

**Erasmus Universiteit Rotterdam**

# Het sturen van keuzes

De rol van huisartsen en zorgverzekeraars  
bij het kiezen van een ziekenhuis

Opleiding: Gezondheidswetenschappen, Beleid en Management  
Gezondheidszorg  
Begeleider: Drs. Stéphanie van der Geest  
Meelezer: Dr. Hester van de Bovenkamp  
Datum: 14-06-2013

Dionne Faber – 350222  
Van Scorel 14  
2681 NZ Monster  
350222df@student.eur.nl

# Voorwoord

Deze scriptie is geschreven als onderdeel van de bachelor Gezondheidswetenschappen, Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Na drie jaar hard werken is dit het sluitstuk van mijn bachelor. Negen maanden lang heb ik mij bezig gehouden met het schrijven, verbeteren, aanvullen en herschrijven van deze scriptie, op sommige momenten met meer plezier dan op andere momenten. Het was een leerzame en uitdagende, maar soms ook vermoeiende periode waar ik met trots naar terug kijk.

Uiteraard heb ik dit niet alleen kunnen doen. Allereerst wil ik mijn begeleider drs. Stéphanie van der Geest bedanken voor haar tijd en vele nuttige opmerkingen. Elke keer als ik de moed bijna was verloren, gaf zij mij een duwtje in de goede richting zodat ik weer vol goede moed verder kon. Ook wil ik mijn meezeer dr. Hester van de Bovenkamp bedanken voor haar feedback. Uiteraard wil ik ook alle secretaresses/doktersassistentes van de polikliniek orthopedie en cardiologie in het HagaZiekenhuis bedanken voor het helpen met uitdelen van de vragenlijsten; zonder jullie was het een stuk moeilijker geweest! Ik wil eveneens iedereen bedanken die in dit jaar heeft gevraagd waar mijn scriptie over ging; dit heeft mij zeer geholpen bij het voor ogen houden van de hoofdvraag en heeft mij steeds aangezet tot nadenken over wat ik eigenlijk in deze scriptie wilde onderzoeken. Misschien geen doelbewuste, maar zeker een welkome hulp! Tot slot wil ik mijn ouders, zus Elise en broertje Mart bedanken voor hun hulp op alle mogelijke manieren.

Dionne Faber

Monster, juni 2013

# Samenvatting

**Achtergrond:** Een belangrijk doel van de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 was het laten ontstaan van gereguleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren. De concurrentie tussen zorgaanbieders kan onder andere worden bevorderd door als zorgverzekeraar patiënten te sturen in hun ziekenhuiskeuze.

**Doel:** Onderzoeken welke rol huisartsen en zorgverzekeraars spelen bij de keuze van patiënten voor een ziekenhuis.

**Methoden:** Een vragenlijst is opgesteld en uitgedeeld in de wachtkamer van de polikliniek orthopedie in het HagaZiekenhuis. In totaal hebben 217 patiënten de vragenlijst ingevuld. Na verwijdering van de patiënten die niet alle vragen over achtergrondkenmerken hebben ingevuld, bleven er 212 respondenten over. De data zijn geanalyseerd met behulp van beschrijvende statistieken, Chi-kwadraattoetsen en logistische regressies.

**Resultaten:** Huisartsen bleken voornamelijk te overleggen met patiënten over hun ziekenhuiskeuze of een ziekenhuis te adviseren en in mindere mate informatie te geven over verschillende ziekenhuizen. Zorgverzekeraars kunnen informatie geven of een ziekenhuis adviseren, maar hier dienen verzekerden actief naar op zoek te gaan en dat gebeurt in de praktijk erg weinig. 39,2% van de respondenten kreeg een advies van de huisarts over welk ziekenhuis zou moeten worden bezocht; 3,4% kreeg een dergelijk advies van de zorgverzekeraar. De meeste respondenten volgen een advies voor een bepaald ziekenhuis van de huisarts of zorgverzekeraar wel op. Bij het keuze-experiment bleek dat de kans dat patiënten een advies van de zorgverzekeraar over het te bezoeken ziekenhuis opvolgen sterk afneemt indien een familielid, vriend of de huisarts adviseert naar een ander ziekenhuis te gaan; ook als patiënten dan een eigen bijdrage van €20,- of €50,- moeten betalen.

**Conclusie:** Huisartsen spelen een veel grotere rol bij de ziekenhuiskeuze van patiënten dan zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zouden hun verzekerden meer kunnen sturen in hun ziekenhuiskeuze door hen een eigen bijdrage te laten betalen indien een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt bezocht. Echter, zodra een tegenstrijdig advies door de huisarts of een familielid of vriend wordt gegeven, zal een groot deel van de verzekerden het advies van de zorgverzekeraar over het te bezoeken ziekenhuis niet meer opvolgen, ook niet als dan een eigen bijdrage van €20,- of €50,- moet worden betaald. Meer wetenschappelijk onderzoek is nodig naar de manieren waarop zorgverzekeraars hun verzekerden kunnen sturen bij de keuze voor een ziekenhuis. Ook dient objectieve kwaliteitsinformatie te worden verkregen, omdat hiermee inzichtelijk kan worden gemaakt waarop zorgverzekeraars hun keuze voor voorkeursaanbieders/selectief contracteren baseren. Waarschijnlijk zijn patiënten dan sneller geneigd het keuzeadvies van de

zorgverzekeraar op te volgen. Dit alles moet ertoe leiden dat meer concurrentie ontstaat tussen zorgaanbieders en dat de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg toeneemt.

# Summary

**Background:** An important goal of the Health Insurance Act (HIA) is the development of managed competition between health insurers and health care providers to improve the quality and efficiency of health care. One of the ways for health insurers to improve competition between health care providers could be by influencing patients in their choice for a hospital.

**Aim:** To investigate which role general practitioners (GP's) and health insurers play in patients' choice for a hospital.

**Methods:** A survey was made and distributed in the waiting room of the orthopaedic outpatient clinic in the Haga hospital (HagaZiekenhuis). 217 patients filled in the questionnaire. After eliminating the patients that didn't fill in the questions about their background characteristics, 212 respondents remained. The data have been analysed with descriptive statistics, Chi-square tests and logistic regression analysis.

**Results:** It appeared that GP's mainly started a dialogue with their patients about their hospital choice or had a suggestion for a hospital; to a lesser degree they informed their patients about certain hospitals. Health insurers could inform patients or suggest a hospital. However, to receive information or advice from their health insurer, patients have to take action for themselves first and that doesn't appear to happen often. 39,2% of the respondents received an advice from their GP about which hospital they should visit; 3,4% received such an advice of their health insurer. Most people follow the advice of their GP or health insurer for a certain hospital. However, the choice experiment showed that the chance that patients follow the advice of the health insurer decreases significantly when a family member, friend or the GP suggests to go to another hospital, even when patients have to pay a contribution of €20,- or €50,-.

**Conclusion:** GP's play a much bigger role in patients' choice for a hospital than health insurers. Health insurers can influence patients in their choice by letting them pay a contribution when a health care provider is visited who is not contracted by the health insurer. However, as soon as the GP, a family member or a friend gives a contradictory advice, most patients will not follow the advice of the health insurer, even if they have to pay €20,- or €50,- as a contribution. More scientific research is needed to find ways for health insurers to influence patients in their choice for a hospital. Obtainment of objective quality information is also necessary, because then it will be clear why health insurers prefer certain health care providers. Probably then patients are more willing to follow the advice from their health insurer. This should lead to increased competition between health care providers and improved quality and efficiency of health care.

# Inhoudsopgave

1. Inleiding	8
1.1 Het zorgstelsel	8
1.2 Preferenties en informatiebronnen	10
1.3 Probleemstelling en deelvragen	10
1.4 Leeswijzer	11
2. Theoretisch kader	12
2.1 Kwaliteitsinformatie	12
2.2 Familie en vrienden	13
2.3 Eerdere ervaringen van patiënten	13
2.4 Huisarts	14
2.5 Zorgverzekeraar	16
2.6 Conceptueel model	19
3. Methoden	21
3.1 Design	21
3.2 Onderzoekspopulatie	21
3.3 Vragenlijst en deelvragen	22
3.4 Waarborging betrouwbaarheid en validiteit	25
4. Resultaten	28
4.1 Beschrijving van de steekproef	28
4.2 Mogelijke rollen van huisartsen/zorgverzekeraars	31
4.3 Het belang van adviezen van huisartsen/zorgverzekeraars	35
4.4 Adviezen van huisartsen/zorgverzekeraars in de praktijk	37
4.5 Het opvolgen van adviezen van huisartsen/zorgverzekeraars	38
4.6 Invloed van een eigen bijdrage op de keuze voor een ziekenhuis	40
5. Conclusie en discussie	46
5.1 Manieren van ondersteuning door huisartsen en zorgverzekeraars	46
5.2 Advies van huisartsen en zorgverzekeraars	47
5.3 Invloed van een eigen bijdrage op de ziekenhuiskeuze	48
5.4 De rol van huisartsen en zorgverzekeraars	49

5.5 HagaZiekenhuis in opspraak	49
5.6 Gemaakte keuzes	50
5.7 Samenstelling van de steekproef	51
5.8 Antwoorden van respondenten	51
5.9 Het keuze-experiment	52
5.10 Aanbevelingen	52
6. Literatuurlijst	54
7. Bijlagen	59
7.1 Vragenlijst	59

# 1. Inleiding

De zorguitgaven stijgen ieder jaar met meer dan 4% en beslaan nu al een kwart van de collectieve uitgaven (Rijksoverheid 2012). Om onder andere een oplossing te vinden voor de toenemende zorguitgaven, is het zorgstelsel in Nederland in 2006 grotendeels veranderd naar een stelsel met gereguleerde concurrentie (Kamerstukken II 2003/04). Het belangrijkste punt van het nieuwe zorgstelsel is dat de patiënt centraal komt te staan. Dit betekent echter niet automatisch dat de zorguitgaven zullen afnemen of stagneren. Wel is het de bedoeling dat de kwaliteit en doelmatigheid binnen de gezondheidszorg verbeteren (Kamerstukken II 2003/04). Hiertoe is de Zorgverzekeringswet ingevoerd op 1 januari 2006.

## 1.1 Het zorgstelsel

Binnen het zorgstelsel opereren drie belangrijke partijen: zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten/verzekerden. Alle inwoners van Nederland zijn verplicht een zorgverzekering af te sluiten bij een zelf te kiezen zorgverzekeraar (art. 2 lid 1 Zvw). De zorgverzekeraar heeft een acceptatieplicht en mag dus niemand weigeren (Schut & Rutten 2009). Verzekerden kunnen kiezen voor twee verschillende soorten zorgverzekeringen: een restitutiepolis of een naturapolis. Een verzekerde met een restitutiepolis heeft recht op vergoeding van de kosten voor de gebruikte zorg (art. 11 lid 1 sub b Zvw). De zorgverzekeraar heeft in dit geval een zorgplicht in de vorm van zorgbemiddeling als hier door de verzekerde om wordt gevraagd (Van de Ven & Schut 2010). Bij een naturapolis heeft de verzekerde recht op zorg (art. 11 lid 1 sub a Zvw). Zorgverzekeraars hebben in dit geval dus een zorgplicht en kunnen hieraan voldoen door zorg in te kopen (Van de Ven & Schut 2010). Verzekeraars onderhandelen hiervoor met verschillende zorgaanbieders over de prijs, hoeveelheid en/of kwaliteit van de te leveren zorg (Varkevisser et al. 2006). Zorgverzekeraars mogen selectief contracteren, wat inhoudt dat zij niet met alle zorgaanbieders een contract hoeven te sluiten (Varkevisser et al. 2006). Naar aanleiding van de prijs/kwaliteit verhouding kunnen zorgverzekeraars er ook voor kiezen bepaalde zorgaanbieders aan te wijzen als 'voorkeursaanbieder' (Varkevisser et al. 2006). Zorgverzekeraars die erin slagen veel van hun verzekerden te sturen naar voorkeursaanbieders, kunnen grotere kortingen afdwingen bij deze zorgaanbieders (Sorensen 2003; Wu 2009). Voor dezelfde, kwalitatief goede zorg wordt dan een lagere prijs betaald, wat betekent dat de zorg doelmatiger wordt (Sorensen 2003; Wu 2009). Zorgaanbieders die tot voorkeursaanbieder worden benoemd, worden dus eerst uitgezocht op kwaliteit en vervolgens kan een lagere prijs en dus meer doelmatigheid worden afgedwongen. Voorkeursaanbieder zijn, als de verzekeraar erin slaagt zijn verzekerden naar hen te sturen, verzekerd van veel patiënten. Zorgaanbieders zullen dus proberen hun



kwaliteit te verbeteren zodat ze in aanmerking komen voor de titel 'voorkeursaanbieder'. Door middel van het sturen van verzekerden bij hun keuze voor een zorgaanbieder wordt de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg dus bevorderd (Boonen & Schut 2011). Zorgverzekeraars gebruiken verschillende strategieën om verzekerden te sturen bij het kiezen van een zorgaanbieder, namelijk: het slechts gedeeltelijk vergoeden van een bezoek aan een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, het verstrekken van kwaliteitsinformatie om het bezoeken van de voorkeursaanbieder te stimuleren, verzekerden vrijstellen van het verplichte eigen risico indien zij advies vragen aan de zorgverzekeraar bij het kiezen van een ziekenhuis en het niet hoeven betalen van het eigen risico indien een voorkeursziekenhuis wordt bezocht (Boonen & Schut 2011).

Naast de zorgverzekeraar kan ook de patiënt een rol spelen bij het stimuleren van concurrentie tussen zorgaanbieders. Patiënten hebben in principe een vrije artskeuze en zouden hun keuze voor een zorgaanbieder moeten laten afhangen van de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg. Dit stimuleert de concurrentie tussen zorgaanbieders en zal ertoe leiden dat zij hun kwaliteit gaan verbeteren (Thomson & Dixon 2006). Om ervoor te zorgen dat patiënten niet te snel een arts bezoeken en dus om onnodige zorguitgaven te voorkomen, hanteren zorgverzekeraars voorwaarden bij vergoeding van de gemaakte kosten. In de Zorgverzekeringswet is opgenomen dat medisch-specialistische zorg alleen toegankelijk is indien de huisarts of een bepaalde andere zorgaanbieder hiervoor een verwijzing heeft gegeven, met uitzondering van acute zorg (art. 14 lid 2 Zvw). De huisarts vervult dus de rol van poortwachter om onnodige zorg en de daarmee gepaard gaande zorgkosten te voorkomen (Van Beek et al. 2012).

In het vervolg zal alleen nog aandacht worden besteed aan het bezoeken van een ziekenhuis. Hier is voor gekozen omdat de zorgverzekeraar over het algemeen meer invloed kan uitoefenen op de keuze voor een ziekenhuis dan op de keuze voor andere zorgaanbieders zoals de huisarts, tandarts of fysiotherapeut (Boonen & Schut 2009). Daarbij komt dat bij de keuze voor een ziekenhuis de huisarts ook een rol speelt, omdat deze een verwijzing moet afgeven. Voor bijvoorbeeld fysiotherapie is geen verwijzing nodig en zijn de kosten laag indien verzekerden deze zorg zelf moeten betalen. De kans dat verzekerden zich laten sturen in het kiezen van een fysiotherapeut lijkt dan ook kleiner. Voor de tandarts geldt dat patiënten hier over het algemeen een persoonlijke relatie mee hebben en daardoor niet vaak bereid zijn over te stappen indien de zorgverzekeraar dit wil (Boonen & Schut 2009). Daarom is ervoor gekozen dit onderzoek verder te richten op de keuze voor een ziekenhuis, ook omdat de rol van de huisarts hierbij kan worden onderzocht.

## **1.2 Preferenties en informatiebronnen**

Bij het kiezen van een ziekenhuis hebben patiënten verschillende preferenties (Victoor et al. 2012). Deze preferenties zijn afhankelijk van individuele kenmerken zoals leeftijd, sociaaleconomische status en ernst van de aandoening (Adams et al. 1991; Tai et al. 2004; Varkevisser & Van der Geest 2007) en verschillen wat betreft factoren die van invloed zijn op de keuze voor een bepaalde ziekenhuis (Victoor et al. 2012). Zo vindt de ene patiënt de kenmerken van een ziekenhuis belangrijk (zoals grootte, opleidingsziekenhuis, universitair ziekenhuis), terwijl een ander vooral selecteert op reistijd en wachttijd (Adams et al. 1991; Tai et al. 2004; Varkevisser & Van der Geest 2007). Ook de reputatie van het personeel speelt een rol bij de keuze voor een ziekenhuis (Van der Schee et al. 2005). Gezond zijn wordt over het algemeen als een van de belangrijkste dingen in het leven gezien en daarom is het voor veel mensen belangrijk om de best mogelijke zorg te ontvangen. Om ziekenhuizen te kunnen uitzoeken op kwaliteit, is informatie nodig. Uit onderzoek is gebleken dat voornamelijk huisartsen een grote rol spelen bij het adviseren van patiënten over welk ziekenhuis ze moeten kiezen (Van der Geest & Varkevisser 2012). Ongeveer 67% van de patiënten krijgt advies van de huisarts over welk ziekenhuis of welke specialist zou moeten worden bezocht (Berendsen et al. 2010). Daarnaast zouden zorgverzekeraars een grote rol moeten spelen bij de keuze voor een ziekenhuis, omdat zij door verzekerden te sturen in hun keuze concurrentie tussen zorgaanbieders kunnen stimuleren met als gevolg verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg (Varkevisser et al. 2006). In de praktijk blijkt slechts 5% van de patiënten advies te vragen aan de zorgverzekeraar over het te bezoeken ziekenhuis (Van der Geest & Varkevisser 2012). Verder onderzoek naar de rol van de huisarts en de zorgverzekeraar bij het kiezen van een ziekenhuis is dus gewenst.

## **1.3 Probleemstelling en deelvragen**

Uit het bovenstaande blijkt dat er al veel onderzoek is gedaan naar de preferenties en factoren die van invloed zijn op de keuze voor een bepaald ziekenhuis. Welke rol de huisarts en de zorgverzekeraar hierbij spelen, is echter niet duidelijk. Hoe de keuze voor een bepaald ziekenhuis in de spreekkamer van de huisarts tot stand komt, is bijvoorbeeld niet bekend en ook is niet duidelijk of en hoe vaak de huisarts beslist, adviseert, aanraadt of juist helemaal niks doet. Dit is echter wel van belang, omdat ook de huisarts ervoor kan zorgen dat patiënten 'goede' zorgaanbieders bezoeken, zodat de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg verder toe zal nemen als gevolg van toenemende concurrentie tussen zorgaanbieders. Daarnaast is onbekend welke rol de zorgverzekeraar precies speelt. Zorgverzekeraars zouden door middel van selectief contracteren en het aanwijzen van voorkeursaanbieders hun verzekerden moeten sturen bij een ziekenhuiskeuze, maar maken patiënten in de praktijk wel gebruik van informatie en/of advies van de zorgverzekeraar? De rol van

huisartsen en zorgverzekeraars bij het kiezen van een ziekenhuis zal daarom verder worden onderzocht in deze scriptie. Dit onderzoek richt zich specifiek op de keuze voor een ziekenhuis bij een eerste bezoek aan de polikliniek. Hier is voor gekozen omdat mensen bij een eerste polikliniekbezoek voor een bepaald specialisme nog niet zijn gebonden aan een behandelend arts en dus een 'vrije' keuze maken voor een ziekenhuis. De volgende probleemstelling zal in deze scriptie centraal staan:

*“Welke rol spelen de huisarts en de zorgverzekeraar bij de keuze van patiënten voor een bepaald ziekenhuis in het kader van een eerste polikliniekbezoek?”*

Het doel van dit onderzoek is meer inzicht te krijgen in de manier waarop de huisarts en de zorgverzekeraar de keuze van patiënten voor een bepaald ziekenhuis kunnen beïnvloeden, zodat het leveren van doelmatige en kwalitatief goede zorg kan worden bevorderd. De volgende deelvragen zijn leidend voor deze scriptie:

- 1) Op welke manieren kunnen huisartsen en zorgverzekeraars hun patiënten ondersteunen bij het kiezen van een ziekenhuis?
- 2) Hoeveel belang hechten patiënten aan het advies van de huisarts en van de zorgverzekeraar over welk ziekenhuis zou moeten worden bezocht?
- 3) Hoe vaak krijgen patiënten in de praktijk een specifiek advies voor een bepaald ziekenhuis van de huisarts en de zorgverzekeraar?
- 4) In hoeverre volgen patiënten het advies van de huisarts en de zorgverzekeraar op over welk ziekenhuis zou moeten worden bezocht en waarom wordt dit advies (niet) opgevolgd?
- 5) In hoeverre heeft een eigen bijdrage invloed op de keuze voor een ziekenhuis?

#### **1.4 Leeswijzer**

In het volgende hoofdstuk, het theoretisch kader, wordt allereerst een uitgebreid overzicht van de wetenschappelijke literatuur gegeven betreffende de vijf belangrijkste informatiebronnen, te weten kwaliteitsinformatie, familie en vrienden, eerdere ervaringen van patiënten, huisarts en zorgverzekeraar. Vervolgens wordt op basis hiervan een conceptueel model gepresenteerd. Het derde hoofdstuk betreft de methoden die bij dit onderzoek gebruikt zijn. Hierbij wordt ingegaan op het design van het onderzoek, de onderzoekspopulatie, de vragenlijst en deelvragen en de waarborging van validiteit en betrouwbaarheid. Het vierde hoofdstuk bevat de resultaten van het onderzoek. In hoofdstuk vijf worden de belangrijkste bevindingen gepresenteerd, wordt getracht een antwoord te formuleren op de probleemstelling en worden de resultaten en het onderzoek bediscussieerd.

## 2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op een aantal informatiebronnen die gebruikt worden bij het kiezen van een ziekenhuis voor een eerste poliklinisch bezoek. Een zoektocht naar wetenschappelijke literatuur resulteerde in de identificering van zes belangrijke informatiebronnen, te weten kwaliteitsinformatie, familie en vrienden, de huisarts, de zorgverzekeraar, eerdere ervaringen van patiënten en berichten in de media (Marshall et al. 2003; Van der Geest & Varkevisser 2012; Victoor et al. 2012; Moser et al. 2010). Over de laatste bron is echter nog onvoldoende informatie beschikbaar. Daarom zullen achtereenvolgend alleen de bronnen kwaliteitsinformatie, familie en vrienden, eerdere ervaringen van patiënten, de huisarts en de zorgverzekeraar worden besproken aan de hand van wetenschappelijke literatuur. Extra aandacht wordt besteed aan de rol van de huisarts en zorgverzekeraar. Tot slot wordt een conceptueel model gepresenteerd en uitgelegd.

### 2.1 Kwaliteitsinformatie

De eerste belangrijke bron van informatie voor het kiezen van een ziekenhuis is kwaliteitsinformatie. Kwaliteit wordt meestal gezien als een combinatie van veiligheid, effectiviteit, ervaringen van patiënten en efficiëntie en kan worden gemeten met behulp van indicatoren (Mears et al. 2011). Vaak worden verschillende soorten indicatoren gebruikt om de kwaliteit te meten, namelijk proces-, structuur- en uitkomstindicatoren (Mears et al. 2011). Procesindicatoren gaan over wat organisaties doen, structuurindicatoren gaan over de bronnen en infrastructuur van een organisatie en uitkomstindicatoren betreffen de resultaten van de handelingen van een organisatie (Mears et al. 2011). Alle drie de soorten indicatoren worden ieder jaar gemeten bij ziekenhuizen en deze informatie moet worden aangeleverd aan de Inspectie van de Gezondheidszorg (Van Leeuwen 2011). Hieronder vallen ook de ervaringen van patiënten (Van Leeuwen 2011). De gemeten indicatoren worden gebruikt om bijvoorbeeld ranglijsten op te stellen die ieder jaar verschijnen in het AD en Elsevier, maar ook om vergelijkingswebsites samen te stellen zoals KiesBeter. Patiënten kunnen op deze manier inzicht krijgen in de kwaliteit van ziekenhuizen en deze ook met elkaar vergelijken. Op basis van deze kwaliteitsinformatie kan een ziekenhuis worden gekozen.

In de praktijk blijkt dat in Nederland slechts 7% van de zorgconsumenten informatie over ziekenhuizen opzoekt om een ziekenhuis te kiezen (Van der Geest & Varkevisser 2012). Een ander Nederlands onderzoek toont dat zelfs als patiënten kwaliteitsinformatie hebben opgezocht, ze hun keuze vaak toch baseren op eigen ervaringen of ervaringen van anderen (De Groot et al. 2011). Ook wetenschappelijke reviews laten zien dat kwaliteitsinformatie de

keuze van patiënten voor een bepaald ziekenhuis bijna niet beïnvloeden (Faber et al. 2009; Ketelaar et al. 2011). Hoewel deze kwaliteitsinformatie als doel heeft patiënten te helpen bij hun keuze voor een ziekenhuis, wordt hier in de praktijk maar weinig gebruik van gemaakt. Oorzaken hiervan die in Amerika en Engeland zijn geïdentificeerd, zijn dat patiënten niet altijd toegang hebben tot kwaliteitsinformatie, ze deze informatie niet vertrouwen of de gegeven informatie niet begrijpen (Marshall et al. 2003). Een Nederlands onderzoek laat zien dat kwaliteitsinformatie moeilijk te vinden en niet erg toegankelijk is (Dautzenberg et al. 2013). Er moet nog een oplossing gevonden worden om patiënten meer gebruik te laten maken van kwaliteitsinformatie.

## **2.2 Familie en vrienden**

De tweede bron van informatie betreft ervaringen en adviezen van familie of vrienden. In ongeveer 19% van de gevallen wordt in Nederland advies gevraagd aan familie, vrienden of kennissen over de keuze voor een ziekenhuis (Van der Geest & Varkevisser 2012). Wel blijkt uit een Amerikaans onderzoek van Huppertz & Carlson (2010) dat wanneer patiënten over zowel kwaliteitsinformatie als een ervaring van een familielid beschikken, zij de kwaliteitsinformatie als belangrijker beschouwen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de informatie in dit onderzoek al voor de respondenten was verzameld; zij hoefden dus geen moeite te doen om de juiste informatie te vinden (Huppertz & Carlson 2010). In werkelijkheid kost het meer moeite om kwaliteitsinformatie te verzamelen dan advies aan een familielid te vragen, dus wellicht wordt er in de praktijk een andere afweging gemaakt. Hiervoor zijn aanwijzingen gevonden in het onderzoek van Van der Geest & Varkevisser (2012): vergelijkingssites of websites van ziekenhuizen worden door 51% respectievelijk 44% van de patiënten belangrijk gevonden tegenover 70% van de adviezen van familie of vrienden. Volgens dit onderzoek hechten patiënten dus meer waarde aan het advies van familieleden of vrienden dan aan kwaliteitsinformatie.

## **2.3 Eerdere ervaringen van patiënten**

Eerdere ervaringen vormen de derde informatiebron bij het kiezen van een ziekenhuis. Uit onderzoek blijkt dat patiënten pas na zorg te ervaren een oordeel kunnen vormen over de service van een zorgaanbieder (Nederlandse Zorgautoriteit 2007). Omdat patiënten dus niet weten hoe andere zorgaanbieders hierop scoren, zijn zij sneller geneigd te kiezen voor een zorgaanbieder waar zij al eerder een positieve ervaring mee hebben gehad (Nederlandse Zorgautoriteit 2007). Uit een onderzoek van Ridd et al. (2009) blijkt dat dit voornamelijk geldt voor complexe of emotionele problemen; bij kleine problemen zullen patiënten net zo goed naar een andere zorgaanbieder gaan. Of patiënten hun eerdere ervaringen gebruiken bij het

kiezen van een ziekenhuis, hangt voornamelijk af van de technische kwaliteit en de interpersoonlijke kwaliteit van een zorgaanbieder, waarbij de technische kwaliteit betrekking heeft op de mate waarin de arts erin slaagt een diagnose te stellen en een goede behandeling te bieden en de interpersoonlijke kwaliteit gaat over de manier waarop de arts met de patiënt omgaat (Wang et al. 2011). Als patiënten het idee hebben dat de zorgaanbieder technisch goede zorg levert en zij op een goede manier worden behandeld, zijn zij sneller geneigd opnieuw naar deze zorgaanbieder te gaan (Wang et al. 2011). Ook vertrouwen en tevredenheid over een zorgaanbieder spelen een grote rol bij het opnieuw kiezen en bezoeken van een zorgaanbieder (Suki & Suki 2011).

## **2.4 Huisarts**

Informatie en adviezen van de huisarts vormen de vierde bron van informatie bij het kiezen van een ziekenhuis. Van de zorgconsumenten in Nederland vindt 94% een advies van de huisarts belangrijk bij een eventuele doorverwijzing (Van der Geest & Varkevisser 2012). Een ander Nederlands onderzoek toont dat 81% van de patiënten graag advies zou willen van de huisarts, maar dat in werkelijkheid slechts tweederde van de patiënten advies krijgt over welk ziekenhuis of welke specialist zou moeten worden bezocht (Berendsen et al. 2010). De huisarts geeft dus niet altijd advies wanneer iemand dit wil. Huisartsen in Denemarken blijken hun patiënten niet altijd te willen adviseren bij het kiezen van een ziekenhuis, omdat ze dit niet bij hun werk vinden horen, geen vertrouwen hebben in de kwaliteitsinformatie, niet door patiënten willen worden afgestraft op eventuele onjuiste informatie of omdat dit te veel tijd kost (Birk & Henriksen 2012). Indien de patiënt zelf beslist, hangt de mate waarin de huisarts de patiënt ondersteunt bij het kiezen van een ziekenhuis in Engeland af van de beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie, de voorkeur van patiënten, de visie van de huisarts op zijn professionele rol en eventueel lokaal beleid dat de keuze beperkt (Rosen et al. 2007). Huisartsen gaan bij het geven van advies in Nederland voornamelijk in op de reistijd en de reputatie en kwaliteit van de zorgaanbieder (Nederlandse Zorgautoriteit 2007).

Uit onderzoek is verder gebleken dat de keuze voor een bepaald ziekenhuis in de praktijk lang niet altijd door de patiënt wordt gemaakt. In Engeland bijvoorbeeld wordt deze keuze 7 op de 10 keer door de huisarts gemaakt en dus niet door de 'kritische zorgconsument' (Thomson & Dixon 2006). Uit een in Denemarken uitgevoerd onderzoek kwam naar voren dat 76% van de keuzes voor ziekenhuizen gemaakt wordt door de huisarts (Birk & Henriksen 2012). Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat de huisartsen niet konden aangeven dat zij samen met de patiënt een keuze maakten, terwijl dit in de praktijk wel vaak gebeurt (Birk & Henriksen 2012). In Nederland werd vastgesteld dat 33% van de keuzes voor een

ziekenhuis wordt gemaakt door de huisarts, terwijl maar 25% van de patiënten dit wil (Berendsen et al. 2010). De huisarts laat de patiënt dus niet altijd zelf kiezen, terwijl hiervoor al bleek dat huisartsen niet altijd advies geven wanneer patiënten dit willen. Blijkbaar geven huisartsen niet altijd genoeg advies en beslissen ze soms te veel. Keuzes voor ziekenhuizen worden voornamelijk door de huisarts gemaakt indien het een spoedgeval betreft, de patiënt ouder of laag opgeleid is of wanneer de patiënt emotioneel onstabiel is (Berendsen et al. 2010). Indien de huisarts beslist, baseert hij volgens Deens, Fins en Nederlands onderzoek zijn keuze voor een ziekenhuis voornamelijk op de reisafstand, wachttijd, ervaringen van patiënten, kwaliteit en reputatie van de zorgaanbieder en de aanwezigheid van een bepaald specialisme (Nederlandse Zorgautoriteit 2007; Birk & Henriksen 2012; Ringard 2010). Kwaliteitsinformatie wordt bijna niet gebruikt door huisartsen; in Denemarken voornamelijk omdat veel huisartsen het idee hebben dat hun jarenlange ervaring met ziekenhuizen meer zegt over de kwaliteit van zorg dan de door het ziekenhuis aangeleverde kwaliteitsinformatie (Birk & Henriksen 2012). Ook Nederlandse huisartsen geven aan niet graag kwaliteitsinformatie te gebruiken, omdat ze niet weten in hoeverre deze informatie juist en onafhankelijk is, omdat de informatie soms tegenstrijdig is en omdat er vaak te weinig tijd is om kwaliteitsinformatie op te zoeken en te interpreteren (Dautzenberg et al. 2013). Huisartsen geven aan sneller geneigd te zijn kwaliteitsinformatie te gebruiken indien de informatie relevant en betrouwbaar is en er gecorrigeerd is voor de samenstelling van de patiëntenpopulatie (Nederlandse Zorgautoriteit 2007).

Bij het kiezen van een ziekenhuis kan de huisarts dus een rol spelen door de patiënt te adviseren of zelfs voor de patiënt te kiezen. Ook de manier van doorverwijzen is hierbij belangrijk. Vroeger gaf de huisarts een schriftelijke verwijzing mee aan de patiënt die kon worden meegenomen naar de afspraak met de specialist. Tegenwoordig wordt in Nederland steeds vaker ZorgDomein gebruikt (Dixon et al. 2010). Dit is een elektronisch verwijsprogramma met als doel het verbeteren van de afstemming tussen huisartsen en ziekenhuizen bij het verwijzen van patiënten (Bal & Mastboom 2005). De applicatie is ontwikkeld door Plexus Medical Groep en LCN Planning & Scheduling en is als eerste geïmplementeerd in de regio Zuidoost-Brabant (Bal & Mastboom 2005). Inmiddels wordt verspreid over heel Nederland gebruik gemaakt van ZorgDomein (Zorgdomein 2012).

Met behulp van ZorgDomein kunnen huisartsen een verwijzing met relevante informatie over de patiënt elektronisch versturen naar een ziekenhuis of afdeling (Dixon et al. 2010). De applicatie toont regionale aanbieders van de benodigde zorg en geeft ook de wachttijden weer. Informatie over de wachttijden moet worden aangevoerd door de ziekenhuizen zelf (Dixon et al. 2010). Met deze applicatie wordt de keuze voor een ziekenhuis, specialisme en

soort verwijzing gestructureerd (Dixon et al. 2010). Bij het opstellen van de verwijzing wordt al een keuze gemaakt voor een ziekenhuis, wat betekent dat het keuzeprocess van de patiënt wordt versneld. Wel kan een patiënt ervoor kiezen de keuze die tijdens het consult werd gemaakt niet op te volgen en dit blijkt in de praktijk regelmatig te gebeuren (Dixon et al. 2010).

Met het gebruik van ZorgDomein veranderen een aantal zaken binnen het keuzeprocess voor een ziekenhuis. Zoals hiervoor al werd genoemd, wordt het keuzeprocess versneld omdat tijdens het consult al wordt bepaald naar welk ziekenhuis de patiënt zal gaan en waar de verwijzing dus naartoe wordt gestuurd. Daarnaast worden bij deze applicatie de wachttijden weergegeven, wat betekent dat hier sterk de nadruk op wordt gelegd (Dixon et al. 2010). Mogelijk worden hierdoor veel keuzes gebaseerd op alleen informatie over wachttijden en niet op andere informatie over zorgaanbieders, zoals geleverde kwaliteit van zorg. Dit hangt wel af van de strategie van de huisarts, want uit een onderzoek naar het gebruik van ZorgDomein kwam naar voren dat 43% van de patiënten niet door de huisarts werd geïnformeerd over de wachttijden (Dixon et al. 2010). De keuze van een ziekenhuis wordt mogelijk dus beïnvloed door de manier van verwijzen die de huisarts hanteert, maar in welke mate is nog onduidelijk.

## **2.5 Zorgverzekeraar**

De vijfde bron van informatie is tot slot het advies van de zorgverzekeraar. Een onderzoek naar de gevoeligheid van mensen om een advies van de zorgverzekeraar over welke zorgaanbieder moet worden bezocht (keuzeadvies) op te volgen laat zien dat verzekerden sneller geneigd zijn een dergelijk advies op te volgen als het gaat om een advies voor een ziekenhuis of apotheek dan voor een huisarts of tandarts (Boonen & Schut 2009). De bereidheid een keuzeadvies van de zorgverzekeraar op te volgen is echter fors afgenomen na de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006, mogelijk als gevolg van een groeiend vertrouwensprobleem (Boonen & Schut 2009). Dit onderzoek toonde verder dat in 2009 25% van de respondenten bereid was het advies over een ziekenhuiskeuze op te volgen (Boonen & Schut 2009). Een onderzoek van Berendsen et al. (2010) toont echter dat zorgverzekeraars in Nederland slechts aan 2% van de patiënten advies gaven over welk ziekenhuis zou moeten worden bezocht. In een recenter Nederlands onderzoek wordt genoemd dat 5% van de patiënten hierover advies aan de zorgverzekeraar heeft gevraagd (Van der Geest & Varkevisser 2012). Waarom dit door slechts een klein percentage van de patiënten wordt gevraagd, is niet helemaal duidelijk. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat Nederlanders geen vertrouwen hebben in de zorgverzekeraar (Boonen & Schut 2009; Boonen & Schut 2011; Bes et al. 2012), maar dit lijkt niet waarschijnlijk omdat in het



onderzoek van Van der Geest & Varkevisser (2012) wordt genoemd dat 68% van de patiënten het advies van de zorgverzekeraar belangrijk vindt. Het onderzoek van Berendsen et al. (2010) geeft echter een heel ander beeld; volgens hen vindt slechts 10% van de patiënten het advies van de zorgverzekeraar belangrijk. Het lijkt onwaarschijnlijk dat in twee jaar tijd patiënten het advies van de zorgverzekeraar belangrijker zijn gaan vinden. Mogelijk kan dit verschil verklaard worden door een andere focus in het onderzoek, waarbij Berendsen et al. (2010) vroegen naar het belang van het advies van de zorgverzekeraar in het kader van wachtlijstbemiddeling, terwijl Van der Geest & Varkevisser (2012) zich vooral richtten op het advies van de zorgverzekeraar in het algemeen. Een andere mogelijke verklaring voor het feit dat slechts een klein percentage van de Nederlanders advies vraagt aan de zorgverzekeraar, is dat mensen graag zelf hun zorgaanbieder willen kiezen en bang zijn dat het advies van de zorgverzekeraar te dwingend zal zijn (Bes et al. 2012). Kortom, het staat vast dat de zorgverzekeraar onvoldoende invloed heeft op de keuze die patiënten maken voor een ziekenhuis (Boonen & Schut 2011), maar de precieze verklaring hiervoor is nog niet bekend.

Zorgverzekeraars gebruiken op dit moment hoofdzakelijk vier verschillende strategieën om hun verzekerden te sturen bij het kiezen van een ziekenhuis (Boonen & Schut 2011). Deze strategieën zijn: het slechts gedeeltelijk vergoeden van een bezoek aan een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, het stimuleren van bezoek aan de voorkeursaanbieder door het verstrekken van kwaliteitsinformatie, verzekerden vrijstellen van het verplichte eigen risico indien zij advies vragen aan de zorgverzekeraar over het te kiezen ziekenhuis en het kwijtschelden van het eigen risico indien een voorkeursziekenhuis wordt bezocht (Boonen & Schut 2011). Prikkel om de keuze van patiënten te beïnvloeden kunnen worden ingedeeld in financiële en kwalitatieve prikkels (Boonen et al. 2011). Onder financiële prikkels vallen eigen bijdragen en kortingen, terwijl kwalitatieve prikkels voornamelijk betrekking hebben op extra openingstijden, internetdiensten en kwaliteitscertificaten (Boonen et al. 2011).

Uit een Nederlands onderzoek bleek dat financiële prikkels daadwerkelijk invloed hebben op de keuze voor een apotheek, waarbij het effect van negatieve financiële prikkels groter is dan dat van positieve financiële prikkels (Boonen et al. 2009). Een negatieve financiële prikkel is bijvoorbeeld een eigen bijdrage, terwijl een korting een vorm is van een positieve financiële prikkel (Boonen et al. 2009). Verder is onderzocht of de keuze voor een huisarts kan worden beïnvloed door financiële prikkels. Het in Nederland uitgevoerde onderzoek van Boonen et al. (2011) laat zien dat ook voor het kiezen van een huisarts geldt dat positieve financiële prikkels minder invloed hebben dan negatieve prikkels, maar dit effect is minder groot dan bij het kiezen van een apotheek. Dit heeft er mee te maken dat mensen het liefst

hun eigen zorgverlener houden (status quo bias) en dus bereid zijn hier meer voor te betalen (Boonen et al. 2011). Voor de huisarts is dit effect groter dan voor de apotheek (Boonen et al. 2011). Of deze prikkels eenzelfde invloed hebben op de keuze voor een ziekenhuis is niet onderzocht.

In de wetenschappelijke literatuur zijn wel aanwijzingen gevonden dat financiële prikkels de keuze voor een ziekenhuis kunnen beïnvloeden (Scanlon et al. 2008). Scanlon et al. (2008) deden onderzoek in Amerika naar eventuele beïnvloeding van de ziekenhuiskeuze door het kwijtschelden van de eigen betaling indien een voorkeursziekenhuis, in dit geval aangemerkt als 'veilig' ziekenhuis, werd bezocht. Zij vonden dat hoger opgeleiden werden beïnvloed door deze financiële prikkel en vaker kozen voor het voorkeursziekenhuis, terwijl er geen beïnvloeding van de keuze plaatsvond bij lager opgeleiden (Scanlon et al. 2008). Dit werd waarschijnlijk veroorzaakt doordat hoger opgeleiden het systeem beter begrepen en hier dus hun voordeel mee deden (Scanlon et al. 2008). Een ander belangrijk onderzoek over de invloed van extra betalingen op de keuze voor een ziekenhuis is uitgevoerd door Sinaiko (2011), ook in Amerika. In dit onderzoek kregen de respondenten een hypothetische situatie voorgelegd waarbij zij moesten aangeven voor welke zorgaanbieder zij zouden kiezen (Sinaiko 2011). De situaties varieerden wat betreft het type specialistische zorg (dermatologie of cardiologie), de hoogte van de extra betaling indien werd gekozen voor een niet-voorkeursaanbieder en de eventuele aanwezigheid van een advies van familie en vrienden of de huisarts (Sinaiko 2011). Uit het onderzoek bleek dat mensen eerder geneigd zijn een voorkeursaanbieder te bezoeken indien de extra betaling voor een niet-voorkeursaanbieder toeneemt (tot 50 dollar), echter dit gold slechts voor ongeveer 3,5-11,7% van de mensen (Sinaiko 2011). Bij een advies van familie, vrienden of de huisarts om te kiezen voor een niet-voorkeursaanbieder neemt de kans op het kiezen van de voorkeursaanbieder aanzienlijk af (Sinaiko 2011). Pas bij een extra betaling van 290 dollar zouden mensen tegen het advies van familie of vrienden in naar een voorkeursaanbieder gaan; bij een advies van de huisarts is dit zelfs 440 dollar (Sinaiko 2011). Verder bleek dat mensen die in de hypothetische situatie de dermatoloog zouden bezoeken sterker werden beïnvloed door extra betalingen dan mensen die naar de cardioloog zouden gaan (Sinaiko 2011). Blijkbaar is de verwachte ernst van de aandoening dus ook van invloed op de mate waarin men reageert op financiële prikkels (Sinaiko 2011). Uit dit onderzoek blijkt dus dat financiële prikkels de keuze voor een ziekenhuis kunnen beïnvloeden.

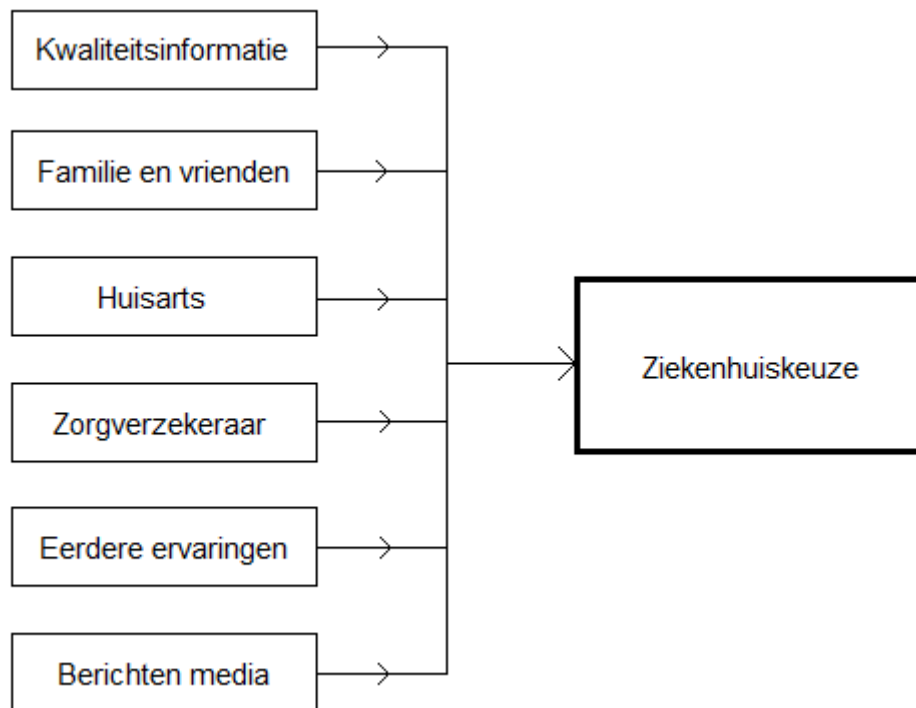
Ook in Nederland is een onderzoek uitgevoerd naar de relatie tussen financiële prikkels en de ziekenhuiskeuze. Van der Geest & Varkevisser (2010) deden onderzoek naar een experiment van De Friesland Zorgverzekeraar (DFZ) waarbij een bezoek aan een

voorkeursaanbieder voor een staar- of spataderbehandeling niet onder het eigen risico viel. Binnen dit onderzoek werd gekeken of het marktaandeel van de voorkeursaanbieders toenam als gevolg van de ingestelde financiële prikkel door DFZ (Van der Geest & Varkevisser 2010). Voor spataderbehandelingen bleek er daadwerkelijk een toename te zijn van het marktaandeel als gevolg van de financiële prikkel, maar voor staarbehandelingen was er geen significant verschil in marktaandeel bij voorkeursaanbieders voor en na het experiment (Van der Geest & Varkevisser 2010). Dit kan verklaard worden doordat de groep potentiële overstappers voor staarbehandelingen kleiner was en/of doordat de ervaren financiële prikkel samenhangt met eventueel ander zorggebruik waardoor alsnog het eigen risico zou worden opgemaakt (Van der Geest & Varkevisser 2010). Patiënten voor staarbehandelingen zijn relatief oud en de kans dat zij ander zorggebruik hebben en daardoor geen financieel voordeel hebben van het bezoeken van een voorkeursaanbieder is daarmee groter (Van der Geest & Varkevisser 2010).

Uit deze drie onderzoeken kan geconcludeerd worden dat een financiële prikkel invloed heeft op de keuze voor een ziekenhuis. Echter, de mate waarin beïnvloeding plaatsvindt lijkt afhankelijk te zijn van onder andere opleiding, type specialistische zorg, type financiële prikkel, hoogte van de financiële prikkel en adviezen van de huisarts of familie/vrienden (Scanlon et al. 2008; Sinaiko 2011; Van der Geest & Varkevisser 2010). Verder onderzoek naar de relatie tussen financiële prikkels en ziekenhuiskeuze en mogelijke factoren die hierop van invloed zijn is dus gewenst.

## **2.6 Conceptueel model**

In de vorige vijf paragrafen zijn de belangrijkste informatiebronnen besproken die invloed hebben op de keuze voor een ziekenhuis, te weten kwaliteitsinformatie, familie en vrienden, eerdere ervaringen van patiënten, de huisarts en de zorgverzekeraar. Daarnaast blijken ook berichten in de media een rol te spelen bij de ziekenhuiskeuze, maar hier is nog niet veel over bekend (Moser et al. 2010). De bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur leiden tot het volgende conceptuele model:



*Figuur 1. Conceptueel model*

Zoals te zien in het model kunnen alle zes de informatiebronnen de keuze voor een ziekenhuis beïnvloeden. De betekenis van de pijlen is echter niet eenduidig. Voor kwaliteitsinformatie en berichten in de media geldt dat patiënten hieruit informatie kunnen verkrijgen over verschillende ziekenhuizen. Echter, voor bijvoorbeeld de huisarts kan de pijl betekenen dat de patiënt informatie krijgt van de huisarts, maar ook dat de huisarts advies geeft of zelfs voor de patiënt beslist. Ditzelfde geldt voor de zorgverzekeraar. In deze scriptie zal verder onderzoek worden gedaan naar de mogelijke betekenissen van de 'pijlen' van de huisarts en de zorgverzekeraar, zodat een duidelijker beeld ontstaan van welke rol zij precies spelen bij het kiezen van een ziekenhuis.

## 3. Methoden

Er heeft een kwantitatief onderzoek plaatsgevonden om de rol van de huisarts en de zorgverzekeraar bij het kiezen van een ziekenhuis te verkennen. In dit hoofdstuk worden het design, de onderzoekspopulatie, de vragenlijst en deelvragen en de waarborging van validiteit en betrouwbaarheid beschreven.

### 3.1 Design

Ten behoeve van het onderzoek is een enquête opgesteld en uitgedeeld (zie bijlage). Hier is voor gekozen omdat er onderzoek is gedaan naar de motieven en gedragingen van patiënten bij het kiezen van een ziekenhuis (Swanborn 2010). Met behulp van de survey zijn patiënten systematisch ondervraagd, waarmee zoveel mogelijk informatie is verkregen over de rol van de zorgverzekeraar en de huisarts bij de keuze voor een ziekenhuis.

### 3.2 Onderzoekspopulatie

Voor dit onderzoek was het gezien de beperkte tijdsperiode onmogelijk om een aselechte steekproef te trekken. Bij de gestelde onderzoeksvraag zou namelijk at random een steekproef moeten worden getrokken uit alle mensen die naar een ziekenhuis zijn doorverwezen. Hiervan bestaat echter geen steekproefkader en derhalve was het niet mogelijk een aselechte steekproef te trekken (Plochg et al. 2007; Swanborn 2010). Er is daarom een selecte steekproef getrokken, waarbij gebruik is gemaakt van de beoordelingssteekproef. Dit houdt in dat respondenten zijn geselecteerd wanneer ze aan een bepaald criterium voldeden (Swanborn 2010). In dit geval zijn mensen geselecteerd die aan het criterium 'doorverwezen naar het HagaZiekenhuis' voldeden. Daartoe zijn op 7 verschillende dagen in de wachtkamer van de polikliniek orthopedie en op 3 verschillende dagen in de wachtkamer van de polikliniek cardiologie van het HagaZiekenhuis vragenlijsten uitgedeeld aan patiënten, die deze tijdens het wachten konden invullen en vervolgens weer konden inleveren. Het voordeel van vragenlijsten laten invullen in de wachtkamer is dat de non-respons niet hoog was, omdat eventueel uitleg kon worden gegeven en de respondenten geen moeite hoefden te doen om de vragenlijst op te sturen. Bovendien hadden de respondenten tijdens het wachten op de afspraak met de arts tijd om de vragenlijst in te vullen en hoefden hiervoor dus geen aparte tijd in te ruimen. Toch waren er een aantal mensen die de vragenlijst niet wilden invullen. Een aantal van deze mensen sprak niet goed Nederlands en kon de vragenlijst dus niet invullen. Ook waren er een aantal mensen die geen zin/tijd hadden om de vragenlijst in te vullen.

Er is gekozen voor onderzoek bij de polikliniek orthopedie en polikliniek cardiologie, omdat dit geen acute bezoeken waren en patiënten dus een keuze hebben kunnen maken voor het HagaZiekenhuis. In totaal hebben 217 orthopediepatiënten en 70 cardiologiepatiënten de vragenlijst ingevuld. Het was de bedoeling een vergelijking te maken tussen deze twee poliklinieken, want zoals in het artikel van Sinaiko (2011) al naar voren kwam, bestaan er mogelijk verschillen in de totstandkoming van de keuze voor een ziekenhuis vanwege de verwachte ernst van de aandoening. Helaas werd de dataverzameling bij de polikliniek cardiologie bemoeilijkt. De cardiochirurgie van het HagaZiekenhuis raakte op 16 maart 2013 in opspraak door hogere sterftcijfers (Skipr 2013). Hierdoor werden veel patiënten ongerust en wilden niet meer de polikliniek cardiologie in het HagaZiekenhuis bezoeken, alhoewel dit strikt genomen een andere afdeling is. Er waren hierdoor dus minder patiënten die de vragenlijst konden invullen en veel mensen wilden deze vragenlijst ook niet invullen. De wel ingevulde vragenlijsten bleken veelal niet volledig te zijn ingevuld en daarom is uiteindelijk besloten de cardiologiepatiënten niet mee te nemen in dit onderzoek. Het onderzoek voor deze scriptie richt zich dus alleen op orthopediepatiënten in het HagaZiekenhuis. Omdat de focus ligt op de rol van zorgverzekeraars en huisartsen bij doorverwijzing, maakt het vermoedelijk niet uit in welke mate (kwaliteits)informatie over het HagaZiekenhuis beschikbaar was. Het is waarschijnlijk dat patiënten die het HagaZiekenhuis bezochten een representatief beeld geven qua diversiteit in huisartsen en zorgverzekeraars. In het resultatenhoofdstuk wordt dit verder geanalyseerd.

### **3.3 Vragenlijst en deelvragen**

Voor dit onderzoek is een vragenlijst ontwikkeld. Hierbij zijn een aantal keuzes gemaakt, zowel met betrekking tot de inhoud als tot de vorm. Er werd begonnen met brainstormen over de vragen die in de vragenlijst dienden te worden opgenomen. Aangezien nog niet veel bekend was over de manieren die huisartsen en zorgverzekeraars hebben om hun patiënten te ondersteunen bij het kiezen van een ziekenhuis, is besloten alle manieren die de onderzoeker kon verzinnen op te nemen in de vragenlijst. Of dit echter alle mogelijkheden zijn die er bestaan, is niet zeker. Ook over de hoogte van de eigen bijdragen bij de hypothetische keuzesituatie is lang nagedacht, omdat daar op dit moment nog bijna geen gebruik van wordt gemaakt. Een verzekeraar die wel al selectief contracteerde, had vastgesteld dat 20% van de kosten door de verzekerde moest worden betaald indien een niet-gecontracteerde zorgaanbieder werd bezocht (Boonen & Schut 2011). Bestudering van de prijslijst van het Diaconessenhuis leerde dat een consult op de polikliniek orthopedie of cardiologie ongeveer €250,- kost (Diaconessenhuis 2013). 20% van €250,- is €50,- en daarom werd gekozen voor een eigen bijdrage van €50,-. Omdat dit al best veel geld is, is besloten ook een groep te maken met een eigen bijdrage van €20,-. De verwachting was dat

hiermee de gevoeligheid voor een eigen bijdrage in beeld kan worden gebracht. Verwacht werd dat bij een eigen bijdrage van €50,- patiënten sneller geneigd zijn het advies van de zorgverzekeraar over het te bezoeken ziekenhuis op te volgen, terwijl dit bij een eigen bijdrage van €20,- niet helemaal zeker is.

Vervolgens moesten ook keuzes worden gemaakt met betrekking tot de vorm van de vragen. Veel vragen zijn meerdere keren herschreven om deze zo duidelijk mogelijk te maken. Ook is de vragenlijst uitgetest met een aantal personen van verschillende leeftijden, waarna nog een aantal kleine aanpassingen zijn gedaan. Verder is lang nagedacht over de antwoordcategorieën bij de vragen over het belang van bepaalde zaken. Eerst werd ervan uitgegaan dat 3 antwoordcategorieën (onbelangrijk, belangrijk en zeer belangrijk) genoeg waren, maar uiteindelijk is toch besloten hier 5 antwoordcategorieën (zeer onbelangrijk, onbelangrijk, neutraal, belangrijk en zeer belangrijk) van te maken omdat de kans aanwezig leek dat de respondenten bij 3 categorieën gemakshalve overal de middelste categorie zouden invullen. Bij 5 antwoordcategorieën is er ook een middelste categorie, maar toch lijkt het minder waarschijnlijk dat mensen automatisch voor deze categorie zouden kiezen omdat er meer mogelijke antwoorden waren. Bij de vragen over de rol van de huisarts en de zorgverzekeraar is ervoor gekozen ook een antwoordcategorie 'dat kan ik mij niet herinneren' toe te voegen om te voorkomen dat respondenten een 'fout' antwoord zouden geven indien zij dit zich niet meer zouden kunnen herinneren.

Na afname van de vragenlijsten zijn deze ingevoerd in het statistische programma SPSS, waarna verschillende analyses zijn uitgevoerd. Per deelvraag wordt beschreven op welke manier gegevens zijn verzameld en geanalyseerd. Bij de Chi-kwadraattoetsen en logistische regressies wordt een significantieniveau van 0,05 gehanteerd.

*1) Op welke manieren kunnen huisartsen en zorgverzekeraars hun patiënten ondersteunen bij het kiezen van een ziekenhuis?*

Voor het beantwoorden van deze deelvraag is aan de respondenten gevraagd of de huisarts heeft gevraagd naar de voorkeur van de respondenten voor bepaalde ziekenhuizen of kenmerken van ziekenhuizen, of de huisarts meerdere ziekenhuizen heeft genoemd en hiervan de wachttijden en de kwaliteit heeft besproken en of de huisarts een bepaald ziekenhuis heeft afgeraden of geadviseerd. Daarnaast is aan de respondenten gevraagd of zij informatie van de zorgverzekeraar hebben gekregen over de kwaliteit en wachttijden van verschillende ziekenhuizen en of zij een advies hebben gekregen van de zorgverzekeraar over het te bezoeken ziekenhuis. Met behulp van beschrijvende statistiek wordt weergegeven hoe vaak de bovengenoemde manieren voorkomen. Daarna wordt gekeken of

de in de praktijk voorkomende manieren verschillen tussen huisartsen onderling en tussen zorgverzekeraars onderling met behulp van kruistabellen. Ook wordt getoetst of het gebruik van ZorgDomein van invloed is op de verschillende manieren die huisartsen hebben om hun patiënten te ondersteunen bij het kiezen van een ziekenhuis. Dit wordt geanalyseerd met behulp van Chi-kwadraattoetsen (Field 2009).

*2) Hoeveel belang hechten patiënten aan het advies van de huisarts en van de zorgverzekeraar over welk ziekenhuis zou moeten worden bezocht?*

Om deze deelvraag te kunnen beantwoorden, is aan de respondenten gevraagd hoe belangrijk zij het advies van de zorgverzekeraar en van de huisarts vinden bij het kiezen van een ziekenhuis (zeer onbelangrijk, onbelangrijk, neutraal, belangrijk of zeer belangrijk). Vervolgens wordt met beschrijvende statistiek weergegeven hoeveel respondenten het advies van de huisarts en zorgverzekeraar (zeer) onbelangrijk, neutraal of (zeer) belangrijk vinden. Verder wordt gekeken of de achtergrondkenmerken van de respondenten (geslacht, leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid) van invloed zijn op de mate van belang die wordt gehecht aan het advies van de huisarts en de zorgverzekeraar. Voor leeftijd zijn verschillende leeftijdscategorieën gemaakt, zodat eventuele verschillen kunnen worden vastgesteld middels kruistabellen en Chi-kwadraattoetsen (Field 2009).

*3) Hoe vaak krijgen patiënten in de praktijk een specifiek advies voor een bepaald ziekenhuis van de huisarts en de zorgverzekeraar?*

Voor deze deelvraag is aan de respondenten gevraagd of zij van de huisarts of de zorgverzekeraar een specifiek advies hebben gekregen voor een bepaald ziekenhuis. Met beschrijvende statistiek wordt het deel van de respondenten dat daadwerkelijk een dergelijk advies heeft gekregen weergegeven. Vervolgens wordt met behulp van een logistische regressie gekeken of huisartsen sneller geneigd zijn een specifiek advies voor een ziekenhuis te geven indien een respondent bepaalde achtergrondkenmerken heeft (Field 2009).

*4) In hoeverre volgen patiënten het advies van de huisarts en de zorgverzekeraar op over welk ziekenhuis zou moeten worden bezocht en waarom wordt dit advies (niet) opgevolgd?*

In de vragenlijst is aan de respondenten gevraagd of zij advies hebben gekregen van de huisarts en/of de zorgverzekeraar en zo ja, of zij dit advies hebben opgevolgd. Ook is gevraagd waarom zij dit advies wel of niet hebben opgevolgd. Hiermee wordt inzicht verkregen in welke redenen patiënten hebben om het advies van een huisarts of zorgverzekeraar wel of niet op te volgen. De resultaten worden weergegeven met behulp van beschrijvende statistiek: er wordt gekeken hoe vaak bepaalde redenen zijn aangekruist.



### *5) In hoeverre heeft een eigen bijdrage invloed op de keuze voor een ziekenhuis?*

Voor het beantwoorden van deze deelvraag zijn gegevens verzameld met behulp van een vignet naar het voorbeeld van Sinaiko (2011). Dit vignet beschrijft een situatie waarbij de patiënt kan kiezen voor ziekenhuis A of B. Verder is aangegeven dat de zorgverzekeraar adviseert ziekenhuis A te bezoeken, omdat de kwaliteit daar beter is en de kosten lager zijn. Er zijn 3 verschillende vignetten opgesteld en deze zijn at random verdeeld over de respondenten. De vignetten verschillen wat betreft hoogte van de eigen bijdrage; bij de eerste versie is er geen eigen bijdrage, de tweede versie beschrijft een eigen bijdrage van €20,- en de derde van €50,-. Er is aan de respondenten gevraagd welk ziekenhuis zij zouden kiezen in de beschreven situatie en hoe belangrijk het advies van de zorgverzekeraar en de hoogte van de eigen bijdrage daarbij is. Daarnaast is ook aan de respondenten gevraagd naar welk ziekenhuis zij zouden gaan indien een familie of vriend vertelt een goede ervaring te hebben gehad met ziekenhuis B. Ditzelfde is gevraagd voor een advies van de huisarts.

Allereerst wordt gekeken in hoeverre de 3 experimentgroepen verschillen op achtergrondkenmerken. Vervolgens worden de resultaten weergegeven met beschrijvende statistiek. Percentages van welk ziekenhuis zou worden gekozen in de verschillende gevallen worden getoond. Daarna wordt een logistische regressie uitgevoerd om te analyseren welke factoren van invloed zijn op het al dan niet bezoeken van de voorkeursaanbieder ('ziekenhuis A'). Hiertoe zijn alle respondenten driemaal meegenomen, namelijk met de keuze die zij zouden maken bij alleen een advies van de zorgverzekeraar, de keuze bij een tegenstrijdig advies van een familielid/vriend en de keuze bij een tegenstrijdig advies van de huisarts. Factoren die worden meegenomen, zijn: hoogte van de eigen bijdrage, tegenstrijdig advies van een familielid/vriend, tegenstrijdig advies van de huisarts en de achtergrondkenmerken leeftijd, geslacht, opleiding en ervaren gezondheid.

### **3.4 Waarborging betrouwbaarheid en validiteit**

Bij wetenschappelijk onderzoek is het belangrijk dat een onderzoek op de juiste manier wordt uitgevoerd, zodat 'de werkelijkheid' wordt weergegeven (Swanborn 2010). In deze paragraaf wordt stilgestaan bij de manieren waarop de betrouwbaarheid en validiteit voor het uitgevoerde onderzoek zijn gewaarborgd. Betrouwbaarheid gaat over de mate van stabiliteit van resultaten indien een onderzoek opnieuw plaatsvindt door een andere onderzoeker, op een ander tijdstip, met een ander meetinstrument of onder andere omstandigheden (Swanborn 2010). De validiteit kan worden opgesplitst in interne en externe validiteit. De interne validiteit betreft de vraag of er in het onderzoek wordt gemeten wat we willen meten, terwijl externe validiteit de generaliseerbaarheid van het onderzoek betreft (Swanborn 2010).

### *Betrouwbaarheid*

Om de betrouwbaarheid en dus stabiliteit van de resultaten van dit onderzoek te waarborgen, zijn voornamelijk gesloten vragen gesteld, omdat de antwoorden hierdoor maar op 1 manier geïnterpreteerd konden worden door de onderzoeker (Swanborn 2010). Echter, mogelijkwijs hebben de respondenten de vragen wel op verschillende manieren geïnterpreteerd, waardoor de antwoorden niet altijd hetzelfde betekenen. Hier dient rekening mee te worden gehouden bij het waarderen van de resultaten. Verder zijn op 7 verschillende dagen vragenlijsten afgenomen in de wachtkamer van de polikliniek orthopedie, zodat een grote groep respondenten is verzameld waardoor de kans groter is dat de resultaten de realiteit weergeven (Bowling 2009).

### *Interne validiteit*

Naast betrouwbaarheid is het ook belangrijk om aandacht te besteden aan de interne validiteit van dit onderzoek. Zonder waarborging van de interne validiteit is het namelijk niet mogelijk om de uitkomsten van het onderzoek te generaliseren en zijn de resultaten van dit onderzoek dus niet waardevol (Plochg et al. 2007). De interne validiteit kon worden gewaarborgd door begrippen op de juiste manier te operationaliseren, wat betekent dat de vragen die in de enquête zijn opgenomen datgene moesten meten wat we wilden meten (Plochg et al. 2007). De typen validiteiten indrukvaliditeit (face validity), inhoudsvaliditeit (content validity) en criteriumvaliditeit (criterion validity) worden op de volgende manieren gewaarborgd. De indrukvaliditeit heeft betrekking op of de gestelde vragen relevant, geschikt en duidelijk zijn (Bowling 2009) en is gewaarborgd door te proberen logische en heldere vragen te stellen en de vragenlijst van tevoren te testen met mensen van verschillende leeftijden. De inhoudsvaliditeit, wat de beoordeling van experts betreft over of een vragenlijst het gehele kenmerk of domein meet (Bowling 2009), was lastig te waarborgen vanwege de korte tijdsperiode waarin dit onderzoek heeft plaatsgevonden. Daarom is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van gevalideerde vragen(lijsten). Het keuze-experiment is bijvoorbeeld gebaseerd op een gevalideerd vignet uit het onderzoek van Sinaiko (2011) en de redenen voor het al dan niet opvolgen van het advies van de zorgverzekeraar op het onderzoek van Bes et al. (2012). De criteriumvaliditeit heeft betrekking op de correlatie tussen de gebruikte maatstaf en een gevalideerde maatstaf (Bowling 2009). Voor het meten van de precieze rol van de huisarts en de zorgverzekeraar waren nog geen gevalideerde meetinstrumenten beschikbaar en criteriumvaliditeit kon dan ook niet worden gemeten.

Door een onvoldoende validiteit zou 'bias' kunnen ontstaan in de resultaten als gevolg van fouten in de steekproef of vragenlijst (Bowling 2009). Fouten in de steekproef zouden kunnen

leiden tot sampling bias en selection bias (Bowling 2009). Dit kan gezien de gekozen steekproefmethode niet helemaal worden voorkomen, omdat alleen de patiënten die in maart de polikliniek orthopedie van het HagaZiekenhuis bezochten kans hadden om te worden geïncorporeerd in dit onderzoek. Er is geprobeerd een steekproef te trekken die zoveel mogelijk lijkt op de doelpopulatie door op verschillende dagen vragenlijsten af te nemen. Naast steekproeffouten konden er ook fouten in de vragenlijst ontstaan, die geleid zouden kunnen hebben tot response style bias en recall bias (Bowling 2009). Response style bias betekent dat foute resultaten worden verkregen doordat respondenten een bepaalde stijl hanteren bij het beantwoorden van vragen, ongeacht de inhoud van die vragen (Harzing 2006). De meest voorkomende antwoordstijlen zijn de 'extreme response styles (ERS)' en de 'middle response styles (MRS)', oftewel de neiging om de extreme of juist de middelste antwoordcategorieën te kiezen bij een antwoordschaal (Harzing 2006). Het is lastig te identificeren of sprake is van een response style bias of dat de gegeven antwoorden daadwerkelijk van toepassing zijn op de respondent. Het was daarom niet mogelijk te waarborgen dat response style bias niet zou voorkomen. Daarnaast kon mogelijk sprake zijn van recall bias, wat inhoudt dat respondenten een vraag over het verleden verkeerd beantwoorden vanwege hun selectieve geheugen (Bowling 2009). Er is daarom aan de respondenten gevraagd hoe lang geleden zij zijn verwezen naar de polikliniek orthopedie. In het resultatenhoofdstuk wordt dit verder geanalyseerd en hier wordt rekening mee gehouden bij het waarden van de resultaten.

#### *Externe validiteit*

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een beoordelingssteekproef, wat inhoudt dat respondenten zijn geselecteerd op basis van het criterium 'doorverwezen naar het HagaZiekenhuis'. De respondenten zijn dus niet at random geselecteerd, met als gevolg dat de resultaten van het onderzoek niet kunnen worden gegeneraliseerd naar de algemene populatie (Swanborn 2010). Het is wel nodig om resultaten te kunnen generaliseren, omdat anders geen bijdrage wordt geleverd aan wetenschappelijke kennis. De resultaten van dit onderzoek kunnen mogelijk gegeneraliseerd worden naar alle huisartsen en zorgverzekeraars in de regio Haaglanden, omdat de keuze voor het HagaZiekenhuis naar verwachting niet op een andere manier tot stand is gekomen dan voor andere ziekenhuizen. Wel is het gepast hierbij erg voorzichtig te blijven vanwege mogelijke afwijkingen in de spreiding van huisartsen en zorgverzekeraars. In het resultatenhoofdstuk wordt hier verder op ingegaan.

# 4. Resultaten

## 4.1 Beschrijving van de steekproef

217 orthopediepatiënten hebben de vragenlijst ingevuld. Alleen de respondenten die alle vier de vragen over achtergrondkenmerken hebben ingevuld, te weten geslacht, leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid, worden meegenomen. Hier is voor gekozen omdat respondenten op deze manier kunnen worden vergeleken op achtergrondkenmerken. Na verwijdering van de onvolledige vragenlijsten bleven er 212 respondenten over. Omdat veel respondenten 1 of meerdere vragen niet hebben ingevuld, is het niet mogelijk al deze respondenten te schrappen, want dan blijft een te kleine steekproef over. Daarom is ervoor gekozen per onderdeel van de vragenlijst alleen de mensen mee te nemen die alle vragen bij dat onderdeel hebben ingevuld en hierbij de achtergrondkenmerken van deze groep te vermelden. Hieronder worden de beschrijvende statistieken van deze achtergrondkenmerken weergegeven van de respondenten uit de algemene steekproef en per onderdeel van de vragenlijst. De vragenlijst bestond uit de volgende onderdelen:

- Onderdeel A: Algemene vragen
- Onderdeel B: Vragen over informatie en advies
- Onderdeel C: Rol van de huisarts
- Onderdeel D: Rol van de zorgverzekeraar
- Onderdeel E: Denkbeeldige keuzesituatie

Tabel 1. Beschrijvende statistiek voor leeftijd

<b>Variabele</b>	<b>N</b>	<b>Gemiddelde</b>	<b>Std. deviatie</b>	<b>Mediaan</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Leeftijd algemeen	212	55,24	17,14	58	17	103
Leeftijd onderdeel A	194	55,14	17,51	58	17	103
Leeftijd onderdeel B	200	54,78	17,23	57	17	103
Leeftijd onderdeel C	186	54,42	17,47	57	17	103
Leeftijd onderdeel D	207	55,01	17,20	58	17	103
Leeftijd onderdeel E	175	52,86	17,20	56	17	103

In de algemene respondentengroep is de gemiddelde leeftijd ongeveer 55 jaar. Voor de onderdelen A, B en D geldt ook een gemiddelde leeftijd van ongeveer 55. Bij onderdeel C ligt de gemiddelde leeftijd iets lager, namelijk op ongeveer 54 jaar en bij de respondenten van onderdeel E ligt deze nog iets lager, te weten op ongeveer 53 jaar oud. De standaarddeviatie van zowel de algemene groep als de verschillende onderdelen is ongeveer 17. De mediaan is 58 voor de algemene groep en de onderdelen A en D. Voor de onderdelen B en C geldt een mediaan van 57; voor onderdeel E ligt deze op 56. De respondenten bij onderdeel E zijn dus gemiddeld iets jonger dan bij de andere onderdelen. Bij alle onderdelen en bij de algemene respondentengroep is de jongste respondent 17 en de oudste 103 jaar.

Tabel 2. Beschrijvende statistieken voor geslacht, leeftijdscategorieën, opleiding en ervaren gezondheid

	<b>Algemeen</b>	<b>Onderdeel A</b>	<b>Onderdeel B</b>	<b>Onderdeel C</b>	<b>Onderdeel D</b>	<b>Onderdeel E</b>
<b>Frequentie</b>	<b>212</b>	<b>194</b>	<b>200</b>	<b>186</b>	<b>207</b>	<b>175</b>
<b>Geslacht</b>						
• Man	40,1%	39,7%	40,5%	43,0%	39,6%	41,1%
• Vrouw	59,9%	60,3%	59,5%	57,0%	60,4%	58,9%
<b>Leeftijdscategorieën</b>						
• 20 of jonger	3,3%	3,6%	3,5%	3,8%	3,4%	4,0%
• 21-30 jaar	9,4%	9,8%	9,5%	9,7%	9,7%	11,4%
• 31-40 jaar	6,1%	6,7%	6,5%	7,0%	6,3%	7,4%
• 41-50 jaar	17,9%	18,0%	18,5%	19,4%	17,4%	18,9%
• 51-60 jaar	20,3%	18,6%	20,5%	19,9%	20,8%	21,1%
• 61-70 jaar	25,9%	25,8%	25,5%	24,7%	26,1%	25,7%
• 71-80 jaar	12,3%	12,4%	11,0%	10,2%	11,6%	7,4%
• Ouder dan 80	4,7%	5,2%	5,0%	5,4%	4,8%	4,0%
<b>Opleiding</b>						
• Basisonderwijs	16,0%	16,5%	15,0%	14,5%	15,9%	16,0%
• Vmbo	16,5%	16,5%	16,0%	15,6%	16,4%	15,4%
• Havo	8,0%	8,2%	8,5%	9,1%	8,2%	9,1%
• Vwo	4,2%	3,6%	4,5%	4,3%	3,9%	2,9%
• MBO	28,8%	27,8%	29,0%	28,5%	28,5%	28,6%
• HBO	19,8%	20,1%	20,5%	21,0%	20,3%	20,6%
• WO	6,6%	7,2%	6,5%	7,0%	6,8%	7,4%
<b>Ervaren gezondheid</b>						
• Zeer slecht	0,9%	1,0%	1,0%	0,5%	1,0%	1,1%
• Slecht	5,7%	6,2%	4,5%	4,3%	5,8%	5,1%
• Redelijk	34,4%	35,6%	35,0%	34,4%	34,3%	36,6%
• Goed	48,1%	46,9%	48,0%	48,9%	47,8%	45,7%
• Zeer goed	10,8%	10,3%	11,5%	11,8%	11,1%	11,4%

Uit tabel 2 blijkt dat er meer vrouwelijke patiënten (59,9%) aan het onderzoek hebben meegedaan dan mannen (40,1%). Bij de verschillende onderdelen is deze verdeling ongeveer hetzelfde. Alleen onderdeel C wijkt relatief veel af van de algemene respondentengroep; binnen dit onderdeel is 43% van de respondenten man en 57% vrouw. De respondenten zijn ingedeeld in verschillende leeftijdsklassen en daarbij is de verdeling ongeveer gelijk voor de algemene groep en de onderdelen A, B, C en D. Opvallend is dat de respondenten bij onderdeel E relatief vaker in de eerste categorieën vallen en dus jonger zijn. Dit past bij de lagere gemiddelde leeftijd die al werd gezien in tabel 1. Qua opleiding zijn de respondenten in de algemene respondentengroep en de onderdelen A, B en D ongeveer gelijk verdeeld over de niveaus. Binnen de onderdelen C en E hebben relatief meer respondenten een hogere opleiding genoten. De ervaren gezondheid is voor de algemene groep en de verschillende onderdelen ongeveer gelijk. Concluderend zijn er dus minimale verschillen tussen de onderdelen en de algemene respondentengroep qua achtergrondkenmerken.

In totaal hebben patiënten van 142 verschillende huisartsen en 25 verschillende zorgverzekeraars meegedaan aan het onderzoek. Daarvan zijn 46 huisartsen en 17 zorgverzekeraars vertegenwoordigd door twee of meer patiënten. Dit houdt in dat er veel spreiding bestaat qua huisartsen en zorgverzekeraars en dat de resultaten uit dit onderzoek wellicht kunnen worden gegeneraliseerd naar alle huisartsen en zorgverzekeraars in de omgeving van het HagaZiekenhuis in Den Haag.

Verder is het nog belangrijk te kijken wanneer de respondenten voor het eerst de polikliniek orthopedie in het HagaZiekenhuis hebben bezocht, omdat dit aangeeft hoe lang geleden patiënten zijn doorverwezen. Indien dit langer dan 12 maanden geleden is, kan mogelijk sprake zijn van recall bias, wat inhoudt dat mensen een vraag verkeerd beantwoorden doordat dit gaat over een situatie die men zich niet meer goed kan herinneren omdat dit te lang geleden is (Bowling 2009). In de onderstaande tabel is te zien voor de algemene respondentengroep en de verschillende onderdelen wanneer zij voor het eerst de polikliniek orthopedie bezochten.

Tabel 3. Beschrijvende statistiek voor het eerste bezoek aan de polikliniek

	<i>Algemeen</i>	<i>Onderdeel A</i>	<i>Onderdeel B</i>	<i>Onderdeel C</i>	<i>Onderdeel D</i>	<i>Onderdeel E</i>
<b>Eerste afspraak polikliniek</b>	<b>202</b>	<b>194</b>	<b>193</b>	<b>179</b>	<b>198</b>	<b>165</b>
• Dit is de eerste afspraak	26,2%	26,8%	26,4%	26,3%	25,8%	26,1%
• Kortere dan 6 maanden geleden	34,2%	34,0%	35,2%	33,5%	34,8%	35,2%
• Tussen de 6 en 12 maanden geleden	15,3%	15,5%	14,5%	15,1%	15,2%	14,5%
• Langer dan 12 maanden geleden	24,3%	23,7%	23,8%	25,1%	24,2%	24,2%

Tabel 3 laat zien dat voor 26,2% van de respondenten de eerste afspraak bij de polikliniek orthopedie plaatsvond op het moment dat zij deze vragenlijst invulden. Voor 34,2% was de eerste afspraak korter dan 6 maanden geleden; bij 15,3% van de respondenten vond de eerste afspraak tussen 6 en 12 maanden geleden plaats. Tot slot was voor 24,3% van de respondenten de eerste afspraak al langer dan 12 maanden geleden. Verder is te zien dat er minimale verschillen bestaan tussen de onderdelen en de algemene respondentengroep wat betreft tijdstip van de eerste afspraak. Het is mogelijk dat de respondenten die langer dan 12 maanden geleden voor het eerst de polikliniek orthopedie bezochten de vragen 'verkeerd' hebben beantwoord doordat de eerste afspraak te lang geleden was en zij zich dit niet goed meer konden herinneren. Wel kon bij veel vragen over de rol van de huisarts en de zorgverzekeraar de antwoordcategorie 'dat kan ik mij niet herinneren' worden aangekruist

om te voorkomen dat de respondenten 'foute' antwoorden zouden geven omdat zij zich bepaalde zaken niet meer konden herinneren. Voorts is geanalyseerd of de mensen die langer dan een jaar geleden voor het eerst de polikliniek orthopedie bezochten andere antwoorden gaven dan mensen die korter dan een jaar geleden voor het eerst naar de polikliniek orthopedie gingen. Hiervoor zijn Chi-kwadraattoetsen uitgevoerd, maar bij geen van de vragen uit de vragenlijst werd een significant verschil in antwoorden gevonden tussen de mensen die langer dan een jaar geleden voor het eerst op de polikliniek orthopedie zijn geweest en respondenten die hier korter dan een jaar geleden voor het eerst zijn geweest.

#### 4.2 Mogelijke rollen van huisartsen/zorgverzekeraars

In deze scriptie wordt onderzoek gedaan naar de rol van de huisarts en de zorgverzekeraar bij het kiezen van een ziekenhuis. Deze rol kan op verschillende manieren worden ingevuld, bijvoorbeeld door informatie te verstrekken, mee te denken met patiënten of een advies te geven. In de onderstaande tabel worden de verschillende manieren waarop huisartsen en zorgverzekeraars hun patiënten kunnen ondersteunen weergegeven. De verschillende rollen die huisartsen kunnen aannemen zijn gebaseerd op de vragenlijsten van de respondenten die alle vragen hebben beantwoord bij onderdeel C; voor de rollen van zorgverzekeraars geldt dit voor onderdeel D.

Tabel 4. Beschrijvende statistieken voor manieren van huisartsen en zorgverzekeraars om patiënten te ondersteunen bij het kiezen van een ziekenhuis

	<i>Frequentie</i>	<i>Percentage (%)</i>
<b>Manieren van huisartsen</b>	<b>186</b>	
• Voorkeur ziekenhuis gevraagd	80	43,0
• Belangrijke kenmerken ziekenhuis gevraagd	33	17,7
• Meerdere ziekenhuizen genoemd	50	26,9
➤ Wachtijd en kwaliteit besproken	3	6,0
➤ Alleen wachtijd besproken	6	12,0
➤ Alleen kwaliteit besproken	14	28,0
➤ Geen wachtijd en kwaliteit besproken	27	54,0
• Specifiek ziekenhuis afgeraden	6	3,2
• Ziekenhuis geadviseerd	73	39,2
<b>Manieren van zorgverzekeraars</b>	<b>207</b>	
• Informatie over wachtijden gegeven	3	1,4
• Informatie over kwaliteit gegeven	7	3,4
• Ziekenhuis geadviseerd	7	3,4

Uit tabel 4 blijkt dat veel huisartsen hun patiënten vragen welk ziekenhuis hun voorkeur heeft (43%). Daarnaast wordt soms ook gevraagd naar wat patiënten belangrijk vinden aan een ziekenhuis (17,7%). De huisarts kan ook meerdere ziekenhuizen noemen waar de patiënt naar toe kan gaan; dit gebeurde bij 26,9% van de respondenten. Van deze ziekenhuizen wordt soms zowel de wachtijd als de kwaliteit besproken (6%), soms alleen de wachtijd

(12%) of de kwaliteit (28%) besproken en vaak wordt geen van beiden (54%) benoemd. De huisarts kan bij de doorverwijzing ook een specifiek ziekenhuis afraden, maar dit kwam bij de respondenten niet vaak voor (3,2%). Wel werd bij 39,2% van de respondenten een specifiek ziekenhuis geadviseerd. Zorgverzekeraars kunnen hun verzekerden voornamelijk ondersteunen bij de keuze voor een ziekenhuis door informatie te geven of hen een ziekenhuis te adviseren. Verzekerden moeten hier echter ook zelf voor in actie komen door informatie te zoeken, want zorgverzekeraars weten niet wanneer een verzekerde wordt doorverwezen en dus mogelijk informatie of advies nodig heeft. In de praktijk bleek slechts 1,4% van de respondenten informatie te hebben opgevraagd bij de zorgverzekeraar over wachttijden van ziekenhuizen en 3,4% over de kwaliteit. In 3,4% van de gevallen werd een advies voor een ziekenhuis gegeven door de zorgverzekeraar.

Het is mogelijk dat huisartsen en zorgverzekeraars verschillen in de rol die ze aannemen bij het ondersteunen van patiënten voor het kiezen van een ziekenhuis. De ene huisarts zal wellicht voornamelijk informatie geven, terwijl een ander vooral adviseert. Daarom worden in de tabellen hieronder de mogelijke rollen uitgesplitst per huisarts/verzekeraar, zodat kan worden bekeken of de aangenomen rollen onderling verschillen. Voor deze analyse zijn alleen de huisartsen/zorgverzekeraars geselecteerd die in de steekproef zijn vertegenwoordigd door 3 of meer respondenten. Hier is voor gekozen omdat de kans dat de resultaten op toeval berusten in dit geval kleiner is. De huisartsen zijn geanonimiseerd weergegeven met een nummer, waarbij de woonplaatsen wel zijn aangegeven om te kijken of hiertussen eventuele verschillen bestaan.

Tabel 5. Mogelijke rollen uitgesplitst per huisarts

Huisarts (N = 35)	Aantal	Eigen voorkeur gevraagd?	Belangrijke kenmerken gevraagd?	Meerdere ziekenhuizen genoemd?	Wachttijden besproken?	Kwaliteit bespro- ken?	Ziekenhuis afgeraden?	Ziekenhuis geadviseerd?
1 (Wassenaar)	3	66,7%	0,0%	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%
2 (Den Haag)	3	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%
3 (Monster)	4	75,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%
4 (Den Haag)	4	75,0%	75,0%	75,0%	25,0%	25,0%	0,0%	50,0%
5 (Den Haag)	3	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%	66,7%
6 (Den Haag)	3	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
7 (Den Haag)	4	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
8 (Monster)	4	75,0%	25,0%	75,0%	0,0%	25,0%	0,0%	25,0%
9 (Den Haag)	3	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
10 (Den Haag)	4	75,0%	25,0%	50,0%	25,0%	25,0%	25,0%	50,0%

In tabel 5 vallen een aantal dingen op. Zo is te zien dat de patiënten van huisartsen 6 en 7 op geen van de vragen 'ja' hebben beantwoord. Huisarts 6 heeft geen van de manieren gebruikt om patiënten te ondersteunen in hun keuze voor een ziekenhuis. Echter, mogelijk is dit afhankelijk van zijn patiënten, want twee van hen zijn langer dan een jaar geleden



doorverwezen. Mogelijk konden zij zich de doorverwijzing niet goed meer herinneren waardoor zij een ‘verkeerd’ antwoord hebben gegeven, al lijkt dit niet waarschijnlijk omdat ook de optie ‘dat kan ik mij niet herinneren’ kon worden aangekruist en beide respondenten hebben hier geen gebruik van gemaakt. Voor huisarts 7 ligt dit iets anders, want twee van zijn patiënten hebben aangegeven zich niet te kunnen herinneren of de huisarts heeft gevraagd naar hun eigen voorkeur. Ook heeft een patiënt van huisarts 7 aangegeven zich niet te kunnen herinneren of de huisarts heeft gevraagd naar belangrijke kenmerken van een ziekenhuis en of de huisarts meerdere ziekenhuizen en hun wachttijden en kwaliteit heeft besproken. De rol van huisarts 7 blijft dus onduidelijk. Verder zien we dat huisartsen 4, 8 en 10 (bijna) elke rol hebben aangenomen bij in ieder geval 1 respondent. Huisarts 10 heeft de meeste manieren gebruikt om zijn patiënten te ondersteunen bij de keuze voor een ziekenhuis. Ook is te zien dat huisartsen binnen een bepaalde woonplaats (Den Haag of Monster) onderling verschillen in welke rollen zij hebben aangenomen; het is bijvoorbeeld niet zo dat de huisartsen in Den Haag altijd meerdere ziekenhuizen noemen. Verder is het nog opvallend dat de respondenten sterk zijn verspreid over de huisartsen; hoogstens 4 respondenten hebben dezelfde huisarts. De huisartsen die in de steekproef worden vertegenwoordigd door minder dan 3 respondenten zijn voor een deel gevestigd in Den Haag en het Westland (Honselersdijk, Poeldijk, Naaldwijk, Monster), maar ook in verder gelegen plaatsen zoals Roelofarendsveen, Amsterdam en Delft.

Tabel 6. Mogelijke rollen uitgesplitst per zorgverzekeraar

Zorgverzekeraar (N = 188)	Aantal	Informatie over kwaliteit opgevraagd?	Informatie over wachttijden opgevraagd?	Ziekenhuis geadviseerd?
• Agis	5	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
• Avéro Achmea	5	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
• Azivo	28	2 (7,1%)	2 (7,1%)	3 (10,7%)
• CZ	18	1 (5,6%)	0 (0,0%)	1 (5,6%)
• Delta Lloyd	5	1 (20,0%)	1 (20,0%)	1 (20,0%)
• DSW	29	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
• FBTO	6	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
• IZA cura	7	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
• IZZ	5	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
• Menzis	14	1 (7,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
• Ohra	28	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
• ONVZ	3	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
• VGZ	13	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
• Zilveren Kruis Achmea	18	1 (5,6%)	0 (0,0%)	1 (5,6%)
• Zorg en Zekerheid	4	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Zoals uit tabel 6 blijkt, hebben weinig verzekerden een beroep op hun zorgverzekeraar gedaan om te helpen bij het kiezen van een ziekenhuis. Azivo heeft de meeste ‘actieve’

verzekerden: 2 verzekerden van Azivo hebben informatie over de kwaliteit en wachttijden van verschillende ziekenhuizen opgevraagd en 3 verzekerden ontvingen een advies voor een bepaald ziekenhuis. Daarnaast vroeg ook 1 verzekerde van CZ, Delta Lloyd en Zilveren Kruis Achmea om informatie over de kwaliteit en een advies voor een bepaald ziekenhuis. Een verzekerde van Menzis vroeg alleen informatie over de kwaliteit van verschillende ziekenhuizen. Al met al blijken verzekerden hun zorgverzekeraars dus bijna niet te betrekken bij het kiezen van een ziekenhuis.

Uit het bovenstaande is naar voren gekomen dat huisartsen en zorgverzekeraars niet altijd dezelfde rol aannemen bij het ondersteunen van patiënten bij het maken van de keuze voor een ziekenhuis. Bij de huisarts heeft dit mogelijk te maken met het gebruik van ZorgDomein. Zoals in het theoretisch kader al werd beschreven, moet bij het gebruik van ZorgDomein de keuze voor een ziekenhuis al in de spreekkamer worden gemaakt. Mogelijk beïnvloedt dit de rol die de huisarts aanneemt. In tabel 7 worden Chi-kwadraattoetsen weergegeven die laten zien of er een verband bestaat tussen het gebruik van ZorgDomein en het aannemen van bepaalde rollen door de huisarts. Chi-kwadraattoetsen zijn valide als is voldaan aan de volgende twee voorwaarden (Kirkwood & Sterne 2003:171):

- Hoogstens 20% van de verwachte waarden is lager dan 5;
- Geen van de verwachte waarden is lager dan 1.

In de tabel wordt aangegeven of aan deze voorwaarden is voldaan en dus of interpretatie mogelijk is.

Tabel 7. Chi-kwadraattoetsen voor de invloed van ZorgDomein op de rollen van huisartsen

Activiteiten (N = 186)	Interpretatie mogelijk?	Chi-kwadraat	d.f	P-waarde
• <b>Eigen voorkeur gevraagd?</b>	Nee	20,262	4	<b>0,000**</b>
• <b>Belangrijke kenmerken gevraagd?</b>	Nee	3,921	4	0,417
• <b>Meerdere ziekenhuizen genoemd?</b>	Nee	4,169	4	0,384
➢ <b>Wachttijden besproken?</b>	Nee	12,077	6	0,060
➢ <b>Kwaliteit besproken?</b>	Nee	4,856	6	0,562
• <b>Ziekenhuis afgeraden?</b>	Nee	2,130	4	0,712
• <b>Ziekenhuis geadviseerd?</b>	<b>Ja</b>	0,260	2	0,878

\* P-waarde < 0,05

\*\* P-waarde < 0,01

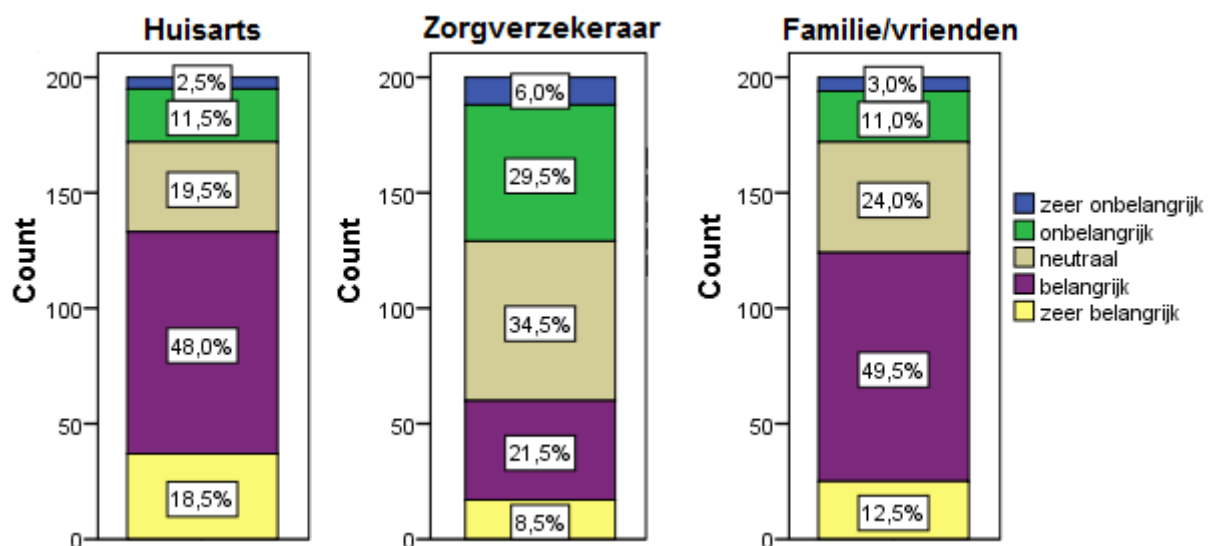
Tabel 7 toont dat alleen het mogelijke verband tussen het gebruik van ZorgDomein en het al dan niet geven van een specifiek advies voor een ziekenhuis door de huisarts mag worden geïnterpreteerd. Dit verband heeft een p-waarde van 0,878 en is dus niet significant (< 0,05). Binnen deze steekproef is er dus geen verband tussen het gebruik van ZorgDomein en het geven van een specifiek advies door de huisarts. Wel significant (<0,05), maar niet valide is het verband tussen het gebruik van ZorgDomein en het vragen naar de eigen voorkeur. Uit

dit onderzoek blijkt dat wanneer huisartsen ZorgDomein gebruikten, respondenten relatief vaker werd gevraagd naar hun eigen voorkeur. Dit resultaat is echter niet valide en hier kan dus geen conclusie uit worden getrokken.

### 4.3 Het belang van adviezen van huisartsen/zorgverzekeraars

In de vorige paragraaf hebben we gezien dat huisartsen en zorgverzekeraars hun rol bij de keuze voor een ziekenhuis op verschillende manieren kunnen invullen. Een van die manieren is het geven van advies. In het theoretisch kader werd vastgesteld dat mensen een advies van de huisarts, zorgverzekeraar en familie of vrienden belangrijk vinden bij het kiezen van een ziekenhuis (Van der Geest & Varkevisser 2012). Aan de mensen in de steekproef is daarom gevraagd hoe belangrijk zij een advies van de huisarts, zorgverzekeraar en familie/vrienden/kennissen vinden. Alleen de respondenten die alle vragen bij onderdeel B hebben ingevuld, worden in deze paragraaf meegenomen.

Figuur 2. Het belang van bepaalde adviesbronnen



In figuur 2 is te zien dat de meeste mensen het advies van de huisarts belangrijk vinden (48%). Daarentegen staan de meeste respondenten neutraal tegenover een advies van de zorgverzekeraar (34,5%). Ook het advies van familie, vrienden of kennissen wordt door de meeste mensen als belangrijk gezien (49,5%). Al met al blijken de respondenten voornamelijk veel belang te hechten aan een eventueel advies van de huisarts of familie/vrienden/kennissen. Aan een mogelijk advies van de zorgverzekeraar wordt minder belang gehecht.

Naar aanleiding van de beschrijvende statistieken is besloten de categorieën zeer onbelangrijk en onbelangrijk en de categorieën belangrijk en zeer belangrijk samen te

voegen, omdat weinig respondenten voor de uiterste categorieën hebben gekozen. Beide categorieën betekenen dat het advies van de huisarts/zorgverzekeraar als (niet) belangrijk wordt gezien en dus heeft samenvoeging waarschijnlijk geen gevolgen voor de interpretatie. Om te kijken of de hoeveelheid belang die mensen hechten aan een advies afhankelijk is van bepaalde kenmerken, zijn een aantal Chi-kwadraattoetsen uitgevoerd. Opnieuw zijn de resultaten alleen valide en daarmee te interpreteren als is voldaan aan de eerder genoemde voorwaarden.

Tabel 8. Chi-kwadraattoetsen voor het belang van het advies van de huisarts

Factoren (N = 200)	Interpretatie mogelijk?	Chi-kwadraat	d.f	P-waarde
• <b>Geslacht</b>	<b>Ja</b>	2,083	2	0,353
• <b>Leeftijdcategorieën</b>	Nee	19,483	14	0,147
• <b>Opleiding</b>	Nee	13,981	12	0,302
• <b>Ervaren gezondheid</b>	Nee	6,079	8	0,638

\* P-waarde < 0,05

\*\* P-waarde < 0,01

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat alleen voor de variabele geslacht interpretatie mogelijk is; bij de andere variabelen is niet voldaan aan de voorwaarden. Voor geslacht is de p-waarde 0,353 en dit is hoger dan 0,05. Geslacht heeft dus geen significante invloed op het belang dat mensen hechten aan het advies van de huisarts, oftewel de mening over het belang van een advies van de huisarts is niet afhankelijk van geslacht.

Tabel 9. Chi-kwadraattoetsen voor het belang van het advies van de zorgverzekeraar

Factoren (N = 200)	Interpretatie mogelijk?	Chi-kwadraat	d.f	P-waarde
• <b>Geslacht</b>	<b>Ja</b>	5,239	2	0,073
• <b>Leeftijdcategorieën</b>	Nee	25,876	14	<b>0,027*</b>
• <b>Opleiding</b>	Nee	16,886	12	0,154
• <b>Ervaren gezondheid</b>	Nee	11,294	8	0,186

\* P-waarde < 0,05

\*\* P-waarde < 0,01

Ook bij het belang van het advies van de zorgverzekeraar geldt dat alleen voor de variabele geslacht interpretatie mogelijk is. Voor geslacht is de p-waarde 0,073 en dit is hoger dan 0,05. Het belang dat mensen hechten aan het advies van de zorgverzekeraar wordt dus niet beïnvloed door geslacht. De factor leeftijdscategorieën is wel significant (<0,05), maar niet valide. Over het algemeen vinden oudere mensen het advies van de zorgverzekeraar belangrijker dan jongeren, waarbij opvalt dat geen van de respondenten in de leeftijdscategorie 31-40 jaar heeft aangegeven het advies van de zorgverzekeraar (zeer) belangrijk te vinden. Deze resultaten zijn echter niet valide en daarom is het niet mogelijk op basis hiervan een conclusie te trekken.

#### 4.4 Adviezen van huisartsen/zorgverzekeraars in de praktijk

In de vorige paragraaf is duidelijk geworden dat de meeste respondenten het advies van de huisarts belangrijk vinden en neutraal staan tegenover een advies van de zorgverzekeraar met betrekking tot de keuze voor een ziekenhuis. Het is interessant te kijken of dit terugkomt in de praktijk: wordt er in de praktijk vaker advies gegeven voor een specifiek ziekenhuis door de huisarts dan door de zorgverzekeraar? Informatie over de rol van de huisarts heeft betrekking op de respondenten die alle vragen bij onderdeel C hebben beantwoord; voor de rol van de zorgverzekeraar geldt dit voor onderdeel D.

Tabel 10. Beschrijvende statistieken voor het krijgen van adviezen

	<i>Frequentie</i>	<i>Percentage (%)</i>
<b>Huisarts ziekenhuis geadviseerd?</b>	<b>186</b>	
• Ja	73	39,2
• Nee	113	60,8
<b>Zorgverzekeraar ziekenhuis geadviseerd?</b>	<b>207</b>	
• Ja	7	3,4
• Nee	200	96,6

Bij tabel 10 dient allereerst te worden opgemerkt dat huisartsen en zorgverzekeraars op verschillende manieren advies kunnen geven. De huisarts verwijst een patiënt door en kan op dat moment advies geven, terwijl een zorgverzekeraar vaak pas achteraf weet dat zijn verzekerde is doorverwezen naar een ziekenhuis. Zorgverzekeraars kunnen dus alleen advies geven over welk ziekenhuis zou moeten worden bezocht indien de verzekerde hier van tevoren om vraagt. 39,2% van de respondenten heeft een advies gekregen van de huisarts voor een specifiek ziekenhuis, terwijl maar 3,4% van de respondenten een advies van de zorgverzekeraar heeft gehad.

Het is verder nog interessant te kijken of huisartsen eerder geneigd zijn advies te geven voor een specifiek ziekenhuis indien een patiënt bepaalde kenmerken heeft. In het theoretisch kader werd opgemerkt dat huisartsen geregeld een ziekenhuis voor een patiënt uitkiezen en dit voornamelijk doen als een patiënt ouder of lager opgeleid is (Berendsen et al. 2010). In de onderstaande tabel wordt daarom een logistische regressie weergegeven voor de invloed van leeftijd en opleiding op het al dan niet krijgen van een advies van de huisarts. Daarbij staat 0 voor het niet ontvangen hebben van een advies en 1 voor het gekregen hebben van een advies van de huisarts over welk ziekenhuis zou moeten worden bezocht.

Tabel 11. Logistische regressie voor de invloed van leeftijd en opleiding op adviezen van huisartsen

<i>N</i> = 186		<i>B</i>	<i>Exp(B)</i>	<i>S.E.</i>	<i>P</i> -waarde
<b>(Constate)</b>		-1,123	0,325	0,737	0,127
<b>Leeftijd</b>	Leeftijd	0,026	1,026	0,010	<b>0,007**</b>
<b>Opleiding</b>	WO				0,329
	Basisonderwijs	-0,464	0,629	0,702	0,509
	Vmbo	-1,066	0,344	0,705	0,130
	Havo	-0,600	0,549	0,762	0,431
	Vwo	-2,282	0,102	1,221	0,062
	MBO	-1,067	0,344	0,645	0,098
	HBO	-0,431	0,650	0,656	0,512

\* *P*-waarde < 0,05

\*\* *P*-waarde < 0,01

In tabel 11 is te zien dat bij de logistische regressie slechts één variabele een significant effect (< 0,05) heeft, namelijk leeftijd. Uit deze analyse blijkt dat bij elk jaar dat men ouder wordt de kans dat men advies van de huisarts krijgt 1,026 keer zo groot wordt. Dit betekent dus dat huisartsen sneller geneigd zijn advies te geven over welk ziekenhuis men moet bezoeken naarmate de leeftijd van de patiënt toeneemt. Zoals eerder ook al werd aangegeven, kunnen zorgverzekeraars alleen een advies geven voor een specifiek ziekenhuis als verzekerden hier om vragen. Het is dus niet zinvol te analyseren wanneer een advies wordt gegeven door de zorgverzekeraar.

#### 4.5 Het opvolgen van adviezen van huisartsen/zorgverzekeraars

Nu is gekeken naar het geven van advies in de praktijk, kan worden nagegaan of adviezen van huisartsen en zorgverzekeraars voor het bezoeken van een specifiek ziekenhuis ook worden opgevolgd. Daar waar het gaat om de huisarts zijn alleen de respondenten meegenomen die alle vragen bij onderdeel C hebben ingevuld; daar waar het gaat om de zorgverzekeraar geldt dit voor onderdeel D. In tabel 12 wordt aangegeven hoe vaak adviezen van de huisarts en de zorgverzekeraar zijn opgevolgd.

Tabel 12. Beschrijvende statistieken voor het opvolgen van adviezen

	<i>Frequentie</i>	<i>Percentage (%)</i>
<b>Advies huisarts opgevolgd?</b>	<b>73</b>	
• Ja	71	97,3
• Nee	2	2,7
<b>Advies zorgverzekeraar opgevolgd?</b>	<b>7</b>	
• Ja	6	85,7
• Nee	1	14,3

In de tabel is te zien dat bijna alle respondenten die een specifiek advies voor een ziekenhuis van de huisarts hebben gekregen dit advies ook hebben opgevolgd (97,3%). Bij de zorgverzekeraar ligt dit percentage iets lager, namelijk op 85,7%, maar door het lage aantal respondenten dat daadwerkelijk een advies van de zorgverzekeraar heeft gehad kan het toeval niet geheel worden uitgesloten. Aan de respondenten is ook gevraagd waarom zij

het advies van de huisarts/zorgverzekeraar (niet) hebben opgevolgd. Er mochten meerdere redenen worden aangekruist.

Tabel 13. Beschrijvende statistieken voor redenen (niet) opvolgen advies huisartsen

<b>Variabele</b>	<b>Frequentie</b>	<b>Percentage (%)</b>
<b>Redenen opvolgen advies huisarts</b>	<b>71</b>	
• Vertrouwen	40	56,3
• Overeenstemming met wensen	20	28,2
• Overeenstemming met ervaring(en)	16	22,5
• Overeenstemming met advies zorgverzekeraar	2	2,8
• Overeenstemming met advies familie/vrienden/kennissen	10	14,1
<b>Redenen niet opvolgen advies huisarts</b>	<b>2</b>	
• Geen overeenstemming met wensen	2	100,0
• Geen overeenstemming met advies familie/vrienden/kennissen	1	50,0

De voornaamste redenen voor het opvolgen van het advies van de huisarts voor een specifiek ziekenhuis is dat mensen vertrouwen hebben in de huisarts (56,3%). Daarnaast werden dergelijke adviezen van de huisarts ook opgevolgd omdat deze in overeenstemming waren met de eigen wensen (28,2%), eigen ervaringen (22,5%), het advies van de zorgverzekeraar (2,8%) en/of het advies van familie, vrienden of kennissen (14,1%). Naast deze redenen, die zijn weergegeven in tabel 13, werden ook nog een aantal andere redenen genoemd voor het opvolgen van het advies van de huisarts. Zo werd bijvoorbeeld genoemd dat het advies overeenkwam met het advies van de fysiotherapeut, podotherapeut of pedicure, maar ook dat het ziekenhuis dichtbij was. Redenen om het advies van de huisarts voor een specifiek ziekenhuis niet op te volgen, zijn dat dit advies niet in overeenstemming was met de eigen wensen (100,0%) en/of het advies van familie, vrienden of kennissen (50,0%). Een andere reden die werd aangegeven voor het niet opvolgen van het advies van de huisarts, was dat deze respondent zelf een specialist had uitgezocht en dit niet paste bij het advies van de huisarts. Er kon ook worden aangegeven dat het advies van de huisarts niet werd opgevolgd omdat men de huisarts niet vertrouwde of omdat dit advies niet in overeenstemming was met het advies van de zorgverzekeraar, maar geen van de respondenten heeft deze redenen aangekruist.

Tabel 14. Beschrijvende statistieken voor redenen (niet) opvolgen advies zorgverzekeraars

<b>Variabele</b>	<b>Frequentie</b>	<b>Percentage (%)</b>
<b>Redenen opvolgen advies zorgverzekeraar</b>	<b>6</b>	
• Vertrouwen	3	50,0
• Anders een deel zelf betalen	1	16,7
• Overeenstemming met wensen	2	33,3
• Overeenstemming met advies familie/vrienden/kennissen	1	16,7
<b>Redenen niet opvolgen advies zorgverzekeraar</b>	<b>1</b>	
• Geen vertrouwen	1	100,0

Uit tabel 14 blijkt dat voornamelijk vertrouwen hebben in de zorgverzekeraar een reden is om het advies voor een ziekenhuis op te volgen (50%). Andere redenen die werden aangegeven, zijn dat anders (een deel van) de zorg zelf moest worden betaald (16,7%) of dat het advies in overeenstemming was met de eigen wensen (33,3%) of het advies van familie, vrienden of kennissen (16,7%). Er kon ook worden aangegeven dat het advies van de zorgverzekeraar werd opgevolgd omdat men dan sneller geholpen zou worden of omdat dit advies in overeenstemming was met het advies van de huisarts, maar deze redenen werden niet aangekruist. Dit is opvallend, want 2 respondenten hebben aangegeven dat zij het advies van de huisarts hebben opgevolgd omdat deze in overeenstemming was met het advies van de zorgverzekeraar, maar andersom heeft niemand deze reden aangekruist. De respondent die het advies van de zorgverzekeraar niet heeft opgevolgd, heeft hiertoe besloten omdat hij geen vertrouwen had in dit advies. Andere mogelijke redenen waren dat het advies niet in overeenstemming was met de eigen wensen, het advies van de huisarts of het advies van familie, vrienden of kennissen, maar deze werden door geen van de respondenten aangekruist. Door het lage aantal respondenten dat heeft aangegeven een advies van de zorgverzekeraar te hebben gehad, is het lastig conclusies te trekken over de redenen van het al dan niet opvolgen van dit advies.

#### **4.6 Invloed van een eigen bijdrage op de keuze voor een ziekenhuis**

Uit de voorgaande paragrafen is duidelijk geworden dat een advies van de zorgverzekeraar voor een bepaald ziekenhuis als niet erg belangrijk wordt beschouwd en dat in de praktijk weinig patiënten hun zorgverzekeraar om advies vragen bij het kiezen van een ziekenhuis. Echter, het is wel de bedoeling dat zorgverzekeraars hun verzekerden adviseren en het liefst ook sturen bij de keuze voor een ziekenhuis, omdat op die manier de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg kan worden bevorderd (Sorensen 2003; Wu 2009). Daarom is aan de respondenten een keuze-experiment voorgelegd, gebaseerd op een artikel van Sinaiko (2011). De bedoeling van dit keuze-experiment is inzicht te krijgen in de mate waarin de keuze voor een ziekenhuis kan worden beïnvloed door een eigen bijdrage. Bij dit keuze-



experiment worden alleen de respondenten meegenomen die alle vragen bij onderdeel E hebben beantwoord. Omdat de verschillende hoogtes van de eigen bijdrage at random zijn toegewezen, dient gecontroleerd te worden of de groepen van elkaar verschillen. In tabel 15 worden de beschrijvende statistieken van de achtergrondkenmerken weergegeven voor de algemene respondentengroep en de experimentgroepen.

Tabel 15. Vergelijking van de verschillende experimentgroepen op achtergrondkenmerken

	<b>Algemeen</b>	<b>Groep 1. 0 euro</b>	<b>Groep 2. 20 euro</b>	<b>Groep 3. 50 euro</b>
<b>Frequentie</b>	<b>212</b>	<b>61</b>	<b>57</b>	<b>57</b>
<b>Geslacht</b>				
• Man	40,1%	49,2%	36,8%	36,8%
• Vrouw	59,9%	50,8%	63,2%	63,2%
<b>Leeftijd</b>	55,24	56,31	54,04	48,00
<b>Leeftijdcategorieën</b>				
• 20 jaar of jonger	3,3%	0,0%	1,8%	10,5%
• 21-30 jaar	9,4%	8,2%	14,0%	12,3%
• 31-40 jaar	6,1%	4,9%	5,3%	12,3%
• 41-50 jaar	17,9%	29,5%	15,8%	10,5%
• 51-60 jaar	20,3%	13,1%	26,3%	24,6%
• 61-70 jaar	25,9%	31,1%	21,1%	24,6%
• 71-80 jaar	12,3%	8,2%	8,8%	5,3%
• Ouder dan 80 jaar	4,7%	4,9%	7,0%	0,0%
<b>Opleiding</b>				
• Basisonderwijs	16,0%	13,1%	19,3%	15,8%
• Vmbo	16,5%	13,1%	14,0%	19,3%
• Havo	8,0%	13,1%	3,5%	10,5%
• Vwo	4,2%	3,3%	3,5%	1,8%
• MBO	28,8%	24,6%	31,6%	29,8%
• HBO	19,8%	21,3%	21,1%	19,3%
• WO	6,6%	11,5%	7,0%	3,5%
<b>Ervaren gezondheid</b>				
• Zeer slecht	0,9%	1,6%	0,0%	1,8%
• Slecht	5,7%	6,6%	7,0%	1,8%
• Redelijk	34,4%	31,1%	42,1%	36,8%
• Goed	48,1%	45,9%	38,6%	52,6%
• Zeer goed	10,8%	14,8%	12,3%	7,0%

In deze tabel is te zien dat er verschillen bestaan tussen de groepen wat betreft achtergrondkenmerken. In de algemene groep en de experimentgroepen 2 en 3 zitten meer vrouwen dan mannen, maar in groep 1 zitten ongeveer evenveel mannen als vrouwen. Ook qua leeftijd verschillen de groepen van elkaar. De respondenten uit groep 1 zijn het oudst met een gemiddelde leeftijd van 56,31, groep 2 heeft een iets lagere gemiddelde leeftijd van 54,04 en de respondenten uit groep 3 zijn het jongst met een gemiddelde leeftijd van 48. De gemiddelde leeftijd van de algemene respondentengroep is 55,24; groep 1 zit hier iets boven en groep 2 en 3 liggen hier onder. Dit komt terug in de verdeling over de verschillende leeftijdscategorieën. In groep 1 zitten relatief meer mensen in de oudere groepen, terwijl in groep 2 en met name groep 3 relatief veel respondenten tot de jongste groepen behoren. Bij

vergelijking van de algemene respondentengroep met de drie experimentgroepen valt voornamelijk op dat er relatief meer mensen uit de algemene groep in de categorie 71-80 jaar vallen (12,3%) dan uit de drie experimentgroepen (8,2%, 8,8% en 5,3%). Vergelijking van de verschillende groepen op opleiding laat zien dat dit over het algemeen ongeveer gelijk is met een paar uitzonderingen. Zo zitten in groep 1 relatief veel mensen die een WO-opleiding hebben afgerond, hebben relatief veel mensen in groep 2 basisonderwijs en relatief weinig mensen havo als hoogste opleiding en zijn er relatief weinig mensen in experimentgroep 3 met vwo of WO als hoogste opleiding. Voor gezondheid geldt dat de groepen over het algemeen vergelijkbaar scoren. In groep 1 hebben relatief veel mensen aangegeven een zeer goede gezondheid te hebben, terwijl in groep 2 juist relatief meer mensen hebben gezegd een redelijke gezondheid te hebben. Voor experimentgroep 3 geldt dat voornamelijk veel mensen hebben aangegeven dat zij een goede gezondheid hebben. Concluderend bestaan er dus wat verschillen tussen de experimentgroepen.

In tabel 16 staan de beschrijvende statistieken weergegeven van het keuze-experiment. Aan de respondenten werd een denkbeeldige keuzesituatie voorgelegd waarin werd aangegeven dat de zorgverzekeraar zijn verzekerden aanraadt naar ziekenhuis A te gaan omdat de kosten daar lager zijn en de kwaliteit hoger. Bij de groepen met een eigen bijdrage werd aangegeven dat als men toch naar ziekenhuis B zou gaan, men deze eigen bijdrage zou moeten betalen. In de tabel wordt per hoogte van de eigen bijdrage (€0, €20 of €50) getoond welk deel van de respondenten zou kiezen voor ziekenhuis A, B of beide. Ook wordt aangegeven hoe belangrijk het advies van de zorgverzekeraar en de eigen bijdrage werd gevonden door de respondenten.

Tabel 16. Keuze voor een ziekenhuis, uitgesplitst per hoogte van de eigen bijdrage

	<b>N = 175</b>	<b>0 euro (N = 61)</b>	<b>20 euro (N = 57)</b>	<b>50 euro (N = 57)</b>
<b>1</b>	<b>Stel dat u een afspraak moet maken met ziekenhuis A of B. Bij welk ziekenhuis maakt u een afspraak?</b>			
	Ziekenhuis A	42 (68,9%)	33 (57,9%)	40 (70,2%)
	Ziekenhuis B	3 (4,9%)	9 (15,8%)	4 (7,0%)
	Ziekenhuis A of B	16 (26,2%)	15 (26,3%)	13 (22,8%)
<b>2</b>	<b>Hoe belangrijk is voor u het advies van de zorgverzekeraar voor deze keuze?</b>			
	Zeer onbelangrijk	-	4 (7,0%)	1 (1,8%)
	Onbelangrijk	-	12 (21,1%)	12 (21,1%)
	Neutraal	-	20 (35,1%)	21 (36,8%)
	Belangrijk	-	19 (33,3%)	21 (36,8%)
	Zeer belangrijk	-	2 (3,5%)	2 (3,5%)
<b>3</b>	<b>Hoe belangrijk is voor u de eigen bijdrage voor deze keuze?</b>			
	Zeer onbelangrijk	-	0 (0,0%)	1 (1,8%)
	Onbelangrijk	-	16 (28,1%)	18 (31,6%)
	Neutraal	-	14 (24,6%)	8 (14,0%)
	Belangrijk	-	19 (33,3%)	20 (35,1%)
	Zeer belangrijk	-	8 (14,0%)	10 (17,5%)
<b>4</b>	<b>Stel dat een familielid of vriend u vertelt goede ervaringen te hebben gehad met ziekenhuis B. Welk ziekenhuis kiest u in dat geval?</b>			
	Ziekenhuis A	12 (19,7%)	15 (26,3%)	17 (29,8%)
	Ziekenhuis B	35 (57,4%)	27 (47,4%)	20 (35,1%)
	Ziekenhuis A of B	14 (22,9%)	15 (26,3%)	20 (35,1%)
<b>5</b>	<b>Stel nu dat het uw huisarts is die u adviseert om naar ziekenhuis B te gaan. Welk ziekenhuis kiest u dan?</b>			
	Ziekenhuis A	4 (6,6%)	11 (19,3%)	10 (17,5%)
	Ziekenhuis B	51 (83,6%)	35 (61,4%)	34 (59,7%)
	Ziekenhuis A of B	6 (9,8%)	11 (19,3%)	13 (22,8%)

Bij de eerste vraag gaat het erom of mensen het advies van de zorgverzekeraar zouden opvolgen. Bij geen eigen bijdrage zou 68,9% van de respondenten dit advies opvolgen en dus naar ziekenhuis A gaan, zou 26,2% naar ziekenhuis A of B gaan en 4,9% naar ziekenhuis B. Dit laatste is opvallend, omdat men alleen de informatie heeft dat de zorgverzekeraar stelt dat ziekenhuis A een betere kwaliteit van zorg en lagere kosten heeft. Mochten mensen dit advies niet vertrouwen, dan lijkt het logisch voor ziekenhuis A of B te gaan en is het bezoeken van ziekenhuis B een minder logische keuze, maar toch kiezen een aantal respondenten voor dit laatste. Als een eigen bijdrage van €20,- moet worden betaald bij het bezoeken van ziekenhuis B, kiezen opvallend genoeg relatief meer mensen ervoor naar ziekenhuis B te gaan (15,8%) en relatief minder voor ziekenhuis A (57,9%). Als de eigen bijdrage toeneemt naar €50,-, kiezen relatief meer mensen voor ziekenhuis A (70,2%), maar ook hier is het opvallend dat nog 7% van de respondenten kiest voor ziekenhuis B. Als wordt gevraagd naar het belang van het advies van de zorgverzekeraar bij deze keuze, geven de meeste respondenten bij een eigen bijdrage van €20,- en €50,- aan dat zij dit advies neutraal (35,1% resp. 36,8%) of belangrijk (33,3% resp. 36,8%) vinden. Bij het belang van de eigen bijdrage is een verdeling te zien in twee groepen voor een eigen bijdrage van zowel €20,- als €50,-: de meeste respondenten vinden de eigen bijdrage niet belangrijk (28,1% resp. 31,6%) of juist wel belangrijk (33,3% resp. 35,1%). Bij een eigen bijdrage van

€20,- is er ook nog een redelijk grote groep die neutraal staat tegenover deze eigen bijdrage (24,6%). Vervolgens is aan de respondenten gevraagd naar welk ziekenhuis zij zouden gaan indien zij een advies krijgen van een familielid of vriend en van de huisarts dat tegenstrijdig is met het advies van de zorgverzekeraar. In tabel 16 is te zien dat als een familielid of vriend adviseert naar ziekenhuis B te gaan, de meeste mensen hier naar luisteren indien zij geen eigen bijdrage hoeven te betalen (57,4%). Zodra een eigen bijdrage van €20,- of €50,- moet worden betaald, neemt het aantal mensen af dat kiest voor ziekenhuis B (47,4% resp. 35,1%). Indien de huisarts adviseert naar ziekenhuis B te gaan, luisteren de meeste mensen hiernaar als zij geen eigen bijdrage hoeven te betalen (83,6%). Indien een eigen bijdrage van €20,- moet worden betaald, volgen nog steeds de meeste mensen het advies van de huisarts op (61,4%), maar dit zijn er wel relatief minder dan wanneer er geen eigen bijdrage hoeft te worden betaald. Bij een eigen bijdrage van €50,- neemt het aantal mensen dat het advies van de huisarts verkiest boven het advies van de zorgverzekeraar af naar 59,7%, maar dit zijn er nog steeds relatief veel.

Tabel 16 lijkt te tonen dat de keuze om het advies van de zorgverzekeraar op te volgen afhankelijk is van de hoogte van de eigen bijdrage en een eventueel tegenstrijdig advies van een familielid/vriend of de huisarts. Met een logistische regressie kan worden gekeken of deze factoren en de achtergrondkenmerken een significante invloed hebben op het al dan niet opvolgen van het advies van de zorgverzekeraar. In tabel 17 wordt deze logistische regressie weergegeven. De categorieën zeer slecht en slecht en de categorieën goed en zeer goed van de variabele 'ervaren gezondheid' zijn samengevoegd, omdat relatief weinig respondenten tot de uiterste categorieën behoorden.

Tabel 17. Logistische regressie voor de invloed van factoren op het al dan niet opvolgen van het advies van de zorgverzekeraar

<i>N</i> = 525		<i>B</i>	<i>Exp(B)</i>	<i>S.E.</i>	<i>P</i> -waarde
• (Constante)		0,480	1,617	0,624	0,441
• Eigen bijdrage		0,011	1,011	0,005	<b>0,042*</b>
• Tegenstrijdig advies van familie/vriend	Ja	-1,794	0,166	0,241	<b>0,000**</b>
• Tegenstrijdig advies van de huisarts	Ja	-2,508	0,081	0,274	<b>0,000**</b>
• Geslacht	Vrouw	0,118	1,125	0,216	0,586
• Leeftijd	Leeftijd	0,009	1,009	0,007	0,195
• Opleiding	Basisonderwijs				0,460
	Vmbo	-0,650	0,522	0,384	0,090
	Havo	-0,173	0,841	0,442	0,695
	Vwo	-1,219	0,296	0,769	0,113
	MBO	-0,341	0,711	0,339	0,314
	HBO	-0,193	0,825	0,361	0,594
	WO	0,052	1,054	0,479	0,913
• Ervaren gezondheid	(Zeer) slecht				0,668
	Redelijk	-0,391	0,676	0,466	0,401
	(Zeer) goed	-0,272	0,762	0,466	0,559

\* *P*-waarde < 0,05

\*\* *P*-waarde < 0,01

In deze tabel is te zien dat een eigen bijdrage, een tegenstrijdig advies van familie/vrienden en een tegenstrijdig advies van de huisarts een significante invloed (<0,05) hebben op het al dan niet opvolgen van het advies van de zorgverzekeraar. Bij elke euro die de eigen bijdrage toeneemt, wordt de kans 1,011 keer groter dat iemand het advies van de zorgverzekeraar opvolgt. Indien de zorgverzekeraar adviseert naar ziekenhuis A te gaan, maar een familielid of vriend ziekenhuis B aanraadt, is de kans dat iemand het advies van de zorgverzekeraar opvolgt 0,166 keer kleiner dan wanneer iemand geen tegenstrijdig advies van familie/vrienden heeft gekregen. Bij een tegenstrijdig advies van een familielid of vriend wordt hier dus sneller naar geluisterd dan naar het advies van de zorgverzekeraar. Indien de huisarts een tegenstrijdig advies geeft, is de kans dat mensen het advies van de zorgverzekeraar opvolgen 0,081 keer kleiner dan wanneer patiënten geen tegenstrijdig advies hebben ontvangen van de huisarts. Ook hier geldt dus dat men het advies van de huisarts verkiest boven het advies van de zorgverzekeraar.

## 5. Conclusie en discussie

In deze scriptie is onderzoek gedaan naar de rol van de huisarts en de zorgverzekeraar bij het kiezen van een ziekenhuis. Daarbij waren de volgende deelvragen leidend:

- 1) Op welke manieren kunnen huisartsen en zorgverzekeraars hun patiënten ondersteunen bij het kiezen van een ziekenhuis?
- 2) Hoeveel belang hechten patiënten aan het advies van de huisarts en van de zorgverzekeraar over welk ziekenhuis zou moeten worden bezocht?
- 3) Hoe vaak krijgen patiënten in de praktijk een specifiek advies voor een bepaald ziekenhuis van de huisarts en de zorgverzekeraar?
- 4) In hoeverre volgen patiënten het advies van de huisarts en de zorgverzekeraar op over welk ziekenhuis zou moeten worden bezocht en waarom wordt dit advies (niet) opgevolgd?
- 5) In hoeverre heeft een eigen bijdrage invloed op de keuze voor een ziekenhuis?

In de paragrafen die volgen zullen deze deelvragen worden beantwoord, waarna getracht zal worden een antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag *“Welke rol spelen de huisarts en de zorgverzekeraar bij de keuze van patiënten voor een bepaald ziekenhuis in het kader van een eerste polikliniekbezoek?”* Vervolgens worden een aantal punten binnen dit onderzoek bediscussieerd en er wordt afgesloten met een aantal aanbevelingen.

### 5.1 Manieren van ondersteuning door huisartsen en zorgverzekeraars

In het onderzoek is naar voren gekomen dat huisartsen en zorgverzekeraars veel verschillende manieren gebruiken om hun patiënten te ondersteunen bij de keuze voor een ziekenhuis. Zo vroegen huisartsen bij 43% van de respondenten naar hun eigen voorkeur en werd er bij 17,7% gevraagd naar wat zij belangrijk vinden aan een ziekenhuis. Ook werd door 26,9% van de huisartsen meerdere ziekenhuizen genoemd. Van deze groep gaf 6% informatie over wachttijden en kwaliteit, 12% alleen informatie over de wachttijden van de ziekenhuizen en 28% alleen over de kwaliteit. 3,2% van de patiënten werd afgeraden naar een specifiek ziekenhuis te gaan en 39,2% van de respondenten kreeg een advies van de huisarts voor een specifiek ziekenhuis. De huisartsen bleken onderling veel te verschillen wat betreft rollen die zij aannamen en dit was niet afhankelijk van de woonplaats. Voor de zorgverzekeraar dienen de rollen anders geïnterpreteerd te worden. Verzekerden moeten hier namelijk zelf actie voor ondernemen, omdat verzekeraars anders niet weten dat hun verzekerden zijn doorverwezen naar een ziekenhuis. Slechts een paar verzekerden vroegen informatie op bij de zorgverzekeraar over de kwaliteit (3,4%) en wachttijden (1,4%) van verschillende ziekenhuizen. Ook kreeg 3,4% van de respondenten een advies van de zorgverzekeraar over welk ziekenhuis zou moeten worden bezocht.

## 5.2 Advies van huisartsen en zorgverzekeraars

De adviesrol van huisartsen en zorgverzekeraars werd verder onderzocht. Uit het onderzoek bleek dat patiënten het advies van de huisarts over het te kiezen ziekenhuis over het algemeen belangrijk vinden (48%), terwijl de meeste mensen neutraal staan tegenover een advies van de zorgverzekeraar (34,5%). 30% van de respondenten vindt het advies van de zorgverzekeraar belangrijk of zeer belangrijk. Dit percentage valt tussen de twee percentages in die in eerder onderzoek werden gevonden: Van der Geest & Varkevisser (2012) stelden vast dat 68% van de respondenten een keuzeadvies van de zorgverzekeraar belangrijk vond ten opzichte van 10% van de respondenten bij Berendsen et al. (2010). Hoeveel mensen in werkelijkheid een keuzeadvies van de zorgverzekeraar belangrijk vinden, blijft dus onduidelijk. De mening over het belang van een advies van de huisarts of zorgverzekeraar bleek niet afhankelijk te zijn van achtergrondkenmerken. De waarde van deze adviezen is terug te zien in de praktijk: over het algemeen krijgen patiënten vaker een advies van de huisarts (39,2%) over welk ziekenhuis zij moeten bezoeken dan van de zorgverzekeraar (3,4%). Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat huisartsen ook ongevraagd een advies aan hun patiënten kunnen geven, dus ook als patiënten dit advies niet belangrijk vinden. Huisartsen blijken sneller geneigd te zijn advies te geven naarmate patiënten ouder zijn. Dit komt overeen met het onderzoek van Berendsen et al. (2010), waarin werd gevonden dat oudere patiënten vaker willen dat hun huisarts een ziekenhuis voor hen uitkiest dan jongere patiënten. Huisartsen lijken hiervan op de hoogte te zijn en zijn daarom waarschijnlijk sneller geneigd advies te geven voor een ziekenhuiskeuze aan oudere patiënten.

Van de respondenten die een advies kreeg van de huisarts of zorgverzekeraar voor het bezoeken van een specifiek ziekenhuis, volgde bijna iedereen dit advies op (97,3% resp. 85,7%). De voornaamste redenen om het advies van de huisarts op te volgen, waren dat de respondenten dit advies vertrouwden (56,3%) en/of dat dit advies in overeenstemming was met de eigen wensen en/of ervaringen (28,2% resp. 22,5%). Redenen die werden aangegeven om het advies niet op te volgen, waren dat dit advies niet in overeenstemming was met de eigen wensen (100%) of met het advies van familie, vrienden of kennissen (50%). De meeste respondenten volgden het advies van de zorgverzekeraar op omdat zij dit advies vertrouwden (50%) en/of omdat dit advies overeenkwam met hun wensen (33,3%). Een reden om geen gehoor te geven aan het advies van de zorgverzekeraar was dat dit advies niet werd vertrouwd (100%). Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat slechts 7 respondenten een advies van de zorgverzekeraar kregen, waarvan 6 mensen dit advies opvolgden en 1 niet. Het toeval kan hierbij dus niet geheel worden uitgesloten. Opvallend was nog dat 2 respondenten aangaven het advies van de huisarts te hebben opgevolgd

omdat dit advies in overeenstemming was met het advies van de zorgverzekeraar, maar andersom heeft geen van de respondenten aangekruist dat het advies van de zorgverzekeraar werd opgevolgd omdat dit in overeenstemming was met dat van de huisarts. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de zorgverzekeraar meerdere ziekenhuizen adviseerde, waardoor deze respondenten niet hebben aangegeven dat de zorgverzekeraar een specifiek ziekenhuis adviseerde. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat de respondenten zijn vergeten aan te geven dat het advies van de zorgverzekeraar in overeenstemming was met het advies van de huisarts.

### **5.3 Invloed van een eigen bijdrage op de ziekenhuiskeuze**

Tot slot is onderzocht of de keuze voor een ziekenhuis kan worden beïnvloed door mensen een eigen bijdrage te laten betalen indien zij geen voorkeursziekenhuis bezoeken. De respondenten werden at random verdeeld over de drie groepen van het keuze-experiment (€0,-, €20,- of €50,- eigen bijdrage). Uit de beschrijvende statistieken blijkt dat de meeste mensen het advies van de zorgverzekeraar om naar ziekenhuis A te gaan zullen opvolgen, ook als zij bij afwijking hiervan geen eigen bijdrage hoeven te betalen. Opvallend is dat bij alle drie de groepen een klein deel ervoor kiest naar ziekenhuis B te gaan, terwijl de zorgverzekeraar adviseert naar ziekenhuis A te gaan omdat de kwaliteit van zorg daar beter is en de kosten lager. Waarschijnlijk heeft dit te maken met het vertrouwensprobleem waar zorgverzekeraars mee kampen (Boonen & Schut 2009; Boonen & Schut 2011). Veel mensen hebben bijvoorbeeld het idee dat zorgverzekeraars voornamelijk financieel belang hebben bij het aanwijzen van voorkeursaanbieders (Boonen & Schut 2011; Bes et al. 2012). Verwacht werd dat als respondenten het advies van de zorgverzekeraar niet vertrouwden, zij zouden kiezen voor de optie 'ziekenhuis A of B' en niet voor ziekenhuis B, maar toch blijkt een deel voor dit laatste te kiezen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat men niet wil bijdragen aan het financiële voordeel voor de zorgverzekeraar en dus expres voor de 'verkeerde' (vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar) optie kiest. Verder blijkt dat het advies van familie of vrienden meestal wordt verkozen boven het advies van de zorgverzekeraar, tenzij een eigen bijdrage van €50,- moet worden betaald. Een advies van de huisarts over welk ziekenhuis zou moeten worden bezocht wordt door de meeste mensen verkozen boven een advies van de zorgverzekeraar, ook als dan een eigen bijdrage van €20,- of €50,- moet worden betaald. De uitgevoerde logistische regressie bevestigt dit en laat zien dat zodra er een tegenstrijdig advies in het spel komt, de kans dat iemand het advies van de zorgverzekeraar opvolgt veel kleiner wordt. Bij een tegenstrijdig advies van een familielid of vriend wordt deze kans 0,166 keer kleiner en bij een tegenstrijdig advies van de huisarts wordt deze kans zelfs 0,081 keer kleiner. Blijkbaar hebben mensen meer vertrouwen in het advies van familie, vrienden of de huisarts dan in het advies van de zorgverzekeraar; dit bevestigt het hierboven genoemde



vertrouwensprobleem van zorgverzekeraars. Ook blijkt dat met elke euro die de eigen bijdrage toeneemt, de kans 1,011 keer groter wordt dat een patiënt het advies van de zorgverzekeraar over het te bezoeken ziekenhuis opvolgt. Zoals ook al in de beschrijvende statistieken werd gezien, neemt de kans dat men het advies van de zorgverzekeraar opvolgt dus toe naarmate de eigen bijdrage hoger wordt.

#### **5.4 De rol van huisartsen en zorgverzekeraars**

Aan de hand van de beantwoording van de deelvragen kan een antwoord worden geformuleerd op de probleemstelling. Deze probleemstelling luidde:

*“Welke rol spelen de huisarts en de zorgverzekeraar bij de keuze van patiënten voor een bepaald ziekenhuis in het kader van een eerste polikliniekbezoek?”*

Het uitgevoerde onderzoek heeft aangetoond dat huisartsen en zorgverzekeraars hun rol bij het ondersteunen van patiënten bij het kiezen van een ziekenhuis op verschillende manieren kunnen invullen. Huisartsen hebben de mogelijkheid in overleg te gaan met patiënten door hen te vragen naar hun voorkeur en wat zij belangrijk vinden aan een ziekenhuis, maar ze kunnen ook informatie geven over wachttijden en kwaliteit van zorg en bepaalde ziekenhuizen adviseren en afraden. Al deze rollen komen in de praktijk voor, waarbij overleggen en adviseren over het algemeen vaker voorkomen dan informatie verstrekken. De mogelijke rollen van de zorgverzekeraar zijn veel beperkter, omdat verzekerden hier eerst actie voor moeten ondernemen. Zorgverzekeraars kunnen informatie geven over wachttijden en kwaliteit en ziekenhuizen adviseren. In de praktijk komt dit echter weinig voor. Zorgverzekeraars zouden hun invloed kunnen vergroten door voorkeursaanbieders aan te wijzen en hun verzekerden een eigen bijdrage te laten betalen indien zij geen voorkeursaanbieder bezoeken, maar de vraag is of dit effect zal hebben. Patiënten verkiezen een advies van de huisarts, familie of vrienden immers vaak boven een advies van de zorgverzekeraar, ook als dan een eigen bijdrage moet worden betaald.

#### **5.5 HagaZiekenhuis in opspraak**

Nu de belangrijkste resultaten van dit onderzoek zijn besproken, is het belangrijk stil te staan bij een aantal sterke en minder sterke punten van dit onderzoek. Een belangrijk punt is de afdeling cardiochirurgie van het HagaZiekenhuis die in opspraak raakte op 16 maart 2013 in verband met hogere sterftcijfers. Dit werd breed uitgemeten in de media en heeft er mogelijk toe geleid dat patiënten niet meer naar het HagaZiekenhuis wilden gaan; ook niet naar andere afdelingen die weinig met de cardiochirurgie te maken hebben. Dit zou ervoor gezorgd kunnen hebben dat alleen patiënten naar het HagaZiekenhuis zijn doorverwezen die weinig tot geen aandacht besteden aan de kwaliteit van zorg en het zoeken van het ‘beste’ ziekenhuis. Toch verwacht ik dat dit geen invloed heeft gehad op mijn onderzoek, omdat de

laatste vragenlijsten bij de polikliniek orthopedie zijn afgenomen op 22 maart 2013, een week nadat het HagaZiekenhuis negatief in het nieuws kwam. De verwachting is dat deze respondenten al ruim hiervoor zijn verwezen, want een afspraak maken kan over het algemeen niet binnen een week. Waarschijnlijk heeft het veranderde beeld van het HagaZiekenhuis in de media dus geen invloed gehad op de respondenten die in dit onderzoek geïnccludeerd zijn.

## **5.6 Gemaakte keuzes**

Ook de keuzes die zijn gemaakt bij het opstellen van de vragenlijst dienen te worden bediscussieerd. Omdat dit een verkennend onderzoek was van de rol van de huisarts en de zorgverzekeraar bij een ziekenhuiskeuze, was er weinig informatie beschikbaar waarop de vragenlijst gebaseerd kon worden. De vragen zijn daardoor voornamelijk gebaseerd op de eigen verwachtingen over wat huisartsen en zorgverzekeraars zouden kunnen doen om hun patiënten te ondersteunen bij het kiezen van een ziekenhuis. Het is waarschijnlijk dat in de vragenlijst niet alle mogelijke manieren zijn opgenomen. Desalniettemin is wel alle beschikbare informatie meegenomen bij het opstellen van de vragen, zoals het keuze-experiment dat is gebaseerd op een artikel van Sinaiko (2011) en de redenen voor het al dan niet opvolgen van een advies die zijn afgeleid van een artikel van Bes et al. (2012). Er is ook discussie mogelijk over de gekozen antwoordcategorieën bij de vragen over het belang van bepaalde zaken. Uiteindelijk is gekozen voor 5 antwoordcategorieën, maar dit hadden er ook 3 kunnen zijn. Verwacht werd dat de mogelijkheid om 5 verschillende antwoorden te geven zou leiden tot een genuanceerder beeld en dat de kans kleiner was dat mensen automatisch voor het middelste antwoord zouden kiezen omdat zij meer keuze hadden. Aangezien maar weinig mensen de uiterste categorieën kozen (zeer onbelangrijk en zeer belangrijk), zijn deze bij de Chi-kwadraattoetsen samengevoegd met de categorieën onbelangrijk en belangrijk. In principe hadden in de vragenlijst dus ook maar 3 categorieën kunnen staan, maar dit had mogelijk wel tot andere antwoorden geleid. Bij het keuze-experiment is ervoor gekozen drie groepen te maken met een eigen bijdrage van respectievelijk €0, €20 of €50. Zoals bij de methoden al werd uitgelegd is de keuze voor €50,- gebaseerd op 20% van de gemiddelde kosten van een eerste consult bij de polikliniek orthopedie. Daarnaast is ervoor gekozen ook een groep toe te voegen met een eigen bijdrage van €20,- omdat verwacht werd dat daarmee de gevoeligheid voor een eigen bijdrage beter in beeld zou kunnen worden gebracht. Deze keuze is dus deels gebaseerd op verwachtingen van de onderzoeker. In een rapport van de NZa worden eigen bijdragen van €250, €500 en €1000 genoemd (Nederlandse Zorgautoriteit 2007), maar daar gaat het om een gehele behandeling en in dit onderzoek alleen om een eerste bezoek aan de polikliniek. Eigen bijdragen van €20,- of €50,- lijken daarom redelijk.

## **5.7 Samenstelling van de steekproef**

De samenstelling van de steekproef verdient ook aandacht. De vragenlijst is alleen uitgedeeld aan patiënten in het HagaZiekenhuis. Omdat de focus ligt op de rol van huisartsen en zorgverzekeraars bij de keuze voor een ziekenhuis, zou het niet moeten uitmaken in hoeverre kwaliteitsinformatie over het HagaZiekenhuis beschikbaar is. Toch is het mogelijk dat de keuze voor het HagaZiekenhuis op een andere manier tot stand komt dan voor ander ziekenhuizen, al lijkt dit niet waarschijnlijk. Desondanks is het belangrijk er rekening mee te houden dat dit onderzoek slechts is uitgevoerd in 1 ziekenhuis. Alle patiënten die op een van de zeven dagen dat de vragenlijsten werden uitgedeeld de polikliniek orthopedie bezochten, is gevraagd de vragenlijst in te vullen. Een aantal patiënten heeft aangegeven de vragenlijst niet te willen invullen omdat zij slecht Nederlands spraken of hier geen zin of tijd voor hadden. Dit kan invloed hebben gehad op de samenstelling van de respondentengroep; mogelijk zijn alleen gemotiveerde patiënten geïnccludeerd en dit kan de resultaten hebben beïnvloed. Omdat alleen Nederlands sprekende patiënten in de steekproef zijn opgenomen, zijn de resultaten waarschijnlijk alleen van toepassing op mensen die Nederlands spreken. Dit beperkt de externe validiteit van het uitgevoerde onderzoek en de gevonden resultaten. Ook bleek in het resultatenhoofdstuk dat er verschillen bestonden qua achtergrondkenmerken tussen de experimentgroepen, maar niet zeker was of deze verschillen significant waren. Wel is het mogelijk dat deze verschillen in achtergrondkenmerken de resultaten hebben beïnvloed. Daarom is een logistische regressie uitgevoerd waarin is gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken. Uit deze logistische regressie volgden dezelfde conclusies als bij de beschrijvende statistieken, dus waarschijnlijk hebben de verschillen in achtergrondkenmerken tussen de experimentgroepen niet geleid tot een vertekend beeld.

## **5.8 Antwoorden van respondenten**

Het is eveneens van belang stil te staan bij de antwoorden van de respondenten en mogelijke fouten hierin. Response style bias, het hanteren van een bepaalde stijl bij het antwoorden van vragen ongeacht de inhoud, kon niet geheel worden uitgesloten omdat het lastig is onderscheid te maken tussen antwoorden die werkelijk van toepassing zijn op een respondent en antwoorden die het gevolg zijn van het hanteren van een bepaalde antwoordstijl. Aangezien alleen de vragen over het belang van bepaalde zaken en de vraag naar de ervaren gezondheid gebruik maakten van een schaal, is de mogelijke invloed van response style bias beperkt gebleven. Ook recall bias (het geven van 'verkeerde' antwoorden doordat een situatie te lang geleden is en men zich dit niet meer kan herinneren) zou de resultaten van dit onderzoek hebben kunnen beïnvloed, want 24,3% van de respondenten is langer dan een jaar geleden verwezen naar de polikliniek orthopedie. In het

resultatenhoofdstuk zijn de antwoorden van mensen die korter dan een jaar en langer dan een jaar geleden zijn verwezen met elkaar vergeleken en hier bleken geen significante verschillen in te bestaan. Het lijkt dus niet waarschijnlijk dat recall bias aan de orde is geweest, alhoewel dit niet volledig kan worden uitgesloten. Zoals in de methoden werd aangegeven, is het ook nog mogelijk geweest dat de vragen verschillend zijn geïnterpreteerd door de respondenten. Van tevoren is de vragenlijst uitgetest met een aantal mensen van verschillende leeftijden en toen werden geen verschillen in interpretatie gevonden, maar onduidelijk is of dit ook geldt voor de gehele steekproef. Er kan dus niet worden uitgesloten dat 'verkeerde' antwoorden zijn gegeven als gevolg van variatie in de interpretatie van de vragenlijst.

### **5.9 Het keuze-experiment**

Het keuze-experiment kent ook voor- en nadelen. Sterk hieraan is dat de keuzesituatie is voorgelegd aan mensen die daadwerkelijk zijn doorverwezen naar de polikliniek orthopedie. Zij kunnen zich de hypothetische situatie waarschijnlijk beter voorstellen en kunnen vermoedelijk beter inschatten in hoeverre zij het advies van de zorgverzekeraar zouden opvolgen dan mensen die niet ziek waren, zoals in het onderzoek van Sinaiko (2011). Het keuze-experiment heeft echter ook een nadeel, want dit experiment komt niet helemaal overeen met de werkelijkheid. Zoals in de inleiding al werd vastgesteld, spelen andere factoren als reistijd en wachttijd vaak ook een rol bij het kiezen van een ziekenhuis en deze zijn nu niet opgenomen in het experiment. Daarbij komt dat een aantal respondenten bij het keuze-experiment aangaf in werkelijkheid nooit alleen een advies te vragen aan de zorgverzekeraar, maar ook altijd zelf op zoek te gaan naar informatie. De keuze die de respondenten moesten maken op basis van alleen de informatie van de zorgverzekeraar zal in werkelijkheid dus waarschijnlijk minder vaak voorkomen.

### **5.10 Aanbevelingen**

Samengevat kan worden gesteld dat dit verkennende onderzoek nieuwe informatie heeft opgeleverd over de rol van huisartsen en zorgverzekeraars bij ziekenhuiskeuzes, maar dat hierbij wel de kanttekening moet worden geplaatst dat de validiteit en betrouwbaarheid niet volledig gewaarborgd zijn. Ook de generaliseerbaarheid is beperkt doordat de vragenlijst alleen is afgenomen bij patiënten van de polikliniek orthopedie van het HagaZiekenhuis. Verder wetenschappelijk onderzoek met een betere betrouwbaarheid en validiteit is daarom nodig. Aanbevolen wordt dit onderzoek uit te voeren bij een grotere steekproef verdeeld over heel Nederland, zodat de resultaten kunnen worden gegeneraliseerd. Verder verdient het aanbeveling de vragenlijst ook in andere talen op te stellen en uit te delen, zodat de rol van de huisarts en de zorgverzekeraar bij de keuze van niet-Nederlands sprekende patiënten

eveneens in beeld kan worden gebracht. Meer wetenschappelijk onderzoek naar een eigen bijdrage en andere mogelijkheden van zorgverzekeraars om patiënten te sturen in hun ziekenhuiskeuze is ook nodig, omdat in dit onderzoek aanwijzingen zijn gevonden dat een eigen bijdrage onvoldoende effect heeft op de keuze voor een ziekenhuis. Tot slot lijkt het zeer belangrijk verder te gaan met het ontwikkelen van objectieve kwaliteitsinformatie, want alleen op die manier kunnen zorgverzekeraars inzichtelijk maken op basis waarvan zij hun voorkeursaanbieders aanwijzen en/of selectief contracteren. Als dit inzichtelijk wordt, zal het vertrouwensprobleem waar zorgverzekeraars mee kampen mogelijk verminderen en wordt de kans groter dat verzekerden zich laten sturen in hun keuze voor een ziekenhuis. Daarbij is het van belang dat de kwaliteitsinformatie door een onafhankelijke partij wordt vastgesteld zodat deze als objectief zal worden beschouwd. Het is eveneens belangrijk dat de informatie makkelijk toegankelijk wordt zodat zorgaanbieders met elkaar vergeleken kunnen worden door zorgverzekeraars en patiënten. Op die manier kan getracht worden het kwaliteitsbewustzijn van patiënten te vergroten, waardoor ook zij de concurrentie tussen zorgaanbieders kunnen stimuleren door de 'beste' zorgaanbieder te bezoeken. Een combinatie van meer wetenschappelijk onderzoek naar de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om patiënten te sturen in hun ziekenhuiskeuze en het ontwikkelen van goede kwaliteitsinformatie moet ertoe leiden dat verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg daadwerkelijk zal plaatsvinden als gevolg van toenemende concurrentie.

## 6. Literatuurlijst

Adams, E.K., R. Houchens, G.E. Wright & J. Robbins. 1991. 'Predicting Hospital Choice for Rural Medicine Beneficiaries: The Role of Severity of Illness.' *Health Services Research* 26(5):583-612.

Bal, R. & F. Mastboom. 2005. *Op weg naar transmurale samenwerking? Eindrapportage evaluatieonderzoek ZorgDomein ZO Brabant*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.

Beek, E. van, A. Stolk, K. de Groot, D. Ikkersheim & M. Berg. 2012. *Onderzoek naar de effectiviteit van poortwachters in het Nederlandse zorgstelsel 2000-2010: eindrapport*. Breukelen: KPMG Plexus.

Berendsen, A.J., G.M. de Jong, J. Schuling, H.E.P. Bosveld, M.W.M. de Waal, G.K. Mitchell, K. van der Meer & B. Meyboom-de Jong. 2010. 'Patient's need for choice and information across the interface between primary and secondary care: A survey.' *Patient Education and Counseling* 79(1):100-105.

Bes, R., S. Wendel & J. de Jong. 2012. 'Het vertrouwensprobleem van zorgverzekeraars.' *Economisch Statistische Berichten* 97(4647):676-677.

Birk, H.O. & L.O. Henriksen. 2012. 'Which factors decided general practitioners' choice of hospital on behalf of their patients in an area with free choice of public hospital? A questionnaire study.' *BMC Health Services Research* 12:126.

Boonen, L.H.H.M., B. Donkers & F.T. Schut. 2011. 'Channeling consumers to Preferred Providers and the Impact of Status Quo Bias: Does Type of Provider Matter?' *Health Services Research* 46(2):510-530.

Boonen, L.H.H.M. & F.T. Schut. 2009. 'Zorgverzekeraars kampen met vertrouwensprobleem.' *Economisch Statistische Berichten* 94(4572):678-681.

Boonen, L.H.H.M. & F.T. Schut. 2011. 'Preferred providers and the credible commitment problem in health insurance: first experiences with the implementation of managed competition in the Dutch health care system.' *Health Economics, Policy and Law* 6(2):219-235.

Boonen, L.H.H.M., F.T. Schut, B. Donkers & X. Koolman. 2009. 'Which preferred providers are really preferred? Effectiveness of insurers' channeling incentives on pharmacy choice.' *International Journal of Health Care Finance and Economics* 9(4):347-366.

Bowling, A. 2009. *Research Methods in Health: investigating health and health services*. Maidenhead: Open University Press.

Dautzenberg, M.G.H., N.A. Ketelaar & M.J Faber. 2013. 'Huisarts kan helpen bij ziekenhuiskeuze.' *Medisch Contact* 2013(18):950-952.

(Diakonessenhuis). 2013. *Prijslijst 2013: deerprijzen* [Internet]. Diakonessenhuis, 2013 [aangehaald op 20-01-2013]. Bereikbaar op <http://www.diakonessenhuis.nl/Documenten/Prijslijsten/Passantenprijslijst%20januari%20tot%20en%20met%20maart%202013.pdf>

Dixon, A., R. Robertson & R. Bal. 2010. 'The experience of implementing choice at point of referral: a comparison of the Netherlands and England.' *Health Economics, Policy and Law* 5(3):295-317.

Faber, M., M. Bosch, H. Wollersheim, S. Leatherman & R. Grol. 2009. 'Public Reporting in Health Care: How Do Consumers Use Quality-of-Care Information? A Systematic Review.' *Medical Care* 47(1):1-8.

Field, A. 2009. *Discovering Statistics Using SPSS*. London: SAGE Publications Ltd.

Geest, S.A. van der & M. Varkevisser. 2010. 'Keuzebeïnvloeding via eigen risico werkt, maar kan beter.' *TPEdigitaal* 4(4):34-48.

Geest, S.A. van der & M. Varkevisser. 2012. 'Zorgconsumenten en kwaliteitsinformatie.' *ESB Gezondheidszorg* 97(4631):174-175.

Groot, I.B. de, W. Otten, H.J. Smeets & P.J. Marang-van de Mheen. 2011. 'Is the impact of hospital performance data greater in patients who have compared hospitals?' *BMC Health Services Research* 11:214.

Harzing, A.W.K. 2006. 'Response styles in cross-national survey research: A 26-country study.' *International Journal of Cross Cultural Management* 6(2):243-266.

Huppertz, J.W. & J.P. Carlson. 2010. 'Consumers' Use of HCAHPS Ratings and Word-of-Mouth in Hospital Choice.' *Health Services Research* 45(6 part 1):1602-1613.

*Kamerstukken II* 2003/04, 29 763, nr. 3 (MvT).

Ketelaar, N.A., M.J. Faber, S. Flottorp, L.H. Rygh, K.H. Deane & M.P. Eccles. 2011. 'Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations.' *Cochrane Database of Systematic Reviews* (11).

Kirkwood, B.R. & J.A.C. Sterne. 2003. *Essential Medical Statistics*. Malden: Blackwell Science Ltd.

Leeuwen, A. van. 2011. *Elsevier-onderzoek: De beste ziekenhuizen van 2011* [Internet]. Elsevier, 19-10-2011 [aangehaald op 24-10-2012]. Bereikbaar op <http://www.elsevier.nl/web/Nieuws/Wetenschap/319714/Elsevieronderzoek-De-beste-ziekenhuizen-van-2011.htm>

Marshall, M.N., P.G. Shekelle, H.T.O. Davies & P.C. Smith. 2003. 'Public Reporting On Quality In The United States And The United Kingdom.' *Health Affairs* 22(3):134-148.

Mears, A., J. Vesseur, R. Hamblin, P. Long & L. den Ouden. 2011. 'Classifying indicators of quality: a collaboration between Dutch and English regulators.' *International Journal for Quality in Health Care* 23(6):637-644.

Moser, A., I. Korstjens, T. van der Weijden & H. Tange. 2010. 'Patient's decision making in selecting a hospital for elective orthopaedic surgery.' *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16(6):1262-1268.

Nederlandse Zorgautoriteit. 2007. *Visiedocument Richting geven aan keuzes: kunnen verzekeraars consumenten stimuleren naar gecontracteerde voorkeursaanbieders te gaan?* Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Plochg, T., R.E. Juttman, N.S. Klazinga & J.P. Mackenbach. 2007. *Handboek gezondheidszorgonderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.



Ridd, M., A. Shaw, G. Lewis & C. Salisbury. 2009. 'The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives.' *British Journal of General Practice* 59:268-275.

Rijksoverheid. 2012. *Naar beter betaalbare zorg: Rapport Taskforce Beheersing Zorguitgaven*. Den Haag: Rijksoverheid.

Ringard, A. 2010. 'Why do general practitioners abandon the local hospital? An analysis of referral decisions related to elective treatment.' *Scandinavian Journal of Public Health* 38(6):597-604.

Rosen, R., D. Florin & R. Hutt. 2007. *An Anatomy of GP Referral Decisions: A Qualitative Study of GPs' Views on their Role in Supporting Patient Choice*. London: King's Fund.

Scanlon, D.P., R.C. Lindrooth & J.B. Christianson. 2008. 'Steering Patients to Safer Hospitals? The Effect of a Tiered Hospital Network on Hospital Admissions.' *Health Services Research* 43(5 part 2):1849-1868.

Schee, E. van der, D. Delnoij & J. Kerssens. 2005. 'Keuze van ziekenhuizen: Welke overwegingen zijn belangrijk voor consumenten?' *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 83(2):113-115.

Schut, F.T. & F. Rutten. 2009. *Economie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg. Derde, geheel herziene druk.

Sinaiko, A.D. 2011. 'How Do Quality Information and Cost Affect Patient Choice of Provider in a Tiered Network Setting? Results from a Survey.' *Health Services Research* 46(2):437-456.

(Skipr). 2013. *Haga in opspraak door hoge sterftecijfers* [Internet]. Skipr, 16-03-2013 [aangehaald op 25-04-2013]. Bereikbaar op <http://www.skipr.nl/actueel/id14075-haga-in-opspraak-door-hoge-sterftecijfers.html>

Sorensen, A.T. 2003. 'Insurer-hospital bargaining: negotiated discounts in post-deregulation Connecticut.' *Journal of Industrial Economics* 51(4):469-490.

Suki, N.M. & N.M. Suki. 2011. 'Patient Satisfaction, Trust, Commitment and Loyalty toward Doctors.' *International Proceedings of Economics Development & Research* 10:498-502.

Swanborn, P.G. 2010. *Basisboek sociaal onderzoek*. Den Haag: Boom Onderwijs.

Tai, W.T.C., F.W. Porell & E.K. Adams. 2004. 'Hospital Choice of Rural Medicine Beneficiaries: Patient, Hospital Attributes, and the Patient-Physician Relationship.' *Health Services Research* 39(6 part 1):1903-1922.

Thomson, S. & A. Dixon. 2006. 'Choices in health care: the European experience.' *Journal of Health Services Research & Policy* 11(3):167-171.

Varkevisser, M. & S.A. van der Geest. 2007. 'Why do patients bypass the nearest hospital? An empirical analysis for orthopaedic care and neurosurgery in the Netherlands.' *The European Journal of Health Economics* 8(3):287-295.

Varkevisser, M., N. Polman & S.A. van der Geest. 2006. 'Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen sturen.' *Economisch Statistische Berichten* 91(4478):38-40.

Ven, W. van de & E. Schut. 2010. 'Is de Zorgverzekeringswet een succes?' *TPEdigitaal* 4(1):1-24.

Victoor, A., D.M.J. Delnoij, R.D. Friele & J.J.D.J.M. Rademakers. 2012. 'Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review.' *BMC Health Services Research* 12(1):272.

Wang, H., J. Huang & S. Howng. 2011. 'The effect on patient loyalty of service quality, patient visit experience and perceived switching costs: lessons from one Taiwan university hospital.' *Health Services Management Research* 24(1):29-36.

Wu, V.Y. 2009. 'Managed care's price bargaining with hospitals.' *Journal of Health Economics* 28(2):350-360.

(ZorgDomein). 2012. *Klanten* [Internet]. ZorgDomein, 2012 [aangehaald op 21-11-2012]. Bereikbaar op [http://www.zorgdomein.nl/nl\\_nl/waar-in-nl/klanten/](http://www.zorgdomein.nl/nl_nl/waar-in-nl/klanten/)

# 7. Bijlagen

## 7.1 Vragenlijst

Deze anonieme vragenlijst is onderdeel van een afstudeeronderzoek voor de studie Gezondheidswetenschappen aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. De onderstaande vragen gaan over de keuze die u heeft gemaakt om naar de polikliniek cardiologie / orthopedie in het HagaZiekenhuis te gaan. Wilt u zo vriendelijk zijn om onderstaande vragen te beantwoorden over deze doorverwijzing.

Bij de vragen met stippelijntjes kunt u zelf een antwoord invullen; bij de vragen met vierkantjes voor de antwoorden kunt u het van toepassing zijnde antwoord aankruisen. Bij de overige vragen dient u het antwoord te omcirkelen dat van toepassing is.

### Onderdeel A: algemene vragen

A1. Geslacht:   man / vrouw

A2. Geboortjaar: .....

A3. Woonplaats: .....

A4. Naam huisarts: .....

A5. Naam zorgverzekeraar: .....

A6. Wat is uw hoogste afgeronde opleiding (met diploma)?

- basisonderwijs
- vmbo
- havo
- vwo
- middelbaar beroepsonderwijs (MBO)
- hoger beroepsonderwijs (HBO)
- wetenschappelijk onderwijs (WO)
- anders, namelijk: .....

A7. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

      Zeer slecht / slecht / redelijk / goed / zeer goed

A8. Is dit uw eerste afspraak op de polikliniek orthopedie/cardiologie in het HagaZiekenhuis?

- Ja (ga verder naar onderdeel B van deze vragenlijst)
- Nee (ga verder naar vraag A9)

A9. Hoe lang geleden was uw eerste afspraak op deze polikliniek?

- korter dan 6 maanden geleden
- tussen de 6 en 12 maanden geleden
- langer dan 12 maanden geleden

### **Onderdeel B: vragen over informatie en advies**

B1. Hoe belangrijk vindt u het advies van uw huisarts bij het kiezen van een ziekenhuis?

Zeer onbelangrijk / onbelangrijk / neutraal / belangrijk / zeer belangrijk

B2. Hoe belangrijk vindt u het advies van uw zorgverzekeraar bij het kiezen van een ziekenhuis?

Zeer onbelangrijk / onbelangrijk / neutraal / belangrijk / zeer belangrijk

B3. Hoe belangrijk vindt u het advies van familie, vrienden of kennissen bij het kiezen van een ziekenhuis?

Zeer onbelangrijk / onbelangrijk / neutraal / belangrijk / zeer belangrijk

### **Onderdeel C: rol van de huisarts**

C1. Heeft uw huisarts u gevraagd naar welk ziekenhuis u zelf zou willen gaan?

Ja / Nee / Dat kan ik mij niet herinneren

C2. Heeft uw huisarts u gevraagd wat u belangrijk vindt aan een ziekenhuis?

Ja / Nee / Dat kan ik mij niet herinneren

C3. Heeft uw huisarts meerdere ziekenhuizen genoemd waar u naar toe zou kunnen gaan?

Ja / Nee (ga verder naar vraag C6) / Dat kan ik mij niet herinneren

C4. Heeft uw huisarts de wachttijden van de verschillende ziekenhuizen met u besproken?

Ja / Nee / Dat kan ik mij niet herinneren

C5. Heeft uw huisarts de kwaliteit van de verschillende ziekenhuizen met u besproken?

Ja / Nee / Dat kan ik mij niet herinneren

C6. Heeft uw huisarts het u afgeraden naar een bepaald ziekenhuis te gaan?

Ja / Nee / Dat kan ik mij niet herinneren

C7. Heeft uw huisarts u geadviseerd naar een specifiek ziekenhuis te gaan?

- Ja (ga verder naar vraag C8)
- Nee (ga verder naar vraag C11)

C8. Heeft u het advies van uw huisarts opgevolgd?

- Ja (ga verder naar vraag C9 en sla C10 over)
- Nee (ga verder naar vraag C10)

C9. Waarom heeft u het advies van uw huisarts opgevolgd? U mag meerdere redenen aangeven.

- Ik vertrouwde erop dat mijn huisarts goede zorg voor mij uitzoekt
- Het advies van mijn huisarts kwam goed overeen met mijn eigen wensen
- Het advies van mijn huisarts kwam overeen met mijn eigen goede ervaring(en)
- Het advies van mijn huisarts kwam overeen met het advies van mijn zorgverzekeraar
- Het advies van mijn huisarts kwam overeen met het advies van mijn familie, vrienden en/of kennissen
- Anders, namelijk: .....

C10. Waarom heeft u het advies van uw huisarts niet opgevolgd? U mag meerdere redenen aangeven.

- Ik vertrouwde het advies van mijn huisarts niet
- Het advies van mijn huisarts kwam niet overeen met mijn eigen wensen
- Het advies van mijn huisarts kwam niet overeen met het advies van mijn zorgverzekeraar
- Het advies van mijn huisarts kwam niet overeen met het advies van mijn familie, vrienden en/of kennissen
- Anders, namelijk: .....

C11. Is uw verwijzing door de huisarts elektronisch verstuurd (via ZorgDomein)?

Ja / Nee / Dat kan ik mij niet herinneren

## Onderdeel D: rol van de zorgverzekeraar

D1. Heeft u bij uw zorgverzekeraar informatie opgevraagd over de kwaliteit van verschillende ziekenhuizen?

Ja / Nee

D2. Heeft u bij uw zorgverzekeraar informatie opgevraagd over de wachttijden bij verschillende ziekenhuizen?

Ja / Nee

D3. Heeft uw zorgverzekeraar u geadviseerd om naar een bepaald ziekenhuis te gaan?

- Ja (ga verder naar vraag D4)
- Nee (ga verder naar onderdeel E van deze vragenlijst)

D4. Heeft u het advies van uw zorgverzekeraar om naar een bepaald ziekenhuis te gaan opgevolgd?

- Ja (ga verder naar vraag D5 en sla D6 over)
- Nee (ga verder naar vraag D6)

D5. Waarom heeft u het advies van uw zorgverzekeraar opgevolgd? U mag meerdere redenen aangeven.

- Ik vertrouwde erop dat mijn zorgverzekeraar goede zorg voor mij uitzoekt
- Ik moet anders (een deel van) de zorg zelf betalen
- Ik zou sneller geholpen kunnen worden in het ziekenhuis
- Het advies van mijn zorgverzekeraar kwam overeen met mijn eigen wensen
- Het advies van mijn zorgverzekeraar kwam overeen met het advies van mijn huisarts
- Het advies van mijn zorgverzekeraar kwam overeen met het advies van mijn familie, vrienden en/of kennissen
- Anders, namelijk: .....

D6. Waarom heeft u het advies van uw zorgverzekeraar niet opgevolgd? U mag meerdere redenen aangeven.

- Ik vertrouwde het advies van mijn zorgverzekeraar niet
- Het advies van mijn zorgverzekeraar kwam niet overeen met mijn eigen wensen
- Het advies van mijn zorgverzekeraar kwam niet overeen met het advies van mijn huisarts
- Het advies van mijn zorgverzekeraar kwam niet overeen met het advies van mijn familie, vrienden en/of kennissen

- Anders, namelijk:

.....

### **Onderdeel E: denkbeeldige keuzesituatie**

Onderstaande vragen gaan over een denkbeeldige keuzesituatie die zich in de toekomst zou kunnen gaan voordoen. Probeert u zich de beschreven situatie zo goed mogelijk voor te stellen en kies dan het antwoord dat u het meeste van toepassing vindt.

#### **GROEP 1**

Stelt u zich voor dat uw huisarts u heeft doorverwezen naar een cardioloog/orthopeed. U kunt kiezen uit een cardioloog/orthopeed in ziekenhuis A of B. Volgens uw zorgverzekeraar is de kwaliteit van zorg in ziekenhuis A beter dan in ziekenhuis B. Bovendien betaalt uw zorgverzekeraar in ziekenhuis A een lagere prijs dan in ziekenhuis B. Uw zorgverzekeraar adviseert u daarom ziekenhuis A te kiezen.

E1.1. Bij welk ziekenhuis maakt u een afspraak?

Ziekenhuis A / Ziekenhuis B / Ziekenhuis A of B, het maakt mij niet uit

E1.2. Stel dat een familielid of vriend u vertelt goede ervaringen te hebben gehad met ziekenhuis B. Welk ziekenhuis kiest u dan?

Ziekenhuis A / Ziekenhuis B / Ziekenhuis A of B, het maakt mij niet uit

E1.3 Stel nu dat het uw huisarts is die u adviseert om naar ziekenhuis B te gaan. Welk ziekenhuis kiest u dan?

Ziekenhuis A / Ziekenhuis B / Ziekenhuis A of B, het maakt mij niet uit

#### **GROEP 2&3**

Stelt u zich voor dat uw huisarts u heeft doorverwezen naar een cardioloog/orthopeed. U kunt kiezen uit een cardioloog/orthopeed in ziekenhuis A of B. Volgens uw zorgverzekeraar is de kwaliteit van zorg in ziekenhuis A beter dan in ziekenhuis B. Bovendien betaalt uw zorgverzekeraar in ziekenhuis A een lagere prijs dan in ziekenhuis B. Uw zorgverzekeraar adviseert u daarom ziekenhuis A te kiezen. Om dit advies kracht bij te zetten, besluit uw zorgverzekeraar dat u bij een keuze voor ziekenhuis A geen eigen bijdrage hoeft te betalen. Wanneer u ondanks het advies van uw zorgverzekeraar toch voor ziekenhuis B kiest, dan moet u bovenop uw eigen risico ook nog een eigen bijdrage betalen van €20/50.

E2.1. Bij welk ziekenhuis maakt u een afspraak?

Ziekenhuis A / Ziekenhuis B / Ziekenhuis A of B, het maakt mij niet uit

E2.2. Hoe belangrijk is voor u het advies van de zorgverzekeraar voor deze keuze?

Zeer onbelangrijk / onbelangrijk / neutraal / belangrijk / zeer belangrijk

E2.3. Hoe belangrijk is voor u de eigen bijdrage voor deze keuze?

Zeer onbelangrijk / onbelangrijk / neutraal / belangrijk / zeer belangrijk

E2.4. Stel dat een familielid of vriend u vertelt goede ervaringen te hebben gehad met ziekenhuis B. Welk ziekenhuis kiest u in dat geval?

Ziekenhuis A / Ziekenhuis B / Ziekenhuis A of B, het maakt mij niet uit

E2.5. Stel nu dat het uw huisarts is die u adviseert om naar ziekenhuis B te gaan. Welk ziekenhuis kiest u dan?

Ziekenhuis A / Ziekenhuis B / Ziekenhuis A of B, het maakt mij niet uit

Ruimte voor opmerkingen

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Hartelijk dank voor uw medewerking!