

Verschillen en veranderingen in het gebruik van gezondheidszorg

Wim Groot¹

Summary

Differences and changes in the use of health care

The use of health care facilities in the Netherlands has increased substantially during the past years. In this paper two large cross-section surveys are used to analyze the changes in the use of medical services. Further, differences in use by type of health care insurance are analyzed. The findings show that the increase in medical consumption is largely due to a change in the propensity to use medical services. Further, the findings do not suggest that social health care insurance leads to less efficient use of medical services than private insurance.

1. Inleiding

De kosten van de gezondheidszorg stijgen. Tussen 1985 en 1995 namen de uitgaven voor de gezondheidszorg toe van 7,9% tot 8,8% van het Bruto Binnenlands Product (CBS, 1997). Naar verwachting zullen ook in de toekomst de kosten van de gezondheidszorg blijven stijgen. Er kunnen drie factoren worden onderscheiden die voor deze kostenstijgingen verantwoordelijk zijn: de vervanging van bestaande verrichtingen door nieuwe en duurdere procedures, een stijging van de prijs van bestaande producten in de gezondheidszorg, en een toename van het gebruik van voorzieningen in de gezondheidszorg. Deze laatste factor zal in dit artikel centraal staan.

In Tabel 1 zijn gegevens opgenomen over het gebruik van medische voorzieningen in de periode 1985-1995. De cijfers in de tabel suggereren dat in elk geval een deel van de kostenstijging in de gezondheidszorg toegeschreven kan worden aan de toename van het gebruik van medische voorzieningen. Tussen 1981 en 1995 nam het percentage Nederlanders dat per jaar een bezoek aan de huisarts brengt toe van 69% tot 76%: een toename van iets meer dan 10% in minder dan 15 jaar tijd. Gedurende dezelfde periode steeg het percentage individuen dat een medisch specialist bezocht van 36% tot 39% en verdubbelde het bezoek aan een fysiotherapeut van 7% tot 14%. Alleen het percentage dat opgenomen is geweest in een ziekenhuis bleef in deze periode nagenoeg gelijk: ongeveer 7% van de bevolking verblijft per jaar een dag of langer in het ziekenhuis (uitgezonderd vrouwen die voor een bevalling naar het ziekenhuis gaan).

De eerste vraag waaraan in dit artikel aandacht besteed wordt is waarom het gebruik van medische voorzieningen is gestegen. Volgens een recent rapport van de WRR (1997) neemt de vraag naar zorg vooral toe onder invloed van demografische veranderingen. Hierbij wordt vooral aan de vergrijzing van de bevolking gedacht. Ouderen maken meer gebruik van de gezondheidszorg dan jongeren. Door de vergrijzing neemt dus het aandeel van personen die relatief veel gebruik maken van medische voorzieningen toe. Er zijn ook andere maatschappelijke ontwikkelingen die ertoe kunnen leiden dat het gebruik van de gezondheidszorg verandert. Hierbij valt te denken aan ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, de ontwikkeling van het menselijk kapitaal en de algehele inkomens- en welvaartsstijging. Bij de arbeidsmarktontwikkelingen vallen vooral de toename van de participatiegraad van vrouwen en de daling van de werkloosheid op. Mogelijk dat de toename van de arbeidsdeelname van vrouwen leidt tot meer problemen in de combinatie van betaalde arbeid en zorgtaken. Dit kan zich uiten in meer gezondheidsklachten. De daling van de werkloosheid zal waarschijnlijk eerder leiden tot minder gebruik van de gezondheidszorg, aangezien bekend is dat werklozen meer dan gemiddeld met gezondheidsklachten kampen. De toename van het menselijk kapitaal komt tot uitdrukking in de stijging van het opleidingsniveau van de bevolking. Als hoger opgeleiden gezonder leven leidt dit tot minder gebruik van gezondheidszorg. Daarentegen zijn hoger opgeleiden mondiger en stappen ze wellicht eerder naar een arts. De inkomens- en welvaartsstijging leidt ook tot meer gebruik van gezondheidszorg, als de goederen en diensten van de gezondheidszorg een normaal goed zijn.

Een andere mogelijke verklaring voor de toename in het gebruik is niet dat de bevolking zodanig is veranderd dat het gebruik toeneemt, maar dat de neiging om gebruik te maken van voorzieningen in de gezondheidszorg is gestegen. Waar men vroeger met een kwaal of ongemak bleef doorlopen, stapt men tegenwoordig wellicht eerder naar een arts. Hierbij zou ook de mogelijke opkomst van de 'calculerende burger' een rol kunnen spelen: het idee dat mensen meer dan vroeger bij hun beslissingen een kosten-baten afweging maken en gericht zijn op het realiseren van het eigenbelang. In het bijzonder leidt het idee van de 'calculerende burger' ertoe dat individuen pogen zoveel mogelijk profijt te behalen uit de door hen betaalde ziektekostenpremies. Dit staat bekend als het probleem van 'moral hazard' in (ziektekosten)verzekeringen: de notie dat personen na het afsluiten van een verzekering hun gedrag veranderen op een wijze die de baten van de verzekering voor de consument zo groot mogelijk doen zijn.²

Het tweede onderwerp in dit artikel betreft de verschillen in het gebruik tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden. Vanuit een economisch gezichtspunt is het niet zozeer de toename van het gebruik dat een probleem vormt, als wel de vraag of er te veel gebruikgemaakt wordt van voorzieningen uit de gezondheidszorg. Een reden waarom het gebruik meer dan optimaal zou kunnen zijn is 'moral hazard' van de kant van de consumenten die (volledig) verzekerd zijn tegen de kosten van de gezondheidszorg. Bij volledige verzekering zijn de kosten van gebruik nul. Als de verwachte opbrengst van het gebruik positief is, is er dus een sterke stimulans voor consumenten om zo veel mogelijk te consumeren. Moral hazard kan worden bestreden door eigen bijdragen. Vrijwel alle particuliere verzekerden hebben een eigen risico. Ziekenfondsverzekerden hebben (in elk geval in de periode waarover we

empirische gegevens hebben) geen eigen risico. Als alle overige factoren constant worden gehouden geeft het verschil in gebruik tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden een indruk van de mate waarin er sprake is van overconsumptie door 'moral hazard'.

Tabel 1: Percentage individuen dat gebruik heeft gemaakt van medische diensten in een jaar, naar type gezondheidszorg en jaar

<i>Jaar</i>	<i>Huisarts</i>	<i>Medisch specialist</i>	<i>Fysiotherapeut</i>	<i>Ziekenhuis</i>
1981	69,3	35,7	6,6	6,8
1982	70,5	37,7	6,8	7,7
1983	71,4	38,0	8,1	7,6
1984	71,4	37,8	9,7	7,5
1985	71,9	37,5	9,7	6,9
1986	72,9	37,9	10,5	7,6
1987	71,9	37,5	11,2	6,8
1988	72,4	37,1	11,8	6,6
1989	73,4	38,2	12,9	6,5
1990	75,4	41,0	14,3	7,0
1991	75,5	38,5	13,7	6,8
1992	75,4	38,5	13,5	6,0
1993	75,6	39,7	13,7	7,3
1995	75,7	39,2	13,7	6,5

* Verblijf in ziekenhuis van een dag of langer. Exclusief ziekenhuisopname voor bevalling.
BRON: Centraal Bureau voor de Statistiek (1994), *Vijfennegentig jaar statistiek in tijdreeksen, 1989-1994* en Centraal Bureau voor de Statistiek (1997), *Statistisch jaarboek 1997*

2. Data en beschrijvende analyses

Voor de analyses van de veranderingen in medische consumptie gebruiken we de 1987 en 1995 golven van het Aanvullend Voorzieningengebruikonderzoek (AVO) van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Voor de analyse van de verschillen in gebruik tussen particulier en ziekenfondsverzekerden nemen we alleen de meest recente gegevens uit 1995.

Het AVO is een enquête die elke vier jaar wordt gehouden onder ruim 14.000 individuen uit de Nederlandse bevolking. Van de huishoudens die deelnemen aan de enquête wordt elk lid afzonderlijk geïnterviewd. Voor elke nieuwe enquête wordt een nieuwe steekproef getrokken. Het belangrijkste doel van het onderzoek is om het gebruik van overheids- en gesubsidieerde voorzieningen in kaart te brengen. Zowel de 1987 als de 1995 enquête bevatten vragen over het gebruik van medische voorzieningen. Echter, in 1987 zijn veel minder achtergrondgegevens gevraagd dan in 1995. Om deze reden kunnen minder variabelen worden gebruikt voor de verklaring van de veranderingen in het gebruik over de tijd, dan in de vergelijking van het gebruik tussen particulier en ziekenfondsverzekerden.

De data bevatten informatie over vier typen van medische dienstverlening, te weten de huisarts, medisch specialist, de fysiotherapeut en het ziekenhuis. De enquêtevragen zijn als

volgt geformuleerd:

- Heeft U de afgelopen 3 maanden de huisarts geraadpleegd?
- Heeft U gedurende de afgelopen 3 maanden contact gehad met een specialist?
- Heeft U gedurende de afgelopen 12 maanden gebruikgemaakt van een fysiotherapeut?
- Bent U de afgelopen 12 maanden opgenomen geweest in een ziekenhuis of kliniek?

De vragen in de AVO-enquête hebben betrekking op dezelfde categorieën van medische dienstverlening als vermeld in Tabel 1. Echter, om een aantal redenen zijn de AVO-gegevens niet geheel vergelijkbaar met die van het CBS. Zo wordt in de AVO gevraagd naar huisarts- en specialistenbezoek gedurende de afgelopen drie maanden, terwijl het CBS het huisarts- en specialistenbezoek over de afgelopen 12 maanden meet. Verder wordt ziekenhuisopname vanwege bevalling bij het CBS buiten beschouwing gelaten, terwijl deze bij de AVO wel wordt meegenomen.

In Tabel 2 is het gebruik van medische voorzieningen weergegeven naar jaar en de aard van de ziektekostenverzekering. De cijfers in Tabel 2 bevestigen het beeld uit Tabel 1 dat het bezoek aan de huisarts, de medisch specialist en de fysiotherapeut significant is toegenomen tussen 1987 en 1995, terwijl het aandeel van de bevolking dat is opgenomen in het ziekenhuis constant is gebleven. Dit geldt zowel voor ziekenfondsverzekerden als voor particulier verzekerden. De toename in het grootst voor de huisarts. Het bezoek aan de huisarts steeg tussen 1987 en 1995 onder ziekenfondsverzekerden met 35% en onder particulier verzekerden met 43%.

Een tweede conclusie die uit Tabel 2 kan worden getrokken is dat er significante verschillen zijn in het gebruik van huisarts, fysiotherapeut en ziekenhuis tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. In alle drie de gevallen is het gebruik onder ziekenfondsverzekerden hoger dan onder particulier verzekerden.

Een derde conclusie is dat de toename in het gebruik groter is geweest onder particulier verzekerden dan onder ziekenfondsverzekerden. Onder particulier verzekerden is het bezoek aan een huisarts toegenomen met 43%, aan een medisch specialist met 39% en aan een fysiotherapeut met 29%. Onder ziekenfondsverzekerden was deze stijging respectievelijk 35%, 32% en 24%.

In het vervolg van dit artikel zullen we – gezien de verschillen die er bestaan in het gebruik van medische voorzieningen – niet alleen afzonderlijke resultaten presenteren voor ziekenfonds- en particulier verzekerden, maar ook voor vrouwen en mannen. In de literatuur wordt een aantal redenen genoemd waarom het gebruik van medische voorzieningen verschilt tussen vrouwen en mannen (zie ook Verbrugge 1980). Voor een deel komt dit door de geboorte van kinderen. Echter, niet het gehele verschil kan hierdoor worden verklaard (zie Clearly, Mechanic & Greenley, 1982).

In Tabel 3 is het gebruik van medische voorzieningen weergegeven naar geslacht en aard van de ziektekostenverzekering in 1995. Zowel onder ziekenfonds- als onder particulier verzekerden is de medische consumptie significant hoger onder vrouwen dan onder mannen. Dit geldt voor alle vier de voorzieningen die worden onderscheiden.

Tabel 2: Het gebruik van medische voorzieningen door individuen van 18 jaar en ouder en T-toets op verschillen in gemiddeld gebruik, naar jaar en aard van de ziektekostenverzekering

	Percentage individuen dat gebruik heeft gemaakt van medische voorziening				T-toets op verschillen in gemiddeld gebruik			
	1987		1995		Tussen jaren naar aard van ziektekostenverzekering		Tussen ziektekostenverzekeringen naar jaar	
	Ziekenfonds	Particulier	Ziekenfonds	Particulier	Ziekenfonds	Particulier	1987	1995
Huisarts	42,5	36,8	57,4	52,5	19,27**	13,71**	6,07**	4,92**
Specialist	20,2	18,7	26,7	25,9	9,40**	7,47**	2,21*	0,80
Fysiotherapeut	14,7	12,7	18,2	16,4	5,97**	4,53**	3,06**	2,33*
Ziekenhuis	11,1	9,4	11,1	8,2	0,12	1,80	2,89**	4,58**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tabel 3: Het gebruik van medische voorzieningen door individuen van 18 jaar en ouder en T-toets op verschillen in gemiddeld gebruik, naar geslacht en aard van de ziektekostenverzekering, 1995

	Percentage individuen dat gebruik heeft gemaakt van medische voorziening				T-toets op verschillen in gemiddeld gebruik			
	Mannen		Vrouwen		Tussen mannen en vrouwen naar aard van ziektekostenverzekering		Tussen ziektekostenverzekeringen naar geslacht	
	Ziekenfonds	Particulier	Ziekenfonds	Particulier	Ziekenfonds	Particulier	Mannen	Vrouwen
Huisarts	49,1	44,9	64,4	62,1	14,15**	10,13**	3,02**	1,61
Specialist	24,0	23,5	29,0	29,0	5,09**	3,62**	0,36	0,05
Fysiotherapeut	16,9	14,6	19,3	18,7	2,82**	3,17**	2,21*	0,55
Ziekenhuis	9,5	7,0	12,3	9,7	4,00**	2,86**	3,17**	2,69*

De verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden zijn minder eenduidig. Onder mannen is het bezoek aan een huisarts, fysiotherapeut en ziekenhuis hoger onder ziekenfondsverzekerden dan onder particulier verzekerden. Het verschil is relatief het grootst voor ziekenhuisopnamen: van de mannen die via een ziekenfonds zijn verzekerd is 9,5% in de afgelopen 12 maanden opgenomen geweest in een ziekenhuis. Van de particulier verzekerde mannen is dit maar 7%. Er zijn geen significante verschillen in het gebruik van een medisch specialist tussen ziekenfonds- en particulier verzekerde mannen.

Onder vrouwen is er alleen een significant verschil in ziekenhuisopnamen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Van de vrouwen in het ziekenfonds is 12,3% in de afgelopen 12 maanden opgenomen geweest. Onder particulier verzekerde vrouwen is dit maar 9,7%.

Voor de analyse van veranderingen in het gebruik van medische voorzieningen en de verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden wordt een aantal vergelijkingen empirisch geschat. Stel dat de relatie tussen waarneembare karakteristieken X_{ijt} van individuen uit groep i (mannen of vrouwen) met verzekering j (j = ziekenfonds of particuliere verzekering) in jaar t (1987 of 1995) en het gebruik van medische voorziening Y_{ijt} als volgt kan worden weergegeven:

$$Y_{ijt} = X_{ijt}\beta_{ijt} + \epsilon_{ijt}$$

waarbij β_{ijt} een vector van (empirisch te bepalen) coëfficiënten is voor individuen uit groep i met ziektekostenverzekering j in jaar t , en ϵ_{ijt} is een identiek en onafhankelijk verdeelde storingsterm. De coëfficiënten β_{ijt} geven de relatieve invloed weer van waarneembare kenmerken op het gebruik van medische voorzieningen. Voor de eenvoud van presentatie negeren we in het vervolg de subscript voor geslacht i .

Veranderingen in het gebruik van gezondheidszorg tussen periode 1 en 2 door individuen met verzekering j , $Y_{j2} - Y_{j1}$, kunnen worden toegeschreven aan veranderingen in de waarneembare kenmerken X_{jt} en/of aan de veranderingen in de coëfficiënten β_{jt} . In Stoker (1985) wordt een methode beschreven om een decompositie te maken van veranderingen in een binaire variabele in een deel dat kan worden toegeschreven aan veranderingen in de verdeling van de karakteristieken en veranderingen in het gedragsmodel.

We gaan ervan uit dat de storingsterm ϵ_{jt} standaard normaal verdeeld is. De kans dat in jaar t gebruik wordt gemaakt van medische voorzieningen door individuen met verzekering j ($Y_{jt} = 1$), conditioneel op de waargenomen kenmerken X_{jt} , is:

$$Pr(Y_{jt} = 1 | X_{jt}) = \Phi(X_{jt}\beta_{jt})$$

waarbij $F(X_{jt} | \beta_{jt})$ de verdelingsfunctie van de standaard normaal verdeling is. Dit is het probit model.

De verandering in de gemiddelde kans op gebruik van medische voorzieningen tussen periode 1 en 2 door individuen met ziektekostenverzekering j kan als volgt worden herschreven:

$$\Phi(X_{j2}\beta_{j2}) - \Phi(X_{j1}\beta_{j1}) = \Phi(X_{j2}\beta_{j2}) - \Phi(X_{j2}\beta_{j1}) + [\Phi(X_{j2}\beta_{j1}) - \Phi(X_{j1}\beta_{j1})]$$

waarbij $F(\beta_{j2}X_{j1})$ de gemiddelde voorspelde kans op gebruik van medische voorzieningen voor iemand met kenmerken X_j in periode 2 bij toepassing van coëfficiënten β_j voor periode 1 is. De eerste term tussen vierkante haakjes in de vergelijking geeft de verandering in de gemiddelde kans op gebruik weer als gevolg van een verandering in de coëfficiënten. De tweede term geeft de bijdrage weer van een verandering in de verdeling van de waarneembare kenmerken aan de verandering in de gemiddelde kans op gebruik van medische voorzieningen. Dus, veranderingen in het gebruik van medische voorzieningen kunnen worden toegeschreven aan veranderingen in waarneembare kenmerken en aan veranderingen in de invloed die deze kenmerken hebben op het gebruik. Dit laatste kunnen we omschrijven als een verandering in gedrag of in de neiging om van medische voorzieningen gebruik te maken: als het waarneembare kenmerk gelijk blijft, geeft een verandering in de coëfficiënt aan dat de relatieve invloed van het kenmerk op het gebruik is veranderd.

Op vergelijkbare wijze kan een decompositie worden gemaakt van de verschillen in gebruik van medische voorzieningen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Hierbij wordt het jaar constant gehouden (1995).

De waarneembare kenmerken of verklarende variabelen X in de vergelijkingen worden in vijf categorieën onderscheiden: variabelen die de gezondheidstoestand beschrijven, huishoudkarakteristieken, demografische variabelen, arbeidsmarktvariabelen, en variabelen voor het menselijk kapitaal. In de Appendix wordt een overzicht gegeven van de definities van de afzonderlijke variabelen. Helaas bevat de AVO 1987 minder achtergrondkenmerken dan de AVO 1995. De variabelen die ontbreken in 1987 zijn in de appendix blanco gelaten. In de probit vergelijkingen voor de analyse van de veranderingen in gebruik tussen 1987 en 1995 zijn alle verklarende variabelen opgenomen waarover we zowel voor 1987 als 1995 informatie hebben. In de probit vergelijkingen voor de verschillen tussen ziekenfonds en particulier verzekerden zijn alle in de Appendix beschreven variabelen opgenomen.

3. Verschillen in het gebruik van medische voorzieningen tussen ziekenfonds en particulier verzekerden

In Tabel 4 is een decompositie gemaakt van het gebruik van medische voorzieningen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. De resultaten in Tabel 4 zijn gebaseerd op probit vergelijkingen van het gebruik van gezondheidszorg naar geslacht, aard van de ziektekostenverzekering en jaar.³ De gegevens in Tabel 4 geven aan dat, bijvoorbeeld, de voorspelde kans dat een man met een ziekenfondsverzekering in de drie maanden voor het interview een bezoek heeft gebracht aan de huisarts 49,1% bedraagt. De kans op huisartsbezoek van een particulier verzekerde man is 44,8%. Als mannen in het ziekenfonds zich op dezelfde manier zouden gedragen als mannen met een particuliere verzekering – dat wil zeggen, als we de coëfficiën-

Tabel 4a: Decompositie van het gebruik van medische voorzieningen naar aard van de ziektekostenverzekering voor mannen, 1995

	Populatiekenmerken van ziekenfondsverzekerden	Populatiekenmerken van particulier verzekerden
<i>Huisarts</i>		
Gedragskenmerken van ziekenfondsverzekerden	0,491	0,479
Gedragskenmerken van particulier verzekerden	0,493	0,448
<i>Specialist</i>		
Gedragskenmerken van ziekenfondsverzekerden	0,240	0,215
Gedragskenmerken van particulier verzekerden	0,269	0,235
<i>Fysiotherapeut</i>		
Gedragskenmerken van ziekenfondsverzekerden	0,169	0,144
Gedragskenmerken van particulier verzekerden	0,171	0,146
<i>Ziekenhuis</i>		
Gedragskenmerken van ziekenfondsverzekerden	0,095	0,068
Gedragskenmerken van particulier verzekerden	0,103	0,070

ten van de particulier verzekerde mannen toepassen op de mannen in het ziekenfonds – dan zou de voorspelde kans op huisartsbezoek van een ziekenfondsverzekerde man 49,3% bedragen. Als mannen met een particuliere verzekering zich net zo zouden gedragen als mannen met een ziekenfondsverzekering, dan zou de gemiddelde kans op huisartsbezoek 47,9% zijn. Deze uitkomsten geven aan dat als mannen in het ziekenfonds zich zouden gedragen als mannen met een particuliere verzekering hun gebruik van de huisarts iets hoger zou zijn dan nu het geval is (0,493 versus 0,491). Als mannen met een particuliere verzekering zich zouden gedragen als mannen die via het ziekenfonds zijn verzekerd, dan zou hun huisartsbezoek ook hoger worden (0,479 versus 0,448).

Voor het gebruik van een medisch specialist, fysiotherapeut en ziekenhuis is een ander patroon te ontdekken. Ten eerste is voor deze voorzieningen het voorspelde gebruik hoger voor ziekenfondsverzekerden dan voor mannen met een particuliere verzekering. Zowel op basis van de neiging tot gebruik van medische voorzieningen van ziekenfondsverzekerden als van die van particulier verzekerden, is de gemiddelde kans op gebruik hoger voor mannen in het ziekenfonds dan voor particulier verzekerden.

Verder blijkt dat in vrijwel alle gevallen de verwachte kans het laagst is als de coëfficiën-

Tabel 4b: Decompositie van het gebruik van medische voorzieningen naar aard van de ziektekostenverzekering voor vrouwen, 1995

	Populatiekenmerken van ziekenfondsverzekerden	Populatiekenmerken van particulier verzekerden
<i>Huisarts</i>		
Gedragskenmerken van ziekenfondsverzekerden	0,644	0,607
Gedragskenmerken van particulier verzekerden	0,665	0,621
<i>Specialist</i>		
Gedragskenmerken van ziekenfondsverzekerden	0,290	0,260
Gedragskenmerken van particulier verzekerden	0,314	0,290
<i>Fysiotherapeut</i>		
Gedragskenmerken van ziekenfondsverzekerden	0,193	0,167
Gedragskenmerken van particulier verzekerden	0,218	0,187
<i>Ziekenhuis</i>		
Gedragskenmerken van ziekenfondsverzekerden	0,123	0,107
Gedragskenmerken van particulier verzekerden	0,131	0,097

ten voor de ziekenfondsverzekerden worden gebruikt, hoewel de verschillen in gebruik van fysiotherapeut en ziekenhuis tussen ziekenfonds en particulier verzekerde mannen slechts klein zijn. Dit patroon suggereert dat de neiging om een van deze drie voorzieningen te gebruiken kleiner is voor ziekenfondsverzekerden dan voor particulier verzekerden, maar dat mannen in het ziekenfonds kenmerken hebben die de kans op gebruik hoger doet zijn dan voor particulier verzekerde mannen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de poortwachtersfunctie van de huisarts voor ziekenfondspatiënten beter werkt dan voor particulier verzekerden, waardoor mannen in het ziekenfonds relatief minder snel worden doorverwezen naar een specialist, fysiotherapeut of ziekenhuis.

Onder vrouwen zijn de patronen in het gebruik voor alle vier de voorzieningen gelijk. In alle gevallen is het verwachte gebruik lager voor vrouwen met een particuliere verzekering dan voor vrouwen in het ziekenfonds. Verder is de geneigdheid om gebruik te maken van medische voorzieningen groter onder vrouwen die particulier zijn verzekerd dan onder ziekenfondsverzekerden. De conclusie die hieruit kan worden getrokken is dat vrouwen met een particuliere ziektekostenverzekering minder gebruik maken van medische voorzieningen omdat zij over kenmerken beschikken die het minder waarschijnlijk maken dat zij gebruikmaken van de gezondheidszorg.

4. Veranderingen in het gebruik van medische voorzieningen tussen 1987 en 1995

Tabel 5 bevat de uitkomsten van de decompositie-analyse van de veranderingen in het gebruik van medische voorzieningen tussen 1987 en 1995 naar geslacht en aard van de ziektekostenverzekering. Uit de tabel blijkt onder meer dat de kans dat mannen in het ziekenfonds in 1987 een huisarts bezochten 34,8% bedroeg. In 1995 was deze kans gestegen tot 49,1%: een toename van 41% in acht jaar tijd. De cijfers tonen verder aan dat het grootste deel van deze stijging in het gebruik kan worden verklaard uit een verandering in de neiging om van een huisarts gebruik te maken. Als mannen in het ziekenfonds in 1995 zich net zo zouden gedragen als mannen in het ziekenfonds in 1987, dan zou het huisartsbezoek in 1995 maar 35,1% zijn geweest. Dit is vrijwel gelijk aan het feitelijke gebruik in 1987 en veel lager dan het feitelijke gebruik in 1995. Als aan de andere kant ziekenfondsverzekerde mannen in 1987 zich zouden hebben gedragen als dezelfde groep deed in 1995, dan zou 48,3% van de mannen in het ziekenfonds in 1987 een huisarts hebben bezocht. Dit is vrijwel gelijk aan het feitelijke huisartsbezoek in 1995 en veel hoger dan het feitelijke gebruik in 1987. Dezelfde conclusies kunnen worden getrokken voor alle andere groepen. Dat wil zeggen: voor vrouwen, voor personen met een particuliere ziektekostenverzekering en voor het gebruik van de overige drie medische voorzieningen. Dus, ongeacht het geslacht, de aard van de ziektekostenverzekering en de aard van de medische voorziening kan de toename in het gebruik van de voorzieningen in de gezondheidszorg voornamelijk worden toegeschreven aan een verandering in de geneigdheid om van deze voorzieningen gebruik te maken en niet zozeer aan een verandering in de karakteristieken van de populatie in de periode 1987-1995.

Tabel 5a: Decompositie van veranderingen in het gebruik van medische voorzieningen tussen 1987 en 1995 naar aard van de ziektekostenverzekering voor mannen

	<i>Ziekenfonds</i>		<i>Particulier</i>	
	<i>Populatiekenmerken 1987</i>	<i>Populatiekenmerken 1995</i>	<i>Populatiekenmerken 1987</i>	<i>Populatiekenmerken 1995</i>
	<i>Huisarts</i>			
Gedragskenmerken 1987	0,348	0,351	0,298	0,295
Gedragskenmerken 1995	0,483	0,491	0,453	0,449
	<i>Specialist</i>			
Gedragskenmerken 1987	0,180	0,190	0,157	0,154
Gedragskenmerken 1995	0,227	0,240	0,242	0,235
	<i>Fysiotherapeut</i>			
Gedragskenmerken 1987	0,139	0,136	0,116	0,123
Gedragskenmerken 1995	0,167	0,169	0,145	0,146
	<i>Ziekenhuis</i>			
Gedragskenmerken 1987	0,092	0,094	0,073	0,071
Gedragskenmerken 1995	0,095	0,095	0,073	0,070

Tabel 5b: *Decompositie van veranderingen in het gebruik van medische voorzieningen tussen 1987 en 1995 naar aard van de ziektekostenverzekering voor vrouwen*

	<i>Ziekenfonds</i>		<i>Particulier</i>	
	<i>Populatiekenmerken 1987</i>	<i>Populatiekenmerken 1995</i>	<i>Populatiekenmerken 1987</i>	<i>Populatiekenmerken 1995</i>
		<i>Huisarts</i>		
Gedragskenmerken 1987	0,492	0,501	0,446	0,444
Gedragskenmerken 1995	0,642	0,644	0,635	0,621
		<i>Specialist</i>		
Gedragskenmerken 1987	0,225	0,241	0,221	0,220
Gedragskenmerken 1995	0,276	0,290	0,297	0,291
		<i>Fysiotherapeut</i>		
Gedragskenmerken 1987	0,155	0,162	0,139	0,134
Gedragskenmerken 1995	0,190	0,193	0,192	0,187
		<i>Ziekenhuis</i>		
Gedragskenmerken 1987	0,127	0,131	0,118	0,113
Gedragskenmerken 1995	0,125	0,123	0,106	0,097

5. Conclusies

De meest opvallende conclusie uit het onderzoek is dat – in tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht – de toename van het gebruik van voorzieningen in de gezondheidszorg niet kan worden toegeschreven aan een verandering in de samenstelling van de bevolking, maar voornamelijk het gevolg is van veranderingen in het gedrag. Kennelijk is de neiging van individuen om gebruik te maken van medische voorzieningen in de loop van de tijd veranderd. In tegenstelling tot hetgeen bijvoorbeeld in WRR (1997) wordt beweerd, spelen veranderingen in populatiekenmerken – zoals demografische veranderingen – slechts een geringe rol in de toename van het gebruik van de gezondheidszorg.

Hoe zou de toename van de neiging om van medische voorzieningen gebruik te maken, kunnen worden verklaard? Een studie van Kosa en Robertson (1975) laat zien dat slechts 40% van de mensen die zich ziek voelt medische hulp zoekt. Het is mogelijk dat het percentage dat bij ziekte medische hulp zoekt de afgelopen jaren is gestegen. Dit zou verklaren waarom de geneigdheid om van medische zorg gebruik te maken is gestegen.

Het tweede thema in dit artikel betreft de verschillen in gebruik tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Zoals in de inleiding is aangegeven is vanuit een economisch perspectief niet zozeer de toename van de kosten van de gezondheidszorg van belang, als wel de vraag of de voorzieningen in de gezondheidszorg efficiënt worden gebruikt. De uitkomsten in dit artikel leiden niet tot de conclusie dat ziekenfondsverzekerden minder efficiënt gebruikmaken van de gezondheidszorg dan particulier verzekerden. De decompositie-analyse laat zien dat de neiging om gebruik te maken van een medisch specialist, fysiotherapeut of ziekenhuis groter is voor particulier verzekerden dan voor ziekenfondsverzekerden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de poortwachterfunctie van de huisarts beter werkt voor ziekenfondsverzeker-

den dan voor particulier verzekerden. De huisarts is minder geneigd een ziekenfondsverzekerde door te sturen naar een specialist, fysiotherapeut of ziekenhuis dan een particulier verzekerde.

Noten

1. De auteur is hoogleraar gezondheidseconomie aan de Vakgroep Beleid, Economie en Organisatie van de Zorg van Faculteit Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Maastricht. Correspondentie-adres: Faculteit Gezondheidswetenschappen, Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; e-mail: wim.groot@beoz.unimaas.nl; tel. 043-388 1588; fax: 043-367 0960. Een uitgebreidere versie van dit artikel, getiteld 'An empirical analysis of the use of health care services' is op aanvraag verkrijgbaar bij de auteur.
2. Er is nog een derde mogelijke verklaring voor een toename van het gebruik: een (relatieve) daling van de prijs die consumenten moeten betalen voor medische voorzieningen. Echter in de periode waarover wij gegevens hebben zijn de kosten van gebruik van medische voorzieningen voor de meeste consumenten niet veranderd.
3. Deze parameterschattingen zijn op aanvraag verkrijgbaar bij de auteur.

Literatuur

- CBS (1997). *Statistisch Jaarboek 1997*. Heerlen/Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek
- Clearly, P., Mechanic, D. & Greenley, J. (1982). Sex differences in medical care utilization: An empirical investigation. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 106-119
- Kosa, J. & Robertson, L. (1975). The social aspects of health and illness. In J. Kosa & I. Zola (Eds.) *Poverty and Health: a sociological analysis*. Cambridge MA: Harvard University Press
- Stoker, T.M. (1985). Aggregation, structural change, and cross-section estimation. *Journal of the American Statistical Association*, 80, 720-729.
- Verbrugge, L. (1980). Sex differences in complaints and diagnoses. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 327-356
- WRR (1997). *Volksgezondheidszorg*, 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij

Appendix A: Definitie en steekproefgemiddelden van de verklarende variabelen

Definitie van de variabele	Gemiddelde in 1987	Gemiddelde in 1995
<i>Gezondheidsstatus</i>		
Heeft u een chronische ziekte of handicap?	0,22	0,21
Heeft u moeite met zien?		0,08
Heeft u moeite met horen?		0,06
Heeft u hulp nodig bij sommige activiteiten?		0,01
Heeft u van astma, chronische bronchitis of CARA?		0,06
Heeft u een ernstige hartkwaal of hartinfarct?		0,03
Heeft u hoge bloeddruk?		0,09
Heeft u een beroerte gehad?		0,01
Heeft u ernstige maag- of darmstoornissen, langer dan drie maanden?		0,03
Heeft u ernstige ziekten aan gal, lever of nieren?		0,01
Heeft u suikerziekte?		0,03
Heeft u rugaandoeningen van hardnekkige aard, langer dan drie maanden of hernia?		0,10
Heeft u gewrichtsslijtage (arthrose) van knieën, heupen of handen?		0,10
Heeft u gewrichtsonstekingen (chronische reuma, reumatisch artritis) van handen of voeten?		0,04
Heeft u epilepsie?		0,01
Heeft u kwaadaardige aandoeningen of kanker?		0,01
Heeft u tuberculose?		0,00
Lijdt u aan de gevolgen van een ongeval?		0,04
<i>Gezinssituatie</i>		
Bent u getrouwd of woont u samen (referentie)	0,68	0,65
Bent u gescheiden?	0,04	0,05
Bent u weduwe/weduwnaar?	0,06	0,06
Bent u nooit getrouwd geweest?	0,23	0,24
Heeft u kinderen van 0-4 jaar?	0,17	0,15
Heeft u kinderen van 5-11 jaar?	0,20	0,20
Heeft u kinderen van 12-30 jaar?	0,45	0,31
<i>Arbeidsmarktstatus</i>		
Werknemer (referentie)	0,46	0,48
Zelfstandige	0,06	0,06
Werkloos?	0,04	0,04
WAO/AAW	0,04	0,04
AOW of VUT	0,12	0,14
In voltijdsdagonderwijs	0,05	0,05
Niet participierend op de arbeidsmarkt	0,23	0,19
<i>Demografische variabelen</i>		
Leeftijd	42,82	44,69
Man	0,48	0,49
Woont in zeer sterk verstedelijkt gebied		0,15
Woont in sterk verstedelijkt gebied		0,20

Appendix A: Definitie en steekproefgemiddelden van de verklarende variabelen (vervolg)

<i>Definitie van de variabele</i>	<i>Gemiddelde in 1987</i>	<i>Gemiddelde in 1995</i>
Woont in beperkt verstedelijkt gebied		0,21
Woont in niet verstedelijkt gebied (referentie)		0,23
Woont niet in een verstedelijkt gebied		0,21
Bent u in Nederland geboren?		0,93
<i>Huishoudinkomen</i>		
Totaal netto maandinkomen huishouden is minder dan f1500		0,07
Totaal netto maandinkomen huishouden is tussen f1500 en f3000		0,36
Totaal netto maandinkomen huishouden is tussen f3000 en f5000		0,41
Totaal netto maandinkomen huishouden is tussen f5000 en f7500		0,12
Totaal netto maandinkomen huishouden is meer dan f7500		0,04
<i>Menselijk kapitaal</i>		
Aantal jaren onderwijs	10,68	11,30