

Centrum voor Sociologisch Onderzoek (CESO)

Leuven, maart 2005

ONDERZOEKSPROJECT AG/01/084

**AANVULLENDE SOCIALE VOORZIENINGEN
IN DE TWEEDE EN DERDE PIJLER**

SAMENVATTING

prof. dr. J. Berghman & Els Meerbergen

Sociaal Beleid

CESO (Centrum voor Sociologisch Onderzoek)

K.U.Leuven

In opdracht van

**Federale Programmatorische
Overheidsdienst Wetenschapsbeleid**

**Federale Overheidsdienst
Sociale Zekerheid**

Inleiding

Het onderzoek naar aanvullende ziektekostenverzekeringen (de tweede en derde pijler gezondheidszorg) loopt in opdracht van de Programmatorische Overheidsdienst Federaal Wetenschapsbeleid en de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. Het betreft een deelstudie uit een ruimer onderzoeksprogramma dat tot doel heeft een geconsolideerd beeld van de Belgische bevolking naar sociale zekerheidscategorieën te schetsen. Hiertoe wordt een omvattend classificatieschema ontwikkeld, de zogenaamde ‘AGORA-conceptmatrix’. Deze deelstudie spitst zich enkel toe op de kostenvergoedende aanvullende ziektekostenverzekering.

Zoals bij de aanvang van het onderzoeksproject werd opgevat, staan drie aandachtspunten centraal:

1. Het verzamelen van *macrocijfers* over het aantal deelnemers, inkomsten, uitgaven, reserves, ... van de verschillende soorten producten met als doel een zicht te krijgen op de omvang van de sector en de evoluties binnen de sector gedurende de voorbije 10 jaar.
2. Het verzamelen van gegevens (micro en macro) over het sociaal-economisch en demografisch profiel van de deelnemers aan deze verzekeringen, teneinde een licht te kunnen werpen op de *problematiek van de deelnemers en niet-deelnemers*.
3. Het opstellen van een *inventaris* van de aanvullende producten die worden aangeboden door de ziekenfondsen (en landsbonden) en de verzekeringsondernemingen.

De pijlers van de Belgische ziektekostenverzekering

Omdat een verzekering tegen medische kosten tegenwoordig veel ruimer is dan de verplichte en door de overheid georganiseerde ziektekostenverzekering, heeft deze studie tot doel ook de aanvullende ziektekostenverzekering systematisch in kaart te brengen. Hierbij is een analogie met de pijlerindeling uit de pensioensector een handig hulpmiddel¹. Toch worden de pijlers in het geval van de ziektekostenverzekering enigszins anders ingevuld.

¹ Gieselink, G., Peeters, H., Van Gestel, V., Berghman, J. en Van Buggenhout, B. (2003). *Onzichtbare pensioenen in België. Een onderzoek naar de aard, de omvang en de verdeling van de tweede en derde pensioenpijler*. Gent: Academia Press.

Tot de eerste pijler behoren die verzekeringen die door de overheid of een overheidsinstelling worden georganiseerd en (gedeeltelijk) gefinancierd. Deze producten zijn verplicht voor wie tot het toepassingsgebied van de verzekering behoort. De bijdragen die worden betaald voor deze producten zijn minstens gesolidariseerd en in een aantal gevallen ook inkomensgebonden. Concreet rangschikken we de volgende producten onder de eerste pijler van de ziektekostenverzekering: de verplichte ziektekostenverzekering voor werknemers, overheidspersoneel en zelfstandigen en de Vlaamse zorgverzekering.

Tot de tweede pijler van de ziektekostenverzekering worden de producten gerekend die buiten het wettelijke stelsel vallen, maar (mede) gefinancierd worden door een gesolidariseerde premie die dus eventueel een financiële ondersteuning vanwege de overheid kan genieten. Omwille van de gesolidariseerde premie zijn de verzekeringsproducten uit de tweede pijler verplicht of in elk geval toegankelijk voor alle leden van een welomschreven groep. De volgende producten worden hiertoe gerekend: de aanvullende diensten en activiteiten van de ziekenfondsen en de arbeidsgebonden ziektekostenverzekering.

De derde pijler van de ziektekostenverzekering omvat de producten die buiten het wettelijke stelsel worden georganiseerd en op individuele basis kunnen worden afgesloten. De financiering van deze producten gebeurt niet door middel van een gesolidariseerde premie. De verzekeraar doet aan risicoselectie door te beslissen of en tegen welke voorwaarden iemand kan toetreden. Gegeven de aangeboden voorwaarden is de toetreding afhankelijk van een individuele beslissing. Overheidssteun is echter niet uitgesloten. Hiertoe behoren: de facultatieve hospitalisatieverzekeringen en hun waarborguitbreidingen, de facultatieve afhankelijkheidsverzekeringen, de verzekering kleine risico's voor zelfstandigen en de verzekering geneeskundige verzorging van de Dienst voor Overzeese Sociale Zekerheid.

De centrale vraag bij dit overzicht is tot waar het terrein van de sociale zekerheid reikt. Om toegelaten te worden tot de sociale zekerheid moet een verzekering volgens Berghman bescherming bieden tegen 'collectief erkende menselijke schade' en moet de sociale bescherming een herverdelend karakter hebben². Op basis van die twee voorwaarden worden verzekeringsproducten met de volgende eigenschappen tot de sociale zekerheid gerekend:

² Berghman, J.(1986). De onzichtbare sociale zekerheid. Deventer: Kluwer.

- producten die door de overheid georganiseerd en ondersteund worden, hetzij door subsidies, hetzij door het toekennen van belastingsvoordelen;
- en/ of producten die toegankelijk zijn voor iedereen uit een welomschreven groep en waarbij er sprake is van een gesolidariseerde premie (met andere woorden: de hoogte van de premie staat los van het individuele risico van de premiebetaler).

Vanuit juridisch oogpunt ligt de ordening in deze drie pijlers echter niet voor de hand. De wetgevende bepalingen voor de verschillende producten doorkruisen namelijk het pijlersysteem. Juridisch kan er veeleer een onderscheid worden gemaakt naargelang de instellingen die de producten aanbieden. De aanvullende verzekeringen van de ziekenfondsen en hun landsbonden worden gereguleerd door de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen. De ziektekostenverzekeringen van de verzekeringsondernemingen zijn onderworpen aan de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen en de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst. Als gevolg van deze tweedeling berusten identieke producten op een verschillende wettelijke basis. Er werden in het verleden enkele wetgevende initiatieven genomen om de sector van de aanvullende ziektekostenverzekering aan een eenvormig en vooral duidelijker wettelijk kader te onderwerpen. De Controledienst voor Verzekeringen (CDV) heeft hiertoe in 1993 een ontwerp-KB opgesteld en recent werd nog in de Kamer een wetsvoorstel ingediend (wetsvoorstel Creyf)³. Beide pogingen bleven zonder gevolg. Een specifieke regelgeving dringt zich echter op.

Evolutie tweede en derde pijler gezondheidszorg

Om te kunnen aantonen dat de tweede en de derde pijler gezondheidszorg zijn toegenomen, bekijken we eerst de omvang en de evolutie van de eerste pijler. Wat de uitgaven van de *eerste pijler* betreft kunnen we stellen dat de prestaties met een derde zijn toegenomen zowel voor het algemeen stelsel als voor het stelsel van zelfstandigen. Deze cijfers zijn van belang om aan te tonen dat de tweede en de derde pijler voorzieningen in belang zijn toegenomen in relatie tot het wettelijk stelsel voor zelfstandigen en het algemeen stelsel.

³ Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers. Wetsvoorstel van 3 maart 2003 betreffende de aanvullende verzekering voor gezondheidsverzorging., Ingediend door Mevr. Simonne Creyf, DOC 50 2339/001 (wetsvoorstel Creyf)

Voor de tweede en de derde pijler kijken we eerst naar het *aantal deelnemers* aan de verzekeringen. We stellen vast dat de aanvullende voorzieningen van de ziekenfondsen voor praktisch alle leden van de ziekenfondsen verplicht zijn. 9.403.703 personen zijn aangesloten bij deze aanvullende voorzieningen. Bij de arbeidsgebonden verzekeringen is het aantal deelnemers de laatste 10 jaar gestegen met 43%. Dit betekent dat meer en meer bedrijven aan hun werknemers extralegale voordelen aanbieden onder de vorm van een aanvullende hospitalisatieverzekering. In de derde pijler noteren we eveneens een sterke stijging van het aantal verzekerden met een facultatieve hospitalisatieverzekering, zowel bij de ziekenfondsen als bij de verzekeringsondernemingen. De facultatieve hospitalisatieverzekeringen aangeboden door de verzekeringsondernemingen bereiken een ledental van meer dan 1 miljoen leden terwijl de ziekenfondsen boven de 2 miljoen leden hebben voor de derde pijler.

Omdat uitgaven voor de tweede en de derde pijler niet veel zeggen op zich, gaan we ze afzetten tegenover het BBP en spreken we van het zogenaamde *absolute belang*. Uit tabel 1 blijkt dat zowel de prestaties voor de aanvullende diensten als de prestaties voor de arbeidsgebonden verzekeringen zijn toegenomen. De arbeidsgebonden verzekeringen zijn zelfs meer dan verdubbeld. Dit betekent dat meer en meer bedrijven aan hun werknemers extralegale voordelen aanbieden onder de vorm van een aanvullende hospitalisatieverzekering. Voor de derde pijler kunnen we eveneens concluderen dat er een sterke toename is van de prestaties, zowel voor de ziekenfondsen als voor de verzekeringsondernemingen. Ook hier zijn de producten aangeboden door de verzekeringsondernemingen sterker gestegen dan de producten van de ziekenfondsen. We merken op dat de prestaties voor de derde pijler als percentage van het BBP kleiner zijn dan in de tweede pijler. In vergelijking met aanvullende pensioenen (1.4% van het BBP in 2001) blijven dit echter zeer laag percentages.

De absolute toename van de arbeidsgebonden verzekeringen zegt echter niets over de toename binnen de ziektekostenverzekering. Hiervoor moet een vergelijking gemaakt worden met de eerste pijler van de gezondheidszorg. Het *relatieve belang* drukt men uit als een percentage van de prestaties van de wettelijke ziektekostenverzekering. De arbeidsgebonden verzekeringen worden enkel vergeleken met het algemeen stelsel voor werknemers omdat zelfstandigen geen aanspraak kunnen maken op een arbeidsgebonden ziektekostenverzekering (ze werken niet in loonverband). De derde pijler voorzieningen en de aanvullende voorzieningen worden vergeleken met het algemeen stelsel en het stelsel voor zelfstandigen. Wanneer we kijken naar de resultaten, merken we op dat het relatief belang van de producten van de verzekeringsondernemingen verdubbeld is

tussen 1993 en 2001. De aanvullende voorzieningen zijn praktisch constant gebleven en het relatief belang van de hospitalisatieverzekeringen van de ziekenfondsen is met 50% gestegen. Voor de derde pijler groeien de verzekeringen van de ziekenfondsen dus minder sterk dan de verzekeringen van de verzekeringsondernemingen.

Tabell1: Overzicht absolute en relatieve belang tweede en derde pijlervoorzieningen

			1993	2001	%
Absoluut*	Tweede pijler	Aanvullende voorzieningen	0.091	0.101	+11%
		Arbeidsgebonden verzekeringen	0.038	0.082	+116%
	Derde pijler	Hospitalisatie ziekenfondsen	0.026	0.042	+62%
		Hospitalisatie privé	0.015	0.035	+133%
Relatief**	Tweede pijler	Aanvullende voorzieningen	0.0183	0.0186	+1.6%
		Arbeidsgebonden verzekeringen	0.816	1.626	+100%
	Derde pijler	Hospitalisatie ziekenfondsen	0.51	0.77	+50%
		Hospitalisatie privé	0.30	0.66	+116%

*absolute belang als percentage van het BBP

** relatieve belang als percentage van de prestaties van het wettelijk stelsel

Bron: RIZIV, CDZ en CBFA

Een analyse van de (niet) deelnemers aan de aanvullende ziektekostenverzekeringen

Het verkennen van het profiel van de deelnemers aan aanvullende ziektekostenverzekeringen is een belangrijke doelstelling van dit onderzoek. Hiertoe zijn analyses op microniveau noodzakelijk. Het vinden van bruikbare databanken ligt echter niet voor de hand. Een aantal databanken helpen ons een beeld te schetsen van de (niet) deelnemers aan individuele en arbeidsgebonden producten: de Gezondheidsenquête (initiatief van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid), de Salarisenquête (samenwerkingsverband tussen de Katholieke Universiteit Leuven en Vacature) en de Panel Studie voor Belgische huishoudens (een project van het federale Ministerie voor Wetenschapsbeleid). Op basis van deze enquêtes stellen we ons volgende vragen: Hoe zijn de aanvullende producten verdeeld volgens leeftijd en geslacht? Speelt de sector van tewerkstelling of de grootte van het bedrijf waarin men tewerkgesteld is een rol? In welke mate leiden het inkomen of het opleidingsniveau tot een verschillende participatie aan de aanvullende ziektekostenverzekeringen?

Binnen de budgettaire - en tijdsomogelijkheden van het onderzoek hebben we ook een *bedrijvenenquôte* gelanceerd per e-mail om de inhoud en voorwaarden van arbeidsgebonden hospitalisatieverzekeringen te achterhalen. Allereerst willen we benadrukken dat de bedrijvenenquôte een explorerend onderzoek is. Het websurvey heeft onvoldoende respons opgeleverd om representatieve uitspraken te doen voor heel de bedrijfswereid. Het kan dan ook niet de bedoeling zijn om aan de hand van de bedrijvenenquôte de 9 hiernavolgende hypothesen (cfr. infra) al dan niet te bevestigen. Met dit instrument trachten we voornamelijk te achterhalen wat de inhoud is van arbeidsgebonden hospitalisatieverzekeringen en welke aansluitingsvoorwaarden worden gehanteerd.

Uit de eerste analyses blijkt dat bepaalde categorieën van personen meer deelnemen aan hospitalisatieverzekeringen dan anderen. Een multivariate analyse kan uitsluitel bieden over mogelijke schijnverbanden in de analyses. Omdat het niet mogelijk is alle variabelen op te nemen in de analyses, stellen we eerst een aantal hypothesen op die we vervolgens staven aan de hand van het model van iedere databank. Aan de hand van logistische regressie zijn er 9 hypothesen getest. In onderstaande tabel zijn alle hypothesen samengebracht om te kijken of we tot een éénvormig besluit kunnen komen om een profiel op te stellen van de deelnemers. We hebben niet alle hypothesen kunnen testen voor de drie enquêtes. De Gezondhedenquôte legt zich voornamelijk toe op individuele kenmerken terwijl de Salarisenquôte voornamelijk aandacht heeft voor bedrijfsgebonden kenmerken.

Voor de eerste hypothese vinden we enkel bevestiging in de Salarisenquôte. Mannen en vrouwen nemen niet in dezelfde mate deel aan een aanvullende hospitalisatieverzekering. Wat leeftijd betreft blijken er zowel in de Gezondhedenquôte als in de Salarisenquôte significante verschillen te zijn tussen de verschillende leeftijdsgroepen. We aanvaarden dus de tweede hypothese.

We kunnen eveneens besluiten dat hoger opgeleiden vaker een aanvullende hospitalisatieverzekering hebben dan lager opgeleiden. Hetzelfde geldt voor de vierde hypothese. Personen met een hoger inkomen hebben vaker een aanvullende voorziening in de vorm van een hospitalisatieverzekering dan personen met een lager inkomen. We kunnen deze vaststellingen nog eens extra staven met resultaten van de bedrijvenenquôte. Uit de bedrijvenenquôte blijkt dat er in een onderneming vaker een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering wordt aangeboden aan de kaderleden en de bedienden dan aan de arbeiders.

Tabel 2: Overzicht testen hypothesen

	GZH	SALARIS	PSBH
1. Er is een significant verschil tussen mannen en vrouwen in deelname aan een facultatieve hospitalisatieverzekering.	-	+***	n.t.
2. Bepaalde leeftijdsgroepen nemen vaker deel aan een aanvullende hospitalisatieverzekering dan andere.	+***	+*	n.t.
3. Hoger opgeleiden hebben vaker een hospitalisatie dan lager opgeleiden	+***	+*	n.t.
4. Personen met een hoger inkomen hebben meer kans op een hospitalisatie dan lage inkomensstrekkers	+***	+**	n.t.
5. Koppels hebben vaker een facultatieve hospitalisatieverzekering dan alleenstaanden	+***	n.t.	n.t.
6. Personen in Vlaanderen nemen vaker deel aan een hospitalisatie dan personen uit Brussel of Wallonië	+***	n.t.	n.t.
7. Personen met een contract van onbepaalde duur krijgen vaker een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering als extra-legaal voordeel dan personen met een contract van bepaalde duur of een interim-contract	n.t.	+**	n.t.
8. Werknemers uit een grote onderneming krijgen vaker een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering aangeboden dan werknemers uit een kleinere onderneming	n.t.	+**	+*
9. In bepaalde sectoren is de kans op een aanvullende arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering groter dan in andere sectoren	n.t.	+*	+***

n.t.: niet te testen

+: H_0 aanvaard

-: H_0 verworpen

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

*** $p < 0.001$

Hypothese 5 en 6 bevestigen we op basis van de Gezondheidsenquête. Koppels hebben vaker een aanvullende hospitalisatieverzekering dan alleenstaanden en Vlamingen zijn eveneens vaker verzekerd voor een aanvullende hospitalisatieverzekering dan Walen of Brusselaars. Hypothese 7 hebben we getest met de Salarisenquête en aanvaard. Voor deze hypothese hebben we eveneens een indicatieve bevestiging gevonden in de bedrijvenenquête. Ondernemingen blijken wel degelijk rekening te houden met het contracttype van de werknemer.

Wanneer we kijken naar de bedrijfsgebonden kenmerken blijkt dat werknemers in grote bedrijven vaker een arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering hebben dan werknemers in kleine bedrijven. Ook blijken er significante verschillen te zijn tussen verschillende sectoren. Vooral de non-profitsector biedt minder vaak een hospitalisatieverzekering aan.

Inventarisatie van aanvullende sociale voorzieningen in België

Met de inventaris van aanvullende ziektekostenverzekeringen is het niet alleen onze bedoeling een overzicht te geven van de verschillende actoren en de producten die worden aangeboden, maar ook van de inhoud van deze producten. Zonder al te diep in detail te gaan, wensen we te weten welke diensten worden aangeboden binnen een bepaald verzekeringsproduct. We willen bijvoorbeeld weten welke aanvullende verzekeringen van de ziekenfondsen een vergoeding voor ziekenvervoer bevatten, of welke facultatieve hospitalisatieverzekeringen ook een tegemoetkoming voor de voor- en nabehandeling voorzien.

In de databank zijn de kwantitatieve gegevens gekoppeld aan de inventaris om zo een accuraat beeld te geven van de verspreiding van de verschillende producten en diensten over de bevolking. De kennis over de inhoud van de verschillende producten en het aantal deelnemers aan deze producten laat toe een matrix te creëren die informatie kan opleveren over de spreiding van de uiteenlopende diensten over de bevolking.

Met het oog op de uitbreiding van de AGORA-productmatrix tot de sector van de gezondheidszorg wordt een classificatietypologie voor de aanvullende producten ontworpen. Ieder product is beoordeeld op een aantal variabelen van de sociale zekerheidsmatrix, meer bepaald die van de productmatrix⁴. De variabelen van de productmatrix worden ingedeeld in 3 modules: een basismodule, een uitgavenmodule en een financieringsmodule. De basismodule achterhaalt een aantal algemene kenmerken van de onderzochte sociale zekerheidsproducten: het beleidsniveau, het beheersniveau, het persoonlijk toepassingsgebied... De uitgavenmodule bevat een aantal variabelen die de wijze van overdracht, de berekeningswijze, de periodiciteit, het karakter, de sociale zekerheidsfunctie ... aangeven. De financieringsmodule ten slotte omvat variabelen die de mogelijke financieringsvormen beschrijven. Door ons te laten leiden door het concept en het ontwerp van de sociale zekerheidsmatrix, wordt het mogelijk om een duidelijk en coherent overzicht te presenteren van de producten. Bovendien kunnen we op die manier ook informatie toevoegen aan de sociale zekerheidsmatrix en deze aldus valideren voor de aanvullende ziektekostenverzekeringen.

⁴ De sociale zekerheidsmatrix voorziet een koppeling tussen individuele gegevens en gegevens met betrekking tot sociale zekerheidsvoorzieningen. De sociale zekerheidsmatrix bestaat daarom uit drie onderdelen. In de *productmatrix* worden sociale zekerheidsmaatregelen afgezet tegen een aantal variabelen die toelaten de onderzochte regelingen te karakteriseren, alsook gegevens met betrekking tot de uitgaven en de financiering ervan te achterhalen. In de *individuele matrix* wordt het individu geschaald op een aantal variabelen die zowel op het individu zelf als op zijn gezinssituatie betrekking hebben. De *verbindingsmatrix* ten slotte verbindt het individu met de sociale zekerheidsmaatregelen waarop hij recht heeft of waaraan hij bijdraagt (Berghman e.a., 2004; Berghman & Nijs, 2005).

Op basis van geraadpleegde literatuur, de algemene voorwaarden van een aantal voorbeeldproducten en een reeds bestaande typologie van facultatieve producten⁵ worden de variabelen voor de typologie vastgelegd. Vervolgens zijn afzonderlijke databanken voor (1) de aanvullende producten van de ziekenfondsen, (2) de arbeidsgebonden hospitalisatieverzekering, (3) de individuele hospitalisatieverzekering en (4) de afhankelijkheidsproducten aangelegd in EXCEL-formaat. In samenspraak met andere onderzoekers op onze afdeling werden deze databanken compatibel gemaakt met de AGORA-matrix.

Om de databank voor de aanvullende producten van de ziekenfondsen te kunnen invullen, worden de producten die door de ziekenfondsen worden aangeboden, samengebracht en vervolgens getoetst aan een overzicht van de statuten. Voor het invullen van de databank met de arbeidsgebonden hospitalisatieverzekeringen en de facultatieve hospitalisatieverzekeringen worden de algemene voorwaarden en het aantal verzekerden voor de verschillende producten van de verzekeringsondernemingen opgevraagd.

Besluit

Met het onderzoek zijn we erin geslaagd een adequaat overzicht te bieden van de tweede en derde pijler gezondheidszorg. We hebben aangetoond dat zowel de arbeidsgebonden hospitalisatieverzekeringen als de facultatieve hospitalisatieverzekeringen de laatste jaren sterk zijn toegenomen. Er is een significante toename geweest van het aantal aangeslotenen wat heeft gezorgd voor een sterke toename van de geleverde prestaties, zowel door ziekenfondsen als door de verzekeringsondernemingen. Tevens is het zo dat de tweede en de derde pijler sterker gestegen zijn dan de eerste pijler wat nogmaals het belang onderstreept van de aanvullende voorzieningen.

Wat het socio-economisch en demografisch profiel betreft, merken we op dat er bepaalde personen meer kans hebben om deel te nemen aan een aanvullende voorziening dan andere personen. Wanneer we kijken naar de individuele kenmerken dan zijn het voornamelijk hoger opgeleiden en personen met een hoger inkomen die een hospitalisatieverzekering bezitten. Daarenboven zijn ook vaker koppels, Vlamingen en personen met een contract van onbepaalde duur aangesloten bij een aanvullende hospitalisatieverzekering. Wat bedrijfskenmerken betreft

⁵ Ontwikkeld door Federatie voor Verzekerings- en Financiële tussenpersonen

zijn het vooral personen die in grotere ondernemingen werken en in bepaalde sectoren tewerkgesteld zijn die meer kans maken op een aanvullende hospitalisatieverzekering.

Als laatste doelstelling van het onderzoek hebben we een databank opgesteld met alle aangeboden producten voor de tweede en derde pijler gezondheidszorg. Inkomensvervangende producten zijn niet opgenomen in het onderzoek. De vier databanken bieden een overzicht van de dekking van ieder product en in de mate van het mogelijke, ook het aantal aangeslotenen bij het product. Voor iedere databank is er eveneens een typeformulier opgesteld zodat het mogelijk is dat de databanken geüpdatet kunnen worden door de bevoegde instanties. Een methodologische handleiding geeft toelichting bij de interpretatie van de opgenomen data.