevoel had dat uw huisarts te weinig aandacht en tijd aan u besteedde	,00 Nederlandstalig	83,9%	16,1%	100,0%
	1,00 Franstalig	74,5%	25,5%	100,0%
	Totaal	79,9%	20,1%	100,0%
het gevoel had dat de specialist te veel en niet echt nodige onderzoeken voorschreef	,00 Nederlandstalig	80,4%	19,6%	100,0%
	1,00 Franstalig	73,1%	26,9%	100,0%
	Totaal	77,2%	22,8%	100,0%
het gevoel had dat de specialist te veel en niet echt nodige onderzoeken voorschreef	,00 Nederlandstalig	88,1%	11,9%	100,0%
	1,00 Franstalig	79,8%	20,2%	100,0%
	Totaal	84,6%	15,4%	100,0%
het gevoel had dat uw arts te gemakkelijk geneesmiddelen voorschreef	,00 Nederlandstalig	85,4%	14,6%	100,0%
	1,00 Franstalig	78,2%	21,8%	100,0%
	Totaal	82,3%	17,7%	100,0%
het gevoel had dat uw arts uw geen geneesmiddelen wilde voorschrijven terwijl u er nodig had	,00 Nederlandstalig	95,3%	4,7%	100,0%
	1,00 Franstalig	91,2%	8,8%	100,0%
	Totaal	93,5%	6,5%	100,0%
het gevoel had dat uw arts geen onderzoeken liet doen terwijl die nodig of nuttig waren geweest	,00 Nederlandstalig	91,6%	8,4%	100,0%
	1,00 Franstalig	89,0%	11,0%	100,0%
	Totaal	90,5%	9,5%	100,0%
onvoldoende informatie heeft gekregen van de specialist	,00 Nederlandstalig	79,7%	20,3%	100,0%
	1,00 Franstalig	72,2%	27,8%	100,0%
	Totaal	76,5%	23,5%	100,0%

Tabel 3.17: Verdeling negatieve ervaringen van de Belgische bevolking met de gezondheidszorg naar taalgemeenschap (vervolg)

Hoe vaak is het voorgekomen dat u...		Nooit en zelden	Af en toe en Frequent	Totaal
--------------------------------------	--	-----------------	-----------------------	--------

een onbegrijpelijke ziekenhuisfactuur heeft ontvangen	,00 Nederlandstalig	68,4%	31,6%	100,0%
	1,00 Franstalig	49,9%	50,1%	100,0%
	Totaal	60,5%	39,5%	100,0%
een ziekenhuisfactuur heeft gekregen die u onjuist leek	,00 Nederlandstalig	84,5%	15,5%	100,0%
	1,00 Franstalig	66,2%	33,8%	100,0%
	Totaal	76,9%	23,1%	100,0%
onvoldoende op voorhand bent ingelicht over de kost van een behandeling of ingreep	,00 Nederlandstalig	60,8%	39,2%	100,0%
	1,00 Franstalig	48,4%	51,6%	100,0%
	Totaal	55,7%	44,3%	100,0%
te veel moest betalen bij de huisarts	,00 Nederlandstalig	92,4%	7,6%	100,0%
	1,00 Franstalig	78,5%	21,5%	100,0%
	Totaal	86,5%	13,5%	100,0%
te veel moest betalen bij een specialist	,00 Nederlandstalig	68,1%	31,9%	100,0%
	1,00 Franstalig	46,2%	53,8%	100,0%
	Totaal	58,6%	41,4%	100,0%
te veel moest betalen bij een specialist	,00 Nederlandstalig	76,7%	23,3%	100,0%
	1,00 Franstalig	68,9%	31,1%	100,0%
	Totaal	73,5%	26,5%	100,0%

### 3.5 Besluit

De tevredenheid met de gezondheidszorg werd heel gedetailleerd gemeten. In het totaal werden 48 vragen gesteld om naar de tevredenheid met de gezondheidszorg te peilen, 31 die de graad van tevredenheid meten en 17 die informeren naar negatieve ervaringen. De antwoorden op 34 van die 48 vragen wijzen op een grote tot overweldigende mate van tevredenheid. Dus ook als men tevredenheid met de gezondheidszorg niet in het algemeen bevraagt, maar in detail peilt naar verschillende aspecten en ervaringen, blijkt de mate van tevredenheid heel hoog te liggen. Deze wijze van bevraging brengt echter ook een aantal pijn- en aandachtspunten aan het licht. Aspecten waar de mensen minder tevreden over zijn of negatieve ervaringen die al te frequent voorkomen.

- Het bedrag dat men uit eigen zak moet betalen voor gezondheidszorgen en dat voor velen te hoog is (zie ook hoofdstuk 2, Toegankelijkheid).
- Het aanbod aan en de dienstverlening in de rusthuizen.
- Wat de ziekenhuizen betreft:
  - o onvoldoende informatie over de kost van een opname,
  - o onvoldoende hulp bij een opname, onvoldoende informatie over verloop van de opname,
  - o onbegrijpelijke ziekenhuisfactuur en frequent het gevoel dat de ziekenhuisfactuur niet juist is.
- Wat de specialisten betreft:
  - o te lange wachtrijen,
  - o het gevoel dat de specialist overbodige onderzoeken voorschrijft,

- o het gevoel dat men bij de specialist te veel moet betalen.

De ervaren toegankelijkheid heeft een grote invloed op de tevredenheid. Mensen die een gebrek aan toegankelijkheid ervaren zijn minder tevreden over de algemene aanpak in de gezondheidszorg, over de informatie die zij krijgen en zij doen meer negatieve ervaringen op. Negatieve ervaringen worden ook frequenter gerapporteerd door mensen met een hoge opleiding en hoog internetgebruik. Waarschijnlijk gaat het om mensen die veeleisender zijn of gemakkelijker negatieve ervaringen online uitwisselen. Franstaligen rapporteren ook merkkelijk meer negatieve ervaringen dan Nederlandstaligen. Opvallend is ook dat mensen die minder gezond zijn, dus meer aangewezen op het gebruik van de gezondheidsdiensten, veel meer negatieve ervaringen rapporteren. Van de twintig procent respondenten die de meeste gezondheidsproblemen rapporteren, verklaart 60% dat het hen al "af en toe" of "frequent" is overkomen dat zij geen arts konden raadplegen als dat nodig was, 36% dat ze te lang hebben moeten wachten om een ingreep in een ziekenhuis te laten uitvoeren, 34% dat ze te weinig informatie hebben gekregen van hun huisarts, 46% dat ze te weinig informatie hebben gekregen van een specialist, 50% dat zij een verkeerde ziekenhuisfactuur hebben gekregen en 46% dat te veel hebben betaald bij de huisarts.

## 4 Hoofdstuk 4, De stijgende kosten van de gezondheidszorg beheersen

### 4.1 Oorzaken van de stijgende kost van gezondheidszorg

Aan de respondenten werden 14 mogelijke oorzaken van de stijgende kost van de gezondheidszorg voorgelegd (zie tabel 4.1). De voorstelling die mensen daarvan hebben is vrij realistisch. De oorzaken die het vaakst belangrijk of heel belangrijk worden geacht zijn de stijgende kost van medicamenten en behandelingen (door 60% belangrijk geacht), het feit dat we betere medische zorg krijgen dan vroeger, maar daardoor ook duurdere zorg (51% acht dat een belangrijke oorzaak, 10% een onbelangrijke oorzaak), en de vergrijzing (belangrijk geacht door 58% en onbelangrijk geacht door 10%). Als heel belangrijke oorzaak worden ook de hoge winsten van de medische industrie genoemd (61% belangrijk, 9% onbelangrijk).

Tabel 4.1: Oorzaken stijging kosten (in %) in de gezondheidszorg volgens de Belgische bevolking (N=2.024)

	(Hele- maal) geen oorzaak	Mis- schien oorzaak	(Heel) belang- rijke oorzaak	Belang- rijk/ geen oorzaak
De medicamenten en de behandelingen worden steeds duurder	8,6	31,3	60,2	7,0
De medische industrie maakt te hoge winsten	9,2	29,9	60,9	6,6
De vergrijzing: er zijn steeds meer oude, zieke en zorgbehoevende mensen	10,2	32,0	57,8	5,6
We krijgen betere medische zorg dan vroeger en dat kost ook meer	10,3	38,7	50,9	4,9
Er worden te veel medicamenten voorgeschreven	13,9	46,1	40,0	2,8
Veel immigranten misbruiken de ziekteverzekering	21,7	29,8	48,5	2,2
Door de vervuiling worden meer mensen ziek	19,2	44,4	36,3	1,9
De salarissen van artsen, specialisten en ziekenhuispersoneel zijn te hoog	22,9	38,2	39,0	1,7
Er is veel verspilling in ziekenhuizen	20,9	50,2	28,9	1,4
Er worden te veel tests gedaan	22,4	49,0	28,6	1,3
De mutualiteiten houden onvoldoende controle op de uitgaven in de ziekteverzekering	21,6	53,4	24,9	1,2
Dure en ingewikkelde behandelingen gebeuren nu in heel veel ziekenhuizen terwijl ze enkel zouden moeten gebeuren in een kleiner aantal ziekenhuizen die over voldoende ervaring beschikken	28,5	47,6	24,0	0,8
Mensen betalen zelf te weinig en gaan te snel naar de dokter	34,9	44,4	20,7	0,6
Er zijn te veel ziekenhuizen	65,5	28,1	6,4	0,1

Een tweede groep qua belangrijkheid van de verklaringskracht, wordt gevormd door oorzaken die belangrijk worden geacht door meer dan twee keer het aantal mensen dat ze onbelangrijk acht. Dat geldt voor de stelling dat de kosten worden opgedreven omdat te veel medicamenten worden voorgeschreven (40% belangrijk en 14% onbelangrijk) en de stelling dat veel migranten misbruik maken van de ziekteverzekering (49% belangrijk en 22% onbelangrijk).

Voor een aantal oorzaken zijn er nog nipt meer mensen die ze belangrijk dan onbelangrijk achten. Dat geldt voor de stelling dat door de vervuiling meer mensen ziek worden, dat de salarissen van het medisch personeel te hoog zijn, dat er veel verspilling is in ziekenhuizen, dat er te veel tests worden gedaan en dat de mutualiteiten onvoldoende controle houden op de uitgaven in de ziekteverzekering. Met deze laatste stelling gaat 25% akkoord en 22% niet akkoord.

De andere oorzaken worden door meer mensen onbelangrijk dan belangrijk geacht. Het gaat om de stelling dat te veel dure test en behandelingen nu in te veel ziekenhuizen worden gedaan, dat het remgeld te laag is en dat er te veel ziekenhuizen zijn. Met die laatste stelling gaat 6% akkoord en 66% niet akkoord.

#### 4.1.1 Verklaringsmodellen voor de stijgende kosten

Uit een principale componentenanalyse blijkt dat de 14 voorgelegde oorzaken eigenlijk uiteenvallen in drie componenten of dimensies (zie tabel 4.2). De eerste component gaat over een gebrek aan rationaliteit of over, als men wil, ontoereikende rationalisering. Daartoe behoren stellingen als: er worden te veel test gedaan, het remgeld is te laag, er worden te veel medicamenten voorgeschreven, dure en ingewikkelde behandelingen gebeuren in te veel ziekenhuizen en er zijn te veel ziekenhuizen. We noemen deze component "gebrek aan rationalisering".

Tabel 4.2: Principale componentenanalyse naar de grootste oorzaken van de kostenstijging in de gezondheidszorg

	Gebrek rationa- lisering	Misbruik	Onver- middelijk
Er worden te veel tests gedaan	<b>,691</b>	,362	,099
Mensen betalen zelf te weinig en gaan te snel naar de dokter	<b>,674</b>	,128	,088
Er worden te veel medicamenten voorgeschreven	<b>,628</b>	,361	,082
Dure en ingewikkelde behandelingen gebeuren nu in heel veel ziekenhuizen terwijl ze enkel zouden moeten gebeuren in een kleiner aantal ziekenhuizen die over voldoende ervaring beschikken	<b>,607</b>	,078	,241
Er zijn te veel ziekenhuizen	<b>,594</b>	,005	,138
Er is veel verspilling in ziekenhuizen	,452	<b>,652</b>	-,038
De medische industrie maakt te hoge winsten	,196	<b>,637</b>	,177
De salarissen van artsen, specialisten en ziekenhuispersoneel zijn te hoog	,018	<b>,635</b>	,364
Veel immigranten misbruiken de ziekteverzekering	,130	<b>,613</b>	-,037
De mutualiteiten houden onvoldoende controle op de uitgaven in de ziekteverzekering	,500	<b>,509</b>	-,032
De vergrijzing: er zijn steeds meer oude, zieke en zorgbehoevende mensen	,236	-,049	<b>,720</b>
De medicamenten en de behandelingen worden steeds duurder	-,024	,385	<b>,700</b>
We krijgen betere medische zorg dan vroeger en dat kost ook meer	,319	,117	<b>,587</b>
Eigenwaarde	2,717	2,318	1,622
Cronbach's Alpha	,69	,637	,496

Noot: De weergegeven componentladingen zijn verkregen na oblieke rotatie.

Een tweede component verwijst eerder naar misbruiken: er is veel verspilling in ziekenhuizen, de medische industrie maakt te hoge winsten, de salarissen van het medisch personeel zijn te hoog, te veel migranten misbruiken de ziekteverzekering en de mutualiteiten controleren onvoldoende de uitgaven van de ziekteverzekering. We noemen deze component "misbruik".

Een derde component vat ogenschijnlijk onvermijdelijke oorzaken, zoals de vergrijzing, de toename van de kwaliteit, maar dan ook de kost van de zorg, het duurder worden van medicamenten en behandelingen. We noemen dit "onvermijdelijke oorzaken".

Dit laatste verklaringsmodel is het belangrijkste, in de zin dat het bij de bevolking de meeste aanhang krijgt. Vijftig à zestig procent van de mensen, afhankelijk van de precieze uitspraak ziet daarin een belangrijke of heel belangrijke verklaring voor de stijgende kosten. Misbruik als verklaring wordt door 25 à 50% van de mensen belangrijk geacht, met de uitzondering van de uitspraak dat de winsten van de medische industrie te hoog zijn, waarmee 61% instemt. Het minste aanhang heeft de verklaring dat de stijgende kosten kunnen worden toegeschreven aan een gebrek aan rationele organisatie. Afhankelijk van de uitspraak vindt 6 à 28% dat een belangrijke verklaring; uitzondering hier is de uitspraak dat er te veel geneesmiddelen worden voorgeschreven, waarmee 40% instemt.

In wat volgt wordt nagegaan welke mensen zich aanhanger tonen van welke verklaringen.

#### 4.1.1.1 GEBREK AAN RATIONALISERING

Het gebrek aan rationalisering wordt vooral belangrijk geacht door mensen die negatief of kritisch staan ten opzichte van het sociale zekerheidsstelsel ( $\beta=.29$ ) (zie tabel 4.3). Mensen die heel gevoelig zijn voor de mogelijke of vermeende nadelen van de verzorgingsstaat, zijn ook heel gevoelig voor het gebrek aan rationaliteit in de gezondheidszorg.

Verder zijn er nog een aantal kleinere effecten. Het belang dat wordt gehecht aan een gebrek aan rationaliteit als een verklaring van de stijgende kosten is groter naarmate men ouder, hoger opgeleid is en een sterkere economische positie heeft, als Nederlandstalige een meer elitaire mediavorkeur heeft of als Franstalige een positiever oordeel heeft over de media, en mantelzorger en alleenstaande zonder kinderen is. Het wordt minder belangrijk geacht door mensen die al ooit een vervanginkomen genoten. Samen verklaren die factoren 12% van de variatie in de houding ten opzichte van de rol van het gebrek van rationalisering in de kostenstijging.

Tabel 4.3: Lineaire regressieanalyse naar kostenstijging door gebrek aan rationalisering (N=2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		**
Leeftijd	,057	*
Economische positie	,057	*
Opleidingsniveau	,069	**
Negatief toekomstperspectief	-,085	***
Mediavorkeur Nederlandstaligen (populair)	-,067	***
Mediavorkeur Franstaligen (hoog mediagebruik)	-,044	*
°Mantelzorger (ref.: geen mantelzorger)	,045	*
Negatieve houding ten opzichte van de SZ	,285	***
Gezinssamenstelling (ref.: Met partner en kind)		
°Met partner zonder kind(eren)	,021	n.s.
°Alleenstaand met kind(eren)	,024	n.s.
°Alleenstaand zonder kind(eren)	,063	**
°Ooit vervanginkomen ontvangen (ref.: nooit)	-,089	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,118	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significant

Het geloof dat de stijgende kosten in belangrijke mate zijn toe te schrijven aan een gebrek aan rationaliteit vindt men dus veeleer bij de wat hoger opgeleide, economisch beter geplaatste mensen, vooral als zij sceptisch of negatief staan ten opzichte van de sociale zekerheid.

#### 4.1.1.2 KOSTENSTIJGING DOOR MISBRUIK

Het geloof dat de stijging van de kosten kan worden toegeschreven aan misbruik is sterker sociaal bepaald dan het geloof dat een gebrek aan rationalisering een belangrijke rol speelt. De in acht genomen mogelijke verklaringen, verklaren in dit geval 19% van de variatie (zie tabel 4.4).

Ook hier speelt een negatieve houding ten opzichte van het sociaal zekerheidsstelsel een belangrijke rol ( $\beta=.28$ ). Mensen die veel nadelen zien aan het sociaal zekerheidsstelsel zijn ook geneigd in de gezondheidszorg veel misbruiken te zien en deze te beschouwen als een verklaring voor de stijgende kost. Verder wordt ook meer belang gehecht aan misbruiken door mensen die links staan op de sociaaleconomische breuklijn, dat wil zeggen, voorstander zijn van meer gelijkheid en van oordeel zijn dat de overheid herverdelend moet optreden ( $\beta=.19$ ). Men hecht ook meer belang aan misbruik als een verklaring voor de stijgende kost naarmate men ouder is en een negatiever toekomstperspectief heeft of economisch onzeker is.

Tabel 4.5: Lineaire regressieanalyse naar kostenstijging door misbruiken (N=2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		n.s.
Leeftijd	,150	***
Woonomgeving (ref.: landelijke omgeving)		
° Dorpskern	-,011	n.s.
° Stad	-,064	**
Economische positie	,061	*
Sector van tewerkstelling (ref.: zelfstandig)		
° Privésector	,052	*
° Publieke sector	,024	n.s.
Opleiding	-,069	***
Negatief toekomstperspectief	,113	***
Mediavorkeur Nederlandstaligen (populair)	,066	***
Mediavorkeur Franstaligen (hoog mediagebruik)	-,018	n.s.
Negatieve houding ten opzichte van de SZ	,278	***
Egalitaire houding op de oude breuklijn	,194	***
° Ooit vervanginkomen ontvangen (ref.: nooit)	-,043	*
Adjusted R <sup>2</sup>	,192	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ ; n.s. = non significant

Naast die belangrijke en relatief belangrijke verklaringen, zijn er nog een aantal kleine effecten: mensen die in een dorpskern wonen hechten minder belang aan misbruiken als een verklaring voor stijgende kosten dan mensen die landelijk of stedelijk wonen, hoger opgeleiden hechten er minder belang aan dan laag geschoolden, Nederlandstaligen met een populaire mediavorkeur meer dan Nederlandstaligen met een meer elitaire mediavorkeur, mensen die in de privésector werken hechten er meer belang aan dan de zelfstandigen en de mensen die in de publieke sector werken. Mensen die ooit een vervanginkomen kregen hechten minder belang aan deze verklaring.

Voor de houding ten opzichte van de sociale zekerheid (tabel 4.5), het gelijkheidsstreven (tabel 4.6), de leeftijd (tabel 4.7) en het toekomstperspectief (tabel 4.8) wordt de samenhang met het belang dat men hecht aan misbruiken als een verklaring voor de stijgende kosten, nader beschreven in tabellen 4.5 tot en met 4.8.

Wat de specifieke uitspraken betreft zijn de verschillen naar houding ten opzichte van de sociale zekerheid vooral groot voor de stellingen dat de mutualiteiten de kosten onvoldoende controleren (zie tabel 4.5). Van de 25% met de meest positieve houding is daarmee 15% akkoord, van het kwart met de meest negatieve houding ten opzichte van de sociale zekerheid stemt 45% daarmee in. Het verschil is ook groot voor de stelling dat migranten misbruik maken van de gezondheidszorg. Van de mensen die positief staan ten opzichte van de sociale zekerheid is 29% het daarmee eens, van degenen met een negatieve houding niet minder dan 71%.

Verder is er ook nog een relatief groot verschil voor de stelling dat in ziekenhuizen teveel wordt verspild. Van de mensen die negatief staat ten opzichte van de sociale zekerheid is 21% het daarmee eens, van degenen die negatief staan 45%.

Tabel 4.5: Misbruiken als oorzaak stijging kosten (in %) in de gezondheidszorg naar houding ten opzichte van de verzorgingsstaat

		Geen (belang- rijke) oorzaak	Mis- schien oorzaak	(Heel) belang- rijke oorzaak	Totaal
De salarissen van artsen, specialisten en ziekenhuispersoneel zijn te hoog	1,00 Heel positief	31,6%	34,9%	33,6%	100,0%
	2,00 Positief	18,9%	43,3%	37,8%	100,0%
	3,00 Negatief	20,0%	41,0%	39,0%	100,0%
	4,00 Heel negatief	20,4%	33,8%	45,7%	100,0%
	Totaal	22,6%	38,4%	39,0%	100,0%
Veel immigranten misbruiken de ziekteverzekering	1,00 Heel positief	45,6%	25,6%	28,9%	100,0%
	2,00 Positief	18,6%	38,1%	43,3%	100,0%
	3,00 Negatief	14,8%	33,3%	51,9%	100,0%
	4,00 Heel negatief	8,3%	20,0%	71,7%	100,0%
	Totaal	21,8%	29,5%	48,7%	100,0%
De mutualiteiten houden onvoldoende controle op de uitgaven in de ziekteverzekering	1,00 Heel positief	35,8%	49,0%	15,2%	100,0%
	2,00 Positief	21,9%	59,7%	18,4%	100,0%
	3,00 Negatief	19,0%	57,8%	23,3%	100,0%
	4,00 Heel negatief	11,8%	43,8%	44,4%	100,0%
	Totaal	22,1%	52,7%	25,1%	100,0%
Er is veel verspilling in ziekenhuizen	1,00 Heel positief	31,1%	48,0%	20,8%	100,0%
	2,00 Positief	19,7%	58,1%	22,3%	100,0%
	3,00 Negatief	19,5%	50,6%	29,9%	100,0%
	4,00 Heel negatief	13,5%	41,1%	45,4%	100,0%
	Totaal	20,9%	49,8%	29,3%	100,0%
De medische industrie maakt te hoge winsten	1,00 Heel positief	13,9%	23,3%	62,9%	100,0%
	2,00 Positief	6,0%	36,6%	57,4%	100,0%
	3,00 Negatief	9,0%	35,3%	55,8%	100,0%
	4,00 Heel negatief	7,7%	25,4%	67,0%	100,0%
	Totaal	9,0%	30,3%	60,8%	100,0%

Wat de links-rechtsverschillen betreft (tabel 4.6), zijn de mensen die zich links opstellen in veel grotere mate akkoord met de stellingen dat de salarissen van het medisch personeel te hoog zijn (52 versus 32%), dat de medische industrie te hoge winsten maakt (61 versus 46%) en dat er veel verspilling is in ziekenhuizen (37 versus 26%).

Tabel 4.6: Misbruiken als oorzaak stijging kosten (in %) in de gezondheidszorg naar positie op de oude breuklijn

		Helemaal geen oorzaak en geen belang- rijke oorzaak	Misschien oorzaak	(Heel) belang- rijke oorzaak	Totaal
De salarissen van artsen, specialisten en ziekenhuispersoneel zijn te hoog	1,00 Rechts	26,7%	41,2%	32,1%	100,0%
	2,00 Matig rechts	25,5%	38,9%	35,6%	100,0%
	3,00 Matig links	21,0%	47,2%	31,8%	100,0%
	4,00 Links	17,1%	30,5%	52,4%	100,0%
	Totaal	22,8%	38,6%	38,6%	100,0%
Veel immigranten misbruiken de ziekteverzekering	1,00 Rechts	21,5%	33,3%	45,2%	100,0%
	2,00 Matig rechts	20,7%	34,0%	45,2%	100,0%
	3,00 Matig links	22,2%	27,0%	50,7%	100,0%
	4,00 Links	25,0%	25,2%	49,8%	100,0%
	Totaal	22,3%	30,3%	47,3%	100,0%
De mutualiteiten houden onvoldoende controle op de uitgaven in de ziekteverzekering	1,00 Rechts	21,2%	54,9%	23,9%	100,0%
	2,00 Matig rechts	22,8%	54,8%	22,4%	100,0%
	3,00 Matig links	21,5%	49,6%	28,9%	100,0%
	4,00 Links	23,2%	47,6%	29,2%	100,0%
	Totaal	22,2%	52,1%	25,7%	100,0%
Er is veel verspilling in ziekenhuizen	1,00 Rechts	25,4%	48,1%	26,4%	100,0%
	2,00 Matig rechts	21,5%	56,3%	22,2%	100,0%
	3,00 Matig links	20,1%	46,5%	33,5%	100,0%
	4,00 Links	18,0%	44,4%	37,6%	100,0%
	Totaal	21,4%	49,1%	29,4%	100,0%
De medische industrie maakt te hoge winsten	1,00 Rechts	15,2%	38,9%	45,9%	100,0%
	2,00 Matig rechts	10,2%	32,9%	56,9%	100,0%
	3,00 Matig links	2,6%	27,3%	70,0%	100,0%
	4,00 Links	7,3%	17,2%	75,5%	100,0%
	Totaal	9,6%	29,4%	60,9%	100,0%

Het leeftijdseffect doet zich voor alle uitspraken ongeveer in gelijke mate voor (tabel 4.7). Jongeren zien minder misbruiken dan ouderen. Dat geldt ook voor het toekomstperspectief (tabel 4.8).

Tabel 4.7: Misbruiken als oorzaak stijging kosten (in %) in de gezondheidszorg naar leeftijd					
		Helemaal geen oorzaak en geen belang- rijke oorzaak	Misschien oorzaak	(Heel) belang- rijke oorzaak	Totaal
De salarissen van artsen, specialisten en ziekenhuispersoneel zijn te hoog	1,00 18 tot 25 jaar	31,9%	38,7%	29,4%	100,0%
	2,00 26 tot 35 jaar	23,6%	31,1%	45,3%	100,0%
	3,00 36 tot 45 jaar	26,2%	38,3%	35,4%	100,0%
	4,00 46 tot 55 jaar	22,1%	39,8%	38,1%	100,0%
	5,00 56 tot 65 jaar	19,7%	41,2%	39,1%	100,0%
	6,00 66 tot 75 jaar	17,7%	38,8%	43,6%	100,0%
	Totaal	22,9%	38,2%	38,9%	100,0%
Veel immigranten misbruiken de ziekteverzekering	1,00 18 tot 25	25,4%	32,1%	42,5%	100,0%
	2,00 26 tot 35 jaar	27,9%	31,4%	40,7%	100,0%
	3,00 36 tot 45 jaar	27,0%	33,3%	39,7%	100,0%
	4,00 46 tot 55 jaar	23,1%	30,3%	46,5%	100,0%
	5,00 56 tot 65 jaar	17,5%	32,2%	50,3%	100,0%
	6,00 66 tot 75 jaar	13,1%	21,7%	65,2%	100,0%
Totaal	21,7%	29,8%	48,5%	100,0%	
De mutualiteiten houden onvoldoende controle op de uitgaven in de ziekteverzekering	1,00 18 tot 25 jaar	25,7%	58,1%	16,2%	100,0%
	2,00 26 tot 35 jaar	22,3%	53,4%	24,3%	100,0%
	3,00 36 tot 45 jaar	21,9%	57,6%	20,5%	100,0%
	4,00 46 tot 55 jaar	23,9%	51,7%	24,4%	100,0%
	5,00 56 tot 65 jaar	20,9%	49,9%	29,2%	100,0%
	6,00 66 tot 75 jaar	16,9%	52,5%	30,6%	100,0%
Totaal	21,6%	53,4%	25,0%	100,0%	
Er is veel verspilling in ziekenhuizen	1,00 18 tot 25 jaar	29,7%	50,6%	19,8%	100,0%
	2,00 26 tot 35 jaar	24,9%	48,5%	26,5%	100,0%
	3,00 36 tot 45 jaar	23,8%	51,8%	24,5%	100,0%
	4,00 46 tot 55 jaar	21,3%	50,1%	28,6%	100,0%
	5,00 56 tot 65 jaar	15,6%	49,4%	35,1%	100,0%
	6,00 66 tot 75 jaar	14,6%	50,8%	34,6%	100,0%
Totaal	20,9%	50,1%	29,0%	100,0%	
De medische industrie maakt te hoge winsten	1,00 18 tot 25 jaar	21,8%	39,1%	39,1%	100,0%
	2,00 26 tot 35 jaar	8,6%	32,6%	58,9%	100,0%
	3,00 36 tot 45 jaar	9,3%	31,5%	59,1%	100,0%
	4,00 46 tot 55 jaar	8,7%	29,3%	62,0%	100,0%
	5,00 56 tot 65 jaar	5,2%	26,4%	68,4%	100,0%
	6,00 66 tot 75 jaar	5,9%	24,6%	69,5%	100,0%
Totaal	9,2%	29,9%	60,9%	100,0%	

Tabel 4.8: Misbruiken als oorzaak stijging kosten (in %) in de gezondheidszorg naar toekomstperspectief

		Geen (belang- rijke) oorzaak	Misschien oorzaak	(Heel) belang- rijke oorzaak	Totaal
De salarissen van artsen, specialisten en ziekenhuispersoneel zijn te hoog	1,00 Heel positief	30,2%	34,3%	35,6%	100,0%
	2,00 Positief	20,7%	46,9%	32,3%	100,0%
	3,00 Negatief	21,9%	37,6%	40,5%	100,0%
	4,00 Heel negatief	22,2%	32,6%	45,3%	100,0%
	Totaal	23,7%	37,9%	38,3%	100,0%
Veel immigranten misbruiken de ziekteverzekering	1,00 Heel positief	25,4%	31,8%	42,7%	100,0%
	2,00 Positief	23,3%	32,8%	44,0%	100,0%
	3,00 Negatief	21,8%	29,9%	48,3%	100,0%
	4,00 Heel negatief	23,2%	25,4%	51,4%	100,0%
	Totaal	23,4%	30,0%	46,6%	100,0%
De mutualiteiten houden onvoldoende controle op de uitgaven in de ziekteverzekering	1,00 Heel positief	22,4%	51,3%	26,3%	100,0%
	2,00 Positief	23,9%	55,7%	20,4%	100,0%
	3,00 Negatief	21,2%	54,4%	24,4%	100,0%
	4,00 Heel negatief	22,8%	48,1%	29,2%	100,0%
	Totaal	22,6%	52,4%	25,0%	100,0%
Er is veel verspilling in ziekenhuizen	1,00 Heel positief	25,7%	47,6%	26,7%	100,0%
	2,00 Positief	23,0%	51,8%	25,3%	100,0%
	3,00 Negatief	22,4%	50,3%	27,3%	100,0%
	4,00 Heel negatief	19,2%	46,5%	34,3%	100,0%
	Totaal	22,6%	49,0%	28,4%	100,0%
De medische industrie maakt te hoge winsten	1,00 Heel positief	11,7%	28,3%	59,9%	100,0%
	2,00 Positief	8,6%	37,0%	54,3%	100,0%
	3,00 Negatief	8,9%	33,7%	57,4%	100,0%
	4,00 Heel negatief	8,2%	23,4%	68,4%	100,0%
	Totaal	9,4%	30,7%	60,0%	100,0%

#### 4.1.1.3 EEN ONVERMIJDELIJKE STIJGING VAN DE KOSTEN

De mate waarin men de vergrijzing, de betere zorg en de duurdere medicamenten en behandelingen beschouwt als een belangrijke oorzaak van de kostenstijging, wordt niet sterk door de kenmerken van de bevolking waarvoor in dit rapport wordt gecontroleerd, verklaard (zie tabel 4.9). Alle kenmerken samen verklaren slechts 4% van de variatie in die houding. Verbazend is dat niet aangezien veel mensen dat beschouwen als belangrijke verklaringen. Toch zijn er twee belangrijke effecten of verschillen in de bevolking. Deze verklaring wordt minder aangehangen door Franstaligen dan door Nederlandstaligen en minder door laag- dan door hooggeschoolden. Verder vindt deze verklaring ook meer steun bij mensen die links dan bij degenen die rechts staan op de sociaaleconomische breuklijn, minder steun bij mensen die negatief staan tegenover de sociale zekerheid en meer steun bij mensen die lijden aan een gebrekkige gezondheid.

In tabellen 4.10 en 4.11 wordt het verband tussen enerzijds de taalgemeenschap en het opleidingsniveau, anderzijds het belang dat wordt gehecht aan vergrijzing, betere zorg en duurdere therapie als verklaring van de stijgende kosten nader beschreven.

Tabel 4.9: Lineaire regressieanalyse naar kostenstijging door onvermijdelijke oorzaken (N=2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		***
°Franstalig (ref.: Nederlandstalig)	-,139	***
Slechte gezondheidspositie	,051	*
Opleiding	,129	***
Levenstevredenheid	,071	**
Negatieve houding ten opzichte van de SZ	-,059	**
Egalitaire houding op de oude breuklijn	,082	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,043	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significant

Het verschil tussen de Frans- en de Nederlandstaligen geldt voor de drie uitspraken, maar is het grootst voor de stelling dat de vergrijzing een belangrijke factor is in het verhogen van de gezondheidsuitgaven. Van de Nederlandstaligen is 62% daarvan overtuigd, van de Franstaligen slechts 52%.

Tabel 4.10: Onvermijdelijke stijging kosten (in %) in de gezondheidszorg naar taalgemeenschap

		Helemaal geen oorzaak en geen belangrijke oorzaak	Misschien oorzaak	(Heel) belangrijke oorzaak	Totaal
De vergrijzing: er zijn steeds meer oude, zieke en zorgbehoevende mensen	,00 Nederlandstalig	8,5%	29,2%	62,3%	100,0%
	1,00 Franstalig	12,5%	35,7%	51,8%	100,0%
	Totaal	10,2%	31,9%	57,9%	100,0%
De medicamenten en de behandelingen worden steeds duurder	,00 Nederlandstalig	6,7%	31,9%	61,4%	100,0%
	1,00 Franstalig	11,1%	30,4%	58,5%	100,0%
	Totaal	8,6%	31,3%	60,2%	100,0%
We krijgen betere medische zorg dan vroeger en dat kost ook meer	,00 Nederlandstalig	8,3%	37,4%	54,4%	100,0%
	1,00 Franstalig	13,2%	40,6%	46,2%	100,0%
	Totaal	10,4%	38,7%	50,9%	100,0%

Tabel 4.11: Onvermijdelijke stijging kosten (in %) in de gezondheidszorg naar opleidingsniveau

		Helemaal geen oorzaak en geen belangrijke oorzaak	Misschien oorzaak	(Heel) belangrijke oorzaak	Totaal
De vergrijzing: er zijn steeds meer oude, zieke en zorgbehoevende mensen	1,00 Laag	13,7%	40,7%	45,6%	100,0%
	2,00 Midden	10,8%	33,6%	55,6%	100,0%
	3,00 Hoog	5,6%	18,5%	75,9%	100,0%
	Totaal	10,3%	31,5%	58,2%	100,0%
De medicamenten en de behandelingen worden steeds duurder	1,00 Laag	9,4%	29,5%	61,0%	100,0%
	2,00 Midden	7,5%	33,4%	59,1%	100,0%
	3,00 Hoog	8,5%	31,1%	60,4%	100,0%
	Totaal	8,5%	31,4%	60,1%	100,0%
We krijgen betere medische zorg dan vroeger en dat kost ook meer	1,00 Laag	11,2%	45,0%	43,8%	100,0%
	2,00 Midden	10,6%	40,3%	49,1%	100,0%
	3,00 Hoog	8,1%	29,2%	62,7%	100,0%
	Totaal	10,1%	38,6%	51,3%	100,0%

Ook de verschillen naar onderwijsniveau blijken vooral betrekking te hebben op de vergrijzing. Van de laaggeschoolden beschouwt 46% dat als een kostendrijvende factor, van de hooggeschoolden 76%. Het verschil tussen die twee groepen is ook hoog voor de stelling dat de zorgen nu beter, maar daardoor ook duurder zijn. 44% van de laaggeschoolden en 63% van de hooggeschoolden stemt daarmee in.

## 4.2 Hoe de stijgende kosten beheersen?

Aan de respondenten werden 10 mogelijke besparingsmogelijkheden voorgelegd (zie tabel 4.12).

Een betere gegevensuitwisseling en het substitutierecht of substitutieplicht voor geneesmiddelen wordt door overweldigende meerderheden gesteund. De voorstanders zijn 6 à 10 keer talrijker dan de tegenstanders. Maar daarmee houdt de steun van besparen dan ook ongeveer op.

Er zijn nog evenveel voor- als tegenstanders om enkel nog de echt noodzakelijke medicamenten en behandelingen terug te betalen, of om dure levensverlengende behandelingen niet meer terug te betalen voor mensen boven de 85.

Tabel 4: 12: Acceptatie (in %) van verschillende besparingsmogelijkheden (N=1.964)

	a)Hele- maal niet akkoord	b)Niet akkoord	c)Tussen beide	d)Ak- koord	e)Hele- maal akkoord	a+b/ d+e
Door een betere gegevensuitwisseling en gegevensdeling tussen zorgverstrekkers	2,1	4,5	24,9	48,0	20,6	10,4
Door steeds de goede, maar tevens goedkoopste medicamenten en behandelingen voor te schrijven	3,9	7,0	19,2	43,8	26,1	6,4
Door alleen nog de echt noodzakelijke medicamenten en behandelingen terug te betalen	11,1	25,2	25,1	29,7	8,9	1,1
Door geen dure levensverlengende behandelingen meer te doen bij mensen boven de 85 jaar	13,2	22,0	27,7	26,4	10,7	1,1
Door niet alle medische diensten in bijna alle ziekenhuizen aan te bieden, ook al houdt dit in dat mensen dan al eens verder moeten reizen naar een ziekenhuis	12,9	28,5	31,6	22,1	4,9	0,7
Door een aantal medicamenten niet meer terug te betalen, zoals vetverlagers, maagzuurremmers of antibiotica voor korte behandelingen	13,6	37,0	30,4	15,0	4,0	0,4
Door de kosten van ziektes en ongelukken die het gevolg zijn van het eigen gedrag niet meer terug te betalen	13,2	33,2	36,6	13,1	3,9	0,4
Door mensen die ongezond leven meer te laten betalen	20,9	38,1	24,9	13,2	2,9	0,3
Door de mensen zelf meer te laten betalen	19,8	48,9	24,7	5,3	1,2	0,1
Door de verplichte verzekering enkel te houden voor arme mensen en de anderen zich privé te laten verzekeren	32,1	43,2	17,9	4,8	2,2	0,1

De andere voorstellen krijgen veel minder steun. Voor hen geldt dat de tegenstanders veel tot overweldigend veel talrijker zijn dan de voorstanders. Dat geldt trouwens ook voor het niet meer terug betalen van bepaalde geneesmiddelen (vetverlagers etc.). Als in het algemeen wordt gesteld dat men kan besparen door alleen nog de echt noodzakelijke medicamenten en behandelingen terug te betalen, gaat 39% daarmee akkoord. Van zodra men een aantal van de medicamenten die daarvoor in aanmerking zouden kunnen komen opsomt, slinkt de instemming tot 19%. Eigenlijk is er dus slechts een mogelijk draagvlak voor besparingen door een betere gegevensuitwisseling en gegevensdeling tussen zorgverstrekkers, en door geen dure levensverlengende behandelingen meer te doen bij mensen boven de 85 jaar.

De andere voorgestelde maatregelen krijgen weinig of geen steun. Dat geldt voor het rationaliseren van het aanbod in de ziekenhuizen (27% voor, 41% tegen), het niet meer terugbetalen van ziektes en ongevallen die aan de leefstijl kunnen worden toegeschreven (17% voor, 46% tegen), het verhogen van het remgeld (7% voor, 69% tegen), of een hervorming van het stelsel waarbij privéverzekeringen een belangrijker rol zouden spelen (7% voor 75% tegen).

#### *4.2.1 De gezondheidszorg rationaliseren*

Een gebrek aan rationaliteit is, van de drie door de bevolking gehanteerde verklaringen voor de hoge kost van de gezondheidszorg, de minst verspreide verklaring. Maatregelen die via een rationelere organisatie van de zorg zouden leiden tot besparingen, krijgen ook (bitter) weinig steun. De mate waarin dit een gevolg is van de grote gehechtheid aan de vrijheid van therapeut en patiënt, werd nader onderzocht.

De in vergelijkend perspectief bijzonder grote mate van vrijheid van therapeut en patiënt die het Belgische stelsel kenmerkt, wordt door velen beschouwd als een element dat de kost van onze gezondheidszorg en van de verplichte ziekteverzekering opdrijft. Daarom worden een aantal rationalisering in de zorg, verwezenlijkt via het op een redelijke wijze beperken van die vrijheid, beschouwd als een mogelijke besparingspiste. Aan de respondenten werden een aantal vragen voorgelegd om het draagvlak voor een dergelijk rationaliseringsbeleid te toetsen. Men kan dat op verschillende manieren doen. Er werd voor geopteerd om het te doen in termen van een keuze tussen zelf meer of minder betalen. Men zou het ook kunnen doen in termen van meerkost of een besparing voor het budget van de verplichte ziekteverzekering. Er werd echter gevreesd dat onvoldoende mensen zich persoonlijk bij een dergelijke besparing of meerkost betrokken voelen. Daarom werd er voor geopteerd de vragen te formuleren in termen van een

persoonlijke besparing of meerkost. Verondersteld wordt daarbij dat als men kiest voor een persoonlijke meerkost, men geen voorstander is van een vrijheidsbeperking ter wille van een meer rationele organisatie van de zorg.

Tabel 4.17 bevestigt, ook als verschillende concrete mogelijkheden aan de respondenten worden voorgelegd, dat het draagvlak voor rationalisering eigenlijk zwak is. Enkel de substitutieplicht voor de apotheker, waarbij steeds het goedkoopste, evenwaardige geneesmiddel wordt gegeven, kan rekenen op overweldigende steun. 87% is daar voorstander van. Slechts 13% zegt meer te willen betalen om toch het door de arts voorgeschreven geneesmiddel te krijgen. Er is ook nog ruime steun voor de verplichting eerst langs de huisarts te gaan vooraleer zich naar een spoeddienst te richten. 63% is voorstander van zo'n maatregel. Toch zegt 37% dat ze liever meer betalen om de vrijheid te behouden rechtstreeks naar een spoeddienst te gaan.

Tabel 4.17: Verdeling omtrent de keuze van de Belgen om te rationaliseren of om meer te betalen voor bepaalde gezondheidszorg (N=2.006)

	In aantallen	In %
<i>Minder betalen</i> maar uw arts bepaalde bloedonderzoeken alleen nog laten uitvoeren indien dit volgens wetenschappelijk erkende richtlijnen nodig is	976	48,5
<i>Meer betalen</i> maar uw arts kan vrij beslissen om bepaalde (bloed)onderzoeken uit te voeren	1036	51,5
<i>Minder betalen</i> maar voor sommige onderzoeken of behandelingen doorgestuurd worden naar verder gelegen, maar gespecialiseerde centra	1010	50,3
<i>Meer betalen</i> maar in het dichtstbijzijnde ziekenhuis terecht kunnen voor alle hoogstechnologische zorg en onderzoek	996	49,7
<i>Minder betalen</i> , maar door de huisarts naar de specialist worden doorverwezen	1046	50,4
<i>Meer betalen</i> maar rechtstreeks naar de specialist zonder doorverwijzing van huisarts	1029	49,6
<i>Minder betalen</i> maar uw arts verplichten eerst na te gaan of er nog bruikbare medische foto's van u bestaan	1068	53,2
<i>Meer betalen</i> maar medische foto's laten nemen wanneer u of uw arts dit wenselijk acht	941	46,8
<i>Minder betalen</i> maar verplicht worden indien mogelijk eerst naar de huisarts te gaan alvorens naar de spoed te stappen	1283	62,8
<i>Meer betalen</i> en de vrijheid behouden om direct naar de spoeddiensten te gaan	758	37,2
<i>Minder betalen</i> maar automatisch het goedkoopste maar evenwaardige geneesmiddel te krijgen, tenzij dit om medische redenen niet kan	1788	86,7
<i>Meer betalen</i> maar het door de arts voorgeschreven merkgeneesmiddel krijgen	275	13,3

Voor alle andere gegeven voorbeelden zijn de voor- en tegenstanders, de proporties die opteren voor de rationale vrijheidsbeperking en de proporties die ervoor kiezen meer te betalen, ongeveer even groot. Dat geldt voor het *evidence based* beperken van onderzoeken, het specialiseren of spreiden van het aanbod van onderzoeken en ingrepen over centra, het doorverwijzen naar de specialist en de verplichting na te gaan of er nog bruikbare foto's en tests bestaan. Voor al die, overigens nogal evidente rationaliseringsmaatregelen, zijn er telkens nagenoeg evenveel tegen- als voorstanders. Rationaliseren in de zorg heeft dus vooralsnog een zwak draagvlak en het risico bestaat

dat maatregelen die zich gaan opdringen, ongenoegen scheppen of zelfs op weerstand stuiten bij een aanzienlijk deel van de bevolking.

#### 4.2.1.1 VOOR- EN TEGENSTANDERS VAN RATIONALISERING

Om na te gaan in welke mate de mensen in het algemeen voor- of tegenstander zijn van de rationaliseringsmaatregelen werd gezocht naar een schaal. Daarbij bleek dat de zes voorgelegde voorbeelden niet goed schalen. Er is een tendens voor mensen die voor één van de gegeven voorbeelden opteren voor de rationale oplossing, om dat ook voor de andere voorbeelden te doen. Die tendens is echter zwak. Te zwak in feite om een statistisch echt verantwoorde schaal te maken. Daarom werd besloten gewoon te tellen hoeveel keer een respondent voor de rationele oplossing opteert. Die telling wordt weergegeven in tabel 2. Het gaat niet om een goede schaal. De Cronbach's alpha bedraagt 0,52 terwijl voor goede schalen die parameter 0,7 of meer moet bedragen (hoe hoger, hoe beter de schaal, met een theoretisch maximum van 1). Toch geeft die verdeling een idee van de houding van de bevolking (zie tabel 4.18).

Aantal maal gekozen voor rationalisatie	N	%	Geldig %
0	41	1,9	2,2
1	179	8,3	9,4
2	291	13,6	15,3
3	422	19,6	22,2
4	422	19,7	22,3
5	339	15,8	17,9
6	204	9,5	10,7
Totaal	1898	88,3	100,0
Missing	251	11,7	
Algemeen totaal	2149	100,0	
Cronbach's alpha			0,522

Twaalf procent is nogal radicaal tegenstander van rationalisering, gaat in het beste geval akkoord met één van de voorgestelde maatregelen, waarschijnlijk de substitutieplicht van apothekers. Zevenentwintig procent gaat akkoord met hoogstens twee van de maatregelen. Negenentwintig procent is een groot voorstander en gaat akkoord met vijf of zes van de zes voorgestelde maatregelen. De verdeling van de bevolking zoals beschreven in tabel 4.18 bevestigt en detailleert de verdeling die we al zagen in tabel 4.17. Wat rationalisering betreft is de bevolking nagenoeg 50/50 verdeeld.

Ook al omdat op basis van de voorbeelden die aan de respondenten werden voorgelegd, geen goede schaal kon worden gemaakt, kunnen voor- en tegenstanders van rationalisering niet goed in termen van de kenmerken waarvoor gecontroleerd wordt, van elkaar worden onderscheiden (zie tabel 4.19). De  $R^2$  bedraagt slechts 4%.

Tabel 4.19: Lineaire regressieanalyse naar het draagvlak onder de Belgen voor rationalisatie in de gezondheidszorg (N=2.148)

	B	$\beta$	Sig.
(Constant)	3,769		***
°Man (ref.: vrouw)	,207	,071	***
°Franstalig (ref.: Nederlandstalig)	-,349	-,119	***
Economische positie	,088	,062	**
Opleiding	-,058	-,052	*
Negatieve houding ten opzichte van de SZ	-,109	-,072	***
Egalitaire houding op de oude breuklijn	,175	,116	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,041		

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significant

Toch tekenen zich een aantal verschillen af. Het gaat in vele gevallen om zwakke effecten: mannen zijn er meer voorstander van dan vrouwen, mensen met een sterke economische positie meer dan mensen met een zwakke economische positie, hoger opgeleiden minder dan laaggeschoolden, en mensen met een negatieve houding ten opzichte van de sociale zekerheid minder dan mensen met een positieve houding ten opzichte van de sociale zekerheid.

De sterkste effecten zijn die van de taalgemeenschap en van de houding ten opzichte van gelijkheid. Franstaligen zijn minder voorstander van rationalisering dan Nederlandstaligen en mensen die van oordeel zijn dat er nog teveel ongelijkheid is in de samenleving en die meer gelijkheid en herverdeling wensen, zijn grotere voorstanders van rationalisering. Die twee verbanden worden nu bivariaat weergegeven (zie tabellen 4.20 en 4.21).

Tabel 4.20: Draagvlak voor rationalisatie in de gezondheidszorg naar taalgemeenschap

	,00 Neder- landstalig	1,00 Franstalig	Totaal
<i>Minder betalen</i> maar automatisch het goedkoopste maar evenwaardige geneesmiddel te krijgen, tenzij dit om medische redenen niet kan	90,7%	81,3%	86,7%
<i>Meer betalen</i> maar het door de arts voorgeschreven merkgeneesmiddel krijgen	9,3%	18,7%	13,3%
<i>Minder betalen</i> maar verplicht worden indien mogelijk eerst naar de huisarts te gaan alvorens naar de spoed te stappen	63,3%	62,3%	62,9%
<i>Meer betalen</i> en de vrijheid behouden om direct naar de spoeddiensten te gaan	36,7%	37,7%	37,1%
<i>Minder betalen</i> maar uw arts verplichten eerst na te gaan of er nog bruikbare medische fotos van u bestaan	57,7%	47,0%	53,1%
<i>Meer betalen</i> maar medische fotos laten nemen wanneer u of uw arts dit wenselijk acht	42,3%	53,0%	46,9%
<i>Minder betalen</i> maar uw arts bepaalde bloedonderzoeken alleen nog laten uitvoeren indien dit volgens wetenschappelijk erkende richtlijnen nodig is	48,9%	48,1%	48,6%
<i>Meer betalen</i> maar uw arts kan vrij beslissen om bepaalde bloedonderzoeken uit te voeren	51,1%	51,9%	51,4%
<i>Minder betalen</i> maar voor sommige onderzoeken of behandelingen doorgestuurd worden naar verder gelegen maar gespecialiseerde centra	55,8%	43,0%	50,3%
<i>Meer betalen</i> maar in het dichtstbijzijnde ziekenhuis terecht kunnen voor alle hoogstechnologische zorg en onderzoek	44,2%	57,0%	49,7%
<i>Minder betalen</i> maar door de huisarts naar de specialist worden doorverwezen	49,8%	51,3%	50,4%
<i>Meer betalen</i> maar rechtstreeks naar de specialist zonder doorverwijzing van huisarts	50,2%	48,7%	49,6%

De verschillen tussen de taalgemeenschappen doen zich niet voor alle voorbeelden voor (zie tabel 4.20). Zij zijn betrekkelijk groot voor de substitutieplicht die door 91% van de Nederlandstaligen en 81% van de Franstaligen wordt gesteund. In dit geval gaat het dus om een overweldigende meerderheid in beide taalgroepen. De arts verplichten eerst na te gaan of er nog bruikbare medische fotos bestaan, wordt gesteund door 58% van de Nederlandstaligen en 47% van de Franstaligen. Hier is er dus een meerderheid in de ene, maar niet in de andere taalgemeenschap. Dat geldt ook voor het doorvoeren van een specialisatie over verschillende centra. Dit draagt de goedkeuring weg van 56% van de Nederlandstaligen en slechts 43% van de Franstaligen.

De relatie tussen de links-rechtsofstelling en de houding ten opzichte van rationalisering is niet strikt lineair (zie tabel 4.21). Het kwart van de bevolking met de meest linkse houding, dat wil zeggen met de meest uitgesproken voorkeur voor meer gelijkheid en herverdeling is wel de grootste voorstander van rationalisering. Voor al de voorbeelden is er bij hen een meerderheid, behalve voor de specialisatie over centra, die zou inhouden dat sommige patiënten een langere afstand moeten afleggen naar de geschikte instelling. De meeste weerstand tegen rationalisering vindt men bij de mensen die zich met betrekking tot gelijkheid en herverdeling rechts opstellen.

Tabel 4.21: Draagvlak voor rationalisatie in de gezondheidszorg naar houding ten opzichte van gelijkheid en herverdeling

	1,00 Rechts	2,00 Matig rechts	3,00 Matig links	4,00 Links	Totaal
<i>Minder betalen</i> maar automatisch het goedkoopste maar evenwaardige geneesmiddel te krijgen, tenzij dit om medische redenen niet kan	83,3%	88,0%	84,5%	89,0%	86,4%
<i>Meer betalen</i> maar het door de arts voorgeschreven merkgeneesmiddel krijgen	16,7%	12,0%	15,5%	11,0%	13,6%
<i>Minder betalen</i> maar verplicht worden indien mogelijk eerst naar de huisarts te gaan alvorens naar de spoed te stappen	56,6%	61,0%	58,4%	69,9%	61,8%
<i>Meer betalen</i> en de vrijheid behouden om direct naar de spoeddiensten te gaan	43,4%	39,0%	41,6%	30,1%	38,2%
<i>Minder betalen</i> maar uw arts verplichten eerst na te gaan of er nog bruikbare medische fotos van u bestaan	52,0%	51,9%	50,2%	58,5%	53,5%
<i>Meer betalen</i> maar medische fotos laten nemen wanneer u of uw arts dit wenselijk acht	48,0%	48,1%	49,8%	41,5%	46,5%
<i>Minder betalen</i> maar uw arts bepaalde bloedonderzoeken alleen nog laten uitvoeren indien dit volgens wetenschappelijk erkende richtlijnen nodig is	40,6%	52,0%	47,3%	53,8%	48,5%
<i>Meer betalen</i> maar uw arts kan vrij beslissen om bepaalde bloedonderzoeken uit te voeren	59,4%	48,0%	52,7%	46,2%	51,5%
<i>Minder betalen</i> maar voor sommige onderzoeken of behandelingen doorgestuurd worden naar verder gelegen maar gespecialiseerde centra	51,8%	49,4%	51,6%	48,4%	50,1%
<i>Meer betalen</i> maar in het dichtstbijzijnde ziekenhuis terecht kunnen voor alle hoogtechnologische zorg en onderzoek	48,2%	50,6%	48,4%	51,6%	49,9%
<i>Minder betalen</i> maar door de huisarts naar de specialist worden doorverwezen	42,7%	43,2%	51,7%	63,1%	49,9%
<i>Meer betalen</i> maar rechtstreeks naar de specialist zonder doorverwijzing van huisarts	57,3%	56,8%	48,3%	36,9%	50,1%

We zagen eerder dat de mensen met een negatieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat meer belang hechten aan een gebrek aan rationaliteit als een oorzaak van stijgende kosten (paragraaf 4.1.1.1). Uit tabel 4.19 blijkt echter dat zij in mindere mate voorstander zijn van rationalisering, blijkbaar omdat zij sterker gehecht zijn aan de individuele vrijheid van patiënt en therapeut. Hun houding wordt nader beschreven in tabel 4.22. Daaruit blijkt dat mensen die heel negatief staan ten opzichte van de sociale zekerheid het minst bereid zijn om rationaliserende maatregelen in te voeren, altijd bereid zijn meer te betalen om de bestaande individuele vrijheid van patiënt en therapeut te behouden.

Tabel 4.22: Verdeling omtrent de keuze van de Belgen om te rationaliseren of om meer te betalen voor bepaalde gezondheidszorg naar houding ten opzichte van de sociale zekerheid

	1,00 Heel positief	2,00 Positief	3,00 Negatief	4,00 Heel negatief	Totaal
<i>Minder betalen</i> maar automatisch het goedkoopste maar evenwaardige geneesmiddel te krijgen, tenzij dit om medische redenen niet kan	88,7%	88,5%	86,4%	84,2%	87,0%
<i>Meer betalen</i> maar het door de arts voorgeschreven merkgeneesmiddel krijgen	11,3%	11,5%	13,6%	15,8%	13,0%
<i>Meer betalen</i> en de vrijheid behouden om direct naar de spoeddiensten te gaan	34,1%	37,7%	39,1%	38,7%	37,3%
<i>Minder betalen</i> maar verplicht worden indien mogelijk eerst naar de huisarts te gaan alvorens naar de spoed te stappen	65,9%	62,3%	60,9%	61,3%	62,7%
<i>Meer betalen</i> maar medische foto's laten nemen wanneer u of uw arts dit wenselijk acht	42,3%	48,3%	49,2%	50,0%	47,4%
<i>Minder betalen</i> maar uw arts verplichten eerst na te gaan of er nog bruikbare medische fotos van u bestaan	57,7%	51,7%	50,8%	50,0%	52,6%
<i>Minder betalen</i> maar uw arts bepaalde (bloed)onderzoeken alleen nog laten uitvoeren indien dit volgens wetenschappelijk erkende richtlijnen nodig is	48,1%	47,9%	50,6%	48,6%	48,7%
<i>Meer betalen</i> maar uw arts kan vrij beslissen om bepaalde (bloed)onderzoeken uit te voeren	51,9%	52,1%	49,4%	51,4%	51,3%
<i>Meer betalen</i> maar in het dichtstbijzijnde ziekenhuis terecht kunnen voor alle hoogstechnologische zorg en onderzoek	46,2%	50,4%	49,7%	53,1%	49,9%
<i>Minder betalen</i> maar voor sommige onderzoeken of behandelingen doorgestuurd worden naar verder gelegen, maar gespecialiseerde centra	53,8%	49,6%	50,3%	46,9%	50,1%
<i>Meer betalen</i> maar rechtstreeks naar de specialist zonder doorverwijzing van huisarts	47,4%	48,5%	51,0%	52,9%	49,9%
<i>Minder betalen</i> , maar door de huisarts naar de specialist worden doorverwezen	52,6%	51,5%	49,0%	47,1%	50,1%

### 4.3 Uitsluiten

Het draagvlak voor rationalisering is in veel gevallen kleiner dan dat voor het uitsluiten van bepaalde groepen. Besparen door geen dure levensverlengende behandeling meer te verstrekken aan mensen boven de 85 draagt de goedkeuring weg van 37% van de ondervraagden en wordt verworpen door 35%. De mate waarin men bepaalde groepen van zorg wil uitsluiten, wordt in deze paragraaf nader onderzocht.

Aan de bevolking werden een aantal behandelingen voorgelegd die als gemeenschappelijke kenmerk hebben dat zij 50.000 Euro kosten. Het gaat om "een levensnoodzakelijke behandeling", "een behandeling voor een zeldzame ziekte", "het inplanten van een hoogtechnologisch hartapparaat". In die gevallen wordt in de vraagstelling de aard van de patiënt of de omstandigheden waaronder de ingreep nodig is, niet gespecificeerd. In de twee andere gevallen is dat wel het geval. In het ene gaat het om iemand die in de coma ligt en die een men een jaar langer kan doen leven dankzij de ingreep, in het andere om een terminaal zieke patiënt waarvan men het leven middels de ingreep twee maanden kan verlengen. Telkens konden de respondenten aangeven of de ingreep in kwestie volgens hen altijd kon, nooit kon of kon, maar niet bij mensen boven de 85.

Tabel 4.23: Verdeling van het draagvlak (in %) onder de Belgen omtrent het rantsoeneren in de gezondheidszorg (N=1.991)

	Moet altijd kunnen, ongeacht de leeftijd	Moet kunnen, maar niet bij mensen ouder dan 85 jaar	Moet nooit kunnen, ongeacht de leeftijd
Een levensnoodzakelijke behandeling die 50.000 euro kost	68,7	28,0	3,3
Een behandeling van een patiënt met een zeer zeldzame ziekte die 50.000 euro kost	64,6	31,8	3,6
Een hoogtechnologisch hartapparaat inplanten met een totale kost van 50.000 euro	54,5	41,4	4,1
Een behandeling om iemand die in coma ligt één jaar langer in leven te laten die 50.000 euro kost	21,5	27,9	50,6
Een behandeling om een terminaal zieke patiënt twee maand langer te laten leven die 50.000 euro kost	20,6	30,3	49,1

Een nipte meerderheid, 51%, is van oordeel dat een levensverlengende ingreep bij een patiënt in coma niet kan als deze 50.000 Euro kost. 22% is van oordeel dat dit altijd moet kunnen. 28% vindt dat dit kan, maar niet bij mensen boven de 85. Een behandeling die het leven van een terminale patiënt twee maanden verlengt en 50.000 Euro kost, kan volgens 49% nooit en volgens 21% altijd. 30% is van oordeel dat dit kan, maar niet bij mensen boven de 85. Negenenzeventig procent is dus gekant tegen dergelijke ingrepen bij mensen boven de 85.

Voor de drie ingrepen waarbij de aard van de patiënt en de omstandigheden van de ingreep niet werden gespecificeerd, maar waarbij uit de vraagstelling wel de ernst van de ingreep bleek, zijn er weinig mensen, 3 à 4%, die van oordeel zijn dat dit nooit kan als het 50.000 Euro kost. Toch varieert de proportie die van oordeel is dat dit altijd kan van slechts 55% (hoogtechnologisch hartapparaat) tot 69% (levensnoodzakelijke ingreep). Een belangrijke proportie, 30 à 40% is van oordeel dat dergelijke ingrepen niet meer door de verplichte ziekteverzekering moeten worden gedekt als de patiënt 85 of ouder is. De steun voor het uitsluiten van oudere personen van levensnoodzakelijke zorg is dus

betrekkelijk groot. Die radicale stelling kan rekenen op de steun van een ruim derde van de bevolking. 28% wil patiënten boven de 85 uitsluiten van een levensnoodzakelijke behandeling, 32% van een behandeling voor een zeldzame ziekte en 41% van het inplanten van een hoogtechnologisch hartapparaat, als die ingrepen 50.000 Euro kosten. Een gelijkaardige vraag werd een jaar geleden voorgelegd aan een steekproef van inwoners van het Vlaams Gewest en de overeenkomstige percentages waren toen nog hoger, respectievelijk 37, 42 en 53% (Elchardus en Spruyt, 2013b)

Om de houding van de bevolking met betrekking tot rantsoenering - uitsluiting van terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering - te meten, werden de uitspraken betreffende de patiënt in coma en de terminale patiënt (zie tabel 4.23) buiten beschouwing gelaten omdat deze een heel ander antwoordpatroon vertoonden. De drie resterende items werden aangevuld met de uitspraak uit de reeks vragen betreffende besparingsmaatregelen. Het hier opgenomen voorstel luidt, besparen "door geen dure levensverlengende behandelingen meer te doen bij mensen boven de 85 jaar". De vier items vormen samen een schaal (zie tabel 4.24), hoewel geen heel stevige (de Cronbach's alpha is 0,67, dus nipt onder de vooropgestelde 0,7 grens voor goede schalen). Dit is waarschijnlijk het gevolg van het feit dat bij de vier items toch twee, ten dele verschillende ideeën spelen, enerzijds het rantsoeneren, het niet terugbetalen van duur geachte behandelingen, anderzijds "ageism", het uitsluiten van oudere mensen.

Tabel 4.24: Factoranalyse naar het draagvlak voor rantsoenering

	Component 1
Een behandeling van een patiënt met een zeer zeldzame ziekte die 50.000 euro kost	-,842
Een hoogtechnologisch hartapparaat inplanten met een totale kost van 50.000 euro	-,764
Een levensnoodzakelijke behandeling die 50.000 euro kost	-,688
Door geen dure levensverlengende behandelingen meer te doen bij mensen boven de 85 jaar	,508
Eigenwaarde	2,477
Cronbach's Alpha	,673

In termen van de kenmerken waarvoor wordt gecontroleerd, kan de houding matig worden verklaard ( $R^2=8\%$ ) (zie tabel 4.24). Er tekenen zich wel een aantal interessante verbanden af. Steun voor rantsoenering of uitsluiting is veel groter bij Nederlandstaligen dan bij Franstaligen. Dit verklaart meteen waarom de voorstanders van een dergelijke maatregelen ook talrijker waren in het onderzoek dat in 2012 in het Vlaams Gewest werd uitgevoerd. De steun voor uitsluiting is ook veel groter bij mensen met een negatieve dan bij mensen met een positieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat. Steun voor deze vorm van rantsoenering is kleiner bij Nederlandstaligen met een populaire mediavorkeur, bij voorstanders van meer gelijkheid en herverdeling en bij mensen met een negatief toekomstbeeld. Opmerkelijk ook is dat de steun voor het uitsluiten van ouderen niet leeftijdsgebonden is. De onderzoeksbevolking omvat mensen van 18 tot en

met 75 en dus niet 80- of 85-jarigen. Maar in de onderzochte leeftijdsdwaaiër is er geen verband tussen de leeftijd en de steun voor de uitsluiting (de correctie bedraagt 0,04 en is statistisch niet verschillend van nul). De sterkste waargenomen effecten zijn die van de taalgemeenschap en van de houding ten opzichte van de verzorgingsstaat. Deze worden nader beschreven in tabellen 4.26 en 4.27.

Tabel 4.25: Lineaire regressieanalyse naar het draagvlak voor rantsoenering (N=2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		***
°Franstalig (ref.: Nederlandstalig)	-,165	***
Negatief toekomstperspectief	-,065	**
Mediavorkeur Nederlandstaligen (populair)	-,079	***
Mediavorkeur Franstaligen (hoog mediagebruik)	-,057	**
Negatieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat	,133	***
Egalitaire houding op de oude breuklijn	-,071	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,080	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significant

Een behandeling van een patiënt met een zeer zeldzame ziekte, die 50.000 Euro kost, moet volgens 74% van de Franstaligen en slechts 58% van de Nederlandstaligen altijd kunnen. Het inplanten van een hoogtechnologisch hartapparaat, tegen dezelfde kost, moet volgens 68% van de Franstaligen en slechts 45% van de Nederlandstaligen altijd kunnen. Een levensnoodzakelijke behandeling die 50.000 Euro kost, moet volgens 75% van de Franstaligen en 64% van de Nederlandstaligen altijd kunnen. 46% van de Nederlandstaligen wil besparen door geen dure behandelingen meer terug te betalen aan mensen vanaf 85; slechts 25% van de Franstaligen is een dergelijke maatregel genegen.

Tabel 4.26: Draagvlak voor rantsoenering naar taalgemeenschap

		,00 Moet nooit kunnen en niet bij ouder dan 85 jaar	1,00 Moet altijd kunnen	Totaal	
Een behandeling van een patiënt met een zeer zeldzame ziekte die 50.000 euro kost	,00 Nederlandstalig	42,0%	58,0%	100,0%	
	1,00 Franstalig	26,4%	73,6%	100,0%	
	Totaal	35,3%	64,7%	100,0%	
Een hoogtechnologisch hartapparaat inplanten met een totale kost van 50.000 euro	,00 Nederlandstalig	55,1%	44,9%	100,0%	
	1,00 Franstalig	32,5%	67,5%	100,0%	
	Totaal	45,5%	54,5%	100,0%	
Een levensnoodzakelijke behandeling die 50.000 euro kost	,00 Nederlandstalig	36,3%	63,7%	100,0%	
	1,00 Franstalig	24,6%	75,4%	100,0%	
	Totaal	31,3%	68,7%	100,0%	
		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Door geen dure levensverlengende behandelingen meer te doen bij mensen boven de 85 jaar	,00 Nederlandstalig	25,7%	28,2%	46,1%	100,0%
	1,00 Franstalig	48,0%	27,0%	25,0%	100,0%
	Totaal	35,1%	27,7%	37,2%	100,0%

Bij het kwart van de bevolking die het meest positief staat ten opzichte van verzorgingsstaat zijn er ruime meerderheden (65, 74 en 77%) om in al de voorgelegde gevallen steeds terug te betalen en wil 24% besparen door geen dure, levensverlengende behandelingen meer terug te betalen voor mensen boven de 85 (zie tabel 4.26). Bij het kwart van de bevolking met de meest negatieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat zijn nog (kleinere) meerderheden voor het terugbetalen van een behandeling voor een zeldzame ziekte (57%) en een levensnoodzakelijke behandeling (60%), maar niet voor de terugbetaling van een hoogtechnologisch hartapparaat (48%). Niet minder dan 52% van hen wil besparen door geen levensverlengende behandelingen meer terug te betalen voor patiënten 85 of ouder.

Tabel 4.27: draagvlak voor rantsoenering naar houding ten opzichte van de verzorgingsstaat

		,00 Moet nooit kunnen en niet bij ouder dan 85 jaar	1,00 Moet altijd kunnen	Totaal	
Een behandeling van een patiënt met een zeer zeldzame ziekte die 50.000 euro kost	1,00 Heel positief	25,8%	74,2%	100,0%	
	2,00 Positief	36,8%	63,2%	100,0%	
	3,00 Negatief	36,6%	63,4%	100,0%	
	4,00 Heel negatief	43,4%	56,6%	100,0%	
	Totaal	35,6%	64,4%	100,0%	
Een hoogtechnologisch hartapparaat inplanten met een totale kost van 50.000 euro	1,00 Heel positief	35,2%	64,8%	100,0%	
	2,00 Positief	48,4%	51,6%	100,0%	
	3,00 Negatief	48,7%	51,3%	100,0%	
	4,00 Heel negatief	52,4%	47,6%	100,0%	
	Totaal	46,2%	53,8%	100,0%	
Een levensnoodzakelijke behandeling die 50.000 euro kost	1,00 Heel positief	23,2%	76,8%	100,0%	
	2,00 Positief	31,7%	68,3%	100,0%	
	3,00 Negatief	31,4%	68,6%	100,0%	
	4,00 Heel negatief	40,0%	60,0%	100,0%	
	Totaal	31,6%	68,4%	100,0%	
		(Helemaal) akkoord	Tussen beide	(Helemaal) niet akkoord	Totaal
Door geen dure levensverlengende behandelingen meer te doen bij mensen boven de 85 jaar	1,00 Heel positief	23,6%	27,6%	48,8%	100,0%
	2,00 Positief	37,8%	30,0%	32,2%	100,0%
	3,00 Negatief	41,8%	29,8%	28,5%	100,0%
	4,00 Heel negatief	52,0%	22,2%	25,9%	100,0%
	Totaal	38,7%	27,4%	33,9%	100,0%

#### 4.4 Besluit

Om de stijging van de kosten van de gezondheidszorg te verklaren, gebruiken de mensen drie verklaringsmodellen. Het eerste groepeert nagenoeg onvermijdelijke kostendrijvers zoals het duurder worden van de geneesmiddelen en therapieën en de vergrijzing. Het tweede verklaringsmodel verwijst naar misbruiken, gaande van woekerwinsten van de medische industrie over verspilling in ziekenhuizen en misbruik door immigranten. Het derde model schrijft de hoge kosten toe aan een gebrek aan rationele aanpak, zoals het

te kwistig voorschrijven van geneesmiddelen of het gebrek aan specialisatie van de ziekenhuizen. Het eerste van deze modellen is het belangrijkste in de zin dat het door een ruime meerderheid van de bevolking als een belangrijke verklaring wordt beschouwd. Misbruik is het tweede belangrijkste verklaringsmodel. De minst verspreide verklaring schrijft de snelle kostenstijging toe aan een gebrek aan rationele organisatie.

Mensen met een negatieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat (die geloven dat de verzorgingsstaat de mensen lui maakt, de competentie ontnemt op eigen benen te staan, de economische groei remt, ...) hanteren in mindere mate de verklaring die naar onvermijdelijke factoren verwijst en zien in grotere mate de oorzaak van de kostenstijging in het gebrek aan rationele organisatie en vooral in misbruik. De laatste verklaring, misbruik, is ook populairder onder oudere mensen en onder mensen die zich in herverdelingskwesaties links opstellen, alsook bij economisch kwetsbare mensen. De verklaring in termen van onvermijdelijke kostendrijvers is populairder bij de hoog- dan bij de laagopgeleiden en vindt minder aanhang bij de Franstaligen dan bij de Nederlandstaligen. Dat laatste komt vooral tot uiting in het gegeven dat de Franstaligen er in mindere mate van overtuigd zijn dat de vergrijzing een factor is die de kosten van de gezondheidszorg doet stijgen.

Het gegeven dat een gebrek aan rationaliteit geen populair verklaringsmodel is voor de hoge en/of stijgende kosten, laat al vermoeden dat rationalisering niet een erg populaire besparingsmaatregel zal zijn. Daarenboven blijkt dat de mensen met een negatieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat de stijgende kost wel in grotere mate toeschrijven aan een gebrek aan rationele organisatie, maar minder dan anderen bereid zijn rationaliserende maatregelen te steunen, omdat zij sterker gehecht zijn aan de grote individuele vrijheid van patiënt en therapeut, die het Belgische gezondheidssysteem kenmerkt. Van de verschillende besparingsmaatregelen die werden voorgelegd zijn er slechts drie met een draagvlak: een betere gegevensuitwisseling en gegevensdeling tussen zorgverstrekkers, steeds de goedkoopste van de gepaste medicamenten en behandelingen voorschrijven en geen dure levensverlengende behandelingen meer te doen bij mensen boven de 85 jaar.

Andere vormen van rationalisering hebben momenteel geen draagvlak. Slechts 27% is voorstander van een specialisatie over ziekenhuizen; 41% is daar tegen. Het uitsluiten van mensen vanaf 85 van zorgen, krijgt meer steun: 37% is daar voorstander van en 35% tegenstander. Men dient er wel rekening mee te houden dat zorgen over therapeutische hardnekkigheid die houding mede beïnvloeden en dat deze misschien niet alleen "ageism" en een mate van hardvochtigheid weergeeft.

In dit hoofdstuk gingen we dieper in op het zwakke draagvlak voor rationalisering. Dat werd gedaan door een aantal concrete voorbeelden te geven. Daaruit bleek dat er enkel een sterk draagvlak is voor het substitutierecht of de substitutieplicht door de apotheker. Voor alle andere maatregelen geldt dat bij de helft van de repondenten verklaart dat ze nog liever meer zouden betalen dan door de rationalisering hun vrijheid of die van hun tharapeut beknot te zien. De Nederlandstaligen tonen zich veel meer voorstander van die rationaliseringsmaatregelen dan de Franstaligen. Mensen die van oordeel zijn dat de gelijkheid in onze samenleving moet toenemen, tonen zich ook groter voorstander van rationalisering.

Het uitsluiten van ouderen – in de vraagstelling ging het om mensen 85 en ouder – van dure zorgen (in de concrete voorbeelden ging het om behandelingen die 50.000 Euro kosten), krijgt meer steun dan verschillende van de voorgelegde rationaliseringsmaatregelen. Tussen de 30 en de 40% van de ondervraagden is, afhankelijk van het concreet voorgelegde geval, voorstander van de uitsluiting van mensen boven de 85. Achtentwintig procent wil zo'n behandeling niet voor mensen boven de 85, ook al is ze levensnoodzakelijk. De voorstanders van uitsluiting zijn talrijker bij de Nederlandstaligen dan bij de Franstaligen en talrijker onder de mensen die veel dan onder de mensen die weinig negatieve effecten van de verzorgingsstaat onderkennen.

## 5 Hoofdstuk 5, Opvattingen over de negatieve gevolgen van de verzorgingsstaat en sociale fraude

### 5.1 Opvattingen over de negatieve gevolgen van de verzorgingsstaat

De houding ten opzichte van de verzorgingsstaat in het algemeen wordt gemeten aan de hand van vijf uitspraken die negatieve effecten van de verzorgingsstaat beschrijven (zie tabel 5.1). Weinig Belgen geloven dat de verzorgingsstaat de economische groei remt. Vijftien procent is het met die stelling eens, 48% verwerpt ze. De andere uitspraken krijgen ongeveer evenveel mensen mee als tegen. Ongeveer een derde van de bevolking is het met die uitspraken eens en ongeveer een derde tegen. Daarop is er een uitzondering. De stelling dat als de uitkeringen niet zo gul zouden zijn, de mensen sneller zouden leren op eigen benen te staan, krijgt de bijval van 41% en wordt verworpen door 30%. Over het algemeen heerst er dus een grote verdeeldheid over de mogelijke negatieve effecten van de verzorgingsstaat. Dat blijkt ook uit de vrij grote categorie die zich niet uitspreekt, die twijfelt over de juistheid van de voorgelegde stelling.

Tabel 5.1: Houding ten opzichte van de sociale zekerheid (in %) van de Belgische bevolking (N=1.996)

	(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord
Veel mensen die van de SZ leven, verdienen het eigenlijk niet	30,9	42,0	27,1
Als sociale uitkeringen niet zo gul zouden zijn, zouden mensen leren om op eigen benen te staan	29,3	29,8	40,9
Onze verzorgingsstaat zorgt ervoor dat mensen lui worden	30,5	36,6	32,8
Onze verzorgingsstaat zorgt ervoor dat mensen niet meer voor zichzelf zorgen	33,7	37,9	28,4
De SZ remt de economische ontwikkeling	47,9	35,8	16,3

Men dient er natuurlijk rekening mee te houden dat deze schaal enkel peilt naar de negatieve gevolgen van de verzorgingsstaat. Als ook naar de positieve gevolgen zou worden gepeild, zou blijken dat deze een grote mate van steun genieten. Dat blijkt uit een onderzoek in het Vlaams Gewest (Elchardus & Spruyt, 2013a) van 2012 (zie tabel 5.2). Grote meerderheden zijn daar van oordeel dat het stelsel van sociale zekerheid iedereen de kans geeft iets van zijn leven te maken en voor iedereen het leven vrijer en aangener maakt.

Tabel 5.2: Houding ten opzichte van positieve gevolgen van de sociale zekerheid (in %) van de Vlaamse bevolking, 2012 (N=2.600)

	(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord
Door het stelsel van SZ wordt maatschappelijke onrust voorkomen	18,5	35,4	46,1
De SZ zorgt ervoor dat grootschalige armoede en ellende vermeden wordt	12,6	22,7	64,7
Door de SZ wordt voor velen het leven vrijer en aangener	8,5	29,5	62,0
Door de SZ krijgt iedereen een kans iets van zijn leven te maken	15,8	32,2	51,8

Toch dient ook te worden vastgesteld dat in het RIZIV-onderzoek bij de Belgische bevolking in 2013 grotere proporties akkoord gaan met de negatieve uitspraken over de verzorgingsstaat dan in het onderzoek van de Socialistische Mutualiteiten in het Vlaams Gewest in 2012 (Elchardus & Spruyt, 2013a). Het is voorlopig niet duidelijk waaraan die verschillen kunnen worden toegeschreven.

De vijf uitspraken waarmee de houding ten opzichte van de verzorgingsstaat hier wordt gemeten, vormen samen een goede schaal (zie tabel 5.3).

Tabel 5.3: Principale componentenanalyse naar de houding ten opzichte van de verzorgingsstaat

Variabelen	Componentlading
Onze VS zorgt ervoor dat mensen lui worden (1-5)	,898
Onze VS zorgt ervoor dat mensen niet meer voor zichzelf zorgen (1-5)	,862
Als sociale uitkeringen niet zo gul zouden zijn, zouden mensen leren om op eigen benen te staan (1-5)	,854
De SZ remt de economische ontwikkeling (1-5)	,753
Veel mensen die van de SZ leven, verdienen het eigenlijk niet (1-5)	,737
Eigenwaarde	3,389
Cronbach's alpha	,880

In termen van de kenmerken waarvoor in dit rapport wordt gecontroleerd, laat de houding ten opzichte van de verzorgingsstaat zich minder goed verklaren ( $R^2=8\%$ ) (zie tabel 5.4).

Tabel 5.4: Lineaire regressieanalyse op negatieve houding omtrent de verzorgingsstaat (N=2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		***
°Franstalig	-,048	*
Woonomgeving (ref.: een landelijke omgeving)		
°Dorpskern	-,028	n.s.
°Stad	-,096	***
Economische positie	,126	***
Sector van tewerkstelling (ref.: zelfstandig)		
°Privésector	-,131	***
°Publieke sector	-,085	***
Opleiding	-,096	***
Mediavorkeur Nederlandstaligen (populair)	,074	***
Mediavorkeur Franstaligen (hoog mediagebruik)	,014	n.s.
Egalitaire houding op de oude breuklijn	-,162	***
°Ooit vervanginkomen ontvangen (ref.: nooit)	-,080	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,076	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ ; n.s. = non significant

Het sterkste effect ( $\beta = -0.16$ ) is dat van de links-rechts-opstelling. Voorstanders van gelijkheid en herverdeling hebben een veel positievere houding ten opzichte van de verzorgingsstaat.

Mensen met een betere economische positie hebben een meer negatieve houding en dat geldt ook voor zelfstandigen in vergelijking met de werknemers uit de privé en de publieke sector.

Naarmate het opleidingsniveau hoger is, is de houding ten opzichte van verzorgingsstaat positiever.

Stedelingen staan ook positiever ten opzichte van de verzorgingsstaat dan mensen die landelijk of in dorpen wonen. Ook mensen die ooit van een vervanginkomen moesten leven, staan positiever ten opzichte van de verzorgingsstaat.

De houding is dan weer negatiever bij Nederlandstaligen met een populaire mediavorkeur. Bij de Franstaligen speelt de mediavorkeur geen rol. De houding ten opzichte van de verzorgingsstaat is ook iets positiever bij Franstaligen dan bij Nederlandstaligen. De verschillen tussen het onderzoek in het Vlaams Gewest in 2012 en bij de Belgische bevolking in 2013 kunnen dus niet worden toegeschreven aan het feit dat in het laatste onderzoek ook de Franstaligen betrokken zijn.

Over de negatieve gevolgen van de verzorgingsstaat is de Belgische bevolking dus sterk verdeeld. Minder geloof in de negatieve effecten van de verzorgingsstaat vindt men vooral bij mensen die zich in het gelijkheidsstreven links opstellen, die een economisch zwakke positie hebben en werknemer zijn. Geloof in negatieve gevolgen vindt men vooral bij mensen die zich in het gelijkheidsstreven rechts opstellen, een economisch sterke positie hebben en zelfstandige zijn.

## 5.2 Sociale fraude en wat ertegen te doen

Bij de meting van de houding ten opzichte van de verzorgingsstaat is gebleken dat 27% van de respondenten van oordeel is dat veel mensen die een uitkering krijgen die eigenlijk niet verdienen en dat 41% vindt dat moesten die uitkeringen niet zo gul zijn, mensen sneller zouden leren op eigen benen te staan. Dergelijke houdingen wijzen op het geloof in sociale fraude.

Via negen uitspraken werd gepeild naar opvattingen betreffende het bestaan van sociale fraude in de gezondheidszorg en de verplichte ziekteverzekering en naar de houding die daartegen zou moeten worden aangenomen (zie tabel 5.5). De stellingen dat er weinig sociale fraude is in de arbeidsongeschiktheid en invaliditeit en dat de controles al streng genoeg zijn, worden verworpen door dubbel zoveel mensen als aanvaard. Met de stelling dat er weinig sociale fraude is gaat 43% niet akkoord en slechts 20% akkoord. 48%

verwerpt de stelling dat de controles nu al streng genoeg zijn en slechts 18% is het daarmee eens.

Tabel 5.5: Mening (in %) van de Belgische bevolking ten opzichte van fraude en misbruik in de gezondheidszorg (N=2.064)

	Hele- maal niet akkoord	Niet akkoord	Tussen beide	Akkoord	Hele- maal akkoord	(Hele- maal) akkoord / (Hele- maal) niet akkoord
De controles zijn nu al streng en ik geloof niet dat veel mensen misbruik kunnen maken van de ziekteverzekering	15,0	33,2	33,6	13,8	4,3	0,4
Misbruik van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit komt volgens mij weinig voor	11,7	31,6	37,2	15,6	3,9	0,5
Ik denk dat veel artsen al te gemakkelijk ziektebriefjes voorschrijven	6,2	20,9	35,6	25,0	12,4	1,4
Ik denk dat veel mensen die een invaliditeitsuitkering krijgen er eigenlijk geen recht op hebben	4,8	19,4	39,8	24,0	11,9	1,5
Ik denk dat veel mensen op ziekteverlof zijn die eigenlijk zouden kunnen werken	2,1	10,8	29,6	42,0	15,5	4,5
Veel mensen staan op de ziekenkas die best zouden kunnen werken	1,8	10,4	32,1	39,5	16,2	4,6
Er zijn onvoldoende controles op misbruiken van de ziekteverzekering	2,8	9,5	26,5	41,1	20,2	5,0
De ziekenfondsen zouden er strenger op moeten toezien dat hun leden geen misbruik maken van de ziekteverzekering	1,2	3,1	16,7	54,0	25,0	18,4
Als mensen betrapt worden op misbruik van de ziekteverzekering zouden ze strenger gestraft moeten worden	,9	3,1	15,6	49,4	31,0	20,3

Met uitspraken die wijzen op het bestaan van fraude en het gebrek aan (streng) controles gaan steeds meer mensen akkoord dan niet akkoord. Zo is 37% van oordeel dat artsen te gemakkelijk ziektebriefjes schrijven en verwerpt 27% die stelling. 36% gelooft dat veel mensen een invaliditeitsuitkering krijgen die dat niet verdienen, en 24% verwerpt die stelling. Bij de 60% gelooft dat veel mensen op ziekteverlof zijn of "op de ziekenkas staan" die eigenlijk zouden kunnen werken, bij de 13% verwerpt die stellingen. 61% is van oordeel dat er onvoldoende controles op misbruiken van de ziekteverzekering zijn, 13% verwerpt die stelling. 79% is van oordeel dat de ziekenfondsen strenger zouden moeten controleren, slechts 4% is het daar niet mee eens. 80% is van oordeel dat als mensen betrapt worden op misbruik van de ziekteverzekering, ze strenger moeten worden gestraft; 4% is het daar niet mee eens.

Het is duidelijk dat een grote tot overweldigende meerderheid van de bevolking van oordeel is dat er een ernstige mate van misbruik van de ziekteverzekering bestaat, dat deze vorm van sociale fraude onvoldoende wordt gecontroleerd en harder zou moeten worden gestraft.

De verschillende opvattingen die worden weergegeven in tabel 5.5 vormen samen een schaal (zie tabel 5.6). Daardoor wordt het mogelijk na te gaan bij wie die houdingen het meest leven.

Tabel 5.6: Principale componentenanalyse naar de mening ten opzichte van fraude en misbruik in de gezondheidszorg

	Component 1
Ik denk dat veel mensen op ziekteverlof zijn die eigenlijk zouden kunnen werken	,774
Veel mensen staat op de ziekenkas die best zouden kunnen werken	,774
Er zijn onvoldoende controles op misbruiken van de ziekteverzekering	,770
Ik denk dat veel mensen die een invaliditeitsuitkering krijgen er eigenlijk geen recht op hebben	,727
De ziekenfondsen zouden er strenger op moeten toezien dat hun leden geen misbruik maken van de ziekteverzekering	,686
Ik denk dat veel artsen al te gemakkelijk ziektebriefjes voorschrijven	,663
De controles zijn nu al streng en ik geloof niet dat veel mensen misbruik kunnen maken van de ziekteverzekering	-,639
Als mensen betrapt worden op misbruik van de ziekteverzekering zouden ze strenger bestraft moet worden	,631
Misbruik van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit komt volgens mij weinig voor	-,474
Eigenwaarde	4,262
Cronbach's alpha	,862

Over het algemeen laat de mate van geloof in sociale fraude in de ziekteverzekering en de roep voor strengere controles en straffen zich goed verklaren (29% van de variatie wordt verklaard). Het geloof in sociale fraude en de roep voor een strenger optreden zijn minder bij mensen die zich op de ene of andere manier in een zwakke positie bevinden: bij mensen met een zwakke gezondheid, mensen met een negatief toekomstbeeld of een kwetsbare economische positie, mensen die ooit van een vervanginkomen moesten leven (zie tabel 5.7). Het geloof in het bestaan van sociale fraude is groter en de roep voor een meer repressief optreden klinkt luider bij economisch meer welvarende mensen. Het geloof in sociale fraude is ook minder bij mensen die mantelzorg verrichten.

Tabel 5.7: Lineaire regressieanalyse naar de houding ten opzichte van fraude en misbruik in de gezondheidszorg (N=2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		***
Slechte gezondheidspositie	-,095	***
Economische positie	,083	***
Negatief toekomstperspectief	-,058	**
°Mantelzorger (ref.: geen mantelzorger)	-,038	*
Negatieve houding ten opzichte van de SZ	,499	***
°Ooit vervanginkomen ontvangen (ref.: nooit)	-,076	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,292	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significant

Veruit de sterkste verklaring heeft de houding ten opzichte van de sociale zekerheid ( $\beta$ =.50). Mensen die geloven dat de verzorgingsstaat de mensen lui maakt, ongemotiveerd om voor zichzelf te zorgen, geloven ook dat er veel sociale fraude is in de ziekteverzekering en zijn van oordeel dat daar veel strenger moet worden tegen

opgetreden. Een dergelijk verband is in zekere zin vanzelfsprekend, maar wijst er tevens op dat het geloof in het bestaan van sociale fraude onderdeel is van een ideologische opstelling.

Als het model in tabel 5.7 geschat wordt zonder de houding ten opzichte van de verzorgingsstaat geeft dat het resultaat zoals in tabel 5.8. Aan de reeds vastgestelde effecten verandert er niet zo veel. Sommige worden sterker. De effecten van de economische positie en het vervanginkomen worden sterker. Mensen in een sterke economische positie hebben meer kans een negatieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat aan te nemen en mensen die ooit van een vervanginkomen moesten leven meer kans een positieve houding aan te nemen. Leeftijd en de houding ten opzichte van gelijkheid blijken dan ook een effect te hebben. Het geloof in het bestaan van sociale fraude neemt toe met de leeftijd en is lager bij mensen die voorstander zijn van een meer gelijke samenleving en van herverdeling.

In tabel 5.9 wordt het verband tussen de houding ten opzichte van de verzorgingsstaat en van sociale fraude in de ziekteverzekering beschreven.

Tabel 5.8: Lineaire regressieanalyse naar de houding ten opzichte van fraude en misbruik in de gezondheidszorg (N=2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		n.s.
Leeftijd	,057	*
Woonomgeving (ref.: een landelijke omgeving)		
° Dorpskern	,018	n.s.
° Stad	-,089	***
Slechte gezondheidspositie	-,106	***
Economische positie	,122	***
Sector van tewerkstelling (ref.: zelfstandig)		
° Privésektor	-,028	n.s.
° Publiekesektor	-,061	*
Negatief toekomstperspectief	-,051	*
° Mantelzorger (ref.: geen mantelzorger)	-,051	*
Egalitaire houding op de oude breuklijn	-,079	***
° Ooit vervanginkomen ontvangen (ref.: nooit)	-,111	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,065	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significant

We zien dat er heel grote verschillen zijn in de opvattingen van de 25% van de bevolking met de meest positieve en de 25% met de meest negatieve opvatting over de verzorgingsstaat. Van de eerste is 30% van oordeel dat er weinig misbruik is en verwerpt 32% die stelling. Van de laatste is 19% van oordeel dat er weinig misbruik is en verwerpt 59% die stelling. Van het kwart van de bevolking met een positieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat meent 26% dat veel mensen "op de ziekenkas staan" die zouden kunnen werken, van het kwart met de meest negatieve houding is niet minder dan 84%

die mening toegedaan. Van het kwart met de meest positieve houding meent 31% dat er onvoldoende controles zijn op misbruiken in de ziekteverzekering, van het kwart met de meest negatieve houding velt 82% dat oordeel. Van het kwart met de meest positieve houding is 64% van oordeel dat de ziekenfondsen strenger zouden moeten toezien op misbruiken van de ziekteverzekering, van het kwart met de meest negatieve houding vindt nagenoeg iedereen, 93%, dat. Het gaat dus steeds om zeer grote verschillen.

Tabel 5.9: Verdeling naar de houding ten opzichte van fraude en misbruik in de gezondheidszorg naar houding ten opzichte van de sociale zekerheid

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Ik denk dat veel artsen al te gemakkelijk ziektebriefjes voorschrijven	1,00 Heel positief	43,6%	32,7%	23,7%	100,0%
	2,00 Positief	27,0%	44,2%	28,8%	100,0%
	3,00 Negatief	18,6%	39,5%	41,8%	100,0%
	4,00 Heel negatief	17,1%	25,2%	57,8%	100,0%
	Totaal	26,9%	35,6%	37,5%	100,0%
Ik denk dat veel mensen op ziekteverlof zijn die eigenlijk zouden kunnen werken	1,00 Heel positief	29,9%	39,1%	31,0%	100,0%
	2,00 Positief	12,1%	35,3%	52,6%	100,0%
	3,00 Negatief	5,0%	25,6%	69,4%	100,0%
	4,00 Heel negatief	4,3%	15,5%	80,3%	100,0%
	Totaal	13,1%	29,3%	57,6%	100,0%
Er zijn onvoldoende controles op misbruiken van de ziekteverzekering	1,00 Heel positief	26,2%	34,8%	39,0%	100,0%
	2,00 Positief	10,7%	32,5%	56,8%	100,0%
	3,00 Negatief	6,3%	24,8%	68,9%	100,0%
	4,00 Heel negatief	4,6%	13,0%	82,4%	100,0%
	Totaal	12,1%	26,6%	61,3%	100,0%
Ik denk dat veel mensen die een invaliditeitsuitkering krijgen er eigenlijk geen recht op hebben	1,00 Heel positief	49,1%	34,5%	16,4%	100,0%
	2,00 Positief	21,6%	52,5%	26,0%	100,0%
	3,00 Negatief	16,7%	42,6%	40,8%	100,0%
	4,00 Heel negatief	7,7%	27,5%	64,8%	100,0%
	Totaal	23,9%	39,7%	36,3%	100,0%
Misbruik van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit komt volgens mij weinig voor	1,00 Heel positief	31,6%	38,3%	30,1%	100,0%
	2,00 Positief	37,2%	47,9%	14,9%	100,0%
	3,00 Negatief	49,5%	37,7%	12,8%	100,0%
	4,00 Heel negatief	58,8%	22,3%	18,9%	100,0%
	Totaal	43,8%	37,0%	19,2%	100,0%
Veel mensen staan op de ziekenkas die best zouden kunnen werken	1,00 Heel positief	32,1%	41,6%	26,3%	100,0%
	2,00 Positief	9,5%	41,1%	49,5%	100,0%
	3,00 Negatief	3,5%	29,8%	66,7%	100,0%
	4,00 Heel negatief	3,2%	12,8%	83,9%	100,0%
	Totaal	12,3%	31,8%	55,9%	100,0%
Als mensen betrappt worden op misbruik van de ziekteverzekering zouden ze strenger gestraft moeten worden	1,00 Heel positief	7,5%	25,1%	67,4%	100,0%
	2,00 Positief	2,9%	20,3%	76,8%	100,0%
	3,00 Negatief	3,0%	11,1%	85,9%	100,0%
	4,00 Heel negatief	0,6%	7,3%	92,1%	100,0%
	Totaal	3,5%	16,3%	80,2%	100,0%
De ziekenfondsen zouden er strenger op moeten toezien dat hun leden geen misbruik maken van de ziekteverzekering	1,00 Heel positief	10,0%	25,8%	64,3%	100,0%
	2,00 Positief	2,5%	21,1%	76,4%	100,0%
	3,00 Negatief	2,0%	13,6%	84,4%	100,0%
	4,00 Heel negatief	1,3%	6,2%	92,5%	100,0%
	Totaal	3,9%	16,9%	79,1%	100,0%
De controles zijn nu al streng en ik geloof niet dat veel mensen misbruik kunnen maken van de ziekteverzekering	1,00 Heel positief	34,3%	38,3%	27,4%	100,0%
	2,00 Positief	39,3%	44,4%	16,3%	100,0%
	3,00 Negatief	58,3%	29,5%	12,2%	100,0%
	4,00 Heel negatief	67,2%	21,3%	11,4%	100,0%
	Totaal	48,9%	34,1%	17,0%	100,0%

Opvallend is echter ook dat als men het kwart van de bevolking met de meest positieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat neemt, men ook bij die groep een vrij groot geloof in het bestaan van fraude en een luide roep voor strengere controles vindt. In die groep vindt men ongeveer evenveel mensen die geloven dat veel mensen op ziekteverlof zijn die eigenlijk niet ziek zijn, of op de ziekenkas staan die eigenlijk zouden kunnen werken als mensen die die stellingen verwerpen. Hetzelfde geldt voor de stelling dat er weinig sociale fraude is. Over die vragen is deze groep perfect verdeeld. En de meerderheid van de mensen die heel positief staan tegen de verzorgingsstaat is toch van oordeel dat er onvoldoende controles op misbruik van de ziekteverzekering staan (39% versus 26% die niet van die mening is), dat de ziekenfondsen strenger zouden moeten controleren (64% versus 10%) en degenen die betraapt worden op misbruik strenger moeten gestraft worden (67% versus 8%).

Tabel 5.10: Verdeling naar de houding ten opzichte van fraude en misbruik in de gezondheidszorg naar gezondheidspositie

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Ik denk dat veel artsen al te gemakkelijk ziektebriefjes voorschrijven	1,00 Heel gezond	17,9%	32,6%	49,6%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	34,1%	39,5%	26,4%	100,0%
	Totaal	26,5%	36,2%	37,3%	100,0%
Ik denk dat veel mensen op ziekteverlof zijn die eigenlijk zouden kunnen werken	1,00 Heel gezond	8,0%	21,3%	70,7%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	18,6%	33,6%	47,7%	100,0%
	Totaal	12,9%	28,5%	58,7%	100,0%
Er zijn onvoldoende controles op misbruiken van de ziekteverzekering	1,00 Heel gezond	8,5%	30,8%	60,7%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	17,3%	32,3%	50,4%	100,0%
	Totaal	12,3%	27,7%	60,0%	100,0%
Ik denk dat veel mensen die een invaliditeitsuitkering krijgen er eigenlijk geen recht op hebben	1,00 Heel gezond	22,4%	37,4%	40,2%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	29,1%	38,7%	32,2%	100,0%
	Totaal	24,8%	39,4%	35,8%	100,0%
Misbruik van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit komt volgens mij weinig voor	1,00 Heel gezond	48,4%	35,1%	16,4%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	37,3%	41,9%	20,8%	100,0%
	Totaal	45,3%	36,8%	17,8%	100,0%
Veel mensen staan op de ziekenkas die best zouden kunnen werken	1,00 Heel gezond	7,6%	30,9%	61,4%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	18,9%	32,0%	49,1%	100,0%
	Totaal	12,2%	31,6%	56,2%	100,0%
Als mensen betraapt worden op misbruik van de ziekteverzekering zouden ze strenger gestraft moeten worden	1,00 Heel gezond	6,3%	12,1%	81,7%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	5,7%	21,8%	72,5%	100,0%
	Totaal	4,1%	16,5%	79,4%	100,0%
De ziekenfondsen zouden er strenger op moeten toezien dat hun leden geen misbruik maken van de ziekteverzekering	1,00 Heel gezond	3,1%	15,2%	81,7%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	5,7%	20,7%	73,6%	100,0%
	Totaal	4,4%	17,6%	78,0%	100,0%
De controles zijn nu al streng en ik geloof niet dat veel mensen misbruik kunnen maken van de ziekteverzekering	1,00 Heel gezond	59,8%	32,1%	8,0%	100,0%
	5,00 Heel ongezond	39,4%	35,7%	24,9%	100,0%
	Totaal	49,7%	34,4%	15,9%	100,0%

Als niet wordt gecontroleerd voor de houding ten opzichte van de verzorgingsstaat, zijn er nog drie andere vrij sterke effecten op de mate waarin men sociale fraude meent te

zien en de mate waarin men strengere controles en straffen wenst. Deze worden in tabellen 5.10 tot en met 5.12 beschreven.

Gezonde mensen (de 20% van de bevolking met de minste gezondheidsproblemen) geloven meer in het bestaan van sociale fraude en wensen een strengere aanpak dan ongezonde mensen (de 20% van de bevolking met de meeste gezondheidsproblemen) (zie tabel 5.10). Met de uitspraak “veel mensen staan op de ziekenkas die eigenlijk zouden kunnen werken” gaat 61% van de 20% meest gezonde mensen akkoord, en 49% van de 20% minst gezonde. Van de laatsten gelooft een kwart dat de controles nu al streng genoeg zijn en dat niet veel mensen misbruik kunnen maken van de ziekteverzekering. Van de 20% meest gezonde mensen gelooft slechts 8% dat.

Naar economische positie werden de respondenten opgedeeld in kwartielen, van de armste tot de meest welstellende 25% (zie tabel 5.11). Het geloof in sociale fraude en de roep voor strengere controles en straffen neemt voor bijna alle uitspraken toe met de welstand. Een gelijkaardig verband zien we in tabel 5.12. Mensen die ooit van een vervanginkomen hebben moeten leven, stellen zich veel milder op wat het bestaan en de repressie van sociale fraude betreft.

Tabel 5.11: Verdeling naar de houding ten opzichte van fraude en misbruik in de gezondheidszorg naar economische positie

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Ik denk dat veel artsen al te gemakkelijk ziektebriefjes voorschrijven	1,00 Arm	34,7%	33,9%	31,4%	100,0%
	2,00 Bescheiden	27,7%	39,8%	32,5%	100,0%
	3,00 Comfortabel	24,9%	36,5%	38,6%	100,0%
	4,00 Welstellend	21,0%	32,4%	46,6%	100,0%
	Totaal	27,1%	35,6%	37,3%	100,0%
Ik denk dat veel mensen op ziekteverlof zijn die eigenlijk zouden kunnen werken	1,00 Arm	17,9%	35,6%	46,4%	100,0%
	2,00 Bescheiden	12,2%	29,3%	58,4%	100,0%
	3,00 Comfortabel	10,2%	30,9%	59,0%	100,0%
	4,00 Welstellend	11,0%	23,1%	65,9%	100,0%
	Totaal	12,9%	29,7%	57,4%	100,0%
Er zijn onvoldoende controles op misbruiken van de ziekteverzekering	1,00 Arm	15,8%	32,1%	52,1%	100,0%
	2,00 Bescheiden	14,2%	28,3%	57,5%	100,0%
	3,00 Comfortabel	11,2%	24,1%	64,8%	100,0%
	4,00 Welstellend	7,6%	21,5%	70,8%	100,0%
	Totaal	12,2%	26,5%	61,4%	100,0%
Ik denk dat veel mensen die een invaliditeitsuitkering krijgen er eigenlijk geen recht op hebben	1,00 Arm	28,7%	42,6%	28,7%	100,0%
	2,00 Bescheiden	24,9%	36,0%	39,0%	100,0%
	3,00 Comfortabel	19,3%	40,4%	40,2%	100,0%
	4,00 Welstellend	22,6%	41,1%	36,4%	100,0%
	Totaal	23,9%	40,1%	36,0%	100,0%
Misbruik van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit komt volgens mij weinig voor	1,00 Arm	34,7%	42,6%	22,8%	100,0%
	2,00 Bescheiden	35,5%	41,3%	23,2%	100,0%
	3,00 Comfortabel	47,7%	34,3%	18,0%	100,0%
	4,00 Welstellend	54,3%	30,9%	14,8%	100,0%
	Totaal	43,2%	37,2%	19,7%	100,0%

Tabel 5.11: Verdeling naar de houding ten opzichte van fraude en misbruik in de gezondheidszorg naar economische positie (vervolg)

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Veel mensen staan op de ziekenkas die best zouden kunnen werken	1,00 Arm	17,4%	34,6%	48,0%	100,0%
	2,00 Bescheiden	12,8%	29,7%	57,5%	100,0%
	3,00 Comfortabel	9,2%	32,8%	58,0%	100,0%
	4,00 Welstellend	9,4%	31,6%	59,0%	100,0%
	Totaal	12,2%	32,2%	55,6%	100,0%
Als mensen betrap worden op misbruik van de ziekteverzekering zouden ze strenger gestraft moeten worden	1,00 Arm	7,2%	20,8%	72,0%	100,0%
	2,00 Bescheiden	4,2%	15,6%	80,2%	100,0%
	3,00 Comfortabel	2,5%	15,8%	81,7%	100,0%
	4,00 Welstellend	1,9%	10,7%	87,3%	100,0%
	Totaal	4,0%	15,7%	80,3%	100,0%
De ziekenfondsen zouden er strenger op moeten toezien dat hun leden geen misbruik maken van de ziekteverzekering	1,00 Arm	7,1%	22,5%	70,4%	100,0%
	2,00 Bescheiden	5,1%	15,0%	80,0%	100,0%
	3,00 Comfortabel	2,5%	17,6%	79,8%	100,0%
	4,00 Welstellend	2,7%	11,6%	85,7%	100,0%
	Totaal	4,3%	16,7%	79,0%	100,0%
De controles zijn nu al streng en ik geloof niet dat veel mensen misbruik kunnen maken van de ziekteverzekering	1,00 Arm	38,2%	36,8%	25,0%	100,0%
	2,00 Bescheiden	37,7%	35,7%	26,6%	100,0%
	3,00 Comfortabel	50,8%	35,0%	14,2%	100,0%
	4,00 Welstellend	64,7%	28,2%	7,2%	100,0%
	Totaal	47,9%	33,9%	18,2%	100,0%

Kortom, een meerderheid gelooft in het bestaan van grootschalige sociale fraude in de ziekteverzekering, acht de bestaande controles onvoldoende, wil strengere controles, is van oordeel dat de ziekenfondsen daarin een meer actieve rol moeten spelen en meent dat degenen die op misbruik worden betrap, strenger gestraft moeten worden. Mensen die veel negatieve effecten van de verzorgingsstaat menen te zien, die gezond zijn, nooit een uitkering nodig hadden en economisch sterk staan, geloven in nog grotere mate in het bestaan van grootschalige sociale fraude en tonen zich een nog groter voorstander van intense controle en strenge straffen.

Tabel 5.12: Verdeling naar de houding ten opzichte van fraude en misbruik in de gezondheidszorg naar ooit een vervanginkomen ontvangen

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Ik denk dat veel artsen al te gemakkelijk ziektebriefjes voorschrijven	,00 Nooit	23,1%	30,3%	46,6%	100,0%
	1,00 Ooit	28,7%	38,5%	32,9%	100,0%
	Totaal	26,9%	35,8%	37,3%	100,0%
Ik denk dat veel mensen op ziekteverlof zijn die eigenlijk zouden kunnen werken	,00 Nooit	11,3%	28,3%	60,4%	100,0%
	1,00 Ooit	13,4%	30,4%	56,3%	100,0%
	Totaal	12,7%	29,7%	57,6%	100,0%
Er zijn onvoldoende controles op misbruiken van de ziekteverzekering	,00 Nooit	9,5%	25,8%	64,7%	100,0%
	1,00 Ooit	13,5%	26,8%	59,7%	100,0%
	Totaal	12,1%	26,5%	61,3%	100,0%
Ik denk dat veel mensen die een invaliditeitsuitkering krijgen er eigenlijk geen recht op hebben	,00 Nooit	22,9%	41,6%	35,5%	100,0%
	1,00 Ooit	24,8%	39,1%	36,1%	100,0%
	Totaal	24,2%	39,9%	35,9%	100,0%
Misbruik van arbeidsongeschiktheid en invaliditeit komt volgens mij weinig voor	,00 Nooit	47,9%	36,3%	15,7%	100,0%
	1,00 Ooit	41,1%	37,5%	21,4%	100,0%
	Totaal	43,3%	37,1%	19,5%	100,0%

Tabel 5.12: Verdeling naar de houding ten opzichte van fraude en misbruik in de gezondheidszorg naar ooit een vervanginkomen ontvangen (vervolg)

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Veel mensen staan op de ziekenkas die best zouden kunnen werken	,00 Nooit	10,3%	32,9%	56,8%	100,0%
	1,00 Ooit	13,0%	31,9%	55,0%	100,0%
	Totaal	12,1%	32,2%	55,6%	100,0%
Als mensen betraapt worden op misbruik van de ziekteverzekering zouden ze strenger gestraft moeten worden	,00 Nooit	3,1%	14,3%	82,6%	100,0%
	1,00 Ooit	4,5%	16,4%	79,1%	100,0%
	Totaal	4,0%	15,7%	80,3%	100,0%
De ziekenfondsen zouden er strenger op moeten toezien dat hun leden geen misbruik maken van de ziekteverzekering	,00 Nooit	3,9%	16,7%	79,4%	100,0%
	1,00 Ooit	4,6%	16,8%	78,6%	100,0%
	Totaal	4,4%	16,8%	78,9%	100,0%
De controles zijn nu al streng en ik geloof niet dat veel mensen misbruik kunnen maken van de ziekteverzekering	,00 Nooit	55,2%	31,9%	12,9%	100,0%
	1,00 Ooit	45,1%	34,5%	20,4%	100,0%
	Totaal	48,4%	33,7%	18,0%	100,0%

### 5.3 De bereidheid bij te dragen

De bereidheid om bij te dragen wordt gemeten door middel van 2 vragen. Uit tabel 5.13 blijkt dat 40% van mening is dat de uitkeringen in geen geval minder mogen worden, ook al betekent dit dat de belastingen stijgen. Een kleine 25% is het daar niet mee eens; de overige 36% spreekt zich daarover niet uit. De voorstanders van een belastingsverhoging om de uitkeringen op peil te houden zijn 1,6 keer talrijker dan de tegenstanders. In een land met een hoge belastingsdruk is dat verbazend, maar het sluit aan bij vaststellingen in andere Europese landen (Roosma et al., 2013). Daar wordt vastgesteld dat hoe steviger de verzorgingsstaat en hoe hoger de belastingsdruk, hoe groter de bereidheid een belastingsverhoging te aanvaarden om de verzorgingsstaat in stand te houden.

De formulering van die vraag laat natuurlijk in het midden wie precies de hogere belastingen gaat betalen. Daarom werd een tweede vraag gesteld, die nagaat of men persoonlijk bereid is meer belastingen te betalen om de uitkeringen op peil te houden. Het aantal positieve antwoorden is hier uiteraard kleiner. In dat geval gaat 25% akkoord en is 40% tegen; 35% spreekt zich ook hier niet uit. Het verschil tussen de 40% die van oordeel is dat iemand hogere belastingen moet betalen en de 25% die bereid is dat zelf te doen, kan ironisch worden bekeken, maar een kwart van de bevolking dat zich bereid verklaart meer belastingen te betalen om de sociale uitkeringen op peil te houden – in een land met een gemiddeld hoge aanslagvoet – getuigt toch wel van een zeer grote gehechtheid aan de verzorgingsstaat. Wat we hier willen onderzoeken is of deze gehechtheid en de bereidheid bij te dragen wordt ondermijnd door het geloof in sociale fraude.

Tabel 5.13: Houding (in %) van de Belgische bevolking ten opzichte van sociale uitkeringen en de bijdrage daartoe (N=2.010)

	Hele- maal niet akkoord	Niet akkoord	Tussen beide	Akkoord	Hele- maal akkoord
Onze sociale uitkeringen mogen in geen geval minder worden, ook al betekent dit dat de belastingen stijgen	5,8	18,8	36,4	29,9	9,1
Ik ben bereid meer belastingen te betalen om de bescherming van de SZ in de toekomst even hoog te houden als nu	11,6	29,0	34,5	19,3	5,5

Om na te gaan wie bereid is om een belastingverhoging toe te staan en wie bereid is zelf meer belasting te betalen, werd de oorspronkelijke variabele gehercodeerd. De eerste groep wil dit niet toestaan of twijfelt. De tweede groep is wel bereid om de belastingen te laten stijgen of om meer zelf bij te dragen.

Tabel 5.14: Logistische regressieanalyse naar de mening van de Belgen over het op peil houden van sociale uitkeringen, ook al betekent dit dat de belastingen stijgen (N=1.874)

	Exp(B)	Sig.
(Constant)	,512	***
°Ooit een vervanginkomen ontvangen (Ref.: nooit)	1,335	**
Egalitaire houding op de oude breuklijn	1,570	***
Nagelkerke R2	,069	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significant

Om na te gaan of de opvattingen of de opvatting over sociale fraude een invloed heeft op de stelling dat de uitkeringen op peil moeten worden gehouden, ook al impliceert dat een belastingverhoging, werd naast de opvatting over sociale fraude gecontroleerd op de economische positie, het opleidingsniveau, of men ooit een vervanginkomen genoot en de houding ten opzichte van gelijkheid. Enkel de houding ten opzichte van gelijkheid en of men zelf ooit een vervanginkomen genoot, hebben een invloed op de positie die men inneemt met betrekking tot een belastingverhoging (zie tabel 5.14). Voorstanders van meer gelijkheid en mensen die ooit zelf een vervanginkomen kregen hebben een veel grotere kans akkoord te gaan met de stelling dat de uitkeringen op peil moeten blijven, ook al betekent dat een verhoging van de belastingen. Het geloof in sociale fraude heeft geen invloed op de positie die men in dit verband inneemt.

Tabel 5.15: Logistische regressieanalyse naar de mening van de Belgen over het op peil houden van sociale uitkeringen, en de bereidheid daarvoor zelf meer belasting te betalen (N=1.881)

	Exp(B)	Sig.
(Constant)	,163	***
Opleiding	1,199	***
Egalitaire houding op de oude breuklijn	1,287	***
Geloof in sociale fraude	,847	**
Nagelkerke R2	,035	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significant

Dezelfde analysewijze werd gevolgd om na te gaan of de opvatting over sociale fraude een invloed heeft op de persoonlijke bereidheid om meer belastingen te betalen om de

sociale uitkeringen op peil te houden (zie tabel 5.15). In dit geval is er een invloed van het opleidingsniveau: hoger opgeleiden zijn in grotere mate bereid hogere belastingen te betalen om de uitkeringen op peil te houden dan laaggeschoolden. Ook hier is er een effect van het egalitarisme. Voorstanders van meer gelijkheid willen ook in grotere mate zelf meer belastingen betalen om aan die gelijkheid bij te dragen. In dit geval is er echter ook een effect van de opvatting over sociale fraude. Mensen die van oordeel zijn dat er veel sociale fraude is in de gezondheidszorg, dat deze onvoldoende wordt gecontroleerd en strenger zou moeten worden bestraft, zijn in mindere mate bereid persoonlijk, via belastingen, bij te dragen aan het op peil houden van de uitkeringen.

Dat verband wordt nader beschreven in tabel 5.16. Van het kwart van de bevolking dat het minste sociale fraude ziet zegt 36% expliciet dat ze niet meer belastingen wil betalen om de uitkeringen op peil te houden, en verklaart 29% dat ze daartoe wel bereid zijn. Van de 25% die veel sociale fraude ziet wil 21% meer belastingen betalen om de uitkeringen op peil te houden en verklaart 53% dat ze daartoe niet bereid zijn. Het is duidelijk dat het geloof in grootschalige sociale fraude de bereidheid bij te dragen aan de verzorgingsstaat doet afnemen, maar zelfs van de mensen die veel sociale fraude menen te zien, blijft één op vijf bereid meer belastingen te betalen om de uitkeringen op peil te houden.

Tabel 5.16: Verdeling van de bereidheid van de Belgen over het op peil houden van sociale uitkeringen, ook al betekent dit dat zij zelf meer balasting dienen te betalen

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Ik ben bereid meer belastingen te betalen om de bescherming van de sociale zekerheid in de toekomst even hoog te houden als nu	1,00 Heel weinig	35,6%	35,6%	28,8%	100,0%
	2,00 Weinig	36,3%	36,9%	26,8%	100,0%
	3,00 Veel	37,7%	39,3%	23,0%	100,0%
	4,00 Heel veel	52,5%	26,9%	20,6%	100,0%
	Totaal	40,7%	34,6%	24,8%	100,0%

## 5.4 Besluit

Als men de houding ten opzichte van de verzorgingsstaat meet aan de hand van mogelijke negatieve gevolgen (het maakt mensen lui, ontnemt hen de competentie voor zichzelf te zorgen, laat toe dat velen een uitkering krijgen die het niet verdienen, remt de economische groei...) dan stelt men vast dat ongeveer een derde van de ondervraagden van oordeel is dat ons stelsel van sociale zekerheid die ongewenste effecten inderdaad heeft. Ongeveer evenveel mensen verwerpen die opvatting en een grote groep twijfelt, is niet zeker, wil zich over die vraag niet meteen uitspreken. Op die manier gemeten, is de bevolking dus verdeeld in haar houding ten opzichte van de verzorgingsstaat, met ongeveer evenveel voor- als tegenstanders. Ander onderzoek wijst uit dat grote

meerderheden akkoord gaan met de positieve gevolgen van de verzorgingsstaat. Over de mate dat zich negatieve gevolgen voordoen is men duidelijk verdeeld. Het geloof in negatieve gevolgen vindt men vooral bij de mensen die zich in verband met het gelijkheidsstreven rechts opstellen, die economisch sterk staan en bij de zelfstandigen.

De verdeeldheid over de mogelijk negatieve gevolgen van de verzorgingsstaat, laat al vermoeden dat heel wat mensen sociale fraude menen te zien. Dat werd nader onderzocht. Een grote meerderheid van de bevolking gelooft in het bestaan van grootschalige sociale fraude in de ziekteverzekering, acht de bestaande controles ontoereikend, wil strengere controles, is van oordeel dat de ziekenfondsen daarin een meer actieve rol moeten spelen en meent dat degenen die op misbruik worden betrapt, strenger gestraft moeten worden. Die houding is sterker aanwezig bij mensen die veel negatieve effecten van de verzorgingsstaat menen te zien, die gezond zijn, nooit een uitkering nodig hadden en economisch sterk staan.

Het geloof in sociale fraude is de manier waarop een negatieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat zich uit en verschijnt ook als de inzet van een ideologische strijd tussen de economisch sterken en gezonden enerzijds, de economisch zwakkere en minder gezonde mensen anderzijds. Doch ook onder de voorstanders van de verzorgingsstaat en onder de economisch zwakkeren is het geloof in sociale fraude en de roep om strengere controles en straffen groot. Ook van de mensen die zelf al ooit een uitkering kregen, is 56% van oordeel dat veel mensen die op ziekteverlof zijn eigenlijk zouden kunnen werken, meent 60% dat de arbeidsongeschiktheid onvoldoende wordt gecontroleerd en 79% dat de straffen op misbruik zwaarder zouden moeten zijn. Gelijkaardige opvattingen vindt men bij het kwart van de bevolking met de zwakste economische positie en bij de 20% van de bevolking met de meeste gezondheidsproblemen. De houding van de grootste voorstanders van de verzorgingsstaat, het kwart van de bevolking met de meest positieve houding, is een beetje milder. Van hen ziet 31% veel mensen die zouden kunnen werken op ziekteverlof, acht 39% de controles te laks en is 67% van oordeel dat misbruiken strenger zouden moeten worden gestraft.

Een meerderheid van de bevolking is duidelijk van oordeel dat het principe van de dubbele solidariteit – voor wat, hoort wat – onvoldoende wordt gerespecteerd, dat er teveel sociale fraude is, onvoldoende of te lakse controles en te lichte straffen op misbruik. Het geloof in het bestaan van grootschalige sociale fraude doet ook afbreuk aan de bereidheid persoonlijk bij te dragen, via een belastingsverhoging, aan het op peil houden van de sociale uitkeringen.

## 6 Hoofdstuk 6, Leefstijl en levenslooptdifferentiatie en uitsluiting

### 6.1 Levenslooptdifferentiatie

Zes procent van de respondenten van oordeel is dat mensen die meer ziek zijn ook meer zouden moeten bijdragen aan de verplichte ziekteverzekering. Zij verkiezen die oplossing boven een gelijke bijdrage voor iedereen en boven het principe dat de economisch sterkste schouders de zwaarste lasten dragen (zie hoofdstuk 9). Zij zijn dus heel sterk voorstander van wat we levenslooptdifferentiatie zullen noemen: de opvatting dat de hoogte van de premies of de hoogte van de terugbetaling dient te worden aangepast aan het risico of de incidentie van ziekte en ongevallen, ook in het geval dat deze niet aan een persoonlijke keuze kunnen worden toegeschreven. De houding ten opzichte van levenslooptdifferentiatie werd nader gemeten door de respondenten vijf verschillende uitspraken voor te leggen (zie tabel 6.1).

Tabel 6.1: verdeling (in %) van het draagvlak voor levenslooptdifferentiatie onder de Belgen (N=2.074)

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Tussen beide	Akkoord	Helemaal akkoord	(Hele- maal) akkoord / (Hele- maal) niet akkoord
Mensen van wie genetisch is vastgesteld dat ze in de toekomst een ernstige ziekte zullen krijgen, zouden meer moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	34,4	50,3	9,7	3,4	2,1	0,07
Ouderen zijn vaker ziek en zouden dus meer moeten bijdragen aan de ziekteverzekering dan jongeren	29,2	47,3	12,6	7,4	3,5	0,14
Jonge, gezonde mensen zouden minder moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	23,8	46,3	15,7	10,8	3,4	0,20
Mensen die al veel of lang ziek zijn geweest zouden een hogere bijdrage moeten betalen aan de ziekteverzekering	26,3	47,3	14,0	8,4	4,0	0,17
Sommige beroepen zijn gevaarlijk, daarom moeten mensen die deze beroepen uitoefenen meer bijdragen aan de verzekering voor arbeidsongeschiktheid	23,9	42,8	14,9	14,5	4,0	0,28

Zoals de 6% die resoluut voor levenslooptdifferentiatie van de premie opteerde al laat vermoeden, is de steun voor levenslooptdifferentiatie niet groot. Hij varieert wel, afhankelijk van het specifieke geval dat aan de respondenten wordt voorgelegd (zie tabel 6.1). Als het hogere risico op ziekte het gevolg is van het genotype, en dus zeker niet aan een persoonlijke keuze kan worden toegeschreven, opteert 6% voor premiedifferentiatie. Als het risico op ziekte een gevolg is van de leeftijd loopt dat

percentage al op tot 11%. "Ageism", een negatieve, discriminerende houding ten opzichte van bepaalde leeftijdsgroepen, speelt hier duidelijk een rol. De steun voor dat soort differentiatie neemt nog toe als de stelling niet wordt geformuleerd in termen van ouderen die meer moeten betalen, maar in termen van jongeren die minder moeten betalen. In dat geval is 14% voorstander van de levenslooptdifferentiatie. Dit is ook de reden waarom privéverzekeringen die aan premiedifferentiatie doen, deze altijd voorstellen als een bonus voor bepaalde groepen: mensen die niet roken en gezond leven moeten minder betalen; nooit wordt gezegd dat rokers en mensen die ongezond leven meer moeten betalen. Hoewel het logisch om equivalente uitspraken gaat, kan de ene toch op meer steun rekenen dan de andere.

Als los van andere kenmerken verwezen wordt naar mensen die al veel of lang ziek zijn geweest, is de steun voor premiedifferentiatie 12%.

In het geval de hogere risico's een gevolg zijn van het beroep neemt de steun sterk toe tot 19%. In dat laatste geval zijn een aantal respondenten denkkelijk van oordeel dat de keuze van beroep al een persoonlijke keuze is, zodat dit voorbeeld zowel past bij levensloop- als bij leefstijldifferentiatie waarop we aanstonds nader ingaan. Maar ook als het buiten beschouwing wordt gelaten, blijkt de steun voor levenslooptdifferentiatie, afhankelijk van de formulering van het voorbeeld en de aard van het specifieke voorbeeld, te variëren tussen de 6 en de 14%. Het gaat dus om een niet te verwaarlozen groep die voor een dergelijke differentiatie zou opteren. De tegenstanders van een dergelijke maatregel zijn, afhankelijk van het specifieke voorbeeld, echter steeds vijf tot tien keer zo talrijk als de voorstanders.

De vijf uitspraken waarmee de houding ten opzichte van levenslooptdifferentiatie werd gemeten, vormen een heel goede schaal (zie tabel 6.2). Een hoge waarde op die schaal betekent dat men voorstander is van levenslooptdifferentiatie.

Tabel 6.2: factoranalyse naar het draagvlak voor levenslooptdifferentiatie

	Component 1
Mensen die al veel of lang ziek zijn geweest zouden een hogere bijdrage moeten betalen aan de ziekteverzekering	,838
Sommige beroepen zijn gevaarlijk, daarom moeten mensen die deze beroepen uitoefenen meer bijdragen aan de verzekering voor arbeidsongeschiktheid	,775
Ouderen zijn vaker ziek en zouden dus meer moeten bijdragen aan de ziekteverzekering dan jongeren	,762
Mensen van wie genetisch is vastgesteld dat ze in de toekomst een ernstige ziekte zullen krijgen, zouden meer moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	,708
Jonge, gezonde mensen zouden minder moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	,646
Eigenwaarde	3,228
Cronbach's Alpha	,861

De variatie op die schaal kan betrekkelijk goed ( $R^2=16\%$ ) worden verklaard (zie tabel 6.3). De steun voor levenslooptdifferentiatie neemt heel sterk af met de leeftijd ( $\beta=0,28$ ), wat niet verwonderlijk is aangezien "ageism" en het differentiëren van de premie naar leeftijd een belangrijk element van die houding vormt. De steun voor dat soort differentiatie is ook groter naarmate de houding ten opzichte van de verzorgingsstaat negatiever is ( $\beta=0,20$ ). Verder vindt deze vorm van differentiatie meer steun bij Franstaligen dan bij Nederlandstaligen, meer bij zelfstandigen dan bij werknemers en meer bij mensen die weinig internet gebruiken. Minder steun komt van mensen die willen streven naar meer gelijkheid en herverdeling.

Tabel 6.4: Lineaire regressieanalyse naar het draagvlak voor levenslooptdifferentiatie (N=2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		***
Leeftijd	-,277	***
°Franstalig (ref.: Nederlandstalig)	,154	***
Woonomgeving (ref.: een landelijke omgeving)		
°Dorpskern	,051	*
°Stad	,059	*
Sector van tewerkstelling (ref.: zelfstandig)		
°Privésector	-,107	***
°Publiekesector	-,098	***
Opleiding	-,111	***
Mediavorkeur Nederlandstaligen (populair)	,020	n.s.
Mediavorkeur Franstaligen (hoog mediagebruik)	,042	*
Laag internetgebruik	,081	***
Negatieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat	,197	***
Egalitaire houding op de oude breuklijn	-,075	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,160	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ ; n.s. = non significant

De sterkste effecten zijn die van de leeftijd, de sector van tewerkstelling, de houding ten opzichte van de verzorgingsstaat en de taalgemeenschap. Deze worden nu verder in tabellen 6.4 tot en met 6.7 nader beschreven. Ongeacht de uitspraak is de steun voor levenslooptdifferentiatie altijd groter bij jonge mensen dan bij oudere mensen. Het verschil tekent zich vooral af tussen mensen onder de 35 en boven de 55. Het is nogal vanzelfsprekend dat men dergelijke verschillen vindt voor uitspraken waar expliciet naar de leeftijd wordt verwezen. Zo vinden 12% van de mensen onder de 25 en 17% van degenen tussen 26 en 35 dat ouderen meer zouden moeten bijdragen, terwijl slechts bij de 8% van de mensen boven de 55 die stelling inneemt. De idee dat jongeren minder zouden moeten bijdragen, krijgt de steun van 27% van de jongeren onder de 25 en 20% van de mensen tussen de 26 en de 35, terwijl bij de 8% van de 55-plussers dat standpunt onderschrijven. Toch tekenen dergelijke verschillen zich niet enkel af als expliciet naar de leeftijd wordt verwezen. De stelling dat mensen die al veel of lang ziek zijn geweest een hogere bijdrage moeten betalen, krijgt de steun van 20% van de mensen onder de vijfentwintig, 17% van de mensen tussen zesentwintig en vijfendertig

en 19% van de mensen tussen zesendertig en vijfenvertig; slechts 6% van de mensen boven de vijfenvijftig steunt dat idee. Het is ook wel opmerkelijk dat 9% van de mensen tussen 66 en 75 van oordeel zijn dat ouderen meer zouden moeten bijdragen aan de verplichte verzekering omdat zij vaker ziek zijn.

Tabel 6.4: Draagvlak voor levenslooptdifferentiatie naar leeftijd

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Mensen die al veel of lang ziek zijn geweest zouden een hogere bijdrage moeten betalen aan de ziekteverzekering	1,00 18 tot 25 jaar	61,5%	18,9%	19,6%	100,0%
	2,00 26 tot 35 jaar	63,5%	19,0%	17,4%	100,0%
	3,00 36 tot 45 jaar	66,2%	15,2%	18,6%	100,0%
	4,00 46 tot 55 jaar	75,8%	13,0%	11,2%	100,0%
	5,00 56 tot 65 jaar	82,8%	10,9%	6,3%	100,0%
	6,00 66 tot 75 jaar	83,5%	10,2%	6,3%	100,0%
	Totaal	73,6%	14,0%	12,4%	100,0%
Sommige beroepen zijn gevaarlijk, daarom moeten mensen die deze beroepen uitoefenen meer bijdragen aan de verzekering voor arbeidsongeschiktheid	1,00 18 tot 25 jaar	58,2%	20,5%	21,3%	100,0%
	2,00 26 tot 35 jaar	55,4%	16,3%	28,2%	100,0%
	3,00 36 tot 45 jaar	58,0%	16,3%	25,7%	100,0%
	4,00 46 tot 55 jaar	74,6%	12,2%	13,2%	100,0%
	5,00 56 tot 65 jaar	76,1%	12,2%	11,7%	100,0%
	6,00 66 tot 75 jaar	69,8%	14,1%	16,1%	100,0%
	Totaal	66,6%	14,9%	18,5%	100,0%
Ouderen zijn vaker ziek en zouden dus meer moeten bijdragen aan de ziekteverzekering dan jongeren	1,00 18 tot 25 jaar	65,8%	22,2%	12,0%	100,0%
	2,00 26 tot 35 jaar	64,7%	17,9%	17,3%	100,0%
	3,00 36 tot 45 jaar	69,9%	15,8%	14,4%	100,0%
	4,00 46 tot 55 jaar	79,9%	11,4%	8,7%	100,0%
	5,00 56 tot 65 jaar	84,7%	7,5%	7,8%	100,0%
	6,00 66 tot 75 jaar	85,3%	6,2%	8,6%	100,0%
	Totaal	76,4%	12,6%	11,0%	100,0%
Mensen van wie genetisch is vastgesteld dat ze in de toekomst een ernstige ziekte zullen krijgen, zouden meer moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	1,00 18 tot 25 jaar	80,4%	14,2%	5,5%	100,0%
	2,00 26 tot 35 jaar	81,5%	11,1%	7,3%	100,0%
	3,00 36 tot 45 jaar	80,7%	11,7%	7,6%	100,0%
	4,00 46 tot 55 jaar	86,3%	8,8%	5,0%	100,0%
	5,00 56 tot 65 jaar	88,9%	7,8%	3,3%	100,0%
	6,00 66 tot 75 jaar	87,6%	6,8%	5,6%	100,0%
	Totaal	84,8%	9,7%	5,6%	100,0%
Jonge, gezonde mensen zouden minder moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	1,00 18 tot 25 jaar	49,8%	23,3%	26,9%	100,0%
	2,00 26 tot 35 jaar	57,9%	21,9%	20,3%	100,0%
	3,00 36 tot 45 jaar	66,0%	15,8%	18,2%	100,0%
	4,00 46 tot 55 jaar	74,4%	15,8%	9,8%	100,0%
	5,00 56 tot 65 jaar	81,7%	11,3%	7,0%	100,0%
	6,00 66 tot 75 jaar	80,7%	10,1%	9,2%	100,0%
	Totaal	70,1%	15,7%	14,1%	100,0%

Zoals blijkt uit tabel 6.5 tonen de zelfstandigen zich grotere voorstanders van levenslooptdifferentiatie dan werknemers. De grootste verschillen tekenen zich af voor de stellingen dat mensen die veel ziek zijn en mensen die genetisch belast zijn meer moeten betalen en jongeren minder moeten betalen. Mensen die genetisch belast zijn, zouden volgens 9% van de zelfstandigen, 5% van de werknemers van de privésector en 3% van de werknemers van de publieke sector, meer moeten bijdragen.

Volgens 20% van de Franstaligen zouden mensen die veel ziek zijn meer moeten bijdragen; slechts 7% van de Nederlandstaligen neemt dat standpunt in (zie tabel 6.6). 16% van de Franstaligen en 8% van de Nederlandstaligen is van oordeel dat ouderen meer zouden moeten bijdragen. Genetisch belaste mensen zouden volgens 7% van de Franstaligen en 5% van de Nederlandstaligen hogere bijdragen moeten betalen. Jonge mensen zouden volgens 16% van de Franstaligen en 12% van de Nederlandstaligen lagere bijdragen moeten betalen.

Tabel 6.5: Draagvlak voor levenslooptdifferentiatie naar sector van tewerkstelling

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Mensen die al veel of lang ziek zijn geweest zouden een hogere bijdrage moeten betalen aan de ziekteverzekering	1,00 Als zelfstandige	73,8%	12,9%	13,3%	100,0%
	2,00 Bij de overheid	78,4%	12,2%	9,3%	100,0%
	3,00 In de privésector	75,2%	14,8%	10,0%	100,0%
	Totaal	75,2%	13,8%	10,9%	100,0%
Sommige beroepen zijn gevaarlijk, daarom moeten mensen die deze beroepen uitoefenen meer bijdragen aan de verzekering voor arbeidsongeschiktheid	1,00 Als zelfstandige	67,8%	14,9%	17,4%	100,0%
	2,00 Bij de overheid	71,6%	13,5%	14,9%	100,0%
	3,00 In de privésector	69,0%	13,7%	17,2%	100,0%
	Totaal	68,9%	14,3%	16,9%	100,0%
Ouderen zijn vaker ziek en zouden dus meer moeten bijdragen aan de ziekteverzekering dan jongeren	1,00 Als zelfstandige	81,1%	7,6%	11,3%	100,0%
	2,00 Bij de overheid	79,8%	13,1%	7,1%	100,0%
	3,00 In de privésector	78,7%	10,9%	10,3%	100,0%
	Totaal	78,6%	11,1%	10,3%	100,0%
Mensen van wie genetisch is vastgesteld dat ze in de toekomst een ernstige ziekte zullen krijgen, zouden meer moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	1,00 Als zelfstandige	82,0%	8,8%	9,2%	100,0%
	2,00 Bij de overheid	87,3%	9,8%	2,9%	100,0%
	3,00 In de privésector	86,3%	8,9%	4,8%	100,0%
	Totaal	85,4%	9,3%	5,3%	100,0%
Jonge, gezonde mensen zouden minder moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	1,00 Als zelfstandige	71,6%	11,5%	16,9%	100,0%
	2,00 Bij de overheid	73,9%	15,5%	10,6%	100,0%
	3,00 In de privésector	71,0%	15,2%	13,8%	100,0%
	Totaal	71,4%	14,8%	13,8%	100,0%

Van het kwart van de mensen met de meest positieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat is 7% van oordeel dat mensen die veel ziek zijn meer zouden moeten bijdragen, van het kwart met de meest negatieve houding is dat 18%. Van de eerste is 6% van oordeel dat ouderen meer zouden moeten bijdragen, van de tweeden 17%. Volgens 3% van de eersten moeten genetisch belaste mensen meer bijdragen; van de laatsten is 7% die mening toegedaan. Volgens 9% van de voorstanders van de verzorgingsstaat zouden jongeren minder moeten bijdragen, terwijl 21% van de tegenstanders van de verzorgingsstaat dat standpunt innemen.

Tabel 6.6: Draagvlak voor levenslooptdifferentiatie naar taalgemeenschap

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Mensen die al veel of lang ziek zijn geweest zouden een hogere bijdrage moeten betalen aan de ziekteverzekering	,00 Nederlandstalig	80,1%	12,8%	7,2%	100,0%
	1,00 Franstalig	64,4%	15,9%	19,7%	100,0%
	Totaal	73,5%	14,1%	12,4%	100,0%
Sommige beroepen zijn gevaarlijk, daarom moeten mensen die deze beroepen uitoefenen meer bijdragen aan de verzekering voor arbeidsongeschiktheid	,00 Nederlandstalig	72,3%	14,4%	13,3%	100,0%
	1,00 Franstalig	58,9%	15,6%	25,5%	100,0%
	Totaal	66,7%	14,9%	18,4%	100,0%
Ouderen zijn vaker ziek en zouden dus meer moeten bijdragen aan de ziekteverzekering dan jongeren	,00 Nederlandstalig	83,4%	9,1%	7,6%	100,0%
	1,00 Franstalig	67,0%	17,4%	15,6%	100,0%
	Totaal	76,5%	12,6%	11,0%	100,0%
Mensen van wie genetisch is vastgesteld dat ze in de toekomst een ernstige ziekte zullen krijgen, zouden meer moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	,00 Nederlandstalig	87,0%	8,2%	4,8%	100,0%
	1,00 Franstalig	81,6%	11,7%	6,6%	100,0%
	Totaal	84,7%	9,7%	5,6%	100,0%
Jonge, gezonde mensen zouden minder moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	,00 Nederlandstalig	72,1%	15,6%	12,3%	100,0%
	1,00 Franstalig	67,4%	16,0%	16,6%	100,0%
	Totaal	70,1%	15,7%	14,1%	100,0%

Tabel 6.7: Draagvlak voor levenslooptdifferentiatie naar houding ten opzichte van de verzorgingsstaat

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Mensen die al veel of lang ziek zijn geweest zouden een hogere bijdrage moeten betalen aan de ziekteverzekering	1,00 Heel positief	85,7%	7,0%	7,2%	100,0%
	2,00 Positief	76,3%	14,9%	8,8%	100,0%
	3,00 Negatief	69,8%	15,1%	15,1%	100,0%
	4,00 Heel negatief	59,4%	22,4%	18,3%	100,0%
	Totaal	73,1%	14,8%	12,1%	100,0%
Sommige beroepen zijn gevaarlijk, daarom moeten mensen die deze beroepen uitoefenen meer bijdragen aan de verzekering voor arbeidsongeschiktheid	1,00 Heel positief	78,1%	9,4%	12,4%	100,0%
	2,00 Positief	67,4%	16,7%	15,9%	100,0%
	3,00 Negatief	58,1%	21,1%	20,8%	100,0%
	4,00 Heel negatief	59,6%	15,1%	25,4%	100,0%
	Totaal	66,1%	15,4%	18,4%	100,0%
Ouderen zijn vaker ziek en zouden dus meer moeten bijdragen aan de ziekteverzekering dan jongeren	1,00 Heel positief	83,6%	10,9%	5,5%	100,0%
	2,00 Positief	77,6%	13,1%	9,3%	100,0%
	3,00 Negatief	76,5%	14,0%	9,5%	100,0%
	4,00 Heel negatief	68,1%	14,8%	17,1%	100,0%
	Totaal	76,5%	13,2%	10,4%	100,0%
Mensen van wie genetisch is vastgesteld dat ze in de toekomst een ernstige ziekte zullen krijgen, zouden meer moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	1,00 Heel positief	91,7%	5,1%	3,2%	100,0%
	2,00 Positief	86,1%	8,2%	5,7%	100,0%
	3,00 Negatief	79,9%	14,3%	5,8%	100,0%
	4,00 Heel negatief	79,4%	13,5%	7,1%	100,0%
	Totaal	84,5%	10,0%	5,4%	100,0%
Jonge, gezonde mensen zouden minder moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	1,00 Heel positief	79,1%	11,8%	9,0%	100,0%
	2,00 Positief	74,0%	14,4%	11,6%	100,0%
	3,00 Negatief	63,2%	21,9%	14,9%	100,0%
	4,00 Heel negatief	61,2%	17,5%	21,3%	100,0%
	Totaal	69,8%	16,1%	14,1%	100,0%

## 6.2 Leefstijldifferentiatie

Het verschil tussen levensloop- en leefstijldifferentiatie heeft te maken met de mate waarin het risico kan worden beschouwd als een gevolg van eigen keuze, gedrag of leefstijl. De mate waarin dat het geval is, is geen vaststaand gegeven. De opvattingen daarover veranderen. In tabel 6.8 wordt via vijf uitspraken gepeild naar de opvatting over leefstijldifferentiatie.

Tabel 6.8: verdeling (in %) van het draagvlak voor leefstijldifferentiatie onder de Belgen (N=2.086)

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Tussen beide	Akkoord	Helemaal akkoord	(Hele- maal) akkoord / (hele- maal) niet akkoord
Mensen die gezond leven door bv. te letten op hun voeding, worden minder ziek en zouden daarom minder moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	19,8	41,3	19,4	15,2	4,2	0,32
Men zou iedereen elk jaar moeten testen op alcoholgebruik, roken, overgewicht en cholesterol. Mensen die in goede conditie zijn zouden minder moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	19,5	35,9	23,3	15,4	5,9	0,39
Mensen die geen alcohol gebruiken zouden een lagere bijdrage moeten betalen aan de ziekteverzekering	14,2	36,0	24,4	19,0	6,4	0,50
Mensen die niet roken zouden een lagere bijdrage moeten betalen	12,3	29,5	20,2	27,2	10,8	0,91
Mensen die gevaarlijke sporten beoefenen, met een hoog risico op blessures, zouden een hogere bijdrage aan de ziekteverzekering moeten betalen	10,9	25,2	20,8	33,7	9,5	1,20

Voor leefstijldifferentiatie is er duidelijk meer steun dan voor levenslooptdifferentiatie. Negentien procent is van oordeel dat mensen die gezond leven minder zouden moeten bijdragen. 21% is er voorstander van mensen op hun fysieke conditie te toetsen en degenen die in goede conditie zijn, minder te laten bijdragen (een procedure die door een aantal Amerikaanse privéverzekeraars al wordt gebruikt). 25% is van oordeel dat niet-rokers minder zouden moeten bijdragen en 28% dat mensen die geen alcohol gebruiken minder zouden moeten bijdragen. Heel groot is de steun voor premiedifferentiatie voor mensen die gevaarlijke sporten beoefenen. 43% is van oordeel dat zij meer zouden moeten bijdragen. In dit laatste geval zijn de voorstanders van differentiatie talrijker dan de tegenstanders (36%). In het geval van rokers zijn die groepen nagenoeg even groot. Voor de andere voorbeelden zijn de tegenstanders twee tot drie keer talrijker dan de voorstanders.

De opvattingen over leefstijldifferentiatie werden ook getoetst door de respondenten een aantal heel concrete gevallen voor te leggen, en te vragen of de kosten van de

verzorging van deze mensen door de verplichte ziekteverzekering moeten worden gedragen (zie tabel 6.9). In die gevallen gaat het dus niet meer om premiedifferentiatie, maar om differentiatie van de terugbetaling.

Tabel 6.9: Verdeling (in %) van het draagvlak voor leefstijldifferentiatie onder de Belgen (N=2.086)

	Neen, zeker niet	Eerder niet	Tussen beide	Eerder wel	Ja, zeker wel
Monica zont graag, maar gebruikt geen zonnecrème of alleen zonnecrème die te zwakke bescherming biedt. Zij krijgt huidkanker. Moeten de kosten voor haar verzorging worden terugbetaald zoals bij iedereen?	4,5	13,3	31,6	31,8	18,8
Frank houdt van eten, maar eet vaak veel meer dan nodig en vaak vettig en ongezond. Ook doet hij nauwelijks aan lichaamsbeweging. Als gevolg van dit alles is hij zwaarlijvig. De dokter heeft hem reeds meerdere malen gezegd gezonder te eten en aan sport te doen. Frank volgde die raad niet op. Nu ligt hij in het ziekenhuis ten gevolge van een hartinfarct. Moet het ziekenfonds de kosten van zijn verzorging terugbetalen zoals bij iedereen?	5,5	17,0	32,0	27,8	17,7
Nathalie krijgt AIDS omdat zij er een onvoorzichtige en losbandige seksuele leefstijl op nahoudt. Moet het ziekenfonds de kosten van haar verzorging terugbetalen zoals bij iedereen?	9,6	18,8	26,1	27,4	18,1
Koen is een verstokte roker. Hij heeft last van zijn longen, werd door zijn dokter herhaaldelijk gezegd te stoppen met roken. Hij doet dat niet en krijgt longkanker. Moet het ziekenfonds de kosten voor zijn verzorging terugbetalen?	9,6	19,5	29,4	21,9	19,6
Luc rijdt met zijn motor zonder helm omdat hij een helm dragen belachelijk vindt. Hij heeft een ongeluk waarbij hij zwaar gewond raakt aan het hoofd en blind is voor de rest van zijn leven. Heeft hij recht op een invaliditeitsuitkering?	9,6	20,0	28,5	25,3	16,5
Kim duikt zoals elke week het nachtleven in. Zij neemt drugs en drinkt een paar glazen alcohol. Om zes uur 's morgens besluit ze naar huis te rijden. Ze verliest de controle over het stuur en rijdt tegen een boom met als gevolg dat ze in coma ligt. Moet het ziekenfonds de kosten van haar verzorging terugbetalen zoals bij iedereen?	13,8	23,0	26,6	21,3	15,2

Als de vragen in het algemeen worden gesteld, zoals in tabel 6.8, varieert de voorkeur voor premiedifferentiatie naar leefstijl van 19 tot 28%, met de uitschieter voor de gevaarlijke sporten waarvoor 43% instemt een premiedifferentiatie. Als de vragen concreet worden gesteld, met betrekking tot concrete personen, varieert de instemming met differentiële terugbetaling van 18 tot 37%. De beide soorten vragen leiden dus naar gelijkaardige resultaten. Een kwart tot een derde van de Belgen is te vinden voor differentiatie van premie of terugbetaling op basis van leefstijl. De steun voor zo'n maatregelen is groter als die leefstijl volgens courante normen laakbaar is (een ongeluk ten gevolge van alcohol- en druggebruik, bijvoorbeeld), maar ook in die gevallen waar al veel nadruk werd gelegd op het verband tussen gedrag en risico, zoals bij roken en roekeloos vrijen.

Om na te gaan hoe mensen reageren als de betrokken persoon een naaste is, werd ook een vraag gesteld, toegespitst op het eigen kind of de eigen partner: "Uw kind of partner moet naar aanleiding van hartproblemen een hartoperatie ondergaan. Hij of zij lijdt aan overgewicht wat mede de oorzaak is van zijn/haar aandoening. Kunt u voor elke uitspraak aangeven in welke mate u ermee akkoord gaat?". Dan werden verschillende antwoordmogelijkheden aangeboden (zie tabel 6.10).

Tabel 6.10: Verdeling (in %) van het draagvlak voor leefstijldifferentiatie onder de Belgen indien het het eigen kind of partner betreft (N=1.948)

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Tussen beide	Akkoord	Helemaal akkoord
De ziekteverzekering betaalt vanwege het overgewicht van mijn kind/partner minder terug dan normaal	32,8	41,0	15,9	8,3	2,0
De ziekteverzekering betaalt deze operatie terug maar komt nadien niet meer tussen bij aandoeningen te wijten aan overgewicht zolang mijn kind/partner overgewicht heeft	26,0	32,1	23,5	15,1	3,4
De ziekteverzekering moet de medische kosten voor de operatie van mijn kind/partner terugbetalen	3,3	5,6	15,8	48,1	27,3

In dit geval is 75% van oordeel dat de operatie moet worden terugbetaald, maar 9% vindt van niet en 16% is onbeslist. Met een verminderde terugbetaling gaat 10% akkoord en 74% niet, terwijl eveneens 16% onbeslist blijft. Het voorstel de operatie nog een keer terug te betalen, maar geen tweede keer als het probleem van de obesitas aanhoudt, krijgt de steun van 19%, wordt verworpen door 58%, bij 24% onbeslist. De 75% die van oordeel is dat de ingreep wel moet worden terugbetaald, is meer dan de 46% die in het geval van Frank (zie tabel 6.9) wil terugbetalen zoals bij iedereen, maar is toch een laag percentage gegeven de verwijzing naar het eigen kind of de eigen partner. Ook in dat geval is bij een kwart van de mensen voor de ene of andere vorm van differentiatie naar leefstijl.

De houding ten opzichte van leefstijldifferentiatie werd op verschillende manieren gemeten, via algemene uitspraken en via concrete cases. Samen werden dertien uitspraken die naar die houding peilen aan de bevolking voorgelegd. Deze vormen samen een uitstekende schaal (zie tabel 6.11). Hoe hoger de score op die schaal, hoe meer mensen voorstander zijn van leefstijldifferentiatie.

Die houding laat zich vrij goed verklaren ( $R^2=17\%$ ) in termen van een beperkt aantal van de hier beschouwde achtergrondkenmerken (zie tabel 6.12).

Mensen met een negatieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat zijn veel grotere voorstanders van leefstijldifferentiatie ( $\beta=.35$ ). Het gaat om mensen die van oordeel zijn dat de verzorgingsstaat mensen lui en onverantwoordelijk maakt en het is

daarom evident dat zij ook van oordeel zijn dat de arrangementen van de verzorgingsstaat zo zouden moeten zijn dat zij mensen verantwoordelijk stellen voor de wijze waarop zij leven. Er is ook een sterk effect van de leefstijl zelf. Mensen die ongezond leven zijn in veel mindere mate voorstander van leefstijldifferentiatie ( $\beta = -.19$ ). Mannen zijn ook veel meer voorstander van die differentiatie dan vrouwen ( $\beta = .11$ ). Mensen met een negatief toekomstbeeld zijn in mindere mate voorstander en Nederlandstaligen zijn meer voorstander dan Franstaligen. De sterkste effecten zijn die van de houding ten opzichte van de verzorgingsstaat, het geslacht en de eigen leefstijl. Deze worden nader beschreven.

Mannen opteren steeds in grotere mate voor differentiële premie of differentiële terugbetaling dan vrouwen (tabel 6.13), hoewel de verschillen niet voor al de specifiek voorgelegde gevallen hetzelfde zijn. Afhankelijk van het specifiek voorgelegde geval, opteert 17 tot 45% van de mannen voor leefstijldifferentiatie en 15 tot 35% van de vrouwen.

Tabel 6.11: Principale Componentenanalyse naar het draagvlak voor leefstijldifferentiatie

	Component 1
Frank houdt van eten, maar eet vaak veel meer dan nodig en vaak vetzig en ongezond. Ook doet hij nauwelijks aan lichaamsbeweging. Als gevolg van dit alles is hij zwaarlijvig. De dokter heeft hem reeds meerdere malen gezegd gezonder te eten en aan sport te doen. Frank volgde die raad niet op. Nu ligt hij in het ziekenhuis ten gevolge van een hartinfarct. Moet het ziekenfonds de kosten van zijn verzorging terugbetalen zoals bij iedereen?	-,829
Koen is een verstokte roker. Hij heeft last van zijn longen, werd door zijn dokter herhaaldelijk gezegd te stoppen met roken. Hij doet dat niet en krijgt longkanker. Moet het ziekenfonds de kosten voor zijn verzorging terugbetalen?	-,803
Kim duikt zoals elke week het nachtleven in. Zij neemt drugs en drinkt een paar glazen alcohol. Om zes uur 's morgens besluit ze naar huis te rijden. Ze verliest de controle over het stuur en rijdt tegen een boom met als gevolg dat ze in coma ligt. Moet het ziekenfonds de kosten van haar verzorging terugbetalen zoals bij iedereen?	-,787
Nathalie krijgt AIDS omdat zij er een onvoorzichtige en losbandige seksuele leefstijl op nahoudt. Moet het ziekenfonds de kosten van haar verzorging terugbetalen zoals bij iedereen?	-,765
Monica zont graag, maar gebruikt geen zonnecrème of alleen zonnecrème die te zwakke bescherming biedt. Zij krijgt huidkanker. Moeten de kosten voor haar verzorging worden terugbetaald zoals bij iedereen?	-,755
Luc rijdt met zijn motor zonder helm omdat hij een helm dragen belachelijk vindt. Hij heeft een ongeluk waarbij hij zwaar gewond raakt aan het hoofd en blind is voor de rest van zijn leven. Heeft hij recht op een invaliditeitsuitkering?	-,721
Door de kosten van ziektes en ongelukken die het gevolg zijn van het eigen gedrag niet meer terug te betalen	,691
Mensen die niet roken zouden een lagere bijdrage moeten betalen	,639
Men zou iedereen elk jaar moeten testen op alcoholgebruik, roken, overgewicht en cholesterol.	,621
Mensen die in goede conditie zijn zouden minder moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	,616
Mensen die geen alcohol gebruiken zouden een lagere bijdrage moeten betalen aan de ziekteverzekering	,616
Door mensen die ongezond leven meer te laten betalen	,575
Mensen die gezond leven door bv. te letten op hun voeding, worden minder ziek, en zouden daarom minder moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	,564
Mensen die gevaarlijke sporten beoefenen, met een hoog risico op blessures, zouden een hogere bijdrage aan de ziekteverzekering moeten betalen	,493
Eigenwaarde	6,170
Cronbach's alpha	,905

Tabel 6.12: Lineaire regressieanalyse naar het draagvlak voor leefstijldifferentiatie (N=2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		***
°Man (ref.: vrouw)	,107	***
°Franstalig (ref.: Nederlandstalig)	-,054	**
Ongezonde leefstijl	-,186	***
Negatief toekomstperspectief	-,061	**
Negatieve houding ten opzichte van de SZ	,351	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,173	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significant

Tabel 6.13: Draagvlak voor leefstijldifferentiatie naar geslacht

		Zeker niet en eerder niet	Tussen beide	Eerder wel en zeker wel	Totaal
Verstokte roker	,00 Vrouw	25,8%	32,2%	42,0%	100,0%
	1,00 Man	32,7%	26,5%	40,8%	100,0%
	Totaal	29,1%	29,4%	41,5%	100,0%
Auto-ongeluk na drugs en alcohol	,00 Vrouw	34,0%	30,3%	35,7%	100,0%
	1,00 Man	39,9%	22,6%	37,5%	100,0%
	Totaal	36,8%	26,6%	36,6%	100,0%
Ongezonder eten	,00 Vrouw	19,8%	33,6%	46,6%	100,0%
	1,00 Man	25,4%	30,1%	44,5%	100,0%
	Totaal	22,5%	31,9%	45,6%	100,0%
Aids na onveilig seksleven	,00 Vrouw	27,1%	27,1%	45,8%	100,0%
	1,00 Man	29,7%	25,1%	45,2%	100,0%
	Totaal	28,3%	26,1%	45,5%	100,0%
Motorrijden zonder helm	,00 Vrouw	24,9%	30,3%	44,8%	100,0%
	1,00 Man	34,6%	26,7%	38,7%	100,0%
	Totaal	29,6%	28,6%	41,8%	100,0%
Overvloedig zonnen	,00 Vrouw	16,2%	31,3%	52,5%	100,0%
	1,00 Man	19,5%	31,8%	48,7%	100,0%
	Totaal	17,8%	31,6%	50,6%	100,0%
Mensen die gezond leven door bv. te letten op hun voeding, worden minder ziek, en zouden daarom minder moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	,00 Vrouw	(Helemaal) niet akkoord 63,9%	Tussen beide 19,0%	(Helemaal) akkoord 17,1%	Totaal 100,0%
	1,00 Man	58,3%	19,9%	21,8%	100,0%
	Totaal	61,2%	19,4%	19,4%	100,0%
Mensen die gevaarlijke sporten beoefenen, met een hoog risico op blessures, zouden een hogere bijdrage aan de ziekteverzekering moeten betalen	,00 Vrouw	37,2%	21,7%	41,1%	100,0%
	1,00 Man	34,9%	19,9%	45,2%	100,0%
	Totaal	36,1%	20,8%	43,1%	100,0%
Mensen die niet roken zouden een lagere bijdrage moeten betalen	,00 Vrouw	42,8%	21,9%	35,3%	100,0%
	1,00 Man	40,8%	18,3%	40,9%	100,0%
	Totaal	41,8%	20,2%	38,0%	100,0%
Mensen die geen alcohol gebruiken zouden een lagere bijdrage moeten betalen aan de ziekteverzekering	,00 Vrouw	50,8%	24,6%	24,6%	100,0%
	1,00 Man	49,7%	24,3%	26,0%	100,0%
	Totaal	50,2%	24,4%	25,3%	100,0%

Tabel 6.13: Draagvlak voor leefstijldifferentiatie naar geslacht (vervolg)

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Men zou iedereen elk jaar moeten testen op alcoholgebruik, roken, overgewicht en cholesterol. Mensen die in goede conditie zijn zouden minder moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	,00 Vrouw	56,4%	24,6%	19,1%	100,0%
	1,00 Man	54,5%	21,9%	23,6%	100,0%
	Totaal	55,4%	23,3%	21,3%	100,0%
Door mensen die ongezond leven meer te laten betalen	,00 Vrouw	60,7%	24,1%	15,2%	100,0%
	1,00 Man	57,3%	25,6%	17,1%	100,0%
	Totaal	59,0%	24,8%	16,1%	100,0%
Door de kosten van ziektes en ongelukken die het gevolg zijn van het eigen gedrag niet meer terug te betalen	,00 Vrouw	45,8%	39,3%	14,9%	100,0%
	1,00 Man	46,9%	33,8%	19,3%	100,0%
	Totaal	46,3%	36,6%	17,0%	100,0%

Tabel 6.16 geeft de relatie tussen de eigen (gezonde of ongezonde) leefstijl en de houding met betrekking tot leefstijldifferentiatie. De leefstijl is opgedeeld naar het aantal ongezonde elementen die hij bevat. In dit onderzoek werden de volgende elementen bevraagd:

- het hebben van overgewicht;
- het gebruik van tabak
- de consumptie van alcohol
- het eten van groenten
- het eten van fruit

De Body Mass Index (BMI) waarmee het overgewicht wordt bepaald, wordt berekend als het gewicht in kilogram gedeeld door het kwadraat van de lengte in meter. Een BMI lager dan 18,5 wordt beschouwd als ondergewicht, tussen 18,5 en 25 als normaal, 25 tot 27 licht overgewicht, 27 tot 30 matig overgewicht, 30 tot 40 ernstig overgewicht, en meer dan 40 als ziekelijk overgewicht (zie tabel 6.14).

Tabel 6.14: Frequentieverdeling BMI opgedeeld in categorieën in de steekproefpopulatie

BMI	N	%
Ondergewicht (BMI < 18,5)	49	2,4
Normaal gewicht (18,5 < BMI < 25)	995	48,3
Licht overgewicht (25 < BMI < 27)	369	17,9
Matig overgewicht (27 < BMI < 30)	364	17,7
Ernstig overgewicht (30 < BMI < 40)	270	13,1
Ziekelijk overgewicht (BMI > 40)	13	0,6
Totaal	2061	100,0
Min.	15,0	
Max.	49,6	
Gemiddeld	25,5	
Standaardafwijking	4,3	

Om het gezondheidsgedrag te meten werd een indicator geconstrueerd die "aantikt" op basis van een aantal criteria die we beschouwen als ongezond. Als criteria werden gebruikt:

- al dan niet regelmatig roken
- al dan niet meer dan 7 glazen alcohol per week
- al dan niet minstens 4 tot 6 keer per week fruit eten
- al dan niet minstens 4 tot 6 keer groenten (uitgezonderd aardappelen) eten
- al dan niet een BMI van meer dan 27

Deze index loopt van 0 tot 5 (zie tabel 6.15).

Tabel 6.15: gewogen frequentieverdeling "ongezond gedragssindex" in de steekproefpopulatie

Aantal ongezonde levensstijlelementen	N	%	Geldig %
0	620	28,4	32,8
1	665	30,5	35,2
2	418	19,2	22,1
3	148	6,8	7,8
4	39	1,8	2,1
5	0	0,0	0,0
Totaal	1891	86,9	100,0
Missing	290	13,3	
Algemeen totaal	2182	100,0	

Mensen die heel gezond leven (0 ongezonde elementen in levenswijze), opteren, afhankelijk van het specifiek voorgelegde geval, in 20 tot 42% voor leefstijldifferentiatie. De overeenkomstige percentages voor mensen die ongezond leven (4 of 5 ongezonde elementen), zijn 3 en 30%. Voor acht van de twaalf voorbeelden ligt het percentage onder de 13. Mensen die ongezond leven zijn dus geen voorstander van leefstijldifferentiatie. Op die regel is maar één uitzondering. Achtenveertig procent van degenen die ongezond leven is van oordeel dat mensen die gevaarlijke sporten beoefenen hogere premies zouden moeten betalen.

Tabel 6.16: draagvlak voor leefstijldifferentiatie naar leefstijl

		Zeker niet en eerder niet	Tussen beide	Eerder wel en zeker wel	Totaal
Verstokte roker	0 ongezonde elementen	37,2%	30,3%	32,5%	100,0%
	1 ongezond element	30,1%	27,4%	42,5%	100,0%
	2 ongezonde elementen	21,8%	28,0%	50,2%	100,0%
	3 ongezonde elementen	16,9%	28,9%	54,2%	100,0%
	4 ongezonde elementen	2,5%	25,0%	72,5%	100,0%
	Totaal	29,0%	28,6%	42,4%	100,0%
Auto-ongeluk na drugs en alcohol	0 ongezonde elementen	41,5%	27,4%	31,2%	100,0%
	1 ongezond element	36,2%	27,9%	35,9%	100,0%
	2 ongezonde elementen	31,3%	25,1%	43,6%	100,0%
	3 ongezonde elementen	32,2%	25,3%	42,5%	100,0%
	4 ongezonde elementen	30,0%	17,5%	52,5%	100,0%
	Totaal	36,4%	26,7%	36,9%	100,0%
Ongezonder eten	0 ongezonde elementen	29,7%	33,1%	37,2%	100,0%
	1 ongezond element	19,7%	31,9%	48,5%	100,0%
	2 ongezonde elementen	16,7%	30,1%	53,2%	100,0%
	3 ongezonde elementen	16,9%	29,6%	53,5%	100,0%
	4 ongezonde elementen	2,6%	30,8%	66,7%	100,0%
	Totaal	21,7%	31,7%	46,6%	100,0%
Aids na onveilig seksleven	0 ongezonde elementen	32,6%	29,5%	37,9%	100,0%
	1 ongezond element	26,5%	26,6%	46,9%	100,0%
	2 ongezonde elementen	21,9%	23,6%	54,5%	100,0%
	3 ongezonde elementen	27,5%	19,7%	52,8%	100,0%
	4 ongezonde elementen	15,4%	20,5%	64,1%	100,0%
	Totaal	27,3%	26,2%	46,4%	100,0%
Motorrijden zonder helm	0 ongezonde elementen	31,6%	30,7%	37,7%	100,0%
	1 ongezond element	29,3%	26,6%	44,1%	100,0%
	2 ongezonde elementen	25,7%	26,4%	47,9%	100,0%
	3 ongezonde elementen	29,9%	27,8%	42,4%	100,0%
	4 ongezonde elementen	20,5%	35,9%	43,6%	100,0%
	Totaal	29,1%	28,2%	42,7%	100,0%
Overvloedig zonnen	0 ongezonde elementen	20,0%	33,7%	46,4%	100,0%
	1 ongezond element	16,7%	31,2%	52,2%	100,0%
	2 ongezonde elementen	13,7%	28,1%	58,2%	100,0%
	3 ongezonde elementen	20,1%	27,3%	52,5%	100,0%
	4 ongezonde elementen	12,5%	25,0%	62,5%	100,0%
	Totaal	17,3%	30,9%	51,8%	100,0%

Tabel 6.16: draagvlak voor leefstijldifferentiatie naar leefstijl (vervolg)

		(Hele- maal) niet akkoord	Tussen beide	(Hele- maal) akkoord	Totaal
Mensen die gezond leven door bv. te letten op hun voeding, worden minder ziek, en zouden daarom minder moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	0 ongezonde elementen	54,0%	24,8%	21,2%	100,0%
	1 ongezond element	63,6%	18,9%	17,5%	100,0%
	2 ongezonde elementen	66,4%	16,0%	17,5%	100,0%
	3 ongezonde elementen	63,8%	16,3%	19,9%	100,0%
	4 ongezonde elementen	71,8%	15,4%	12,8%	100,0%
	Totaal	61,2%	20,0%	18,8%	100,0%
Mensen die gevaarlijke sporten beoefenen, met een hoog risico op blessures, zouden een hogere bijdrage aan de ziekteverzekering moeten betalen	0 ongezonde elementen	34,3%	21,3%	44,4%	100,0%
	1 ongezond element	36,6%	19,7%	43,7%	100,0%
	2 ongezonde elementen	38,8%	19,4%	41,8%	100,0%
	3 ongezonde elementen	40,3%	16,0%	43,8%	100,0%
	4 ongezonde elementen	30,8%	20,5%	48,7%	100,0%
	Totaal	36,5%	19,9%	43,6%	100,0%
Mensen die niet roken zouden een lagere bijdrage moeten betalen	0 ongezonde elementen	32,3%	23,6%	44,1%	100,0%
	1 ongezond element	42,1%	19,7%	38,2%	100,0%
	2 ongezonde elementen	47,5%	17,8%	34,8%	100,0%
	3 ongezonde elementen	57,7%	16,9%	25,4%	100,0%
	4 ongezonde elementen	65,8%	26,3%	7,9%	100,0%
	Totaal	41,7%	20,5%	37,8%	100,0%
Mensen die geen alcohol gebruiken zouden een lagere bijdrage moeten betalen aan de ziekteverzekering	0 ongezonde elementen	41,0%	28,4%	30,7%	100,0%
	1 ongezond element	51,2%	25,2%	23,6%	100,0%
	2 ongezonde elementen	59,2%	20,7%	20,2%	100,0%
	3 ongezonde elementen	62,0%	17,6%	20,4%	100,0%
	4 ongezonde elementen	63,2%	31,6%	5,3%	100,0%
	Totaal	50,6%	24,8%	24,6%	100,0%
Men zou iedereen elk jaar moeten testen op alcoholgebruik, roken, overgewicht en cholesterol. Mensen die in goede conditie zijn zouden minder moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	0 ongezonde elementen	48,7%	25,5%	25,8%	100,0%
	1 ongezond element	57,9%	22,4%	19,7%	100,0%
	2 ongezonde elementen	57,5%	24,9%	17,7%	100,0%
	3 ongezonde elementen	69,9%	14,7%	15,4%	100,0%
	4 ongezonde elementen	81,1%	2,7%	16,2%	100,0%
	Totaal	56,2%	23,0%	20,9%	100,0%
Door mensen die ongezond leven meer te laten betalen	0 ongezonde elementen	50,7%	28,2%	21,1%	100,0%
	1 ongezond element	58,9%	25,0%	16,1%	100,0%
	2 ongezonde elementen	64,4%	24,1%	11,5%	100,0%
	3 ongezonde elementen	72,7%	16,1%	11,2%	100,0%
	4 ongezonde elementen	77,8%	22,2%	0,0%	100,0%
	Totaal	58,8%	25,1%	16,1%	100,0%
Door de kosten van ziektes en ongelukken die het gevolg zijn van het eigen gedrag niet meer terug te betalen	0 ongezonde elementen	37,2%	42,0%	20,8%	100,0%
	1 ongezond element	45,6%	37,5%	16,9%	100,0%
	2 ongezonde elementen	54,9%	32,0%	13,1%	100,0%
	3 ongezonde elementen	58,3%	29,5%	12,2%	100,0%
	4 ongezonde elementen	65,8%	28,9%	5,3%	100,0%
	Totaal	46,2%	37,0%	16,8%	100,0%

De relatie tussen de houding ten opzichte van de verzorgingsstaat en de leefstijldifferentiatie is bijzonder sterk. Van het kwart van de bevolking dat het meest positief staat ten opzichte van de verzorgingsstaat vindt 17% dat een roker die longkanker krijgt niet op terugbetaling van de verplichte ziekteverzekering zou mogen reken; van het kwart dat het meest negatief staat ten opzichte van de verzorgingsstaat is 43% die mening toegedaan. Van het kwart van de bevolking dat het meest positief staat ten opzichte van de verzorgingsstaat wil 20% degenen die een ongeluk krijgen na

drugs- of alcoholgebruik uitsluiten van terugbetaling. Bij het kwart met de meest negatieve houding is dat 55%. Van de eersten vindt 11% dat mensen die gezond leven lagere premies zouden moeten betalen, van de laatsten vindt 30% dat. Van de eersten is 11% van oordeel dat men mensen elk jaar zou moeten testen en degenen in goede conditie zijn minder zouden moeten laten bijdragen, van de laatste vindt drie keer meer of 33% dat. In het algemeen is 7% van de eerste groep van oordeel dat men de kosten van ziektes en ongelukken die het gevolg zijn van zelf gekozen gedrag niet meer zou moeten terugbetalen, van de tweede groep is 31% die mening toegedaan.

Tabel 6.17: Draagvlak voor leeftijdifferentiatie naar houding ten opzichte van de verzorgingsstaat

		Zeker niet en eerder niet	Tussen beide	Eerder wel en zeker wel	Totaal
Verstokte roker	1,00 Heel positief	17,2%	22,8%	59,9%	100,0%
	2,00 Positief	24,1%	34,6%	41,3%	100,0%
	3,00 Negatief	37,3%	31,8%	30,8%	100,0%
	4,00 Heel negatief	43,0%	27,9%	29,1%	100,0%
	Totaal	30,0%	29,4%	40,6%	100,0%
Auto-ongeluk na drugs en alcohol	1,00 Heel positief	20,6%	21,9%	57,4%	100,0%
	2,00 Positief	29,4%	30,9%	39,7%	100,0%
	3,00 Negatief	42,9%	29,7%	27,4%	100,0%
	4,00 Heel negatief	55,1%	23,5%	21,4%	100,0%
	Totaal	36,5%	26,6%	36,9%	100,0%
Ongezond eten	1,00 Heel positief	10,8%	21,0%	68,2%	100,0%
	2,00 Positief	18,1%	34,1%	47,8%	100,0%
	3,00 Negatief	28,4%	37,2%	34,4%	100,0%
	4,00 Heel negatief	35,5%	35,5%	28,9%	100,0%
	Totaal	22,8%	31,9%	45,3%	100,0%
Aids na onveilig seksleven	1,00 Heel positief	13,5%	18,1%	68,4%	100,0%
	2,00 Positief	25,6%	28,0%	46,4%	100,0%
	3,00 Negatief	30,9%	30,7%	38,4%	100,0%
	4,00 Heel negatief	42,7%	27,4%	29,9%	100,0%
	Totaal	28,1%	26,0%	46,0%	100,0%
Motorrijden zonder helm	1,00 Heel positief	16,3%	24,3%	59,4%	100,0%
	2,00 Positief	26,2%	29,2%	44,6%	100,0%
	3,00 Negatief	36,3%	33,3%	30,3%	100,0%
	4,00 Heel negatief	43,5%	26,2%	30,3%	100,0%
	Totaal	30,3%	28,1%	41,6%	100,0%
Overvloedig zonnen	1,00 Heel positief	7,3%	22,0%	70,7%	100,0%
	2,00 Positief	13,9%	33,0%	53,1%	100,0%
	3,00 Negatief	22,1%	37,8%	40,1%	100,0%
	4,00 Heel negatief	31,3%	33,6%	35,1%	100,0%
	Totaal	18,4%	31,4%	50,2%	100,0%

Tabel 6.17: Draagvlak voor leeftijdifferentiatie naar houding ten opzichte van de verzorgingsstaat (vervolg)

		Zeker niet en eerder niet	Tussen beide	Eerder wel en zeker wel	Totaal
Mensen die gezond leven door bv. te letten op hun voeding, worden minder ziek, en zouden daarom minder moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	1,00 Heel positief	73,8%	15,1%	11,1%	100,0%
	2,00 Positief	61,2%	22,7%	16,2%	100,0%
	3,00 Negatief	56,9%	23,1%	20,1%	100,0%
	4,00 Heel negatief	50,4%	19,4%	30,2%	100,0%
	Totaal	60,8%	20,1%	19,2%	100,0%
Mensen die gevaarlijke sporten beoefenen, met een hoog risico op blessures, zouden een hogere bijdrage aan de ziekteverzekering moeten betalen	1,00 Heel positief	48,7%	19,9%	31,4%	100,0%
	2,00 Positief	38,6%	21,7%	39,7%	100,0%
	3,00 Negatief	27,3%	25,0%	47,8%	100,0%
	4,00 Heel negatief	26,9%	16,9%	56,2%	100,0%
	Totaal	35,8%	20,8%	43,4%	100,0%
Mensen die niet roken zouden een lagere bijdrage moeten betalen	1,00 Heel positief	53,9%	19,4%	26,7%	100,0%
	2,00 Positief	41,9%	23,1%	35,0%	100,0%
	3,00 Negatief	36,1%	21,5%	42,4%	100,0%
	4,00 Heel negatief	31,0%	18,1%	51,0%	100,0%
	Totaal	41,0%	20,6%	38,4%	100,0%
Mensen die geen alcohol gebruiken zouden een lagere bijdrage moeten betalen aan de ziekteverzekering	1,00 Heel positief	60,5%	21,2%	18,4%	100,0%
	2,00 Positief	53,6%	26,3%	20,1%	100,0%
	3,00 Negatief	45,1%	27,7%	27,2%	100,0%
	4,00 Heel negatief	38,2%	24,6%	37,2%	100,0%
	Totaal	49,7%	24,9%	25,4%	100,0%
Men zou iedereen elk jaar moeten testen op alcoholgebruik, roken, overgewicht en cholesterol. Mensen die in goede conditie zijn zouden minder moeten bijdragen aan de ziekteverzekering	1,00 Heel positief	71,3%	18,0%	10,6%	100,0%
	2,00 Positief	56,8%	24,6%	18,6%	100,0%
	3,00 Negatief	47,9%	27,5%	24,7%	100,0%
	4,00 Heel negatief	41,9%	24,9%	33,2%	100,0%
	Totaal	54,8%	23,6%	21,5%	100,0%
Door mensen die ongezond leven meer te laten betalen	1,00 Heel positief	76,2%	15,5%	8,3%	100,0%
	2,00 Positief	59,0%	30,6%	10,3%	100,0%
	3,00 Negatief	48,9%	29,3%	21,8%	100,0%
	4,00 Heel negatief	46,3%	23,9%	29,8%	100,0%
	Totaal	58,0%	25,0%	17,1%	100,0%
Door de kosten van ziektes en ongelukken die het gevolg zijn van het eigen gedrag niet meer terug te betalen	1,00 Heel positief	69,0%	24,2%	6,9%	100,0%
	2,00 Positief	43,6%	45,8%	10,5%	100,0%
	3,00 Negatief	34,5%	41,8%	23,8%	100,0%
	4,00 Heel negatief	34,3%	35,2%	30,6%	100,0%
	Totaal	45,5%	37,0%	17,5%	100,0%

### 6.3 Een preventief gezondheidsbeleid via accijnzen

Leefstijldifferentiatie wordt dikwijls verdedigd als een preventieve maatregelen. Of het die functie vervult, is hier niet aan de orde. De bedoeling van dit onderzoek is de houding van de bevolking in kaart te brengen. Een alternatieve preventieve maatregel, die de verantwoordelijkheid niet persoonlijk toewijst, is het verhogen van de accijnzen op voor de gezondheid schadelijke producten. Los van de vraag of een accijnsverhoging een doeltreffend preventief beleid zou zijn, werd nagegaan of er een draagvlak is om ongezonde producten zwaarder te belasten. Daartoe werden een aantal accijnsverhogingen aan de bevolking voorgelegd (zie tabel 6.18).

Tabel 6.18: verdeling van het draagvlak onder de Belgen voor een accijnsverhoging op verschillende producten (N=2.063)

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Tussen beide	Akkoord	Helemaal akkoord	(helemaal) akkoord / (helemaal) niet akkoord
Tabaksproducten	5,1	7,6	11,4	26,5	49,5	6,0
Alcohol	4,8	12,7	23,6	31,3	27,6	3,4
Producten met veel kleur- en smaakstoffen	5,5	13,9	25,6	30,2	24,8	2,8
Motorvoertuigen waarmee veel ongelukken gebeuren	11,1	18,1	24,1	24,8	21,9	1,6
Vetten en vethoudende producten	7,2	23,0	37,8	21,9	10,0	1,1
Suiker en suikerhoudende producten	9,9	27,1	35,8	18,6	8,5	0,7
Cafeinehoudende producten (zoals koffie, energiedranken, ...)	11,1	35,2	35,2	12,6	5,9	0,4
Rood vlees	16,6	38,6	31,9	8,3	4,6	0,2

Voor (nog) zwaardere accijnzen op tabak, alcohol en producten met veel kleur- en smaakstoffen bestaat een ruime meerderheid. Drie tot zes keer meer mensen zijn het eens met dergelijke verhogingen dan oneens. Voor nog zwaardere accijnzen op tabak is 76% het eens en 13% oneens, voor alcohol 59% eens en 18% oneens, voor producten met veel kleur- en kunstmatige smaakstoffen wil 55% een accijnsverhoging en is 19% daartegen gekant.

Voor het zwaarder belasten van motorvoertuigen waarmee veel ongelukken gebeuren is er nog een meerderheid, maar een minder overweldigende: 47% versus 29%. Voor het zwaarder belasten van vetten en vethoudende producten zijn voor- en tegenstanders al ongeveer in evenwicht: 32% voor, 30% tegen. Voor het zwaarder belasten van suiker en suikerhoudende producten, cafeinehoudende producten en rood vlees zijn er meer tegen- dan voorstanders. Zwaardere accijnzen op rood vlees wordt gesteund door 13%, verworpen door 55%.

### 6.3.1 *Wie zijn de voor- en tegenstanders*

Uit tabel 6.19 blijkt dat mensen die voorstander zijn van één soort accijnsverhoging meestal ook voorstander zijn van de andere soorten verhogingen. Daarom kan een goede schaal worden geschat die weergeeft in welke mate mensen voorstander zijn van accijnsverhogingen op ongezonde producten.

Tabel 6.19: Principale componentenanalyse naar het draagvlak voor een accijnsverhoging op verschillende producten

	Component 1
Vetten en vethoudende producten	,825
Suiker en suikerhoudende producten	,793
Cafeïnehoudende producten (zoals koffie, energiedranken, ...)	,736
Producten met veel kleur- en smaakstoffen	,707
Rood vlees	,697
Alcohol	,696
Motorvoertuigen waarmee veel ongelukken gebeuren	,608
Tabaksproducten	,591
Eigenwaarde	4,040
Cronbach's alpha	,860

Voor- en tegenstanders kunnen op basis van de kenmerken waarvoor wordt gecontroleerd matig van elkaar worden onderscheiden ( $R^2=11\%$ ) (zie tabel 6.20).

Vier kenmerken hebben een betrekkelijk sterk effect. Men vindt meer voorstanders van accijnsverhogingen bij oudere dan bij jongere mensen, meer bij mensen die gezond leven, meer bij mensen met een eerder negatieve dan positieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat en meer bij mensen die stedelijk wonen dan bij degenen die landelijk wonen. Daarnaast zijn er nog een reeks zwakkere effecten. Men vindt meer voorstanders onder vrouwen dan onder mannen, onder hoger opgeleiden dan laaggeschoolden, onder Nederlandstaligen met een elitaire mediavorkeur eerder dan een populaire mediavorkeur.

De sterkste verbanden, leeftijd, leefstijl, het stedelijk wonen en de houding ten opzichte van de sociale zekerheid, worden beschreven in tabellen 4.26 tot en met 4.29.

Tabel 6.20: Lineaire regressieanalyse naar het draagvlak voor een accijnsverhoging op verschillende producten (N=2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		***
Leeftijd	,215	***
°Man (ref.: vrouw)	-,062	**
Leefomgeving (ref.: een landelijke omgeving)		
°Dorpskern	,008	n.s.
°Stad	,114	***
Ongezonde leefstijl	-,159	***
Opleiding	,088	***
Negatief toekomstperspectief	-,060	**
Mediavorkeur Nederlandstaligen (populair)	-,062	**
Mediavorkeur Franstaligen (veel mediagebruik)	-,007	n.s.
Laag internetgebruik	-,055	*
Negatieve houding ten opzichte van de SZ	,127	***
Egalitaire houding op de oude breuklijn	,078	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,113	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ ; n.s. = non significant

Het effect van de leeftijd is niet echt lineair (zie tabel 6.21). De accijnsverhoging vinden minder steun bij de mensen onder de 35 en doorgaans ook wat minder bij de mensen boven de 65. De steun is het grootst in de leeftijdsgroep 35-65 en vooral in de leeftijdsgroep 46-65.

In de meeste gevallen is de steun voor de accijnsverhogingen groter bij de mensen met een negatieve of minder positieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat (zie tabel 6.22).

Tabel 6.21: Verdeling van het draagvlak voor een accijnsverhoging op verschillende producten naar leeftijd					
		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Tabaksproducten	1,00 18 tot 25 jaar	15,9%	6,9%	77,3%	100,0%
	2,00 26 tot 35 jaar	13,5%	7,4%	79,0%	100,0%
	3,00 36 tot 45 jaar	9,2%	11,6%	79,2%	100,0%
	4,00 46 tot 55 jaar	15,8%	12,3%	71,9%	100,0%
	5,00 56 tot 65 jaar	11,9%	18,7%	69,4%	100,0%
	6,00 66 tot 75 jaar	9,8%	9,1%	81,0%	100,0%
	Totaal	12,6%	11,3%	76,0%	100,0%
Suiker en suikerhoudende producten	1,00 18 tot 25 jaar	53,4%	28,9%	17,7%	100,0%
	2,00 26 tot 35 jaar	42,7%	31,7%	25,6%	100,0%
	3,00 36 tot 45 jaar	33,2%	41,1%	25,7%	100,0%
	4,00 46 tot 55 jaar	41,1%	34,7%	24,2%	100,0%
	5,00 56 tot 65 jaar	28,0%	40,3%	31,7%	100,0%
	6,00 66 tot 75 jaar	29,2%	36,7%	34,1%	100,0%
	Totaal	37,0%	35,8%	27,1%	100,0%
Alcohol	1,00 18 tot 25 jaar	26,6%	24,5%	48,9%	100,0%
	2,00 26 tot 35 jaar	19,7%	19,7%	60,6%	100,0%
	3,00 36 tot 45 jaar	12,4%	21,4%	66,2%	100,0%
	4,00 46 tot 55 jaar	20,2%	27,3%	52,5%	100,0%
	5,00 56 tot 65 jaar	13,6%	29,2%	57,2%	100,0%
	6,00 66 tot 75 jaar	14,5%	18,4%	67,1%	100,0%
	Totaal	17,5%	23,5%	59,0%	100,0%
Vetten en vethoudende producten	1,00 18 tot 25 jaar	38,5%	37,5%	24,0%	100,0%
	2,00 26 tot 35 jaar	37,6%	35,0%	27,3%	100,0%
	3,00 36 tot 45 jaar	30,5%	40,4%	29,1%	100,0%
	4,00 46 tot 55 jaar	33,2%	38,9%	27,9%	100,0%
	5,00 56 tot 65 jaar	25,7%	39,4%	34,9%	100,0%
	6,00 66 tot 75 jaar	20,6%	35,6%	43,8%	100,0%
	Totaal	30,3%	37,8%	31,9%	100,0%
Rood vlees	1,00 18 tot 25 jaar	65,6%	22,0%	12,5%	100,0%
	2,00 26 tot 35 jaar	62,7%	27,3%	10,0%	100,0%
	3,00 36 tot 45 jaar	58,8%	27,1%	14,1%	100,0%
	4,00 46 tot 55 jaar	56,7%	32,2%	11,1%	100,0%
	5,00 56 tot 65 jaar	51,3%	35,5%	13,2%	100,0%
	6,00 66 tot 75 jaar	42,1%	41,4%	16,5%	100,0%
	Totaal	55,2%	31,8%	13,0%	100,0%
Cafeinehoudende producten (zoals koffie, energiedranken, ...)	1,00 18 tot 25 jaar	52,2%	34,2%	13,7%	100,0%
	2,00 26 tot 35 jaar	48,2%	31,8%	19,9%	100,0%
	3,00 36 tot 45 jaar	44,8%	33,4%	21,7%	100,0%
	4,00 46 tot 55 jaar	49,6%	34,5%	15,9%	100,0%
	5,00 56 tot 65 jaar	41,0%	42,0%	17,0%	100,0%
	6,00 66 tot 75 jaar	43,7%	34,2%	22,1%	100,0%
	Totaal	46,3%	35,3%	18,5%	100,0%

Tabel 6.21: Verdeling van het draagvlak voor een accijnsverhoging op verschillende producten naar leeftijd (vervolg)

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Producten met veel kleur- en smaakstoffen	1,00 18 tot 25 jaar	30,0%	34,3%	35,7%	100,0%
	2,00 26 tot 35 jaar	29,1%	28,5%	42,4%	100,0%
	3,00 36 tot 45 jaar	20,5%	25,9%	53,6%	100,0%
	4,00 46 tot 55 jaar	20,0%	25,3%	54,8%	100,0%
	5,00 56 tot 65 jaar	13,2%	23,8%	63,0%	100,0%
	6,00 66 tot 75 jaar	10,0%	19,6%	70,3%	100,0%
	Totaal	19,5%	25,6%	54,9%	100,0%
Motorvoertuigen waarmee veel ongelukken gebeuren	1,00 18 tot 25 jaar	42,2%	19,9%	37,9%	100,0%
	2,00 26 tot 35 jaar	35,6%	27,9%	36,5%	100,0%
	3,00 36 tot 45 jaar	31,7%	24,2%	44,0%	100,0%
	4,00 46 tot 55 jaar	32,6%	26,4%	41,0%	100,0%
	5,00 56 tot 65 jaar	23,2%	25,7%	51,1%	100,0%
	6,00 66 tot 75 jaar	16,6%	20,4%	63,0%	100,0%
	Totaal	29,2%	24,1%	46,7%	100,0%

Met de uitzondering van zwaardere accijnzen op gevaarlijke motorvoertuigen is de steun voor verhogingen altijd groter bij mensen die stedelijk wonen dan bij degenen die landelijk of in een dorpskern wonen (zie tabel 6.23).

De eigen levensstijl heeft een bijzonder sterk effect op de houding ten opzichte van accijnsverhogingen (zie tabel 6.24). Bij de groep die het gezondste leeft wil 87% accijnsverhoging op tabak, bij de groep die het minst gezond leeft is dat 35%. 65% van degenen die heel gezond leven wil hogere accijnzen op alcohol, tegenover 25% van degenen die een minder gezonde levensstijl hebben. 57% van degenen die het meest gezond leven wil accijnzen op voeding met veel kleur- en smaakstoffen, tegenover 50% van degenen die het minst gezond leven. Van de mensen met een gezonde levensstijl wil 54% zwaarder accijnzen op gevaarlijke motorrijtuigen, tegenover 40% van degenen die minder gezond leven.

Tabel 6.22: Verdeling van het draagvlak voor een accijnsverhoging op verschillende producten naar houding ten opzichte van de verzorgingsstaat

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Tabaksproducten	1,00 Heel positief	13,6%	13,0%	73,3%	100,0%
	2,00 Positief	12,8%	12,4%	74,9%	100,0%
	3,00 Negatief	10,9%	11,1%	78,0%	100,0%
	4,00 Heel negatief	9,6%	9,3%	81,1%	100,0%
	Totaal	11,8%	11,5%	76,7%	100,0%
Suiker en suikerhoudende producten	1,00 Heel positief	41,9%	31,4%	26,7%	100,0%
	2,00 Positief	36,5%	37,6%	25,8%	100,0%
	3,00 Negatief	33,8%	39,4%	26,8%	100,0%
	4,00 Heel negatief	33,8%	36,0%	30,2%	100,0%
	Totaal	36,6%	36,1%	27,3%	100,0%
Alcohol	1,00 Heel positief	20,1%	22,0%	57,9%	100,0%
	2,00 Positief	17,5%	25,9%	56,6%	100,0%
	3,00 Negatief	13,7%	26,1%	60,2%	100,0%
	4,00 Heel negatief	14,1%	22,3%	63,6%	100,0%
	Totaal	16,5%	24,1%	59,4%	100,0%
Vetten en vethoudende producten	1,00 Heel positief	38,9%	33,1%	28,0%	100,0%
	2,00 Positief	28,9%	40,1%	30,9%	100,0%
	3,00 Negatief	27,5%	42,0%	30,5%	100,0%
	4,00 Heel negatief	25,4%	37,0%	37,6%	100,0%
	Totaal	30,2%	38,0%	31,8%	100,0%
Rood vlees	1,00 Heel positief	62,3%	25,9%	11,8%	100,0%
	2,00 Positief	49,5%	34,9%	15,7%	100,0%
	3,00 Negatief	51,4%	35,7%	12,9%	100,0%
	4,00 Heel negatief	55,8%	32,5%	11,7%	100,0%
	Totaal	54,6%	32,2%	13,2%	100,0%
Cafeinehoudende producten (zoals koffie, energiedranken, ...)	1,00 Heel positief	55,4%	27,1%	17,5%	100,0%
	2,00 Positief	44,2%	36,8%	19,0%	100,0%
	3,00 Negatief	42,5%	38,5%	19,0%	100,0%
	4,00 Heel negatief	40,6%	41,6%	17,8%	100,0%
	Totaal	45,7%	35,9%	18,3%	100,0%
Producten met veel kleur- en smaakstoffen	1,00 Heel positief	23,0%	25,5%	51,5%	100,0%
	2,00 Positief	18,0%	28,0%	54,0%	100,0%
	3,00 Negatief	17,2%	28,9%	53,9%	100,0%
	4,00 Heel negatief	18,0%	23,1%	58,9%	100,0%
	Totaal	19,1%	26,4%	54,6%	100,0%
Motorvoertuigen waarmee veel ongelukken gebeuren	1,00 Heel positief	35,2%	25,1%	39,7%	100,0%
	2,00 Positief	27,3%	26,2%	46,5%	100,0%
	3,00 Negatief	26,8%	22,3%	51,0%	100,0%
	4,00 Heel negatief	27,0%	23,8%	49,3%	100,0%
	Totaal	29,0%	24,5%	46,5%	100,0%

Tabel 6.23: Verdeling van het draagvlak voor een accijnsverhoging op verschillende producten naar leefomgeving

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Tabaksproducten	1 Een landelijke omgeving	14,0%	12,3%	73,7%	100,0%
	2 Een dorpskern	13,9%	12,1%	74,0%	100,0%
	3 Een stedelijke omgeving	10,0%	9,5%	80,5%	100,0%
	Totaal	12,7%	11,3%	76,0%	100,0%
Suiker en suikerhoudende producten	1 Een landelijke omgeving	38,4%	37,2%	24,4%	100,0%
	2 Een dorpskern	39,2%	35,4%	25,4%	100,0%
	3 Een stedelijke omgeving	32,7%	35,2%	32,1%	100,0%
	Totaal	36,9%	35,9%	27,2%	100,0%
Alcohol	1 Een landelijke omgeving	19,5%	23,5%	57,0%	100,0%
	2 Een dorpskern	19,0%	27,7%	53,4%	100,0%
	3 Een stedelijke omgeving	14,0%	19,3%	66,7%	100,0%
	Totaal	17,6%	23,6%	58,8%	100,0%
Vetten en vethoudende producten	1 Een landelijke omgeving	28,5%	39,9%	31,5%	100,0%
	2 Een dorpskern	35,6%	35,3%	29,1%	100,0%
	3 Een stedelijke omgeving	26,0%	38,3%	35,7%	100,0%
	Totaal	30,2%	37,8%	32,0%	100,0%
Rood vlees	1 Een landelijke omgeving	55,6%	31,1%	13,3%	100,0%
	2 Een dorpskern	58,8%	30,4%	10,7%	100,0%
	3 Een stedelijke omgeving	51,0%	33,7%	15,3%	100,0%
	Totaal	55,3%	31,7%	13,0%	100,0%
Cafeinehoudende producten (zoals koffie, energiedranken, ...)	1 Een landelijke omgeving	49,7%	33,6%	16,7%	100,0%
	2 Een dorpskern	46,6%	34,7%	18,7%	100,0%
	3 Een stedelijke omgeving	43,1%	36,8%	20,2%	100,0%
	Totaal	46,5%	35,0%	18,5%	100,0%
Producten met veel kleur- en smaakstoffen	1 Een landelijke omgeving	20,1%	26,6%	53,3%	100,0%
	2 Een dorpskern	21,6%	25,1%	53,3%	100,0%
	3 Een stedelijke omgeving	16,7%	24,9%	58,4%	100,0%
	Totaal	19,5%	25,5%	55,0%	100,0%
Motorvoertuigen waarmee veel ongelukken gebeuren	1 Een landelijke omgeving	27,3%	23,2%	49,5%	100,0%
	2 Een dorpskern	32,1%	21,9%	46,0%	100,0%
	3 Een stedelijke omgeving	27,8%	26,7%	45,4%	100,0%
	Totaal	29,1%	23,9%	47,0%	100,0%

Tabel 6.24: verdeling van het draagvlak voor een accijnsverhoging op verschillende producten naar ongezonde leefstijlelementen

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Tabaksproducten	0 ongezonde elementen	5,3%	7,8%	86,9%	100,0%
	1 ongezond element	11,7%	9,5%	78,8%	100,0%
	2 ongezonde elementen	14,8%	16,3%	68,9%	100,0%
	3 ongezonde elementen	31,5%	16,8%	51,7%	100,0%
	4 ongezonde elementen	30,0%	35,0%	35,0%	100,0%
	Totaal	12,2%	11,6%	76,2%	100,0%
Suiker en suikerhoudende producten	0 ongezonde elementen	31,0%	39,2%	29,8%	100,0%
	1 ongezond element	36,6%	33,6%	29,7%	100,0%
	2 ongezonde elementen	42,4%	33,7%	23,8%	100,0%
	3 ongezonde elementen	48,2%	29,8%	22,0%	100,0%
	4 ongezonde elementen	50,0%	37,5%	12,5%	100,0%
	Totaal	37,2%	35,3%	27,5%	100,0%
Alcohol	0 ongezonde elementen	12,7%	21,9%	65,4%	100,0%
	1 ongezond element	16,0%	21,6%	62,4%	100,0%
	2 ongezonde elementen	20,9%	26,7%	52,4%	100,0%
	3 ongezonde elementen	25,7%	31,4%	42,9%	100,0%
	4 ongezonde elementen	27,5%	37,5%	35,0%	100,0%
	Totaal	17,0%	23,9%	59,1%	100,0%
Vetten en vethoudende producten	0 ongezonde elementen	24,9%	41,2%	33,9%	100,0%
	1 ongezond element	28,7%	36,9%	34,4%	100,0%
	2 ongezonde elementen	35,8%	34,8%	29,5%	100,0%
	3 ongezonde elementen	42,8%	30,4%	26,8%	100,0%
	4 ongezonde elementen	51,3%	35,9%	12,8%	100,0%
	Totaal	30,6%	37,3%	32,1%	100,0%
Rood vlees	0 ongezonde elementen	50,6%	33,2%	16,2%	100,0%
	1 ongezond element	58,0%	27,9%	14,2%	100,0%
	2 ongezonde elementen	56,7%	33,4%	9,9%	100,0%
	3 ongezonde elementen	66,9%	26,6%	6,5%	100,0%
	4 ongezonde elementen	81,6%	13,2%	5,3%	100,0%
	Totaal	56,4%	30,4%	13,1%	100,0%
Cafeinehoudende producten (zoals koffie, energiedranken, ...)	0 ongezonde elementen	44,9%	33,7%	21,5%	100,0%
	1 ongezond element	45,9%	35,3%	18,8%	100,0%
	2 ongezonde elementen	50,0%	36,5%	13,5%	100,0%
	3 ongezonde elementen	51,1%	32,6%	16,3%	100,0%
	4 ongezonde elementen	60,5%	31,6%	7,9%	100,0%
	Totaal	47,2%	34,7%	18,1%	100,0%
Producten met veel kleur- en smaakstoffen	0 ongezonde elementen	15,5%	27,6%	56,9%	100,0%
	1 ongezond element	18,4%	22,9%	58,7%	100,0%
	2 ongezonde elementen	21,8%	28,1%	50,1%	100,0%
	3 ongezonde elementen	25,9%	25,9%	48,3%	100,0%
	4 ongezonde elementen	30,0%	20,0%	50,0%	100,0%
	Totaal	19,0%	25,8%	55,2%	100,0%
Motorvoertuigen waarmee veel ongelukken gebeuren	0 ongezonde elementen	24,5%	22,0%	53,6%	100,0%
	1 ongezond element	27,1%	23,2%	49,6%	100,0%
	2 ongezonde elementen	35,0%	27,8%	37,2%	100,0%
	3 ongezonde elementen	33,8%	26,1%	40,1%	100,0%
	4 ongezonde elementen	35,0%	42,5%	22,5%	100,0%
	Totaal	28,7%	24,5%	46,8%	100,0%

## 6.4 Besluit

Premiedifferentiatie naar risico dat niet aan persoonlijk gedrag of keuze kan worden gekoppeld – hier levenslooptdifferentiatie genoemd – kan niet op veel steun rekenen.

Afhankelijk van de specifiek voorgestelde vorm is 6 à 14% van de respondenten er voorstander van. De steun is veel groter bij de jongeren dan bij de ouderen, ook merkkelijk groter bij de Franstaligen dan bij de Nederlandstaligen, bij de tegen- dan bij de voorstanders van de verzorgingsstaat en bij de zelfstandigen vergeleken bij de werknemers.

Hoewel de steun globaal niet groot is, wekt het toch verbazing dat er steun te vinden is voor de stelling dat wie veel of langdurig ziek is, meer zou moeten bijdragen. Een dergelijke positie druist immers rechtstreeks in tegen de geest van onze verplichte en solidaire ziekteverzekering. Daarenboven blijken de mensen met een zwakke gezondheid (de 20% met de meeste gezondheidsproblemen) al in één op vijf van de gevallen grote problemen van toegankelijkheid te ondervinden. Zij geraken ten gevolge van medische uitgaven op of onder de armoedegrens. Toch is 20% van de mensen tussen 18 en 25 en van 20% van de Franstaligen van oordeel dat precies die mensen meer zouden moeten bijdragen.

De steun voor leefstijldifferentiatie, naar risico's die verbonden zijn aan een leefstijl en waarvan wordt aangenomen dat hij wel het gevolg is van een vrije keuze, is veel groter. Dit soort differentiatie kan rekenen op de steun van een kwart tot een (ruim) derde van de bevolking. Zelfs als verwezen wordt naar het eigen kind of de eigen partner loopt de steun voor de ene of andere vorm van differentiatie toch op tot bij de 25%.

Omdat leefstijldifferentiatie soms wel wordt voorgesteld als een preventieve maatregelen, werd in dit hoofdstuk ook nagegaan of er een draagvlak is voor het verhogen van accijnzen op voor de gezondheid schadelijke producten. Dat blijkt het geval te zijn voor die producten waar al zware accijnzen op rusten: tabak, alcohol en (gevaarlijke) motorrijtuigen. Dat lijstje wordt vervoegd door voedsel met veel kleur- en smaakstoffen. Op al die producten kunnen, volgens een meerderheid van de bevolking, de accijnzen worden verhoogd. Een meerderheid ziet een accijnsverhoging op vet, suiker, cafeïnehoudende producten en rood vlees echter niet zitten.

De houding ten opzichte van de accijnsverhoging wordt vrij sterk beïnvloed door drie factoren: ouderen zijn er in veel grotere mate voorstander van dan jongeren, mensen die gezond leven zijn er grotere voorstanders van dan mensen met een minder gezonde levensstijl en mensen met een negatieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat zijn er ook groter voorstander van.

## 7 Hoofdstuk 7, Arbeid, arbeidsongeschiktheid en activering

### 7.1 Oorzaken van de toename van het aantal arbeidsongeschikte mensen

De respondenten werd ook gevraagd naar hun opvatting over de oorzaken van het toenemend aantal arbeidsongeschikte mensen (zie tabel 7.1). Daartoe werden een tiental mogelijke verklaringen voorgelegd. Het was de bedoeling dat deze drie mogelijke types van verklaring weerspiegelen. Een eerste schrijft de toename toe aan een afnemende arbeidsmotivatie, de tweede aan toegenomen onzekerheid en de derde aan toegenomen arbeidsdruk.

In het eerste geval gaat het om uitspraken als “mensen werken niet meer graag en worden daardoor sneller ziek”, “er zijn steeds meer plantrekkers die zich snel ziek laten verklaren” en “de hedendaagse jonge mensen kunnen niet meer tegen veel”. Met twee van die uitspraken gaan ongeveer even veel mensen akkoord als niet akkoord. Met de stelling dat er steeds meer plantrekkers zijn die zich snel ziek laten verklaren, gaat 55% akkoord en 19% niet akkoord. Deze verklaring leeft dus bij een derde tot de helft van de bevolking.

Tabel 7.1: Oorzaken van stijging aantal arbeidsonbekwame mensen (in %) volgens de Belgische bevolking (N=2.051)

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Tussen beide	Akkoord	Helemaal akkoord	(Hele- maal) akkoord / (Hele- maal) niet akkoord
Mensen werken niet meer graag en worden daardoor sneller ziek	7,7	28,1	32,3	24,3	7,6	0,9
De hedendaagse jonge mensen kunnen niet meer tegen veel	8,2	25,5	26,8	28,5	10,9	1,2
De economische crisis maakt mensen ziek	3,0	20,0	35,4	32,2	9,3	1,8
Veel mensen leven met onzekerheid en worden daardoor ziek	2,8	18,2	36,7	33,7	8,6	2,0
Veel mensen werken onder omstandigheden die ziek maken	1,7	15,5	39,6	33,1	10,0	2,5
Er zijn steeds meer plantrekkers die zich snel ziek laten verklaren	4,3	14,4	26,6	34,8	19,8	2,9
Het ritme van het werk ligt te hoog	2,1	10,7	35,0	39,0	13,3	4,1
Op het werk wordt steeds meer van mensen gevraagd	3,7	10,7	22,0	45,6	18,0	4,4
Niet alleen het werk, maar het ganse leven is te druk	2,2	10,6	27,3	47,5	12,5	4,7
Heel veel mensen worden ziek van de stress op het werk	1,6	7,3	21,8	50,6	18,5	7,7

De verklaring in termen van onzekerheid krijgt ongeveer evenveel steun. Met de stelling dat de economische crisis de mensen ziek maakt, gaat 42% akkoord en 23% niet

akkoord. Volgens 42% leven te veel mensen in onzekerheid en worden ze daardoor ziek. Die stelling wordt door 21% verworpen.

De verklaring die op de meeste steun kan rekenen, schrijft de toename van de arbeidsonbekwaamheid toe aan gestegen werkdruk en stress. Verklaringen die het gestegen aantal arbeidsonbekwame mensen toeschrijft aan een te hoog arbeidsritme, een algemene toename van de drukte van het leven, aan de hoge eisen die aan mensen worden gesteld en aan stress op het werk, worden door 4 à 7 keer meer mensen belangrijk dan onbelangrijk geacht. De stelling "heel veel mensen worden ziek van stress op het werk" krijgt de instemming van 69% en wordt verworpen door 9%. Het is duidelijk dat dit een verklaring is die heel sterk leeft bij de bevolking.

Via een principale componentenanalyse werd nagegaan of de drie vooropgestelde verklaringen ook uit de antwoordpatronen van de respondenten blijken (zie tabel 7.2). Dat is niet helemaal het geval. De respondenten blijken de verklaring in termen van onzekerheid en de verklaring in termen van de toegenomen werkdruk als eenzelfde verklaring te beschouwen. Zij maken in feite het onderscheid tussen een verklaring in termen van de motivatie van personen en een verklaring in termen van economische factoren. De laatste verklaring heeft veel meer aanhangers dan de eerste.

Tabel 7.2: Principale componentenanalyse naar oorzaken voor de stijging van het aantal arbeidsonbekwame mensen

	Component 1	Component 2
Heel veel mensen worden ziek van de stress op het werk	<b>,809</b>	-,112
Het ritme van het werk ligt te hoog	<b>,778</b>	-,053
Op het werk wordt steeds meer van mensen gevraagd	<b>,755</b>	-,139
De economische crisis maakt mensen ziek	<b>,748</b>	,154
Veel mensen leven met onzekerheid en worden daardoor ziek	<b>,730</b>	,139
Veel mensen werken onder omstandigheden die ziek maken	<b>,721</b>	,021
Niet alleen het werk, maar het ganse leven is te druk	<b>,615</b>	,192
Mensen werken niet meer graag en worden daardoor sneller ziek	,011	<b>,799</b>
Er zijn steeds meer plantrekkers die zich snel ziek laten verklaren	-,115	<b>,779</b>
De hedendaagse jonge mensen kunnen niet meer tegen veel	,222	<b>,740</b>
Eigenwaarde	3,882	1,908
Cronbach's alpha	,863	,687

Noot: componentladingen zijn verkregen na oblique rotatie

## 7.2 Analyse van de twee verklaringen voor toegenomen arbeidsongeschiktheid

### 7.2.1 Toename arbeidsonbekwaamheid door afname arbeidsbereidheid

De aanhang voor de stelling dat de arbeidsbereidheid afneemt en daardoor het aantal invaliden toeneemt, laat zich zeer goed verklaren in termen van de kenmerken waarvoor hier wordt gecontroleerd ( $R^2=30\%$ ) (zie tabel 7.3).

Tabel 7.3: Lineaire regressieanalyse naar oorzaken voor de toename van het aantal arbeidsonbekwame mensen door de afname van arbeidsbereidheid (N=2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		***
°Franstalig (ref.: Nederlandstalig)	-,053	**
Ongezonde leefstijl	,047	*
Economische positie	,078	***
Opleiding	-,130	***
Mediavorkeur Nederlandstaligen (populair)	,069	***
Mediavorkeur Franstaligen (hoog mediagebruik)	-,036	*
Laag internetgebruik	,062	***
Negatieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat	,477	***
Adjusted R <sup>2</sup>	,301	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significant

De stelling dat de toegenomen arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een afgenomen arbeidsmotivatie vindt meer aanhang bij laag- dan bij hooggeschoolden, meer bij mensen in een goede economische positie, meer bij Nederlandstaligen met een populaire mediavorkeur, meer bij mensen met een laag internetgebruik, meer bij Nederlandstaligen dan bij Franstaligen en meer bij ongezonde dan bij gezonde mensen. Veruit het sterkste effect is dat van de houding ten opzichte van de verzorgingsstaat. Mensen die negatief staan tegenover de verzorgingsstaat omdat ze van oordeel zijn dat deze verschillende nadelen heeft, zoals het remmen van de economische groei en het mensen lui en onverantwoordelijk maken, zijn ook van oordeel dat de toenemende arbeidsongeschiktheid een gevolg is van een afnemende bereidheid te werken. De sterkere verbanden, naar opleidingsniveau en naar houding ten opzichte van de verzorgingsstaat, worden in de tabellen 7.4 en 7.5 nader beschreven.

Tabel 7.4: Verklaring van de stijging van het aantal arbeidsonbekwame mensen door een afname van de arbeidsbereidheid, naar opleidingsniveau

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
De hedendaagse jonge mensen kunnen niet meer tegen veel	1,00 Laag	23,5%	24,7%	51,7%	100,0%
	2,00 Midden	31,0%	30,0%	39,0%	100,0%
	3,00 Hoog	50,3%	23,3%	26,4%	100,0%
	Totaal	34,2%	26,3%	39,6%	100,0%
Mensen werken niet meer graag en worden daardoor sneller ziek	1,00 Laag	30,3%	32,4%	37,2%	100,0%
	2,00 Midden	36,2%	33,3%	30,5%	100,0%
	3,00 Hoog	41,4%	30,8%	27,7%	100,0%
	Totaal	35,8%	32,3%	32,0%	100,0%
Er zijn steeds meer plantrekkers die zich snel ziek laten verklaren	1,00 Laag	13,0%	23,9%	63,1%	100,0%
	2,00 Midden	17,6%	29,5%	52,9%	100,0%
	3,00 Hoog	26,6%	26,2%	47,2%	100,0%
	Totaal	18,7%	26,6%	54,7%	100,0%

Van de laaggeschoolden is 63% van oordeel dat er steeds meer plantrekkers zijn, 52% meent dat de hedendaagse jonge mensen niet meer "tegen veel kunnen" en 37% vindt dat de mensen niet meer graag werken en daardoor sneller ziek worden (zie tabel 7.4).

Bij de hooggeschoolden zijn de overeenkomstige percentages merkelijk lager: 47 i.p.v. 63, 26 i.p.v. 52 en 28 i.p.v. 37.

De verschillen tussen het kwart van de bevolking met de meest negatieve en de meest positieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat zijn bijzonder groot (zie tabel 7.5). Bij het kwart van de bevolking met de meest negatieve houding is een duidelijke tot overweldigende meerderheid het eens met de uitspraken die de toegenomen arbeidsonbekwaamheid toeschrijft aan een afgenomen arbeidsbereidheid. 53% vindt dat mensen niet meer graag werken en daarom sneller ziek worden, 56% dat hedendaagse jonge mensen niet meer tegen veel kunnen en 85% dat er steeds meer plantrekkers zijn. Bij die groep worden die stellingen verworpen door respectievelijk 21, 23 en 5%. Bij de mensen die positief staan ten opzichte van de verzorgingsstaat vinden die stellingen veel minder aanhang. 13% is van oordeel dat mensen niet meer graag werken en daarom sneller ziek worden, 24% meent dat hedendaagse jonge mensen niet meer tegen veel kunnen en 22% dat er steeds meer plantrekkers zijn. In die groep worden die stellingen verworpen door respectievelijk 61, 52 en 49%. Duidelijk het meest verspreid is de opvatting dat er steeds meer plantrekkers zijn en het aantal invaliden daardoor toeneemt. Van de bevolking in haar geheel is 55% het daarmee eens.

Tabel 7.5 : Verklaring van de stijging van het aantal arbeidsonbekwame mensen door een afname van de arbeidsbereidheid, naar houding ten opzichte van de verzorgingsstaat

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
De hedendaagse jonge mensen kunnen niet meer tegen veel	1,00 Heel positief	52,4%	23,5%	24,1%	100,0%
	2,00 Positief	35,2%	33,6%	31,2%	100,0%
	3,00 Negatief	26,6%	28,4%	45,1%	100,0%
	4,00 Heel negatief	23,4%	20,4%	56,2%	100,0%
	Totaal	34,7%	26,7%	38,6%	100,0%
Mensen werken niet meer graag en worden daardoor sneller ziek	1,00 Heel positief	61,0%	25,8%	13,2%	100,0%
	2,00 Positief	35,4%	42,0%	22,7%	100,0%
	3,00 Negatief	26,1%	36,6%	37,3%	100,0%
	4,00 Heel negatief	20,7%	26,0%	53,3%	100,0%
	Totaal	36,0%	32,9%	31,1%	100,0%
Er zijn steeds meer plantrekkers die zich snel ziek laten verklaren	1,00 Heel positief	49,1%	28,9%	21,9%	100,0%
	2,00 Positief	13,5%	39,9%	46,6%	100,0%
	3,00 Negatief	6,3%	24,8%	68,9%	100,0%
	4,00 Heel negatief	4,6%	10,9%	84,5%	100,0%
	Totaal	18,5%	26,8%	54,7%	100,0%

### 7.2.2 *Toename arbeidsonbekwaamheid door hogere werkdruk en (economische) onzekerheid*

De mate waarin mensen deze verklaring aanhangen kan minder goed worden verklaard dan de aanhang van de stelling dat er een dalende arbeidsmotivatie is (zie tabel 7.6). Toch is die verklaringskracht op zich goed ( $R^2=18\%$ ). De stelling dat de toenemende

arbeidsongeschiktheid een gevolg is van onzekerheid en werkdruk vindt meer gehoor bij minder gezonde mensen, bij vrouwen meer dan bij mannen, bij laaggeschoolden meer dan bij hooggeschoolden, bij mensen met een goede economische positie, meer dan bij degenen in een zwakke economische positie en meer bij alleenstaanden. Zij slaat minder aan bij zelfstandigen en bij mensen met een negatieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat. De twee belangrijkste effecten zijn echter die van het toekomstbeeld en de opvatting met betrekking tot gelijkheid. Mensen met een negatief toekomstbeeld zijn vatbaarder voor deze verklaring. Blijkbaar beschouwen zij de onzekerheid waarvan zij zelf het slachtoffer zijn als een plausibele verklaring voor ziekte en arbeidsongeschiktheid. De sterkste verklaring is die van het gelijkheidsstreven ( $\beta=0,27$ ). Mensen die van oordeel zijn dat er nog teveel ongelijkheid is in deze samenleving en die van oordeel zijn dat de overheid moet tussenkomen om meer gelijkheid te scheppen, zijn geneigd de verklaring van toenemende arbeidsongeschiktheid te zoeken in arbeidsverhoudingen, in toegenomen werkdruk, stress en economische onzekerheid. Deze twee sterkere relaties worden in tabellen 7.7 en 7.8 nader toegelicht.

Tabel 7.6: Lineaire regressieanalyse naar oorzaken voor de toename van het aantal arbeidsonbekwame mensen door hogere werkdruk en onzekerheid (N=2.148)

	$\beta$	Sig.
(Constant)		n.s.
°Man (ref.: vrouw)	-,093	***
°Franstalig (ref.: Nederlandstalig)	-,057	**
Slechte gezondheidspositie	,097	***
Economische positie	,089	***
Sector van tewerkstelling (ref.: zelfstandig)		
°Privésector	,080	***
°Publiekesector	,075	**
Opleiding	-,064	**
Negatief toekomstperspectief	,111	***
Negatieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat	-,082	***
Egalitaire houding op de oude breuklijn	,266	***
Gezinssamenstelling (ref.: met partner en kind(eren))		
°Met partner zonder kind(eren)	,022	n.s.
°Alleenstaand met kind(eren)	,017	n.s.
°Alleenstaand	,064	**
°Ooit vervanginkomen ontvangen (ref.: nooit)	,058	**
Adjusted R <sup>2</sup>	,184	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ ; n.s. = non significant

Deze verklaring kan over het algemeen op veel bijval rekenen; akkoord met de verschillende uitspraken varieert van 38 (de economische crisis maakt mensen ziek) tot 69% (heel veel mensen worden ziek van stress op het werk). Toch is de bijval nog groter bij mensen met een negatief toekomstbeeld. De instemming varieert daar van 49% (veel mensen leven in onzekerheid en worden daardoor ziek) tot 79% (heel veel mensen worden ziek van stress op het werk) (zie tabel 7.7).

Tabel 7.7: Verklaring van de stijging van het aantal arbeidsonbekwame mensen door stress en onzekerheid naar toekomstperspectief

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Op het werk wordt steeds meer van mensen gevraagd	1,00 Heel positief	20,9%	25,0%	54,1%	100,0%
	2,00 Positief	15,1%	25,7%	59,3%	100,0%
	3,00 Negatief	10,7%	25,1%	64,2%	100,0%
	4,00 Heel negatief	13,1%	12,8%	74,1%	100,0%
	Totaal	14,9%	22,2%	62,9%	100,0%
Heel veel mensen worden ziek van de stress op het werk	1,00 Heel positief	12,9%	26,3%	60,8%	100,0%
	2,00 Positief	8,9%	25,7%	65,4%	100,0%
	3,00 Negatief	7,6%	23,2%	69,2%	100,0%
	4,00 Heel negatief	6,8%	14,3%	79,0%	100,0%
	Totaal	9,0%	22,3%	68,6%	100,0%
De economische crisis maakt mensen ziek	1,00 Heel positief	33,2%	38,6%	28,1%	100,0%
	2,00 Positief	26,0%	39,9%	34,2%	100,0%
	3,00 Negatief	24,4%	34,6%	41,0%	100,0%
	4,00 Heel negatief	19,1%	30,7%	50,3%	100,0%
	Totaal	25,7%	35,9%	38,4%	100,0%
Veel mensen leven met onzekerheid en worden daardoor ziek	1,00 Heel positief	30,1%	37,7%	32,2%	100,0%
	2,00 Positief	22,3%	40,8%	36,9%	100,0%
	3,00 Negatief	24,2%	37,2%	38,5%	100,0%
	4,00 Heel negatief	16,4%	34,8%	48,7%	100,0%
	Totaal	23,3%	37,7%	39,1%	100,0%
Niet alleen het werk, maar het ganse leven is te druk	1,00 Heel positief	18,3%	29,0%	52,7%	100,0%
	2,00 Positief	12,5%	34,5%	53,0%	100,0%
	3,00 Negatief	12,5%	32,1%	55,5%	100,0%
	4,00 Heel negatief	10,6%	21,7%	67,8%	100,0%
	Totaal	13,5%	29,3%	57,2%	100,0%
Het ritme van het werk ligt te hoog	1,00 Heel positief	20,6%	36,3%	43,1%	100,0%
	2,00 Positief	13,2%	40,9%	45,9%	100,0%
	3,00 Negatief	13,1%	38,3%	48,6%	100,0%
	4,00 Heel negatief	10,1%	27,7%	62,2%	100,0%
	Totaal	14,2%	35,8%	50,0%	100,0%
Veel mensen werken onder omstandigheden die ziek maken	1,00 Heel positief	26,4%	41,1%	32,5%	100,0%
	2,00 Positief	18,5%	50,2%	31,3%	100,0%
	3,00 Negatief	17,8%	38,3%	43,9%	100,0%
	4,00 Heel negatief	13,3%	28,6%	58,1%	100,0%
	Totaal	19,0%	39,6%	41,4%	100,0%

Het gelijkheidsstreven speelt een belangrijke rol in de mate waarin deze verklaring wordt aanvaard (zie tabel 7.8). Bij het meest linkse kwart van de bevolking (het kwart dat de grootste voorstander is van gelijkheid en herverdeling) kunnen de verschillende uitspraken rekenen op grote bijval, variërend van 83% (heel veel mensen worden ziek van stress op het werk) tot 53% (heel veel mensen leven in onzekerheid en worden daardoor ziek). Toch wordt de diagnose dat de werkdruk en de stress mensen ziek maakt ook in grote mate gedeeld door het meest rechtse kwart van de bevolking. Ook van hen is meer dan 50% het eens met die stellingen. De specifieke stellingen die bij deze groep minder bijval krijgen, zijn dat veel mensen in onzekerheid leven en daardoor ziek worden (25% stemt daarmee in en 29% verwerpt die stelling en een groot aantal twijfelt) en de stelling dat de economische crisis de mensen ziek maakt (23% is het daarmee eens, 35% uitdrukkelijk niet). Dus ook al wordt vastgesteld dat de links-rechtsofstelling een

belangrijk effect heeft op de mate waarin toegenomen stress en onzekerheid worden aangevoerd als verklaring voor de toenemende mate van arbeidsongeschiktheid, toch blijkt deze verklaring over het hele links-rechtsspectrum veel aanhang te hebben, vooral dan de stellingen die zich specifiek richten op de effecten van toegenomen arbeidsdruk en stress, minder voor de effecten van onzekerheid en economische crisis.

Tabel 7.8: Verklaring van de stijging van het aantal arbeidsonbekwame mensen door stress en onzekerheid naar houding op de oude breuklijn

		(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord	Totaal
Op het werk wordt steeds meer van mensen gevraagd	1,00 Rechts	21,9%	26,4%	51,6%	100,0%
	2,00 Matig rechts	13,8%	29,2%	57,1%	100,0%
	3,00 Matig links	12,0%	21,5%	66,4%	100,0%
	4,00 Links	8,4%	12,7%	78,9%	100,0%
	Totaal	14,3%	22,6%	63,1%	100,0%
Heel veel mensen worden ziek van de stress op het werk	1,00 Rechts	13,7%	30,5%	55,7%	100,0%
	2,00 Matig rechts	9,1%	27,0%	63,9%	100,0%
	3,00 Matig links	7,2%	21,0%	71,7%	100,0%
	4,00 Links	7,4%	10,1%	82,5%	100,0%
	Totaal	9,6%	22,4%	68,0%	100,0%
De economische crisis maakt mensen ziek	1,00 Rechts	34,8%	41,9%	23,3%	100,0%
	2,00 Matig rechts	24,5%	37,4%	38,1%	100,0%
	3,00 Matig links	23,2%	35,3%	41,5%	100,0%
	4,00 Links	15,3%	27,0%	57,7%	100,0%
	Totaal	24,7%	35,5%	39,8%	100,0%
Veel mensen leven met onzekerheid en worden daardoor ziek	1,00 Rechts	29,0%	46,0%	24,9%	100,0%
	2,00 Matig rechts	22,9%	37,6%	39,5%	100,0%
	3,00 Matig links	19,3%	35,6%	45,1%	100,0%
	4,00 Links	17,3%	28,9%	53,8%	100,0%
	Totaal	22,5%	37,3%	40,2%	100,0%
Niet alleen het werk, maar het ganse leven is te druk	1,00 Rechts	18,9%	33,5%	47,6%	100,0%
	2,00 Matig rechts	12,2%	30,8%	57,0%	100,0%
	3,00 Matig links	9,1%	29,2%	61,7%	100,0%
	4,00 Links	11,4%	17,8%	70,8%	100,0%
	Totaal	13,4%	27,8%	58,8%	100,0%
Het ritme van het werk ligt te hoog	1,00 Rechts	20,4%	37,9%	41,8%	100,0%
	2,00 Matig rechts	13,2%	41,0%	45,8%	100,0%
	3,00 Matig links	12,2%	38,7%	49,1%	100,0%
	4,00 Links	7,6%	24,2%	68,2%	100,0%
	Totaal	13,6%	35,1%	51,3%	100,0%
Veel mensen werken onder omstandigheden die ziek maken	1,00 Rechts	28,1%	45,4%	26,5%	100,0%
	2,00 Matig rechts	17,0%	45,6%	37,3%	100,0%
	3,00 Matig links	18,2%	38,0%	43,8%	100,0%
	4,00 Links	9,0%	29,6%	61,4%	100,0%
	Totaal	18,2%	40,0%	41,8%	100,0%

Kortom, voor het verklaren van de toenemende mate van arbeidsongeschiktheid leven er bij de bevolking twee soorten verklaringen. De eerste schrijft die toename toe aan een afnemende arbeidsbereidheid, de tweede aan economische omstandigheden zoals toegenomen werkdruk en stress en onzekerheid. De tweede verklaring heeft veel meer aanhangers dan de eerste en kan op een meerderheid van de bevolking rekenen. De eerste verklaring, in termen van een afgenomen arbeidsmotivatie, vindt men vooral bij

mensen die negatief staan tegenover de verzorgingsstaat en bij mensen met een laag opleidingsniveau. De tweede verklaring, die de toename toeschrijft aan verhoogde werkdruk en onzekerheid, krijgt een meerderheid van de bevolking achter zich maar vindt toch meer bijval bij mensen met een onzeker toekomstperspectief of een linkse opstelling. Over de vraag of onzekerheid een belangrijke rol speelt zijn rechtse mensen erg verdeeld, met iets meer van hen die die specifieke stelling verwerpen.

### 7.3 De hoogte van de invaliditeitsuitkering

In het onderzoek werd ook een vraag gesteld naar hoe hoog de invaliditeitsuitkering volgens de respondenten zou moeten zijn. Het was daarbij duidelijk dat het om het netto, beschikbare bedrag ging. Op die vraag gaven twee respondenten een sterk afwijkend antwoord. Volgens de ene dienden de invaliden per maand voor 1.700 Euro te worden beboet, volgens de andere verdienden zij een bonus van 100.000 Euro per maand. Beide antwoorden worden bij de berekening buiten beschouwing gelaten (zie tabel 7.9).

Tabel 7.9: Hoogte van het vervanginkomen bij invaliditeit

Gemiddelde	€1.457,50
Standaardafwijking	€485,38

Het gemiddelde van de door de respondenten opgegeven bedragen is 1.457,50 Euro, met een standaardafwijking van 485 Euro (zie tabel 2). Dat betekent dat voor 66% van de bevolking de uitkering tussen de 1.000 en de 1.900 Euro zou moeten liggen. Het gaat natuurlijk om een ruwe schatting die geen rekening houdt met de gezinssituatie, maar het resultaat komt vrij goed overeen met de huidige hoogte van de uitkeringen.

Tabel 7.10: Lineaire regressieanalyse naar de hoogte die het vervanginkomen bij invaliditeit zou moeten hebben (N=2.148)

	B	$\beta$	Sig.
(Constant)	1.237,13		***
Leeftijd	2,86	,115	***
°Man (ref.: vrouw)	115,83	,139	***
Sector van tewerkstelling (ref.: zelfstandig)			
°Privésector	-37,06	-,040	n.s.
°Publieke sector	-66,16	-,062	*
Opleiding	23,18	,073	***
Negatief toekomstperspectief	25,11	,053	*
Laag internetgebruik	-7,98	-,052	*
Gezinssamenstelling (ref.: met partner en kind(eren))			
°Met partner zonder kind(eren)	49,62	-,057	*
°Alleenstaand met kind(eren)	-56,48	-,023	n.s.
°Alleenstaand	-4,56	-,004	n.s.
Adjusted R <sup>2</sup>		,035	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significant

Alle kenmerken waarvoor gecontroleerd wordt verklaren samen slechts een kleine 4% van de variatie in de hoogte die het vervanginkomen volgens de respondenten zou moeten hebben (zie tabel 7.10). Er zijn verschillende kleine invloeden, maar slechts twee relatief belangrijke. Volgens de mannen mag het vervanginkomen 116 Euro per maand hoger liggen dan volgens de vrouwen. Het vervanginkomen mag volgens oudere mensen ook hoger liggen dan volgens jongeren. Met elke jaar dat men ouder wordt, is men van oordeel dat het vervanginkomen met 2,86 Euro per maand mag toenemen. Wat betreft de overige variabelen gaat het om heel kleine effecten.

#### 7.4 Terugbegeleiding naar de arbeidsmarkt

De respondenten werd ook gevraagd of er bijzondere inspanningen moeten worden geleverd om mensen die invalide zijn of arbeidsongeschikt toch aan gepast werk te helpen. Een heel ruime meerderheid is van oordeel dat werkgevers en bedrijven dergelijke mensen gepast werk moeten geven opdat zij toch terug aan de slag zouden kunnen (zie tabel 7.11). 73% neemt die positie in, slechts 6% is het daar niet mee eens; 21% spreekt zich over die vraag niet uit.

Over de vraag of de ziekenfondsen en de overheid meer inspanningen moeten leveren om mensen die invalide zijn toch weer aan het werk te krijgen, zijn de meningen meer verdeeld. 40% is van oordeel van wel, 21% is van oordeel van niet en niet minder dan 39% twijfelt, wat de verdeeldheid extra onderlijnt.

Tabel 7.11: Houdingen (in %) van de Belgische bevolking omtrent het activeringsbeleid ten opzichte van invaliden (N=2.181)

	(Helemaal) niet akkoord	Tussen beide	(Helemaal) akkoord
De ziekenfondsen en de overheid zouden meer inspanningen moeten doen om mensen die invalide zijn toch weer aan het werk te krijgen.	20,6	39,3	40,1
De werkgevers en bedrijven zouden aan mensen die invalide zijn, gepast werk moeten geven, zodat zij toch terug aan de slag zouden kunnen.	5,8	21,4	72,8

Aangezien een bijzonder ruime meerderheid (73% versus 6%) van oordeel is dat werkgevers inspanningen moeten leveren om invaliden gepast werk te verschaffen, werd niet verder nagegaan welke groepen voor- of tegenstander zijn van deze maatregel. Dat werd wel gedaan voor de opvattingen over de rol van ziekenfondsen en overheid (zie tabel 7.12).

Tabel 7.12: Logistische regressieanalyse naar de houding omtrent het activeringsbeleid van invaliden door de mutualiteiten en de overheid (N=1.027)

	Exp(B)	Sig.
(Constant)	2,937	**
Leeftijd	,981	***
°Franstalig (ref.: Nederlandstalig)	,294	***
Slechte gezondheidspositie	,742	***
Opleiding	1,372	***
Negatieve houding ten opzichte van de SZ	1,943	***
Nagelkerke R <sup>2</sup>	,284	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significant

Zoals blijkt uit tabel 7.12 kunnen de voor- en tegenstanders van een activeringsbeleid door ziekenfondsen en overheid zeer goed in termen van een aantal kenmerken van elkaar worden onderscheiden ( $R^2 = 28\%$ ). De voorstanders zijn jong, eerder Nederlands- dan Franstalig, genieten een goede gezondheid, zijn hoger opgeleid en hebben een eerder negatieve opvatting over de verzorgingsstaat. Deze verschillende verbanden worden nu nader beschreven.

Voorstanders van het activeringsbeleid vindt men vooral bij de 18 tot 25-jarigen (48% voor, 13% tegen) en bij de 26 tot 35-jarigen (53% voor en 18% tegen) (zie tabel 7.13).

Tabel 7.13: Houding omtrent het activeringsbeleid van invaliden door de mutualiteiten en de overheid naar leeftijd

	1,00 (Helemaal) niet akkoord	2,00 Tussen beide	3,00 (Helemaal) akkoord	Totaal
1,00 18 tot 25 jaar	13,0%	39,4%	47,6%	100,0%
2,00 26 tot 35 jaar	17,9%	29,3%	52,8%	100,0%
3,00 36 tot 45 jaar	18,1%	43,2%	38,7%	100,0%
4,00 46 tot 55 jaar	22,9%	40,7%	36,4%	100,0%
5,00 56 tot 65 jaar	24,3%	40,8%	34,9%	100,0%
6,00 66 tot 75 jaar	23,3%	41,0%	35,6%	100,0%
Totaal	20,6%	39,3%	40,1%	100,0%

Bij de Nederlandstaligen zijn de voorstanders van het activeringsbeleid meer dan 3 keer zo talrijk als de tegenstanders (48% versus 14%). Bij de Franstaligen zijn die groepen nagenoeg precies even groot (29,4 en 29,5%).

Tabel 7.14: Houding omtrent het activeringsbeleid van invaliden door de mutualiteiten en de overheid naar taalgemeenschap

	1,00 (Helemaal) niet akkoord	2,00 Tussen beide	3,00 (Helemaal) akkoord	Totaal
,00 Nederlandstalig	14,2%	37,9%	47,9%	100,0%
1,00 Franstalig	29,5%	41,1%	29,4%	100,0%
Totaal	20,7%	39,3%	40,1%	100,0%

Van de laaggeschoolden is 32% akkoord met het activeringsbeleid en is 28% niet akkoord. Ook hier dus twee niet erg ongelijke groepen. Bij de hogeschoolden is echter 52% akkoord en slechts 13% niet akkoord (zie tabel 7.15).

Tabel 7.15: Houding omtrent het activeringsbeleid van invaliden door de mutualiteiten en de overheid naar opleidingsniveau

	1,00 (Helemaal) niet akkoord	2,00 Tussen beide	3,00 (Helemaal) akkoord	Totaal
1,00 Laag	27,5%	40,6%	31,9%	100,0%
2,00 Midden	19,3%	41,0%	39,7%	100,0%
3,00 Hoog	12,9%	35,1%	52,1%	100,0%
Totaal	20,2%	39,2%	40,6%	100,0%

Bij het kwart van de mensen die heel positief staan ten opzichte van de verzorgingsstaat zijn meer tegenstanders van een activeringsbeleid (35%) dan voorstanders (25%). Bij het kwart met de meest negatieve houding is 53% voorstander van zo'n beleid en slechts 15% tegenstander (zie tabel 7.16).

Tabel 7.16: Houding omtrent het activeringsbeleid van invaliden door de mutualiteiten en de overheid naar houding ten opzichte van de verzorgingsstaat

	1,00 (Helemaal) niet akkoord	2,00 Tussen beide	3,00 (Helemaal) akkoord	Totaal
1,00 Heel positief	34,9%	39,9%	25,3%	100,0%
2,00 Positief	18,0%	44,8%	37,2%	100,0%
3,00 Negatief	12,3%	38,5%	49,3%	100,0%
4,00 Heel negatief	14,9%	32,5%	52,6%	100,0%
Totaal	20,2%	39,2%	40,7%	100,0%

Ook de gezondheidssituatie heeft een effect op de houding ten opzichte van het activeringsbeleid (zie tabel 7.17). Bij de 20% meest gezonde mensen zijn er veel meer voor- dan tegenstanders, 48 versus 14%. Bij de twintig procent mensen met de meeste gezondheidsproblemen zijn voor- en tegenstanders meer in evenwicht, 31% versus 25%.

Tabel 7.17: Houding omtrent het activeringsbeleid van invaliden door de mutualiteiten en de overheid naar gezondheidspositie

	1,00 (Helemaal) niet akkoord	2,00 Tussen beide	3,00 (Helemaal) akkoord	Totaal
1,00 Heel gezond	13,6%	38,5%	48,0%	100,0%
5,00 Heel ongezond	25,4%	43,9%	30,6%	100,0%
Totaal	18,8%	39,2%	42,0%	100,0%

Kortom, over de vraag of de mutualiteiten en de overheid met betrekking tot de arbeidsongeschikten een activeringsbeleid moet voeren, spreekt nagenoeg 40% zich niet uit. De 60% die zich uitspreken zijn verdeeld tussen 40% voorstanders en 20% tegenstanders. De voorstanders zijn jonger, hoger opgeleid en gezonder dan de tegenstanders. Zij zijn ook veel talrijker onder de Nederlandstaligen dan de Franstaligen en talrijker onder degenen die minder positief staan ten opzichte van de verzorgingsstaat dan onder de verdedigers van de verzorgingsstaat.

## 7.5 Besluit

Voor de toename van het aantal arbeidsongeschikten, worden door de bevolking twee verschillende verklaringsmodellen gehanteerd. Het eerste schrijft die toename toe aan een tanende arbeidsmotivatie: de mensen werken niet meer graag en worden daarom sneller ziek, er zijn steeds meer plantrekkers. Afhankelijk van de specifieke uitspraak wordt deze verklaring gehanteerd door een derde tot de helft van de bevolking. Het tweede verklaringsmodel situeert de oorzaak van de toename van arbeidsongeschikten in de onzekerheid veroorzaakt door de economische crisis en de toegenomen arbeidsdruk en stress. Terwijl onzekerheid en het veeleisender worden van het werk ook als verschillende verklaringen kunnen worden gezien, beschouwen de mensen ze als eenzelfde verklaring. Uitspraken die onzekerheid als een oorzaak van arbeidsongeschiktheid vermelden, krijgen bijval van bij de 40% van de respondenten. De verklaring van toenemende arbeidsongeschiktheid door het veeleisender worden van het werk en de toename van stress wordt gehanteerd door 60 à 70% van de mensen. Zij vermelden trouwens niet alleen de veeleisendheid van het werk, maar de drukte van het hedendaagse leven in het algemeen. Een grote meerderheid van de mensen ziet dus in de hedendaagse organisatie van het leven en het werk een belangrijke bron van arbeidsongeschiktheid.

De stelling dat de toegenomen arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een tanende arbeidsmotivatie vindt meer aanhang bij laag- dan bij hooggeschoolden, meer bij mensen in een goede economische positie, meer bij Nederlandstaligen met een populaire mediavorkeur, meer bij mensen met een laag internetgebruik, meer bij Nederlandstaligen dan bij Franstaligen en meer bij ongezonde dan bij gezonde mensen. Veruit het sterkste effect is dat van de houding ten opzichte van de verzorgingsstaat. Mensen die negatief staan tegenover de verzorgingsstaat omdat ze van oordeel zijn dat deze verschillende nadelen heeft, zoals het remmen van de economische groei en het mensen lui en onverantwoordelijk maken, zijn ook van oordeel dat de toenemende arbeidsongeschiktheid een gevolg is van een afnemende bereidheid te werken.

De verklaring in termen van onzekerheid en stress kan over het algemeen op veel bijval rekenen. Toch is de steun voor deze verklaring nog groter bij mensen die zelf in economische onzekerheid leven. Deze verklaring wordt ook in grotere mate aangehangen door mensen die van oordeel zijn dat er nog teveel ongelijkheid is in deze samenleving en dat naar meer gelijkheid moet worden gestreefd.

Volgens de respondenten mag de invaliditeitsuitkering gemiddeld 1.457,50 Euro per maand bedragen, met een standaardafwijking van 485 Euro. Dat betekent dat voor 66% van de bevolking de uitkering tussen de 1.000 en de 1.900 Euro zou moeten liggen. Het gaat natuurlijk om een ruwe schatting die geen rekening houdt met de gezinssituatie, maar het resultaat komt vrij goed overeen met de huidige hoogte van de uitkeringen.

De respondenten werd ook gevraagd of er bijzondere inspanningen moeten worden geleverd om mensen die invalide zijn of arbeidsongeschikt toch aan gepast werk te helpen. Een heel ruime meerderheid, haast drie kwart, is van oordeel dat werkgevers en bedrijven dergelijke mensen gepast werk moe geven opdat zij toch terug aan de slag zouden kunnen. Over de vraag of de ziekenfondsen en de overheid meer inspanningen moeten doen om mensen die invalide zijn toch weer aan het werk te krijgen, zijn de meningen meer verdeeld. 40% is van oordeel van wel, 21% is tegen en niet minder dan 39% twijfelt, wat de verdeeldheid extra onderlijnt. Vergeleken met de tegenstanders van een activeringsbeleid zijn de voorstanders jong, eerder Nederlands- dan Franstalig, zij genieten een goede gezondheid, zijn hoger opgeleid en hebben een eerder negatieve opvatting over de verzorgingsstaat.

Als belangrijkste oorzaak van het toegenomen aantal arbeidsongeschikten wordt naar de veeleisendheid van de hedendaagse arbeid en de drukte van het hedendaagse leven gewezen. Mensen die streven naar meer gelijkheid in de samenleving achten deze verklaring nog belangrijker dan de andere mensen, maar zij wordt gedragen door een meerderheid van de bevolking. Een ruime meerderheid is van oordeel dat werkgevers en bedrijven een verantwoordelijkheid hebben om arbeidsongeschikte mensen gepast werk te bieden, dat het hen mogelijk maakt weer sneller aan het economische leven van de samenleving te participeren. Over de vraag of de overheid en de ziekenfondsen die vorm van participatie moeten bevorderen, is men verdeeld, maar de voorstanders van een dergelijk beleid zijn dubbel zo talrijk als de tegenstanders.

## 8 Hoofdstuk 8, E-medecine en omgang met informatie

### 8.1 Wenselijkheid, aanvaardbaarheid en waarschijnlijk gebruik van online zorg- en gezondheidsinformatie

Aan de respondenten werden 3 mogelijke, gezondheidszorggerelateerde online toepassingen voorgelegd:

- *Als u weet dat u een ingreep moet ondergaan in een ziekenhuis, kunt u via de computer vragen hoeveel dat ongeveer zal kosten en hoeveel u uit eigen zak zal moeten betalen.*
- *Als u weet dat u een ingreep moet ondergaan in een ziekenhuis kunt u via de computer vragen in welk ziekenhuis u dat best laat doen om de beste prijs/kwaliteit te hebben.*
- *Als u zich ziek voelt zou u via de computer kunnen beschrijven hoe u zich voelt en een aantal vragen beantwoorden. De computer zou dan een van de volgende antwoorden kunnen geven (a) u melden dat u zich geen zorgen hoeft te maken, (b) u een voorschrift geven, (c) u zeggen uw huisarts of een specialist te raadplegen.*

Telkens werd gevraagd of ze de verwezenlijking van die toepassing waarschijnlijk achten, als wenselijk beschouwen en of ze er desgevallend zelf gebruik van zouden maken.

#### 8.1.1 De waarschijnlijkheid van de toepassingen

Het online inwinnen van informatie over de kost van ingrepen in verschillende ziekenhuizen wordt door 87% van de respondenten mogelijk geacht, door slechts 4% onmogelijk geacht en een andere 9% beschouwt het als verre toekomstmuziek (tabel 8.1). De 87% die het mogelijk acht is verdeelt in 48% die dit snel ziet gebeuren en 39% die meent dat dit nog niet voor morgen is. Aangezien prototypes en toepassingen van deze dienst al bestaan, is het denken van de bevolking op dit punt erg conservatief. Het gaat om een voorziening die mogelijk is en die er vrij snel ruim toegepast zou kunnen worden.

Het online aanbieden van informatie over prijs/kwaliteitverhoudingen van verschillende ingrepen in verschillende ziekenhuizen, wordt door 79% mogelijk geacht, de meerderheid daarvan denkt wel dat dit niet voor morgen zal zijn (zie tabel 8.1). Negen procent acht zo'n toepassing onhaalbaar en 12% acht het wel mogelijk, maar beschouwt het als verre toekomstmuziek. Het is evident dat men de haalbaarheid van een dergelijke voorziening lager inschat dat het aanbieden van louter informatie over de kost. Verbazend is eerder het geringe verschil in de inschatting van de haalbaarheid van online informatie over de prijs en online informatie over prijs/kwaliteitverhoudingen. Dit wijst er waarschijnlijk op dat eens het online raadplegen van het kostenplaatje van ingrepen is ingeburgerd, de

druk groot zal zijn om informatie over de prijs/kwaliteitverhouding ook op die manier te kunnen inwinnen.

Tabel 8.1: Waarschijnlijkheid (in %) van drie vormen van e-medicine volgens de Belgische bevolking (N=1.972)

	Ja, ik denk dat zo iets best mogelijk is en er vrij snel zou kunnen komen	Ja dat lijkt me mogelijk, maar niet voor morgen	Dat is verre toekomstmuziek	Dat zal er wel nooit komen
Als u weet dat u een ingreep moet ondergaan in een ziekenhuis, kunt u via de computer vragen hoeveel dat ongeveer zal kosten en hoeveel u uit eigen zak zal moeten betalen.	47,7	39,1	8,9	4,3
Als u weet dat u een ingreep moet ondergaan in een ziekenhuis kunt u via de computer vragen in welk ziekenhuis u dat best laat doen om de beste prijs/kwaliteit te hebben.	36,5	42,5	12,0	9,0
Als u zich ziek voelt zou u via de computer kunnen beschrijven hoe u zich voelt en een aantal vragen beantwoorden. De computer zou dan een van de volgende antwoorden kunnen geven (a) u melden dat u zich geen zorgen hoeft te maken, (b) u een voorschrift geven, (c) u zeggen uw huisarts of een specialist te raadplegen.	15,6	28,4	26,6	29,4

In het ontwikkelen van echte e-medecine, zoals beschreven in de derde toepassing, wordt veel minder geloofd (zie tabel 8.1). 27% acht dit onmogelijk, een andere 29% beschouwt het als verre toekomstmuziek. De overige 44% acht het wel mogelijk, maar de meerderheid daarvan (28% van het totaal) is van oordeel dat dit toch niet meteen voor morgen is. Slechts 16% is van oordeel dat dit snel zou kunnen worden ontwikkeld.

In het algemeen kan worden gesteld dat de bevolking de mogelijkheid van deze online toepassingen onderschat tot schromelijk onderschat.

### 8.1.2 De wenselijkheid van de toepassingen

Het aanbieden van informatie over de kost en de prijs/kwaliteit van ingrepen wordt door een overweldigende meerderheid wenselijk geacht, respectievelijk 85 en 74% (zie tabel 8.2). Slechts 5% vindt het eerste en 13% het laatste niet wenselijk. De vraag naar dit soort informatie is dus wel heel groot.

Tegen het online stellen van een diagnose, ook met de mogelijkheid dat deze naar de huisarts of een specialist verwijst, bestaat daarentegen vrij grote scepsis. Slechts 25% acht dit wenselijk, tegen 62% die het onwenselijk acht.

Tabel 8.2: Wenselijkheid (in %) van drie vormen van e-medicine volgens de Belgische bevolking (N=1.985)

	Heel wenselijk	Wenselijk	Onverschillig	Niet wenselijk	Helemaal niet wenselijk
Als u weet dat u een ingreep moet ondergaan in een ziekenhuis, kunt u via de computer vragen hoeveel dat ongeveer zal kosten en hoeveel u uit eigen zak zal moeten betalen.	41,4	43,3	9,8	3,2	2,2
Als u weet dat u een ingreep moet ondergaan in een ziekenhuis kunt u via de computer vragen in welk ziekenhuis u dat best laat doen om de beste prijs/kwaliteit te hebben.	35,4	39,0	13,2	8,0	4,5
Als u zich ziek voelt zou u via de computer kunnen beschrijven hoe u zich voelt en een aantal vragen beantwoorden. De computer zou dan een van de volgende antwoorden kunnen geven (a) u melden dat u zich geen zorgen hoeft te maken, (b) u een voorschrift geven, (c) u zeggen uw huisarts of een specialist te raadplegen.	8,1	17,1	12,4	32,1	30,4

### 8.1.3 De intentie die voorzieningen te gebruiken

De mate waarin men de voorzieningen zou gebruiken, stemt goed overeen met de mate waarin men ze wenselijk acht. 46% verklaart dat zij online zouden kijken naar de kost van een ingreep en andere 32% zegt dat zij dat waarschijnlijk zouden doen (zie tabel 8.3). Voor informatie over de prijs/kwaliteit van ingrepen zijn de overeenkomstige percentages 37 en 32.

Tabel 8.3: Al dan niet gebruik maken (in %) van drie vormen van e-medicine volgens de Belgische bevolking (N=2.000)

	Zeker	Waarschijnlijk	Weet niet	Waarschijnlijk niet	Zeker niet
Als u weet dat u een ingreep moet ondergaan in een ziekenhuis, kunt u via de computer vragen hoeveel dat ongeveer zal kosten en hoeveel u uit eigen zak zal moeten betalen.	46,2	32,3	13,0	4,8	3,8
Als u weet dat u een ingreep moet ondergaan in een ziekenhuis kunt u via de computer vragen in welk ziekenhuis u dat best laat doen om de beste prijs/kwaliteit te hebben.	36,7	32,0	17,8	7,7	5,8
Als u zich ziek voelt zou u via de computer kunnen beschrijven hoe u zich voelt en een aantal vragen beantwoorden. De computer zou dan een van de volgende antwoorden kunnen geven (a) u melden dat u zich geen zorgen hoeft te maken, (b) u een voorschrift geven, (c) u zeggen uw huisarts of een specialist te raadplegen.	11,0	12,3	20,5	24,8	31,5

De scepsis ten opzichte van de online diagnose, blijkt ook uit het voorgenomen gebruik. Slechts 11% verklaart dat ze daarvan gebruik zouden maken. Een andere 12% verklaart dat ze er waarschijnlijk gebruik van zouden maken. 25% zegt het waarschijnlijk niet te gebruiken en 32% weet zeker dat zij er geen gebruik van zouden maken.

## 8.2 Wie wenst een online diagnose?

Het online inwinnen van informatie over de kost en zelfs over de prijs/kwaliteitverhouding van ingrepen, wordt door overweldigende meerderheden mogelijk en wenselijk geacht en zij zouden daar ook gebruik van maken. Daarom heeft het niet veel zin te speuren naar groepen binnen de bevolking die daar in mindere of meerdere mate voorstander van zijn.

Over de mogelijkheid, de wenselijkheid en het gebruik van de online diagnose bestaat er wel verdeeldheid, met dien verstande dat er meer dan dubbel zoveel tegen- dan voorstanders zijn. We hebben geprobeerd te achterhalen of deze groepen zich ook van elkaar onderscheiden in termen van andere kenmerken. Die speurtocht leverde niet veel op. Tenzij de verbazende, maar interessante vaststelling dat mensen die zelden of nooit internet gebruiken niet verschillen van de intense gebruikers in hun houding ten opzichte van de online diagnose. In het algemeen kan men op basis van de vermelde kenmerken de mensen die de online diagnose waarschijnlijk en wenselijk achten maar zwak onderscheiden van degenen die dat niet waarschijnlijk of wenselijk achten, en evenmin kan men de potentiële gebruikers van de potentiële niet-gebruikers onderscheiden. Slechts een paar kenmerken hebben een (eerder bescheiden) effect op die houdingen (zie tabel 8.4).

Tabel 8.4: Logistische regressieanalyse naar de waarschijnlijkheid, wenselijkheid van de online diagnose

	Waarschijnlijk		Wenselijk		Gebruik	
	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.
(Constant)	,492	***	,734	n.s.	,331	***
Leeftijd	1,007	**				
°Man (ref.: vrouw)	1,254	*				
Opleiding			,813	***		
Gezinssamenstelling (ref.: met partner en kind(eren))						
°Met partner zonder kind(eren)			1,363	*	1,397	*
°Alleenstaand met kind(eren)			1,132	n.s.	1,159	n.s.
°Alleenstaand			1,211	n.s.	1,190	n.s.
Slechte gezondheidspositie					1,212	***
Nagelkerke R <sup>2</sup>	,009		,028		,018	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significant

Men schat de waarschijnlijkheid iets hoger in naarmate men ouder is, boven de 55 (zie tabel 8.5). Mannen schatten de waarschijnlijkheid iets hoger in dan vrouwen. Van die laatste gelooft 58% dat de online diagnose er nooit komt of verre toekomstmuziek is; bij de mannen is dat 53%.

Tabel 8.5: Waarschijnlijkheid van online diagnose volgens de Belgische bevolking naar leeftijd

	Ja, vrij snel en niet voor morgen	Verre toekomstmuziek en nooit	Totaal
1,00 18 tot 25 jaar	38,2%	61,8%	100,0%
2,00 26 tot 35 jaar	41,7%	58,3%	100,0%
3,00 36 tot 45 jaar	45,2%	54,8%	100,0%
4,00 46 tot 55 jaar	41,2%	58,8%	100,0%
5,00 56 tot 65 jaar	49,5%	50,5%	100,0%
6,00 66 tot 75 jaar	46,4%	53,6%	100,0%
Totaal	44,0%	56,0%	100,0%

Hoger opgeleiden achten de online diagnose minder wenselijk dan laagopgeleiden. Van de laaggeschoolden acht 32% de online diagnose wenselijk, van de middengeschoolden 24% en van de hooggeschoolden 19%. Vergeleken met alleenstaanden of met koppels met kinderen, achten koppels zonder kinderen de online diagnose ook wenselijker (28% voorstander, tegenover 25% in de bevolking in het algemeen). Dergelijke koppels zouden de online diagnose ook meer gebruiken. Ook mensen met een slechtere gezondheid zouden dat doen. Van de 20% meest gezonde mensen zou 16% waarschijnlijk of zeker gebruik maken van de online diagnose, van de 20% minst gezonde zou 29% dat doen.

### 8.3 Een betere gegevensuitwisseling

Aan de respondenten werd ook gevraagd of de huisarts of specialist bij wie zij op raadpleging gaan, alle medische informatie over hen zou mogen raadplegen die beschikbaar is bij alle artsen en ziekenhuizen (zie tabel 8.6). Vijf procent van de respondenten heeft daarover geen mening. Van degenen die een mening hebben, wijst slechts 1% een dergelijke informatieuitwisseling af. De 99% die haar goed keurt zijn echter verdeeld tussen 42% voor wie geen toelating van de patiënt nodig is en 57% voor wie de informatieuitwisseling slechts kan mits uitdrukkelijke toelating.

Tabel 8.6: Verdeling van de Belgische bevolking (in %) over wie heeft bezwaren tegen uitwisseling medische informatie onder artsen (N=2.105)

	Met GM/WN	Zonder GM/WN
Ja zonder mijn uitdrukkelijke toestemming	39,6	41,7
Ja, mits mijn uitdrukkelijke toestemming	54,2	57,0
Neen, in geen geval	1,2	1,3
Geen Mening/Weet niet	5,0	
Totaal	100	100

We onderzochten welke kenmerken maken dat mensen opteren voor de uitwisseling van gegevens mits toelating of daarentegen de uitwisseling zonder uitdrukkelijke toelating. Slechts twee kenmerken bleken een statistisch significante invloed te hebben, de leeftijd en de houding ten opzichte van de sociale zekerheid (zie tabel 8.7). Jongeren en mensen die positief staan ten opzichte van het stelsel van sociale zekerheid wensen vaker de

uitdrukkelijke toestemming. Die verbanden worden uitvoeriger beschreven in tabellen 8.8 en 8.9. Van de mensen onder de 45 wil meer dan 60% hun toestemming kunnen geven alvorens informatie wordt uitgewisseld.

Tabel 8.7: Logistische regressieanalyse naar de noodzaak van uitdrukkelijke toestemming bij de uitwisseling van medische gegevens tussen artsen (N=2.065)

	Exp(B)	Sig.
(Constant)	2,484	n.s.
Leeftijd	,988	***
Negatieve houding ten opzichte van de SZ	,878	***
Nagelkerke R <sup>2</sup>	,014	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significant

Noot : 0= ja, zonder mijn uitdrukkelijke toestemming ; 1= Ja, mits mijn uitdrukkelijke toestemming

Tabel 8.8: Verdeling van de Belgische bevolking (in %) over wie toestemming noodzakelijk acht voor de uitwisseling van medische gegevens onder artsen naar leeftijd (N=1.974)

Houding ten opzichte van de verzorgingsstaat	Zonder toestemming	Mits toestemming	Totaal
18 tot 25 jaar	31,5	68,5	100
26 tot 35 jaar	38,6	61,4	100
36 tot 45 jaar	39,0	61,0	100
46 tot 55 jaar	42,3	57,7	100
56 tot 65 jaar	49,6	50,4	100
66 tot 75 jaar	46,6	53,4	100
Totaal	42,2	57,8	100

Tabel 8.9: Verdeling van de Belgische bevolking (in %) over wie toestemming noodzakelijk acht voor de uitwisseling van medische gegevens onder artsen naar houding ten opzichte van de verzorgingsstaat (N=1.785)

Houding ten opzichte van de verzorgingsstaat	Zonder toestemming	Mits toestemming	Totaal
Zeer positief	36,4	63,6	100
Positief	42,1	57,9	100
Negatief	41,3	58,7	100
Zeer negatief	47,0	53,0	100
Totaal	41,7	58,3	100

#### 8.4 Wil men erfelijke belasting kennen en wie betaalt voor die informatie?

Aan de respondenten werd gezegd dat het nu mogelijk is te weten of men drager is van een aantal erfelijke aandoeningen, en hen werd gevraagd of ze die informatie zouden willen. 12% van hen verklaarde niet te weten of ze die informatie wel zouden willen hebben. Van de 88% die zich wel uitspreekt, opteert 66% voor het kennen van de informatie en 22% voor het niet kennen ervan (zie tabel 8.10). De 66% die de informatie

wil zijn verder verdeeld in 36% die de informatie zeker wil hebben en 30% die ze waarschijnlijk wel wil hebben.

Tabel 8.10: Verdeling van de wenselijkheid van informatie over het risico om bepaalde erfelijke ziekten te krijgen onder de Belgische bevolking (N=2.098)

	Aantal	% met geen mening/weet niet	% zonder geen mening/weet niet
1 Zeker niet	172	8,2	9,4
2 Waarschijnlijk niet	278	13,3	15,2
3 Waarschijnlijk wel	619	29,5	33,7
4 Zeker	765	36,4	41,7
5 Geen mening / weet niet	264	12,6	
Totaal	2098	100,0	100,0

De respondenten werd ook gezegd dat aan het inwinnen van die informatie een kost verbonden is, en hen werd gevraagd of deze door de verplichte ziekteverzekering moet worden gedragen. Over deze vraag spreekt 22% van de respondenten zich niet uit. Van degenen die dat wel doen, opteert 80% voor een terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering en verwerpt 20% die optie. Men kan uiteraard verwachten dat de mensen die over die informatie willen beschikken in grotere mate kiezen voor een terugbetaling via de verplichte ziekteverzekering. Dat blijkt ook inderdaad het geval te zijn (zie tabel 8.11).

Tabel 8.11: Verdeling van de wenselijkheid omtrent terugbetaling van de kosten die gemaakt zijn voor de verkrijging van informatie over het risico om bepaalde erfelijke ziekten te krijgen naar wenselijkheid tot het verkrijgen van informatie

		Wenselijkheid terugbetaling		Totaal
		1 Ja	2 Neen	
Wenselijkheid verkrijgen van informatie	1 Zeker niet	48,8%	51,2%	100,0%
	2 Waarschijnlijk niet	45,5%	54,5%	100,0%
	3 Waarschijnlijk wel	82,5%	17,5%	100,0%
	4 Zeker	91,7%	8,3%	100,0%
	Totaal	79,3%	20,7%	100,0%

Van degenen die zeker over die informatie willen beschikken opteert 92% voor een terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering en van degenen die de informatie waarschijnlijk zouden willen 83%. Van degenen die de informatie zeker niet willen is dat 49% en van degenen die de informatie waarschijnlijk niet willen 46%. Van degenen die persoonlijk niet over die informatie willen beschikken, kiest dus toch nog bijna de helft voor een terugbetaling via de verplichte ziekteverzekering. Verder werd onderzocht of de mensen die wel en degenen die niet over de informatie willen beschikken onderling verschillen in termen van de reeks kenmerken waarvoor in dit rapport wordt gecontroleerd. Dat bleek niet het geval te zijn. Er tekenen zich slechts twee, kleine verschillen af, waarvan de statistische significantie dan nog twijfelachtig is. Daarom gaan we daar niet verder op in.

Er is dus een meerderheid die over informatie over hun erfelijke belasting zou willen beschikken. Eveneens een meerderheid die van oordeel is dat de kost van het inwinnen van die informatie door de verplichte ziekteverzekering moet worden gedragen.

## 8.5 Besluit

Aan de respondenten werden drie mogelijke toepassingen van e-medecine voorgelegd. Het online worden geïnformeerd over de prijs van ingrepen in de verschillende ziekenhuizen, over de prijs/kwaliteitverhouding van die ingrepen in de verschillende ziekenhuizen en de online diagnose (met de mogelijkheid dat deze naar de huisarts of een specialist verwijst). Voor elk van die toepassingen werd gevraagd of men deze waarschijnlijk acht, wenselijk acht en zelf zou gebruiken.

Opvallend is dat de waarschijnlijkheid betrekkelijk laag wordt ingeschat, zelfs voor de toepassingen die al bestaan of alleszins in prototypevorm worden gebruikt. Zo is 9% van oordeel dat het mededelen van de prijzen van ingrepen toekomstmuziek is, 30% acht een online diagnose onmogelijk.

Wat de wenselijkheid en het gebruik betreft, tekent zich een groot verschil af tussen het online raadplegen van de prijzen en de prijs/kwaliteitverhouding van ingrepen in de verschillende ziekenhuizen enerzijds, de online diagnose anderzijds. Respectievelijk 85 en 74% van de respondenten acht het online kunnen raadplegen van prijzen en van prijs/kwaliteitverhoudingen wenselijk. Respectievelijk 79 en 69% zeggen ook dat ze dergelijke diensten zouden gebruiken. Er is dus een grote vraag naar dit soort informatie en men kan verwachten dat van zodra het raadplegen van prijzen zal ingeburgerd zijn, de vraag naar informatie over de verhouding tussen prijzen en kwaliteit zeer dringend zal worden. Tevens ziet men dat minstens een deel van de mensen er zich van bewust is dat het aanbieden van informatie over de kwaliteit moeilijker is dan het aanbieden van enkel informatie over de prijs.

Er is echter nog veel weerstand tegen de onlinediagnose. Een kwart van de respondenten acht dat wenselijk en 62% acht dat niet wenselijk. Slechts 23% zegt dat ze een dergelijke dienst zouden gebruiken. De weerstand is groter bij de hoog- dan bij de laagopgeleiden, groter bij mensen zonder kinderen dan bij mensen met kinderen. Waarschijnlijk worden de laatste wel aangetrokken tot het gericht informatie kunnen inwinnen over de ongemakken en ziektes van hun kinderen en zien zij in de online diagnose een snelle manier om een competent advies te krijgen over wanneer de arts te

raadplegen en wanneer niet. Men stelt trouwens ook vast dat mensen die meer gezondheidsklachten hebben, ook grotere voorstanders zijn van de online diagnose.

Er werd ook gevraagd of mensen er voorstander van zijn dat hun behandelende arts alle informatie kan raadplegen die over hen beschikbaar is bij alle artsen, specialisten en ziekenhuizen. Niet minder dan 99% van de mensen is daar voorstander van. Trouwens 67% noemde een betere gegevensuitwisseling en gegevensdeling tussen zorgverstrekkers al als een goede besparingsmaatregel (zie hoofdstuk 4). De 99% die voorstander is van die gegevensdeling, verdeelt zich in 42% die van oordeel is dat dit kan zonder hun goedkeuring; de andere 57% wil dat hun goedkeuring nodig is. Jongeren en mensen die positief staan ten opzichte van de verzorgingsstaat vinden het belangrijker dat hun goedkeuring wordt gevraagd.

Ten slotte werden de respondenten erop gewezen dat het nu mogelijk is te weten of men drager is van bepaalde erfelijke ziektes. Hen werd gevraagd of ze die informatie zouden willen. Drie kwart van de mensen wil die informatie en 79% is van oordeel dat de verplichte ziekteverzekering de kosten van dat onderzoek zou moeten dragen. De opvatting dat de verplichte ziekteverzekering de kosten van de informatiewinning moet dragen, is uiteraard meer verspreid bij de mensen die dergelijke informatie zouden willen. Van degenen die zeggen dat ze die informatie zeker zouden willen, is 92% er voorstander van dat de verplichte verzekering de kosten daarvan draagt. Van degenen die die informatie "zeker niet" willen is echter ook nog 49% van oordeel dat de verplichte ziekteverzekering de kost daarvan moet dragen.

## 9 Hoofdstuk 9, Houding ten opzichte van basisprincipes van de verplichte ziekteverzekering

### 9.1 De proportionaliteit van de bijdragen

De gehechtheid aan het verplichte karakter van de verzekering en aan het principe dat deze de ganse bevolking verzekert, bleek al in hoofdstuk 4. Als een mogelijke besparingsmaatregel werd daar voorgesteld “de verplichte verzekering enkel te houden voor arme mensen en de anderen zich privé te laten verzekeren”, enigszins naar het model van wat in Nederland gebeurde. Dat voorstel werd verworpen door 75% van de respondenten en slechts aanvaardt door 7%, bij 18% onbeslist.

Naast het verplichte en universele karakter van de ziekteverzekering vormt de proportionaliteit van de bijdrage – de sterkste schouders dragen de zwaarste lasten – een basisprincipe van het stelsel. Dit principe geniet ruime steun (zie tabel 9.1). Drienzestig procent van de ondervraagden is er voorstander van (35% zoals het nu bestaat en 27% die de hoge inkomens meer en de lage minder zouden willen zien betalen). 31% van de respondenten verwerpt dat principe en is van oordeel dat iedereen evenveel zou moeten bijdragen, ongeacht het inkomen. 6% ten slotte wil de bijdrage koppelen aan het risico en meer doen betalen door mensen die vaak en of langdurig ziek zijn.

Tabel 9.1: Verdeling van de houding van de Belgen ten opzichte van de proportionaliteit van de bijdrage aan de verplichte ziekteverzekering

	In aantallen	In %
Ik vind dat goed:	1287	63,1
de sterkste schouders dragen de grootste lasten	718	35,2
maar de hoge inkomens zouden nog meer en de bescheiden inkomens nog minder moeten bijdragen	569	27,9
Ik vind dat niet goed, iedereen zou ongeveer hetzelfde moeten bijdragen, ongeacht het inkomen	638	31,3
Eigenlijk vind ik dat niet goed. Het zijn de mensen met een hoger risico op ziekte en ongelukken die meer zouden moeten bijdragen	113	5,6
Totaal	2039	100,0

Om na te gaan wie de voor- (63%) en tegenstanders (37%) van het principe van proportionaliteit zijn, werd gecontroleerd op de achtergrondkenmerken. Uit tabel 9.2 blijkt dat voor- en tegenstanders van het principe vrij goed op basis van die kenmerken kunnen worden onderscheiden ( $R^2=18\%$ ). De steun neemt toe met de leeftijd, is lager bij de Franstaligen dan de Nederlandstaligen, groter bij de mensen die tewerkgesteld zijn in de publieke sector, hoger bij de hoogopgeleiden, hoger bij mensen die voorstander zijn van meer gelijkheid en van herverdeling en lager bij mensen die negatief staan ten opzichte van de verzorgingsstaat. De sterkste relaties, die met de leeftijd, de

taalgemeenschap, het opleidingsniveau en de sector van tewerkstelling worden in tabellen 9.3 tot en met 9.6 nader beschreven.

Tabel 9.2: Logistische regressieanalyse naar de mening van de Belgen over het op peil houden van sociale uitkeringen, ook al betekent dit dat de belastingen stijgen (N=1.874)

	Exp(B)	Sig.
(Constant)	,392	n.s.
Leeftijd	1,022	***
°Franstalig (ref.: Nederlandstalig)	,681	***
Sector van tewerkstelling (ref.: zelfstandig)		
°Privésector	1,208	n.s.
°Publieke sector	1,420	***
Opleiding	1,132	*
Negatieve houding ten opzichte van de SZ	,704	***
Egalitaire houding op de oude breuklijn	1,641	***
Nagelkerke R <sup>2</sup>	,182	

\*p<=.05; \*\*p<=.01; \*\*\*p<=.001; n.s.= non significant

Bij mensen boven de 55 ligt de steun voor het principe van de proportionaliteit boven de 70%. Bij mensen onder de 35 nog bij de 54% (zie tabel 9.3). Deze gegevens laten niet toe om vast te stellen of het om een leeftijdseffect gaat (de steun neemt toe naarmate men ouder wordt) of een generatie-effect (de jongere, nieuwe generaties zijn in mindere mate voorstander van het principe). Een generatie-effect zou wijzen op een over de tijd afkalvende steun voor dit basisprincipe van het stelsel.

Tabel 9.3: Verdeling van de houding ten opzichte van de proportionaliteit van de bijdrage aan de verplichte ziekteverzekering naar leeftijd

	,00 Ik vind het niet goed dat de bijdrage proportioneel is	1,00 Ik vind het wel goed dat de bijdrage proportioneel is	Totaal
1,00 18 tot 25 jaar	46,7%	53,3%	100,0%
2,00 26 tot 35 jaar	45,1%	54,9%	100,0%
3,00 36 tot 45 jaar	40,8%	59,2%	100,0%
4,00 46 tot 55 jaar	39,0%	61,0%	100,0%
5,00 56 tot 65 jaar	27,4%	72,6%	100,0%
6,00 66 tot 75 jaar	28,6%	71,4%	100,0%
Totaal	36,8%	63,2%	100,0%

Het verschil naar taalgemeenschap is niet groot, maar statistisch significant. Van de Nederlandstaligen onderschrijft 64% het principe, van de Franstaligen 62% (zie tabel 9.4).

Tabel 9.4: Verdeling van de houding ten opzichte van de proportionaliteit van de bijdrage aan de verplichte ziekteverzekering naar taalgemeenschap

	,00 Ik vind het niet goed dat de bijdrage proportioneel is	1,00 Ik vind het wel goed dat de bijdrage proportioneel is	Totaal
,00 Nederlandstalig	35,8%	64,2%	100,0%
1,00 Franstalig	38,2%	61,8%	100,0%
Totaal	36,8%	63,2%	100,0%

De steun voor het principe ligt het laagst bij de zelfstandigen (58%) en het hoogst bij de mensen tewerkgesteld in de publieke sector (69%) (zie tabel 5.9).

Tabel 9.5: Verdeling van de houding ten opzichte van de proportionaliteit van de bijdrage aan de verplichte ziekteverzekering naar sector van tewerkstelling

	,00 Ik vind het niet goed dat de bijdrage proportioneel is	1,00 Ik vind het wel goed dat de bijdrage proportioneel is	Totaal
1,00 Zelfstandig	42,3%	57,7%	100,0%
2,00 Publieke sector	30,9%	69,1%	100,0%
3,00 Privésector	36,2%	63,8%	100,0%
Totaal	36,5%	63,5%	100,0%

De steun is het laagste bij de middengeschoolden (61%) en hoger bij zowel de laag- (66%) als de hoggeschoolden (64%).

Tabel 9.6: Verdeling van de houding ten opzichte van de proportionaliteit van de bijdrage aan de verplichte ziekteverzekering naar opleidingsniveau

	,00 Ik vind het niet goed dat de bijdrage proportioneel is	1,00 Ik vind het wel goed dat de bijdrage proportioneel is	Totaal
1,00 Laag	33,8%	66,2%	100,0%
2,00 Midden	39,3%	60,7%	100,0%
3,00 Hoog	35,7%	64,3%	100,0%
Totaal	36,4%	63,6%	100,0%

## 9.2 De balans van bijdragen en steun

Er werd ook onderzocht of steun voor het principe van de proportionaliteit afhankelijk is van de verwachting meer, hetzelfde of minder van de ziekteverzekering terug te krijgen dan men eraan bijdraagt. De wijze waarop de Belgen dat inschatten, wordt beschreven in tabel 9.7.

Tabel 9.7: Inschatting van de balans bijdragen en steun van de verplichte ziekteverzekering

	In aantallen	In %
1 Veel meer teruggekregen	123	6,2
2 Meer teruggekregen	275	13,9
3 Ongeveer evenveel teruggekregen dan betaald	520	26,4
4 Minder teruggekregen	718	36,4
5 Veel minder teruggekregen	335	17,0
Totaal	1969	100,0

Twintig procent verwacht meer terug te krijgen dan bij te dragen; 26% verwacht ongeveer evenveel bij te dragen als terug te krijgen; 53% verwacht meer bij te dragen dan terug te krijgen. Er is dus een meerderheid die gelooft dat zij netto meer betalen aan de verplichte ziekteverzekering dan zij ervan terugkrijgen. Deze verwachting blijkt echter slechts in heel geringe mate de houding ten opzichte van het principe van de proportionaliteit te beïnvloeden (het verband is overigens ook maar nipt statistisch significant). Mensen die denken dat zij meer terugkrijgen steunen het principe in 65%

van de gevallen, degenen die verwachten ongeveer evenveel terug te krijgen steunen het in 67% van de gevallen en degenen die verwachten minder terug te krijgen in 60% van de gevallen. Dus ongeacht de verwachting of men meer of minder terugkrijgt dan men bijraagt, steunt een ruime meerderheid het principe van de proportionaliteit.

Kortom, een meerderheid van de bevolking steunt het principe van de proportionaliteit. Indien het leeftijdseffect als een cohorte-effect kan worden geïnterpreteerd, is er echter een aanwijzing dat de steun voor dit principe over de tijd afkalft, lager is bij de jongere dan bij de oudere generaties. Heel opvallend is ook dat een nipte meerderheid van de bevolking verwacht meer bij te dragen aan de verplichte ziekteverzekering dan ervan te ontvangen.

Tabel 9.8: Verdeling van de houding ten opzichte van de proportionaliteit van de bijdrage aan de verplichte ziekteverzekering naar de subjectieve houding ten opzichte van de eigen bijdrage aan de verplichte ziekteverzekering

	,00 Ik vind het niet goed dat de bijdrage proportioneel is	1,00 Ik vind het wel goed dat de bijdrage proportioneel is	Totaal
1,00 (Veel) meer teruggekregen	34,7%	65,3%	100,0%
2,00 Ongeveer evenveel teruggekregen dan betaald	33,5%	66,5%	100,0%
3,00 (Veel) minder teruggekregen	39,9%	60,1%	100,0%
Totaal	37,2%	62,8%	100,0%

### 9.3 Besluit

De steun voor een verplichte, universele ziekteverzekering is zeer groot. Slechts 7% zou het aanvaarden dat dat principe uit besparingsoverwegingen wordt erlaten en dat een verplichte basisverzekering voor de minder begoeden en privéverzekeringen voor de begoeden zouden worden ingevoerd; 75% verwerpt dat voorstel expliciet en 18% blijft onbeslist.

Het andere belangrijke principe, de proportionaliteit of de sterkste schouders dragen de zwaarste lasten, krijgt de steun van 63%; 31% is van oordeel dat iedereen evenveel zou moeten bijdragen en 6% oordeelt dat mensen die meer ziek zijn meer zouden moeten bijdragen. De ruime meerderheid die het principe van de proportionaliteit steunt, verdeelt zich wel in mensen die de huidige situatie goed vinden (35%) en degenen die oordelen dat de hogere inkomens meer en de lagere minder zouden moeten bijdragen dan nu het geval is (28%). De steun voor dat principe wordt ook nauwelijks beïnvloed door het beeld dat men zich vormt van de balans van wat men over de loop van het leven bijdraagt en terugkrijgt van de verplichte ziekteverzekering. Drieenvijftig procent van de mensen gelooft dat die balans in hun nadeel zal zijn, dat zij op het einde van hun leven meer gaan bijgedragen hebben dan zij zullen hebben ontvangen. Van hen steunt

60% het principe van de proportionaliteit. Van degenen die denken dat zij meer zullen hebben teruggekregen dan bijgedragen steunt 65% dat principe en van degen die geloven dat het een perfecte balans zal zijn steunt 67% het principe.

De steun voor dat principe is kleiner bij de jongeren, de zelfstandigen, de middengeschoolen en de Franstaligen, maar bij al die groepen kan het principe toch op de steun van een meerderheid rekenen. Opvallend is wel het sterke verband met de leeftijd. Bij mensen boven de 55 ligt de steun voor het principe boven de 70%; bij mensen onder de 35 bij de 55%. Dit onderzoek laat niet toe na te gaan of het om een leeftijdseffect gaat (met het ouder worden wordt en grotere voorstander van proportionaliteit in de bijdragen) of een generatie-effect (elke nieuwe generatie die aantreedt is minder voorstander van proportionaliteit). Een generatie-effect zou met andere woorden wijzen op een erosie van de steun voor het principe.

## 10 Hoofdstuk 10, Samenvatting, besluit en aandachtspunten

Naar aanleiding van haar 50-jarig bestaan liet het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) een grootschalig bevolkingsonderzoek uitvoeren. Het wilde op die manier de meningen, opvattingen en wensen van de bevolking over het systeem van gezondheidszorg en over de verplichte ziekteverzekering kennen, ook met het oog op de verdere ontwikkeling van dat systeem. Een representatieve steekproef van 6.000 inwoners van België, 18 tot 80, werd uitgenodigd deel te nemen aan het onderzoek: *Uw gezondheidszorg. Uw mening telt!*

De survey werd uitgevoerd in het najaar 2013. Bij het afsluiten van het veldwerk waren in totaal 2.221 vragenlijsten teruggestuurd, een nettorespons van 41%. De respons verschilt naar gewest en lag in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bijzonder laag. Zonder het hoofdstedelijk gewest bedraagt de nettorespons 45% en in Vlaanderen loopt hij zelfs op tot 50%. Omdat de respons in Brussel zo laag is, werd beslist enkel uitsplitsingen naar taal van het interview en niet naar gewest te maken. De respons lag ook onder de 40% bij de mensen tussen de 75 en de 80. Daarom werden deze niet bij de analyse betrokken. Deze laatste heeft betrekking op de inwoners van België, 18 tot 75 jaar oud.

### 10.1 Steun voor de basisprincipes van het stelsel

De steun voor het universele en proportionele karakter van de ziekteverzekering is heel groot. Het universele karakter betekent dat iedereen verzekerd is voor een breed pakket, en dat niet geopteerd wordt voor een klein, universeel basispakket waaraan de meer welgestelden dan via privéverzekeringen pakketten kunnen toevoegen. Proportionaliteit betekent dat iedereen naar vermogen bijdraagt, dat de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen.

Slechts 7% van de Belgen, 18 tot 75 jaar oud, zou aanvaarden dat het principe van de universaliteit uit besparingsoverwegingen wordt verlaten en dat een (beperkte) verplichte basisverzekering voor de minder welgestelden, aangevuld door privé verzekeringen voor de meer welgestelden, zou worden ingevoerd. Drie kwart van de mensen verwerpt die optie, terwijl 18% onbeslist blijft.

Het andere belangrijke principe, de proportionaliteit, krijgt de steun van 63%; 31% is van oordeel dat iedereen evenveel zou moeten bijdragen en 6% oordeelt dat mensen die meer ziek zijn meer zouden moeten bijdragen. De ruime meerderheid die het principe van de proportionaliteit steunt, bestaat uit mensen die de huidige situatie goed vinden

(35%) en anderen die oordelen dat de proportionaliteit progressiever zou moeten worden, dat de hogere inkomens meer en de lagere minder zouden moeten bijdragen dan nu het geval is (28%).

De steun voor dat principe wordt ook nauwelijks beïnvloed door het beeld dat men zich vormt van de balans van wat men over de loop van het leven bijdraagt en terugkrijgt van de verplichte ziekteverzekering. Drieenvijftig procent van de mensen gelooft dat die balans in hun nadeel zal zijn; dat zij op het einde van hun leven meer zullen hebben bijgedragen dan ontvangen. Van hen steunt 60% het principe van de proportionaliteit. Van degenen die denken dat zij meer zullen hebben teruggekregen dan bijgedragen steunt 65% dat principe.

De steun voor dat principe is wel kleiner bij de jongeren, alsook bij de zelfstandigen, de middengeschoolden en de Franstaligen. Terwijl in die groepen de steun voor het principe kleiner is, is er toch in elk van die groepen nog een meerderheid die het principe steunt.

Opvallend is wel het sterke verband met de leeftijd. Bij mensen boven de 55 ligt de steun voor de proportionaliteit boven de 70%; bij mensen onder de 35 bij de 55%. Dit onderzoek laat niet toe na te gaan of het om een leeftijdseffect gaat (met het ouder worden, wordt men grotere voorstander van proportionaliteit in de bijdragen) of een generatie-effect (elke nieuwe generatie die aantreedt is minder voorstander van proportionaliteit). Een generatie-effect zou wijzen op een erosie van de steun voor het principe. Men kan zich echter moeilijk voorstellen waarom mensen, naarmate ze ouder worden, grotere voorstanders van het principe van de proportionaliteit zouden worden. Daarom lijkt het plausibel het verband tussen de leeftijd en de steun voor het principe van de proportionaliteit te interpreteren als een generatie-effect dat wijst op een langzame erosie van de steun voor dit principe.

We zagen dat 6% van de bevolking 18 tot 75 van oordeel is dat wie meer ziek is, meer zou moeten betalen. Premiedifferentiatie naar risico dat niet aan persoonlijk gedrag of keuze kan worden toegeschreven – hier levensloopdifferentiatie genoemd – kan niet op veel steun rekenen. Afhankelijk van de specifiek voorgestelde vorm is 6 à 14% van de respondenten er voorstander van. Zes procent wil mensen die genetisch belast zijn meer doen bijdragen en 14% wil jongeren minder later bijdragen omdat ze gemiddeld minder frequent ziek zijn.

De steun voor die vorm van differentiatie is veel groter bij de jongeren dan bij de ouderen, en ook merkkelijk groter bij de Franstaligen dan bij de Nederlandstaligen, bij de

tegen- dan bij de voorstanders van de verzorgingsstaat en bij de zelfstandigen vergeleken bij de werknemers.

Hoewel de steun voor die vorm van differentiatie in het algemeen niet groot is – bijzonder klein vergeleken met de steun voor het principe van de proportionaliteit - wekt het toch verbazing dat soort steun te vinden voor de stelling dat wie veel of langdurig ziek is, meer zou moeten bijdragen. Een dergelijke positie druist immers rechtstreeks in tegen de geest van onze verplichte en solidaire ziekteverzekering. Daarenboven – we komen hier later nog op terug - blijken de mensen met een zwakke gezondheid al in vele gevallen op of onder de armoedegrens te belanden ten gevolge van hun hoge medische uitgaven. Toch is 20% van de mensen tussen 18 en 25 en 20% van de Franstaligen van oordeel dat precies die mensen meer zouden moeten bijdragen. Ook dit wijst erop dat de basisprincipes van een solidaire gezondheidszorg beter dienen te worden uitgelegd, zeker aan de jongeren die de opbouw van het stelsel niet hebben meegemaakt.

## 10.2 Grote bekommernis om sociale fraude

De grote steun voor de basisprincipes van het stelsel impliceert echter geenszins dat men geen kritiek heeft op of niet bezorgd is over de wijze waarop het stelsel werkt en de houdbaarheid van dat stelsel. De mate waarin men kritiek heeft, is sterk afhankelijk van de meer algemene houding die men aanneemt ten opzichte van de verzorgingsstaat. Heel wat mensen zijn van oordeel dat de verzorgingsstaat een aantal ongewenste effecten heeft. Volgens hen maakt de verzorgingsstaat de mensen lui, ontnemt hij hen de motivatie en de competentie om voor zichzelf te zorgen, remt hij de economische groei, ... Ongeveer een derde van de ondervraagden is van oordeel dat het stelsel van sociale zekerheid die ongewenste effecten heeft. Ongeveer evenveel mensen verwerpen die opvatting en een grote groep twijfelt, is niet zeker, wil zich over die vraag niet meteen uitspreken, wat nog eens extra de verdeeldheid van de bevolking over deze kwestie belicht. Ander onderzoek wijst uit dat grote meerderheden akkoord gaan met de positieve gevolgen van de verzorgingsstaat, zoals het vermijden van grootschalige armoede, het mensen de kans geven iets van hun leven te maken, het leven voor iedereen vrijer en aangenamer maken (Elchardus & Spruyt, 2013a). Terwijl een overgrote meerderheid bewust lijkt van de positieve gevolgen van het stelsel van sociale zekerheid, is de bevolking daarentegen duidelijk verdeeld over de ongewenste, negatieve gevolgen van dat instituut.

Het geloof in negatieve gevolgen vindt men vooral bij de mensen die zich in verband met het gelijkheidsstreven rechts opstellen, van oordeel zijn dat er al genoeg gelijkheid is en

dat de overheid niet herverdelend moet optreden, alsook bij mensen die economisch sterk staan en bij de zelfstandigen.

Die verdeeldheid over de mogelijk negatieve gevolgen van de verzorgingsstaat – de overtuiging dat deze mensen lui maakt en de motivatie ontnemt voor zichzelf te zorgen – laat al vermoeden dat heel wat mensen sociale fraude menen te zien. Een grote meerderheid van de bevolking gelooft inderdaad in het bestaan van grootschalige sociale fraude in de ziekteverzekering, acht de bestaande controles ontoereikend, wil strengere controles, is van oordeel dat de ziekenfondsen daarin een meer actieve rol zouden moeten spelen en meent dat wie op misbruik wordt betrapt, strenger gestraft moet worden. Die houding is veel sterker aanwezig bij mensen die veel negatieve effecten van de verzorgingsstaat menen te zien, maar ook bij mensen die zelf weinig gezondheidsproblemen hebben, economisch sterk staan en nooit afhankelijk waren van een uitkering. Het geloof in het bestaan van grootschalige sociale fraude blijkt de manier te zijn waarop een negatieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat zich uit. Het verschijnt ook als de inzet van een ideologische en belangenstrijd tussen de economisch sterken en gezonden enerzijds, de economisch zwakkeren en minder gezonde mensen anderzijds.

Terwijl die verdeling en strijd zich in de opvattingen aftekent, dient toch ook vastgesteld dat zelfs onder de voorstanders van de verzorgingsstaat en onder de economisch zwakkeren, het geloof in sociale fraude sterk verspreid is en de roep om strengere controles en straffen zeer luid klinkt. Ook van de mensen die zelf al ooit een uitkering kregen, is 56% van oordeel dat veel mensen die op ziekteverlof zijn eigenlijk zouden kunnen werken, meent 60% dat de arbeidsongeschiktheid onvoldoende wordt gecontroleerd en vindt 79% dat de straffen op misbruik zwaarder zouden moeten zijn. Gelijkaardige opvattingen vindt men bij het kwart van de bevolking met de zwakste economische positie en bij de 20% van de bevolking met de meeste gezondheidsproblemen. De houding van de grootste voorstanders van de verzorgingsstaat, het kwart van de bevolking met de meest positieve houding, is een beetje milder. Van hen ziet 31% veel mensen die zouden kunnen werken en die toch op ziekteverlof zijn, acht 39% de controles te laks en is 67% van oordeel dat misbruiken strenger moeten worden gestraft. Vergeleken met andere groepen in de bevolking zijn dit mildere houdingen, maar op zich geenszins mild. Dit alles onderstreept hoezeer het geloof in sociale fraude onder de bevolking verspreid is, en hoe luid de roep om strengere controles en straffen klinkt. Het geloof in grootschalige sociale fraude in de ziekteverzekering, vermindert ook de bereidheid persoonlijk, via een belastingsverhoging bij te dragen tot het op peil houden van de sociale uitkeringen.

Meerderheden in de bevolking betwijfelen of velen die de steun van de verzorgingsstaat genieten, dat wel verdienen. Het probleem van de "deservedness" zoals het in de Engelstalige literatuur wordt genoemd, speelt een grote rol in het beeld dat de mensen zich van de werking van de verzorgingsstaat en de verplichte ziekteverzekering vormen. Volgens velen wordt het principe van de wederkerigheid, van de dubbele solidariteit die verwacht dat wie het nodig heeft geholpen wordt en wie kan, bijdraagt, onvoldoende gerespecteerd. Het is duidelijk dat velen het gevoel hebben dat de mensen onvoldoende op hun eigen verantwoordelijkheden worden aangesproken.

### 10.3 Het grote belang van persoonlijke verantwoordelijkheid

Het belang dat wordt gehecht aan persoonlijke verantwoordelijkheid blijkt ook heel duidelijk uit de steun voor leefstijldifferentiatie, dit is differentiatie van premie of terugbetaling naar risico's die verbonden zijn aan een leefstijl waarvan wordt aangenomen dat hij het gevolg is van een vrije keuze. Dit soort differentiatie kan rekenen op de steun van een kwart tot een (ruim) derde van de bevolking. Heel veel steun is er om de behandeling van rokers in geval van longkanker in mindere mate terug te betalen dan bij niet-rokers. Zelfs als verwezen wordt naar het eigen kind of de eigen partner, en de behandeling deze personen betreft, loopt de steun voor de ene of andere vorm van leefstijldifferentiatie toch op tot bij de 25%. Het is daarom heel belangrijk, enerzijds te zoeken naar middelen die op een verantwoorde wijze de dubbele solidariteit en de persoonlijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid verstevigen, anderzijds te wijzen op de praktische moeilijkheden en ethische problemen van leefstijldifferentiatie. Het is immers niet duidelijk voor welke leefstijlelementen een dergelijke differentiatie kan en moet worden ingevoerd. De steun om het te doen voor roken en de gevolgen van druggebruik is bijvoorbeeld veel groter dan de steun voor het op die manieren penaliseren van vetgebruik of rokeloos zonnen, of van onmatig hard werken, het aangaan van stressvolle relaties, het structureel te weinig slapen... of ander ongezond gedrag. Als zo'n differentiatie zou worden ingevoerd, stelt zich meteen ook het probleem van de controle, met een groot risico op onvolkomen controles en op een te grote inmenging in de privésfeer. Verder bestaat er in de wetenschappelijke literatuur twijfel of een dergelijke differentiatie preventief werkt (Van de Goor, 2011; ten Have, 2013). Verschillende onderzoekers zijn ook van oordeel dat het principe "de vervuiler betaalt" hier niet opgaat omdat mensen die ongezond leven uiteindelijk minder kosten aan de sociale zekerheid, omdat ze vroeger sterven, minder lang van het pensioen genieten, minder lang zorgafhankelijk zijn... (bv. Baal et al., 2006). Verder is de mate waaraan vele van die leefstijlelementen aan een persoonlijke keuze, eerder dan aan een sociale en culturele beïnvloeding kunnen worden toegeschreven, bijzonder onzeker.

Het zijn vooral de mensen die veel negatieve gevolgen van de verzorgingsstaat menen te zien, die grote voorstanders zijn van leefstijldifferentiatie. Mensen die zelf een ongezonde leefstijl hebben, zijn er, zeer begrijpelijk, geen voorstander van. Mannen zijn er iets meer voorstander van dan vrouwen en Nederlandstaligen ook iets meer dan Franstaligen.

#### 10.4 Preventie en aanzetten tot gezond leven

Omdat leefstijldifferentiatie soms wel wordt voorgesteld als een preventieve maatregel, werd ook nagegaan of er een draagvlak is voor het verhogen van accijnzen op voor de gezondheid schadelijke producten. Dat blijkt het geval te zijn voor die producten waar al zware accijnzen op rusten: tabak, alcohol en (gevaarlijke) motorrijtuigen. Dat lijstje wordt aangevuld door voedsel met veel kleur- en smaakstoffen. Op al die producten kunnen, volgens een meerderheid van de bevolking, de accijnzen worden verhoogd.

Een meerderheid ziet een accijnsverhoging op vet, suiker, cafeïnehoudende producten en rood vlees daarentegen niet zitten. Slechts 13% spreekt zich uit voor een accijnsverhoging op rood vlees, 55% verzet zich daartegen.

De houding ten opzichte van de accijnsverhoging wordt vrij sterk beïnvloed door drie factoren: ouderen zijn er in veel grotere mate voorstander van dan jongeren, mensen die gezond leven zijn er grotere voorstanders van dan mensen met een minder gezonde levensstijl en mensen met een negatieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat zijn er ook groter voorstander van.

#### 10.5 Oorzaken van en omgang met arbeidsongeschiktheid

Bij de opvattingen over de negatieve effecten van de verzorgingsstaat en de sociale fraude, valt het op hoeveel mensen geloven dat vele arbeidsongeschikten eigenlijk wel zouden kunnen werken. Met de uitspraak "ik denk dat veel mensen die een invaliditeitsuitkering krijgen daar eigenlijk geen recht op hebben" gaat 36% akkoord, de uitspraak "ik denk dat veel mensen die op ziekverlof zijn eigenlijk zouden kunnen werken" kan rekenen op de instemming van 58% en met "veel mensen staan op de ziekenkas die eigenlijk zouden kunnen werken" stemt 56% in. Het aantal arbeidsongeschikten nam de laatste jaren gestaag toe. De respondenten werd gevraagd waarom dat volgens hen zo is.

Voor de toename van het aantal arbeidsongeschikten, worden door de bevolking twee verschillende verklaringsmodellen gehanteerd. Het eerste schrijft die toename toe aan een tanende arbeidsmotivatie: de mensen werken niet meer graag en worden daarom

sneller ziek; er zijn steeds meer "plantrekkers". Afhankelijk van de specifieke uitspraak hanteert een derde tot de helft van de bevolking deze verklaring. Het tweede verklaringsmodel situeert de oorzaak van de toename van arbeidsongeschikten in de onzekerheid veroorzaakt door de economische crisis en de toegenomen arbeidsdruk en stress. Terwijl onzekerheid en het veeleisender worden van het werk ook als verschillende verklaringen kunnen worden gezien, beschouwen de mensen ze als eenzelfde verklaring. Uitspraken die onzekerheid als een oorzaak van arbeidsongeschiktheid vermelden, krijgen bijval van bij de 40% van de respondenten. Stress en druk ten gevolge van de hedendaagse organisatie van de arbeid, maar ook van het leven in het algemeen, is volgens de bevolking veruit de belangrijkste oorzaak van de toegenomen arbeidsongeschiktheid. Zestig à zeventig procent schrijft de toename van het aantal arbeidsongeschikten toe aan het veeleisender worden van het werk en de toename van stress. Deze mensen vermelden daarbij niet alleen de veeleisendheid van het werk, maar verwijzen ook naar de drukte van het hedendaagse leven in het algemeen. Een grote meerderheid van de bevolking ziet dus in de hedendaagse organisatie van het leven en het werk een belangrijke bron van ziekte en arbeidsongeschiktheid. Tegelijk geloven velen dat heel wat van de mensen op ziekteverlof eigenlijk "plantrekkers" zijn. Het lijkt derhalve belangrijk voldoende controles uit te oefenen en deze voldoende bekend te maken om deze voorstelling te corrigeren. Ongetwijfeld is het ook nodig de notie van arbeidsongeschiktheid te verduidelijken. Misschien verwacht een aantal mensen dat iemand die arbeidsongeschikt is een volledige inactiviteit op alle vlakken moet vertonen, een onzichtbare medeburger moet worden.

De stelling dat de toegenomen arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een tanende arbeidsmotivatie vindt meer aanhang bij laag- dan bij hooggeschoolden, meer bij mensen in een goede economische positie, meer bij Nederlandstaligen met een populaire mediavorkeur dan bij Nederlandstaligen met een meer intellectuele mediavorkeur, meer bij mensen met een laag internetgebruik, meer bij Nederlandstaligen dan bij Franstaligen en meer bij ongezonde dan bij gezonde mensen. Veruit het sterkste effect is dat van de houding ten opzichte van de verzorgingsstaat. Mensen die negatief staan tegenover de verzorgingsstaat omdat ze van oordeel zijn dat deze verschillende nadelen heeft, zoals het remmen van de economische groei en het mensen lui en onverantwoordelijk maken, zijn ook van oordeel dat de toenemende arbeidsongeschiktheid een gevolg is van een afnemende bereidheid te werken.

De verklaring in termen van onzekerheid en stress kan over het algemeen op veel bijval rekenen. Toch is de steun voor deze verklaring nog groter bij mensen die zelf in economische onzekerheid leven. Deze verklaring wordt ook in grotere mate aangehangen

door mensen die van oordeel zijn dat er nog teveel ongelijkheid is in deze samenleving en dat naar meer gelijkheid moet worden gestreefd, onder meer via herverdeling.

De respondenten werd ook gevraagd of er bijzondere inspanningen nodig zijn om mensen die invalide zijn of arbeidsongeschikt toch aan gepast werk te helpen. Een heel ruime meerderheid, haast drie kwart, is van oordeel dat werkgevers en bedrijven dergelijke mensen gepast werk moeten geven opdat zij terug aan de slag zouden kunnen. Over de vraag of de ziekenfondsen en de overheid in deze een activeringsbeleid moeten voeren en meer inspanningen moeten doen om mensen die invalide zijn toch weer naar gepast werk te begeleiden, zijn de meningen iets meer verdeeld, met die verstande dat er dubbel zoveel voor- als tegenstanders zijn van een dergelijk beleid: 40% is van oordeel dat ziekenfondsen en overheid activerend moeten optreden, 21% kant zich daartegen en niet minder dan 39% twijfelt, wat de verdeeldheid extra onderstrepen.

Vergeleken met de tegenstanders van een activeringsbeleid zijn de voorstanders jong en eerder Nederlands- dan Franstalig; zij genieten een goede gezondheid, zijn hoger opgeleid en hebben een eerder negatieve opvatting over de verzorgingsstaat.

## 10.6 De verzuchting naar wederkerigheid en een activerende welvaartsstaat

Als we de verschillende houdingen beschouwen, zien we bij de bevolking een grote steun voor een aantal principes die over de laatste decennia de hervorming van de verzorgingsstaat en de ziekteverzekering in verschillende landen hebben georiënteerd. Deze hervormingen in de richting van een activerende verzorgingsstaat (van der Veen, 2009) of een "enabling state" (Gilbert, 2002) werden gekenmerkt door een veel grotere nadruk op de eigen verantwoordelijkheid, op wederkerigheid, op activering en het vermijden en naar best vermogen zo kort mogelijk houden van de afhankelijkheid.

Er is bij een groot deel van de bevolking en op sommige punten bij een meerderheid een wens tot een hervorming in die richting. De concrete voorstellen daarover die bij de bevolking leven, bedreigen echter dikwijls het solidaire karakter van het huidige systeem van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering. Het verdient daarom aanbeveling grondig te onderzoeken hoe de mate van persoonlijke verantwoordelijkheid, de balans tussen rechten en plichten of de dubbele solidariteit duidelijker in het stelsel kunnen worden ingebouwd, zonder aan het solidaire karakter van dat stelsel te raken. Het lijkt ook aangewezen daarover een maatschappelijk debat te voeren. De bevindingen van dit

onderzoek bieden de gelegenheid dat te doen. In andere landen, bijvoorbeeld Nederland, werd een vrij radicale hervorming in de richting van een activerende welvaartsstaat doorgevoerd, uit besparingsoverwegingen, zonder veel maatschappelijk debat. Men heeft achteraf moeten onderzoeken of de hervorming op enige steun van de bevolking kon rekenen (bv. Achterberg et al., 2010).

## 10.7 Waarom stijgen de kosten van de gezondheidszorg en wat daaraan te doen?

Het is duidelijk dat de zorgen die bij een deel van de bevolking leven over de gevolgen van de verzorgingsstaat, de sociale fraude en het gebrek aan wederkerigheid, mee geïnspireerd zijn door zorgen over de stijgende kosten van de verzorgingsstaat. In het onderzoek werd gepeild naar de wijze waarop de bevolking de stijgende kosten van de gezondheidszorg en van het budget van de verplichte ziekteverzekering verklaart. Drie verklaringsmodellen blijken te worden gebruikt.

Het eerste groepeert nagenoeg onvermijdelijke kostendrijvers zoals het duurder worden van de geneesmiddelen en therapieën en de vergrijzing. Het tweede verklaringsmodel verwijst naar misbruiken, gaande van woekerwinsten van de medische industrie over verspilling in ziekenhuizen en misbruik door immigranten. Het derde model schrijft de hoge kosten toe aan een gebrek aan rationele aanpak, zoals het te kwistig voorschrijven van geneesmiddelen of het gebrek aan specialisatie van ziekenhuizen.

Het eerste van deze modellen is het belangrijkste in de zin dat het door een ruime meerderheid van de bevolking – 60 à 70% -als een belangrijke verklaring wordt beschouwd. Misbruik is het tweede belangrijkste verklaringsmodel. De minst verspreide verklaring schrijft de snelle kostenstijging toe aan een gebrek aan rationele organisatie.

Mensen met een negatieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat hanteren in mindere mate de verklaring die naar onvermijdelijke factoren verwijst en in grotere mate het gebrek aan rationele organisatie en vooral misbruik. De laatste verklaring, misbruik, is ook populairder onder oudere mensen en onder mensen die zich in herverdelingskwesaties links opstellen, alsook bij economisch kwetsbare mensen. De verklaring in termen van onvermijdelijke kostendrijvers is populairder bij de hoog- dan bij de laagopgeleiden en vindt minder aanhang bij de Franstaligen dan bij de Nederlandstaligen. Dat laatste komt vooral tot uiting in het gegeven dat de Franstaligen er in mindere mate van overtuigd zijn dat de vergrijzing een factor is die de kosten van de gezondheidszorg doet stijgen.

Het gegeven dat een gebrek aan rationele organisatie geen populair verklaringmodel is voor de hoge en/of stijgende kosten, laat al vermoeden dat rationalisering een niet erg populaire besparingsmaatregel is. Van de verschillende besparingsmaatregelen die werden voorgelegd zijn er slechts drie met een draagvlak: een betere gegevensuitwisseling en gegevensdeling tussen zorgverstrekkers, steeds de goedkoopste van de gepaste medicamenten en behandelingen voorschrijven en geen dure levensverlengende behandelingen meer doen bij mensen boven de 85 jaar.

Andere vormen van besparingen, waaronder een meer rationele organisatie van de gezondheidszorg, hebben momenteel geen draagvlak. Slechts 27% is bijvoorbeeld voorstander van een specialisatie over ziekenhuizen; 41% is daar tegen. Slechts 6% gaat akkoord met de stelling dat er teveel ziekenhuizen zijn. Het uitsluiten van mensen vanaf 85 krijgt meer steun: 37% is daar voorstander van en 35% tegenstander. Mensen met een negatieve houding ten opzichte van de verzorgingsstaat hechten wel meer belang aan het gebrek aan rationaliteit in de organisatie van het gezondheidssysteem als een verklaring voor hoge kosten. Desondanks tonen zij zich veeleer tegen- dan voorstanders van rationalisering. Zij nemen die houding aan omdat zij zeer gehecht zijn aan de grote mate van individuele vrijheid van patiënt en therapeut, en die vrijheid staat dikwijls in de weg van een kostenbesparende rationalisering.

Het draagvlak voor rationalisering werd nader onderzocht door een aantal concrete voorbeelden te geven. Daaruit bleek dat er enkel een sterk draagvlak is voor het substitutierecht of de substitutieplicht door de apotheker. Voor alle andere maatregelen geldt dat ongeveer de helft van de respondenten verklaart dat ze nog liever meer zouden betalen dan door de rationalisering hun vrijheid of die van hun therapeut beknot te zien. De Nederlandstaligen tonen zich meer voorstander van die rationaliseringsmaatregelen dan de Franstaligen. Mensen die van oordeel zijn dat de gelijkheid in onze samenleving moet toenemen, tonen zich ook een groter voorstander van rationalisering. Rationaliseringsmaatregelen, het doeltreffender maken van het gezondheidssysteem, veronderstellen bijna altijd een inperking van de in ons land bijzonder grote vrijheid van patiënt en therapeut. Ongeveer de helft van de respondenten verkiest die vrijheid boven de kostenreductie die haalbaar is door vrijheidsbeperking en rationalisering. Dit vraagt stellig om een maatschappelijk debat. Zo'n debat leent zich goed om te verduidelijken dat er een aantal mogelijke en redelijke vormen van keuzebeperking van patiënt en therapeut zijn, die geen afbreuk doen aan de kwaliteit van de zorg of het comfort van de patiënt en die de duurzaamheid en toegankelijkheid van het systeem kunnen bevorderen.

## 10.8 Mag de leeftijd de solidariteit bepalen?

Het uitsluiten van ouderen – in de vraagstelling ging het om mensen van 85 en ouder – van dure zorgen (in de concrete voorbeelden ging het om behandelingen die 50.000 Euro kosten), krijgt meer steun dan verschillende van de voorgelegde rationaliseringsmaatregelen. Tussen de 30 en de 40% van de ondervraagden is, afhankelijk van het concreet voorgelegde geval, voorstander van de uitsluiting van mensen boven de 85. De voorstanders van uitsluiting zijn veel talrijker bij de Nederlandstaligen dan bij de Franstaligen en talrijker onder de mensen die veel dan onder de mensen die weinig negatieve effecten van de verzorgingsstaat onderkennen. De grote proporties van de bevolking die zich voor deze vorm van uitsluiting uitspreken zijn schokkend. Misschien spreekt uit die cijfers ook een verzet tegen therapeutische hardnekkigheid. De alarmerende cijfers maken in elk geval duidelijk dat een maatschappelijk debat hierover nodig is. Dat met de bevolking in dialoog moet worden getreden over de verantwoorde beperkingen die aan de therapeutische hardnekkigheid kunnen worden opgelegd, over de wijze waarop op een verantwoorde en menselijke manier met de leeftijd kan worden rekening gehouden en bovenal over de onaanvaardbaarheid van discriminatie op basis van leeftijd.

## 10.9 Toekomst en wenselijkheid van e-medecine

E-medecine wordt ook wel beschouwd als een mogelijkheid om de gezondheidszorg efficiënter te maken. Een betere gegevensdeling tussen zorgverstrekkers is voor de bevolking overigens de meest gewenste besparingsmaatregel. Niet minder dan 99% van de mensen is er voorstander van dat hun behandelende arts alle informatie kan raadplegen die over hen beschikbaar is bij alle artsen en ziekenhuizen. Die 99% verdeelt zich in 42% die van oordeel is dat dit kan zonder de goedkeuring van de patiënt; de andere 57% wil dat die goedkeuring eerst wordt gevraagd.

Aan de respondenten werden drie mogelijke toepassingen van e-medecine voorgelegd. Het zich online kunnen informeren over de prijs van ingrepen in de verschillende ziekenhuizen, over de prijs/kwaliteitverhouding van die ingrepen in de verschillende ziekenhuizen en de online diagnose (met de mogelijkheid dat deze naar de huisarts of een specialist verwijst). Voor elk van die toepassingen werd gevraagd of men deze waarschijnlijk acht, wenselijk acht en zelf zou gebruiken.

Opvallend is dat de waarschijnlijkheid betrekkelijk laag wordt ingeschat, zelfs voor de toepassingen die al bestaan of alleszins in prototypevorm worden gebruikt. Zo is 9% van

oordeel dat het meedelen van de prijzen van ingrepen toekomstmuziek is en 30% acht een online diagnose onmogelijk.

Wat de wenselijkheid en het gebruik betreft, tekent zich een groot verschil af tussen het online raadplegen van de prijzen en van de prijs/kwaliteitverhouding van ingrepen in de verschillende ziekenhuizen enerzijds, en de online diagnose anderzijds. Respectievelijk 85 en 74% van de respondenten acht het online kunnen raadplegen van prijzen en van prijs/kwaliteitverhoudingen wenselijk. Respectievelijk 79 en 69% zegt ook dat ze dergelijke diensten zou gebruiken. Er is dus een grote vraag naar dit soort informatie en men kan verwachten dat zodra het raadplegen van prijzen ingeburgerd zal zijn, de vraag naar informatie over de verhouding tussen prijzen en kwaliteit zeer dringend zal worden. Tevens ziet men dat minstens een deel van de mensen er zich van bewust is dat het aanbieden van informatie over de kwaliteit moeilijker is dan het aanbieden van enkel informatie over de prijs.

Er is echter nog veel weerstand tegen de online diagnose. Een kwart van de respondenten acht dat wenselijk en 62% acht dat niet wenselijk. Slechts 23% zegt dat ze een dergelijke dienst zou gebruiken. De weerstand is groter bij de hoog- dan bij de laagopgeleiden, groter bij mensen zonder kinderen dan bij mensen met kinderen. Waarschijnlijk worden de laatste wel aangetrokken tot het gericht informatie kunnen inwinnen over de ongemakken en ziektes van hun kinderen en zien zij in de online diagnose een snelle manier om een competent advies te krijgen over wanneer de arts persoonlijk te raadplegen en wanneer niet. Waarschijnlijk zijn mensen die meer gezondheidsklachten hebben om dezelfde reden eveneens grotere voorstanders van de online diagnose.

## 10.10 De gezondheidszorg: solidair, goed en toegankelijk?

### 10.10.1 *Solidair?*

Het systeem van de gezondheidszorg heeft de ambitie solidair, goed en toegankelijk te zijn. Uit het onderzoek blijkt dat het solidaire karakter de steun van de grote meerderheid van de bevolking wegdraagt, maar tevens ernstig bedreigd wordt door de steun die leefstijldifferentiatie en de uitsluiting van ouderen bij een deel van de bevolking genieten, alsook door het geloof in het bestaan van grootschalige sociale fraude, het ruim verspreide gevoel dat het stelsel te weinig garanties op wederkerigheid, op dubbele solidariteit biedt, en verder door het zwakke draagvlak voor een meer rationale organisatie van dat systeem. De bedreigingen van een stelsel dat grote steun geniet,

vloeien voort uit de bekommernis van vele mensen dat het stelsel te gemakkelijk kan misbruikt worden en het geloof dat het te veel misbruikt wordt.

#### 10.10.2 Goed?

Het onderzoek ging ook na hoe goed de mensen het systeem vinden, hoe tevreden ze ermee zijn en hoe toegankelijk dat systeem is. De tevredenheid met de gezondheidszorg werd heel gedetailleerd gemeten. In het totaal werden 48 vragen gesteld om naar de tevredenheid met de gezondheidszorg te peilen, 31 die de graad van tevredenheid meten en 17 die informeren naar negatieve ervaringen. De antwoorden op 34 van die 48 vragen wijzen op een grote tot overweldigende mate van tevredenheid. Dus ook als men tevredenheid met de gezondheidszorg niet in het algemeen bevroegt, maar in detail peilt naar verschillende aspecten en ervaringen, blijkt de mate van tevredenheid heel hoog te liggen. Deze wijze van bevraging brengt echter ook een aantal pijn- en aandachtspunten aan het licht: aspecten waar de mensen minder of helemaal niet tevreden over zijn of negatieve ervaringen die al te frequent voorkomen.

Deze betreffen:

- Het bedrag dat men uit eigen zak moet betalen voor gezondheidszorgen en dat voor velen te hoog wordt;
- Het aanbod aan en de dienstverlening in de rusthuizen.
- Wat de ziekenhuizen betreft:
  - o onvoldoende informatie over de kosten van een opname,
  - o onvoldoende hulp bij een opname, onvoldoende informatie over het verloop van de opname,
  - o veel onbegrijpelijke ziekenhuisfacturen, niet zelden het gevoel dat de ziekenhuisfactuur niet juist is.
- Wat de specialisten betreft:
  - o te lange wachtrijen,
  - o het gevoel dat de specialist overbodige onderzoeken voorschrijft,
  - o alsook het gevoel dat men bij de specialist te veel moet betalen.

De ervaren toegankelijkheid heeft een grote invloed op de tevredenheid. Mensen die een gebrek aan toegankelijkheid ervaren zijn minder tevreden over de algemene aanpak in de gezondheidszorg, over de informatie die zij krijgen en zij doen meer negatieve ervaringen op. Negatieve ervaringen worden ook frequenter gerapporteerd door mensen met een hoge opleiding en een hoog internetgebruik. Waarschijnlijk gaat het om mensen die veeleisender zijn of gemakkelijker negatieve ervaringen online uitwisselen.

Franstaligen rapporteren ook opmerkelijk meer negatieve ervaringen dan Nederlandstaligen. Opvallend is ook dat mensen die minder gezond zijn, dus meer aangewezen zijn op het gebruik van de gezondheidsdiensten, veel meer negatieve ervaringen rapporteren. Van de twintig procent respondenten die de meeste gezondheidsproblemen rapporteert, verklaart 34% dat het hen al "af en toe" of "frequent" is overkomen dat ze te weinig informatie hebben gekregen van hun huisarts, 46% dat ze te weinig informatie hebben gekregen van een specialist, 50% dat zij een verkeerde ziekenhuisfactuur hebben gekregen en 47% dat ze te veel hebben betaald bij de specialist. De incidentie van negatieve ervaringen ligt bij deze groep dus hoog.

### *10.10.3 Toegankelijk?*

De stelling dat goede zorg voor iedereen in dit land toegankelijk is, arm en rijk, gaat niet op. Er stelt zich een scherp probleem van toegankelijkheid bij 10% van de bevolking; zowat 17% moet tandzorg of de aanschaf van een bril uitstellen uit geldgebrek. Twintig procent van de bevolking verklaart schrik te hebben van (chronisch) ziek te worden omdat zij vrezen daardoor in de armoede te belanden. Deze gegevens laten niet toe te zeggen of de toegankelijkheid over de tijd is afgenomen. Om daarover uitspraken te doen, dienen gegevens over toegankelijkheid, die over een langere periode beschikbaar zijn, te worden vergeleken. Die taak wordt bemoeilijkt omdat die gegevens niet altijd vergelijkbaar zijn, en valt buiten de ambitie van dit rapport. De hier gerapporteerde cijfers zijn veel hoger dan die van het Sociaal Rapport 2013 over België, volgens hetwelk 2,5% medische zorgen moet uitstellen. Zij zijn ook veel hoger dan die van het Rapport Armoedebaarometer (Coene et al., 2013) waarin gesteld wordt dat 2,6% zorgen moet uitstellen wegens financiële belemmeringen. De hier gerapporteerde cijfers komen daarentegen wel zeer goed overeen met de bevindingen van de Gezondheidsenquête 2008 (2013 is nog niet beschikbaar) volgens dewelke 13,9% medische consumptie moet uitstellen; alsook met de besluiten van een recente bevraging van de leden van de Christelijke Mutualiteit waaruit bleek dat 1 op 10 een bezoek bij de arts wegens financiële redenen moet uitstellen.

De problemen van toegankelijkheid doen zich in grotere mate voor bij laaggeschoolden, bij mensen met een onzekere economische toekomst, bij Franstaligen en bij mensen met gezondheidsproblemen. Dat laatste is heel belangrijk omdat men toegankelijkheid eigenlijk niet bij de bevolking in haar geheel moet meten. Men houdt dan immers ook rekening met mensen die heel gezond zijn, geen beroep doen op de gezondheidszorg en bijgevolg bitter weinig kans hebben problemen van toegankelijkheid te ervaren.

Een beter beeld van de toegankelijkheid krijgt men door te kijken naar de ervaring van de 20% Belgen die de meeste gezondheidsproblemen ervaren. Van hen stelt 17% dat ze wegens geldgebrek een medische ingreep moeten uitstellen, stelt 19% een doktersbezoek uit of af en belandt 18% in de armoede ten gevolge van de hoge medische kosten. De problemen van toegankelijkheid doen zich uiteraard meer voor bij de minder welgestelde mensen, bijvoorbeeld veel meer bij de laag- dan bij de hooggeschoolden. Maar als men kijkt naar mensen die gezondheidsproblemen hebben, bijvoorbeeld naar de 40% mensen met de meeste gezondheidsproblemen, dan stelt men vast dat van de hooggeschoolden onder hen 8% geregeld een doktersbezoek moet uit- of afstellen uit geldgebrek, 11% een medische ingreep moet uitstellen uit geldgebrek, 7% zegt in de armoede te belanden ten gevolge van de hoge medische kosten en 23% leeft met de angst ziek te worden omdat zij vrezen daardoor in de armoede te belanden.

## 10.11 Verschillende gevoeligheden

Voor heel wat van de onderzochte houdingen, opvattingen en ervaringen doen zich soms grote verschillen voor tussen verschillende bevolkingsgroepen. We blikken hier kort terug op twee soorten verschillen.

### 10.11.1 *De taalgemeenschappen*

Tussen de gemeenschappen, de Frans- en de Nederlandstaligen, doen zich een aantal verschillen voor, de meeste daarvan zijn echter klein. De Franstaligen zien minder negatieve gevolgen van de verzorgingsstaat, maar tonen zich tevens iets minder voorstander van het principe van de proportionaliteit. Zij ervaren een lagere graad van toegankelijkheid dan de Nederlandstaligen en doen bij het gebruik van de gezondheidszorgen meer negatieve ervaringen op.

Wat de oorzaken van de stijgende kost van de gezondheidszorg betreft, hechten de Franstaligen wat minder belang aan factoren die onvermijdelijk lijken. Minder Franstaligen dan Nederlandstaligen zijn van oordeel dat de vergrijzing de kosten doet stijgen.

De Nederlandstaligen zijn veel meer geneigd mensen van boven de 85 uit te sluiten van duurdere zorgen. De Franstaligen zijn dan weer meer geneigd de mensen die veel ziek zijn, meer te laten bijdragen (levensloopdifferentiatie), terwijl de Nederlandstaligen zich dan weer iets grotere voorstanders tonen van leefstijldifferentiatie.

De Nederlandstaligen schrijven het toenemende aantal arbeidsongeschikten in iets grotere mate dan de Franstaligen toe aan een tanende arbeidsmotivatie. Zij zijn ook veel grotere voorstanders van een activeringsbeleid dan de Franstaligen.

De Nederlandstaligen blijken meer nadruk te leggen op persoonlijke verantwoordelijkheid en schrijven ontwikkelingen sneller toe aan individuele beslissingen en motivaties. Zij zijn ook meer geneigd individuen de gevolgen van hun (vermeende) keuzes te laten dragen. Kortom, hun denken gaat iets meer in de richting van de activerende hervormingen van de sociale zekerheid zoals die in een aantal, eerder noordelijke Europese landen werden doorgevoerd. De Franstaligen hechten een beetje minder belang aan de persoonlijke verantwoordelijkheid. Zij tonen zich in mindere mate voorstander van de activerende welvaartsstaat, maar willen wel meer een balans tussen bijdrage en gebruik van het systeem, los van persoonlijke verantwoordelijkheid. Zij tonen zich daarom iets minder voorstander van het principe van de proportionaliteit en van de leefstijldifferentiatie en een merkkelijk groter voorstander van de levensloopverantwoordelijkheid. Zo is 20% van de Franstaligen van oordeel dat mensen die al veel ziek zijn geweest meer zouden moeten bijdragen; een standpunt dat gedeeld wordt door slechts 7% van de Nederlandstaligen. Zestien procent van de Franstaligen en de helft, 8%, van de Nederlandstaligen is van oordeel dat ouderen, omdat ze meer ziek zijn, hogere bijdragen zouden moeten betalen.

Wat de houdingen betreft zien we verder enkel grote verschillen in verband met het uitsluiten van ouderen en de rol die de overheid en de ziekenfondsen moeten spelen bij het naar werk begeleiden van arbeidsongeschikten. Van de Nederlandstaligen is 46% van oordeel dat geen dure levensverlengende ingrepen bij mensen van 85 en ouder mogen worden terugbetaald; van de Franstaligen deelt 25% die mening. Van de Nederlandstaligen is 48% van oordeel dat de overheid en de ziekenfondsen een rol moeten spelen bij de activering van arbeidsongeschikten; van de Franstaligen neemt 29% dat standpunt in.

#### *10.11.2 Voor- en tegenstanders van de verzorgingsstaat*

Een van de factoren die het grootste verschil maakt in tal van de onderzochte opvattingen, is de houding die wordt aangenomen ten opzichte van de mogelijke negatieve gevolgen van de verzorgingsstaat. Wie gelooft dat de verzorgingsstaat mensen lui maakt, de wil en bekwaamheid ontnemt om voor zichzelf te zorgen en de economische groei remt, gelooft ook heel sterk in het bestaan van grootschalige sociale fraude in de gezondheidszorg en wil dat deze niet alleen streng gecontroleerd, maar ook

streng bestraft wordt. Die personen schrijven de stijging van de kosten in mindere mate toe aan onvermijdelijke factoren zoals vergrijzing en het duurder worden van geneesmiddelen en therapieën, en in grotere mate aan misbruiken en een gebrek aan rationele aanpak. Zij zijn ook in grote mate voorstander van alles wat een besparing zou kunnen opleveren, behalve van rationaliseren omdat zij zeer sterk gehecht zijn aan de vrijheid van patiënt en therapeut. Zij zijn meer dan andere bevolkingsgroepen voorstander van het uitsluiten van mensen boven de 85, van levenslooptdifferentiatie en leefstijldifferentiatie en van verschillende soorten accijnsverhogingen. Het groeiend aantal arbeidsongeschikten schrijven zij in grotere mate dan de anderen toe aan een tanende arbeidsmotivatie en zij tonen zich een groot voorstander van activering.

## 11 Literatuur

- Achterberg, P., R van der Veen en J. Raven (2010). *Omstreden solidariteit*. Amsterdam. Aksent.
- Baal, P.H.M et al. (2006). *Zorgkosten van ongezond gedrag*. Bilthoven. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Baruch, Y. (1999). Response rate in academic studies - A comparative analysis. *Human Relations*, 52(4), 421-438.
- Coene, J., A. Van Haarlem, D.Dierckx (2013). *Rapport Armoedebareometer*. Antwerpen, Universiteit Antwerpen.
- Dillman, D. A. (2007). *Mail and internet surveys: the tailored design method*. New York: Wiley.
- Elchardus, M. en B. Spruyt (2013a). Het draagvlak van de verzorgingsstaat. [www.socmut.be](http://www.socmut.be)
- Elchardus, M. en B. Spruyt (2013b). Tevredenheid met de gezondheidszorg en keuzes in de gezondheidszorg en de verplichte ziekteverzekering. [www.socmut.be](http://www.socmut.be)
- Gilbert, N. (2002). *Transformation of the Welfare State. The Silent Surrender of Public Responsibility*. Oxford, Oxford University Press
- Goor, L.A.M. (2011). *Van gezondheid verzekerd*. Tilburg. Tilburg Universty.
- Have, ten, M., (2013). *Leefstijldifferentiatie in de zorgverzekering*. Den Haag, Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- Lievens, J. and H. Waeye (2011). *Participatie in Vlaanderen. Basisgegevens van de Participatiesurvey 2009*. Leuven, Acco.
- Roosma, F., J. Gelissen & W. van Oorschot (2013). The Multidimensionality of Welfare State Attitudes: A European Cross-National Study. *Social Indicators Research*, 113,1:235-55
- UNESCO. (2008). ISCED Review Concept Note november 2008 [Electronic Version]. Retrieved 13/11/2012 from <http://unstats.un.org/unsd/class/intercop/expertgroup/2009/AC190-10-e.PDF>.
- Veen, R. Van der (2009). De herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat. Analyse van een paradigmawissel. In: J.de Vries en P. Bordewijk (red.) *Rijdende treinen en gepasseerde stations*. Amsterdam. Van Genneep.

# Uw gezondheidszorg, Uw mening telt!

*Onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) naar aanleiding van zijn gouden jubileum*

## Bijlage 1

Berekening van bruto en netto  
respons

MARK ELCHARDUS &  
PETRUS TE BRAAK

Van de teruggestuurde enquêtes waren er 22 zo onvolledig of aantoonbaar slecht ingevuld zodat zij bij de cleaning verwijderd zijn uit het databestand. Naast de teruggestuurde vragenlijsten weigerden 36 respondenten expliciete deelname aan het onderzoek. Daarnaast meldden 14 respondenten dat zij de talen waarin de vragenlijst beschikbaar was (Nederlands en Frans) niet machtig waren. Verder waren er die voor langere tijd in het buitenland verbleven (n= 15) of wegens gezondheidsredenen niet in staat was om de vragenlijst in te vullen (n= 11). In totaal zaten er aldus 40 (0,67%) eenheden in de steekproef die niet in de mogelijkheid waren om de vragenlijst in te vullen en bijgevolg niet tot de geldige steekproefpopulatie behoren. Het moge duidelijk zijn dat deze niet-inzetbare steekprofeenheden een forse onderschatting is van het werkelijke aantal. Voor de berekening van de nettoresponserates raadt de American Association for Public Opinion Research (AAPOR, 2011: 45) aan om een preciezere schatting te maken van de niet-inzetbare steekprofeenheden op basis van wetenschappelijke informatie uit onderzoeken met een vergelijkbare onderzoekspopulatie. De hier gebruikte informatie is voor de berekening van de schatting afkomstig van de Participatiesurvey 2009 (Lievens & Waeghe, 2009). Het betreft hier een face-to-facesurvey in Vlaanderen bij 14 tot 85-jarigen. Dit onderzoek is, door de face-to-face-opzet, goed in staat om een schatting te maken van de niet-inzetbare steekprofeenheden.

De steekproefpopulatie in 'Uw Gezondheidszorg, Uw mening telt!' is echter wel licht verschillend (leeftijd: 14-85 jarigen ten opzichte van 18-80 jarigen; en geografische regio: Vlaanderen versus België), maar toch is de informatie uit de Participatiesurvey 2009 (PaS2009), bij weten van de auteurs, het meest vergelijkbaar met het hier besproken onderzoek. De kans is echter aanwezig dat het percentage niet-inzetbare steekprofeenheden doordat zij zijn overleden overschat wordt indien deze gebaseerd worden op de PaS2009. Daarom is ervoor geopteerd om het percentage van de niet-inzetbare steekprofeenheden doordat zij zijn overleden uit de PaS2009 niet te berekenen op de niet-inzetbare steekprofeenheden van het 'Uw gezondheidszorg, uw mening telt!'-onderzoek'.

In de PaS2009 bleek ruim 11,5% van de onderzoekspopulatie te bestaan uit niet-inzetbare steekprofeenheden. Zonder de personen die zijn overleden is 11,2% niet-inzetbaar. Dit bevestigt de stelling dat de 0,67% niet-inzetbare eenheden uit de eigen steekproef een forse onderschatting is. Voor de berekening van de nettorespons wordt daarom, in lijn met de aanbevelingen van het AAPOR (2013), het percentage niet-inzetbare steekprofeenheden geschat op 10,83% (11,2% - 0,67%). De berekening van de geldige-nettorespons is als volgt:

$$\text{Geldige nettorespons} = \frac{\text{Geldige respons}}{\text{Steekproef} - \text{Geschatte niet inzetbare eenheden}}$$

Op basis van een initiële steekproef van 6.000 eenheden kan er vanuitgegaan worden dat er aldus 650 eenheden ( $6.000 * 10,83\%$ ) uit de steekproef niet-inzetbare eenheden zijn. De geldige nettorespons voor het 'Uw gezondheidszorg, uw mening telt!'-onderzoek, is daarom als volgt:

$$\frac{2199}{6000 - 650} = 41,1\%$$

De geldige nettorespons bedraagt aldus 41,1%. Dit betekent dat 41,1% van alle respondenten die behoorden tot de inzetbare steekprofeenheden de vragenlijst correct hebben ingevuld. De respondenten die de vragenlijst slechts heel onregelmatig of aantoonbaar slecht hebben ingevuld zijn aldus uit de teller gehaald bij de berekening van de geldige nettorespons.

# Uw gezondheidszorg, Uw mening telt!

*Onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) naar aanleiding van zijn gouden jubileum*

## Bijlage 2

### Wegingsprocedure

MARK ELCHARDUS &

PETRUS TE BRAAK

Voor het wegen van onze data hebben we gegevens gebruikt over de verdeling van de kenmerken gewest, leeftijd, geslacht en onderwijsniveau in de populatie die we bestuderen. De meest betrouwbare gegevens zijn deze zoals verkregen uit de Volkstelling. Aangezien deze gegevens slechts één keer om de tien jaar worden verzameld en de laatste gegevens die beschikbaar zijn dateren uit 2001, werd besloten naar een alternatieve bron te zoeken. De Enquête naar de Arbeidskrachten (EAK) is een sociaal-economische enquête bij een steekproef van Belgische huishoudens met als voornaamste doelstelling de bevolking op arbeidsleeftijd in beeld te brengen. Deelname aan de enquête is in principe verplicht. De informatie wordt verzameld via face-to-face interviews. Gezinnen die uitsluitend bestaan uit inactieve personen ouder dan 64 jaar mogen ook telefonisch worden bevraagd. De steekproef bevat 15.000 huishoudens per kwartaal, waarvan er 12.000 effectief bevraagd kunnen worden. Dit levert op jaarbasis informatie op over de arbeidsmarktsituatie van 90.000 inwoners van België van 15 jaar en ouder. De respons bedraagt ongeveer 80%. Minder dan 3% van de non-respons betreft weigeringen om deel te nemen aan de enquête. Om die redenen vormt de EAK-databank van 2013 een geschikt alternatief voor de constructie van de weegvariabelen<sup>1</sup>.

Voor de berekening van de weging werd zowel voor de EAK-databank als voor de Gezondheidsdatabank een kruistabel met gewest, geslacht, leeftijd en onderwijsniveau gemaakt. We hebben er bewust voor geopteerd om twee aparte wegingscoëfficiënten aan te maken. De eerste betreft een weging op een combinatie van geslacht, leeftijd en opleidingsniveau per gewest (WegingGOL). Dit betekent dat als er alleen gebruik wordt gemaakt van de data afkomstig uit één specifiek gewest, dat de populatie na toepassing van deze weging een correcte afspiegeling is van de populatie die aanwezig is in het betreffende gewest. Respondenten die op één van de kenmerken geen geldige waarde hebben (n=164) kunnen niet meegenomen worden in de berekening. Zij krijgen als wegingcoëfficiënt de waarde 1.

Voor leeftijd maken we een onderscheid tussen drie categorieën en voor opleidingsniveau drie. Het gewicht per cel krijgen we door het quotiënt te nemen van het celpercentage van de EAK-databank met het celpercentage van de Gezondheidsdatabank<sup>2</sup>. Idealiter liggen deze coëfficiënten dicht bij 1 (= situatie waar de vertegenwoordiging in de survey identiek is als de verdeling in de bevolking). Een wegingcoëfficiënt voor een groep groter dan 1 betekent dat die in de survey ondervertegenwoordigd is ten opzichte van haar aanwezigheid in de samenleving. Klassiek zijn laagopgeleiden ondervertegenwoordigd en de hoogopgeleiden oververtegenwoordigd en aangezien het opleidingsniveau een grote

---

<sup>1</sup> Gegevens afkomstig van de Federale OverheidsDienst economie.

<sup>2</sup> Er werd gewerkt met 6 cijfers na de komma.

invloed heeft op tal van houdingen is het belangrijk via weging voor deze onder- en oververtegenwoordiging te corrigeren. In het algemeen bleken slechts 8 van de 54 wegingscoëfficiënten groter dan 2. Twee coëfficiënten bleken groter dan 4, laag opgeleide jonge vrouwen in Brussel en laag opgeleide jonge vrouwen in Vlaanderen. Die twee coëfficiënten werden afgetopt op 4.

Tabel B2.1: Berekening wegingscoëfficiënt voor de combinatie leeftijd, opleiding en geslacht per gewest op basis van de Enquête naar ArbeidsKrachten

			18-35 jaar	36-65 jaar	66+
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Laag	Mannen	1,597485	0,977768	2,229599
		Vrouwen	4,638986*	1,105349	3,98884
	Midden	Mannen	1,358724	1,153612	1,125115
		Vrouwen	1,216119	0,695503	1,539499
	Hoog	Mannen	0,80692	0,630444	0,663128
		Vrouwen	0,862531	0,670076	0,717452
Vlaams Gewest	Laag	Mannen	3,144221	1,482788	1,408485
		Vrouwen	9,296143*	1,193108	1,661817
	Midden	Mannen	1,785551	0,829637	0,807556
		Vrouwen	1,06628	0,728416	1,433131
	Hoog	Mannen	0,881522	0,753021	0,911977
		Vrouwen	0,83893	0,596421	0,740212
Waals Gewest	Laag	Mannen	2,860291	1,215804	1,110408
		Vrouwen	1,474852	0,923939	2,577482
	Midden	Mannen	2,126313	1,095521	0,9531
		Vrouwen	1,143293	1,151034	1,507934
	Hoog	Mannen	0,765965	0,587234	0,749647
		Vrouwen	0,823213	0,522202	0,530462

Voor bepaalde analyses wilden we een vergelijking maken tussen de gewesten. Daarom en ook omdat de regio's disproportioneel werden gestratificeerd, werd een wegingscoëfficiënt gemaakt die ook de verdeling van de bevolking van België over de gewesten in rekening brengt (WegingGewest). De bekomen coëfficiënten werden vermenigvuldigd met de wegingscoëfficiënt voor de combinatie van geslacht, leeftijd en opleiding (WegingGOL). Deze combinatie tussen de twee wegingen is in de databank opgenomen onder WegingGGOL.

Tabel B2.2 : Berekening wegingscoëfficiënten per gewest

Brussels Hoofdstedelijk Gewest	0,511738429
Vlaams Gewest	1,132785545
Waals Gewest	1,096398715

De verschillen tussen de ongewogen en de gewogen data zijn betrekkelijk klein en daareboven allemaal in de verwachte richting. Aangezien de laaggeschoolden ondervertegenwoordigd zijn in de ongewogen data en worden opgewogen, zien we dat de gewogen data in vergelijking met de ongewogen data meer de houdingen en

gedragingen van de laaggeschoolden weergeven. Dat blijkt duidelijk uit de volgende verschillen:

- in de gewogen data is de groep met een verhoogde tegemoetkoming groter dan in de ongewogen data,
- de groep dat zegt dat hun gezondheid nooit een beperking vormt, is kleiner in de gewogen data,
- de groep die minstens twee maal per dag groenten eet, is eveneens kleiner geworden,
- in de gewogen data zijn er minder hogere bedienden, kaders en managers, terwijl er meer geschoolde en ongeschoolde arbeiders zijn
- het aantal mensen op pensioen is ook gestegen in de gewogen data,
- de groep die akkoord gaat met een accijnsverhoging op tabak en alcohol werd kleiner,
- de groep die bepaalde medische behandelingen om financiële redenen heeft moeten uitstellen is groter geworden,
- het aantal mensen dat nooit internet gebruikt, nam toe na weging,
- de groep mensen met een laag inkomen werd ook iets groter.

Al die verschillen zijn echter klein. Het gaat overwegend om verschuivingen van een paar procent. Het grootste verschil tussen de gewogen en de ongewogen data wordt gevonden voor de variabele die weergeeft hoe vaak men internet gebruikt voor het boeken van reizen. Hiervoor heeft bij 1 categorie een verschuiving plaatsgevonden van 98 cases, oftewel 5,5% van de populatie. Laaggeschoolden gaan minder op reis en als ze op reis gaan boeken ze deze in mindere mate via internet. Vandaar voor deze variabele een betrekkelijk grote verschuiving van 5 procentpunten. De richting van de vastgestelde verschillen maakt wel duidelijk dat het wegen nuttig is en de data representatiever maakt, in de zin dat de houdingen van de laaggeschoolden en sociaal zwakkeren beter aan bod komen dan in de ongewogen data.

# Uw gezondheidszorg, Uw mening telt!

*Onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) naar aanleiding van zijn gouden jubileum*

## Bijlage 3

### Nederlandstalige vragenlijst

De vragenlijst is als apart elektronisch document toegevoegd

MARK ELCHARDUS &  
PETRUS TE BRAAK

# Uw gezondheidszorg, Uw mening telt!

*Onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) naar aanleiding van zijn gouden jubileum*

## Bijlage 4

### Franstalige vragenlijst

De vragenlijst is als apart elektronisch document toegevoegd

MARK ELCHARDUS &

PETRUS TE BRAAK