

Perceptie van de gezondheid en de gezondheidszorg bij Vlamingen

Resultaten van de ISSP-survey 2011

Edwin Pelfrene

Foto: Image 100

Samenvatting

De module met vragen over de gezondheid en de gezondheidszorg van het *International Social Survey Program* (ISSP) van 2011, werd voorgelegd aan 1.210 personen die samen – mits weging van de resultaten – een representatieve steekproef uitmaken van de volwassen Vlaamse bevolking (wonende in Vlaanderen en Nederlandstaligen wonende in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest).

3 op de 4 Vlamingen geven aan over het algemeen (heel) gezond te zijn; voor bijna 1 op de 4 (23%) is dat niet zo. Vrouwen, ouderen en lagergeschoolden rapporteren naar verhouding meer gezondheidsklachten. Deze groepen rapporteren ook een hogere medische consumptie.

68% Vlamingen zegt (veel) vertrouwen te hebben in de gezondheidszorg en 92% is over het algemeen tevreden over de gezondheidszorg in ons land. Die hoge mate van tevredenheid geldt in het bijzonder voor het laatste bezoek aan een arts (94%) en het laatste verblijf in het ziekenhuis (86%).

Goed de helft van de Vlamingen (52%) denkt dat velen geen toegang hebben tot de gezondheidszorg die ze nodig hebben in ons land, terwijl er andersom ook een probleem van overconsumptie wordt waargenomen (52%). Van de overheid wordt algemeen verwacht dat ze meer dan enkel basisvoorzieningen van de gezondheidszorg aanbiedt (slechts 13% wil dat) en ook de onderlinge solidariteit wordt benadrukt (76% vindt het tamelijk/heel oneerlijk dat wie een hoger inkomen heeft zich ook een betere gezondheidszorg kan veroorloven). Mensen moeten wel kunnen aangesproken worden op de eigen verantwoordelijkheid in de zin dat menigeen bepaalde voorrangsregels (een kwart tot de helft) of een beperkte terugbetaling door de ziekteverzekering (ongeveer 1 op de 5) zou aanvaarden in functie van het eigen gezondheidsgedrag. Ook over de stelling dat 'mensen toegang moeten hebben tot openbare gezondheidszorg, zelfs wanneer zij niet in het bezit zijn van de Belgische nationaliteit', zijn de meningen sterk verdeeld.

Slechts 1 op de 4 Vlamingen is bereid om meer belastingen te betalen om de kwaliteit van de gezondheidszorg voor alle mensen in ons land te verbeteren. In de praktijk vindt men eerder een oplossing in aanvullende privéverzekeringen (1 op de 2), al of niet betaald door de werkgever. Hier is wel een duidelijke sociale gradiënt zichtbaar (52% hogergeschoolden hebben een aanvullende private verzekering tegenover 40% lagergeschoolden).

Inleiding

Sinds 1996 houdt de Studiedienst van de Vlaamse Regering jaarlijks een survey naar de *Sociaal-Culturele Verschuivingen* (SCV) onder de volwassen bevolking van het Vlaamse Gewest, alsook onder de volwassen Nederlandstaligen van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest (Carton e.a., 2012). Het is de gewoonte om aan die survey ook een module toe te voegen met een set van vragen van het *International Social Survey Program* (ISSP). In 2011 was dit al voor de 9de keer het geval, nu met een module met vragen over de gezondheid en de gezondheidszorg.

Wat de gezondheid betreft, wordt gepeild naar de perceptie van de eigen gezondheid en het eigen welbevinden, naar de medische consumptie en naar het gezondheidsgedrag. Die thema's komen natuurlijk ook aan bod in de periodieke nationale *Gezondheidsenquête door middel van interview* [Health Interview Survey (HIS)] van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), waar ze trouwens zowel breedvoeriger als diepgaander zijn uitgewerkt (Hesse, 2008).

Origineel in de ISSP-module is de klemtoon die gelegd wordt op de perceptie van de gezondheidszorg, met thema's als het algemene vertrouwen in of de tevredenheid met het aanbod van gezondheidsvoorzieningen, de toegang tot de gezondheidszorg, de ziekteverzekering en de publieke financiering van de gezondheidszorg. Vooral voor die thema's wordt verwacht dat de resultaten uit de diverse Europese landen die deelnemen aan de survey, interessant vergelijkingsmateriaal zullen opleveren. Vandaag is het helaas nog wachten op de internationale resultaten, zodat we hier voorlopig enkel de resultaten van de Vlaamse survey voorstellen.

1. Databestand en methoden

1.1. Databestand

De onderzoekspopulatie van de SCV-survey omvat de volwassen inwoners van het Vlaamse Gewest (VG) en de volwassen Nederlandstalige inwoners van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest (BHG), ongeacht de nationaliteit (dit laatste vanaf 2009). Als steekproefkader geldt het *Rijksregister van de natuurlijke personen*, waaruit een gestratificeerde tweetrapssteekproef is getrokken. Dit omvat vooreerst de trekking van een vooropgesteld aantal clusters (gelokaliseerd binnen postcodesectoren) in elk der Vlaamse provincies en in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest in verhouding tot de bevolkingsomvang, en vervolgens daarbinnen de aselechte trekking van een gelijk aantal personen van 18 jaar of ouder. In het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest werd enkel geselecteerd op een geregistreerd Nederlandstalig adres. Voor alle clusters geldt nog dat de steekproef daarbinnen licht kan gemoduleerd zijn in functie van de verwachte responsgraad (Pickery & Carton, 2008).

De SCV-survey van 2011 bedroeg initieel 2.521 eenheden als wordt uitgegaan van alle benutte adressen (2.417 in VG en 104 in BHG). Er namen 1.446 personen deel aan de mondelinge bevraging, wat een responsgraad levert van 57,4%. Laten we de niet-gevalideerde interviews omwille van gebrekkige kwaliteit (5) en de niet-inzetbare adressen (331 wegens 'overleden', 'verhuisd', 'adres onbestaand, onvindbaar', 'taalbarrière' en 'niet in staat om deel te nemen wegens ziekte, handicap of dementie') buiten beschouwing, dan is de responsgraad 66,2%.

ISSP betreft een drop-off vragenlijst bij de SCV-survey die de interviewers nalieten voor schriftelijke invulling.¹ ISSP-2011 werd ingevuld door 1.210 leden van de groep van deelnemers aan de SCV-survey (1.183 in VG en 27 in BHG). Daarmee komt de responsgraad voor de drop-off gecorrigeerd voor niet-gevalideerde interviews en niet-inzetbare adressen op 55,4%.

¹ Vandaar de prefix DF bij de overgenomen vraagnummers.

1.2. Methoden

Teneinde te corrigeren voor stelselmatige afwijkingen van de gerealiseerde steekproef ten opzichte van de initiële random steekproef, is een weegprocedure toegevoegd. Het betreft een vrij uitgebreide oefening wat ertoe noopt de SPSS-module *Complex Samples* (versie 16.0) te benutten. De berekende gewichten zijn het resultaat van 3 stappen: 1) design gewichten (die corrigeren voor ongelijke selectiekansen), 2) non-responsgewichten (die corrigeren voor de non-responskans), en 3) poststratificatie (die de SCV-survey conformeert aan enkele gekende verdelingen van de *Enquête naar de Arbeidskrachten*). De module *Complex Samples* biedt niet enkel het voordeel dat een vrij complex weegschema op een simpele wijze kan worden meegenomen, maar ook dat standaardfouten (en dus ook betrouwbaarheidsintervallen) correcter worden ingeschat (Pickery, 2010).

In het luik met resultaten presenteren we het gewogen antwoordpercentage op betreffende vragen volgens een vaste tabel, met in de linker resultatenkolom het procentuele aandeel van de totale gerealiseerde steekproef dat de betreffende uitkomst of bewering (waarnaar verwezen onderaan de tabel) bijtreedt, gevolgd door de resultaten naar geslacht (man/vrouw; 49%/51%), leeftijdsgroep (18-34j/35-64j/65-93j (65+); 23%/50%/27%) en opleidingsgroep (hoogstens lager secundair onderwijs = LO / hoger secundair onderwijs = MO / hoger onderwijs = HO; 36%/31%/33%). Vermits het gaat om resultaten uit een steekproef bij de inwoners van het VG en bij Nederlandstaligen wonende in het BHG, kan gesteld worden dat de uitspraken representatief zijn voor de (volwassen) Vlamingen.

Wel nog volgende aandachtspunten:

- 1) Enkel valide antwoorden zijn in aanmerking genomen, dit wil zeggen met uitsluiting van de groep die de betreffende vraag niet beantwoordde (code 'geen antwoord'). In de regel is de 'item non-respons' kleiner dan 2,5%. Uitzondering is de bepaling van de Body Mass Index (6,4%).
- 2) Heel wat vragen die peilen naar meningen of houdingen bieden een 5-puntenschaal van antwoordcategorieën aan, bijvoorbeeld met een range als 'sterk mee eens', 'mee eens', 'niet eens, niet oneens', 'mee oneens', 'sterk mee oneens', plus nog een categorie 'weet niet'. Dit antwoordpatroon werd in de regel dummy-gecodeerd met de opsplitsing '(sterk) mee eens' versus 'anders'.
- 3) Resultaten naar geslacht, leeftijdsgroep en opleidingsgroep worden alleen maar gepresenteerd indien de betreffende factor een statistisch significante predictor voor de uitkomst bleek in een meervoudig logistisch regressiemodel met deze 3 verklarende variabelen (bij $\alpha=0,05$). Daarbij geven we berekende percentages na 'standaardisering' voor de 2 overblijvende verklarende variabelen op basis van de weging van de regressiecoëfficiënten met hun globale verdeling (Pelfrene, 2010).

2. Resultaten

2.1. Beoordeling van de eigen gezondheid

Tabel 1 Perceptie van gelukkig zijn en van de eigen gezondheid, globaal % en gestandaardiseerd % in subgroepen

Item	Totaal	Geslacht		Leeftijdsgroep			Opleidingsgroep		
		Man	Vrouw	18-34 j	35-64 j	65+	LO	MO	HO
DF1	40,2								
DF26	76,9			84,9	77,1	71,4	70,1	76,2	85,7

DF1 = antwoordt 'uitermate/heel gelukkig' te zijn, alles bij elkaar genomen

DF26 = heeft over het algemeen een 'uitstekende/zeer goede/goede gezondheid'

Bron: ISSP-2011, bewerking SVR.

Tabel 1 geeft aan dat 4 op de 10 respondenten zich uitgesproken gelukkig voelt. Samen met de groep die antwoordt zich 'tamelijk gelukkig' te voelen (50%), wordt dit 9 op de 10. De overige respondenten voelen zich ofwel 'ongelukkig' (3%), 'noch het één noch het andere' (6%) of 'weten het niet' (0,5%).

3 op de 4 respondenten omschrijven de eigen gezondheid als 'uitstekend' (3%), 'zeer goed' (27%) of 'goed' (47%). De anderen voelen zich maar 'redelijk' gezond' (20%), 'niet gezond' (3%) of 'weten het niet' (0,3%), samen dus 23%. Die positieve beoordeling van de eigen gezondheid ligt wat hoger in de jongste leeftijdsgroep en onder de hogergeschoolden, en omgekeerd, wat lager onder de ouderen en de lagergeschoolden.

Tabel 2 Zelf-gerapporteerde gezondheidsproblemen, globaal % en gestandaardiseerd % in subgroepen

Item	Totaal	Geslacht		Leeftijdsgroep			Opleidingsgroep		
		Man	Vrouw	18-34 j	35-64 j	65+	LO	MO	HO
DF17A	14,1	9,5	17,7				18,7	13,6	8,4
DF17B	20,3	14,9	24,4	14,7	17,8	28,0	23,7	20,3	14,5
DF17C	8,1						12,0	7,1	4,7
DF17D	6,2						9,4	5,3	3,6
DF17E	7,0	4,6	9,2				10,9	5,9	4,1
DF27	25,9			16,8	25,1	36,9	28,0	28,2	20,9
DF28	47,5	56,3	41,0	34,2	50,7	57,1			
DF33	6,9						10,5	6,2	3,2

DF17A = (heel) vaak belemmeringen ondervonden bij werk of huishoudelijke taken vanwege gezondheidsproblemen in de afgelopen 4 weken
DF17B = (heel) vaak lichamelijke pijn of kwalen gehad in de afgelopen 4 weken
DF17C = (heel) vaak zich ongelukkig en depressief gevoeld in de afgelopen 4 weken
DF17D = (heel) vaak zelfvertrouwen verloren in de afgelopen 4 weken
DF17E = (heel) vaak gevoel gehad problemen niet de baas te kunnen in de afgelopen 4 weken
DF27 = heeft een langdurige ziekte, een chronische aandoening of handicap
DF28 = BMI indicierend voor overgewicht of obesitas (klassen I, II, III)
DF33 = (heel) vaak beperkt door gezondheidsproblemen bij gebruikelijke sociale activiteiten met familie of vrienden in de afgelopen 4 weken

Bron: ISSP-2011, bewerking SVR.

1 op de 5 respondenten zegt in de afgelopen 4 weken last te hebben gehad van lichamelijke pijn of kwalen (tabel 2). Een wat kleinere groep voelde zich in die periode door gezondheidsproblemen beperkt in de uitvoering van dagelijkse taken. Minder dan 1 op de 10 geeft aan te kampen met gevoelens van neerslachtigheid en/of gebrek aan zelfvertrouwen, in de zin dat dit (heel) vaak voorkwam in de voorbije maand.

Meer vrouwen dan mannen rapporteren naar verhouding belemmeringen bij huishoudelijke taken, lichamelijke pijn of kwalen of het gevoel problemen niet de baas te kunnen in de afgelopen weken. Ook ouderen van hun kant rapporteren duidelijk meer lichamelijke pijn of kwalen dan de jongere leeftijdsgroepen, maar zeggen - vreemd genoeg - niet frequenter belemmeringen te hebben ondervonden bij huishoudelijke taken (wel zo bivariaat, niet multivariaat). Wat echter vooral treft in de tabel is het verband tussen het opleidingsniveau en de 5 klachten, waarbij telkens de lagergeschoolden het minst gunstig scoren in vergelijking met de andere opleidingsgroepen.

1 op de 4 respondenten heeft te kampen met een langdurige ziekte, chronische aandoening of handicap. Hier ook opnieuw een hoger risico bij ouderen en bij lagergeschoolden.

Nagenoeg de helft van de respondenten heeft te kampen met overgewicht (38%) of obesitas (9%) volgens hun aangifte van lengte en gewicht. Dit komt duidelijk meer voor bij mannen dan bij vrouwen, alsook meer op oudere leeftijd.

Slechts uitzonderlijk wordt aangegeven dat men in de afgelopen 4 weken beperkt was door gezondheidsproblemen bij de gebruikelijke sociale activiteiten met familie of vrienden. Lagergeschoolden rapporteren dat wel meer.

2.2. Medische consumptie

Tabel 3 Zelf-gerapporteerde medische consumptie, globaal % en gestandaardiseerd % in subgroepen

Item	Totaal	Geslacht		Leeftijdsgroep			Opleidingsgroep		
		Man	Vrouw	18-34 j	35-64 j	65+	LO	MO	HO
DF18A	20,9	16,1	24,8	20,6	15,6	31,2	24,4	22,0	14,9
DF18B	2,3								
DF19	16,8						21,6	16,5	12,6
DF32	33,4			33,3	29,7	41,0	42,3	32,7	25,2

DF18A = (heel) vaak bezoek aan/van een arts in de afgelopen 12 maanden
 DF18B = (heel) vaak bezoek aan/van een alternatieve genezer in de afgelopen 12 maanden
 DF19 = 1 nacht of meer in een ziekenhuis of kliniek opgenomen geweest in de afgelopen 12 maanden
 DF32 = voor het raadplegen van een medisch specialist is altijd doorverwijzing van de huisarts nodig

Bron: ISSP-2011, bewerking SVR.

9 op de 10 respondenten antwoordden het afgelopen jaar één of meerdere bezoeken te hebben gebracht aan of te hebben gekregen van een arts (tabel 3). Voor 2 op de 10 gebeurde dit 'vaak' of 'heel vaak'. Het frequent consulteren van een arts komt meer voor bij vrouwen, op oudere leeftijd en bij lagergeschoolden.

De alternatieve genezer is minder ingeburgerd.

17% van de respondenten geeft aan tijdens het voorbije jaar te zijn opgenomen in een ziekenhuis of kliniek. Hier blijft enkel het negatieve verband met het opleidingsniveau behouden (hoe lager geschoold, hoe frequenter).

1 op de 3 meent dat voor het raadplegen van een specialist 'altijd' vooraf de huisarts moet geraadpleegd worden. We vinden dat wat meer in de oudere leeftijdsgroep en bij de lagergeschoolden. Precies de helft denkt echter dat dit 'voor sommige specialisten wel en voor andere niet' nodig is. Slechts een kleine minderheid meent dat dit 'nooit' moet (8%); de rest geeft aan het 'niet te weten' (9%).

2.3. Gezondheidsgedrag

Iets minder dan 1 op de 5 respondenten is een roker. Mannen meer dan vrouwen; de jongere en middelbare leeftijdsgroep flink meer dan de ouderen; de lager- of middelbaar geschoolden meer dan de hogergeschoolden (tabel 4). 11 tot 20 sigaretten per dag is de modale rokerscategorie.

Tabel 4 Zelf-gerapporteerd gezondheidsgedrag, globaal % en gestandaardiseerd % in subgroepen

Item	Totaal	Geslacht		Leeftijdsgroep			Opleidingsgroep		
		Man	Vrouw	18-34 j	35-64 j	65+	LO	MO	HO
DF24	18,3	21,1	13,6	25,6	21,4	7,0	23,6	19,1	10,1
DF25A	11,3	16,8	5,0						
DF25B	39,4	47,4	30,0	40,8	41,1	30,7			
DF25C	90,6			84,8	91,2	95,3	85,4	91,3	95,6

DF24 = rookt dagelijks
DF25A = drinkt enkele keren per week/dagelijks 4 of meer alcoholhoudende drank op één dag
DF25B = doet enkele keren per week/dagelijks 20 minuten lichamelijke oefeningen die doen zweten of zwaarder doen ademen dan gewoonlijk
DF25C = eet enkele keren per week/dagelijks verse groenten of fruit

Bron: ISSP-2011, bewerking SVR.

Goed 1 op de 10 drinkt dagelijks meerdere glazen met een alcoholhoudende drank. Voor menige man hoort het erbij (1/5); voor vrouwen blijft dat zeldzaam (1/20). Mannen verrichten ook meer dan vrouwen allerlei lichamelijke oefeningen 'die doen zweten of zwaarder doen ademen dan gewoonlijk', ongeacht of dat in de vrije tijd is of niet. Zo ook de jongere en middelbare leeftijdsgroep tegenover de oudste leeftijdsgroep. De overgrote meerderheid ten slotte geeft aan regelmatig groenten of fruit te eten. Dit is het meest uitgesproken zo bij ouderen en bij hogergeschoolden.

2.4. Vertrouwen in de gezondheidszorg

Tabel 5 Vertrouwen in en meningen over de gezondheidszorg, globaal % en gestandaardiseerd % in subgroepen

Item	Totaal	Geslacht		Leeftijdsgroep			Opleidingsgroep		
		Man	Vrouw	18-34 j	35-64 j	65+	LO	MO	HO
DF2B	67,8	71,9	65,0				59,6	68,9	76,6
DF3	87,9						83,3	92,0	90,1
DF6A	34,3			28,0	32,1	41,9	38,2	37,0	25,2
DF6B	52,4	58,8	47,1				46,3	51,2	61,5
DF6C	12,9	15,6	8,7	7,9	10,2	20,4			
DF6D	12,1						15,6	11,5	8,5

DF2B = heeft over het algemeen alle/veel vertrouwen in de gezondheidszorg in ons land
DF3 = de gezondheidszorg in ons land hoeft over het algemeen niet (veel) te worden veranderd
DF6A = (sterk) mee eens dat 'in de komende jaren zal de gezondheidszorg in ons land beter worden'
DF6B = (sterk) mee eens dat 'mensen meer gebruik maken van de gezondheidszorg dan nodig'
DF6C = (sterk) mee eens dat 'de overheid alleen maar basisvoorzieningen van de gezondheidszorg moet aanbieden'
DF6D = (sterk) mee eens dat 'over het algemeen de gezondheidszorg in ons land niet efficiënt is'

Bron: ISSP-2011, bewerking SVR.

Tal van respondenten antwoorden over het algemeen 'alle' (9%) of 'veel' vertrouwen' (59%) te hebben in de gezondheidszorg, wat staat tegenover de groep die antwoordt 'enig' (28%), 'heel weinig' (2,5%) of 'helemaal geen' vertrouwen (0,6%) te hebben, of anderszins zegt het 'niet te weten' (1%). Vooral hogergeschoolden spreken zich hier lovend uit (tabel 5).

Voor menige respondent hoeft 'niets' te worden veranderd (21%) aan de gezondheidszorg in ons land of moeten slechts 'een paar veranderingen' worden doorgevoerd (67%); 'veel

veranderingen' (7%), 'volledig veranderen' (0,9%) en 'weet het niet' (4%) zijn slechts schaars aangeduid.

Het is een minderheid (ongeveer een derde) – sterker bij ouderen en lagergeschoolden – die denkt dat de gezondheidszorg 'in de komende jaren beter zal worden'. De helft der respondenten percipieert een 'overconsumptie' van gezondheidszorgen, wat uitgroeit tot een meerderheid bij mannen en bij hogergeschoolden. Daarmee wordt weliswaar niet gepleit voor een minimaal aanbod van basisvoorzieningen in de gezondheidszorg (slechts 13%) noch wordt breed gesteld dat het huidige stelsel inefficiënt is (slechts 12%).

Tabel 6 Vertrouwen in artsen, globaal % en gestandaardiseerd % in subgroepen

Item	Totaal	Geslacht		Leeftijdsgroep			Opleidingsgroep		
		Man	Vrouw	18-34 j	35-64 j	65+	LO	MO	HO
DF16A	79,8			73,9	77,4	86,9	72,0	80,6	85,4
DF16B	52,8	58,2	49,3				63,8	54,9	40,8
DF16C	15,4								
DF16D	19,2								
DF16E	7,2						10,2	7,3	2,8
DF16A = (sterk) mee eens dat 'artsen te vertrouwen zijn, alles in overweging genomen'									
DF16B = (sterk) mee eens dat 'artsen alle mogelijke behandelingen met hun patiënt bespreken'									
DF16C = (sterk) mee eens dat 'de medische vaardigheden artsen niet zo goed zijn als ze zouden moeten zijn'									
DF16D = (sterk) mee eens dat 'artsen zich meer zorgen over hun inkomsten maken dan over hun patiënten'									
DF16E = (sterk) mee eens dat 'wanneer artsen een fout maken tijdens de behandeling, ze het aan hun patiënten vertellen'									

Bron: ISSP-2011, bewerking SVR.

Artsen kunnen rekenen op een groot algemeen vertrouwen vanwege de bevolking, en dit meest uitgesproken onder ouderen en hogergeschoolden (tabel 6).

De helft van de respondenten is ervan overtuigd dat artsen 'alle mogelijke behandelingen met hun patiënt bespreken' (53%). Mannen zijn hier goedgeloviger dan vrouwen en lagergeschoolden meer dan hogergeschoolden. Niettemin zijn slechts weinigen van mening dat artsen over 'gemaakte fouten tijdens de behandeling [zullen] vertellen aan hun patiënten' (7%). Velen zijn het er 'mee oneens' (35%) of zelfs 'sterk mee oneens' (16%). Anderen antwoorden het 'niet eens, niet oneens' te zijn (26%) of het 'niet te weten' (16%).

Slechts een minderheid treedt een stelling bij zoals 'de medische vaardigheden van artsen [zijn] niet zo goed als zou moeten' (15%) of 'artsen [maken] zich meer zorgen over hun inkomsten dan over hun patiënten' (19%). Vooral de antwoordcategorieën 'niet eens of oneens' (respectievelijk 34% en 39%) of 'weet niet' (respectievelijk 7% en 8%) zijn betrekkelijk veelvuldig aangestipt.

Tabel 7 Beoordeling van de medische hulpverlening, globaal % en gestandaardiseerd % in subgroepen

Item	Totaal	Geslacht		Leeftijdsgroep			Opleidingsgroep		
		Man	Vrouw	18-34 j	35-64 j	65+	LO	MO	HO
DF21A	72,7			63,5	71,7	81,3	66,0	74,5	78,2
DF21B	71,2			59,7	70,2	81,3			
DF22	92,1								
DF23A*	93,5								
DF23C*	86,3			78,3	84,3	93,4			

DF21A = waarschijnlijk/zeker dat men bij ernstige ziekte de beste behandeling in ons land zou krijgen
DF21B = waarschijnlijk/zeker dat men bij ernstige ziekte terecht kan bij de arts van eigen keuze
DF22 = in het algemeen uiterst/zeer/tamelijk tevreden over de gezondheidszorg in ons land
DF23A = uiterst/zeer/tamelijk tevreden met de gekregen behandeling toen men voor het laatst een bezoek bracht een arts
DF23C = uiterst/zeer/tamelijk tevreden met de gekregen behandeling toen men voor het laatst in het ziekenhuis was

* In DF23 is het % berekend op de groep respondenten voor wie dit van toepassing is.
Bron: ISSP-2011, bewerking SVR.

7 op de 10 respondenten is ervan overtuigd dat ze ingeval van ernstige ziekte, zo niet zeker dan toch waarschijnlijk de beste behandeling zouden krijgen die in het land beschikbaar is, bovendien door de arts van hun keuze (tabel 7). Vooral 65-plussers zijn die verwachting massaal toegedaan, maar ook de hogergeschoolden.

De grote meerderheid (92%) is trouwens in het algemeen tevreden over de gezondheidszorg in ons land, hetzij 'uiterst' (4%), 'zeer' (37%) of 'tamelijk' (51%). Die hoge mate van tevredenheid geldt meer in het bijzonder voor het laatste bezoek aan een arts (94%) en voor het laatste verblijf in het ziekenhuis (86%), voor zover dit van toepassing is.

2.5. Verzekering tegen ziektekosten

Hoewel aansluiting bij een ziekenfonds binnen het kader van de wettelijke ziekteverzekering verplicht is, zegt toch maar 73% van de respondenten daarbij aangesloten te zijn (tabel 8). Daartegenover staat dat bijna de helft tekende voor een aanvullende private verzekering. Hier is een onafhankelijk verband met geslacht (vrouwen meer), leeftijdsgroep (ouderen meer) en opleidingsgroep (hogergeschoolden meer). Voor een grote minderheid (29%) van de respondenten geldt overigens dat de werkgever tussenkomt in de hospitalisatieverzekering. Hier zijn de meest begunstigde categorieën mannen, personen op arbeidsleeftijd en - opnieuw - de hogergeschoolden.

Tabel 8 Aansluiting bij verzekeringsstelsels tegen ziektekosten en dekking van verzorgingskosten, globaal % en gestandaardiseerd % in subgroepen

Item	Totaal	Geslacht		Leeftijdsgroep			Opleidingsgroep		
		Man	Vrouw	18-34 j	35-64 j	65+	LO	MO	HO
DF29_2	72,8								
DF29_3	45,6	40,0	50,5	31,5	46,2	56,5	33,9	50,7	53,5
DF29_4	28,9	30,4	19,9	37,1	36,3	6,4	19,2	21,4	35,9
DF29_5	0,7								
DF30	85,6			78,6	89,5	86,9	74,9	89,3	92,6
DF31A	5,8								
DF31B	10,7								
DF31C	1,2								

DF29_2 = wettelijke verzekering (aangesloten bij ziekenfonds)
DF29_3 = private ziekteverzekering (aanvullende verzekering bij ziekenfonds, hospitalisatieverzekering bij ziekenfonds of commerciële verzekeringsmaatschappij)
DF29_4 = hospitalisatieverzekering geheel of gedeeltelijk betaald door werkgever
DF29_5 = andere
DF30 = antwoordt (zeer) goed verzekerd te zijn tegen ziektekosten, als men erover nadenkt
DF31A = voorgeschreven medicijnen zijn niet gedekt
DF31B = tandheelkundige zorg is niet gedekt
DF31C = kosten van verblijf in het ziekenhuis is niet gedekt

Bron: ISSP-2011, bewerking SVR.

Bij de vraag hoe goed men verzekerd is tegen ziektekosten als men erover nadenkt, antwoordt de ruime meerderheid 'zeer goed' (16%) of 'goed' (69%); de anderen geven aan 'niet goed' verzekerd te zijn (5%) of het 'niet te weten' (9%). In de oudste leeftijdsgroep en ook bij de lager geschoolden zijn er verhoudingsgewijs wat meer die passen voor het antwoord '(zeer) goed' verzekerd te zijn.

Daarnaar gevraagd antwoordt slechts een marginale groep (hoogstens 1 op de 20) dat de voorgeschreven medicijnen of het verblijf in het ziekenhuis niet (helemaal) gedekt zijn [voor terugbetaling]. Met betrekking tot de tandheelkundige zorg is dat een grotere groep (1 op de 10).

2.6. Toegang tot de gezondheidszorg

Ongeveer 7 op de 10 respondenten gaf aan een nodige medische behandeling niet te hebben gekregen in de afgelopen 12 maanden. Daarbij is nagegaan of het voorkwam of men die behandeling om bepaalde redenen moest ontberen (tabel 9).

Slechts weinig respondenten geven aan voor een nodige medische behandeling te zijn verhinderd geweest hetzij door 'betaalproblemen' (al helemaal niet onder 65-plussers), 'gebrek aan vrije tijd' (frequenter op arbeidsleeftijd), het 'niet beschikbaar zijn van behandelingsmogelijkheden in de eigen woonplaats of omgeving' of 'te lange wachtlijsten' (frequenter onder vrouwen).

Tabel 9 Opgave van redenen voor het niet hebben gekregen van een nodige medische behandeling in de afgelopen 12 maanden, globaal % en gestandaardiseerd % in subgroepen

Item	Totaal	Geslacht		Leeftijdsgroep			Opleidingsgroep		
		Man	Vrouw	18-34 j	35-64 j	65+	LO	MO	HO
DF20A	3,2			4,6	4,4	0,0			
DF20B	8,4			15,4	10,3	1,1			
DF20C	3,3								
DF20D	6,4	3,7	7,6						

DF20A = de benodigde behandeling kon men niet betalen
DF20B = kon geen tijd vrij nemen van het werk of had andere verplichtingen
DF20C = de benodigde behandeling was niet beschikbaar in de eigen woonplaats of omgeving
DF20D = de wachtlijst was te lang

Bron: ISSP-2011, bewerking SVR. (% berekend op de groep respondenten voor wie een behandeling nodig was).

Tabel 10 Meninge n over en houdingen ten aanzien van de toegang tot de gezondheidszorg, globaal % en gestandaardiseerd % in subgroepen

Item	Totaal	Geslacht		Leeftijdsgroep			Opleidingsgroep		
		Man	Vrouw	18-34 j	35-64 j	65+	LO	MO	HO
DF10	51,7	47,8	58,3	57,9	52,7	42,2			
DF5	8,3								
DF9A	39,2	35,0	43,7						
DF9B	32,9								
DF12	46,2						41,4	41,7	55,2
DF13	45,2	48,5	41,7	53,7	43,5	40,4			
DF14	29,4			22,3	24,1	45,4			

DF10 = meent dat nogal wat/veel mensen geen toegang hebben tot de gezondheidszorg die ze nodig hebben in ons land
DF5 = vindt het tamelijk/heel eerlijk dat mensen met een hoger inkomen zich een betere gezondheidszorg kunnen veroorloven dan mensen met een lager inkomen
DF9A = (sterk) mee eens dat mensen toegang moeten hebben tot openbare gezondheidszorg zelfs wanneer zij niet in het bezit zijn van de Belgische nationaliteit
DF9B = (sterk) mee eens dat mensen toegang moeten hebben tot openbare gezondheidszorg zelfs wanneer zij een leven leiden dat hun gezondheid schaadt
DF12 = de niet-roker moet voorrang krijgen op de roker voor dezelfde hartoperatie als ze even ziek zijn
DF13 = de 30-jarige moet voorrang krijgen tegenover de 70-jarige voor dezelfde hartoperatie als ze even ziek zijn
DF14 = diegene met jonge kinderen moet voorrang krijgen op de andere zonder jonge kinderen voor dezelfde hartoperatie als ze even ziek zijn

Bron: ISSP-2011, bewerking SVR.

Enigszins verrassend in het licht van de hierboven gerapporteerde vrij algemene toegang tot de gezondheidszorg en van de hoge verzekeringsgraad tegen ziektekosten, is de idee die leeft bij goed de helft van de respondenten dat '(nogal) velen geen toegang hebben tot de gezondheidszorg' (tabel 10). Opmerkelijk ook is dat die gedachte het sterkst aanwezig is in de jongste leeftijdsgroep.

Daarnaar gevraagd vindt slechts een kleine minderheid (niet 1 op de 10) het tamelijk of heel eerlijk dat mensen met een hoger inkomen zich een betere gezondheidszorg zouden [kunnen] veroorloven. 76% van de respondenten vindt dat juist (tamelijk/heel) oneerlijk.

Ten aanzien van ‘mensen die niet in het bezit zijn van de Belgische nationaliteit’ is de opinie meer verdeeld: voor 4 op de 10 moet ook voor vreemdelingen de toegang tot de gezondheidszorg gewaarborgd zijn, voor 3 op de 10 juist niet en de rest twijfelt (27%) of weet het niet (4%). Analoog zijn de meningen verdeeld ten aanzien van toegang voor de groep die ‘een leven leidt dat hun gezondheid schaadt’.

Ten slotte wordt in dit luik gepeild naar de wenselijkheid van voorrangsregels voor een hartoperatie aan de hand van 3 gepolariseerde casussen. De meningen blijken verdeeld: 1) de helft vindt dat de niet-roker bij hartproblemen prioritair aandacht verdient ten opzichte van de even zieke roker (frequenter bij hogergeschoolden); 2) opnieuw ongeveer de helft zou de 30-jarige voorneemen op de 70-jarige voor dezelfde hartoperatie (frequenter bijgetreden bij mannen en jongvolwassenen); en 3) een minderheid van 3 op de 10 geeft voor dezelfde hartoperatie voorrang aan diegene met jonge kinderen ten opzichte van de andere die geen jonge kinderen heeft maar even ziek is (frequenter bij 65-plussers).

2.7. Financiering van de gezondheidszorg

Tabel 11 Meningen over de publieke financiering van de gezondheidszorg, globaal % en gestandaardiseerd % in subgroepen

Item	Totaal	Geslacht		Leeftijdsgroep			Opleidingsgroep		
		Man	Vrouw	18-34 j	35-64 j	65+	LO	MO	HO
DF7	25,8			14,5	24,4	36,3			
DF8A	75,9						67,8	73,9	85,8
DF8B	66,1								
DF8C	53,3			47,1	57,5	53,0			
DF8D	81,1						75,0	82,8	86,1

DF7 = zeer/tamelijk bereidwillig om meer belastingen te betalen om de kwaliteit van de gezondheidszorg voor alle mensen in ons land te verbeteren
DF8A = (sterk) voor overheidsfinanciering van preventieve medische controles
DF8B = (sterk) voor overheidsfinanciering van de behandeling HIV/AIDS
DF8C = (sterk) voor overheidsfinanciering van programma's om overgewicht te voorkomen
DF8D = (sterk) voor overheidsfinanciering van orgaantransplantaties

Bron: ISSP-2011, bewerking SVR.

1 op de 4 is ertoe bereid meer belastingen te betalen voor een goede gezondheidszorg (tabel 11). Men is wel eerder ‘tamelijk bereidwillig’ (23%) dan ‘zeer bereidwillig’ (3%). Daartegenover staan heel wat twijfelaars die ‘niet bereidwillig noch onbereidwillig’ zijn (31%) naast een forse groep die ‘tamelijk onbereidwillig’ (21%) of ‘zeer onbereidwillig’ (18%) is, en nog degenen die het ‘niet weten’ (4%). Merk op dat in de jongste leeftijdsgroep de weerstand het grootst is: niet eens 1 op de 5 jongvolwassenen is daartoe bereid (18%); omzeggens de helft van de jongvolwassenen zegt ‘tamelijk/zeer onbereidwillig’ te zijn (46%).

Wat wel bijval krijgt, is in rangorde de overheidsfinanciering van orgaantransplantaties (meer bij hogergeschoolden), preventieve medische controles (meer bij hogergeschoolden), de behandeling van HIV/AIDS, en programma's om overgewicht te voorkomen (meer op middelbare leeftijden).

Tabel 12 Meningen over selectieve bijdragen voor de ziekteverzekering en terugbetalingen van de kosten voor verzorging, globaal % en gestandaardiseerd % in subgroepen

Item	Totaal	Geslacht		Leeftijdsgroep			Opleidingsgroep		
		Man	Vrouw	18-34 j	35-64 j	65+	LO	MO	HO
DF35A	4,6			9,3	3,8	1,4			
DF35B	12,8	15,4	10,2						
DF35C	1,8								
DF35D	6,6								
DF36A	26,9			32,8	22,6	29,7			
DF36B	16,9						21,4	12,0	16,5
DF36C	21,6	24,8	18,7						
DF36D	19,7						22,7	15,4	20,9
DF35A	= (helemaal) akkoord dat ouderen, die vaker ziek zijn, meer moeten bijdragen aan de ziekteverzekering dan jongeren								
DF35B	= (helemaal) akkoord dat mensen die heel gezond leven door bijvoorbeeld te letten op hun voeding, en [dus] minder ziek worden, daarom minder moeten bijdragen aan de ziekteverzekering								
DF35C	= (helemaal) akkoord dat mensen van wie genetisch is vastgesteld dat ze in de toekomst een ernstige ziekte zullen krijgen, meer zouden moeten bijdragen aan de ziekteverzekering								
DF35D	= (helemaal) akkoord dat wat mensen betalen voor de ziekteverzekering zoveel mogelijk zou moeten worden afgestemd op hun risico op ziekte en invaliditeit								
DF36A	= (zeker) niet bereid tot het terugbetalen zoals bij iedereen van de kosten voor verzorging van een vrouw in coma na een ongeval met de wagen na het nemen van drugs en het drinken van enkele glazen alcohol								
DF36B	= (zeker) niet bereid tot het terugbetalen zoals bij iedereen van de verzorging van een hartinfarct bij een zwaarlijvige man die vaak veel meer dan nodig en vaak vettig en ongezond eet en ook nauwelijks aan lichaamsbeweging doet								
DF36C	= (zeker) niet bereid tot het terugbetalen zoals bij iedereen van de verzorging van een ernstige leverziekte van een man nadat die jarenlang op een overdreven manier alcohol heeft gedronken								
DF36D	= (zeker) niet bereid tot het terugbetalen zoals bij iedereen van de verzorging van AIDS bij een vrouw die er een losbandige seksuele leefstijl op nahield								

Bron: ISSP-2011, bewerking SVR.

Er is slechts geringe bijval aan de idee van selectieve bijdragen voor de ziekteverzekering in functie van de risicogroep waartoe men in algemene zin behoort (tabel 12). Dat is des te meer zo als men de risico's duidelijk niet in de hand heeft (ouderdom, een genetische dispositie), in mindere mate als men het risico enigszins kan beperken (een gezonde voeding). Merk op dat er onder de jongste leeftijdsgroep wel wat meer zijn die de idee genegen zijn dat ouderen, die vaker ziek zijn, meer zouden moeten bijdragen.

Het is anders gesteld met de terugbetaling van kosten voor de verzorging door de ziekteverzekering in voorgelegde kwesties waaraan de betrokkene duidelijk zelf schuld heeft (ongeval door drugs en alcohol/zwaarlijvigheid door ongezonde voeding en gebrek aan beweging/levercirrose door bovenmatige alcoholconsumptie/AIDS ingevolge losbandigheid). Wel 1 op de 6 tot een kwart van de respondenten ziet terugbetaling door de ziekteverzekering niet zitten naargelang de kwestie. De groep die wel kiest voor terugbetaling is weliswaar omvangrijker maar haalt evenmin een meerderheid (tussen 4 en 5 op de 10).

3. Discussie

3.1. Perceptie van de eigen gezondheid

De nationale Gezondheidsenquête (HIS) van 2008 schat (op basis van de steekproef voor het Vlaamse Gewest van 3.500 eenheden) dat 21% van de bevolking – van 15 jaar of ouder en wonende in het Vlaamse Gewest – van oordeel is een slechte (zeer slechte tot matige) subjectieve gezondheid te hebben (Van der Heyden e.a., 2010). Dat wijkt niet veel af van de inschatting hier voor de volwassen inwoners van het Vlaamse Gewest en de volwassen Nederlandstalige inwoners van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest (23%). Ook voor andere aspecten, zoals het aandeel met obesitas in de mannelijke en vrouwelijke bevolking, merken we gelijkaardige of zelfs identieke puntschatters.

Niettemin moeten we erop bedacht zijn dat inzonderheid ten aanzien van de zelfbeoordelingen een beduidende variatie in de schattingen tot de mogelijkheden behoort. Naast de steekproef als bron van random variatie, zijn er ook methodologische aspecten die hun invloed kunnen hebben zoals de lengte van de vragenlijst, schriftelijke versus mondelinge afname, verplichte versus vrije deelname. Vergelijking van de antwoorden op identieke vragen over de gezondheid bij dezelfde personen in HIS en in de Socio-Economische Enquête (SEE) van 2001, toont alvast aan dat in een behoorlijk aantal gevallen verschillende antwoorden zijn opgegeven (Van der Heyden e.a., 2011). Blijft natuurlijk de mogelijkheid dat de subjectieve gezondheid zelf vluchtig van aard kan wezen.

Zoals in HIS treft ook hier de opleidingsgradiënt met betrekking tot de perceptie van de eigen gezondheid en het welbevinden: lagergeschoolden voelen zich duidelijk minder goed in hun vel dan hogergeschoolden, rapporteren meer lichamelijke en psychische klachten en/of beperkingen, hebben minder zelfvertrouwen of voelen zich meer beperkt, gaan ook vaker naar de arts, roken meer, eten minder voedzaam, hebben meer overgewicht (dit laatste althans aangetoond in HIS-2008). Het betreft hier hardnekkige verschillen die ook in menig ander onderzoek opduiken (Stirbu e.a., 2010), zelfs in weerwil van preventiecampagnes met goedwillende aandacht voor net die groep in de samenleving (Pelfrene e.a., 1998). Het is blijkbaar een spijker waarop telkens opnieuw moet gehamerd worden.

De vergelijking van de ‘levensverwachting in goede gezondheid’ (i.e. zonder functionele beperkingen) vat het verschil tussen de opleidingsgroepen goed samen. Op de wettelijke pensioenleeftijd van 65 jaar hebben laagopgeleide mannen (lager secundair onderwijs of lager) anno 2001 in het Vlaamse Gewest een geschatte ‘gezonde levensverwachting’ van 8,0 jaar terwijl dit voor hoogopgeleide mannen (hoger secundair onderwijs of hoger) 11,6 jaar is, wat een verschil uitmaakt van 3,6 jaar in het nadeel van de laagopgeleide groep. Bij vrouwen is dat respectievelijk 9,7 en 16,1 jaar, of een verschil van 6,4 jaar. Op alle leeftijden trouwens (bestudeerd tussen 15 en 80 jaar) worden zulke divergenties teruggevonden (Berger e.a., 2011).

3.2. Perceptie van de gezondheidszorg

Het is goed te vernemen dat het vertrouwen in de reguliere gezondheidszorg hoog is en daarmee samenhangend ook de tevredenheid, wat overigens in lijn ligt met meer objectieve indicatoren voor de prestaties van het Belgische gezondheidssysteem (KCE, 2013). Dit neemt niet weg dat hier en daar de wenkbrouwen gefronst worden. Voorop staat alvast dat er absoluut geen meerderheid is om nog meer belastingen te betalen ten behoeve van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Daarnaast gedijt een tweespalt tussen enerzijds de breed gedeelde idee (bij goed de helft der respondenten) dat nogal wat mensen geen toegang hebben tot de gezondheidszorg en anderzijds de vermeende perceptie van overconsumptie (andermaal de helft).

Centraal in de bevraging over het vertrouwen in de gezondheidszorg, de verzekering tegen ziektekosten, de toegang tot de gezondheidszorg en haar financiering, staat zeker ook het vraagstuk van het spanningsveld tussen 'solidariteit' en 'persoonlijke verantwoordelijkheid'. De antwoorden hierop laten vermoeden dat de bevolking in meerderheid denkt vanuit het vertrouwde kader van de sociale zekerheid, met een balans die overhelt naar de solidariteitspool. Zo opteren slechts weinigen ervoor dat de overheid alleen maar basisvoorzieningen van de gezondheidszorg zou aanbieden, is de overgrote meerderheid goed verzekerd tegen ziektekosten met het wettelijke stelsel als grondslag, vindt een duidelijke meerderheid dat gebrek aan inkomen geen obstakel mag zijn voor toegang tot gezondheidszorgen noch dat de hogere inkomensgroepen aanspraak kunnen maken op een betere zorgverlening, of keurt men het in algemene zin niet goed dat de bijdragen zouden worden afgestemd op de gezondheidsrisico's.

Naarmate echter de vermeende eigen verantwoordelijkheid voor een gezondheidsprobleem meer in het geding is, slinkt de bereidheid om hieraan te verhelpen met publieke middelen: overheidsfinanciering voor de behandeling van HIV/AIDS of voor programma's om overgewicht te voorkomen vinden wel bijval maar zijn duidelijk minder populair dan de overheidsfinanciering van algemene preventieve medische controles of van orgaantransplantaties. Zo zijn er ook wel meer (hoewel ook maar een minderheid van 1 op de 8) die vinden dat wie gezond leeft en dus minder ziek wordt, aanspraak moet kunnen maken op lagere premies, terwijl anderzijds tot een kwart van de bevolking duidelijk de idee afwijst dat de openbare ziekteverzekering nog zou moeten tussenkomen in de terugbetaling van ziektekosten in voorgelegde gevallen waarin de eigen verantwoordelijkheid niet kan betwist worden. Gebruikelijk wil men in die zin ook toegangs- en/of voorrangregels aanvaarden.

De bevolking accepteert dus tot op zekere hoogte eigen aansprakelijkheid voor gezondheidsproblemen. Dit reflecteert zich trouwens in de gangbare praktijk van aanvullende ziekteverzekeringen en/of bijkomende hospitalisatieverzekeringen (tot de helft van de respondenten) met hun klemtoon op zelfredzaamheid en eigen voorzienigheid in een tijdperk van krimpende overheidsbudgetten. Het mag dan wel zijn dat de balans overhelt naar de solidariteitspool; ze slaat zeker niet door naar collectivisme.

Op de vraag of mensen 'toegang moeten hebben tot openbare gezondheidszorg zelfs wanneer zij niet in het bezit zijn van de Belgische nationaliteit' antwoordt de meerderheid (61%) - ongeacht de leeftijds- of opleidingsgroep - dat zij dit afwijst, zo niet daaraan twijfelt of het niet weet. Er zijn dus grenzen aan de solidariteit. Vraag is natuurlijk wie geïmigreerd wordt onder 'mensen zonder de Belgische nationaliteit'. Zijn het enkel de nieuwkomers die nog geen bijdragen aan de sociale zekerheid hebben geleverd of ook de inwijkelingen van lang geleden? Het thema is zeker niet voldoende uitgespit om er veel conclusies aan te verbinden. Niettemin is het antwoord intrigerend, zeker als we een link leggen naar het jongste boek van Geert Mak over het hedendaagse Amerika, waarin een gelijkaardig discours - denk aan 'Obama-care' - aan de orde is. Amerikanen kijken anders aan tegen de noodzaak van solide vangnetten: 'ze houden van kansen terwijl Europeanen gaan voor zekerheden' (Mak, 2012, 544). Naar het oordeel van de auteur heeft dit te maken met de etnische diversiteit van het land en met het politieke systeem. In landen met een meer homogene bevolking en in landen met een meerpartijenstelsel, waarbij de minderheidsgroepen meer ruimte krijgen, is de politieke basis voor allerlei sociale voorzieningen vaak breder en steviger. Het roept de vraag op of lappendeken Europa als sociale verdelingsruimte tot de mogelijkheden behoort? Misschien zijn we wel meer een Amerikaan dan we bevroeden.

Vrouwen zijn globaal ruimhartiger dan mannen in hun appreciatie van de gezondheidszorg. Hoewel de verschillen niet groot zijn, is er bij vrouwen toch wat minder perceptie van misbruik, een (nog) sterker afwijzen van de idee dat de overheid alleen maar basisvoorzieningen moet aanbieden, een wat sterkere klemtoon op de algemene toegang van de openbare gezondheidszorg inclusief voor niet-Belgen, alsook een (nog) meer uitgesproken afwijzen van selectiviteit in de bijdragen voor of in de terugbetaling van kosten door de ziekteverzekering.

Ouderen (65+) zijn beslist tevreden over de gezondheidszorg; menigeen denkt overigens dat het nog beter zal worden. Jongvolwassenen (18-34 jaar) twijfelen meer en laten al eens horen dat enige selectiviteit naar leeftijd best kan worden ingebouwd, zowel inzake voorrangregels voor medische behandeling als wat betreft de hoogte van de bijdragen voor de ziekteverzekering. De verschillen tussen de leeftijdsgroepen zijn wel niet zo groot, zodat van een generatieconflict gewagen snel een brug te ver is. Belangrijk om te onthouden is wel het signaal van de lage bereidwilligheid onder jongvolwassenen (18% tegenover 34% bij 65-plussers) om meer belastingen te betalen ten behoeve van de verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg voor allen.

Bij de lagergeschoolden valt vooral op dat er verhoudingsgewijs veel minder zijn die een aanvullende private ziekteverzekering of hospitalisatieverzekering hebben, laat staan een door de werkgever betaalde hospitalisatieverzekering. Op deze private markt is overduidelijk een sociale gradiënt naar opleidingsniveau zichtbaar. Daartegenover vinden we de hogergeschoolden die zich beter verzekerd weten en flink wat vertrouwen hebben in de gezondheidszorg en in de artsen. Niettemin klinkt in deze groep de waarschuwing voor onnodige medische consumptie het luidst ofschoon zij voor het raadplegen van een medisch specialist de noodzaak van doorverwijzing door de huisarts net minder bijtreden.

Uitleiding

ISSP reproduceert min of meer de bevindingen over de perceptie van de eigen gezondheid uit de nationale Gezondheidsenquête, met aanduiding van gelijkaardige verhoudingen en verschillen. Opnieuw bijna een kwart van de bevroegden dat zich geen goede gezondheid toedicht. Het is een zelfperceptie die op natuurlijke wijze spoort met de leeftijd, maar opnieuw ook minder evidente verschillen naar opleiding en geslacht onthult. De *condition humaine* lijkt wel tweërlei, met een mannelijke en een vrouwelijke variant; bovenal is ze sociaal geleed.

Het vertrouwen in de gezondheidszorg is hoog alsook de tevredenheid daarover. Dat neemt niet weg dat er twijfel opduikt: er wordt zowel een probleem van overconsumptie als een probleem van gebrekkige toegang gesignaleerd, met daarnaast onzekerheid, vooral dan onder jongvolwassenen en hogergeschoolden, of het nog wel beter wordt.

Algemene solidariteit kan wel wezen, niettemin is er ook de roep naar een gedeelde verantwoordelijkheid van overheid en burger. Er zijn immers grenzen aan de solidariteit: het mag niet meer kosten, liefst ook afrekening op datgene wat men zelf in de hand heeft, en een grens aan de inclusie van buitenstaanders. Zelfredzaamheid is geen taboe, zo leert de praktijk. Voor de Vlaamse burger is de gezondheidszorg daarmee zowel een domein van het hart als van het hoofd.

Literatuurlijst

Berger, N., Charafeddine, R., Tafforeau, J. & Van Oyen, H. (2011). *Gezonde levensverwachting volgens SES: finale resultaten voor Vlaanderen*. Brussel: WIV.

Carton, A., Vandermolen, T. & Pickery, J. (2012). *Sociaal-culturele verschuivingen in Vlaanderen 2010. Basisdocumentatie*. Brussel: Vlaamse overheid, Studiedienst van de Vlaamse Regering, SVR-Methoden en technieken, 2012/4.

Hesse, E. (2008). *L'Enquête de Santé par Interview (HIS) en Belgique*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), Conference proceeding 14/10/2008, 1-36.

KCE - Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2013). *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem. Rapport 2012*. Brussel: Federale overheid, KCE Reports 196A - Health Services Research (HSR).

Mak, G. (2012). *Reizen zonder John. Op zoek naar Amerika*. Amsterdam/Antwerpen: Atlas Contact.

Pelfrene, E., Bleyen, L. & De Backer, G. (1998). Uptake in breast cancer screening. A socio-geographical analysis. In: *European Journal of Public Health*, 8(2), 146-149.

Pelfrene, E. (2010). *Standaardisatie van een statistische waarneming voor één of meerdere kenmerken*. Brussel: Vlaamse overheid, Studiedienst van de Vlaamse Regering, SVR-Methoden en technieken, 2010/1.

Pickery, J. (2010). *Aanmaak en gebruik van gewichten voor surveydata. Met toepassing in SPSS*. Brussel: Vlaamse overheid, Studiedienst van de Vlaamse Regering, SVR-Methoden en technieken, 2010/3.

Pickery, J. & Carton, A. (2008). Oversampling in relation to differential regional response rates. In: *Survey Research Methods*, 2(2), 83-92.

Stirbu, I., Kunst, A., Regidor, E., Costa, G., Martikainen, P., Borrell, C., Deboosere, P. & Mackenbach, J. (2010). Educational inequalities in avoidable mortality in Europe. In: *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, 913-920.

Van der Heyden, J., Gisle, L., Demarest, S., Drieskens, S., Hesse, E. & Tafforeau, J. (2010). Gezondheidsenquête België 2008. Rapport I - Gezondheidstoestand. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV).

Van der Heyden, J., De Bacquer, D., Van Herck, K., Van Oyen, H. & Tafforeau, J. (2011). Consistency between the measurements of chronic morbidity in a health interview survey and a population census. In: *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65 (Suppl. 1), 308.