

# **SOLIDARITEIT 2012**



## **Een bevolkingsonderzoek**

Mark Elchardus & Bram Spruyt

**Tevredenheid met de gezondheidszorg en keuzes in de gezondheidszorg en de ziekteverzekering**

# 1 Inleiding

In dit deelrapport wordt allereerst ingegaan op de tevredenheid met de gezondheidszorg. Daarna wordt gekeken naar de houding van de bevolking ten opzichte van de verschillende soorten maatregelen die kunnen worden genomen om de kosten van medische zorgen te drukken en de kost van de verplichte ziekteverzekering te beheersen. België, zoals verschillende westerse landen, wordt geconfronteerd met een reële stijging van de kosten van de gezondheidszorg en de verplichte ziekteverzekering. Die stijging heeft verschillende structurele oorzaken: de hoge verwachtingen van de bevolking met betrekking tot de toegankelijkheid van kwalitatief hoogstaande medische zorgen, de ontwikkeling van nieuwe, dikwijls zeer dure medische technologieën en geneesmiddelen, de vergrijzing en de groei van het deel van de bevolking dat zorgbehoevend is. Die ontwikkelingen en structurele tendensen leiden ertoe dat de betaalbaarheid van de gezondheidszorg en de verplichte ziekteverzekering, het streven naar grotere efficiëntie en kostenreductie, belangrijke opdrachten van de publieke huishouding worden. Oplossingen kunnen in verschillende richtingen worden gezocht. In dit rapport onderzoeken we de opvattingen van de publieke opinie ten opzichte van twee pistes: rationalisering en rantsoenering.

Specialisten zijn ervan overtuigd dat kan worden bespaard door de vrijheid van patiënten en therapeuten wat betreft de keuze van zorgverstreker, therapie en geneesmiddel te beperken. Dit is de piste van de rationalisering. In de plaats van de vrije keuze van het individu, doorgaans niet afgestemd op de betaalbaarheid van de gezondheidszorg in haar geheel, wordt de keuze van de collectiviteit gesteld, die in grotere mate rekening houdt met het efficiënt gebruik van de middelen door die collectiviteit. Rationalisering in die zin kan worden geïmplementeerd via opgelegde beperkingen of gehanteerde incentives. Vandaag gebeurt dat al, bijvoorbeeld, door patiënten financieel aan te moedigen om eerst langs de huisarts te gaan alvorens naar een specialist te stappen. Het substitutierecht, waarbij een geneesmiddel vervangen wordt door het evenwaardige maar goedkopere alternatief, kan eveneens als een rationalisering worden beschouwd. Eigen aan dergelijke maatregelen – eigen aan rationalisering – is dat zij de vrijheid van het individu beperken. De wijze waarop we de houding van de bevolking onderzoeken, is toegespitst op die implicatie. Rationalisering is een piste die het belang van de collectiviteit voorop stelt. Bij dergelijke oplossingen valt als het ware niemand uit de boot. Iedereen geeft een beetje (niet altijd redelijk gebruikte) vrijheid op om de kans te vergroten dat iedereen toegang tot hoogwaardige zorg kan blijven behouden.

Rantsoenering volgt een meer individuele logica en komt uiteindelijk altijd neer op wie recht heeft op wat of, anders gesteld, wat voor wie binnen de verplichte ziekteverzekering beschikbaar is en wat door welk soort personen zelf, op de markt, moet worden verworven.

Concreet kan men bijvoorbeeld de vraag stellen of bepaalde (dure) behandelingen binnen de verplichte ziekteverzekering moeten worden opgenomen en, als dat het geval is, of ze dan voor iedereen toegankelijk moeten zijn. De kern van rantsoenering is dat bepaalde behandelingen en geneesmiddelen niet in de verplichte ziekteverzekering worden opgenomen of, als ze worden opgenomen, niet voor iedereen toegankelijk zijn. De reden om behandelingen en geneesmiddelen uit te sluiten kan twijfel over hun doeltreffendheid zijn. Die reden laten we in dit deelrapport buiten beschouwing. We richten de aandacht op de mate waarin voor de bevolking bepaalde groepen van patiënten kunnen worden uitgesloten en op de mate waarin men *überhaupt* uitsluitingen aanvaardt. Het is evident dat elke beperking van de verplichte ziekteverzekering een groter deel van de gezondheidszorg op de markt plaatst en derhalve ook gevoeliger maakt voor sociale ongelijkheid.

## 2 De gezondheidszorg geëvalueerd

Om de organisatie en de kwaliteit van de gezondheidszorg te evalueren lieten we de respondenten 21 aspecten van de huidige gezondheidszorg beoordelen. Zij konden dat doen door voor elk aspect aan te geven of ze er "heel ontevreden", "ontevreden", "noch tevreden, noch ontevreden", "tevreden" of "heel tevreden" over zijn. In tabel 1 worden de oordelen samengevat door het percentage van de respondenten te geven dat tevreden of heel tevreden is, voor de totale bevolking. Sommige van de aspecten en diensten waarover het oordeel werd gevraagd, zijn zeer gespecialiseerd, waardoor soms een aanzienlijk gedeelte van de bevolking er (nog) niet mee in aanraking kwam. Zij konden aangeven dat dit aspect van de gezondheidszorg niet van toepassing op hen was en ze er derhalve geen oordeel konden over vellen. De percentages in tabel 1 hebben betrekking op de respondenten die van oordeel waren dat zij over dat aspect of dienst wel degelijk een mening konden vormen. De aspecten en diensten worden in tabel 8 geordend (de nummers verwijzen naar de positie in de vragenlijst) naar gelang mensen er meer tevreden over zijn.

De tevredenheid over de organisatie van de Belgische gezondheidszorg is groot. Over de kwaliteit van "onze gezondheidszorg in het algemeen" is 83% van de ondervraagden tevreden of heel tevreden.

De drie aspecten betreffende het aanbod en bereikbaarheid van ziekenhuizen en zorgverstrekkers krijgen telkens meer dan 80% tevredenen. Verder is de tevredenheid heel groot over de relatie met de huisarts (84%) en de kwaliteit van de dienstverlening door de thuisverpleging (85%).

Slechts voor 5 van de 21 beoordeelde aspecten is geen meerderheid van de mensen tevreden. Gegeven de hoge mate van tevredenheid verdienen deze knelpunten extra aandacht. Het gaat om: (1) het bedrag dat men uit eigen zak dient te betalen, (2) de lange

wachttijden voor specialisten, (3) het gebrek aan tijd dat deze voor hun patiënten uittrekken, (4) de dienstverlening in rusthuizen en (5) de informatieverstrekking rond de kostprijs van medische zorgen. Het aandeel dat uit eigen zak moet worden betaald, en dat effectief over de laatste jaren is verhoogd, is dus al duidelijk een voorwerp van kritiek. De dienstverlening in rusthuizen is ook al herhaaldelijk voorwerp van debat geweest. Opvallend is trouwens het zeer grote verschil in de mate van tevredenheid met enerzijds de thuisverpleging, anderzijds de dienstverlening in rusthuizen. Van bijzonder belang voor de mutualiteit is de (relatieve) ontevredenheid over de informatie over de kostprijs van medische zorgen. Dit wordt door mensen beschouwd als een taak van de mutualiteit en zelfs als een van de belangrijkste taken.

TABEL 1 PERCENTAGE (HEEL) TEVREDEN MET 21 ASPECTEN VAN DE HEDENDAAGSE GEZONDHEIDSZORG IN VLAANDEREN UITGESPLITST NAAR MUTUALITEIT

	Totaal	Nvt	p
15 de nabijheid van zorgverstrekkers zoals artsen, tandartsen of kinesitherapeuten	89	111	0,149
7 de nabijheid van ziekenhuizen	88,8	61	0,13
8 het aanbod van ziekenhuizen	85,6	88	0,135
14 de dienstverlening door thuisverpleging	84,7	1390	0,133
3 de algemene omgang van uw huisartsen	84,2	90	0,118
13 de kwaliteit van de gezondheidszorgen in het algemeen	83,1	152	0,079
6 de keuze die u hebt wat betreft specialisten	74,9	251	0,09
18 de wachtdiensten voor apothekers	72,7	221	0,101
11 het respect door ziekenhuispersoneel voor patiënten	72,4	222	0,072
20 de wachtdiensten voor huisartsen	68,3	307	0,114
10 het respect van behandelende artsen voor patiënten	66,6	145	0,118
21 de spoedgevallendienst van mijn ziekenhuis	65,4	501	0,094
2 de wachttijden voor huisartsen	58,8	202	0,076
19 de wachtdiensten voor tandartsen	57,3	740	0,129
12 het aanbod aan psychologische of morele bijstand	52	1288	0,114
16 het aanbod van rusthuizen	51,4	1239	0,002
1 het bedrag dat men uit eigen zak moet betalen bij artsen, medicatie en ziekenhuizen	48,7	156	0
5 de tijd die specialisten voor u uittrekken bij een consultatie	48,1	227	0,088
17 de dienstverlening van rusthuizen	47,3	1632	0,361
9 de informatieverstrekking in verband met de kostprijs van medische zorgen	34,3	335	0,21
4 de wachttijden voor specialisten	29	236	0,002

Bron: SOLIDARITEIT 2012

Omdat het relatief moeilijk is in het grote aantal bevraagde aspecten duidelijke patronen te onderkennen, werd ook hier gezocht naar een overzichtelijke structuur op basis van een groepering van aspecten die door de respondenten op een gelijkaardige manier worden beoordeeld. Vier kenmerken bleken niet te passen bij de rest en werden verder buiten beschouwing gelaten (12, 14, 16, 17). Het gaat om items waarvan telkens een zeer groot aantal respondenten aangaf dat ze er onvoldoende ervaring mee hadden om er een oordeel over te vormen. Een factoranalyse op de 17 overblijvende items wees uit dat zij eigenlijk best als één dimensie worden beschouwd<sup>1</sup>. Er is dus wel een duidelijke tendens dat als iemand meer tevreden is met een van de bevraagde aspecten, die persoon ook veel kans heeft meer tevreden te zijn met de andere aspecten. De ontwikkelde maat meet dus de tevredenheid in het algemeen met de organisatie van de gezondheidszorg. Zo'n maat maakt het mogelijk na te gaan of er tussen verschillende categorieën van mensen, verschillen bestaan in de mate waarin zij tevreden zijn met de organisatie van de gezondheidszorg (zie tabel 2). In tabel 2 worden twee modellen gerapporteerd. Het tweede verschilt van het eerste omdat daarin ook wordt gecontroleerd voor de tevredenheid met de werking van het eigen ziekenfonds. We bespreken eerst het eerste, dan het tweede model en leggen dan ook uit waarom werd gecontroleerd op de tevredenheid met de werking van het eigen ziekenfonds.

Naar leeftijd zijn er weinig verschillen, behalve dat de oudste groep, de 65-plussers meer tevreden zijn dan de andere leeftijdsgroepen. De tevredenheid is ook hoger bij de alleenstaanden en zij neemt ook toe naarmate men economisch sterker staat. Het gaat echter allemaal om zwakke tot zeer zwakke effecten. In feite is er geen van de onderzochte categorieën van de bevolking die sterk van de andere verschilt in de mate van de tevredenheid met de organisatie van de gezondheidszorg. Het aantal kinderen, het geslacht, de opleiding en zelfs de gezondheidstoestand maken geen verschil.

---

<sup>1</sup> Een principale componentenanalyse geeft 5 componenten met een eigenwaarde groter dan 1, maar het verschil in eigenwaarde tussen de eerste en de tweede component is heel groot (van 5,4 naar 1,6). De eerste factor dekt ook al 32 procent van de variantie. Bovendien bleken de correlaties tussen de 5 factoren matig tot sterk sterk (0,175 – 0,348). Omdat verder bleek dat indien de items op 1 factor geforceerd werden de factorladingen voldoende hoog zijn en vooral dezelfde grootteorde hebben (0,406 tot 0,638), werd geopteerd om verder te werken met één schaal die de algemene mate van tevredenheid met de gezondheidszorg meet (Crobach's alfa: 0,856).

Er zijn ook een aantal verschillen naar provincie. West-Vlamingen blijken het meest tevreden, de Antwerpenaars het minst tevreden. Maar ook als men naast de sociaal-demografische kenmerken rekening houdt met de landsbond waarbij men is aangesloten en de provincie waarin men woont, is de totale verklaringskracht van het model nog bescheiden (5,5%). Wat de organisatie van de gezondheidszorg betreft, is er een hoge mate van tevredenheid en zijn er geen groepen, in termen van de kenmerken waarvoor we hier controleren, die zich sterk onderscheiden door een (veel) hogere of (veel) lagere mate van tevredenheid.

Maar ook als men naast de sociaal-demografische kenmerken rekening houdt met de provincie waarin men woont, is de totale verklaringskracht van het model nog bescheiden (5,5%). Wat de organisatie van de gezondheidszorg betreft, is er een hoge mate van tevredenheid en zijn er geen groepen, in termen van de kenmerken waarvoor we hier controleren, die zich sterk onderscheiden door een (veel) hogere of (veel) lagere mate van tevredenheid.

In een tweede model wordt de tevredenheid met de 19 aspecten van de dienstverlening van de eigen mutualiteit ingevoerd<sup>2</sup>. De tevredenheid met de eigen mutualiteit werd op twee manieren gemeten, ten eerste door een algemene vraag, ten tweede door de tevredenheid met 19 aspecten van de werking te laten beoordelen en op basis daarvan een samengestelde maat van tevredenheid te maken. Beide maten van de tevredenheid met de eigen mutualiteit correleren vrij sterk met de tevredenheid met de gezondheidszorg. De correlatie is 0,25 voor de algemene maat en 0,33 voor de samengestelde maat. Het is deze laatste, steunend op de tevredenheid met 19 aspecten van de werking van de mutualiteit, die in model 2 is opgenomen.

---

<sup>2</sup> Omdat de twee indicatoren voor tevredenheid met de mutualiteit meer dan 0,5 correleren, kunnen beide indicatoren volgens sommigen moeilijk samen in de vergelijking opgenomen worden. Daarom kozen we voor de indicator die het sterkste verband met de tevredenheid met de gezondheidszorg heeft. We merken echter op dat indien beide indicatoren *wel* samen worden ingevoerd dit geen enkel probleem geeft en beta's oplevert van respectievelijk 0,253 en 0,125.

TABEL 2 REGRESSIEANALYSE TEVREDENHEID MET VERSCHILLENDE ASPECTEN VAN DE GEZONDHEIDSZORG IN VLAANDEREN

Kenmerken	Model 1		Model 2	
	$\beta^a$	$p^b$	$\beta$	$p$
Leeftijd (0: Max 25 jaar)				
25 tot 35	-0,009		-0,032	
35 tot 45	0,026		-0,010	
45 tot 55	0,019		-0,039	
55 tot 65	0,068		-0,003	
65 tot 75	0,135	***	0,054	
Geslacht (0: vrouw)				
	0,015		0,048	*
Partner (0: inwonende partner)				
Niet-inwonende partner	0,035		0,025	
Geen partner	0,088	***	0,079	**
Kinderen (0: Geen kinderen)				
Een kind	0,003		-0,009	
Twee kinderen	0,008		-0,008	
Drie of meer kinderen	0,048		0,022	
Inwonende anderen (0: neen)				
	0,040		0,047	
Economische positie				
	0,164	***	0,162	***
Opleiding (0: Max. Lager secundair)				
Hoger secundair onderwijs	-0,027		-0,042	
Hoger onderwijs	-0,008		0,000	
Gezondheidspositie	-0,005		-0,017	
Provincie (0: West-Vlaanderen)				
Oost-Vlaanderen	-0,061	*	-0,052	
Antwerpen	-0,111	***	-0,088	**
Vlaams-Brabant	-0,079	**	-0,064	*
Limburg	-0,065	*	-0,078	**
Ooit verandert van ziekenfonds (0: neen)	-0,060	*	-0,044	*
Tevredenheid dienstverlening mutualiteit			0,319	***
Adjusted R <sup>2</sup>	0,055		0,148	

<sup>a</sup> Gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt

<sup>b</sup> Signicantieniveaus: \*\*\*:  $p < 0,001$ ; \*\*:  $p < 0,010$ ; \*:  $p < 0,050$

Bron: SOLIDARITEIT 2012



Een spillover effect tussen de tevredenheid met de mutualiteit en met de gezondheidszorg in het algemeen is logisch aangezien een gedeelte van het contact met de gezondheidszorg *via* de mutualiteit verloopt (bv. het gedeelte dat men uit eigen zak moet betalen, maar ook informatieverstrekking,...)<sup>3</sup>. Het omgekeerde is uiteraard ook mogelijk nl. dat (on)tevredenheid met aspecten van de gezondheidszorg die niets met de mutualiteit te maken hebben, toch afstralen op de tevredenheid met de mutualiteit. Met deze gegevens kan de richting van dat verband niet exact bepaald worden. De samenhang tussen de twee is echter wel duidelijk. De tevredenheid met de gezondheidszorg wordt mede bepaald door de tevredenheid met de werking van de mutualiteit en de tevredenheid met de mutualiteit wordt mee bepaald door de tevredenheid met de organisatie van de gezondheidszorg.

### 3 Rationaliseren van de zorg versus individuele keuzevrijheid

Kostenbesparende maatregelen zijn mogelijk, zonder de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg te treffen, als de individuele keuzevrijheid enigszins aan banden wordt gelegd. We hebben ervoor geopteerd het draagvlak voor zulke maatregelen te evalueren, omdat de mensen hun eigen gehechtheid aan hun vrijheid heel goed kunnen inschatten.

De vraag hoe men zelf kost en vrijheid tegen elkaar wil afwegen, werd op twee verschillende manieren gesteld: enerzijds op een algemene manier, anderzijds in verband met een reeks specifieke keuzes. In een eerste algemene vraag wordt gepeild naar de bereidheid om meer uit eigen zak te betalen in ruil voor een grote keuzevrijheid. Daarbij werd bewust niet gespecificeerd over welke keuzes het dan eventueel gaat (zie tabel 3).

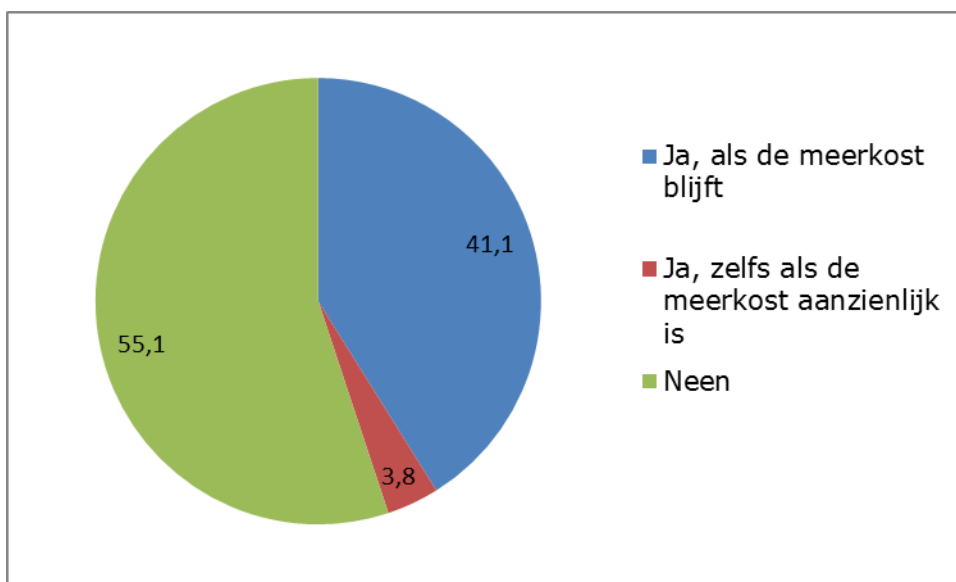
Een meerderheid van de respondenten, 55%, geeft aan dat zij niet meer willen betalen om van de vrijheid te genieten. Bij het interpreteren van dat gegeven dient men er wel rekening mee te houden dat in de werkelijkheid men nu van de vrijheid geniet en men bij een inperking van die vrijheid in vele gevallen pas op termijn (en misschien ook nog op een onrechtstreekse wijze) "minder zal betalen". De vraagstelling suggereert een directe transactie: minder vrijheid en meteen minder betalen. In de werkelijkheid zal in veel

---

<sup>3</sup> Treffend in die context is dat het leeftijdseffect volledig wegverklaard wordt indien ook gecontroleerd wordt voor de tevredenheid met de dienstverlening van de mutualiteit.

gevallen de beperking meteen en de besparing pas later voelbaar worden (als dat laatste al gebeurt op het niveau van het individu) en de meerkost van het behoud van de vrijheid is ook een gemiste besparing, niet een rechtstreeks en individueel gevoelde verhoging van de uitgaven. In het licht van die bedenkingen is de 55% die zich uitspreekt voor minder vrijheid en minder betalen, toch eerder beperkt, opvallend beperkt zelfs. Het wijst niet op een heel stevig draagvlak voor rationalisering door beperking van de individuele vrije keuze en wijst eerder op de grote gehechtheid aan individuele keuzevrijheid. Dat blijkt ook als men de andere kolommen van tabel 3 bekijkt. Er zijn (uiteraard) weinig mensen die een aanzienlijke meerkost willen dragen voor meer vrijheid (3,8%), maar er zijn er wel veel die een beperkte meerkost willen dragen. Van de ganse bevolking is 41% in dat geval. Dat betekent dat als de meerkost wordt voorgesteld als beperkt, we ongeveer een verdeling krijgen 45% voor vrijheid en meerkost en 55% voor minder vrijheid en kostenbesparing. Gegeven een vraagstelling die een bias ten voordelen van de kostenbesparing inhoudt, wijst dit op grote verdeeldheid en een eerder zwak draagvlak voor rationalisering door vrijheidsbeperking. Anders bekeken, bevestigt dit het grote belang dat in onze cultuur aan individuele keuzevrijheid wordt gehecht, alsook de socialiserende rol die werd vervuld door een gezondheidszorg met een, in internationaal perspectief, grote mate van vrijheid van patiënt en zorgverlener. Rationaliseren wordt in een dergelijk systeem een zware opdracht.

TABEL 3 FREQUENTIEVERDELING 'BENT U BEREID OM IN RUIL VOOR HET BEHOUD VAN DEZE KEUZEVRJHEID, MEER UIT EIGEN ZAK TE BETALEN?'



Bron: SOLIDARITEIT 2012

Gegeven de verdeeldheid en het toch eerder wankelijke draagvlak voor rationalisering door vrijheidsbeperking die uit de algemene vraagstelling blijkt, is het boeiend naar een aantal specifieke keuzes te kijken (zie tabel 4).

Het eerste wat opvalt is de betrekkelijk grote proportie onbesliste mensen. Dit weerspiegelt ongetwijfeld de verdeeldheid die ook op het niveau van de bevolking wordt waargenomen. Voor 4 van de 6 voorgelegde keuzes is ongeveer een derde van bevolking onbeslist. Voor één van de keuzes is dat 16% en voor een andere 44%. Kortom, een derde van de bevolking zou, gegeven de juiste argumenten, zowel de ene als de andere kant op kunnen.

Om het draagvlak voor de verschillende maatregelen in te schatten, moet men het aantal mensen dat zich voor het ene alternatief uitspreken, afzetten tegen degenen die zich voor het andere alternatief uitspreken, en de onbeslisten buiten beschouwing laten. Doet men dat, dan blijkt er slechts één maatregel te zijn waarvoor een grote meerderheid (75%) kiest voor de vrijheidsbeperking en een kleine minderheid (9%) voor de meerkost: het substitutierecht of de substitutieplicht. Er is een tweede keuze waarvoor de rationele oplossing het hoogstwaarschijnlijk wel zou halen (51% voor vrijheidsbeperking, 22% voor meerkost). Het betreft de keuze tussen een hogere uitkering bij ziekte en vrijheid bij het aanwenden daarvan, versus minder keuze bij aanwending maar hogere onmiddellijke terugbetaling van uw medische kosten. Dan zijn er twee keuzes waar de twee alternatieven nagenoeg even veel steun krijgen. De eerste betreft de vrijheid om rechtstreeks naar de spoeddienst te gaan versus het passeren langs de huisarts waar dit mogelijk is. Hier is het voordeel nipt voor de gecontroleerde toegang tot de spoeddienst (36%) ten opzichte van de onbeperkte toegang (32%). De tweede keuze betreft de meerkost om in alle ziekenhuizen hoogtechnologische onderzoeken mogelijk te maken, versus het vragen van een wat langere verplaatsing bij bepaalde onderzoeken of ingrepen, naar de beter uitgeruste ziekenhuizen. Hier is er al een kleine meerderheid die alle hoogtechnologische apparatuur dicht bij huis wil (39%) ten opzichte van degenen die op dit vlak willen rationaliseren (33%). De arts verplichten na te gaan of er bruikbare beeldvorming bestaat, alvorens nieuwe onderzoeken te gelasten krijgt de steun van 26% van de respondenten en wordt verworpen door 41%. Enkel nog bloedonderzoeken als dat volgens wetenschappelijke richtlijnen nodig is, vindt steun bij 6% van de respondenten en wordt verworpen door 51%. Het draagvlak voor rationalisatie door beperking van de individuele keuzevrijheid, blijkt dus eerder zwak te zijn. Een duidelijke meerderheid is tegen als de vrijheid van de therapeut wordt beperkt of de uitrusting van ziekenhuizen wordt gerationaliseerd. Tussen de leden van de verschillende landsbonden zijn er op dat vlak wel enkele, maar geen erg uitgesproken en evenmin systematische verschillen.

TABEL 4 FREQUENTIEVERDELING VAN ZES KEUZES GERELATEERD AAN KEUZEVRIJHEID IN DE GEZONDHEIDSZORG UITGESPLITST NAAR ZIEKENFONDS

	Totaal
Meer betalen maar het door de arts voorgeschreven merkgeneesmiddel krijgen <i>versus</i> Minder betalen maar automatisch het goedkoopste maar evenwaardige geneesmiddel te krijgen, tenzij dit om medische redenen niet kan	9,1
Meer betalen en de vrijheid behouden om direct naar de spoeddiensten te gaan <i>versus</i> Minder betalen maar verplicht worden indien mogelijk eerst naar de huisarts te gaan alvorens naar de spoed te stappen.	31,8
Meer betalen maar medische foto's laten nemen wanneer u of uw arts dit wenselijk acht <i>versus</i> Minder betalen maar uw arts verplichten eerst na te gaan of er nog bruikbare medische foto's van u bestaan	41
Meer betalen maar uw arts kan vrij beslissen om bepaalde (bloed)onderzoeken uit te voeren <i>versus</i> Minder betalen maar uw arts bepaalde (bloed)onderzoeken alleen nog laten uitvoeren indien dit volgens wetenschappelijk erkende richtlijnen nodig is	50,8
Meer betalen maar in het dichtstbijzijnde ziekenhuis terecht kunnen voor alle hoogtechnologische zorg en onderzoek <i>versus</i> Minder betalen maar voor sommige onderzoeken of behandelingen doorgestuurd worden naar verder gelegen, maar gespecialiseerde centra	38,9
Bij een ziekte een hogere uitkering krijgen waarmee u zelf kan kiezen wat u doet <i>versus</i> Een hogere onmiddellijke terugbetaling van uw medische kosten	22

<sup>a</sup> Percentages drukken de proportie respondenten dat koos voor de eerste opties. De opties zijn zo geordend dat het eerste alternatief steeds de keuze is voor het behouden van de vrijheid. Zij werden in de vragenlijst gemixt aangeboden.

Bron: SOLIDARITEIT 2012

Om na te gaan wie meer voor vrijheid of meer voor rationalisering is, wordt best een schaal aangemaakt. Dat bleek op basis van de zes voorgelegde keuzes echter niet mogelijk. De keuzemogelijkheden 1 en 6 uit tabel 5 pasten niet in de schaal. Deze steunt dus op de vier keuzes (2,3,4 en 5 in tabel 5). Op basis van die keuzes wordt een index gemaakt die loopt van 0 (in de vier gevallen wordt gekozen voor vrijheidsbeperking en kostenvermindering) en 4 (in alle gevallen wordt gekozen voor vrijheid en hogere kosten). De gemiddelde score is 1,69. Slechts 7,3% opteert bij de vier keuzes consequent voor het behouden van de eigen vrijheid (score 4) en 21,2% procent telkens voor het prijsvoordeel. Het nadeel van deze index is wel dat hij geen rekening houdt met het grote aantal mensen die geen keuze maken. Met deze beperking dient rekening te worden gehouden bij de analyse.

Een regressiemodel toont de verspreiding van deze opvatting (tabel 5). De resultaten voor de samengestelde indicator met specifieke keuzes zijn zeer gelijkaardig en wat betreft inhoudelijke conclusies identiek aan deze voor de meer algemene vraag die in tabel 4 gepresenteerd werd. De antwoorden in tabel 4 werden ook geanalyseerd, maar omdat in dat geval dient te worden gewerkt met een logistische regressieanalyse waarvan de resultaten minder eenvoudig te presenteren zijn dan die van een gewone regressievergelijking, en omdat die resultaten in niets verschillen van die in tabel 6, worden ze hier niet weergegeven. In tabel 6 worden 2 modellen voorgesteld, de eerste wordt hier besproken, het tweede komt later, na het derde luik van dit deelrapport ter sprake.

Er is een duidelijk leeftijdseffect met een breuk bij het al dan niet ouder zijn dan 35 jaar. Mensen jonger dan 35 zijn veel meer geneigd te opteren voor vrijheid, ook al impliceert dat een zwaarder kostenplaatje. Het kan zijn dat wijst op een leeftijdseffect: als men ouder (en verstandiger) wordt en wat meer inzicht krijgt in de ziekteverzekering, wordt men ook groter voorstander van rationalisering. Mocht die interpretatie juist zijn, dan is de vaststelling zonder veel consequenties. Duidt die vaststelling echter op een generatie-effect: de nieuwe, jongste generatie is meer nog dan de vorige gehecht aan individuele keuzevrijheid, dan voorspelt deze vaststelling niet veel goeds voor het draagvlak van een op vrijheidsbeperking gesteunde rationalisering. Economisch sterkere mensen zijn meer voorstander van vrijheid en vinden het minder erg dat dit kostelijker is.

Mensen die een sterkere verzuchting naar gelijkheid koesteren, zijn ook bereid een stukje van hun vrijheid op te offeren. Aangezien we ook controleren voor de economische positie, kan aangenomen worden dat het hier echt om een keuze voor minder vrijheid in ruil voor een betaalbare gezondheidszorg gaat dan om een reactie op een economisch zwakke status. Het gaat om een heel consistente keuze en wijst er ook op dat mensen niet lichtzinnig vragenlijsten beantwoorden. Wie voor meer gelijkheid is, beseft gemakkelijker dat rationalisering door vrijheidsbeperking gelijkheid kan garanderen en is er daarom ook meer voorstander van. Bij de analyses werd ook gecontroleerd voor de nieuwe breuklijn, maar deze had, zoals men overigens kan verwachten, hier geen effect. Die variabele werd dan ook niet in de gepresenteerde modellen opgenomen. Mensen die meer gewonnen zijn voor levensstijlaansprakelijkheid zijn minder geneigd om voor meer vrijheid te kiezen. Ook dit lijkt een consistente houding. Wie veel nadruk legt op persoonlijke verantwoordelijkheid is sneller geneigd een beperking van de vrijheid te aanvaarden als dat rationaliserend en kostenbesparend werkt.

Geslacht, het onderwijsniveau en de opvattingen over levensloopaansprakelijkheid hebben geen effect. In het algemeen dient trouwens te worden onderstreept dat de waargenomen effecten zwak zijn. In het totaal wordt heel weinig van de variatie in de opvatting over rationalisatie verklaart. Men kan geen groep aanwijzen (op basis van de variabelen waarvoor wij hier controleren) die zich sterk van andere groepen onderscheidt in zijn houding ten opzichte van rationalisatie.

TABEL 5 REGRESSIEANALYSE KEUZE OM MEER TE BETALEN VOOR KEUZEVRIJHEID

	Model 1		Model 2	
	$\beta$	p	$\beta$	p
Leeftijd (0: Max 25 jaar)				
25 tot 35	-0,011		-0,018	
35 tot 45	-0,112	**	-0,118	***
45 tot 55	-0,113	**	-0,114	***
55 tot 65	-0,100	**	-0,103	**
65 tot 75	-0,099	**	-0,097	**
Geslacht (0: Vrouw)				
	-0,032		-0,035	
Opleiding (0: Max. Lager secundair)				
Hoger secundair	0,017		0,020	
Hoger onderwijs	-0,037		-0,036	
Economische positie	0,053		0,057	*
Gezondheidspositie	-0,016		-0,017	
Gezinsgrootte	-0,043		-0,044	
Gelijkheidsstreven	-0,071	**	-0,075	**
Levensstijlaansprakelijkheid	-0,103	***	-0,092	***
Levensloopaansprakelijkheid	0,027		0,032	
Clusters op basis van het de keuzes m.b.t. aanvaardbaarheid van dure behandelingen (0: cluster 1)				
Cluster 2			0,085	***
Cluster 3			0,075	**
Cluster 4			0,055	*
Cluster 5			0,017	
Cluster 6			0,010	
Adjusted R <sup>2</sup>	0,028		0,034	

## 4 Rantsoeneren... en wie wordt uitgesloten?

Om de opvattingen van Vlamingen over de aanvaardbaarheid van de rantsoenering van dure behandelingen te meten, werden respondenten eerst attent gemaakt op het feit dat gezondheidsmiddelen duur en de middelen beperkt zijn. Ze werden verder verteld dat

sommige mensen vragen stellen bij de mate waarin bepaalde behandelingen verantwoord zijn. Concreet werd de vraag als volgt ingeleid: *"Gezondheidszorg is duur en de middelen zijn beperkt. Daarom stellen mensen zich soms vragen bij het verantwoord zijn van bepaalde behandelingen. Hieronder vindt u een lijstje met behandelingen. Kan dat volgens u op kosten van de verplichte ziekteverzekering"* . Daarna werd gevraagd in welke mate ze van oordeel zijn dat vijf (dure) behandelingen volgens hen (a) in alle gevallen, (b) bij mensen van boven de 85 of (c) nooit verantwoord zijn:

- (1) Een hoogtechnologisch hartapparaat plaatsen dat 50.000 euro kost
- (2) Een behandeling van een patiënt met een zeer zeldzame ziekte die 50.000 euro kost
- (3) Een behandeling om een terminaal zieke patiënt twee maand langer te laten leven die 50.000 euro kost
- (4) Een levensnoodzakelijke behandeling die 50.000 euro kost
- (5) Een behandeling om iemand die in coma ligt één jaar langer in leven te laten die 50.000 euro kost

De kostprijs van de behandelingen was telkens identiek nl. 50.000 euro. Dat maakt het onmogelijk gebeurtelijke variatie in mate van aanvaardbaarheid tussen de behandelingen louter en alleen terug te brengen is tot de prijs. De voorgestelde behandelingen hebben allen met elkaar gemeen dat ze zeer belangrijk zijn voor de patiënt. Behandelingen die niet strikt noodzakelijk zijn, werden buiten beschouwen gelaten omdat we aannemen dat in dat geval de steun ervoor geringer zal zijn.

De behandelingen variëren onderling wel op een andere manier. In de eerste twee gevallen (1 en 2) gaat het om een behandeling van een ernstige aandoening maar waarbij niet expliciet over een direct levensbedreigende situatie gesproken wordt (zeldzame ziekte, hoogtechnologisch hartapparaat). Dat geldt minder in het geval van het hartapparaat, maar zelfs in dat geval wordt er geen directe referentie naar een levensbedreigende situatie gemaakt. Dat is wel het geval in het item 4 dat expliciet aangeeft dat de behandeling levensnoodzakelijk is. De twee andere items (3 en 5) verwijzen naar behandelingen voor terminale patiënten.

Tabel 6 vat de antwoorden van de respondenten samen. Investeren in terminale patiënten wordt door een ruime meerderheid verworpen. 17% is van oordeel dat kan geïnvesteerd worden om een terminale patiënt een maand langer te laten leven, 14% dat kan geïnvesteerd worden in een comateuze patiënt om die een jaar langer te laten leven. Volgens 57 en 60% kunnen dergelijke investeringen onder geen enkele voorwaarde. Voor ongeveer een kwart kunnen dergelijke investeringen, maar niet voor personen ouder dan 85 jaar. Er is dus zeker een draagvlak voor rantsoenering in het geval van terminale patiënten. Voor patiënten boven de 85 is er bitter weinig bereidheid nog veel (het gebruikte



referentiebedrag was 50.000 Euro) te besteden aan levensverlenging. Betrekkelijk ruime meerderheden zijn zelfs gekant tegen dergelijke investeringen, ongeacht de leeftijd van de patiënt. Het investeren van 50.000 Euro voor de behandeling van een zeldzame ziekte en het plaatsen van een hoogtechnologisch hartapparaat worden door respectievelijk slechts 4 en 5% van de respondenten onder alle omstandigheden afgewezen. Toch is de onvoorwaardelijke steun voor dergelijke uitgaven ook niet groot. Respectievelijk 54 en 42% van de respondenten achten het toelaatbaar onder alle omstandigheden. Ook dit wijst erop dat het draagvlak voor rantsoenering groot is. Dat is zeker het geval voor patiënten boven de 85. Investeren in het behandelen van een zeldzame ziekte kan volgens 42% van de respondenten niet meer als de patiënt 85 is en voor 53% kan er op die leeftijd geen sprake meer zijn van investeren in een hoogtechnologisch hartapparaat. Deze resultaten zijn nogal ontstellend. Levensverlengende maatregelen van terminale patiënten die 50.000 Euro kosten, zijn volgens overweldigende meerderheden van de bevolking, 84% en meer, niet meer toelaatbaar voor mensen vanaf 85. Het plaatsen van een hartapparaat dat 50.000 Euro kost, kan vanaf die leeftijd niet volgens 58% van de respondenten. Het behandelen van een zeldzame ziekte met een gelijkaardig kostenplaatje kan nog wel voor een meerderheid, maar wordt door niet dan minder 45% van de bevolking onverantwoord geacht. Een levensnoodzakelijke behandeling van die kostprijs kan eveneens voor een meerderheid, maar wordt door niet minder dan 39% afgewezen. Het is duidelijk dat "ageism" een belangrijke rol speelt bij het bepalen van deze standpunten en dat zich hier een heel belangrijke bedreiging voor de solidariteit stelt. In het besluit komen we daarop terug.

TABEL 6 FREQUENTIEVERDELING ITEMS DIE PEILEN NAAR DE MATE WAARIN MENSEN EEN DURE BEHANDELING GERECHTVAARDIGD VINDEN IN VLAANDEREN, RIJPERCENTAGES

Kenmerk	Moet altijd kunnen	Moet kunnen, maar niet bij mensen ouder dan 85 jaar	Moet nooit kunnen, ongeacht de leeftijd	Totaal N
Een levensnoodzakelijke behandeling	60,6	36,7	2,7	2624
Een behandeling van een patiënt met een zeer zeldzame ziekte	54,4	41,8	3,8	2614
Een hoogtechnologische hartapparaat	42,1	52,7	5,1	2638
Een behandeling om een terminaal zieke twee maand langer in leven te houden	16,5	26,4	57,1	2621
Een behandeling om iemand die in coma ligt één jaar langer in leven te laten	14,3	25,4	60,3	2619

Bron: SOLIDARITEIT 2012

Een techniek waarmee kan worden gezocht naar welke combinaties frequent voorkomen en die zoekt naar een zo klein mogelijk aantal groeperingen van combinaties is de clusteranalyse. Deze zoekt naar een zo klein mogelijk aantal groeperingen of clusters van respondenten, met die verstande dat de keuzes van de respondenten binnen eenzelfde cluster zo veel mogelijk op elkaar gelijken en zo veel en duidelijk mogelijk verschillen van de keuzes gemaakt door de mensen in de andere clusters. De analyse lijkt uit dat om een goede beschrijving te geven van de keuzes die worden gemaakt, we geen 125 maar slechts 6 clusters moeten onderscheiden (zie tabel 7).

In tabel 8 worden twee soorten kansen gegeven. De eerste heeft betrekking op de cluster grootte en geeft de kans weer dat een willekeurige respondent tot die bepaalde cluster behoort. Ze toont dat 32,4% van de Vlaamse bevolking tot de eerste cluster behoort. Dat is meteen de grootste cluster. Eén cluster, 6, is heel klein en bevat 2,5% van de bevolking. De overige kansen zijn conditionele kansen. Ze drukken voor een item de kans uit dat een bepaalde antwoordcategorie werd gekozen *gegeven dat* men tot een bepaalde cluster behoort. Zo geeft 2,5% van de leden van cluster 1 aan dat een hoogtechnologisch hartapparaat plaatsen altijd moet kunnen.

Binnen de groep van 6 clusters zijn er drie clusters die hun mening *niet differentiëren naar de aard van de behandeling*. Twee ervan hebben een tegengestelde visie. Leden van cluster 3 (16,4% van de bevolking) vinden dat de voorgestelde behandelingen altijd moeten kunnen. Leden van cluster 6 (2,5% van de bevolking) vinden dat dergelijke dure behandelingen nooit moeten kunnen. Noch leden van cluster 3, noch deze van cluster 6 hanteren een leeftijdsbeperking. Mensen uit cluster 5 (9,9%) doen dat wel en zijn van mening dat ongeacht de aard van de behandeling (gegeven dat ze duur en belangrijk is) een leeftijdsbeperking gehanteerd dient te worden. Zij zijn ervan overtuigd dat dure behandelingen niet kunnen voor mensen boven de 85 jaar.

Clusters 1, 2 en 4 maken een combinatie van die extreme standpunten en houden daarbij wel rekening met de aard van de behandeling. De grootste groep Vlamingen (Cluster 1: 32,4%) hanteert een leeftijdsbeperking, behalve in het geval dat de patiënt terminaal is. In dat laatste geval, is men niet gewonnen voor een dure behandeling ongeacht de leeftijd. Dat laatste is ook de mening van cluster 2 (23,1%). Ook zij zien weinig heil in het besteden van veel geld aan een dure behandeling voor een terminaal zieke. Zij onderscheiden zich echter van cluster 1 in de zin dat zij in het algemeen geen leeftijds criterium hanteren voor behandelingen van niet terminale patiënten. Cluster 4 (15,6%), tenslotte, is geneigd om behandelingen toe te staan, maar zal bij terminale patiënten wel een leeftijds criterium hanteren.

Samenvattend kunnen we de clusters als volgt omschrijven. Er is een cluster (3) met 16,4% van de bevolking die te winnen is voor de behandelingen onder alle omstandigheden en op

alle leeftijden. Er is een tweede cluster (2) met 23,1% van de bevolking die alle behandelingen, behalve voor terminale patiënten, toelaatbaar acht, ongeacht de leeftijd. Een derde cluster (4) met 15,6% is geneigd enkel een leeftijdscriterium te gebruiken bij terminale patiënten. De keuzes gemaakt door die drie clusters of 55,1% van de bevolking wijzen erop dat deze zouden kunnen akkoord gaan met een aanpak die niet investeert in terminale patiënten, maar verder geen leeftijdscriteria hanteert. Dan is er cluster 1 met 32,4% van de bevolking die wel geneigd is een leeftijdscriterium te hanteren en zorgen voor terminale patiënten uit te sluiten, ongeacht de leeftijd. Cluster 5 met 9,9% van de bevolking is van oordeel dat dure behandelingen niet meer kunnen boven de 85 en in daarin radicaler dan cluster 1. Tenslotte is er nog een kleine groep van 2,5% van de bevolking (cluster 6) die dure behandelingen onder geen enkele voorwaarde goedkeurt. Dat betekent dat er 44,9% te vinden is voor leeftijdsbeperkingen, waarschijnlijk ook als de behandeling levensnoodzakelijk is. Het draagvlak voor rantsoenering blijkt sterk te zijn. Eigenlijk is maar 16% van de respondenten die dure behandelingen voor terminale patiënten gerechtvaardigd acht. Verder kan het invoeren van (strakke) beperkingen op de zorgen voor 85-plussers al rekenen op de steun van bij de 45% van de bevolking.

TABEL 7 PROFIEL CLUSTERS VRAAGSTUKKEN OVER DE AANVAARDBAARHEID VAN DURE MEDISCHE BEHANDELINGEN

	Cluster1	Cluster2	Cluster3	Cluster4	Cluster5	Cluster6
Cluster Size (rijproporties)	0,324	0,231	0,164	0,156	0,099	0,025
Indicatoren (kolomproporties)						
Hoogtechnologisch hartapparaat						
Moet altijd kunnen, ongeacht de leeftijd	0,025	0,617	0,947	0,683	0,047	0,001
Moet kunnen, maar niet bij mensen ouder dan 85 jaar	0,936	0,337	0,050	0,280	0,952	0,079
Moet nooit kunnen, ongeacht de leeftijd	0,039	0,046	0,004	0,038	0,001	0,919
Behandeling patiënt met zeldzame ziekte						
Moet altijd kunnen, ongeacht de leeftijd	0,060	0,908	0,989	0,907	0,081	0,002
Moet kunnen, maar niet bij mensen ouder dan 85 jaar	0,914	0,080	0,007	0,089	0,901	0,020
Moet nooit kunnen, ongeacht de leeftijd	0,026	0,012	0,004	0,004	0,018	0,979
Behandeling om terminaal zieke 2 maanden extra te laten leven						
Moet altijd kunnen, ongeacht de leeftijd	0,015	0,018	0,861	0,085	0,035	0,070
Moet kunnen, maar niet bij mensen ouder dan 85 jaar	0,101	0,016	0,070	0,900	0,704	0,090
Moet nooit kunnen, ongeacht de leeftijd	0,885	0,966	0,069	0,015	0,261	0,841
Een levensnoodzakelijke behandeling						
Moet altijd kunnen, ongeacht de leeftijd	0,212	0,912	1,000	0,866	0,245	0,079
Moet kunnen, maar niet bij mensen ouder dan 85 jaar	0,783	0,071	0,000	0,122	0,755	0,132
Moet nooit kunnen, ongeacht de leeftijd	0,006	0,017	0,000	0,013	0,000	0,789
Een behandeling om comapatiënt een jaar langer te laten leven						
Moet altijd kunnen, ongeacht de leeftijd	0,008	0,017	0,752	0,050	0,063	0,017
Moet kunnen, maar niet bij mensen ouder dan 85 jaar	0,040	0,158	0,140	0,583	0,889	0,051
Moet nooit kunnen, ongeacht de leeftijd	0,952	0,826	0,108	0,367	0,049	0,932
Modelvergelijking fitstatistieken						
5 cluster oplossing: BIC (LL): 17602,55; df: 188; p < 0,001						
6-cluster oplossing: BIC (LL): 17521,63; df: 177; p: 0,22						
7 cluster oplossing: BIC (LL): 17663,56; df: 166; p: 0,85						
Bron: SOLIDARITEIT 2012						

Vervolgens werd getracht het profiel van de respondenten van de zes clusters te achterhalen. Daarvoor werden 6 regressieanalyses geschat, één voor elke cluster (tabel 10). Daarbij modelleren we de kans om tot een cluster te behoren (die varieert van 0 tot 1). Naast de sociaal demografische kenmerken (leeftijd, geslacht, opleiding, economische positie) worden daartoe de gezondheidspositie, de houding tegenover risico- en levensloopsolidariteit en drie ideologische kenmerken gebruikt, zijnde het gelijkheidsstreven, de levensbeschouwing en de positie op de nieuwe breuklijn.

De sociale inbedding van de clusters is relatief beperkt. Zij onderscheiden zich niet sterk in termen van hun sociale kenmerken en algemene ideologische opstelling. Deze laatste verklaren doorgaans weinig van de kans tot een bepaalde cluster te behoren. De geringe verklaringskracht van het behoren tot de verschillende clusters kan een gevolg zijn van het feit dat deze problematiek nog geen prominente plaats bekleedt op de politieke agenda, als het ware nog niet werd geïdeologiseerd. De bescheiden effecten en bescheiden

verklaringskracht die wordt waargenomen wijst wel al duidelijk de richting aan waarin de clusters kunnen worden geïdeologiseerd. Dit kan duidelijk worden gezien als de twee clusters met het duidelijkste profiel (1 en 4) met elkaar worden vergeleken. Cluster 1 (leeftijdsbeperking, behalve indien de patiënt terminaal is, dan geen investering ongeacht de leeftijd) en cluster 4 (geneigd om behandelingen altijd toe te staan behalve in het geval van een terminale patiënt) vormen in zekere zin elkaars tegengestelde. Cluster 1 vindt minder aanhang bij de mensen van actieve leeftijd 25-45 dan bij de jongere en de oudere, vindt meer aanhang bij mensen die economisch sterk staan, en bij mensen die minder voorstander zijn van gelijkheid. Cluster 4 daarentegen vindt meer aanhang bij mensen van actieve leeftijd, bij mensen die economisch zwakker staan en meer voorstander zijn van gelijkheidsstreven.

In het algemeen kan worden vastgesteld dat de verschillen naar levensbeschouwing zwak zijn. Vrijzinnigen zijn oververtegenwoordigd in cluster 2 die geen leeftijdsbeperkingen wil opleggen, maar niet wil investeren in terminale patiënten, een houding die waarschijnlijk wijst op een grotere aanvaarding van het onvermijdelijke. De positie van de Moslims is opvallend (waarschijnlijk ook al omdat zo weinig over die groep geweten is). Zij zijn oververtegenwoordigd in cluster 4 (alleen een leeftijdsbeperking bij terminale patiënten), maar eveneens in cluster 6 (dure behandelingen moeten nooit kunnen). Moslims zijn ondervertegenwoordigd in de grootste cluster nl. deze waar een leeftijdscriterium gehanteerd wordt behalve als de ziekte terminaal omdat men dan geneigd is voor niemand een behandeling toe te staan.

Het sociaal-darwinistisch vertoog eigen aan de nieuwe breuklijn wordt doorgetrokken naar keuzes in verband met dure behandelingen, maar het verband is niet sterk. Mensen die hoog scoren op deze breuklijn, vinden dat in het leven iedereen voor zichzelf moet zorgen en er alleen sterk en zwakke mensen bestaan, zijn, zoals verwacht kan worden, oververtegenwoordigd in de groep die vindt dat dure behandelingen nooit gerechtvaardigd zijn (cluster 6). Gelijkheidsverzuchting leidt daarentegen naar de opvatting dat dure behandelingen altijd moeten kunnen (cluster 3) of dat alleen bij terminaal zieke patiënten een leeftijdscriterium gehanteerd mag worden (cluster 4), alsook tot het afzweren van de oplossingen waarbij sterkere beperkingen worden opgelegd (cluster 1 en 6). Hoewel beide ideologische dimensies (gelijkheidsstreven en nieuw breuklijn) relevant zijn en de verwachte effecten hebben, blijft hun impact al bij al beperkt. Het is waarschijnlijk dat zij bij een ideologisering van deze problematiek relevanter gaan worden. Mensen die voor gelijkheid en tegen sociaal Darwinisme zijn, zullen dan in grotere mate kiezen tegen "ageism" en

TABEL 8 REGRESSIEANALYSE CLUSTERS IN AANVAARDBAARHEID VAN DURE MEDISCHE BEHANDELINGEN

	Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		Cluster 4		Cluster 5		Cluster 6	
	$\beta$	p	$\beta$	p	B	p	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p
Geslacht (0: vrouw)	-0,029		0,036		-0,014		0,038		-0,040		0,003	
Leeftijd (0: Max. 25 jaar)												
- 25-35 jaar	-0,111	***	0,003		0,004		0,116	***	0,003		0,041	
- 35-45 jaar	-0,081	*	0,021		-0,020		0,125	***	-0,049		0,023	
- 45-55 jaar	-0,044		0,022		-0,019		0,039		-0,021		0,062	
- 55-65 jaar	-0,063		0,044		-0,016		0,042		-0,018		0,050	
- 65-75 jaar	-0,026		0,008		0,003		-0,009		0,035		0,015	
Opleiding (0: Max. Lager secundair)												
- Hoger secundair onderwijs	0,041		-0,033		-0,025		-0,011		0,034		-0,021	
- Hoger onderwijs	0,035		-0,002		-0,016		-0,026		-0,009		0,009	
Economische positie	0,082	**	0,018		-0,039		-0,087	**	0,047		-0,078	**
Gezondheidspositie	-0,016		-0,027		0,005		0,008		0,024		0,045	
Levensstijlaansprakelijkheid (somschaal 0-100)	-0,110	***	-0,015		0,084	***	0,107	***	-0,014		-0,037	
Levensloopaansprakelijkheid (somschaal 0-100)	0,063	**	-0,058	*	0,009		-0,053	*	0,021		0,022	
Gelijkheidsstreven (somschaal 0-100)	-0,060	**	-0,020		0,049	*	0,066	**	0,011		-0,046	*
Nieuwe breuklijn (somschaal 0-100)	0,031		0,006		-0,027		-0,026		-0,027		0,052	*
Levensbeschouwing (0: katholiek)												
- Christelijk, maar niet katholiek	-0,006		0,065		0,009		-0,050	*	-0,029		0,006	
- Twijfelend maar toch christelijk	0,039		0,010		0,002		-0,072	***	0,013		0,002	
- Moslim	-0,088	***	-0,022		-0,041		0,122	***	0,026		0,077	***
- Vrijzinnig	-0,018		0,046	*	0,002		-0,004		-0,040		0,014	
Niet gelovig of religieus onverschillig	0,048		0,037		-0,004		-0,066	**	-0,062	**	0,029	
Adjusted R <sup>2</sup>	0,049		0,007		0,008		0,068		0,006		0,016	

Significantieniveau's: \*\*\* p < 0,001; \*\* p < 0,010; \* p < 0,050

Bron: SOLIDARITEIT 2012

beperkingen (behalve in het geval van terminale patiënten). Mensen die meer sociaal Darwinistisch en minder in termen van gelijkheid denken, zullen waarschijnlijk meer opteren voor rantsoenering in het algemeen en leeftijdsbeperkingen in het bijzonder.

De levensstijlaansprakelijkheid is relevanter dan de levensloopaansprakelijkheid. Dat is tegen-intuïtief aangezien veroudering een levensloop- en geen levensstijlkenmerk is. Voor de levensloopaansprakelijkheid verwacht met een oververtegenwoordiging in cluster 5 (altijd een leeftijds criterium hanteren), maar dat is niet het geval. Wel consistent is dat mensen die hoger scoren voor levensloopaansprakelijkheid oververtegenwoordigd zijn in cluster 1 waar ook vaak een leeftijds criterium wordt gehanteerd. Voor levensstijlaansprakelijkheid vinden we een oververtegenwoordiging in cluster 4 en een duidelijke ondervertegenwoordiging in cluster 1. Vooral de oververtegenwoordiging in cluster 4 is moeilijk te begrijpen aangezien dat een cluster is van mensen geneigd is behandelingen altijd toe te staan. Er zijn geen effecten van geslacht, opleiding en gezondheidspositie.

De clusters die hier werden geïdentificeerd, blijken ook relevant te zijn voor de verklaring van de mate waarin men vrijheidsbeperkingen wil aanvaarden als een middel om de gezondheidszorg te rationaliseren (zie tabel 6, model 3). Het is opvallend dat de clusters die sterke (leeftijds)beperkingen willen opleggen – clusters 1, 5 en 6 – ook de clusters zijn die in grotere mate beperkingen op de vrijheid van patiënt en therapeut aanvaarden. De clusters die minder beperkingen willen aanvaarden als het om dure behandelingen gaat, zijn ook minder geneigd vrijheidsbeperkingen van patiënt of therapeut te aanvaarden. Dit kan consistent lijken, omdat het in beide gevallen gaat om het verwerpen van beperkingen, maar het onderstreept de ideologische “onderontwikkeling” van deze houdingen, aangezien de vraag die zich stellen niet is rationaliseren en rantsoeneren versus niets doen, maar wel rationaliseren of rantsoeneren?

## 5 Besluit en uitdagingen

De tevredenheid met de organisatie van de gezondheidszorg is heel hoog, zeker wat toegankelijkheid en bereikbaarheid, relatie met de huisarts en kwaliteit van de thuiszorg betreft. Er is echter een duidelijk verband tussen de tevredenheid met de eigen mutualiteit en de tevredenheid met de organisatie van de gezondheidszorg. Het is waarschijnlijk dat de twee elkaar beïnvloeden. Een negatief oordeel over de werking van de mutualiteit straalt af op de gezondheidszorg en negatieve ervaringen met de gezondheidszorg doen afbreuk aan de tevredenheid met de mutualiteit. De mutualiteit is niet enkel betrokken bij het beheer van de verplichte ziekteverzekering, maar is ook, willens nillens, betrokken partij bij oordelen over de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Daarom is het heel belangrijk te kijken naar de aspecten van de organisatie van de gezondheidszorg waarover de mensen niet tevreden zijn. Concreet gaat het om die aspecten waarmee minder dan 50% van de bevolking haar tevredenheid uitdrukt. Het betreft het hoge bedrag dat men uit eigen zak moet betalen, de wachttijden voor specialisten en de al te beperkte tijd die deze uittrekken voor het onderzoek van hun patiënten, de slechte dienstverlening in rusthuizen en de gebrekkige informatie over de prijzen van ingrepen en ziekenhuizen. De tevredenheid met de wijze waarop de gezondheidszorg is georganiseerd en functioneert is, over het algemeen, hoog tot zeer hoog, maar het betreft een voorziening die een groot deel van het Bruto Nationaal Product opsloort en beslag legt op een groot deel van het overheidsbudget. Ook al voor de huidige financiële en economische crisis en de noodzaak snel grote budgetreducties door te voeren, stond kostenbesparing in de gezondheidszorg en verplichte ziekteverzekering daarom al op de agenda. In dit hoofdstuk werd het draagvlak voor twee pistes naar kostenbesparing - rationaliseren en rantsoeneren - onderzocht.

Het eerste wat opvalt is dat deze problematiek nog niet behoort tot het (politieke) bewustzijn van de burger. Dat blijkt enerzijds uit de zwakke sociale inbedding van de standpunten die ter zake worden ingenomen, maar ook en meer nog uit het feit dat men geen keuze maakt tussen rationaliseren en rantsoeneren. De bevolking verdeelt zich niet in voorstanders van rationalisering en voorstanders van rantsoenering. De verdeling die zich voordoet scheidt voorstanders van beperkingen (rantsoenering of rationalisering) en tegenstanders van beperkingen. Op die manier wordt de bevolking ongeveer in twee gelijke helften verdeeld. Dat betekent dat ongeveer de helft van de bevolking weigerachtig zal staan tegen bijna alle vormen van kostenbesparing. Dat zou niet erg zijn, mocht kostenbesparing te vermijden zijn, maar dat zal het niet zijn en in dat geval zal de keuze zich in brede termen toch stellen tussen rationalisering en rantsoenering. Op die keuze is de bevolking dus mentaal niet voorbereid, terwijl rationaliseren door het beperken (of begeleiden) van de individuele keuzevrijheid van patiënt en therapeut, de solidaire, linkse oplossing is. De dringendheid daarvan blijkt uit het zwakke draagvlak voor rationalisering. Eigenlijk krijgt enkel het substitutierecht (of de substitutieplicht) van apothekers een solide meerderheid achter zich. Ook bij de keuze tussen een hogere uitkering bij ziekte en de vrijheid bij het aanwenden daarvan, versus minder keuze bij aanwending maar hogere onmiddellijke terugbetaling van de medische kosten, zou de rationaliserende oplossing het hoogstwaarschijnlijk halen. Voor de andere keuzes waarnaar gepeild werd zijn voor en tegenstanders ongeveer even talrijk en als het aankomt op het beperken van de vrijheid van de therapeut in het voorschrijven van beeldvorming en andere toetsen, verwerpt een grote meerderheid de vrijheidsbeperking en de rationalisering die daaruit kan voortvloeien.

Het draagvlak voor rantsoenering blijkt minstens even sterk als dat voor rationalisering en de steun voor zeer drastische, ja haast ondenkbare vormen van rantsoenering is toch zeer groot. Een grote meerderheid is tegen investeringen (in de vraagstelling ging het om 50.000 Euro) in het verlengen van het leven van terminale patiënten of patiënten in de coma. Voor



dure behandelingen bij niet terminale patiënten is bij de 45% eerder voorstander van een leeftijdsgrens (dergelijke ingrepen kunnen volgens hen niet bij mensen 85 en ouder) en 55% eerder tegenstander van een dergelijke leeftijdsgrens. Deze cijfers wijzen toch op een verbazende bereidheid rantsoeneringen in te voeren. 39% van de respondenten is van oordeel dat een levensnoodzakelijke behandeling niet kan bij mensen van 85 en ouder als die behandeling 50.000 Euro kost. Het is duidelijk dat hier een belangrijke opvoedende/ideologische taak ligt in het verantwoorden van redelijke beperkingen op de individuele keuzevrijheid en in het bewust maken van de onmenselijke gevolgen van rantsoenering in het algemeen en van rantsoenering op basis van leeftijd in het bijzonder.