

# Kiezen in de gezondheidszorg



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de  
Volksgezondheid en Zorg bij het advies Marktconcentraties in  
de ziekenhuiszorg

Zoetermeer, 2003



# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>1 Huidige situatie en belang van keuzemogelijkheden</b>	<b>9</b>
1.1 Keuzemogelijkheden in verschillende situaties	12
1.2 Aantal keuzemogelijkheden beperkt door fusies	18
<b>2 Gedrag: het zoeken van informatie</b>	<b>20</b>
<b>3 Wensen ten aanzien van ziekenhuiszorg in verschillende situaties</b>	<b>23</b>
3.1 Conjunct meten	24
Bijlagen	
1 Onderzoeksverantwoording	33
2 Overzicht publicaties RVZ	37



## Samenvatting

### Huidige situatie

Zowel patiënten als niet-patiënten vinden het zelf kunnen kiezen in de gezondheidszorg van groot belang. De keuze van de eigen huisarts heeft hierbij de eerste prioriteit, gevolgd door respectievelijk de behandelmethodede en de specialist. Als er wordt gekeken naar het soort aandoening (chronisch, electief of wens) dan blijkt men vooral bij chronische en electieve aandoeningen veel waarde te hechten aan keuzemogelijkheden. Juist bij deze aandoeningen is er een grote discrepantie tussen behoefte aan keuzemogelijkheden en feitelijke keuzemogelijkheden. Een andere reden waarom keuzemogelijkheden zeer gewenst zijn, is dat de mening over de kwaliteit van verschillende specialisten en verschillende ziekenhuizen nogal verschillend wordt ervaren. Het oordeel over de kwaliteit van huisartsen, specialisten en ziekenhuizen is weliswaar behoorlijk goed, maar het feit dat veel mensen de kwaliteit als variërend ervaren, plaatst deze gegevens in een ander daglicht. De huidige ontwikkeling in Nederlandse ziekenhuizen (fusies en vermindering van het aantal) lijkt een belangrijke rol te spelen. Men heeft de indruk dat hierdoor keuzemogelijkheden sterk worden beperkt.

### Gedrag: het zoeken van informatie

Het hebben van keuzemogelijkheden betekent dat men informatie zal moeten inwinnen over aspecten die men belangrijk vindt bij de keuze. In de meerderheid van de gevallen blijken patiënten echter *geen* informatie te hebben ingewonnen over deze belangrijke aspecten. Hoewel patiënten enerzijds willen kiezen en weten wat ze belangrijk vinden, lijkt het ze anderzijds erg moeilijk om de benodigde informatie te verkrijgen, juist op die aspecten die er toe doen. De huisarts is de belangrijkste bron van informatie over het ziekenhuis. Het vertrouwen in de huisarts is zelfs zo groot dat de meerderheid van de respondenten het eens is met de volgende stelling: 'ik zou naar het ziekenhuis gaan dat door de huisarts geadviseerd wordt'. Naast de huisarts spelen ook kennissen met een medische achtergrond een belangrijke rol bij de informatieverstrekking.

### Wensen ten aanzien van ziekenhuiszorg

Meer dan de helft van de patiënten wil in een ideale situatie kunnen kiezen uit maximaal drie aanbieders (ziekenhuizen). Opmerkelijk is dat zij bereid zijn hiervoor te reizen, maar toch ontevreden zijn over het aantal keuzemogelijkheden in de

gezondheidszorg. Dit gegeven, gecombineerd met het feit dat fusies in de regio als beperking worden ervaren, laat zien dat patiënten, wat keuzemogelijkheden betreft, toch vooral naar hun eigen regio kijken. Ook hier ligt een reden om aan te nemen dat meer keuzemogelijkheden binnen de eigen regio gewenst zijn.

Uit de resultaten van de conjunct meting (het simultaan aanbieden van keuzepakketten) komt de bejegening door de arts als belangrijkste aspect van keuze naar voren. Eveneens blijkt hieruit dat er onder de respondenten een bereidheid bestaat om te reizen en zelfs extra premie te betalen op voorwaarde dat men duidelijk ziet wat men voor deze extra premie terugkrijgt.

## Inleiding

In 2001 heeft de RVZ een advies uitgebracht aan de toenmalige minister van Volksgezondheid over medisch-specialistische zorg in de toekomst. Hierin werd gepleit voor een meer vraaggestuurde zorg waarbij de patiënt centraal staat (bron: [www.rvz.net](http://www.rvz.net)).

Reeds gedurende enige jaren streeft de overheid er naar om (in bepaalde delen van de zorg) marktwerking te introduceren. In een open markt wordt het aanbod bepaald door de vraag. Kernbegrippen zijn concurrentie en ondernemerschap. Doordat de medisch-specialistische zorg sterk gereguleerd is, wordt slecht aangesloten bij de vraag van de markt. Hierdoor ontstaan wachtlijsten. Om marktwerking te realiseren, is het noodzakelijk dat cliënten en zorgverzekeraars keuzemogelijkheden hebben. Door de sterke concentratiebewegingen in de afgelopen jaren (bijvoorbeeld het fuseren van ziekenhuizen) is het aannemelijk dat de keuzemogelijkheden juist afgenomen zijn. Dit zou kunnen betekenen dat er niet voldaan wordt aan één van de belangrijke criteria voor marktwerking in de zorg. Men kan zich dan afvragen of een optimaal marktresultaat in de zin van kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid wel gerealiseerd wordt.

Om deze vraag te beantwoorden heeft TNS NIPO in opdracht voor de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg een onderzoek uitgevoerd met als doel een evaluatie van de huidige situatie en het in kaart brengen van de gewenste situatie onder cliënten. Concreet staan in dit onderzoek twee vragen centraal:

- Welke prioriteit heeft het hebben van keuzemogelijkheden voor cliënten in verschillende situaties en hoeveel zijn zij bereid hiervoor te betalen?
- Als keuzemogelijkheden belangrijk zijn, welke preferenties hebben cliënten dan (waaruit willen cliënten kunnen kiezen en wat kiezen ze dan)?

Het veldwerk van het onderzoek heeft plaatsgevonden in mei en juni 2003. Hierbij is gebruik gemaakt van NIPO CAPI@HOME, een unieke database met 35.000 huishoudens. Via hun eigen PC werken deze personen mee aan allerlei vormen van onderzoek. Voorafgaand aan het onderzoek heeft er een screening plaatsgevonden op grond waarvan de volgende groepen gedefinieerd konden worden:

- chronische patiënten;

- electieve patiënten;
- wenzorg patiënten;
- niet-patiënten.

Van tevoren is stilgestaan bij de vraag of ook acute patiënten als afzonderlijke categorie in het onderzoek zouden moeten worden geïncludeerd. Uiteindelijk is besloten hiervan af te zien. De drijfveren hiervoor waren de volgende: in een acute situatie valt sowieso minder te kiezen; zorg is vaak gericht op levensbehoud. Wanneer men buiten bewustzijn is, kan er van keuze geen sprake zijn. Uit het kwalitatieve vooronderzoek (waarin wél een aantal acute zorgvragers waren opgenomen) bleek dat men veel eerder ging praten over andere zorgsituaties dan de acute. Dit bevestigde bij ons dat van alle te onderscheiden groeperingen deze de minst belangrijke was.

Het rapport is als volgt opgebouwd. Eerst komt het oordeel over de *huidige situatie* waarin ziekenhuispatiënten verkeren aan de orde. Tevens wordt zowel de aanwezigheid van keuzemogelijkheden als het belang van keuzemogelijkheden nagegaan.

Vervolgens wordt ingegaan op *gedragsaspecten*: neemt men de moeite om informatie te gaan zoeken voor zaken waarvan men het belangrijk vindt om de keuze op te baseren? Hoe moeilijk is het om deze informatie te vergaren.

Tenslotte wordt stilgestaan bij de *wensen* die er heersen ten aanzien van het kiezen. In welke mate sluiten de wensen aan bij de mogelijkheden die er in de praktijk zijn? Deze wensen zijn o.a. bepaald aan de hand van een zogenoemde ‘conjunct analyse’, waarin de mensen niet alleen de aantrekkelijkheid van losse componenten bepalen, maar gehele pakketten met zorgaanbod simultaan vergelijken om zo tot een optimale keuze te komen.



## 1 Huidige situatie en belang van keuzemogelijkheden

De tegenwoordige mens vindt het zelf kunnen kiezen, óók in de gezondheidszorg, van zeer groot belang. Of het nu gaat om de huisarts, een ziekenhuis of een medisch specialist, men vindt het van groot belang uiteindelijk zelf de keuze te kunnen maken. Wel is het zo, en dat wordt elders in dit rapport duidelijk, dat veel patiënten vinden dat men lang niet altijd over voldoende kennis beschikt om zelf de keuze te kunnen maken. Verder blijkt dat patiënten het nóg belangrijker vinden om de keuze te kunnen maken dan niet-patiënten.

**Tabel 1.1 Belang van keuzemogelijkheden (in percentages)**

	Keuze van de huisarts		Keuze van een ziekenhuis		Keuze van een medisch specialist		Keuze van een verpleeghuis	
	Niet-patiënt	Patiënt	Niet-patiënt	Patiënt	Niet-patiënt	Patiënt	Niet-patiënt	Patiënt
Heel belangrijk	55	68	38	56	31	50	54	69
Tamelijk belangrijk	40	30	54	39	53	38	41	27
Tamelijk onbelangrijk	4	2	8	5	14	11	1	1
Heel onbelangrijk	0	-	0	0	-	0	0	0
Weet niet	0	0	0	-	2	1	4	3
	100	100	100	100	100	100	100	100

Bron: NIPO, 2003.

Aan patiënten is tevens gevraagd hoe belangrijk zij de keuze uit verschillende behandelmethodes vinden. 96% van de patiënten blijkt deze keuze (heel erg) belangrijk te vinden.

Worden de categorieën ‘heel belangrijk’ en ‘tamelijk belangrijk’ opgeteld dan ontstaat er voor patiënten en niet-patiënten de volgende rangorde:

**Tabel 1.2 Rangorde in belang van keuzemogelijkheden (in percentages)**

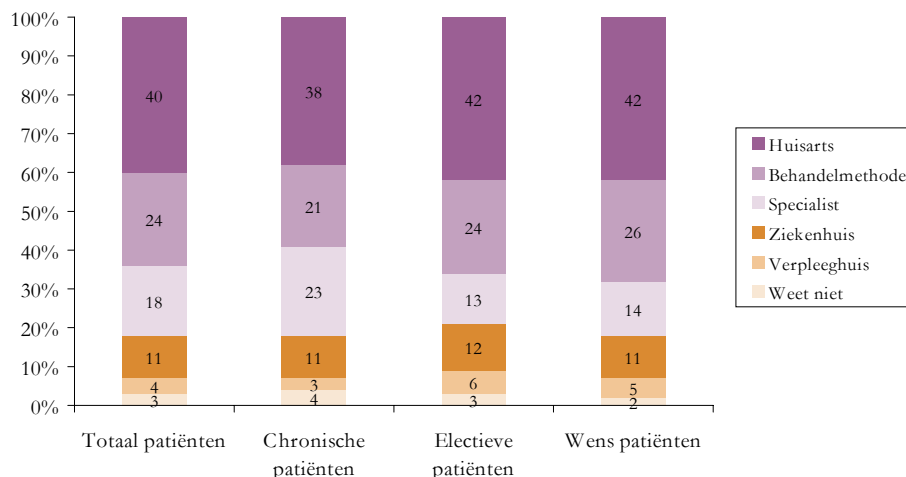
De keuze van een:	Niet-patiënten	Patiënten
Huisarts	95	98
Verpleeghuis	95	96
Behandelmethode	niet gevraagd	96
Ziekenhuis	92	95
Specialist	86	88

Bron: NIPO, 2003.

Voor alle vijf categorieën blijkt dat bijna iedereen, patiënt of niet-patiënt, zelf wil kiezen. Deze keuze is dus voor de moderne zorgconsument essentieel. De verschillen zijn, we hebben het gezien in tabel 1.1, veel groter dan tabel 1.2 doet vermoeden. De keuze voor een huisarts of verpleeghuis wordt heel vaak als ‘heel belangrijk’ gekwalificeerd.

Wanneer de patiënten echt prioriteiten moeten stellen en hun gevraagd wordt wanneer ze keuzemogelijkheden het belangrijkste vinden (één kiezen), blijkt dat de huisarts zonder meer op nummer één komt. 40% kiest voor de huisarts, de behandelmethode komt met 24% op de tweede plaats, gevolgd door de specialist (18%). Langdurig contact met de gezondheidszorg maakt de keuze van een specialist belangrijker: deze keuze wordt door de chronische patiënten significant vaker bovenaan gezet dan door de overige patiënten (23% versus 14%). In tabel 1.2 lijkt de keuze van een specialist het minst belangrijk te zijn. Toch blijkt wanneer men echt prioriteiten moet stellen dit *niet* het geval te zijn. Het zijn de keuzen van het ziekenhuis (11%) en van het verpleeghuis (4%) die hierbij de minste prioriteit krijgen.

**Figuur 1.1** Waarbij vindt u het het belangrijkste om een keuzemogelijkheid te hebben?



Bron: NIPO, 2003.

**Tabel 1.3** Huidige keuzemogelijkheden huisarts (in percentages)

Keuzemogelijkheid huisarts	Niet-patiënten	Patiënten
In grote mate	51	62
In kleine mate	27	24
In het geheel niet	19	13
Weet niet	4	1
Totaal	100	100

Bron: NIPO, 2003.

De geringe keuzemogelijkheid komt ook naar voren uit de vraag in welke mate men denkt (al dan niet op eigen ervaring gebaseerd) dat men in de zorg keuzemogelijkheden heeft. Op een 10-puntsschaal geven niet-patiënten een 6.0 en patiënten een 6.2, een iets hogere waardering dus. We zullen trouwens op de volgende pagina's vaker constateren dat patiënten in het algemeen positiever zijn ten aanzien van keuzemogelijkheden dan niet-patiënten. Blijkbaar is het imago nóg slechter dan het oordeel dat in ieder geval voor een deel op de eigen ervaring gebaseerd zal zijn.

## 1.1 Keuzemogelijkheden in verschillende situaties

Keuze is niet altijd even belangrijk. Het zal duidelijk zijn dat men in geval van een acute aandoening (verkeersongeval, botbreuk, hartinfarct), waarbij men misschien niet eens bij bewustzijn is, andere prioriteiten heeft dan wanneer het gaat om een chronische aandoening. In dit onderzoek is het volgende onderscheid gemaakt:

- acute zorgbehoefte;
- chronische aandoening;
- wenszorg, niet noodzakelijke zorg (bijvoorbeeld facelift, liposuctie, oorcorrectie);
- electieve aandoening (wel noodzakelijke ingreep, maar niet per se op korte termijn).

In de onderstaande tabel is naast het onderscheid naar patiënt en niet-patiënt, tevens het onderscheid naar de verschillende respondenttypen opgenomen (chronisch, electief en wenszorg). Er zijn slechts kleine onderlinge verschillen. De keuzemogelijkheid krijgt een krappe voldoende: een zes op een schaal van 1-10. In onderzoekstermen betekent dit dat men niet zeer enthousiast is over het huidige aantal keuzemogelijkheden.

**Tabel 1.4 Keuzemogelijkheden in de zorg (rapportcijfer)**

	Niet-patiënt	Patiënt			
		Totaal patiënten	Chronisch	Electief	Wenselijk
Keuzemogelijkheden in de zorg	6.0	6.2	6.1	6.1	6.2

Bron: NIPO, 2003.

Keuzemogelijkheden zijn, volgens zowel patiënten als niet-patiënten, het meest belangrijk in het geval van een chronische aandoening.

**Tabel 1.5 Belang van keuzemogelijkheden in verschillende situaties (in percentages)**

	Acute aandoening		Chronische ziekte		Wenzorg		Electieve aandoening	
	Niet-patiënt	Patiënt	Niet-patiënt	Patiënt	Niet-patiënt	Patiënt	Niet-patiënt	Patiënt
Heel belangrijk	18	18	39	60	27	33	30	39
Tamelijk belangrijk	12	20	48	35	31	30	44	47
Tamelijk onbelangrijk	42	41	8	4	9	10	17	7
Heel onbelangrijk	26	21	-	-	13	13	1	1
Weet niet	2	0	5	1	19	14	7	5
	100	100	100	100	100	100	100	100

Bron: NIPO, 2003.

Worden de categorieën ‘heel belangrijk’ en ‘tamelijk belangrijk’ samen genomen, dan ontstaat het onderstaande beeld. We zagen al dat er ten aanzien van een chronische aandoening de grootste behoefte bestaat om te kiezen. Deze wordt gevolgd door keuzemogelijkheden bij een electieve aandoening.

**Tabel 1.6 Belang van keuzemogelijkheden in verschillende situaties (in percentages)**

	Niet-patiënt	Patiënt	Chronische patiënt	Electieve patiënt	Wenzorg patiënt
		Totaal patiënten			
Chronische ziekte	87	95	98	92	91
Electieve aandoening	74	86	88	85	84
Wenzorg	58	63	50	65	82
Acute aandoening	30	38	43	34	35

Bron: NIPO, 2003.

In tabel 1.6 is de afwijkende houding van wenzorg-patiënten ten aanzien van een wenzorg-behandeling opmerkelijk: zij

vinden als enigen het zelf kunnen kiezen bij wenzorg zeer belangrijk (82%).

We weten nu dat men vooral bij chronische ziektes en electieve aandoeningen veel waarde hecht aan keuzemogelijkheden. Nu wordt bezien in welke mate deze wens overeenkomt met de eigen ervaringen van de diverse soorten patiënten en de perceptie van de niet-patiënten.

**Tabel 1.7 Huidige keuzemogelijkheden in verschillende situaties (in percentages)**

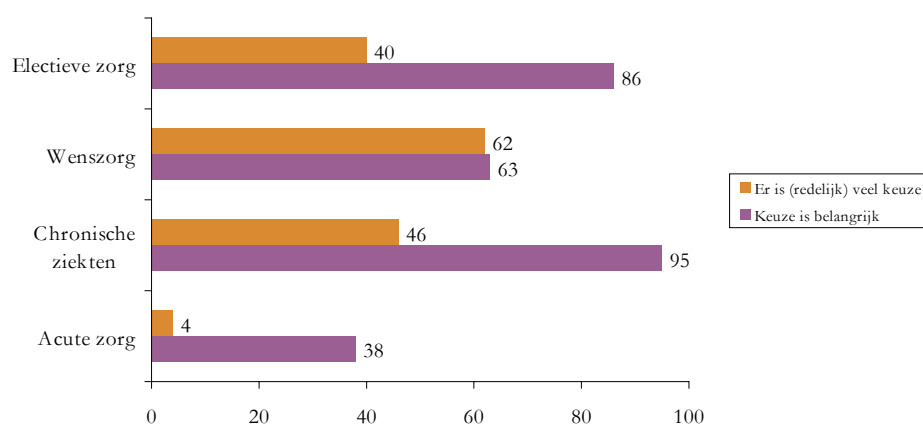
	Acute aandoening		Chronische ziekte		Wenzorg		Electieve aandoening	
	Niet-patiënt	Patiënt	Niet-patiënt	Chronische patiënt	Niet-patiënt	Patiënt	Niet-patiënt	Patiënt
Helemaal geen keuzemogelijkheden	51	57	4	5	3	1	5	6
Beperkte keuzemogelijkheden	35	32	50	42	22	30	50	52
Redelijk veel keuzemogelijkheden	5	4	28	40	35	44	33	31
Heel veel keuzemogelijkheden	1	0	3	6	23	18	7	9
Weet niet	9	7	14	7	17	7	5	3
	100	100	100	100	100	100	100	100

Bron: NIPO, 2003.

Alleen ten aanzien van de wenzorg blijkt dat een meerderheid van de ervaringsdeskundigen van mening is dat er (redelijk) veel keuzemogelijkheden zijn. Juist ten aanzien van chronische ziekten – waarvan we gezien hebben dat juist daar keuzemogelijkheden zeer belangrijk zijn – blijkt minder dan de helft van mening dat er (redelijk veel) keuze is. In veel gevallen (42%) is er slechts beperkte keuze en één op de twintig patiënten heeft zelfs helemaal geen keuze gehad.

Een vergelijking tussen de keuzebehoefte en de keuze-ervaring wordt in de volgende figuur gegeven. Hierbij beperken we ons tot de mening van de patiënten. Met andere woorden: we schenken aandacht aan degenen met ervaring en niet aan de perceptie van niet-ervaringsdeskundigen. Meteen wordt duidelijk dat er sprake is van grote discrepantie tussen behoefte aan keuzemogelijkheden en feitelijke keuzemogelijkheden bij *chronische ziekten* en *electieve aandoeningen*.

**Figuur 1.2** Keuzebehoefte en keuze-ervaring



Bron: NIPO, 2003.

Het tekort aan keuzemogelijkheden – zo mogen we het gezien de discrepantie tussen wens en oordeel echt wel noemen – wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door de gehele wachtlijstproblematiek. De aanwezigheid van wachtlijsten wordt zowel door patiënten als door niet-patiënten als zeer negatief beoordeeld. Daarbij komt dat er weinig vertrouwen is in de aanpak van de problematiek. Gunstig – zeker in relatieve zin – scoort de huisarts: daar kan men in de regel redelijk snel terecht.

**Tabel 1.8 Beoordeling van aspecten die te maken hebben met toegankelijkheid**

	Niet-patiënt	Patiënt			
		Totaal patiënten	Chronisch	Electief	Wenselijk
Wachlijsten in ziekenhuizen	4.0	4.6	4.7	4.7	4.5
Wachttijden in wachtkamer	4.9	5.5	5.7	5.4	5.2
Aanpak wachtlijstprobleem	5.2	5.4	5.3	5.3	5.6
Stiptheid artsen in ziekenhuizen	6.1	6.6	6.8	6.6	6.3
Telefonische bereikbaarheid ziekenhuizen	6.4	6.6	6.7	6.7	6.4
Bereikbaarheid van ziekenhuizen	7.0	7.1	7.1	7.2	7.1
Snelheid waarmee je bij huisarts terecht kunt	7.0	7.5	7.4	7.5	7.5

Bron: NIPO, 2003.

Er zijn nog andere redenen waarom keuzemogelijkheden zeer gewenst zijn. De mening dat 'de kwaliteit' van de specialisten en de kwaliteit van de ziekenhuizen nogal kunnen verschillen doet opgeld: 54% van de niet-patiënten en 62% van de patiënten vindt dat de kwaliteit van de ziekenhuizen 'heel verschillend' tot 'nogal verschillend' is. Voor de specialisten gelden getallen van dezelfde orde van grootte: 46% resp. 62%.

Toch is in het algemeen het oordeel over de 'kwaliteit' van huisartsen, specialisten en ziekenhuizen behoorlijk goed (allemaal zo rond de 7.3, met weinig verschillen tussen patiënten en niet-patiënten). Maar het feit dat veel mensen de kwaliteit niet constant en niet overal gelijk vinden of ervaren, plaatst deze gegevens in een ander daglicht. Er is verschil in de kwaliteit en men wil daarom natuurlijk voor een goede specialist of een goed bekendstaand ziekenhuis kunnen kiezen.



**Tabel 1.9** Beoordeling huisarts, specialist en behandeling in ziekenhuis

	Niet-patiënt	Patiënt			
		Totaal patiënten	Chronisch	Electief	Wenselijk
Kennis en kunde van huisartsen	7.3	7.3	7.3	7.3	7.4
Kennis en kunde van specialisten	7.3	7.3	7.3	7.3	7.4
Kwaliteit behandeling in ziekenhuizen	7.1	7.3	7.5	7.4	7.2

Bron: NIPO, 2003.

Speciaal over ziekenhuizen bestaan er diverse oordelen over zaken die redelijk negatief worden beoordeeld en die ongetwijfeld daarom ook van ziekenhuis tot ziekenhuis zullen verschillen. De efficiency van het werken in en door het ziekenhuis wordt flink ter discussie gesteld. Niet verwonderlijk, ook gezien het bestaan van de wachtlijstenproblematiek. De sfeer, inrichting en bejegening van de patiënten scoren een voldoende, maar krijgen geen overtuigend cijfer. Ten aanzien van de technische uitrusting van de Nederlandse ziekenhuizen denkt men in het algemeen dat die wel redelijk in orde is.

**Tabel 1.10** Beoordeling aspecten van ziekenhuizen

	Niet-patiënt	Patiënt			
		Totaal patiënten	Chronisch	Electief	Wenselijk
Apparatuur van de ziekenhuizen	7.7	7.8	7.9	7.8	7.6
Inrichting/sfeer van de ziekenhuizen	6.4	6.6	6.8	6.6	6.4
Efficiënt werken in ziekenhuizen	5.8	6.2	6.3	6.1	6.0
Bejegening patiënten in ziekenhuizen	6.5	6.9	7.1	6.9	6.8

Bron: NIPO, 2003.

Aan een dienstverlening die (met name voor ziekenhuizen) op belangrijke punten te wensen overlaat, hangt een kostbaar plaatje. Het tarief van een huisartsenconsult wordt (door particuliere patiënten) als niet mals beoordeeld. De premie voor zorgverzekeringen wordt zonder meer als zeer negatief (4.1 bij niet-patiënten en 4.4 bij patiënten) ervaren. Elders in dit rapport zal dan ook blijken dat er met de consument over een kostenverhoging voor een betere dienstverlening moeilijk te praten valt. Daarentegen blijkt uit de conjunct meting, die eveneens verderop in het rapport besproken wordt, dat wanneer het voor respondenten helder is waar de extra premie naar toe gaat (wat men ervoor terug krijgt) men minder stellig hier tegenover staat. Deze bevindingen werden ook in het kwalitatieve onderzoek door patiënten uitgesproken.

**Tabel 1.11**      **Beoordeling premie**

	Niet-patiënt	Patiënt			
		Totaal patiënten	Chronisch	Electief	Wenselijk
Premie huisartsenconsult	5.2	5.4	5.5	5.3	5.3
Premie zorgverzekering	4.1	4.4	4.4	4.4	4.4

Bron: NIPO, 2003.

Al met al krijgt de Nederlandse gezondheidszorg een rapportcijfer van 6.7.

## **1.2 Aantal keuzemogelijkheden beperkt door fusies**

De helft van de respondenten merkt dat er in de Nederlandse ziekenhuizen ontwikkelingen gaande zijn en dat ziekenhuizen fuseren of gaan samenwerken waardoor het aantal ziekenhuizen afneemt. Patiënten ervaren dit logischerwijs sterker dan niet-patiënten, die in een vijfde van de gevallen aangeven geen idee hierover te hebben.

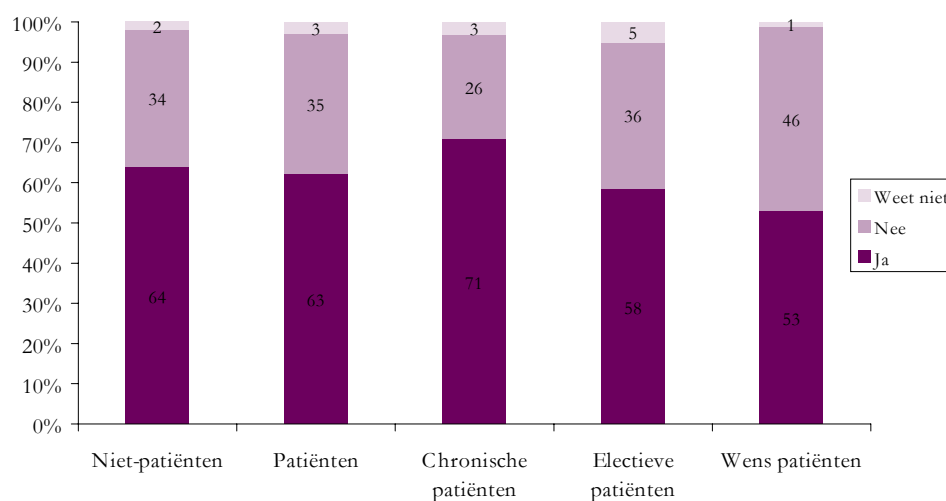
**Tabel 1.12 Fusies, samenwerking en het sluiten van ziekenhuizen in de eigen regio**

	Totaal	Niet-patiënten	Patiënten
Ja	50	45	54
Nee	34	35	34
Weet niet	16	21	13

Bron: NIPO, 2003.

Patiënten en niet-patiënten die deze ontwikkelingen opmerken, hebben in bijna tweederde van de gevallen het idee dat deze ontwikkelingen de keuzemogelijkheden beperken. Met name chronische patiënten hebben hiermee te maken, wat gezien hun frequente contact met ziekenhuizen niet geheel verwonderlijk is. We zagen al dat een aanzienlijk deel van de respondenten vindt dat er maar beperkte of zelfs geen keuzemogelijkheden in de gezondheidszorg zijn. De hier geschetste ontwikkeling in Nederland lijkt hier een belangrijke rol in te spelen.

**Figuur 1.3 Heeft u de indruk dat door ontwikkelingen in Nederland (fusies en het sluiten van ziekenhuizen) uw keuzemogelijkheden voor een ziekenhuis beperkt worden?**

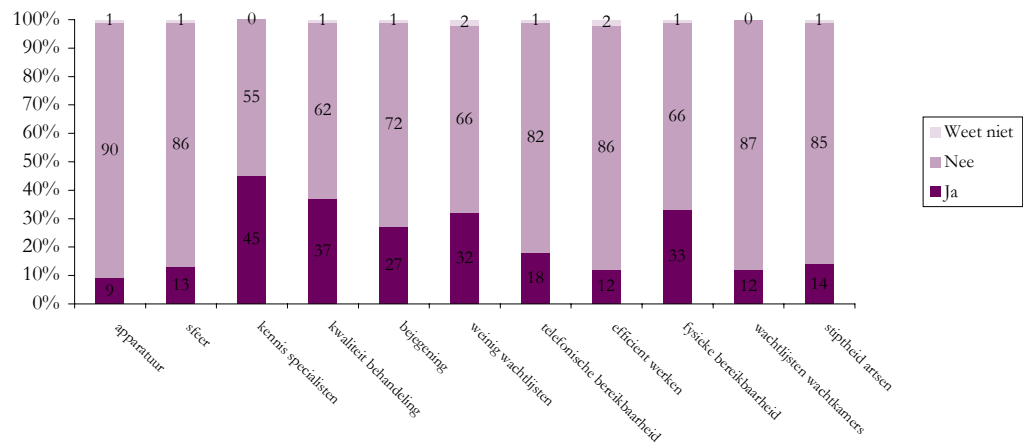


Bron: NIPO, 2003.

## 2 Gedrag: het zoeken van informatie

Het baseren van keuzemogelijkheden impliceert dat men zich moeite zal getroosten om informatie in te winnen over de aspecten die men heel belangrijk vindt. In de meerderheid van de gevallen hebben patiënten *geen* informatie ingewonnen over deze belangrijke aspecten.

**Figuur 2.1** Ingewonnen informatie

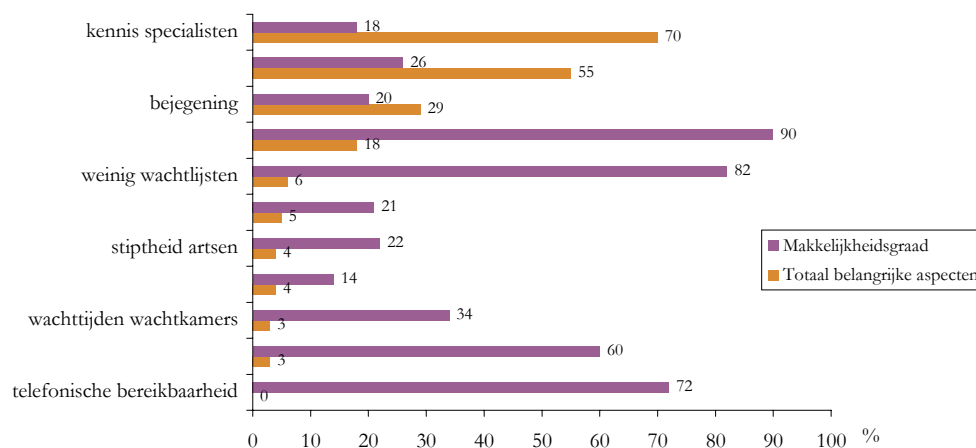


Bron: NIPO, 2003.

Dan rijst meteen de vraag of de gewone zorgconsument in staat is om over deze aspecten informatie in te winnen.

Daartoe wordt een vergelijking gemaakt van de belangrijke aspecten van de ziekenhuiszorg met de moeilijkheidsgraad om informatie hierover op te diepen. Per aspect is daarom de vraag gesteld hoe moeilijk of makkelijk het men (zonder ervaring met informatie zoeken) lijkt om daarover informatie in te winnen. In onderstaande grafiek wordt de belangrijkheid vergeleken met het percentage personen dat denkt *weinig moeite* te hebben met het inwinnen van informatie op dat gebied.

**Figuur 2.2** Het gemak waarmee informatie over verschillende aspecten ingewonnen kan worden (patiënten zonder ervaring met informatie zoeken)



Bron: NIPO, 2003.

De hierboven vermelde uitkomsten zijn redelijk schokkend. Blijken voor veel consumenten/patiënten de kennis van de specialist, de behandeling in het ziekenhuis en de bejegening door de artsen de belangrijkste keuzecriteria, het zijn eveneens de criteria waarover het heel moeilijk lijkt informatie in te winnen. *Kortom: de patiënt wil kiezen, de patiënt weet wat hij belangrijk vindt, maar ... hij weet niet hoe hij aan de benodigde informatie kan komen.* En dus gaat de patiënt naar de enige die hij deskundig vindt en die hij vertrouwt: de huisarts. Patiënten die *wel* naar informatie gezocht hebben over de ziekenhuiszorg vinden dat deze informatie aanzienlijk makkelijker te vinden is dan patiënten die dit *niet* gedaan hebben. Toch blijft het feit dat de meerderheid *niet* op zoek gaat naar informatie en de reden hiervan is dat in de perceptie van de patiënten deze informatie zeer moeilijk te vinden is. In de volgende tabel wordt de zeer belangrijke rol van de huisarts duidelijk. Daarnaast zal in veel gevallen informatie worden verkregen via familie, vrienden of kennissen waaraan men veel waarde ontleent, omdat zij een achtergrond in de zorg hebben. Ook het internet is zeer belangrijk, met name voor de electieve patiënt. Hier kan sprake zijn van een enigszins vertekend beeld, omdat het onderzoek enkel is uitgevoerd onder computerbezitters. Er is daarentegen wel gecorrigeerd voor leeftijd en ook oudere patiënten zijn in

het onderzoek opgenomen (zie onderzoeksverantwoording voor de leeftijdsopbouw van de steekproef).

**Tabel 2.1 Bronnen die men zou raadplegen voor informatie over het ziekenhuis (in percentages)**

Welke bronnen zou men raadplegen om informatie over een ziekenhuis te krijgen?	Chronische patiënt	Electieve patiënt	Wenzorg patiënt
Huisarts	86	78	83
Kennissen met medische achtergrond	56	60	66
Internet	41	51	47
Specialist	39	31	33
Patiëntenvereniging	37	24	25
Zorgverzekeraar	30	34	25
Kennissen zonder medische achtergrond	25	35	39
Folders	25	28	26

Bron: NIPO, 2003.

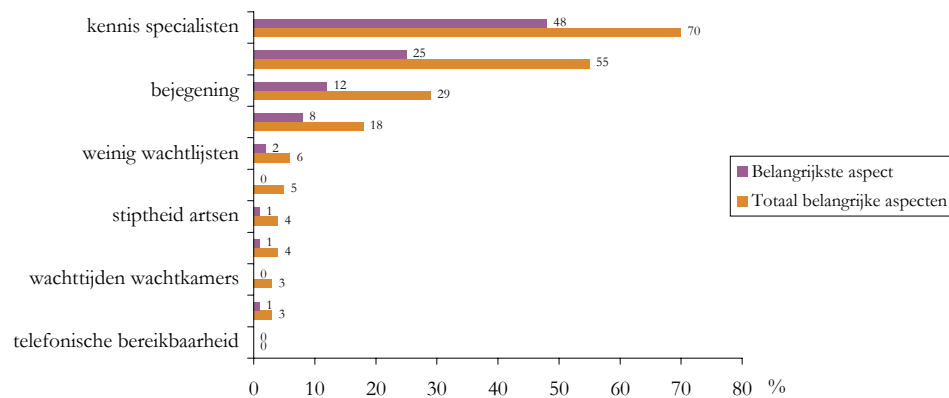
Het vertrouwen in de huisarts is gelukkig groot. 81% van de respondenten is het met de bewering eens dat men 'naar dat ziekenhuis zou gaan dat mijn huisarts zou adviseren'. De helft van alle ondervraagden onderschrijft de mening dat in de praktijk vooral de huisarts bepaalt in welk ziekenhuis je terecht komt. Kiezen in de gezondheidszorg is wenselijk, maar zeer moeilijk. De stelling dat 'iemand die niet medisch geschoold is nooit zelf een behandeling kan kiezen, dat moet aan artsen overgelaten worden' wordt door een meerderheid (55%) onderschreven. Ook de vele wachtlijsten werken averechts voor de keuzemogelijkheden om in de gezondheidszorg te kiezen. De bewering 'vanwege de vele wachtlijsten valt er eigenlijk niets te kiezen in de gezondheidszorg' kan bij 59% op instemming rekenen.

### 3 Wensen ten aanzien van ziekenhuiszorg in verschillende situaties

Men wil graag kiezen, maar men kan in onvoldoende mate informatie verzamelen over belangrijke aspecten hierbij. Waarop zou men zijn keuze willen baseren? Het volgende figuur geeft daar inzicht in; zowel het belangrijkste aspect (eerstgenoemde antwoord) als het totaal (totaal van alle gegeven antwoorden) van belangrijke aspecten worden er in weergegeven.

Duidelijk is toch dat de kennis van specialisten en daarmee de kwaliteit van de behandeling voorop staan. De bejegening, fysieke bereikbaarheid en wachtlijsten komen daarna. De overige aspecten spelen geen rol van betekenis. Op de volgende pagina - waar het zogenoemde *conjunct meten* aan de orde komt - zal daarom van deze attributen gebruik worden gemaakt.

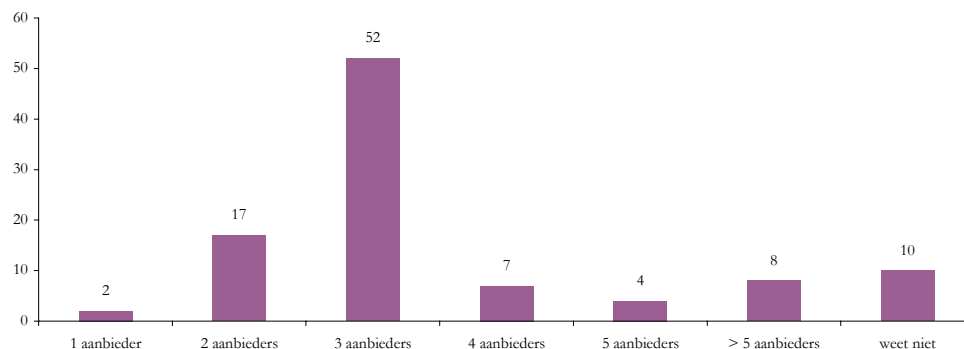
**Figuur 3.1** Belangrijke aspecten voor keuzemogelijkheden



Bron: NIPO, 2003.

Inmiddels is overduidelijk dat patiënten keuzemogelijkheden in de gezondheidszorg belangrijk vinden, maar uit hoeveel aanbieders zouden zij een keuze willen maken? De helft (52%) van de patiënten zou in een ideale situatie willen kiezen uit drie verschillende aanbieders (lees: ziekenhuizen).

**Figuur 3.2**      **Aantal aanbieders waaruit men zou willen kiezen**



Bron: NIPO, 2003.

De mogelijkheid om te kiezen uit verschillende aanbieders impliceert uiteraard dat mensen bereid moeten zijn om te reizen. Uit het onderzoek blijkt dat circa 33% van de onderzochte patiënten bereid is om meer dan 50 km te reizen voor een behandeling in het ziekenhuis. Wordt er gekeken naar het aantal kilometers dat patiënten daadwerkelijk naar het ziekenhuis moesten reizen om een behandeling te ondergaan, dan blijkt slechts 7% van hen meer dan 50 km van huis te zijn behandeld. Er is dus een reisbereidheid onder patiënten, maar wanneer men kijkt naar de praktijk dan worden patiënten meestal dicht bij huis behandeld.

Opmerkelijk is dat patiënten aangeven dat ze enerzijds willen kunnen kiezen uit circa drie aanbieders en dat zij bereid zijn te reizen naar een ziekenhuis, maar anderzijds toch ontevreden zijn over het aantal keuzemogelijkheden in de gezondheidszorg. Dit gegeven, gecombineerd met het feit dat patiënten fusies in de regio als beperking ervaren, laat zien dat patiënten behandeling liever vlak bij huis zoeken en vooral binnen hun eigen regio kijken. In de volgende paragraaf komt de reisbereidheid nogmaals ter sprake.

### **3.1 Conjunct meten**

Conjunct meten is een instrument om een keuzeproces in kaart te brengen. Hierdoor kunnen wensen ten aanzien van (toe-



komstige) keuzes in de zorg achterhaald worden. Het doel van conjunct meten is na te gaan hoe het afwegingsproces voor een keuze zich bij de consument voltrekt en het belang van verschillende producteigenschappen daarbij. Hiervoor kunnen mensen niet alleen de aantrekkelijkheid van losse componenten bepalen, maar gehele pakketten met zorgaanbod simultaan vergelijken om zo tot een optimale keuze te komen. Het uitgangspunt is dat een product of dienst kan worden gezien als een verzameling eigenschappen of attributen. Aan elke eigenschap zijn weer een aantal niveaus toe te kennen.

Uit het kwalitatieve en kwantitatieve onderzoek, dat heeft plaatsgevonden voorafgaand aan het conjunct meten, zijn de volgende attributen en niveaus als belangrijkste naar voren gekomen en opgenomen in deze conjunct meting:

*Kennis en kunde van specialisten*

- een topspecialist;
- een specialist met een goede reputatie;
- een specialist die nog in opleiding is.

*Houding arts tot patiënt*

- onaardig en niet-geïnteresseerd;
- vriendelijk maar afstandelijk;
- vriendelijk en begripvol;
- vriendelijk en oprecht meelevend.

*Locatie ziekenhuis*

- in Nederland binnen een halfuur bereikbaar;
- in Nederland binnen een uur bereikbaar;
- in Nederland binnen twee uur bereikbaar;
- in het buitenland.

*Prijs (extra premie per maand)*

- 0 euro per maand;
- 1 euro per maand;
- 10 euro per maand;
- 20 euro per maand.

*Wachttijd*

- geen wachttijd;
- twee weken wachttijd;
- een maand wachttijd;
- drie maanden wachttijd.

De respondent kreeg paarsgewijs circa 20 tot 25 keuzemogelijkheden te zien. Het computerprogramma gebruikt de input van de respondent steeds weer om nieuwe sets te bepalen. Zo worden de keuzemogelijkheden steeds moeilijker gemaakt voor de consument. De verschillende keuzemogelijkheden zijn voorgelegd aan een groep chronische patiënten, een groep electieve patiënten en een groep patiënten die een wensbehandeling hebben ondergaan.

Het scherm ziet er bijvoorbeeld als volgt uit:

<i>Behandeling door: een top-specialist</i>					<i>Behandeling door: een specialist in opleiding</i>				
<i>Houding arts: vriendelijk maar afstandelijk</i>					<i>Houding arts: vriendelijk en oprecht meelevend</i>				
<i>Locatie: in Nederland binnen twee uur bereikbaar</i>					<i>Locatie: in Nederland binnen halfuur bereikbaar</i>				
<i>Extra premie: 20 euro per maand</i>					<i>Extra premie: 0 euro per maand</i>				
<i>Een maand wachttijd</i>					<i>Geen wachttijd</i>				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Het belang van verschillende attributen in dit beslissingsproces wordt uitgedrukt in een gewicht dat ook wel het relatief belang genoemd wordt. De som van deze gewichten (relatieve belangen) is 100%.

Uit de resultaten van de conjunct meting komt de houding van de arts tot patiënt als belangrijkste naar voren. Op de tweede plaats gevolgd door de locatie van het ziekenhuis. Opmerkelijk is dat de kennis en kunde van de specialist relatief laag scoort. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat de kennis van zowel een topspecialist als een specialist met een goede reputatie min of meer als vanzelfsprekend wordt ervaren. De enige onacceptabele optie is hier de assistent die nog in opleiding is. Deze resultaten kwamen ook naar voren in het kwalitatieve onderzoek onder patiënten.

**Tabel 3.1**      **Relatief belang van verschillende attributen**

	<b>Totaal relatief belang (%)</b>	<b>chronisch</b>	<b>electief</b>	<b>wenzorg</b>
Houding arts tot patiënt	26.8	28.6*	25.3	25.2*
Locatie ziekenhuis	20.4	20.0	21.2	20.4
Prijs	18.5	17.1*	19.4	20.0*
Behandeling door (topspecialist-agio)	18.2	17.6	18.6	18.8
Wachttijd	16.1	16.6	15.5	15.7
	100	100	100	100

Bron: NIPO, 2003.

\* = statistisch significant

De houding van de arts is voor chronische patiënten significant belangrijker, de prijs is voor hen significant minder belangrijk dan gemiddeld. De deelnutswaarden geven voor elk niveau een indicatie van het belang dat de respondenten hieraan hechten. Uit de conjunct meting komt het volgende beeld naar voren.

**Tabel 3.2 Deelnutswaarden van de verschillende niveaus**

	Totaal N=384	Chronisch N=180	Electief N=82	Wenzorg N=122
<b>Behandeling door: (topspecialist-agio)</b>				
Topspecialist	40.2	38.9	41.6	41.4
Specialist met een goede reputatie	32.6	30.9	33.5	34.5
Een specialist die nog in opleiding is	1.1	1.0	1.1	1.1
<b>Houding arts tot patiënt</b>				
Vriendelijk en oprecht meelevend	59.5	64.0*	56.1	55.3*
Vriendelijk en begripvol	53.7	57.9*	51.1	49.1*
Vriendelijk maar afstandelijk	33.4	34.4	31.8	33.1
Onaardig en niet-geïnteresseerd	1.0	1.0	0.4	1.3
<b>Locatie ziekenhuis</b>				
In Nederland binnen een halfuur bereikbaar	45.0	44.6	46.4	44.6
In Nederland binnen een uur bereikbaar	36.3	35.0	38.9	36.5
In Nederland binnen twee uur bereikbaar	22.9	21.6	23.8	24.1
In het buitenland	1.8	2.0	2.0	1.3
<b>Prijs (extra premie per maand)</b>				
0 euro per maand	40.3	37.3*	42.0	43.4
5 euro per maand	31.3	28.3*	32.7	34.7
10 euro per maand	17.1	15.6*	17.1	19.5*
20 euro per maand	2.7	2.5	3.8	2.3
<b>Wachttijd</b>				
Geen wachttijd	34.1	36.0	32.4	32.5
Twee weken wachttijd	28.1	29.5	26.9	26.6
Een maand wachttijd	16.7	17.3	15.5	16.6
Drie maanden wachttijd	2.3	2.2	2.6	2.1

Bron: NIPO, 2003.

Uit tabel 3.2 valt af te lezen dat de volgende keuzemogelijkheden onacceptabel zijn:

- Een behandeling door een specialist die nog in opleiding is;
- Een behandeling door een onaardige en niet-geïnteresseerde arts;
- Een ziekenhuis in het buitenland;
- Een premie van 20 euro per maand extra;
- Een wachttijd van langer dan drie maanden.

Uit tabel 3.2 valt eveneens af te lezen dat de ideale situatie er als volgt uitziet:

- Een behandeling door een topspecialist;
- Een behandeling door een vriendelijke en oprecht meelevende arts;
- Een ziekenhuis in Nederland binnen een halfuur bereikbaar;
- Geen extra premie per maand;
- Geen wachttijd.

Dit scenario is uiteraard in de meeste situaties niet haalbaar. Hierna wordt van de resultaten van het conjunctonderzoek een aantal voorbeelden geschetst.

**Tabel 3.3 Voorbeelden Conjana**

	<b>Situatie 1 (ideaal)</b>	<b>Situatie 2</b>	<b>Situatie 3</b>
Behandeling door:	topspecialist	topspecialist	specialist goede reputatie
Houding arts tot patiënt:	vriendelijk en oprecht meelevend	vriendelijk en oprecht meelevend	vriendelijk en begripvol
Locatie ziekenhuis	in Nederland binnen half uur	in Nederland binnen twee uur	in Nederland binnen een uur
Prijs (extra premie/maand)	0 euro	10 euro	5 euro
Wachttijd	geen	geen	twee weken
<b>Acceptatie-/koopkans</b>	<b>90</b>	<b>78</b>	<b>82</b>

Bron: NIPO, 2003.

Uit deze voorbeelden blijkt eveneens dat er onder respondenten een bereidheid bestaat om te reizen en zelfs om extra premie te betalen. In deze situaties is het voor de patiënt volledig duidelijk wat voor voordelen de extra premie of extra reistijd

biedt. Eerder in de rapportage kwam naar voren dat patiënten *niet* erg bereid zijn extra premie te betalen. De conjunct meting laat echter zien dat wanneer voor de patiënten helder is waar de extra premie blijft, zij hier niet meer zo stellig tegenover staan.

# Bijlagen





## Bijlage 1

### Onderzoeksverantwoording

#### Steekproef

Aan het onderzoek hebben 280 niet-patiënten en 478 patiënten meegewerkt. Voorafgaand aan het onderzoek heeft er een screening plaatsgevonden om de volgende groepen te definiëren:

- chronische patiënten;
- electieve patiënten;
- wenzorg patiënten;
- dieetpatiënten.

Er werd in de screening gevraagd of respondenten in de afgelopen 12 maanden ervaring hebben gehad met deze vormen van zorg. In onderstaande tabel staat een overzicht van de steekproefopbouw:

**Tabel 1** Steekproefopbouw

	Ongewogen aantallen	Herwogen aantallen
<b>Type patiënt/niet-patiënt</b>		
chronisch	217	206
electief	105	102
wens	156	157
niet-patiënt	280	306
<b>Geslacht</b>		
man	340	385
vrouw	418	386
<b>Leeftijd</b>		
18-34 jaar	206	253
35-54 jaar	287	299
55 jaar en ouder	265	219
Totaal	758	771

Bron: NIPO, 2003.

### **Methode van onderzoek**

Het onderzoek is uitgevoerd met behulp van NIPO CAPI@HOME in mei en juni van 2003. CAPI@HOME is een unieke database met 35.000 huishoudens. Via hun eigen PC werken deze personen mee aan allerlei vormen van onderzoek. Hieronder staat een aantal voordelen van CAPI@HOME:

### **25 voordelen van NIPO CAPI@HOME**

- Zeer eenvoudig bereik van specifieke doelgroep.
- Vervolgmetingen mogelijk: men kan bij vervolgmetingen bij dezelfde personen terecht.
- Sterk verbeterde kwaliteit van de verkregen gegevens. Door de geboden vrijheid zijn de respondenten meer gemotiveerd, en nemen ze de tijd om bij open vragen precies te vertellen wat hen beweegt.
- Kwalitatief betere antwoorden en een hoge respons. Het komt niet altijd gelegen om mee te werken aan een telefonisch onderzoek. Op deze manier kan de respondent zelf beslissen welk tijdstip het beste uitkomt om de vragenlijst in te vullen. Hierdoor zijn de respondenten meer gemotiveerd en nemen de tijd om precies te vertellen wat hen beweegt.
- Optimale objectiviteit en privacy. Er is geen beïnvloeding door een interviewer; de vragen kunnen in volstrekte anonimiteit worden beantwoord.
- Geen a-typisch gedrag, omdat een huishouden slechts met een beperkte frequentie wordt ingeschakeld en een beloning krijgt voor participatie.
- Toonmateriaal kan (in kleur) op het scherm worden aangeboden.
- Gemakkelijk te bedienen software maakt het ook voor ouderen en lager opgeleiden mogelijk mee te doen aan deze vorm van onderzoek.
- Snelheid. De vragenlijst wordt na goedkeuring regelrecht digitaal naar de respondent verzonden. De eerste resultaten kunnen binnen enkele dagen beschikbaar zijn.
- In de database is veel informatie over alle respondenten beschikbaar. Dit maakt het mogelijk om snel onderzoek te doen naar zeer laag gepenetreerde artikelen of diensten. Een tijdrovende screening is niet meer nodig.

## **Toelichting tabellen**

### *Afrondingen*

Alle percentages die in het rapport vermeld staan, zijn volgens een vaste afrondingsinstructie berekend. Het gevolg kan zijn dat optellingen van de afzonderlijke percentages niet precies gelijk zijn aan de apart vermelde som van deze percentages. Indien zo'n klein verschil zich voordoet, is dit te wijten aan het afronden.

### *Meervoudige percentages*

In sommige gevallen kunnen ondervraagden op een vraag meer antwoorden geven, waardoor het totaal van de antwoorden boven de 100% uitkomt.



## Bijlage 2

### Overzicht publicaties RVZ

De publicaties t/m 02/08 zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 19.23.24.322 t.n.v. VWS te Den Haag, o.v.v. RVZ en het desbetreffende publicatienummer. M.i.v. publicatienummer 02/09 zijn de publicaties te bestellen via de website van de RVZ ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11).

#### Adviezen en achtergrondstudies

03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€	15,00
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€	15,00
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€	15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultaten onderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/05	Van patiënt tot klant	€	15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€	15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€	15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€	15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€	15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€	15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€	15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€	15,00

02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€	15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€	15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€	15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€	15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€	15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€	15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€	15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€	15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€	15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€	15,00
02/05	E-health in zicht	€	15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€	15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€	13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	€	13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61
01/08	Verzekerbareid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennende studie)	€	11,34
01/04E	Healthy without care	€	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€	19,29
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€	6,81
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies		

	(achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€	13,61
00/03	De rollen verdeeld	€	13,61

#### **Bijzondere publicaties**

01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen		gratis
01M/01E	E-health in the United States	€	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€	9,08
01/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€	6,81
01/02	De RVZ over het zorgstelsel	€	9,08
01/01	Management van beleidsadvisering	€	11,34

#### **Signalementen**

Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€	15,00
-----------	---------------------------	---	-------

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 7100  
2701 AC Zoetermeer  
Tel 079 368 73 11  
Fax 079 362 14 87  
E-mail [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)  
URL [www.rvz.net](http://www.rvz.net)

**Colofon**

Ontwerp: 2D3D, Den Haag  
Fotografie: Eric de Vries  
Druk: Quantas, Rijswijk  
Uitgave: 2003  
ISBN: 90-5732-124-6

*U kunt deze publicatie onder vermelding van publicatienummer 03/10 bestellen via de website van de RVZ ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11). De prijs van de publicatie is € 15,00.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg