

RIVM rapport 279601002/2002

**Sociaal-economische status en toegankelijkheid  
van zorg in Nederland**

J.P.J.M. Smits, M. Droomers, G.P. Westert

Dit onderzoek werd verricht in opdracht en ten laste van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in het kader van project V/279601, Verdelingsvraagstukken en toegankelijkheid van zorg.

Centrum voor Zorgonderzoek, contactpersoon: G.P. Westert

RIVM, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven, telefoon: 030 - 274 91 11; fax: 030 - 274 29 71



## **Abstract**

In this report pressure points in the accessibility of the Dutch health care system for different socio-economic groups are reviewed. It is concluded that as to equal access the system in general performs well. However, there are some noticeable differences in utilisation between socio-economic groups (e.g. contacts with GP's and physicians, psycho-social care, surgery) that may point to differences in accessibility between these groups. The observed differences seem to be linked to cultural aspects of accessibility (information gap, effective utilisation of resources), rather than financial aspects. Future research, including improvement of data collection and registration, is needed to monitor the accessibility of the system in the coming years.



# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	7
<b>1. Inleiding</b>	9
1.1    Waarom dit rapport?	9
1.2    Opbouw	10
<b>2. Wat is toegankelijkheid?</b>	11
2.1    Definitie van toegankelijkheid	11
2.2    Zorgbehoefte	12
2.3    Zorgproces	12
2.4    Aspecten van toegankelijkheid	13
2.5    Potentiële versus gerealiseerde toegankelijkheid	14
<b>3. Problemen met toegankelijkheid</b>	17
3.1    Gelijkheid en rechtvaardigheid	17
3.2    Hoeveelheid en schaarste	18
3.3    Onderzoek en modellen	19
<b>4. Sociaal-economische status: literatuurstudie</b>	23
4.1    Inleiding	23
4.2    Methode	23
4.3    Resultaten	24
4.4    Discussie	32
<b>Literatuur</b>	39
<b>Bijlage 1 Verzendlijst</b>	43



## Samenvatting

In dit rapport wordt ingegaan op mogelijke knelpunten in de toegankelijkheid van de zorg naar sociaal-economische positie (opleiding, beroep, inkomen) in Nederland.

Toegankelijkheid van zorg houdt in dat *personen die zorg behoeven, die zorg ook daadwerkelijk krijgen*.

Op basis van tot nu toe bekend onderzoek wordt geconcludeerd dat er in Nederland verschillen in zorggebruik naar sociaal-economische status zijn, ook als er - op statistische wijze - rekening wordt gehouden met verschillen in gezondheidstoestand. Zo hebben personen met een lagere sociaal-economische status meer contact met de huisarts en minder met de medisch specialist, hebben zij meer contact met het algemeen maatschappelijk werk en minder met de gespecialiseerde psychosociale zorg. Zij gebruiken minder vaak vrij verkrijgbare medicijnen en maken meer gebruik van informele zorg. Laag opgeleiden bevallen vaker in het ziekenhuis en maken minder vaak gebruik van screeningsprogramma's.

Nederland heeft echter - in vergelijking met andere landen - een toegankelijk gezondheidszorgsysteem. De gevonden verschillen zijn relatief gering. Voor een deel wordt dit rooskleurige beeld bepaald door het feit dat de bestaande kennis over dit onderwerp leemten vertoont en goede gegevens hierover slechts beperkt voorhanden zijn. Zo zijn er - bijvoorbeeld - geen gegevens over verschillen in wachttijden (thuiszorg, ziekenhuizen) naar sociaal-economische status.

De gevonden en beschreven verschillen in zorggebruik naar sociaal-economische status lijken voor een groot deel samen te hangen met verschillen in de mate waarin gebruikers c.q. patiënten passend en effectief gebruik weten te maken van het bestaande aanbod van zorg. Nader onderzoek naar de uiteindelijke effecten van de geobserveerde sociaal-economische verschillen in toegankelijkheid van de zorg op de gezondheid is wenselijk. Continu investeren in en onderhouden van morbiditeitspecifieke zorgregistraties met landelijke dekking waarin verschillen in zorggebruik naar sociaal-economische status kunnen worden uitgesplitst is zeer wenselijk, omdat hiermee gevolgen van volksgezondheids-beleid voor de toegankelijkheid van de zorg in nabije toekomst 'gemonitord' kunnen worden. Immers, wat we nu hebben - een toegankelijk zorgsysteem - moeten we ook voor de toekomst zeker stellen.





# 1. Inleiding

## 1.1 Waarom dit rapport?

Er is in Nederland sprake van een steeds verder toenemende zorgbehoefte van de bevolking in combinatie met een continue schaarste bij inzet van middelen in de zorg. Ten behoeve van het beleid is het belangrijk te monitoren hoe de gezondheidszorg en het gebruik ervan verdeeld is over de Nederlanders. Het algemeen erkende maatschappelijk dilemma van private welvaart en publieke armoede - dat hoog op de politieke agenda is komen te staan in de afgelopen jaren - maakt deze vraag zeer actueel en urgent. Wachttijden en capaciteitsproblemen in collectieve sectoren als de gezondheidszorg en het onderwijs zijn voorbeelden van dit dilemma.

De Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 1997 en 2002 bevatten een 'state of the art'-beschrijving van de bestaande gezondheidsverschillen naar demografische achtergrondkenmerken (sociaal-economische status, geografische herkomst en etniciteit). Hierin wordt o.a. geconcludeerd dat vanwege het feit dat de gezondheidsverschillen in de afgelopen periode niet zijn afgenomen, onderzoeks aandacht blijvend gewenst is (VTV, 1997, II). Daarnaast vinden we steeds meer aanwijzingen dat in de afgelopen decennia de verschillen zelfs groter zijn geworden (Shaw et al., 2000; SEGV-II, 2001; Van Oers et al., 2002; Mol et al., 2002).

In het bestaande onderzoek is aan de beschrijving van verschillen in preventie en zorggebruik naar SES, etniciteit en geografische herkomst weinig systematische aandacht besteed. Wat bekend is, is veelal gebaseerd op zelfrapportage en niet of nauwelijks op registraties door zorgverleners. Door lacune in kennis - onvoldoende documentatie van variaties in gebruik van preventie en zorg naar onderscheiden indelingen - is de vraag naar de mate van toegankelijkheid van het Nederlandse zorgsysteem op dit moment niet goed beantwoordbaar.

In de onderhavige rapportage wordt het accent gelegd op het beschrijven en zo mogelijk verklaren van verschillen in preventie en zorggebruik naar sociaal-economische status. Verdelingsproblemen naar regio van herkomst en etniciteit worden op deze plaats niet behandeld. Op grond van een uitgebreide literatuurstudie zal een antwoord gezocht worden op de volgende vragen:

1. *Wat zijn de verschillen in zorggebruik naar sociaal-economische status in Nederland en zijn deze nog aanwezig na correctie voor zorgbehoefte?*
2. *In hoeverre dragen sociaal economische verschillen in zorggebruik bij aan de sociaal economische gezondheidsverschillen?*
3. *In hoeverre en in welke richting zijn de verschillen in zorggebruik naar sociaal-economische status in de afgelopen jaren veranderd?*
4. *Duiden de verschillen in zorggebruik op een toegankelijkheidsprobleem?*

## 1.2 Opbouw

In dit rapport wordt het begrip ‘toegankelijkheid van zorg’ gedefinieerd, worden de verschillende aspecten van toegankelijkheid nader toegelicht en wordt ingegaan op de problemen die er met betrekking tot de toegankelijkheid van de gezondheidszorg kunnen bestaan. Daarnaast wordt achtergrondinformatie gegeven over de bij het onderzoek van toegankelijkheid gehanteerde theorieën en worden de meest gebruikte ‘modellen voor zorggebruik’ besproken. Tenslotte wordt ingegaan op knelpunten die in Nederland bestaan ten aanzien van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg naar sociaal-economische status.

De studie bevat een uitgebreid overzicht van de literatuur en de onderzoeksresultaten voor Nederland. Er worden leemten in kennis gesignaleerd en er worden aanbevelingen voor nader onderzoek gedaan. Ook wordt ingegaan op de consequenties voor het volksgezondheidsbeleid.

## 2. Wat is toegankelijkheid?

### 2.1 Definitie van toegankelijkheid

Uit de literatuur over ‘toegankelijkheid van zorg’ komt naar voren dat toegankelijkheid niet makkelijk eenduidig te definiëren is. Zo wordt in de Staat van de Gezondheidszorg 1997 (SGZ97) geconstateerd dat het begrip toegankelijkheid uit verschillende facetten bestaat, die te maken hebben met de materiele en formele beschikbaarheid van zorg, met financiële bereikbaarheid en met culturele belemmeringen voor het verkrijgen van verantwoorde zorg (IGZ, 1997, p. 65).

Ook in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 97 worden bij de bespreking van toegankelijkheid meerdere aspecten van toegankelijkheid onderscheiden, namelijk financiële, culturele en geografische toegankelijkheid (VTV, 1997, II, p. 36-37). Vergelijkbare definities in termen van facetten of aspecten komen we tegen in de internationale literatuur over dit onderwerp (bijv. Penchansky en Thomas, 1981; Joseph en Philips, 1984), waarin grotendeels dezelfde onderscheidingen als in de SGZ97 en de VTV97 gemaakt worden, maar soms andere accenten gelegd worden.

De complexiteit van het begrip toegankelijkheid is deels het gevolg van het feit dat er binnen de gezondheidszorg een aantal verschillende perspectieven een rol spelen - van zorgvragers, zorgaanbieders, verzekeraars en overheid - en dat het begrip toegankelijkheid vanuit ieder van deze perspectieven een andere inhoud heeft. Met name het onderscheid tussen zorgvragers en zorgaanbieders is hier van belang. Vanuit het perspectief van de individuele zorgvragers is het bestaande zorgaanbod een gegevenheid waar ze niet zoveel invloed op kunnen uitoefenen. Toegankelijkheid betekent voor hen op de eerste plaats dat ze binnen het zorgaanbod hun weg weten te vinden naar de zorg die past bij hun behoefte en dat ze die zorg ook kunnen betalen.

Het gaat hier dus om een informatieprobleem (weten wat waar te krijgen is) en een middelenprobleem (hoe kom ik er en hoe betaal ik het). Voor de partijen aan de aanbodzijde van de gezondheidszorg, de overheid en de zorgaanbieders, betekent toegankelijkheid daarentegen dat ze er in slagen om binnen de grenzen van de beschikbare middelen zo goed mogelijk in de bestaande behoefte aan zorg te voorzien. Vanuit dit perspectief bezien gaat het om een verdelingsprobleem (het aanwenden van de middelen daar waar er de meeste behoefte aan bestaat) en een doelmatigheidsprobleem (het zo efficiënt mogelijk aanwenden van de beschikbare middelen, zodat zoveel mogelijk in de bestaande behoefte wordt voorzien). Gemeenschappelijk aan beide perspectieven op toegankelijkheid is dat in de bestaande behoefte aan zorg wordt voorzien. Daarom hanteren we in dit rapport de volgende, wat ruim gestelde, definitie:

*‘er is sprake van toegankelijke zorg als personen die zorg behoeven, die zorg ook daadwerkelijk krijgen.’*

## 2.2 Zorgbehoefte

Bij onze definitie van toegankelijkheid staat de behoefte aan zorg van individuele burgers centraal. Deze zorgbehoefte komt meestal voort uit de lichamelijke of geestelijke gezondheidstoestand van het individu, maar kan ook samenhangen met andere behoeften van het individu (anticonceptie, afslanken, ...).

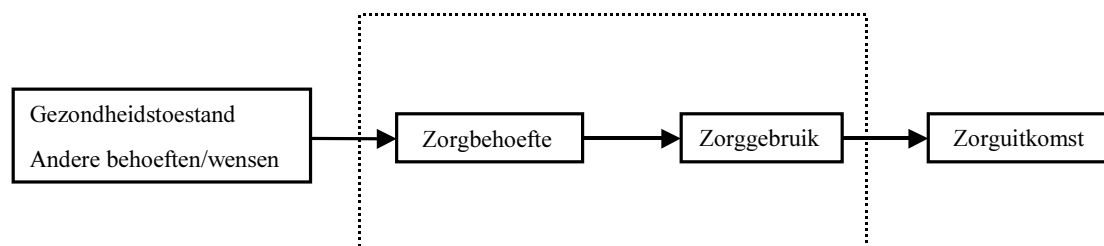
In de literatuur worden verschillende definities van het begrip 'zorgbehoefte' gehanteerd. Bradshaw (1972) onderscheidt vier typen zorgbehoefte: normatieve behoefte, ervaren behoefte, geuite behoefte en comparatieve behoefte. Bij 'normatieve behoefte' wordt de behoefte bepaald door een professionele zorgverlener, bijvoorbeeld een huisarts die vaststelt dat een persoon een bepaalde ziekte heeft en hem daarvoor medicijnen voorschrijft. 'Ervaren behoefte' is de behoefte aan zorg zoals die door de betrokken persoon zelf wordt geformuleerd.

Wordt de ervaren behoefte door de betrokken persoon omgezet in een vraag om zorg, dan wordt de term 'geuite behoefte' gebruikt. 'Comparatieve behoefte', tenslotte, wordt bepaald door professionele zorgverleners op grond van de kenmerken van zorggebruikers. Als veel personen met bepaalde kenmerken een zorgvoorziening gebruiken dan bestaat bij personen met dezelfde kenmerken die deze voorziening niet gebruiken volgens deze definitie behoefte aan deze zorgvoorziening. Het begrip 'comparatieve behoefte' is bijvoorbeeld van belang bij de vergelijking van regio's; als er (na controle voor verschillen in aantallen patiënten) in regio A meer van een bepaalde voorziening aanwezig is dan in regio B dan is er volgens deze definitie sprake van comparatieve behoefte aan deze voorziening in regio B.

Andersen (1995, p.3) beperkt zich tot twee van de vier typen van zorgbehoefte, 'ervaren behoefte' en 'normatieve behoefte' (die door hem overigens 'geëvalueerde behoefte' wordt genoemd). Volgens Andersen is de door de patiënt zelf ervaren behoefte vooral van invloed op de zorgvraag van individuen en op hun bereidheid zich aan de voorschriften van de zorgverlener te houden. De door de professionele hulpverlener bepaalde behoefte is daarentegen bepalend voor de hoeveelheid en aard van de zorg die de patiënt ontvangt nadat hij zich tot een hulpverlener heeft gewend.

## 2.3 Zorgproces

Bestaat er behoefte aan zorg, dan kan dat leiden tot zorggebruik en dat impliceert weer een bepaalde zorguitkomst. Die zorguitkomst kan een verbetering van de gezondheidstoestand zijn, maar ook (bijvoorbeeld bij chronisch zieken) een stabilisatie van de toestand of een vermindering van de beperkingen. In figuur 1 wordt dit zorgproces schematisch weergegeven. Het door een stippellijn omgeven gedeelte in deze figuur is het onderdeel van het zorgproces waar wij ons in dit rapport op richten: de omzetting van de zorgbehoefte in zorggebruik.



Figuur 1. Schematische weergave van het zorgproces

Als een bestaande zorgbehoefte niet wordt omgezet in een passend zorggebruik dan duidt dat op het bestaan van toegankelijkheidsproblemen. Deze kunnen worden veroorzaakt doordat degenen die zorg nodig hebben om de een of andere reden niet van de beschikbare zorgvoorzieningen gebruik (kunnen) maken of doordat de zorg waar behoefte aan bestaat niet beschikbaar is. Om meer zicht te krijgen op de oorzaken van deze toegankelijkheidsproblemen, zijn de aspecten van toegankelijkheid die in de literatuur worden onderscheiden van belang. Het gaat hierbij om beïnvloedende factoren die mede bepalen in welke mate de zorgbehoefte daadwerkelijk wordt vervuld.

Deze aspecten en de er mee samenhangende toegankelijkheidsproblemen worden in de volgende paragraaf nader besproken.

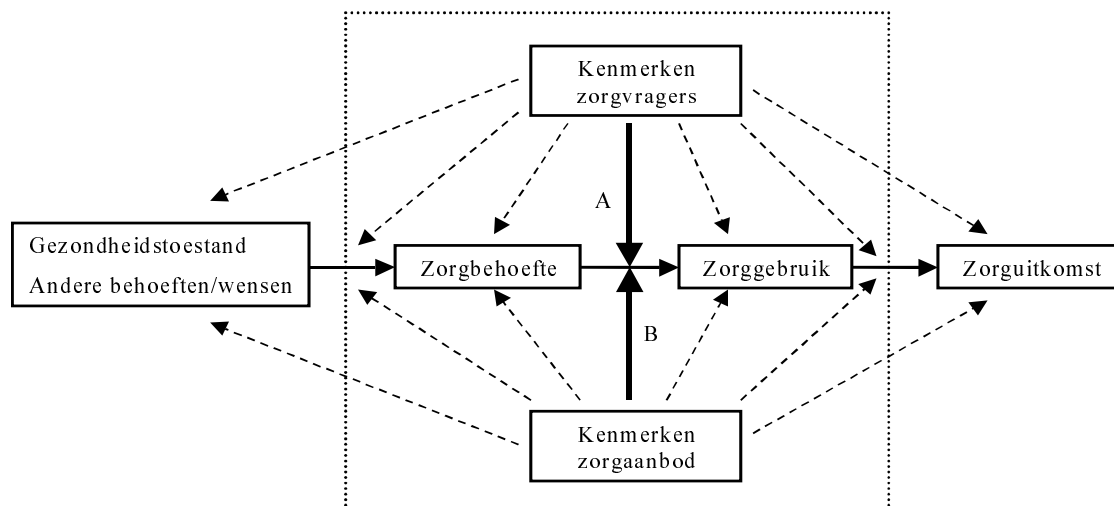
## **2.4 Aspecten van toegankelijkheid**

De facetten van toegankelijkheid die in de Staat van de Gezondheidszorg (IGZ97, p.65) worden onderscheiden, hebben betrekking op de vraag of de zorg op het juiste moment en op de gewenste plaats beschikbaar is (materiele beschikbaarheid), op zaken als polisvoorwaarden en uitsluitingsgronden (formele beschikbaarheid), op de betaalbaarheid van de zorg (financiële bereikbaarheid) en op zaken als taalproblemen en andere gebruiken die voor bepaalde (etnische) groepen de toegankelijkheid van de zorgverlening verminderen (culturele belemmeringen).

Bij de eerste twee facetten gaat het vooral om de beschikbaarheid van de gewenste zorg en dus om de aanbodzijde van de zorgverlening. De andere twee facetten hebben meer betrekking op de gebruikers van de zorgverlening, en dus de vraagzijde. Het betreft kenmerken van de zorgvragers en hun omgeving (inkomen, taal, gebruiken) die in relatie tot kenmerken van het zorgaanbod (prijs, taal, soort aanbod) de toegang tot de zorg kunnen bevorderen of belemmeren.

De in de VTV97 besproken aspecten van toegankelijkheid hebben op de eerste plaats betrekking op de vraagzijde van de gezondheidszorg. Naast de aspecten financiële en culturele toegankelijkheid, die ook in de Staat van de Gezondheidszorg werden genoemd, wordt hier echter ook de geografische toegankelijkheid genoemd. Dit is een belangrijk punt dat ook in de internationale literatuur veel aandacht gekregen heeft. Volgens Aday en Andersen (1974) gaat het hierbij om de 'friction of space' die afhangt van de tijd en de fysieke afstand die moeten worden overbrugd om zorg te ontvangen. De geografische toegankelijkheid is sterk afhankelijk van het zorgaanbod in een bepaalde regio. Maar daarnaast spelen ook zaken als de beschikbaarheid van (openbare) vervoermiddelen en de lokale verkeersinfrastructuur een rol.

In grote landen als de Verenigde Staten, Canada, Australië, maar bijvoorbeeld ook Frankrijk en Spanje, leeft dit aspect sterk, omdat het moeilijk is om in dunbevolkte plattelandsgebieden een basaal voorzieningenniveau op peil te houden. In een klein land als Nederland bestaat er minder aandacht voor. In de VTV97 wordt echter geconstateerd dat er ook in Nederland verschillen in capaciteit en behoeften tussen regio's bestaan en dat de reisafstand naar topklinische voorzieningen tussen woongebieden aanmerkelijk kan verschillen. Dit geeft aan dat ook de geografische component van toegankelijkheid in deze rapportage aan bod dient te komen. Te meer, omdat het regionale aanbod van zorg een factor is die rechtstreeks het gevolg is van en beïnvloedbaar is door het beleid van de overheid.



Figuur 2. Effecten van kenmerken van zorgvragers en zorgaanbod op het zorgproces

Op grond van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat bij de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Nederland zowel factoren aan de aanbodzijde als factoren aan de vraagzijde van de zorgverlening een rol spelen. In figuur 2 worden deze groepen van factoren aan ons basisschema toegevoegd. We zien dat deze factoren niet alleen van invloed zijn op de mate waarin de individuele zorgbehoefte wordt omgezet in een passend zorggebruik, maar ook op alle andere aspecten en overgangen binnen het zorgproces. In het kader van dit rapport beperken we ons echter tot de effecten op de overgang van zorgbehoefte naar zorggebruik (zie kader figuur 2). Er kan gesproken worden van een volledig toegankelijke gezondheidszorg als noch de kenmerken van de zorgvragers noch de kenmerken van het zorgaanbod van invloed zijn op deze overgang. In dat geval zijn de pijlen A en B in figuur 2 afwezig en wordt het zorggebruik volledig bepaald door de zorgbehoefte van het individu.

## 2.5 Potentiële versus gerealiseerde toegankelijkheid

Het begrip toegankelijkheid wordt in de literatuur op twee verschillende manieren uitgewerkt, waarvoor de termen potentiële toegankelijkheid en gerealiseerde toegankelijkheid worden gebruikt (Joseph en Philips, 1984, p.58). Bij *gerealiseerde toegankelijkheid* ligt de nadruk op het actuele gebruik van voorzieningen. Deze benadering heeft het voordeel dat dit actuele gebruik goed meetbaar is. Om toegankelijkheidsproblemen op te sporen moet het actuele gebruik in verband worden gebracht met de behoefte aan zorg. En vervolgens dienen de factoren te worden geïdentificeerd die van invloed zijn op de omzetting van zorgbehoefte in passend en effectief zorggebruik.

Het zijn deze intermedierende factoren tussen zorgbehoefte en zorggebruik die de toegankelijkheid van de zorgvoorzieningen voor individuen bepalen. Er is sprake van een goede toegankelijkheid op individueel niveau als na controle voor zorgbehoefte geen van deze factoren van invloed is op het zorggebruik (en dus als de pijlen A en B in figuur 2 afwezig zijn). Het zorggebruik wordt dan namelijk alleen bepaald door de zorgbehoefte van het individu en niet door kenmerken van dit individu, van zijn sociale omgeving, of van het zorgaanbod.

Behalve in termen van het actuele gebruik van voorzieningen kan het begrip toegankelijkheid ook word uitgewerkt in termen van de beschikbaarheid van voorzieningen en van potentiële

barrières voor het gebruik ervan. In dat geval wordt wel gesproken van *potentiële toegankelijkheid*. Het gaat hierbij zowel om de omvang van het zorgaanbod als om de kwaliteit ervan en om zaken als bereikbaarheid en betaalbaarheid.

Toegankelijkheid kan bij deze benadering bijvoorbeeld worden gekwantificeerd in termen van de hoeveelheid van het aanbod (per persoon/patiënt), de prijs ervan, of de mate van gebruik. Ook ligt het vanuit dit perspectief voor de hand om verschillen tussen regio's te onderzoeken om zicht op de toegankelijkheid te krijgen. De middels deze benadering verzamelde informatie over (problemen in) het zorgaanbod zal in het algemeen direct aanknopingspunten bieden voor overheidsbeleid. Dit laatste is overigens sterk afhankelijk van de rol die de overheid hierbij kiest. Anno 2002 lijkt de rol 'op afstand' de voorkeur te hebben.





### 3. Problemen met toegankelijkheid

Als we onze definitie van toegankelijkheid als uitgangspunt nemen, dan is er sprake van problemen met toegankelijkheid als personen die behoefte hebben aan zorg die zorg om de een of andere reden niet (direct) krijgen. De oorzaken van deze problemen kunnen zowel aan de vraagzijde als aan de aanbodzijde van de gezondheidszorg zitten. In het eerste geval spreken we van een *verdelingsprobleem*. Het gaat er dan om dat sommige groepen meer en andere minder van zorgvoorzieningen gebruik kunnen maken, bijvoorbeeld vanwege fysieke, financiële, culturele of informatiever schillen tussen die groepen. In het tweede geval gaat het om een *schaarsteprobleem*. Er is dan onvoldoende passend zorgaanbod om aan de vraag naar zorg te voldoen. Factoren die de toegankelijkheid beperken zijn in dit laatste geval zaken als volume van het aanbod, soort aanbod en plaats van c.q. afstand tot het aanbod. Verminderde toegankelijkheid ten gevolge van problemen aan de aanbodzijde van de zorgsector kan zich bijvoorbeeld uiten in het bestaan van (te) lange wachtlijsten.

#### 3.1 Gelijkheid en rechtvaardigheid

Als personen die tot verschillende sociale categorieën behoren, verschillen in de mate van zorggebruik, dan hoeft dat nog niet te betekenen dat er sprake is van ongelijkheid in toegankelijkheid van de zorgvoorzieningen. Het is namelijk mogelijk dat het verschil in zorggebruik een gevolg is van verschillen in zorgbehoefte tussen de categorieën. Zo is voor Nederland op basis van gegevens uit gezondheidsinterviews gevonden dat personen met een lage sociaal-economische status meer zorggebruik rapporteren dan personen met een hoge sociaal-economische status. Dit hoeft echter nog niet te betekenen dat personen met een lagere sociaal-economische status een betere toegang tot de zorg hebben, maar kan ook het gevolg zijn van een gemiddeld slechtere gezondheidstoestand bij deze groep. In verschillende studies is gevonden dat als rekening wordt gehouden met de verschillen in gezondheid tussen de groepen de verschillen in zorggebruik verdwijnen, of zelfs omkeren (Van den Bos en Lenior, 1991; Van der Meer et al., 1996; CBS, 1999). Dit voorbeeld maakt duidelijk dat (on)gelijkheid een complex begrip is. In de Engelstalige literatuur wordt vaak het begrip 'equity' gebruikt dat overeenkomt met het Nederlandse begrip 'rechtvaardigheid'. In het WRR rapport over de ongelijke verdeling van gezondheid spreken Rutten en Jansen over 'gelijke mogelijkheden voor ieder gegeven zijn of haar gezondheidstoestand' en wordt ook de term 'billijkheid' gebruikt (WRR, 1987).

Toch zijn ook rechtvaardigheid en billijkheid geen eenduidig begrippen. Volgens Ricketts en Savitz (1994, p.149) is het de vraag of rechtvaardigheid bereikt is als verschillende personen (a) beschikken over evenveel hulpbronnen (resources) om zorg te verkrijgen, (b) dezelfde hoeveelheid middelen besteden aan zorg, of (c) dezelfde gezondheidsuitkomsten bereiken. Daarnaast onderscheiden zij nog 'horizontale rechtvaardigheid', voor de beschikbaarheid van een zelfde zorgvoorzieningenaanbod voor personen in ongeveer dezelfde sociaal-economische omstandigheden, en 'verticale rechtvaardigheid' voor de beschikbaarheid van eenzelfde voorzieningenaanbod voor personen in verschillende sociaal-economische omstandigheden.

Volgens Joseph en Phillips (1984, 52) richt het onderzoek naar rechtvaardigheid zich vooral op de beschikbaarheid of het gebruik van zorgvoorzieningen, terwijl een 'pure' rechtvaardigheidsbenadering zich eigenlijk zou moeten richten op gezondheidsuitkomsten. In bovengenoemd WRR rapport wijzen Rutten en Janssen er echter dat er een spanning bestaat tussen 'gelijkheid' en 'doelmatigheid' en dat het streven naar gelijkheid van

gezondheidsuitkomsten hoge kosten in termen van doelmatigheid met zich meebrengt (WRR, 1987). De voorkeur voor wat betreft de invulling van het begrip gelijkheid ligt volgens hen daarom ergens tussen ‘gelijke toegankelijkheid naar behoefte’ en ‘gelijk gebruik naar behoefte.’

### 3.2 Hoeveelheid en schaarste

De begrippen gelijkheid en rechtvaardigheid hebben betrekking op de manier waarop de beschikbare zorg verdeeld wordt. Toegankelijkheidsproblemen kunnen daarnaast het gevolg zijn van beperkingen in de hoeveelheid zorgvoorzieningen die beschikbaar zijn: het volume van het zorgaanbod. Als de vraag naar een bepaalde vorm van zorg groter is dan het aanbod van die zorg dan kan niet iedereen die behoefte aan deze zorg heeft (direct) geholpen worden. Bij een ongelijke of onrechtvaardige verdeling van de zorg betekent dit dat sommige zorgvragers de zorg wel (of eerder) krijgen en andere zorgvragers niet (of later). Bij een (meer) gelijke verdeling van de zorg betekent het dat er (langere) wachtlijsten ontstaan. Voor wat betreft de wachttijden en wachtlijsten in de zorg worden in de Staat van de Gezondheidszorg verschillende fasen worden onderscheiden (IGZ, 1997). De ‘toegangstijd’ is de tijd die verloopt tussen verwijzing door huisarts en indicatiestelling. Het begrip ‘wachttijd’ wordt omschreven als de tijd die verloopt tussen het moment waarop de indicatiestelling voor een behandeling wordt bepaald en het moment waarop die behandeling kan plaatsvinden. Een ‘planningslijst’ geeft op enig moment het aantal mensen weer dat geïndiceerd is en op een behandeling wacht.

Wachten op zorg hoeft geen probleem te zijn als de wachttijd niet te lang is en het wachten geen nadelige gevolgen heeft voor de patiënt. Een beperkte wachtlijst met korte wachttijden is vaak een nuttig planningsinstrument om de zorg goed te kunnen organiseren. Een ‘problematische wachtlijst’ is een planningslijst waarbij de maximaal aanvaardbare wachttijd wordt overschreden. Dit is het geval als de zorg die in een gegeven situatie volgens de ‘state of the art’ zou moeten worden geboden dermate lang op zich laat wachten, dat aantoonbaar een risico voor de gezondheid ontstaat of kan ontstaan. Op de problematische wachtlijsten kunnen ‘urgentielijsten’ voorkomen. Ook als het zorgaanbod in overeenstemming is met de vraag kan er nog sprake zijn van schaarste en (problematische) wachtlijsten. Namelijk als de kwaliteit van het zorgaanbod verschilt tussen verschillende aanbieders. Er kan dus zowel sprake zijn van kwantitatieve als van kwalitatieve schaarste.

Toegankelijkheidsproblemen vanwege schaarste in het zorgaanbod kunnen worden opgelost door het aantal voorzieningen uit te breiden of door het bestaande voorzieningenaanbod doelmatiger te gebruiken. Het spreekt vanzelf dat de tweede oplossing de voorkeur verdient. Om tot een doelmatiger gebruik van de bestaande voorzieningen te komen is het van belang om voor iedere soort voorziening een overzicht te hebben van het totale zorgaanbod en de totale zorgvraag, zowel voor Nederland als geheel als voor afzonderlijke regio’s. Een dergelijk overzicht biedt de mogelijkheid om patiënten uit regio’s waar de vraag groter is dan het aanbod door te verwijzen naar regio’s met een aanbodoverschot. Daarnaast is het voor een doelmatig gebruik van het bestaande zorgaanbod van belang dat patiënten zo snel mogelijk bij de meest passende zorgvoorziening terechtkomen. Een instrument om te waarborgen dat de ontvangen zorg zo goed mogelijk past bij de behoefte van de patiënt is de indicatiestelling. Bij de indicatiestelling wordt op objectieveerbare wijze (professioneel) vastgesteld wat de hulpbehoefte van de patiënt is en wordt vervolgens aangegeven wat de in dit kader aangewezen zorg naar aard, inhoud en omvang is (zie Schrijvers, 1995).

### 3.3 Onderzoek en modellen

#### *Inleiding*

Bij het onderzoek naar de toegankelijkheid van de gezondheidszorg worden verschillende theoretische gezichtspunten gebruikt. Deze worden in de volgende paragraaf kort besproken. Daarna wordt ter nadere concretisering van het begrip toegankelijkheid ingegaan op een aantal ‘modellen van zorggebruik.’ Dit zijn modellen waarin de factoren die mogelijk een rol spelen bij het gebruik van zorgvoorzieningen in hun onderling verband worden samengebracht. Er wordt ingegaan op het veelgebruikte model van Andersen, op twee modellen die zich op de sociale omgeving van de zorggebruiker richten, en op twee modellen waarin dimensies van toegankelijkheid worden onderscheiden.

#### *3.3.1 Theorieën*

Het belangrijkste theoretische onderscheid dat gemaakt kan worden bij het onderzoek naar variatie in gebruik van zorgvoorzieningen is tussen het actorperspectief en het structuurperspectief (Buiks en Tillo 1980; Molenaar 1992). Dit onderscheid loopt tot op zekere hoogte parallel met het onderscheid tussen vraag- en aanbodzijde van de gezondheidszorg dat eerder in dit rapport gemaakt is. Het actorperspectief stelt het individu en zijn keuzeproces centraal, waarbij het individu afwegingen maakt omtrent voorkeuren, mogelijkheden en beperkingen. Deze optiek speelt vooral een rol bij de totstandkoming van de zorgvraag. Het structuurperspectief belicht de meer structurele benadering waarbij de invloed van instituties en maatschappelijke structuren centraal staan. Zorgonderzoek vanuit deze optiek richt zich vooral op de totstandkoming van zorgvoorzieningen, waarbij de interactie tussen belangengroepen en beleidsmakers belicht wordt.

Omdat in de gezondheidszorg zowel vraag- als aanbodsfactoren een rol spelen, is het van belang om beide benaderingen in één overkoepelende theorie met elkaar te verenigen. Aanknopingspunten hiervoor zijn bijvoorbeeld te vinden in de structuratietheorie van Giddens (1984) en het structureel individualisme (Wippler, 1978), die beiden veronderstellen dat het menselijk handelen competent en doelgericht is, maar eveneens contextueel, omdat structurele eigenschappen beperkingen opleggen aan dit handelen. Zo wordt het zorggebruik van individuen bepaald en beperkt door de aanwezige zorgvoorzieningen en de regels daaromtrent (sociale structuren). Maar omgekeerd zijn deze voorzieningen en regels ontstaan en worden ze voortdurend veranderd door het handelen van de zorgvragers en van andere actoren binnen het zorgsysteem. Er is dus sprake van een ingewikkeld proces van interactie en wederzijdse beïnvloeding tussen individu en structuur, waarbij individuen een actieve rol spelen bij het tot stand komen van voorzieningen; in belangengroepen, door het maken en uitstippelen van beleid, door het doen van onderzoek, etc.

Wat deze theorieën ook laten zien is dat de vraagzijde en aanbodzijde van de gezondheidszorg niet per definitie gelijk zijn aan het actor- en structuurperspectief. Vraag en aanbod met betrekking tot zorgvoorzieningen worden door zowel actoren als door structuren en instituties gevormd en gewijzigd.

#### *Andersen's factorenmodel*

In het model van Andersen (1968, 1995; Andersen en Newman, 1973) worden alle factoren samengebracht die van invloed (zouden kunnen) zijn op het zorggebruik van individuen. De factoren worden overzichtelijk ingedeeld in drie categorieën. In de eerste plaats gaat het om de medische behoefte (medical need) van het individu. Dit is de door het individu zelf of door

een professional bepaalde behoefte aan zorg. In de tweede plaats gaat het om bevorderende en beperkende factoren (enabling factors): iemand die vanuit medisch oogpunt behoefte aan zorg heeft moet ook de mogelijkheid hebben om daadwerkelijk van deze zorg gebruik te maken. Het gaat hierbij om zaken als inkomen en verzekering, maar ook om de beschikbaarheid/bereikbaarheid van de zorgvoorziening waaraan behoefte bestaat. Tenslotte wordt het zorggebruik ook nog bepaald door een aantal factoren die al aanwezig waren voordat de ziekte zich voordeed. Deze zogenaamde predisposing factors hebben te maken met de sociale, psychologische en culturele achtergrond van het zorggebruik. Hieronder vallen bijvoorbeeld sociaal demografische factoren (leeftijd, geslacht) en psychosociale factoren (houding ten opzichte van gezondheidszorg, coping, sociale steun). Alle factoren die een rol spelen aan de vraagzijde van de gezondheidszorg zijn in principe in deze drie categorieën onder te brengen.

Volgens Keskimäki (1997) is het model van Andersen vooral geschikt voor onderzoek naar het gebruik van voorzieningen waarbij de individuele keuze van de patiënt een rol speelt. Als professionele doorverwijzing een belangrijke rol speelt, zoals bij ziekenhuiszorg vaak het geval is, dan zijn het vooral kenmerken van het zorgsysteem en de zorgverleners die het zorggebruik bepalen. Weliswaar zijn er in de loop der tijd meer uitgebreide versies van het model ontwikkeld waarin ook aanbodfactoren en gezondheidsuitkomsten worden opgenomen, maar deze uitbreidingen hebben het model er niet helderder op gemaakt. In de opeenvolgende verschijningsvormen (Andersen, 1968; Aday en Andersen, 1974; Andersen, 1995) maakt het model een ontwikkeling door van helder en vernieuwend naar onoverzichtelijk en onbruikbaar, omdat Andersen enerzijds probeerde tegemoet te komen aan kritiek van gebruikers maar anderzijds ook het model allesomvattend wilde houden. Het model in de meest uitgebreide vorm lijkt dan ook te 'bezwijken' aan haar eigen ambitie. In de oervorm is het echter een zeer helder model wat inzicht geeft in het proces van zorggebruik. Het geeft houvast om de effecten van een veelheid van factoren aan met name de vraagkant van de zorg in kaart te brengen en het wordt hiervoor nog steeds veelvuldig gebruikt.

### *Sociaal-psychologische aspecten van zorggebruik*

Twee modellen richten zich specifiek op de sociale en psychologische processen die een rol spelen bij het gebruik van zorgvoorzieningen. Naast objectieve factoren spelen namelijk ook persoonlijke overtuigingen en de mening van anderen een belangrijke rol bij zorggebruik. Een model dat vooral gebruikt wordt voor onderzoek op het gebied van de preventie van ziekten is het 'health belief model' (Rosenstock, 1966; Becker, 1974; Strecher et al., 1997), dat is ontwikkeld ter verklaring van de lage opkomst bij preventie- en detectieprogramma's in de jaren '50 en '60 in de Verenigde Staten.

Dit model stelt de emotionele 'beliefs' van individuen boven hun cognitieve ideeën ten aanzien van zorgbehoefte. Verondersteld wordt dat individuen gebruik zullen maken van een zorgvoorziening als ze geloven (1) dat ze vatbaar zijn voor de betreffende ziekte, (2) dat de ziekte vervelende gevolgen voor hen of voor familieleden zou kunnen hebben, (3) dat hun gedrag deze gevolgen kan voorkomen of verminderen, en (4) dat het gedrag niet lastiger is dan de ziekte zelf (zie ook Joseph en Philips, 1984). Het model stelt verder dat zodra de psychische staat van 'bereidheid tot zorggebruik' aanwezig is een prikkel (cue) het actueel zorggebruik kan opwekken.

De kracht van het 'health belief' model zit in het feit dat het processen voorafgaand aan het zorggebruik expliciet aan de orde stelt. Het model kan gebruikt worden om meer inzicht te krijgen in het spanningsveld tussen zorgbehoefte en zorggebruik. Zorgbehoefte (hoe dan ook bepaald) hoeft immers niet automatisch te leiden tot zorggebruik. Naast de aan- of afwezigheid van hulpbronnen en de fysieke toegankelijkheid van zorgvoorzieningen, moet

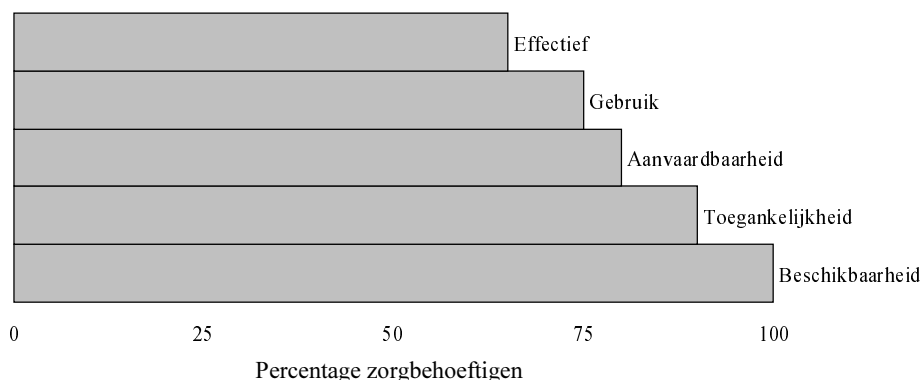
het belang van sociaal-psychologische factoren en hun invloed op het zorggebruik van mensen niet onderschat worden.

Een ander model dat de nadruk legt op sociale factoren is het model van Suchman (1964, 1966). In dit model wordt de nadruk gelegd op de invloed van het sociale netwerk van familie en vrienden waar personen deel van uitmaken en op de rol van sleutelfiguren in de sociale omgeving wiens mening gevraagd wordt voordat men naar een professionele zorgverlener gaat. Suchman veronderstelt dat personen uit de lagere sociaal economische klasse een wat hij noemt ‘minder wetenschappelijke’ houding hebben ten aanzien van zorggebruik en dat zij hierdoor minder geneigd zijn om gebruik te maken van beschikbare zorgvoorzieningen en er ook minder baat bij hebben dan personen uit de hogere sociaal economische klasse. Daarnaast speelt volgens Suchman ook de mate waarin personen geïntegreerd zijn in hun sociale groep een rol.

Door Joseph en Philips (1984) wordt het model van Suchman aangevuld met de notie van ‘sleutelfiguren’, mensen die in feite leek zijn, maar die een bepaalde medische autoriteit wordt toegedicht. Mensen met een niet-wetenschappelijke houding zouden meer geneigd zijn eerst deze persoon te raadplegen alvorens een arts in te schakelen. In vergelijking met het ‘health belief’ model is het Suchman model meer toegespitst op sociale ongelijkheid in het zorggebruik van mensen en daarom beter geschikt voor onderzoek naar toegankelijkheid van zorg. Met name de notie dat mensen uit de lage sociaal economische klasse vanwege een andere ‘oriëntatie’ in doorsnee minder geneigd zijn om gebruik van zorgvoorzieningen en het idee van de ‘sleutelfiguren’ vormen interessante aanvullingen op de eerder besproken modellen.

### *Dimensies van toegankelijkheid*

Een geheel ander perspectief op toegankelijkheid van zorg wordt geboden door Penchansky en Thomas (1981) en door Hongvivatana (1984). Deze auteurs onderscheiden een aantal dimensies van toegankelijkheid. Volgens Penchansky en Thomas heeft toegankelijkheid betrekking op de mate van overeenstemming (of passendheid) tussen cliënt en zorgsysteem voor wat betreft de volgende vijf dimensies: (1) beschikbaarheid (2) fysieke toegankelijkheid, (3) accommodatie (organisatie en inrichting van de voorziening), (4) betaalbaarheid, en (5) aanvaardbaarheid (houding van de patiënt ten opzichte van de voorziening en van de zorgverlener(s) ten aanzien van de patiënt). Door de auteurs wordt onderkend dat deze vijf elkaar wederzijds beïnvloeden, maar ze laten doormiddel van een factoranalyse van Amerikaanse gegevens zien dat deze vijf dimensies los van elkaar te onderzoeken zijn (Penchansky en Thomas 1981).



Figuur 3. Niveaus van toegankelijkheid volgens Hongvivatana

Hongvivatana beschrijft ook een model van toegankelijkheid met vijf dimensies, maar bij hem zijn deze dimensies hiërarchisch geordend als ‘niveaus van toegankelijkheid.’ Er wordt een continuüm van zorgbereik beschreven dat uitgaat van de percentages zorgbehoefte uit een populatie (de doelpopulatie) waarvoor: (1) de zorgvoorzieningen beschikbaar zijn, (2) de voorzieningen toegankelijk zijn, (3) deze voorzieningen acceptabel/ aanvaardbaar zijn, die (4) daadwerkelijk gebruik maken van de voorziening, en voor wie (5) de ontvangen zorg passend en effectief is. In figuur 3 wordt dit model weergegeven.

Het model van Hongvivatana laat de totstandkoming van de zorgvraag buiten beschouwing. Alleen fysieke restricties in geografische en financiële zin worden onderscheiden. Een sterk punt van dit model is dat het in staat is op een zeer heldere manier, in fases, de discrepantie aan te geven tussen zorgvraag en gerealiseerd en passend zorggebruik. Grafisch is goed te zien waar het breekpunt zich bevindt en waar het beleid haar interventies op zou moeten richten. De gepastheid van de geboden zorgvoorzieningen wordt in dit model afgemeten aan de effectiviteit van het zorggebruik. Het proces van de totstandkoming van deze passende zorgvoorzieningen wordt in dit model echter impliciet gelaten. Het model is een goed toetsingsinstrument voor het beleid, om de huidige toegankelijkheid te beoordelen en de prioriteiten voor de toekomst te bepalen.

### 3.3.2 Conclusie

Onderzoek naar de toegankelijkheid van de gezondheidszorg kan het handelen van individuen of de invloed van structuren en instituties tot uitgangspunt nemen. Zowel aan de vraag- als aan de aanbodzijde van de gezondheidszorg spelen verschillende actoren een rol en zijn er structuren die het gedrag van die individuen sturen en inperken. Bovendien zijn aan beide zijden de bestaande structuren gevormd door het handelen van individuen en worden ze door dit handelen ook voortdurend weer veranderd. Daarom verdient het de voorkeur om toegankelijkheidsproblemen vanuit beide perspectieven te beschouwen.

Modellen voor zorggebruik spelen een belangrijke rol bij het onderzoek naar de toegankelijkheid van de zorg. Als we zicht willen krijgen op de factoren die het zorggebruik van individuen beïnvloeden dan is het model van Andersen het aangewezen model. Alle factoren die van invloed zouden kunnen zijn op dit zorggebruik kunnen in principe in dit model worden opgenomen. Als het zorggebruik van individuen behalve door hun medische behoefte ook door andere factoren in dit model wordt beïnvloed, dan is er waarschijnlijk sprake van een toegankelijkheidsprobleem.

De ‘andere factoren’ in het model van Andersen zijn van sociaal-psychologische aard. Het zorggebruik van individuen wordt echter evenzeer beïnvloed door emoties en vooroordelen als door rationele factoren en ook de sociale omgeving en de daar levende overtuigingen spelen een belangrijke rol. Het ‘health belief’ model en het model van Suchman besteden speciale aandacht aan deze ‘predisposing factors’ en vormen daarmee een nuttige aanvulling op het model van Andersen.

De dimensies van toegankelijkheid die door Penschanski en Thomas en door Hongvivatana worden onderscheiden zijn speciaal van belang voor het onderzoek van de aanbodzijde van de gezondheidszorg. Het betreft vereisten waaraan het zorgaanbod moet voldoen om toegankelijk te zijn. Deze dimensies kunnen worden gebruikt om zicht te krijgen op structurele kenmerken van het zorgaanbod die de toegankelijkheid belemmeren of bevorderen.

## 4. Sociaal-economische status<sup>#</sup>

### 4.1 Inleiding

‘In de huidige tijd zijn er geen aanwijzingen dat (sociaal-economische) verschillen in gebruik een deel van de bestaande gezondheidsverschillen naar sociaal-economische positie verklaren (in Nederland)’ (Mackenbach, 2001). Deze conclusie impliceert dat in de Nederlandse zorg *gelijk gebruik bij gelijke behoefte*, ongeacht sociaal-economische positie van vragers, wordt gerealiseerd. Het onderhavige rapport betreft een nader literatuuronderzoek naar empirische evidentie hiervan.

In deze studie naar mogelijke sociaal-economische verschillen in toegankelijkheid van de zorg wordt niet ingegaan op het eerste aspect, de verschillen in zorgbehoefte. Er is in Nederland uitgebreid onderzoek gedaan naar het voorkomen van sociaal-economische gezondheidsverschillen (Mackenbach en Verkleij, 1997; Stronks en Hulshof, 2001). De focus in deze studie is op Nederlandse studies naar zorggebruik van verschillende sociaal-economische groepen waarin gecorrigeerd is voor zorgbehoefte c.q. gezondheidstoestand. Er wordt nagegaan in hoeverre de sociaal-economische status van een individu van invloed is op/ bij het gebruik van de zorg.

De specifieke vragen die achtereenvolgens aan de orde komen zijn:

1. Wat zijn de verschillen in zorggebruik naar sociaal-economische status in Nederland en zijn deze nog aanwezig na correctie voor zorgbehoefte?
2. In hoeverre hangen sociaal economische verschillen in zorggebruik samen met sociaal economische gezondheidsverschillen?
3. In hoeverre en in welke richting zijn de verschillen in zorggebruik naar sociaal-economische status in de afgelopen jaren veranderd?
4. Duiden de verschillen in zorggebruik op een toegankelijkheidsprobleem?

De vragen 1 t/m 3 komen aan de orde in de resultatensectie (5.3). Vraag 4 wordt behandeld in de laatste sectie (5.4). Eerst wordt in de methodesectie de manier waarop de literatuur verzameld is uiteengezet (5.2).

### 4.2 Methode

Het literatuuronderzoek richt zich op studies met als onderwerp toegankelijkheid van de gezondheidszorg en sociaal-economische verschillen in zorggebruik, maar ook op sociaal-economische verschillen in gezondheid voor zoverre deze gerelateerd zijn aan het thema zorggebruik of toegankelijkheid. Het betreffen wetenschappelijke artikelen en rapportages, die betrekking hebben op Nederland en gepubliceerd zijn in 1980 of later.

Om deze studies op te sporen zijn zoekvragen gedefinieerd voor Medline, Current Contents, en Picarta.

In Current Contents is met de zoektermen ‘socioeconomic’, ‘status’, ‘class’, ‘social’, ‘education’, ‘income’, ‘differen’, ‘disparit’, ‘equal’, ‘inequal’, ‘unequal’, ‘equity’, ‘health’, ‘care’, ‘system’, ‘service’, ‘use’, ‘utilisation’, ‘dutch’, ‘Netherlands’ en combinaties hiervan

---

<sup>#</sup> De auteurs danken drs. Wien Limburg, drs. Geert Mol en dr. Judith Wolleswinkel voor het uitvoeren van het eerste deel van het literatuuronderzoek in hoofdstuk 4.

gezocht op Nederlandse studies naar sociaal-economische status en zorggebruik. Dit leverde 86 studies op.

In Medline is gezocht met de MESH Socioeconomic-Factor/all subheadings, Employment/all subheadings, Health-services-accessibility/all subheadings, Health services/utilization.

Daarbij zijn ook alleen Nederlandse studies geselecteerd.

Dit leverde 15 studies op.

Verder is met Picarta gezocht in Nederlandse databases op de zoektermen ‘sociaal-economisch OR status, OR klasse or sociale OR opleiding OR inkomen’, ‘verschil OR ongelijk OR gelijk OR rechtvaardig’, ‘gezond OR ziek OR zorg OR stelsel OR gebruik OR zorggebruik’ en ‘toegan OR toegankelijk’. Tot slot is gezocht binnen het literatuurbestand van het SEGV documentatiecentrum van het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg, EUR, te Rotterdam.

De abstracts van deze studies zijn gescreend op mogelijke relevantie voor deze studie. Dit leverde in totaal ruim 50 studies op.

### 4.3 Resultaten

Dit onderzoek heeft een selectie van studies opgeleverd die bruikbaar bleken voor de analyse van bovenstaande vragen.

#### 4.3.1 *Sociaal-economische verschillen in zorggebruik in Nederland na correctie voor zorgbehoefte?*

De studies die op deze vraag betrekking hebben, worden allereerst besproken naar soort van zorgverlener en vervolgens naar ziektespecifieke groepen zorgvragers of patiëntengroepen.

#### *Zorgverleners als uitgangspunt*

##### **Huisarts**

Vrijwel alle studies vinden dat personen met een lage sociaal-economische status vaker naar de huisarts gaan dan personen met een hoge sociaal-economische status.

Resultaten uit de Gezondheidsenquête van het CBS (1997/98) laten zien dat laag opgeleiden vaker contact hebben met de huisarts (4,9 contacten per persoon per jaar) dan hoog opgeleiden (4,0 contacten per persoon per jaar). De Gezondheidsenquête werd uitgevoerd onder een steekproef uit de algemene Nederlandse bevolking. Er is daarbij gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en gezondheidstoestand (CBS/VWS, 1999).

Ook een studie in een huisartspopulatie van 25 jaar en ouder rapporteert dat lager opgeleiden en ziekenfondspatiënten meer contacten hadden met de huisarts. Er is echter niet gecorrigeerd voor gezondheidstoestand. Opmerkelijk is, dat particulier verzekerden en hoger opgeleiden dan wel minder contacten met de huisarts hadden, maar daarentegen meer tijd per consult besteden bij de huisarts (Van der Velden, 1999).

Personen met een lager inkomen maken meer gebruik van de huisarts wanneer alleen gecorrigeerd wordt voor chronische aandoeningen (objectieve gezondheidsmaat), maar het verschil verdwijnt als er gecorrigeerd wordt voor subjectieve gezondheid, gemeten als oordeel over eigen huidige gezondheid op een vijfpuntsschaal (Van Doorslaer et al., 2000). Analyses naar verzekeringsvorm tonen dat ziekenfondspatiënten significant meer huisartscontacten hebben in 3 maanden (8% meer) dan particulier verzekerden. Er is daarbij gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, gezondheidstoestand (oordeel eigen gezondheid,



langdurige aandoeningen, aantal dagen ziek op bed), opleiding, gezinsgrootte, urbanisatiegraad en afstand tot ziekenhuis (Van Vliet et al., 1986). Soortgelijke resultaten worden gevonden in een studie in achterstandswijken in Amsterdam, met de kanttekening dat ziekenfondsverzekerden in achterstandswijken nog meer huisartscontacten hebben dan ziekenfondsverzekerden in heel Nederland. Deze hogere contactfrequentie in achterstandswijken in Amsterdam hing deels samen met vorm van het huishouden, geboorteland, arbeidspositie en langdurige psychische klachten (Reijneveld, 1995).

In een studie onder oudere chronisch zieken (55-79 jaar) werd geen verschil in het gebruik van de huisartszorg gevonden naar sociaal-economische status (gemeten met opleiding, inkomen en beroep). Er is gecorrigeerd voor zowel demografische als gezondheidskenmerken (Van den Bos en Lenior, 1991).

Een cohortstudie onder 15-74 jarigen waarin bepaalde chronische ziekten sterk zijn oververtegenwoordigd, toont aan dat personen met een opleidingsniveau lager dan HBO statistisch significant vaker contact met de huisarts hebben in de voorgaande 2 maanden dan personen in de hoogste opleidingscategorie. Er is echter geen sprake van een sociaal-economische gradiënt (Van der Meer et al., 1993 en 1996). Ook bij gebruik van inkomen als SES-indicator werd gevonden dat personen met een lager inkomen vaker naar de huisarts gingen (Van der Meer et al., 1993). In de studie is op verschillende manieren gecorrigeerd voor gezondheidstoestand. Bij correctie voor 'objectieve' gezondheidsmaten (chronische aandoeningen, ADL-beperkingen, OECD-beperkingen) bleken de verschillen in huisartsbezoek naar opleiding groter te blijven dan bij correctie voor subjectieve gezondheidsmaten (ervaren gezondheid, kwaliteit van leven).

In een verdere analyse van de onderliggende factoren van deze verschillen in contactfrequentie met de huisarts is gekeken in hoeverre psychosociale factoren (predisposing factors) een rol spelen. Er is daarbij gekeken naar langdurige stressfactoren, sociale steun, locus of control, coping en de houding ten opzichte van gezondheid en gezondheidszorg. Deze factoren konden de verschillen in huisartscontacten naar opleiding niet verklaren (Van der Meer et al., 1998). De verschillen in gebruik van de huisartszorg konden wel gedeeltelijk verklaard worden uit verzekeringsvorm (enabling factor). De eigen bijdrage en de dekking van de verzekering speelden daarbij echter geen rol.

De verzekeringsvorm beïnvloedt het huisartsbezoek waarschijnlijk op de volgende manier. Voor ziekenfondspatiënten heeft een verwijskaart voor de specialist slechts een beperkte duur, terwijl particulier verzekerden een verwijskaart met onbeperkte duur kunnen krijgen.

Particulier verzekerden hoeven dus niet weer terug naar de huisarts om eventueel herbeoordeeld te worden voor verwijzing naar de specialist. De poortwachterrol van de huisarts lijkt sterker te zijn voor de ziekenfondsverzekerden (Bongers et al., 1997).

### **Specialistische zorg**

Vrijwel alle studies die betrekking hebben op sociaal-economische verschillen in de contactfrequentie met de specialist vinden dat personen met een hogere sociaal-economische status vaker naar de specialist gaan dan personen met een lagere sociaal-economische status. Resultaten uit de Gezondheidsenquête van het CBS van 1997/98 onder een steekproef van de algemene Nederlandse bevolking geven eveneens aan dat lager opgeleiden minder vaak contact hebben met een specialist dan hoger opgeleiden (basisonderwijs 1,6 contacten per persoon per jaar; HBO of universiteit 2,0 contacten per persoon per jaar) (CBS/ VWS, 1999). Er is daarbij gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en gezondheidstoestand.

In een studie naar het verband tussen inkomen en specialistencontact in de algemene populatie werd gevonden dat, na correctie voor zorgbehoefte (met zowel subjectieve als objectieve gezondheidsmaten), personen met hogere inkomens meer contacten met de specialist hebben (Van Doorslaer et al., 2000).

Een analyse naar verzekeringsvorm toont dat ziekenfondspatiënten significant minder specialistencontacten hadden (16% minder) dan particulier verzekerden gedurende de drie maanden voorafgaand aan het interview. Hierbij is gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, gezondheidstoestand (oordeel eigen gezondheid, langdurige aandoeningen, aantal dagen ziek op bed), opleiding, gezinsgrootte en nog een aantal variabelen waaronder urbanisatiegraad en afstand tot ziekenhuis (Van Vliet et al., 1986).

Een cohortstudie onder 15-74 jarigen waarin chronische zieken sterk oververtegenwoordigd waren, laat zien dat personen met een lage opleiding of inkomen minder vaak naar de specialist gaan dan personen met een hogere opleiding of inkomen (Van der Meer et al., 1996), maar voor zowel opleiding als inkomen waren de gevonden effecten niet statistisch significant.

In een andere studie onder oudere chronisch zieken (55-79 jaar) werden wel sterk significante verschillen gevonden in specialistencontact naar opleiding en beroep. Personen met een lagere opleiding of beroep hebben minder specialistcontacten. Voor inkomen werd ditzelfde verband gevonden, maar dit bleek niet statistisch significant (Van den Bos en Lenior, 1991). Er is in alle analyses gecorrigeerd voor demografische en gezondheidskenmerken, zoals aantal chronische aandoeningen, ernst van de lichamelijke beperkingen, ervaren gezondheid en psychisch welbevinden.

Verklaringen voor sociaal-economische verschillen in gebruik van de specialist zijn niet bestudeerd. Factoren die een rol zouden kunnen spelen, zijn verschillen in de houding t.o.v. van gebruik van zorg en t.o.v. gezondheid tussen sociaal-economische groepen. Ook kan het zijn, dat de interactie tussen patiënt en arts verschilt voor personen met een verschillende sociaal-economische status, waardoor hoger opgeleiden bijvoorbeeld eerder doorverwezen worden (Bongers et al., 1997).

### **Ziekenhuisopname**

De meeste studies naar het verband tussen ziekenhuisopnamen en sociaal-economische status vinden geen relatie. De enkele studies die wel een relatie vinden tussen sociaal-economische status en ziekenhuisopname wijzen op meer ziekenhuisopnames voor lagere sociaal-economische groepen.

Resultaten uit de Gezondheidsenquête van het CBS van 1997/98 onder een representatieve steekproef van de algemene Nederlandse bevolking geven aan dat lager opgeleiden vaker worden opgenomen in het ziekenhuis dan hoger opgeleiden (CBS/VWS, 1999). Er is daarbij gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en gezondheidstoestand.

In een studie onder een representatieve groep van huisartspatiënten werd geen verband tussen sociaal-economische status van patiënten en de duur van de ziekenhuisopnamen gevonden (Westert, 1992).

Verder werd in een studie waarin inkomen als SES-indicator is gebruikt, gevonden dat personen met een lager inkomen meer ziekenhuisdagen rapporteren dan personen met hogere inkomens (Van Doorslaer et al., 2000). Dit verband werd echter alleen gevonden als er gecorrigeerd werd voor chronische aandoeningen (objectieve gezondheidsmaat), maar niet meer bij correctie voor 'oordeel eigen gezondheid' (Van Doorslaer et al., 2000).

Een analyse naar verschillen naar verzekeringsvorm toont geen significante verschillen in het aantal zelfgerapporteerde ziekenhuisdagen per jaar tussen ziekenfonds- en particulier verzekerde patiënten. Er is daarbij gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, gezondheidstoestand (oordeel eigen gezondheid, langdurige aandoeningen, aantal dagen ziek op bed), opleiding, gezinsgrootte, urbanisatiegraad en afstand tot ziekenhuis (Van Vliet et al., 1986).

Een cohortstudie onder 15-74 jarigen waarin bepaalde chronische ziekten oververtegenwoordigd waren, vond geen verschillen naar opleiding voor ziekenhuisopnamen in het voorgaande jaar (Van der Meer et al., 1996). In deze studie is op verschillende manieren gecorrigeerd voor gezondheidstoestand. Noch bij correctie voor 'objectieve'

gezondheidsmaten (chronische aandoeningen, ADL-beperkingen, OECD-beperkingen), noch bij correctie voor subjectieve gezondheidsmaten waren er verschillen naar opleiding wat betreft ziekenhuisopnamen. Als echter inkomen als SES-indicator wordt gebruikt, blijkt dat lagere inkomenscategorieën minder ziekenhuisopnamen rapporteren, gecorrigeerd voor gezondheidstoestand, hoewel het verband niet sterk is (Van der Meer et al., 1993).

Onder oudere chronisch zieken (55-79 jaar) werden geen significante verschillen gevonden in ziekenhuisopnamen naar sociaal-economische status (opleiding, inkomen en beroep). Er is gecorrigeerd voor demografische en gezondheidskenmerken, zoals het aantal chronische aandoeningen, ernst van de lichamelijke beperkingen, ervaren gezondheid en psychisch welbevinden (Van den Bos en Lenior, 1991).

Een studie naar buurtverschillen in chirurgische ingrepen concludeert dat bewoners van buurten met gemiddeld lagere inkomens over het algemeen vaker chirurgische ingrepen ondergaan, hoewel de verschillen maar klein zijn (Westert et al., aangeboden). Hierbij is geen rekening gehouden met gezondheidstoestand of zorgbehoefte. In het geval van bijvoorbeeld cardiologische procedures zou dit kunnen duiden op 'ondergebruik' door personen met een lagere sociaal-economische status, omdat bekend is dat de prevalentie van hart- en vaatlijden onder hen hoger is.

Over het actuele probleem van de wachttijden en -lijsten en de verschillen hierin naar sociaal-economische status werden geen onderzoeksgegevens gevonden.

### **Medicijngebruik**

Alleen voor niet door een arts voorgeschreven medicijnen lijkt er een duidelijk verband te bestaan tussen medicijngebruik en sociaal-economische status. Lager opgeleide groepen maken minder vaak gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen.

Uit de Gezondheidsenquête van het CBS van 1997/98 onder een representatieve steekproef uit de algemene Nederlandse bevolking blijkt ook dat er geen duidelijk verband is tussen door een arts voorgeschreven medicijnen en opleiding (CBS/VWS, 1999). Lager opgeleiden maken echter wel minder gebruik van niet door een arts voorgeschreven geneesmiddelen (CBS/VWS, 1999).

Echter voor verzekeringsvorm werd – na correctie voor relevante factoren - gevonden dat ziekenfondspatiënten vaker door de huisarts voorgeschreven medicijnen gebruikten (12% meer) dan particulier verzekerden, in de voorgaande 14 dagen (Van Vliet et al., 1986).

In een cohortstudie onder 15-74 jarigen – met oververtegenwoordiging van bepaalde chronische ziekten – werd geen verschil in het gebruik van voorgeschreven medicijnen in het afgelopen jaar naar opleidingsniveau gevonden (Van der Meer et al., 1996). In dezelfde populatie blijken vrij verkrijgbare medicijnen minder vaak gebruikt te worden door lager opgeleiden, vergeleken hoger opgeleiden. Hierbij is een trend zichtbaar: hoe lager de opleiding, hoe minder het gebruik van vrij verkrijgbare medicijnen (Van der Meer et al., 1993 en 1996).

### **Fysiotherapie**

Er is weinig literatuur over het verband tussen sociaal-economische status en het gebruik van fysiotherapie in Nederland. Alleen onder oudere chronische zieken werden sociaal-economische verschillen in fysiotherapiebezoek gevonden.

De Gezondheidsenquête van het CBS van 1997/98 onder een steekproef van de algemene Nederlandse bevolking laat geen verschillen in het gebruik van fysiotherapie naar opleidingsniveau zien (CBS/VWS, 1999). Er is gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en gezondheidstoestand.

Ook in een cohortstudie onder 15-74 jarigen werden geen verschillen naar opleidingsniveau in de contactfrequentie (in het afgelopen jaar) met de fysiotherapeut gevonden (Van der Meer

et al., 1996). Dit geldt na zowel correctie voor 'objectieve' gezondheidsmaten (chronische aandoeningen, ADL-beperkingen, OECD-beperkingen), als na correctie voor 'subjectieve' gezondheidsmaten.

In een studie onder oudere chronisch zieken (55-79 jaar) werden echter wel significante verschillen gevonden in het gebruik van fysiotherapie naar opleiding en beroep. Lager opgeleide personen en chronisch zieken met een lagere beroepsstatus maken minder gebruik van fysiotherapie. Voor inkomen werd dit verband niet gevonden. Er is gecorrigeerd voor demografische en gezondheidskenmerken, zoals aantal chronische aandoeningen, ernst van de lichamelijke beperkingen, ervaren gezondheid en psychisch welbevinden (Van den Bos en Lenior, 1991).

### **Psychosociale zorg**

Het lijkt er op dat groepen met een hogere sociaal-economische status vaker gebruik maken van specialistische psychosociale zorg, terwijl lagere sociaal-economische klassen vaker worden behandeld door het RIAGG of algemeen maatschappelijk werk.

De cliëntenpopulatie van de eerstelijnspsycholoog is relatief hoog opgeleid in vergelijking met cliënten van het RIAGG of algemeen maatschappelijk werk (Mesman en Verhaak, 2001).

Dit kon niet verklaard worden uit het verschil in wel of niet verzekerd zijn voor de eerstelijnspsycholoog. Deze zit namelijk vaak in het ziekenfondspakket en lager opgeleiden zijn er daardoor dikwijls voor verzekerd. Waarschijnlijk hebben de verschillen meer te maken met het verwijzingsmechanisme door de huisarts. Mogelijk beschouwt die het algemeen maatschappelijk werk of het RIAGG als een betere verwijzing voor lager opgeleiden en de eerstelijnspsycholoog voor hoger opgeleiden (Mesman en Verhaak, 2001).

De NEMISIS studie laat zien dat onder cliënten van de geestelijke gezondheidszorg, personen met hogere inkomens vaker worden behandeld door specialistische hulp voor psychische problemen (psychiater, psycholoog, psychotherapeut) dan de lagere inkomensgroep (Alegria et al., 2000). Deze laatste groep krijgt vaker hulp van het sociaal-maatschappelijk werk. Er is in de analyse gecorrigeerd voor het feit of er bij een cliënt wel of geen DSM-III-diagnose is gesteld.

### **Verloskundige zorg**

Vrouwen met een lagere opleiding bevallen significant vaker in het ziekenhuis dan hoog opgeleide vrouwen. Ook het kraambed wordt minder vaak volledig thuis doorgebracht door lager opgeleide vrouwen. In de analyses is gecorrigeerd voor andere factoren die een rol kunnen spelen bij deze opleidingsverschillen zoals etniciteit, leeftijd, problemen bij de zwangerschap (heden of verleden). Ook is gecorrigeerd voor urbanisatie en afstand van woonplaats tot ziekenhuis. Mogelijke verschillen in voorkeur van plaats van bevallen en regionale verschillen in beschikbaarheid van thuiskraamzorg zijn niet in het onderzoek meegenomen (Herngreen et al., 1993).

### **Tandarts**

De literatuur over sociaal-economische verschillen in tandartsbezoek laat geen eenduidig beeld zien. Sommige studies vinden geen sociaal-economische verschillen terwijl andere rapporteren dat lagere sociaal-economische groepen minder gebruik maken van de tandarts. De Gezondheidsenquête van het CBS van 1997/98 onder een steekproef van de algemene Nederlandse bevolking rapporteert geen duidelijk verband tussen tandartsbezoek en opleiding (CBS/VWS, 1999). Er is daarbij gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en gezondheidstoestand.

Een trendstudie over de periode 1981-1995 laat zien dat alle opleidingscategorieën evenveel hebben geprofiteerd van de toename in preventieve handelingen en afname van curatieve handelingen door de tandarts (Swinkels en Maessen, 1996).

Een andere studie rapporteert dat 79,9% van de hoogopgeleiden het voorgaande jaar de tandarts heeft bezocht tegenover 71,2% van de laagopgeleiden. Er is in die analyses niet gecorrigeerd voor gebitsstatus (Groenewegen en Postma, 1984). Uit dezelfde studie bleek dat 81% van de particulier verzekerden tegenover 71% van de ziekenfondspatiënten rapporteert in het afgelopen jaar naar de tandarts te zijn geweest (Groenewegen en Postma, 1984).

Als gekeken wordt naar de aard van de behandeling, blijkt dat bij lager opgeleiden meer extracties worden gedaan dan vullen of het aanbrengen van een kroon of brug, terwijl voor hoogopgeleiden het omgekeerde geldt (Groenewegen en Postma, 1984). Ook bij de lagere inkomensgroepen komen meer extracties voor, maar er is geen verschil in vullen of het aanbrengen van een kroon of brug tussen de inkomensgroepen (Geurts en Rutten, 1987).

### **Preventie/screening**

Uit verschillende studies die betrekking hebben op deelname aan preventieve en/of screeningsprogramma's blijkt dat laagopgeleiden daar minder vaak aan deelnemen.

Laagopgeleide vrouwen met een zwangerschapswens, gebruiken minder vaak foliumzuur dan hoogopgeleide vrouwen. Een voorlichtingscampagne specifiek gericht op lagere sociaal-economische groepen deed het foliumzuurgebruik in totaal stijgen, maar had geen invloed op de sociaal-economische verschillen (Van der Pal-de Bruin et al., 1999). De voorlichtingscampagne was vooral opgezet via de massamedia (televisie, radio, kranten). Om lager opgeleiden te bereiken suggereren de onderzoekers een grotere rol van de huisarts door meer persoonlijke voorlichting (Van der Pal-de Bruin et al., 1999).

In een grootschalig onderzoek naar verrichtingen in de huisartspraktijk werd geen duidelijk verschil naar opleiding gevonden wat betreft borstonderzoek (Van der Velden, 1999). Hoger opgeleide vrouwen lieten wel significant vaker een uitstrijkje maken (preventie van baarmoederhalskanker). Terwijl lager opgeleide vrouwen en mannen vaker preventief hun bloeddruk lieten meten dan hoger opgeleiden (Van der Velden, 1999).

Ook een studie in Rotterdam vond een hogere opkomst onder hoog opgeleiden voor de screening op baarmoederhalskanker. Vrouwen met een lagere sociaal-economische status zouden meer angst hebben voor de ziekte en er zouden onder hen misvattingen heersen over het nut van de test (Kreuger et al., 1994).

### **Verzorgings- en verpleeghuiszorg**

Er lijken geen sociaal-economische verschillen in het gebruik van verzorgings- en verpleeghuiszorg te bestaan in Nederland.

Er werden geen sociaal-economische verschillen in opname in een verzorgingshuis gevonden onder oudere chronisch zieken (Van den Bos en Lenior, 1991). Dit geldt voor zowel opleiding, inkomen als beroep. Er is gecorrigeerd voor demografische en gezondheidskenmerken, zoals aantal chronische aandoeningen, ernst van de lichamelijke beperkingen, ervaren gezondheid en psychisch welbevinden (Van den Bos en Lenior, 1991). Uit een andere studie bleek, dat inkomen een ondergeschikte rol speelt in de beslissing tot opname in een verzorgingshuis (Steverink et al., 2001).

Onder oudere chronisch zieken werden ook voor verpleeghuisopname en wijkverpleging (of thuiszorg) geen verschillen naar sociaal-economische status gevonden (Van den Bos en Lenior, 1991).

### **Thuiszorg en informele zorg**

Er zijn weinig onderzoeken naar sociaal-economische verschillen in het gebruik van thuiszorg en onderzoeken laten geen eenduidig verband van sociaal-economische status met thuiszorg zien. Mensen met een lager inkomen maken wel meer gebruik van informele zorg van huisgenoten.

Ouderen (gemiddeld 80 jaar) met een hoog inkomen maken significant meer gebruik van formele thuiszorg en minder van informele zorg van huisgenoten dan ouderen met een lager inkomen (Kemper, 1992). Er bleek geen verschil naar inkomensniveau voor het gebruik van informele zorg van niet-inwonende vrienden en familie. Verder is ook het aantal ingekochte uren formele hulp hoger bij een hoger inkomen (Kemper, 1992). In deze analyses is niet gecorrigeerd voor verschillen in gezondheidstoestand.

Uit een onderzoek onder oudere chronisch zieken (55-79 jaar) bleek dat personen met een lager inkomen significant vaker gebruik maakten van thuisverzorging. Voor beroep en opleiding werd eenzelfde verband gevonden, maar dit bleek niet statistisch significant. Er werden geen sociaal-economische verschillen in het gebruik van thuisverpleging gevonden, na correctie voor demografische en gezondheidskenmerken (Van den Bos en Lenior, 1991). Over het knelpunt van de wachttijden voor thuiszorg uitgeplitst naar sociaal-economische status zijn geen onderzoeksgegevens gevonden.

### **Revalidatiecentrum**

Oudere chronisch zieken (55-79 jaar) met een lager beroepsniveau maken vaker gebruik van een revalidatiecentrum dan oudere chronisch zieken met een hoger beroepsniveau. Hierbij is gecorrigeerd voor demografische en gezondheidskenmerken, zoals aantal chronische aandoeningen, ernst van de lichamelijke beperkingen, ervaren gezondheid en psychisch welbevinden. In dezelfde studie werd echter geen relatie gevonden tussen opleiding of inkomen en opname in een revalidatiecentrum (Van den Bos en Lenior, 1991).

### *Patiëntengroepen als uitgangspunt*

Een aantal studies hebben zorggebruik benaderd vanuit het perspectief van bepaalde patiëntengroepen, zoals mensen met diabetes, reumatoïde artritis, hersenbloeding of astma en COPD. Ook deze studies doen soms uitspraken over sociaal-economische verschillen in zorggebruik met de restrictie dat deze alleen gelden voor de specifiek bestudeerde groep patiënten.

### **Reumatoïde artritis (RA)**

De hieronder beschreven resultaten komen uit een studie naar zorggebruik door RA-patiënten die reeds door de huisarts waren doorverwezen naar een speciaal RA-centrum. Dit betekent dat de onderzoeksgroep relatief ernstige RA-problemen heeft en dat deze groep door hun behandeling in het RA-centrum mogelijk makkelijker toegang heeft tot allerlei zorgvoorzieningen (Jacobi et al., 2001).

Het gebruik van de huisartsenzorg, specialist en psychosociale zorg door RA-patiënten bleek niet gerelateerd te zijn aan opleidingsniveau, maar voornamelijk samen te hangen met verschillen in zorgbehoefte en andere ziektegerelateerde factoren. Hoger opgeleide RA-patiënten maken echter wel vaker gebruik van fysiotherapie en andere paramedische zorg, terwijl ziekenfondsverzekerden meer gebruik maken van thuiszorg (gecorrigeerd voor allerlei andere factoren, waaronder gezondheidstoestand) (Jacobi et al., 2001).

## Hersenbloeding

Er zijn geen verschillen in zorggebruik (therapie, ADL-hulp en psychosociale steun) na een beroerte tussen groepen met verschillende opleidingsniveaus (Scholte op Reimer et al., 1999). Dezelfde studie rapporteert echter dat patiënten met een hoger inkomen wel significant meer therapie ontvangen. In de analyses is gecorrigeerd voor gezondheidstoestand en andere sociaal-demografische factoren. Voor thuiszorg, psychosociale hulp en hulpmiddelen werd dit verband niet gevonden (De Haan et al., 1993).

## Diabetes

Er zijn geen duidelijke verschillen in zorggebruik naar opleidingsniveau onder diabetes patiënten. Diabetespatiënten met een gemiddeld opleidingsniveau gebruiken over het algemeen minder specifieke zorg gerelateerd aan hun diabetes dan de hoogst opgeleide groep (Van der Meer et al., 1999). Hierbij is gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, aantal complicaties, BMI, hypertensie en duur van de diabetes. Gemiddeld opgeleide diabetespatiënten worden wel vaker gecontroleerd door de huisarts, maar hoger opgeleiden hebben meer contact met de diabetesverpleegkundige en de specialist en krijgen vaker een grieprik. Er bleken geen significante verschillen in specifieke diabeteszorg tussen de hoogst en laagst opgeleide groep (Van der Meer et al., 1999).

## Astma en COPD

Er zijn geen sociaal-economische verschillen in huisartsbezoek onder astmapatiënten. Er zijn tegenstrijdige gegevens over sociaal-economische verschillen in het bezoek aan specialisten. Hoogopgeleide astmapatiënten bezoeken vaker een specialist. Ongeveer 68% van hen had het afgelopen jaar contact met specialist. Onder laagopgeleiden is dit 60%. Astmapatiënten met inkomsten uit arbeid (hogere inkomens) hebben echter minder vaak contact met de specialist (49%) dan degenen met een uitkering (74%). Astmapatiënten met een uitkering maken ook meer gebruik van de fysiotherapeut (34%) dan degenen met inkomsten uit arbeid (18%) (Heijmans et al., 2000).

Onder COPD-patiënten zijn alleen inkomensverschillen in huisartsbezoek gevonden. Hebben ze inkomsten uit arbeid, dan gaan ze minder vaak naar de huisarts (88%) dan degenen een uitkering (95-100%).

Er bestaan geen duidelijk sociaal-economische verschillen in specialistenbezoek onder COPD-patiënten. Middelhoogopgeleiden gaan minder vaak naar de specialist (67%) dan de hoogopgeleiden (75%) of laagopgeleiden (77%), terwijl deze patiënten met inkomsten uit arbeid minder vaak naar de specialist gaan (53%) dan COPD-patiënten met een uitkering (77-83%).

Er zijn vrijwel geen verschillen naar opleiding of bron van inkomsten in het gebruik van fysiotherapie. Alleen COPD-patiënten met een AOW-uitkering maken relatief weinig gebruik van de fysiotherapeut (Heijmans et al., 2000).

### *4.3.2 In hoeverre dragen sociaal-economische verschillen in zorggebruik bij aan de sociaal-economische gezondheidsverschillen?*

Bij sociaal-economische verschillen in zorggebruik is de belangrijkste vraag of eventuele verschillen in het gebruik van zorg ook leiden tot sociaal-economische verschillen in gezondheid. Er zijn maar een paar Nederlandse studies die expliciet op deze vraag ingaan. Deze studies hebben betrekking op enkele specifieke ziektegroepen. In deze onderzoeken worden echter weinig tot geen aanwijzingen gevonden dat sociaal-economische verschillen in

zorggebruik (een deel van de) sociaal-economische verschillen in gezondheid kunnen verklaren.

Laag opgeleide personen met diabetes lijken minder zorg te gebruiken en het beloop van hun ziekte is slechter, dat wil zeggen dat zij significant meer complicaties rapporteren tijdens hun ziekte dan hoger opgeleiden (Van der Meer et al., 1999). Dit slechtere beloop van diabetes onder lager opgeleiden is echter niet het gevolg van hun lagere zorggebruik. Uit een analyse van het verband tussen zorggebruik en het beloop van diabetes, blijkt juist dat meer zorggebruik is gerelateerd aan een ongunstig beloop (Van der Meer et al., 1999).

Ook het beloop van angina pectoris en hartfalen is minder gunstig onder laagopgeleiden (Van der Meer, 1998). Een groot deel van deze verschillen kan bij mannen worden toegeschreven aan hun gedrag en niet zozeer aan hun zorggebruik. Bij vrouwen speelt het zorggebruik echter wel een rol in de opleidingsverschillen in het beloop van angina pectoris, maar niet in het beloop van hartfalen. Het slechtere beloop van angina pectoris bij lager opgeleide vrouwen in vergelijking met hoger opgeleide vrouwen hangt deels samen met verschillen in zorggebruik (16%). Gedragsfactoren verklaren een klein deel - slechts 8% - van het slechtere beloop van angina pectoris bij lager opgeleide vrouwen (Van der Meer, 1998).

Hoger opgeleide kankerpatiënten hebben een grotere kans de ziekte te overleven dan lager opgeleide kankerpatiënten (Schrijvers, 1996). Deze sociaal-economische verschillen in overleving zijn echter niet gerelateerd aan verschillen in de behandeling (operatie, operatie en bestraling, operatie en hormoontherapie, operatie en chemotherapie, geen operatie) (Schrijvers, 1996). Wel wordt onder lager opgeleiden de kanker pas in een verder gevorderd stadium ontdekt. Dit duidt op een vertraging onder laagopgeleiden in het zoeken van dokterscontact. Dit zou kunnen wijzen op sociaal-economische verschillen in kennis over de symptomen van kanker of een andere houding ten aanzien van ziekte en gezondheid in het algemeen (Schrijvers, 1996).

#### *4.3.3 In hoeverre en in welke richting zijn de verschillen in zorggebruik naar sociaal-economische status in de afgelopen jaren veranderd?*

Er zijn geen studies bekend waarin trends in zorggebruik naar sociaal-economische status zijn beschreven. Het Centraal Bureau voor de Statistiek rapporteert wel trends in zorggebruik naar verzekeringsvorm, maar deze zijn niet gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en gezondheidstoestand en hebben daarom hier weinig waarde (Swinkels, 1998).

De huidige literatuurstudie omvat studies uit de jaren '80 tot en met de jaren '90. Of de sociaal-economische verschillen zijn toe- of afgenomen, kan echter niet goed worden bepaald.

## **4.4 Discussie**

Hierboven zijn studies beschreven waarin is gekeken naar sociaal-economische verschillen in zorggebruik, inclusief een statistische correctie voor gezondheidstoestand. Nu volgt eerst een korte samenvatting van de gevonden relaties tussen sociaal-economische status en het gebruik van verschillende soorten zorg in Nederland. Hierbij dient uitdrukkelijk vermeld te worden dat sommige van verbanden gebaseerd zijn op slechts één studie in een niet-representatieve leeftijdsgroep.

- Personen met een lagere opleiding of lagere inkomens en ziekenfondsverzekerden hebben meer *huisarts*contacten.



- Personen met een lagere sociaal-economische status hebben minder *specialist*contacten.
- Voor de *ziekenhuisopnamen en ligduur* lijkt er geen verband met sociaal-economische status te bestaan.
- Wat betreft de *chirurgische verrichtingen* zijn de sociaal-economische verschillen klein, maar wijzen bij bijvoorbeeld hart- en vaatlijden mogelijk op ‘ondergebruik’ bij personen met een lagere sociaal-economische status.
- Personen met een lagere opleiding gebruiken minder vaak *vrij verkrijgbare medicijnen* dan hoogopgeleiden. Er is geen eenduidig verband gevonden tussen sociaal-economische status en het gebruik van medicijnen op recept.
- Voor het gebruik van *fysiotherapie* wordt geen eenduidig verband met sociaal-economische status gevonden.
- Personen met een lager inkomen lijken meer gebruik te maken van *algemeen maatschappelijk werk*, terwijl ze minder vaak gespecialiseerde *psychosociale zorg* krijgen.
- Wat betreft de *verloskundige zorg*, bevallen lager opgeleide vrouwen vaker in het ziekenhuis.
- Er lijkt geen duidelijk verband tussen opleiding of verzekeringsvorm en *tandartsbezoek* te bestaan
- Er zijn geen verschillen naar sociaal-economische status wat betreft *ouderenzorg*, opname in verzorgings- of verpleeghuis.
- Het verband tussen sociaal-economische status en thuiszorg is niet eenduidig.
- Personen met een lager inkomen maken vaker gebruik van *informele zorg van huisgenoten*.
- Lager opgeleiden lijken minder vaak deel te nemen aan *screeningsprogramma's*.
- Voor specifieke patiëntengroepen zijn nauwelijks aanwijzingen gevonden voor sociaal-economische verschillen in het gebruik van gezondheidszorg.

### *Methodologische aspecten*

#### **Verschillende maten voor sociaal-economische status**

De meest gebruikte indicatoren van sociaal-economische status zijn opleiding, inkomen en beroep. Het gebruik van verschillende indicatoren voor sociaal-economische status leidt echter niet tot wezenlijk andere conclusies over het al dan niet bestaan van sociaal-economische verschillen in het gebruik en de toegankelijkheid van zorg. De verschillende indicatoren voor sociaal-economische status staan echter wel ieder voor een ander aspect van sociaal-economische status.

- *Inkomen* refereert aan het economische aspect van sociaal-economische status. Een hoger inkomen zou een grotere financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg betekenen.
- *Opleiding* houdt meer verband met de mogelijkheid van personen om de juiste informatie te kunnen krijgen over ziekte, gepaste zorg en waar welke zorg te verkrijgen is.
- *Beroepsniveau* lijkt te refereren aan de (sociale) status van een individu binnen de maatschappij. Omdat er minder onderzoek is gedaan met beroep als indicator voor sociaal-economische status is de betekenis van verschillen in gezondheid of zorg naar beroepsstatus echter het minst uitgewerkt.

De gebruikte indicator voor sociaal-economische status is belangrijk voor de interpretatie van gevonden sociaal-economische verschillen in de toegankelijkheid van zorg. De gebruikte indicator geeft inzicht in de aard van het toegankelijkheidsprobleem. Is het een informatieprobleem, een middelenprobleem of beide?

### **Correctie voor gezondheidstoestand**

Bij de vraag of er toegankelijkheidsproblemen in de zorg zijn, gerelateerd aan de sociaal-economische status van de patiënt, is het van belang dat er goed voor gezondheidstoestand - en daarmee zorgbehoefte (zie figuur 1, 2.3) - gecorrigeerd kan worden. Hierbij zijn verschillende mogelijkheden. Er zijn subjectieve of objectieve gezondheidsindicatoren, maar niet alle indicatoren zijn geschikt voor de bestudering van toegankelijkheid van de onderscheiden typen van zorg.

Een uitzondering hierop is ervaren gezondheid, een subjectieve gezondheidsmaat. Correctie voor deze gezondheidsmaat geeft bij de bestudering van sociaal-economische verschillen in het gebruik van bijna alle typen zorg een vergelijkbaar effect en lijkt bijna altijd goed voor verschillen in gezondheidstoestand te corrigeren (Van der Meer, 1998). Correctie voor subjectieve gezondheidsmaten lijkt gepaster in het geval van de meer generalistische huisartsenzorg, terwijl de meer objectieve maten beter toegepast kunnen worden bij de specialistische zorg en ziekenhuisopnames.

Geconcludeerd kan worden dat bij de bestudering van sociaal-economische verschillen in het gebruik van gezondheidszorg het best gecorrigeerd kan worden voor een combinatie van gezondheidsmaten die de drie belangrijkste gezondheidsdomeinen bestrijken. Deze drie domeinen zijn ervaren gezondheidsklachten, gediagnosticeerde ziektes of aandoeningen en beperkingen of handicaps (Van der Meer, 1998).

### **Het meten van zorggebruik. Contactfrequentie voldoende?**

Nederlandse studies over sociaal-economische status en zorggebruik maken voornamelijk gebruik van (grotendeels) zelfgerapporteerde gegevens. De zelfgerapporteerde contactfrequentie met verschillende zorgverleners is daardoor de meest gebruikte maat voor zorggebruik. Het is de vraag of gegevens over alleen de contactfrequentie voldoende aanknopingspunten bieden om mogelijke toegankelijkheidsproblemen inzichtelijk te maken. Voor de bestudering van toegankelijkheid zouden ook de 'afwezige' contacten moeten worden bestudeerd, dat wil zeggen die momenten dat mensen wel een zorgvraag hebben, maar geen zorgprofessional raadplegen. Als de definitie van een goede toegankelijkheid van de zorg inhoudt, dat een zorgbehoefte zonder beperkingen omgezet moet kunnen worden in passende en effectieve zorg, zou verder ook de inhoud en kwaliteit van die contacten moeten worden bestudeerd. Dit is echter nog nauwelijks systematisch onderzocht.

Een Nederlandse studie in verschillende huisartspraktijken rapporteert sociaal-economische verschillen in de geboden zorg. Gegeven een bepaalde ziekte kwam lichamenlijk onderzoek even vaak voor onder de verschillende sociaal-economische groepen, maar er waren wel verschillen in het uitvoeren van laboratoriumonderzoek (vaker bij hoogopgeleiden) en voorschrijven van geneesmiddelen (vaker bij laagopgeleiden) (Van der Velden, 1999). Ook de duur van een huisartsconsult is gemiddeld langer voor hoogopgeleide patiënten dan voor laagopgeleiden (Van der Velden, 1999).

## *Leemten in de kennis en gegevens*

Dit literatuuronderzoek heeft een aantal leemten in de kennis over toegankelijkheid van de zorg aan het licht gebracht. Zo waren er bijvoorbeeld geen studies die ingaan op trends in sociaal-economische verschillen in zorggebruik in de afgelopen decennia. Ook zijn er geen gegevens over verschillen in wachttijden voor specialistische zorg naar sociaal-economische status gevonden.

Een belangrijke omissie in onze kennis is dat er in Nederland vrijwel geen studies zijn naar de vraag of mogelijke verschillen in zorggebruik bijdragen aan sociaal-economische gezondheidsverschillen. Hier zou meer onderzoek naar gedaan moeten worden. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk of de gevonden sociaal-economische verschillen in huisartszorg en specialistenbezoek uiteindelijk effect hebben op sociaal-economische verschillen in gezondheidstoestand.

Verder is in Nederland vooral onderzoek gedaan waarin zorggebruik is gemeten aan de hand van contactfrequentie met een zorgverlener. Er is echter weinig onderzoek gedaan onder specifieke patiëntengroepen of met specifieke interventies als uitgangspunt. De internationale literatuur impliceert dat er sociaal-economische verschillen bestaan voor specifieke (specialistische) behandelingen. Nader onderzoek op dit punt is gewenst.

Veel van het gerapporteerde onderzoek betreft zorggebruik op basis van 'zelfrapportage' via enquêtes. Alternatieven zijn er feitelijk ook niet want landelijk representatieve zorgregistraties ontberen meestal een valide en systematische registratie van sociaal-economische status. Inspanningen om dit substantieel te verbeteren worden op dit moment ondernomen.

Een voorbeeld om verbeteringen te realiseren op basis van secundaire data betreft het koppelen van bestaande registraties, waarbij het CBS geanonimiseerde en/ of geaggregeerde persoonsgegevens over SES inbrengt (Smits et al., 2001; Westert et al., 2002). Op het terrein van primaire dataverzameling is de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen (NSII) een belangrijke stap vooruit (Schellevis et al., 2002). In 2003 zal op basis van NSII gegevens een actualisering van sociaal-economische verschillen in gezondheid en zorg gerapporteerd worden. Hierbij zal gebruik gemaakt worden van enquêtegegevens en van gegevens vastgelegd door huisartsen.

## *Duiden de sociaal-economische verschillen in zorggebruik op een toegankelijkheidsprobleem?*

Uit bovenstaand overzicht van de literatuur blijkt dat voor bepaalde onderdelen van de gezondheidszorg in Nederland verschillen naar sociaal-economische status bestaan in het gebruik van die zorg (na correctie voor gezondheidstoestand). Deze verschillen zouden kunnen duiden op toegankelijkheidsproblemen. Sociaal-economische verschillen worden gerapporteerd voor contacten met de huisarts, de specialist, vrij verkrijgbare medicijnen, verloskundige zorg, psychosociale zorg, en screeningsprogramma's. Er zal in deze paragraaf kort ingegaan worden op de vraag of er voor deze zorgvoorzieningen sprake is van een toegankelijkheidsprobleem.

Personen met een lagere sociaal-economische status, zowel gemeten met opleiding, verzekeringsvorm, als met inkomen, gaan significant vaker naar de huisarts dan personen met een hogere sociaal-economische status. In die zin lijkt er geen fysiek toegankelijkheidsprobleem voor huisartsenzorg te bestaan.

Echter, uit onderzoek uit de jaren '80 bleek dat laagopgeleiden overmatig gebruik maken van de huisarts voor klachten waarbij het niet direct nodig is, maar juist te weinig wanneer ze

klachten hebben waarvoor het wel nodig zou zijn (König-Zahn, 1989). Ook Van der Meer et al. (1996) suggereert dat lager opgeleiden mogelijk vaker naar de huisarts gaan voor relatief kleine kwalen.

Recent onderzoek laat zien dat de huisarts meer tijd per consult besteedt aan hoger opgeleiden en dat er, bij vergelijkbare klachten, bij hoger opgeleiden vaker additionele laboratoriumonderzoeken worden gedaan (Van der Velden, 1999). Mackenbach (2001) suggereert dat communicatieproblemen hierin een rol kunnen spelen door de grotere sociale afstand tussen arts en patiënten uit een lagere sociaal-economische groep. De hoogopgeleide patiënt is daarnaast waarschijnlijk mondiger en zal er beter in slagen de gewenste behandeling en diagnostiek te krijgen. Deze aspecten wijzen mogelijk op toegankelijkheidsproblemen op het gebied van effectiviteit van de zorg en het krijgen van passende zorg.

Personen met een hogere sociaal-economische status maken vaker gebruik van specialistische zorg dan lagere sociaal-economische groepen. Het verband tussen inkomen en specialistenbezoek is minder eenduidig dan het verband met andere indicatoren voor sociaal-economische status. In die zin zouden de sociaal-economische verschillen in contacten met een specialist eerder duiden op een informatie- of kennisprobleem in de lagere sociaal-economische groepen, dan op een financiële drempel.

Hoger opgeleiden gebruiken vaker medicijnen zonder recept (Van der Meer et al., 1993). Ook hier lijkt een informatieverschil een rol te spelen. Hoger opgeleiden kunnen mogelijk beter zelf bepalen of men voor bepaalde kwalen een arts moet raadplegen en lossen relatief onschuldige gezondheidsproblemen vaker op door zelf bepaalde medicijnen te kopen. Voor medicijnen op recept zijn er geen eenduidige sociaal-economische verschillen gevonden.

- Lagere sociaal-economische groepen maken meer gebruik van algemeen maatschappelijk werk en RIAGG, maar minder van specialistische psychosociale zorg dan hogere sociaal-economische groepen. Dit laatste is mogelijk het gevolg van een toegankelijkheidsprobleem ontstaan door de wijze waarop huisartsen verwijzen.
- De sociaal-economische verschillen in de keuze voor primair bevallen in een ziekenhuis versus thuis bevallen lijken niet het gevolg van een mindere toegankelijkheid, maar eerder een verschil in afweging tussen twee mogelijkheden, waarvan niet kan worden aangegeven of het een beter zou zijn dan het ander.
- Lager opgeleide vrouwen slikken minder vaak foliumzuur voor de zwangerschap en nemen minder vaak deel aan screening op baarmoederhalskanker. Dit duidt mogelijk op een gebrekkiger kennis van ziekte en gezondheid onder lager opgeleide vrouwen. Er zijn geen verschillen in deelname aan borstkankerscreening gevonden.
- In het geval van chirurgische verrichtingen in ziekenhuizen werden relatief kleine tot geen verschillen naar sociaal-economische status gevonden. Hier werd echter geconcludeerd dat hier mogelijk sprake is van 'ondergebruik' door personen met een lagere sociaal-economische status, omdat bekend is dat de ziektespecifieke behoefte (o.a. hart- en vaatlijden) onder deze personen groter is. Het is goed mogelijk dat personen uit de lagere SES categorie langer of te lang met deze klachten rondlopen voordat zij hulp zoeken of in de eerstelijnszorg geholpen worden. Dit werd ook gevonden in een andere studie (Schrijvers, 1996), waar bleek dat kankerpatiënten met een lage opleiding vaak in een later stadium bij de arts kwamen.

Samengevat, lijken de bestaande verschillen in zorggebruik naar sociaal-economische status voor een groot deel samen te hangen met beschikbaarheid van informatie, het internaliseren van informatie door de patiënt en mogelijke verschillen in de effectiviteit van de zorg, bijvoorbeeld door communicatieproblemen tussen arts en patiënt.

Nederland heeft in vergelijking met andere Europese landen een toegankelijk gezondheidszorgsysteem (Van Doorslaer et al., 2000). Dit blijkt ook wel uit de gepresenteerde resultaten in dit literatuuronderzoek. De beschikbaarheid en fysieke toegankelijkheid van zorg vertonen niet of nauwelijks verschillen naar sociaal-economische indelingen. Wat we nu hebben, moeten we echter wel in de toekomst zeker willen stellen. Gunning-Schepers (2001) waarschuwt in dit verband voor de recente ontwikkelingen in de financiering van het zorgstelsel in Nederland, welke een gedifferentieerde inzet van middelen – om verschillen naar sociaal-economische status verder te verkleinen of te voorkomen – zouden kunnen tegenwerken. Een dergelijk effect treedt in werking als de financiering en richtlijnen gebaseerd worden op ‘de gemiddelde patiënt’.

Verder zijn er duidelijke aanwijzingen voor verschillen naar sociaal-economische status wat betreft het leveren van passende en effectieve zorg. Communicatie- en cultuurverschillen tussen arts en patiënt kunnen het leveren van een passende en effectieve zorg in de weg staan. Dit verdient in de nabije toekomst extra onderzoeks aandacht.



## Literatuur

Aday LA en Andersen RM. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research* 1974;9:208-20.

Alegria M et al. Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders – A comparison of the United States with Ontario and the Netherlands. *Archives of General Psychiatry* 2000;57:383-91.

Andersen RM en Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1973;51:95-124.

Andersen, RM. A behavioral model of families' use of health services. *Centre for Health Administration Studies, Research Series No. 25*, University of Chicago, 1968.

Andersen, RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior* 1995;36:1-10.

Becker MH (ed). *The health believe model and personal health behavior*. San Francisco: Society for Public Health education, Inc., 1974.

Bongers IMB et al. Socio-economic differences in general practitioner and outpatient specialist care in the Netherlands: a matter of health insurance? *Soc Sci Med* 1997;44:1161-8.

Bos GAM van den, Lenior ME. *Sociale ongelijkheid in chronische aandoeningen, beperkingen en zorggebruik*. Instituut voor Sociale Geneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1991.

Bos GAM van den, Lenior ME. *Sociale ongelijkheid in chronische aandoeningen, beperkingen en zorggebruik*. Instituut voor Sociale Geneeskunde, Universiteit van Amsterdam, 1991.

Bradshaw J. A taxonomy of social need. In G. McLachlan (ed) *Problems and Progress in Medical Care. Essays on Current Research, seventh series*. Oxford: Oxford University Press, 1972.

Buiks P en Tillo G. van. *Het sociologisch perspectief*. Assen: Van Gorcum, 1980.

Centraal Bureau voor de Statistiek/ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1999*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek., 1999.

Doorslaer E van, Wagstaff A, Burg H van der, et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *J Health Econ.* 2000 19(5):553-83.

Gesler, W M and Savitz, L. Access to health services. In: Ricketts, TC, Savitz LA, Gesler WM, Osborne DN. *Geographic methods for health services research*, 121-58. Lanham: University Press of America, 1994.

Geurts JJ en Rutten FF. Een verzekerd gebit: zijn geld waard? De invloed van de verzekeringsvorm op het gebruik van tandheelkundige zorg. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1987;94:326-30.

Giddens A. *The constitution of society - Outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity press, 1984.

Groenewegen PP en Postma JHM. The supply and utilization of dental services. *Soc Sci Med* 1984;19:451-9.

- Gunning-Scheper LJ. Verkleining van sociaal-economische gezondheidsverschillen vanuit zorg: bestuurlijke en politieke implicaties. In: Stronks K en Hulshof J (eds.) *De Kloof Verkleinen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2001.
- Haan R de, Limburg M, Meulen J van der, Bos GAM van den. Use of health care services after stroke. *Quality in Health Care* 1993;2:222-7.
- Heijmans M et al. Mensen met astma en COPD in Nederland. Een overzicht van kwaliteit van leven, het zorggebruik en de maatschappelijke positie. PPCZ, Nivel, 2000
- Herngreen WP et al. Verband tussen sociaal-economische status en verschillen in gebruik van zorg bij zwangerschap, bevalling en kraamperiode. *NTVG* 1993;137:1007-12.
- Hongvivatana, T. Data analysis: Social science perspective. In: *Evaluating primary health care in southeast Asia, proceedings of a regional seminar*. New Delhi: Regional Office, World Health Organization, 1984.
- IGZ. Staat van de Gezondheidszorg. Inspectie voor de gezondheidszorg en Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1997.
- Jacobi CE et al. Health care utilization among RA patients referred to a rheumatology center: unequal needs, unequal care? *Arthritis Rheum* 2001;45:324-30.
- Joseph AE, and Phillips DR. *Accessibility and utilization. geographical Perspectives on health care delivery*. New York: Harper & Row, 1984.
- Kemper P. The use of formal and informal home care by the disabled elderly. *Health Services Research* 1992;27:421-51.
- Keskimäki I. *Social Equity in the use of hospital inpatient care in Finland [dissertation]*. STAKES, 1997.
- König-Zahn C et al. *Sociaal-economisch milieu, gezondheidstoestand en de adequaatheid van het artsbezoek*. Nijmegen: Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1989.
- Kreuger FAF et al. Determinanten van opkomst en cytologie bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker in Rotterdam en omstreken, 1989-1991. *TSG* 1994;72:309-13.
- Mackenbach JP, Verkleij H. (eindred.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. II Gezondheidsverschillen*. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Mackenbach JP. Hoe kan de gezondheidszorg bijdragen aan het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen? In: Stronks K en Hulshof J (eds.) *De Kloof Verkleinen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2001.
- Meer, J van der. *Equal care, equal cure? [dissertation]*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1998.
- Meer JBW van der, Looman CWN, Mackenbach JP. Sociaal-economische verschillen in medische consumptie. *IMGZ*, 1993.
- Meer JBW van der, Bos van den J, Mackenbach JP. Socioeconomic differences in the utilization of health services in a Dutch population: the contribution of health status. *Health Policy* 1996;37:1-8.
- Meer JBW van der, Mackenbach JP. The care and course of diabetes: differences according to level of education. *Health Policy* 1999;46:127-41.



- Mesman J, Verhaak PFM. De toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen. Utrecht: Nivel, 2001.
- Mol G, Lisdonk, E van de., Smits, J, Hoogen, H van den, Bor H, Westert G. Socio-economic differences in morbidity 1975-2000: A longitudinal approach using GP registration data. (aangeboden).
- Molenaar, G. Randstad in gebruik: Een sociaal-geografische analyse van het gebruik van enkele publieke voorzieningen in de Randstad [dissertation]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1992.
- Oers JAM van (eindred.). Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002. Houten: Boom Stafleu Van Loghum, 2002
- Pal-de Bruin KM van der. Effect van een landelijke en regionale interventie op de omvang van sociaal-economische verschillen in het periconceptioneel gebruik van foliumzuur. In: Sociaal economische gezondheidsverschillen: van verklaren naar verkleinen. 1999.
- Penchansky R and Thomas JW. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* 1981;19:127-40.
- Reijneveld SA. De werklust van huisartsen in achterstandsbuurtten in Amsterdam: komen hun patiënten vaker. *NTvG* 1995;139:2043-7.
- Ricketts TC. and Savitz L. Access to health services. In: Ricketts TC, Savitz LA, Gesler WM, Osborne DN. *Geographic methods for health services research*. Lanham: University Press of America, 1994:91-112.
- Rosenstock, IM. Why people use health services. *Health Services Research I, The Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966;44:94-127.
- Ruwaard D, Kramers PGN (eindred.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen*. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Schellevis FG, Westert GP, Bakker DH de, Groenewegen PP, Zee J van der, Bensing JM. *De Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: aanleiding en methoden. Huisarts en Wetenschap*, 2002, in druk.
- Scholte op Reimer W et al. Unmet care demands as perceived by stroke patients: deficits in health care? *Quality in Health Care* 1999;8:30-5.
- Schrijvers CTM. *Socioeconomic inequalities in cancer survival in the Netherlands and Great Britain. Small-area based studies using cancer registry data [dissertation]*. Rotterdam, 1996
- Schrijvers, AJP. *Toegang tot de zorg. Indicatiestelling in soorten en maten*. Utrecht: De Tijdstroom, 1995.
- SEGV-II. *Sociaal-economische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de Programmacommissie SEGV-II*. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 2001.
- Shaw M., Gordon D. Dorling D. Mitchell R. and Davey Smith G. Increasing mortality differentials by residential area level of poverty: Britain 1981-1997. *Social Science and Medicine* 2000;51(1): 151-3.
- Smits J, Keij I, Westert GP. Effecten van sociaal-economische status van kleine, middelgrote en grote geografische eenheden op de sterfte in Nederland. *Maandstatistiek van de bevolking* 2001;49(11):4-10.

- Steuerink N. When and why frail elderly people give up independent living: The Netherlands as an example. *Ageing and Society* 2001;21:45-69.
- Strecher VJ, Champion VL, Rosenstock IM. The health believe model and health behavior. In: Gochman DS. *Handbook of health behavior research* (4 vol.). New York: Plenum Press, 1997:71-91.
- Stronks K en Hulshof J (eds.). *De Kloof Verkleinen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2001.
- Suchman EA. Sociomedical variations among ethnic groups. *American Journal of Sociology* 1964; 70:319-31.
- Suchman, EA. Health orientation and medical care. *American Journal of Public Health* 1996;56:97-105.
- Swinkels H, Maessen J. Het gebruik van tandheelkundige voorzieningen naar sociaal-economische status tussen 1981 en 1995. *CBS Maandbericht Gezondheid* 1996;4:10-18.
- Swinkels H. Gezondheidsenquête/Permanent Onderzoek Leefsituatie. Trendcijfers medische consumptie, 1981-1997. *CBS Maandbericht Gezondheid* 1998;10:4-30.
- Thomas CJ. Sociospatial variation and the use of services. In D.T. Herbert at R.J. Johnston (eds) *Social areas in cities, Volume 2*. Chichester: Wiley, 1976.
- Velden J van der. General practice consultation in the Netherlands: do differing social classes make qualitatively different use of care? In: Van der Velden J. *General practice at work [dissertation]*. Rotterdam, 1999.
- Velden J van der. Screening in primary care: health for all? A study in Dutch general practice. In: Van der Velden J. *General practice at work [dissertation]*. Rotterdam, 1999.
- Velden J van der. Social differences in morbidity and interventions in general practice. In: Velden J van der. *General practice at work [dissertation]*. Rotterdam, 1999.
- Vliet RCJA van, van de Ven WPMM van de. Consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. *TSG* 1986;64:669-75.
- Westert GP, Smits JPJM, Polder JJ, Mackenbach JP. Community income and surgical rates in the Netherlands. 2002. Aangeboden.
- Westert GP. *Variation in use of hospital care*. Assen: Van Gorcum 1992.
- Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid. *De ongelijke verdeling van gezondheid. Rapport V58, Voorstudies en Achtergronden*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1987.
- Wippler, R.. The structural individualistic approach in Dutch society. Toward an explanatory social science. *The Netherlands Journal of Sociology* 1978;14:135-55.

## Bijlage 1 Verzendlijst

1. Directeur-Generaal van de Volksgezondheid, ir. J.I.M. de Goeij
2. Directeur Preventie en Openbare Gezondheidszorg, drs. A.A.W. Kalis, arts
3. Directeur Curatieve Zorg, mw. drs. G.E.M. Tielen
4. Directie POG, VWS, dr. M. van Tilburg
5. Directie POG, VWS, mw. L. Singels
6. Universiteit van Amsterdam/ AMC, Sociale Geneeskunde, dr. K. Stronks,
- 7-11. Erasmus Universiteit Rotterdam, iMGZ, prof. dr JP Mackenbach
12. Nivel, drs. H. van Lindert
13. Nivel, drs. M. Cardol
14. Nivel, dr. F.G. Schellevis
15. Nivel, dr. D.H. de Bakker
16. Nivel, dr. R. Verheij
17. Nivel, prof. dr P.P. Groenewegen
18. Hoofd PZO, dr. ir. H.A. Smit
19. Hoofd VTV, dr. J.A.M. van Oers
20. VTV, dr. F. van der Lucht
21. VTV, dr. H. Verkleij
22. TNO, dr. S.A. Reijneveld
23. Directie RIVM
24. Directeur Volksgezondheid, dr. D. Ruwaard
25. Voorzitter van de Gezondheidsraad, prof. dr. J.A. Knottnerus.
26. Depot Nederlandse Publicaties en Nederlandse Bibliografie
27. CZO, M. Droomers
28. Universiteit Nijmegen, Faculteit Economie, J.P.J.M. Smits
- 29-39. SBC/Communicatie
40. Bureau Rapportenregistratie
41. Bibliotheek RIVM
- 42-60. Bureau Rapportenbeheer
- 61-125. Reserve exemplaren

