



Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis



Radboud Universiteit

OVERSTAPPEN OF BIJBETALEN VOOR DE ZORG?

Een onderzoek naar het keuzegedrag van 375
CWZ-patiënten bij niet-gecontracteerde zorg.

Naam	Sophie Koop
Studentnummer	4242378
Product	Masterthesis
Onderwijsinstelling	Radboud Universiteit Nijmegen Faculteit der Managementwetenschappen Opleiding Bestuurskunde
Begeleider	Dr. C.J. Lako
In opdracht van Opdrachtgever	Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen Drs. T. Klijn

Nijmegen, Nederland
25 november 2015



Voorwoord

Na 10 jaar en ruim 3 maanden hard te hebben gestudeerd, ligt voor u mijn allerlaatste opdracht als student: mijn masterthesis. Toen ik mijn Mbo-diploma Verpleegkunde had behaald, besloot ik dat ik nog lang niet uitgeleerd was. Hierna volgde de Hbo-V opleiding en daarna ben ik begonnen met de opleiding Bestuurskunde aan de Radboud Universiteit. Deze overgang was voor mij volkomen logisch aangezien ik mijn passie wilde gaan naleven, namelijk me bemoeien met de bestuurskunde van de gezondheidszorg!

Toen ik begon aan de masterthesis, wist ik dat het een groot project zou worden. Zeker omdat ik sinds de start van de thesis tot op heden aan het revalideren ben van een zware schouderoperatie. Geduld hebben, de tijd nemen voor mijn revalidatie en vertrouwen in mijn kennis en kunde waren de belangrijkste uitdagingen. Gedurende de tijd kwam ik er achter dat deze punten niet zomaar een uitdaging waren voor mij; ik werd echt op de proef gesteld.

Sinds de start van de master wist ik dat ik mijn thesis wilde schrijven bij een ziekenhuis. Toen ik in februari dit jaar contact opnam met mijn oude werkgever, het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) in Nijmegen, werd ik met open armen ontvangen door mijn begeleider, Thomas Klijn. Na niet al te lange tijd werd mijn onderzoeksonderwerp goedgekeurd en kon ik aan de slag. Gedurende de thesisperiode was ik ook erg actief binnen het CWZ. Ik liep mee op meerdere afdelingen, participeerde in allerlei werkgroepen en ik sprak veel individueel af met collegae voor kennisdeling en wederzijds feedback. Het draagvlak van mijn onderzoek nam gedurende de tijd steeds meer toe. Ik wil graag Thomas Klijn bedanken voor de warme ontvangst, de hulp, begeleiding en goede feedback gedurende de hele thesisperiode. Ook wil ik Jeroen Lijdsman, Annemiek Weekenstroo-Lichtenberg, Timon Van den Heuvel, Nico Cuppen, Patricia van Hooff, Daan Heuvelmans, Hans de Boer, Jacqueline Spanjaards, Frans Buurman, Nanneke Kroeze, Norma Leeftang, Patrick Roozendaal, Inge van de Burgt, de dames van het telefoonteam en de dames van het Welkomspunt bedanken voor het meelopen, de samenwerking en de feedback. In het bijzonder wil ik Suzanne Bartelink-Jansen en Frans Claas bedanken. Jullie hebben ervoor gezorgd dat ik twee leuke stages had waarin ik heb mogen meelopen!



Verder wil ik graag Dr. C.J. Lako, hoofddocent Bestuurskunde aan de Radboud Universiteit, bedanken voor zijn prettige begeleiding en nuttige feedback tijdens het onderzoeksproces. De feedback op mijn thesis heeft me geholpen om het verslag keer op keer te verbeteren. Overigens wil ik Dr. P.M. Kruijven bedanken voor zijn hulp bij de analyse.

Ik wil ook speciaal mijn ouders, mijn broers en zusje, Marieke, Sophie, Dienneke, Carolien, en Michael bedanken voor hun hulp, steun en toeverlaat. In de afgelopen jaren hebben jullie vaak geluisterd naar mijn vorderingen en jullie gaven me veel vertrouwen en pep-talks. Lieve vriend Alexander, dank voor je nimmer aflatende steun voor mijn studie. Je kritische blik op mijn thesis was telkens erg waardevol!

Vandaag ben ik klaar met mijn thesis en dit is het resultaat van de uiteindelijke fase van mijn tijd als een student. Het laat zien dat ik grote sprongen vooruit heb gemaakt en dat ik klaar ben om de wereld van de werkenden in te gaan. Ik hoop dat u plezier heeft aan het lezen van mijn thesis.

Sophie Koop

Nijmegen, 25 november 2015

Samenvatting

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (ZVW) in het jaar 2006, wordt er van zorgverzekeraars niet meer verwacht dat ze met iedere zorgaanbieder een contractrelatie aangaan. Dit wordt selectief contracteren genoemd. Selectief contracteren maakt deel uit van de marktwerking in de gezondheidszorg. Voor patiënten, in de ziekenhuiszorg, betekent niet-gecontracteerde zorg dat als ze met een niet-gecontracteerde polis zorg willen aangaan, bij het betreffende ziekenhuis, ze gemiddeld genomen tussen de 20% en de 30% moeten bijbetalen (Meersma, 2013). Patiënten kunnen er dan voor kiezen om over te stappen naar een ander ziekenhuis of om over te stappen naar een andere zorgverzekering of polis. Het CWZ heeft zich bereid bevonden om aan dit onderzoek mee te werken omdat men in het CWZ inzicht wenst in de gedragingen van hun patiënten bij niet-gecontracteerde zorg. De vraagstelling, welke centraal staat in dit onderzoek, luidt: *“Hoe verwachten patiënten van het CWZ zich te gaan gedragen als ze te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg en welke verklaringen kunnen hiervoor worden gegeven?”*

Met de komst van de ZVW in 2006 werd de rol van patiënten belangrijk voor de concurrentie in de zorg. De economische assumptie die centraal staat bij de ZVW luidt: “patiënten gedragen zich conform een marktwerkingsmechanisme”. Een gedraging die hiervan afstamt is exit gedrag. Bij niet-gecontracteerde zorg tonen patiënten exit gedrag als ze vertrekken als klant uit het ziekenhuis. In de literatuur wordt ook een tegenhanger beschreven van exit gedrag: loyaal gedrag. Daaronder wordt in het geval van niet-gecontracteerde zorg het wisselen van zorgverzekering of polis of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg verstaan. In beide gevallen blijven patiënten middels hun handelen trouw aan het desbetreffende ziekenhuis.

Met behulp van een enquête zijn data van 375 patiënten verzameld door middel van een keuze-experiment. De ondervraagde patiënten zijn lid van het zogenoemde CWZ-panel. Zij kregen drie verschillende fictieve ziektesituaties voorgelegd waarbij er sprake is van niet-gecontracteerde zorg. De situaties verschillen onderling in het bij te betalen bedrag en de urgentie van de zorgbehoefte. Per situatie zijn de patiënten gevraagd wat ze zouden kiezen: A) het wisselen van ziekenhuis, B) het wisselen van zorgverzekering of polis, of C) het bijbetalen van de zorg. De data uit dit keuze-experiment zijn vervolgens geanalyseerd via een multinomiale logistische regressie analyse.

Uit dit onderzoek blijkt dat de meeste patiënten bij niet-gecontracteerde zorg kiezen voor exit gedrag. Dit betekent dat ze zich voornamelijk als rationele zorgconsument denken te gaan te gedragen. In het algemeen blijkt, dat als de zorgkosten en de urgentie van zorg toeneemt, de patiënten meer geneigd zijn om te wisselen van ziekenhuis. Daarnaast blijkt, dat hoe tevreden of gehecht ze ook zijn, de bij te betalen zorgkosten voor de patiënten de grootste reden is om voor exit gedrag te kiezen. Klaarblijkelijk wegen de kosten het zwaarst in de keuzes die patiënten maken. Er zijn echter ook patiënten die kiezen voor loyaal gedrag. Loyaal gedrag kent een omgekeerde assumptie: patiënten gedragen zich als irrationele zorgconsument. Niet veel patiënten kiezen voor het wisselen van zorgverzekering op polis. Dit kan verklaard worden door het feit dat wisselen van zorgverzekering of polis over het algemeen niet populair is onder patiënten. Nog minder mensen kozen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Opvallend is dat patiënten met een laag opleidingsniveau, patiënten met een hoge leeftijd en patiënten met weinig regie meer kans hebben om voor deze optie te kiezen vergeleken met de andere opties. Ze kiezen voornamelijk voor het bijbetalen terwijl ze zich dit (hoogstwaarschijnlijk) nauwelijks kunnen permitteren.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	4
Hoofdstuk 1: Inleiding	8
§ 1.1 Introductie	8
§ 1.2 Probleemstelling	11
§ 1.3 Onderzoeksdoel en onderzoeksvraag	14
§ 1.4 Relevantie van het onderzoek	14
§ 1.5 Omschrijving kernbegrippen	15
§ 1.6 Leeswijzer	16
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	17
§ 2.1 De gezondheidseconomie als economische theorie achter selectief contracteren	17
§ 2.2 Gedragstheorieën bij niet-gecontracteerde zorg	19
§ 2.3 Focus van het onderzoek	23
§ 2.4 Het voorlopige conceptueel model	37
Hoofdstuk 3: Methodologisch kader	38
§ 3.1 Hypothesen	38
§ 3.2 Onderzoeksontwerp	39
§ 3.3 Steekproef	40
§ 3.4 Dataverzameling	41
§ 3.5 Het keuze-experiment	42
§ 3.6 Data-analyse	43
§ 3.7 Operationalisatie	44
§ 3.8 Validiteit en betrouwbaarheid	49
§ 3.9 Definitieve conceptueel model	49



Hoofdstuk 4: Resultaten en data-analyse	51
§ 4.1 Opschonen van de dataset	51
§ 4.2 Omschrijving respondenten en representativiteit steekproef	52
§ 4.3 Data-analyse keuze-experiment	54
§ 4.4 Overige analyses	67
§ 4.5 Reflectie op de hypothesen	69
Hoofdstuk 5: Conclusie	72
Hoofdstuk 6: Discussie en aanbevelingen	78
§ 6.1 Discussie	78
§ 6.2 Aanbevelingen voor het CWZ	81
§ 6.3 Aanbevelingen voor nader onderzoek	83
Literatuurlijst	84
Bijlagen	91

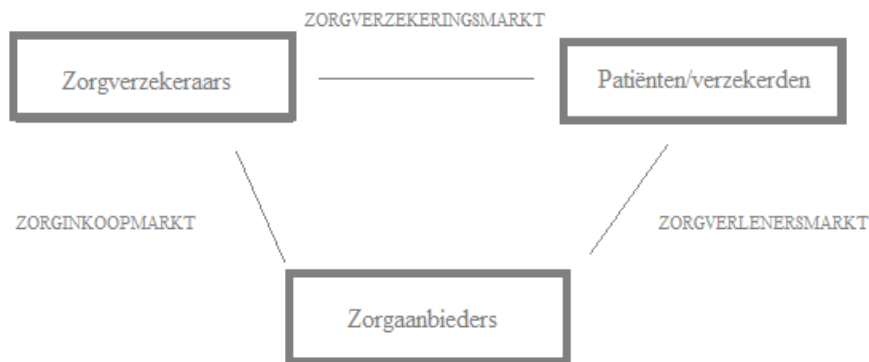
Hoofdstuk 1: Inleiding

§ 1.1 Introductie

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (ZVW) in het jaar 2006, wordt er van zorgverzekeraars niet meer verwacht dat ze met iedere zorgaanbieder een contractrelatie aan gaan. Dit wordt selectief contracteren genoemd; het is opgenomen in artikel 13 van de ZVW. De ZVW, en daarmee het nieuwe zorgstelsel, gaat uit van een marktwerkingsmechanisme waarbij met concurrentie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders beoogd wordt meer doelmatigheid (goedkopere zorg), hogere kwaliteit van zorg en meer transparantie in de zorg af te dwingen (Van Kleef, Schut & Van de Ven, 2014; Enthoven & Singer, 2013).

Selectief contracteren in de ziekenhuiszorg kwam laat op gang. In het jaar 2010 was zorgverzekeraar CZ de eerste zorgverzekeraar die, op basis van kwaliteitsnormen, niet met alle ziekenhuizen in zee ging (Bes, Wendel & de Jong, 2012a). In het jaar 2013 heeft zorgverzekeraar Achmea geen contract gesloten met het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam omdat ze het over de financiële zaken niet eens konden worden (Bes, et al, 2012). Ook het Nijmeegse Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) heeft te maken met selectief contracteren. CWZ (2015c): "...voor vier zogenaamde budgetpolissen of selectieve polissen zijn geen contracten gesloten". Vorig jaar (2014) werd door de Nederlandse zorgautoriteit (NZA) geconcludeerd dat het aantal selectieve contracten een voorzichtige groei doormaakt. Deze groei is het gevolg van een groot aantal veranderingen die in het jaar 2012 zijn doorgevoerd. Te noemen zijn de toename van de vrije en onderhandelbare prijzen en het feit dat zorgverzekeraars steeds minder worden gecompenseerd totdat ze volledig risicodragend zijn (KPMG, 2014). Selectief contracteren wordt gedaan bij alle reguliere zorg, behalve bij de spoedzorg. Spoedzorg wordt altijd bij alle zorgverzekeringen volledig vergoed (Zorgwijzer, 2015c) en daarom valt spoedzorg buiten het domein van dit onderzoek.

Sinds de ZVW wordt de dynamische zorgmarkt gekenmerkt door drie centrale spelers die met elkaar samenhangen, namelijk; de *zorgaanbieders*, de *zorgverzekeraars* en de *patiënten*, (Brabers, Van Dijk, Reitsma- van Rooijen & De Jong, 2014). Iedere speler heeft een eigen pakket aan 'taken'.



Figuur 1: *De zorgmarkt.*

Zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen, moeten sinds de ZVW van 2006 meer prestatiegericht werken. Het concurrentiemechanisme prikkelt hen tot het streven naar de beste zorg. Tevens biedt het de zorgaanbieder een kans om zich te onderscheiden ten opzichte van andere zorgaanbieders (Langelaar, 2008). De bekostiging loopt via Diagnose Behandel Combinaties (DBC's), waarvan voor een deel van de DBC's vrije prijzen gelden. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen voor dat deel onderhandelen over prijs, kwaliteit en volume (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, 2012). In de praktijk blijkt dat het kostenaspect zeer op de voorgrond staat. Pas daarna wordt onderhandeld over volume en kwaliteit (ZCB Kennisbank, 2010). Zo lijkt de prijzenslag de andere aspecten te overschaduwen.

Voor *zorgverzekeraars* is sinds de ZVW een belangrijke rol weggelegd als inkopers van zorg. De kwaliteit en doelmatigheid van zorg kunnen afgedwongen worden door de onderhandelingen van zorgverzekeraars. KPMG (2014): "Door kritische zorginkoop ten behoeve van verzekerden moeten zorgverzekeraars doelmatigheid van zorg bevorderen. ...Daarnaast biedt zorginkoop de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op de prijs en kwaliteit van de geboden zorg". In een evaluatie van de ZVW in 2009 is geconcludeerd dat selectief contracteren niet populair was bij zorgverzekeraars; ze bleken huiverig te zijn voor reputatieschade en de beleidsmatige gevolgen ervan (KPMG, 2014). Sinds de ZVW zijn veel zorgverzekeraars gefuseerd. Op dit moment domineren de vier grote zorgverzekeraars, namelijk Achmea, VGZ, Menzis en CZ samen voor 90% het Nederlandse zorglandschap (Zorgwijzer, 2014).

Voor *patiënten* werd sinds de ZVW uitgegaan van een nieuwe assumptie. Deze assumptie gaat er van uit dat patiënten zich gedragen conform een marktwerkingsmechanisme. Uitgangspunt

is dat patiënten een actieve consumentenhouding tonen in de zorgmarkt zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars als het ware worden gedwongen tot onderlinge concurrentie voor doelmatige en kwalitatieve zorg (Blokland, 2008). Met de ZVW is de zorg veranderd van aanbodgericht naar vraaggericht. Patiënten kregen ook meer keuzevrijheid. Het werd mogelijk om vrij te kiezen voor een zorgverzekeraar, de polis of de service. Daarnaast kregen patiënten de mogelijkheid om binnen bepaalde kaders de hoogte van hun eigen risico te bepalen evenals de hoogte van de nominale premie (Langelaar, 2008). De ZVW claimde ook een verandering in de houding van patiënten. Van hen werd verwacht dat ze zelf de regie van hun zorg op zich zouden nemen. Patiënten dienden zelf als consument een ziekenhuis te kiezen, waarbij er ook vanuit werd gegaan dat ze dan ook zelf actief informatie zouden gebruiken bij de keuze van hun zorgaanbieder (Wolters & Lako, 2012; Lako & Rosenau, 2009).

De assumptie dat de patiënt zich gedraagt conform een marktwerkingsmechanisme blijkt in de praktijk deels een illusie. De *courant Trouw* plaatste in juli 2015 daarover een bericht. De titel luidde ‘Schud de consument in de patiënt wakker’. Uit onderzoek blijkt dan ook dat van de Nederlanders 48% helemaal niet in staat blijkt te zijn om een actieve houding aan te nemen ten aanzien van ziekte en zorg. Factoren als geringe kennis, motivatie, zelfvertrouwen, ouderdom, een laag opleidingsniveau en een chronische ziekte blijken de eigen regie over zorg te verstoren. Daarnaast blijkt dat drie op de tien Nederlanders moeite heeft met het vinden, het begrijpen en het toepassen van zorginformatie (Rademakers, 2013). Arrow stelde in 1963 dat de informatie tussen patiënt en zorgaanbieders (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) sterk ongelijk is verdeeld. Deze zogenoemde informatieasymmetrie blijft in het voordeel van zorgaanbieders (Schut, 2003; Wilensky, 1964). De patiënt zal in de informatie altijd achterlopen op zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dat zorgt er voor dat patiënten niet machtig genoeg kunnen zijn als zorgconsument (Wilensky, 1964). Lako & Rosenau (2009) hebben vastgesteld dat patiënten graag willen dat de huisarts hun zorgaanbieder uitkiest. Victor (2015) stelt dat patiënten gauw neigen om naar een hun voor de hand liggende zorgverlener te gaan, zoals bijvoorbeeld het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Bovengenoemde factoren leiden er toe dat patiënten zich over het algemeen niet als een actieve en rationele zorgconsument gedragen. Aan de andere kant zijn patiënten juist wel een actieve consument vanwege de toenemende mondigheid. Patiënten eisen steeds vaker transparantie en optimale kwaliteit van zorg (Klopper-Kes, 2011). Naast het uitspreken van hun wensen, zijn patiënten ook sneller geneigd om te klagen. Zo blijkt dat het aantal tuchtklachten in de gezondheidszorg de laatste jaren is

toegenomen (Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg, 2013).

Terwijl de assumptie van de ZVW uitgaat van een ‘modelpatiënt’ die zich als actieve consument opstelt, leert de praktijk anders. Ofschoon dat, zijn verschillende auteurs ingegaan op het gewenste gedrag van consumenten. Velen stellen dat de rol van een kiezende zorgconsument bijdraagt aan effectieve prijs-kwaliteitconcurrentie en doelmatigheid van de zorg (Enthoven, 1978; Schut 1995; Schut 2003; Hirschman, 1970; Blokland, 2008). Hirschman legt echter het gedrag van consumenten uit in de termen exit, voice en loyalty. Exit betreft het verlaten van de organisatie zoals bijvoorbeeld een ziekenhuis. Voordat mensen kiezen voor de exit optie, kunnen ze gebruik maken van voice. Hiermee bedoelt Hirschman het klagen of protesteren (Hirschman, 1970) waarvan patiënten steeds meer gebruik maken (Klopper-Kes, 2011; Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg, 2013). Voice gedrag is niet alleen een voorloper van exit gedrag, het kan ook een teken zijn van loyaal gedrag. Loyaal gedrag is als tegenhanger van exit gedrag in strijd met de assumptie van de ZVW. Patiënten schijnen namelijk helemaal niet de ‘consumentenpet’ te dragen omdat ze liever loyaal blijven aan hun huidige arts of ziekenhuis. Zeker als ze er tevreden over zijn (Victoor, 2015). Echter, loyaal gedrag kan ook inhouden dat patiënten bewust wisselen van verzekering of polis om bij de huidige behandelaar of ziekenhuis te blijven. Dit wisselgedrag heeft dan ook een andere grondslag dan van exit gedrag. Over het algemeen wordt er weinig gewisseld van verzekering of polis. Een langzame stijging bracht het aantal overstappers naar een andere polis of zorgverzekering in 2013 op een recordhoogte van 10% (Reitsma-van Rooijen & Brabers, 2013). In 2015 zijn er weer minder overstappers geteld, namelijk 6,8% (Zorgwijzer, 2015b).

§ 1.2 Probleemstelling

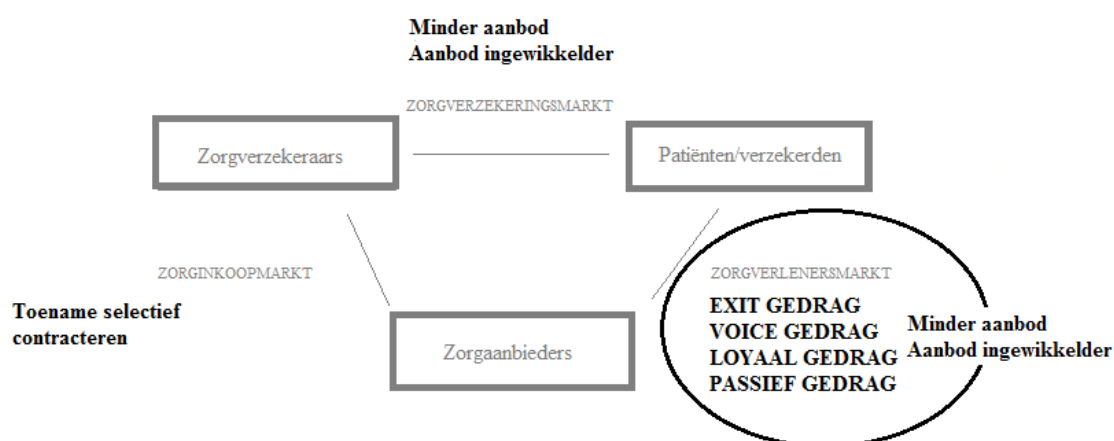
Het wisselen van ziekenhuis, verzekering of polis gebeurt weinig. Patiënten lijken eerder geneigd te zijn om de situatie onveranderd te laten. Echter, als het gaat om selectief contracteren dan ligt dit passieve gedrag waarschijnlijk minder voor de hand. In het algemeen is namelijk een toegenomen druk ontstaan op zorgverzekeraars. Dit heeft er toe geleid dat steeds meer selectieve contracten worden afgesloten (KPMG, 2014). Door een toename aan selectieve contracten, is er op de zorgverlenersmarkt minder aanbod. Het is ingewikkelder geworden dan voorheen om een zorgaanbieder te vinden die een contractrelatie heeft met een zorgverzekeraar. Zo zullen patiënten in vergelijking met vroeger meer moeite moeten doen voor dezelfde zorg.

Het CWZ heeft dit jaar maar enkele contracten gesloten voor de steeds groter wordende patiëntengroep met een budgetpolis (CWZ, 2015a). Om te waarschuwen voor de gevolgen van niet-gecontracteerde zorg heeft het CWZ aan het einde van 2014 al hun patiënten met een budgetpolis gewaarschuwd. De Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) heeft in maart dit jaar een brief naar de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gestuurd met een waarschuwing voor de gevolgen van de budgetpolis. Dit type polis wordt in veel ziekenhuizen, zoals in het CWZ, gedeeltelijk of helemaal niet gecontracteerd. Vaak weten patiënten niet dat hun verzekering of polis niet is gecontracteerd. Doordat ze dat niet weten, maken ze hoge kosten die ze vervolgens zelf moeten betalen. Tevens is het aanbod van wel-gecontracteerde zorg bij een budgetpolis beperkt (Landelijke Huisartsen Vereniging, 2015).

Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten functioneren in een web van samenhangende markten. Als de ene markt beweegt, dan bewegen de andere ook. Vandaar dat het een dynamische markt wordt genoemd. Er is op dit moment beweging in de zorginkoopmarkt door een toename in het selectieve contracteren. Daarnaast is in de zorgverzekeringsmarkt het aanbod gedaald; verzekeringspolissen dekken niet meer standaard alle zorgactiviteiten. Als gevolg daarvan zal de zorgverlenersmarkt steeds meer te maken krijgen met selectief contracteren. Een toename in het selectief contracteren betekent ook een toename van niet-gecontracteerde zorg. We kunnen er niet vanuit gaan dat als er steeds minder contracten worden gesloten voor de zorg, het gedrag van patiënten gelijk blijft. Sterker nog, niet-gecontracteerde zorg houdt in dat de zorg maar voor een beperkt deel wordt vergoed door de zorgverzekeraar.

Bij niet-gecontracteerde zorg geldt het hinderpaalcriterium. Dit criterium stelt, op grond van artikel 13 van de ZVW, dat de zorgverzekeraar slechts een deel betaalt van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Daarbij is vastgelegd dat deze vergoeding bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder niet zodanig laag mag zijn dat zij een feitelijke hinderpaal vormt om zorg bij die zorgaanbieder af te nemen (NZA, 2014). In de praktijk wordt gemiddeld tussen de 70% en 80% van de declaraties als hinderpaalgrens aangehouden. Patiënten mogen dus wel bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders zorg ontvangen, maar het resterende percentage van het declaratiebedrag, variërend tussen 20% en 30%, dient de patiënt dan zelf bij te betalen (Meersma, 2013; Consumentenbond, 2015). Stel bijvoorbeeld dat een patiënt een heupoperatie heeft ondergaan terwijl zijn zorgverzekering of polis niet is gecontracteerd. Een heupoperatie kost al gauw € 12.000. In het gunstigste geval dient deze patiënt 20%, dat wil zeggen € 2.400, zelf te betalen (Consumentenbond, 2015).

In het geval dat patiënten te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg, moeten ze haast gedwongen overstappen naar een ander ziekenhuis (exit gedrag), een andere verzekering of een andere polis afsluiten (loyaal gedrag) of anders dienen ze zelf tussen de 20% en 30% van de zorg bij te betalen (loyaal gedrag) (Meersma, 2013). Niet-gecontracteerde zorg kan ook voice gedrag oproepen bij patiënten, zeker omdat patiënten zich steeds mondiger gedragen. Een andere mogelijke reactie op niet-gecontracteerde zorg is dat patiënten helemaal geen zorg willen en zich passief opstellen.



Figuur 2: *Probleemstelling.*

Het consumentengedrag van patiënten wordt door de ZVW als uitgangspunt genomen voor een succesvolle zorgmarkt. Dit consumentengedrag houdt onder andere in dat patiënten exit gedrag vertonen. Het kan ook zijn dat patiënten voice gedrag gaan vertonen. Daartegenover kan het gedrag van patiënten ook niet succesvol zijn als marktwerkingsmechanisme indien patiënten zich loyaal of passief gedragen.

Het CWZ heeft zich bereid verklaard aan dit onderzoek mee te werken, omdat ze inzicht wenst in het gedrag van haar patiënten bij niet-gecontracteerde zorg. Met de uitkomsten van dit onderzoek wenst het CWZ vervolgens de besluit- en beleidsvorming rond selectief contracteren te optimaliseren. Dit onderzoek is voorspellend van aard. Patiënten zullen met vragen over fictieve cases worden bevraagd over hoe ze zich denken te gaan gedragen als ze te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg.

§ 1.3 Onderzoeksdoel en onderzoeksvraag

Naar aanleiding van voorgaande probleemstelling is de navolgende doelstelling opgesteld:

Het doel van dit onderzoek is het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis inzicht te geven in het keuzegedrag dat CWZ-patiënten denken te gaan vertonen als ze te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg. Hierbij wordt getracht om het ziekenhuis bruikbare kennis te bieden die een bijdrage kan leveren aan de besluitvorming en beleidsvorming omtrent selectief contracteren. Dit wordt gedaan door een analyse van wat wetenschappelijke theorieën beweren over gedrag bij selectief contracteren. De uitkomst van deze analyse wordt verwerkt in een enquête die bij patiënten wordt afgenomen en waarvan de verkregen data vervolgens statistisch worden geanalyseerd.

De vraagstelling, welke centraal zal staan in dit onderzoek, luidt:

Hoe verwachten patiënten van het CWZ zich te gaan gedragen als ze te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg en welke verklaringen kunnen hiervoor worden gegeven?

Deelvragen die de centrale vraag ondersteunen, zijn:

- Welke patiëntgedragingen worden in de literatuur beschreven met betrekking tot situaties waar sprake is van niet-gecontracteerde zorg?
- Met welke wetenschappelijke theorie of theorieën zijn de patiëntgedragingen te beschrijven?
- Wat denken de patiënten te gaan doen als ze te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg?
- Welke verklaringen kunnen worden gegeven voor hetgeen dat CWZ-patiënten zeggen te gaan doen als ze te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg?

§ 1.4 Relevantie van het onderzoek

Maatschappelijke relevantie

Nog niet eerder is onderzoek in deze vorm verricht. De mogelijke reden hiervoor is dat selectief contracteren een recente ontwikkeling is. Inmiddels is het een goed moment om onderzoek naar dit onderwerp te doen aangezien het aantal selectieve contracten zal toenemen. Ziekenhuizen zullen steeds meer moeten participeren op de markt omdat andere markten hen hierin meenemen. Ook kennisgeving van het gedrag van patiënten als reactie op de negatieve gevolgen

van selectief contracteren is daarbij belangrijk. Zo wensen ziekenhuizen immers een goede positie in de markt en het gedrag van patiënten kan leiden tot nieuwe afwegingen in het besluitvormingsproces bij beleidskeuzes. Omdat dit onderzoek voorspellend van aard is, kan het CWZ (maar ook andere ziekenhuizen) met de uitkomsten van dit onderzoek voortijdig anticiperen op de toenemende golf van selectief contracteren.

Wetenschappelijke relevantie

De ZVW gaat uit van de assumptie dat patiënten zich als rationele en actieve consumenten opstellen. In dit onderzoek wordt getoetst of deze assumptie stand houdt. Zo niet, dan kan dit gevolgen hebben voor de marktwerking in de zorg. Echter, het is nog onbekend hoe groot deze gevolgen zijn. Daarnaast kan het ook andere sectoren raken die te maken hebben met marktwerking. De analyse van dit onderzoek kan bijdragen aan de reeds bestaande kennis over dit onderwerp en de hieraan verwante theorieën. De verkregen kennis zal ook een nieuwe voedingsbodem kunnen vormen voor nieuw wetenschappelijk onderzoek.

§ 1.5 Omschrijving kernbegrippen

Een aantal begrippen staan in dit onderzoek centraal. Dit zijn: niet-gecontracteerde zorg, exit gedrag, voice gedrag, loyaal gedrag en passief gedrag. Alvorens in het theoretisch kader uitvoerig op deze begrippen wordt ingegaan, worden ze hieronder kort uitgelegd.

Niet-gecontracteerde zorg

Als een ziekenhuis en een zorgverzekeraar het niet eens worden in de onderhandeling, bijvoorbeeld over prijs of kwaliteit, dan kan het zo zijn dat er geen contract wordt afgesloten (NZA, 2014). Op het moment dat er geen contract is afgesloten met een verzekering en/of polis, dan is er sprake van niet-gecontracteerde zorg.

Exit gedrag

Exit gedrag betreft het vertrekken als klant bij een organisatie, zoals een ziekenhuis (Hirschman, 1970). In dit onderzoek betekent exit gedrag dat patiënten willen overstappen naar een ander ziekenhuis op het moment dat er sprake is van niet-gecontracteerde zorg.

Voice gedrag

Voice gedrag wordt gedefinieerd als het klagen of protesteren van individuen uit ontevredenheid over een organisatie of haar service (Hirschman, 1970; Rodwin, 1999). Onder

voice gedrag wordt in dit onderzoek verstaan het klagen door patiënten bij het CWZ als ze te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg.

Loyaal gedrag

Loyaal gedrag wordt gedefinieerd als het trouw zijn aan de organisatie of haar medewerkers (Hirschman, 1979). Wanneer patiënten loyaal zijn, dan zijn dit aan het CWZ. Onder loyaal gedrag worden twee gedragingen verstaan. De eerste gedraging houdt in dat patiënten zeggen te wisselen van zorgverzekering of polis op het moment dat er sprake is van niet-gecontracteerde zorg. De tweede gedraging houdt in dat patiënten zeggen bereid te zijn om voor de niet-gecontracteerde zorg bij te betalen uit loyaliteit naar het CWZ.

Passief gedrag

In dit onderzoek wordt passief gedrag gezien als het niet meer aan gaan van de zorg. Patiënten vertonen geen exit-, voice- of loyaal-gedrag maar ze gaan niet in zorg of beëindigen een lopend zorgtraject.

§ 1.6 Leeswijzer

In dit hoofdstuk is het onderwerp van onderzoek en de bijbehorende vraagstellingen beschreven. De theorie van het onderzoek ontwerp wordt in het volgende hoofdstuk uitgediept, het theoretisch kader. In hoofdstuk 3 wordt de methode van onderzoek beschreven. De resultaten en de analyse worden beschreven in hoofdstuk 4. De beantwoording van hoofd- en deelvragen volgt in de conclusie (hoofdstuk 5). In hoofdstuk 6 wordt de discussie beschreven en daarnaast worden er op basis van dit onderzoek een aantal aanbevelingen gedaan: zowel voor de praktijk als voor vervolgonderzoek.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

In de inleiding zijn vier gedragingen beschreven die patiënten kunnen tonen als ze te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg. Dit zijn exit gedrag, voice gedrag, loyaal gedrag en passief gedrag. Deze gedragingen en de onderliggende economische theorie van selectief contracteren, worden in de eerste twee paragrafen (§ 2.1 en in § 2.2) van dit hoofdstuk uitgediept. In de paragraaf daarna (§ 2.3) wordt de focus van het onderzoek bepaald. Dit wordt gedaan door twee van de vier gedragingen te selecteren en daarnaast worden de onafhankelijke variabelen beschreven die relevant zijn voor dit onderzoek. Tot slot wordt in § 2.4 het voorlopige conceptueel model weergegeven.

§ 2.1 De gezondheidseconomie als economische theorie achter selectief contracteren

Dit onderzoek wordt benaderd vanuit economisch perspectief dat wordt aangevuld met andere theorieën. Voor het economisch perspectief is gekozen omdat de huidige ZVW uitgaat van diezelfde benadering.

Arrow legde in 1963 een eerste basis voor de gezondheidseconomie, waarvan de economische gedachte nog altijd doorwerkt. Het is namelijk zo dat de rol van een kiezende zorgconsument bijdraagt aan effectieve prijs-kwaliteitconcurrentie en doelmatigheid van de zorg (Enthoven, 1978; Schut, 1995; Schut, 2003). Arrow was dan wel de grondlegger van de economische gezondheidszorg, maar hij had ook kritiek. Zo gaf hij in de American Economic Review twee duidelijke boodschappen. De eerste boodschap verwijst naar waarom hij vindt dat de gezondheidszorg en de vrije markt niet goed kunnen werken. Dit komt volgens hem door de volgende factoren: onzekerheid over het tijdstip, de aard, de omvang en het effect van de zorg, waardoor de vrije markt niet tot een optimale uitkomst leidt. Arrow gaf in zijn tweede boodschap aan dat de markt alleen goed kan werken als zorgvragers en zorgaanbieders onafhankelijk van elkaar opereren en goed geïnformeerd zijn over de prijs en kwaliteit van de dienstverlening (Schut, 2003; Arrow, 2001). De eerste boodschap van Arrow beaamt Schut. De auteur stelt: “De zorgmarkt in Nederland zal nooit een ‘normale’ markt kunnen zijn” (2003). Met een normale markt bedoelt Schut een vrije markt, die volgens hem niet mogelijk is wegens niet te voorkomen informatieproblemen, een afhankelijke positie van de vrager en tot slot een ineffectief prijsmechanisme in de zorg. Aan de andere kant is het volledig vervangen van de markt door een systeem van centrale aanbod- en prijsregulering ook geen oplossing. Dit

systeem leidt namelijk net als eerder genoemde problemen ook tot overheidsfalen (Schut, 2003).

In Nederland is met de invoering van de ZVW in 2006 gekozen voor de middenweg, namelijk een systeem tussen een vrije markt en een systeem van centrale regulering, dat gereguleerde concurrentie genoemd wordt. Met dit systeem wordt getracht om problemen zoals overheidsfalen te ondervangen. Enthoven (1978) is de ‘founding father’ van het systeem van gereguleerde concurrentie, dat hij uitwerkte in het zogenoemde ‘Consumer Choice Health Plan’ (CCHP). Enthoven’s systeem staat voor een systeem waarbij middels overheidsbemoeienis getracht wordt de solidariteit en toegankelijkheid te garanderen en daarnaast om marktfalen tegen te gaan (Van Kleef et al., 2014; Schut, 1995). Tevens reguleert de overheid, omdat ziekenhuizen en zorgverzekeraars onderdeel uitmaken van de ‘civil society’. De civil society verwijst naar “een geheel van organisaties die, zonder winstoogmerk, een maatschappelijk doel nastreven maar niet direct onderdeel van de overheid zijn” (Wijnstra & Kimpfen, 2010). Specifiek in het geval van selectief contracteren zorgt de regulering ervoor dat zorgverzekeraars een centrale rol als prijs- en kwaliteitsbewuste collectieve zorginkopers krijgen namens hun verzekerden (Schut, 2003). De bemoeienis van de overheid als regulator zorgt voor een duwtje in de rug van de spelers op de markt om meer selectief te gaan contracteren. Arrow benadrukte in zijn tweede boodschap het belang van onafhankelijkheid in de concurrentie op de zorgmarkt. Deze onafhankelijkheid wordt in Nederland gewaarborgd door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMA) en de Mededingingswet. De NMA ziet toe op waar de Mededingingswet voor staat, zoals eerlijke concurrentie (Langelaar, 2008). Selectief contracteren gebeurt onder de voorwaarden die in de Mededingingswet zijn gesteld en dit wordt nauwlettend gecontroleerd door de NMA.

Concurrentie wordt op dit moment in de gezondheidseconomie als meest effectief en efficiënt instrument gezien, zolang deze gereguleerd en gecontroleerd wordt. De overheid en de NMA zien toe op deze zorgmarkt. Onderdeel van concurrentie is selectief contracteren. Met selectief contracteren wordt getracht de doelen van concurrentie te bereiken; meer doelmatigheid (goedkopere zorg), hogere kwaliteit van zorg en meer transparantie (Van Kleef et al., 2014).

§ 2.2 Gedragstheorieën bij niet-gecontracteerde zorg

§ 2.2.1 Theorie over exit gedrag

Terwijl de gezondheidseconomie na 1963 doordrong in de wetenschap, werd niet veel later het werk van Hirschman bekend. In de jaren '70 ging Hirschman als eerste auteur in op het exit gedrag, voice gedrag en loyalty gedrag van consumenten (Hirschman, 1970; Annas, 1997; Rodwin, 1999). Exit gedrag en voice gedrag is toepasbaar in allerlei sectoren. Zo paste Wilson bijvoorbeeld exit en voice toe in het gedrag van ouders van kinderen in het basisonderwijs (Wilson, 2009). Rodwin stelt echter duidelijk dat exit gedrag en voice gedrag worden bedoeld als mechanismen in de zorg waarmee patiënten zich kunnen uiten en op zoek gaan naar alternatieve zorgaanbieders. Hij verwijst naar de toenemende concurrentie in de zorg waarbij er steeds meer behoefte is aan beide gedragingen (Rodwin, 1999). Hirschman beschrijft het exit gedrag en voice gedrag als nuttige functies om een daling van de kwaliteit van een product of dienst van een organisatie tegen te kunnen gaan. Wilson noemt deze functie van Hirschman het 'selfcorrecting mechanism': het proces van achteruitgang activeert tegenkrachten en daarmee genereert zij een eigen genezing voor de organisatie (Wilson, 2009).

Exit gedrag wordt gedefinieerd als het vertrekken als klant uit een organisatie, zoals bijvoorbeeld een ziekenhuis. Voordat daarvan sprake is, vertonen patiënten vaak voice gedrag dat klagen of protesteren inhoudt (Hirschman, 1970; Rodwin, 1999). Hirschman stelt dat op het moment dat voice gedrag onvoldoende werkt, en patiënten vervolgens als klant weg gaan uit de organisatie, zij een soort onvrede uiten. Als we exit gedrag vertalen naar situaties waarbij er sprake is van niet-gecontracteerde zorg, dan vertrekt de patiënt omdat de zorgverzekering geen contract heeft afgesloten met het ziekenhuis over de te verkrijgen zorg. Hierbij kan onvrede een grote rol spelen, bijvoorbeeld over het uit eigen portemonnee bij te betalen bedrag dat niet-gecontracteerde zorg met zich mee brengt. Indien veel patiënten een exit signaal afgeven dan kan dit wellicht leiden tot een klein patiëntenbestand, wat uiteindelijk negatieve gevolgen kan hebben voor de organisatie. Organisaties dienen dan ook te anticiperen op exit gedrag, zoals bijvoorbeeld bij de afstemmingen omtrent het contracteerbeleid. Exit gedrag is onpersoonlijk en afstandelijk. Patiënten kunnen met weinig tot geen contact de organisatie verlaten (Hirschman, 1970).

In de praktijk blijken patiënten zich veelal niet als rationele zorgconsument op te stellen. In het algemeen wisselen patiënten weinig van zorgaanbieder of verzekeraar, omdat ze vaak niet in

staat zijn om te wisselen. Dit komt onder andere door een gebrek aan kennis, moeite hebben met het omgaan met zorginformatie, een gebrek aan motivatie of zelfvertrouwen, door ouderdom, laag opgeleid zijn of het hebben van een chronische ziekte (Rademakers, 2013; Lako & Rosenau, 2009). Terwijl er veel onderzoek is gedaan naar het wisselen van zorgverzekering of polis, ontbreken er cijfers van het exit gedrag (wisselen ziekenhuis) van patiënten. Ook in de praktijk ontbreekt het aan inzicht van het exit gedrag van patiënten. Echter, het CWZ vindt inzicht hierin wel wenselijk, aangezien ze het ziekenhuisbeleid omtrent selectief contracteren meer willen kunnen afstemmen op het gedrag en de behoeften van haar patiënten.

§ 2.2.2 Theorie over voice gedrag

In de vorige paragraaf is de grondslag van voice gedrag samen met exit gedrag beschreven. Consumenten moeten de kans krijgen om te klagen over een organisatie, haar service en producten. Dit is een basis ingrediënt van de markt (Rodwin, 1999). In het geval dat patiënten tegen de negatieve gevolgen van selectief contracteren aanlopen, dan kunnen ze gaan klagen bij het ziekenhuis. Voice gedrag gaat vaak vooraf aan exit gedrag. In plaats van gewoon over te stappen, moet er voor consumenten een effectieve manier zijn om hun klachten te uiten. Op die manier worden zorgaanbieders gestimuleerd om beter in te spelen op de belangen van de consument (Annas, 1997). Hirschman stelt heel duidelijk dat organisaties moeten reageren op signalen die worden ontvangen, omdat deze belangrijk zijn voor het functioneren van de organisatie. De auteur beschouwt voice gedrag ook als loyaal gedrag omdat patiënten over het algemeen klagen omdat ze trouw willen blijven aan de organisatie. Voice gedrag is persoonlijk van aard omdat het een mening is van de klager die wordt geuit (Hirschman, 1970).

Voice-gedrag komt regelmatig voor, aangezien patiënten tegenwoordig mondig zijn en hun wensen en behoeften al gauw laten horen. Zo eisen patiënten transparantie in de zorg en een optimale kwaliteit van zorg (Klopper-Kes et al., 2011). Deze mondigheid zorgt dat patiënten sneller kiezen voor de voice optie. Patiënten zijn sneller geneigd te klagen en het aantal tuchtklachten in de gezondheidszorg is de laatste jaren dan ook toegenomen (Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg, 2013). Ze laten vroeg hun mening horen; als hier onvoldoende gehoor aan wordt gegeven, wordt gebruik gemaakt van voice gedrag. Dit jaar (2015) hebben 50 van de 257 patiënten met een niet-gecontracteerde zorgverzekeringpolis voice gedrag vertoond jegens het CWZ. De klachten gingen onder andere over de financiële gevolgen die niet-gecontracteerde zorg met zich mee brengt.

2.2.3 Theorie over loyaal gedrag

Onderzoek wijst uit dat principes van marktdenken niet altijd passen in de zorg. Patiënten voelen zich niet geroepen om actief te kiezen en actief gebruik te maken van zorginformatie (Victoor & Rademakers, 2015). Patiënten stellen zich daarentegen regelmatig loyaal op jegens de behandelaar of organisatie (Victoor, 2015). Loyaal gedrag wordt gedefinieerd als “het trouw zijn aan de organisatie of haar medewerkers” (Hirschman, 1970). Dit gedrag gaat hand in hand met vertrouwen en tevredenheid. Iemand die loyaal is heeft vaak vertrouwen in hetgeen waar hij zich loyaal naar opstelt (Hall, Dugan, Zheng & Mishra, 2001). Onderzoek van Victoor en Rademakers haakt in op deze conclusie. Volgens hen zijn patiënten geneigd om zich loyaal te dragen, mits ze tevreden zijn. Loyale patiënten willen altijd naar hetzelfde ziekenhuis toe. Ze beschouwen dit echt als ‘hun ziekenhuis’ waar ze erg tevreden over zijn en welke ze vertrouwen. Ook zijn er patiënten die loyaal zijn aan het ziekenhuis, omdat het gemakkelijk is. Deze groep patiënten is ervan overtuigd dat het ziekenhuis ‘goed genoeg’ is en daarnaast vinden ze het niet nuttig om naar een ander ziekenhuis te gaan (Victoor & Rademakers, 2015). Daarnaast wordt in de literatuur gesproken van de ‘status quo bias’, oftewel patiënten zijn geneigd om te blijven zitten waar ze zitten omdat ze bang zijn om het verkeerde besluit te nemen (Van Beest, Lako & Sent, 2012). Loyaal gedrag kan ook exit en voice gedrag oproepen. Bij onvrede kan men voice gedrag gaan vertonen. Indien er niet of nauwelijks sprake is van loyaliteit, bijvoorbeeld door ontevredenheid, dan neigen patiënten al snel te kiezen voor de exit optie om bijvoorbeeld hun ongenoegen te uiten (Hirschman, 1970).

Het voorgaande wijst er op dat patiënten niet gauw geneigd zijn om te wisselen van ziekenhuis, zeker als ze er tevreden over zijn. In plaats daarvan kunnen patiënten zich zelfs loyaal gaan gedragen. Bij de ene vorm van loyaal gedrag zeggen patiënten bereid te zijn om de niet-gecontracteerde zorg bij te betalen, uit loyaliteit naar het ziekenhuis. De andere vorm van loyaal gedrag houdt in dat patiënten zeggen bereid te zijn om te wisselen van zorgverzekering of polis dat wel onder contract staat bij het ziekenhuis. Op deze laatste vorm wordt hierna nader op ingegaan.

Onder de Nederlandse bevolking is het wisselen van zorgverzekering of polis niet zo populair. Nadat in 2006 een recordhoogte van 19,1% overstappers naar een andere zorgverzekering of polis werd behaald, zijn sindsdien jaarlijks minder dan 10% van de Nederlanders overgestapt (Reitsma-van Rooijen & Brabers, 2013; Zorgwijzer, 2015b). Van Beest et al. (2012) hebben hier een verklaring voor. Consumenten schijnen bang te zijn dat hun aanvullende

zorgverzekering niet geaccepteerd wordt bij het wisselen van zorgverzekeraar, omdat weigeren bij een aanvullende zorgverzekering is toegestaan. Terwijl de basis- en aanvullende zorgverzekering twee losse producten zijn, beschouwen veel Nederlanders deze twee als één product. Bovendien blijkt dat patiënten denken dat ze de plicht hebben om de basis- en aanvullende zorgverzekering te kopen bij één bedrijf. Ongeveer 90% van de Nederlandse burgers heeft een aanvullende zorgverzekering (Van Beest et al., 2012). Van de patiënten met ook een aanvullende zorgverzekering, heeft 99% de basis- en aanvullende zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar afgesloten (Duijmelinck, Mosca, Van de Ven & Laske-Aldenshof, 2014). Daarnaast blijkt dat veel patiënten niet in staat zijn om te wisselen van zorgverzekering of polis wegens een gebrek aan kennis, het moeite hebben met het omgaan met zorginformatie, een gebrek aan motivatie of zelfvertrouwen, door ouderdom, door het laag opgeleid zijn of het hebben van een chronische ziekte (Rademakers, 2013; Lako & Rosenau, 2009).

Onlangs is steekproefsgewijs bij twintig van in totaal 257 CWZ-patiënten met een niet-gecontracteerde polis een administratieve analyse gedaan. Hierbij is gekeken naar hoe patiënten zich na een waarschuwing voor hun niet-gecontracteerde polis hebben gedragen. De waarschuwing betrof een persoonlijke brief waarin CWZ-patiënten op de gevolgen van hun niet-gecontracteerde polis werden gewezen en tevens werden ze geadviseerd om over te stappen naar een andere zorgverzekering of polis. De administratieve analyse wijst uit dat zeven van de twintig patiënten na ontvangst van de waarschuwingsbrief overgestapt zijn naar een andere zorgverzekering of polis die wel gecontracteerd is bij het CWZ. Dertien patiënten blijken niet gewisseld te zijn van verzekeraar. Zes van die dertien patiënten zijn ondanks de waarschuwingsbrief toch zorg aangegaan in het CWZ met als gevolg dat ze zelf moesten bijbetalen voor de niet-gecontracteerde zorg. Omdat louter een administratieve analyse is gedaan, is niet vast te stellen of die zes patiënten al dan niet bewust hebben bijbetaald voor hun zorg uit loyaliteit jegens het CWZ.

§ 2.2.4 Theorie over passief gedrag

Victoor (2015) gaat naast loyaal gedrag van patiënten ook in op passief gedrag. De passieve patiënt vindt het actief zijn, zoals het kiezen van een ziekenhuis of behandelaar, niet belangrijk. Patiënten zijn over het algemeen niet geïnteresseerd in het actief kiezen, alhoewel ze wel een keuzemogelijkheid willen hebben. Als we het hebben over niet-gecontracteerde zorg, dan wordt passief gedrag gezien als het niet of niet meer aan gaan van zorg. In andere woorden: patiënten gaan als reactie op niet-gecontracteerde zorg géén exit gedrag, voice gedrag of loyaal gedrag

vertonen, maar ze gaan de zorg niet aan of beëindigen de zorg. De verwachting is dat weinig tot geen patiënten dit passieve gedrag gaan vertonen omdat een goede gezondheid als een belangrijke levensbehoefte wordt gezien. Deze aanname is afkomstig uit het werk van Maslow. Maslow werd beroemd door zijn weergave van de behoeftenpiramide. Hij stelde dat ieder mens als eerste behoefte heeft aan fysiologische zaken zoals eten en drinken, zuurstof, seks, slaap en tot slot, een goede gezondheid (Rakowship, 2011).

De eerder genoemde administratieve analyse heeft geen informatie opgeleverd over passief gedrag van CWZ-patiënten. Uitgaande van de theorie van Maslow is het niet waarschijnlijk dat patiënten zeggen zich passief te gaan gedragen als ze te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg. Aan de andere kant kan hier nog geen uitspraak over worden gedaan, want het gedrag van patiënten bij niet-gecontracteerde zorg is nog nooit onderzocht. Alleen empirisch onderzoek kan vaststellen in hoeverre patiënten geneigd zijn tot passief gedrag bij niet-gecontracteerde zorg.

§ 2.3 Focus van het onderzoek

§ 2.3.1 De selectie van gedragingen: exit gedrag, voice gedrag, loyaal gedrag of passief gedrag?

In de vorige paragraaf zijn vier gedragingen beschreven die patiënten kunnen gaan vertonen als reactie op niet-gecontracteerde zorg. Echter kunnen niet alle gedragingen in dit onderzoek worden onderzocht. Dit heeft er ten eerste mee te maken dat het onderzoek dan veel te uitgebreid wordt en daarnaast is het wenselijk om in te kunnen zoomen op bepaald gedrag. Daarom moeten er keuzes gemaakt worden. Deze keuzes worden gemaakt op basis van een tweedeling die er is tussen de vier gedragingen. Het is namelijk zo dat exit gedrag en voice gedrag afstammen van de assumptie van de ZVW, want bij beide gedragingen wordt uitgegaan van het marktwerkingsmechanisme als onderliggend element. Daartegenover staan twee gedragingen die botsen met de assumptie van de ZVW, namelijk loyaal gedrag en passief gedrag.

Over het exit gedrag van patiënten met betrekking tot selectief contracteren is op dit moment nog niets bekend. Daarentegen is over het voice gedrag en selectief contracteren wel het een en ander bekend. Het afgelopen jaar ontving het CWZ vijftig verschillende klachten van patiënten over niet-gecontracteerde zorg. Het ziekenhuis werkt met een georganiseerd klachtensysteem. Via verscheidende manieren kunnen patiënten hun klacht indienen. Het klachtenbureau

organiseert de verwerking en afhandeling volgens een vaste procedure (CWZ, 2015b). Kennis van het exit gedrag van CWZ-patiënten is echter wel wenselijk want met die kennis kan in de besluitvorming en beleidsvorming beter worden geanticipeerd op het gedrag van patiënten bij selectief contracteren. Dit kan uiteindelijk weer impact hebben op het voice gedrag van patiënten. Het is namelijk zo dat als beleid verbeterd, dit tot een verhoogde patiënttevredenheid kan leiden. En hoe hoger de tevredenheid van patiënten is, hoe minder voice gedrag patiënten vertonen (Rodwin, 1999). Op basis van voorgaande argumenten wordt ervoor gekozen om het exit gedrag te onderzoeken.

Exit gedrag betekent dat patiënten zeggen te willen vertrekken naar een ander ziekenhuis op het moment dat er sprake is van niet-gecontracteerde zorg.

De twee gedragingen die overblijven, zijn de tegenhangers van de assumptie van de ZVW. Loyaal gedrag wordt door meerdere auteurs beschreven als een gedraging waar patiënten al gauw naar neigen (Victoor, 2015; Victoor & Rademakers, 2015; Hall et al., 2001). Interessant is om te achterhalen in hoeverre loyaal gedrag voor komt in het geval van niet-gecontracteerde zorg. Tevens is loyaal gedrag interessant om te onderzoeken omdat het gekenmerkt wordt door twee heel verschillende uitingen. Dat patiënten geneigd zijn om zich passief te gedragen, wordt als niet waarschijnlijk beschouwd. De theorie van Maslow ondersteunt deze veronderstelling. Zoals reeds benoemd, stelt Maslow immers dat een goede gezondheid behoort tot de basisbehoeften van de mens. Op basis van voorgaande argumenten wordt ervoor gekozen om het loyaal gedrag te onderzoeken.

Wanneer patiënten loyaal zijn, dan zijn ze dit aan het CWZ. Onder loyaal gedrag worden twee gedragingen verstaan. De eerste gedraging houdt in dat patiënten zeggen te wisselen van zorgverzekering of polis op het moment dat er sprake is van niet-gecontracteerde zorg. De tweede gedraging houdt in dat patiënten zeggen bereid te zijn om voor de niet-gecontracteerde zorg bij te betalen uit loyaliteit naar het CWZ.

De tegenhangers exit gedrag en loyaal gedrag zijn geselecteerd om in dit onderzoek te worden onderzocht. Middels een keuze-experiment wordt gemeten hoe patiënten zich denken te gaan gedragen als ze te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg. Prefereren patiënten het exit gedrag dat past bij de economische assumptie van de ZVW? Of kiezen patiënten voor de andere gedragsopties, namelijk één van de twee vormen van loyaal gedrag? Meer hierover volgt in het volgende hoofdstuk.

§ 2.3.2 Onafhankelijke variabelen

Het keuzegedrag van de patiënten is de afhankelijke variabele in dit onderzoek. Welk gedrag patiënten bij niet-gecontracteerde zorg het meest prefereren, hangt af van de onafhankelijke variabelen. De combinatie van afhankelijke- en onafhankelijke variabelen in dit onderzoek is van belang om het onderlinge verband vast te stellen evenals de richting en de sterkte ervan. De onafhankelijke variabelen die opgenomen worden in dit onderzoek, zijn: leeftijd, gezondheid, huishoudelijk inkomen, opleidingsniveau, regie over de eigen zorg, urgentie van de benodigde zorg en tot slot, de woonafstand gemeten in het aantal minuten reizen van en naar het CWZ. In de onderstaande kopjes worden deze onafhankelijke variabelen besproken.

Leeftijd

De leeftijd van patiënten is de eerste onafhankelijke variabele. Uit onderstaande tekst blijkt dat oude patiënten ten opzichte van jonge patiënten het meest beperkt zijn in het voeren van regie over hun eigen zorg. Op basis daarvan wordt gesteld dat hoe ouder patiënten zijn, hoe minder geneigd ze zullen zijn om te wisselen van ziekenhuis, zorgverzekering of polis en hoe meer ze geneigd zijn om er voor te kiezen om de niet-gecontracteerde zorg bij te betalen.

Hoe ouder patiënten zijn, hoe minder regie zij hebben over hun ziekte en zorg (Rademakers, 2013). Oude patiënten ervaren allerlei beperkingen waardoor ze hun zorg niet zo goed kunnen organiseren als jonge patiënten. Ten eerste wordt gesteld dat voor oude patiënten zorginformatie onvoldoende bereikbaar en vindbaar is. Tevens zoeken oude patiënten minder snel informatie op over ziekenhuizen (Victoor et al., 2014). Een tweede punt waardoor het organiseren van de eigen zorg moeizamer is voor oude patiënten, is omdat ze vaker ziek zijn (Van Beest et al., 2012). In het algemeen geldt dan ook dat ziekte een belemmering vormt om te wisselen van ziekenhuis, zorgverzekering of polis (Van Beest et al., 2012). Omdat oude patiënten vaker ziek zijn dan jonge patiënten, kan het zo zijn dat dus zij minder geneigd zijn om te wisselen van ziekenhuis, zorgverzekeraar of polis. Daarbij moet ook rekening worden gehouden met het gegeven dat zieke patiënten vaak al een zorg- of behandeltraject hebben lopen, waardoor het wisselen moeizamer is dan wanneer er nog een zorg- of behandeltraject gestart moet worden.

Over de leeftijd van patiënten gecombineerd met exit gedrag, zijn geen praktijk- of wetenschappelijke resultaten bekend. Daarentegen zijn er wel resultaten over het gedrag van patiënten met betrekking tot het wisselen van zorgverzekering en polis bekend. Uit onderzoek

van Van Beest et al. (2012) blijkt dat jonge patiënten sneller wisselen van zorgverzekering dan oudere patiënten. Het afgelopen jaar is 14% van de jongere patiënten in de leeftijd tussen de 18 en 39 jaar gewisseld van zorgverzekering of polis, tegen 5% van de patiënten tussen 40 en 64 jaar en 2% van de oudere patiënten vanaf 65 jaar (Reitsma-van Rooijen & De Jong, 2014). Dat oudere patiënten het minst wisselen van zorgverzekering of polis, is niet verrassend. Het blijkt namelijk dat oudere patiënten zich over het algemeen het meest beperkt voelen om te wisselen (Reitsma-van Rooijen & De Jong, 2014). Hier wordt bedoeld op de eerder genoemde beperkingen, namelijk een informatieachterstand bij oudere patiënten ten opzichte van jongere patiënten en daarnaast het vaker voordoen van ziekte bij oudere patiënten. Vanwege die beperkingen zou geconcludeerd kunnen worden dat hoe jonger patiënten zijn, hoe meer ze geneigd zijn om te wisselen van ziekenhuis, zorgverzekering of polis. Oudere patiënten hebben minder bewegingsvrijheid in de organisatie van hun zorg en ze lijken - gezien de eerder genoemde beperkingen - eerder geneigd te zijn om situatie onveranderd te laten. In dat geval wordt er niet gewisseld van ziekenhuis, zorgverzekering of polis, maar wordt ervoor gekozen om voor de niet-gecontracteerde zorg bij te betalen. Omdat oudere patiënten vaker ziek zijn dan jongere patiënten, is de kans groter dat ze al in behandeling zijn bij het ziekenhuis. In dat geval speelt tevredenheid over de ontvangen zorg ook nog een rol. Onderzoek toont namelijk aan dat hoe meer tevreden patiënten zijn over het ziekenhuis, hoe sneller ze geneigd zijn om voor hun zorg bij te betalen uit loyaliteit (Victoor, 2015).

Gezondheid

Ook de gezondheid van patiënten heeft invloed op het exit gedrag en loyaal gedrag als er sprake is van niet-gecontracteerde zorg. Uit de onderstaande tekst blijkt dat gezonde patiënten het meest geneigd zijn om te wisselen van ziekenhuis dan dat ze kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg.

De mate waarin patiënten zelf regie kunnen voeren over hun zorg, is afhankelijk van een aantal factoren, zoals gezondheid. In het algemeen wordt gesteld dat gezonde patiënten beter in staat zijn om regie te voeren over hun zorg dan zieke patiënten (Van Beest et al., 2012). Met andere woorden, gezonde patiënten kunnen beter voor hun eigen zorg zorgen. In § 2.2.1 is benoemd dat zowel in de praktijk als in de wetenschap cijfers ontbreken van het exit gedrag van patiënten. Hierdoor zijn er op het eerste gezicht geen handvatten om voorspellingen te kunnen doen over de invloed van gezondheid op de relatie tussen niet-gecontracteerde zorg en exit gedrag. Wat wel bekend is, is dat gezonde patiënten sneller wisselen van zorgverzekering of polis dan zieke

patiënten (Van Beest et al., 2012; Bootink, Van Genugten & Lako, 2015). Van de groep chronisch zieken bijvoorbeeld, blijkt 40% niet in staat te zijn om zelf de regie te voeren over de eigen zorg (Rademakers, 2013). Patiënten die hun gezondheid als matig of slecht ervaren, stapten in 2014 minder vaak over van zorgverzekering of polis (2%) dan patiënten die hun gezondheid als goed (5%) of als uitstekend/zeer goed (9%) ervaren. Patiënten die hun gezondheid als matig/slecht ervaren wisselen over het algemeen het minst van zorgverzekering of polis en ervaren ook meer belemmeringen om te wisselen (Reitsma-van Rooijen & De Jong, 2014).

In het algemeen blijkt dat zieke patiënten minder snel van zorgverzekering of polis wisselen wegens allerlei fysieke en organisatorische belemmeringen die ze door de ziekte ervaren. Patiënten met een matige of slechte gezondheid zien vaker belemmeringen om te wisselen van zorgverzekeraar dan patiënten met een goede of uitstekende gezondheid, 21% versus 6% (Reitsma-van Rooijen & De Jong, 2014). Tevens wisselen zieke patiënten ook minder vaak van zorgverzekering of polis, uit angst geweigerd te worden bij een andere zorgverzekeraar. Van de patiënten gelooft 41% dat ze niet worden aanvaard als ze een aanvullende zorgverzekering afsluiten. Dit gevoel is deels terecht, want de ZVW stelt dat patiënten voor de aanvullende zorgverzekering geweigerd mogen worden, bijvoorbeeld omdat hun gezondheid slecht is en ze daardoor duur zijn voor de zorgverzekeraar. Bij de basiszorgverzekering geldt wel een verplichte acceptatie. Het probleem is dat 60% van de patiënten denkt dat de basiszorgverzekering en de aanvullende zorgverzekering verbonden is aan elkaar, terwijl het eigenlijk twee losse zorgverzekeringen zijn (Van Beest et al., 2012).

Terwijl in de twee voorgaande alinea's wordt beschreven dat patiënten met een slechte gezondheid - vergeleken met patiënten met een goede gezondheid - het minst vaak wisselen van zorgverzekering of polis, is ook bekend dat het wisselen van zorgverzekering of polis in zijn geheel niet populair is onder de Nederlanders. Jaarlijks stapt er minder dan 10% over van zorgverzekeraar (Reitsma- van Rooijen & Brabers, 2013; Zorgwijzer, 2015b). De kans om voor het wisselen van zorgverzekering of polis te kiezen bij niet-gecontracteerde zorg, zal dus naar verwachting laag zijn. In plaats daarvan zouden gezonde patiënten namelijk eerder kunnen kiezen voor het wisselen van ziekenhuis bij niet-gecontracteerde zorg. Ondanks dat het laatstgenoemde niet is onderzocht, wordt deze gedachtegang wel als aannemelijk gezien.

Zieke patiënten ervaren allerlei belemmeringen waardoor ze minder geneigd kunnen zijn om te kiezen voor exit gedrag of het wisselen van zorgverzekering of polis. Zo hebben zieke patiënten

vaak een informatieachterstand omdat ze over minder regie voor de eigen zorg beschikken (Victoor et al., 2014). Daarnaast ervaren ze allerlei andere beperkingen die in de voorgaande tekst zijn besproken. Hierbij speelt ook nog de angst voor weigering door de zorgverzekeraar een rol. Dit is voor zieke patiënten ook een reden om niet te wisselen van zorgverzekering of polis. Ook moet niet vergeten worden dat zieke patiënten, en met name chronisch zieke patiënten, vaak al in behandeling zijn. Dit kan ook het wisselgedrag van ziekenhuis beperken. Het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg zou daarom een meer voor de hand liggende gedraging zijn voor zieke patiënten dan voor gezonde patiënten. Zeker als de zieke patiënt tevreden is, is de kans groter dat hij kiest voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Het is namelijk zo dat als patiënten tevreden zijn over het ziekenhuis of hun behandelaar, ze dan sneller geneigd zijn om voor hun zorg bij te betalen uit loyaliteit (Victoor, 2015).

Huishoudelijk inkomen

Met het huishoudelijk inkomen wordt in dit onderzoek het netto maandelijkse totaalinkomen van het huishouden van patiënten bedoeld. Patiënten met een hoog huishoudelijk inkomen lijken het meest geneigd te zijn om voor de niet-gecontracteerde zorg bij te betalen dan dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis of het wisselen van zorgverzekering of polis.

Onder inkomen worden alle geldelijke inkomsten verstaan, zoals inkomsten uit arbeid, uit de eigen onderneming, een uitkering of pensioen. Het netto huishoudelijk inkomen is grofweg te verdelen in drie groepen. Een netto inkomen minder dan € 1.750 is een *laag inkomen*, een netto inkomen tussen de € 1.750 en € 2.700 is een *gemiddeld inkomen* en een netto inkomen hoger dan € 2.700 is een *hoog inkomen* (Brabers et al., 2014). Niet alleen het inkomen bepaalt hoeveel een patiënt kan besteden voor zijn of haar zorg. Het te besteden bedrag voor de eigen zorg hangt namelijk ook af van hoeveel verdieners er zijn in het huishouden van de patiënt. Uit een peiling van het Centraal Bureau voor de Statistiek (hierna: CBS) in 2009 blijkt dat er grote verschillen zijn tussen het aantal verdieners per huishouden. Huishoudens met *nulverdieners* genereerden in 2009 rond de 32 duizend euro per jaar en huishoudens met *eenverdieners* genereerden in 2009 rond de 42 duizend euro per jaar. Huishoudens met *tweeverdieners* hadden in het jaar 2009 bijna 50 duizend euro te besteden (CBS, 2011). Het spreekt bijna voor zich dat patiënten uit een huishouden met meerverdieners ook meer bestedingen kunnen doen in hun zorg. Daarnaast blijkt de samenstelling van het huishouden ook een bepalende factor te zijn voor hoeveel patiënten te besteden hebben voor hun zorg. *Eenpersoonshuishoudens* hebben namelijk gemiddeld € 1.591 per maand te besteden. Eenoudergezinnen hebben het over het algemeen

financieel het meest zwaar. *Alleenstaande ouders met alleen minderjarige kinderen* hebben het minst te besteden, namelijk € 1.333 per maand. Vaak betreft dit een bijstandsuitkering (Moonen, 2013). *Eenoudergezinnen met minimaal één meerderjarig kind* hebben al wat meer te besteden, namelijk € 1.841 per maand. Dit heeft er mee te maken dat meerderjarige kinderen vaak zelf ook al een inkomen hebben. Een *paar met alleen minderjarige kinderen* heeft een huishoudelijk inkomen van € 2.050 per maand en een *paar met minimaal één meerderjarig kind* heeft een huishoudelijk inkomen van € 2.375 per maand. Een *paar zonder kinderen* heeft een gemiddeld huishoudelijk inkomen van € 2.225. Tot slot, *meerpersoonshuishoudens* hebben een gemiddeld huishoudelijk inkomen van € 2.066. De inkomens zijn gestandaardiseerd, hetgeen betekent dat het besteedbare inkomen is gecorrigeerd voor verschillen in grootte en samenstelling van het huishouden (CBS, 2014b). Als naar het inkomen wordt gevraagd in dit onderzoek, wordt het totale netto maandelijkse huishoudelijk inkomen van het huishouden bedoeld. Daardoor kan middels één focus worden bepaald wat een patiënt ongeveer kan besteden aan zorgkosten.

Patiënten met een hoog huishoudelijk inkomen hebben meer bewegingsvrijheid in de zorgkeuzes die ze kunnen maken ten opzichte van patiënten met een laag huishoudelijk inkomen. Ten eerste heeft dit er mee te maken dat patiënten met een hoog huishoudelijk inkomen vaak ook hoger opgeleid zijn (Rademakers, 2013). Dit leidt automatisch tot het tweede punt, namelijk dat patiënten met een hoog opleidingsniveau over het algemeen ook meer regie hebben over hun ziekte en zorg omdat ze meer kennis en vaardigheden hebben om hun zorg te regisseren (Rademakers, 2013; Victoor et al., 2014). Ten derde gebruiken patiënten met een hoog huishoudelijk inkomen en een hoog opleidingsniveau ook meer informatie over ziekenhuizen (Victoor et al., 2014). Wat de keuzes voor exit gedrag en loyaal gedrag betreft, wijzen de drie bovengenoemde punten op een voorsprong voor patiënten met een hoog huishoudelijk inkomen ten opzichte van patiënten met een laag huishoudelijk inkomen. Echter, als het om het wisselen van ziekenhuis gaat, dan hebben met name patiënten met een hoog inkomen moeite met het kiezen van een alternatief ziekenhuis. Laatstgenoemde groep blijkt zo kritisch dat ze minder snel tevreden worden over een goede alternatieve zorgaanbieder. Hierdoor zijn deze patiënten minder snel geneigd om een ander ziekenhuis te kiezen dan patiënten met een laag huishoudelijk inkomen (Van Beest et al., 2012).

Patiënten met een laag huishoudelijk inkomen lopen ook vooraan als het om het wisselen van zorgverzekering of polis gaat. Het blijkt dat de hoogte van de premie de belangrijkste reden is

om te wisselen van zorgverzekering of polis (Reitsma-van Rooijen & Brabers, 2013). Bij deze groep patiënten worden zorgkosten sneller in de portemonnee gevoeld (Rademakers, 2013). De hoogte van de premie of zorgkosten in het algemeen, zouden voor met name patiënten met een laag huishoudelijk inkomen een goede prikkel kunnen zijn om te wisselen van zorgverzekering of polis. Resultaten uit het onderzoek van Rademakers wijzen echter om een omgekeerd beeld: voornamelijk patiënten met een hoog huishoudelijk inkomen en een hoog opleidingsniveau wisselen van zorgverzekering of polis (Rademakers, 2013). Het onderzoek van Booltink et al. (2015) ontkracht echter deze conclusie. Uitkomsten van dat onderzoek wijzen er op dat mensen met een laag inkomen niet minder vaak wisselen van zorgverzekering of polis dan mensen met een hoog inkomen. De zorgkosten zijn voor deze groep wel een grotere reden om te wisselen van zorgverzekering of polis dan voor patiënten met een hoger inkomen. Voor mensen met een hoog inkomen is het dan ook eenvoudiger om te kiezen om voor de niet-gecontracteerde zorg bij te betalen. Het is algemeen bekend dat patiënten met een hoger huishoudelijk inkomen makkelijker bestedingen kunnen doen in de zorg (Wingen, Berger-Van Sijl, Kunst & Otten, 2010). De keuze om loyaal te zijn naar het CWZ en voor de niet-gecontracteerde zorg bij te betalen, is dan ook makkelijker gemaakt voor patiënten met een hoog huishoudelijk inkomen dan voor patiënten met een laag huishoudelijk inkomen. Aan de andere kant wordt van patiënten met een hoog huishoudelijk inkomen ook meer premie en belastingen gevraagd. Patiënten met een laag huishoudelijk inkomen worden financieel gesteund doordat ze een vergoeding ontvangen in de vorm van zorgtoeslag (Badir, 2014).

Opleidingsniveau

Uit onderstaande tekst blijkt dat patiënten met een hoog opleidingsniveau het meest geneigd lijken om te kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis dan dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg.

Opleidingsniveaus worden grofweg in drie groepen verdeeld. Met een *laag opleidingsniveau* worden de niveaus tot en met lager of voorbereidend beroepsonderwijs bedoeld. Onder een *gemiddeld opleidingsniveau* valt het middelbaar onderwijs, havo-niveau en vwo niveau. Tot een *hoog opleidingsniveau* worden Hbo-niveau of hoger gerekend (Bes, Wendel, Curfs & De Jong, 2012b). Verschillende onderzoeksrapporten wijzen op een verband tussen opleidingsniveau en inkomen. Lager opgeleiden hebben vaak een laag huishoudelijk inkomen, stellen Wingen et al. (2010). Dit wordt bevestigd door Rademakers. Zij stelt namelijk dat lager opgeleide patiënten zich bepaalde zorg, die niet vergoed wordt door de zorgverzekeraar, minder goed kunnen

permitteren (Rademakers, 2013). Hoger opgeleide patiënten hebben immers ook een groter bestedingsvermogen in de zorg (Wingen et al., 2010).

Niet-gecontracteerde zorg zal bij lager opgeleide patiënten sneller in de portemonnee gevoeld worden dan bij hoger opgeleide patiënten. Tevens kan niet-gecontracteerde zorg bij lager opgeleide patiënten sneller tot financiële problemen leiden, omdat deze groep het minst te besteden heeft. Dit zou voor laatst genoemde groep een stimulans kunnen zijn om actief op zoek te gaan naar goedkopere alternatieven voor zorg, zoals het kiezen van een ander ziekenhuis of een andere een zorgverzekering of polis. Echter blijkt een actieve en rationele rol van de lager opgeleide patiënten een probleem te zijn. Lager opgeleide patiënten zijn ten eerste minder goed in staat om ziekenhuisinformatie op te zoeken om vervolgens daarvan een rationele vergelijking te maken (Victoor et al., 2014). Ten tweede gebruiken lager opgeleide patiënten ook significant minder informatie over ziekenhuizen dan hoger opgeleide patiënten (Rademakers, 2013; Victoor et al., 2014). Ten derde blijken lager opgeleide patiënten over het algemeen minder goed in staat te zijn om regie te kunnen voeren over hun ziekte en zorg dan hoger opgeleide patiënten (Rademakers, 2013).

Hoewel hoger opgeleide patiënten meer gebruik maken van zorginformatie en daarbij beter regie kunnen voeren in hun zorg, blijken ze daarentegen het minst snel te wisselen van ziekenhuis. Net als bij patiënten met hoge huishoudelijke inkomens, kunnen hoger opgeleide patiënten minder snel een goede alternatieve zorgaanbieder vinden, zoals een ziekenhuis (Van Beest et al., 2012). Patiënten met een lage opleiding zullen dus eerder geneigd zijn om te wisselen van ziekenhuis bij niet-gecontracteerde zorg, omdat ze sneller een voor hen geschikt alternatief ziekenhuis vinden. Als het gaat om wisselen van zorgverzekering of polis, dan blijken hoger opgeleide patiënten voorop te lopen. Hoger opgeleide patiënten wisselen namelijk het vaakst van zorgverzekering of polis (Rademakers, 2013). Dit kan verklaard worden door de al eerder genoemde factoren, namelijk dat hoger opgeleide patiënten beter en meer gebruik maken van zorginformatie en dat ze daarnaast ook een meer rationele zorgconsument kunnen zijn (Victoor et al., 2014; Rademakers, 2013). Zo zullen ze beter in staat zijn om een goede afweging te maken tussen allerlei alternatieven. Daarnaast zijn hoger opgeleide patiënten ook meer vermogend en kunnen ze zorguitgaven beter permitteren (Rademakers, 2013; Wingen et al., 2010). Zo is het voor hen makkelijker om te kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg uit loyaliteit voor het CWZ.

Hoger opgeleiden hebben een voorsprong op lager opgeleiden als het om het wisselen van zorgverzekering of polis en om het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg gaat. Hoger opgeleiden zijn over het algemeen beter geïnformeerd dan lager opgeleiden en ze beschikken over meer regie voor de eigen zorg. Als hoger opgeleiden een afgewogen keuze zouden moeten maken tussen de drie opties, dan zouden de kosten wellicht de doorslaggevende factor kunnen zijn. Het wisselen van zorgverzekering of polis zouden de hoger opgeleiden dus mogelijkermits kunnen prefereren boven het bijbetalen van de zorg. Echter worden hier vraagtekens bij gezet aangezien het wisselen van zorgverzekering of polis in het algemeen niet vaak voorkomt.

Regie over de eigen zorg

Reeds is beschreven dat patiënten met een lage leeftijd, patiënten met een goede gezondheid, patiënten met een hoog huishoudelijk inkomen, en patiënten met een hoog opleidingsniveau in hun categorie het beste in staat zijn om de regie te voeren over hun eigen zorg (Rademakers, 2013; Van Beest et al., 2012; Victoor et al., 2014). Uit onderstaande tekst blijkt dat patiënten met een lage mate van regie het meest geneigd lijken om te kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg dan dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis of het wisselen van zorgverzekering of polis.

Met regie van zorg wordt ook wel zelfmanagement over de eigen zorg bedoeld. De patiënt met een goede regie voor de eigen zorg zoekt oplossingen voor problemen en werkt samen met zorgverleners (Rademakers, 2013). Regie over de eigen zorg wordt regelmatig uitgewerkt in zogenaamde patiëntenrollen. Van die patiëntenrollen worden dan weer theorieën of modellen opgesteld. Motivaction bijvoorbeeld, is een theorie die ingaat op verschillende typen patiënten (Motivaction, de Praktijk & Berkhout, 2009). Dé patiënt bestaat niet, is ook wel één van de uitspraken van deze theorie. Motivaction is gebaseerd op het Mentality-model. Het model beschrijft acht typen patiënten die worden teruggebracht tot drie clusters. Het eerste en tevens laagst scorende cluster wordt de ‘minder zelfredzame patiënt’ genoemd. Hieronder zijn drie typen patiënten geschaard: de *volgzame patiënt*, de *consumptiegerichte patiënt* en de *gemaksgerichte patiënt*. Het tweede cluster, waarbij patiënten met een steeds hogere mate van regie behoren, wordt ‘de pragmatische patiënt’ genoemd. Hiertoe behoren: de *luxegerichte patiënt*, de *resultaatgerichte patiënt*, de *kwaliteitsgerichte patiënt* en tot slot, de *eigenzinnige patiënt*. Het laatste cluster en type patiënt dragen dezelfde naam, namelijk die van de *maatschappijkritische patiënt*. Dit type patiënt scoort in regie het hoogst (Motivaction et al., 2009).

Een aantal jaar geleden heeft het CWZ een eigen regiemodel gelanceerd. In het model worden vier typen patiëntenrollen beschreven waarvan iedere rol een andere mate van regie bevat. Patiënten met de minste regie behoren tot de groep *klassieke patiënten*. Klassieke patiënten leggen de regie volledig bij de zorgverlener. Ze zijn volgbaar en afwachtend en vaak onzeker en passief. Ze komen niet altijd voor zichzelf op en stellen nauwelijks vragen als de informatie over een behandeling niet duidelijk genoeg is. *Cliënten* tonen iets meer regie dan klassieke patiënten. Ze consulteren de specialist en overleggen. Cliënten worden beschreven als ‘meedenkend’. Als derde op de rij volgen de *regisseurs*. Regisseurs worden beschreven als ‘meebeslissers’. De meeste regie hebben *co-producenten*. Co-producenten worden beschreven als ‘meedoeners’ en ervaringsdeskundigen. Het CWZ heeft deze rollen geïntegreerd in de patiëntenzorg, omdat hiermee wordt getracht beter tegemoet te komen aan het gedrag en de wensen van de patiënten (CWZ, 2015d).

In het algemeen wordt gesteld dat patiënten met veel regie ook meer kennis en vaardigheden hebben om hun zorg te regisseren (Rademakers, 2013; Victoor et al., 2014). Tevens gebruiken patiënten met een zekere mate van regie over de eigen ziekte en zorg ook meer zorginformatie dan patiënten met minder regie (Victoor et al., 2014). Met patiënten met veel regie wordt het type co-producent bedoeld dat in de vorige alinea is beschreven. Co-producenten zijn beter geïnformeerd en zijn daardoor ook beter in staat om alternatieven met elkaar af te wegen. Echter, als het om het kiezen van een alternatief ziekenhuis gaat, blijken co-producenten meer moeite te hebben met het vinden van een alternatieve zorgaanbieder dan de patiënten met minder regie. Co-producenten zijn voornamelijk hoog opgeleide patiënten en hebben veelal een hoog huishoudelijk inkomen. Deze twee groepen blijken in hun categorie de meeste moeite te hebben met het vinden van een geschikt alternatief ziekenhuis (Van Beest et al., 2012). Echter, als het om het wisselen van zorgverzekering of polis gaat, dan blijken met name co-producenten te wisselen. Meerdere onderzoeken hebben aangetoond dat patiënten met een lage leeftijd, een goede gezondheid, een hoog huishoudelijk inkomen en een hoog opleidingsniveau een grotere regie over hun zorg hebben, vaker van zorgverzekering of polis wisselen dan oudere patiënten (Rademakers, 2013; Reitsma-van Rooijen & Brabers, 2013; Reitsma-van Rooijen & De Jong, 2014; Van Beest et al., 2012).

Met name ‘zwakke groepen’, dat wil zeggen patiënten met weinig regie over de eigen zorg, hebben over het algemeen de minste kennis van zorg omdat ze het minst gebruik maken van zorginformatie. Dit heeft er mee te maken dat ze over het algemeen een lage opleiding hebben.

Voor deze groep geldt tevens dat ze zich zorgkosten minder goed kunnen permitteren omdat ze vaak een laag huishoudelijk inkomen hebben (Rademakers, 2013). Ondanks dat zorgkosten voor hen veelal het zwaarst wegen in hun portemonnee, maken patiënten met weinig regie over de eigen zorg het vaakst irrationele zorgkeuzes (Van Beest et al., 2012). Het is daarom denkbaar dat de patiënt met een lage mate van regie eerder geneigd is om te kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg in plaats dat hij kosteloos overstapt naar een ander ziekenhuis.

Urgentie van de benodigde zorg

Binnen het domein van dit onderzoek vallen twee niveaus van urgentie van zorg: geen spoed of semi-spoed. Er wordt gesteld dat patiënten bij een zorgsituatie met semi spoed het meest geneigd lijken om te kiezen voor het wisselen van ziekenhuis dan dat ze kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg.

Urgentie van zorg wordt onderscheiden in vier niveaus. Het eerste niveau betreft *geen spoed*. Hier gaat het om niet urgente medische zorg. Het tweede niveau wordt *semi-spoed* genoemd. Hier is medische zorg nodig, maar het kan ook worden uitgesteld. Het derde niveau is *spoedzorg*, waarbij onmiddellijke zorg noodzakelijk is. Het vierde niveau wordt *afwachting* genoemd. Op dit niveau is de urgentie zó hoog, vanwege de ernst van de situatie, dat medische zorg niet meer zal baten (Willems, 2002). Omdat spoedzorg voor alle verzekerden wordt vergoed en daarmee los staat van het selectief contracteren, worden alleen de eerste twee niveaus meegenomen in dit onderzoek.

Volgens Victoor en Rademakers (2015) heeft de mate van urgentie van zorg invloed op het kiezen van een alternatief ziekenhuis. Het kiezen wordt moeilijker wanneer de urgentie van zorg toeneemt. Vanaf een redelijk urgente zorgbehoefte zitten patiënten als het ware in een rijdende trein waar ze moeilijk uit kunnen stappen om een rationele keuze te kunnen maken. Alleen al zonder urgentie van zorg is het moeilijk om een keuze te maken voor een zorgaanbieder, stellen de auteurs. Het is namelijk zo dat tijdens het ziekteproces diagnostiek en behandeling elkaar continue af wisselen zonder dat er een moment is om rustig te kiezen (Victoor & Rademakers, 2015). Echter blijkt ook dat hoe hoger de urgentie van de benodigde zorg is, hoe minder de patiënt in staat is om regie over de eigen zorg te voeren. Die regie is onder andere nodig om rationele zorgkeuzes te kunnen maken (Rademakers, 2013; Victoor & Rademakers, 2015). Het ‘uitstappen uit de rijdende trein’ om een rationele zorgkeuze te maken, wordt naarmate de urgentie van zorg toeneemt steeds moeilijker. In dat geval is een minder

rationele keuze ook mogelijk, waarbij patiënten niet zozeer voor het beste alternatieve ziekenhuis kiezen, maar in de plaats daarvan het ziekenhuis kiezen waar snel terecht kunnen. Hetzelfde geldt voor wat betreft het kiezen van een zorgverzekering of polis. Het rationeel kiezen op zich, wordt bemoeilijkt naar gelang er meer urgentie van zorg is (Victoor & Rademakers, 2015). Dat wil niet zeggen dat patiënten in het geval van semi-spoedzorg hier niet voor kunnen kiezen. Patiënten hebben immers genoeg tijd om één van deze opties in de praktijk te brengen. Echter weten we door onderzoek dat het wisselen van zorgverzekering of polis over het algemeen weinig gebeurt. Patiënten zouden bij semi-spoedzorg er voor kunnen kiezen om de niet-gecontracteerde zorg bij te betalen in plaats van dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis, zorgverzekering of polis. Deze keuze zou bij zeer urgente zorg meer voor de hand liggend zijn dan bij semi-spoedzorg. In situaties waarbij sprake is van semi-spoed zorg, is er genoeg tijd om te kiezen voor een goedkopere oplossing dan het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg.

Woonafstand gemeten in het aantal minuten reizen van en naar het CWZ

De laatste onafhankelijke variabele is de woonafstand in minuten reizen van het CWZ. In de onderstaande tekst wordt gesteld dat hoe kleiner de woonafstand in minuten reizen van het CWZ is, hoe meer patiënten geneigd zijn om te kiezen voor het wisselen van ziekenhuis dan dat ze kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg.

De woonafstand van het ziekenhuis heeft invloed op de keuze voor een alternatief ziekenhuis. Burns & Wholey (1992) concluderen dat de relatieve afstand tot een *alternatieve aanbieder* een negatieve invloed heeft op het wisselgedrag van patiënten als het om ziekenhuizen gaat. In andere woorden: hoe kleiner de afstand die patiënten van het *alternatieve ziekenhuis* wonen, hoe meer ze geneigd zijn om te wisselen van ziekenhuis (Victoor et al., 2014). Andersom geldt dat hoe verder patiënten van het alternatieve ziekenhuis wonen, hoe minder snel ze geneigd zijn om naar een ander ziekenhuis gaan. Van Wijnmalen (2012) bevestigt deze conclusie met een beschrijving van reistijd in minuten. De auteur stelt dat als patiënten vanaf *45 minuten reizen* van het ziekenhuis wonen, ze eerder wisselen van ziekenhuis dan patiënten die op minder dan 45 minuten reizen van het ziekenhuis wonen.

Bovengenoemde auteurs gaan er dus van uit dat hoe dichters patiënten bij het CWZ wonen, des te minder ze geneigd zijn om te wisselen van ziekenhuis. “Over het algemeen willen patiënten

liever zo min mogelijk reizen voor hun zorg. Verzekerden willen veelal niet verder reizen dan *30 minuten* waarbij de ideale reistijd *15 minuten* bedraagt” (Wijnmalen, 2012). Echter, in Nijmegen zijn er twee ziekenhuizen voor algemene zorg (Ziekenhuis, 2015). Het alternatieve ziekenhuis is op 5 minuten reizen van het CWZ. Voor patiënten die dichtbij het CWZ wonen, is de afstand tot het alternatieve ziekenhuis dan ook klein. Hierdoor zouden deze patiënten snel geneigd kunnen zijn om te wisselen van ziekenhuis. Als het om het wisselen van zorgverzekering of polis gaat, dan blijkt dat patiënten die dichtbij wonen eerder geneigd zijn om hun zorgverzekering of polis af te stemmen op het ziekenhuis dan patiënten die verder weg wonen. Wederom wordt de 45 minuten reistijd als grens genomen (Wijnmalen, 2012). Zoals in voorgaande stukken is beschreven, is de kans klein dat patiënten deze optie boven de andere opties prefereren niet waarschijnlijk aangezien het wisselen van zorgverzekering niet veel voor komt. Tot slot blijkt dat patiënten die dichtbij wonen ook sneller geneigd zijn om meer te betalen voor de zorgverzekering. Het onderzoek van Wijnmalen (2012) heeft aangetoond dat patiënten bereid zijn om € 163 per jaar extra te betalen voor een zorgverzekeraar die een contract heeft met een ziekenhuizen op vijftien minuten reisafstand, dan voor een zorgverzekeraar die overal gecontracteerd is (Wijnmalen, 2012). Dit bedrag is echter vrij laag vergeleken met bedragen die niet-gecontracteerde zorg met zich mee kunnen brengen. Neem bijvoorbeeld het voorbeeld van de heupoperatie uit hoofdstuk 1, waarbij de patiënt € 2400 moest bijbetalen.

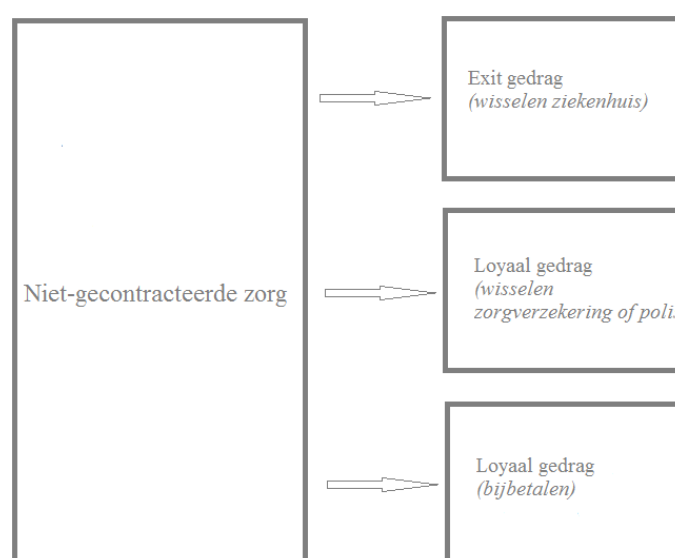
§ 2.3.3 Resumé

Voorgaande analyse toont aan dat iedere onafhankelijke variabele in een andere mate en richting invloed kan hebben op de keuzes die patiënten maken voor exit gedrag en loyaal gedrag. De zeven onafhankelijke variabelen zijn gekozen uit een reeks van onafhankelijke variabelen die in de literatuur worden genoemd. Op basis van relevantie en de omvang van het onderzoek, is voor de huidige selectie gekozen. Andere variabelen die genoemd worden, zijn bijvoorbeeld de fase van het jaar. Doorgaans kan er één keer per jaar gewisseld worden van zorgverzekering en polis. Omdat een nieuwe zorgverzekering meestal na iedere jaarwisseling in gaat, wisselen de meeste patiënten tussen november en 31 december van zorgverzekering (Zorgverzekeringwijzer, 2015). Het wisselgedrag van patiënten betreffende de zorgverzekering of polis als reactie op niet-gecontracteerde zorg, zou dus kunnen afhangen van de fase van het jaar. Ondanks dat de fase van het jaar niet is opgenomen in de afhankelijk variabele, wordt hier in de dataverzameling en data-analyse rekening mee gehouden. Andere onafhankelijke variabelen die in de literatuur worden genoemd zijn de hoogte van de zorgkosten, de mate

waarin patiënten geïnformeerd zijn over de zorg en tot slot de mate waarin patiënten gehecht zijn aan het huidige ziekenhuis (of een bepaalde arts).

§ 2.4 *Het voorlopige conceptueel model*

In § 2.2 van dit hoofdstuk zijn alle de vier gedragingen uitgediept. In de daaropvolgende paragraaf is vervolgens een selectie gemaakt. Twee van de vier gedragingen, namelijk exit gedrag en loyaal gedrag, worden in dit onderzoek onderzocht. Onderstaand model geeft de voorlopige focus van het onderzoek weer.



Figuur 3: *Voorlopige conceptueel model.*

Niet-gecontracteerde zorg leidt tot exit gedrag, namelijk het wisselen van ziekenhuis. Niet-gecontracteerde zorg leidt tot twee vormen van loyaal gedrag, namelijk het wisselen van zorgverzekering of polis en daarnaast het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Deze focus is in bovenstaand algemeen conceptueel model in beeld gebracht. Dit model is een eenvoudige schets van de werkelijkheid. Er ontbreken immers hypothesen die de relatie tussen niet-gecontracteerde zorg, exit gedrag en loyaal gedrag kunnen specificeren. Deze hypothesen, waarvan de basis is gelegd in de analyse van dit hoofdstuk, worden in het volgende hoofdstuk beschreven. Met die hypothesen wordt aan het eind van hoofdstuk 3 het definitieve conceptueel model gepresenteerd. Dat model geldt als leidraad voor dit onderzoek.

Hoofdstuk 3: Methodologisch kader

In het theoretisch kader van het vorige hoofdstuk, is het voorlopige conceptueel model gepresenteerd. Dit model is nog incompleet omdat de onafhankelijke variabelen er in ontbreken. Het model dient derhalve te worden uitgebreid. Eerst dienen de hypothesen te worden beschreven die de richting van de relaties in kaart brengen. Deze hypothesen staan in § 3.1. Hierna volgt de methode van onderzoek. In § 3.2 wordt dan ook het onderzoeksontwerp beschreven, gevolgd door een beschrijving van de steekproef in § 3.3. In § 3.4 wordt de dataverzameling uitgelegd. In § 3.5 wordt uitgelegd hoe het keuze-experiment wordt uitgevoerd en in § 3.6 wordt beschreven hoe de data-analyse verloopt. In § 3.7 volgt de operationalisatie van de afhankelijke en onafhankelijke variabelen. De validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek komt in § 3.8 aan bod. Tot slot wordt in § 3.9 het definitieve conceptueel model weergegeven.

§ 3.1 Hypothesen

In het vorige hoofdstuk (§ 2.3.2) zijn de zeven onafhankelijke variabelen geanalyseerd die in dit onderzoek worden meegenomen. De analyses laten zien dat de onafhankelijke variabelen in verschillende mate en richting invloed hebben op de keuzes voor exit gedrag of één van de twee vormen van loyaal gedrag bij niet-gecontracteerde zorg. In navolging van de analyses zijn in deze paragraaf hypothesen opgesteld. Hypothesen zijn de centrale veronderstellingen in een onderzoek die pas bevestigd of verworpen kunnen worden als de data uit de praktijk zijn verzameld en geanalyseerd ('t Hart, Boeije & Nox, 2009).

De hypothese over leeftijd en exit gedrag en loyaal gedrag luidt als volgt:

Hypothese 1: Hoe hoger de leeftijd van patiënten, des te sneller kiezen zij bij niet-gecontracteerde zorg voor het bijbetalen in plaats van dat zij kiezen voor het wisselen van ziekenhuis of het wisselen van zorgverzekering of polis.

De hypothese over gezondheid en exit gedrag en loyaal gedrag luidt als volgt:

Hypothese 2: Hoe gezonder patiënten zijn, des te sneller kiezen zij bij niet-gecontracteerde zorg voor het wisselen van ziekenhuis in plaats van dat zij kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg.

De hypothese over huishoudelijk inkomen en exit gedrag en loyaal gedrag luidt als volgt:

Hypothese 3: Hoe hoger het huishoudelijk inkomen van patiënten, des te sneller kiezen zij bij niet-gecontracteerde zorg voor het bijbetalen in plaats van dat zij kiezen voor het wisselen van ziekenhuis of het wisselen van zorgverzekering of polis.

De hypothese over opleidingsniveau en exit gedrag en loyaal gedrag luidt als volgt:

Hypothese 4: Hoe hoger het opleidingsniveau van patiënten, des te sneller kiezen zij bij niet-gecontracteerde zorg voor het wisselen van zorgverzekering of polis in plaats van dat zij kiezen voor het wisselen van ziekenhuis of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg.

De hypothese over regie over de eigen zorg en exit en loyaal gedrag luidt als volgt:

Hypothese 5: Hoe minder regie patiënten hebben over de eigen zorg, des te sneller kiezen zij bij niet-gecontracteerde zorg voor het bijbetalen in plaats van dat zij kiezen voor het wisselen van ziekenhuis of het wisselen van zorgverzekering of polis.

De hypothese over urgentie van de benodigde zorg en exit en loyaal gedrag luidt als volgt:

Hypothese 6: Hoe hoger de urgentie van de benodigde zorg voor patiënten is, des te sneller kiezen zij bij niet-gecontracteerde zorg voor het wisselen van ziekenhuis in plaats van dat zij kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg.

De hypothese over woonafstand gemeten in het aantal minuten reizen van en naar het CWZ en exit gedrag en loyaal gedrag luidt als volgt:

Hypothese 7: Hoe minder minuten reistijd patiënten van het CWZ wonen, des te sneller kiezen zij bij niet-gecontracteerde zorg voor het wisselen van ziekenhuis in plaats van dat zij kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg.

§ 3.2 Onderzoeksontwerp

Dit onderzoek is gericht op het vaststellen en verklaren van het keuzegedrag van patiënten van het CWZ zodra ze te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg. Hoe het zogeheten keuze-experiment vorm krijgt, wordt in § 3.5 uitgelegd. Met dit onderzoek wordt eveneens getracht om het gedrag van een grote populatie CWZ-patiënten te voorspellen. Het bevragen van een grote populatie heeft als voordeel dat het meer zegt over de totale groep. Bij de overheid bijvoorbeeld, wordt vaak gebruik gemaakt van enquêtes om met zoveel mogelijk informatie zo

goed mogelijk beleid te kunnen bepalen ('t Hart et al., 2009). In dit onderzoek is hetzelfde doel gesteld. Er wordt getracht om zoveel mogelijk data te verzamelen over het keuzegedrag van CWZ-patiënten bij niet-gecontracteerde zorg, om hiermee het ziekenhuis zinvolle kennis te bieden die een bijdrage kan leveren aan de besluit- en beleidsvorming omtrent selectief contracteren. Deze wijze van onderzoek wordt kwantitatief onderzoek genoemd. 't Hart et al. (2009) beschrijven kwantitatief onderzoek als “het opsporen van kenmerken waarin groepen van elkaar verschillen en om verbanden op te sporen tussen kenmerken en/of verschijnselen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van numerieke of getalsmatige gegevens, die via statistieken worden geanalyseerd” ('t Hart et al., 2009). Met behulp van enquête-onderzoek wordt het keuzegedrag van de populatie onderzocht. Een enquête-onderzoek wordt ook wel een ‘survey’ genoemd. “Dit is een vorm van onderzoek waarin men zich voor onder andere het voorspellen van sociale verschijnselen bedient van vragenlijsten met vragen die worden gesteld aan een groot aantal respondenten” ('t Hart et al., 2009).

§ 3.3 Steekproef

Het CWZ heeft sinds enkele jaren een patiëntenpanel, het CWZ-panel genaamd. Patiënten kunnen zich vrijwillig aanmelden en worden een aantal keer per jaar, afhankelijk van het aantal onderzoeken, per digitale enquête ondervraagd (CWZ, 2015a). In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van dit panel, dat in mei 2015 uit ongeveer 700 leden bestond. Van het panel zijn verschillende demografische gegevens bekend. Zo is 55% van de panelleden man en is 45% van de leden vrouw. Ook andere demografische kenmerken zoals leeftijd, opleidingsniveau, het aantal bezoeken momenten aan het CWZ, een algemeen rapportcijfer voor het CWZ, woonplaats en geboorteland zijn van het panel bekend.

Omdat er sprake is van een selecte steekproef, zou er getwijfeld kunnen worden aan de betrouwbaarheid en de representativiteit van deze groep. Anderen noemen dit de (on)nauwkeurigheid van de schatting van de steekproef. Een grote N kan de nauwkeurigheid vergroten omdat uitkomsten dan meer zeggen over de totale populatie ('t Hart et al., 2009). Van een grote N is in dit onderzoek wel sprake, maar dit betreft alleen panelleden en geen ‘gewone’ patiënten. Er zou een verschil kunnen zitten in de antwoorden van panelleden ten opzichte van niet-panelleden. Dit zou de externe validiteit kunnen verlagen omdat de uitkomsten mogelijk verschillen met die van niet-panelleden. Tevens zijn de uitkomsten dan minder representatief voor de populatie buiten de leden van het CWZ-panel, namelijk de gehele populatie patiënten.

Of er verschillen zijn tussen de leden van het CWZ-panel en ‘gewone’ patiënten, wordt in het volgende hoofdstuk besproken. Daar vindt een vergelijking plaats op basis van een selectie van de voor dit onderzoek relevante demografische factoren. Hierbij wordt gebruik gemaakt van data uit het consumentenpanel van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (hierna: NIVEL). Leden van dit panel zijn Nederlandse burgers vanaf 18 jaar. Deze leden krijgen gemiddeld drie keer per jaar vragenlijsten voorgelegd die over allerlei zorg gerelateerde onderwerpen gaan. Bekend is dat de totale groep representatief is voor de algemene bevolking van Nederland. De samenstelling van het NIVEL-panel is namelijk vergeleken met data van het CBS (Brabers et al., 2014).

§ 3.4 Dataverzameling

In de maand september van dit jaar (2015) hebben alle leden van het CWZ-panel dezelfde elektronische enquête toegestuurd gekregen (bijlage 1). Omdat de enquêteprocedure bij ieder panellid precies hetzelfde is verlopen, vergroot dit de mogelijkheid om dit onderzoek te repliceren. Aangezien de aanmelding voor het panel ook digitaal verloopt, kan er vanuit worden gegaan dat de panelleden die deelnemen aan dit onderzoek, ook beschikken over alle faciliteiten die nodig zijn om deel te nemen aan de enquête van dit onderzoek. De panelleden hebben tweeënhalve week de tijd gekregen om de enquête in te vullen. Deze wat ruime planning was bedoeld om een zo groot mogelijke respons te krijgen. Dit is wenselijk want dit is gunstig voor de betrouwbaarheid van het onderzoek. Hiermee wordt bedoeld dat hoe meer patiënten deelnemen, hoe kleiner de kans op toevallige resultaten is (Baarda & De Goede, 2006). Daarnaast is het zo dat hoe groter de steekproef is, hoe meer representatief de resultaten zijn voor de totale populatie (’t Hart et al., 2009).

De enquête bestaat uit twee delen. Het eerste deel bestaat uit algemene vragen. Omdat een aantal demografische gegevens reeds bekend zijn van de panelleden, hoeven niet alle vragen te worden gesteld. Enkele vragen worden wel opnieuw gesteld omdat de antwoorden daarvan door de tijd heen veranderd kunnen zijn. In het tweede deel van de enquête wordt het keuze-experiment uitgevoerd middels een vignette techniek. Dit is een techniek die wordt ingezet om beweerd keuzegedrag van personen te onderzoeken. Het wordt vaak gebruikt in de gezondheidszorg aangezien het in een gecontroleerde experimentele setting de respondenten in staat stelt om een keuze te maken. Middels deze techniek kunnen de afwegingen van de keuze van de respondenten in kaart worden gebracht (Johnson et al., 2013).

Een vignette is een korte omschrijving van een situatie waarbij van respondenten wordt gevraagd om antwoord te geven op vragen die betrekking hebben op die situatie (Wijnmalen, 2012). In de enquête worden telkens drie verschillende situaties voorgelegd waarbij de panelleden vervolgens steeds drie (dezelfde) vignetten krijgen voorgelegd. Aan de panelleden wordt na iedere situatie gevraagd om een keuze te maken uit één van de drie vignetten. Deze werkwijze wordt verder toegelicht in § 3.5. Een nadeel is dat er in het keuze-experiment sprake is van een geforceerde keuze. De patiënt moet namelijk een keuze maken, ook als hij of zij zich niet kan vinden in de keuzeopties. Zodra de analyses echter zijn verricht, kan er wel een uitspraak gedaan worden over hoe de panelleden de vignetten waarden en waar hun voorkeuren liggen. Er moet wel worden benadrukt dat het niet om feitelijke keuzes gaat, maar om fictieve keuzes. Omdat de situaties realistisch zijn, kunnen er wel concrete voorspellingen worden gedaan op basis van verkregen (fictieve) gegevens over de toekomst ('t Hart et al., 2009).

§ 3.5 Het keuze-experiment

In het tweede deel van de enquête hebben de panelleden steeds drie situaties voorgelegd gekregen. Iedere situatie betreft een fictieve situatie waarbij er door ziekte zorg nodig is bij een ziekenhuis terwijl de zorgverzekeringsspolis niet is gecontracteerd bij het CWZ. Ter illustratie wordt hieronder situatie 1 getoond:

Stel uzelf de volgende situatie voor:

Wegens een oogaandoening gaat u op 1 november naar de huisarts. U heeft deze aandoening al een tijdje maar u heeft er niet veel last van. Tijdens het bezoek aan uw huisarts wordt u naar de oogpolikliniek van het CWZ doorverwezen. Uw oog moet namelijk gecontroleerd worden. Het is niet dringend want het kan ook over twee maanden.

U belt diezelfde dag naar de polikliniek om een afspraak in te plannen met de oogarts. De receptioniste aan de lijn vertelt dat u op korte termijn terecht kunt, maar daarbij zegt ze dat uw polis het consult bij de oogarts slechts voor 75% vergoed. Als u het consult van € 252 aangaat dan dient u daarvan zelf 25%, dat wil zeggen € 63, bij te betalen.

Wat doet u?

In deze situatie is het bij te betalen bedrag relatief laag en is er geen sprake van spoed. Bij de tweede situatie is het bedrag hoger, namelijk € 1.165 maar de urgentie blijft hetzelfde (geen spoed). In situatie 3 is het bedrag ongeveer gelijk maar de urgentie is hoger (sprake van semi-

spoed). Omdat de situaties verschillen op basis van het bij te betalen bedrag en urgentie, kan in de analyses worden gekeken of er verschillen zijn tussen de antwoorden in de verschillende situaties.

Nadat de situatie op het beeldscherm is gelezen door de panelleden, hebben ze door moeten klikken naar de keuzevraag. De panelleden zijn telkens gevraagd om te kiezen tussen vignette A, B of C. Vignette A houdt het exit gedrag in, namelijk het wisselen van ziekenhuis. Vignette B houdt de eerste vorm van loyaal gedrag in, namelijk het wisselen van zorgverzekering of polis. Vignette C houdt de tweede vorm van loyaal gedrag in, namelijk het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Ter illustratie wordt hieronder de keuzevraag van situatie 1 gepresenteerd.

U heeft in deze situatie drie opties:

A. Wisselen van ziekenhuis want bij het andere ziekenhuis is de polis wel gecontracteerd waardoor de operatie voor 100% wordt vergoed.

B. Wisselen van zorgverzekering of polis die wel een contract heeft met het CWZ. Doordat het nu november is, moet de operatie wachten tot na 1 januari (ingang nieuwe zorgverzekeringspolis). Hierdoor kan de operatie wel voor 100% worden vergoed.

C. De € 1.165 bijbetalen en de operatie aangaan.

Naar welke optie gaat uw voorkeur?

- Optie A.*
- Optie B.*
- Optie C.*

§ 3.6 Data-analyse

In de start van dit onderzoek is een uitgebreide literatuurselectie en -studie gedaan. De analyse in het vorige hoofdstuk heeft geleid tot een nauwkeurige selectie van gedragingen en tevens een selectie van onafhankelijke variabelen. In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk zijn de hypothesen gesteld. Al deze uitkomsten hebben geleid tot een harde kern van dit onderzoek. In § 3.9 wordt deze harde kern grafisch weergegeven in het definitieve conceptueel model. De inhoud van het definitieve conceptueel model heeft tevens de inhoud van de enquête bepaald.

De verzamelde data uit de enquêtes zijn met het statistische programma 'SPSS' geanalyseerd. Het keuze-experiment is via een multinomiale logistische regressie analyse geanalyseerd. Bij een multinomiale logistische regressie analyse wordt berekend hoe groot de kans is op één van de drie keuzes, namelijk of exit gedrag of één van de twee vormen van loyaal gedrag, op basis

van onafhankelijke variabelen (De Vocht, 2013). De logistische regressie analyse is multinomiaal aangezien er meer dan drie keuzes van de afhankelijke variabele worden meegenomen waarmee naar verklaringen wordt gezocht over welke factoren van invloed zijn op het gedrag van de panelleden (Vennix, 2006). Er is overwogen om een ‘repeated ordinal regression’ uit te voeren. Hier is echter niet voor gekozen omdat hiermee de analyse te complex wordt om goed te kunnen interpreteren. Naast de multinomiale logistische regressie analyse hebben nog aanvullende analyses gevolgd. Deze worden in het volgende hoofdstuk (§ 4.4) toegelicht. In dit onderzoek wordt een grens van 5% als voor de toevalligheid van de uitkomsten genomen: alle uitkomsten van de analyses en toetsen worden significant bevonden als het significantieniveau kleiner of gelijk zijn aan .05, ook wel genoteerd als $p \leq 0.05$ (Vennix, 2006). De uitkomsten van de data-analyses zal uitwijzen of de hypothesen al dan niet overeenkomen met de praktijk. Dit noemt men ook wel deductie, namelijk “aan de hand van een algemeen verband wordt een uitspraak gedaan over een concrete situatie” (’t Hart, et al., 2009). Uiteindelijk draait het natuurlijk om de beantwoording van de centrale vraag en de daarmee samenhangende deelvragen.

§ 3.7 Operationalisatie

Het keuzegedrag van patiënten dat bestaat uit exit gedrag en twee vormen van loyaal gedrag, wordt de afhankelijke variabele genoemd. Een afhankelijke variabele wordt uitgelegd als een kenmerk, eigenschap of grootheid die kan variëren. Dat wil zeggen dat een variabele verschillende waarden kan aannemen (in tegenstelling tot onafhankelijke variabelen) (Baarda & De Goede, 2006). Naast de afhankelijke variabele, worden in dit onderzoek zeven onafhankelijke variabelen gebruikt. Onafhankelijke variabelen zijn variabelen waarvan de waarden niet veranderen als gevolg van de invloed van andere variabelen (Baarda & De Goede, 2006). Om de afhankelijke en onafhankelijke variabelen te kunnen onderzoeken, moeten ze eerst numeriek meetbaar worden gemaakt (zie hierover § 3.7.1 en § 3.7.2). Dit wordt ook wel operationaliseren genoemd, dat Baarda & De Goede definiëren als: “Het vertalen van een kenmerk in concreet meetbare termen waarbij nauwkeurig de categorieën worden vastgelegd, alsmede voorschriften hoe de onderzoekseenheden ingedeeld moeten worden. Het geoperationaliseerde kenmerk wordt een variabele genoemd.” (2006).

De enquête is de maatstaf waarmee in dit onderzoek het exit gedrag en het loyaal gedrag van de panelleden (hierna: patiënten) wordt gemeten. De afhankelijke en onafhankelijke variabelen dienen daarbij zo zuiver mogelijk te worden gemeten omdat er gestreefd wordt naar valide en

betrouwbare onderzoeksresultaten. Om die reden zijn vragen en de antwoordcategorieën die voorgelegd worden, afkomstig uit de literatuur. De meeste antwoordmogelijkheden bestaan uit vijf categorieën. In die gevallen wordt een likert-schaal gebruikt. Deze schaal kan door de score van alle items bij elkaar op te tellen, wegen in hoeverre zich een bepaald verschijnsel zich voor doet (Segers, 2002). Er worden ook andere schalen gebruikt zoals vragen waar alleen ja of nee op geantwoord kan worden. Enkele vragen hebben slechts vier antwoordcategorieën omdat deze rechtstreeks gekoppeld zijn aan tastbare concepten, zoals regierollen en de woonafstand gemeten in het aantal minuten reizen van en naar het CWZ.

§ 3.7.1 Afhankelijke variabele

Exit gedrag: het wisselen van ziekenhuis

Exit gedrag wordt in dit onderzoek als volgt gemeten: patiënten zeggen (in de enquête) te willen vertrekken naar een ander ziekenhuis op het moment dat er sprake is van niet-gecontracteerde zorg. Na iedere situatieschets zijn de patiënten gevraagd om één van de drie opties te kiezen. Dit betreffen enquêtevraag 8, 15 en 22. Als er gekozen is voor optie A, dan betekent dit dat de patiënten het wisselen van ziekenhuis onder de condities van de betreffende situatie prefereren boven de andere opties, namelijk het wisselen van zorgverzekering of polis of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg.

Aanvullend zijn ook hier patiënten gevraagd om hun keuze te motiveren. Dit betreffen enquêtevraag 13, 20 en 27. De antwoorden hen kunnen een verdiepende rol spelen bij de analyses. Tot slot is met enquêtevraag 4 gemeten in hoeverre patiënten gehecht zijn aan het CWZ. Hoe meer gehecht zij aan het CWZ zijn, hoe minder ze neigen naar exit gedrag, is de onderliggende gedachte. Er zijn vijf antwoordcategorieën voor deze vraag, namelijk van ‘zeer gehecht’ tot en met ‘helemaal niet gehecht’.

Loyaal gedrag: het wisselen van zorgverzekering of polis

Patiënten die (in de enquête) zeggen te wisselen van zorgverzekering of polis als reactie op niet-gecontracteerde zorg, vertonen een (eerste) vorm van loyaal gedrag. Zoals in de eerdere hoofdstukken is besproken, wordt hiermee loyaal gedrag ten opzichte van het CWZ bedoelt. Na iedere situatieschets zijn de patiënten gevraagd om één van de drie opties te kiezen. Dit betreffen enquêtevraag 8, 15 en 22. Als er gekozen is voor optie B, dan betekent dit dat zij het wisselen van zorgverzekering of polis onder de condities van de betreffende situatie prefereren

boven de andere opties, namelijk het wisselen van ziekenhuis of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg.

Aanvullend zijn ook hier de patiënten gevraagd om hun keuze te motiveren. Dit betreft enquêtevraag 13, 20 en 27. De antwoorden van de patiënten kunnen een verdiepende rol spelen bij de analyses. Tot slot is bij enquêtevraag 3 gevraagd of de patiënten dit jaar al gewisseld zijn van zorgverzekering of polis. Als er ja is ingevuld, dan zou het zo kunnen zijn dat ze dan eerder neigen naar het wisselen van zorgverzekering of polis dan mensen die nee hebben ingevuld.

Loyaal gedrag: het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg

De tweede vorm van loyaal gedrag luidt als volgt: patiënten zeggen (in de enquête) bereidt te zijn om voor de niet-gecontracteerde zorg in het CWZ bij te betalen, uit loyaliteit naar het CWZ. Na iedere situatieschets zijn de patiënten gevraagd om één van de drie opties te kiezen. Dit betreft enquêtevraag 8, 15 en 22. Als er gekozen is voor optie C, dan betekent dit dat zij het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg onder de condities van de betreffende situatie prefereren boven de andere opties, namelijk het wisselen van ziekenhuis of het wisselen van zorgverzekering of polis.

Aanvullend zijn de patiënten gevraagd om hun keuze te motiveren. Dit betreft enquêtevraag 13, 20 en 27. De antwoorden van de patiënten kunnen een verdiepende rol spelen bij de analyses. Tot slot gaat enquêtevraag 6 in op de tevredenheid van de patiënten. Enquêtevraag 6 luidt als volgt: *“Hoe tevreden bent u over het CWZ als ziekenhuis in het algemeen?”*. Deze enquêtevraag is opgenomen in de enquête omdat uit onderzoek blijkt dat hoe meer tevreden patiënten zijn over het ziekenhuis, hoe sneller ze geneigd zijn om voor hun zorg bij te betalen uit loyaliteit (Victoor, 2015). De patiënten hebben voor de beantwoording van de enquêtevraag kunnen kiezen uit vijf antwoordcategorieën, namelijk in een aflopende schaal van ‘zeer geneigd’ tot en met ‘helemaal niet geneigd’.

§ 3.7.2 Onafhankelijke variabelen

Leeftijd

De leeftijd van de patiënten is reeds bekend. Om die reden is in de enquête niet gevraagd naar de leeftijd van de patiënten. Deze variabele is van ratio meetniveau.

Gezondheid

In dit onderzoek is de ‘ervaren gezondheid’ van de patiënten bevraagd. De ervaren gezondheid is “de eigen gezondheidstoestand zoals een persoon die zelf ervaart” (CBS, 2015). In enquêtevraag 7 van de enquête is de ervaren gezondheid als volgt gemeten: “*Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?*”. De patiënten hebben kunnen kiezen uit vijf antwoordcategorieën, namelijk in een aflopende schaal van ‘zeer goed’ tot en met ‘zeer slecht’. Deze manier van bevragen van de gezondheid van patiënten is conform de beschrijving van het CBS (2015) en het onderzoek van Reitsma-van Rooijen & De Jong (2013).

Huishoudelijk inkomen

Zoals in hoofdstuk 2 is beschreven, wordt in dit onderzoek met het huishoudelijk inkomen het netto maandelijkse totaalinkomen van het huishouden van patiënten, bedoeld. Bij enquêtevraag 30 zijn de patiënten over dit onderwerp bevraagd: “*Wat is het gemiddelde huishoudelijke netto maandinkomen in uw huishouden?*”. De patiënten hebben kunnen kiezen uit vier antwoordopties. De eerste drie antwoordopties verwijzen naar de inkomensniveaus die in de literatuur worden onderscheiden, namelijk van een laag inkomen, een modaal inkomen en een hoog inkomen (Brabers et al., 2014). De laatste antwoordoptie luidt: “*Deze informatie kan of wil ik niet prijsgeven*”. Deze enquêtevraag kan namelijk gevoelig liggen bij de patiënten.

Opleidingsniveau

Ook het opleidingsniveau van de patiënten is reeds bekend. Om die reden is het opleidingsniveau niet opgenomen in de enquêtevragen. Het opleidingsniveau van de patiënten is namelijk reeds ingedeeld in acht categorieën die opgeslagen zijn in een database van het CWZ. In dit onderzoek worden deze acht categorieën gereduceerd worden tot drie categorieën, namelijk van een laag opleidingsniveau, een gemiddeld opleidingsniveau en een hoog opleidingsniveau. Deze indeling is gebaseerd op een indeling in het onderzoek van Bes et al. (2012b).

Regie over de eigen zorg

In dit onderzoek wordt de mate van regie uitgedrukt in vier patiëntenrollen die door het CWZ zijn ontwikkeld. Patiënten met de minste regie behoren tot de groep klassieke patiënten, gevolgd door cliënten en daarna regisseurs. Patiënten met de meeste regie worden co-producenten genoemd (CWZ, 2015d). Middels vier vragen is de regie van patiënten onderzocht.

Enquêtevraag 29 luidt als volgt: *“In hoeverre bent u in het algemeen betrokken bij de zorg- en behandelingskeuzes die voor u van toepassing zijn?”*. Deze enquêtevraag heeft vier antwoordcategorieën die rechtstreeks te koppelen zijn aan de patiëntenrollen van het CWZ. Zo behoort de eerste antwoordoptie van enquêtevraag 29 tot de patiëntenrol met de laagste mate van regie (klassieke patiënt). De tweede antwoordoptie behoort tot de tweede patiëntenrol (cliënt) et cetera. Enquêtevraag 14, 21 en 28 zijn hetzelfde en zijn na iedere situatie opnieuw gesteld. De enquêtesvragen luiden als volgt: *“In hoeverre zou u in deze situatie actief zijn in het uitzoeken en het vergelijken van zorginformatie, ziekenhuisinformatie of zorgverzekeringsinformatie?”*. Ook deze vragen hebben telkens vier antwoordcategorieën die rechtstreeks te koppelen zijn aan de vier patiëntenrollen.

Urgentie van de benodigde zorg

In dit onderzoek wordt spoedzorg buiten beschouwing gelaten omdat dit buiten het domein van selectief contracteren valt. De twee lichtste vormen van urgentie van zorg, namelijk geen spoed en semi-spoed, worden wel onderzocht. In de voorbeeldsituaties van de enquête zijn deze twee vormen opgenomen. De eerste twee situatieschetsen hebben betrekking op fase 1 van urgentie, namelijk geen spoed. De derde situatie heeft betrekking op fase 2, namelijk semi-spoed. Om een uitspraak te kunnen doen over het keuzegedrag van patiënten bij zorgsituaties zonder spoed vergeleken met situaties waar sprake is van semi-spoed, worden de keuzes (optie A, B en C) die de patiënten hebben gemaakt bij de verschillende situaties, met elkaar vergeleken.

Woonafstand gemeten in het aantal minuten reizen van en naar het CWZ

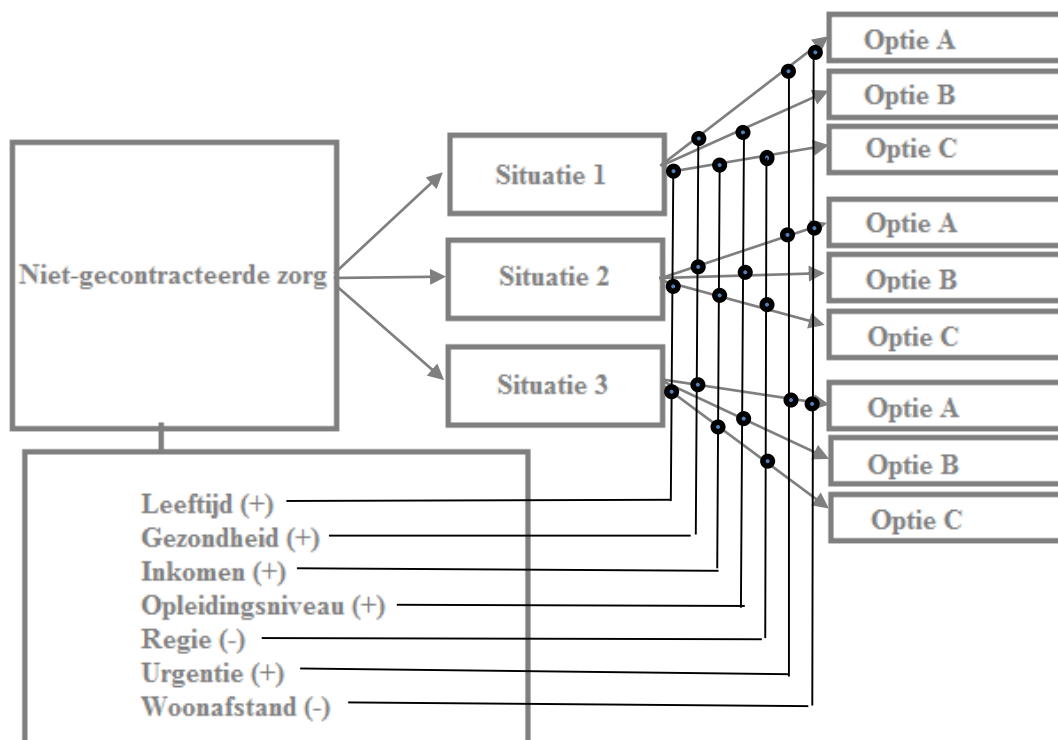
Conform de studie van Wijnmalen (2012), wordt in dit onderzoek de woonafstand in minuten reizen van het CWZ onderzocht. Bij enquêtevraag 5 is eerst gevraagd op hoeveel minuten reizen patiënten van het CWZ wonen. De vier antwoordcategorieën zijn diezelfde als die in het onderzoek van Wijnmalen zijn gebruikt, namelijk van ‘minder dan 15 minuten reistijd’ tot ‘meer dan 45 minuten reistijd’. Hierna zijn per situatie drie keer, namelijk bij enquêtevraag 10, 17 en 24, dezelfde enquêtevraag gesteld: *“Tot welke afstand, gerekend in minuten, bent u in deze situatie bereid om te reizen naar een ander ziekenhuis waar uw zorg wel voor 100% vergoed wordt?”*. De antwoordcategorieën zijn hetzelfde als bij enquêtevraag 5.

§ 3.8 Validiteit en betrouwbaarheid

Met validiteit wordt de mate waarin gemeten wordt wat je beoogt te meten, bedoeld (Baarda & De Goede, 2006). Om zo valide mogelijke onderzoeksresultaten te verkrijgen, worden de concepten die gebruikt worden uit andere onderzoek, zo precies mogelijk beschreven. Ook wordt met de sterke theoretische fundering van dit onderzoek getracht om de validiteit te verhogen. Daarnaast is de vragenlijst voorafgaand aan de daadwerkelijke dataverzameling onderworpen aan een validiteitscheck. Bij minimaal 20 personen is de vragenlijst uitgetest, waarbij is gekeken of de vragen valide zijn en tevens is gekeken of de enquête werkt zoals die zou moeten werken. Uit de feedback van de proefpersonen is gebleken dat de enquête op enkele tekstuele aanpassingen na, valide bevonden kan worden. Deze test vergroot dit niet alleen de validiteit van het uiteindelijke onderzoek maar het verkleint ook de kans op toevallige resultaten. Hiermee wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek bedoeld. Dit betreft de mate waarin de meting onafhankelijk is van toeval (Baarda & De Goede, 2006).

§ 3.9 Definitieve conceptueel model

Hoofdstuk 2 eindigt met een voorlopig conceptueel model. Echter ontbrak hierbij de beschrijving van de onafhankelijke variabelen, vertaald in hypothesen. In het begin van dit hoofdstuk zijn er zeven hypothesen geformuleerd. De kern van dit onderzoek bestaat uit deze zeven hypothesen en de beschrijving van het keuze-experiment dat in drie verschillende situaties zal worden herhaald. Het volgende definitieve conceptueel model brengt de complete kern van dit onderzoek in beeld.



Figuur 4: Definitieve conceptueel model.

Het conceptueel model is als volgt af te lezen. In dit onderzoek zijn bij de patiënten drie verschillende situaties voorgelegd waarbij sprake is van niet-gecontracteerde zorg. De patiënten hebben per situatie moeten kiezen uit drie opties, namelijk het wisselen van ziekenhuis (optie A), het wisselen van zorgverzekering of polis (optie B) of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg (optie C). Linksonder zijn de onafhankelijke variabelen weergegeven. De weergave van deze onafhankelijke variabelen illustreert de hypothesen die in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk aan bod zijn gekomen. Een (+) staat voor hoger, meer of gezonder en een (-) staat voor lager, minder of ongezonder. Via de combinatie van lijnen en puntjes zijn de hypothesen af te lezen. Zo verwijst gezondheid (+) bijvoorbeeld naar hypothese 1: *Hoe hoger de leeftijd van patiënten, des te sneller kiezen zij bij niet-gecontracteerde zorg voor het bijbetalen in plaats van dat zij kiezen voor het wisselen van ziekenhuis of het wisselen van zorgverzekering of polis.* Deze hypothese geldt voor situatie 1, 2 en 3.

Hoofdstuk 4: Resultaten en data-analyse

In het vorige hoofdstuk is beschreven hoe de dataverzameling zou gaan verlopen. In dit hoofdstuk worden de resultaten en de data-analyse besproken. In § 4.1 wordt uitgelegd hoe de dataset is opgeschoond. In § 4.2 volgt een omschrijving van de respondenten en wordt de representativiteit van de steekproef besproken. Het keuze-experiment is geanalyseerd middels multinomiale logistische regressie analyse. De resultaten van deze analyse komen in § 4.3 aan bod. In § 4.4 staan de overige analyses beschreven. Tot slot wordt in § 4.5 op de hypothesen gereflecteerd.

§ 4.1 Opschonen van de dataset

Van de 697 patiënten van het panel hebben 376 respondenten de enquête ingevuld. Eén van hen is verwijderd uit de dataset omdat diegene niet in Nederland woont. Deelname van deze respondent zou een vertekening kunnen geven in de resultaten aangezien hij ergens anders dan in Nederland een zorgverzekering heeft. De dataset toont geen opvallende antwoorden en er is geen responsset waargenomen. De dataset bestaat uit voornamelijk ‘schone data’. Dit komt omdat de respondenten vrijwillig lid zijn geworden van dit panel en daarbij bewust ervoor hebben gekozen om aan dit onderzoek deel te nemen. In de dataset blijven data van 375 respondenten over. Dit komt neer op een totale respons van 53.80%. Deze respons is voor het CWZ normaal, gemiddeld leveren enquêtes bij het CWZ-panel namelijk een respons op tussen 50% en 60%. Tevens blijken deze responscijfers overeen te komen met de gemiddelden van een ander patiëntenpanel, namelijk van het ‘digipanel’ van het Jeroen Bosch ziekenhuis in Den Bosch (Jeroen Bosch Ziekenhuis, 2014).

Bij de ontwikkeling van de enquêtes zijn de categorieën voor de ordinale en nominale onafhankelijke variabelen vastgesteld. Bij de data-analyse bleek echter dat het minimaal aantal frequenties per categorie niet bij iedere onafhankelijke variabele is bereikt. Het minimum aantal gevallen per onafhankelijke variabele dient namelijk volgens de richtlijn ‘Applied Logistic Regression’ minimaal 10 per categorie te zijn (Hosmer, Lemeshow & Sturdivant, 2013). Om die reden is de variabele ‘gezondheid’ tot drie categorieën samengevoegd. De categorieën ‘uitstekende gezondheid’ en ‘zeer goede gezondheid’ zijn samengevoegd tot de categorie ‘zeer goede tot uitstekende gezondheid’. De categorie ‘goede gezondheid’ is behouden. De categorieën ‘matige gezondheid’ en ‘slechte gezondheid’ zijn samengevoegd tot de categorie ‘matige tot slechte gezondheid’. Ondanks dat de variabele geslacht niet is opgenomen in de

hypothesen, wordt deze toch meegenomen in de analyse. In de meeste literatuur die tot dusver is gebruikt voor dit onderzoek, is het geslacht namelijk ook meegenomen in de analyse.

§ 4.2 Omschrijving respondenten en representativiteit steekproef

§ 4.2.1 Omschrijving respondenten

Van de 375 respondenten is het merendeel (51.5%) man. Dit komt ongeveer overeen met de data van het complete CWZ-panel (55%). De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 60.3. Dit komt redelijk overeen met de gemiddelde leeftijd van het complete CWZ-panel dat 55.6 levensjaren bedraagt. Deze relatief hoge leeftijd is niet vreemd. Uit onderzoek blijkt dat ouderen vaker ziek zijn dan jongeren (Van Beest et al., 2012). Het ligt daarbij voor de hand dat oudere patiënten meer in contact komen met het CWZ en daardoor meer kans hebben om lid te worden van het CWZ-panel. Gemiddeld genomen beoordelen de respondenten hun gezondheid als goed. Van de respondenten is het gemiddelde inkomen modaal, namelijk tussen € 1.750 en € 2.700. Door het ontbreken van informatie over de gezondheid en het inkomen van het hele CWZ-panel, is het niet mogelijk om van deze variabelen de representativiteit van de respondenten ten opzichte van het complete CWZ-panel te bepalen. Het gemiddelde opleidingsniveau van de respondenten is middelbaar onderwijs. Dit komt overeen met het gemiddelde opleidingsniveau van het hele panel. Gemiddeld genomen scoren de respondenten bij de mate van regie het meest in de een na hoogste categorie, namelijk 'regisseur'. Daarnaast wonen de respondenten gemiddeld genomen tussen 15 en 30 minuten reizen van het CWZ. Doordat ook de variabelen regie en de reisafstand van het complete panel ontbreken, kan hiervan de representativiteit van de respondenten ten opzichte van het complete CWZ-panel niet worden bepaald.

Variabele	Label	Frequentie	Totaal	Percentage
Geslacht	Man	193	375	51,5
	Vrouw	158		42,1
	MISSING	24		4,6
Leeftijd	18 – 84 jaar oud	347	375	92,5
	MISSING	28		7,5
Gezondheid	Zeer goede tot uitstekende gezondheid	53	375	14,1
	Goede gezondheid	201		53,6
	Matige tot slechte gezondheid	121		32,3
Huishoudelijk netto inkomen	< €1.750	66	375	17,6
	€1.750 - €2.700	132		35,2
	> €2.700	105		28,0
	Kan/wil niet prijsgeven	72		19,2
Opleidingsniveau	Laag onderwijs	113	375	30,1
	Middelbaar onderwijs	118		31,5
	Hoog onderwijs	120		32,0
	MISSING	24		6,4
Regie over de eigen zorg	Klassieke patiënt	22	375	5,9
	Cliënt	97		25,9
	Regisseur	213		56,8
	Co-producent	43		11,5
Woonafstand gemeten in het aantal minuten reizen van en naar het CWZ	< 15 minuten	95	375	25,3
	15-30 minuten	204		54,4
	31-45 minuten	57		15,2
	> 45 minuten	19		5,2

Tabel 1: Kenmerken respondenten (n=375).

§ 4.2.2 Representativiteit steekproef

In § 4.2.1 is naast een beschrijving van de respondenten ook gekeken naar de representativiteit van de deelnemers van dit onderzoek (hierna: steekproef) ten opzichte van het hele CWZ-panel. De factoren waarvan het vergelijken mogelijk was, duiden op een redelijke representativiteit. De volgende stap is om te kijken of de steekproef op landelijke schaal ook representatief is. Daarom zijn de demografische kenmerken van de steekproef vergeleken met de demografische factoren van de deelnemers van het consumentenpanel van het NIVEL. Voor het NIVEL-panel is gekozen omdat de samenstelling van dit panel representatief is voor de Nederlandse bevolking (Brabers et al., 2014). Er is een vergelijking gemaakt van alle factoren die te vergelijken zijn tussen beide panels omdat dezelfde formulering of classificatie gehanteerd wordt. De factoren die hieronder vergeleken worden, zijn: het geslacht, de leeftijd, de ervaren gezondheid en het opleidingsniveau.

Op het kenmerk geslacht blijkt de verdeling wat scheef te zijn. Het NIVEL-panel heeft meer vrouwelijke leden (56%) dan mannelijke leden (44%). De verdeling van de steekproef van dit onderzoek toont een ander beeld, namelijk 51.5% mannen en 42.1% vrouwen. Van 24 respondenten (4.6%) is het geslacht onbekend. Als het geslacht bekend zou zijn, dan zou de

vergelijking preciezer zijn. De scheve verdeling zou echter wel aanhouden want al zouden alle 24 respondenten vrouw zijn, het zou deze scheve verdeling niet recht kunnen trekken. Bij de factor leeftijd komen de steekproeven meer overeen. De gemiddelde leeftijd van de steekproef is 60.3 en de meerderheid van de panelleden (53%) van het NIVEL is ouder dan 65 jaar oud. Ook de door de panelleden ervaren gezondheid komt tussen beide groepen overeen. 52.8% van de NIVEL-panelleden ervaart de gezondheid als ‘goed’ tegenover 53.6% van de steekproef van het CWZ-panel. Tot slot, het gemiddelde opleidingsniveau van de CWZ steekproef komt overeen met dat van het NIVEL-panel. Omdat de demografische factoren leeftijd, gezondheid en het opleidingsniveau overeenkomen tussen beide panels en redelijk overeenkomen op het geslacht, wordt geconcludeerd dat de steekproef representatief is. Dit betekent dat de ecologische validiteit van dit onderzoek groot is. Andere ziekenhuizen, vooral ziekenhuizen met dezelfde type patiënten, zouden derhalve ook gebruik kunnen maken van de resultaten van dit onderzoek.

§ 4.3 Data-analyse keuze-experiment

Vanwege het design van dit onderzoek is er voor gekozen om de analyse van de data uit te voeren middels een multinomiale logistische regressie analyse. Het design, namelijk een keuze-experiment, is toegelicht in het vorige hoofdstuk. In deze paragraaf wordt allereerst ingegaan op het keuzegedrag van de respondenten (§ 4.3.1) en daarna wordt de multinomiale regressie analyse per situatie beschreven (§ 4.3.2).

§ 4.3.1 Het keuzegedrag

In de enquête is de panelleden gevraagd aan de hand van drie situaties een keuze te maken tussen het wisselen van ziekenhuis (optie A), het wisselen van zorgverzekering of polis (optie B) of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg (optie C). De drie situaties betreffen allemaal een andere fictieve situatieschets van een gezondheidsprobleem waarbij ziekenhuiszorg nodig is terwijl er sprake is van niet-gecontracteerde zorg. Per situatie zijn er twee verschillende factoren: de urgentie van zorg en het bij te betalen bedrag. Bij situatie 1 is er sprake van een zorgbehoefte waarbij sprake is van geen spoed en daarnaast is het bij te betalen bedrag relatief laag, namelijk € 63. Bij situatie 2 is er ook sprake van geen spoed maar het bij te betalen bedrag is relatief hoog, namelijk € 1.165. Bij situatie 3 is de zorgbehoefte iets urgenter waardoor er van semi-spoed wordt gesproken. Het bij te betalen bedrag is in situatie 3

relatief hoog, namelijk € 1.360. In navolgende tabel is weergegeven welke keuzes de respondenten per situatie hebben gemaakt.

		Situatie 1		Situatie 2		Situatie 3	
	Afhankelijke variabele	N	Percentage	N	Percentage	N	Percentage
Keuze	Optie A	166	43.4	241	63.7	272	72.6
	Optie B	96	26.7	108	28.1	55	14.6
	Optie C	113	29.9	26	8.2	48	12.8

Tabel 2: Overzicht keuzes per situatie (n= 375).

In alle situaties hebben de respondenten een duidelijke voorkeur voor het wisselen van ziekenhuis. Daarbij blijkt dat hoe duurder en urgenter de zorg wordt, hoe vaker er voor deze optie gekozen is vergeleken met het wisselen van zorgverzekering of polis of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Daarnaast blijkt uit de enquête dat 74.9% van de respondenten zich gehecht (53.6%) of zelfs zeer gehecht (21.3%) voelt aan het CWZ (bijlage 3, § 4.3.1). Onder ‘gehecht’ wordt verstaan: *“Ik stel het CWZ op prijs en ik hoop er nog lang patiënt te kunnen blijven zo lang ik behandeling nodig heb”*. Onder ‘zeer gehecht’ wordt verstaan: *“Ik doe er alles aan om tijdens een behandeling patiënt te blijven bij het CWZ”*. De mate waarin panelleden (hierna: patiënten) zich gehecht voelen aan het CWZ toonde in geen van de drie situaties een verband met de mate waarin de patiënten bij niet-gecontracteerde zorg bij het CWZ patiënt wilden blijven. Integendeel, de 80 respondenten die zichzelf zeer gehecht voelen aan het CWZ, hebben vaker voor het wisselen van ziekenhuis gekozen dan dat ze voor één van de andere opties kozen (bijlage 3, § 4.3.1). In één situatie kozen de zeer gehechte respondenten zelfs 50 keer voor het wisselen van ziekenhuis en slechts 16 en 14 keer voor de andere twee opties. De mate van gehechtheid is dus geen goede voorspeller voor exit-gedrag. Twee quotes van respondenten die kozen voor het wisselen van ziekenhuis:

“Ik hecht erg veel waarde aan het vrij kunnen kiezen voor een ziekenhuis en soms zelfs ook voor één bepaalde behandelaar”.

“Het Radboud ziekenhuis is niet ver van mijn woonplaats dus wisselen is geen probleem”.

Bij de situatie waarbij sprake is van een redelijke urgentie (semi-spoed), kozen de respondenten vergeleken met de andere situaties het minst vaak voor het wisselen van zorgverzekering of polis. Hieruit kan worden afgeleid dat wanneer de urgentie toeneemt, de kans voor het wisselen van zorgverzekering of polis afneemt. Daarnaast hebben 65 respondenten ‘ja’ gescoord op de volgende enquêtevraag: *“Bent u met ingang van 2015 gewisseld van zorgverzekering of polis?”*

(bijlage 3, § 4.3.1). Slechts een klein deel van de respondenten die voor het wisselen van zorgverzekering of polis heeft gekozen, heeft dit jaar ook daadwerkelijk gewisseld van zorgverzekering of polis. In de eerste situatie betreft dit 19 van 75 respondenten, gevolgd door 19 van de 79 respondenten in de tweede situatie en 17 van de 41 respondenten bij de meest urgente zorgsituatie. Respondenten lijken dus niet graag te wisselen van zorgverzekering of polis. Een respondent schrijft bijvoorbeeld:

“Ik heb zeer goede ervaring met mijn huidige zorgverzekeraar waardoor ik niet snel zal wisselen”.

De respondenten hebben het minst vaak gekozen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. In de tabel kan worden afgelezen dat veel meer respondenten bereid zijn om bij te betalen voor de niet-gecontracteerde zorg in de situatie met een relatief laag bij te betalen bedrag vergeleken met situaties met een hoog bij te betalen bedrag. Bovendien blijkt dat de respondenten het meest bereid zijn om bij te betalen voor de niet-gecontracteerde zorg in situaties wanneer er sprake is van enige spoed. Er kan dus worden geconcludeerd dat hoe urgenter de zorg is, hoe meer bereidwillig respondenten zijn om bij te betalen voor de niet-gecontracteerde zorg. Uit de enquête blijkt dat de meeste respondenten tevreden zijn over het CWZ (bijlage 3, § 4.3.1). Van de 375 respondenten zijn 135 respondenten zeer tevreden en 215 zijn zelfs zeer tevreden. Het blijkt echter dat hoe tevreden ze ook zijn, het geen reden is om bij te betalen voor de niet-gecontracteerde zorg. Integendeel, respondenten zien de zorgkosten als belangrijke factor van de keuzes die ze maken. De respondenten stellen onder andere:

“Ik wil graag bij het CWZ blijven, maar niet als ik veel moet bijbetalen”.

“Kosten zijn mijn drijfveer. Mijn inkomsten zijn namelijk sinds 3 jaar met circa 40% gedaald”.

“Ik vind dat ik al genoeg betaal aan zorgkosten dus ik kies liever niet voor bijbetalen”.

§ 4.3.2 Multinomiale logistische regressie analyse

De multinomiale logistische regressie analyse is uitgevoerd per situatie. De gehele output van de analyses is te vinden in bijlage 2.

Situatie 1: Zorgsituatie met geen spoed en een laag bij te betalen bedrag

Het model 'Fitting Information' geeft een 'chi-square' van 39.392 met een niet significante waarde van .075 ($p \leq 0.05$). Dit betekent dat het gehele model als geheel niet significant is. Er is dus geen goed significant verband tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen. Echter, de 'Classification' tabel laat zien dat de onafhankelijke variabelen vergeleken met het 'Null model (case processing summary)' een betere nauwkeurigheid geven van opties A, B en C. Dit verklaart namelijk de 49.5% en het 'Null model' slechts 34.9% ($0.434^2 + 0.267^2 + 0.299^2$). Ook de 'Goodness-of-Fit' geeft goede waarden weer, namelijk waarden $p \geq 0.05$. Nagelkerke pseudo R2 geeft een totale verklaringskracht van 15% weer van het model dat wordt verklaard door de onafhankelijke variabelen. De 'Likelihood ratio test' laat geen significante resultaten van de onafhankelijke variabelen zien ($p \leq 0.05$). Dat het model niet significant is, kan verklaard worden door slechts het optreden van enkele significante resultaten. In de onderstaande tabel wordt dan ook aangetoond dat alleen inkomen en het opleidingsniveau gedeeltelijk significante resultaten tonen.

	Keuze B versus A		Keuze C versus A		Keuze A versus B	
Variabele	B-coëfficiënt	Sig.	B-coëfficiënt	Sig.	B-coëfficiënt	Sig.
Constante	-.231	.846	-1.238	.321	.231	.846
Leeftijd	-.005	.713	.023	.116	.005	.713
Geslacht=1	-.106	.756	.024	.942	.106	.756
Geslacht=2	0 ^b		0 ^b		0 ^b	
Gezondheid=1	.167	.756	.545	.270	-.167	.756
Gezondheid=2	-.063	.858	-.106	.761	.063	.858
Gezondheid=3	0 ^b		0 ^b		0 ^b	
Inkomen=1	.400	.426	.109	.811	-.400	.426
Inkomen=2	.246	.527	-.780	.042	-.246	.527
Inkomen=3	0 ^b		0 ^b		0 ^b	
Opleiding=1	.696	.109	.980	.021	-.696	.109
Opleiding=2	.658	.099	.677	.087	-.658	.099
Opleiding=3	0 ^b		0 ^b		0 ^b	
Regie=1	.257	.765	.716	.351	-.257	.765
Regie=2	.262	.660	.185	.743	-.262	.660
Regie=3	-.081	.881	-.244	.632	.081	.881
Regie=4	0 ^b		0 ^b		0 ^b	
Woonafstand=1	-1.339	.090	-1.197	.124	1.339	.090
Woonafstand=2	-.251	.734	-.549	.461	.251	.734
Woonafstand=3	-.640	.438	-1.138	.172	.640	.438
Woonafstand=4	0 ^b		0 ^b		0 ^b	

*dikgedrukt betekent significant ($p \leq 0.05$).

Tabel 3a: Resultaten zorgsituatie met geen spoed en een laag bij te betalen bedrag.

	Keuze C versus B		Keuze A versus C		Keuze B versus C	
Variabele	B-coëfficiënt	Sig.	B-coëfficiënt	Sig.	B-coëfficiënt	Sig.
Constante	-1.006	.441	1.238	.321	1.006	.441
Leeftijd	.028	.077	-.023	.116	-.028	.077
Geslacht=1	.131	.723	-.024	.942	-.131	.723
Geslacht=2	0 ^b		0 ^b		0 ^b	
Gezondheid=1	.378	.499	-.545	.270	-.378	.499
Gezondheid=2	-.044	.908	.106	.761	.044	.908
Gezondheid=3	0 ^b		0 ^b		0 ^b	
Inkomen=1	-.291	.566	-.109	.811	.291	.566
Inkomen=2	-1.026	.017	.780	.042	1.026	.017
Inkomen=3	0 ^b		0 ^b		0 ^b	
Opleiding=1	.284	.550	-.980	.021	-.284	.550
Opleiding=2	.019	.966	-.677	.087	-.019	.966
Opleiding=3	0 ^b		0 ^b		0 ^b	
Regie=1	.459	.580	-.716	.351	-.459	.580
Regie=2	-.077	.900	-.185	.743	.077	.900
Regie=3	-.162	.775	.244	.632	.162	.775
Regie=4	0 ^b		0 ^b		0 ^b	
Woonafstand=1	.142	.856	1.197	.124	-.142	.859
Woonafstand=2	-.298	.683	.549	.461	.298	.683
Woonafstand=3	-.494	.556	1.138	.172	.498	.556
Woonafstand=4	0 ^b		0 ^b		0 ^b	

*dikgedrukt betekent significant ($p \leq 0.05$).

Tabel 3b: Resultaten zorgsituatie met geen spoed en een laag bij te betalen bedrag.

In de situatie met geen spoed en een laag bij te betalen bedrag, zijn er slechts drie significante resultaten.

Respondenten met een **modaal inkomen** prefereren het wisselen van ziekenhuis en het wisselen van zorgverzekering of polis boven het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Uit de tabel kan worden afgelezen dat voor deze groep de kans op het kiezen voor het wisselen van ziekenhuis .780 groter is dan dat ze voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg kiezen (sig .042, $p \leq 0.05$). De kans dat ze voor het wisselen van zorgverzekering of polis kiezen is 1.026 groter dan dat ze voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg kiezen (sig .017, $p \leq 0.05$).

Omdat het verder ontbreekt aan significante resultaten, kan niet worden vastgesteld welke optie de respondenten met een modaal inkomen het meest prefereren: het wisselen van ziekenhuis of het wisselen van zorgverzekering of polis. Wel kan worden gesteld dat de sterkte van de kans voor het wisselen van zorgverzekering of polis het grootst is. Een quote van een respondent bevestigt het voorgaande:

“In mijn situatie is € 63 bijbetalen lastig. Daarnaast weet ik niet of er nog meer kosten bij komen”.

Respondenten met een **laag opleidingsniveau** prefereren het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg boven het wisselen van ziekenhuis. De kans dat ze bijbetalen voor de niet-gecontracteerde zorg is namelijk .980 groter dan dat ze ervoor kiezen om te wisselen van ziekenhuis (sig .021, $p \leq 0.05$). Kennelijk vinden deze respondenten het bij te betalen van € 63 niet te hoog. Een respondent schrijft:

“Ik kies voor C omdat ik dan zeker ben van een goede behandeling. Ik wissel van ziekenhuis pas als het echt niet anders kan”.

De situatie met geen spoed en een laag bij te betalen bedrag levert slechts enkele significante resultaten op. Samenvattend kan worden geconcludeerd dat respondenten met een modaal inkomen het wisselen van ziekenhuis en zorgverzekering of polis verkiezen boven het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Daarnaast prefereren respondenten met een laag opleidingsniveau het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg boven het wisselen van ziekenhuis. Dat deze eerste situatie zo weinig significante resultaten oplevert wil niet zeggen dat dit in de andere situaties ook zo is. De andere situaties kennen namelijk meer significante resultaten en hebben daarnaast ook een significant model. De verschillen zitten in de kosten die toenemen na deze eerste situatie. Het betekent dat wanneer er hoge(re) kosten in de analyse worden betrokken, er wel significante effecten optreden.

Situatie 2: Zorgsituatie met geen spoed en een hoog bij te betalen bedrag

Het model ‘Fitting Information’ geeft een ‘chi-square’ van 63.987 met een significante waarde van .000 ($p \leq 0.05$). Dit betekent dat het gehele model als geheel significant is. Het ‘Classification’ model laat zien dat de onafhankelijke variabelen vergeleken met het ‘Null model (case processing summary)’ een betere nauwkeurigheid geven van opties A, B en C. Dit verklaart namelijk de 64.4% en het ‘Null model’ slechts 34.9% ($0.434^2 + 0.267^2 + 0.299^2$). Ook de ‘Goodness-of-Fit’ geeft goede waarden weer, namelijk $p \geq 0.05$. Nagelkerke pseudo R² geeft een totale verklaringskracht van 25% weer van het model dat wordt verklaard door de onafhankelijke variabelen. De ‘Likelihood ratio test’ laat zien dat de onafhankelijke variabelen geslacht (sig .001), opleidingsniveau (sig .009) en woonafstand (sig .035) significant zijn ($p \leq 0.05$). Bovengenoemde variabelen tonen ook in de onderstaande tabel significante resultaten. Daarnaast tonen in de onderstaande tabel ook de onafhankelijke variabelen leeftijd en regio significante resultaten.

	Keuze B versus A		Keuze C versus A		Keuze A versus B	
Variabele	B-coëfficiënt	Sig.	B-coëfficiënt	Sig.	B-coëfficiënt	Sig.
Constante	.700	.512	-28.118	.000	-.700	.512
Leeftijd	-.016	.221	.047	.128	.016	.221
Geslacht=1	.015	.962	2.718	.010	-.015	.962
Geslacht=2	0b		0b		0b	
Gezondheid=1	-.425	.390	1.302	.123	.425	.390
Gezondheid=2	-.367	.249	.498	.438	.367	.249
Gezondheid=3	0b		0b		0b	
Inkomen=1	.036	.936	.091	.898	-.036	.936
Inkomen=2	.308	.389	-.919	.159	-.308	.389
Inkomen=3	0b		0b		0b	
Opleiding=1	.303	.447	2.154	.017	-.303	.447
Opleiding=2	.498	.178	2.65	.002	-.498	.178
Opleiding=3	0b		0b		0b	
Regie=1	-1.178	.191	1.590	.156	1.178	.191
Regie=2	-.001	.998	1.102	.256	.001	.998
Regie=3	-.285	.548	.674	.454	.285	.548
Regie=4	0b		0b		0b	
Woonafstand=1	-1.293	.052	16.970	.000	1.293	.052
Woonafstand=2	-.304	.615	18.231	.000	.304	.615
Woonafstand=3	-.643	.365	18.209	.	.643	.365
Woonafstand=4	0b		0b		0b	

*dikgedrukt betekent significant ($p \leq 0.05$).

Tabel 4a: Resultaten zorgsituatie met geen spoed en een hoog bij te betalen bedrag.

	Keuze C versus B		Keuze A versus C		Keuze B versus C	
Variabele	B-coëfficiënt	Sig.	B-coëfficiënt	Sig.	B-coëfficiënt	Sig.
Constante	-28.817	.000	27.118	.000	27.817	.000
Leeftijd	.063	.050	-.047	.128	-.063	.050
Geslacht=1	2.704	.012	-2.718	.010	-2.704	.012
Geslacht=2	0b		0b		0b	
Gezondheid=1	1.727	.057	-1.302	.123	-1.727	.057
Gezondheid=2	.865	.196	-.498	.438	-.865	.196
Gezondheid=3	0b		0b		0b	
Inkomen=1	.055	.943	-.091	.898	-.055	.943
Inkomen=2	-1.227	.075	.919	.159	1.227	.075
Inkomen=3	0b		0b		0b	
Opleiding=1	1.85	.050	-2.154	.017	-1.851	.050
Opleiding=2	2.154	.018	-2.652	.002	-2.154	.018
Opleiding=3	0b		0b		0b	
Regie=1	2.768	.036	-1.590	.156	-2.768	.036
Regie=2	1.103	.276	-1.102	.256	-1.103	.276
Regie=3	.959	.309	-.674	.454	-.959	.309
Regie=4	0b		0b		0b	
Woonafstand=1	18.263	.000	-15.970	.000	-17.263	.000
Woonafstand=2	18.535	.000	-17.231	.000	-17.535	.000
Woonafstand=3	18.852		-17.209	.000	-17.852	
Woonafstand=4	0b		0b		0b	

*dikgedrukt betekent significant ($p \leq 0.05$).

Tabel 4b: Resultaten zorgsituatie met geen spoed en een hoog bij te betalen bedrag.

De onderstaande resultatenbeschrijving heeft betrekking op de situatie met geen spoed en een hoog bij te betalen bedrag.

De resultaten wijzen uit dat als de **leeftijd** met één jaar toeneemt, de kans op het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg vergeleken met het wisselen van zorgverzekering of polis met .063 toeneemt (sig .050, $p \leq 0.05$). Hoe ouder de patiënten zijn, hoe groter de kans dat zij kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg in plaats van dat zij kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis. Een respondent schrijft:

“Gezien mijn leeftijd vind ik het niet handig om van verzekeraar te veranderen (acceptatie bij de aanvullende verzekering)”.

De variabele **geslacht** is significant op twee combinaties. Mannen hebben 2.718 meer kans dan vrouwen om te kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg dan dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis (sig .010, $p \leq 0.05$). Daarnaast hebben mannen ook 2.704 meer kans om te kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg dan dat ze voor het wisselen van zorgverzekering of polis kiezen (sig .012, $p \leq 0.05$).

Mannen zijn ten opzichte van vrouwen meer geneigd om te kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg in plaats van dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis, zorgverzekering of polis. Voor de vrouwen is het net andersom: zij prefereren het wisselen van ziekenhuis of het wisselen van zorgverzekering of polis boven het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Voor de combinatie wisselen van ziekenhuis versus het wisselen van zorgverzekering of polis zijn geen significante resultaten gevonden. Hierdoor kan niet worden vastgesteld welke van de twee opties door vrouwelijke patiënten het meest worden geprefereerd.

Patiënten met een laag of een gemiddeld **opleidingsniveau**, prefereren het kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg boven het wisselen van ziekenhuis, zorgverzekering of polis. Voor hoger opgeleide patiënten is de kans juist groter dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis of het wisselen van zorgverzekering of polis dan dat ze gaan bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg.

Patiënten met een laag opleidingsniveau hebben vergeleken met patiënten met een hoog opleidingsniveau 2.154 meer kans om te kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg dan dat ze voor het wisselen van ziekenhuis kiezen (sig .017, $p \leq 0.05$). Dit geldt ook voor patiënten met een gemiddeld opleidingsniveau. Zij hebben vergeleken met patiënten met een

hoog opleidingsniveau 2.652 meer kans om te kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg dan dat ze voor het wisselen van ziekenhuis kiezen (sig .002, $p \leq 0.05$). Patiënten met een laag opleidingsniveau, hebben vergeleken met patiënten met een hoog opleidingsniveau 1.851 meer kans om te kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg dan dat ze kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis (sig .050, $p \leq 0.05$). Ditzelfde geldt voor patiënten met een gemiddeld opleidingsniveau, maar daar is de kans groter, namelijk 2.154 (sig .018, $p \leq 0.05$).

Ook hier ontbreekt het aan significante resultaten voor de combinatie wisselen van ziekenhuis versus het wisselen van zorgverzekering of polis. Hierdoor kan niet worden vastgesteld welke van de twee opties de patiënten een hoog opleidingsniveau het meest prefereren.

Voor patiënten met de **laagste mate van regie** is de kans dat ze kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg 2.768 groter dan dat ze voor het wisselen van zorgverzekering of polis kiezen (sig .036, $p \leq 0.05$). Een respondent schrijft:

“Eerlijk gezegd zouden opties A en B niet eens bij me opkomen....stom misschien”.

De variabele **woonafstand** is in zijn geheel significant op 2 combinaties. Op de derde combinatie is er een significant resultaat op één categorie.

Patiënten die op minder dan 15 minuten reizen van het CWZ wonen, hebben vergeleken met patiënten die onbeperkt bereid zijn om te reizen 16.970 meer kans om te kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg dan dat ze voor het wisselen van ziekenhuis kiezen (sig .000, $p \leq 0.05$). Deze conclusie geldt ook voor patiënten met een reisafstand tussen 15 en 30 minuten en een reisafstand tussen 31 en 45 minuten maar de kans is iets groter, namelijk 18.231 en 18.209 (sig .000, $p \leq 0.05$). Voor patiënten die bereid zijn om onbeperkt te reizen, is de kans dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis groter dan dat ze kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg.

Voor patiënten die op minder dan 15 minuten reizen van het CWZ wonen is de kans vergeleken met patiënten die onbeperkt bereid zijn om te reizen 18.263 groter dat ze kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg dan dat ze voor het wisselen van zorgverzekering of polis kiezen (sig .000, $p \leq 0.05$). Ditzelfde geldt voor patiënten met een reisafstand tussen 15 en 30 minuten en een reisafstand tussen 31 en 45 minuten maar de grootte van de kans verschilt iets, namelijk 18.535 en 17.535 (sig .000, sig .000, $p \leq 0.05$). Patiënten die bereid zijn om onbeperkt te reizen, hebben weer meer kans om te kiezen voor het wisselen van zorgverzekering

of polis dan dat ze kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Een respondent schrijft:

“Het liefst wordt ik zo dicht mogelijk bij huis geholpen en dan ook bij dezelfde arts”.

Voor de meest dichtbij wonende patiënten, namelijk wonend op minder dan 15 minuten reizen van het CWZ, is de kans 1.293 groter dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis dan dat ze voor het wisselen van zorgverzekering of polis kiezen (sig .052, $p \leq 0.05$). Deze uitkomst is goed verklaarbaar omdat in Nijmegen er twee ziekenhuizen zijn. Een respondent schrijft:

“Er zijn gelukkig twee uitstekende ziekenhuizen dichtbij, het zou vreemd zijn als beide ziekenhuizen de zorg niet zouden vergoeden”.

Voor de woonafstand wordt geconcludeerd dat patiënten die tot 45 minuten reizen van het CWZ wonen, het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg verkiezen boven het wisselen ziekenhuis of wisselen zorgverzekering of polis. Voor de meest dichtbij wonende patiënten geldt echter dat zij het wisselen van ziekenhuis verkiezen boven het wisselen van zorgverzekering of polis. Patiënten die vanaf 45 minuten reizen van het CWZ wonen, verkiezen het wisselen van ziekenhuis, zorgverzekering of polis boven het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg.

De situatie met geen spoed en een hoog bij te betalen levert vergeleken met situatie 1 en 3 de meeste significante resultaten op. Samengevat blijkt dat voornamelijk oude patiënten, mannen, patiënten met een laag of gemiddeld opleidingsniveau, patiënten met een lage mate van regio en patiënten die tot 45 minuten reizen van het CWZ wonen, neigen naar het kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Jonge patiënten en vrouwen kiezen eerder voor het wisselen van zorgverzekering of polis dan dat ze voor het bijbetalen kiezen. Daarnaast verkiezen vrouwen het wisselen van ziekenhuis boven het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Patiënten met een hoog opleidingsniveau en patiënten die vanaf 45 minuten reizen van het CWZ wonen, verkiezen het wisselen van ziekenhuis en het wisselen van zorgverzekering of polis boven het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. De meest dichtbij wonende patiënten verkiezen het wisselen van ziekenhuis boven het wisselen van zorgverzekering of polis.

Situatie 3: Semi-spoed zorgsituatie en een hoog bij te betalen bedrag

Het model 'Fitting Information' geeft een 'chi-square' van 65.095 met een significante waarde van .000 ($p \leq 0.05$). Dit betekent dat het gehele model als geheel significant is. Het 'Classification model' laat dat de onafhankelijke variabelen vergeleken met het 'Null model (case processing summary)' een betere nauwkeurigheid geven van opties A, B en C. Dit verklaart namelijk de 72.6% en het 'Null model' slechts 34.9% ($0.434^2 + 0.267^2 + 0.299^2$). Ook de 'Goodness-of-Fit' geeft goede waarden weer, namelijk $p \geq 0.05$. Nagelkerke pseudo R² geeft een totale verklaringskracht van 26% weer van het model dat wordt verklaard door de onafhankelijke variabelen. De 'Likelihood ratio test' laat zien dat de onafhankelijke variabelen geslacht (sig .007) en inkomen (sig .000) significant zijn ($p \leq 0.05$). Bovengenoemde variabelen tonen ook in de onderstaande tabel significante resultaten. Daarnaast toont één categorie van de variabele regie een significant verschil.

	Keuze B versus A		Keuze C versus A		Keuze A versus B	
Variabele	B-coëfficiënt	Sig.	B-coëfficiënt	Sig.	B-coëfficiënt	Sig.
Constante	-.586	.659	.776	.630	.586	.659
Leeftijd	-.012	.456	-.030	.119	.012	.456
Geslacht=1	.669	.118	1.397	.007	-.669	.118
Geslacht=2	0b		0b		0b	
Gezondheid=1	-.311	.643	-.433	.499	.311	.643
Gezondheid=2	-.285	.478	-.116	.816	.285	.478
Gezondheid=3	0b		0b		0b	
Inkomen=1	1.175	.054	-3.046	.005	-1.175	.054
Inkomen=2	.827	.133	-1.336	.005	-.827	.133
Inkomen=3	0b		0b		0b	
Opleiding=1	.344	.508	.485	.372	-.344	.508
Opleiding=2	.012	.982	.189	.706	-.012	.982
Opleiding=3	0b		0b		0b	
Regie=1	-.899	.286	-.576	.540	.899	.286
Regie=2	-.947	.117	-.122	.854	.947	.117
Regie=3	-1.402	.011	-1.079	.078	1.402	.011
Regie=4	0b		0b		0b	
Woonafstand=1	-.785	.364	-1.158	.253	.785	.364
Woonafstand=2	-.069	.930	-.234	.793	.069	.930
Woonafstand=3	-.640	.511	.456	.639	.640	.511
Woonafstand=4	0b		0b		0b	

*dikgedrukt betekent significant ($p \leq 0.05$).

Tabel 5a: Resultaten semi-spoed zorgsituatie en een hoog bij te betalen bedrag.

	Keuze C versus B		Keuze A versus C		Keuze B versus C	
Variabele	B-coëfficiënt	Sig.	B-coëfficiënt	Sig.	B-coëfficiënt	Sig.
Constante	1.362	.477	-.776	.630	-1.362	.477
Leeftijd	-.017	.463	.030	.119	.017	.463
Geslacht=1	.728	.257	-1.397	.007	-.728	.257
Geslacht=2	0b		0b		0b	
Gezondheid=1	-.121	.887	.433	.499	.121	.887
Gezondheid=2	.169	.776	.116	.816	-.169	.776
Gezondheid=3	0b		0b		0b	
Inkomen=1	-4.221	.000	3.046	.005	4.221	.000
Inkomen=2	-2.163	.001	1.336	.005	2.163	.001
Inkomen=3	0b		0b		0b	
Opleiding=1	.141	.838	-.485	.372	-.141	.838
Opleiding=2	.177	.790	-.189	.706	-.177	.790
Opleiding=2	0b		0b		0b	
Regie=1	.323	.776	.576	.540	-.323	.776
Regie=2	.824	.296	.122	.854	-.824	.296
Regie=3	.323	.657	1.079	.078	-.323	.657
Regie=4	0b		0b		0b	
Woonafstand=1	-.373	.760	1.158	.253	.373	.760
Woonafstand=2	-.165	.878	.234	.793	.165	.878
Woonafstand=3	1.096	.382	-.456	.639	-1.096	.382
Woonafstand=4	0b		0b		0b	

*dikgedrukt betekent significant ($p \leq 0.05$).

Tabel 5b: Resultaten semi-spoed zorgsituatie en een hoog bij te betalen bedrag.

Hieronder staan de resultaten weergegeven van de laatste situatie. Dit betreft de situatie waarbij er sprake is van semi-spoed en een hoog bij te betalen bedrag.

De variabele **geslacht** is significant bij het wisselen van ziekenhuis versus het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Mannen hebben vergeleken met vrouwen 1.397 meer kans om te kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg dan dat ze voor het wisselen van ziekenhuis kiezen (sig .007, $p \leq 0.05$). Vrouwen zijn juist meer geneigd om te kiezen voor het wisselen van ziekenhuis dan dat ze kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg.

De variabele **inkomen** is in zijn geheel significant op 2 combinaties. Op de derde combinatie is er een resultaat op één categorie.

Patiënten met een laag inkomen, hebben vergeleken met patiënten met een hoog inkomen 3.046 meer kans om te kiezen voor het wisselen van ziekenhuis dan dat ze kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg (sig .005, $p \leq 0.05$). Deze conclusie geldt ook voor patiënten met een gemiddeld inkomen, hoewel die kans lager is, namelijk 1.336. (sig .005, $p \leq 0.05$). Patiënten met een hoog inkomen hebben weer meer kans om te kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg in plaats van dat ze wisselen van ziekenhuis.

Patiënten met een laag inkomen, hebben vergeleken met patiënten met een hoog inkomen 4.221 meer kans om te kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis dan dat ze kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg (sig .000, $p \leq 0.05$). Dit geldt hetzelfde voor patiënten met een gemiddeld inkomen, hoewel die kans lager is, namelijk 2.163 (sig .001, $p \leq 0.05$). Patiënten met een hoog inkomen hebben weer meer kans om te kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg in plaats van dat ze wisselen van zorgverzekering of polis.

Patiënten met een laag en een gemiddeld inkomen, prefereren het wisselen van ziekenhuis, zorgverzekering of polis boven het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. In de twee bovenstaande situaties hebben patiënten met een hoog inkomen een voorkeur voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Specifiek voor patiënten met een laag inkomen is de kans dat ze kiezen voor het wisselen zorgverzekering of polis 1.175 groter dan dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis (sig .054, $p \leq 0.05$). Vanwege het gebrek aan overige significante resultaten, kan niet worden vastgesteld welke van de twee opties de patiënten met gemiddelde en hoge inkomens het meest prefereren: het wisselen van ziekenhuis of het wisselen van zorgverzekering of polis.

Voor het inkomen wordt geconcludeerd dat patiënten met een laag en gemiddeld inkomen het wisselen van ziekenhuis en zorgverzekering of polis prefereren boven het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Voor specifiek patiënten met een laag inkomen wordt gesteld dat zij het wisselen van zorgverzekering of polis prefereren boven het wisselen van ziekenhuis en het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg.

Voor patiënten met de **één na hoogste mate van regie** is de kans dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis 1.402 groter dan dat ze wisselen van zorgverzekering of polis (sig .011, $p \leq 0.05$). Een respondent schrijft:

“Ook nu hoop ik bij het UMC Radboud terecht te kunnen. Anders overweeg ik sterk optie B”.

Uit de situatie met semi-spoed en een hoog bij te betalen bedrag blijkt samengevat het volgende: voornamelijk mannen en patiënten met een hoog inkomen neigen naar het kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Patiënten met lage en gemiddelde inkomens en vrouwen zijn meer geneigd om te kiezen voor het wisselen van ziekenhuis dan dat ze voor het bijbetalen kiezen. Bovendien zijn patiënten met lage en gemiddelde inkomens meer geneigd om te kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis in plaats van het kiezen voor het

bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Over patiënten met een laag inkomen wordt geconcludeerd dat ze het wisselen van zorgverzekering of polis prefereren boven het wisselen van ziekenhuis en het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Patiënten met een redelijke mate van regie voor de eigen zorg verkiezen het wisselen van ziekenhuis boven het wisselen van zorgverzekering of polis.

§ 4.4 Overige analyses

In deze paragraaf zijn drie extra analyses beschreven. Ofschoon dat de analyses buiten het bereik van de multinationale logistische regressie analyse vallen, zijn ze toch relevant om ze hier te noemen. In § 4.4.1 wordt de populatie respondenten beschreven die in de enquête heeft gekozen voor exit-gedrag. Dit is voor het CWZ relevante informatie aangezien het ziekenhuis hiermee kan anticiperen op deze populatie in haar beleidsvorming en beleidsvoering. Het is namelijk over het algemeen wenselijk dat het CWZ zo min mogelijk patiënten ziet vertrekken naar een ander ziekenhuis. In § 4.4.2 wordt de mate van regie van de patiënten vergeleken met de drie situaties. In de enquête zijn de patiënten per situatie gevraagd in hoeverre ze *“actief zouden zijn in het uitzoeken en het vergelijken van zorginformatie, ziekenhuisinformatie of zorgverzekeringsinformatie”*. Verschillen in de resultaten kunnen verklaard worden door de verschillen die er per situatie zijn, namelijk de urgentie van de zorg en de hoogte van de bij te betalen zorgkosten. Tot slot is in §4.4.3 de reisbereidheid van de respondenten per situatie beschreven. Als er verschillen zijn in de resultaten tussen de situaties, dan zijn ook deze te verklaren door de verschillen die er per situatie zijn in de urgentie van zorg en de hoogte van de bij te betalen zorgkosten.

§ 4.4.1 Kenmerken van respondenten die de exit optie in de situaties prefereerden.

In de kruistabellen (bijlage 3, § 4.4.1) zijn per situatie de kenmerken van de respondenten die voor de exit optie kozen, weergegeven. De gemiddelde leeftijd van deze groep is 60 jaar en het zijn meer mannen dan vrouwen. De patiënten hebben over het algemeen een goede tot zeer goede gezondheid. Bij de situatie met geen spoed en een hoog bij te betalen bedrag bijvoorbeeld, kozen 179 patiënten voor de exit optie. Van hen hebben 53 patiënten hun eigen gezondheid als zeer goed beoordeeld en 99 patiënten beoordeelden hun eigen gezondheid als goed. Daarnaast blijken de gemiddelde inkomens en het opleidingsniveau van hen net boven het gemiddelde te liggen. Tevens blijkt dat de patiënten over het algemeen over een goede mate van regie beschikken. De meeste scores liggen namelijk op het derde regieniveau (de

regisseursrol). Tot slot blijkt dat de meesten tot 30 minuten reizen van het CWZ wonen. Zoals eerder is aangegeven, is het goed verklaarbaar dat patiënten die relatief dichtbij het CWZ wonen meer geneigd zijn om te wisselen van ziekenhuis. In Nijmegen zijn er namelijk twee ziekenhuizen. Bovenstaande kenmerken komen bijna helemaal overeen met de kenmerken van het complete CWZ-panel. De afwijking is dat de patiënten die voor exit gedrag kozen, gemiddeld genomen hun gezondheid net iets beter beoordelen dan het complete panel en daarnaast ligt het inkomen en opleidingsniveau ook iets hoger, namelijk net boven het gemiddelde van het complete CWZ-panel.

§ 4.4.2 Regie per situatie vergeleken

Uit de antwoorden van de enquêtevraag *“In hoeverre zou u in deze situatie actief zijn in het uitzoeken en het vergelijken van zorginformatie, ziekenhuisinformatie of zorgverzekeringsinformatie?”* blijkt dat de patiënten in alle situaties zich bijna op dezelfde manier zouden gedragen. Uit de tabel (bijlage 3, §4.4.2) kan worden afgelezen dat wanneer de zorg niet urgent is en het bij te betalen bedrag relatief laag, de meeste patiënten kozen voor antwoord 2 *“Ik lees selectief zorginformatie die me wordt aangereikt en ik stel daar zo nodig vragen over”*. Dit antwoord komt overeen met het tweede regieniveau (de cliëntrol). Wanneer de zorg duurder wordt, blijken patiënten te kiezen voor antwoord 3 *“Ik lees (bijna) alle zorginformatie die me wordt aangereikt en ga zo nodig hierover in gesprek”*. Dit antwoord komt overeen met het derde regieniveau (de regisseursrol).

§ 4.4.3 Reisafstand per situatie vergeleken

Na iedere situatieschets in de enquête is de volgende vraag gesteld: *“Tot welke afstand, gerekend in minuten, bent u in deze situatie bereid om te reizen naar een ander ziekenhuis waar uw zorg wel voor 100% vergoed wordt?”*. In de tabel (bijlage 3, § 4.4.3) is te lezen dat de patiënten bij niet urgente zorg met een relatief laag bij te betalen bedrag bereid zijn tussen de 16 en 30 minuten te reizen naar een alternatief ziekenhuis. De reisbereidheid wordt groter als het bij te betalen bedrag toeneemt alsmede de urgentie van zorg. In dat geval zijn de patiënten bereid om tussen de 31 en 45 minuten te reizen naar een alternatief ziekenhuis.

§ 4.5 Reflectie op de hypothesen

In hoofdstuk 3 zijn zeven hypothesen opgesteld op basis van eerder verricht literatuuronderzoek. Met inachtneming van de resultaten, wordt in deze paragraaf op de hypothesen gereflecteerd. Er wordt gekeken of, en in hoeverre, de hypothesen voorlopig voor waar aangenomen kunnen worden of juist moeten worden verworpen.

De drie keuzeopties die centraal staan in dit onderzoek, zijn opgenomen in de hypothesen. Er wordt telkens gesteld dat voor patiënten met een bepaald kenmerk, de kans groter is dat zij voor de ene optie kiezen in plaats van voor de andere twee opties. Een voorbeeld: patiënten met kenmerk X hebben meer kans om te kiezen voor optie A in plaats van dat ze kiezen voor optie B of C. Om de hypothesen voor waar aan te kunnen nemen, dienen alle drie de keuzecombinaties (A-B, B-C, C-A) significant te zijn. Als slechts één of twee keuzecombinaties significant zijn, dan dient de hypothese te worden verworpen. De keuzecombinaties die wél significant zijn, blijven uiteraard van waarde voor de conclusies van dit onderzoek.

Leeftijd

De variabele leeftijd is slechts significant bij één keuzecombinatie. Er wordt geconcludeerd dat hoe ouder patiënten zijn, hoe groter de kans is dat zij kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg in plaats van dat zij kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis. Deze uitkomst geldt echter alleen voor de situatie met ‘geen spoed en een hoog bij te betalen bedrag’. Hypothese 1: *Hoe hoger de leeftijd van patiënten, des te sneller kiezen zij bij niet-gecontracteerde zorg voor het bijbetalen in plaats van dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis of het wisselen van zorgverzekering of polis, wordt verworpen.*

Gezondheid

Er zijn geen significante resultaten gevonden voor de variabele gezondheid. Hypothese 2: *Hoe gezonder patiënten zijn, des te sneller kiezen zij bij niet-gecontracteerde zorg voor het wisselen van ziekenhuis in plaats van dat ze kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg, wordt verworpen.*

Huishoudelijk inkomen

De variabele inkomen is significant bij alle keuzecombinaties. Er wordt geconcludeerd dat hoe het hoger inkomen, hoe groter de kans dat zij kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg in plaats van dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis, zorgverzekering of polis. Voor patiënten met een laag of gemiddeld inkomen is het juist andersom: zij hebben meer kans om te kiezen voor het wisselen van ziekenhuis, zorgverzekering of polis. Bovengenoemde uitkomsten gelden voor twee situaties, namelijk ‘geen spoed en een laag bij te betalen bedrag’ en ‘semi-spoed en een hoog bij te betalen bedrag’. Hypothese 3: *Hoe hoger het huishoudelijk inkomen van patiënten, des te sneller kiezen zij bij niet-gecontracteerde zorg voor het bijbetalen in plaats van dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis of het wisselen van zorgverzekering of polis, wordt voor de twee situaties (voorlopig) aangenomen.*

Opleidingsniveau

De variabele opleidingsniveau is significant bij twee keuzecombinaties. Hoe hoger het opleidingsniveau van patiënten, hoe groter de kans dat zij kiezen voor het wisselen van ziekenhuis of wisselen van zorgverzekering of polis in plaats van dat ze kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Deze conclusie geldt alleen voor de situatie waarbij sprake is van ‘geen spoed en een hoog bij te betalen bedrag’. Hypothese 4: *Hoe hoger het opleidingsniveau van patiënten, des te sneller kiezen zij bij niet-gecontracteerde zorg voor het wisselen van zorgverzekering of polis in plaats van dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg, wordt verworpen.*

Regie over de eigen zorg

De variabele regie over de eigen zorg is significant bij één keuzecombinatie. Geconcludeerd wordt dat voor patiënten met de laagste mate van regie, de kans groter is dat zij kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg dan dat ze kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis. Deze uitkomst geldt voor de situatie met ‘geen spoed en een hoog bij te betalen bedrag’. Hypothese 5: *Hoe minder regie patiënten hebben over de eigen zorg, des te sneller kiezen zij bij niet-gecontracteerde zorg voor het bijbetalen in plaats van dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis of het wisselen van zorgverzekering of polis, wordt verworpen.*

Urgentie van de benodigde zorg

In alle situaties hebben de patiënten een duidelijke voorkeur voor het wisselen van ziekenhuis. Daarbij blijkt dat hoe duurder en urgenter de zorg wordt, hoe vaker er voor deze optie gekozen is vergeleken met het wisselen van zorgverzekering of polis of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Gezien deze uitkomst, wordt hypothese 6: *Hoe hoger de urgentie van de benodigde zorg voor patiënten is, des te sneller kiezen zij bij niet-gecontracteerde zorg voor het wisselen van ziekenhuis in plaats van dat ze kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg, (voorlopig) voor alle situaties aangenomen.*

Woonafstand gemeten in het aantal minuten reizen van en naar het CWZ

De variabele woonafstand is significant bij één én twee keuzecombinaties. Voor de meest dichtbij wonende patiënten geldt dat voor hen de kans groter is dat zij kiezen voor het wisselen van ziekenhuis in plaats van dat zij kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis. Daarnaast blijkt dat voor patiënten die tot 45 minuten reizen van het CWZ wonen, de kans groter is dat zij kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg dan dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis, zorgverzekering of polis. Deze uitkomsten gelden alleen voor de situatie met ‘geen spoed en een hoog bij te betalen bedrag’. Hypothese 7: *Hoe minder minuten reistijd patiënten van het CWZ wonen, des te sneller kiezen zij bij niet-gecontracteerde zorg voor het wisselen van ziekenhuis in plaats van dat ze kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg, wordt verworpen.*

Hoofdstuk 5: Conclusie

In dit onderzoek wordt middels een keuze-experiment het keuzegedrag onderzocht van CWZ-patiënten die te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg. Het doel van dit onderzoek is om het CWZ inzicht te geven in het keuzegedrag dat CWZ-patiënten denken te gaan vertonen als ze te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg. Met deze kennis wordt getracht om het ziekenhuis bruikbare kennis te bieden die een bijdrage kan leveren aan de besluitvorming en beleidsvorming omtrent selectief contracteren. Om het doel van dit onderzoek te bereiken, is de volgende hoofdvraag gesteld: *“Hoe verwachten patiënten van het CWZ zich te gaan gedragen als ze te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg en welke verklaringen kunnen hiervoor worden gegeven?”*. Deze vraagstelling wordt in dit hoofdstuk beantwoord aan de hand van de vier deelvragen, welke achtereenvolgens worden besproken.

Deelvraag 1: Welke patiëntgedragingen worden in de literatuur beschreven met betrekking tot situaties waar sprake is van niet-gecontracteerde zorg?

Exit gedrag, voice gedrag, loyaal gedrag en passief gedrag zijn de gedragingen die patiënten kunnen vertonen in het geval van niet-gecontracteerde zorg. Met exit gedrag wordt bedoeld het vertrekken van patiënten als klant uit een ziekenhuis. Voice gedrag is het klagen of protesteren door patiënten (Hirschman, 1970; Rodwin, 1999). Loyaal gedrag houdt het wisselen van zorgverzekering of polis in of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Als patiënten zich loyaal gedragen bij niet-gecontracteerde zorg, zijn ze trouw aan het betreffende ziekenhuis (Hirschman, 1970). Passief gedrag betekent dat patiënten bij niet-gecontracteerde zorg er voor kiezen om geen zorg meer aan te gaan of de zorg zelfs te beëindigen. Vanwege de omvang van het onderzoek zijn slechts twee gedragingen onderzocht, namelijk exit gedrag en loyaal gedrag. Bij de bespreking van de volgende deelvraag wordt duidelijk waarom voor specifiek deze gedragingen is gekozen.

Deelvraag 2: Met welke wetenschappelijke theorie of theorieën zijn de patiëntgedragingen te beschrijven?

Met de komst van de ZVW in 2006 werd de rol van patiënten belangrijk voor de concurrentie in de zorg. De economische assumptie die centraal staat bij de ZVW luidt: “patiënten gedragen zich conform een marktwerkingsmechanisme”. Hiermee wordt bedoeld dat de rol van de kiezende zorgconsument bijdraagt aan een effectieve prijs-kwaliteitconcurrentie en doelmatigheid van de zorg. Volgens Hirschman (1970) en Rodwin (1999) gedragen patiënten

zich bij exit gedrag en voice gedrag volgens deze assumptie. Bij beide gedragingen wordt er namelijk een impuls gegeven voor een effectieve prijs en kwaliteitsconcurrentie en doelmatigheid van de zorg. Diverse onderzoekers zoals Hall et al. (2001), Van Beest et al. (2012) en Victoor & Rademakers (2015) hebben echter kritiek op deze redenatie. Volgens hen gedragen patiënten zich eerder irrationeel en op basis van emotie in plaats van dat ze zich als consument en conform een marktwerkingsmechanisme gedragen. Loyaal en passief gedrag zijn de gedragingen die deze omgekeerde assumptie representeren. Middels deze gedragingen stellen patiënten zich eerder trouw op als patiënt van het ziekenhuis. In dit onderzoek zijn exit gedrag en loyaal gedrag opgenomen in een keuze-experiment. Niet alleen wordt aandacht besteed aan de resultaten van dit experiment, maar ook wordt gezien of de resultaten van dit onderzoek al dan niet overeenkomen met de assumptie van de ZVW. In navolgende deelvraag worden de resultaten besproken en in de daaropvolgende deelvraag wordt de assumptie geëvalueerd.

Deelvraag 3: Wat denken de patiënten te gaan doen als ze te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg?

Wanneer patiënten te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg, kiezen zij voornamelijk voor het wisselen van ziekenhuis. In het algemeen blijkt, dat als de zorgkosten en de urgentie van zorg toeneemt, de patiënten meer geneigd zijn om te wisselen van ziekenhuis. Daarnaast blijkt, dat hoe tevreden of gehecht ze ook zijn, de bij te betalen zorgkosten voor de patiënten de grootste reden is om voor exit gedrag te kiezen.

In de situatie waar het bij te betalen bedrag laag is, blijken patiënten met een modaal inkomen meer kans te hebben om te kiezen voor het wisselen van ziekenhuis in plaats van dat ze voor het bijbetalen kiezen. Bij een hoog bij te betalen bedrag en geen urgente zorg is voor vrouwen, patiënten met een hoog opleidingsniveau en patiënten die vanaf 45 minuten reizen van het CWZ wonen, de kans groter dat zij kiezen voor het wisselen van ziekenhuis in plaats van dat zij voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg kiezen. Voor patiënten die op minder dan vijftien minuten reizen van het CWZ wonen, is de kans groter dat zij voor het wisselen van ziekenhuis kiezen in plaats van dat ze voor wisselen van zorgverzekering of polis kiezen. Dit is te verklaren doordat er in Nijmegen twee ziekenhuizen zijn, waarvan het alternatieve ziekenhuis op 5 minuten reizen van het CWZ is. Wanneer sprake is van semi-spoedzorg en een hoog bij te betalen bedrag, hebben vrouwen, patiënten met lage en gemiddelde inkomens en patiënten met een redelijke mate van regie, meer kans om te kiezen voor het wisselen van ziekenhuis dan dat

zij kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Tot slot is voor alle situaties de volgende hypothese aangenomen: *Hoe hoger de urgentie van de benodigde zorg voor patiënten is, des te sneller kiezen zij bij niet-gecontracteerde zorg voor het wisselen van ziekenhuis in plaats van dat ze kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis of het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg.*

De optie om te wisselen van zorgverzekering of polis wordt niet vaak gekozen. Van de patiënten die voor deze optie kozen, zijn het de patiënten met een modaal inkomen die bij een laag bij te betalen bedrag meer kans hebben om te kiezen voor het wisselen van verzekering of polis dan dat ze kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Bij een hoog bij te betalen bedrag en geen urgente zorg hebben vrouwen, jonge patiënten, patiënten met een hoog opleidingsniveau en patiënten die vanaf 45 minuten reizen van het CWZ wonen meer kans op het kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis dan dat ze voor het bijbetalen kiezen. Bij semi-spoedzorg is, in vergelijking met andere situaties, het minst vaak gekozen voor het wisselen van zorgverzekering of polis. De patiënten die toch voor deze optie kozen, zijn patiënten met lage en gemiddelde inkomens. Voor hen is de kans groter dat ze kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis in plaats van dat ze kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Patiënten met een laag inkomen hebben bij semi-spoedzorg meer kans om te kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis dan dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis en het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg.

De patiënten hebben het minst vaak gekozen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. De patiënten die hiervoor kozen, deden dit het vaakst indien het bij te betalen bedrag laag was. Bij een laag bij te betalen bedrag is voor patiënten met een laag opleidingsniveau de kans groter dat ze voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg kiezen in plaats van het wisselen van ziekenhuis. Bij een hoog bij te betalen bedrag en geen urgente zorg hebben ouderen en patiënten met de laagste mate van regie (klassieke patiënt) de meeste kans om te kiezen voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg in plaats van dat ze voor de andere opties kiezen. Mannen, patiënten met een laag of gemiddeld opleidingsniveau, patiënten met een laag of gemiddeld opleidingsniveau en patiënten die tot 45 minuten reizen van het CWZ wonen, hebben bij dezelfde omstandigheden de meeste kans om te kiezen voor het bijbetalen in plaats van dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis, zorgverzekering of polis. De patiënten zijn bij hoge bij te betalen bedragen het meest bereid om bij te betalen als er sprake is van enige urgentie van zorg. Mannen hebben dan een grotere kans om te kiezen voor het

bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg in plaats van het kiezen voor het wisselen van ziekenhuis. Daarnaast blijkt dat wanneer patiënten een hoog inkomen hebben, ze meer kans hebben om te kiezen voor het bijbetalen in plaats van dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis, zorgverzekering of polis. Tot slot, voor de situaties ‘geen spoed en een laag bij te betalen bedrag’ en ‘semi-spoed en een hoog bij te betalen bedrag’ is de volgende hypothese aangenomen: *Hoe hoger het huishoudelijk inkomen van patiënten, des te sneller kiezen zij bij niet-gecontracteerde zorg voor het bijbetalen in plaats van dat ze kiezen voor het wisselen van ziekenhuis of het wisselen van zorgverzekering of polis.*

Deelvraag 4: Welke verklaringen kunnen worden gegeven voor hetgeen dat CWZ-patiënten zeggen te gaan doen als ze te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg?

De resultaten wijzen er op dat de meeste patiënten een sterke voorkeur hebben voor exit gedrag. Dit betekent dat zij zich conform een rationeel marktwerkingsmechanisme denken te gaan gedragen als ze te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg. Deze uitkomst verwijst naar theorieën van Hirschman (1970) en Rodwin (1999). Dat uitgerekend de respondenten van dit onderzoek een voorkeur hebben voor exit gedrag, is opvallend. Het zou namelijk niet vreemd zijn als zij er voor kiezen om trouw te blijven aan het CWZ. Zij zetten zich immers vrijwillig in voor het CWZ door hun deelname aan het CWZ-panel. Daarnaast blijkt dat deze patiënten over het algemeen tevreden of zelfs zeer tevreden zijn over het CWZ. Ze voelen zich als het ware gehecht aan het CWZ. Volgens Victoor en Rademakers (2015) zijn deze factoren kenmerkend voor loyaal gedrag. Niettemin wegen in dit onderzoek klaarblijkelijk bij de meeste patiënten de kosten en de urgentie van zorg zwaarder in het keuzegedrag van de patiënten dan tevredenheid of gehechtheid. Boonen (2009) trekt een soortgelijke conclusie. Zij stelt dat financiële prikkels van belang zijn voor het keuzegedrag van patiënten.

Omdat de meeste patiënten zich conform een rationeel marktwerkingsmechanisme denken te gaan gedragen, blijft een kleiner deel van de patiënten over dat voor loyaal gedrag kiest. De patiënten die voor loyaal gedrag kiezen denken zich bij niet-gecontracteerde zorg als irrationele zorgconsument te gaan gedragen. Dit is wat Hall et al. (2001), Van Beest et al. (2012) en Victoor & Rademakers (2015) voorstellen. Bij de eerste vorm van loyaal gedrag - het wisselen van zorgverzekering of polis - is het opvallend dat zelfs de patiënten die daadwerkelijk dit jaar gewisseld zijn van zorgverzekering of polis, niet een voorkeur hebben voor deze optie. Het is immers te verwachten dat deze patiënten hier sneller voor kiezen omdat ze deze optie reeds hebben doorlopen. Aan de andere kant blijkt dat het wisselen van zorgverzekering of polis in

het algemeen niet populair is. Jaarlijks wisselt minder dan 10% van de Nederlanders van zorgverzekering of polis (Reitsma-van Rooijen & Brabers, 2013; Zorgwijzer, 2015b). Ook een eerder verrichte analyse bij CWZ-patiënten wijst hier op. Slechts zeven op de twintig patiënten van het CWZ met een niet-gecontracteerde zorgverzekeringspolis is, na waarschuwing voor de gevolgen van de polis, gewisseld van zorgverzekering of polis. Dat de patiënten amper kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis is op verschillende manieren te verklaren. Zo kan de angst om geaccepteerd te worden bij de andere verzekeraar een rol spelen (Van Beest et al., 2012). Overigens kan het ook worden verklaard door een gebrek aan kennis, het moeite hebben met het omgaan met zorginformatie, een gebrek aan motivatie of zelfvertrouwen, door ouderdom, een lage opleiding of het hebben van een chronische ziekte (Rademakers, 2013; Lako & Rosenau, 2009). Om de kennis van de patiënten te toetsen, is een willekeurige vraag opgenomen in de enquête. Uit de antwoorden blijkt dat veel patiënten niet weten wat een budgetpolis is, laat staan dat ze weten of ze er een hebben. Uit de reacties van de patiënten was tevens op te maken dat ze bang waren om niet geaccepteerd te worden bij de nieuwe verzekeraar.

Voor de tweede vorm van loyaal gedrag - het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg - kiezen voornamelijk mannelijke patiënten, patiënten met hoge inkomens, patiënten met een laag opleidingsniveau, patiënten met een hoge leeftijd en patiënten met weinig regie over de eigen zorg (klassieke patiënt). Het is niet verwonderlijk dat deze groepen een voorkeur hebben voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg. Voor het geslacht geldt namelijk dat mannen nog altijd een groter inkomen hebben dan vrouwen (CBS, 2014a) waardoor ze mogelijk hogere zorguitgaven kunnen doen. Bovendien wegen bij mannen de korte termijn en het gemak zwaar voor de financiële keuzes die ze maken (Nibud, 2012). Patiënten met hoge inkomens zijn meer vermogend en kunnen zich daardoor beter hogere zorguitgaven permitteren (Rademakers, 2013; Wingen et al., 2010). Voor de patiënten met een laag opleidingsniveau, patiënten met een hoge leeftijd en patiënten met weinig regie (klassieke patiënt), gelden dezelfde verklaringen. Dat deze groepen voornamelijk voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde kiezen, kan ten eerste verklaard worden doordat ze over het algemeen het minst in staat zijn om hun zorg goed te regisseren (Rademakers, 2013; Victoor et al., 2014). Ten tweede blijkt dat deze groepen een verhoogd risico lopen op het maken van irrationele zorgkeuzes (Van Beest et al., 2012; Rademakers, 2013; Victoor et al., 2014). Het bijbetalen kan voor deze groepen aanvoelen als de meest eenvoudige keuze en de minst omslachtige keuze omdat er een status quo blijft bestaan



voor het ziekenhuis en de zorgverzekering. Specifiek patiënten met een hoge leeftijd zijn vaker ziek en daardoor ervaren zij meer belemmeringen om te wisselen van ziekenhuis, zorgverzekering of polis. Daarnaast moet ook rekening gehouden met het gegeven dat zieke patiënten vaak al een zorg- of behandelingstraject hebben lopen waardoor het moeizamer is om te wisselen van ziekenhuis, zorgverzekering of polis (Van Beest et al., 2012).

Hoofdstuk 6: Discussie en aanbevelingen

In dit laatste hoofdstuk worden opvallende onderwerpen die gedurende het onderzoek naar voren zijn gekomen bediscussieerd. De discussie komt in § 6.1 aan bod. Daarnaast worden in dit hoofdstuk diverse aanbevelingen beschreven. Onderdeel van de doelstelling van dit onderzoek is om het CWZ te voorzien van bruikbare kennis. Om dit te bewerkstelligen, worden in § 6.2 een aantal aanbevelingen beschreven die van toegevoegde waarde kunnen zijn voor de besluitvorming en beleidsvorming omtrent selectief contracteren. Tot slot worden in § 6.3 verschillende aanbevelingen beschreven die van belang zijn voor nader onderzoek.

§ 6.1 Discussie

In navolgende tekst worden vier onderwerpen besproken. Allereerst volgt een discussie over de assumptie van de ZVW voor dit onderzoek. Daarna wordt gediscussieerd over de bruikbaarheid van dit experimenteel onderzoek, gevolgd door een discussie over de validiteit en betrouwbaarheid van de enquête. Tot slot wordt gediscussieerd over de verklaringskracht van de modellen.

Assumptie van de ZVW

De ZVW, met zijn economische theorie als grondslag, gaat uit van de assumptie dat patiënten zich als rationele en actieve consumenten opstellen. Ook bij selectief contracteren. Uit dit onderzoek blijkt dat de meeste patiënten bij niet-gecontracteerde zorg kiezen voor exit gedrag. In zekere zin gedragen patiënten zich volgens de assumptie van de ZVW. Dit is tevens datgene waar Hirschman (1970) en Rodwin (1999) voor staan. Uit dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat deze assumptie bij selectief contracteren niet volledig op gaat: het ligt namelijk wat genuanceerder. Er zijn namelijk ook patiënten die kiezen voor loyaal gedrag waardoor ze zich als irrationele zorgconsument denken te gaan gedragen. Een minderheid kiest voor het wisselen van zorgverzekering of polis en een nog kleinere groep kiest voor het bijbetalen. De auteurs die kritiek hadden op de assumptie van de ZVW zoals Victoor & Rademakers (2015), Hall et al. (2001) en Van Beest et al. (2012), hebben dus in zekere zin ook gelijk. Het blijkt dat patiënten zich uiteenlopend kunnen gaan gedragen. Er wordt geconcludeerd dat patiënten bij niet-gecontracteerde zorg zich voornamelijk als rationele zorgconsument opstellen maar dat er ook patiënten zijn die zich als irrationele zorgconsument denken te gaan gedragen.

Het lijkt een zorgelijke tendens dat patiënten met een laag opleidingsniveau, patiënten met een hoge leeftijd en patiënten met weinig regie over de eigen zorg (klassieke patiënt) voor het bijbetalen van de niet-gecontracteerde zorg kiezen. Vooral voor hen geldt dat zij dit (hoogstwaarschijnlijk) niet kunnen permitteren. Patiënten met een laag opleidingsniveau hebben namelijk vaak een laag inkomen (Rademakers, 2013). Ouderen zijn ten opzichte van jonge patiënten vaker ziek waardoor ze meer zorg nodig hebben (Van Beest et al., 2012). Hierdoor lopen ze het risico om hoge zorgkosten bij te betalen als ze met een niet-gecontracteerde polis een zorgovereenkomst aangaan. Tot slot blijkt dat patiënten met weinig regie over de eigen zorg vaker irrationele keuzes maken dan patiënten met meer regie (Van Beest et al., 2012). Het blijkt ook dat patiënten met weinig regie vaak een lage opleiding hebben en een laag huishoudelijk inkomen (Rademakers, 2013). Zodoende bestaat het risico dat deze groep patiënten in financiële problemen geraakt door niet-gecontracteerde zorg.

Het ontwikkelen van financiële problemen, door niet-gecontracteerde zorg, is niet alleen een risico bij bovengenoemde patiëntengroepen. Het blijkt dat 48% van de Nederlanders helemaal niet in staat is om een actieve houding aan te nemen ten aanzien van ziekte en zorg, laat staan het organiseren van de zorgverzekering of polis. Daarnaast blijkt dat drie op de tien Nederlanders moeite heeft met het vinden, het begrijpen en het toepassen van zorginformatie (Rademakers, 2013). In het televisieprogramma ‘Radar’ werd in de aflevering van 16 november 2015 gewaarschuwd voor de gevolgen van niet-gecontracteerde zorg. Er werden verschillende praktijkvoorbeelden beschreven waarbij een aantal patiënten hoge zorgrekeningen moesten bijbetalen. De presentatrice wees op dezelfde door Rademakers (2013) aangehaalde oorzaken, namelijk kennistekort en belemmering in de organisatie van de zorgverzekeringszaken door ziekte (Radar, 2015). Het CWZ ziet dezelfde problematiek bij haar patiënten. Het afgelopen jaar zijn onwetende patiënten niet-gecontracteerde zorg aangegaan waardoor ze vervolgens in financiële problemen zijn geraakt.

Als het om niet-gecontracteerde zorg gaat, gedragen niet alle patiënten zich zo als de assumptie van de ZVW voorspelt. Patiënten blijken regelmatig niet in staat om hun zorgverzekering goed te organiseren en raken hierdoor in financiële problemen. Dit is een onwenselijk gevolg, zowel voor de patiënt als voor de zorgaanbieder. In het programma Radar wordt dan ook aanbevolen dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen hun consumenten beter gaan informeren over de vergoedingen van de zorg (Radar, 2015). In § 6.2 wordt nader toegelicht hoe het CWZ haar patiënten beter kan gaan informeren.

Bruikbaarheid van experimenteel onderzoek

Dit onderzoek vond plaats in een experimentele setting. Deelnemende patiënten werden eerst volledig geïnformeerd over het keuze-experiment waarna ze gevraagd werden hun keuze te maken. Wegens de experimentele setting van dit onderzoek, kan worden getwijfeld aan de representativiteit van dit onderzoek voor de werkelijkheid. Plochg, Juttman, Klazinga & Mackenbach (2007) denken daar anders over. Volgens hen wordt experimenteel onderzoek vaak uitgevoerd in de gezondheidszorg, in plaats van empirisch onderzoek omdat in de gezondheidszorg sprake is van hoge risico's en hoge kosten. Ze stellen dan ook dat experimenteel onderzoek kan toetsen wat niet in de praktijk getoetst kan worden, door bijvoorbeeld het voordoen van ethische of praktische belemmeringen (Plochg et al., 2007). Bovengenoemde argumenten wijzen er op dat de experimentele setting van dit onderzoek juist een 'levensechter' beeld van de werkelijkheid kan geven dan wanneer het onderzoek zonder experimentele setting zou zijn uitgevoerd.

Validiteit en betrouwbaarheid van enquête

Deelnemende patiënten hebben voor dit onderzoek exact dezelfde enquête voorgelegd gekregen. Ook de volgorde van de situaties was ook voor iedere patiënt hetzelfde. Ze kregen eerst de situatie met een laag bedrag voorgelegd, gevolgd door de situatie met een hoog bedrag en tot slot de situatie met semi-spoed en een hoog bedrag. Doordat een variatie in de situaties ontbrak, is er niet gecorrigeerd op eventuele vertekeningen van de antwoorden. Omdat dit niet is gedaan, wordt dit als een beperking van het onderzoek beschouwd.

In de enquête is rekening gehouden met het feit dat patiënten niet op ieder willekeurig moment van het jaar kunnen wisselen van zorgverzekering of polis. De situaties speelden zich daarom altijd af in een tijdsperiode dat wisselen wél mogelijk was, namelijk rond de jaarwisseling. In de werkelijkheid kunnen patiënten het hele jaar door te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg maar ze kunnen niet altijd wisselen van zorgverzekering of polis. Dit betekent niet dat de resultaten van dit onderzoek niet representatief zijn voor de werkelijkheid. Het houdt echter wel in dat de resultaten van dit onderzoek representatief zijn voor alléén die perioden in het jaar dat echt gewisseld kan worden van zorgverzekering of polis.

Voor de situaties in de enquête zijn drie realistische ziektebeelden gekozen. De prijzen van die ziektebeelden zijn bepaald op basis van bestaande ziekenhuisprijslijsten. De bij te betalen

kosten in de enquête zijn vastgesteld op € 63, € 1.165 en € 1.360. Er wordt opgemerkt dat deze bedragen relatief laag zijn of relatief hoog zijn. De verdeling van prijzen in de enquête had ook anders gekund. Er konden namelijk ook ziektebeelden gekozen worden waarvan de prijzen laag, gemiddeld en hoog zijn. Met die verdeling kon de bereidheid voor het bijbetalen van de patiënten nauwkeuriger worden vastgesteld. Bovendien zou een andere samenstelling van bedragen in de enquête kunnen leiden tot ander keuzegedrag. In dit onderzoek is er voor gekozen om de kosten niet als variabele mee te nemen in de analyse. Daarentegen is de urgentie van de zorg wel onderzocht. Hiervoor waren de twee hoogste bedragen in de enquête van groot belang. Als de bedragen namelijk qua prijs meer verschillenden van elkaar, dan was het moeilijker om de situaties met geen spoed te vergelijken met de situatie met semi-spoed.

Verklaringsklacht van de modellen

Als gevolg van de multinomiale logistische regressie analyse, is de ‘Nagelkerke pseudo R²’ verklaringskracht van de modellen 15, 25 en 26 procent. Verscheidene onderzoeken waarbij gebruik is gemaakt van een multinomiale logistische regressie analyse, tonen veel lagere uitkomsten. Zo is de verklaringskracht in het onderzoek van Loper & Warren (2007) 12 procent en in het onderzoek van Skiba et al. (2011) 0.8 procent. In het onderzoek van Diamond, Saks en Landsman (1998) is de verklaringskracht het model 7.2 procent. Er is geen enkel onderzoek gevonden waarbij net als in dit onderzoek een multinomiale logistische regressie analyse is verricht waarbij ook sprake is van een keuze-experiment bij ziekenhuispatiënten. Ofschoon het ontbreekt aan vergelijkend onderzoek, wordt gesteld dat de verklaringskracht van de modellen in dit onderzoek, vrij hoog is.

§ 6.2 Aanbevelingen voor het CWZ

Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten bij niet-gecontracteerde zorg liever vertrekken uit het CWZ dan dat ze loyaal zijn aan het ziekenhuis. Hoe tevreden of gehecht patiënten ook zijn, de bij te betalen zorgkosten zijn voor hen de grootste reden om voor exit gedrag te kiezen. Bij selectief contracteren loopt het ziekenhuis risico om patiënten te verliezen. De concurrentie tussen ziekenhuizen wordt daarmee verhoogd omdat patiënten zich gedragen conform een marktwerkingsmechanisme. Voor ziekenhuizen als het CWZ is dit een onwenselijk gevolg van selectief contracteren. Om dit tegen te gaan, wordt het ziekenhuis aanbevolen om in zetten op het behouden van haar patiënten. Dit kan worden bewerkstelligd door de patiënten te stimuleren

om een zorgverzekering of polis te kiezen dat voor dat jaar is gecontracteerd bij het CWZ. Hierdoor kunnen de patiënten klant blijven bij het CWZ en lopen zij en het ziekenhuis niet het risico om in financiële problemen te geraken.

Inzetten op het behouden van patiënten bij selectief contracteren, is mogelijk op verschillende manieren. Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) bijvoorbeeld, is het eerste ziekenhuis in Nederland dat haar patiënten in een aparte website informeert over zorgverzekeringen. Op de website genaamd ‘verzekerdvanzorgbijzgt.nl’, staat alle zorgverzekeringsinformatie die betrekking heeft op ziekenhuiszorg. Tevens wordt duidelijk vermeld voor welke zorgverzekeringspolissen het ZGT een contract heeft gesloten, en voor welke niet (Ziekenhuisgroep Twente, 2015). Het expliciet adviseren over bepaalde zorgverzekeraars of polissen mag volgens de Mededingingswet niet (Langelaar, 2008). Aan de naam van de website en de manier waarop de informatie wordt gepresenteerd, is echter af te leiden dat het ZGT wel enigszins haar patiënten stuurt in het kiezen van een zorgverzekering of polis dat wel bij hen onder contract staat. Het ZGT overtreedt daarmee niet de wet.

Het afgelopen jaar heeft het CWZ door middel van het sturen van brieven en het plaatsen van een bericht op haar website, gewaarschuwd voor de gevolgen van niet-gecontracteerde zorg. Slechts zeven op de twintig patiënten is vervolgens gewisseld van zorgverzekering of polis. De andere patiënten verdwenen uit beeld van het ziekenhuis of betaalden bij voor de zorg. Het waarschuwen van patiënten voor niet-gecontracteerde zorg is een groot goed, maar er kan beter worden gestuurd op het behouden van de patiënten. Het CWZ zou er voor kunnen kiezen om een soortgelijke website te lanceren als het ZGT. Als dit niet gewenst is, dan zou de informatievoorziening naar patiënten uitgebreid en verbeterd kunnen worden. Zo kunnen er folders worden ontwikkeld en daarnaast kunnen tekstberichten worden geplaatst op de televisieschermen in de wachtkamers. De waarschuwingsbrief en het bericht op de website kunnen ook worden verbeterd. Het is gezien het voorbeeld van ZGT mogelijk om alle berichtgeving over selectief contracteren zo te presenteren en te formuleren dat de kans groter wordt dat patiënten kiezen voor het wisselen van zorgverzekering of polis.

Er zijn twee zaken van essentieel belang voor het informeren van patiënten over selectief contracteren. Ten eerste dient de timing van het geven van informatie op het juiste moment te zijn. De patiënten dienen vooral te worden geïnformeerd op het moment dat het wisselen van zorgverzekering of polis ook mogelijk is, namelijk rond de jaarwisseling. Als de timing van

informerende niet correspondeert met de mogelijkheid dat patiënten kunnen wisselen van zorgverzekering of polis, dan is het risico groter dat patiënten kiezen voor exit gedrag. Ten tweede dient de informatie ook begrijpelijk en toegankelijk te zijn voor patiënten met een laag opleidingsniveau, een hoge leeftijd en met weinig regie over de eigen zorg (klassieke patiënt). Vooral deze patiëntengroepen lezen namelijk weinig zorginformatie en daarnaast zijn ze meer geneigd om te kiezen voor het bijbetalen van de zorg. Dat is een zorgelijke tendens; ze kunnen dit (hoogstwaarschijnlijk) nauwelijks permitteren (Rademakers, 2013; Van Beest et al., 2012). De informatie dient ook voor deze groepen begrijpelijk en toegankelijk te zijn. Daarnaast is het gewenst dat ook zij worden aangespoord om een zorgverzekering of polis te kiezen dat is gecontracteerd bij het CWZ. Het plaatsen van informatiefilmpjes op een website biedt mogelijk uitkomst.

§ 6.3 Aanbevelingen voor nader onderzoek

Er zijn een aantal belangrijke aanbevelingen voor nader onderzoek. Allereerst is het raadzaam om dit onderzoek te herhalen in een regio met slechts één ziekenhuis. De stad Nijmegen heeft twee ziekenhuizen en daarnaast zijn er in de regio nog verscheidene ziekenhuizen en klinieken (Ziekenhuis, 2015). Een vergelijkbaar onderzoek in een regio met veel minder ziekenhuizen, resulteert wellicht in minder exit gedrag. Daarnaast is het raadzaam om bij eenzelfde onderzoek ‘gewone’ patiënten te bevragen in plaats van panelleden. Ondanks dat de panelleden in dit onderzoek representatief zijn aan de ‘gewone’ patiënten, zou een andere steekproef tot andere resultaten kunnen leiden. Mogelijk hebben deze patiënten een andere visie op selectief contracteren. Een andere tip voor nader onderzoek is om in de situatieschetsen in de enquête géén rekening te houden met de tijd van het jaar. Gezien de resultaten van dit onderzoek, wordt verwacht dat dan nog minder vaak wordt gekozen voor het wisselen van zorgverzekering of polis. Overigens is het voor nader onderzoek aan te bevelen om de steekproef uit te breiden en daarnaast de variabelen ‘reeds in behandeling bij het ziekenhuis’, ‘chronisch ziek’ en ‘zorgkosten’ toe te voegen aan de reeks onafhankelijke variabelen. Tot slot is voor nader onderzoek raadzaam om in de enquête de situaties te laten variëren. Eventuele vertekening van de antwoorden worden dan gecorrigeerd.

Literatuurlijst

Annas, G.J. (1997). Patients' Rights in Managed Care. Exit, Voice, and Choice. *The New England Journal of Medicine*, 337, 210-215.

Arrow, K. J. (2001). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care (American Economic Review, 1963). *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26 (5), 851-883.

Baarda D.B. & De Goede, M.P.M (2006). *Handboek Methoden en Technieken*. Houten: Wolters-Noordhoff.

Badir, M. (2014). *Grootschalige hervormingen zorgstelsel 2015*. Geraadpleegd op 08-07-2015, van

<https://economie.rabobank.com/publicaties/2014/september/grootschalige%2Dhervormingen%2Dzorgstelsel%2Din%2D2015/> .

Beest, van, F., Lako, , C. & Sent, E.M. (2012). Health insurance and switching behavior: Evidence from the Netherlands. *Health*, 4 (1), 811-820.

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

Bes, R.E., Wendel, S., Curfs, E.C., Jong, de, J. (2012b). *Het Verzekerdenpanel. Basisrapport met informatie over het panel*. Utrecht: NIVEL.

Blokland, D. (2008). Een afwegingskader voor marktwerking in semi-publieke sectoren. *TPEdigitaal*, 2 (1), 47-61.

Booltink, L., Genugten, van, M. & Lako, C. (2015). Vulnerable Consumers in the Deregulated Dutch Health System. *Health*, 7, 1061-1068.

Boonen, L.H.H.M. (2009). *Consumer channeling in health care: (im)possible?* Geraadpleegd op 13-11-2013, van http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qjMi6_5u2-wJ:repub.eur.nl/pub/17242/091117_Boonen,%2520Lieke%2520Henriette%2520Hubertine%2520Marie.pdf+&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl .

Brabers, A.E.M., Dijk, van, M., Reitsma- van Rooijen M. & Jong, de, J.D. (2014). *Consumentenpanel Gezondheidszorg. Basisrapport met informatie over het panel*. Utrecht: NIVEL.

Burns, L.R., & Wholey, D.R. (1992). The impact of physician characteristics in conditional choice models for hospital care. *J Health Econ*, 11, 43-62.

CBS (2011). *Steeds meer tweeverdieners*. Geraadpleegd op 09-08-2015, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/inkomen-bestedingen/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3291-wm.htm> .

CBS (2014a). *Hoe verdelen vrouw en man werk, zorg en invloed?* Geraadpleegd op 13-11-2014, van <http://download.cbs.nl/verhouding-man-vrouw.html#startscherm> .

CBS (2014b). *Welvaart in Nederland 2014*. Geraadpleegd op 31-07-2015, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/inkomen-bestedingen/publicaties/publicaties/archief/2014/2014-welvaart-in-nederland-pub.htm> .

CBS (2015). *Begrippen*. Geraadpleegd op 10-08-2015, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/default.htm?ConceptID=2709> .

Consumentenbond (2015). *Bijbetalen in de zorg*. Geraadpleegd op 02-06-2015, van <http://www.consumentenbond.nl/zorgverzekering/zorgverzekering2015/zorgkosten-overzicht/bijbetalen-in-de-zorg/> .

CWZ (2015a). *CWZ-panel*. Geraadpleegd op 05-06-2015, van <https://www.cwz.nl/patient/cwz-panel.html> .

CWZ (2015b). *Klachten*. Geraadpleegd op 17-07-2015, van <https://www.cwz.nl/over-cwz/contact/klantenservice/contactformulieren/klacht/> .

CWZ (2015c). *Let op met een budget of selectief polis bij verwijzing naar CWZ*. Geraadpleegd op 19-05-2015, van <https://www.cwz.nl/over-het-cwz/nieuws/bericht/article/let-op-met-een-budget-of-selectief-polis-bij-verwijzing-naar-cwz.html> .

CWZ (2015d). *Zorg voor de patiënt*. Geraadpleegd op 17-07-2015, van <https://www.cwz.nl/over-cwz/dit-is-cwz/organisatiestructuur/zorg-voor-de-patient/> .

Diamond, S.S., Saks, M.J. & Landsman, S. (1998). Juror judgments about liability and damages: sources of variability and ways to increase consistency. *DePaul Law Review*, 48 (2), 301-326.

Duijmelinck, D.M.I.D., Mosca, I., Ven, van de, W.P.M.M., & Laske-Aldershof, T. (2014). Welke zorgverzekeraar? Overstapbaten en overstapkosten ontrafeld. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 92 (5), 193-202.

Enthoven, A.C. (1978). Consumer-Choice Health Plan; a national-health-insurance proposal based on regulated competition in the private sector. *New England Journal of Medicine*, 298 (13), 709-720.

Enthoven, A.C. & Singer, S.J. (2013). Markets And Collective Action In Regulation Managed Care. *Health affairs*, 16 (6), 26-32.

Hall, M.A., Dugan, E., Zheng, B. & Mishra, A.K. (2001). Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Quart*, 79, 613-639.

Hirschman, A.O. (1970). *Exit, Voice and Loyal. Responses to Decline in Firms, Organizations and States*. Cambridge: Harvard University Press.

Hosmer, D.W., Lemeshow, S. & Sturdivant, R.X. (2013). *Applied Logistic Regression*. Hoboken: Wiley

Jeroen Bosch Ziekenhuis (2014). *Kunst onderzoek*. Geraadpleegd op 29-9-2015, van <http://www.jeroenboschziekenhuis.nl/Publicaties/123947/Kunst-onderzoek> .

Johnson, F.R., Lancsar, E., Marshall, D., Kilambi, V., Mühlbacher, A., Regier, D. A. & Bridges, J. F. (2013). Constructing experimental designs for discrete-choice experiments: report of the ISPOR conjoint analysis experimental design good research practices task force. *Value in Health*, 16 (1), 3-13.

Kleef, van, R., Schut, E. & Ven, van de, W. (2014). *Evaluatie Zorgstelsel en Risicoverevening. Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd?* Geraadpleegd op 02-05-2015, van <http://repub.eur.nl/pub/77339/>.

Klopper-Kes, H., Vincent, A., Meerdink, N., Wilderom, C., Siesling, S., & Hartsen, van, W. (2011). Kwaliteit als een functie van de samenwerking tussen medisch specialisten en managers in Nederlandse ziekenhuizen. *Tijdschrift voor Management en Organisatie*, 65 (6), 76-93.

KPMG (2014). *Evaluatie Zorgverzekeringswet*. Geraadpleegd op 19-05-2015, van <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/rapporten/2014/09/01/evaluatie-zorgverzekeringswet/evaluatie-zorgverzekeringswet.pdf>.

Lako, C.J. & Rosenau, P. (2009). Demand-driven care and hospital choice. Dutch health policy toward demand-driven care: results from a survey into hospital choice. *Health Care Anal*, 17, 20-35.

Landelijke Huisartsenvereniging (2015). *LHV waarschuwt voor budgetpolis*. Geraadpleegd op 10-06-2015, van <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/lhv-waarschuwt-voor-budgetpolis>.

Langelaar, A. (2008). *Marktwerking in het nieuwe zorgstelsel. Premie en kwaliteit elasticiteiten in zorgverzekeringen*. Geraadpleegd op 03-05-2015, van <http://dare.uva.nl/document/120153>.

Loper, A.B. & Warren, J. (2007). The role of impulsivity in antisocial and violent behavior and personality disorders among incarcerated women. *Criminal Justice and Behavior*, 34 (11), 1499-1515.

Meersma, K. (2013). *Hinderpalen, mensenrechten en marktdynamiek*. Geraadpleegd op 26-05-2015, van <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Verdieping/2013/6/Hinderpalen-mensenrechten-en-marktdynamiek-1278258W/>.

Moonen, L. (2013). *Alleenstaande ouders weer iets vaker aangewezen op uitkering*. Geraadpleegd op 31-07-2015, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/inkomen-bestedingen/publicaties/artikelen/archief/2013/2013-inkomen-eenoudergezin-art.htm>.

Motivaction, de Praktijk & Berkhout, J. (2009). *Wat werkt bij wie? Een doelgroepbenadering bij innovaties in zorg en preventie*. Geraadpleegd op 31-07-2015, van www.motivaction.nl/downloads/Wat-werkt-bij-wie.pdf.

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2012). *Gezonde zorg. Brancherapport algemene ziekenhuizen*. Geraadpleegd op 25-05-2015, van <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/over-de-branch/brancherapport-2012/>.

Nibud (2012). *Mannen, vrouwen en geldzaken*. Geraadpleegd op 13-11-2015, van <http://www.nibud.nl/wp-content/uploads/Rapport-2012-Mannen-vrouwen-en-geldzaken.pdf>.

NZA (2014). *Nieuwsbrief 2 Modelovereenkomsten 2015*. Geraadpleegd op 26-05-2015, van <http://www.nza.nl/zoeken?zoekTerm=hinderpaal&f.documenttypes.filter=> .

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

Radar (2015, 16 november). *O.a. over eigen bijdrage in ziekenhuizen* (Videobestand). Geraadpleegd op 24-11-2015, van http://www.npo.nl/radar/16-11-2015/AT_2038994 .

Rademakers, J. (2013). *Kennisynthese*. De Nederlandse patiënt en zorggebruiker in beeld. Utrecht: Nivel.

Rakowship (2011). *Maslow's Hierarchy of Needs Model - the Difference of the Chinese and the Western Pyramid on the Example of Purchasing Luxurious Products*. München: Verlag Grin.

Reitsma-van Rooijen, M. & Brabers, A. (2013). *Verzekerden bezuinigen op hun zorgverzekering, het aantal overstappers neemt nog steeds toe*. Utrecht: NIVEL.

Rodwin, M.A. (1999). Exit and Voice in American Health Care. *University of Michigan Journal of Law Reform*, 32, 1041.

Schut, F.T. (1995). *Competition in the Dutch health care sector*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Schut, E. (2003). *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 07-06-2015, van http://www.bmg.eur.nl/fileadmin/ASSETS/bmg/Onderzoek/Oraties/Schut/schut_de_zorg_is_toch_geen_mark.pdf .

Segers, J. (2002) *Methoden voor de Maatschappij wetenschappen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Skiba, R.J., Horner, R.H., Chung, C., Rausch, M.K., May, S.L. & Tobin, T. (2011). Race Is Not Neutral: A National Investigation of African American and Latino Disproportionality in School Disciplin. *School Psychology Review*, 40 (1), 85-107.

't Hart, H., Boeije, H. & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Lemma.

Trouw (2015). *Schud de consument in de patiënt wakker*. Geraadpleegd op 30-07-2015, van <http://www.trouw.nl/tr/nl/4516/Gezondheid/article/detail/4106388/2015/07/23/Schud-de-consument-in-de-patient-wakker.dhtml> .

Vennix, J. A. M. (2006). *Theorie en praktijk van Empirisch onderzoek*. Edinburgh: Pearson/Custom Publishing.

Vereniging van Klachtenfunctionarissen in Instellingen voor Gezondheidszorg (2013). *Studiedag 'De ontevreden patiënt' op dinsdag 5 februari 2013*. Geraadpleegd op 28-05-2015, van <http://www.vkig.nl/de-vereniging/nieuwsarchief/479-studiedag-de-ontevreden-patient-op-dinsdag-5-februari-2013> .

Victoor, A. (2015). *Patiënt kiest voor de hand liggende zorgverlener*. Geraadpleegd op 27-05-2015, van <http://www.nivel.nl/nieuws/pati%C3%ABnt-kiest-voor-de-hand-liggende-zorgverlener> .

Victoor, A. & Rademakers, J. (2015). Waarom kiezen patiënten niet voor het ‘beste’ ziekenhuis? *Nederlandse tijdschrift geneeskunde*, 159, 1-8.

Victoor, A. Rademakers, J., Reitsma-van Rooijen, M., Jong, de, J., Delnoij, D. & Friele, R. (2014). The effect of the proximity of patients' nearest alternative hospital on their intention to search for information on hospital quality. *Journal of Health Services Research & Policy*, 19 (1), 4–11.

Vocht, de, A. (2013). *Basishandboek SPSS 20*. Utrecht: Bijleveld Press.

Wijnmalen, M. (2012). *Het keuzegedrag van verzekerden. De invloed van selectief contracteren op de keuze voor een zorgverzekeraar*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Wijnstra, P. & Kimpen, J.L.L. (2010). *De bedrijfseconomie van het ziekenhuis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Wilensky, H.L. (1964). The Professionalization of Everyone? *The American Journal of Sociology*, 70 (2), 137-158.

Willems, D. (2002). *Wegen in de zorg*. Assen: Van Gorcum.

Wilson, D. (2009). Exit, Voice and Quality in the English education sector. *Social Policy & Administration*, 43 (6), 571–584.

Wingen, M., Berger-Van Sijl, M., Kunst, A.E. & Otten, F. (2010). Inkomen en vermogen als indicatoren van gezondheidsverschillen. *Bevolkingstrends*, 58 (3), 43-49.

Wolters, P.J. & Lako C.J. (2012). Hoe kiezen patiënten een ziekenhuis? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 90 (1), 45-50.

ZCB Kennisbank (2010). *Marktwerking in de zorg leidt tot fabrieken voor verrichtingen*. Geraadpleegd op 27-05-2015, van <http://zbc.nu/management/ontwikkeling-zorginstelling/marktwerking-in-de-zorg-leidt-tot-fabrieken-voor-verrichtingen/> .

Ziekenhuis (2015). *Ziekenhuis in Nijmegen*. Geraadpleegd op 11-11-2015, van <http://www.ziekenhuis.nl/ziekenhuizen/gelderland/nijmegen/item4167> .

Ziekenhuisgroep Twente (2015). *Verzekerd van zorg bij het ZGT*. Geraadpleegd op 28-10-2015, van <http://www.verzekerdvanzorgbijzgt.nl/> .

Zorgwijzer (2014). *Achmea grote verliezer van zorgseizoen 2014*. Geraadpleegd op 28-05-2015, van <http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2014/achmea-grote-verliezer-van-zorgseizoen-2014> .

Zorgwijzer (2015a). *Ik wil overstappen, maar heb ik dan wel vrije artsenukeuze?* Geraadpleegd op 06-07-2015, van <http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/ik-wil-overstappen-maar-heb-ik-dan-wel-vrije-artsenukeuze> .

Zorgwijzer (2015b). *Minder overstappers van zorgverzekering in 2015*. Geraadpleegd op 28-05-2015, van <http://www.zorgwijzer.nl/zorgverzekering-2015/minder-overstappers-van-zorgverzekering-in-2015> .

Zorgverzekeringwijzer (2015). *Tot wanneer kan ik overstappen van zorgverzekeraar?* Geraadpleegd op 6-10-2015, van <https://www.zorgverzekeringwijzer.nl/veelgestelde-vragen/tot-wanneer-kan-ik-overstappen-van-zorgverzekeraar> .

Bijlage 1: Enquête

Vragenlijst onderzoek naar niet-gecontracteerde zorg bij CWZ-patiënten

Link: <https://q.mwm2.nl/K4aXt0KcsUeba6QJINTSFQ>

Welkom op de vragenlijst! Allereerst volgt hieronder een korte uitleg:

> Deze vragenlijst is onderdeel van een onderzoek dat het CWZ uitvoert in samenwerking met Sophie Koop, masterstudente Bestuurskunde aan de Radboud Universiteit in Nijmegen.

> Dit onderzoek gaat over het gedrag van patiënten waarvan de zorg niet volledig vergoed wordt. Het komt namelijk steeds vaker voor dat ziekenhuizen en zorgverzekeringen geen contract sluiten voor bepaalde verzekeringspolissen. Bij het ontbreken van een contract, vergoedt de verzekeraar gemiddeld genomen slechts tussen 70% en 80% van de ziekenhuiszorgkosten. De rest van de zorgkosten dienen patiënten zelf te betalen.

> Het onderzoek duurt 10 tot 15 minuten.

> Het onderzoek is anoniem.

> U kunt steeds zien hoever u bent in de beantwoording van de vragenlijst.

> Indien u een gegeven antwoord op een vraag wilt veranderen, kunt u altijd terug naar de pagina waar die vraag staat vermeld.

Algemene vragen

1. Hoe bent u in 2015 in Nederland verzekerd?

- Alleen een basiszorgverzekering.
- Een basiszorgverzekering en een aanvullende zorgverzekering.
- Niet (in Nederland) verzekerd.

2. Heeft u een budgetpolis?

- Ja.
- Nee.
- Weet ik niet.

3. Bent u met ingang van 2015 gewisseld van zorgverzekering of polis? (hiermee bedoelen wij ook een andere polis bij dezelfde zorgverzekeraar)

- Ja.
- Nee.

4. In hoeverre bent u als patiënt gehecht aan het CWZ?

- Zeer gehecht. Ik doe er alles aan om tijdens een behandeling patiënt te blijven bij het CWZ.
- Gehecht. Ik stel het CWZ op prijs en ik hoop er nog lang patiënt te kunnen blijven zo lang ik behandeling nodig heb.
- Neutraal. Noch gehecht, noch niet gehecht.
- Niet gehecht. Als het CWZ niet voldoet aan mijn wensen, dan vertrek ik naar een ander ziekenhuis.
- Helemaal niet gehecht. Het maakt mij echt niet uit waar ik word behandeld.

5. Op hoeveel minuten reizen woont u van het CWZ? Neem daarbij het vervoersmiddel in gedachten dat u het vaakst gebruikt, bijvoorbeeld openbaar vervoer, auto, fiets, brommer of lopend.

- Minder dan 15 minuten reistijd.
- 15 tot 30 minuten reistijd.
- 31 tot 45 minuten reistijd.
- Meer dan 45 minuten reistijd.

6. Hoe tevreden bent u over het CWZ als ziekenhuis in het algemeen?

- Zeer tevreden.
- Tevreden.
- Neutraal.
- Ontevreden.
- Zeer ontevreden.

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

- Uitstekend.
- Zeer goed.
- Goed.
- Matig.
- Slecht.

Voorbeeldsituaties

Hieronder volgen een aantal voorbeeldsituaties. Wij zijn benieuwd hoe u zou reageren in deze situaties. Lees deze situaties aandachtig door en probeer voor uzelf daarvan een realistische voorstelling te maken. Beantwoord daarna de vragen.

Situatie 1

Stel uzelf de volgende situatie voor:

Wegens een oogaandoening gaat u op 1 november naar de huisarts. U heeft deze aandoening al een tijdje maar u heeft er niet veel last van. Tijdens het bezoek aan uw huisarts wordt u naar de oogpolikliniek van het CWZ doorverwezen. Uw oog moet namelijk gecontroleerd worden. Het is niet dringend want het kan ook over twee maanden.

U belt diezelfde dag naar de polikliniek om een afspraak in te plannen met de oogarts. De receptioniste aan de lijn vertelt dat u op korte termijn terecht kunt, maar daarbij zegt ze dat uw polis het consult bij de oogarts slechts voor 75% vergoed. Als u het consult van € 252 aangaat dan dient u daarvan zelf 25%, dat wil zeggen € 63, bij te betalen.

8. U heeft in deze situatie drie opties:

- A. Wisselen van ziekenhuis want bij het andere ziekenhuis is de polis wel gecontracteerd waardoor het consult voor 100% wordt vergoed.
- B. Wisselen van zorgverzekering of polis die wel een contract heeft met het CWZ. Doordat het nu november is, moet het consult wachten tot 1 januari (ingang nieuwe zorgverzekeringspolis). Hierdoor kan het consult wel voor 100% worden vergoed.
- C. De € 63 bijbetalen en het consult aan gaan.

Naar welke optie gaat uw voorkeur?

- Optie A.
- Optie B.
- Optie C.

9. In hoeverre bent u in deze situatie geneigd om voor optie A, het **wisselen van ziekenhuis**, te kiezen?

- Zeer geneigd.
- Geneigd.
- Neutraal.
- Niet zozeer geneigd.
- Helemaal niet geneigd.

10. Tot welke afstand, gerekend in minuten, bent u in deze situatie bereid om **te reizen naar een ander ziekenhuis** waar uw zorg wel voor 100% vergoed wordt?

- Ik ben niet bereid om naar een ander ziekenhuis te reizen dan het CWZ.
- Tussen de 0 en de 15 minuten.
- Tussen de 16 en 30 minuten.
- Tussen de 31 en 45 minuten.
- Het maakt bij niet uit hoe lang ik moet reizen voor 100% verzekerde zorg.

11. In hoeverre bent u in deze situatie geneigd om voor optie B, het **wisselen van zorgverzekering of polis**, te kiezen?

- Zeer geneigd.
- Geneigd.
- Neutraal.
- Niet zozeer geneigd.
- Helemaal niet geneigd.

12. In hoeverre bent u in deze situatie geneigd om voor optie C te gaan, namelijk het **bedrag van € 63 bijbetalen?**

- Zeer geneigd.
- Geneigd.
- Neutraal.
- Niet zozeer geneigd.
- Helemaal niet geneigd.

13. U heeft aangegeven dat uw voorkeur naar keuze A, B, of C gaat. Zou u uw keuze hieronder kunnen motiveren?

14. In hoeverre zou u in deze situatie actief zijn in het uitzoeken en het vergelijken van zorginformatie, ziekenhuisinformatie of zorgverzekeringsinformatie?

- Ik lees niet of nauwelijks zorginformatie.
- Ik lees selectief zorginformatie die me wordt aangereikt en ik stel daar zo nodig vragen over.
- Ik lees (bijna) alle zorginformatie die me wordt aangereikt en ga zo nodig hierover in gesprek.
- Ik lees (bijna) alle informatie die me wordt aangereikt en daarnaast zoek ik zelf nog naar aanvullende zorginformatie.

Situatie 2

Stel uzelf de volgende situatie voor:

Uw knie moet vervangen worden. De knieklachten zijn nogal hinderlijk maar de operatie kan eventueel nog een maand of vier worden uitgesteld. U wordt in november gebeld door een medewerker van het CWZ om uw operatie in te plannen. Tijdens het telefoongesprek ontdekt de medewerker dat de operatie van € 5.827 voor maar 80% vergoed wordt. Als u uw knie bij het CWZ wil laten vervangen, dan moet u 20% zelf betalen. Het bij te betalen bedrag zal dan € 1.165 zijn.

15. U heeft in deze situatie drie opties:

A. Wisselen van ziekenhuis want bij het andere ziekenhuis is de polis wel gecontracteerd waardoor de operatie voor 100% wordt vergoed.

B. Wisselen van zorgverzekering of polis die wel een contract heeft met het CWZ. Doordat het nu november is, moet de operatie wachten tot na 1 januari (ingang nieuwe zorgverzekeringspolis). Hierdoor kan de operatie wel voor 100% worden vergoed.

C. De € 1.165 bijbetalen en de operatie aangaan.

Naar welke optie gaat uw voorkeur?

- Optie A.
- Optie B.
- Optie C.

16. In hoeverre bent u in deze situatie geneigd om voor optie A, **het wisselen van ziekenhuis**, te kiezen?

- Zeer geneigd.
- Geneigd.
- Neutraal.
- Niet zozeer geneigd.
- Helemaal niet geneigd.

17. Tot welke afstand, gerekend in minuten, bent u in deze situatie bereid om **te reizen naar een ander ziekenhuis** waar uw zorg wel vergoed wordt?

- Ik ben niet bereid om naar ander ziekenhuis te reizen dan het CWZ.
- Tussen de 0 en de 15 minuten.
- Tussen de 16 en 30 minuten.
- Tussen de 31 en 45 minuten.
- Het maakt mij niet uit hoe lang ik moet reizen voor 100% verzekerde zorg.

18. In hoeverre bent u in deze situatie geneigd om voor optie B, **het wisselen van zorgverzekering of polis**, te kiezen?

- Zeer geneigd.
- Geneigd.
- Neutraal.
- Niet zozeer geneigd.
- Helemaal niet geneigd.

19. In hoeverre bent u in deze situatie geneigd om voor optie C te gaan, namelijk het **bedrag van € 1.165 bijbetalen**?

- Zeer geneigd.
- Geneigd.
- Neutraal.
- Niet zozeer geneigd.
- Helemaal niet geneigd.

20. U heeft aangegeven dat uw voorkeur naar keuze A, B, of C gaat. Zou u uw keuze hieronder kunnen motiveren?

21. In hoeverre zou u in deze situatie actief zijn in het uitzoeken en het vergelijken van zorginformatie, ziekenhuisinformatie of zorgverzekeringsinformatie?

- Ik lees niet of nauwelijks zorginformatie.
- Ik lees selectief zorginformatie die me wordt aangereikt en ik stel daar zo nodig vragen over.
- Ik lees (bijna) alle zorginformatie die me wordt aangereikt en ga zo nodig hierover in gesprek.
- Ik lees (bijna) alle informatie die me wordt aangereikt en daarnaast zoek ik zelf nog naar aanvullende zorginformatie.

Situatie 3

Stelt u het volgende eens voor,

Op 14 december hoort u dat u met enige spoed een dotterbehandeling moet ondergaan. U heeft last van dicht geslibde bloedvaten en als u te lang wacht, loopt uw gezondheid gevaar.

*U kunt deze week nog terecht bij het CWZ. Echter, u hoort dat uw zorgverzekering de behandeling bij het CWZ voor maar 80% vergoedt. De totale behandeling kost € 6.800. Als u de dotterbehandeling in het CWZ aan gaat, dan dient u 20%, dat wil zeggen een bedrag van **€ 1.360** zelf te betalen.*

22. U heeft in deze situatie drie opties:

A. Wisselen van ziekenhuis want bij het andere ziekenhuis is de polis wel gecontracteerd waardoor de dotterbehandeling voor 100% wordt vergoed.

B. Wisselen naar een zorgverzekering of polis die wel een contract heeft met het CWZ. Doordat het nu december is, moet de dotterbehandeling wachten tot na 1 januari (ingang nieuwe zorgverzekeringspolis). Hierdoor kan de dotterbehandeling wel voor 100% worden vergoed.

C. De € 1.360 bijbetalen en de dotterbehandeling aangaan.

Naar welke optie gaat uw voorkeur?

- Optie A.
- Optie B.
- Optie C.

23. In hoeverre bent u in deze situatie geneigd om voor optie A, het **wisselen van ziekenhuis**, te kiezen?

- Zeer geneigd.
- Geneigd.
- Neutraal.
- Niet zozeer geneigd.
- Helemaal niet geneigd.

24. Tot welke afstand, gerekend in minuten, bent u in deze situatie bereid om **te reizen naar een ander ziekenhuis** waar uw zorg wel vergoed wordt?

- Ik ben niet bereid om naar ander ziekenhuis te reizen dan het CWZ.
- Tussen de 0 en de 15 minuten.
- Tussen de 16 en 30 minuten.
- Tussen de 31 en 45 minuten.
- Het maakt mij niet uit hoe lang ik moet reizen voor 100% verzekerde zorg.

25. In hoeverre bent u in deze situatie geneigd om voor optie B, het **wisselen van zorgverzekering of polis**, te kiezen?

- Zeer geneigd.
- Geneigd.
- Neutraal.
- Niet zozeer geneigd.
- Helemaal niet geneigd.

26. In hoeverre bent u in deze situatie geneigd om voor optie C te gaan, namelijk **het bedrag van € 1.360 bijbetalen?**

- Zeer geneigd.
- Geneigd.
- Neutraal.
- Niet zozeer geneigd.
- Helemaal niet geneigd.

27. U heeft aangegeven dat uw voorkeur naar keuze A, B, of C gaat. Zou u uw keuze hieronder kunnen motiveren?

28. In hoeverre zou u in deze situatie actief zijn in het uitzoeken en het vergelijken van zorginformatie, ziekenhuisinformatie of zorgverzekeringsinformatie?

- Ik lees niet of nauwelijks zorginformatie.
- Ik lees selectief zorginformatie die me wordt aangereikt en ik stel daar zo nodig vragen over.
- Ik lees (bijna) alle zorginformatie die me wordt aangereikt en ga zo nodig hierover in gesprek.
- Ik lees (bijna) alle informatie die me wordt aangereikt en daarnaast zoek ik zelf nog naar aanvullende zorginformatie.

Overige vragen

29. In hoeverre bent u in het algemeen betrokken bij de zorg- en behandelingskeuzes die voor u van toepassing zijn?

- Ik laat de beslissingen volledig over aan de professional(s).
- Ik overleg graag, maar de uiteindelijke keuzes leg ik bij de professional(s).
- De keuzes voor mijn zorg/behandelingen maak ik graag samen met de professional(s).
- Ik maak liever zelf de keuzes, maar dit overleg ik (zo nodig) wel (uitvoerig) met de professional(s).

30. Wat is het gemiddelde huishoudelijke netto maandinkomen in uw huishouden?

- Minder dan € 1.750.
- Tussen € 1.750 en € 2.700.
- Meer dan € 2.700.
- Deze informatie kan of wil ik niet prijsgeven.

31. Wie zou u volgens u moeten informeren over de vergoedingen van uw zorg? (er zijn meerdere antwoorden mogelijk)

- De huisarts of andere verwijzer.
- De zorgverzekeraar.
- Het ziekenhuis.
- Anders, namelijk _____

Dit was de laatste vraag. Bedankt voor uw deelname!



Bijlage 2: Output multinomiale regressie analyse (§ 4.3.2)

Situatie 1

Model Fitting Information

Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	603.029	610.305	599.029			
Final	619.636	728.787	559.636	39.392	28	.075

Classification

Observed	Predicted			
	Optie A	Optie B	Optie C	Percent Correct
Optie A	84	17	21	68.9%
Optie B	39	20	16	26.7%
Optie C	37	12	35	41.7%
Overall Percentage	56.9%	17.4%	25.6%	49.5%

Goodness-of-Fit

	Chi-Square	df	Sig.
Pearson	547.788	514	.146
Deviance	554.091	514	.107



Pseudo R-Square

Cox and Snell	.131
Nagelkerke	.148
McFadden	.065

Likelihood Ratio Tests

Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced Model	BIC of Reduced Model	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	619.636	728.787	559.636 ^a	.000	0	.
LEEF TIJD	619.384	721.258	563.384	3.748	2	.153
GESLACHT	615.780	717.654	559.780	.144	2	.930
GEZONDHEID3CAT	613.727	708.325	561.727	2.091	4	.719
INKOMEN	620.646	715.243	568.646	9.010	4	.061
OPLEIDINGIN3CAT	618.650	713.247	566.650	7.014	4	.135
REGIE4	610.946	698.267	562.946	3.310	6	.769



AFSTAND1	618.461	705.781	570.461	10.825	6	.094
----------	---------	---------	---------	--------	---	------

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.

a. This reduced model is equivalent to the final model because omitting the effect does not increase the degrees of freedom.

Parameter Estimates

10. U heeft in deze situatie drie opties: ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
								Lower Bound	Upper Bound
Optie B	Intercept	-.231	1.188	.038	1	.846			
	LEEFTIJD	-.005	.014	.135	1	.713	.995	.968	1.022
	[GESLACHT=1]	-.106	.341	.097	1	.756	.899	.461	1.756
	[GESLACHT=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[GEZONDHEID3CAT=1.00]	.167	.537	.097	1	.756	1.182	.413	3.382
	[GEZONDHEID3CAT=2.00]	-.063	.350	.032	1	.858	.939	.473	1.863
	[GEZONDHEID3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[INKOMEN=1]	.400	.502	.635	1	.426	1.491	.558	3.986
	[INKOMEN=2]	.246	.389	.400	1	.527	1.279	.597	2.742
	[INKOMEN=3]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[OPLEIDINGIN3CAT=1.00]	.696	.435	2.566	1	.109	2.006	.856	4.703
	[OPLEIDINGIN3CAT=2.00]	.658	.399	2.718	1	.099	1.931	.883	4.221



Optie C	[OPLEIDINGIN3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[REGIE4=1]	.257	.861	.089	1	.765	1.293	.239	6.985
	[REGIE4=2]	.262	.596	.193	1	.660	1.300	.404	4.178
	[REGIE4=3]	-.081	.543	.023	1	.881	.922	.318	2.671
	[REGIE4=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[AFSTAND1=1]	-1.339	.789	2.882	1	.090	.262	.056	1.230
	[AFSTAND1=2]	-.251	.738	.115	1	.734	.778	.183	3.309
	[AFSTAND1=3]	-.640	.825	.603	1	.438	.527	.105	2.654
	[AFSTAND1=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	Intercept	-1.238	1.247	.986	1	.321			
	LEEFTIJD	.023	.015	2.472	1	.116	1.023	.994	1.053
	[GESLACHT=1]	.024	.336	.005	1	.942	1.025	.530	1.979
	[GESLACHT=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[GEZONDHEID3CAT=1.00]	.545	.494	1.218	1	.270	1.724	.655	4.537
	[GEZONDHEID3CAT=2.00]	-.106	.350	.092	1	.761	.899	.453	1.785
	[GEZONDHEID3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[INKOMEN=1]	.109	.456	.057	1	.811	1.115	.456	2.725
	[INKOMEN=2]	-.780	.383	4.153	1	.042	.459	.217	.971
	[INKOMEN=3]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[OPLEIDINGIN3CAT=1.00]	.980	.424	5.353	1	.021	2.665	1.162	6.116
	[OPLEIDINGIN3CAT=2.00]	.677	.395	2.930	1	.087	1.968	.907	4.272
	[OPLEIDINGIN3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[REGIE4=1]	.716	.768	.870	1	.351	2.047	.454	9.222
	[REGIE4=2]	.185	.563	.108	1	.743	1.203	.399	3.624



[REGIE4=3]	-.244	.509	.229	1	.632	.784	.289	2.126
[REGIE4=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[AFSTAND1=1]	-1.197	.779	2.363	1	.124	.302	.066	1.390
[AFSTAND1=2]	-.549	.744	.544	1	.461	.578	.134	2.484
[AFSTAND1=3]	-1.138	.834	1.862	1	.172	.321	.063	1.642
[AFSTAND1=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.

a. The reference category is: Optie A.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

Parameter Estimates

10. U heeft in deze situatie drie opties: ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
								Lower Bound	Upper Bound
Optie A	Intercept	.231	1.188	.038	1	.846			
	LEEFTIJD	.005	.014	.135	1	.713	1.005	.978	1.033
	[GESLACHT=1]	.106	.341	.097	1	.756	1.112	.569	2.171
	[GESLACHT=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[GEZONDHEID3CAT=1.00]	-.167	.537	.097	1	.756	.846	.296	2.422
	[GEZONDHEID3CAT=2.00]	.063	.350	.032	1	.858	1.065	.537	2.112
	[GEZONDHEID3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[INKOMEN=1]	-.400	.502	.635	1	.426	.670	.251	1.792
	[INKOMEN=2]	-.246	.389	.400	1	.527	.782	.365	1.676
	[INKOMEN=3]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[OPLEIDINGIN3CAT=1.00]	-.696	.435	2.566	1	.109	.498	.213	1.168



Optie C	[OPLEIDINGIN3CAT=2.00]	-.658	.399	2.718	1	.099	.518	.237	1.132
	[OPLEIDINGIN3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[REGIE4=1]	-.257	.861	.089	1	.765	.773	.143	4.178
	[REGIE4=2]	-.262	.596	.193	1	.660	.769	.239	2.474
	[REGIE4=3]	.081	.543	.023	1	.881	1.085	.374	3.144
	[REGIE4=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[AFSTAND1=1]	1.339	.789	2.882	1	.090	3.815	.813	17.902
	[AFSTAND1=2]	.251	.738	.115	1	.734	1.285	.302	5.464
	[AFSTAND1=3]	.640	.825	.603	1	.438	1.897	.377	9.547
	[AFSTAND1=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	Intercept	-1.006	1.305	.594	1	.441			
	LEEFTIJD	.028	.016	3.134	1	.077	1.028	.997	1.061
	[GESLACHT=1]	.131	.368	.126	1	.723	1.139	.554	2.345
	[GESLACHT=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[GEZONDHEID3CAT=1.00]	.378	.559	.456	1	.499	1.459	.488	4.366
	[GEZONDHEID3CAT=2.00]	-.044	.379	.013	1	.908	.957	.456	2.011
	[GEZONDHEID3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[INKOMEN=1]	-.291	.506	.330	1	.566	.748	.277	2.017
	[INKOMEN=2]	-1.026	.431	5.663	1	.017	.359	.154	.835
	[INKOMEN=3]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[OPLEIDINGIN3CAT=1.00]	.284	.475	.358	1	.550	1.329	.524	3.370
	[OPLEIDINGIN3CAT=2.00]	.019	.449	.002	1	.966	1.019	.423	2.459
	[OPLEIDINGIN3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[REGIE4=1]	.459	.831	.306	1	.580	1.583	.311	8.070



[REGIE4=2]	-.077	.615	.016	1	.900	.926	.277	3.089
[REGIE4=3]	-.162	.567	.082	1	.775	.850	.280	2.585
[REGIE4=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[AFSTAND1=1]	.142	.799	.032	1	.859	1.153	.241	5.523
[AFSTAND1=2]	-.298	.730	.167	1	.683	.742	.178	3.101
[AFSTAND1=3]	-.498	.845	.347	1	.556	.608	.116	3.187
[AFSTAND1=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.

a. The reference category is: Optie B.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

Parameter Estimates

10. U heeft in deze situatie drie opties: ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
								Lower Bound	Upper Bound
Optie A	Intercept	1.238	1.247	.986	1	.321			
	LEEFTIJD	-.023	.015	2.472	1	.116	.977	.950	1.006
	[GESLACHT=1]	-.024	.336	.005	1	.942	.976	.505	1.885
	[GESLACHT=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[GEZONDHEID3CAT=1.00]	-.545	.494	1.218	1	.270	.580	.220	1.526
	[GEZONDHEID3CAT=2.00]	.106	.350	.092	1	.761	1.112	.560	2.207
	[GEZONDHEID3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[INKOMEN=1]	-.109	.456	.057	1	.811	.897	.367	2.192
	[INKOMEN=2]	.780	.383	4.153	1	.042	2.180	1.030	4.615
	[INKOMEN=3]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.



Optie B	[OPLEIDINGIN3CAT=1.00]	-.980	.424	5.353	1	.021	.375	.164	.861
	[OPLEIDINGIN3CAT=2.00]	-.677	.395	2.930	1	.087	.508	.234	1.103
	[OPLEIDINGIN3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[REGIE4=1]	-.716	.768	.870	1	.351	.489	.108	2.201
	[REGIE4=2]	-.185	.563	.108	1	.743	.831	.276	2.505
	[REGIE4=3]	.244	.509	.229	1	.632	1.276	.470	3.460
	[REGIE4=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[AFSTAND1=1]	1.197	.779	2.363	1	.124	3.309	.720	15.220
	[AFSTAND1=2]	.549	.744	.544	1	.461	1.731	.403	7.447
	[AFSTAND1=3]	1.138	.834	1.862	1	.172	3.119	.609	15.983
	[AFSTAND1=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	Intercept	1.006	1.305	.594	1	.441			
	LEEFTIJD	-.028	.016	3.134	1	.077	.972	.943	1.003
	[GESLACHT=1]	-.131	.368	.126	1	.723	.878	.426	1.806
	[GESLACHT=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[GEZONDHEID3CAT=1.00]	-.378	.559	.456	1	.499	.685	.229	2.051
	[GEZONDHEID3CAT=2.00]	.044	.379	.013	1	.908	1.045	.497	2.194
	[GEZONDHEID3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[INKOMEN=1]	.291	.506	.330	1	.566	1.338	.496	3.609
	[INKOMEN=2]	1.026	.431	5.663	1	.017	2.789	1.198	6.491
	[INKOMEN=3]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[OPLEIDINGIN3CAT=1.00]	-.284	.475	.358	1	.550	.753	.297	1.909
	[OPLEIDINGIN3CAT=2.00]	-.019	.449	.002	1	.966	.981	.407	2.367
	[OPLEIDINGIN3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.



[REGIE4=1]	-.459	.831	.306	1	.580	.632	.124	3.220
[REGIE4=2]	.077	.615	.016	1	.900	1.080	.324	3.606
[REGIE4=3]	.162	.567	.082	1	.775	1.176	.387	3.574
[REGIE4=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[AFSTAND1=1]	-.142	.799	.032	1	.859	.867	.181	4.156
[AFSTAND1=2]	.298	.730	.167	1	.683	1.347	.323	5.629
[AFSTAND1=3]	.498	.845	.347	1	.556	1.645	.314	8.623
[AFSTAND1=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.

a. The reference category is: Optie C.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

Situatie 2

Model Fitting Information

Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	475.521	482.797	471.521			
Final	467.533	576.684	407.533	63.987	28	.000



Classification

Observed	Predicted			
	Optie A	Optie B	Optie C	Percent Correct
Optie A	167	11	1	93.3%
Optie B	70	8	1	10.1%
Optie C	15	2	6	26.1%
Overall Percentage	89.7%	7.5%	2.8%	64.4%

Goodness-of-Fit

	Chi-Square	df	Sig.
Pearson	460.339	514	.957
Deviance	401.988	514	1.000

Pseudo R-Square

Cox and Snell	.204
Nagelkerke	.249
McFadden	.134

Likelihood Ratio Tests

Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced Model	BIC of Reduced Model	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	467.533	576.684	407.533 ^a	.000	0	.



LEEF TIJD	468.221	570.095	412.221	4.688	2	.096
GESLACHT	476.853	578.727	420.853	13.319	2	.001
GEZONDHEID3CAT	464.018	558.615	412.018	4.485	4	.344
INKOMEN	464.291	558.889	412.291	4.758	4	.313
OPLEIDINGIN3CAT	473.162	567.759	421.162	13.628	4	.009
REGIE4	461.652	548.972	413.652	6.118	6	.410
AFSTAND1	469.127	556.448	421.127	13.594	6	.035

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.

a. This reduced model is equivalent to the final model because omitting the effect does not increase the degrees of freedom.

Parameter Estimates

18. U heeft in deze situatie drie opties: ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
								Lower Bound	Upper Bound
Optie B	Intercept	.700	1.067	.430	1	.512			
	LEEF TIJD	-.016	.013	1.495	1	.221	.985	.960	1.009
	[GESLACHT=1]	.015	.314	.002	1	.962	1.015	.548	1.879
	[GESLACHT=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[GEZONDHEID3CAT=1.00]	-.425	.494	.739	1	.390	.654	.248	1.723
	[GEZONDHEID3CAT=2.00]	-.367	.318	1.331	1	.249	.693	.371	1.293
	[GEZONDHEID3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[INKOMEN=1]	.036	.456	.006	1	.936	1.037	.424	2.535
	[INKOMEN=2]	.308	.358	.743	1	.389	1.361	.675	2.742



Optie C	[INKOMEN=3]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[OPLEIDINGIN3CAT=1.00]	.303	.399	.578	1	.447	1.354	.620	2.959
	[OPLEIDINGIN3CAT=2.00]	.498	.370	1.816	1	.178	1.645	.797	3.395
	[OPLEIDINGIN3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[REGIE4=1]	-1.178	.901	1.710	1	.191	.308	.053	1.800
	[REGIE4=2]	-.001	.523	.000	1	.998	.999	.359	2.782
	[REGIE4=3]	-.285	.475	.360	1	.548	.752	.296	1.908
	[REGIE4=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[AFSTAND1=1]	-1.293	.665	3.778	1	.052	.274	.074	1.011
	[AFSTAND1=2]	-.304	.605	.253	1	.615	.738	.225	2.416
	[AFSTAND1=3]	-.643	.709	.821	1	.365	.526	.131	2.112
	[AFSTAND1=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	Intercept	-28.118	2.768	103.156	1	.000			
	LEEFTIJD	.047	.031	2.313	1	.128	1.048	.986	1.114
	[GESLACHT=1]	2.718	1.057	6.614	1	.010	15.157	1.909	120.336
	[GESLACHT=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[GEZONDHEID3CAT=1.00]	1.302	.845	2.378	1	.123	3.678	.703	19.251
	[GEZONDHEID3CAT=2.00]	.498	.641	.603	1	.438	1.645	.468	5.784
	[GEZONDHEID3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[INKOMEN=1]	.091	.708	.017	1	.898	1.096	.273	4.392
	[INKOMEN=2]	-.919	.652	1.988	1	.159	.399	.111	1.431
	[INKOMEN=3]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[OPLEIDINGIN3CAT=1.00]	2.154	.904	5.675	1	.017	8.622	1.465	50.749
	[OPLEIDINGIN3CAT=2.00]	2.652	.874	9.196	1	.002	14.175	2.554	78.667



[OPLEIDINGIN3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[REGIE4=1]	1.590	1.120	2.013	1	.156	4.902	.545	44.051
[REGIE4=2]	1.102	.969	1.292	1	.256	3.009	.450	20.105
[REGIE4=3]	.674	.899	.561	1	.454	1.961	.337	11.425
[REGIE4=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[AFSTAND1=1]	16.970	.868	381.817	1	.000	23437684.029	4272470.040	128573173.699
[AFSTAND1=2]	18.231	.674	732.724	1	.000	82719409.169	22096369.813	309666280.530
[AFSTAND1=3]	18.209	.000	.	1	.	80931048.217	80931048.217	80931048.217
[AFSTAND1=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.

a. The reference category is: Optie A.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

Parameter Estimates

18. U heeft in deze situatie drie opties: ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
								Lower Bound	Upper Bound
Optie A	Intercept	-.700	1.067	.430	1	.512			
	LEEFTIJD	.016	.013	1.495	1	.221	1.016	.991	1.041
	[GESLACHT=1]	-.015	.314	.002	1	.962	.985	.532	1.824
	[GESLACHT=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[GEZONDHEID3CAT=1.00]	.425	.494	.739	1	.390	1.530	.580	4.030
	[GEZONDHEID3CAT=2.00]	.367	.318	1.331	1	.249	1.444	.774	2.695
	[GEZONDHEID3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[INKOMEN=1]	-.036	.456	.006	1	.936	.964	.395	2.357



Optie C	[INKOMEN=2]	-.308	.358	.743	1	.389	.735	.365	1.481
	[INKOMEN=3]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[OPLEIDINGIN3CAT=1.00]	-.303	.399	.578	1	.447	.738	.338	1.613
	[OPLEIDINGIN3CAT=2.00]	-.498	.370	1.816	1	.178	.608	.295	1.254
	[OPLEIDINGIN3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[REGIE4=1]	1.178	.901	1.710	1	.191	3.249	.556	19.003
	[REGIE4=2]	.001	.523	.000	1	.998	1.001	.359	2.788
	[REGIE4=3]	.285	.475	.360	1	.548	1.330	.524	3.375
	[REGIE4=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[AFSTAND1=1]	1.293	.665	3.778	1	.052	3.644	.989	13.426
	[AFSTAND1=2]	.304	.605	.253	1	.615	1.356	.414	4.442
	[AFSTAND1=3]	.643	.709	.821	1	.365	1.902	.474	7.641
	[AFSTAND1=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	Intercept	-28.817	2.841	102.895	1	.000			
	LEEFTIJD	.063	.032	3.830	1	.050	1.065	1.000	1.134
	[GESLACHT=1]	2.704	1.075	6.320	1	.012	14.933	1.815	122.898
	[GESLACHT=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[GEZONDHEID3CAT=1.00]	1.727	.909	3.613	1	.057	5.626	.948	33.396
	[GEZONDHEID3CAT=2.00]	.865	.669	1.675	1	.196	2.376	.641	8.807
	[GEZONDHEID3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[INKOMEN=1]	.055	.767	.005	1	.943	1.056	.235	4.747
	[INKOMEN=2]	-1.227	.689	3.171	1	.075	.293	.076	1.131
	[INKOMEN=3]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[OPLEIDINGIN3CAT=1.00]	1.851	.944	3.846	1	.050	6.366	1.001	40.484



Radboud Universiteit

[OPLEIDINGIN3CAT=2.00]	2.154	.909	5.609	1	.018	8.615	1.450	51.195
[OPLEIDINGIN3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[REGIE4=1]	2.768	1.323	4.375	1	.036	15.928	1.190	213.144
[REGIE4=2]	1.103	1.013	1.186	1	.276	3.012	.414	21.920
[REGIE4=3]	.959	.942	1.037	1	.309	2.609	.412	16.519
[REGIE4=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[AFSTAND1=1]	18.263	.947	372.017	1	.000	85413924.251	13352098.359	546396398.501
[AFSTAND1=2]	18.535	.732	640.731	1	.000	112158292.977	26701237.987	471119829.344
[AFSTAND1=3]	18.852	.000	.	1	.	153945106.004	153945106.004	153945106.004
[AFSTAND1=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.

a. The reference category is: Optie B.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

Parameter Estimates

18. U heeft in deze situatie drie opties: ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
								Lower Bound	Upper Bound
Optie A	Intercept	27.118	2.842	91.033	1	.000			
	LEEFTIJD	-.047	.031	2.313	1	.128	.954	.898	1.014
	[GESLACHT=1]	-2.718	1.057	6.614	1	.010	.066	.008	.524
	[GESLACHT=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[GEZONDHEID3CAT=1.00]	-1.302	.845	2.378	1	.123	.272	.052	1.423



Radboud Universiteit

Optie B	[GEZONDHEID3CAT=2.00]	-.498	.641	.603	1	.438	.608	.173	2.136
	[GEZONDHEID3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[INKOMEN=1]	-.091	.708	.017	1	.898	.913	.228	3.659
	[INKOMEN=2]	.919	.652	1.988	1	.159	2.507	.699	8.997
	[INKOMEN=3]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[OPLEIDINGIN3CAT=1.00]	-2.154	.904	5.675	1	.017	.116	.020	.683
	[OPLEIDINGIN3CAT=2.00]	-2.652	.874	9.196	1	.002	.071	.013	.391
	[OPLEIDINGIN3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[REGIE4=1]	-1.590	1.120	2.013	1	.156	.204	.023	1.833
	[REGIE4=2]	-1.102	.969	1.292	1	.256	.332	.050	2.220
	[REGIE4=3]	-.674	.899	.561	1	.454	.510	.088	2.970
	[REGIE4=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[AFSTAND1=1]	-15.970	1.083	217.401	1	.000	1.160E-007	1.388E-008	9.690E-007
	[AFSTAND1=2]	-17.231	.937	338.530	1	.000	3.286E-008	5.243E-009	2.060E-007
	[AFSTAND1=3]	-17.209	.709	588.385	1	.000	3.359E-008	8.362E-009	1.349E-007
	[AFSTAND1=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	Intercept	27.817	2.841	95.878	1	.000			
	LEEFTIJD	-.063	.032	3.830	1	.050	.939	.882	1.000
	[GESLACHT=1]	-2.704	1.075	6.320	1	.012	.067	.008	.551



Radboud Universiteit

[GESLACHT=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[GEZONDHEID3CAT=1.00]	-1.727	.909	3.613	1	.057	.178	.030	1.055
[GEZONDHEID3CAT=2.00]	-.865	.669	1.675	1	.196	.421	.114	1.561
[GEZONDHEID3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[INKOMEN=1]	-.055	.767	.005	1	.943	.947	.211	4.253
[INKOMEN=2]	1.227	.689	3.171	1	.075	3.412	.884	13.172
[INKOMEN=3]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[OPLEIDINGIN3CAT=1.00]	-1.851	.944	3.846	1	.050	.157	.025	.999
[OPLEIDINGIN3CAT=2.00]	-2.154	.909	5.609	1	.018	.116	.020	.690
[OPLEIDINGIN3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[REGIE4=1]	-2.768	1.323	4.375	1	.036	.063	.005	.840
[REGIE4=2]	-1.103	1.013	1.186	1	.276	.332	.046	2.416
[REGIE4=3]	-.959	.942	1.037	1	.309	.383	.061	2.427
[REGIE4=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[AFSTAND1=1]	-17.263	.947	332.392	1	.000	3.182E-008	4.975E-009	2.036E-007
[AFSTAND1=2]	-17.535	.732	573.460	1	.000	2.424E-008	5.770E-009	1.018E-007
[AFSTAND1=3]	-17.852	.000	.	1	.	1.766E-008	1.766E-008	1.766E-008
[AFSTAND1=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.

a. The reference category is: Optie C.



b. This parameter is set to zero because it is redundant.

Situatie 3

Model Fitting Information

Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	437.664	444.940	433.664			
Final	428.568	537.719	368.568	65.095	28	.000

Classification

Observed	Predicted			
	Optie A	Optie B	Optie C	Percent Correct
Optie A	194	3	7	95.1%
Optie B	36	5	0	12.2%
Optie C	31	0	5	13.9%
Overall Percentage	92.9%	2.8%	4.3%	72.6%

Goodness-of-Fit

	Chi-Square	df	Sig.
Pearson	470.186	514	.917
Deviance	365.796	514	1.000



Pseudo R-Square

Cox and Snell	.207
Nagelkerke	.262
McFadden	.149

Likelihood Ratio Tests

Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced Model	BIC of Reduced Model	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	428.568	537.719	368.568 ^a	.000	0	.
LEEF TIJD	427.232	529.106	371.232	2.664	2	.264
GESLACHT	434.520	536.394	378.520	9.952	2	.007
GEZONDHEID3CAT	421.532	516.129	369.532	.963	4	.915
INKOMEN	445.903	540.500	393.903	25.335	4	.000
OPLEIDINGIN3CAT	421.922	516.519	369.922	1.354	4	.852
REGIE4	426.916	514.237	378.916	10.348	6	.111
AFSTAND1	425.098	512.419	377.098	8.530	6	.202

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.

a. This reduced model is equivalent to the final model because omitting the effect does not increase the degrees of freedom.



Parameter Estimates

26. U heeft in deze situatie drie opties: ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
								Lower Bound	Upper Bound
Optie B	Intercept	-.586	1.327	.195	1	.659			
	LEEFTIJD	-.012	.017	.555	1	.456	.988	.956	1.020
	[GESLACHT=1]	.669	.428	2.441	1	.118	1.953	.843	4.521
	[GESLACHT=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[GEZONDHEID3CAT=1.00]	-.311	.671	.215	1	.643	.732	.197	2.729
	[GEZONDHEID3CAT=2.00]	-.285	.403	.502	1	.478	.752	.341	1.655
	[GEZONDHEID3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[INKOMEN=1]	1.175	.609	3.721	1	.054	3.238	.981	10.687
	[INKOMEN=2]	.827	.550	2.255	1	.133	2.285	.777	6.722
	[INKOMEN=3]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[OPLEIDINGIN3CAT=1.00]	.344	.520	.438	1	.508	1.410	.509	3.905
	[OPLEIDINGIN3CAT=2.00]	.012	.515	.001	1	.982	1.012	.369	2.775
	[OPLEIDINGIN3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[REGIE4=1]	-.899	.843	1.138	1	.286	.407	.078	2.123
	[REGIE4=2]	-.947	.604	2.456	1	.117	.388	.119	1.268
	[REGIE4=3]	-1.402	.555	6.388	1	.011	.246	.083	.730
	[REGIE4=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[AFSTAND1=1]	-.785	.865	.823	1	.364	.456	.084	2.486
	[AFSTAND1=2]	-.069	.789	.008	1	.930	.933	.199	4.383
	[AFSTAND1=3]	-.640	.974	.432	1	.511	.527	.078	3.557
	[AFSTAND1=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.



Radboud Universiteit

Optie C	Intercept	.776	1.613	.232	1	.630			
	LEEFTIJD	-.030	.019	2.425	1	.119	.971	.935	1.008
	[GESLACHT=1]	1.397	.522	7.176	1	.007	4.043	1.455	11.238
	[GESLACHT=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[GEZONDHEID3CAT=1.00]	-.433	.640	.457	1	.499	.649	.185	2.274
	[GEZONDHEID3CAT=2.00]	-.116	.499	.054	1	.816	.890	.335	2.369
	[GEZONDHEID3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[INKOMEN=1]	-3.046	1.091	7.802	1	.005	.048	.006	.403
	[INKOMEN=2]	-1.336	.474	7.940	1	.005	.263	.104	.666
	[INKOMEN=3]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[OPLEIDINGIN3CAT=1.00]	.485	.543	.796	1	.372	1.624	.560	4.708
	[OPLEIDINGIN3CAT=2.00]	.189	.501	.142	1	.706	1.208	.452	3.227
	[OPLEIDINGIN3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[REGIE4=1]	-.576	.939	.376	1	.540	.562	.089	3.540
	[REGIE4=2]	-.122	.666	.034	1	.854	.885	.240	3.265
	[REGIE4=3]	-1.079	.611	3.114	1	.078	.340	.103	1.127
	[REGIE4=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[AFSTAND1=1]	-1.158	1.012	1.308	1	.253	.314	.043	2.285
	[AFSTAND1=2]	-.234	.894	.069	1	.793	.791	.137	4.564
	[AFSTAND1=3]	.456	.971	.220	1	.639	1.578	.235	10.583
	[AFSTAND1=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.

a. The reference category is: Optie A.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.



Parameter Estimates

26. U heeft in deze situatie drie opties: ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
								Lower Bound	Upper Bound
Optie A	Intercept	.586	1.327	.195	1	.659			
	LEEFTIJD	.012	.017	.555	1	.456	1.012	.980	1.046
	[GESLACHT=1]	-.669	.428	2.441	1	.118	.512	.221	1.186
	[GESLACHT=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[GEZONDHEID3CAT=1.00]	.311	.671	.215	1	.643	1.365	.366	5.087
	[GEZONDHEID3CAT=2.00]	.285	.403	.502	1	.478	1.330	.604	2.929
	[GEZONDHEID3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[INKOMEN=1]	-1.175	.609	3.721	1	.054	.309	.094	1.019
	[INKOMEN=2]	-.827	.550	2.255	1	.133	.438	.149	1.287
	[INKOMEN=3]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[OPLEIDINGIN3CAT=1.00]	-.344	.520	.438	1	.508	.709	.256	1.964
	[OPLEIDINGIN3CAT=2.00]	-.012	.515	.001	1	.982	.988	.360	2.711
	[OPLEIDINGIN3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[REGIE4=1]	.899	.843	1.138	1	.286	2.457	.471	12.823
	[REGIE4=2]	.947	.604	2.456	1	.117	2.577	.789	8.420
	[REGIE4=3]	1.402	.555	6.388	1	.011	4.062	1.370	12.044
	[REGIE4=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[AFSTAND1=1]	.785	.865	.823	1	.364	2.193	.402	11.953
	[AFSTAND1=2]	.069	.789	.008	1	.930	1.072	.228	5.033
	[AFSTAND1=3]	.640	.974	.432	1	.511	1.896	.281	12.793
	[AFSTAND1=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.



Optie C	Intercept	1.362	1.917	.505	1	.477			
	LEEFTIJD	-.017	.024	.538	1	.463	.983	.939	1.029
	[GESLACHT=1]	.728	.642	1.285	1	.257	2.071	.588	7.288
	[GESLACHT=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[GEZONDHEID3CAT=1.00]	-.121	.853	.020	1	.887	.886	.167	4.713
	[GEZONDHEID3CAT=2.00]	.169	.593	.081	1	.776	1.184	.370	3.787
	[GEZONDHEID3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[INKOMEN=1]	-4.221	1.193	12.518	1	.000	.015	.001	.152
	[INKOMEN=2]	-2.163	.664	10.607	1	.001	.115	.031	.423
	[INKOMEN=3]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[OPLEIDINGIN3CAT=1.00]	.141	.691	.042	1	.838	1.151	.297	4.458
	[OPLEIDINGIN3CAT=2.00]	.177	.666	.071	1	.790	1.194	.323	4.407
	[OPLEIDINGIN3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[REGIE4=1]	.323	1.135	.081	1	.776	1.382	.149	12.774
	[REGIE4=2]	.824	.789	1.091	1	.296	2.281	.485	10.715
	[REGIE4=3]	.323	.729	.197	1	.657	1.381	.331	5.762
	[REGIE4=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[AFSTAND1=1]	-.373	1.221	.093	1	.760	.689	.063	7.542
	[AFSTAND1=2]	-.165	1.074	.024	1	.878	.848	.103	6.957
	[AFSTAND1=3]	1.096	1.253	.764	1	.382	2.992	.257	34.888
	[AFSTAND1=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.

a. The reference category is: Optie B.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.



Parameter Estimates

26. U heeft in deze situatie drie opties: ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
								Lower Bound	Upper Bound
Optie A	Intercept	-.776	1.613	.232	1	.630			
	LEEFTIJD	.030	.019	2.425	1	.119	1.030	.992	1.069
	[GESLACHT=1]	-1.397	.522	7.176	1	.007	.247	.089	.687
	[GESLACHT=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[GEZONDHEID3CAT=1.00]	.433	.640	.457	1	.499	1.541	.440	5.402
	[GEZONDHEID3CAT=2.00]	.116	.499	.054	1	.816	1.123	.422	2.989
	[GEZONDHEID3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[INKOMEN=1]	3.046	1.091	7.802	1	.005	21.033	2.481	178.315
	[INKOMEN=2]	1.336	.474	7.940	1	.005	3.804	1.502	9.636
	[INKOMEN=3]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[OPLEIDINGIN3CAT=1.00]	-.485	.543	.796	1	.372	.616	.212	1.786
	[OPLEIDINGIN3CAT=2.00]	-.189	.501	.142	1	.706	.828	.310	2.212
	[OPLEIDINGIN3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[REGIE4=1]	.576	.939	.376	1	.540	1.778	.283	11.194
	[REGIE4=2]	.122	.666	.034	1	.854	1.130	.306	4.168
	[REGIE4=3]	1.079	.611	3.114	1	.078	2.940	.887	9.741
	[REGIE4=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[AFSTAND1=1]	1.158	1.012	1.308	1	.253	3.183	.438	23.149
	[AFSTAND1=2]	.234	.894	.069	1	.793	1.264	.219	7.294
	[AFSTAND1=3]	-.456	.971	.220	1	.639	.634	.094	4.253
	[AFSTAND1=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.



Optie B	Intercept	-1.362	1.917	.505	1	.477			
	LEEFTIJD	.017	.024	.538	1	.463	1.017	.972	1.065
	[GESLACHT=1]	-.728	.642	1.285	1	.257	.483	.137	1.700
	[GESLACHT=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[GEZONDHEID3CAT=1.00]	.121	.853	.020	1	.887	1.129	.212	6.004
	[GEZONDHEID3CAT=2.00]	-.169	.593	.081	1	.776	.844	.264	2.701
	[GEZONDHEID3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[INKOMEN=1]	4.221	1.193	12.518	1	.000	68.114	6.572	705.986
	[INKOMEN=2]	2.163	.664	10.607	1	.001	8.695	2.366	31.951
	[INKOMEN=3]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[OPLEIDINGIN3CAT=1.00]	-.141	.691	.042	1	.838	.869	.224	3.363
	[OPLEIDINGIN3CAT=2.00]	-.177	.666	.071	1	.790	.838	.227	3.092
	[OPLEIDINGIN3CAT=3.00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[REGIE4=1]	-.323	1.135	.081	1	.776	.724	.078	6.689
	[REGIE4=2]	-.824	.789	1.091	1	.296	.438	.093	2.060
	[REGIE4=3]	-.323	.729	.197	1	.657	.724	.174	3.019
	[REGIE4=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[AFSTAND1=1]	.373	1.221	.093	1	.760	1.452	.133	15.891
	[AFSTAND1=2]	.165	1.074	.024	1	.878	1.180	.144	9.682
	[AFSTAND1=3]	-1.096	1.253	.764	1	.382	.334	.029	3.898
	[AFSTAND1=4]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.

a. The reference category is: Optie C.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

Bijlage 3: Output overige analyses

§ 4.3.1 het keuzegedrag

4. In hoeverre bent u als patiënt gehecht aan het CWZ?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Zeer gehecht. Ik doe er alles aan om tijdens een behandeling patiënt te blijven bij het CWZ.	80	21,3	21,3	21,3
Gehecht. Ik stel het CWZ op prijs en ik hoop er nog lang patiënt te kunnen blijven zo lang ik behandeling nodig heb.	201	53,6	53,6	74,9
Valid Neutraal. Noch gehecht, noch niet gehecht.	61	16,3	16,3	91,2
Niet gehecht. Als het CWZ niet voldoet aan mijn wensen, dan vertrek ik naar een ander ziekenhuis.	29	7,7	7,7	98,9
Helemaal niet gehecht. Het maakt mij echt niet uit waar ik word behandeld.	4	1,1	1,1	100,0
Total	375	100,0	100,0	



Situatie 1

10. U heeft in deze situatie drie opties:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Optie A	26	32,5	32,5	32,5
Valid Optie B	23	28,8	28,8	61,3
Valid Optie C	31	38,8	38,8	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Situatie 2

18. U heeft in deze situatie drie opties:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Optie A	39	48,8	48,8	48,8
Valid Optie B	31	38,8	38,8	87,5
Valid Optie C	10	12,5	12,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

Situatie 3

26. U heeft in deze situatie drie opties:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Optie A	50	62,5	62,5	62,5
Optie B	16	20,0	20,0	82,5
Optie C	14	17,5	17,5	100,0
Total	80	100,0	100,0	

3. Bent u met ingang van 2015 gewisseld van zorgverzekering of polis?

(hiermee bedoelen wij ook een andere polis bij dezelfde zorgverzekeraar)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ja	65	17,3	17,3	17,3
Nee	310	82,7	82,7	100,0
Total	375	100,0	100,0	

Situatie 1

10. U heeft in deze situatie drie opties:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Optie A	27	41,5	41,5	41,5
Optie B	19	29,2	29,2	70,8
Optie C	19	29,2	29,2	100,0
Total	65	100,0	100,0	



Situatie 2

10. U heeft in deze situatie drie opties:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Optie A	27	41,5	41,5	41,5
Valid Optie B	19	29,2	29,2	70,8
Valid Optie C	19	29,2	29,2	100,0
Total	65	100,0	100,0	

Situatie 3

26. U heeft in deze situatie drie opties:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Optie A	42	64,6	64,6	64,6
Valid Optie B	17	26,2	26,2	90,8
Valid Optie C	6	9,2	9,2	100,0
Total	65	100,0	100,0	



6. Hoe tevreden bent u over het CWZ als ziekenhuis in het algemeen?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Zeer tevreden	135	36,0	36,0	36,0
Tevreden	215	57,3	57,3	93,3
Valid Neutraal	18	4,8	4,8	98,1
Ontevreden	7	1,9	1,9	100,0
Total	375	100,0	100,0	

§ 4.4.1 Kenmerken van respondenten die de exit optie in de situaties prefereerden

Situatie 1

Statistics

	10. U heeft in deze situatie drie opties:	Leeftijd
N	Valid 166	156
	Missing 0	10
Mean	1,00	59,8718

Case Processing Summary

		4. Wat is uw geslacht?					
		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
10. U heeft in deze situatie drie opties:	Man	68	81,9%	15	18,1%	83	100,0%
	Vrouw	54	73,0%	20	27,0%	74	100,0%



Case Processing Summary

	Reversed scored gezondheid	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
10. U heeft in deze situatie drie opties:	zeer goede tot uitstekende gezondheid	36	67,9%	17	32,1%	53	100,0%
	goede gezondheid	69	77,5%	20	22,5%	89	100,0%
	matige tot slechte gezondheid	17	70,8%	7	29,2%	24	100,0%

Case Processing Summary

	36. Wat is het gemiddelde huishoudelijke netto maandinkomen in uw huishouden?	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
10. U heeft in deze situatie drie opties:	Minder dan €1.750,-	20	80,0%	5	20,0%	25	100,0%
	Tussen €1.750 en €2.700,-	56	94,9%	3	5,1%	59	100,0%
	Meer dan €2.700,-	46	100,0%	0	0,0%	46	100,0%

Case Processing Summary

	OPLEIDINGIN3CAT	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
10. U heeft in deze situatie drie opties:	Laag	31	73,8%	11	26,2%	42	100,0%
	Middel	39	75,0%	13	25,0%	52	100,0%
	Hoog	52	82,5%	11	17,5%	63	100,0%



Case Processing Summary

	34. In hoeverre bent u in het algemeen betrokken bij de zorg- en behandelingskeuzes die voor u van toepassing zijn?	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
10. U heeft in deze situatie drie opties:	Ik laat de beslissingen volledig over aan de professional(s).	5	62,5%	3	37,5%	8	100,0%
	Ik overleg graag, maar de uiteindelijke keuzes leg ik bij de professional(s).	27	75,0%	9	25,0%	36	100,0%
	De keuzes voor mijn zorg/behandelingen maak ik graag samen met de professional(s).	79	77,5%	23	22,5%	102	100,0%
	Ik maak liever zelf de keuzes, maar dit overleg ik (zo nodig) wel (uitvoerig) met de professional(s).	11	55,0%	9	45,0%	20	100,0%

Case Processing Summary

	5. Op hoeveel minuten reizen woont u van het CWZ? Neem daarbij het vervoersmiddel in gedachten dat u het vaakst gebruikt, bijvoorbeeld openbaar vervoer, auto, fiets, brommer of lopend.	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
10. U heeft in deze situatie drie opties:	Minder dan 15 minuten reistijd.	39	75,0%	13	25,0%	52	100,0%
	15 tot 30 minuten reistijd.	59	72,0%	23	28,0%	82	100,0%
	31 tot 45 minuten reistijd.	20	80,0%	5	20,0%	25	100,0%
	Meer dan 45 minuten reistijd.	4	57,1%	3	42,9%	7	100,0%



Situatie 2

Statistics

		Leeftijd	18. U heeft in deze situatie drie opties:
N	Valid	222	241
	Missing	19	0
Mean		60,3378	1,00

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
18. U heeft in deze situatie drie opties:	Man	99	86,1%	16	13,9%	115	100,0%
	Vrouw	80	74,1%	28	25,9%	108	100,0%

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
18. U heeft in deze situatie drie opties:	zeer goede tot uitstekende gezondheid	53	71,6%	21	28,4%	74	100,0%
	goede gezondheid	99	76,2%	31	23,8%	130	100,0%
	matige tot slechte gezondheid	27	73,0%	10	27,0%	37	100,0%



Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
18. U heeft in deze situatie drie opties:	Minder dan €1.750,-	36	87,8%	5	12,2%	41	100,0%
	Tussen €1.750 en €2.700,-	75	90,4%	8	9,6%	83	100,0%
	Meer dan €2.700,-	68	98,6%	1	1,4%	69	100,0%

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
18. U heeft in deze situatie drie opties:	Laag	55	78,6%	15	21,4%	70	100,0%
	Middel	54	77,1%	16	22,9%	70	100,0%
	Hoog	70	84,3%	13	15,7%	83	100,0%

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
18. U heeft in deze situatie drie opties:	Ik laat de beslissingen volledig over aan de professional(s).	11	73,3%	4	26,7%	15	100,0%



Radboud Universiteit

	Ik overleg graag, maar de uiteindelijke keuzes leg ik bij de professional(s).	41	77,4%	12	22,6%	53	100,0%
	De keuzes voor mijn zorg/behandelingen maak ik graag samen met de professional(s).	110	75,9%	35	24,1%	145	100,0%
	Ik maak liever zelf de keuzes, maar dit overleg ik (zo nodig) wel (uitvoerig) met de professional(s).	17	60,7%	11	39,3%	28	100,0%

Case Processing Summary

	5. Op hoeveel minuten reizen woont u van het CWZ? Neem daarbij het vervoersmiddel in gedachten dat u het vaakst gebruikt, bijvoorbeeld openbaar vervoer, auto, fiets, brommer of lopend.	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
18. U heeft in deze situatie drie opties:	Minder dan 15 minuten reistijd.	54	73,0%	20	27,0%	74	100,0%
	15 tot 30 minuten reistijd.	91	75,2%	30	24,8%	121	100,0%
	31 tot 45 minuten reistijd.	27	75,0%	9	25,0%	36	100,0%
	Meer dan 45 minuten reistijd.	7	70,0%	3	30,0%	10	100,0%



Situatie 3

Statistics

		Leeftijd	26. U heeft in deze situatie drie opties:
N	Valid	253	272
	Missing	19	0
Mean		60,1779	1,00

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
26. U heeft in deze situatie drie opties:	Man	108	85,7%	18	14,3%	126	100,0%
	Vrouw	97	75,8%	31	24,2%	128	100,0%

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
26. U heeft in deze situatie drie opties:	zeer goede tot uitstekende gezondheid	63	70,8%	26	29,2%	89	100,0%
	goede gezondheid	112	77,2%	33	22,8%	145	100,0%
	matige tot slechte gezondheid	30	78,9%	8	21,1%	38	100,0%

Case Processing Summary

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent



	36. Wat is het gemiddelde huishoudelijke netto maandinkomen in uw huishouden?	Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
26. U heeft in deze situatie drie opties:	Minder dan €1.750,-	43	86,0%	7	14,0%	50	100,0%
	Tussen €1.750 en €2.700,-	92	93,9%	6	6,1%	98	100,0%
	Meer dan €2.700,-	70	98,6%	1	1,4%	71	100,0%

Case Processing Summary

	OPLEIDINGIN3CAT	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
26. U heeft in deze situatie drie opties:	Laag	62	78,5%	17	21,5%	79	100,0%
	Middel	71	82,6%	15	17,4%	86	100,0%
	Hoog	72	80,9%	17	19,1%	89	100,0%

Case Processing Summary

	34. In hoeverre bent u in het algemeen betrokken bij de zorg- en behandelingskeuzes die voor u van toepassing zijn?	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
26. U heeft in deze situatie drie opties:	Ik laat de beslissingen volledig over aan de professional(s).	11	73,3%	4	26,7%	15	100,0%
	Ik overleg graag, maar de uiteindelijke keuzes leg ik bij de professional(s).	47	75,8%	15	24,2%	62	100,0%
	De keuzes voor mijn zorg/behandelingen maak ik graag samen met de professional(s).	133	77,8%	38	22,2%	171	100,0%



	Ik maak liever zelf de keuzes, maar dit overleg ik (zo nodig) wel (uitvoerig) met de professional(s).	14	58,3%	10	41,7%	24	100,0%
--	---	----	-------	----	-------	----	--------

Case Processing Summary

	5. Op hoeveel minuten reizen woont u van het CWZ? Neem daarbij het vervoersmiddel in gedachten dat u het vaakst gebruikt, bijvoorbeeld openbaar vervoer, auto, fiets, brommer of lopend.	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
26. U heeft in deze situatie drie opties:	Minder dan 15 minuten reistijd.	58	73,4%	21	26,6%	79	100,0%
	15 tot 30 minuten reistijd.	109	77,3%	32	22,7%	141	100,0%
	31 tot 45 minuten reistijd.	29	74,4%	10	25,6%	39	100,0%
	Meer dan 45 minuten reistijd.	9	69,2%	4	30,8%	13	100,0%



§ 4.4.2 Regie per situatie vergeleken

Statistics				
		16. In hoeverre zou u in deze situatie actief zijn in het uitzoeken en het vergelijken van zorginformatie, ziekenhuisinformatie of zorgverzekering sinformatie?	24. In hoeverre zou u in deze situatie actief zijn in het uitzoeken en het vergelijken van zorginformatie, ziekenhuisinformatie of zorgverzekering sinformatie?	32. In hoeverre zou u in deze situatie actief zijn in het uitzoeken en het vergelijken van zorginformatie, ziekenhuisinformatie of zorgverzekering sinformatie?
N	Valid	272	272	272
	Missing	0	0	0
Mean		2,49	2,71	2,78



§ 4.4.3 Reisafstand per situatie vergeleken

Statistics

		12. Tot welke afstand, gerekend in minuten, bent u in deze situatie bereid om te reizen naar een ander ziekenhuis waar uw zorg wel voor 100% vergoed wordt?	20. Tot welke afstand, gerekend in minuten, bent u in deze situatie bereid om te reizen naar een ander ziekenhuis waar uw zorg wel vergoed wordt?	28. Tot welke afstand, gerekend in minuten, bent u in deze situatie bereid om te reizen naar een ander ziekenhuis waar uw zorg wel vergoed wordt?
N	Valid	272	272	272
	Missing	0	0	0
	Mean	3,22	3,77	4,00