

HET PROFIEL VAN NIET- GEBRUIKERS VAN GEZONDHEIDSZORG EN UITSTEL VAN ZORG OMWILLE VAN COVID-19

Een cross-sectionele bevraging bij leden van de
Onafhankelijke Ziekenfondsen



Een uitgave van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Lenniksebaan 788A - 1070 Brussel

T 02 778 92 11

commu@mloz.be

—

Redactie > Luk Bruyneel, Wies Kestens, Güngör Karakaya, Ludo Vandenthoren, Murielle Lona,
Lynn Pellens, Filip Bonnevalle, Jurian Cuppen, Thibault Voglaire, Melanie Schmidt

www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, september 2021

(Ondernemingsnummer 411 766 483)

HET PROFIEL VAN NIET-GEBRUIKERS VAN GEZONDHEIDSZORG EN UITSTEL VAN ZORG OMWILLE VAN COVID-19

Een cross-sectionele bevraging bij leden van de
Onafhankelijke Ziekenfondsen

Inhoud

01.	Inleiding	4
02.	Methodologie	6
03.	Resultaten.....	10
04.	Discussie	19
05.	Conclusie.....	19
06.	Aanbevelingen	23
07.	Referenties	25
08.	Appendix : enquête	26
09.	Notities	29

01.

INLEIDING

De Belg kent heel wat zorggebruik. Zo had 81 % van de Belgen in 2018 minstens 1 contact met de huisarts, ging 62 % in 2019 minstens 1 keer naar een arts-specialist, en had 55 % minstens 2 contacten met een tandarts in 2 verschillende jaren in de periode 2016-2018 (Intermutualistisch Agentschap, 2020). Er is echter sprake van uitgesproken variatie tussen individuen of subpopulaties wat gezondheid en gebruik van gezondheidszorg betreft. Recente studies van de Onafhankelijke Ziekenfondsen tonen bijvoorbeeld aan dat aan het ene uiterste 5 % van de bevolking ongeveer 59 % van de gezondheidsuitgaven binnen de verplichte ziekteverzekering voor haar rekening neemt (Kestens, 2021), terwijl aan het andere uiterste ongeveer 5 % van de verzekerde bevolking geen enkel beroep doet op terugbetaalde gezondheidszorg (Karakaya, 2020).

De geneeskundige verzorging die men nodig heeft (en waar men al dan niet een beroep op doet) wordt verklaard door een brede waaier aan factoren. Vanzelfsprekend speelt de gezondheidstoestand een belangrijke rol. Bijvoorbeeld, onder de 5 % grote gebruikers van gezondheidszorg bevinden zich heel wat personen met een chronische ziekte (Kestens, 2021). Daarnaast wordt een mogelijke verklaring voor variatie in zorgconsumptie vaak gezocht in de onbillijkheden binnen de maatschappij en het gezondheidszorgsysteem. Recente rapporten door het European Social Observatory (2020) en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2020) onderstrepen dat België het opvallend slecht doet in vergelijking met andere Europese landen qua zorggebruik en uitstel van zorg binnen de laagste inkomens, ondanks meerdere beschermingsmaatregelen. Afstand doen van gezondheidszorg omwille van financiële barrières werd door Després (2013) gecapteerd onder de term *barrier-renunciation*, t.t.z. individuen worden geconfronteerd met een omgeving van beperkingen die de toegang tot de gewenste zorg verhinderen. Naast financiële beperkingen vallen ook fysieke afstand tot de zorgverlener of tijdsgebrek onder *barrier-renunciation* (Bertier et al., 2021).

Després (2013) spreekt naast *barrier-renunciation* ook van *refusal-renunciation*, een uiting van de autonomie van de patiënt ten opzichte van de conventionele geneeskunde (en een beweging naar zelfzorg of alternatieve geneeskunde) die gekenmerkt wordt door de weigering van specifieke therapieën, of een meer radicale, definitieve vorm van weigering wanneer het zoeken naar een behandeling als onnodig wordt ervaren. Deze vorm van het verzaken aan gezondheidszorg wordt geïllustreerd in een studie van Baggio en collega's bij 35.000 Franse jongvolwassenen in het hoger onderwijs. 'Wachten tot het beter zou gaan' en 'voorkeur voor zelfzorg/zelfmedicatie' waren de 2 voornaamste redenen om aan zorg te verzaken, voor financiële aspecten, tijdsgebrek en angst. Zoals de auteurs zelf reeds aangeven, kunnen de bevindingen echter moeilijk gegeneraliseerd worden gezien de specifieke focus op studenten, die beter opgeleid zijn en over meer financiële middelen beschikken dan een gemiddelde populatie.

De huidige literatuur omtrent het verzaken aan gezondheidszorg is beperkt omdat de focus vaak sterk ligt op *barrier-renunciation*, omdat vaak slechts bepaalde domeinen van gezondheidszorg bestudeerd worden, of omdat het vaak specifieke subgroepen van de populatie zijn die onderzocht worden. Deze beperkingen verhinderen generaliseerbaarheid van de bevindingen.

Het doel van deze studie is om individuele factoren ter verklaring van niet-gebruik van gezondheidszorg beter te kunnen inschatten. Dit zal toelaten meer effectieve sensibiliseringsacties op poten te zetten en de toegankelijkheid en beschikbaarheid van gezondheidsdiensten te verbeteren. In dergelijke evaluatie dient de huidige context meegenomen te worden; mensen hebben mogelijk zorg uitgesteld specifiek omwille van de COVID-19-gezondheids crisis en de hieraan gerelateerde gezondheidsmaatregelen. Een studie in 26 Europese landen toonde aan dat twaalf procent van de Belgische 50-plussers medische zorg heeft uitgesteld omwille van COVID-19, wat overeenkwam met het gemiddelde in de andere landen. 35 % gaf aan dat geplande zorg werd uitgesteld (Europees gemiddelde = 25 %) en 9 % gaf aan dat het onmogelijk was om een afspraak te krijgen of behandeling op te starten (Europees gemiddelde = 5 %). Deze cijfers lagen bovendien hoger bij financieel kwetsbare groepen (Arnault et al., 2021).

Om individuele factoren ter verklaring van niet-gebruik van gezondheidszorg te kunnen inschatten, vallen we terug op het veelgebruikte gedragsmodel van Andersen omtrent het gebruik van gezondheidsdiensten. Dit werd specifiek ontwikkeld met als doel een billijke toegang tot de gezondheidszorg te meten en definiëren, te helpen bij de opstelling van een beleid rond promotie van billijke toegang tot de zorg, en te helpen begrijpen waarom gezinnen gezondheidsdiensten gebruiken (Andersen, 1995). Het model stelt dat gezondheidsgedragingen en -uitkomsten worden bepaald door contextuele en individuele kenmerken, die beide bestaan uit predisponerende factoren, faciliterende factoren en noden. We komen uitgebreid terug op dit model wanneer we onze studievariabelen beschrijven. Hoewel het model al decennia lang meegaat, is het opvallend dat de meerderheid van de studies die zich baseren op dit model, gebruik maakten van secundaire data, en daardoor vaak slechts een beperkte set aan variabelen meenamen in de analyse, zo blijkt uit een systematisch literatuuronderzoek (Babitsch et al., 2012).

Het hoofddoel van deze studie is om nieuwe inzichten te verwerven in individuele kenmerken en gezondheidsgedragingen om het niet-gebruik van gezondheidszorg te verklaren. Onze focus ligt op individuele predisponerende kenmerken, faciliterende kenmerken, noden en gezondheidszorggedragingen die aan de basis liggen van zorggebruik. Daarnaast brengen we hulpafwijzend gedrag in relatie tot het niet-gebruik van gezondheidszorg in kaart. Als neven doel beschrijven we het percentage personen dat zorg uitstelde omwille van COVID-19, en welke zorg precies werd uitgesteld.

02.

METHODOLOGIE

STUDIEDESIGN

Voor deze studie wordt primaire dataverzameling opgezet. De onderzoeksoepzet betreft een prospectieve cross-sectionele observationele studie. Gebruikers en niet-gebruikers van geneeskundige verzorging worden geïdentificeerd op basis van administratieve gegevens en vervolgens uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen aan de hand waarvan we een antwoord willen bieden op onze onderzoeksvragen.

STUDIEPOPULATIE

Ter voorbereiding van het uitsturen van de vragenlijst werden gebruikers en niet-gebruikers geïdentificeerd op basis van terugbetalingsgegevens van alle leden (n=2.284.897) van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor het verstrekkingjaar 2020. We willen immers een voldoende grote groep gebruikers en niet-gebruikers bereiken, hetgeen weinig waarschijnlijk is als we een willekeurige steekproef zouden nemen op basis van onze administratieve gegevens. De identificatie vond plaats in de eerste week van januari 2021. We identificeerden 212.151 niet-gebruikers (9,3 %) en 2.072.746 gebruikers (90,7 %). Op beide groepen pasten we vervolgens volgende exclusiecriteria toe: jonger dan 18 jaar of ouder dan 80 jaar, geen gerechtigde, geen e-mailadres, woonachtig in het buitenland, chronisch ziek, hospitalisatie. Hierna bleven 69.962 niet-gebruikers en 693.820 gebruikers over. Nadien werden alle personen uitgesloten voor wie het opgegeven e-mailadres meer dan 1 keer voorkwam in de gegevensset. Hierna bleven 64.547 niet-gebruikers en 630.772 gebruikers over. Enkele van hun predisponerende (geslacht, leeftijd) en faciliterende (verhoogde verzekeringstegemoetkoming) factoren op basis van administratieve gegevens worden weergegeven in Tabel 1. Bij de niet-gebruikers zien we significant meer mannen dan vrouwen, meer jongere personen dan oudere personen, en meer personen met recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming. Onder bepaalde inkomensvoorwaarden kan een persoon aanspraak maken op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming. Dankzij deze verhoogde verzekeringstegemoetkoming zijn raadplegingen, geneesmiddelen, hospitalisaties, etc. goedkoper.

Tabel 1. Karakteristieken van de geïdentificeerde gebruikers en niet-gebruikers van geneeskundige verzorging in 2020

Parameter	Gebruikers (n=648.300)	Niet-gebruikers (n=64.547)	Vershil niet-gebruikers versus gebruikers
Geslacht			
Vrouw	316.019 (50,1 %)	17.946 (27,8 %)	$\chi^2=11662$, $p<0.0001$
Man	314.753 (49,9 %)	46.601 (72,2 %)	
Leeftijd			
Gemiddelde (SD)	42 (12,8)	39,5 (12,1)	$t=47$, $p<0.0001$
Verhoogde verzekeringstegemoetkoming			
Ja	40.910 (6,5 %)	4578 (7,1 %)	$\chi^2=35$, $p<0.0001$
Nee	589.862 (93,5 %)	59.969 (92,9 %)	

Om een gebalanceerde groep gebruikers en niet-gebruikers van telkens 64.547 personen te verkrijgen, werd op de groep gebruikers randomisatie toegepast. Vervolgens werden

alle geïdentificeerde gebruikers (n=64.547) en niet-gebruikers (n=64.547) uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen aan de hand waarvan we onze onderzoeksvragen wilden beantwoorden. De uitnodiging vond plaats midden januari 2021. Bij de uitnodiging werd men op de hoogte gebracht van het doel van de studie, maar het werd niet kenbaar gemaakt of men was geïdentificeerd als gebruiker dan wel als niet-gebruiker van geneeskundige verzorging. Men kreeg een maand de tijd om de vragenlijst in te vullen. Het was niet mogelijk om op basis van de vragenlijst respondenten te identificeren en opnieuw te linken aan de administratieve gegevens.

STUDIEVARIABLEN

De volledige vragenlijst is beschikbaar in Appendix 1.

Gebruik van geneeskundige verzorging

Het al dan niet gebruiken van geneeskundige verzorging is de primaire uitkomstmaat van deze studie. Aangezien onze administratieve gegevens mogelijk onvolledig zijn, werd het onderscheid tussen gebruikers en niet-gebruikers niet gemaakt op basis hiervan, maar aan de hand van het antwoord op de vraag of men in de voorbije 12 maanden een consultatie had bij een zorgverlener (huisarts, arts-specialist, psychiater, psycholoog, tandarts, kinesitherapeut, alternatieve therapeut, gynaecoloog, of een andere zorgverlener). Op basis hiervan maakten we het onderscheid tussen de gebruikers, dit zijn de personen die een consultatie hadden bij minstens een van deze zorgverleners (behalve een alternatieve therapeut), enerzijds, en de niet-gebruikers, met name de personen die bij geen enkele van deze zorgverleners een consultatie hadden, anderzijds.

Daarnaast brengen we aan de hand van de vragenlijst zogenaamd hulpafwijzend gedrag in kaart. We bevroegen de frequentie waarmee men een afspraak maakt met een aantal zorgverleners (huisarts, art-specialist, psychiater, psycholoog, tandarts, kinesitherapeut, alternatieve therapeut, gynaecoloog) en of men zelfs bij problemen geen beroep doet op deze zorgverleners.

Voor de volledigheid geven we mee dat ook het opvolgen van het vaccinatieschema en het deelnemen aan preventieve onderzoeken werden bevroegd. De analyses met betrekking hiertoe maken deel uit van een vervolgrapport.

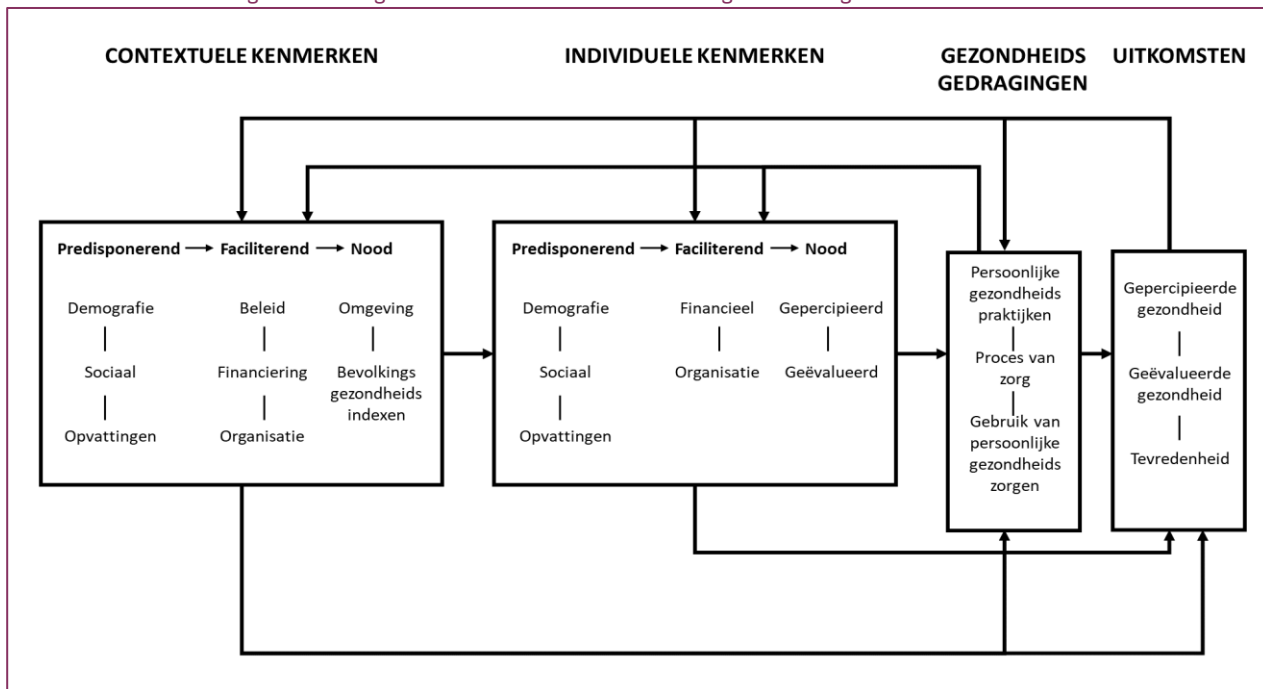
Uitstel van zorg door COVID-19

Uitstel van zorg omwille van COVID-19 werd bevroegd aangezien dit een belangrijke rol speelde in het gebruik van gezondheidszorg in 2020. Er werd gevraagd of een bezoek bij een zorgverlener werd uitgesteld omwille van de coronacrisis en welk type verzorging werd uitgesteld (voor details zie Appendix 1). In combinatie met de bovenstaande vraag over het gebruik van gezondheidszorg laat dit toe om respondenten te klasseren als gebruikers, niet-gebruikers, en niet-gebruikers omwille van COVID-19.

Verklarende variabelen voor het (niet-)gebruik van gezondheidszorg

Via de online vragenlijst werd een uitgebreide set van studiev variabelen gemeten die mogelijk het (niet-)gebruik van gezondheidszorg verklaren. Onze studiev variabelen hebben betrekking tot individuele kenmerken en gezondheidsgedragingen, cf. de meest recente herziening van het gedragsmodel van Andersen (Figuur 1) (Andersen et al., 2013).

Figuur 1. Gedragsmodel van Andersen omtrent het gebruik van gezondheidsdiensten



In wat volgt geven we onze studievariabelen een plaats in het model van Andersen.

Individuele kenmerken

- Predisponerende kenmerken
 - Demografische kenmerken (i.e. biologische kenmerken):
 - Geslacht
 - Leeftijd
 - Sociale factoren (i.e. de status van een persoon in de gemeenschap, evenals zijn of haar vermogen om met problemen om te gaan en over middelen te beschikken om met die problemen om te gaan):
 - Werkstatuut
 - Woonsituatie
 - Gezondheidsopvattingen (i.e. houdingen, waarden en kennis die mensen hebben over gezondheid en gezondheidsdiensten die hun latere perceptie van de behoefte en het gebruik van gezondheidsdiensten kunnen beïnvloeden)
 - Informatie is makkelijk te vinden en te begrijpen
 - Moeite om uitleg van zorgverleners te begrijpen
 - Bang omwille van onderzoeken die gebeuren
 - Bang omwille van mogelijke resultaten
 - Bang omwille van de coronacrisis
- Faciliterende kenmerken
 - Financiële aspecten (inkomen en vermogen beschikbaar voor het individu om voor diensten te betalen)
 - Gezinsinkomen
 - Reeds een raadpleging uitgesteld omwille van financiële redenen
 - Reeds verzorging uitgesteld omwille van financiële redenen
 - Organisatie (of de persoon al dan niet een reguliere zorgbron heeft, alsook vervoermiddelen en gemelde reistijd en wachttijd voor zorg)
 - Lange wachttijd voor de zorgverlener die men wil raadplegen
 - Weten bij welke zorgverlener men terecht kan

- Noden
 - Gepercipieerd (hoe mensen hun eigen algemene gezondheid en functionele toestand zien; en hoe ze symptomen van ziekte, pijn en zorg over hun gezondheidstoestand ervaren en er emotioneel op reageren. Alsook percepties over het belang en de omvang van een gezondheidsprobleem)
 - Zelf-gepercipieerde fysieke en mentale gezondheid
 - Zelf-gepercipieerde gezondheid en of het nodig is een zorgverlener te zien
 - Geëvalueerd (professioneel oordeel en objectieve meting over de fysieke toestand van een patiënt en de behoefte aan medische zorg)
 - Aanwezigheid van een chronische ziekte

Gezondheidsgedragingen

- Persoonlijke gezondheidspraktijken (gedragingen van de kant van het individu die de gezondheidsstatus beïnvloeden, alsook zelfzorg en therapietrouw)
 - Levensstijl: alcoholconsumptie, roken, sporten, nuttigen gezonde voeding
 - Weten hoe zichzelf te verzorgen indien ziek
 - Eerst informatie zoeken alvorens een zorgverlener te raadplegen
 - Liever wachten tot men zich beter voelt
 - Alternatieve behandelingswijzen verkiezen
 - Geen tijd voor een afspraak, onderzoek of behandeling

Statistische analyse

Eerst vindt een re-identificatie plaats van het gebruik van gezondheidszorg op basis van de antwoorden van onze respondenten op de desbetreffende vraag.

Vervolgens beschrijven we het uitstel van zorg door COVID-19. Nadien sluiten we respondenten uit die geïdentificeerd worden als niet-gebruikers omwille van COVID-19. Immers, personen die zorg hebben uitgesteld enkel en alleen omwille van COVID-19 vormen niet de oorspronkelijke doelgroep van dit onderzoek.

Vervolgens beschrijven we de associatie tussen het (niet-)gebruik van gezondheidszorg en hulpafwijzend gedrag.

Tot slot beschrijven we de mogelijke verklarende variabelen voor het gebruik van gezondheidszorg voor de gehele steekproef en voor gebruikers en niet-gebruikers apart. In de beschrijving houden we de structuur aan van het model van Andersen.

Statistisch significante verschillen tussen gebruikers en niet-gebruikers worden eerst onderzocht voor elke mogelijke verklarende variabele op zich, via de chikwadraattoets voor nominale variabelen (bijvoorbeeld geslacht) en de Mann-Whitney U toets voor ordinale variabelen (bijvoorbeeld inkomen). Nadien worden associaties getoetst via een stapsgewijze meervoudige logistische regressie. De variabelen worden eerst meervoudig getoetst binnen de component van het model van Andersen. Nadien worden alle overblijvende variabelen uit de verschillende componenten opnieuw meervoudig getest. De resultaten hiervan worden weergegeven als kansverhoudingen (odds ratios of OR) en hun betrouwbaarheidsintervallen (BI). Enkel de resultaten voor de variabelen die statistisch significant zijn worden weergegeven in de resultaten met betrekking tot de meervoudige regressieanalyse. Voor het statistisch significantieniveau houden we een drempelwaarde aan van $\alpha=0.05$. Alle analyses werden verricht in SAS 9.4.

03.

RESULTATEN

OPSCHONEN VAN GEGEVENS EN RESPONSGRAAD

Voorafgaand aan de analyses met betrekking tot de onderzoeksvragen werd de dataset gecreëerd met enkel valide en volledig ingevulde enquêtes. Van de 129.094 aangeschreven personen vulden 6.595 de vragenlijst volledig in (responsgraad = 5,1 %). Hiervan werden 107 vragenlijsten niet meegenomen in de analyse omdat men op de vragen over uitstel van zorg omwille van COVID-19 of de vragen omtrent percepties en argumenten over gezondheidszorg steeds dezelfde antwoordcategorieën had aangeduid. Dit wijst er naar alle waarschijnlijkheid op dat men de vragenlijst zonder veel aandacht heeft ingevuld. Tot slot werden 45 personen verwijderd die aangaven in de voorbije maanden enkel een consultatie te hebben gehad bij een alternatieve therapeut. Finaal werden 6.443 vragenlijsten weerhouden voor analyse. De responsgraad lag bijna dubbel zo hoog bij personen die op basis van de administratieve gegevens werden geïdentificeerd als gebruikers (4.120/64.547, 6,4 %) in vergelijking met niet-gebruikers (2.176/64.547, 3,4 %) van gezondheidszorg. Vanwege technische problemen is voor 147 respondenten niet geweten of ze op voorhand op basis van de administratieve gegevens geïdentificeerd waren als gebruiker of niet-gebruiker.

GEBRUIK VAN GEZONDHEIDSZORG

Tabel 2 geeft de antwoorden van de respondenten weer op de vraag of men in de voorbije 12 maanden een consultatie had bij een of meerdere van deze zorgverleners. Meest frequent gerapporteerd zijn consultaties bij huisartsen of tandartsen. Van de 4.120 respondenten die voordien geïdentificeerd waren als gebruiker, gaf 3,3 % (n=136) aan in de voorbije 12 maanden geen consultatie te hebben gehad bij deze zorgverlener. Ongeveer 6 op de 10 (62,2 %) respondenten die voordien waren geïdentificeerd als niet-gebruiker gaven aan toch een consultatie te hebben gehad bij een of meerdere van deze zorgverleners. Inclusief de 147 respondenten voor wie niet geweten was of ze op voorhand op basis van de administratieve gegevens geïdentificeerd waren als gebruiker of niet-gebruiker, werden op basis van de vragenlijst 5.354 gebruikers geïdentificeerd en 1.089 niet-gebruikers.

Tabel 2. Gebruik van gezondheidszorg volgens survey

		'Gebruiker' volgens administratieve gegevens (n=4120)	'Niet-gebruiker' volgens administratieve gegevens (n=2176)
Consultatie bij zorgverlener in de voorbije 12 maanden volgens vragenlijst	Huisarts	79,7 % (n=3283)	37,5 % (n=815)
	Tandarts	63,9 % (n=2633)	29,2 % (n=635)
	Gynaecoloog (enkel vrouwelijke respondenten)	47,4 % (824/1739)	21,6 % (180/834)
	Specialist	37,3 % (n=1537)	12,9 % (n=280)
	Kinesitherapeut	22,6 % (n=931)	5,9 % (n=128)
	Alternatieve therapeut*	17,3 % (n=713)	6,0 % (n=130)
	Psycholoog	9,6 % (n=396)	5,5 % (n=120)
	Andere	9,2 % (n=381)	9,1 % (n=198)
	Psychiater	2,5 % (n=103)	1,9 % (n=42)
	Geen enkele zorgverlener	3,3 % (n=136)	37,8 % (n=823)

* Personen die alleen een consultatie hadden bij een alternatieve therapeut werden eerder al verwijderd, Het gaat hier dus over personen die naast dergelijke consultatie ook een consultatie bij een van de andere zorgverleners hadden.

UITSTEL VAN ZORG OMWILLE VAN COVID-19

Tabel 3 geeft voor de 5.354 gebruikers en 1.089 niet-gebruikers weer in welke mate zorg werd uitgesteld (zelf of door de zorgverlener) omwille van COVID-19. Twee op de vijf (39,4 %) respondenten gaven aan dat het voorbije jaar zorg werd uitgesteld omwille van COVID-19. Vooral mond- en tandzorg en controles bij huisartsen/specialisten werden uitgesteld.

Tabel 3. Uitstel van gezondheidszorg omwille van COVID-19

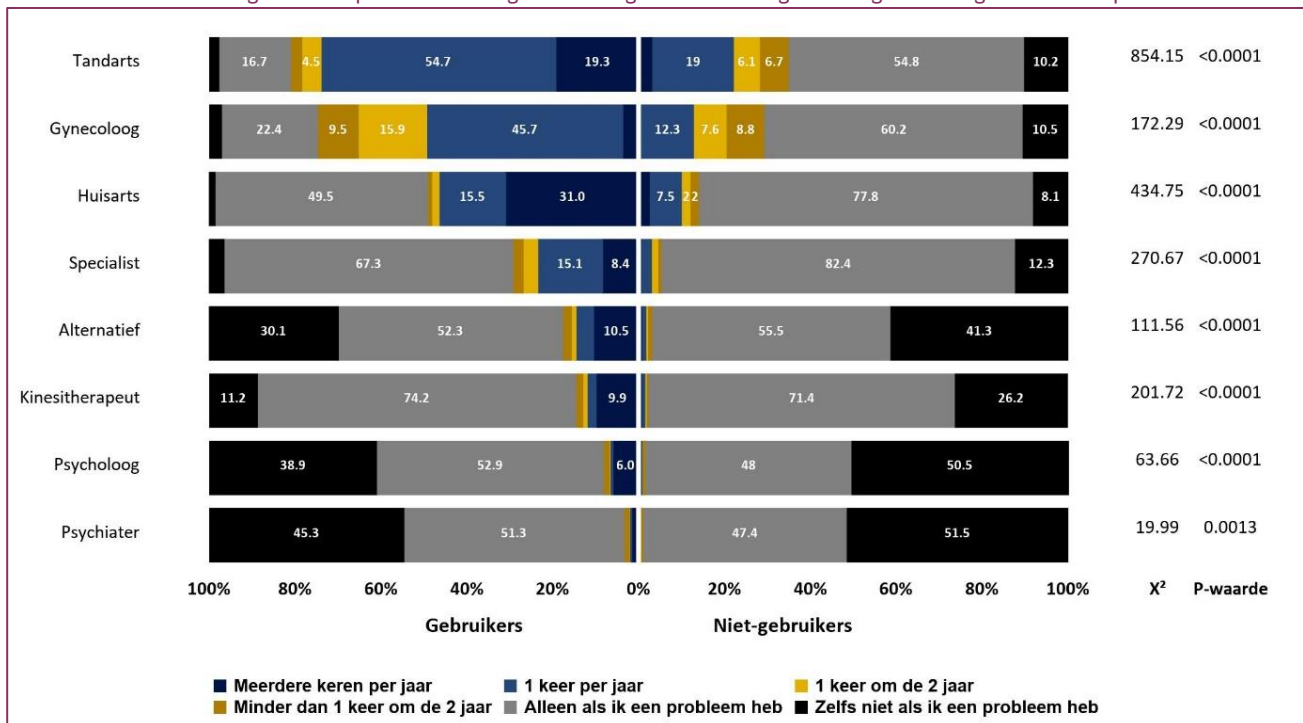
	Gebruikers (n=5354)	Niet-gebruikers (n=1089)	Totaal (n=6443)
Controle huisarts/specialist	18,1 % (n=970)	16,2 % (n=176)	17,8 % (n=1146)
Opvolging chronische ziekte	6,2 % (n=334)	2,9 % (n=32)	5,7 % (n=366)
Psychologische/psychiatrische zorg	4,1 % (n=219)	2,3 % (n=25)	3,8 % (n=244)
Mond- en tandzorg	24,9 % (n=1333)	26,7 % (n=291)	25,2 % (n=1624)
Preventief onderzoek naar kanker	6,2 % (n=333)	5,5 % (n=60)	6,1 % (n=393)
Andere onderzoeken	11,3 % (n=603)	8,8 % (n=96)	10,8 % (n=699)
Vaccinaties	2,9 % (n=157)	2,9 % (n=32)	2,9 % (n=189)
Behandeling bij de kinesist	6,7 % (n=361)	2,6 % (n=28)	6,0 % (n=389)
Verpleegkundige zorg	2,0 % (n=105)	1,4 % (n=15)	1,9 % (n=120)
Behandeling alternatieve therapeut	6,3 % (n=336)	2,9 % (n=32)	5,7 % (n=368)
Minstens 1 van bovenstaande	40,5 % (n=2168)	34,2 % (n=372)	39,4 % (n=2540)

De 372 niet-gebruikers die zorg uitstelden omwille van COVID-19 werden niet meegenomen in verdere analyses, in de veronderstelling dat zij in normale omstandigheden mogelijk wel zorg zouden hebben gebruikt. Finaal werden dus 5.354 (88,2 %) gebruikers en 717 (11,8 %) niet-gebruikers weerhouden.

GEBRUIK VAN GEZONDHEIDSZORG EN HULPAFWIJZEND GEDRAG

De frequentie van het zorggebruik ligt uiteraard uitgesproken hoger bij gebruikers dan bij niet-gebruikers (Figuur 2). Opvallend is echter de veel hogere mate waarmee niet-gebruikers hulpafwijzend gedrag vertonen: ze doen zelfs geen beroep op een zorgverlener wanneer zich een probleem stelt. Bij gebruikers ligt dit hulpafwijzend gedrag in geval van raadplegingen bij tandartsen, huisartsen, specialisten en gynaecologen zeer laag, terwijl het bij niet-gebruikers telkenmale rond de 10 % schommelt. Bij kinesitherapeuten loopt dit op tot een vierde van de niet-gebruikers, tegenover ongeveer een op de tien gebruikers. In geval van psychologen en psychiaters vertoont de helft van de niet-gebruikers hulpafwijzend gedrag, en ook onder gebruikers is dit percentage aanzienlijk hoog.

Figuur 2. Frequentie van het gebruik van gezondheidszorg en niet-gebruik in geval van een probleem



VERKLARING VOOR HET GEBRUIK VAN GEZONDHEIDSZORG

Gebruik van gezondheidszorg en individuele predisponerende kenmerken

Figuur 3 illustreert verschillen in demografische kenmerken en sociale factoren tussen gebruikers en niet-gebruikers.

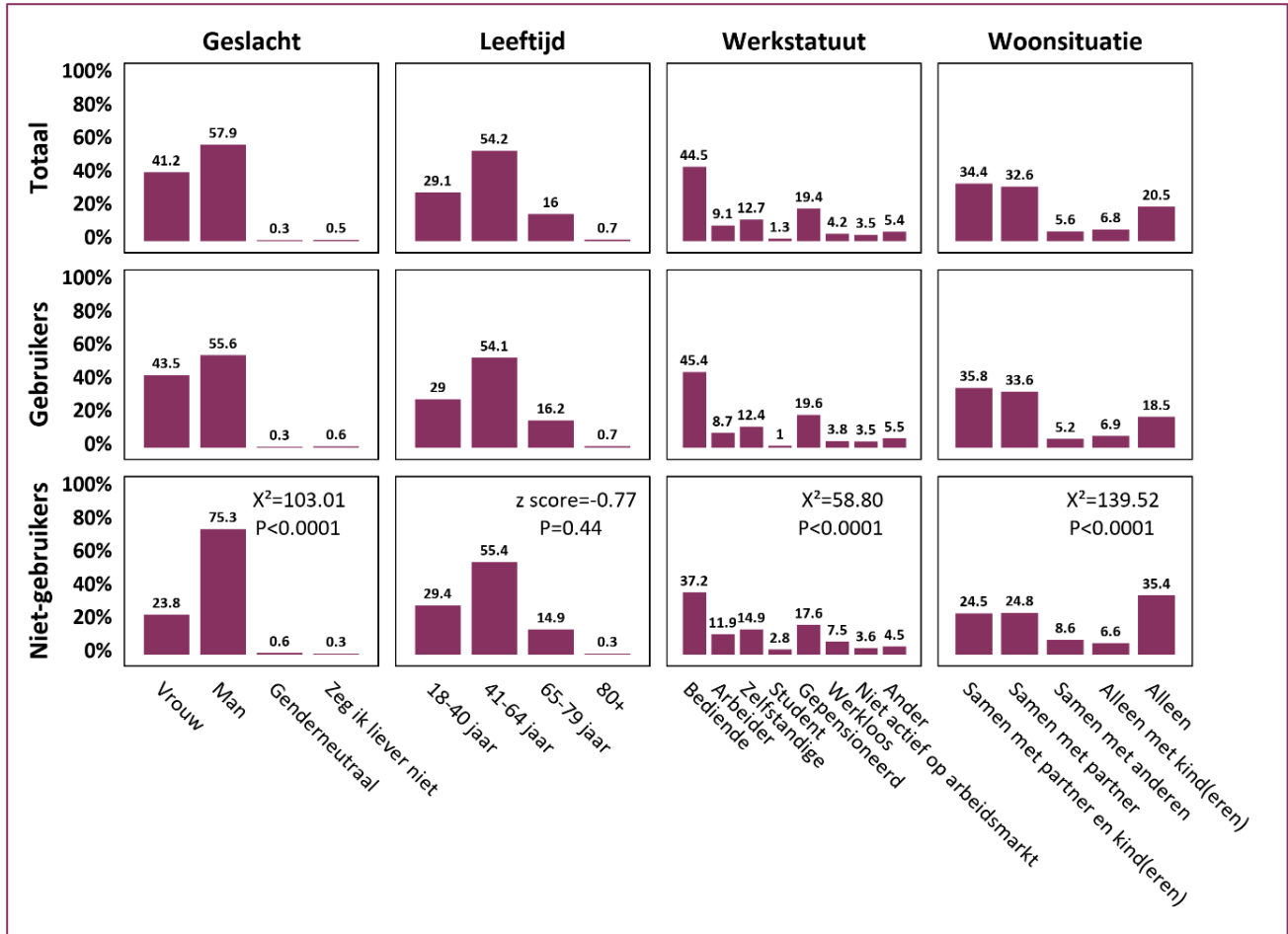
Wat de demografische kenmerken betreft zien we bij de groep niet-gebruikers statistisch significant meer mannen (75,3 % versus 55,6 %, $X^2=103,01$, $p<0,0001$). Wat leeftijd betreft zijn er geen statistisch significante verschillen (z -score=0,77, $p=0,44$).

Beide sociale factoren vertonen statistisch significante verschillen tussen gebruikers en niet-gebruikers. Qua werkstatuut ($X^2=58,80$, $p<0,0001$) observeren we bij niet-gebruikers minder bedienden, meer werklozen, meer arbeiders, meer zelfstandigen, meer studenten. Qua woonsituatie ($X^2=139,52$, $p<0,0001$) observeren we in deze groep dan weer meer alleenwonenden: meer dan 1 op de 3 (35,5 %) niet-gebruikers woont alleen vergeleken met minder dan 1 op 5 bij de gebruikers (18,5 %). Ook zijn er verhoudingsgewijs meer personen die samenwonen met anderen, die niet hun partner of kinderen zijn (8,6 % versus 5,2 %).

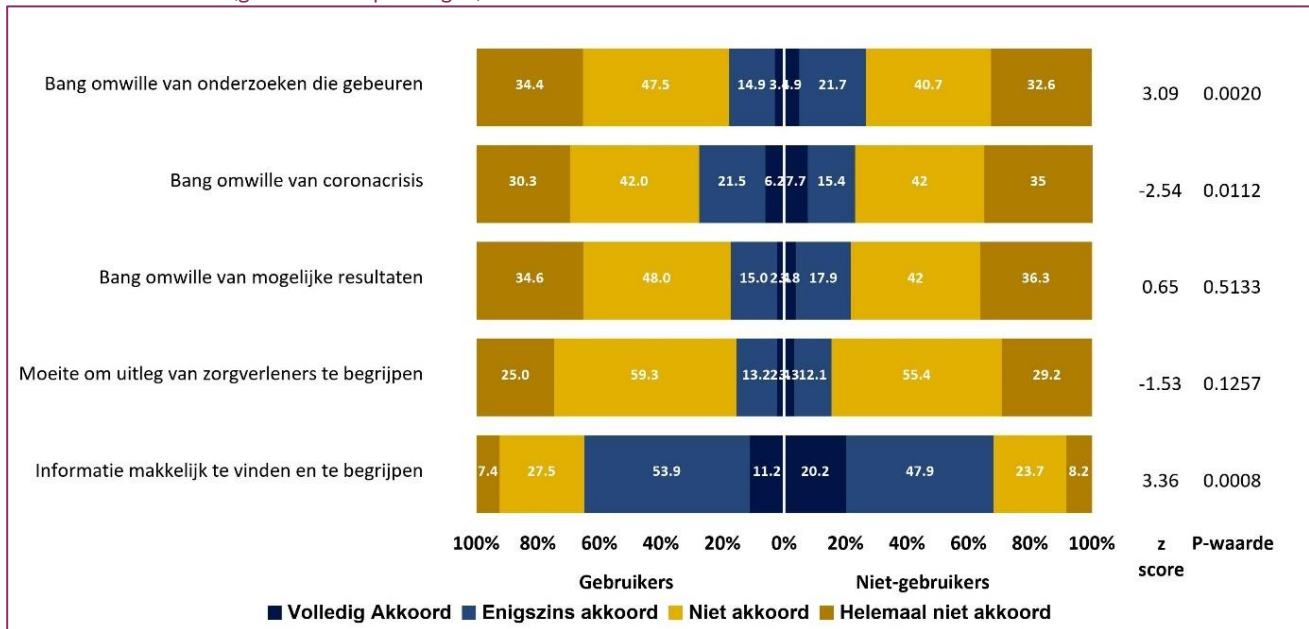
Inzake gezondheidsopvattingen (Figuur 4) blijkt ongeveer een kwart (som van volledig akkoord en enigszins akkoord is 26,7 %) van de niet-gebruikers en een vijfde (18,1 %) van de gebruikers bang omwille van onderzoeken die gebeuren (z -score=3,09, $p=0,0020$). Dit verschil is statistisch significant. Wat betreft bang zijn omwille van mogelijke resultaten is het verschil minder uitgesproken (21,7 % versus 17,4 %) en niet statistisch significant (z -score=0,65 en $p=0,5133$). Onder de gebruikers heerst dan weer significant (z -score=0,65, $p=0,5133$) meer angst voor de coronacrisis in vergelijking met niet-gebruikers (27,7 % versus 23,1 %). In beide groepen ervaart ongeveer 15 % moeite om de uitleg van zorgverleners te begrijpen. Tot slot is het percentage personen dat aangeeft dat

informatie makkelijk te vinden en te begrijpen is statistisch significant hoger onder niet-gebruikers dan gebruikers (68,1 % versus 65,1 %, z-score=3,36, p=0,0008).

Figuur 3. Gebruik van gezondheidszorg en individuele predisponerende kenmerken (demografische kenmerken en sociale factoren)



Figuur 4. Gebruik van gezondheidszorg en individuele predisponerende kenmerken (gezondheidsopvattingen)



Gebruik van gezondheidszorg en individuele faciliterende kenmerken

In vergelijking met gebruikers observeren we onder de niet-gebruikers statistisch significant meer personen voor wie het inkomen maar net of niet volstaat om rond te komen (39,3 % versus 32,7 %, z-score=-3,40, p=0,0007) (Tabel 4).

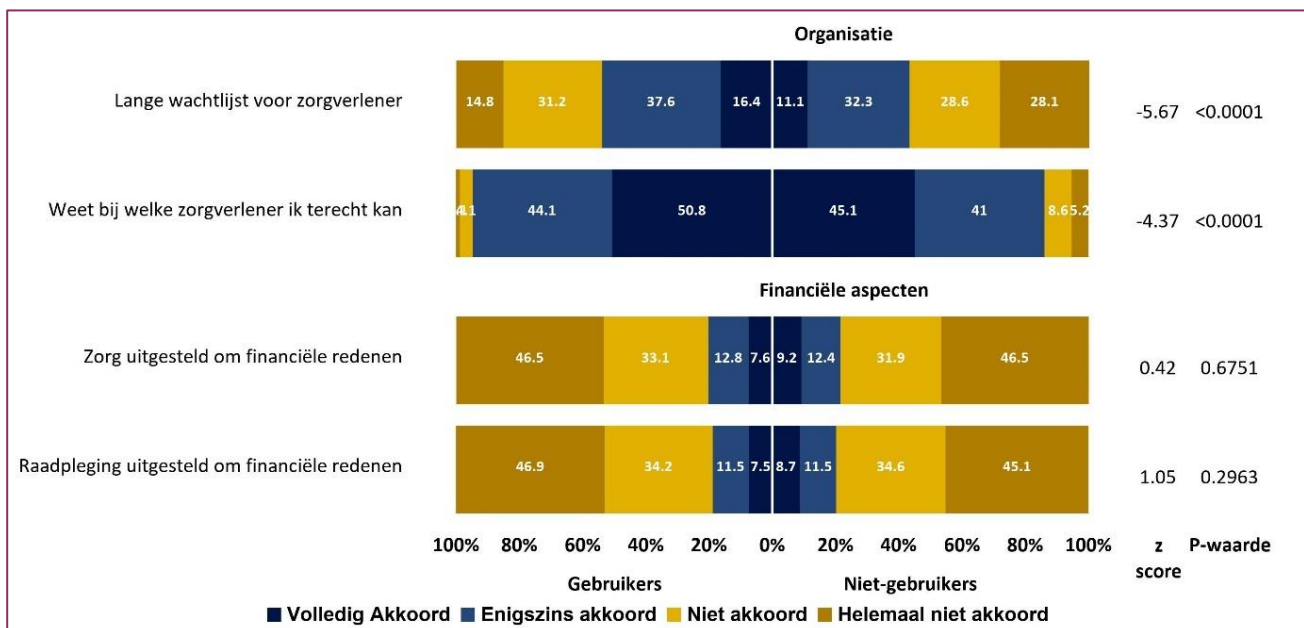
Tabel 4. Gebruik van gezondheidszorg en individuele faciliterende kenmerken (financiële aspecten)

	Totaal	Gebruikers	Niet-gebruikers	Gebruikers vs. Niet-gebruikers
Gezinsinkomen				
Volstaat ruimschoots	20.1	20.3	18.5	z-score= -3.40 p=0.0007
Volstaat zonder veel moeite	38.9	39.8	31.9	
Volstaat maar net	26.1	25.5	30	
Volstaat niet	7.4	7.2	9.3	
Zeg ik liever niet	7.5	7.1	10.2	

Daarentegen is er geen verschil tussen gebruikers en niet-gebruikers wat betreft het reeds hebben uitgesteld van een raadpleging omwille van financiële redenen (20,2 % versus 19 %, z-score=1,05, p=0,2963), noch het reeds hebben uitgesteld van zorg omwille van financiële redenen (19,6 % versus 20,4 %, z-score=0,42, p=0,6751) (Figuur 5).

Wel statistisch significant verschillend zijn de twee items met betrekking tot de organisatie van de zorg (Figuur 5). 86,1 % van de niet-gebruikers geeft aan te weten bij welke zorgverlener men terecht kan, terwijl dit 94,9 % bedraagt bij gebruikers (z-score=-4,37, p<0,0001). Verhoudingsgewijs meer gebruikers (54,0 %) dan niet-gebruikers (43,4 %) geven dan weer aan dat er een lange wachtlijst is voor de zorgverlener die men wil raadplegen (z-score=-5,67, p<0,0001).

Figuur 5. Gebruik van gezondheidszorg en individuele faciliterende kenmerken (financiële aspecten en organisatie)



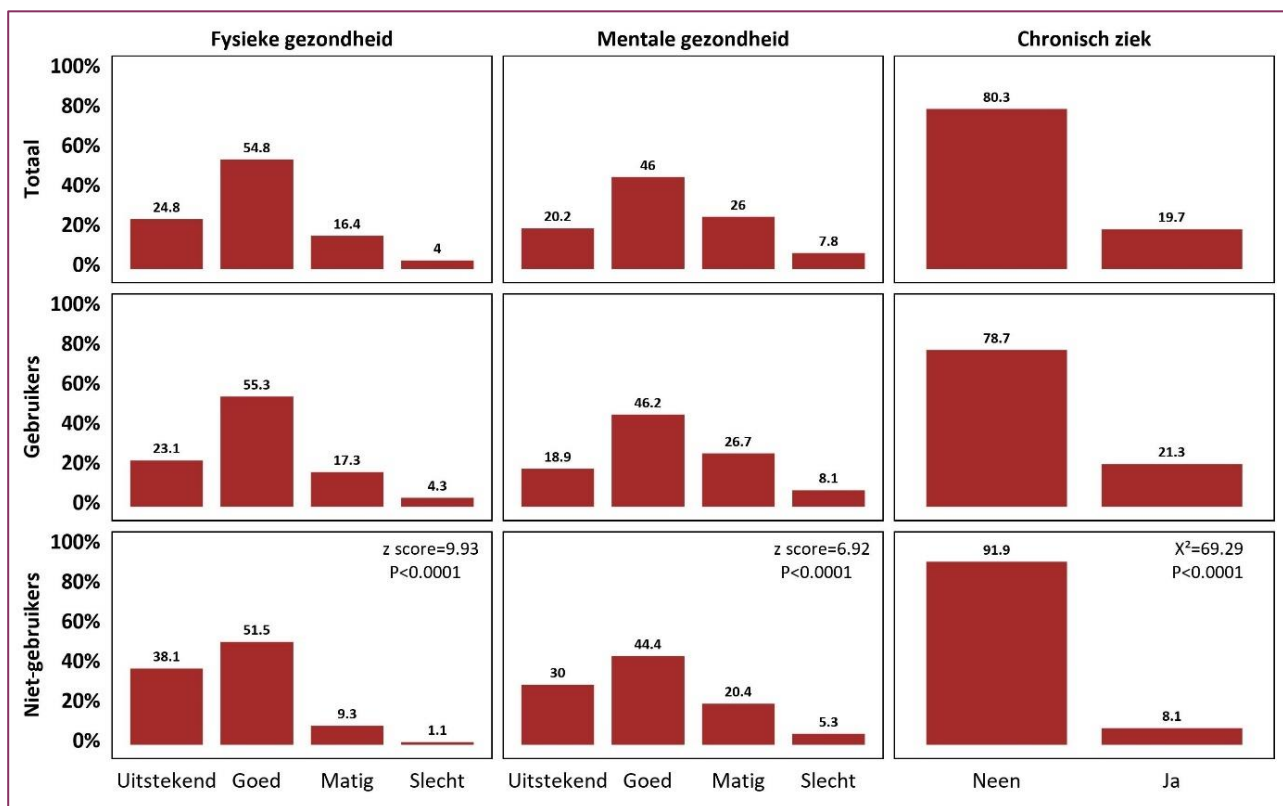
Gebruik van gezondheidszorg en individuele noden

Zowel gepercipieerde als geëvalueerde individuele noden verschillen tussen gebruikers en niet-gebruikers (Figuur 6).

Slechts een kleine minderheid (4,0 %) van de respondenten geeft aan over een slechte fysieke gezondheid te beschikken, maar de verschillen in gepercipieerde uitstekende fysieke gezondheid zijn erg uitgesproken tussen gebruikers (23,1 %) en niet-gebruikers (38,1 %) (z -score=9,93, $p<0,0001$). Ook gepercipieerde mentale gezondheid ligt een stuk hoger bij niet-gebruikers (30,0 % versus 18,9 %, z -score=6,92, $p<0,0001$). Ook geeft 91,8 % van de niet-gebruikers aan dat men zich gezond voelt, en dat het niet nodig is een zorgverlener te raadplegen, terwijl dit 75,2 % bedraagt onder de gebruikers (z -score=14,39, $p<0,0001$).

Minder dan 1 op de 12 niet-gebruikers (8,1 %) lijdt aan een chronische ziekte, vergeleken met meer dan 1 op de 5 gebruikers (21,3 %) ($\chi^2=69,29$, $p<0,0001$). In onze onderzoekspopzet hadden we, op basis van het chronisch gebruik van geneesmiddelen, getracht de chronisch zieken uit onze studiepopulatie te weren.

Figuur 6. Gebruik van gezondheidszorg en individuele noden (gepercipieerd en geëvalueerd)



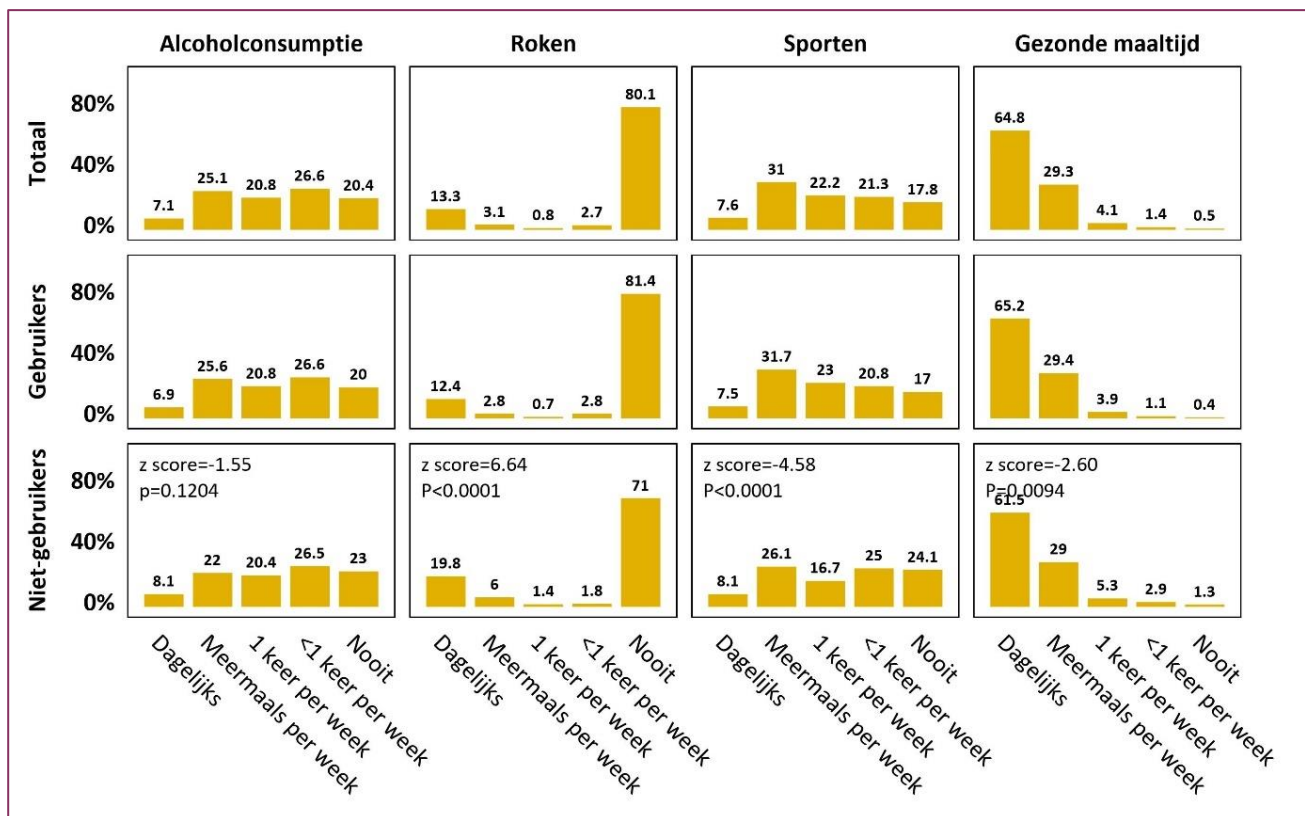
Gebruik van gezondheidszorg en persoonlijke gezondheidspraktijken

Persoonlijke gezondheidspraktijken verschillen statistisch significant tussen gebruikers en niet-gebruikers (Figuren 7 en 8).

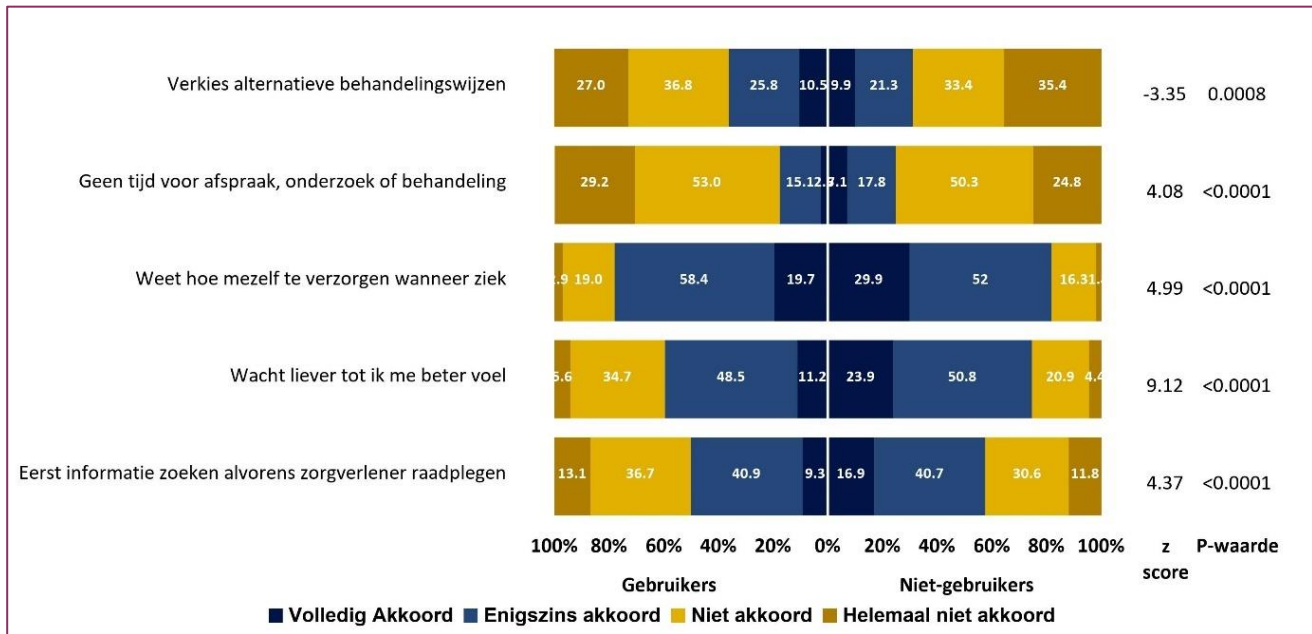
In vergelijking met gebruikers roken niet-gebruikers meer op dagelijkse basis (19,8 % versus 12,4 %), sporten verhoudingsgewijs meer niet-gebruikers nooit (24,1 % versus 17 %), nuttigen minder niet-gebruikers dagelijks 1 gezonde maaltijd per dag (61,5 % versus 65,2 %). In alcoholconsumptie is geen verschil merkbaar tussen beide groepen.

Meer gebruikers dan niet-gebruikers verkiezen alternatieve behandelingswijzen (36,3 % versus 31,2 %, z-score=-3,35, p=0,0008). Ter herinnering, 45 respondenten die enkel zorggebruik bij een alternatieve therapeut aangaven werden niet meegenomen in onze analyses. Meer niet-gebruikers geven aan geen tijd te hebben voor een afspraak, onderzoek of behandeling (24,9 % versus 17,8 %, z-score=4,08, p<0,0001). Eveneens meer niet-gebruikers geven aan dat ze weten hoe zichzelf te verzorgen in geval van ziekte (81,9 % versus 78,1 %, z-score=4,99, p<0,0001), dat men liever wacht tot men zich beter voelt (74,7 % versus 59,7 %, z-score=9,12, p<0,0001), en dat men eerst informatie zoekt vooraleer een zorgverlener te raadplegen (57,6 % versus 50,2 %, z-score=4,37, p<0,0001).

Figuur 7. Gebruik van gezondheidszorg en persoonlijke gezondheidspraktijken (1)



Figuur 8. Gebruik van gezondheidszorg en persoonlijke gezondheidspraktijken (2)

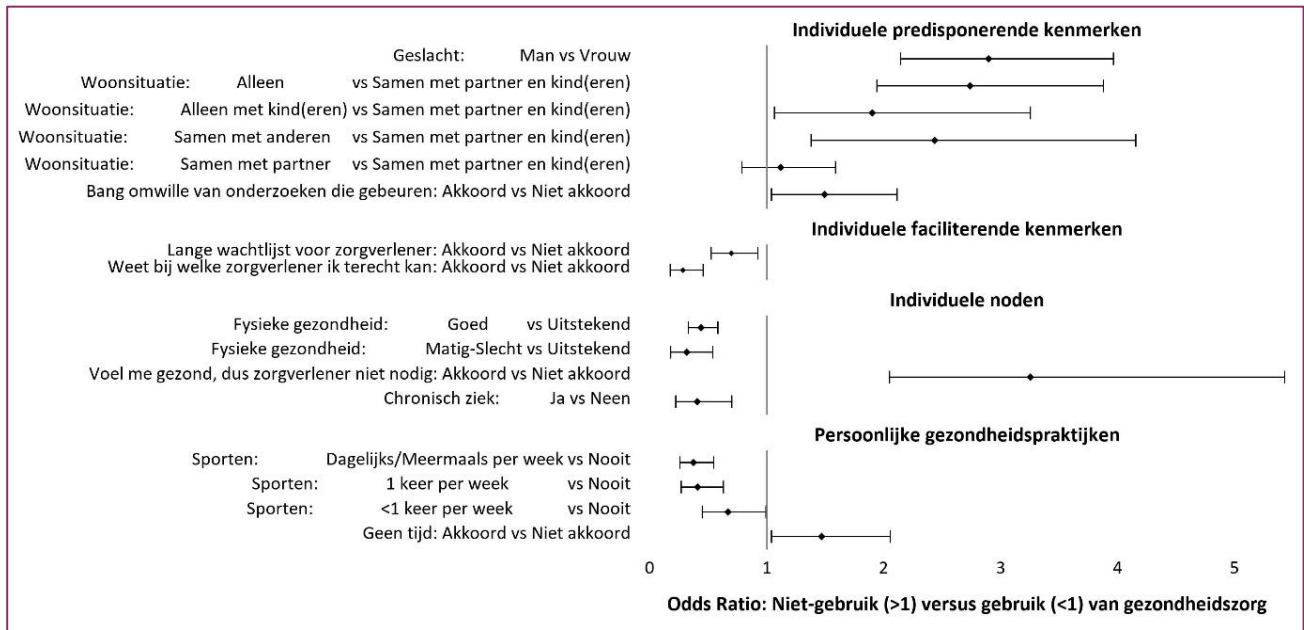


Meervoudige regressieanalyse

Corrigerend voor alle andere variabelen in het model, blijken variabelen uit elk van de componenten van het model van Andersen gerelateerd aan het gebruik van gezondheidszorg (Figuur 9). Mannen zijn eerder geneigd te behoren tot de groep niet-gebruikers (OR 2,89, BI 2,14-3,96), alsook personen die alleen wonen (OR 2,74, BI 1,94-3,88), alleen wonen met kinderen (OR 1,90, BI 1,06-3,25), of samen met anderen wonen (OR 2,43, BI 1,38-4,15), in vergelijking met personen die samenwonen met een partner en kind(eren). Personen die bang zijn omwille van onderzoeken die gebeuren, behoren ook vaker tot de groep niet-gebruikers (OR 1,49, BI 1,04-2,11). Personen die aangeven dat er lange wachtlijsten zijn voor de zorgverlener, behoren vaker tot de groep gebruikers (OR 0,70, BI 0,52-0,92), alsook personen die weten bij welke zorgverlener men terecht kan (OR 0,28, BI 0,18-0,46). In vergelijking met personen in een uitstekende gezondheid, behoren personen in een goede (OR 0,44, BI 0,33-0,55) of matige of slechte (OR 0,31, BI 0,18-0,54) gezondheid vaker tot de groep gebruikers, alsook personen met een chronische ziekte (OR 0,41, BI 0,22-0,70). Personen die zich gezond voelen en aangeven geen zorgverlener nodig te hebben, behoren vaker tot de groep niet-gebruikers (OR 3,25, BI 2,05-5,43). In vergelijking met personen die nooit sporten, behoort men eerder tot de groep gebruikers indien men dagelijks of meermaals per week sport (OR 0,37, BI 0,26-0,54), 1 keer per week sport (OR 0,41, BI 0,27-0,63), of minder dan 1 keer per week sport (OR 0,67, BI 0,45-0,99). Personen die aangeven geen tijd te hebben voor een afspraak, onderzoek of behandeling, behoren vaker tot de groep niet-gebruikers (OR 1,47, BI 1,04-2,06).

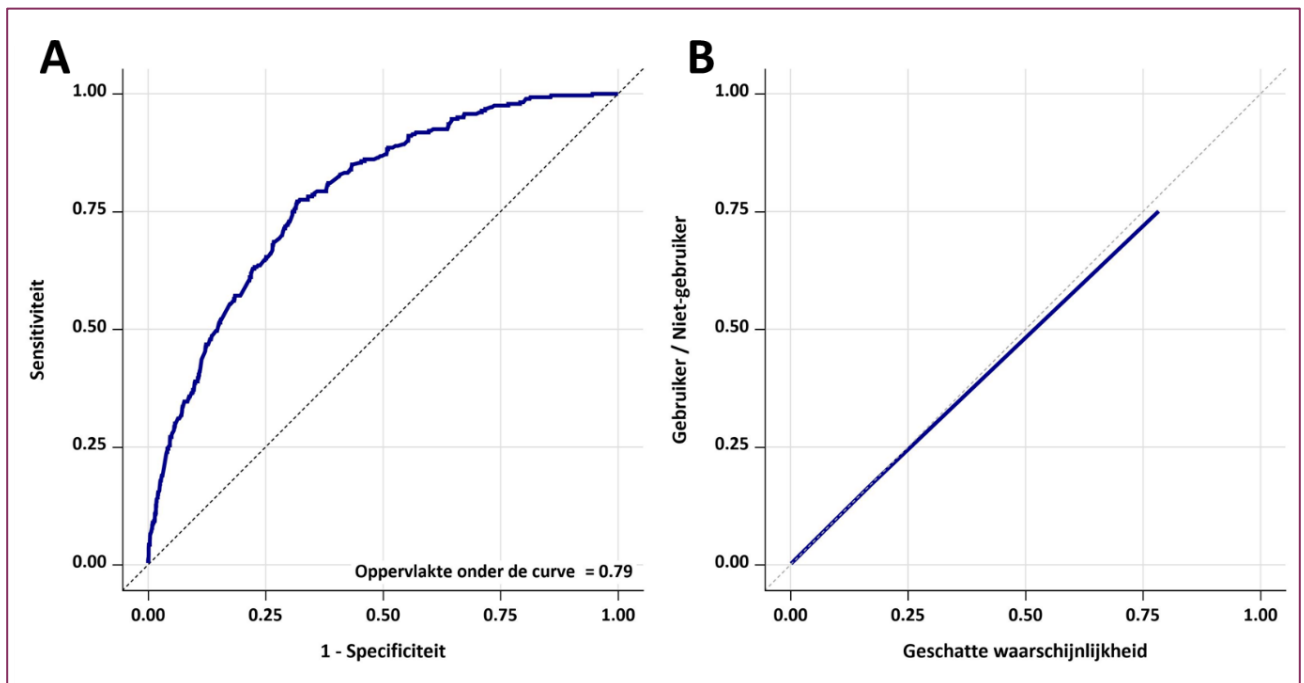
Het statistisch model discrimineert redelijk goed tussen gebruikers en niet-gebruikers (Figuur 9 panel A). Hoe dichter de curve in de linkerbovenhoek ligt, hoe beter. Perfecte discriminatie tussen gebruikers en niet-gebruikers zou neerkomen op een oppervlakte onder de curve gelijk aan 1. In dit model bedraagt de oppervlakte onder de curve 0,79. Ook de kalibratie van het model is goed (Figuur 9 panel B). Hoe dichter de volle lijn ligt op de stippellijn, hoe beter. Kalibratie geeft de overeenkomst weer tussen de geschatte waarden uit het regressiemodel, en de geobserveerde waarden.

Figuur 9. Gebruik van gezondheidszorg: resultaten van de meervoudige regressieanalyse



Noot: in de meervoudige regressieanalyse werden de antwoorden op vragen met antwoordcategorieën 'helemaal niet akkoord', 'niet akkoord', 'enigszins akkoord' en volledig akkoord' gedichotomiseerd als 'akkoord' en 'niet akkoord'. De antwoordcategorie 'geen mening' werd niet meegenomen in de analyse.

Figuur 10. Gebruik van gezondheidszorg: discriminatie en kalibratie van de meervoudige regressie



04.

DISCUSSIE

SAMENVATTING EN CONTEXTUALISERING VAN DE BEVINDINGEN

De huidige gezondheidscrisis heeft de Belg vertrouwd gemaakt met cijfers over het aanbod en het gebruik van gezondheidszorg. De dagelijkse berichtgeving over bijvoorbeeld het aantal nieuwe ziekenhuisopnames en de bezetting van bedden op intensieve zorgen wakkert ons bewustzijn aan over de essentiële plaats van gezondheid en ook gezondheidszorg in ons leven.

Het voorbije decennium zagen we een systematische daling van het aantal niet-gebruikers van gezondheidszorg van 7,0 % in 2010 naar 5,4 % in 2018. Om meer te weten over het profiel van deze niet-gebruikers in 2020 baseerden we ons in deze nieuwe studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen op het gedragsmodel van Andersen omtrent het gebruik van gezondheidsdiensten om een vragenlijst op te stellen. We nodigden 129.094 leden (evenveel gebruikers als niet-gebruikers) uit deze in te vullen. 6.443 vragenlijsten werden weerhouden voor de analyse.

Vooreerst werd duidelijk dat enkele maatregelen naar aanleiding van de gezondheidscrisis, bijvoorbeeld het uitstellen van niet-dringende ziekenhuisopnames, ervoor gezorgd hebben dat heel wat burgers geen beroep hebben gedaan op de expertise van zorgverleners. Twee op de vijf respondenten gaven aan dat in 2020 zorg werd uitgesteld omwille van COVID-19. Voornamelijk op mond- en tandzorg werd ingeboet, met bijna een kwart van de respondenten die aangaven dat dergelijke zorg werd uitgesteld.

In het vervolg van de studie lag de focus op de vergelijking van gebruikers en niet-gebruikers, waarbij die laatsten exclusief de niet-gebruikers zijn voor wie zorg was uitgesteld omwille van COVID-19. Eerst onderzochten we het hulpzoekend gedrag van gebruikers en niet-gebruikers. Een belangrijk deel van de niet-gebruikers van gezondheidszorg geeft daarbij aan zelfs geen beroep te doen op een zorgverlener wanneer een probleem zich stelt. Opvallend, zowel bij gebruikers als niet-gebruikers, is dergelijk hulpafwijzend gedrag ten opzichte van psychiaters en psychologen; de helft van de niet-gebruikers en ongeveer vier op de tien gebruikers zouden zelfs bij problemen geen psycholoog of psychiater consulteren.

Vervolgens baseerden we ons op het gedragsmodel van Andersen om de individuele factoren te onderzoeken die het niet-gebruik van geneeskundige verzorging in meer detail verklaren. We brachten individuele predisponerende kenmerken, individuele faciliterende kenmerken, individuele noden en persoonlijke gezondheidspraktijken in kaart. Uit de meervoudige regressieanalyse blijkt dat er sprake is van enige variatie in het profiel van de niet-gebruikers van zorg; naast de gezondheidstoestand spelen zowel elementen van *barrier-renunciation* (geconfronteerd worden met een omgeving van beperkingen die de toegang tot de gewenste zorg verhinderen) als *refusal-renunciation* (uiting van de autonomie ten opzichte van de conventionele geneeskunde) een rol in het verklaren van het al dan niet gebruiken van gezondheidszorg. Niet-gebruikers van gezondheidszorg zijn vaker mannen dan vrouwen en wonen vaker alleen, alleen met kinderen of samen met anderen in vergelijking met samenwonen met partner en kinderen. Niet-gebruikers vertonen ook meer angst omwille van onderzoeken die gebeuren. Gebruikers daarentegen weten vaak beter bij welke zorgverlener men terecht

kan. Ook zijn ze vaker van mening dat er een lange wachtlijst is voor een zorgverlener; ongeveer de helft van alle respondenten geeft aan dit probleem te ervaren. Onder niet-gebruikers heerst een betere perceptie van de eigen gezondheid dan onder gebruikers, die ook vaker aan een chronische aandoeningen lijden. Niet-gebruikers voelen zich ook vaker gezond en vinden het dus niet nodig een zorgverlener te raadplegen. Gebruikers van gezondheidszorg sporten dan weer meer frequent. Tot slot geven niet-gebruikers vaker aan geen tijd te hebben om afspraken te maken met een zorgverlener, onderzoeken te laten doen, of voor een behandeling. Ongeveer een vijfde van alle respondenten geeft aan dat dit het geval is.

In voorgaand onderzoek werd enkel gebruik gemaakt van administratieve gegevens om een beeld te schetsen over de niet-gebruikers (Karakaya, 2020). Sterk vertegenwoordigd in de groep niet-gebruikers waren mannen, jongeren, alleenstaanden, zelfstandigen en personen met een laag inkomen. Veel van deze elementen kwamen ook naar voren in de enkelvoudige analyses, maar bleken in meervoudige analyses niet langer significant. Dit suggereert dat bevindingen vertekend kunnen worden door weggelaten variabelen, en bevestigt aldus de relevantie en nieuwe inzichten gegenereerd door dit onderzoek.

Financiële aspecten speelden voor ongeveer een op de vijf respondenten een rol in het uitstellen van zorg of raadplegingen, maar verschilden niet significant tussen gebruikers en niet-gebruikers. Ook de perceptie over het makkelijk vinden en begrijpen van informatie speelde in de meervoudige regressie geen rol, maar verdient wel de nodige aandacht; ongeveer een op de drie respondenten gaf aan (helemaal) niet akkoord te gaan met deze stelling. Hetzelfde geldt voor moeite om de uitleg van zorgverleners te begrijpen, waar ongeveer een op de acht respondenten mee geconfronteerd wordt.

Hoewel alleen de frequentie van sporten een effect vertoonde in de meervoudige regressie, verdient ook levensstijl de nodige aandacht: 7,1 % drinkt dagelijks alcohol, 13,3 % rookt dagelijks, en slechts twee op de drie respondenten nuttigen dagelijks tenminste een gezonde maaltijd. Deze cijfers liggen in lijn met de bevindingen zoals gerapporteerd in de gezondheidsenquête (Drieskens et al., 2018).

STUDIEBEPERKINGEN EN BEDENKINGEN

Bij de interpretatie van de bevindingen moet rekening worden gehouden met onderstaande mogelijke studiebeperkingen:

- De survey werd enkel elektronisch uitgestuurd. Dat is mogelijk een belangrijke beperking van onze studie aangezien bepaalde doelgroepen, waaronder zich mogelijk een proportioneel grotere groep niet-gebruikers bevindt, moeilijker te bereiken zijn via elektronische weg.
- De vragenlijst werd enkel in het Frans, Nederlands of Duits uitgestuurd. Deze officiële landstalen beslaan ongeveer 95 % van de gesproken talen in België. Het is echter niet ondenkbaar dat zich onder de andere gesproken talen een proportioneel grotere groep niet-gebruikers bevindt, die we op deze manier niet bereiken.
- De responsgraad tussen voordien geïdentificeerde gebruikers en niet-gebruikers verschilde sterk. Mogelijk is dit gerelateerd aan bovengenoemde elementen.
- De vragenlijst werd uitgestuurd begin 2021 en beslaat wat de identificatie van (niet-) gebruikers betreft het kalenderjaar 2020. Dit werd sterk gekenmerkt door de uitzonderlijke situatie ten gevolge van COVID-19. Door specifiek naar uitstel van zorg

omwille van COVID-19 te vragen, hopen we deze mogelijke vertekening zo sterk mogelijk te reduceren.

- Er werd de respondenten naar hun zorggebruik in de voorbije 12 maanden gevraagd. Herinneringsvertekening kan mogelijk aanwezig zijn.
- Niet-gebruikers en gebruikers werden in januari 2021 geïdentificeerd op basis van de aanwezige informatie over hun gezondheidsgebruik in 2020. Indien (nog) geen terugbetaling werd aangevraagd voor bepaalde verzorging dan ontbreekt die informatie ook in onze gegevens. Hoewel de uiteindelijke classificatie als gebruiker of niet-gebruiker gebeurt aan de hand van de vragenlijst, kan dit betekenen dat we hierdoor minder eigenlijke niet-gebruikers bereiken met onze uitnodiging om deel te nemen aan het onderzoek. Dit wordt bevestigd door een heranalyse van de gegevens: het aandeel niet-gebruikers in 2020 zakt van 9,3% (n=212.151) op basis van de analyse in januari 2020 naar 7,5% (n=172.265) op basis van de analyse in oktober 2021.
- Het model van Andersen werd gehanteerd om een zo breed mogelijk gamma aan elementen in kaart te brengen die mogelijk gerelateerd zijn aan het niet-gebruik van gezondheidszorg. Toch kan vertekening door weggelaten variabelen zijn opgetreden. Bijvoorbeeld, in eerder onderzoek werd gewezen op de associatie tussen partnergeweld en het verzaken aan zorg (Costa et al., 2019).
- Een belangrijke methodologische kanttekening is het verschil in de identificatie van niet-gebruikers en gebruikers op basis van administratieve of surveygegevens: van de 2.176 respondenten die volgens onze administratieve gegevens geen gezondheidszorg hadden gebruikt in 2020, geeft 58,6 % aan dat dit toch het geval was. Hiervoor zijn meerdere verklaringen mogelijk:
- De administratieve gegevens waren op het moment van selectie nog niet compleet voor 2020 (bijvoorbeeld omdat er nog geen terugbetaling werd aangevraagd), cf. hierboven.
 - Binnen de survey werd er een bredere definitie gehanteerd van zorggebruik dan mogelijk is op basis van de administratieve gegevens omdat voor bepaald zorggebruik geen terugbetaling voorzien is binnen de verplichte verzekering. Zo werd bijvoorbeeld zorg verleend door diëtisten, nutritionisten en logopedisten ook geïncludeerd.
 - De survey werd per mail uitgestuurd en kan dus bij een andere persoon terecht gekomen zijn dan de persoon die oorspronkelijk was geïdentificeerd, zoals bijvoorbeeld de partner of een familielid.
 - De respondenten werd naar hun zorggebruik in de voorbije 12 maanden gevraagd. Deze lange periode kan voor een bepaalde herinneringsvertekening zorgen.

OPPORTUNITEITEN VOOR VERDER ONDERZOEK

Na het beantwoorden van onze oorspronkelijke onderzoeksvragen resten een aantal bijkomende thema's die onderzocht kunnen worden in volgende analyses.

Zo kan een subgroepanalyse over de respondenten met een slechte zelf-gepercipieerde mentale gezondheid ons iets leren over het profiel van deze personen, hun hulpzoekend of hulpafwijzend gedrag en de impact van COVID-19 op hun gedrag.

Een andere mogelijke subgroepanalyse betreft mond- en tandzorg. We zagen namelijk dat voor een op de vier respondenten mond- en tandzorg werd uitgesteld omwille van COVID-19. Ten eerste kunnen we nagaan of uitstel ook effectief tot afstel heeft geleid: geven deze mensen aan dat ze wel naar de tandarts zijn geweest of niet? Daarnaast kan het profileren van de groep die niet naar de tandarts is geweest in 2020, hun hulpzoekend/hulpafwijzend gedrag en hun percepties en argumenten ook bijdragen tot een beter begrip van deze belangrijke doelgroep van personen die niet naar de tandarts gaan. Zo kunnen er meer gerichte acties op poten gezet worden om deze groepen te bereiken.

Ten slotte kunnen we ook een subgroepanalyse over de levensstijl van personen ondernemen.

Voor meer kwetsbare groepen bestaat er een uitgebreidere versie van het model, het zogenaamde Gelberg-Andersen model, waarbij ook meer specifieke kwetsbaarheden die tot significante belemmeringen van toegang tot de gezondheidszorg in acht worden genomen. Deze kwetsbaarheden zijn belangrijk, aangezien verwaarlozing van de eerste symptomen uiteindelijk tot grotere symptomen kan leiden, met verhoogde maatschappelijke en individuele kosten (Stein et al., 2016).

05.

CONCLUSIE

Deze studie verstrekt nieuwe inzichten in individuele kenmerken en gezondheidsgedragingen ter verklaring van het niet-gebruik van gezondheidszorg.

COVID-19 speelde vanzelfsprekend een belangrijke rol in het gebruik of niet-gebruik van geneeskundige verzorging in 2020: vier op de tien respondenten geeft aan dat zorg werd uitgesteld omwille van COVID-19 en ongeveer een op de vier geeft aan bang te zijn een zorgverlener te raadplegen omwille van COVID-19.

Heel wat elementen hebben een impact op het niet-gebruik van gezondheidszorg, met name hulpafwijzend gedrag, het geslacht, de woonsituatie, angst voor onderzoeken, kennis over bij welke zorgverlener men terecht kan, wachtlijsten, gepercipieerde en geëvalueerde gezondheid, sportfrequentie en het tijd weten maken voor gezondheidszorg. Dergelijke informatie kan slechts beperkt gecapteerd worden in administratieve databanken. Een mogelijke piste om dit in de toekomst systematisch op te volgen is het integreren van vragen met betrekking tot het gebruik van gezondheidszorg en hulpafwijzend gedrag alsook componenten ter verklaring hiervan in bestaande of nieuwe initiatieven.

06.

AANBEVELINGEN

Ziekenfondsen kunnen concreet met deze informatie aan de slag door:

- Gezondheidsgeletterdheid van de burgers te verbeteren
 - Heldere en begrijpelijke informatie over gezondheidszorg ter beschikking te stellen van hun leden
 - Hun leden helpen de gepaste zorgverlener te vinden in hun buurt
- Motiveren van personen met een mentaal/lichamelijk gezondheidsprobleem om hun behandelende arts te consulteren

De overheid kan concreet met deze informatie aan de slag door:

- Informatie over beschikbare (geconventioneerde) zorgverleners toegankelijker te maken
- Bepaalde barrières rond het raadplegen van specifieke zorgverstrekkers aan te pakken
 - Werk maken van de wachtlijsten voor bepaalde zorgverleners
 - Financiële toegankelijkheid van zorg waarborgen
 - Negatieve perceptie/stigma's rond het raadplegen van bepaalde zorgverstrekkers (psycholoog/psychiater) aanpakken
- Het elektronisch medisch dossier toegankelijker en meer begrijpelijk maken voor de patiënt
- De pedagogische en communicatieve vaardigheden van de zorgverleners verbeteren middels aandacht hiervoor in de opleiding en bijscholingen

De Belgische bevolking kan met deze informatie aan de slag door:

- Chronische ziektes regelmatig te laten opvolgen door een zorgverlener
- In het geval van ervaren mentale of fysieke problemen, zelfzorg en zelfmedicatie te vermijden, niet te wachten en de gepaste zorgverlener te consulteren
- Het jaarlijkse bezoek bij de tandarts (terug) op te nemen, na het geobserveerde uitstel tijdens de pandemie

07.

REFERENTIES

Andersen, R., Davidson, P., Baumeister SE, 2013. Improving access to care in America., in: Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services, Policy, and Management. 4th Edition. pp. 33–69.

Andersen, R.M., 1995. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J. Health Soc. Behav.* 36, 1–10. <https://doi.org/10.2307/2137284>

Arnault, L., Jusot, F., Renaud, T., 2021. Social inequalities in access to healthcare among the population aged 50+ years during the COVID-19 pandemic in Europe. <https://doi.org/10.17617/2.3289765>

Babitsch, B., Gohl, D., von Lengerke, T., 2012. Das Verhaltensmodell der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Versorgung von Andersen re-revisited: Ein systematischer Review von Studien zwischen 1998-2011. *GMS Psycho-Social-Medicine*. <https://doi.org/10.3205/psm000089>

Bertier, M., Luyten, J., Tubeuf, S., 2021. Renoncement aux soins médicaux et confinement : les enseignements d'une enquête en ligne [WWW Document]. URL <https://lirias.kuleuven.be/3420701?limo=0> (accessed 6.15.21).

Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., Van de Voorde, C., 2020. Health system performance assessment: how equitable is the Belgian health system?

Cès, S., Baeten, R., 2020. Inequalities in access to healthcare in Belgium.

Costa, D., Hatzidimitriadou, E., Ioannidi-Kapolo, E., Lindert, J., Soares, J., Sundin, Ö., Toth, O., Barros, H., 2019. The impact of intimate partner violence on forgone healthcare: a population-based, multicentre European study. *Eur. J. Public Health* 29, 359–364. <https://doi.org/10.1093/EURPUB/CKY167>

Desprès, C., 2013. The meanings of healthcare renunciation: An anthropological analysis. *Sci. Soc. Sante* 31, 71–96.

Drieskens, S., Gisle, L., Charafeddine, R., Demarest, S., Braekman, E., Nguyen, D., Van der Heyden, J., Berete, F., Hermans, L., Tafforeau, J., 2018. Gezondheidsenquête 2018: Levensstijl. Samenvatting van de resultaten. Brussel, België: Sciensano.

Intermutualistisch Agentschap, 2020. IMA Atlas [WWW Document]. URL <https://www.ima-aim.be/IMA-Atlas?lang=nl>

Karakaya, G., 2020. De niet-gebruikers van gezondheidszorg: Wie zijn ze?

Kestens, W., 2021. Concentratie van de uitgaven.

Stein, J.A., Andersen, R., Gelberg, L., 2016. Applying the Gelberg-Andersen Behavioral Model for Vulnerable Populations to Health Services Utilization in Homeless Women: <http://dx.doi.org/10.1177/1359105307080612> 12, 791–804. <https://doi.org/10.1177/1359105307080612>

08.

APPENDIX : ENQUÊTE

1. Wat is de postcode van uw gemeente?
2. Wat is uw geslacht
 - Man
 - Vrouw
 - Genderneutraal
 - Zeg ik liever niet
3. Tot welke leeftijdscategorie behoort u?
 - 18 - 40 jaar
 - 41 - 64 jaar
 - 65 – 79 jaar
 - 80+ jaar
4. Duid aan welk statuut best overeenkomt met uw huidige situatie
 - Student
 - Werkloos
 - Bediende
 - Arbeider
 - Zelfstandige
 - Gepensioneerd
 - Niet actief op arbeidsmarkt
 - Ander:....
5. In welke mate kunt u rondkomen met het huidige beschikbare gezinsinkomen?
 - Het gezinsinkomen volstaat niet om maandelijks mee rond te komen
 - Het gezinsinkomen volstaat net om maandelijks rond te komen
 - Het gezinsinkomen volstaat om zonder al te veel moeite maandelijks mee rond te komen
 - Het gezinsinkomen volstaat ruimschoots om maandelijks mee rond te komen
 - Zeg ik liever niet
6. Met wie woont u samen? (Als u kinderen in co-ouderschap of pluskinderen hebt, duid dan de situatie aan die het best op u van toepassing is.)
 - Ik woon alleen
 - Ik woon alleen met 1 of meerdere kinderen
 - Ik woon samen met mijn partner
 - Ik woon samen met mijn partner en een of meerdere kinderen
 - Ik woon samen met anderen
7. Hebt u een langdurige ziekte of gezondheidsprobleem?
 - Ja
 - Nee
8. Duid aan wat het best overeenkomt met uw gezondheidssituatie in de voorbije 12 maanden:

	Uitstekend	Goed	Matig	Slecht
Mijn lichamelijke gezondheid in de voorbije 12 maanden was ...				
Mijn mentale gezondheid (psychisch welbevinden, stress, angsten) in de voorbije 12 maanden was ...				

9. Duid aan wat het best overeenkomt met uw levensstijl in de voorbije 12 maanden:

	Dagelijks	Meerdere malen per week	1 keer per week	Minder dan 1 keer per week	Nooit
Ik sport					
Ik rook					
Ik drink alcohol					
Ik eet minstens 1 gezonde maaltijd per dag					

10. Heeft u met deze zorgverlener in de voorbije 12 maanden een consultatie (in fysieke persoon of via de telefoon/video) gehad voor uzelf?

Huisarts	ja/nee/geen antwoord
Arts- specialist (internist, chirurg, dermatoloog, uroloog...)	ja/nee/ geen antwoord
Psychiater	ja/nee/ geen antwoord
Psycholoog	ja/nee/ geen antwoord
Tandarts	ja/nee/ geen antwoord
Kinesitherapeut	ja/nee/ geen antwoord
Alternatieve therapeuten (bv. homeopaat, osteopaat, enz.)	ja/nee/ geen antwoord
Andere zorgverlener:.....	ja/nee/ geen antwoord
Gynaecoloog (INDIEN VROUW)	ja/nee/ geen antwoord

11. Hoe geregeld maakt u een afspraak met de volgende zorgverleners?

	Meermaals per jaar	1 keer per jaar	1 keer om de 2 jaar	Minder dan 1 keer om de 2 jaar	Enkel indien ik een probleem heb	Zelfs niet als ik een probleem heb
Huisarts						
Specialist (internist, chirurg, dermatoloog, uroloog...)						
Psychiater						
Psycholoog						
Tandarts						
Kinesist						
Alternatieve therapeuten (bv. homeopaat, osteopaat, enz.)						
Gynaecoloog (INDIEN VROUW)						

12. Heeft u een bezoek bij een zorgverlener uitgesteld omwille van de coronacrisis?

- Ja
- Nee

12.a INDIEN JA: Welk type zorg hebt u uitgesteld? En van wie kwam het initiatief om de zorg uit te stellen?

	Geen zorg uitgesteld	Zorg uitgesteld door mijzelf	Zorg uitgesteld door de zorgverlener/zorginstelling
Controle bij huisarts of specialist			
Opvolging van een chronische ziekte (bv. diabetes, hart- en vaatziekten, kanker, ...) bij huisarts of specialist			
Psychologische/psychiatrische zorg			
Mond- en tandzorg			
Preventief onderzoek naar kanker			

Andere onderzoeken (bv. bloedonderzoek, radiologie, enz.)			
Vaccinaties			
Behandeling bij de kinesist			
Verpleegkundige zorg			
Behandeling bij alternatieve therapeuten (homeopaat, osteopaat, enz.)			

13. Met welk van de volgende stellingen bent u akkoord?

	Volledig Akkoord	Enigszins akkoord	Geen mening /weet ik niet	Niet akkoord	Helemaal niet akkoord
Ik weet bij welke zorgverlener ik terecht kan indien ik een probleem heb					
Ik voel me gezond, dus het is niet nodig om een zorgverlener te zien					
Ik weet hoe ik mezelf moet verzorgen als ik ziek ben					
In plaats van onmiddellijk een afspraak te maken, wacht ik liever tot ik me beter voel					
Ik ga eerst op zoek naar informatie (internet, vragen stellen aan familie, vrienden, enz.) alvorens eventueel een zorgverlener te raadplegen					
Informatie over gezondheid en ziekte is gemakkelijk te vinden en te begrijpen (internet, ziekenfonds, brochures, folders, enz.)					
Ik heb moeite om de uitleg van de zorgverleners te begrijpen					
Ik heb geen tijd om een afspraak te maken met een zorgverlener, onderzoeken te laten doen of voor een behandeling					
Ik heb al raadplegingen bij de huisarts, gynaecoloog of specialist uitgesteld omwille van financiële redenen					
Ik heb al zorg (medicatie, onderzoeken, behandelingen) uitgesteld omwille van financiële redenen					
Er is een te lange wachtlijst voor de zorgverlener die ik wil raadplegen					
Een bezoek aan een zorgverlener jaagt me schrik aan omwille van de onderzoeken die gebeuren					
Een bezoek aan een zorgverlener jaagt me schrik aan omwille van de mogelijke resultaten					
Een bezoek aan een zorgverlener jaagt me schrik aan omwille van de huidige coronacrisis					
Ik neem deel aan preventieve onderzoeken zoals het darmkanker- en borstkankeronderzoek					
Ik volg het vaccinatieschema zoals aangeraden door de overheid/mijn vaste zorgverlener					
Ik verkies alternatieve behandelingswijzen als ik ziek ben (bv. homeopaat, osteopaat, enz.)					



Lenniksebaan 788A in - 1070 Anderlecht
T 02 778 92 11

Onze studies op
ra
www.mloz.be

(©) Onafhankelijke Ziekenfondsen / Brussel, september 2021
(Ondernemingsnummer 411 766 483)

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

