

FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID VAN GEZONDHEIDSZORGEN

Gezondheidsenquête 2018

—

S. DEMAREST • R. CHARAFEDDINE • S. DRIESKENS • F. BERETE

Sciensano

Epidemiologie en volksgezondheid - Levensstijl en chronische ziekten
HIS 2018

Maart 2019 • Brussel • België



Hoofdauteur: Stefaan Demarest



Revisor: Rana Charafeddine



Redacteurs: Sabine Drieskens, Finaba Berete



Contactpersoon: Stefaan Demarest • T+32 2 642 57 94 • stefaan.demarest@sciensano.be

Gelieve te citeren als:

S. Demarest, R. Charafeddine, S. Drieskens, F. Berete. Gezondheidsenquête 2018: Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen. Brussel, België: Sciensano; D/2020/14.440/15. www.gezondheidsenquête.be

DANKWOORD

Graag willen we de volgende personen bedanken:

Lize Hermans van Sciensano voor het grondig nalezen van dit rapport

Ledia Jani en Tadek Krzywania van Sciensano voor de lay-out van dit rapport en de administratieve steun

Sandrine de Waleffe en haar team van Statbel voor de organisatie van het veldwerk en hun enquêteurs voor de uitvoering ervan

En natuurlijk alle mensen die vrijwillig aan de enquête hebben deelgenomen

OPDRACHTGEVERS

Deze gezondheidsenquête wordt uitgevoerd op vraag van:

De federale regering, beleidsdomein Sociale zaken en Volksgezondheid

De Vlaamse regering, beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad (GGC),
beleidsdomein Gezondheidsbeleid

De Franse Gemeenschapsregering, beleidsdomein Sociale Promotie, Jeugd, Vrouwenrechten en Gelijke Kansen

De Waalse regering, beleidsdomein Gezondheid, Gelijke Kansen, Sociale Actie en Ambtenarenzaken van de Waalse regering

De Duitstalige Gemeenschapsregering, beleidsdomein Familie, Gezondheid en Sociale Aangelegenheden van de Duitstalige Gemeenschap

INHOUDSOPGAVE



SAMENVATTING	6
AFKORTINGEN	7
INLEIDING	8
VRAGEN	9
INDICATOREN	10
RESULTATEN	11
1. Perceptie van uitgaven voor gezondheidszorgen	11
1.1. Prevalentie voor België	11
1.2. Demografische verschillen.....	11
1.3. Socio-economische verschillen	12
2. Uitstel van medische consumptie	13
2.1. Prevalentie in België	13
2.2. Evolutie.....	14
2.3. Demografische verschillen.....	14
2.4. Socio-economische verschillen	15
BESPREKING EN CONCLUSIE	17
SAMENVATTENDE TABELLEN	19
REFERENTIES	20
LIJST VAN TABELLEN	21

SAMENVATTING



In dit onderdeel wordt ingegaan op de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen. In tegenstelling tot andere onderdelen werd de informatie hierbij ingewonnen op het niveau van huishoudens en niet op individueel niveau. In de analyses werd enkel rekening gehouden met niet-geïnstitutionaliseerde huishoudens; huishoudens die niet zijn opgenomen in een rusthuis of een rust- en verzorgingshuis.

Eerst wordt nagegaan in welke mate huishoudens het moeilijk hebben met de eigen uitgaven voor gezondheidszorgen. Om dit na te gaan werd een nieuwe vragenreeks gebruikt die voor het eerst werd getest in de module 'gezondheid' van de EU SILC 2017. Daarnaast wordt nagegaan in welke mate huishoudens genoodzaakt zijn medische consumptie uit te stellen vanwege financiële redenen. Dit zijn de voornaamste resultaten:

- In 2018 geeft 15,1% van de huishoudens aan dat uitgaven voor gezondheidszorgen (medische zorgen, kosten voor tandverzorging, kosten voor voorgeschreven en niet-voorgeschreven geneesmiddelen) moeilijk te dragen zijn.
- Het percentage huishoudens dat aangeeft dat uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk te dragen zijn, vertoont een duidelijke noord-zuid gradiënt: het gaat om 9,7% in het Vlaams, 20,5% in het Brussels en 22% in het Waals Gewest.
- Huishoudens met een vrouw als referentiepersoon (20,5%) geven significant meer aan dat uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk te dragen zijn dan huishoudens met een man als referentiepersoon (12,5%).
- Lager geschoolde huishoudens (huishoudens met een lager geschoolde referentiepersoon) en huishoudens behorend tot de lagere inkomenskwintielen geven aan het moeilijker te hebben met de uitgaven voor gezondheidszorgen dan respectievelijk de hoogst geschoolde huishoudens en huishoudens behorend tot het hoogste inkomenskwintiel.
- In 2018 geeft 9,1% van de huishoudens aan dat ze in de loop van de afgelopen 12 maanden medische zorgen, tandverzorging, (voorgeschreven) geneesmiddelen, een bril en/of mentale zorgen nodig hadden, maar deze moesten uitstellen door financiële belemmeringen.
- De noodzaak medische consumptie uit te moeten stellen, komt minder voor in huishoudens in het Vlaams Gewest (5,4%) dan in het Brussels (16,1%) of het Waals Gewest (12,8%).
- In vergelijking met de resultaten van de vorige gezondheidsenquête (2013) is het percentage huishoudens dat medische consumptie moet uitstellen quasi gelijk gebleven.
- Vooral huishoudens met een vrouwelijke referentiepersoon, huishoudens met een lager opgeleide referentiepersoon en/of huishoudens met een eerder beperkt equivalent inkomen geven aan genoodzaakt te zijn medische consumptie uit te stellen.

AFKORTINGEN



EU	Europese Unie
GMD	Globaal Medisch Dossier
MAF	Maximumfactuur
EU-SILC	Statistics on Income and Living Conditions - survey

INLEIDING



België kan bogen op een zeer ver doorgedreven organisatie van de gezondheidszorgen die – althans in principe – een vrije keuze van behandelende arts door de patiënt, een therapeutische vrijheid voor de praktiserende artsen en de universele toegankelijkheid garandeert. Om dit te bewerkstelligen werd een complexe ziekteverzekering georganiseerd die zich richt tot werknemers, zelfstandigen en ambtenaren, maar ook tot werklozen, gepensioneerden, rechthebbenden op bestaansminimum, gehandicapten, studenten, wezen..., plus de personen die zij ten laste hebben en die aan de voorwaarden voldoen om persoon ten laste te kunnen zijn: echtgenoten, samenwonenden, kinderen, kleinkinderen, achterkleinkinderen, enz. In de praktijk kan worden gesteld dat de hele bevolking in België, enkele uitzonderingen daargelaten, toegang heeft tot de gezondheidsprestaties, mits het voldoet aan een aantal voorwaarden.

De gezondheidsuitgaven in België zijn in de laatste decennia gestaag gestegen en zijn hoger dan in de meeste EU-landen. In 2015 gaf België 3.568 euro per inwoner uit aan gezondheidszorg, bij een EU-gemiddelde van 2.797 euro. Dit komt overeen met 10,5 % van het Belgische bbp, wat een stijging ten opzichte van 2005 (9,0 %) inhoudt en boven het EU-gemiddelde van 9,9 % ligt. 77 % van de totale gezondheidsuitgaven worden gedaan door de overheid (dichtbij het EU-gemiddelde). Het merendeel van de overige uitgaven wordt rechtstreeks door de huishoudens betaald, vooral via remgelden, supplementen, eigen betalingen voor niet-terugbetaalde geneesmiddelen en voor hulpmiddelen en premies van aanvullende verzekeringen, vooral voor ziekenhuiskosten (1,2).

Budgettaire problemen die opdoken in de jaren '80 van de vorige eeuw waren de aanleiding voor de toenemende differentiatie van remgelden, waarbij de algemene tendens was de eigen financiële inbreng van patiënten te verhogen (3). Meer recent werden remgelden ook aangepast om het medisch consumptiegedrag te beïnvloeden. Zo werden maatregelen genomen om huisbezoeken te ontmoedigen (hogere remgelden bij huisbezoek), om het gebruik van het Globaal Medisch Dossier (GMD) te stimuleren (lagere remgelden bij raadpleging bij een GMD-houdende huisarts),... (4). De noodzaak het honorarium van zorgverstrekkers voor te schieten én het financieel aandeel van patiënten in de gezondheidszorgen aan te passen – lees verhogen –, maakt dat de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg bedreigd kon worden. Daarom werd vanaf 1 januari 1994 het systeem van sociale en fiscale franchise ingevoerd, dat het remgeld dat mensen op jaarbasis betalen, begrenst. De sociale en fiscale franchise werden vanaf 2001 geleidelijk vervangen door de inkomens-maximumfactuur (inkomens-MAF). De inkomens-MAF is een financiële beschermingsmaatregel die de jaarlijkse medische kosten voor huishoudens tot een plafondbedrag beperkt. Zodra de uitgaven voor geneeskundige zorg in de loop van het kalenderjaar dit plafondbedrag bereiken, krijgt een huishouden voor de daaropvolgende verstrekkingen het remgeld volledig terugbetaald. De inkomens-MAF is echter gerelateerd aan het inkomen van het huishouden, oorspronkelijk met een referentieperiode van 3 jaar. Ook hier werd recent (2019) gesleuteld door de referentieperiode te verkleinen tot 2 jaar. Naast de inkomens-MAF bestaan nog specifieke types maximumfacturen gericht aan specifieke doelgroepen (o.a. aan huishoudens die kunnen genieten van een verhoogde tegemoetkoming, huishoudens met een of meerdere leden met chronische aandoeningen...)

VRAGEN



De vragen AC.01., AC.02. en AC.03. werden voor het eerst in de gezondheidsenquête 2018 opgenomen. Ze zijn afkomstig van een vragenreeks gebruikt in de EU SILC (EU Statistics on Income and Living Condition) 2016, als onderdeel van een nieuwe gezondheidsmodule in de SILC. Deze vragen peilen naar de perceptie van huishoudens aangaande de kosten voor medische zorg, kosten voor de tandarts en kosten voor (voorgeschreven en niet-voorgeschreven) geneesmiddelen.

Vraag AC.04. vormt sinds de gezondheidsenquête 2013 onderdeel van de bevraging rond de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Zij werd ook opgenomen in de Europese Gezondheidsenquête (EHIS Wave II en EHIS Wave III). Waar in de gezondheidsenquête deze vraag wordt gesteld op het niveau van het huishouden (« u of iemand van uw huishouden »), wordt in de EHIS deze vraag op individueel niveau gesteld.

- AC.01.** Hoe zwaar was het in de afgelopen 12 maanden voor uw huishouden om de kosten voor medische zorg te betalen? Opgepast: de kosten voor een tandarts of orthodontist tellen hier niet mee. *(Zware last/ Enigszins een last/ Helemaal geen last/ Niet van toepassing (niemand in het huishouden had behoefte aan medische zorg))*
- AC.02.** Hoe zwaar was het in de afgelopen 12 maanden voor uw huishouden om de kosten voor de tandarts of orthodontist te betalen? *(Zware last/ Enigszins een last/ Helemaal geen last/ Niet van toepassing (niemand in het huishouden had behoefte aan tandzorg))*
- AC.03.** Hoe zwaar was het in de afgelopen 12 maanden voor uw huishouden om de kosten voor medicijnen te betalen? Opgepast: het gaat hierbij om kosten voor zowel voorgeschreven als niet-voorgeschreven geneesmiddelen. *(Zware last/ Enigszins een last/ Helemaal geen last/ Niet van toepassing (niemand in het huishouden had behoefte aan geneesmiddelen))*
- AC.04.** Is het de afgelopen 12 maanden voorgekomen dat u of iemand in uw huishouden de volgende zorgen nodig had, maar niet kon betalen? *(Ja/ Neen)*
- 01.** Medische zorgen of een operatie?
 - 02.** Tandverzorging?
 - 03.** Voorgeschreven geneesmiddelen?
 - 04.** Een bril of contactlenzen?
 - 05.** Mentale zorgen, zoals van een psycholoog of psychiater?

INDICATOREN



De indicatoren rond de financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen werden enkel berekend voor niet-geïstitutionaliseerde huishoudens (huishoudens dus die niet zijn opgenomen in een instelling voor ouderen; een rusthuis (ROB) of een rust- en verzorgingstehuis (RVT)).

AC_1 Perceptie van (eigen) uitgaven voor gezondheid. Aan de hand van deze indicator wordt aangegeven hoe huishoudens de uitgaven voor gezondheidszorgen (uitgaven voor medische zorgen, voor tandzorg en voor voorgeschreven en niet-voorgeschreven geneesmiddelen) percipiëren. Van zodra een huishouden aangeeft in de afgelopen 12 maanden uitgaven te hebben gehad, werd nagegaan hoe zwaar de ervaren financiële last hiervan was over de drie uitgavenposten. De huishoudens werden opgesplitst in twee groepen: huishoudens voor wie de uitgaven voor gezondheidszorgen een redelijke last/een zware last zijn en huishouden voor wie deze uitgaven helemaal geen last zijn.

AC_2 Uitstel van medische consumptie vanwege financiële redenen. Aan de hand van deze indicator wordt weergegeven wat het percentage is van huishoudens die medische consumptie dienden uit te stellen in de afgelopen 12 maanden. Van zodra een huishouden aangeeft dat omwille van financiële redenen, voor minstens een van haar leden, het gebruik van gezondheidszorgen (medische zorgen of een operatie, tandverzorging, de aankoop van geneesmiddelen, een bril of mentale zorgen) moest uitstellen, wordt dit beschouwd als een huishouden dat de medische consumptie diende uit te stellen vanwege financiële redenen.

RESULTATEN



1. Perceptie van uitgaven voor gezondheidszorgen

1.1. PREVALENTIE VOOR BELGIË

In België geeft 15,1% van de huishoudens aan dat de uitgaven voor gezondheidszorgen (medische zorgen, kosten voor tandverzorging, kosten voor voorgeschreven en niet-voorgeschreven geneesmiddelen) moeilijk te dragen zijn.

Regionale verschillen

Het percentage huishoudens dat aangeeft dat de uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk te dragen zijn, verschilt per gewest. In het Vlaams Gewest gaat het om 9,7% van de huishoudens, een percentage dat significant lager is dan deze teruggevonden voor het Brussels (20,5%) en het Waals Gewest (22,0%).

1.2. DEMOGRAFISCHE VERSCHILLEN

Het geslacht van de referentiepersoon van het huishouden is geassocieerd met de perceptie van uitgaven voor gezondheidszorgen: 20,5% van de huishoudens met een vrouw als referentiepersoon geeft aan dat uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk te dragen zijn, een percentage dat significant hoger is dan dat van huishoudens met een man als referentiepersoon (12,5%).

Het percentage huishoudens dat aangeeft dat de uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk te dragen zijn, stijgt met de leeftijd (van de referentiepersoon) tot de leeftijdsgroep van 45 tot 54 jaar (18,1%) om daaropvolgend weer te dalen in de oudere leeftijdsgroepen (Figuur 1).

Meer dan een kwart (28,2%) van de eenouderhuishoudens stelt dat de uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk te dragen zijn. Ook bij alleenstaanden is dit percentage vrij hoog (16,1%) in vergelijking met koppels zonder kinderen (10,7%) of koppels met kinderen (12,8%). (De categorie “ander of niet gekend” omvat alle huishoudtypes die niet beantwoorden aan de vier overige onderscheiden types. Het gaat bijvoorbeeld om huishoudens met een inwonende grootouder. De percentages voor deze groep, die zeer heterogeen is samengesteld, worden niet in de vergelijking meegenomen.)

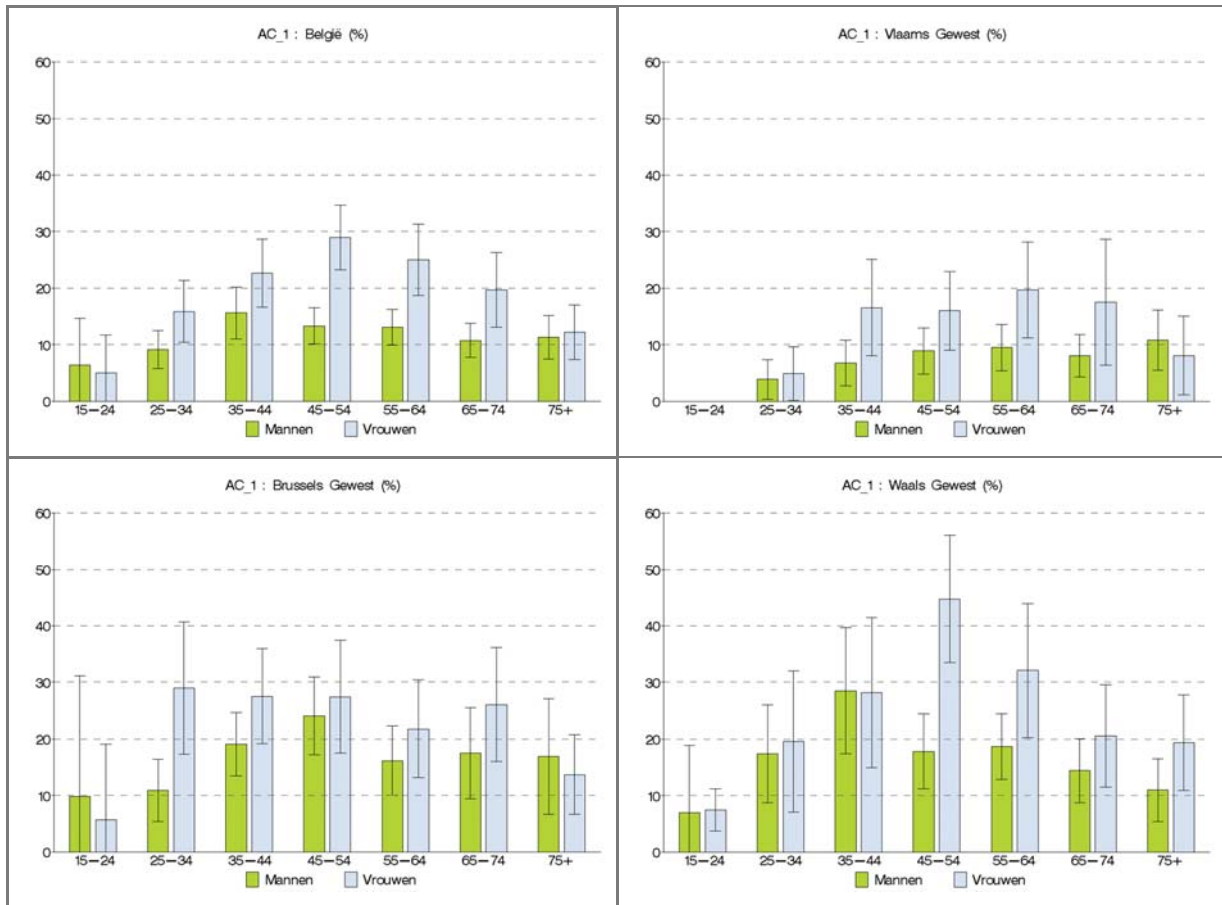
Regionale verschillen

Voor alle gewesten geldt dat het percentage huishoudens dat aangeeft dat de uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk te dragen zijn, samenhangt met het feit of de referentiepersoon een man of een vrouw is (met significant hogere percentages indien de referentiepersoon een vrouw is). Dit is het meest uitgesproken in het Waals Gewest: 18,6% van de huishoudens met een mannelijke referentiepersoon geeft aan dat uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk te dragen zijn, tegenover 28,4% van de huishoudens met een vrouwelijke referentiepersoon.

In het Vlaams Gewest varieert het percentage huishoudens dat aangeeft dat de uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk te dragen zijn volgens de leeftijdsgroep van de referentiepersoon. Dit percentage is het hoogst in de leeftijdsgroep van 55 tot 64 jaar (11,8%). In dezelfde leeftijdsgroep geeft 25,4% van de huishoudens in het Brussels Gewest aan dat deze uitgaven moeilijk te dragen zijn. Voor het Waals Gewest is dit percentage het hoogst in de leeftijdsgroep van 35 tot 44 jaar (28,5%).

Voor alle gewesten geldt dat het percentage huishoudens dat het moeilijk heeft met uitgaven voor gezondheidszorgen, het hoogst is bij eenouderhuishoudens (Vlaams Gewest: 19,9%; Brussels Gewest: 35,2%; Waals Gewest: 35%).

Figuur 1 | Percentage van de huishoudens dat aangeeft dat de uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk te dragen zijn, volgens geslacht en leeftijd van de referentiepersoon, Gezondheidsenquête, België 2018



1.3. SOCIO-ECONOMISCHE VERSCHILLEN

Er kan een samenhang vastgesteld worden tussen het opleidingsniveau van de referentiepersoon van de huishoudens en de perceptie van uitgaven voor gezondheidszorgen. 22,1% van de laagst opgeleide huishoudens geeft aan dat dergelijke uitgaven moeilijk te dragen zijn, een percentage dat systematisch daalt naarmate het opleidingsniveau van het huishouden stijgt. Bij de hoogst opgeleide huishoudens gaat het nog om 9,5%, een percentage dat, na standaardisatie voor leeftijd en geslacht van de referentiepersoon, significant lager is in vergelijking met de percentages van alle overige opleidingsniveaus.

Niet minder dan een kwart van de huishoudens (27,7%) behorend tot het laagste inkomenskwintiel (geeft aan dat de uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk te dragen zijn, een percentage dat significant hoger is dan deze van toepassing op de andere kwintielen. Het percentage huishoudens dat het moeilijk heeft met uitgaven voor gezondheidszorgen daalt naarmate het kwintiel stijgt. In het hoogste inkomenskwintiel geeft nog 6,3% van de huishoudens aan het moeilijk te hebben met uitgaven voor gezondheidszorgen.

Regionale verschillen

In het Vlaams Gewest is de samenhang tussen het opleidingsniveau van de referentiepersoon en de perceptie van uitgaven zeer uitgesproken. Eén op de vijf (19,3%) laagst opgeleide huishoudens geeft aan dat dergelijke uitgaven moeilijk te dragen zijn. Dit percentage daalt scherp bij de hoger opgeleide huishoudens. Bij de hoogst opgeleide huishoudens gaat het nog om “slechts” 4,4%, wat significant lager is dan de percentages teruggevonden voor alle overige opleidingsniveaus.

In het Brussels Gewest is het percentage huishoudens dat aangeeft dat de uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk te dragen zijn, het hoogst bij huishoudens met een opleidingsniveau ‘lager secundair’ (36%) en significant lager bij de hoogst opgeleide huishoudens (15,1%). Eenzelfde profiel kan worden vastgesteld in het Waals Gewest: 29% van de huishoudens met een opleidingsniveau ‘lager secundair’ en een significant lager percentage bij de hoogst opgeleiden (15,6%).

Voor elk van de gewesten geldt dat het percentage huishoudens dat aangeeft dat uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk te dragen zijn, daalt naarmate het inkomenskwintiel stijgt. In het Vlaams Gewest daalt dit van 19,6% van de huishoudens in het eerste kwintiel (de 20% huishoudens met de laagste equivalente huishoudinkomens) tot 3,7% van de huishoudens in het vijfde kwintiel (de 20% huishoudens met de hoogste equivalente huishoudinkomens). In het Brussels Gewest daalt dit van 31% (eerste kwintiel) tot 7,1% (vijfde kwintiel) en in het Waals Gewest van 35,5% (eerste kwintiel) tot 11,9% (vijfde kwintiel).

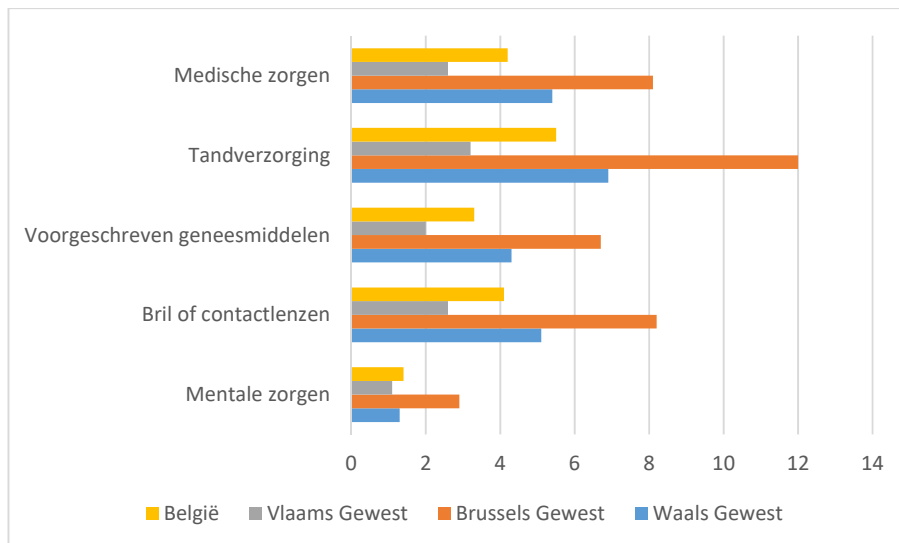
2. Uitstel van medische consumptie

2.1. PREVALENTIE IN BELGIË

In België geeft 9,1% van de huishoudens aan dat ze in de 12 maanden voorafgaand aan het interview medische zorgen, tandverzorging, (voorgeschreven) geneesmiddelen, een bril en/of mentale zorgen nodig hadden, maar deze moesten uitstellen door financiële belemmeringen.

Voorafgaand aan het interview, de aankoop van een bril of van contactlenzen worden het meest frequent door huishoudens uitgesteld vanwege financiële redenen (Figuur 2).

Figuur 2 | Percentage van de huishoudens dat in de afgelopen 12 maanden medische consumptie diende uit te stellen, volgens uitgestelde soort medische zorgen en volgens gewest, Gezondheidsenquête, België 2018



Regionale verschillen

Het percentage huishoudens dat medische consumptie moest uitstellen vanwege financiële redenen verschilt significant van gewest tot gewest: in het Vlaams Gewest gaat het om 5,4% van de huishoudens, in het Waals Gewest om 12,8% van de huishoudens en in het Brussels Gewest om 16,1% van de huishoudens.

In elk van de drie gewesten – zoals ook voor België – zijn het vooral tandverzorging en de aanschaf van een bril of contactlenzen door de huishoudens omwille van financiële redenen het meest worden uitgesteld. De hoogste percentage hieromtrent worden in het Brussels gewest teruggevonden.

2.2. EVOLUTIE

In vergelijking met de resultaten van de vorige gezondheidsenquête (2013) is het percentage huishoudens dat medische consumptie moest uitstellen iets gestegen (van 8,4% tot 9,1%), maar deze wijziging is niet significant (na standaardisatie voor het geslacht en de leeftijd van de referentiepersoon).

Regionale verschillen

In het Vlaams Gewest is het percentage huishoudens dat medische consumptie moest uitstellen (5,4%) nauwelijks gewijzigd in vergelijking met de vorige gezondheidsenquête (4,8%). In het Brussels Gewest is dit percentage in 2018 (16,1%) significant verminderd in vergelijking met de vorige enquête (22,5%). Niettemin blijft dit percentage, ook in 2018, het hoogste van alle gewesten. In het Waals Gewest daarentegen is dit percentage toegenomen van 8,9% in 2013 tot 12,8% in 2018. Er dient echter opgemerkt te worden dat het percentage teruggevonden voor 2013 sterk afweek van de eraan voorafgaande enquêtejaren. Het percentage voor 2018 (12,8%) is meer in lijn met de percentages voor 2001 (13,3%), 2004 (14,6%) en 2008 (12,9%).

2.3. DEMOGRAFISCHE VERSCHILLEN

Huishoudens waarvan een vrouw de referentiepersoon is (13,4%) geven meer aan dan huishoudens waarvan een man de referentiepersoon is (7%) genoodzaakt te zijn geweest de medische consumptie uit te stellen. Dit verschil is significant na correctie voor leeftijd (van de referentiepersoon).

Globaal genomen stijgt het percentage huishoudens dat aangeeft medische consumptie uit te moeten stellen met de leeftijd (van de referentiepersoon) tot de leeftijdsgroep van 45 tot 54 jaar (12,8%) om daarop terug te dalen. In de oudste leeftijdsgroep (75 jaar en ouder) gaat het nog om 2,8% van de huishoudens (Figuur 3).

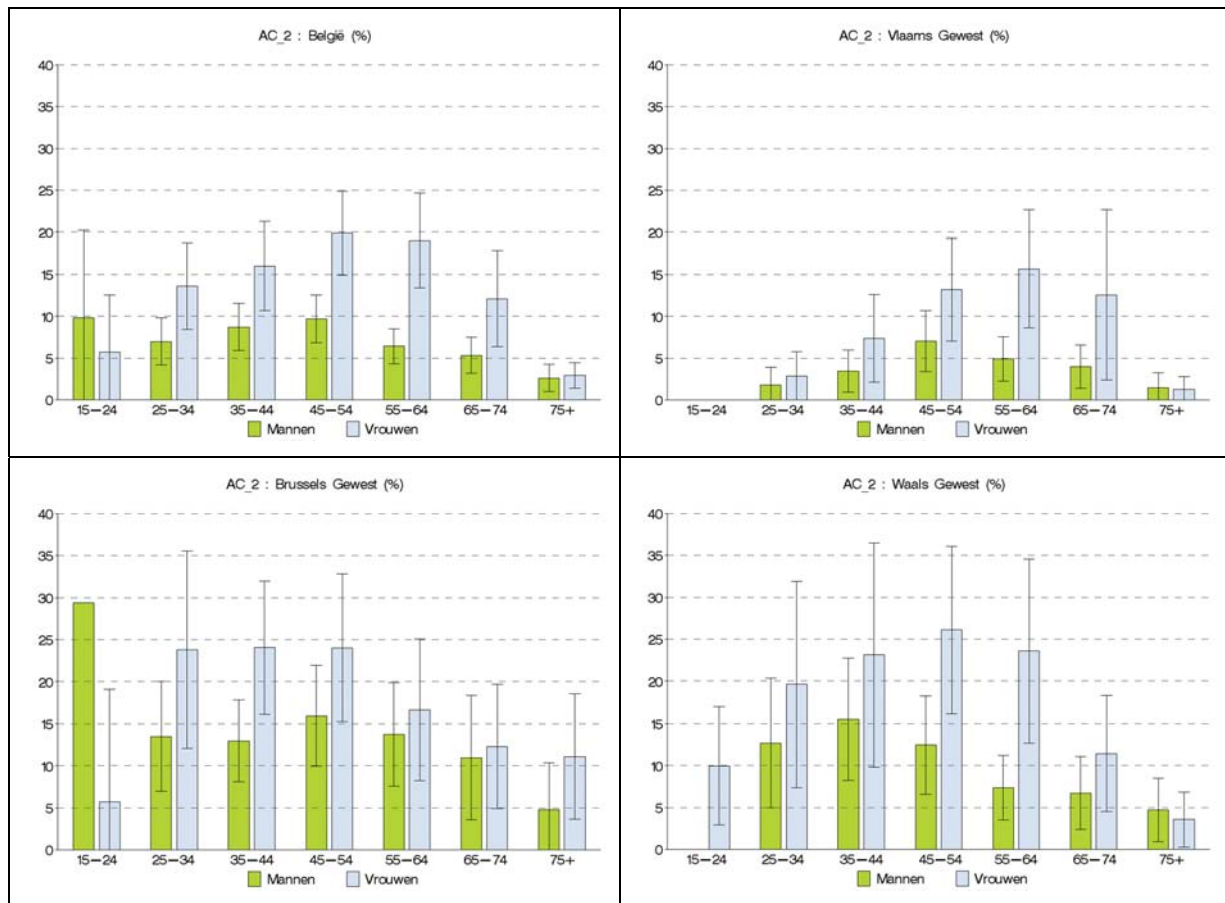
De noodzaak medische consumptie uit te moeten stellen, treft vooral eenoudergezinnen: 22,6% van deze huishoudens dient vanwege financiële redenen medische consumptie uit te stellen. Ook bij alleenstaanden is dit percentage eerder hoog (10,7%) in vergelijking met koppels (met of zonder kinderen).

Regionale verschillen

Hogere percentages van huishoudens die medische consumptie dienden uit te stellen bij huishoudens met een vrouwelijke referentiepersoon, kunnen voor elk van de gewesten teruggevonden worden, maar deze percentages zijn duidelijk verschillend per gewest.

In het Vlaams Gewest diende 4,1% van de huishoudens met een mannelijke referentiepersoon medische consumptie uit te stellen en 8,3% van de huishoudens met een vrouwelijke referentiepersoon, wat een significant verschil is na standaardisatie voor leeftijd. In het Brussels Gewest gaat het om 13,3% van de huishoudens met een mannelijke referentiepersoon en om een significant hoger percentage (19,5%) van de huishoudens met een vrouwelijke referentiepersoon. In het Waals Gewest gaat het om respectievelijk 10% en, significant hoger, 17,7% van de huishoudens.

Figuur 3 | Percentage van de huishoudens dat in de afgelopen 12 maanden medische consumptie diende uit te stellen, volgens geslacht en leeftijd van de referentiepersoon, Gezondheidsenquête, België 2018



Voor alle gewesten geldt dat het hoogste percentage huishoudens dat medische consumptie diende uit te stellen in de midden-leeftijdsgroepen (van 35 tot 54 jaar) terug te vinden is, maar de percentages zijn duidelijk verschillend per gewest. Zo geeft in het Vlaams Gewest 8,7% van de huishoudens in de leeftijdsgroep van 45 tot 54 jaar aan medische consumptie te moeten uitstellen. Voor het Brussels Gewest gaat het in deze leeftijdsgroep om 19,1% van de huishoudens en in het Waals Gewest om 17,3%.

Zoals dit ook het geval was op Belgisch niveau, geldt voor alle gewesten dat vooral eenouderhuishoudens medische consumptie moeten uitstellen: in het Vlaams Gewest gaat het om 12,6% van alle eenouderhuishoudens, in het Brussels Gewest om niet minder dan 26,4% en in het Waals Gewest zelfs om 32,8% (één op de drie eenouderhuishoudens!).

2.4. SOCIO-ECONOMISCHE VERSCHILLEN

De noodzaak medische consumptie te moeten uitstellen, hangt samen met het opleidingsniveau (van de referentiepersoon). 13,6% van de laagst opgeleide huishoudens geeft aan hiermee geconfronteerd te zijn geweest in het afgelopen jaar. Dit percentage daalt systematisch bij de hoger opgeleide huishoudens. Bij de hoogst opgeleide huishoudens gaat het nog om 5,5%.

Een wellicht nog scherpere samenhang kan worden vastgesteld tussen de noodzaak medische consumptie te moeten uitstellen en het equivalent huishoudinkomen (opgesplitst in kwintielen). In het eerste kwintiel (de 20% huishoudens met de laagste equivalente huishoudinkomens) stelt 18,4% van de huishoudens dat ze genoodzaakt is medische consumptie uit te stellen. Dit percentage daalt systematisch in het tweede, derde en

vierde kwintiel. In het vijfde kwintiel (de 20% huishoudens met de hoogste equivalente huishoudinkomens) gaat het nog om 2,5% van de huishoudens.

Regionale verschillen

In de regel geldt voor elk van de gewesten dat het percentage huishoudens dat genoodzaakt is medische consumptie te moeten uitstellen het laagst is bij de hoogst opgeleide huishoudens. Niettemin zijn er duidelijke regionale verschillen: waar in het Vlaams Gewest 9,9% van de laagst opgeleide huishoudens aangeeft medische consumptie te moeten uitstellen, gaat het in het Brussels Gewest om niet minder dan 19,5% van de huishoudens en in het Waals Gewest om 15,9% van de huishoudens. Waar in het Vlaams Gewest het percentage huishoudens dat medische consumptie moest uitstellen systematisch daalt met een stijgend opleidingsniveau, blijft dit percentage in het Brussels en Waals Gewest hoog en relatief onveranderd over de opleidingsniveaus heen. Enkel bij de hoogst opgeleide huishoudens kunnen er lagere percentages teruggevonden worden.

Voor elk van de gewesten geldt dat het percentage huishoudens dat aangeeft medische consumptie uit te moeten stellen daalt indien het inkomenskwintiel stijgt. Niettemin is het verschil in percentages tussen het laagste inkomenskwintiel en het hoogste inkomenskwintiel veel meer uitgesproken in het Brussels (respectievelijk 25% en 4,1%) en het Waals Gewest (resp. 23,3% en 3,8%) dan in het Vlaams Gewest (resp. 11,7% en 1,6%).

BESPREKING EN CONCLUSIE



Voor het thema 'financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen' opteerden we in de gezondheidsenquête 2018 deels voor een andere aanpak dan in de vorige enquête. In de vorige gezondheidsenquête werd gepeild naar de gezondheidsuitgaven van huishoudens: uitgaven voor de raadpleging van een huisarts, een specialist, een tandarts of een andere gezondheidszorgverstreker, voor geneesmiddelen, voor ziekenhuizen,... In de gezondheidsenquête 2018 werd er o.a. gepeild naar de financiële "burden" van dergelijke uitgaven: de subjectieve perceptie die huishoudens hebben aangaande de eigen gezondheidsuitgaven in het licht van hun beschikbare financiële middelen. In de vorige gezondheidsenquête werd slechts een algemene vraag over deze "burden" gesteld ("In het algemeen, vindt u dat uw persoonlijke bijdrage voor gezondheidskosten, dit is het geld dat u zelf moet betalen, makkelijk in uw budget past"). Deze vraag werd nu opgesplitst in drie vragen die peilen naar de "burden" van medische zorgen, van tandartsbezoeken en van (voorgeschreven en niet-voorgeschreven) geneesmiddelen. Deze nieuwe vraagstelling is afkomstig van de testmodule "gezondheid" van de Europese Statistics in Income and Living Conditions (EU-SILC) 2017. Hiermee kan op een makkelijke wijze worden nagegaan of huishoudens het zwaar hebben om noodzakelijke gezondheidsuitgaven te doen.

Daarnaast werd de vraag naar een mogelijk uitstel van het gebruik van gezondheidszorgen vanwege financiële redenen behouden. Het uitstellen van dit gebruik kan beschouwd worden als de meest extreme vorm van "burden", d.i. een situatie waarin een huishouden vanwege financiële redenen niet in staat is noodzakelijke gezondheidsuitgaven te verrichten.

Niettegenstaande het universeel karakter van de gezondheidsvoorzieningen in België, geeft toch 15,1% van de huishoudens aan dat de eigen uitgaven voor gezondheidszorgen (medische zorgen, kosten voor tandverzorging, kosten voor voorgeschreven en niet-voorgeschreven geneesmiddelen) moeilijk te dragen zijn. Opvallend is de Noord-Zuid gradiënt: in het Vlaams Gewest gaat het om 9,7% van de huishoudens, in het Brussels Gewest om 20,5% en in het Waals Gewest om 22,0%. Ook opvallend is dat het percentage huishoudens dat het moeilijk heeft met de eigen uitgaven voor gezondheidszorgen beduidend hoger ligt bij eenouderhuishoudens (28,2%) en bij alleenstaanden (16,1%).

Een samenhang tussen het opleidingsniveau (van de referentiepersoon) en de perceptie van gezondheidszorguitgaven is duidelijk: huishoudens met een eerder beperkte opleiding (lager/geen diploma, lager secundair, hoger secundair) geven significant meer aan dan de hoogst opgeleide huishoudens dat uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk te dragen zijn (22,1% van de laagst opgeleide huishoudens en 9,5% van de hoogst opgeleide huishoudens).

Nog scherper wordt het onderscheid wanneer de samenhang met het (equivalent) inkomen wordt nagegaan: meer dan één op de vier huishoudens (27,7%) in het laagste inkomenskwaartiel geeft aan dat uitgaven voor gezondheidszorgen (eerder) moeilijk te dragen zijn; bij het hoogste inkomenskwaartiel gaat het 'maar' om 6,3% van de huishoudens.

Er werd al gemeld dat de noodzaak gezondheidszorgen te moeten uitstellen vanwege financiële redenen als een extreme vorm van "burden" kan worden beschouwd. In 2018 geeft 9,1% van de huishoudens aan een noodzakelijk beroep op medische zorgen, tandverzorging, de aankoop van (voorgeschreven) geneesmiddelen of een bril, of een beroep op psychische zorgverlening te moeten uitstellen vanwege financiële redenen. Dit percentage is iets hoger, maar niet significant verschillend van het percentage teruggevonden in 2013 (8,4%). Het percentage huishoudens dat aangeeft gezondheidszorgen te moeten uitstellen is lager in het Vlaams Gewest (5,4%) dan in het Brussels (16,1%) en het Waals Gewest (12,8%). Ook hier zijn de meest kwetsbare huishoudens eenouderhuishoudens (22,6%), alleenstaanden (10,7%), huishoudens waarvan de

referentiepersoon een lage opleiding heeft genoten (13,6%) en huishoudens behorend tot het laagste inkomenskwintiel (18,4%).

Op basis van de informatie verzameld in een kwarteeuw gezondheidsenquêtes kan worden besloten dat – ondanks het universeel karakter van het zorgsysteem en ondanks alle beschermende maatregelen gericht op het beschermen van de meest kwetsbare groepen – een ‘harde’ kern van huishoudens bestaat die ondanks dit alles het moeilijk heeft met de eigen kosten voor gezondheidszorgen. Ondanks lichte veranderingen in de tijd, gaat het hier nog steeds om zo’n 10 à 15% precaire huishoudens. Een profiel van deze huishoudens is vrij makkelijk aan te maken: het risico om problemen te hebben met de eigen kosten voor gezondheidszorgen is het hoogst bij huishoudens met een beperkt inkomen, bij eenouderhuishoudens of alleenstaanden en is substantieel hoger bij huishoudens woonachtig in het Brussels en Waals Gewest.

SAMENVATTENDE TABELLEN

Tabel 1 | Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen in België 2001 – 2018

Percentage van de huishoudens ...	2001	2004	2008	2013	2018
voor wie de uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk te dragen zijn	-	-	-	-	15,1
die medische consumptie dienden uit te stellen vanwege financiële redenen	10,1	9,7	12,4	8,4	9,1

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2001, 2004, 2008, 2013, 2018

Tabel 2 | Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen in het Vlaams Gewest 2001 – 2018

Percentage van de huishoudens ...	2001	2004	2008	2013	2018
voor wie de uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk te dragen zijn	-	-	-	-	9,7
die medische consumptie dienden uit te stellen vanwege financiële redenen	5,7	5,0	9,6	4,8	5,4

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2001, 2004, 2008, 2013, 2018

Tabel 3 | Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen in het Brussels Gewest 2013 – 2018

Percentage van de huishoudens ...	2001	2004	2008	2013	2018
voor wie de uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk te dragen zijn	-	-	-	-	20,5
die medische consumptie dienden uit te stellen vanwege financiële redenen	21,9	22,5	23,5	22,5	16,1

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2001, 2004, 2008, 2013, 2018

Tabel 4 | Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen in het Waals Gewest 2013 – 2018

Percentage van de huishoudens ...	2001	2004	2008	2013	2018
voor wie de uitgaven voor gezondheidszorgen moeilijk te dragen zijn	-	-	-	-	22,0
die medische consumptie dienden uit te stellen vanwege financiële redenen	13,3	14,6	12,9	8,9	12,8

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2001, 2004, 2008, 2013, 2018

REFERENTIES

- (1) Iterna Institute De financiering van de gezondheidszorguitgaven in België, juni 2016
- (2) State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285064-nl>
- (3) Schokkaert,E; De gezondheidszorg in evolutie: KVAB uitdagingen en keuzes, KVAB Standpunt 43, 2016.
- (4) Nonneman W, van Doorslaer E. The role of the sickness funds in the Belgian health care market. Soc Sci Med 1994;39:1483-95.

LIJST VAN TABELLEN



Tabel B 1.	Percentage van de huishoudens dat aangeeft dat uitgaven voor gezondheidszorgen zwaar om dragen zijn, België	22
Tabel B 2.	Percentage van de huishoudens dat aangeeft dat uitgaven voor gezondheidszorgen zwaar om dragen zijn, Vlaams Gewest.....	23
Tabel B 3.	Percentage van de huishoudens dat aangeeft dat uitgaven voor gezondheidszorgen zwaar om dragen zijn, Brussels Gewest.....	24
Tabel B 4.	Percentage van de huishoudens dat aangeeft dat uitgaven voor gezondheidszorgen zwaar om dragen zijn, Waals Gewest.....	25
Tabel B 5.	Percentage van de huishoudens dat aangeeft medische consumptie te hebben moeten uitstellen, België.....	26
Tabel B 6.	Percentage van de huishoudens dat aangeeft medische consumptie te hebben moeten uitstellen, Vlaams Gewest	28
Tabel B 7.	Percentage van de huishoudens dat aangeeft medische consumptie te hebben moeten uitstellen, Brussels Gewest	29
Tabel B 8.	Percentage van de huishoudens dat aangeeft medische consumptie te hebben moeten uitstellen, Waals Gewest	30

Tabel B 1. Percentage van de huishoudens dat aangeeft dat uitgaven voor gezondheidszorgen zwaar om dragen zijn, België

AC_1		% (Ruw)	95% BI ruw	% (Corr*)	95% BI stand	N
GESLACHT	Mannen	12,5	(11,0-13,9)	11,8	(10,4-13,3)	3463
	Vrouwen	20,5	(18,1-22,9)	20,4	(18,1-22,9)	2024
LEEFTIJDGROEP	15 - 24	5,8	(0,5-11,0)	5,3	(2,1-12,7)	71
	25 - 34	11,3	(8,5-14,2)	11,1	(8,5-14,4)	689
	35 - 44	17,7	(14,0-21,4)	17,8	(14,3-22,0)	947
	45 - 54	18,1	(15,2-21,1)	18,1	(15,4-21,2)	1074
	55 - 64	16,4	(13,5-19,3)	16,6	(13,9-19,8)	1096
	65 - 74	13,6	(10,7-16,5)	13,4	(10,8-16,6)	847
	75 +	11,7	(8,7-14,8)	10,5	(8,0-13,7)	763
	OPLEIDINGS-NIVEAU	Lager/geen diploma	22,1	(16,8-27,3)	24,6	(19,2-31,0)
Lager secundair		20,8	(17,3-24,4)	21,3	(17,7-25,5)	768
Hoger secundair		17,9	(15,5-20,3)	16,8	(14,5-19,3)	1627
Hoger onderwijs		9,5	(7,9-11,1)	8,3	(6,9-9,9)	2489
EQUIVALENT INKOMEN	1° kwintiel	27,7	(24,0-31,5)	27,6	(23,8-31,7)	1034
	2° kwintiel	15,5	(12,7-18,3)	15,1	(12,5-18,2)	965
	3° kwintiel	15,5	(12,7-18,2)	14,2	(11,7-17,1)	994
	4° kwintiel	12,7	(10,1-15,3)	11,4	(9,1-14,2)	1030
	5° kwintiel	6,3	(3,8-8,9)	5,1	(3,3-7,6)	993
HUISHOUDTYPE	Alleenstaande	16,1	(13,9-18,2)	15,4	(13,2-17,7)	2033
	Eén ouder met kind	28,2	(23,0-33,3)	22,3	(17,6-27,7)	514
	Koppel zonder kind(eren)	10,7	(8,8-12,7)	11,8	(9,7-14,4)	1315
	Koppel met kind(eren)	12,8	(10,3-15,3)	11,8	(9,5-14,5)	1429
	Ander of niet gekend	25,9	(16,8-35,1)	25,7	(17,4-36,3)	196
VERBLIJFPLAATS	Vlaams Gewest	9,7	(8,2-11,3)	9,4	(8,0-11,0)	1974
	Brussels Gewest	20,5	(18,2-22,9)	19,0	(16,8-21,5)	1551
	Waals Gewest	22,0	(19,4-24,7)	20,8	(18,3-23,5)	1962
JAAR	2018	15,1	(13,8-16,4)	.	.	5487

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2018

*Correctie voor leeftijd en/of geslacht op basis van logistisch regressiemodel (Belgische bevolking van 2018 als referentie)

Tabel B 2. Percentage van de huishoudens dat aangeeft dat uitgaven voor gezondheidszorgen zwaar om dragen zijn, Vlaams Gewest

AC_1		% (Ruw)	95% BI ruw	% (Corr*)	95% BI stand	N
GESLACHT	Mannen	8,2	(6,5-9,9)	6,1	(4,9-7,6)	1329
	Vrouwen	13,5	(10,2-16,8)	10,6	(8,2-13,5)	645
LEEFTIJDSGROEP	15 - 24	0,0	.	0,0	(0,0-0,0)	12
	25 - 34	4,2	(1,4-7,0)	4,2	(2,1-8,1)	224
	35 - 44	9,4	(5,6-13,1)	9,5	(6,4-14,1)	315
	45 - 54	10,8	(7,3-14,3)	11,0	(7,9-15,1)	381
	55 - 64	11,8	(8,1-15,6)	12,3	(9,0-16,8)	407
	65 - 74	10,6	(6,5-14,8)	10,8	(7,3-15,7)	319
	75 +	9,6	(5,3-13,8)	8,8	(5,5-13,7)	316
	OPLEIDINGS-NIVEAU	Lager/geen diploma	19,3	(11,5-27,0)	16,3	(9,8-26,0)
Lager secundair		12,8	(8,3-17,3)	10,3	(6,9-15,1)	288
Hoger secundair		12,9	(9,9-16,0)	10,2	(7,9-13,0)	667
Hoger onderwijs		4,4	(2,9-6,0)	3,2	(2,2-4,7)	865
EQUIVALENT INKOMEN	1° kwintiel	19,6	(13,7-25,5)	16,0	(11,3-22,2)	269
	2° kwintiel	11,3	(8,0-14,6)	9,4	(6,8-12,7)	346
	3° kwintiel	9,8	(6,5-13,2)	7,4	(5,2-10,4)	373
	4° kwintiel	7,5	(4,5-10,6)	5,6	(3,6-8,6)	427
	5° kwintiel	3,7	(1,6-5,7)	2,4	(1,3-4,3)	433
HUISHOUDTYPE	Alleenstaande	11,5	(8,4-14,7)	8,6	(6,3-11,5)	628
	Eén ouder met kind	19,9	(13,1-26,7)	14,4	(9,4-21,4)	165
	Koppel zonder kind(eren)	7,0	(4,8-9,1)	5,2	(3,7-7,4)	600
	Koppel met kind(eren)	6,4	(4,0-8,8)	5,2	(3,4-7,8)	531
	Ander of niet gekend	25,7	(9,5-42,0)	22,4	(10,4-41,9)	50
JAAR	2018	9,7	(8,2-11,3)	.	.	1974

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2018

*Correctie voor leeftijd en/of geslacht op basis van logistisch regressiemodel (Belgische bevolking van 2018 als referentie)

Tabel B 3. Percentage van de huishoudens dat aangeeft dat uitgaven voor gezondheidszorgen zwaar om dragen zijn, Brussels Gewest

AC_1		% (Ruw)	95% BI ruw	% (Corr*)	95% BI stand	N
GESLACHT	Mannen	17,5	(14,8-20,2)	16,7	(14,0-19,7)	877
	Vrouwen	24,4	(20,4-28,5)	24,2	(20,5-28,2)	674
LEEFTIJDGROEP	15 - 24	7,5	(0,0-18,7)	6,7	(1,5-24,9)	23
	25 - 34	19,3	(12,8-25,7)	18,2	(13,0-24,9)	260
	35 - 44	22,6	(17,8-27,4)	21,8	(17,5-26,9)	338
	45 - 54	25,4	(19,7-31,2)	24,8	(19,5-30,8)	295
	55 - 64	18,4	(13,4-23,4)	17,8	(13,4-23,3)	272
	65 - 74	21,3	(15,0-27,6)	20,4	(14,9-27,2)	206
	75 +	15,1	(9,2-21,1)	13,7	(8,9-20,5)	157
	OPLEIDINGS-NIVEAU	Lager/geen diploma	21,8	(14,7-28,8)	21,8	(15,6-29,6)
Lager secundair		36,0	(26,7-45,3)	34,2	(25,3-44,3)	138
Hoger secundair		25,8	(20,1-31,6)	24,9	(20,0-30,6)	373
Hoger onderwijs		15,1	(12,5-17,7)	13,0	(10,6-15,9)	842
EQUIVALENT INKOMEN	1° kwintiel	31,0	(25,8-36,2)	29,9	(24,9-35,5)	363
	2° kwintiel	22,0	(16,8-27,2)	19,9	(15,3-25,6)	280
	3° kwintiel	21,8	(15,0-28,7)	19,7	(14,2-26,6)	295
	4° kwintiel	17,6	(12,5-22,6)	15,7	(11,6-21,1)	262
	5° kwintiel	7,1	(3,8-10,4)	5,9	(3,6-9,4)	255
HUISHOUDTYPE	Alleenstaande	17,6	(14,6-20,5)	17,0	(14,2-20,2)	706
	Eén ouder met kind	35,2	(24,4-46,0)	29,8	(20,5-41,1)	151
	Koppel zonder kind(eren)	17,6	(11,9-23,4)	18,1	(12,8-24,9)	241
	Koppel met kind(eren)	22,2	(17,6-26,8)	21,0	(16,5-26,4)	388
	Ander of niet gekend	17,8	(6,8-28,8)	17,0	(8,9-30,1)	65
JAAR	2018	20,5	(18,2-22,9)	.	.	1551

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2018

*Correctie voor leeftijd en/of geslacht op basis van logistisch regressiemodel (Belgische bevolking van 2018 als referentie)

Tabel B 4. Percentage van de huishoudens dat aangeeft dat uitgaven voor gezondheidszorgen zwaar om dragen zijn, Waals Gewest

AC_1		% (Ruw)	95% BI ruw	% (Corr*)	95% BI stand	N
GESLACHT	Mannen	18,6	(15,4-21,9)	17,3	(14,5-20,5)	1257
	Vrouwen	28,4	(23,8-33,0)	28,1	(23,7-32,8)	705
LEEFTIJDGROEP	15 - 24	7,1	(0,0-14,6)	7,0	(2,3-19,4)	36
	25 - 34	18,1	(11,0-25,2)	18,0	(12,0-26,2)	205
	35 - 44	28,5	(19,7-37,3)	29,0	(20,7-38,9)	294
	45 - 54	27,4	(21,0-33,7)	26,9	(21,3-33,4)	398
	55 - 64	23,0	(17,4-28,5)	22,9	(17,9-28,9)	417
	65 - 74	16,6	(11,7-21,4)	16,2	(11,9-21,7)	322
	75 +	15,2	(10,1-20,3)	13,6	(9,6-19,0)	290
	OPLEIDINGS-NIVEAU	Lager/geen diploma	25,7	(16,2-35,1)	30,2	(20,9-41,3)
Lager secundair		29,0	(22,5-35,5)	28,8	(22,4-36,2)	342
Hoger secundair		24,5	(19,8-29,3)	22,1	(18,0-26,9)	587
Hoger onderwijs		15,6	(11,5-19,8)	13,5	(10,3-17,5)	782
EQUIVALENT INKOMEN	1° kwintiel	35,5	(28,9-42,1)	35,0	(28,6-42,1)	402
	2° kwintiel	19,9	(13,9-25,9)	18,6	(13,5-25,1)	339
	3° kwintiel	22,2	(16,6-27,8)	20,2	(15,2-26,2)	326
	4° kwintiel	21,4	(15,3-27,4)	19,1	(14,0-25,4)	341
	5° kwintiel	11,9	(4,3-19,6)	9,3	(4,8-17,1)	305
HUISHOUDTYPE	Alleenstaande	22,1	(18,0-26,3)	21,5	(17,4-26,3)	699
	Eén ouder met kind	35,0	(25,6-44,5)	25,7	(17,8-35,7)	198
	Koppel zonder kind(eren)	16,8	(12,3-21,2)	19,7	(14,8-25,6)	474
	Koppel met kind(eren)	21,0	(14,8-27,2)	17,5	(12,6-23,8)	510
	Ander of niet gekend	30,9	(17,0-44,7)	28,8	(17,5-43,4)	81
JAAR	2018	22,0	(19,4-24,7)	.	.	1962

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2018

*Correctie voor leeftijd en/of geslacht op basis van logistisch regressiemodel (Belgische bevolking van 2018 als referentie)

Tabel B 5. Percentage van de huishoudens dat aangeeft medische consumptie te hebben moeten uitstellen, België

AC_2		% (Ruw)	95% BI ruw	% (Corr*)	95% BI stand	N
GESLACHT	Mannen	7,0	(5,9-8,0)	6,0	(5,1-7,1)	3464
	Vrouwen	13,4	(11,5-15,3)	12,9	(11,2-15,0)	2027
LEEFTIJDGROEP	15 - 24	8,0	(1,3-14,7)	7,0	(2,8-16,3)	72
	25 - 34	9,1	(6,6-11,7)	8,8	(6,6-11,6)	689
	35 - 44	10,8	(8,3-13,4)	10,7	(8,4-13,6)	948
	45 - 54	12,8	(10,3-15,4)	12,6	(10,2-15,4)	1076
	55 - 64	9,9	(7,7-12,1)	9,9	(7,9-12,4)	1096
	65 - 74	7,5	(5,1-9,8)	7,2	(5,2-9,8)	847
	75 +	2,8	(1,7-3,9)	2,3	(1,5-3,5)	763
OPLEIDINGS-NIVEAU	Lager/geen diploma	13,6	(9,3-17,9)	17,4	(12,8-23,2)	479
	Lager secundair	13,3	(10,2-16,3)	13,4	(10,4-17,1)	769
	Hoger secundair	10,6	(8,8-12,4)	8,7	(7,2-10,4)	1628
	Hoger onderwijs	5,5	(4,5-6,5)	4,0	(3,2-5,0)	2489
EQUIVALENT INKOMEN	1° kwintiel	18,4	(15,3-21,5)	18,0	(14,8-21,6)	1036
	2° kwintiel	10,8	(8,3-13,3)	10,0	(7,8-12,6)	965
	3° kwintiel	11,2	(8,7-13,6)	9,2	(7,2-11,7)	994
	4° kwintiel	5,0	(3,4-6,5)	3,9	(2,8-5,3)	1030
	5° kwintiel	2,5	(1,5-3,5)	1,7	(1,1-2,6)	993
HUISHOUDTYPE	Alleenstaande	10,7	(9,0-12,4)	10,3	(8,6-12,2)	2036
	Eén ouder met kind	22,6	(17,7-27,6)	15,5	(11,5-20,5)	514
	Koppel zonder kind(eren)	4,8	(3,4-6,2)	5,3	(3,8-7,3)	1315
	Koppel met kind(eren)	6,7	(5,2-8,2)	5,2	(4,0-6,7)	1429
	Ander of niet gekend	9,0	(4,6-13,4)	7,6	(4,5-12,5)	197
VERBLIJFPLAATS	Vlaams Gewest	5,4	(4,3-6,4)	4,9	(4,0-6,0)	1975
	Brussels Gewest	16,1	(13,8-18,3)	13,0	(11,0-15,2)	1552
	Waals Gewest	12,8	(10,7-14,8)	11,1	(9,3-13,2)	1964
JAAR	2001	10,1	(9,1-11,1)	9,9	(8,9-10,9)	5351
	2004	9,7	(8,7-10,7)	9,1	(8,2-10,2)	5971
	2008	12,4	(11,3-13,6)	11,8	(10,7-13,0)	5383
	2013	8,4	(7,4-9,4)	7,8	(6,8-8,8)	4881
	2018	9,1	(8,1-10,0)	8,3	(7,4-9,2)	5491

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2018

*Correctie voor leeftijd en/of geslacht op basis van logistisch regressiemodel (Belgische bevolking van 2018 als referentie)

Tabel B 6. Percentage van de huishoudens dat aangeeft medische consumptie te hebben moeten uitstellen, Vlaams Gewest

AC_2		% (Ruw)	95% BI ruw	% (Corr*)	95% BI stand	N
GESLACHT	Mannen	4,1	(3,0-5,3)	2,5	(1,8-3,5)	1329
	Vrouwen	8,3	(5,9-10,6)	6,1	(4,5-8,1)	646
LEEFTIJDSGROEP	15 - 24	0,0	.	0,0	(0,0-0,0)	12
	25 - 34	2,1	(0,4-3,8)	2,1	(0,9-4,6)	224
	35 - 44	4,5	(2,2-6,8)	4,5	(2,7-7,4)	316
	45 - 54	8,7	(5,5-11,8)	8,7	(6,0-12,6)	381
	55 - 64	7,4	(4,7-10,0)	7,7	(5,3-10,9)	407
	65 - 74	6,3	(2,9-9,7)	6,3	(3,7-10,4)	319
	75 +	1,4	(0,2-2,6)	1,1	(0,5-2,8)	316
	OPLEIDINGS-NIVEAU	Lager/geen diploma	9,9	(4,3-15,5)	9,6	(5,1-17,3)
Lager secundair		8,3	(4,7-11,9)	6,3	(3,8-10,2)	288
Hoger secundair		6,7	(4,6-8,8)	4,1	(3,0-5,7)	667
Hoger onderwijs		2,7	(1,5-3,8)	1,4	(0,9-2,3)	865
EQUIVALENT INKOMEN	1° kwintiel	11,7	(7,1-16,2)	8,6	(5,5-13,1)	270
	2° kwintiel	6,3	(3,9-8,7)	4,5	(2,9-7,0)	346
	3° kwintiel	7,6	(4,6-10,6)	4,7	(3,1-7,0)	373
	4° kwintiel	3,3	(1,5-5,1)	1,8	(1,0-3,3)	427
	5° kwintiel	1,6	(0,5-2,8)	0,8	(0,4-1,7)	433
HUISHOUDTYPE	Alleenstaande	7,2	(5,0-9,5)	5,0	(3,5-7,2)	628
	Eén ouder met kind	12,6	(7,1-18,2)	6,4	(3,6-11,2)	165
	Koppel zonder kind(eren)	2,6	(1,2-4,0)	1,7	(0,9-3,2)	600
	Koppel met kind(eren)	4,3	(2,6-6,0)	2,6	(1,6-4,3)	531
	Ander of niet gekend	3,3	(0,0-8,0)	2,2	(0,5-8,8)	51
JAAR	2001	5,7	(4,5-7,0)	5,9	(4,7-7,3)	1762
	2004	5,0	(3,8-6,2)	5,0	(4,0-6,4)	1986
	2008	9,6	(7,9-11,3)	9,6	(8,1-11,5)	1827
	2013	4,8	(3,5-6,0)	4,7	(3,5-6,1)	1593
	2018	5,4	(4,3-6,4)	5,0	(4,1-6,2)	1975

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2018

*Correctie voor leeftijd en/of geslacht op basis van logistisch regressiemodel (Belgische bevolking van 2018 als referentie)

Tabel B 7. Percentage van de huishoudens dat aangeeft medische consumptie te hebben moeten uitstellen, Brussels Gewest

AC_2		% (Ruw)	95% BI ruw	% (Corr*)	95% BI stand	N
GESLACHT	Mannen	13,3	(10,8-15,9)	11,9	(9,6-14,7)	878
	Vrouwen	19,5	(15,7-23,4)	18,2	(14,9-22,1)	674
LEEFTIJDGROEP	15 - 24	16,2	(0,0-32,5)	14,6	(4,9-36,0)	23
	25 - 34	18,2	(11,6-24,8)	17,2	(11,9-24,1)	260
	35 - 44	17,5	(13,2-21,9)	16,8	(13,0-21,5)	338
	45 - 54	19,2	(14,2-24,2)	18,5	(14,1-24,0)	296
	55 - 64	14,9	(9,9-19,9)	14,4	(10,1-20,0)	272
	65 - 74	11,6	(6,3-16,8)	10,9	(6,8-17,1)	206
	75 +	8,3	(3,5-13,1)	7,4	(4,1-13,0)	157
	OPLEIDINGS-NIVEAU	Lager/geen diploma	19,5	(12,5-26,6)	19,3	(13,1-27,5)
Lager secundair		23,3	(15,0-31,5)	21,0	(14,1-30,2)	138
Hoger secundair		21,2	(15,6-26,8)	18,4	(14,1-23,7)	374
Hoger onderwijs		11,7	(9,3-14,1)	9,3	(7,2-12,0)	842
EQUIVALENT INKOMEN	1° kwintiel	25,0	(20,1-29,9)	22,7	(18,1-28,1)	364
	2° kwintiel	16,9	(12,0-21,7)	14,5	(10,4-19,7)	280
	3° kwintiel	18,7	(12,1-25,4)	15,9	(11,0-22,4)	295
	4° kwintiel	10,7	(6,4-15,1)	9,0	(5,8-13,6)	262
	5° kwintiel	4,1	(1,5-6,8)	3,2	(1,7-6,0)	255
HUISHOUDTYPE	Alleenstaande	16,8	(13,7-19,8)	15,4	(12,6-18,6)	707
	Eén ouder met kind	26,4	(15,6-37,2)	20,5	(12,8-31,3)	151
	Koppel zonder kind(eren)	8,1	(4,4-11,8)	8,2	(5,1-13,0)	241
	Koppel met kind(eren)	15,2	(11,1-19,4)	13,2	(9,5-18,1)	388
	Ander of niet gekend	14,2	(3,9-24,6)	12,4	(5,9-24,4)	65
JAAR	2001	21,9	(19,0-24,9)	20,7	(18,1-23,7)	1451
	2004	17,2	(15,1-19,3)	15,7	(13,8-17,8)	1747
	2008	23,5	(21,1-26,0)	21,6	(19,3-24,1)	1638
	2013	22,5	(19,7-25,3)	20,5	(17,9-23,2)	1381
	2018	16,1	(13,8-18,3)	14,2	(12,3-16,4)	1552

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2018

*Correctie voor leeftijd en/of geslacht op basis van logistisch regressiemodel (Belgische bevolking van 2018 als referentie)

Tabel B 8. Percentage van de huishoudens dat aangeeft medische consumptie te hebben moeten uitstellen, Waals Gewest

AC_2		% (Ruw)	95% BI ruw	% (Corr*)	95% BI stand	N
GESLACHT	Mannen	10,1	(7,8-12,4)	8,5	(6,6-10,9)	1257
	Vrouwen	17,7	(13,7-21,6)	16,8	(13,4-20,8)	707
LEEFTIJDSGROEP	15 - 24	3,2	(0,0-6,9)	3,1	(1,0-9,6)	37
	25 - 34	14,9	(8,4-21,3)	14,6	(9,3-22,3)	205
	35 - 44	17,7	(11,2-24,1)	17,8	(12,2-25,3)	294
	45 - 54	17,3	(12,0-22,6)	16,6	(12,1-22,4)	399
	55 - 64	12,5	(8,0-17,1)	12,3	(8,6-17,3)	417
	65 - 74	8,4	(4,7-12,0)	7,9	(5,0-12,4)	322
	75 +	4,1	(1,7-6,6)	3,5	(1,8-6,4)	290
	OPLEIDINGS-NIVEAU	Lager/geen diploma	15,9	(7,5-24,3)	21,7	(13,1-33,6)
Lager secundair		18,2	(12,5-24,0)	16,8	(11,7-23,5)	343
Hoger secundair		14,6	(10,7-18,5)	11,2	(8,4-14,8)	587
Hoger onderwijs		7,5	(5,1-9,9)	5,4	(3,7-7,8)	782
EQUIVALENT INKOMEN	1° kwintiel	23,3	(17,6-29,0)	22,2	(16,6-28,9)	402
	2° kwintiel	15,9	(10,1-21,7)	14,0	(9,5-20,0)	339
	3° kwintiel	13,9	(9,0-18,8)	11,1	(7,3-16,5)	326
	4° kwintiel	6,4	(2,9-9,8)	4,7	(2,6-8,1)	341
	5° kwintiel	3,8	(1,4-6,2)	2,3	(1,2-4,5)	305
HUISHOUDTYPE	Alleenstaande	13,1	(9,8-16,4)	12,9	(9,8-16,8)	701
	Eén ouder met kind	32,8	(23,2-42,3)	22,8	(14,8-33,3)	198
	Koppel zonder kind(eren)	8,6	(4,9-12,2)	9,8	(6,2-15,1)	474
	Koppel met kind(eren)	8,1	(4,9-11,4)	5,4	(3,4-8,4)	510
	Ander of niet gekend	14,4	(4,5-24,4)	11,6	(5,6-22,7)	81
JAAR	2001	13,3	(11,5-15,2)	12,6	(10,8-14,5)	2138
	2004	14,6	(12,4-16,8)	13,4	(11,4-15,6)	2238
	2008	12,9	(10,9-14,8)	11,8	(10,0-13,8)	1918
	2013	8,9	(7,0-10,8)	7,9	(6,3-10,0)	1907
	2018	12,8	(10,7-14,8)	11,4	(9,6-13,4)	1964

Bron: Gezondheidsenquête, België, 2018

*Correctie voor leeftijd en/of geslacht op basis van logistisch regressiemodel (Belgische bevolking van 2018 als referentie)

CONTACT

Stefaan Demarest • T+32 2 642 57 94 • Stefaan.demarest@sciensano.be

MEER INFO

—

Bezoek onze website
>www.sciensano.be of
contacteer ons op
>info@sciensano.be

Sciensano • Juliette Wytsmanstraat 14 • Brussel • België • T + 32 2 642 51 11 • T pers + 32 2 642 54 20 • info@sciensano.be • www.sciensano.be

Verantwoordelijke uitgever: Christian Léonard, Algemeen directeur • Juliette Wytsmanstraat 14 • Brussel • België • D/2020/14.440/15