

# Analyse van verschillen in huisartsenhulp tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden

DRS. R. C. J. A. VAN VLIET\* — DRS. W. P. M. M. VAN DE VEN\*\*

**Er is een aanzienlijk verschil in gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Zo leggen ziekenfondsverzekerden 18% meer bezoeken af bij hun huisarts en gebruiken zij 30% meer medicijnen op recept. In dit artikel onderzoeken de auteurs welke factoren deze vormen van medische consumptie verklaren en welke factoren voor het verschil in gebruik tussen particuliere en ziekenfondsverzekerden verantwoordelijk zijn. Het is vooral het verschil in gezondheid, dat samenhangt met beroepsrisico, opleidingsniveau en woonsituatie, dat op huisartsniveau de grotere consumptie van medische zorg door ziekenfondsverzekerden verklaart.**

**De conclusie van dit artikel dat naast persoonsgebonden factoren ook systeemgebonden factoren zoals de wijze van verzekeringsdekking, de medische consumptie beïnvloeden, is van grote relevantie bij de door staatssecretaris Van der Reijden aangekondigde wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekering.**

## 1. Inleiding

Tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden bestaan aanzienlijke verschillen in het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Na correctie voor het verschil in leeftijds- en geslachtsopbouw tussen beide groepen blijken ziekenfondsverzekerden 10 à 20% meer huisartsconsulten en ca. 45% meer verpleegdagen in het ziekenhuis te hebben dan particulier verzekerden 1). Als mogelijke oorzaken voor deze en andere verschillen in medische consumptie wordt veelal gewezen op verschillen in gezondheid tussen beide groepen, op verschillen in verzekeringsdekking, tijdsprijs, persoonlijkheidskenmerken (zoals b.v. assertiviteit) en de wijze waarop de hulpverleners worden gehonoreerd. Ook wordt gewezen op het feit dat particuliere verzekeraars vanwege de onderlinge concurrentie een sterke prikkel hebben om onnodig gebruik tegen te gaan en op het feit dat de ziekenfondsen in bepaalde gevallen slechts in beperkte mate bevoegdheden aan de Ziekenfondswet kunnen ontlenen om medisch „niet strikt noodzakelijk” gebruik tegen te gaan 2).

Tot nu toe is weinig bekend over de mate waarin de diverse factoren verantwoordelijk zijn voor de verschillen in medische consumptie tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Mede naar aanleiding van vragen vanuit de Tweede Kamer aan de regering en het rapport van de Werkgroep Consumptiever-

schillen Ziekenfonds- en Particulier Verzekerden 3) heeft de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Konsumentenangelegenheden (SWOKA) aan het Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Publieke Sector (Rijksuniversiteit Leiden) de opdracht verstrekt te onderzoeken welke factoren in welke mate bijdragen aan de consumptieverschillen tussen beide groepen verzekerden. In het kader van dit onderzoek is een inventarisatie gemaakt van de geconstateerde verschillen in diverse vormen van medische consumptie tussen beide groepen verzekerden en is op grond van een literatuuronderzoek nagegaan welke factoren verantwoordelijk (kunnen) zijn voor deze verschillen 4).

Een belangrijke bevinding hierbij betreft de niet geringe verschillen in gezondheidstoestand tussen beide groepen verzekerden (in de volgende paragraaf zullen wij hier nader op ingaan). Naast morbiditeit blijken ook andere factoren, zoals bij voorbeeld het aanbod van medische voorzieningen, een rol te spelen bij de hogere consumptie van ziekenfonds- ten opzichte van particulier verzekerden. Zo blijkt een toename van de ziekenhuiscapaciteit in de ziekenfondssector een ongeveer tweemaal zo grote toename van klinische consumptie tot gevolg te hebben als in de particuliere sector 5).

Met betrekking tot de medische consumptie op huisartsniveau is uit een eerdere analyse in het kader van dit onderzoek 6) ge-

\* Rijksuniversiteit Leiden, Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Publieke Sector (COEPS). Van Vliet is werkzaam bij de Leidse Projectgroep Gezondheidszorg Economie (projectleider: prof.dr. B. M. S. van Praag) in het kader van het onderzoek „Medische Consumptie”, dat in samenwerking met de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Konsumentenangelegenheden (SWOKA) wordt uitgevoerd.

\*\* Erasmus Universiteit Rotterdam, Vakgroep Algemene Gezondheidszorg (SAG).

Dit artikel is een sterk verkorte versie van het COEPS-rapport 82.25/SWOKA-onderzoeksrapport nr. 25, *Analyse van medische consumptie en van verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. II. Een secundaire analyse van de POMC — enquête*. Voor details en meer informatie omtrent de uitgevoerde analyses zij naar dit rapport verwezen. De auteurs danken dr. J. C. Bongaerts, dr. P. A. B. Konijn en de leden van de Begeleidingscommissie van het onderzoek „Medische Consumptie” voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel, drs. A. Nijdam, drs. G. J. Hungerink en R. Warmerdam voor het verrichten van computerwerkzaamheden ten behoeve van dit onderzoek en het Centraal Bureau voor de Statistiek voor het beschikbaar stellen van het gegevensbestand van de POMC-enquête.

1) In dit artikel zullen wij de term particulier verzekerden gebruiken voor alle niet-ziekenfondsverzekerden. Voor een overzicht van de diverse criteria om (verplicht) onder een bepaalde verzekeringsvorm te vallen of (vrijwillig) hiervoor in aanmerking te komen, zie b.v. W. P. M. M. van de Ven, Ziekenfonds- versus particuliere verzekeringen in de gezondheidszorg, *ESB*, 3 juni 1981, blz. 525-526.

2) J. C. H. Kool, directeur van het Ziekenfonds Leiden en Omstreken heeft onlangs gewezen op de „problemen met betrekking tot de beëindiging van het verblijf in zieken- of verpleeghuis voor patiënten bij wie alleen nog sprake is van verzorgingsnoodzaak en voor wie de medisch-verpleegkundige indicatie derhalve niet meer aanwezig is”. Ten gevolge van een lacune in de Ziekenfondswet is het, volgens Kool, vaak niet mogelijk de betrokken patiënten naar een goedkopere instelling (b.v. een bejaardentehuis) over te plaatsen (zie *De Inzet*, 1982, nr. 11, blz. 6-7).

3) Werkgroep Consumptieverschillen Ziekenfonds- en Particulier Verzekerden, *Verschillen in Consumptie van Intramurale Gezondheidszorg door Ziekenfonds- en Particulier Verzekerden*, Rapport aangeboden aan de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1979.

4) W. P. M. M. van de Ven, F. A. Nauta, R. C. J. A. van Vliet en F. F. H. Rutten, Inventarisatie en achtergronden van de consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden, *Gezondheid en Samenleving*, 1980, nr. 1, blz. 224-254. Ook verschenen als COEPS-rapport 80.14/SWOKA-onderzoeksrapport 2.

5) E. M. Hooijmans en F. F. H. Rutten, *The impact of supply on the use of hospital facilities: differences between high and low income groups in The Netherlands*, COEPS-rapport 82.03, Rijksuniversiteit Leiden, 1982.

6) R. C. J. A. van Vliet en W. P. M. M. van de Ven, Analyse van verschillen in medische consumptie tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden, een secundaire analyse van de LSO '77-enquête, *Gezondheid en Samenleving*, 1982, nr. 2, blz. 53-72; zie ook: COEPS-rapport 81.21/SWOKA-onderzoeksrapport 14, 1982.

bleken dat, naast de verschillen in leeftijd-geslachtsofbouw en in gezondheidstoestand, ook het verschil in opleiding tussen beide groepen verzekerden bijdraagt aan de meer-consumptie van ziekenfonds- ten opzichte van particulier verzekerden op huisarts-niveau. In hoeverre de verzekeringsdekking en de honorerings-structuur van artsen van invloed zijn, kon bij die analyse niet worden nagegaan.

In dit artikel wordt verslag gedaan van een empirische analyse van de verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden in huisartsenhulp 7); het aantal huisartscontacten en het gebruik van medicijnen op recept van de huisarts. Hierbij wordt o.a. aandacht besteed aan de invloed van de verzekeringsdekking op de medische consumptie.

Met betrekking tot de *beleidsrelevantie* van het onderhavige onderzoek kan worden gewezen op de door staatssecretaris Van der Reyden (Volksgezondheid) aangekondigde fundamentele wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Het is van belang hierbij de invloed te kennen van de diverse factoren op het gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen en op het verschil hierin tussen beide groepen verzekerden. Bij voorbeeld, bij realisering van de plannen om de vergoeding voor huisartsenhulp volledig onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te laten vallen, zoals vorig jaar is voorgesteld door de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ), is het van belang te weten welk deel van de verschillen in het aantal huisartsconsulten tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden wordt veroorzaakt door z.g. systeemgebonden factoren (verzekeringsdekking, honorering, controle) en welk gedeelte door z.g. persoonsgebonden factoren (gezondheid, tijdsprijs). Bij invoering van deze wijziging zullen de eerstgenoemde factoren veranderen en de laatstgenoemde factoren gelijk blijven. Hetzelfde geldt ten aanzien van een volksverzekering (tegen ziektekosten) met een beperkt pakket, zoals onlangs door de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid 8) is voorgesteld. Wat zijn de consequenties voor de vraag naar huisartsenhulp indien bij invoering van zo'n volksverzekering de vergoeding voor huisartsenhulp niet in het basispakket wordt opgenomen? Voor een goede planning van de gezondheidszorg (onder andere het aantal huisartsen, specialisten en ziekenhuisbedden) is het noodzakelijk de verandering in het gebruik van medische diensten te kennen als gevolg van een wijziging van de verzekeringsdekking.

In dit artikel wordt eerst ingegaan op enige verschillen tussen beide groepen verzekerden. Vervolgens wordt aandacht besteed aan enige determinanten van de vraag naar huisartsenhulp (het aantal huisartscontacten en het gebruik van medicijnen op recept van de huisarts). Ten slotte wordt aangegeven hoe groot de bijdrage van diverse factoren (o.a. gezondheidstoestand, verzekeringsdekking) is aan de verschillen in de genoemde vormen van huisartsenhulp tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden.

## 2. Verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden in gezondheid en in huisartsenhulp

Eerst zal worden ingegaan op de verschillen in (indicatoren van de) gezondheidstoestand en in enkele aspecten van huisartsenhulp tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. De in dit artikel gepresenteerde gegevens zijn gebaseerd op het Proef Onderzoek Medische Consumptie (POMC) dat in 1979 door het CBS is gehouden (circa 2.400 gezinnen met circa 7.250 personen). Deze enquête vormt, wat betreft de in de analyse beschouwde variabelen, een redelijke tot goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking.

Uit tabel 1 blijkt dat de fractie personen die last hebben van een langdurige aandoening, ziekte of handicap, onder ziekenfondsverzekerden 25% hoger is dan onder particulier verzekerden. Na correctie voor verschillen in leeftijds- en geslachtsofbouw tussen beide groepen bedraagt dit verschil 23%. Het percentage personen dat de eigen gezondheid als slecht, matig of redelijk beoordeelt 9), bedraagt bij de particulier verzekerden 15%, tegenover 22% bij ziekenfondsverzekerden (deze percentages hebben betrekking op een qua leeftijds- en geslachtsofbouw gelijke populatie). Uit ander onderzoek komen aanwijzingen dat de verschillen in gezondheid vooral liggen op het vlak van de minder ernstige aandoeningen 10). Verschillen in gezondheid tussen beide groepen verzekerden kunnen verklaard worden uit verschillen in opleidingsniveau, medische kennis, werksituatie,

Tabel 1. Verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden in gezondheid en medische consumptie op huisartsniveau (op basis van de POMC-enquête a))

	Ongewogen gemiddelden			Gemiddelden gewogen met de leeftijds- en geslachtsofbouw van de Nederlandse bevolking b)		
	ziekenfonds	particulier	verschil c) in procenten	ziekenfonds	particulier	verschil c) in procenten
Fractie personen die last hebben van een langdurige aandoening, ziekte of handicap .....	0,256	0,205	25	0,264	0,214	23
Aantal huisartscontacten, maximaal 6 (in drie maanden) .....	0,685	0,581	18	0,672	0,611	10
Fractie personen die medicijnen op recept van de huisarts gebruiken (in twee weken) .....	0,146	0,112	30	0,150	0,127	20

a) 7.247 personen.

b) De gemiddelden per leeftijd-geslachtsgroep (24 groepen) en per verzekeringsvorm van de diverse variabelen zijn gewogen met de leeftijds- en geslachtsofbouw van de Nederlandse bevolking van 1979.

c) Ziekenfonds- ten opzichte van particulier verzekerden.

beroepsrisico, inkomen, woonsituatie en andere gezondheidsbeïnvloedende factoren. Gedeeltelijk kunnen de verschillen in gezondheid ook verklaard worden door een viertal selectiemechanismen, welke ertoe leiden dat, onder gelijkhouding van bij voorbeeld leeftijd, geslacht, gezinsgrootte, opleidingsniveau, medische kennis, beroepsrisico en woonsituatie, de kans op ziekenfondslidmaatschap groter is naarmate iemands gezondheidstoestand slechter is:

1. de gezondheidstoestand waarin iemand verkeert heeft een positieve invloed op het productief vermogen en het aantal uren dat men per week werkt, en derhalve op het inkomensniveau. Dit betekent dat voor iemand die aan het arbeidsproces deelneemt, de kans op ziekenfondslidmaatschap (via overschrijding van de loongrens) afneemt naarmate zijn gezondheidstoestand beter is;
2. volgens hetzelfde mechanisme vergroot een verslechtering van de gezondheidstoestand de kans op langdurige werkloosheid en arbeidsongeschiktheid (hetgeen weer tot vermindering van inkomen leidt) en derhalve ook de kans op ziekenfondslidmaatschap;
3. een „minder gezonde” zal een baan in loondienst prefereren boven een baan als zelfstandige, hetgeen bij een inkomen onder de loongrens in het algemeen leidt tot een verplicht ziekenfondslidmaatschap;
4. indien men de keuze heeft tussen een (vrijwillige of bejaarden-)ziekenfondsverzekering en een particuliere verzekering zullen de „minder gezonden”, ceteris paribus, de ziekenfondsverzekering nemen vanwege het acceptatiebeleid (uitsluitingen/toeslagen) door de particulier verzekerders.

Figuur 1 laat zien dat de (gepercipieerde) gezondheidstoestand slechter wordt naarmate men ouder wordt. Dit geldt met name vanaf de leeftijd van ca. 20 jaar. De verschillen in gezondheidstoestand tussen de groepen ziekenfonds- en particulier verzekerden onder de 20 jaar zijn gering, terwijl deze verschillen in de leeftijdsgroep van 20 tot circa 55 jaar, vooral bij mannen, toenemen. Deze bevinding zou erop kunnen wijzen dat na de leeftijd van ca. 20 jaar de gezondheidstoestand van ziekenfondsverzekerden, met het toenemen van de leeftijd, sneller verslechtert dan die van particulier verzekerden. Ook kan deze bevinding erop duiden dat de bovengenoemde selectiemechanismen „cumulatief” werken, dat wil zeggen de volgens deze selectiemechanismen bestaande samenhang tussen ziekenfondslidmaatschap

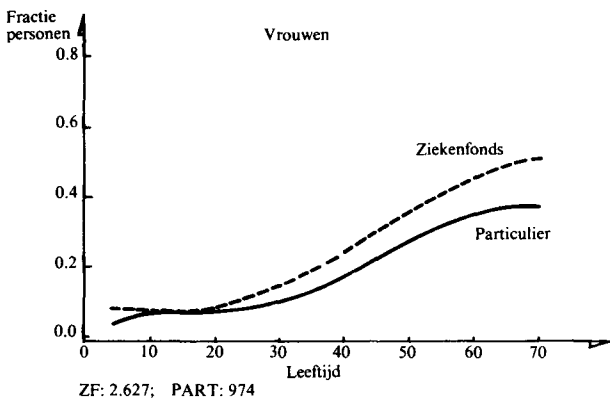
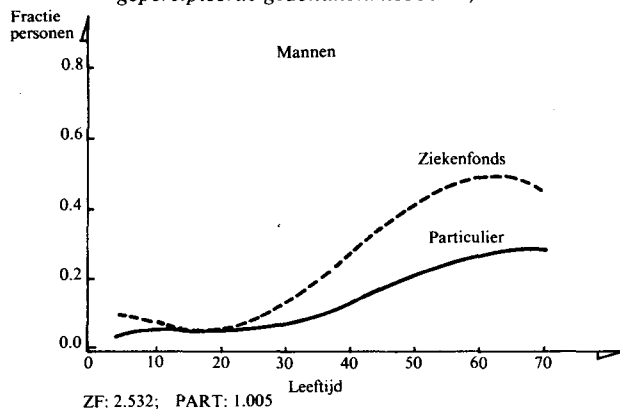
7) De klinische medische consumptie wordt in dit artikel niet geanalyseerd vanwege het ontbreken van een daarvoor geschikt gegevensbestand. In het vervolgonderzoek hopen wij hier aandacht aan te kunnen besteden.

8) Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *Herwaardering van welzijnsbeleid*, Rapport 22, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1982.

9) Het alternatief hierbij is dat men de eigen gezondheid als goed of heel goed beoordeelt.

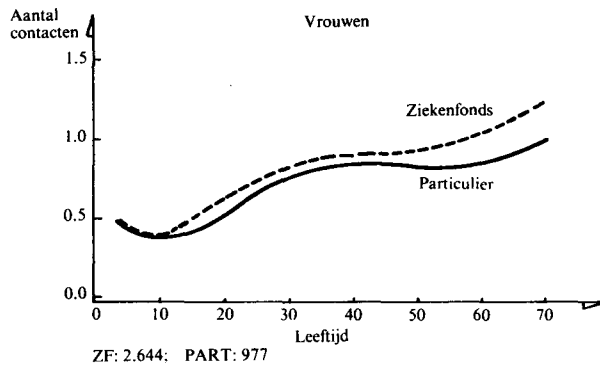
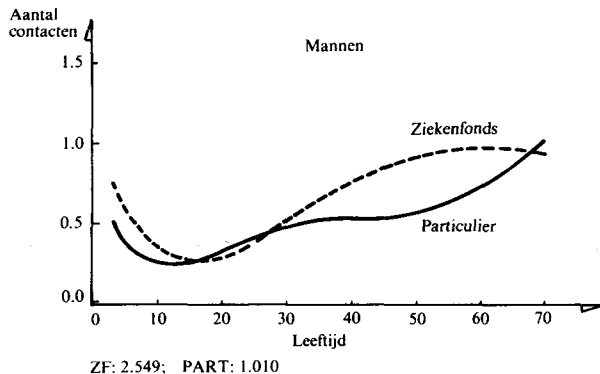
10) M. Mootz, Sociale indicatoren, gezondheidstoestand en verzekeringsvorm, *Medisch Contact*, 1980, nr. 28, blz. 857-860.

Figuur 1. Fractie personen die een redelijke, matige of slechte gepercipieerde gezondheid hebben a)



a) De grafieken zijn verkregen met behulp van kleinste kwadraten 5-de graads polynoom aanpassingen in de leeftijd. Onder de figuren staat op hoeveel personen van beide categorieën verzekerden de figuur betrekking heeft.

Figuur 2. Aantal huisartscontacten (in drie maanden) a)



en gezondheidstoestand is bij de leeftijd van ca. 20 jaar in (zeer) geringe mate aanwezig en neemt toe naarmate de leeftijd stijgt.

Het verschil tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden in het aantal huisarts-patiëntcontacten in drie maanden (kortweg: het aantal huisartscontacten) is ca. 18%. Het voor leeftijds- en geslachtsofbouw gecorrigeerde verschil bedraagt ca. 10%. Het aantal huisartscontacten (figuur 2) neemt tot de leeftijd van 10 à 15 jaar sterk af, waarna een geleidelijke stijging optreedt. Voor mannen in de leeftijdsgroep van 20 tot 50 jaar, verzekerd in het ziekenfonds, stijgt het aantal huisartscontacten (aanzienlijk) sterker dan voor particulier verzekerde mannen in deze leeftijdsgroep. Deze bevinding is in overeenstemming met het in figuur 1 geschetste verschil in (gepercipieerde) gezondheidstoestand in deze leeftijds-geslachtsgroep.

De fractie personen die medicijnen op recept van de huisarts gebruiken (in twee weken) is in de groep van ziekenfondsverzekerden 30% groter dan binnen de groep van particulier verzekerden (na correctie voor leeftijds- en geslachtsofbouw: 20%).

### 3. Determinanten van huisartsenhulp

Alvorens aandacht te besteden aan de determinanten van de verschillen in huisartsenhulp tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden, zullen wij eerst ingaan op enige determinanten van het gebruik van huisartsenhulp. Naast gezondheid, leeftijd en geslacht kunnen nog vele andere factoren van invloed zijn op de vraag naar medische hulp, zoals bij voorbeeld de verzekeringsvorm, het aanbod van medische voorzieningen, de hoeveelheid tijd benodigd om medische hulp te ontvangen, het opleidingsniveau, de gezinsgrootte en de consumptiegeneigdheid (11). In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de in onze multivariate analyses gebruikte variabelen en wordt bij iedere verklarende variabele de procentuele (gereduceerde vorm) verandering in het aantal huisartscontacten en in de kans op gebruik van door de huisarts voorgeschreven medicijnen (in twee weken) aangegeven, die optreedt als gevolg van een *ceteris paribus* verandering in de betreffende verklarende variabele (12).

De analyses in deze paragraaf zijn uitgevoerd op het deelbestand van de POMC-enquête met personen van 18 jaar en ouder (5.012 waarnemingen). Ten gevolge van niet beantwoorde vra-

gen is ongeveer 20% van de enquêtes bij de multivariate analyses buiten beschouwing gelaten (blijven over: 4.043 waarnemingen).

Zoals mag worden verwacht, hebben de indicatoren van de gezondheidstoestand een grote invloed op het aantal huisartscontacten en op de kans op gebruik van medicijnen op recept van de huisarts. Een *ceteris paribus* verandering van de gepercipieerde gezondheid van „heel goed” naar „matig, slecht” leidt tot een toename van het aantal huisartscontacten met een factor 2 à 3. Iemand die last heeft van een langdurige aandoening, ziekte of handicap heeft, *ceteris paribus*, naar verwachting 60% meer huisartscontacten dan iemand zonder één van deze aandoeningen. Leeftijd blijkt, naast de gezondheidsindicatoren, vrijwel geen invloed te hebben op het aantal huisartscontacten, maar blijkt wel van invloed te zijn op de kans op medicijngebruik op recept van de huisarts.

Belangrijke consumptiemogelijkheid-variabelen zijn de verzekeringsvariabelen en variabelen die verband houden met de „tijdsprijs”. De resultaten in tabel 2 geven aan dat een particulier die (gedeeltelijk) verzekerd is voor de kosten van huisartsenhulp *ceteris paribus* 18% meer huisartscontacten en een 64% grotere kans op medicijngebruik op recept van de huisarts (in twee weken) heeft dan een particulier die hiervoor niet verzekerd is (13).

11) Zie voor een uitgebreide beschouwing over consumptiegeneigdheid M. Mootz, *De patiënt en zijn naasten; de invloed van houdingen in het persoonlijk netwerk van de patiënt op zijn medische consumptie*, Dissertatie, Rijksuniversiteit Limburg, 1981. Voor een systematisch literatuuroverzicht van andere belangrijke determinanten van medische consumptie, zie van de Ven e.a., art. cit. 1980.

12) Voor de specificatie en een verantwoording van het gehanteerde economische twee-stapsmodel, zie Van Vliet en Van de Ven, op cit., 1982, Appendix C.

13) Vanwege de geringe respons op de vragen die betrekking hebben op de eigen risico's en eigen bijdragen was het niet mogelijk in de analyse variabelen op te nemen die aangeven in welke mate de particulieren verzekerd zijn voor de diverse vormen van medische consumptie. Degenen die wel zijn verzekerd maar eigen bijdragen moeten betalen, hebben wij samengevoegd met degenen die volledig zijn verzekerd. Dit heeft een onderschatting van het „verzekeringseffect” tot gevolg.

Tabel 2. Veranderingen in het aantal huisartscontacten en de kans op medicijngebruik op recept van de huisarts als gevolg van een ceteris paribus verandering in de verklarende variabelen

Verklarende variabelen	Verandering in verklarende variabelen a)	Procentuele verandering in het aantal huisartscontacten (in 3 maanden) b)	Procentuele verandering in de kans op medicijngebruik op recept van de huisarts (in 2 weken) b)
Perceptie van gezondheid	heel goed → matig, slecht	358 **	293 **
	heel goed → redelijk	230 **	283 **
	heel goed → goed	73 **	95 **
Last van langdurige aandoening	neen → ja	60 **	53 **
Leeftijd	18-39 → 40-49 jaar	- 5	- 8 **
	18-39 → 50-64 jaar	- 2	49 **
	18-39 → ≥ 65 jaar	4	102 **
Geslacht	man → vrouw	-	103 **
	man → vrouw, 18-45 jaar	50 **	-
Verzekering	part. niet verzekerd → ziekenf.	8	56 **
	part. niet → part. (gedeeltelijk) verzekerd	18 *	64 **
Tijd benodigd voor huisartsbezoek	20 → 66 min. per contact c)	- 9 **	- 9
Uren werkend in betaalde baan	0 → 38 uur per week c)	- 3	- 3
Aantal huisartsen in de regio	0,328 → 0,385 per 1.000 inwoners c)	11 **	16 **
Aantal specialisten in de regio	0,267 → 0,391 per 1.000 inwoners c)	- 5 *	- 2
Apotheekhoudende huisarts	neen → ja	-	- 25 **
Gezinsgrootte	2 → 5 personen c)	- 17 **	- 18 **
Opleidingsniveau	1 → 3 c)	- 7	7 *
Medicijngebruik niet op recept	neen → ja	- 18 *	- 16 **
Wonend in stedelijke gemeente	neen → ja	5	11

a) De waarden van de overige variabelen zijn hierbij gelijk aan hun steekproefgemiddelden.  
 b) De met een \* resp. \*\* gemerkte percentages zijn berekend met behulp van significante coëfficiënten ( $p = 0,10$  resp.  $p = 0,05$ ).  
 c) Deze veranderingen komen globaal overeen met een verandering van  $(\mu - \sigma) \rightarrow (\mu + \sigma)$ , waarbij  $\mu$  gelijk is aan het steekproefgemiddelde en  $\sigma$  gelijk aan de standaardafwijking.

Bij de interpretatie van deze bevinding is het van belang welke „overige” variabelen constant zijn gehouden. In het geval dat geen enkele andere variabele constant wordt gehouden, geeft de betreffende coëfficiënt het verschil weer in gemiddelde medische consumptie tussen de groep wel-(resp. gedeeltelijk) verzekerden en de groep niet-verzekerden. Dit verschil vormt dan onder meer een weerspiegeling van zowel het *verzekeringseffect* („men maakt meer gebruik van de medische diensten omdat de verzekering betaalt”) als het *selectie-effect*, dat optreedt bij de keuze van de verzekeringsdekking. Deze selectie bestaat uit auto-selectie („mensen met een slechte gezondheid willen zich zo goed mogelijk verzekeren”) en uit selectie door de verzekeraars (geen „brandende huizen” verzekeren). Ten einde van een verzekeringseffect te kunnen spreken, moet men het verschil kennen tussen wel- en niet-verzekerde particulieren onder gelijkhouding van de factoren die de in het verleden gemaakte keuze van de verzekeringsdekking bepalen. Door in onze multivariate analyse factoren op te nemen als gezondheidsindicatoren, leeftijd en geslacht, opleidingsniveau, gezinsgrootte, aanbod van medische voorzieningen en tijd benodigd voor een huisartsconsult, lijkt in belangrijke mate aan deze voorwaarde te zijn voldaan.

Met betrekking tot de belangrijkste determinant van de verzekeringskeuze — de gezondheidstoestand — is het van belang dat leeftijd (als proxy voor gezondheid), naast de in de analyse opgenomen gezondheidsindicatoren, géén invloed heeft op het aantal huisartscontacten. Blijkbaar wordt hier door de gezondheidsindicatoren reeds voldoende gecorrigeerd voor verschillen in gezondheidstoestand 14). We mogen derhalve aannemen dat het bovengenoemde verschil van 18 procent in het aantal huisartscontacten tussen (gedeeltelijk) verzekerde en niet-verzekerde particulieren grotendeels een verzekeringseffect is. Aangezien een groot deel van degenen die voor huisartsenhulp (gedeeltelijk) verzekerd zijn 15), in een of andere vorm nog een eigen bijdrage moet betalen, is het effect van een verandering van *niet* verzekerd naar *volledig* verzekerd (zonder eigen bijdrage) groter dan het hier vermelde effect.

De hier gevonden resultaten zijn vergelijkbaar met die van Van de Ven en Van der Gaag 16). Uit hun analyse van een dataset met 3.636 particulier verzekerde gezinshoofden bleek dat, onder gelijkhouding van onder andere „gezondheid”, aantal dagen ziek, leeftijd, gezinsgrootte, opleidingsniveau en inkomen, het verlagen van de eigen bijdrage voor de kosten van huisartsenhulp van 100% naar 20% leidde tot circa 40% meer huisartsconsulten en tot een stijging van ongeveer 40% in de uitgaven aan medicijnen op recept van de huisarts. Uit veel (voornamelijk Amerikaanse) studies, blijkt eveneens dat een stijging van de rechtstreeks door de patiënt te betalen prijs, leidt tot een vermindering van het gebruik van de desbetreffende medische diensten 17).

Het in tabel 2 vermelde effect van een verandering van „particulier, niet-verzekerd” naar „ziekenfondsverzekerd” mag niet zonder meer als een verzekeringseffect worden geïnterpreteerd, aangezien naast een wijziging in de verzekeringsdekking tegelijkertijd ook andere veranderingen optreden, zoals bij voorbeeld een wijziging in de honorering van de huisarts en van de specialist, in verwijskaartenregeling en veelal ook in ziektegeldregeling.

De totale tijd benodigd voor een bezoek aan de huisarts (samengesteld uit de reis-, wacht- en behandeltime) heeft een negatief effect op het aantal huisartscontacten: een ceteris paribus stijging van de tijd benodigd voor een huisartsbezoek van 20 naar 66 minuten heeft een vermindering van het aantal huisartscontacten met 9% tot gevolg.

Van de *aanbod*-variabelen hebben de huisartsen- en specialistendichtheid een positieve respectievelijk negatieve invloed op het aantal huisartscontacten. Naarmate de huisartsendichtheid groter is, is de gemiddelde praktijkgrootte kleiner, waardoor de huisartsen meer tijd en aandacht aan hun patiënten kunnen besteden. Een stijging van de huisartsendichtheid van 0,328 tot 0,385 18) leidt tot een toename van het aantal contacten met 11%. Dit is in overeenstemming met de bevindingen van Rutten en van Hooijmans die constateren dat (in de ziekenfondssector) een 10%-toename van de huisartsendichtheid leidt tot een 3 à 4%-reductie van het aantal verwijskaarten per verzekerde. 19). Een toename van de specialistendichtheid heeft bij gelijkhouding van onder andere de huisartsendichtheid, een geringe afname van het aantal huisartscontacten tot gevolg.

Opmerkelijk is dat een persoon wiens huisarts een eigen apotheek heeft (onder gelijkhouding van onder andere urbanisatiegraad en gezondheid) 25% minder kans heeft op medicijngebruik op recept van de huisarts (in twee weken) dan iemand die geen apotheekhoudende huisarts heeft 20).

In overeenstemming met eerdere bevindingen 21) heeft de gezinsgrootte een negatief effect op het aantal huisartscontacten.

14) Leeftijd is wél van invloed op de kans op medicijngebruik op recept van de huisarts, voorwaardelijk ten minste één huisartscontact, terwijl de gezondheidsindicatoren hierop vrijwel geen invloed hebben. Dit is wellicht het gevolg van de korte periode waarop deze variabele betrekking heeft, terwijl de gezondheidsindicatoren een veel langere periode bestrijken. Ook is het mogelijk dat de hier gebruikte gezondheidsindicatoren weinig relevant zijn met betrekking tot medicijngebruik.

15) Zie voetnoot 13.

16) W. P. M. M. van de Ven en J. van der Gaag, Health as an unobservable, a MIMIC-model of demand for health care. *Journal of Health Economics*, 1982, nr. 1, blz. 157-183.

17) Zie hiervoor b.v. W. P. M. M. van de Ven, Effecten van eigen bijdrage in de gezondheidszorg, *Medisch Contact*, 1980, nr. 35, blz. 155-157, 189-194, 216-218, en J. P. Newhouse, Insurance benefits, out-of-pocket payments, and the demand for medical care: a review of the literature, RAND-Corporation, Santa Monica, P-6134, 1978. Uit diverse (voornamelijk Amerikaanse) studies concludeert Newhouse dat het verschil tussen wel- en niet-verzekerden, wat betreft het aantal consulten en voorgescreven medicijnen, globaal een factor twee bedraagt.

18) Dit komt overeen met een daling van de gemiddelde praktijkgrootte van 3.049 naar 2.597 patiënten.

19) F. F. H. Rutten, The use of health care facilities in the Netherlands, an econometric analysis, Dissertatie, COEPS, Rijksuniversiteit Leiden, 1978, en E. M. Hooijmans, Schattingen van een model van de Nederlandse gezondheidszorg over de jaren 1974, 1975, 1976, *Gezondheid en Samenleving*, nr. 2, juni 1983.

20) Uit gegevens van de Ziekenfondsraad blijkt dat de kosten van het medicijngebruik van ziekenfondspatiënten van apotheekhoudende huisartsen lager zijn dan die van ziekenfondspatiënten van andere huisartsen.

21) Zie o.a. Van Vliet en Van de Ven, op. cit. 1982.

Naarmate een gezin groter is, zal men meer ervaring met allerlei ziekten en lichamelijke klachten hebben en is men wellicht meer geneigd (en in staat) om te proberen deze „klachten” eerst zelf te behandelen. Een persoon uit een gezin met 5 gezinsleden heeft, *ceteris paribus*, 17% minder huisartscontacten dan iemand uit een gezin met 2 personen. De variabele „medicijngebruik niet-op-recept” kan worden gezien als een proxy voor de geneigdheid tot „zelfdokteren”: als men op eigen initiatief medicijnen gebruikt, is men wellicht minder snel geneigd om de hulp van de huisarts in te roepen. Uit tabel 2 blijkt dat personen die niet-voorgescreven medicijnen gebruiken 18% minder huisartscontacten hebben dan degenen die niet aan „zelfmedicatie” doen.

Samenvattend kunnen we concluderen dat naast de (indicatoren voor de) gezondheidstoestand ook de verzekeringsdekking van invloed blijkt te zijn op de beschouwde aspecten van huisartsenhulp. Voorts blijken de tijd benodigd voor een huisartscontact, de huisartsendichtheid, de gezinsgrootte en het gebruik van niet-voorgescreven medicijnen, van invloed te zijn.

#### 4. Determinanten van de verschillen in huisartsenhulp tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden

Ten slotte gaan we na in welke mate verschillen in de verklarende variabelen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden bijdragen aan de verklaring van de in paragraaf 2 geconstateerde verschillen in het aantal huisartscontacten en in de kans op medicijngebruik op recept van de huisarts. De hierbij gehanteerde methode is gebaseerd op de idee dat een bepaalde variabele slechts van invloed kan zijn op het verschil in medische consumptie tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden indien aan de volgende twee voorwaarden is voldaan:

1. de variabele oefent invloed uit op de omvang van medische consumptie;
2. de twee groepen verzekerden verschillen van elkaar wat deze variabele betreft (b.v. de gemiddelden van deze variabelen zijn niet gelijk).

Van de in tabel 2 genoemde determinanten van huisartsenhulp blijken de (gepercipieerde) gezondheidstoestand, het al dan niet last hebben van een langdurige aandoening, leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en de tijd benodigd voor een huisartscontact aan beide voorwaarden te voldoen (22). Het opleidingsniveau is sterk verschillend voor beide groepen, maar blijkt (in deze analyse) een geringe invloed te hebben op huisartsenhulp. De gezinsgrootte en de huisartsendichtheid hebben een significante invloed op huisartsenhulp, maar zijn nauwelijks verschillend voor beide groepen verzekerden, zodat van deze variabelen geen substantiële bijdrage kan worden verwacht aan de verklaring van de consumptieverschillen tussen beide groepen verzekerden.

Met behulp van de in de multivariate analyse geschatte coëfficiënten en de verschillen in gemiddelden van de betreffende variabelen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden, zijn de bijdragen geschat van de afzonderlijke factoren aan de verschillen tussen beide groepen in het aantal huisartscontacten en de kans op medicijngebruik op recept van de huisarts (23). In tabel 3 worden de bijdragen van belangrijke verklarende factoren aan deze verschillen gepresenteerd als percentages van de totale voorspelde verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Een *positieve* (respectievelijk *negatieve*) bijdrage geeft aan dat ziekenfondsverzekerden, *ceteris paribus*, als gevolg van de betreffende factor gemiddeld *meer* (respectievelijk *minder*) medische consumptie hebben dan particulier verzekerden. De som van alle (positieve en negatieve) procentuele bijdragen is gelijk aan 100% (= het totale voorspelde consumptieverschil).

Zoals uit tabel 2 blijkt hebben wij in de multivariate analyse een dummy-variabele opgenomen voor het al dan niet bij een ziekenfonds verzekerd zijn. In de vorige paragraaf is reeds ter sprake gekomen dat de coëfficiënt van deze dummy-variabele niet als een verzekeringseffect mag worden geïnterpreteerd, aangezien naast een wijziging in de verzekeringsdekking tegelijkertijd ook andere veranderingen optreden, zoals bij voorbeeld een wijziging in de honorering van de huisarts en van de specialist, in verwijskaartregeling en veelal in ziektegeldregeling. In tabel 3 is de resultante van alle niet expliciet in de analyse opgenomen

Tabel 3. Bijdragen van belangrijke verklarende factoren aan de verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden in het aantal huisartscontacten en de kans op medicijngebruik op recept van de huisarts

Verklarende factoren	Procentuele bijdrage aan het verschil in het aantal huisartscontacten (in 3 maanden) a)	Procentuele bijdrage aan het verschil in kans op medicijngebruik op recept van de huisarts (in 2 weken) a)
Perceptie van gezondheid .....	124 **	43 **
Last van langdurige aandoening	34 **	8 **
Leeftijd .....	6	9 **
Geslacht .....	19 **	10 **
Tijd benodigd voor een huisartscontact .....	- 13 **	- 4
Opleidingsniveau .....	- 34	- 12 *
Overige in de analyse opgenomen variabelen .....	8	2
Niet expliciet in de analyse opgenomen variabelen .....	- 42	44 **
Som van de bijdragen .....	100 (= 0,067) b)	100 (= 0,0385) b)

a) De (procentuele) bijdragen zijn berekend als percentages van het totale voorspelde verschil. De betekenis van de asterisken is gelijk aan die in tabel 1.

b) Dit is het (totale) voorspelde verschil tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden (personen 18 jaar en ouder).

factoren die voor ziekenfonds- en particulier verzekerden verschillen, aangegeven met „niet expliciet in de analyse opgenomen variabelen”.

Uit tabel 3 blijkt dat de bijdrage van de gezondheidsindicatoren aan het verschil in het aantal *huisartscontacten* tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden gelijk is aan ruim anderhalf maal het totale (voorspelde) verschil in het aantal huisartscontacten. Dit betekent dat als gevolg van de slechtere gezondheidstoestand van ziekenfonds- ten opzichte van particulier verzekerden, het voorspelde verschil in het aantal huisartscontacten tussen beide groepen, *ceteris paribus*, groter is dan het werkelijke verschil (24). Er zijn echter ook factoren die een negatieve bijdrage leveren, hetgeen betekent dat als gevolg van verschillen in deze factoren de medische consumptie van particulier verzekerden, *ceteris paribus*, hoger is dan die van ziekenfondsverzekerden (zoals: de tijd benodigd voor een huisartscontact en het opleidingsniveau).

De „overige in de analyse opgenomen variabelen” (zoals: gezinsgrootte, uren werk, huisartsen- en specialistendichtheid) blijken afzonderlijk én gezamenlijk slechts geringe bijdragen te leveren aan de verklaring van het verschil in het aantal huisartscontacten tussen beide groepen.

De bijdrage van de factor „niet expliciet in de analyse opgenomen variabelen” (waaronder het verschil in verzekeringsdekking tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden) aan het voorspelde verschil in het aantal huisartscontacten bedraagt - 42% van het totale voorspelde verschil in het aantal huisartscontacten tussen beide groepen. Met behulp van het onder particulier verzekerden geschatte effect van de verzekeringsdekking op huisartsenhulp kunnen we een globale uitspraak doen over het aandeel van het verschil in *verzekeringsdekking* tussen beide groepen in deze factor. Particulieren die voor de kosten van huisartsenhulp (gedeeltelijk) verzekerd zijn, zullen wij hier aanduiden als *wel*-verzekerd. Met behulp van de in onze analyse gevon-

22) Voor het gemiddelde van de in de analyses gebruikte variabelen, apart voor ziekenfonds- en particulier verzekerden, zie Van Vliet en Van de Ven, Appendix D., op cit. 1982.

23) De methode voor het schatten van de afzonderlijke bijdragen van variabelen aan het totale verschil in de te verklaren variabelen is elders beschreven (Van Vliet en van de Ven, op. cit. 1982, blz. 63-64).

24) Intuïtief komt dit overeen met de bevinding in paragraaf 2 dat het verschil in de fractie personen die last hebben van een langdurige aandoening tussen beide groepen verzekerden groter is dan het verschil in het aantal huisartscontacten (namelijk: 23% respectievelijk 10%, leeftijd-geslacht gecorrigeerd). Vanwege het ontbreken van informatie over de medische consumptie op klinisch en poliklinisch niveau mag de hier gepresenteerde bevinding niet worden geïnterpreteerd als een aanwijzing dat ziekenfondsverzekerden, gegeven hun gezondheidstoestand, minder medische hulp ontvangen dan particuliere verzekerden.

den resultaten, kunnen wij tot de volgende uitspraken komen 25):

- indien alle particulier *niet*-verzekerden de gemiddelde verzekeringsdekking krijgen van de huidige particulier *wel*-verzekerden, dan neemt het aantal huisartscontacten van de eerstgenoemde groep met 18% toe (zie tabel 2). Hierdoor stijgt het voorspelde aantal huisartscontacten van de totale groep particulieren, waardoor de meer-consumptie van ziekenfondsten opzichte van particulier verzekerden met ruim de helft afneemt;
- indien alle *wel*-verzekerde particulieren een verzekering krijgen waarbij de huisartsenhulp *niet* is meeverzekerd, dan neemt de vraag naar huisartsenhulp van deze groep af, waardoor het verschil in het aantal huisartscontacten tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden meer dan verdubbelt.

Bedacht moet worden dat het hier gaat om een relatief gering verschil tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden van 10% in het *huisartsbezoek*. De hier gevonden resultaten kunnen niet worden generaliseerd naar de aanzienlijk grotere verschillen op ziekenhuisniveau.

De bijdragen van de gezondheidsindicatoren aan het verschil in de kans op gebruik van *door de huisarts voorgeschreven medicijnen* tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden, bedraagt ongeveer de helft van het totale verschil in kans tussen beide groepen. Verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw leiden tot een verschil in kans op medicijngebruik op recept van de huisarts ter grootte van circa 20% van het totale verschil in deze kans tussen beide groepen.

De procentuele bijdrage van de factor „niet expliciet in de analyse opgenomen variabelen” aan het verschil in kans op medicijngebruik op recept van de huisarts, bedraagt 44%.

Ook hier kunnen we slechts een globale uitspraak doen over de bijdrage van verschillen in gemiddelde verzekeringsdekking tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden aan het verschil in medicijngebruik op recept van de huisarts. Indien alle particulieren de gemiddelde verzekeringsdekking voor de kosten van huisartsenhulp krijgen van de huidige particulier *wel*-verzekerden, dan stijgt de kans op medicijngebruik op recept van de huisarts voor de particulier verzekerden met 15% en neemt het verschil in deze vorm van medische consumptie tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden met circa tweederde af.

## 5. Samenvatting en discussie

Het gegevensbestand van het Proef Onderzoek Medische Consumptie (POMC) waarop de hier gepresenteerde resultaten zijn gebaseerd, geeft een bevestiging van eerdere bevindingen dat ziekenfondsverzekerden gemiddeld een slechtere gezondheid 26) hebben dan particulier verzekerden. Dit verschil in gezondheid kan samenhangen met verschillen in factoren zoals b.v. beroepsrisico, opleidingsniveau of woonsituatie en kan ook verklaard worden door selectiemechanismen ten aanzien van het ziekenfondslidmaatschap. Op basis van de in het POMC-bestand beschikbare gezondheidsindicatoren mag voorzichtig worden geconcludeerd dat deze verschillen, met name voor mannen, toenemen in de leeftijdsgroep van 20 tot ca. 55 jaar. Uit een ander onderzoek komen aanwijzingen dat de verschillen in gezondheid vooral lijken te liggen op het vlak van de minder ernstige aandoeningen.

Uit onze multivariate analyses, die gebaseerd zijn op de enquêtegegevens van personen van 18 jaar en ouder, blijkt dat naast de grote invloed van de gezondheidsindicatoren, ook de voor een huisartscontact benodigde tijd, de gezinsgrootte, de specialistendichtheid en het gebruik van niet-voorgeschreven medicijnen (als indicator voor de neiging tot „zelfdokteren”) een negatieve invloed hebben op het aantal huisartscontacten. Voorts blijkt een 10%-toename van de huisartsendichtheid te leiden tot een 7%-toename van het aantal huisartscontacten.

Onder *gelijkhouding van bovengenoemde factoren* blijkt een particulier die *gedeeltelijk of volledig* verzekerd is voor de kosten van huisartsenhulp, naar verwachting ca. 18% meer huisartscontacten en een ca. 64% 27) grotere kans op medicijngebruik op recept van de huisarts (in twee weken) te hebben dan een particulier die hiertegen *niet* is verzekerd. Uit ander onderzoek blijkt eveneens dat het gebruik van medicijnen op recept gevoelig is

voor een eigen bijdrage, en komen aanwijzingen dat de prijsgevoeligheid ten aanzien van medische consumptie toeneemt naarmate het inkomen afneemt 28). Het is derhalve aannemelijk te veronderstellen dat ook in de ziekenfondssector een flinke prijsgevoeligheid voor medicijngebruik op recept aanwezig is. De door staatssecretaris Van der Reyden aangekondigde evaluatie van de per 1 februari 1983 in de ziekenfondsverzekering ingevoerde eigen bijdrage voor geneesmiddelen zal hierover wellicht meer duidelijkheid kunnen verschaffen.

De hogere consumptie van medische zorg op huisartsniveau (aantal contacten, medicijngebruik) van ziekenfonds- ten opzichte van particulier verzekerden blijkt, wat betreft de in onze analyses beschouwde variabelen, voor het grootste gedeelte te kunnen worden verklaard uit verschillen in gezondheidstoestand tussen beide groepen. Daarnaast speelt ook het verschil in verzekeringsdekking een belangrijke rol, hetgeen op de volgende wijze kan worden geïllustreerd. Thans is ongeveer tweederde van de particulier verzekerden (gedeeltelijk) verzekerd voor de kosten van huisartsenhulp (ziekenfondsverzekerden zijn allen volledig verzekerd voor huisartsenhulp). Met behulp van de in onze analyse gevonden resultaten kan berekend worden dat de meerconsumptie van ziekenfonds- ten opzichte van particulier verzekerden in het aantal huisartscontacten, die ca. 10% bedraagt, naar verwachting globaal zou halveren respectievelijk verdubbelen indien *alle* particulieren *wel* voor huisartsenhulp zouden zijn verzekerd 29) resp. *niet* hiervoor zouden zijn verzekerd.

In dit artikel is tussentijds verslag gedaan van een onderzoek naar verschillen in medische consumptie tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Wij hebben ons hier beperkt tot enige aspecten van de eerstelijns hulp (huisartscontacten, voorgeschreven medicijnen). In het vervolgonderzoek zullen ook diverse aspecten van de tweedelijns hulp (specialistenconsulten, ziekenhuisopnamen) worden onderzocht. Zoals bekend bedragen de kosten van de tweedelijns hulp een veelvoud van die van de eerstelijns hulp. Een belangrijke vraag hierbij zal zijn of de meerconsumptie in het aantal ziekenhuis verpleegdagen — die ca. 45% bedraagt en derhalve aanzienlijk groter is dan die in het aantal huisartscontacten — door dezelfde factoren wordt veroorzaakt als b.v. de meerconsumptie in het aantal huisartscontacten. Gezien de in de inleiding vermelde bevinding van Hooijmans en Rutten is het niet onwaarschijnlijk dat ook het aanbod van de voorzieningen hierbij een belangrijke rol speelt.

In het vervolgonderzoek, waarbij gebruik zal worden gemaakt van de door het Centraal Bureau voor de Statistiek gehouden Gezondheidsenquête 30), zal ook aandacht besteed worden aan de substitutie tussen diverse vormen van medische hulp en aan de mate waarin de medische hulp plaatsvindt op initiatief van de patiënt of van de arts (onder andere eerste consult versus vervolgsconsult). Nagegaan zal worden in hoeverre hierbij sprake is van verschillen voor ziekenfonds- en particulier verzekerden en in hoeverre de omvang van de verzekeringsdekking van de patiënt (eigen risico's) en de honorering van de arts hierbij een rol spelen.

**René van Vliet  
Wynand van de Ven**

25) Het voorspelde aantal huisartscontacten voor de groep ziekenfondsverzekerden, de totale groep particulier verzekerden, de groep *wel*-verzekerde particulieren en de groep *niet*-verzekerde particulieren, bedraagt 0,75, 0,68, 0,72 resp. 0,61. Ongeveer éénderde van de particulier verzekerden behoort tot de groep *niet*-verzekerden.

26) Gemeten met behulp van twee gezondheidsindicatoren.

27) Ruim éénderde deel van dit totale effect is een indirect effect via het grotere aantal huisartscontacten (waardoor de kans op medicijngebruik stijgt).

28) Zie hiervoor b.v. Van de Ven, art. cit., 1980.

29) Dat wil zeggen, in dezelfde mate verzekerd als degenen die thans (gedeeltelijk) voor huisartsenhulp zijn verzekerd. Indien alle particulieren *volledig* verzekerd zouden zijn voor huisartsenhulp, zou het verschil tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden nog meer afnemen.

30) De Gezondheidsenquête biedt aanzienlijk meer onderzoeksmogelijkheden dan de tot nu toe beschikbare gegevens bestanden. Het aantal waarnemingen is voldoende groot om ook ziekenhuis hulp te analyseren (de kans op een ziekenhuisopname in een bepaald jaar bedraagt gemiddeld ca. 0,10). Gedetailleerde informatie is beschikbaar over, onder andere, diverse vormen van medische consumptie, de aard van de klacht, het tijdstip van medische hulp, het initiatief tot medische hulp, het inkomen, de verzekeringsvorm en, voor particulier verzekerden, de omvang van de verzekeringsdekking.