



Inzicht in zorgmijden

Aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken

Thamar E.M. van Esch
Anne E.M. Brabers
Christel van Dijk
Peter P. Groenewegen
Judith D. de Jong

ISBN 978-94-6122-347-0

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2015 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Managementsamenvatting	4
1 Aanleiding	10
2 Aard en omvang van zorgmijden	14
3 Kenmerken van mensen die zorg mijden	25
4 Redenen voor het mijden van zorg	33
5 Gevolgen van zorgmijden	37
6 Seizoenseffecten in zorgmijden	45
7 Beschouwing	47
Dankwoord	53
Bijlage A Protocol	54
Bijlage B Onderzoeksverantwoording	91
Bijlage C Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg	102
Bijlage D Kennis respondenten zorgverzekeringen	117
Referenties	122

Managementsamenvatting

Dit onderzoek was gericht op het verkrijgen van inzicht in de aard en omvang van het mijden van zorg, het achterhalen van redenen voor het mijden van zorg en kenmerken van mensen die zorg mijden. Het ging daarbij om het afzien van huisartsenzorg en het afzien van vervolgzorg. Vervolgzorg betreft hier het opvolgen van een verwijzing naar een medisch specialist, het ophalen van geneesmiddelen of het laten uitvoeren van diagnostiek (zie ook box 1).

Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen is gebruik gemaakt van diverse bronnen: er is een vragenlijst afgenomen onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL, er zijn interviews afgenomen onder panelleden die aangaven dat zij zorg hebben gemeden, er is gebruik gemaakt van registratiedata afkomstig uit de NIVEL Zorgregistraties Huisartsen en er is een koppeling gemaakt met declaratiegegevens van Vektis¹. Daarmee is gebruik gemaakt van de beste data die op dit moment beschikbaar zijn om meer inzicht te krijgen in het mijden van zorg (zie ook box 2).

Naast sterke kanten, kent dit onderzoek ook beperkingen. Die beperkingen zijn relevant voor de interpretatie van de resultaten en noemen we daarom meteen. Bepaalde kwetsbare groepen ontbreken in vragenlijstonderzoek². In dit onderzoek hebben we weliswaar extra mensen met lage inkomens benaderd, maar dit neemt niet weg dat de meest kwetsbare groep ontbreekt. Dit betekent dat het in ons onderzoek gevonden percentage mensen dat huisartsenzorg mijdt, een onderschatting kan zijn. Voor vervolgzorg beschikten we over data tot en met 2013 (verwijzingen) en tot en met 2014 (geneesmiddelen). Meer recente data zijn nog niet beschikbaar. Het is daarmee niet bekend wat het effect van de stijging van het eigen risico na 2013 is geweest.

De kernboodschappen van het onderzoek zijn:

- Vijftien procent van de mensen heeft in de 12 maanden voorafgaand aan de vragenlijst afgezien van een bezoek aan de huisarts.
- Drie procent van de mensen ziet af van een bezoek aan de huisarts vanwege financiële redenen. Dit percentage neemt niet toe door de jaren heen.
- Jongvolwassenen (18-39 jaar) en mensen met lagere inkomens zien vaker af van huisartsenbezoek vanwege financiële redenen, dan mensen vanaf 40 jaar en mensen met hogere inkomens.
- 48% van de mensen die afzien van een bezoek aan de huisarts geeft achteraf aan dat het geen goede beslissing was.
- Het percentage mensen dat een verwijzing niet opvolgt stijgt sinds 2010.
- Het percentage mensen dat geneesmiddelen niet ophaalt is gedaald tussen 2008 en 2010. Van 2011 naar 2012 steeg het percentage en sindsdien is het vrijwel constant.

¹ De gegevens van Vektis zijn gebaseerd op declaraties bij zorgverzekeraars. De declaraties voor ziekenhuiszorg omvatten sinds 2008 rond 99% van alle verzekerden. De declaraties voor geneesmiddelen omvatten sinds 2008 bijna 100% van alle verzekerden.

² Hier wordt een lastig af te bakenen groep bedoeld van mensen met onvoldoende hulpbronnen om op eigen kracht bepaalde moeilijkheden en tegenslagen te overwinnen en om hun leven vorm te geven op de manier die zij wensen. Zie Winsemius, 2011 voor een uitgebreide toelichting.

- Voor diagnostiek kunnen op basis van dit onderzoek geen conclusies worden getrokken over het mijden van zorg.
- Jongvolwassenen (18-39 jaar) zien vaker af van vervolgzorg dan andere leeftijdsgroepen. Mensen die in achterstandswijken wonen, halen vaker hun voorgeschreven geneesmiddelen niet op dan mensen in andere wijken.
- In de hele onderzoeksperiode was er sprake van het afzien van vervolgzorg (minimaal 18% bij verwijzingen en 24% bij geneesmiddelen). De toename in het afzien van vervolgzorg vindt vooral plaats onder patiënten met chronische aandoeningen.
- In januari en februari halen mensen gemiddeld vaker hun geneesmiddelen niet op dan in de rest van het jaar.
- Het onderzoek roept relevante vragen op voor vervolgonderzoek.

Box 1

Hoe is het mijden van zorg gedefinieerd in dit onderzoek?

In dit onderzoek worden twee hoofdvormen van het mijden van zorg onderzocht, namelijk:

-Afzien van huisartsenzorg: niet naar de huisarts gaan terwijl iemand dat wel heeft overwogen.

Hiervoor kunnen mensen verschillende redenen hebben. Als mensen zorgmijden vanwege de verwachte (vervolg)kosten dan beschouwen we dat als ongewenst.

-Afzien van vervolgzorg: het advies van de huisarts niet opvolgen. De volgende typen adviezen van huisartsen zijn onderzocht: een recept voor geneesmiddelen, een verwijzing naar een medisch specialist en een aanvraag voor diagnostisch onderzoek.

Alle door de huisarts geadviseerde zorg, dus alle vervolgzorg, wordt in dit onderzoek als noodzakelijk beschouwd. Dit onderzoek beperkt zich tot het afzien van zorg die verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet (de basisverzekering).

Vijftien procent van de mensen heeft in de 12 maanden voorafgaand aan de vragenlijst afgezien van een bezoek aan de huisarts

Uit vragenlijstonderzoek onder 2.424 mensen binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg blijkt dat het totale percentage mensen dat afziet van een bezoek aan de huisarts 15% is. Meer dan de helft (53%) van hen doet dat omdat ze denken dat de klacht vanzelf overgaat. Ongeveer 20% vond de klacht niet ernstig genoeg/had er niet echt last van. Ook ongeveer één vijfde (22%) wilde het probleem zelf oplossen en ook ongeveer één vijfde (21%) zag op tegen (eventuele) (vervolg)kosten. Een analyse van het gemiddeld aantal huisartsenbezoeken per jaar geeft geen aanwijzingen dat in de periode 2008 t/m 2014 sommige groepen vaker hebben afgezien van een bezoek aan de huisarts, terwijl anderen juist vaker gingen.

Drie procent van de mensen ziet af van een bezoek aan de huisarts vanwege financiële redenen. Dit percentage neemt niet toe door de jaren heen

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat ongeveer 3% van de mensen afziet van een bezoek aan de huisarts vanwege financiële redenen. Dit percentage is in 2015 niet hoger dan in 2009 en 2012.

Jongvolwassenen (18-39 jaar) en mensen met lagere inkomens zien vaker af van huisartsenbezoek vanwege financiële redenen, dan mensen vanaf 40 jaar en mensen met hogere inkomens

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat jongeren en mensen met lagere inkomens vaker afzien van een bezoek aan de huisarts vanwege financiële redenen, dan mensen vanaf 40 jaar en mensen met

hogere inkomens. Als alle redenen voor het afzien van een bezoek aan de huisarts worden samengenomen dan zien we dat vrouwen, hoger opgeleiden, jongeren en mensen met lagere inkomens vaker afzien van een bezoek aan de huisarts. Het al dan niet hebben van een zelfgerapporteerde chronische aandoening is niet gerelateerd aan het afzien van een bezoek aan de huisarts. Mensen die schulden moeten maken en mensen die negatiever aankijken tegen geneesmiddelengebruik, zien vaker af van een bezoek aan de huisarts. Mensen die er meer van overtuigd zijn dat anderen invloed hebben op hun gezondheid zien minder vaak af van een bezoek aan de huisarts.

48% van de mensen die afzien van een bezoek aan de huisarts geeft achteraf aan dat het geen goede beslissing was

Het vragenlijstonderzoek laat zien dat ongeveer de helft van de mensen die afzien van een bezoek aan de huisarts zijn beslissing achteraf niet goed vindt. Van de mensen die afzagen van een bezoek aan de huisarts vanwege de kosten is dit 70%. Van de respondenten die hebben afgezien van een bezoek aan de huisarts geeft ongeveer de helft (47%) aan dat de klacht gelijk is gebleven. Bij 16% is de klacht erger geworden. Bij mensen die afzien van een bezoek aan de huisarts vanwege de kosten is dit 25%. 33% van de mensen die heeft afgezien van een bezoek aan de huisarts geeft aan nog veel last te hebben van de klacht. Bij mensen die kosten als reden voor het afzien hebben gegeven is dat 44%.

Het percentage mensen dat een verwijzing niet opvolgt stijgt sinds 2010

Uit de gekoppelde data van Vektis en de NIVEL Zorgregistraties blijkt dat van de patiënten die van de huisarts een nieuwe verwijzing naar een medisch specialist krijgen, het deel dat die verwijzing niet binnen een half jaar opvolgt stijgt met de jaren. In 2008 en 2009 was dit percentage mijders van vervolgzorg relatief constant op 18-20%, in 2011 steeg het naar 23% en in 2012 en 2013 naar respectievelijk 26% en 27%. Specialismen waarbij het percentage zorgmijders het laagst is zijn *keel-neus- en oorheelkunde* (13%), *orthopedie* (13%) en *neurologie* (15%). Het percentage zorgmijders is het hoogst bij *revalidatiegeneeskunde* (43%), *interne geneeskunde* (48%) en *plastische chirurgie* (56%).

Het percentage mensen dat geneesmiddelen niet ophaalt is gedaald tussen 2008 en 2010. Van 2011 naar 2012 steeg het percentage en sindsdien is het vrijwel constant

Uit de gekoppelde data van Vektis en de NIVEL Zorgregistraties blijkt dat van de patiënten die van de huisarts een recept voor geneesmiddelen krijgen, het percentage dat de geneesmiddelen niet binnen zeven dagen ophaalt vrijwel constant was in 2010 en 2011. Van 2011 naar 2012 steeg het percentage zorgmijders van 24% naar 28% en sindsdien is het weer vrijwel constant (28% in 2013 en 29% in 2014). Geneesmiddelen uit de het minst vaak niet worden opgehaald zijn middelen uit de hoofdgroepen *cardiovasculair systeem* (8%), *systemische hormonale preparaten*³ (8%) en *oncolytica en immunomodulantia* (9%). Geneesmiddelen die het vaakst niet opgehaald worden zijn middelen uit de hoofdgroepen *zenuwstelsel* (31%), *antiparasitische middelen, insecticiden en repellents* (30%) en *dermatologica* (19%).

³ Met uitzondering van insuline en geslachtshormonen.

Voor diagnostiek kunnen op basis van dit onderzoek geen conclusies worden getrokken over het mijden van zorg

Voor diagnostiek hebben we in dit onderzoek een goede poging gedaan om meer zicht te krijgen in het percentage mensen dat diagnostisch onderzoek laat uitvoeren in de periode 2010 t/m 2014. Om meer inzicht te krijgen in het afzien van diagnostiek bleken de beschikbare gegevens niet zeer geschikt⁴. Echter, betere gegevens die inzicht kunnen geven in het opvolgen van het advies nadere diagnostiek te laten verrichten zijn op het moment niet beschikbaar.

Jongvolwassenen (18-39 jaar) zien vaker af van vervolgzorg dan andere leeftijdsgroepen. Mensen die in achterstandswijken wonen, halen vaker hun voorgeschreven geneesmiddelen niet op dan mensen in andere wijken

Uit de gekoppelde data van Vektis en de NIVEL Zorgregistraties blijkt dat mensen van 18-39 jaar vaker dan andere leeftijdsgroepen vervolgzorg mijden. Vrouwen halen vaker hun voorgeschreven geneesmiddelen niet op dan mannen. Van de patiënten die in een achterstandswijk wonen en een recept hebben gekregen, haalt een groter deel hun geneesmiddelen niet op dan patiënten uit overige wijken. Patiënten met (meer) chronische aandoeningen volgen vaker dan patiënten zonder chronische aandoeningen een verwijzing naar de medisch specialist niet op. Daarentegen halen zij juist vaker hun geneesmiddelen wel op dan mensen zonder chronische aandoeningen.

In de hele onderzoeksperiode was er sprake van het mijden van vervolgzorg (minimaal 18% bij verwijzingen en 24% bij geneesmiddelen). De toename in het afzien van vervolgzorg vindt vooral plaats onder patiënten met chronische aandoeningen

Uit de gekoppelde data van Vektis en de NIVEL Zorgregistraties blijkt dat het mijden van vervolgzorg vooral is toegenomen onder patiënten met chronische aandoeningen. Het niet ophalen van voorgeschreven geneesmiddelen is bovendien meer toegenomen onder patiënten uit achterstandswijken. Hoe het komt dat het percentage patiënten dat een verwijzing niet opvolgt al langere tijd rond de 18-20% lag is onbekend en verdient nadere analyse, net als het vrij hoge percentage mensen dat voorgeschreven geneesmiddelen niet ophaalt (24%). Hoe het komt dat het percentage patiënten dat voorgeschreven geneesmiddelen niet ophaalt hoger was in 2008 en 2009 dan daarna is niet bekend.

In januari en februari halen mensen gemiddeld vaker hun geneesmiddelen niet op dan in de rest van het jaar

Uit de gekoppelde data van Vektis en de NIVEL Zorgregistraties blijkt dat in 2012, 2013 en 2014 het percentage niet opgehaalde geneesmiddelen nauwelijks varieert per maand, behalve aan het begin van het jaar. In alle drie die jaren is het percentage niet opgehaalde geneesmiddelen in januari en februari hoger dan in de rest van het jaar. Uit analyse van het percentage niet opgevolgde verwijzingen per maand volgen geen aanwijzingen voor seizoenseffecten in het mijden van medisch specialistische zorg.

Het onderzoek roept relevante vragen op voor vervolgonderzoek

Het is opvallend dat het percentage mensen dat een verwijzing niet opvolgt in de hele onderzoeksperiode minimaal 18% is. Dat het percentage onder kinderen ook op dat niveau ligt,

⁴ De gegevens bleken minder geschikt, onder andere doordat aanvragen voor diagnostisch onderzoek niet standaard worden geregistreerd en doordat de koppeling tussen (waarschijnlijkheids)diagnoses en diagnostisch onderzoek niet eenduidig bleek te zijn.

roept ook vragen op over wat hier aan de hand is. We hebben daar in dit onderzoek geen zicht op gekregen. Ook hebben we geen verklaring kunnen geven voor verschillen in het opvolgen van een verwijzing tussen specialismen, ook dat zou verder uitgezocht moeten worden om beter zicht te krijgen op de aard van het mijden van zorg.

Bij geneesmiddelen zien we dat bepaalde groepen geneesmiddelen minder vaak worden opgehaald dan andere. Dit hangt mogelijk samen met de verkrijgbaarheid van deze geneesmiddelen (of alternatieven) bij de drogist en de vergoeding ervan vanuit de basisverzekering. Een dergelijke vorm van substitutie kan positief zijn, maar we hebben in dit onderzoek niet vast kunnen stellen of deze vorm van substitutie daadwerkelijk optreedt. In vervolgonderzoek zou dit verder uitgezocht kunnen worden.

Om het effect van het de verhoging van het eigen risico na 2013 te onderzoeken kan verwogen worden om een deel van het onderzoek te herhalen als de data van 2014 (verwijzingen) en 2015 (geneesmiddelen) beschikbaar zijn.

Nader onderzoek naar het afzien van diagnostiek die door de huisarts wordt geadviseerd, is eveneens relevant. Dit vergt in eerste instantie een inventarisatie van de beschikbaarheid en geschiktheid van mogelijke databronnen.

De gevolgen van het mijden van zorg zijn in dit onderzoek onderzocht met een vragenlijst. Hieruit blijkt onder andere dat voor een deel van de mensen die afzien van zorg de klacht erger wordt. In vervolgonderzoek zou de nieuw gerealiseerde koppeling tussen de declaratiegegevens van Vektis en de NIVEL Zorgregistraties gebruikt kunnen worden om te onderzoeken in hoeverre mijden van vervolgzorg leidt tot hogere kosten en/of ernstigere gezondheidsproblemen.

Box 2

Resultaten over zorgmijden zijn gebaseerd op vragenlijstuitkomsten, interviews en gegevens over daadwerkelijk zorggebruik

In dit onderzoek is, net als in eerdere onderzoeken, een vragenlijst gebruikt. Nieuw is dat ook zorgmijders zijn geïnterviewd om meer inzicht te krijgen in redenen en dat een groot deel van de resultaten gebaseerd is op grote hoeveelheden data⁵ over daadwerkelijk zorggebruik.

De omvang van het afzien van huisartsenzorg is bepaald op basis van een vragenlijst over 2014 en 2015 onder een steekproef van 4,473 leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg (netto respons: 54,2%). De samenstelling van de respondenten is vrijwel gelijk aan de samenstelling van de steekproef. Personen van 18-39 jaar zijn iets ondervertegenwoordigd in de groep respondenten (9%) ten opzichte van de steekproef (14%). Deze uitkomsten zijn vergeleken met vragenlijstuitkomsten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg uit 2009 en 2012. Daarnaast is de omvang van het afzien van huisartsenzorg onderzocht op basis van het gemiddeld aantal geregistreerde huisartsbezoeken per persoon per jaar in de jaren 2008 tot en met 2014. Hiervoor is gebruik gemaakt van registratiedata van huisartsenpraktijken met samen zo'n 160.000 (in 2008) tot 600.000 (in 2014) ingeschreven patiënten per jaar.

Registratie- en declaratiedata zijn gebruikt om de omvang van het mijden van vervolgzorg zo precies mogelijk in kaart te brengen over de periode 2008 tot en met 2013/2014. De registratiedata zijn afkomstig uit de NIVEL Zorgregistraties Huisartsen. De declaratiedata zijn afkomstig van Vektis.

- Voor de bepaling van de omvang van het niet opvolgen van verwijzingen zijn declaratiedata van medisch specialistische zorg op persoonsniveau gekoppeld aan verwijzingen uit de registraties van huisartsen. Hiermee is ook onderzocht welke groepen patiënten vaker of minder vaak hun verwijzing niet opvolgen. Vanwege de beschikbaarheid van declaratiegegevens⁶ is dit gedaan voor de jaren 2008 t/m de eerste helft van 2013.
- Voor de bepaling van de omvang van het niet ophalen van geneesmiddelen zijn declaratiedata van apotheekzorg op persoonsniveau gekoppeld aan recepten uit de registraties van huisartsen. Hiermee is ook onderzocht welke groepen patiënten vaker of minder vaak hun geneesmiddelen niet ophalen. Vanwege de beschikbaarheid van declaratiegegevens is dit gedaan voor de jaren 2008 t/m 2014.
- Het percentage patiënten dat diagnostisch onderzoek laat uitvoeren is bepaald op basis van registraties van huisartsen uit de periode 2010 t/m 2014. Er is gekozen voor drie soorten diagnostische tests, namelijk TSH-bepaling bij traag of snel werkende schildklier, urinezuurbepaling bij jicht en SOA-testen bij angst voor een SOA.

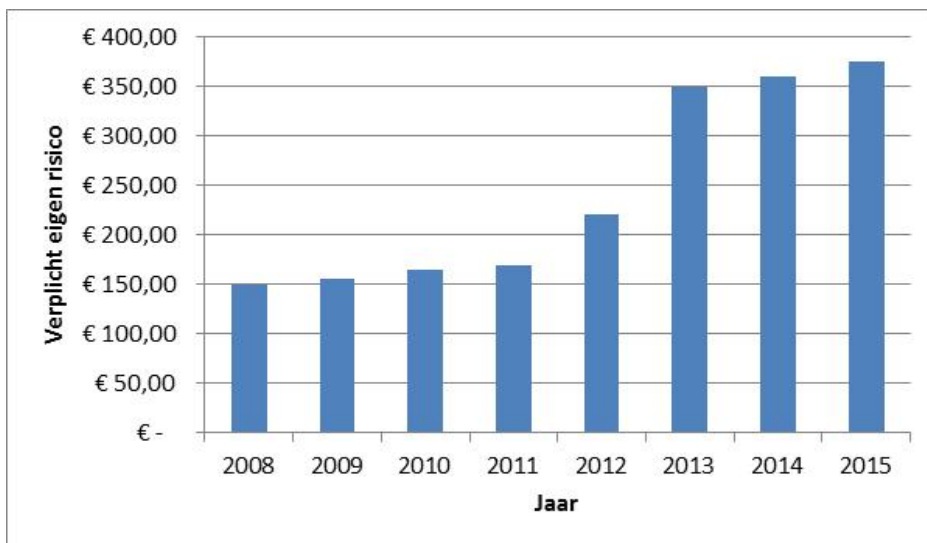
Redenen voor en gevolgen van het afzien van zorg, van met name het afzien van huisartsenzorg, zijn onderzocht op basis van vragenlijstuitkomsten en daaropvolgende interviews. 41 respondenten die in de vragenlijst hadden aangegeven te hebben afgezien van zorg zijn daarover telefonisch geïnterviewd.

⁵ De aantallen patiënten waarvan (geanonimiseerde) gegevens gebruikt zijn variëren van circa 93.000 in 2008 voor onderzoek naar op het opvolgen verwijzingen naar de medisch specialist tot circa 500.000 in 2014 voor onderzoek naar het ophalen van geneesmiddelen.

⁶ Declaratiedata van medisch specialistische zorg zijn beschikbaar van 2008 tot en met 2013. Declaraties van medisch specialistische zorg in 2014 komen in 2016 beschikbaar voor onderzoek doordat DBC's van eind 2014 tot en met eind 2015 gedeclareerd kunnen worden. Deze zijn daarom voor dit onderzoek niet beschikbaar.

1 Aanleiding

In Nederland betaalt iedereen die ouder is dan 18 jaar een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering. Dit is wettelijk vastgelegd in de Zorgverzekeringswet. Het verplichte eigen risico wordt jaarlijks geïndexeerd en is daarnaast in 2012 en 2013 verhoogd, zie figuur 1.1. In 2013 werd het eigen risico verhoogd van 220 euro naar 350 euro, waarbij ook de zorgtoeslag⁷ is verhoogd. In 2015 bedraagt het eigen risico 375 euro. Het eigen risico geldt niet voor huisartsenzorg, maar wel voor eventuele vervolgzorg zoals geneesmiddelen of een behandeling bij een medisch specialist.



Figuur 1.1 Hoogte van het verplicht eigen risico per jaar

Het eigen risico wordt zowel als financieringsinstrument ingezet als om mensen een prikkel te geven om na te gaan of ze zorg nodig hebben voordat ze er gebruik van maken. Het is hierbij mogelijk dat mensen afzien van noodzakelijke zorg. Dit zou op termijn kunnen leiden tot gezondheidsschade voor de patiënt en hogere zorgkosten op een later moment. Mensen kunnen verschillende redenen hebben om af te zien van het gebruik van noodzakelijke zorg, zoals financiële redenen, onwetendheid, gebrek aan tijd, ongemak of angst voor de dokter.

Het mogelijke gedragseffect van het verhogen van het eigen risico is de afgelopen jaren meerdere malen in politiek en media aan de orde geweest. Er zijn diverse onderzoeken en verslagen van meldpuntacties verschenen over de effecten van de verhoging van het eigen risico en, meer in het algemeen, over zorgmijding. In opdracht van het Ministerie van VWS is eerder een aantal onderzoeken verricht naar de effecten van verhoging van het eigen risico in 2013. Recent zijn er ook onderzoeken over zorgmijden en eigen risico verricht door TNS-NIPO en de NPCF. Doordat

⁷ Op grond van de wet op de zorgtoeslag ontvangen huishoudens met een huishoudinkomen onder een bepaalde grens een compensatie voor de premie van de zorgverzekering en voor een deel van het verplicht eigen risico in de vorm van een inkomensafhankelijke zorgtoeslag, zie o.a. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgtoeslag> en <http://parlis.nl/pdf/kamerstukken/KST108859.pdf>.

deze onderzoeken onderling verschillen wat betreft onderzoeksopzet en vraagstelling, zijn de uitkomsten niet eenduidig en lijken ze voor een deel strijdig met elkaar.

In de Tweede Kamer en in de media heeft dit ertoe geleid dat de verschillende onderzoeksresultaten in twijfel werden getrokken. De Minister van VWS heeft daarom in september 2014 aan de Tweede Kamer toegezegd een onderzoek te laten verrichten naar de aard en omvang van zorgmijding en naar de achtergrondkenmerken van zorgmijders. VWS stuurt dit onderzoek aan samen met de Landelijke Huisartsenvereniging, de Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland. Deze partijen hebben tevoren met de vraagstelling en onderzoeksopzet ingestemd. Het NIVEL is verantwoordelijk voor de inhoud van dit rapport. Het huidige onderzoek is uitgevoerd in de periode mei 2015 tot en met oktober 2015. Nieuw ten opzichte van eerdere onderzoeken is dat in dit onderzoek naast het bevragen van consumenten ook gegevens over daadwerkelijk zorggebruik op basis van registraties zijn geanalyseerd.

Doel en vragenstellingen

Doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in de aard en omvang van het mijden van noodzakelijke zorg, in achtergrondkenmerken van betrokken patiënten en in de redenen voor het mijden van noodzakelijke zorg, zodat daarop eventuele maatregelen kunnen worden afgestemd. Hierbij wordt onder andere gekeken naar de mogelijke invloed van het verhogen van het eigen risico op de mate van zorgmijden. Om het doel van dit onderzoek te bereiken, beantwoorden we de volgende vragen:

- 1. In welke mate mijden mensen noodzakelijke zorg in de periode 2008-2015, en hoe is het verloop in deze periode?*
- 2. Wat zijn de achtergrondkenmerken van mensen die noodzakelijke zorg mijden en (waarin) verschillen deze mensen van mensen die geen zorg mijden?*
- 3. Wat zijn de redenen waarom mensen noodzakelijke zorg mijden?*
- 4. Wat zijn gevolgen van het mijden van noodzakelijke zorg voor patiënten?*

Daarnaast is er behoefte aan inzicht in de ontwikkelingen van de mate van het mijden van zorg binnen een jaar. Is de mate van het mijden van zorg constant gedurende een jaar of is er sprake van seizoenseffecten? Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van een seizoenseffect doordat mensen meer zorg mijden aan het begin van het jaar dan aan het eind van het jaar, als zij hun eigen risico nog niet volledig gebruikt hebben. Andere mogelijke redenen voor seizoenseffecten kunnen te maken hebben met pakketwijzigingen en wijzigingen in preferentiebeleid. De laatste deelvraag luidt daarom:

- 5. Hoe is het verloop van de mate van het mijden van zorg per maand, gedurende een jaar?*

Typen zorgmijden

In dit onderzoek zijn twee hoofdvormen van het mijden van zorg onderzocht, namelijk:

- *Afzien van huisartsenzorg:* niet naar de huisarts gaan terwijl iemand dat wel heeft overwogen. Hiervoor kunnen mensen verschillende redenen hebben. Als mensen zorgmijden vanwege de verwachte (vervolg)kosten dan beschouwen we dat als ongewenst.

- *Afzien van vervolgzorg*: het advies van de huisarts niet opvolgen. De volgende typen adviezen van huisartsen zijn onderzocht: een recept voor geneesmiddelen, een verwijzing naar een medisch specialist en een aanvraag voor diagnostisch onderzoek.

Alle door de huisarts geadviseerde zorg, dus alle vervolgzorg, wordt in dit onderzoek als noodzakelijk beschouwd. Dit onderzoek beperkt zich tot het mijden van zorg die verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet (de basisverzekering).

Daar waar in dit rapport over ‘zorgmijden’ of ‘zorgmijders’ wordt gesproken, wordt zowel het afzien van huisartsenzorg als het afzien van vervolgzorg bedoeld. Indien dit niet het geval is, zal expliciet benoemd worden of het om het afzien van huisartsenzorg of het afzien van vervolgzorg gaat.

Het onderzoek is uitgevoerd volgens een van tevoren opgesteld en door de verschillende partijen goedgekeurd protocol (zie bijlage A voor het protocol, bijlage B voor de aanvullende onderzoeksverantwoording en bijlage C voor de vragenlijst).

Resultaten over zorgmijden zijn gebaseerd op vragenlijstuitkomsten, interviews en gegevens over daadwerkelijk zorggebruik

In dit onderzoek is, net als in eerdere onderzoeken, een vragenlijst gebruikt. Nieuw is dat ook zorgmijders zijn geïnterviewd om meer inzicht te krijgen in redenen en dat een groot deel van de resultaten gebaseerd is op grote hoeveelheden data⁸ over daadwerkelijk zorggebruik.

De omvang van het afzien van huisartsenzorg is bepaald op basis van een vragenlijst over 2014 en 2015 onder een steekproef van 4,473 leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg (netto respons: 54,2%). De samenstelling van de respondenten is vrijwel gelijk aan de samenstelling van de steekproef. Personen van 18-39 jaar zijn iets ondervertegenwoordigd in de groep respondenten (9%) ten opzichte van de steekproef (14%). Deze uitkomsten zijn vergeleken met vragenlijstuitkomsten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg uit 2009 en 2012. Daarnaast is de omvang van het afzien van huisartsenzorg onderzocht op basis van het gemiddeld aantal geregistreerde huisartsbezoeken per persoon per jaar in de jaren 2008 tot en met 2014. Hiervoor is gebruik gemaakt van registratiedata van huisartsenpraktijken met samen zo'n 160.000 (in 2008) tot 600.000 (in 2014) ingeschreven patiënten per jaar.

Registratie- en declaratiedata zijn gebruikt om de omvang van het mijden van vervolgzorg zo precies mogelijk in kaart te brengen over de periode 2008 tot en met 2013/2014. De registratiedata zijn afkomstig uit de NIVEL Zorgregistraties Huisartsen. De declaratiedata zijn afkomstig van Vektis.

- Voor de bepaling van de omvang van het niet opvolgen van verwijzingen zijn declaratiedata van medisch specialistische zorg op persoonsniveau gekoppeld aan verwijzingen uit de registraties van huisartsen. Hiermee is ook onderzocht welke groepen patiënten vaker of minder vaak hun verwijzing niet opvolgen. Vanwege de beschikbaarheid van declaratiegegevens⁹ is dit gedaan voor de jaren 2008 t/m de eerste helft van 2013.
- Voor de bepaling van de omvang van het niet ophalen van geneesmiddelen zijn declaratiedata van apotheekzorg op persoonsniveau gekoppeld aan recepten uit de registraties van huisartsen. Hiermee is ook onderzocht welke groepen patiënten vaker of minder vaak hun geneesmiddelen niet ophalen. Vanwege de beschikbaarheid van declaratiegegevens is dit gedaan voor de jaren 2008 t/m 2014.
- Het percentage patiënten dat diagnostisch onderzoek laat uitvoeren is bepaald op basis van registraties van huisartsen uit de periode 2010 t/m 2014. Er is gekozen voor drie soorten diagnostische tests, namelijk TSH-bepaling bij traag of snel werkende schildklier, urinezuurbepaling bij jicht en SOA-testen bij angst voor een SOA.

Redenen voor en gevolgen van het afzien van zorg, van met name het afzien van huisartsenzorg, zijn onderzocht op basis van vragenlijstuitkomsten en daaropvolgende interviews. 41 respondenten die in de vragenlijst hadden aangegeven te hebben afgezien van zorg zijn daarover telefonisch geïnterviewd.

Zie het onderzoeksprotocol (bijlage A) en de onderzoeksverantwoording (bijlage B) voor een uitgebreide omschrijving van de methoden.

Alleen significante verschillen ($p < 0.05$) worden in dit rapport besproken.

⁸ De aantallen patiënten waarvan (geanonimiseerde) gegevens gebruikt zijn variëren van circa 93.000 in 2008 voor onderzoek naar op het opvolgen verwijzingen naar de medisch specialist tot circa 500.000 in 2014 voor onderzoek naar het ophalen van geneesmiddelen.

⁹ Declaratiedata van medisch specialistische zorg zijn beschikbaar van 2008 tot en met 2013. Declaraties van medisch specialistische zorg in 2014 komen in 2016 beschikbaar voor onderzoek doordat DBC's van eind 2014 tot en met eind 2015 gedeclareerd kunnen worden. Deze zijn daarom voor dit onderzoek niet beschikbaar.

2 Aard en omvang van zorgmijden

Belangrijkste resultaten:

- Vijftien procent van de mensen heeft in de 12 maanden voorafgaand aan de vragenlijst afgezien van een bezoek aan de huisarts.
- Drie procent van de mensen ziet af van een bezoek aan de huisarts vanwege financiële redenen. Dit percentage is vergelijkbaar met onderzoek uit 2009 en 2012.
- Er zijn geen aanwijzingen dat in de periode 2008 t/m 2014 sommige groepen vaker hebben afgezien van een bezoek aan de huisarts, terwijl anderen juist vaker gingen.
- Het percentage mensen dat geneesmiddelen niet ophaalt is gedaald tussen 2008 en 2010. Van 2011 naar 2012 steeg het percentage en sindsdien is het vrijwel constant.
- Het percentage mensen dat een verwijzing naar een medisch specialist niet opvolgt stijgt sinds 2010.
- Voor diagnostiek kunnen op basis van dit onderzoek geen conclusies worden getrokken over het mijden van zorg.

2.1 Het percentage mensen dat afziet van een bezoek aan de huisarts

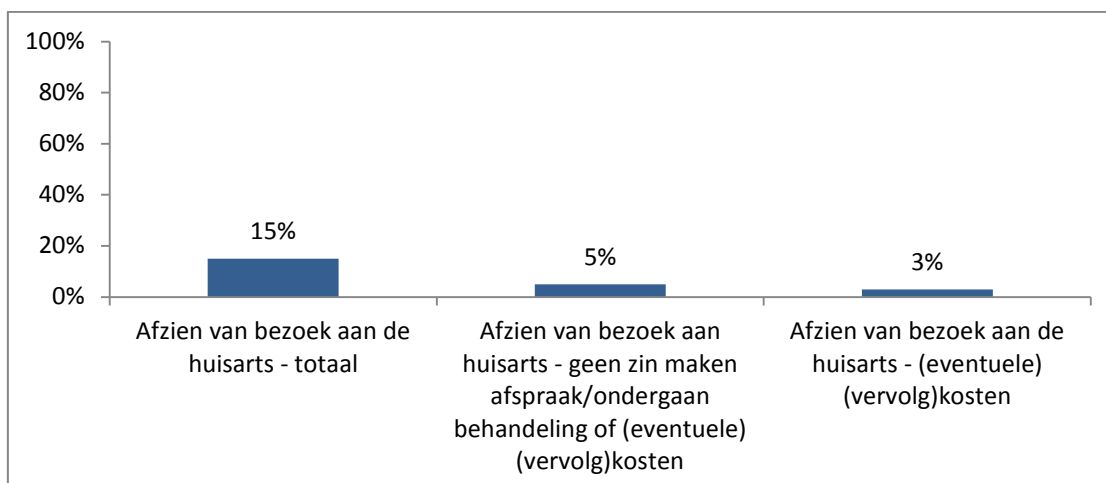
In deze paragraaf gaan we in op de omvang van het afzien van huisartsenzorg. Hiervoor maken we gebruik van resultaten van de vragenlijst die is afgenomen binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Ook wordt gekeken naar het percentage dat afziet van een bezoek aan de huisarts vanwege financiële redenen. Dit percentage wordt vergeleken met eerder onderzoek binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg uit 2009 en 2012. Ten slotte worden aantallen huisartsbezoeken per patiënten per jaar vergeleken tussen complementaire groepen patiënten als indicator voor veranderingen in het mijden van zorg. Hiervoor is gebruik gemaakt van data uit NIVEL Zorgregistraties Huisartsen.

2.1.1 Vijftien procent van de mensen heeft in de 12 maanden voorafgaand aan de vragenlijst afgezien van een bezoek aan de huisarts

Vijftien procent (95% betrouwbaarheidsinterval (BHI): 14-17%) van de respondenten op de vragenlijst geeft aan dat het in de afgelopen 12 maanden is voorgekomen dat ze hebben overwogen naar hun huisarts te gaan, maar toch niet zijn gegaan (zie figuur 2.1).

De respondenten wijken op een aantal kenmerken af van de algemene bevolking van 18 jaar en ouder in Nederland (zie tabel B.1, Bijlage B). Als hiervoor wordt gecorrigeerd blijkt het percentage mensen dat afzag van huisartsenzorg in de algemene bevolking ook 15% (95% BHI: 13-18%). Echter, aangezien de meest kwetsbare groep van de samenleving¹⁰ ontbreekt in het vragenlijstonderzoek, kan dit percentage een onderschatting zijn.

¹⁰ Hier wordt een lastig af te bakenen groep bedoeld van mensen met onvoldoende hulpbronnen om op eigen kracht bepaalde moeilijkheden en tegenslagen te overwinnen en om hun leven vorm te geven op de manier die zij wensen. Zie Wensemius, 2011 voor een uitgebreide toelichting.



Figuur 2.1 *Is het in de afgelopen 12 maanden voorgekomen dat u hebt overwogen naar uw huisarts te gaan, maar toch niet bent gegaan? Uitgesplitst naar redenen: alle redenen ('totaal'), de redenen 'geen zin maken afspraak/ondergaan behandeling' of '(eventuele) (vervolg)kosten' en de redenen '(eventuele) (vervolg)kosten' (N=2.270)*

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

2.1.2 Het percentage dat afziet van bezoek aan de huisarts vanwege kosten of geen zin hebben in maken afspraak/het niet willen ondergaan van behandeling is 5%

Bij bovenstaande paragraaf gaat het om alle mensen die niet naar de huisarts zijn gegaan, terwijl ze dat wel hebben overwogen. Een aantal van hen geeft als reden dat ze dachten dat de klacht vanzelf over zou gaan en/of dat ze het probleem zelf wilde oplossen. Dit zou erop kunnen wijzen dat het afzien van het huisartsenbezoek niet zorgwekkend is. We hebben daarom ook gekeken naar de kenmerken van mensen die afzien van een bezoek aan de huisarts wanneer ze niet denken dat hun klacht vanzelf over gaat. Hiervoor hebben we gekeken naar de redenen die respondenten noemen om af te zien van een bezoek aan de huisarts (zie ook paragraaf 4.1.1). Respondenten konden één of meerdere redenen invullen.

Van degenen die een of meer redenen hebben ingevuld (N=281)¹¹, geeft 33% (N=93) aan dat dit is vanwege (eventuele) (vervolg)kosten of het geen zin hebben in het maken van een afspraak/het niet willen ondergaan van een behandeling. Dit betekent dat 5% (0.33×0.15) van de respondenten in de afgelopen 12 maanden afzag van een bezoek aan de huisarts vanwege deze redenen (zie figuur 2.1).

2.1.3 Drie procent van de mensen ziet af van een bezoek aan de huisarts vanwege financiële redenen. Dit percentage is vergelijkbaar met onderzoek uit 2009 en 2012

Tot slot hebben we gekeken naar de kenmerken van respondenten die af hebben gezien van een bezoek aan de huisarts vanwege financiële redenen. Van degenen die een of meer redenen hebben

¹¹ Respondenten konden meerdere redenen voor het afzien van huisartsenzorg aankruisen. Er is niet gevraagd naar de belangrijkste reden. In hoofdstuk 5 wordt verder ingegaan op redenen voor het afzien van huisartsenzorg.

ingevuld (N=281)¹², geeft 21% (N=58) aan dat zij hebben afgezien van een bezoek aan de huisarts vanwege (eventuele) (vervolg)kosten. Dit betekent dat 3% (0.21×0.15) van de respondenten in de afgelopen 12 maanden afzag van een bezoek aan de huisarts vanwege (eventuele) (vervolg)kosten (zie figuur 2.1).

Uit eerder onderzoek bleek dat in 2009 3% minder vaak naar de huisarts ging vanwege financiële redenen (Van der Maat en De Jong, 2010), in 2012 was dat 4% (ongepubliceerde data CoPa 2012). De percentages in 2009 en 2012 zijn daarmee vergelijkbaar met het percentage respondenten (3%) dat in dit onderzoek afzag van een bezoek aan de huisarts vanwege (eventuele) (vervolg)kosten.

2.1.4 Er zijn geen aanwijzingen dat in de periode 2008 t/m 2014 sommige groepen vaker hebben afgezien van een bezoek aan de huisarts, terwijl anderen juist vaker gingen

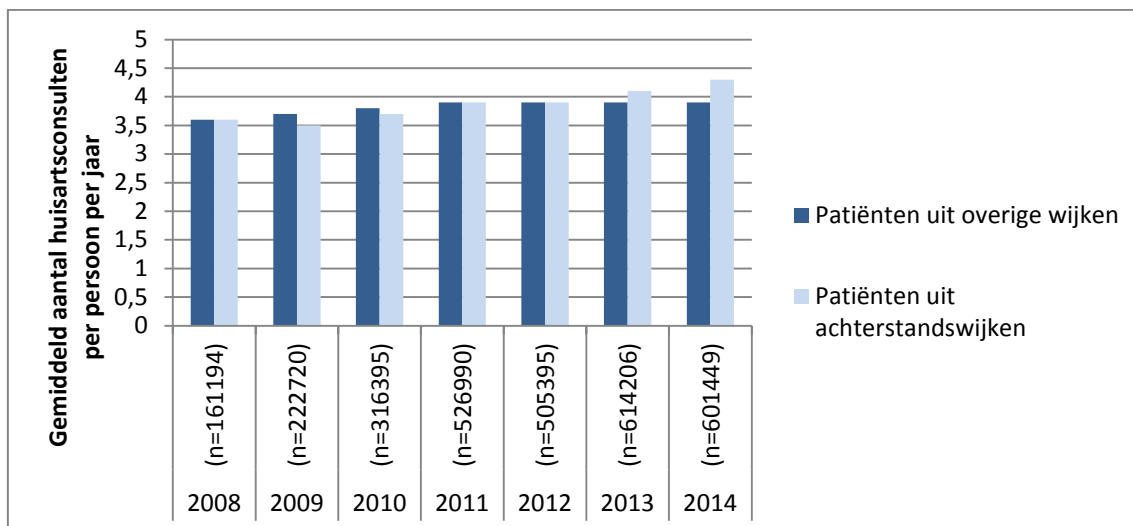
De ontwikkeling van het gemiddeld aantal huisartsconsulten¹³ per persoon per jaar laat geen aanwijzingen zien voor een toename van afzien van huisartsenzorg in bepaalde groepen. Dit is geanalyseerd door een aantal vergelijkingen tussen groepen te maken. Hiervoor is gebruik gemaakt van data uit NIVEL Zorgregistraties Huisartsen. Patiënten uit achterstandswijken zijn vergeleken met patiënten uit overige wijken, patiënten uit wijken met verschillende SES (op basis van postcodegebied, hierna: wijkSES) zijn onderling vergeleken en chronisch zieken zijn vergeleken met patiënten zonder chronische ziekte (zie figuur 2.2, 2.3 en 2.4).

Deze vergelijkingen zijn gemaakt omdat *verschillen tussen groepen in de ontwikkeling* van het gemiddeld aantal consulten per persoon per jaar indicaties zijn voor veranderingen in het aantal zorgmijders. Het is goed denkbaar dat als bepaalde groepen minder vaak naar de huisarts gaan, andere groepen in diezelfde praktijk sneller terecht kunnen en dus juist vaker gaan. Daarnaast kunnen andere factoren van invloed zijn op veranderingen in het gemiddeld aantal consulten. Daarom is een analyse van de gemiddelden over de totale populatie niet zinvol en hebben we specifiek verschuivingen tussen complementaire groepen onderzocht.

Uit figuur 2.2 blijkt dat het gemiddeld aantal consulten per persoon per jaar van personen in 'overige wijken' (geen achterstandswijken) gestegen is van 2008 tot 2010 en vanaf 2010 vrijwel constant is gebleven. Wat betreft de patiënten uit achterstandswijken (5% van het totaal aantal patiënten) geldt dat zij tot 2012 even veel of iets minder consulten hadden dan andere patiënten. Vanaf 2012 hadden zij gemiddeld iets meer huisartsconsulten. Er zijn dus geen aanwijzingen dat patiënten uit achterstandswijken in de loop der tijd vaker hebben afgezien van huisartsenzorg dan andere patiënten.

¹² Respondenten konden meerdere redenen voor het afzien van huisartsenzorg aankruisen. Er is niet gevraagd naar de belangrijkste reden. In hoofdstuk 5 wordt verder ingegaan op redenen voor het afzien van huisartsenzorg.

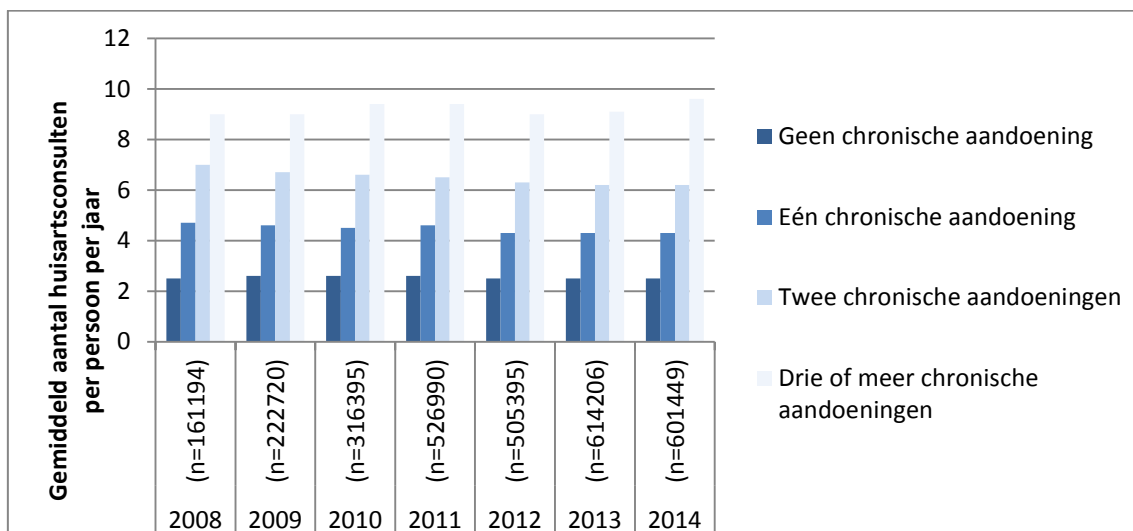
¹³ Het aantal consulten inclusief telefonische consulten, visites en modernisatie- en innovatieverrichtingen.



Figuur 2.2 Gemiddeld aantal huisartsconsulten (inclusief telefonische consulten, visites en modernisatie- en innovatieverrichtingen) per patiënt per jaar voor patiënten uit achterstandswijken en patiënten uit overige wijken (N: aantal ingeschreven patiënten per jaar). Consulten bij de praktijkondersteuner zijn niet meegeteld

Bron: NIVEL Zorgregistraties Huisartsen

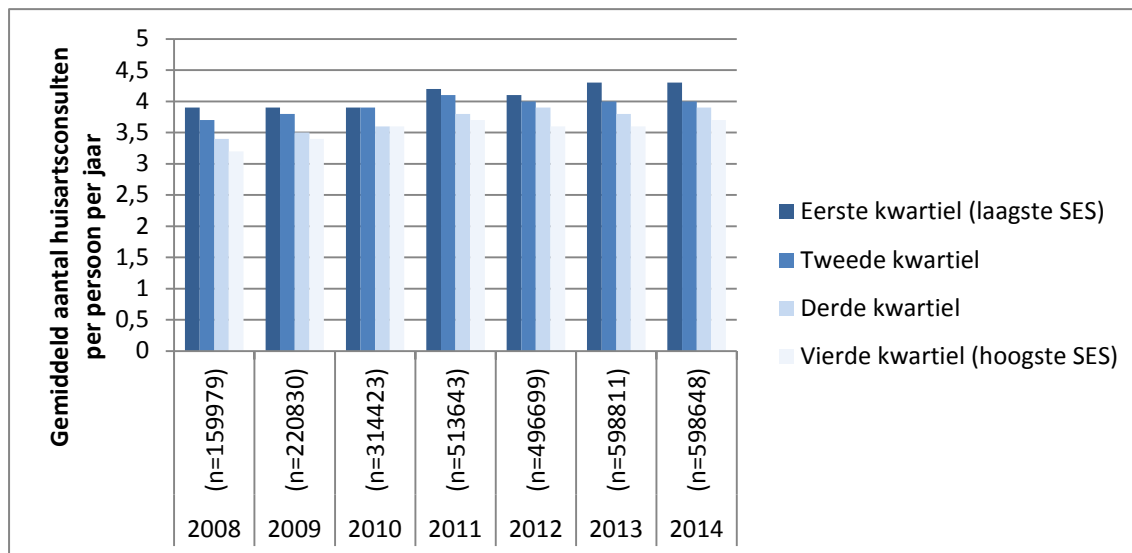
Figuur 2.3 laat zien dat hoe meer chronische aandoeningen patiënten hebben, des te vaker zij naar de huisarts gaan. Waar patiënten zonder chronische aandoeningen gemiddeld 2.5 keer per jaar naar de huisarts gaan, gaan mensen met meerdere chronische aandoeningen tot gemiddeld 9 keer per jaar. Deze verschillen tussen de groepen veranderen niet substantieel met de jaren. Er zijn dus geen aanwijzingen dat de ontwikkeling van het mijden van zorg door patiënten met een chronische aandoening anders is dan bij patiënten zonder chronische aandoeningen.



Figuur 2.3 Gemiddeld aantal huisartsconsulten (inclusief telefonische consulten, visites en modernisatie- en innovatieverrichtingen) per patiënt per jaar voor patiënten zonder chronische aandoeningen en patiënten met één, twee, drie of meer chronische aandoeningen (N: aantal ingeschreven patiënten per jaar). Consulten bij de praktijkondersteuner zijn niet meegeteld

Bron: NIVEL Zorgregistraties Huisartsen

Figuur 2.4 toont het gemiddeld aantal huisartsbezoeken per persoon per jaar voor groepen patiënten met verschillende wijkSES, op basis van het postcodegebied waarin zij wonen. Patiënten uit lagere SES-groepen gaan iets vaker naar de huisarts dan patiënten uit wijken met hogere SES. Deze verschillen zijn echter klein en veranderen nauwelijks over de jaren. Er is dus geen aanwijzing dat de ontwikkeling van het midden van zorg verschilt tussen groepen uit wijken met verschillende SES.



Figuur 2.4 Gemiddeld aantal huisartsconsulten (inclusief telefonische consulten, visites en modernisatie- en innovatieverrichtingen) per patiënt per jaar voor groepen patiënten uit wijken met verschillende sociaaleconomische status (wijkSES, schatting op basis van het postcodegebied) (N: aantal ingeschreven patiënten per jaar). Consulten bij de praktijkondersteuner zijn niet meegeteld

Bron: NIVEL Zorgregistraties Huisartsen

2.2 Het percentage patiënten dat afziet van vervolgzorg

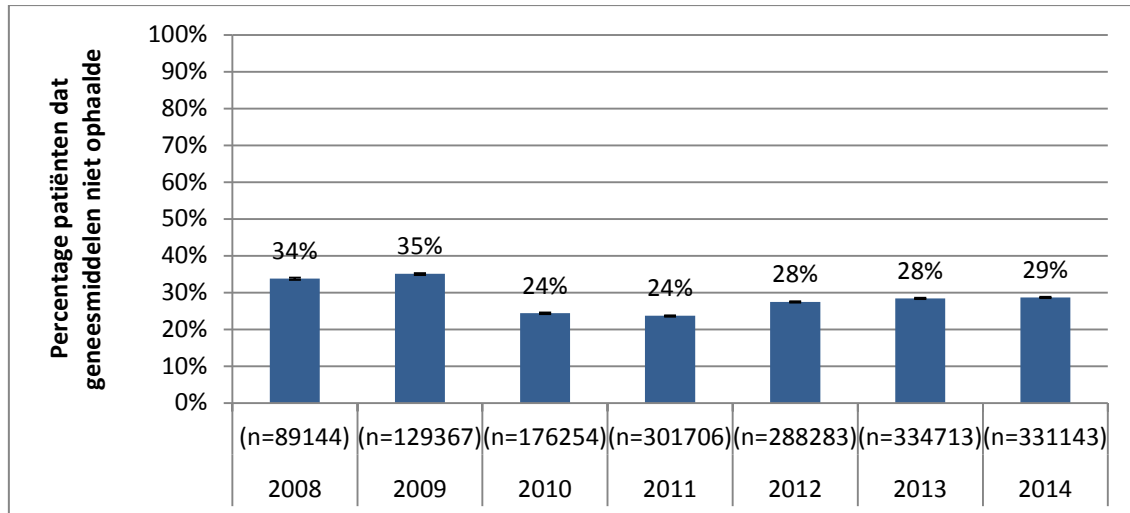
In deze paragraaf beschrijven we de omvang van het afzien van vervolgzorg. Deze is bepaald met behulp van de NIVEL Zorgregistraties Huisartsen, gekoppeld aan Vektis declaratiedata apothekerszorg en ziekenhuiszorg.

2.2.1 Het percentage mensen dat geneesmiddelen niet ophaalt is gedaald tussen 2008 en 2010. Van 2011 naar 2012 steeg het percentage en sindsdien is het vrijwel constant

Van de patiënten die van hun huisarts een recept voor geneesmiddelen krijgen, is het percentage dat de geneesmiddelen niet binnen zeven dagen ophaalt weergegeven in figuur 2.5. Dit percentage was het hoogst in 2008 en 2009 (respectievelijk 34% en 35%) en daalde tot 24% in 2010 en 2011. Van 2011 naar 2012 steeg het percentage zorgmijders tot 28% en sindsdien is het vrijwel constant (28% in 2013 en 29% in 2014). De grootste stijging vond plaats van 2011 naar 2012, een jaar voor de grootste verhoging van het verplicht eigen risico. Als percentage van alle ingeschreven

patiënten, inclusief diegenen zonder recept, is het percentage zorgmijders in 2014 19%. Dit percentage is representatief voor de algemene bevolking¹⁴.

Rekening houdend met het feit dat patiënten vaak meerdere recepten hebben in een jaar, is een patiënt in deze analyse als zorgmijder gezien als hij/zij bij minimaal 20% van zijn/haar recepten de geneesmiddelen niet ophaalt¹⁵.



Figuur 2.5 Het percentage patiënten dat bij minimaal 20% van zijn/haar recepten de geneesmiddelen niet ophaalt binnen 7 dagen, als deel van alle patiënten met een recept in datzelfde jaar (N: aantal patiënten met een recept in dat jaar)

Foutenbalk: 95% betrouwbaarheidsinterval

Bron: NIVEL Zorgregistraties Huisartsen gekoppeld aan Vektis declaratiedata apotheekzorg

Er kunnen verschillende redenen zijn waarom mensen hun geneesmiddelen niet ophalen. Behalve zorgmijden (bijv. vanwege kosten) kan er ook sprake zijn van 'voorzorgrecepten'. Dit zijn recepten voor het geval de klacht niet vanzelf overgaat. Een andere verklaring zijn automatische herhaalrecepten die mogelijk minder vaak worden opgehaald. Ook kunnen patiënten de geneesmiddelen ergens anders hebben gekocht (bijv. bij de drogist) en kunnen middelen zijn geleverd die niet binnen de basisverzekering vergoed zijn¹⁶. Tot slot kunnen onnauwkeurigheden in de data¹⁷ een overschatting van het percentage zorgmijders veroorzaken. De gepresenteerde cijfers zijn dus de

¹⁴ Dit percentage is representatief voor de algemene bevolking omdat in principe alle Nederlanders zijn ingeschreven bij een huisartsenpraktijk. De patiëntenpopulatie waarvan voor deze analyses gegevens gebruikt zijn is qua leeftijd, geslacht en % wonend in een achterstandswijk representatief voor de Nederlandse bevolking.

¹⁵ Deze definitie sluit aan bij de meest gebruikte definitie voor therapietrouw: patiënten worden als therapietrouw gezien als zij in 80% van de recepten hun geneesmiddelen ophalen of gebruiken, zie ook Vervloet et al (2012) en Karve et al (2009).

¹⁶ De resultaten zijn gebaseerd op vergoede geneesmiddelen binnen de basisverzekering. Alleen recepten voor geneesmiddelen die in het betreffende jaar binnen de basisverzekering vergoed zijn (op basis van ATC5), zijn meegenomen in de analyses. Desondanks is het mogelijk dat specifieke middelen geleverd zijn die niet in de basisverzekering vergoed zijn.

¹⁷ Bijvoorbeeld onvolledige declaraties door apothekers of onvolledige levering van data door zorgverzekeraars.

bovengrens van het werkelijke percentage zorgmijders. Daarom is het vooral van belang om naar patronen over de jaren en verschillen tussen groepen patiënten en geneesmiddelen te kijken. Het percentage niet opgehaalde geneesmiddelen verschilt sterk tussen de verschillende geneesmiddelgroepen (ATC-hoofdgroepen, zie WHO, 2000). Geneesmiddelen die het vaakst niet opgehaald worden zijn middelen uit de hoofdgroepen:

- *zenuwstelsel* (31%), onder andere pijnstillers, antipsychotica, en anti-parkinsonmiddelen.
- *antiparasitische middelen, insecticiden en repellents* (30%) , onder andere malariamiddelen en geneesmiddelen bij wormen.
- *dermatologica* (19%), onder andere antihistamine, acnépreparaten en verbandmiddelen.

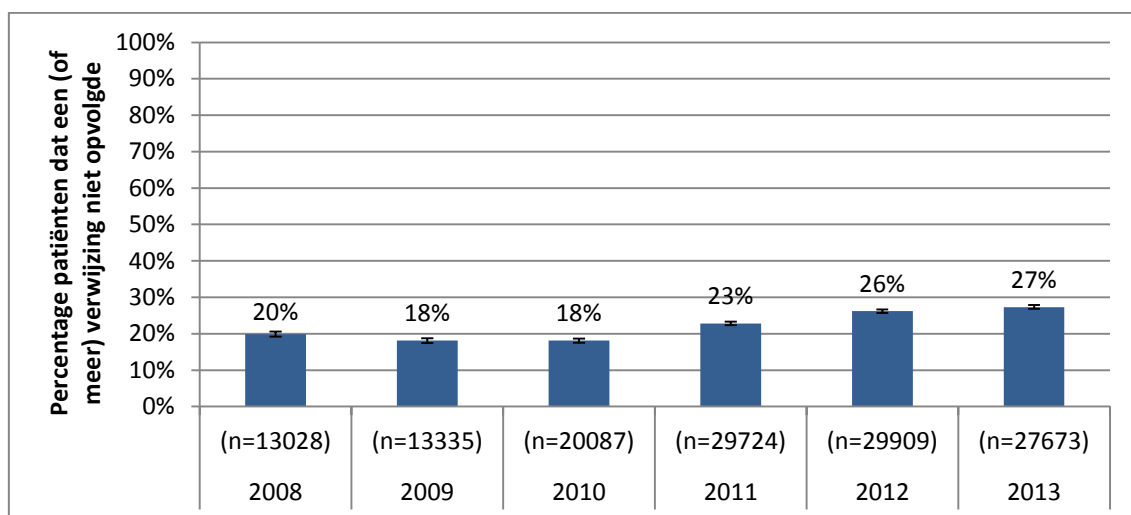
Mogelijk is hier deels sprake van middelen die mensen zelf ergens anders hebben gekocht, bijv. bij de drogist. Nader onderzoek is nodig om hier uitsluitsel over te kunnen geven.

Geneesmiddelen uit de het minst vaak niet worden opgehaald zijn middelen uit de hoofdgroepen:

- *cardiovasculair systeem* (8%), onder andere plastabletten, middelen bij hoge bloeddruk en betablokkers.
- *systemische hormonale preparaten met uitzondering van insuline en geslachtshormonen* (8%), onder andere schildkliermiddelen, corticosteroïden en groeihormonen.
- *Oncolytica en immunomodulantia* (9%), onder andere middelen bij kanker en bij auto immuun reacties.

2.2.2 Het percentage mensen dat een verwijzing naar een medisch specialist niet opvolgt stijgt sinds 2010

Van de patiënten die van hun huisarts een nieuwe verwijzing naar een medisch specialist krijgt, neemt het deel dat die verwijzing niet binnen een half jaar opvolgt toe met de jaren. In 2008 en 2009 was dit percentage zorgmijders relatief constant op 18-20%, in 2011 steeg het naar 23% en in 2012 en 2013 naar respectievelijk 26 en 27% (zie ook figuur 2.6). De stijging is in 2010 gestart, dus vóór de stijging van het eigen risico.



Figuur 2.6 Percentage patiënten dat een (of meer) nieuwe verwijzing(en) naar de medisch specialist niet opvolgde binnen een half jaar, als deel van alle patiënten met een nieuwe verwijzing naar de medisch specialist in datzelfde jaar (N: aantal patiënten met een verwijzing in dat jaar)

Foutenbalk: 95% betrouwbaarheidsinterval

Bron: NIVEL Zorgregistraties Huisartsen gekoppeld aan Vektis declaratiedata ziekenhuiszorg

De gepresenteerde cijfers zijn de bovengrens van het werkelijke percentage zorgmijders, om de volgende redenen:

- Eén procent van de patiënten met een verwijzing volgt hun verwijzing later alsnog op.
- Patiënten met behandelingen buiten de basisverzekering worden onterecht als zorgmijder gezien¹⁸. Aangezien het overgrote deel van de medisch specialistische zorg binnen de basisverzekering valt (NZA marktscan, 2014) is dit effect naar verwachting zeer klein en vrijwel constant over de jaren.
- Onnauwkeurigheden in de data¹⁹ kunnen een overschatting van het percentage zorgmijders veroorzaken.

Het percentage zorgmijders verschilt sterk tussen de verschillende specialismen. Specialismen waarbij het percentage zorgmijders het laagst is zijn keel- neus- en oorheelkunde (13%, N=16.923²⁰), orthopedie (13%, N=14.851) en neurologie (15%, N=12.699). Het percentage zorgmijders is het hoogst bij revalidatiegeneeskunde (43%, N=1.993), interne geneeskunde (48%, N=15.324) en plastische chirurgie (56%, N=7.675). Mogelijk is een deel van de behandelingen bij plastische chirurgie uitgevoerd buiten de basisverzekering, namelijk binnen de aanvullende verzekering of bij privéklinieken, waardoor deze patiënten onterecht als zorgmijders zijn gezien. Voor een inhoudelijke duiding van deze cijfers per specialisme is nader onderzoek nodig.

2.2.3 Voor diagnostiek kunnen op basis van dit onderzoek geen conclusies worden getrokken over het mijden van zorg

Uit analyses van drie vormen van diagnostiek (TSH-bepaling, urinezuurbepaling en SOA-testen) blijkt dat bij alle drie de vormen geen duidelijke daling te zien is van het percentage patiënten dat het onderzoek laat uitvoeren. Hierbij moet worden opgemerkt dat de gebruikte methode weinig specifiek is. Verwijzingen naar diagnostisch onderzoek worden niet structureel geregistreerd. Daarom is in de onderzoek uitgegaan van zorggebruik bij bepaalde diagnoses en niet van het opvolgen van verwijzingen voor diagnostisch onderzoek.

Voor dit onderdeel is onderzocht in hoeverre na bepaalde diagnoses een bijpassende uitslag van een diagnostisch onderzoek volgt. Veranderingen hierin door de jaren worden gezien als indicatie voor zorgmijden. Voor dit onderdeel is voorafgaand aan de analyses een selectie van geschikte onderwerpen gemaakt, op basis van een aantal zorginhoudelijke en data-technische criteria (zie bijlage B voor uitgebreide toelichting).

Dit heeft geleid tot een selectie van de volgende drie onderwerpen:

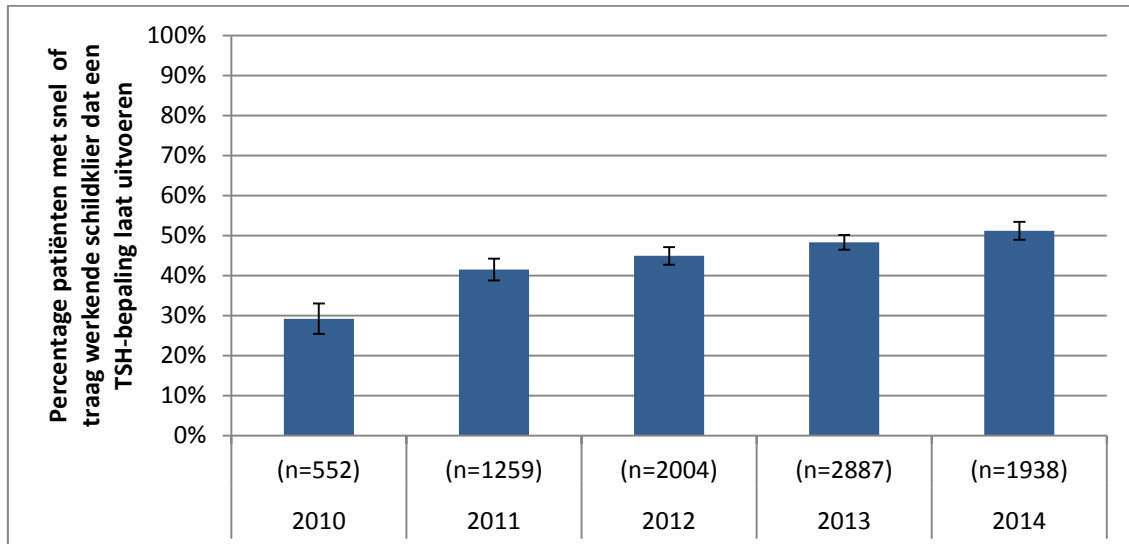
1. TSH-bepaling bij een traag of snel werkende schildklier
2. Urinezuurbepaling bij jicht
3. SOA-test bij angst voor SOA

¹⁸ Alleen van behandelingen binnen de basisverzekering zijn declaraties beschikbaar. Alle verwijzingen naar de tweede lijn zijn meegenomen. Verwijzingen voor behandelingen die niet binnen de basisverzekering vergoed zijn, worden daardoor als 'niet opgevolgd' gezien

¹⁹ Bijvoorbeeld onvolledige declaraties door ziekenhuizen of onvolledige levering van data door zorgverzekeraars.

²⁰ N is hier het aantal verwijzingen op basis waarvan het percentage zorgmijders berekend is.

Figuur 2.7 toont het percentage patiënten dat na een (waarschijnlijkheids)diagnose traag of snel werkende schildklier die een TSH-bepaling heeft laten doen, als aandeel van de totale groep patiënten met één van deze diagnoses²¹. Dit percentage stijgt van 29% in 2010 naar 51% in 2014. Waardoor dit percentage stijgt is niet bekend, maar er is geen indicatie voor toename van zorgmijden onder patiënten met een traag of snel werkende schildklier.



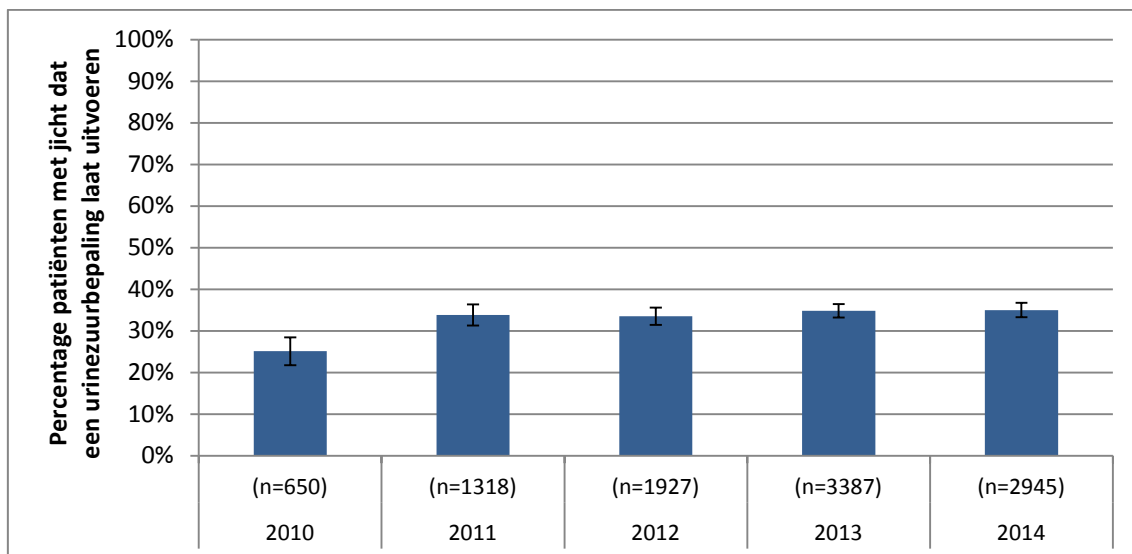
Figuur 2.7 Percentage patiënten dat een TSH-bepaling heeft laten uitvoeren via de huisarts nadat voor de eerste keer één van de diagnoses traag of snel werkende schildklier is geregistreerd (N: aantal patiënten met die diagnose in dat jaar)

Foutenbalk: 95% betrouwbaarheidsinterval

Bron: NIVEL Zorgregistraties Huisartsen

Figuur 2.8 toont het percentage patiënten dat na een (waarschijnlijkheids)diagnose jicht een urinezuurbepaling heeft laten uitvoeren, als aandeel van de totale groep patiënten met een nieuwe diagnose jicht³. Dit percentage stijgt van 25% in 2010 tot 34% in 2011 en 2012 en 35% in 2013 en 2014. Waardoor dit percentage stijgt is niet bekend. Er volgt hieruit geen indicatie voor een toename van het mijden van zorg onder patiënten met een nieuwe diagnose jicht.

²¹ Patiënten waarbij al voor de diagnose een onderzoek was geregistreerd zijn uitgesloten van de analyse.



Figuur 2.8 Percentage patiënten dat een urinezuurbepaling heeft laten uitvoeren via de huisarts nadat voor de eerste keer de diagnoses jicht is geregistreerd (N: aantal patiënten met die diagnose in dat jaar)

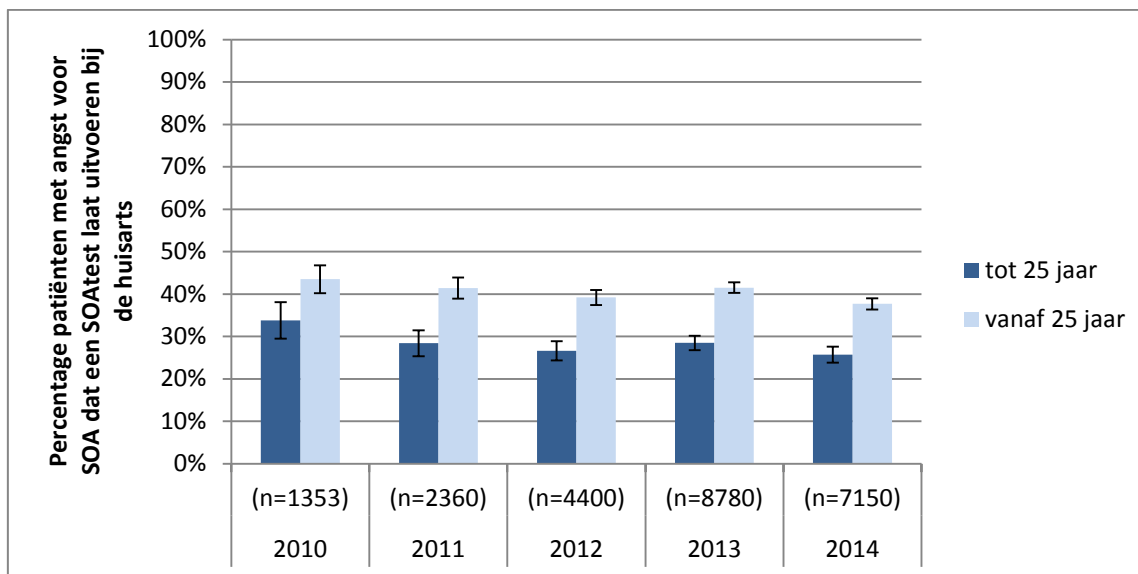
Foutenbalk: 95% betrouwbaarheidsinterval

Bron: NIVEL Zorgregistraties Huisartsen

Figuur 2.9 toont het percentage patiënten dat na de klacht ‘angst bij SOA’ een SOA-test heeft laten uitvoeren bij de huisarts, als aandeel van de totale groep patiënten met de klacht ‘angst voor SOA’²². In deze analyse zijn alleen testen bij de huisarts meegenomen, maar sommige patiënten kunnen bij de GGD gratis een SOA-test laten doen. Sinds 2012 geldt dit voor bepaalde risicogroepen en voor jongeren tot 25 jaar. Tot 2012 kon iedereen een gratis SOA-test bij de GGD laten doen. Omdat voor de groep tot 25 jaar de situatie voor en na 2012 hetzelfde was, zijn de resultaten voor deze groep apart weergegeven. Opvallend is dat voor beide leeftijdsgroepen het percentage patiënten dat een test bij de huisarts liet doen in 2010 het hoogst was. In beide groepen zijn er echter vanaf 2011 geen duidelijke verschillen tussen de jaren zichtbaar. Er is dus geen aanwijzing voor een toename van het midden van zorg onder patiënten met angst voor een SOA.

Om meer inzicht te krijgen in het afzien van diagnostiek bleken de beschikbare gegevens niet zeer geschikt. Echter, betere gegevens die inzicht kunnen geven in het opvolgen van het advies nadere diagnostiek te laten verrichten zijn op het moment niet beschikbaar.

²² Patiënten waarbij al voor de klacht een onderzoek was geregistreerd zijn uitgesloten van de analyse.



Figuur 2.9 Percentage patiënten tot 25 jaar en vanaf 25 jaar dat een SOA-test heeft laten uitvoeren via de huisarts nadat voor de eerste keer de klacht 'angst voor SOA' is geregistreerd (N: aantal patiënten met die klacht in dat jaar)

Foutenbalk: 95% betrouwbaarheidsinterval

Bron: NIVEL Zorgregistraties Huisartsen

3 Kenmerken van mensen die zorg mijden

Belangrijkste resultaten:

- Jongvolwassenen (18-39 jaar) en mensen met lagere inkomens zien vaker af van huisartsenbezoek vanwege financiële redenen, dan mensen vanaf 40 jaar en mensen met hogere inkomens.
- In de hele onderzoeksperiode was er sprake van het afzien van vervolgzorg (minimaal 18% bij verwijzingen en 24% bij geneesmiddelen). De toename in het afzien van vervolgzorg vindt vooral plaats onder patiënten met chronische aandoeningen.
- Jongvolwassenen (18-39 jaar) zien vaker af van vervolgzorg dan andere leeftijdsgroepen. Mensen die in achterstandswijken wonen, halen vaker hun voorgeschreven geneesmiddelen niet op dan mensen in andere wijken.

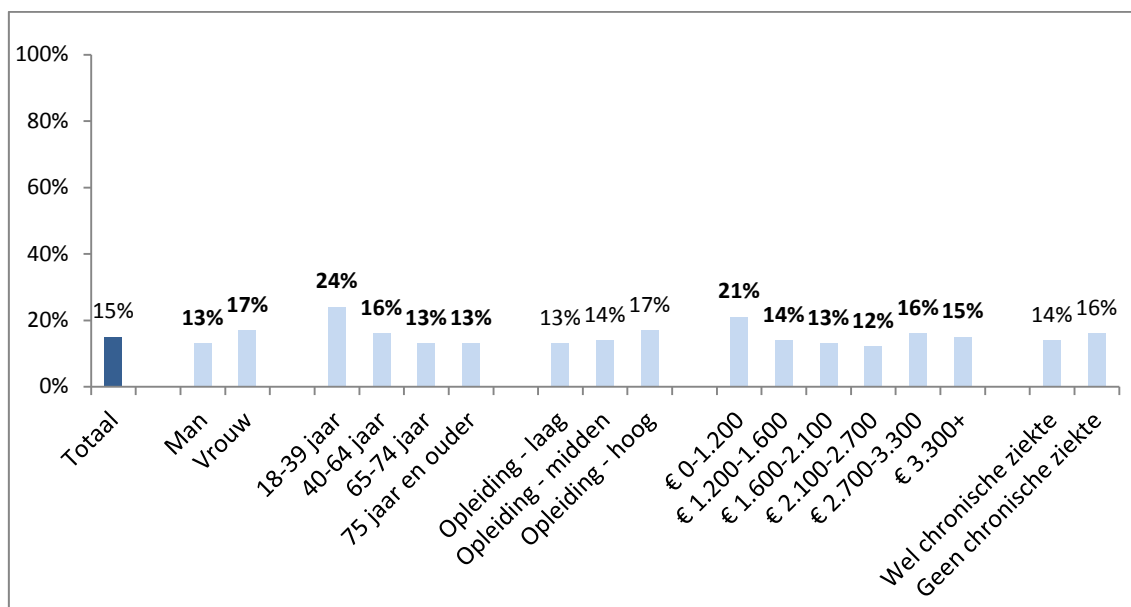
3.1 Jongvolwassenen (18-39 jaar) en mensen met lagere inkomens zien vaker af van huisartsenbezoek vanwege financiële redenen, dan mensen vanaf 40 jaar en mensen met hogere inkomens

In deze paragraaf gaan we in op de kenmerken van mensen die afzien van huisartsenzorg. De resultaten in deze paragraaf komen uit de vragenlijst die is afgenomen binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg.

Zoals vermeld in paragraaf 2.1, geeft 15% van de respondenten aan af te hebben gezien van een bezoek aan de huisarts in de 12 maanden voorafgaand aan de vragenlijst. Er is onderzocht of er verschillen zijn tussen groepen mensen waarbij gekeken is naar geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen en het hebben van een chronische ziekte (zie figuur 3.1). Vrouwen (17%) en jongvolwassenen (18-39 jaar) (24%) hebben vaker afgezien van een bezoek aan de huisarts dan mannen (13%) en mensen van 40 jaar en ouder (13-16%). Ook is er een relatie met de financiële situatie van mensen: respondenten met een laag inkomen (0-1.200 euro netto maandinkomen huishouden) geven vaker aan afgezien te hebben van een bezoek aan de huisarts.

Alle bovengenoemde relaties blijven bestaan, wanneer er gecorrigeerd²³ wordt voor de andere vier achtergrondkenmerken. Daarbij komt dat gecorrigeerd voor de andere vier achtergrondkenmerken opleidingsniveau nu ook significant is: hoog opgeleiden mijden vaker zorg dan laag opgeleiden. Er is geen significant verschil naar het al dan niet hebben van een chronische ziekte.

²³ Corrigeren voor andere achtergrondkenmerken betekent dat wordt gekeken of een relatie tussen twee variabelen (bijvoorbeeld afzien van bezoek aan de huisarts en geslacht) blijft bestaan wanneer rekening wordt gehouden met de andere achtergrondkenmerken (in dit voorbeeld leeftijd, opleiding, inkomen en chronische ziekte).



Figuur 3.1 Percentage dat aangeeft in het afgelopen jaar te hebben afgezien van een bezoek aan de huisarts, totaal en uitgesplitst naar achtergrondkenmerken[#]/^{##} (N=2.197-2.270 per kenmerk)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

[#] Voor kenmerken met vetgedrukt percentages verschilt het percentage dat afziet van een bezoek aan de huisarts significant

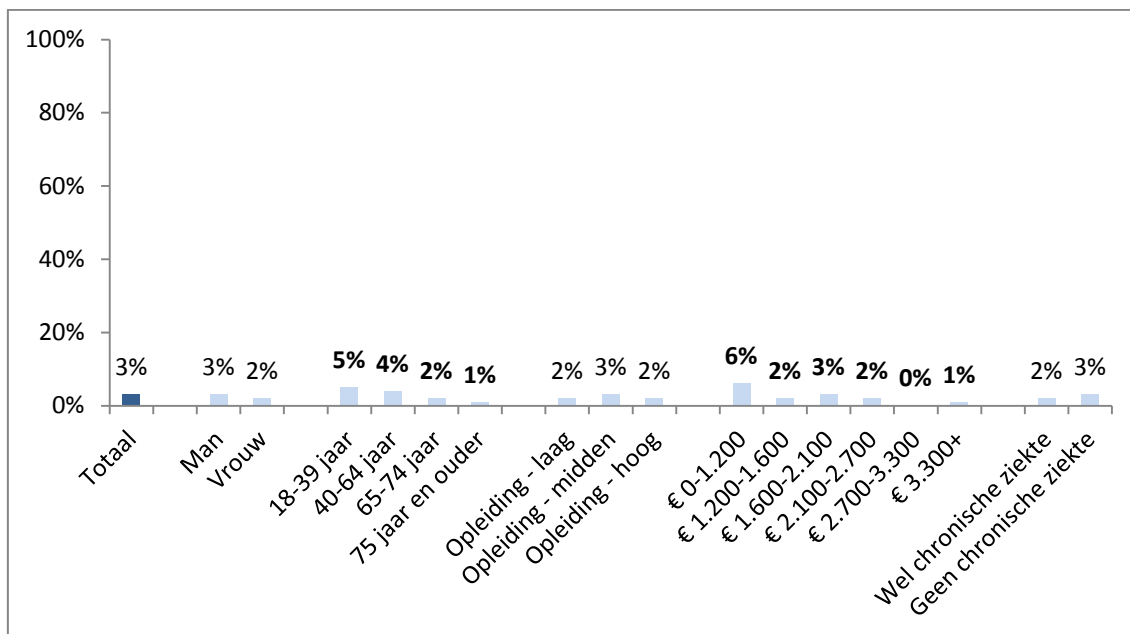
^{##} Alle achtergrondkenmerken zijn zelf gerapporteerd

Wanneer we alleen kijken naar het afzien van een bezoek aan de huisarts vanwege geen zin hebben in het maken van een afspraak/ondergaan van een behandeling of (eventuele) (vervolg)kosten, zien we dat dit vaker jongvolwassenen (18-39 jaar) dan mensen van 40 jaar en ouder zijn. Ook mensen met een lager inkomen zien vaker af van een bezoek aan de huisarts vanwege deze redenen. Deze relaties blijven bestaan, wanneer er gecorrigeerd²⁴ wordt voor de andere vier achtergrondkenmerken.

Dezelfde kenmerken komen naar voren als we de analyse beperken tot alleen de groep die af heeft gezien van een bezoek aan de huisarts vanwege financiële redenen. Jongvolwassenen (18-39 jaar) en mensen met een lager inkomen zien vaker af van een bezoek aan de huisarts vanwege (eventuele) (vervolg)kosten (zie figuur 3.2). Deze relaties blijven bestaan, wanneer er gecorrigeerd²⁵ wordt voor de andere vier achtergrondkenmerken.

²⁴ Corrigeren voor andere achtergrondkenmerken betekent dat wordt gekeken of een relatie tussen twee variabelen (bijvoorbeeld afzien van bezoek aan de huisarts en geslacht) blijft bestaan wanneer rekening wordt gehouden met de andere achtergrondkenmerken (in dit voorbeeld leeftijd, opleiding, inkomen en chronische ziekte).

²⁵ Corrigeren voor andere achtergrondkenmerken betekent dat wordt gekeken of een relatie tussen twee variabelen (bijvoorbeeld afzien van bezoek aan de huisarts en geslacht) blijft bestaan wanneer rekening wordt gehouden met de andere achtergrondkenmerken (in dit voorbeeld leeftijd, opleiding, inkomen en chronische ziekte).



Figuur 3.2 Percentage dat aangeeft in het afgelopen jaar te hebben afgezien van een bezoek aan de huisarts vanwege financiële redenen; totaal en uitgesplitst naar achtergrondkenmerken[#]/^{##} (N=2.197-2.270 per kenmerk)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

[#] Voor kenmerken met vetgedrukt percentages verschilt het percentage zorgmijden significant

^{##} Alle achtergrondkenmerken zijn zelf gerapporteerd

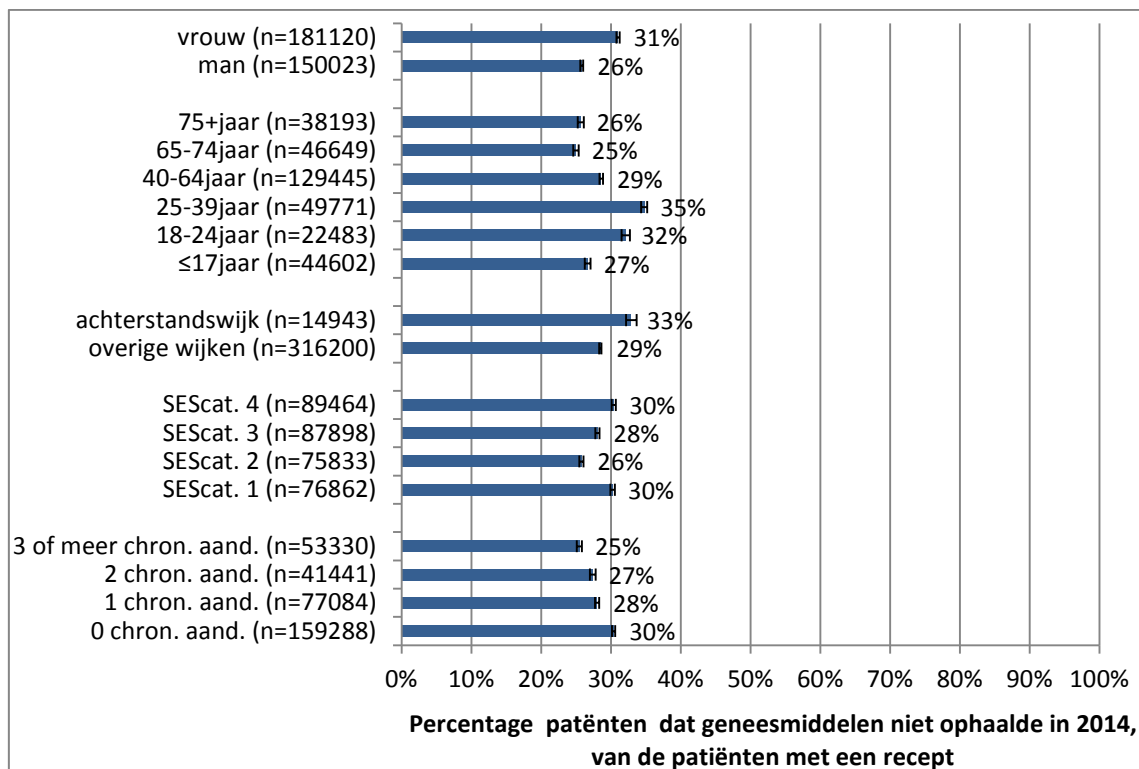
3.2 De toename in het afzien van vervolgzorg vindt vooral plaats onder patiënten met chronische aandoeningen

In deze paragraaf gaan we in op de kenmerken van mensen die vervolgzorg mijden: patiënten die hun geneesmiddelen niet ophalen en patiënten die een verwijzing naar de specialist niet opvolgen. Onder jongvolwassenen (18-39 jaar) is een relatief groot deel dat voor beide typen zorg mijdt. Opvallend is dat patiënten met (meer) chronische aandoeningen vaker afzien van een bezoek aan de medisch specialist dan patiënten zonder chronische aandoeningen. Daarentegen halen patiënten met chronische aandoeningen juist vaker hun geneesmiddelen wel op. Deze resultaten zijn gebaseerd op analyses van NIVEL Zorgregistraties Huisartsen, gekoppeld aan declaratiedata van ziekenhuis- en apotheekzorg van Vektis.

3.2.1 Patiënten die hun voorgeschreven geneesmiddelen niet ophalen zijn vaker vrouw, jongvolwassen (18-39 jaar), wonend in een achterstandswijk of hebben geen chronische aandoeningen

Zoals vermeld in paragraaf 2.2.1, haalde in 2014 29% van de patiënten met een recept in dat jaar zijn of haar geneesmiddelen niet op. Figuur 3.3 toont dit percentage, uitgesplitst naar de achtergrondkenmerken geslacht, leeftijd, wonend in een achterstandswijk, wijkSES en aantal chronische aandoeningen. Hieruit blijkt dat vrouwen vaker hun geneesmiddelen niet ophalen dan mannen (31 versus 26%), jongvolwassenen (18-24 en 25-39 jaar, 32% en 35%) vaker dan kinderen

en oudere patiënten (25-29%), en mensen zonder chronische aandoeningen (30%) vaker dan mensen met chronische aandoeningen (26-28%).



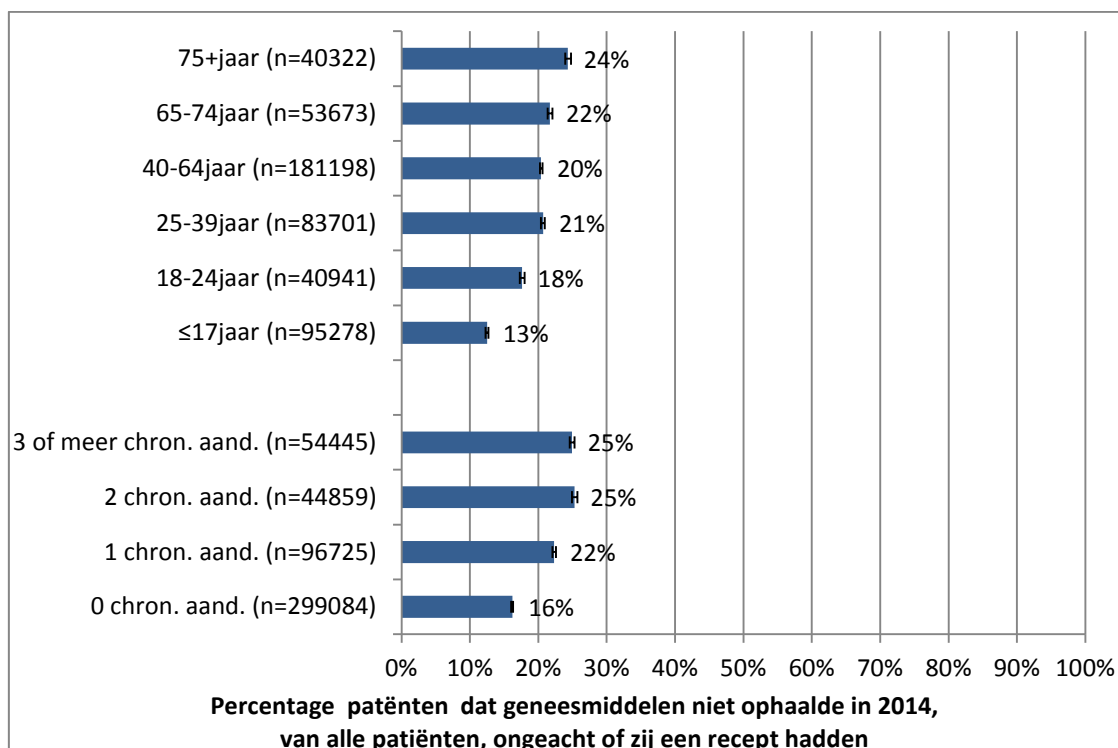
Figuur 3.3 Het percentage patiënten dat bij minimaal 20% van zijn/haar recepten de geneesmiddelen niet ophaalt binnen 7 dagen, als deel van alle patiënten met een recept in datzelfde jaar, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken (N: aantal patiënten met een recept in dat jaar in de groep)

Foutenbalk: 95% betrouwbaarheidsinterval

Bron: NIVEL Zorgregistraties Huisartsen gekoppeld aan Vektis declaratiedata apotheekzorg

Belangrijk om hierbij op te merken is dat bovenstaande relaties gelden voor patiënten in de verschillende groepen mét een recept. In sommige groepen hebben echter meer mensen een recept dan in andere groepen. Bijvoorbeeld van de ouderen heeft een groter deel een recept dan van de jongeren. Hiermee rekening houdend is het percentage patiënten dat voorgeschreven geneesmiddelen niet ophaalt als deel van de totale leeftijdsgroep juist hoger voor oudere patiënten dan voor jongere patiënten, zie Figuur 3.4. Hetzelfde principe geldt voor patiënten met chronische aandoeningen²⁶. Van de patiënten met chronische aandoeningen heeft een groter deel een recept dan van de patiënten zonder chronische aandoeningen. Het percentage zorgmijders als deel van de totale groep is daardoor groter voor patiënten met chronische aandoeningen dan voor patiënten zonder chronische aandoening.

²⁶ De uitsplitsingen naar geslacht, achterstandswijk en wijkSES laten hetzelfde patroon zien als deel van de patiënten met een recept en als deel van de totale groep.



Figuur 3.4 Het percentage patiënten dat bij minimaal 20% van zijn/haar recepten de geneesmiddelen niet ophaalt binnen 7 dagen, als deel van alle ingeschreven patiënten in datzelfde jaar, uitgesplitst naar leeftijd en aantal chronische aandoeningen (N: aantal ingeschreven patiënten in dat jaar in de groep)

Foutenbalk: 95% betrouwbaarheidsinterval

Bron: NIVEL Zorgregistraties Huisartsen gekoppeld aan Vektis declaratiedata apotheekzorg

De relaties tussen achtergrondkenmerken en zorgmijden zoals beschreven bij figuur 3.3 blijven bestaan na correctie voor de overige kenmerken, zorggebruik en clustering binnen patiënten en praktijken²⁷, zie de eerste twee kolommen van tabel 3.1.

²⁷ Dit betekent dat onderzocht is of een relatie tussen twee variabelen (bijvoorbeeld geneesmiddelen niet ophalen en geslacht) blijft bestaan wanneer rekening wordt gehouden met de andere achtergrondkenmerken (hier: leeftijd, achterstandswijk en chronische ziekte). Hierbij is ook rekening gehouden met eventuele invloed van de hoeveelheid zorggebruik per persoon (aantal huisartsconsulten en aantal recepten voor geneesmiddelen per jaar) en met het feit dat recepten van één patiënt, en patiënten van één praktijk, niet onafhankelijk van elkaar zijn.

Tabel 3.1 *Relaties tussen achtergrondkenmerken²⁸ en het niet ophalen van geneesmiddelen: resultaten van de logistische multilevel regressie analyses in 2014 en 2011. De odds ratio's laten zien in hoeverre zorgmijden in de genoemde groep afwijkt van de referentiegroep. Een odds ratio groter dan één betekent dat de groep vaker zorg mijdt dan de referentiegroep, bij een odds ratio kleiner dan één mijdt de groep minder vaak zorg dan de referentiegroep*

Achtergrondkenmerk	Odds ratio 2014 (95% BHI) (N=330.057 recepten)	Effect in 2014 anders dan in 2011? (p < 0,05)	Odds ratio 2011 (95% BHI) (N=287.121 recepten)
Geslacht (referentie: mannen)			
Vrouw	1,28 (1,26-1,31)	nee	1,27 (1,25-1,30)
Leeftijd (referentie: ≤ 17 jaar)			
18-24 jaar	1,43 (1,36-1,51)	<i>ja</i>	0,83 (0,78-0,88)
25-39 jaar	1,52 (1,46-1,59)	<i>ja</i>	0,84 (0,81-0,88)
40-64 jaar	1,04 (1,00-1,08)	<i>ja</i>	0,52 (0,50-0,54)
65-74 jaar	0,86 (0,82-0,90)	<i>ja</i>	0,41 (0,39-0,43)
75 jaar of ouder	0,82 (0,79-0,86)	<i>ja</i>	0,47 (0,44-0,49)
Achterstandswijk (referentie: overige wijken)			
Achterstandswijk	1,08 (1,01-1,15)	<i>ja</i>	0,97 (0,90-1,03)
Chronische aandoeningen (referentie: geen chronische aandoening)			
Eén chronische aandoening	0,76 (0,74-0,78)	<i>ja</i>	0,66 (0,64-0,68)
Twee chronische aandoeningen	0,74 (0,72-0,77)	<i>ja</i>	0,64 (0,61-0,66)
Drie of meer chronische aandoeningen	0,67 (0,65-0,70)	nee	0,70 (0,67-0,73)

Significante relaties zijn vet cursief weergegeven

Bron: NIVEL Zorgregistraties Huisartsen gekoppeld aan Vektis declaratiedata apothekzorg

Om te onderzoeken bij welke groepen er een toename is in het percentage dat geneesmiddelen niet ophaalt tussen 2011 (het laatste jaar voor de stijging in het percentage zorgmijders, zie ook paragraaf 2.2.1) en 2014 zijn de relaties²⁹ tussen achtergrondkenmerken en zorgmijden vergeleken tussen beide jaren. Hieruit blijkt dat in 2011 volwassen patiënten, gecorrigeerd voor de andere kenmerken en zorggebruik, gemiddeld vaker hun geneesmiddelen wel ophaalden dan patiënten onder de 18 jaar. In 2014 haalden patiënten van 18-64 juist vaker dan patiënten van onder de 18 jaar hun geneesmiddelen *niet* op. Verder valt op dat in 2011 patiënten uit achterstandswijken even vaak als andere patiënten hun geneesmiddelen niet ophaalden, maar dat zij in 2014 vaker hun geneesmiddelen niet ophaalden. Patiënten met chronische aandoeningen haalden in beide jaren vaker dan gemiddeld hun geneesmiddelen wel op, maar het verschil met patiënten zonder chronische aandoeningen is kleiner in 2014 dan in 2011.

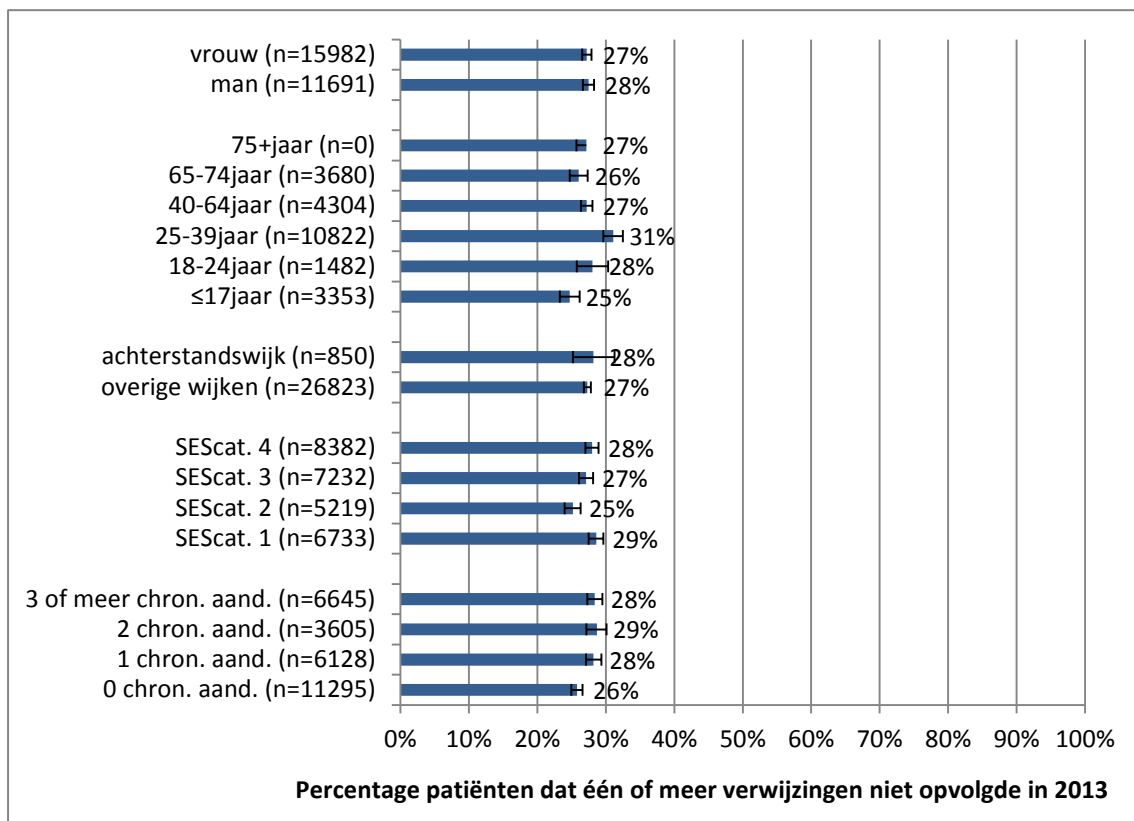
Samengevat blijkt uit de vergelijking tussen 2011 en 2014 dat het mijden van vervolgzorg, in dit geval het ophalen van geneesmiddelen, vooral is toegenomen onder patiënten uit achterstandswijken en patiënten met chronische aandoeningen.

²⁸ De kenmerken wijkSES en achterstandswijk komen te sterk met elkaar overeen om samen in één analyse opgenomen te kunnen worden. Na verkennende analyses met wijkSES en achterstandswijk apart is besloten alleen achterstandswijk mee te nemen in de logistische multilevel regressie analyses.

²⁹ Ook hier gaat het om relaties, gecorrigeerd voor de overige kenmerken, zorggebruik en clustering binnen patiënten en praktijken.

3.2.2 Patiënten met chronische aandoeningen en mensen van 25 tot 39 jaar volgen vaker een verwijzing naar de medisch specialist niet op dan mensen zonder chronische aandoeningen en andere leeftijdsgroepen

Zoals vermeld in paragraaf 2.2.2, ging in 2013 (eerste helft van het jaar) 27% van de patiënten met een nieuwe verwijzing³⁰ niet naar de medisch specialist. Figuur 3.5 toont dit percentage, uitgesplitst naar de achtergrondkenmerken geslacht, leeftijd, wonend in een achterstandswijk, wijkSES en aantal chronische aandoeningen. De verschillen tussen de groepen zijn in het algemeen relatief klein. Er vallen twee groepen op, de jongvolwassenen en patiënten zonder chronische aandoeningen. Jongere patiënten (25-39 jaar, 31%) zien vaker af van een bezoek aan de specialist dan de overige leeftijdsgroepen. Patiënten zonder chronische aandoeningen zien minder vaak af van een bezoek aan de specialist (26%) dan patiënten met chronische aandoeningen (28-29%).



Figuur 3.5 Percentage dat één of meer verwijzingen naar de medisch specialist niet heeft opgevolgd in de eerste helft van 2013, als deel van alle patiënten met een verwijzing, uitgesplitst naar achtergrondkenmerken (N: aantal patiënten met een verwijzing in de groep in 2013)

Foutenbalk: 95% betrouwbaarheidsinterval

Bron: NIVEL Zorgregistraties Huisartsen gekoppeld aan Vektis declaratiedata ziekenhuiszorg

De twee bovengenoemde relaties blijven bestaan na correctie voor de overige kenmerken, zorggebruik en clustering binnen praktijken, zie tabel 3.2.

³⁰ Verwijzingen naar specialismen waarbij de betrokken patiënt in het jaar daarvoor al geweest is, zijn niet meegenomen in de analyses.

Tabel 3.2 *Relaties tussen achtergrondkenmerken³¹ en het niet opvolgen van een verwijzing naar de medisch specialist: resultaten van de logistische multilevel regressie analyses in 2013 en 2010. De odds ratio's laten zien in hoeverre zorgmijden in de genoemde groep afwijkt van de referentiegroep. Een odds ratio groter dan één betekent dat de groep vaker zorg mijdt dan de referentiegroep, bij een odds ratio kleiner dan één mijdt de groep minder vaak zorg dan de referentiegroep*

Achtergrondkenmerk	Odds ratio 2013 (95% BHI) (N=27.566 patiënten)	Effect in 2013 anders dan in 2010? (p<0,05)	Odds ratio 2010 (95% BHI) (N=20.019 patiënten)
Geslacht (referentie: mannen)			
Vrouw	0,97 (0,92-1,03)	nee	0,96 (0,89-1,03)
Leeftijd (referentie: ≤ 17 jaar)			
18-24 jaar	1,22 (1,05-1,41)	ja	1,64 (1,35-2,00)
25-39 jaar	1,39 (1,25-1,55)	ja	1,94 (1,67-2,24)
40-64 jaar	1,10 (1,00-1,22)	ja	1,53 (1,34-1,76)
65-74 jaar	0,97 (0,86-1,10)	ja	1,37 (1,15-1,63)
75 jaar of ouder	1,05 (0,92-1,20)	nee	1,31 (1,09-1,58)
Achterstandswijk (referentie: overige wijken)			
Achterstandswijk	1,09 (0,87-1,35)	nee	1,07 (0,88-1,31)
Chronische aandoeningen (referentie: geen chronische aandoening)			
Eén chronische aandoening	1,12 (1,04-1,21)	ja	0,94 (0,85-1,04)
Twee chronische aandoeningen	1,13 (1,02-1,24)	ja	0,86 (0,75-0,98)
Drie of meer chronische aandoeningen	1,13 (1,03-1,24)	ja	0,85 (0,75-0,96)

Significante relaties zijn vet cursief weergegeven

Bron: NIVEL Zorgregistraties Huisartsen gekoppeld aan Vektis declaratiedata ziekenhuiszorg

Om te onderzoeken bij welke groepen het percentage dat een verwijzing niet opvolgt is toegenomen tussen 2010 (het laatste jaar voor de stijging van het percentage zorgmijders, zie ook paragraaf 2.2.2) en 2013 zijn de relaties³² tussen achtergrondkenmerken en zorgmijden vergeleken tussen beide jaren. Hieruit blijkt dat in beide jaren volwassen patiënten vaker hun verwijzing niet opvolgden dan patiënten jonger dan 18 jaar. Dit verschil tussen volwassen patiënten en patiënten jonger dan 18 jaar was in 2010 groter dan in 2013. Verder valt op dat in 2010 patiënten met chronische aandoeningen vaker hun verwijzing wel opvolgden dan patiënten zonder chronische aandoeningen, terwijl dit in 2013 juist andersom was.

Samengevat blijkt uit de vergelijking tussen 2010 en 2013 dat verschillen in het mijden van vervolgzorg, in dit geval het opvolgen van een verwijzing, tussen leeftijdsgroepen kleiner zijn geworden en dat het mijden van dit type zorg vooral is toegenomen onder patiënten met chronische aandoeningen.

³¹ De kenmerken wijkSES en achterstandswijk komen te sterk met elkaar overeen om samen in één analyse opgenomen te kunnen worden. Na verkennende analyses met wijkSES en achterstandswijk apart is besloten alleen achterstandswijk mee te nemen in de logistische multilevel regressie analyses.

³² Ook hier gaat het om relaties, gecorrigeerd voor de overige kenmerken, zorggebruik en clustering binnen patiënten en praktijken.

4 Redenen voor het mijden van zorg

Belangrijkste resultaten:

- Van de respondenten die afzien van een bezoek aan de huisarts, doet meer dan de helft (53%) dat omdat ze dachten dat de klacht vanzelf over zou gaan.
- Van de respondenten die een advies van de huisarts niet opvolgen, noemt meer dan de helft 'opzien tegen kosten' als reden.
- Er is geen relatie tussen kennis over wat onder het eigen risico valt en het mijden van zorg. Wel mijden mensen die de hoogte van het eigen risico juist inschatten minder vaak zorg.
- Mensen die schulden moeten maken, er minder van overtuigd zijn dat anderen invloed hebben op hun gezondheid of negatiever aankijken tegen geneesmiddelengebruik mijden vaker zorg.

4.1 Redenen die respondenten aangeven voor het afzien van huisartsenzorg en het afzien van vervolgzorg

In deze paragraaf gaan we in op de redenen van zorgmijden. We kijken zowel naar redenen voor het afzien van huisartsenzorg als het mijden van vervolgzorg. Ook onderzoeken we of er relaties zijn tussen achtergrondkenmerken en het afzien van een bezoek aan de huisarts. De resultaten in deze paragraaf komen uit de vragenlijst afgenomen binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg en zijn aangevuld met informatie uit de interviews.

4.1.1 Van de respondenten die afzien van een bezoek aan de huisarts, doet meer dan de helft (53%) dat omdat ze dachten dat de klacht vanzelf over zou gaan

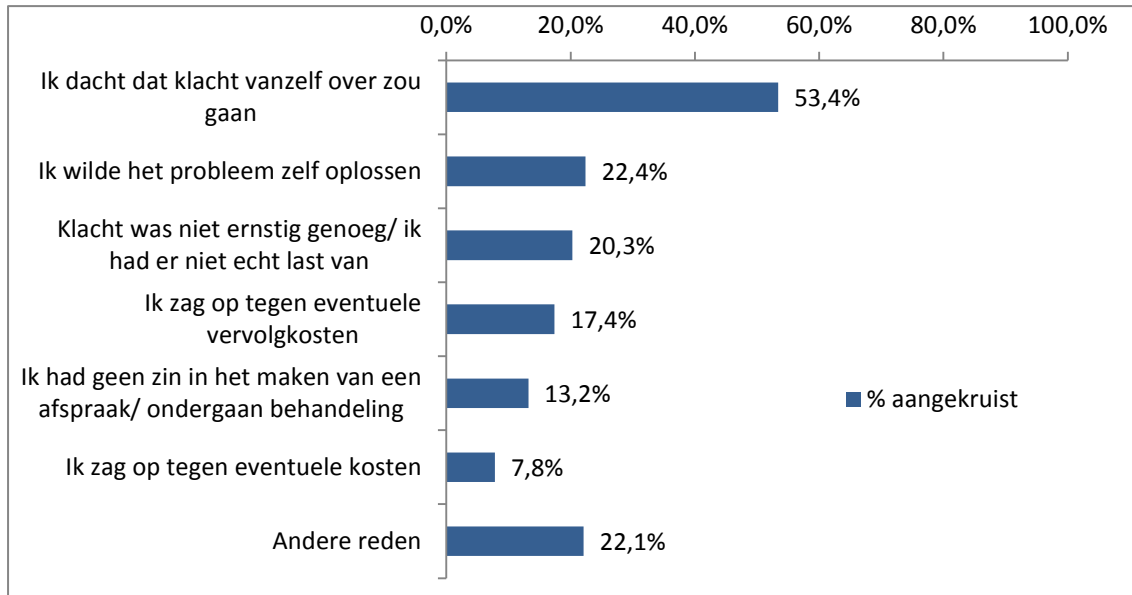
Figuur 4.1 laat zien dat respondenten het vaakst afzien van huisartsenzorg, omdat ze dachten dat de klacht vanzelf over zou gaan³³. Meer dan de helft van de respondenten die afzagen van huisartsenzorg die een reden hebben opgegeven, kruist deze reden aan (53,4%). Verder heeft ongeveer een vijfde afgezien van een bezoek aan de huisarts, omdat ze de klacht niet ernstig genoeg vonden (20,3%) of omdat ze het probleem zelf wilden oplossen (22,4%). Minder dan één op de tien (7,8%) heeft afgezien van een bezoek aan de huisarts, omdat men opzag tegen de kosten. Daarnaast geeft 17,4% aan af te hebben gezien van een bezoek aan de huisarts, omdat men opzag tegen (eventuele) vervolgcosten. In totaal heeft een vijfde (20,6%) van de patiënten die afzagen van een bezoek aan de huisarts, dat gedaan vanwege (eventuele) (vervolg)kosten³⁴.

Tot slot geeft ruim een vijfde (22,1%) van de respondenten in de vragenlijst een andere reden voor het afzien van huisartsenzorg. Relatief vaak werden hier redenen genoemd die te maken hebben met de bejegening door de huisarts, bijvoorbeeld: *"slechte verhouding met huisarts"*, *"ik dacht dat de huisarts mijn probleem niet echt serieus zou nemen"*. Ook werd relatief vaak aangegeven door de respondenten (dat uit eerder onderzoek bleek) dat er niets aan de klachten te doen is, voorbeelden hiervan zijn: *"meestal hoor ik bij de arts 'je moet er mee leren leven'"*, *"loop al jaren*

³³ Respondenten konden meerdere redenen voor het afzien van huisartsenzorg aankruisen. Er is niet gevraagd naar de belangrijkste reden.

³⁴ Dit is het percentage respondenten dat tenminste één van de twee 'kosten' redenen heeft aangekruist.

met deze klachten zonder resultaat en diagnose!”, “ben hier al vaker voor geweest, alle onderzoeken gehad, geen oplossing”. Daarnaast werden meer praktische redenen door respondenten genoemd, zoals: “tijd om een afspraak te maken in combinatie met werk”, “beperkte mogelijkheden om te bellen (8.00 - 10.00) kan voor mij niet i.v.m. werk.”



Figuur 4.1 Redenen die worden genoemd om af te zien van een bezoek aan de huisarts (N=281)[#]

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

[#] Percentages tellen op tot meer dan 100%, omdat meerdere antwoorden mogelijk waren. Niet alle respondenten die afzagen van huisartsenzorg hebben een reden ingevuld

Respondenten konden meer dan één reden aangeven waarom ze hebben afgezien van een bezoek aan de huisarts. Van de respondenten die een reden hebben ingevuld (N=281), heeft iets meer dan de helft (56%, N=158) één reden aangekruist. Een derde (33%, N=92) heeft twee redenen aangekruist en de overige respondenten (11%, N=31) hebben drie of vier redenen aangekruist. De top drie van meest voorkomende combinaties van redenen die werden aangekruist zijn:

- Ik dacht dat de klacht vanzelf over zou gaan in combinatie met ik wilde het probleem zelf oplossen (N=40).
- Ik dacht dat de klacht vanzelf over zou gaan in combinatie met klacht was niet ernstig genoeg/ik had er niet echt last van (N=23).
- Ik zag op tegen (eventuele) vervolgcosten in combinatie met ik dacht dat de klacht vanzelf over zou gaan (N=21).

Aanvullend op het vragenlijst onderzoek, is een aantal respondenten die af hebben gezien van huisartsenzorg telefonisch geïnterviewd. De interviews bevestigen het beeld dat naar voren kwam uit de vragenlijst. Een groot deel van de respondenten noemt het feit dat ze dachten dat de klacht vanzelf over zou gaan, dat de klacht niet ernstig genoeg was en/of dat ze er zelf iets aan wilde doen om de klacht op te lossen. Ook het kostenaspect en het opzien tegen de behandeling komt uit de interviews naar voren als reden om af te zien van een bezoek aan de huisarts. Tot slot kwam ook in de interviews nog een aantal andere redenen naar voren.

4.1.2 Van de respondenten die een advies van de huisarts niet opvolgen, noemt meer dan de helft 'opzien tegen kosten' als reden

In de vragenlijst gaf 2% (N=47) van de respondenten aan het advies van de huisarts niet te hebben opgevolgd (d.w.z. geneesmiddelen niet opgehaald, verwijzing niet hebben opgevolgd of diagnostisch onderzoek niet laten uitvoeren)³⁵. Van degene die hiervoor een reden hebben ingevuld (N=29), geeft iets meer dan de helft (N=15) aan dat dit is vanwege het opzien tegen eventuele kosten.

Dat kosten een rol spelen om het advies van de huisarts niet op te volgen kwam ook naar voren uit de interviews. Daarnaast kwamen nog andere redenen naar voren, zoals de persoonlijke situatie van de patiënt.

4.1.3 De reden voor het mijden van zorg hangt samen met achtergrondkenmerken

Afzien van huisartsenzorg en vervolgzorg

Wanneer we het afzien van huisartsenzorg en vervolgzorg samen nemen, blijkt dat de reden "ik zag op tegen (eventuele) (vervolg)kosten" significant vaker wordt genoemd door respondenten met een inkomen van 0-1.200 euro (29%) dan door respondenten met een inkomen van 1.200-1.600 euro (18%), 1.600-2.100 euro (20%), 2.100-2.700 euro (12%), 2.700-3.300 euro (5%) en meer dan 3.300 euro (11%). Verder noemen respondenten van 18-39 jaar (23%) en van 40-64 jaar (25%) kosten vaker kosten als reden voor zorgmijden dan respondenten van 65-74 jaar (14%) en van 75 jaar en ouder (6%).

Afzien van huisartsenzorg

Mensen die afzagen van huisartsenzorg van 18-39 jaar (38%) noemen significant vaker de reden "de klacht was niet ernstig genoeg/ik had er niet echt last van" dan mensen die afzagen van huisartsenzorg van 40-64 jaar (18%), 65-74 jaar (17%) en 75 jaar en ouder (13%). Verder noemen mensen die afzagen van huisartsenzorg zonder zelf gerapporteerde chronische ziekte significant vaker de reden "de klacht was niet ernstig genoeg/ik had er niet echt last van" dan mensen die afzagen van huisartsenzorg met een zelf gerapporteerde chronische ziekte (27% vs. 13%). Voor de redenen "ik dacht dat de klacht vanzelf over zou gaan", "Ik had geen zin in het maken van een afspraak of het ondergaan van een behandeling" en "ik wilde het probleem zelf oplossen" zijn geen significante verschillen naar achtergrondkenmerken bij mensen die afzagen van huisartsenzorg gevonden.

4.2 Er is geen relatie tussen kennis over wat onder het eigen risico valt en het mijden van zorg. Wel mijden mensen die de hoogte van het eigen risico juist inschatten minder vaak zorg

In deze paragraaf beschrijven we de relatie tussen kennis en het mijden van zorg. De resultaten in deze paragraaf komen uit de vragenlijst die is afgenomen binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Een meerderheid van de respondenten (81%) weet dat voor een bezoek aan de huisarts geen eigen risico geldt (zie bijlage D voor uitgebreidere informatie over de kennis van respondenten).

³⁵ De uitkomsten van de vragenlijst zijn niet geschikt voor bepaling van het percentage mijders van vervolgzorg vanwege kleine aantallen respondenten met een recept of verwijzing en vanwege de manier waarop de vragen gesteld zijn (mensen die meerdere recepten of verwijzingen hebben gekregen konden maar eenmaal aangeven of er sprake was van het mijden van zorg).

Respondenten die denken dat het eigen risico wél geldt voor een bezoek aan de huisarts (17%), zien niet significant vaker af van een bezoek aan de huisarts dan respondenten die weten dat het eigen risico niet geldt voor de huisarts (15%) en dan respondenten die dit niet weten (19%). Ook zien we geen relatie tussen de kennis over of het eigen risico geldt voor geneesmiddelen op recept, een bezoek aan de medisch specialist en laboratoriumonderzoeken en het mijden van zorg. Ook na correctie voor de achtergrondkenmerken (geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen en chronische ziekte) zien we geen significante relatie tussen kennis over wat onder het eigen risico valt en het mijden van zorg.

Er is wel een relatie tussen kennis over de hoogte van het eigen risico en het mijden van zorg, ook na correctie voor bovengenoemde achtergrondkenmerken. Respondenten die het eigen risico realistisch inschatten (350-400 euro) mijden minder vaak zorg (14%) dan respondenten die het eigen risico onrealistisch inschatten (<350 euro of >400 euro) (27%) en respondenten die aangeven niet te weten hoe hoog het eigen risico is (21%).

Na correctie voor bovengenoemde achtergrondkenmerken, is er geen relatie tussen de kennis van de respondenten over de zorgtoeslag en het mijden van zorg.

4.3 Mensen die schulden moeten maken, er minder van overtuigd zijn dat anderen invloed hebben op hun gezondheid of negatiever aankijken tegen geneesmiddelengebruik mijden vaker zorg

Naast de redenen die respondenten aangeven, kunnen er ook impliciete redenen zijn voor zorgmijden. In dit onderzoek hebben we de volgende drie impliciete redenen onderzocht: financiële situatie, locus of control (in hoeverre respondenten denken dat anderen, met name artsen, invloed hebben op hun gezondheid) en houding ten opzichte van geneesmiddelen. De resultaten die beschreven worden in deze paragraaf komen uit de vragenlijst die is afgenomen binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg.

Respondenten die zeggen schulden te moeten maken, mijden vaker zorg. Dit effect blijft bestaan wanneer we corrigeren voor de achtergrondkenmerken geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen en chronische ziekte.

Respondenten die er meer van overtuigd zijn dat anderen (zoals artsen) invloed hebben op hun gezondheid, mijden minder vaak zorg, ook na correctie voor de bovengenoemde vijf achtergrondkenmerken.

Ook blijkt dat respondenten die negatiever aan kijken tegen geneesmiddelengebruik in het algemeen, vaker zorg mijden, ook na correctie voor de achtergrondkenmerken.

De bovenstaande verbanden zijn geanalyseerd voor mensen die afziet van huisartsenzorg en voor mensen die afziet van vervolgzorg samen. Wanneer we de analyses alleen doen voor de groep die heeft afgezien van huisartsenzorg vinden we dezelfde resultaten.

5 Gevolgen van zorgmijden

Belangrijkste resultaten:

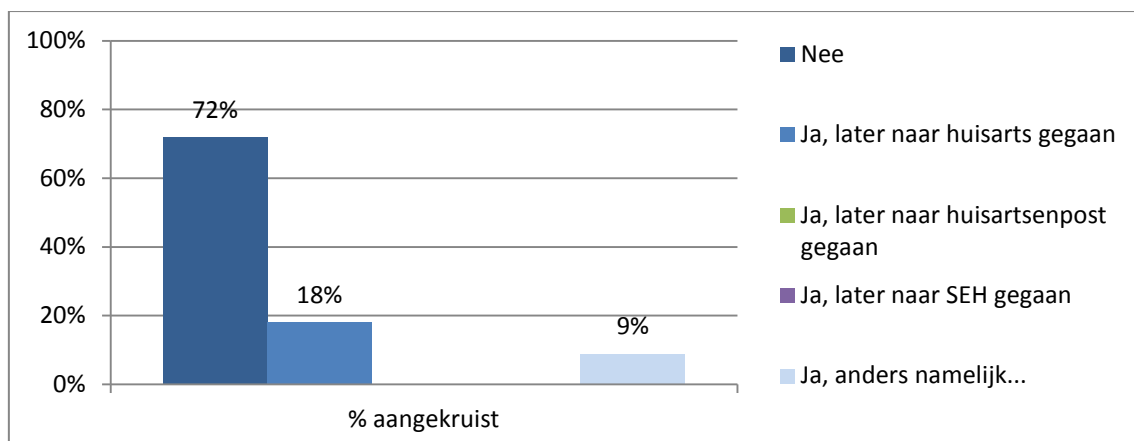
- De meeste respondenten (72%) die afzien van huisartsenzorg en respondenten die vervolgzorg mijden gebruiken later geen zorg meer voor de klacht.
- Bij iets minder dan de helft (48%) van de respondenten die afzien van huisartsenzorg en van de respondenten die vervolgzorg mijden blijft de klacht gelijk.
- 47% van de mensen die afzien van huisartsenzorg of vervolgzorg geeft achteraf aan dat het geen goede beslissing was. Mensen die zorg mijden vanwege de kosten vinden dit vaker dan andere zorgmijders.

De resultaten in dit hoofdstuk komen uit de vragenlijst die is afgenomen binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg.

5.1 De meeste respondenten (72%) die afzien van huisartsenzorg en vervolgzorg gebruiken later geen zorg meer voor de klacht

In deze paragraaf beschrijven we de gevolgen van het mijden van zorg. We gaan in op eventueel later zorggebruik door mensen die af hebben gezien van huisartsenzorg en vervolgzorg, het verloop van hun klacht en hoe ze tegen hun beslissing aankijken.

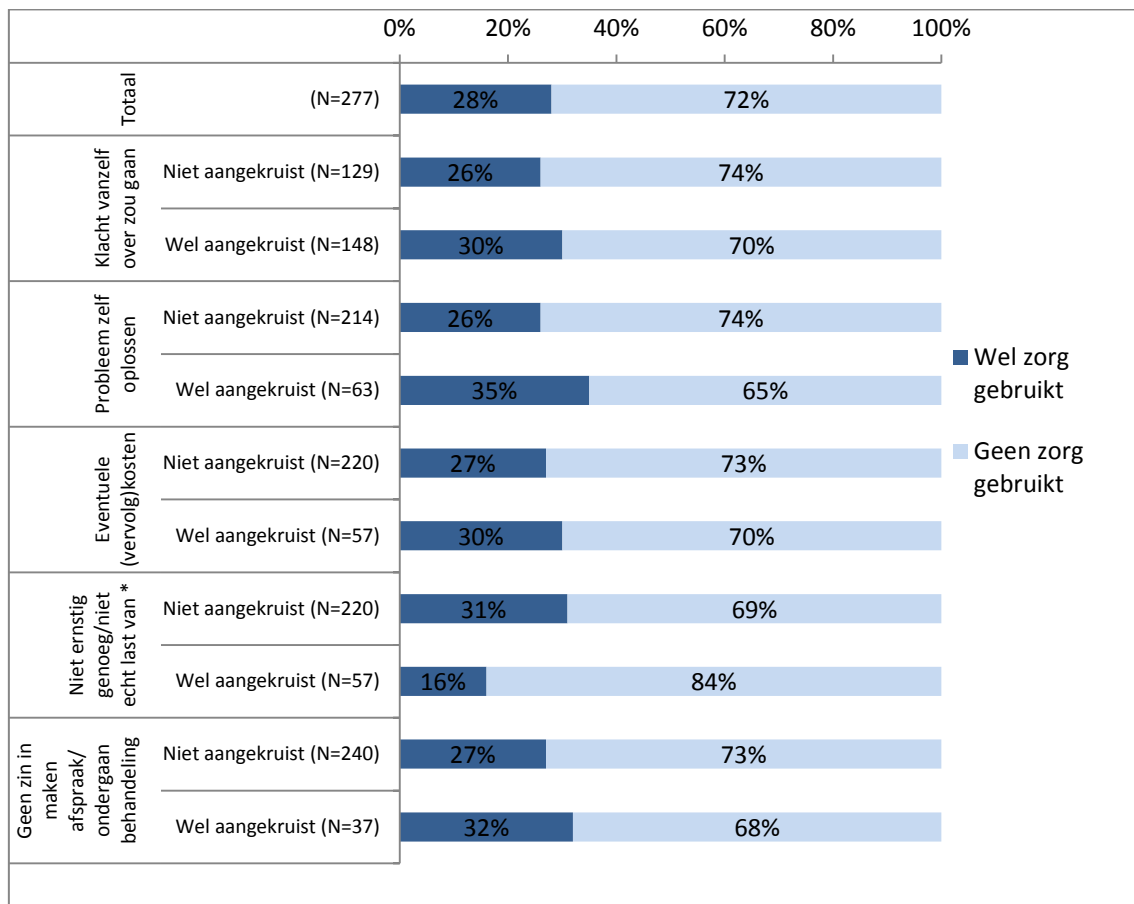
Uit figuur 5.1 blijkt dat het merendeel (72%) van de respondenten die af hebben gezien van een bezoek aan de huisarts later geen zorg meer heeft gebruikt. Bijna één op de vijf (18%) is later alsnog naar de huisarts gegaan, en iets minder dan één op de tien (9%) heeft op een andere manier zorg gebruikt. Voorbeelden van antwoorden die hier genoemd worden zijn: *“andere behandelaars: fysiotherapeut, acupuncturist”, “via internist en bloedonderzoek”, “zelf medicijnen bij drogist gehaald”, en “ik probeer zelfzorg te doen”*. Het afzien van huisartsenzorg leidt onder de respondenten bij één respondent tot het later naar de huisartsenpost gaan en bij één respondent tot het later naar de SEH gaan (beide 0%).



Figuur 5.1 Later zorggebruik door respondenten die af hebben gezien van bezoek aan huisarts (N=277)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

Voor mensen die afzagen van een bezoek aan de huisarts, hebben we onderzocht of het noemen van een bepaalde reden samenhangt met het gebruiken van zorg op een later moment (zie figuur 5.2). Over het algemeen is er geen samenhang tussen het noemen van een reden en het later gebruiken van zorg. De enige uitzondering hierop is de reden “klacht was niet ernstig genoeg/ik had er niet echt last van”. Respondenten die deze reden hebben aangekruist geven vaker aan later geen zorg te hebben gebruikt dan respondenten die deze reden niet hebben aangekruist.

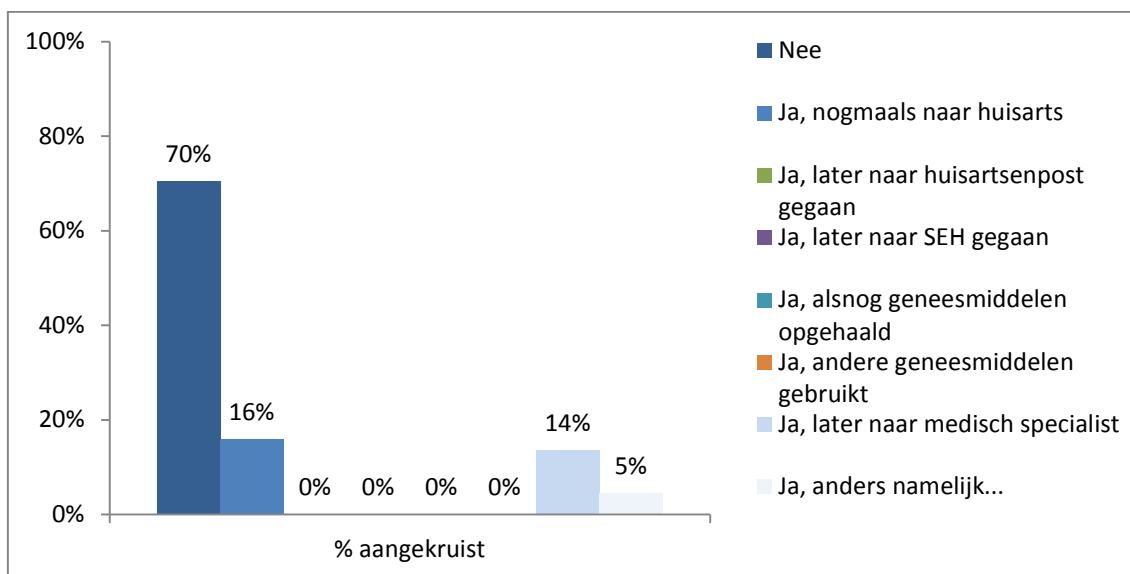


Figuur 5.2 Later zorggebruik voor dezelfde klacht door respondenten die af hebben gezien van bezoek aan huisarts uitgesplitst naar redenen van afzien van bezoek aan de huisarts (N=277)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

* Significant verschil ($p < 0,05$)

Ook in de situatie van mijden van vervolgzorg wordt in twee derde van de situaties later geen zorg meer gebruikt (zie figuur 5.3). Indien wel zorg wordt gebruikt, is dit een bezoek aan de huisarts (15%) of een bezoek aan de medisch specialist (13%). Het mijden van vervolgzorg is niet verder uitgesplitst in verband met kleine aantallen.



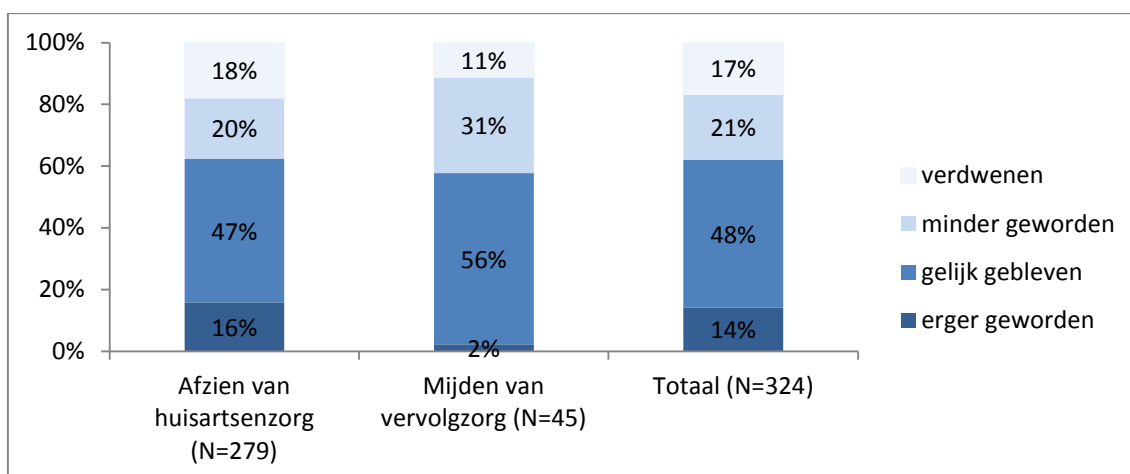
Figuur 5.3 Later zorggebruik voor dezelfde klacht door respondenten die het advies van de huisarts niet hebben opgevolgd (N=44)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

5.2 Bij iets minder dan de helft (48%) van de zorgmijders blijft de klacht gelijk

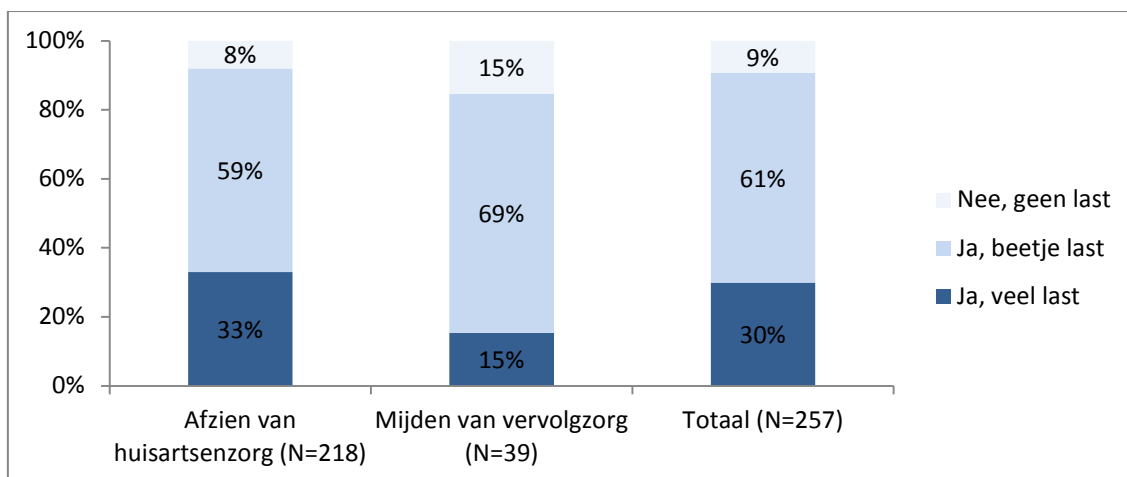
Bij iets minder dan de helft (48%) van de zorgmijders is de klacht gelijk gebleven (zie figuur 5.4). Van alle zorgmijders geeft 14% aan dat de klacht erger is geworden. Van de respondenten die afzagen van huisartsenzorg geeft 16% aan dat de klacht erger is geworden, tegenover 2% van in de gevallen waarin afgezien is van vervolgzorg (zie figuur 5.4).

In lijn hiermee geeft ongeveer drie op de vijf (61%) zorgmijders aan dat ze nog een beetje last hebben van de klacht. Drie op de tien zorgmijders geeft aan nog veel last te hebben van de klacht. Iets minder dan één op de tien (9%) heeft er geen last meer van (zie figuur 5.5).



Figuur 5.4 Verloop van de klacht, bij afzien van huisartsenzorg (N=279), mijden van vervolgzorg (N=45) en in totaal (N=324)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg



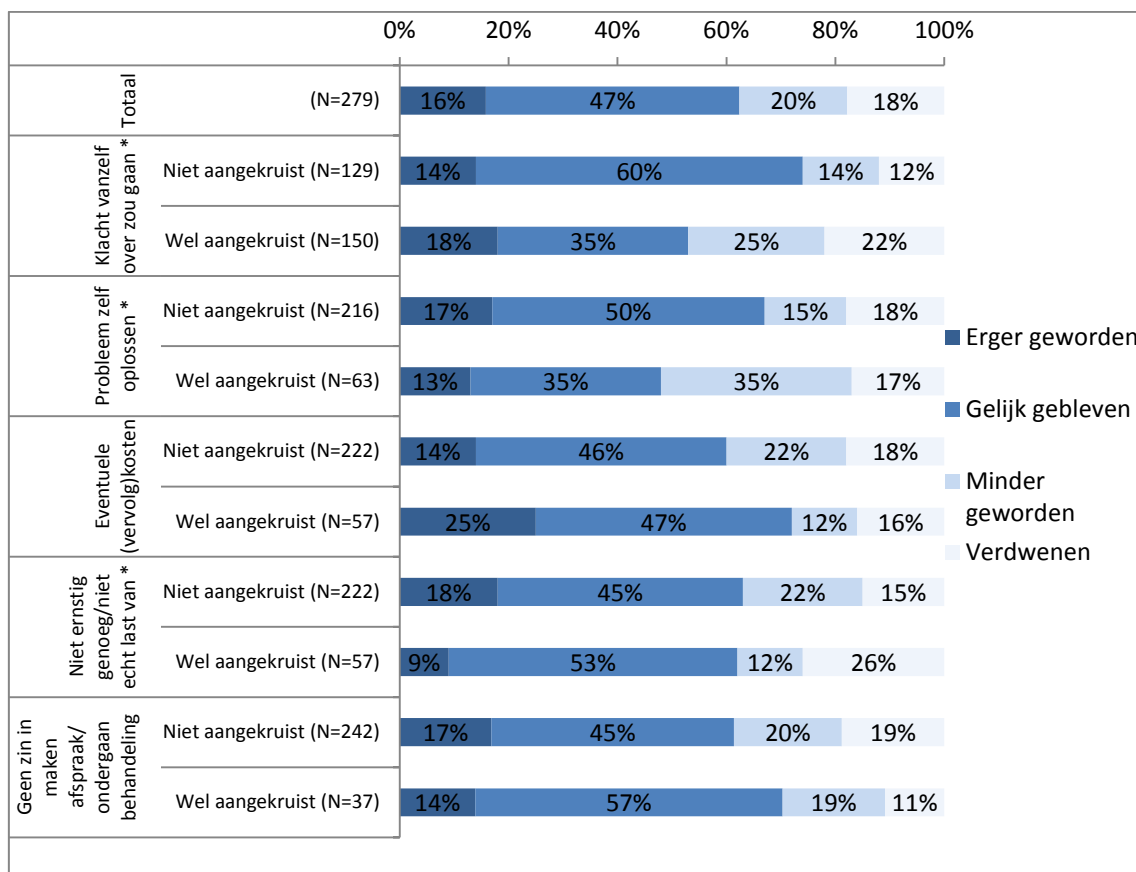
Figuur 5.5 Huidige stand van zaken klacht, bij afzien van huisartsenzorg (N=218), mijden van vervolgzorg (N=39) en in totaal (N=257)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

Voor mensen die afzagen van huisartsenzorg hebben we onderzocht of het al dan niet noemen van een reden voor zorgmijden samenhangt met het verloop van de klacht (zie Figuur 5.6)³⁶.

Respondenten die de reden “ik dacht dat klacht vanzelf over zou gaan” hebben aangekruist geven vaker aan dat de klacht verdwenen is dan respondenten die deze reden niet hebben aangekruist (22% vs. 12%). Verder geven mensen die af hebben gezien van huisartsenzorg vanwege de reden “ik wilde het probleem zelf oplossen” vaker aan dat de klacht minder is geworden dan respondenten die deze reden niet hebben aangekruist (35% vs. 15%). Respondenten die afzagen van huisartsenzorg die als reden noemden dat de klacht niet ernstig genoeg was/er niet echt last van hadden, geven vaker aan dat de klacht verdwenen is dan respondenten die afzagen van huisartsenzorg die deze reden niet hebben aangekruist (26% vs. 15%). Van de respondenten die afzagen van huisartsenzorg die kosten als reden noemen geeft 25% aan dat de klacht erger is geworden, tegenover 14% die deze reden niet noemt. Dit verschil is echter niet significant.

³⁶ Het mijden van vervolgzorg is niet verder uitgesplitst in verband met kleine aantallen.



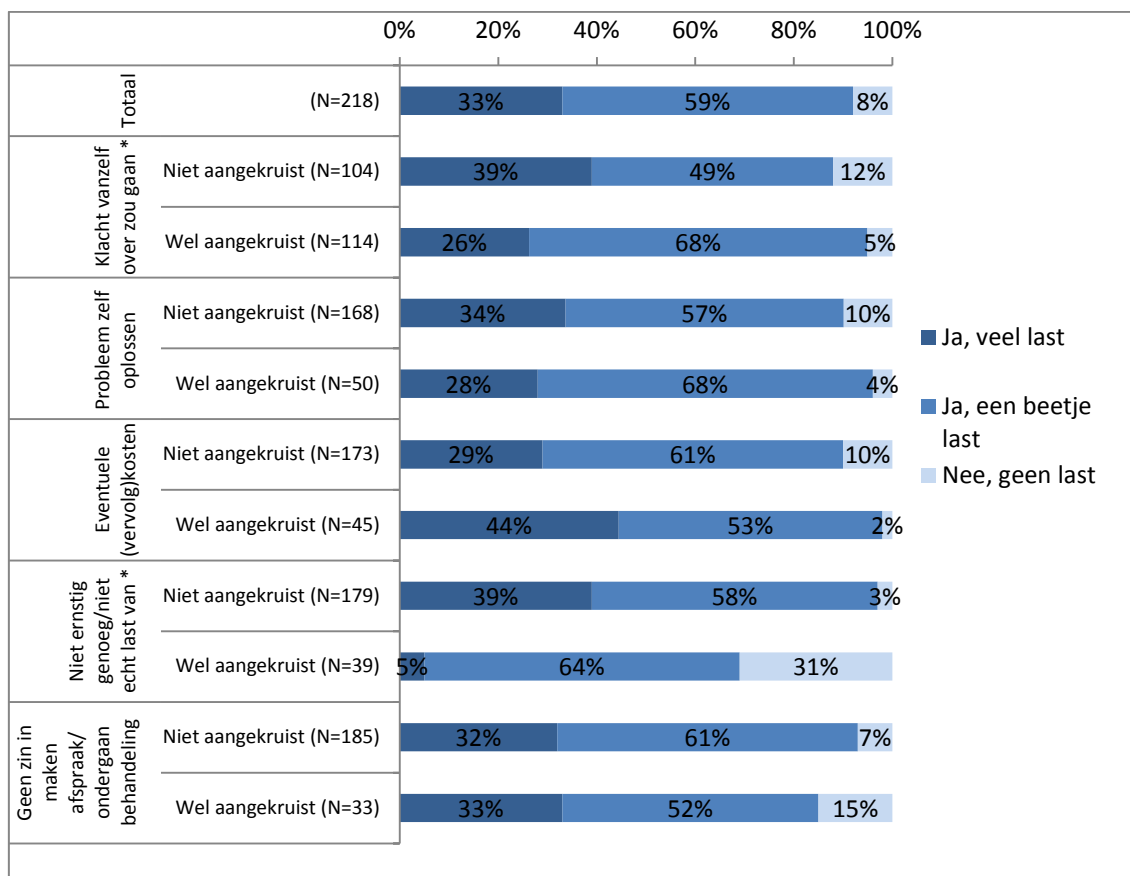
Figuur 5.6 Verloop van de klacht door respondenten die af hebben gezien van bezoek aan huisarts uitgesplitst naar redenen afzien van bezoek aan de huisarts (N=279)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

* Significant verschil ($p < 0,05$)

Uit figuur 5.7 blijkt dat respondenten die afzagen van huisartsenzorg die de reden “ik dacht dat klacht vanzelf over zou gaan” hebben aangekruist minder vaak aangeven dat ze nog veel last hebben van de klacht dan degenen die deze reden niet hebben aangekruist (26% vs. 39%). Respondenten die afzagen van huisartsenzorg die de reden noemden dat de klacht niet ernstig genoeg was/er niet echt last van hadden geven vaker aan dat ze geen last meer hebben van de klacht dan respondenten die afzagen van huisartsenzorg die deze reden niet hebben aangekruist (31% vs. 3%).

Samenvattend lijkt het er op dat mensen die af gezien hebben van huisartsenzorg vanwege niet zorginhoudelijke redenen (bijvoorbeeld kosten) vaker nu nog last van de klacht hebben dan mensen die af hebben gezien van huisartsenzorg om zorginhoudelijke redenen (bijvoorbeeld klacht is niet ernstig genoeg).



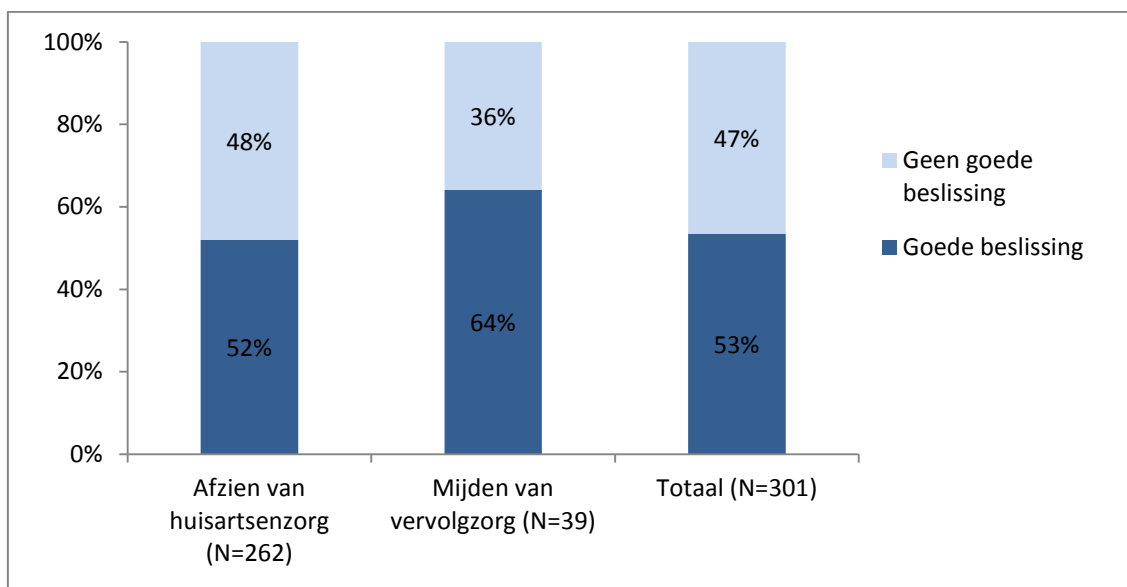
Figuur 5.7 Huidige stand van zaken klacht door respondenten die af hebben gezien van bezoek aan huisarts uitgesplitst naar redenen afzien van bezoek aan de huisarts (N=218)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

* Significant verschil ($p < 0,05$)

5.3 47% van de mensen die afzien van huisartsenzorg of vervolgzorg geeft achteraf aan dat het geen goede beslissing was

Iets minder dan de helft (47%) van de zorgmijders geeft aan het geen goede beslissing te vinden af te hebben gezien van een bezoek aan de huisarts of vervolgzorg (zie figuur 5.8).



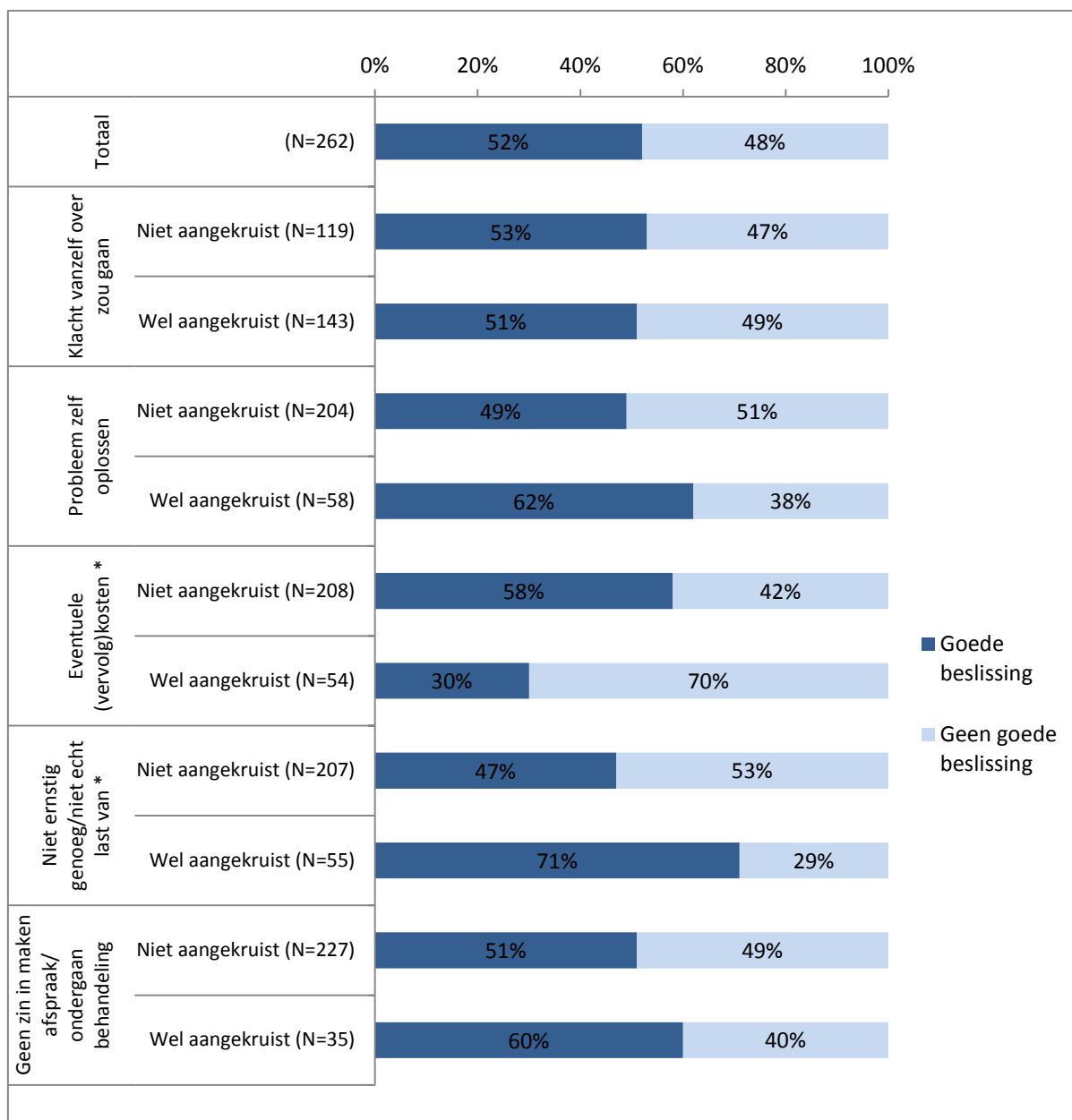
Figuur 5.8 Oordeel over beslissing, bij afzien van huisartsenzorg (N=262), mijden van vervolgzorg (N=39) en in totaal (N=301)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

Voor mensen die afzagen van huisartsenzorg hebben we of ze het een goede of geen goede beslissing vinden uitgesplitst naar redenen voor het afzien van een bezoek aan de huisarts³⁷ (zie figuur 5.9). Uit deze analyse blijkt dat zorgmijders die af hebben gezien van een bezoek aan de huisarts vanwege de reden “ik zag op tegen (eventuele) (vervolg)kosten” het vaker geen goede beslissing vonden dan zorgmijders die deze reden niet hebben aangekruist (geen goede beslissing: 70% vs. 42%). Daarentegen geven respondenten die af hebben gezien van een bezoek aan de huisarts omdat de klacht niet ernstig genoeg was/omdat ze er niet echt last van hebben vaker aan dat dit een goede beslissing was dan zorgmijders die deze reden niet hebben aangekruist (goede beslissing: 71% vs. 47%). Voor de andere redenen zagen we geen significante verschillen tussen respondenten die afzagen van huisartsenzorg die deze reden wel of niet hebben aangekruist.

Samenvattend, mensen die afzien van huisartsenzorg om zorginhoudelijke redenen hun beslissing vaker goed te vinden dan mensen die afzien van huisartsenzorg om financiële redenen.

³⁷ Het mijden van vervolgzorg is niet verder uitgesplitst in verband met kleine aantallen.



Figuur 5.9 Oordeel over de beslissing door mensen die af hebben gezien van bezoek aan uitgesplitst naar redenen afzien van bezoek aan de huisarts (N=262)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

* Significant verschil ($p < 0,05$)

6 Seizoenseffecten in zorgmijden

Belangrijkste resultaten:

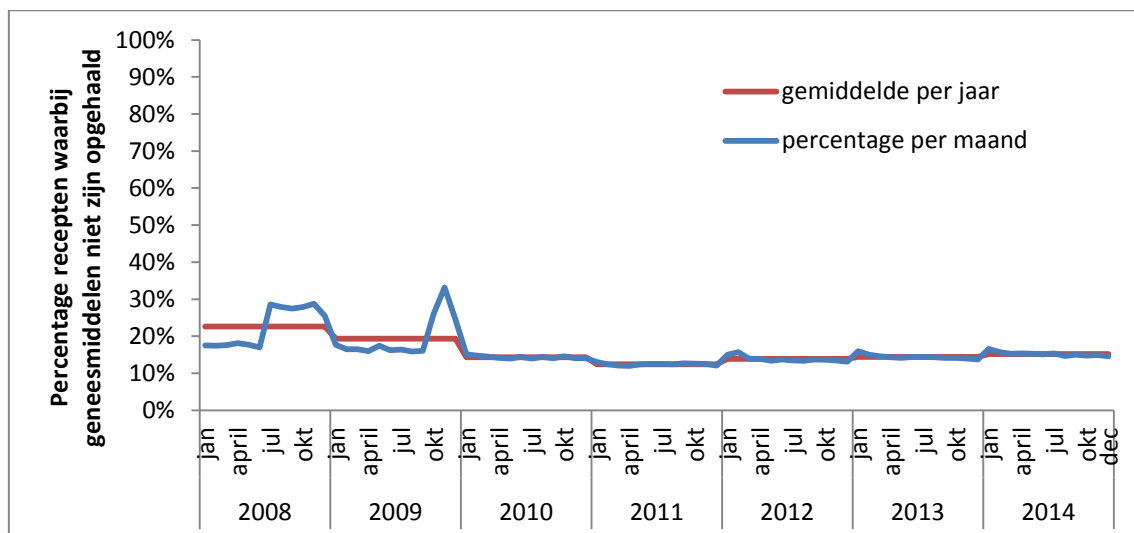
- In januari en februari halen mensen gemiddeld vaker hun geneesmiddelen niet op dan in de rest van het jaar.
- Er zijn geen aanwijzingen voor seizoenseffecten in het mijden van medisch specialistische zorg.

De resultaten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op analyses van de NIVEL Zorgregistraties Huisartsenzorg, gekoppeld aan declaratiedata van ziekenhuis- en apotheekzorg van Vektis.

6.1 In januari en februari halen mensen gemiddeld vaker hun geneesmiddelen niet op dan in de rest van het jaar

Figuur 6.1 toont per maand het percentage recepten waarbij de geneesmiddelen niet zijn opgehaald, over de periode 2008 tot en met 2014. Opvallend is dat de fluctuaties van maand tot maand in de jaren 2008 en 2009 veel groter zijn dan daarna. De veranderingen per maand verschillen bovendien tussen 2008 en 2009: in 2008 is het percentage niet opgehaalde geneesmiddelen in juli, augustus en september hoger dan gemiddeld in dat jaar terwijl dat percentage in 2009 in die maanden juist lager is dan gemiddeld. Voor een eventuele verklaring van deze schommelingen is nader onderzoek nodig.

In 2012, 2013 en 2014 varieert het percentage niet opgehaalde geneesmiddelen veel minder per maand, behalve aan het begin van het jaar. In alle drie die jaren is het percentage niet opgehaalde geneesmiddelen in januari en februari hoger dan in de rest van het jaar. Mogelijk halen mensen aan het begin van het jaar vaker hun geneesmiddelen niet op omdat ze dan hun eigen risico nog niet hebben opgemaakt.

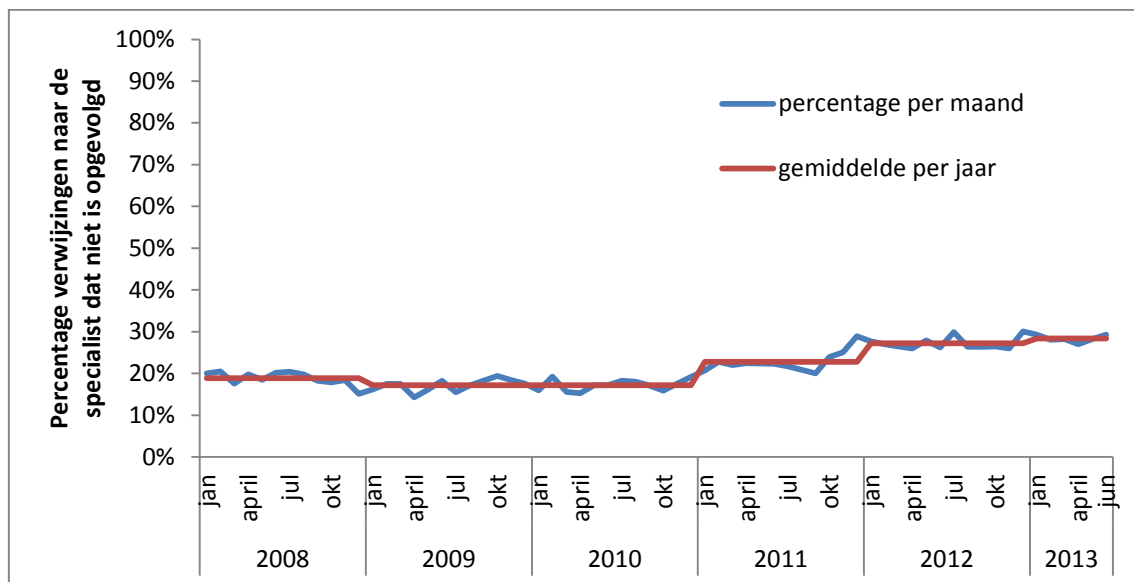


Figuur 6.1 Zorgmijden per maand: percentage recepten waarbij de geneesmiddelen niet zijn opgehaald per maand en gemiddelde percentages per jaar (N=66.466 tot 371.309 recepten per maand)

Bron: NIVEL Zorgregistraties Huisartsen gekoppeld aan Vektis declaratiedata apotheekzorg

6.2 Er zijn geen aanwijzingen voor seizoenseffecten in het midden van medisch specialistische zorg

In figuur 6.2 is per maand het percentage niet opgevolgde verwijzingen weergegeven voor de periode 2008 tot en met de eerste helft van 2013. Uit deze grafiek volgen geen aanwijzingen voor seizoenseffecten in het midden van medisch specialistische zorg.



Figuur 6.2 Zorgmijden per maand: percentage verwijzingen naar de medisch specialist dat niet is opgevolgd per maand en gemiddelde percentages per jaar (N=1058 tot 6086 verwijzingen per maand)

Bron: NIVEL Zorgregistraties Huisartsen gekoppeld aan Vektis declaratiedata ziekenhuiszorg

7 Beschouwing

Dit onderzoek was gericht op het verkrijgen van inzicht in de aard en omvang van het mijden van zorg, het achterhalen van redenen voor het mijden van zorg en kenmerken van mensen die zorg mijden. Het ging daarbij om het afzien van huisartsenzorg en het afzien van vervolgzorg. Vervolgzorg betreft hier het opvolgen van een verwijzing naar een medisch specialist, het ophalen van geneesmiddelen of het laten uitvoeren van diagnostiek. Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen is gebruik gemaakt van diverse bronnen: er is een vragenlijst afgenomen onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL, er zijn interviews afgenomen onder panelleden die aangaven dat zij zorg hebben gemeden, er is gebruik gemaakt van registratiedata afkomstig uit de NIVEL Zorgregistraties Huisartsen en er is een koppeling gemaakt met declaratiegegevens van Vektis³⁸. Daarmee is gebruik gemaakt van de beste data die op dit moment beschikbaar zijn om meer inzicht te krijgen in het mijden van zorg.

7.1 Zorgmijden

We hebben het mijden van zorg vanuit twee kanten benaderd. In de eerste plaats is gekeken of mensen afgezien hebben van een bezoek aan de huisarts. Dat kan veel redenen hebben. In de tweede plaats is gekeken naar het niet opvolgen van een advies van de huisarts. In letterlijke zin kunnen we zeggen dat mensen in beide gevallen zorg mijden. Vanwege de negatieve lading van de term zorg mijden kan er discussie zijn over of het afzien van zorg altijd zorg mijden is. Het afzien van een bezoek aan de huisarts hebben we onderzocht door middel van een vragenlijst waarbij de vragen opgebouwd zijn vanuit de startvraag: “Is het in de afgelopen 12 maanden voorgekomen dat u hebt overwogen naar uw huisarts te gaan, maar toch niet bent gegaan?”. Daarna is gevraagd waarom men niet naar de huisarts is gegaan. Een veelvoorkomende reden is dat men dacht dat de klacht vanzelf zou overgaan. Men ziet dan weliswaar af van een bezoek aan de huisarts, wat als het mijden van zorg gezien zou kunnen worden, maar gezien de aard van de reden zou het ook kunnen gaan om het terecht niet bezoeken van een huisarts. Een andere reden is dat men opziet tegen de behandeling en daarom af ziet van een bezoek aan de huisarts. Het is mogelijk dat daarmee noodzakelijke zorg wordt gemeden. Een derde reden is dat men afziet van een bezoek aan de huisarts vanwege verwachte (vervolg)kosten. Vanwege de verschillende aard van de redenen hebben we de omvang en kenmerken van drie groepen die afzagen van huisartsenzorg onderzocht: eerst voor alle mensen die afzagen van een bezoek aan de huisarts (de startvraag), daarna voor de mensen die afzagen van een bezoek aan de huisarts vanwege opzien tegen de behandeling en (eventuele) (vervolg)kosten en tot slot alleen voor mensen die opzagen tegen (eventuele) (vervolg)kosten.

Het niet opvolgen van een advies van de huisarts is onderzocht op basis van registraties in de gezondheidszorg. Deze registraties bieden geen gegevens over de redenen.

³⁸ De gegevens van Vektis zijn gebaseerd op declaraties bij zorgverzekeraars. De declaraties voor ziekenhuiszorg omvatten sinds 2008 rond 99% van alle verzekerden. De declaraties voor geneesmiddelen omvatten sinds 2008 bijna 100% van alle verzekerden.

7.2 Afzien van een bezoek aan de huisarts

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat het afzien van een bezoek aan de huisarts vanwege financiële redenen bij 3% van de mensen voorkomt. Als we dit percentage vergelijken met percentages die in eerder onderzoek onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg zijn gevonden, dan constateren we dat er door de jaren heen geen sprake is van een toename van het afzien van een bezoek aan de huisarts vanwege financiële redenen.

Het afzien van een bezoek aan de huisarts komt ook om andere redenen voor. Het totale percentage mensen dat, dus ook vanwege andere redenen, afziet van een bezoek aan de huisarts is 15%. Dit percentage komt qua orde van grootte overeen met een aantal andere onderzoeken naar het mijden van zorg die de afgelopen periode in het nieuws zijn geweest, ondanks dat de onderzoeken niet één op één met elkaar vergeleken kunnen worden. We geven een korte beschrijving van deze eerdere onderzoeken.

Onderzoeksbureau GfK heeft in opdracht van het Ministerie van VWS een onderzoek uitgevoerd naar zorgmijden (Van Dijk en Van de Vijver, 2013). In dat onderzoek is gevraagd of respondenten in 2012-2013 (een periode van anderhalf jaar) wel eens hebben overwogen contact te zoeken met een zorgverlener (apotheek, huisarts, medisch specialist, fysiotherapeut³⁹, psycholoog, psychiater of diagnostisch onderzoek) maar dat niet hebben gedaan. Het percentage respondenten dat deze vraag bevestigend beantwoordde was 20%. Uitstel werd in dit onderzoek niet als zorgmijden geteld.

In diezelfde periode heeft ook de landelijke huisartsenvereniging (LHV) een onderzoek uitgevoerd onder haar leden. 13% van de ondervraagde huisartsen gaf aan de indruk te hebben dat patiënten afzien van huisartsenbezoek, omdat ze denken dat huisartsenzorg onder het eigen risico valt. Hieruit is niet af te leiden voor hoeveel patiënten dit dan zou gelden.

In het najaar van 2015 heeft TNS-NIPO in opdracht van VGZ een onderzoek naar het mijden van zorg uitgevoerd. Daarin werd gevraagd of mensen in de eerste helft van 2015 *wel eens artsbezoek, medicijngebruik of zorggebruik i.h.a. uitgesteld of gemeden, terwijl u wel degelijk een gezondheidsprobleem had (of vermoedde dat u dit had)?* 11% van de respondenten antwoordden zorg te hebben uitgesteld, 7% had zorg gemeden.

Bij de meldactie 'Inzicht in Zorgkosten' van het NPCF gaf 14% van de deelnemers aan dat het eigen risico weleens een reden is geweest om af te zien van een (vervolg-)behandeling (NPCF, 2015). Hierbij moet worden opgemerkt dat de uitkomsten van een meldactie nadrukkelijk niet representatief zijn voor de algemene bevolking. Bovendien was de meldpuntactie gericht op een ander thema, namelijk inzicht in zorgkosten.

De Telegraaf ten slotte heeft een zorgenquête uitgevoerd in 2015. 43% van de respondenten op deze enquête gaf aan door het hoge eigen risico een bezoek aan de dokter wel eens uit te stellen. Mogelijk is dit percentage hoger door de manier waarop de vraag gesteld was in deze enquête. Wij hebben geen informatie over de representativiteit van het Telegraaf-onderzoek.

³⁹ Fysiotherapie valt grotendeels buiten de basisverzekering.

Elk van bovengenoemde onderzoeken is uitgevoerd met behulp van een enquête. Nieuw in het huidige onderzoek is dat ook zorgmijders zijn geïnterviewd en dat een groot deel van de resultaten gebaseerd is op grote hoeveelheden data⁴⁰ over daadwerkelijk zorggebruik.

Het afzien van een bezoek aan de huisarts betreft ook in ons onderzoek zelfgerapporteerde gegevens. Er is aan mensen gevraagd of ze hebben overwogen om naar de huisarts te gaan, maar toch niet zijn gegaan. Dit hoeft niet altijd zorgwekkend te zijn. De helft van deze mensen geeft aan dat zij niet naar de huisarts zijn gegaan, omdat ze dachten dat de klacht vanzelf over zou gaan. Het afzien van een bezoek aan de huisarts vanwege financiële redenen wordt veelal wel als ongewenst gezien. 21% procent van de mensen die af heeft gezien van een bezoek aan de huisarts heeft dit vanwege de kosten gedaan. Het mijden van zorg vanwege kosten wordt relatief vaak genoemd door mensen met lagere inkomens en door jongvolwassenen (18-39 jaar), ten opzichte van mensen met hogere inkomens en mensen vanaf 40 jaar.

We vonden geen relatie tussen kennis over wat onder het eigen risico valt en het mijden van zorg. Wel blijkt uit de vragenlijst dat respondenten die het eigen risico in 2015 realistisch inschatten minder vaak zorg mijden dan respondenten die het eigen risico onrealistisch (zowel te hoog als te laag) inschatten, of aangeven niet te weten hoe hoog het eigen risico is. Er is geen relatie tussen kennis van de respondenten over de zorgtoeslag en het mijden van zorg gevonden. Respondenten die er meer van overtuigd zijn dat anderen (zoals artsen) invloed hebben op hun gezondheid, mijden minder vaak zorg dan degenen die meer het gevoel hebben dat zij zelf invloed op hun gezondheid hebben. Respondenten die negatiever aan kijken tegen geneesmiddelengebruik in het algemeen, mijden vaker zorg dan degenen die positiever tegen geneesmiddelengebruik aankijken.

7.3 Gevolgen

Als we kijken naar de gevolgen van het mijden van zorg dan blijkt dat 16% van de mensen die afzagen van een bezoek aan de huisarts, aangeeft dat de klacht erger is geworden. Drie op de tien (30%) geeft aan nog veel last te hebben van de klacht. Achteraf geeft ongeveer de helft (48%) van de mensen die afzagen van een bezoek aan de huisarts aan dat zij hun beslissing om geen zorg te gebruiken niet goed vinden.

Mensen die afzien van een bezoek aan de huisarts vanwege de kosten vinden het vaker geen goede beslissing en geven vaker aan dat de klacht erger is geworden, dan mensen die deze reden niet noemden. Dit kan een aanwijzing zijn dat de kosten een drempel vormen voor het gebruik van noodzakelijke zorg.

Voor een deel van de zorgmijders wordt de klacht erger. Dit kan later tot hogere kosten leiden als de klacht in een later stadium behandeld wordt, terwijl deze klacht eerder wellicht gemakkelijker te verhelpen was. Hetzelfde geldt voor het niet opvolgen van een advies van de huisarts.

⁴⁰ De aantallen patiënten waarvan (geanonimiseerde) gegevens gebruikt zijn variëren van ~93.000 in 2008 voor onderzoek naar op het opvolgen verwijzingen naar de medisch specialist tot ~500.000 in 2014 voor onderzoek naar het ophalen van geneesmiddelen.

7.4 Afzien van vervolgzorg

Op basis van de registratiedata van de NIVEL Zorgregistraties Huisartsen en declaratiegegevens van Vektis is het afzien van vervolgzorg geanalyseerd. Van de patiënten die van de huisarts een nieuwe verwijzing naar een medisch specialist krijgen, neemt het deel dat die verwijzing niet binnen een half jaar opvolgt toe met de jaren. In 2008 en 2009 was dit percentage mijders van vervolgzorg relatief constant op 18-20%, in 2011 steeg het naar 23% en in 2012 en 2013 naar respectievelijk 26% en 27%. Het percentage mensen dat een verwijzing niet opvolgt komt grofweg overeen met eerder onderzoek over de periode 2008-2010 (Van Dijk et al, 2015). Hoe het komt dat het percentage patiënten dat een verwijzing niet opvolgt al langere tijd minimaal 18% was is onbekend en verdient verder onderzoek.

Van de patiënten die van de huisarts een recept voor geneesmiddelen krijgen, was het percentage dat de geneesmiddelen niet binnen zeven dagen ophaalt constant in 2010 (24%) en 2011 (24%). Van 2011 naar 2012 steeg het percentage zorgmijders van 24% naar 28% en sindsdien is het weer vrijwel constant (28% in 2013 en 29% in 2014). Hoe het komt dat het percentage patiënten dat voorgeschreven geneesmiddelen niet ophaalt hoger was in 2008 (34%) en 2009 (35%) dan daarna is niet bekend.

Voor diagnostiek hebben we in dit onderzoek een goede poging gedaan om meer zicht te krijgen in het percentage mensen dat diagnostisch onderzoek laat uitvoeren in de periode 2010 t/m 2014. Om meer inzicht te krijgen in het afzien van diagnostiek bleken de beschikbare gegevens niet zeer geschikt⁴¹. Echter, betere gegevens die inzicht kunnen geven in het opvolgen van het advies nadere diagnostiek te laten verrichten zijn op het moment niet beschikbaar.

Wat opvalt is dat het percentage jongvolwassenen (18-39 jaar) dat afziet van vervolgzorg relatief hoog is. We kunnen uit de beschikbare gegevens niet afleiden of mensen die afzien van vervolgzorg, ook vaker een laag inkomen hebben. In plaats daarvan hebben we naar het wonen in een achterstandswijk gekeken. Uit die analyses blijkt dat mensen die in achterstandswijken wonen, vaker hun voorgeschreven geneesmiddelen niet ophalen. Het mijden van vervolgzorg is vooral toegenomen onder patiënten met chronische aandoeningen. Het niet ophalen van voorgeschreven geneesmiddelen is bovendien meer toegenomen onder patiënten uit achterstandswijken dan onder patiënten uit overige wijken.

Verder blijkt dat in 2012, 2013 en 2014 het percentage niet opgehaalde geneesmiddelen nauwelijks varieert per maand, behalve aan het begin van het jaar. In alle drie die jaren is het percentage niet opgehaalde geneesmiddelen in januari en februari hoger dan in de rest van het jaar. Uit analyse van het percentage niet opgevolgde verwijzingen per maand volgen geen aanwijzingen voor seizoenseffecten in het mijden van medisch specialistische zorg.

Samenvattend zien we een stijging van het percentage mensen dat hun geneesmiddel niet ophaalt in 2012 en was de stijging van het percentage mensen dat een verwijzing niet opvolgt het grootst in 2011. Dat was ook het jaar waarin voor het eerst een daling van de omzetgroei in ziekenhuizen

⁴¹ De gegevens bleken minder geschikt, onder andere doordat aanvragen voor diagnostisch onderzoek niet standaard worden geregistreerd en doordat de koppeling tussen (waarschijnlijkheids)diagnoses en diagnostisch onderzoek niet eenduidig bleek te zijn.

zichtbaar werd. Deze daling kon door de NVZ niet geduid worden (NVZ, 2013). De sterke verhoging van het eigen risico vond plaats per 1 januari 2013. Er blijkt uit dit onderzoek geen één op één relatie tussen de stijgingen in het percentage mijders van vervolgzorg en de verhoging van het eigen risico. Er zijn al langere tijd mensen die vervolgzorg mijden, we zien dat de hele periode 2008-2013/2014 terug. Dit is het eerste onderzoek waaruit dit blijkt. Wat de oorzaken zijn hebben we in dit onderzoek niet kunnen achterhalen.

7.5 Beperkingen

Een deel van het onderzoek is uitgevoerd met behulp van een vragenlijst onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL. Nadeel hiervan is dat bepaalde kwetsbare groepen ontbreken⁴². In dit onderzoek hebben we weliswaar extra mensen met lage inkomens benaderd, maar dit neemt niet weg dat de meest kwetsbare groep ontbreekt. Dit betekent dat het in ons onderzoek gevonden percentage mensen dat huisartsenzorg mijdt, een onderschatting kan zijn. Voor vervolgzorg beschikten we over data tot en met 2013 (verwijzingen) en tot en met 2014 (geneesmiddelen). Meer recente data zijn nog niet beschikbaar. Het is daarmee niet bekend wat het effect van de stijging van het eigen risico na 2013 is geweest.

7.6 Vervolgonderzoek

Het is opvallend dat het percentage mensen dat een verwijzing niet opvolgt in de hele onderzoeksperiode minimaal 18% is. Dat het percentage onder kinderen ook op dat niveau ligt, roept ook vragen op over wat hier aan de hand is. We hebben daar in dit onderzoek geen zicht op gekregen. Ook hebben we geen verklaring kunnen geven voor verschillen in het opvolgen van een verwijzing tussen specialismen, ook dat zou verder uitgezocht moeten worden om beter zicht te krijgen op de aard van het mijden van zorg.

Bij geneesmiddelen zien we dat bepaalde groepen geneesmiddelen minder vaak worden opgehaald dan andere. Dit hangt mogelijk samen met de verkrijgbaarheid van deze geneesmiddelen (of alternatieven) bij de drogist en de vergoeding ervan vanuit de basisverzekering. Dergelijke signalen zouden kunnen wijzen op substitutie. We hebben in dit onderzoek niet vast kunnen stellen of substitutie daadwerkelijk optreedt. In vervolgonderzoek zou dit verder uitgezocht kunnen worden.

Om het effect van het de verhoging van het eigen risico na 2013 te onderzoeken kan verwogen worden om een deel van het onderzoek te herhalen als de data van 2014 (verwijzingen) en 2015 (geneesmiddelen) beschikbaar zijn.

Nader onderzoek naar het afzien van diagnostiek die door de huisarts wordt geadviseerd, is eveneens relevant. Dit vergt in eerste instantie een inventarisatie van de beschikbaarheid en geschiktheid van mogelijke databronnen.

⁴² Hier wordt een lastig af te bakenen groep bedoeld van mensen met onvoldoende hulpbronnen om op eigen kracht bepaalde moeilijkheden en tegenslagen te overwinnen en om hun leven vorm te geven op de manier die zij wensen. Zie Winsemius, 2011 voor een uitgebreide toelichting.

De gevolgen van het mijden van zorg zijn in dit onderzoek onderzocht met een vragenlijst. Hieruit blijkt onder andere dat voor een deel van de mensen die afzien van zorg de klacht erger wordt. In vervolgonderzoek zou de nieuw gerealiseerde koppeling tussen de declaratiegegevens van Vektis en de NIVEL Zorgregistraties gebruikt kunnen worden om te onderzoeken in hoeverre mijden van vervolgzorg leidt tot hogere kosten en/of ernstigere gezondheidsproblemen.

Dankwoord

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS. Het NIVEL bedankt de volgende personen en organisaties voor hun bijdrage aan het onderzoek.

- De leden van de begeleidingscommissie, voor hun waardevolle suggesties en opmerkingen: Paul Thewissen (namens het ministerie van VWS), Carl Jakobs (namens de Consumentenbond), Karel Rosmalen (namens de LHV), Mathijs Romme (namens ZN) en Isabel van Leeuwen (namens de Consumentenbond).
- De volgende organisaties, voor hun bijdrage aan de begeleidingscommissie: het ministerie van VWS, de Consumentenbond, Zorgverzekeraars Nederland en de Landelijke Huisartsen Vereniging.
- Voor hun deelname aan het onderzoek: de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL.
- Voor het leveren en koppelen van de declaratiedata: Vektis.
- Voor het leveren van de registratiedata: NIVEL Zorgregistraties.
- Voor zijn hulp bij de analyses: Peter Spreeuwenberg (NIVEL).

Bijlage A Protocol

ONDERZOEKSPROTOCOL

Inzicht in zorgmijden

Inzicht in aard en omvang, redenen voor zorgmijden en achtergrondkenmerken van betrokken patiënten

juli 2015



N I V E L

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Otterstraat 118-124
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729
www.nivel.nl

Algemene gegevens

Titel onderzoek	Inzicht in zorgmijden	
Subsidieverstrekker	VWS	
Onderzoeksinstelling	NIVEL	
Aanvang	mei 2015	
Geschatte projectduur	6 maanden	
Contactpersoon	Judith de Jong	(e-mail: j.dejong@nivel.nl telefoon 030 2 729702)
	Thamar van Esch	(e-mail: t.vanesch@nivel.nl , telefoon 030 2 729734)

Leeswijzer

Voor u ligt het onderzoeksprotocol voor het onderzoek 'Inzicht in zorgmijden'. Het onderzoek 'Inzicht in zorgmijden' wordt uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS en heeft als doel om inzicht te krijgen in de aard en omvang van het mijden van noodzakelijke zorg, in achtergrondkenmerken van betrokken patiënten en in de redenen voor het mijden van noodzakelijke zorg, zodat daarop eventuele maatregelen kunnen worden afgestemd.

Naar aanleiding van discussies over eerdere onderzoeken naar zorgmijden stuurt VWS dit onderzoek aan samen met de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), de Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland, zodat de vraagstelling en de onderzoeksopzet breed gedragen worden. Uit afgevaardigden van ieder van deze partijen is een begeleidingscommissie samengesteld.

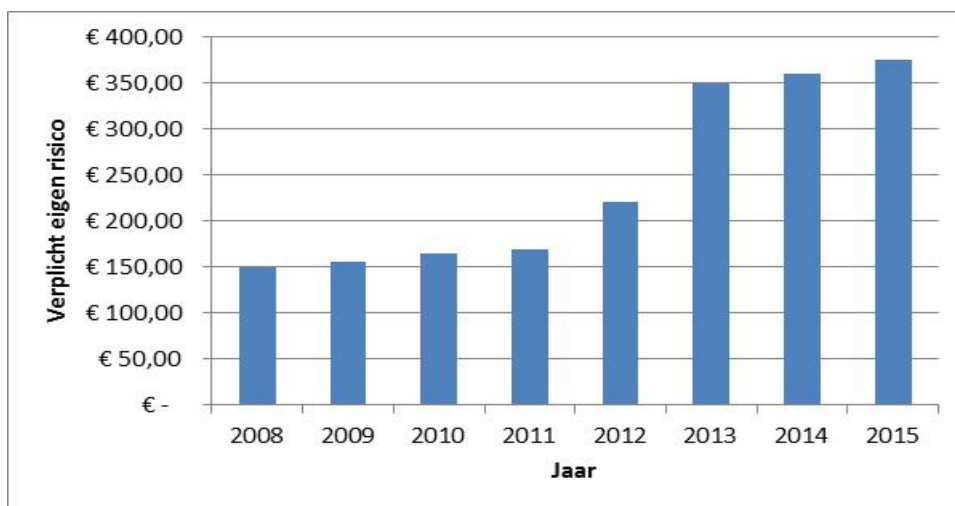
Dit protocol beschrijft in detail hoe het onderzoek zal worden uitgevoerd. Aan de leden van de begeleidingscommissie wordt gevraagd of zij de resultaten van het onderzoek zullen accepteren, als het onderzoek wordt uitgevoerd volgens dit protocol. Het protocol en de resultaten van het onderzoek worden openbaar gepubliceerd. Het staat elk van de partijen vrij om op basis van de resultaten eigen conclusies te trekken. Als er geen overeenstemming wordt bereikt over het protocol wordt het onderzoek stopgezet. Bij overeenstemming zal het onderzoek volgens protocol worden uitgevoerd. Overeenstemming tussen de betrokken partijen is belangrijk, omdat bij ontbreken daarvan het doel van het onderzoek – onbetwiste gegevens over zorgmijden – niet wordt bereikt.

Dit protocol start met een korte achtergrond. Vervolgens worden het doel, de (deel)vraagstellingen en de te onderzoeken vormen van zorgmijden vastgesteld. Hierna volgt de onderzoeksopzet, die start met een uitgebreide beschrijving van de gegevensbronnen en de representativiteit. Daarna volgt het meest uitgebreide deel van het protocol: de uitwerking van het analyseplan per deelvraag. Het laatste hoofdstuk is een korte omschrijving van de opzet van de rapportage. Het interviewprotocol en de vragenlijst zijn als bijlages bijgevoegd.

Het protocol is opgesteld conform het gehonoreerde onderzoeksvoorstel. Op punten waar van het onderzoeksvoorstel wordt afgeweken wordt dat duidelijk aangegeven en gemotiveerd.

1. Achtergrond

Het verplichte eigen risico van de Zorgverzekeringswet is in de afgelopen jaren verhoogd, zie figuur 1. In 2013 werd het eigen risico verhoogd van 220 euro naar 350 euro, waarbij ook de zorgtoeslag is verhoogd. Momenteel bedraagt het eigen risico 375 euro.



Figuur 1: hoogte van het verplicht eigen risico per jaar.

Het eigen risico wordt zowel als financieringsinstrument ingezet als om mensen een prikkel te geven om na te gaan of ze zorg nodig hebben voordat ze er gebruik van maken. In dit onderzoek wordt gekeken naar het laatste, de gedragseffecten van het eigen risico. Het is daarbij wel van belang om te voorkomen dat mensen afzien van het gebruik van noodzakelijke zorg. Het afzien van noodzakelijke zorg moet worden tegengegaan om gezondheidsschade voor de patiënt en eventuele hogere kosten op een later moment te voorkomen. Mensen kunnen verschillende redenen hebben om af te zien van het gebruik van noodzakelijke zorg, zoals financiële redenen, onwetendheid, gebrek aan tijd, ongemak of angst voor de dokter.

Het mogelijke gedragseffect van het verhogen van het eigen risico is het afgelopen jaar meerdere malen in de media aan de orde geweest. Er zijn diverse onderzoeken en verslagen van meldpuntacties verschenen over de effecten van de verhoging van het eigen risico en, meer in het algemeen, over zorgmijding. Doordat deze onderzoeken onderling verschillen wat betreft onderzoeksopzet en vraagstelling, zijn de uitkomsten niet eenduidig en lijken ze voor een deel strijdig met elkaar.

In de Tweede Kamer en in de media heeft dit ertoe geleid dat de verschillende onderzoeksresultaten in twijfel werden getrokken. De Minister van VWS heeft daarom in september 2014 aan de Tweede Kamer toegezegd een onderzoek te laten verrichten naar de aard en omvang van zorgmijding en naar de achtergrondkenmerken van zorgmijders. VWS stuurt dit onderzoek aan samen met de Landelijke Huisartsenvereniging, de Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland, zodat de vraagstelling en de onderzoeksopzet breed gedragen worden. Eén van de eerste stappen in dit onderzoek is het gezamenlijk opstellen van dit onderzoeksprotocol.

2. Doel van het onderzoek, deelvragen en definities

2.1 Doel: inzicht in aard en omvang van zorgmijden, achtergrondkenmerken van betrokken patiënten en redenen voor het mijden van zorg

Doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in de aard en omvang van het mijden van noodzakelijke zorg, in achtergrondkenmerken van betrokken patiënten en in de redenen voor het mijden van noodzakelijke zorg, zodat daarop eventuele maatregelen kunnen worden afgestemd. Hierbij wordt onder andere gekeken naar de mogelijke invloed van het verhogen van het eigen risico op de mate van zorgmijden. Om het doel van dit onderzoek te bereiken, beantwoorden we de volgende deelvragen:

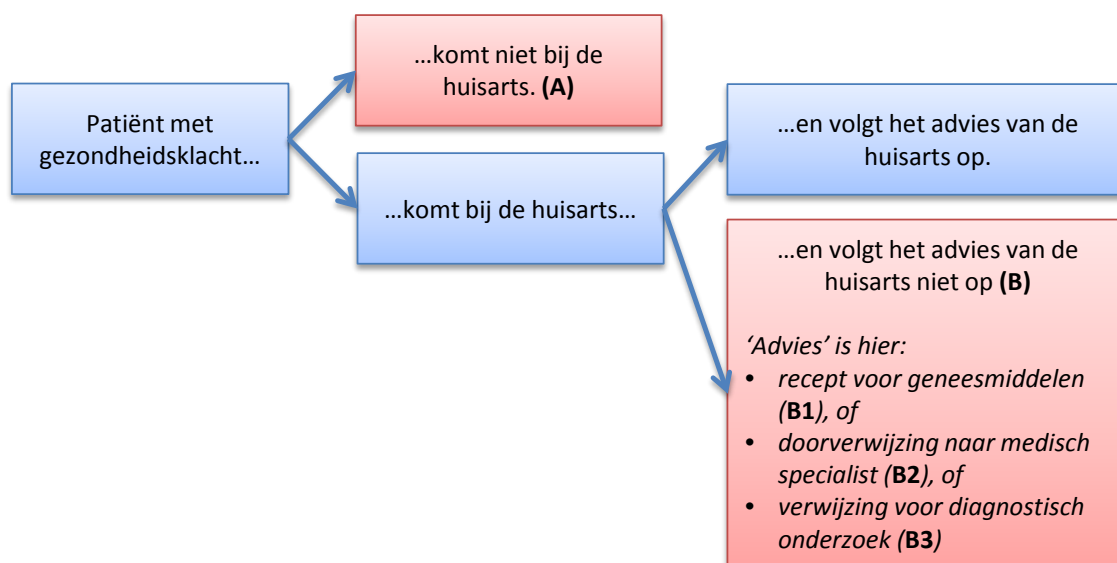
1. In welke mate mijden mensen noodzakelijke zorg in de periode 2008-2014/'15, en hoe is het verloop in deze periode?
2. Wat zijn de achtergrondkenmerken van mensen die noodzakelijke zorg mijden en (waarin) verschillen deze mensen van mensen die geen zorg mijden?
3. Wat zijn de redenen waarom mensen noodzakelijke zorg mijden?
4. Wat zijn gevolgen van het mijden van noodzakelijke zorg voor patiënten?

Daarnaast is er behoefte aan inzicht in de ontwikkelingen van de mate van zorgmijden binnen een jaar. Is de mate van zorgmijden constant gedurende een jaar of is er sprake van seizoenseffecten? Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van een seizoenseffect doordat mensen meer zorgmijden aan het begin van het jaar dan aan het eind van het jaar als zij hun eigen risico volledig opgebruikt hebben. Andere mogelijke redenen voor seizoenseffecten kunnen te maken hebben met pakketwijzigingen en wijzigingen in preferentiebeleid. De laatste deelvraag luidt daarom:

5. Hoe is het verloop van de mate van zorgmijden per maand, gedurende een jaar?

2.2 De te onderzoeken vormen van zorgmijden: niet naar de huisarts gaan en het niet opvolgen van het advies van de huisarts

Conform het onderzoeksvoorstel definiëren wij twee hoofdvormen van zorgmijden, namelijk niet naar de huisarts gaan als het eigenlijk wel zou moeten (A) en het advies van de huisarts niet opvolgen (B). Het advies van de huisarts kan zijn: een recept voor geneesmiddelen, een verwijzing naar een medisch specialist of een verwijzing voor diagnostisch onderzoek (zie figuur 2).



Figuur 2: schematische weergave van de te onderzoeken vormen van zorgmijden (rode vlakken).

2.2.1 Het onderzoek richt zich op het mijden van zorg uit de basisverzekering

Alle door de huisarts geadviseerde zorg, of deze nou binnen of buiten de basisverzekering valt, wordt in dit onderzoek als noodzakelijk beschouwd. Dit onderzoek beperkt zich echter tot het mijden van zorg uit de basisverzekering, omdat dit onderzoek zich richt op zorgmijden in relatie tot het eigen risico en het eigen risico alleen de zorg uit de basisverzekering betreft.

Zorgmijden wordt onderzocht in vier soorten zorg die voor volwassenen grotendeels onder de basisverzekering vallen, namelijk huisartsenzorg, medisch specialistische zorg, verstrekking van geneesmiddelen op recept en diagnostisch onderzoek. Geestelijke gezondheidszorg wordt expliciet buiten beschouwing gelaten omdat daarin vanwege de grote organisatorische veranderingen het effect van het eigen risico op zorgmijden niet goed onderzocht kan worden.

2.2.2 Informatie over de gevolgen van zorgmijden geeft inzicht in de ernst van zorgmijden

We onderzoeken gevolgen van het mijden van zorg: vonden mensen hun keuze achteraf gezien een goede beslissing, zijn hun klachten verergerd en hebben zij uiteindelijk meer of andere zorg gebruikt? We doen geen uitspraken over in hoeverre verergering van klachten en zorggebruik na het mijden van zorg een oorzakelijk gevolg zijn van het zorgmijden. Wel geeft deze informatie een indicatie van de ernst van het zorgmijden.

3. Onderzoeksopzet

3.1 Gegevensbronnen

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden werken wij met een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve gegevensbronnen, namelijk de NIVEL Zorgregistraties, Vektis declaratiedata, een vragenlijst onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg en telefonische interviews onder respondenten van de vragenlijst. De verschillende bronnen geven informatie over zorgmijden in verschillende jaren en ook de representativiteit voor de algemene bevolking verschilt per gegevensbron. Tabel 1 geeft een overzicht hiervan en in de volgende alinea's wordt dit per bron nader toegelicht. De gevolgen hiervan voor de representativiteit en actualiteit van de uiteindelijke resultaten en dus voor de zeggingskracht van dit onderzoek worden uitgebreid besproken in paragraaf 3.4.

Tabel 1: overzicht van de gegevensbronnen, de jaren waarover gegevens beschikbaar zijn en informatie over de representativiteit van de gegevens.

Bron	Jaren	Aantallen en representativiteit
NIVEL Zorgregistraties	2008-2014 (diagnostiek: 2010-2014)	Representatieve selecties (1,2 miljoen ingeschreven patiënten)
Vektis declaratiedata	MSZdeclaraties: 2008-2013 apothekedeclaraties: 2008-2014	Alle verzekerde Nederlanders, maximaal representatief
Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg NIVEL	2014/'15 (afgelopen 12 maanden) en beperkte informatie uit eerdere peilingen in 2009 en 2012	± 4400 leden worden aangeschreven, waaronder relatief veel mensen met een laag inkomen (zie paragraaf 3.1.3)
Telefonische interviews	2014/'15 (afgelopen 12 maanden)	40 interviews, representativiteit is niet van toepassing (zie paragraaf 3.1.4)

3.1.1 NIVEL Zorgregistraties

NIVEL Zorgregistraties¹ maakt sinds 2008 gebruik van gegevens die routinematig in de zorg worden verzameld bij verschillende eerstelijnsdisciplines, waaronder ruim 470 huisartspraktijken, met ongeveer 1,2 miljoen ingeschreven patiënten, verspreid over Nederland. In de huisartspraktijken worden gegevens verzameld over aantallen contacten en verrichtingen, gepresenteerde gezondheidsproblemen (ICPC-codes²), voorgeschreven geneesmiddelen (ATC-codes³), verwijzingen en laboratoriumuitslagen. Statusscores (bron SCP) zijn als SES-indicator⁴ voor het postcodegebied (4 cijfers) gekoppeld aan de NIVEL Zorgregistratiedata.

¹ Zie ook www.nivel.nl/NZR/zorgregistraties.

² ICPC: International Classification of Primary Care (ICPC, worden symptomen en aandoeningen van patiënten door de huisarts geregistreerd).

³ ATC: Anatomical Therapeutic Chemical (zie <http://www.whocc.no/>). Een internationale classificering voor geneesmiddelen waarmee geneesmiddelen door de huisarts worden geregistreerd.

⁴ Koppeling aan inkomen is mogelijk via het CBS, maar dit neemt meer tijd beslag en is daarom niet opgenomen in dit voorstel.

Jaren

NIVEL Zorgregistratiedata zijn beschikbaar voor onderzoek vanaf 2008 tot en met 2014. Vanaf 2010 is het aantal deelnemende praktijken sterk toegenomen en sindsdien zijn ook gegevens over diagnostiek beschikbaar.

Aantallen en representativiteit

De praktijken die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties vormen een goede afspiegeling van de Nederlandse huisartsenpraktijken. Er zijn kleine afwijkingen in de verdeling tussen solo-, duo- en groepspraktijken en qua stedelijkheid⁵. Wij verwachten echter dat dit geen consequenties heeft voor de resultaten van dit onderzoek, omdat uit eerder onderzoek blijkt dat praktijkkenmerken niet van invloed zijn op het opvolgen van verwijzingen (Van Dijk et al, 2015).

De patiëntenpopulatie van de huisartsenpraktijken die aan NIVEL Zorgregistraties deelnemen (1,2 miljoen patiënten) wijkt qua leeftijd, geslacht en aantal mensen in een achterstandswijk nauwelijks af van de Nederlandse bevolking⁵. Op basis van inschrijftarieven is in de NIVEL Zorgregistratiedata bepaald of mensen in een achterstandswijk wonen. Deze achterstandswijken worden iedere vier jaar bepaald op basis van stedelijkheid, percentages niet-westerse allochtonen, studenten, niet-actieven⁶ en inwoners met een laag inkomen (zie Devillé en Wiegers, 2012). Praktijken waarvan het percentage mensen in achterstandswijk na de herijking sterk veranderd is nemen we niet mee in de analyses. Het aandeel mensen in een achterstandswijk in de NIVEL Zorgregistratie komt overeen met het aandeel mensen in een achterstandswijk in de Nederlandse bevolking (5%).

In de NIVEL Zorgregistratie wordt een aantal standaardchecks op de kwaliteit van de data gedaan. Op basis van de uitkomsten van deze checks en het aantal deelnemende praktijken per jaar, is bepaald hoeveel patiënten en praktijken er beschikbaar zijn per vorm van zorgmijden per jaar, zie tabel 2.

Uit deze data wordt op basis van verdere kwaliteitstoetsing⁷ per vorm van zorgmijden een selectie gemaakt. Naar verwachting zullen deze selecties, gezien de grote aantallen en gezien de representativiteit van de NIVEL Zorgregistratie, representatief zijn voor de Nederland. We toetsen voor iedere selectie de representativiteit van de populatie op basis van leeftijd, geslacht, aandeel mensen in een achterstandswijk en SES (van het postcodegebied). Mocht de selectie op deze kenmerken afwijken van de Nederlandse bevolking, dan is de hoeveelheid beschikbare data groot genoeg daarvoor te corrigeren of om alsnog een representatieve steekproef te trekken. Uit verkennende analyses blijkt dat het percentage mensen in een achterstandswijk niet lager wordt bij het maken van selecties op basis van registratiekwaliteit.

⁵ Zie ook www.nivel.nl/NZR/huisartsen.

⁶ Personen met een werkloosheidsuitkering, arbeidsongeschikten, pensioenontvangers, bijstandontvangers en de groep 'overige inkomensontvangers' worden tot de niet-actieven gerekend (Deville en Wiegers, 2012).

⁷ Bijvoorbeeld analyse van de stabiliteit van de registraties door de tijd, van vergelijking tussen praktijken, enz.

Tabel 2: aantal praktijken en patiënten per jaar⁸ waarvan data beschikbaar zijn voor analyse van geneesmiddelengebruik en analyse van het aantal huisartsbezoeken per jaar, van verwijzingen naar de medisch specialist en van diagnostisch onderzoek.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Geneesmiddelengebruik en aantal huisartsbezoeken							
Aantal praktijken met betrouwbare data	51	53	80	123	89	142	112
Aantal patiënten in deze praktijken	201767	219467	308524	532667	355242	626538	472293
Verwijzingen naar medisch specialist							
Aantal praktijken met betrouwbare data	32	31	34	47	33	46	33
Aantal patiënten in deze praktijken	135442	138025	147379	220620	119552	223813	131077
Diagnostisch onderzoek							
Aantal praktijken met betrouwbare data	-	-	50	100	62	141	112
Aantal patiënten in deze praktijken	-	-	172740	436079	242107	623927	472293

3.1.2 Vektis declaratiedata

Vektis verzamelt en beheert gegevens uit declaratiebestanden van zorgverzekeraars. Haar databestanden bevatten declaraties van alle Nederlanders die verzekerd zijn via de Zorgverzekeringswet. In dit project maken we gebruik van declaraties van apotheken en medisch specialistische zorg (MSZ, bij ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra). Alle declaraties die binnen de basisverzekering vallen worden meegenomen, met uitzondering van declaraties bij het specialisme psychiatrie omdat hiervoor in een groot deel van de periode die wij onderzoeken geen DBC's (diagnosebehandelcombinaties⁹) geregistreerd zijn. We koppelen deze declaratiedata aan selecties van NIVEL Zorgregistratiedata om te onderzoeken of verwijzingen naar medisch specialisten en recepten voor geneesmiddelen (zoals geregistreerd in de NIVEL Zorgregistratie) worden opgevolgd/opgehaald.

Jaren

Betrouwbare gegevens zijn beschikbaar vanaf 2008. Data worden bij Vektis beschikbaar gemaakt voor onderzoek nadat zorgaanbieders hebben gedeclareerd bij zorgverzekeraars (medisch specialisten kunnen dit tot een jaar na de behandeling doen) en zorgverzekeraars gegevens hebben aangeleverd aan Vektis. Hierdoor zijn de declaratiedata van medisch specialistische zorg (MSZ) beschikbaar tot en met 2013 en van apotheken tot en met 2014, zie ook tabel 3.

⁸ Het aantal praktijken per jaar met beschikbare data varieert met name doordat het aantal deelnemende praktijken per jaar wisselt door in- en uitstroom van praktijken. De registratiebetrouwbaarheid wordt per jaar bepaald en beïnvloed daarmee ook de aantallen per jaar.

⁹ DBC's zijn codes die gebruikt worden in de declaraties van medisch specialistische zorg en voor de analyses in dit onderzoek.

Declaratiedata van medisch specialistische zorg zijn beschikbaar van 2008 tot en met 2013. Declaraties van medisch specialistische zorg in 2014 komen in 2016 beschikbaar voor onderzoek doordat DBC's van eind 2014 tot en met eind 2015 gedeclareerd kunnen worden. Deze zijn daarom voor dit onderzoek niet beschikbaar.

Tabel 3: jaren waarover declaratiebestanden van Vektis beschikbaar zijn.

Declaratiebestand Vektis	Beschikbare jaren	Toelichting
Apotheekdeclaraties	2008 t/m 2014	
MSZ-declaraties	2008 t/m 2013	<i>Aanbieders kunnen tot een jaar na de behandeling DBC's declareren. Declaraties over 2014 zijn dus eind 2015 compleet en in 2016 beschikbaar voor onderzoek.</i>

Aantallen en representativiteit

Declaratiedata van Vektis zijn beschikbaar van alle Nederlandse verzekerden. In dit project koppelen we de Vektisdata aan selecties van NIVEL Zorgregistratiedata, waardoor de selectie van NIVEL Zorgregistratiedata bepalend is voor de representativiteit.

3.1.3 Vragenlijst Consumentenpanel

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg bestaat uit bijna 12.000 panelleden die zich bereid verklaard hebben om op regelmatige basis vragenlijsten in te vullen over gezondheidsgerelateerde onderwerpen (Brabers et al, 2015). Het doel van het panel is om onder de algemene bevolking in Nederland meningen en kennis over de gezondheidszorg en de verwachtingen en ervaringen hiermee te meten. Van de panelleden is een groot aantal achtergrondkenmerken bekend (zoals leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid), die gebruikt worden om inzicht te krijgen in verschillen tussen groepen patiënten. Een deel van de panelleden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg zijn geworven via huisartspraktijken die deelnemen aan de NIVEL Zorgregistraties. Aan deze patiënten is gevraagd of zij toestemming geven voor het combineren van hun antwoorden op vragenlijsten met hun gegevens uit de NIVEL Zorgregistratie over zorggebruik zoals geregistreerd door de huisarts. In totaal hebben ruim 3200 patiënten van 16 praktijken toestemming gegeven. In dit onderzoek hebben we deze groep panelleden met toestemming aangevuld met een random steekproef van 1.200 panelleden met lage inkomens (tot €2.100 per maand).

Jaren

We vragen in dit onderzoek naar het zorgmijden in de afgelopen 12 maanden (dus in de tweede helft van 2014 en de eerste helft van 2015). Daarnaast hebben we uit eerdere vragenlijsten beschikking over informatie over zorgmijden vanwege het eigen risico in 2009 en 2012. Zie voor (een omschrijving van) de vragenlijst van dit onderzoek bijlage 1.

Aantallen en representativiteit

Achtergrondkenmerken van de selectie van panelleden voor dit onderzoek staan beschreven in tabel 4. Ter vergelijking zijn ook de achtergrondkenmerken van de volwassen algemene Nederlandse bevolking (bron: CBS) toegevoegd. De tabel bevat achtergrondkenmerken van de steekproef, voor het representativiteit van het onderzoek zijn de achtergrondkenmerken van de respondenten van belang.

Tabel 4: achtergrondkenmerken van de steekproef van de vragenlijst en van de volwassen algemene bevolking in Nederland (bron: CBS).

	Steekproef vragenlijst		Nederlandse bevolking
	N	percentage	percentage
Geslacht	4.473		
man	1.987	44%	49%
vrouw	2.486	56%	51%
Leeftijd (op 3-7-'15)	4.473		
18-39 jaar	619	14%	34%
40-64 jaar	1.704	38%	45%
65 of ouder	2.150	48%	21%
Hoogst voltooide opleiding:	4.335		
laag (t/m lager of voorbereidend beroepsonderwijs)	1.000	23%	30%
midden (middelbaar onderwijs en HAVO en VWO)	2.062	48%	42%
hoog (HBO of hoger)	1.273	29%	28%
Netto inkomen huishouden per maand¹⁰:	4.367		
0-1.600 euro	1.444	33%	40% (0-2025 euro)
1.600-2.100 euro	1.068	24%	
2.100-2.700 euro	610	14%	
2.700-3.300 euro	448	10%	30% (2025-3291 euro)
meer dan 3.300 euro	797	18%	30% (>3291 euro)
Algemene gezondheid:	4.451		
uitstekend	391	9%	80%
zeer goed	871	20%	
goed	2.385	54%	
matig	733	16%	20%
slecht	71	2%	

Inkomen is door definitieverschillen niet één op één vergelijkbaar tussen beide groepen. Voor dit onderzoek naar zorgmijden in relatie tot het eigen risico, is naar verwachting met name de groep met lage inkomens relevant. Om over die groep betrouwbare uitspraken te kunnen doen, bevat de steekproef relatief veel mensen met inkomens tot €2.100,-. Op de overige achtergrondkenmerken (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en gezondheid) wijkt de steekproef in meer of mindere mate af

¹⁰ Landelijke percentages voor inkomen zijn gebaseerd op het besteedbaar inkomen per huishouden in 2013 (bron: CBS). De definitie van besteedbaar inkomen (zie <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/default.htm?ConceptID=137>) wijkt af van het netto inkomen zoals dat gevraagd wordt in het Consumentenpanel (zie Bijlage 1 voor de vraagstelling binnen het Consumentenpanel). Voor sommige personen is het besteedbaar inkomen hoger, voor anderen juist lager dan het netto inkomen.

van de algemene bevolking. Belangrijk is echter dat de aantallen in alle groepen in principe groot genoeg zijn om onderzoek mee te kunnen doen. In het vervolg van dit protocol beschrijven we per deelvraag wat de consequenties van de selectie zijn en hoe we daarmee omgaan. Indien nodig en waar mogelijk zal gecorrigeerd worden voor achtergrondkenmerken om zo betrouwbaar mogelijk te kunnen extrapoleren naar de hele Nederlandse bevolking. Corrigeren is nodig als de uitkomsten variëren met kenmerken die in de steekproef anders verdeeld zijn dan in Nederland. Corrigeren is echter alleen mogelijk als de aantallen binnen de groepen groot genoeg zijn om betrouwbare uitspraken over te kunnen doen. Op basis van de resultaten van het GFK-onderzoek, de verwachte respons en de samenstelling van de steekproef (Brabers et al, 2015) is de verwachting dat de aantallen in iedere groep voldoende zullen zijn om indien nodig te kunnen corrigeren.

3.1.4 Verdiepende interviews

Om meer inzicht te krijgen in redenen voor zorgmijden zullen we 40 mensen telefonisch interviewen (zie bijlage 2). Deze mensen worden geselecteerd op basis van hun antwoorden op de vragenlijst en op basis van of ze toestemming hebben gegeven voor een interview. We selecteren 20 mensen die niet naar de huisarts zijn geweest, terwijl zij dat wel overwogen en 20 mensen die het advies van de huisarts niet hebben opgevolgd. Deze selectie wordt zo gemaakt dat, in dien mogelijk, in ieder geval over alle te onderzoeken vormen van zorgmijden patiënten geïnterviewd worden.

Jaren

We interviewen mensen die in de vragenlijst hebben aangegeven dat zij in de afgelopen 12 maanden zorg hebben gemeden. Indien niet genoeg van deze respondenten toestemming geven voor een interview breiden we de groep uit met respondenten die aangegeven hebben in 2014 zorg gemeden te hebben. Om dit te achterhalen is in de vragenlijst een extra vraag opgenomen.

Aantallen en representativiteit

Het doel van de interviews is om de variëteit aan redenen waarom mensen zorgmijden in kaart te brengen. De mensen die geïnterviewd worden vormen daarom geen representatieve afspiegeling van de algemene bevolking, maar zijn mensen die in de vragenlijst hebben ingevuld dat zij zorg gemeden hebben. Indien mogelijk (afhankelijk van de beschikbare aantallen) kiezen we deze groep zo gevarieerd mogelijk qua achtergrondkenmerken, redenen en gevolgen om een zo groot mogelijke variëteit aan redenen in beeld te brengen. 40 interviews is ruim voldoende voor dit doel. Uit eerder onderzoek blijkt dat al bij twaalf interviews verzadiging optreedt in de redenen die genoemd worden (Guest et al, 2006).

3.1.5 Koppeling tussen gegevensbronnen

Exacte koppeling tussen vragenlijst Consumentenpanel en NIVEL zorgregistraties

De gegevens zoals geregistreerd door de huisarts worden gecombineerd met de antwoorden op de vragenlijst van de leden van het Consumentenpanel die daarvoor toestemming hebben gegeven, door middel van een sleutelbestand. Dit sleutelbestand wordt beheerd door iemand op het NIVEL die noch werkt voor het Consumentenpanel noch voor NIVEL Zorgregistraties (Brabers et al, 2015).

Waarschijnlijkheidskoppeling tussen NIVEL zorgregistraties en Vektisdata

NIVEL zorgregistraties en Vektis declaratiedata worden aan elkaar gekoppeld door middel van een waarschijnlijkheidskoppeling op basis van leeftijd, geslacht en postcode. Eerder NIVELonderzoek

heeft uitgewezen dat op deze manier 80% van de patiënten gekoppeld kan worden (Van Dijk et al, 2015).

3.1.6 Privacy

Het NIVEL hanteert uitgebreide protocollen om de privacy van patiënten te waarborgen. Hieronder is dit toegelicht per gegevensbron en koppeling.

Vragenlijst consumentenpanel

Alle procedures rondom privacy van de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg zijn opgenomen in het privacyreglement van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Daarnaast is er ook een privacyreglement voor het werven van panelleden via huisartspraktijken. De privacy van de panelleden wordt, overeenkomstig de code Goed Gedrag van de Federatie Medisch Wetenschappelijke Verenigingen, gewaarborgd doordat de mensen die de vragenlijstuitkomsten analyseren geen toegang tot de persoonsgegevens hebben. Het Consumentenpanel Gezondheidszorg is aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens (meldingsnummer 1262949, zie voor meer informatie http://www.cbppweb.nl/Pages/ind_reg_meldreg.aspx). Een deel van de panelleden heeft expliciet toestemming gegeven voor het combineren van hun antwoorden op vragenlijsten met hun gegevens over zorggebruik zoals geregistreerd door de huisarts. Deze koppeling vindt plaats door middel van een sleutelbestand, dat wordt beheerd door iemand op het NIVEL die noch werkt voor het Consumentenpanel noch voor NIVEL Zorgregistraties (Brabers et al, 2015).

Interviews

Voor de interviews benaderen we leden van het Consumentenpanel die in de vragenlijst van dit onderzoek expliciet toestemming geven voor een telefonisch interview. Aan de mensen die toestemming geven wordt hun naam en telefoonnummer gevraagd, zodat de onderzoekers geen toegang tot het bestand met de persoonsgegevens van de panelleden nodig hebben. De naam en het telefoonnummer van de leden die toestemming geven worden op een los vel gescheiden van de rest van de vragenlijst, worden alleen voor dit onderzoek gebruikt en worden na afloop van dit onderzoek vernietigd.

NIVEL Zorgregistraties

Om de privacy van patiënten van deelnemende zorgverleners te beschermen is voor NIVEL een Governance Structuur opgericht, waar de privacycommissie van NIVEL Zorgregistraties deel van uitmaakt. Overige maatregelen die het NIVEL heeft getroffen, zijn¹¹:

- NIVEL Zorgregistraties ontvangt van de deelnemende zorgpraktijken geen informatie waarmee patiënten direct geïdentificeerd kunnen worden.
- Er is een privacyreglement opgesteld, waarin precies omschreven staat welke gegevens er worden gebruikt en hoe daar mee wordt omgegaan.
- NIVEL Zorgregistraties eerste lijn houdt zich aan de code Goed Gedrag, die is opgesteld door de Federatie Medisch Wetenschappelijke Verenigingen.
- Gegevens worden verzonden via een beveiligde verbinding.
- Bij een toenemend aantal zorgverleners is sprake van zogenaamde "pseudonimisering aan de bron" via een 'trusted third party' (ZorgTTP).

¹¹ Zie ook <https://www.nivel.nl/NZR/privacy-0>

Het NIVEL heeft de procedure rond NIVEL Zorgregistraties zoals vastgelegd in het Privacyreglement van NIVEL Zorgregistraties en het dataveiligheidsmanagementsysteem zodanig ingericht dat in beginsel niet langer sprake is van persoonsgegevens in de zin van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en dat het NIVEL uitsluitend beschikt over gegevens die door het NIVEL niet zonder onevenredige tijd en moeite en daarbij dan gebruik makend van volgens het Privacyreglement van NIVEL Zorgregistraties niet toegestane technieken herleidbaar zijn tot geïdentificeerde of identificeerbare natuurlijke personen.

Patiënten die ondanks deze maatregelen bezwaar hebben tegen het gebruik van hun gegevens, kunnen dit kenbaar maken aan hun zorgverlener, waarna de betreffende gegevens niet door het NIVEL gebruikt zullen worden.

Waarschijnlijkheidskoppeling aan Vektisdata

Privacy van de patiënten wordt gewaarborgd doordat de NIVEL-onderzoekers geen toegang hebben tot op de persoon herleidbare gegevens en doordat Vektis van de verantwoordelijke zorgverzekeraars toestemming heeft ontvangen voor de verwerking van persoonsgegevens. Vektis voert de waarschijnlijkheidskoppeling uit en maakt voor de NIVEL-onderzoekers geanonimiseerde onderzoeksbestanden (zonder BSN, geboortedatum en postcode). Vektis mag de van het NIVEL ontvangen bestanden alleen gebruiken om de waarschijnlijkheidskoppeling uit te voeren. Dit is vastgelegd in een bewerkersovereenkomst tussen het NIVEL en Vektis. De NIVEL-onderzoekers voeren de analyses uit binnen de beveiligde omgeving van Vektis; de geanonimiseerde onderzoeksbestanden verlaten Vektis niet. Alleen de resultaten van de analyses komen ter beschikking van het NIVEL. Vektis zal hierbij toetsen of de privacy van de deelnemende patiënten binnen deze uitlevering is gewaarborgd.

3.2 Gebruik van de gegevensbronnen per deelvraag

Figuur 3 toont een samenvattend overzicht van welke gegevensbronnen gebruikt worden voor het bepalen van de omvang en gevolgen van en redenen voor zorgmijden, per vorm van zorgmijden. De vormen van zorgmijden A, B1, B2 en B3 komen overeen met het onderzoeksvoorstel. Voor diagnostisch onderzoek worden lopende het onderzoek onderwerpen bepaald. De manier waarop wordt hieronder toegelicht. Het gebruik van Vektisdata voor geneesmiddelen is anders dan in het onderzoeksvoorstel staat en wordt daarom toegelicht. In de volgende paragrafen zal uitgebreid worden ingegaan op hoe de verschillende databronnen gebruikt worden om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Figuur 3 is een zeer compacte samenvatting daarvan.



Figuur 3: samenvatting van de gegevensbronnen voor het bepalen van omvang en redenen per vorm van zorgmijden.

3.2.1 Toelichting bij de keuze voor soorten diagnostiek

Omdat de NIVEL Zorgregistratiedata niet eerder voor onderzoek naar de uitvoering van diagnostisch onderzoek gebruikt zijn, zal eerst de betrouwbaarheid (o.a. plausibiliteit en vulling) van de registraties worden onderzocht. Indien deze voldoende blijkt, zal voor de periode 2010-2014 het mijden van diagnostiek onderzocht worden in de NIVEL Zorgregistratiedata. Als de betrouwbaarheid van de registraties onvoldoende blijkt, doen we enkel op basis van vragenlijstuitkomsten uitspraken over het mijden van diagnostisch onderzoek.

Soorten diagnostiek in de NIVEL Zorgregistraties

Voor de diagnostiek zijn vanuit de NIVEL zorgregistraties (zie 3.1.1) alleen uitslagen bekend, er is geen informatie over aangevraagde diagnostiek. Wel kan op basis van geregistreerde klachten of

diagnoses (ICPC-codes) in sommige gevallen worden afgeleid welke diagnostiek mogelijk is aangevraagd. Of de diagnostiek is uitgevoerd kan worden nagegaan door te kijken

- of na een bepaalde (waarschijnlijkheids)diagnose¹² een bijpassende uitslag van diagnostisch onderzoek volgt, en
- of na een klacht een bijpassende diagnose volgt, in de veronderstelling dat die diagnose gebaseerd is op de uitslag van een onderzoek.

De eerste stap na de controle op de betrouwbaarheid van de registraties, is het selecteren van te onderzoeken klachten en diagnoses. Deze selectie wordt gemaakt op basis van beschikbare data (ICPC-codes en uitslagen diagnostiek), prevalenties en het advies van een huisarts en ter goedkeuring voorgelegd aan de begeleidingscommissie. Hierbij wordt gestreefd naar een selectie klachten en diagnoses die veel voorkomen bij verschillende groepen patiënten, om zorgmijden in de hele populatie te kunnen onderzoeken.

Voor de geselecteerde klachten en diagnoses zal voor de periode 2010-2014 onderzocht worden hoe vaak diagnostisch onderzoek wordt uitgevoerd. Veranderingen in de mate van zorggebruik door de jaren worden gezien als indicatie voor zorgmijden.

In het onderzoeksvoorstel werd weefselonderzoek na het verwijderen van een moedervlek genoemd als voorbeeld. Echter, uit navraag bij de adviserend huisarts bleek dit geen geschikt onderwerp om te onderzoeken, omdat deze vorm van zorg naar verwachting slechts zeer zelden gemeden wordt.

Soorten diagnostiek in de vragenlijst Consumentenpanel

De vragenlijst bevat vragen over zorgmijden bij bloedonderzoek en beeldvorming, als vormen van diagnostiek die naar verwachting veel voorkomen.

3.2.2 Toelichting bij het gebruik van Vektis apotheekdeclaraties

Om te bepalen of patiënten hun voorgeschreven geneesmiddelen hebben opgehaald worden declaratiedata van Vektis gebruikt. Dit biedt een aantal voordelen ten opzichte van de data van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK-data), die volgens het onderzoeksvoorstel gebruikt zouden worden.

- Vektisdata bevatten alleen declaraties van opgehaalde geneesmiddelen, terwijl in SFK-data bij veel apotheken ook gegevens zitten van geneesmiddelen die wel door de apotheker zijn klaargemaakt, maar niet zijn opgehaald. Hierdoor is de mate van zorgmijden met behulp van SFK-data niet betrouwbaar te bepalen
- SFK-data zijn maar voor een klein deel van de apotheken en alleen voor patiënten die geneesmiddelen hebben gebruikt, gekoppeld aan NIVEL Zorgregistratiedata. Hierdoor kunnen bij het gebruik van SFK-data patiënten onterecht gezien worden als zorgmijder als zij hun medicijnen ophalen bij een apotheek waarvan de gegevens niet gekoppeld zijn aan

¹² Er zijn geen aparte ICPC-codes voor waarschijnlijkheidsdiagnoses. De ervaring bij de NIVEL Zorgregistratie is echter dat huisartsen vaak een (reguliere) diagnose als waarschijnlijkheidsdiagnose registreren om vervolgens onderzoek te doen en een definitieve diagnose te stellen. In dit onderzoek toetsen we of dit voor bepaalde diagnoses consequent zo gebeurt.

de NIVEL Zorgregistratiedata¹³. Bij gebruik van de Vektisdata speelt dit niet doordat Vektisdata beschikbaar zijn van alle apotheken en de koppeling tussen Vektisdata en NIVEL Zorgregistratiedata niet op basis van apotheek plaatsvindt (zie paragraaf 3.1.5 voor informatie over de koppeling).

- Vektisdata zijn beschikbaar vanaf 2008, SFK-data vanaf 2011. Gebruik van Vektisdata geeft dus de mogelijkheid om over een langere periode de omvang van zorgmijden te bepalen.

Nadeel van het gebruik van Vektisdata is dat er geen volledige koppeling op persoonsniveau mogelijk is (zie ook paragraaf 3.1.5). Dit zal echter geen probleem zijn: door de grote aantallen patiënten met recepten zullen er voldoende gekoppelde patiënten met betrouwbare data overblijven.

3.3 Statistiek en analyseplan per deelvraag

3.3.1 Statistische analyses

We gebruiken beschrijvende statistiek om aantallen zorgmijders in kaart te brengen. De nauwkeurigheid van de uitkomsten laten we zien met 95%-betrouwbaarheidsintervallen. Verbanden tussen het wel of niet mijden van zorg en achtergrondkenmerken, redenen en gevolgen worden onderzocht met behulp van logistische multilevel regressiemodellen. De multilevel-aanpak is nodig omdat er clustering van patiënten binnen huisartsenpraktijken is; de multilevel analyse corrigeert hiervoor. Hierbij moet worden opgemerkt dat een significant verband niet hoeft te betekenen dat er sprake is van een oorzakelijk verband.

Databewerking en beschrijvende statistiek vindt plaats in Stata, multilevel analyses worden in MLWin uitgevoerd.

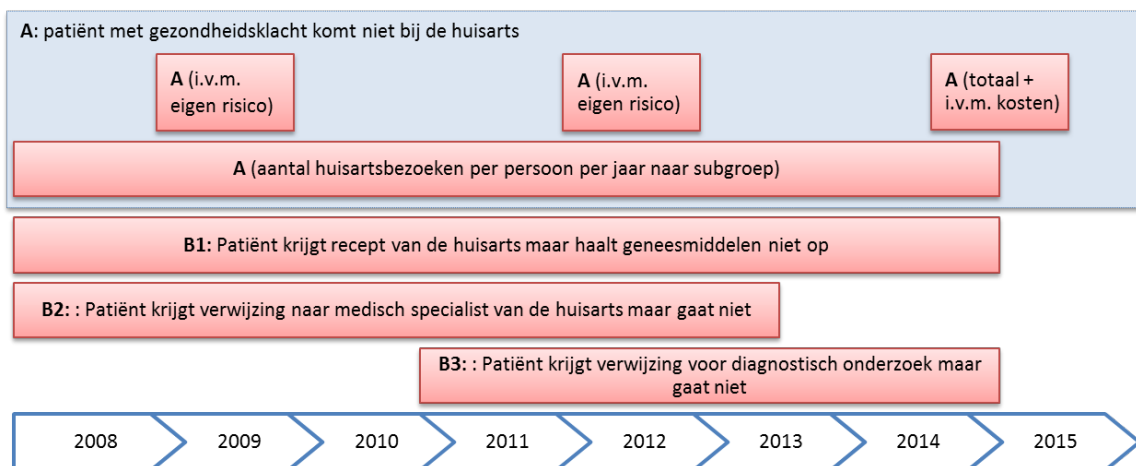
3.3.2 Vraag 1: In welke mate mijden mensen noodzakelijke zorg in de periode 2008-2015

De omvang van het mijden van zorg bepalen we waar mogelijk op basis van NIVEL Zorgregistratiedata. Vanwege de grote aantallen en representatieve steekproef is die data het meest geschikt om een zo nauwkeurig mogelijke inschatting van de omvang te maken. Van mensen die niet naar de huisarts gaan zijn geen registratiedata beschikbaar. Om die reden gebruiken we voor het bepalen van de omvang van de vorm van zorgmijden met name de resultaten van de vragenlijst.

Het onderzoek richt zich primair op de periode 2008-2014. De vragenlijst gaat echter over 2014 en 2015 (afgelopen 12 maanden) en over verwijzingen naar de medisch specialist kan zorgmijden tot en met de eerste helft van 2013 bepaald worden. Over diagnostiek zijn juist pas vanaf 2011 gegevens beschikbaar. De beschikbaarheid van gegevens over de omvang van zorgmijden per vorm van zorgmijden en per jaar is schematisch samengevat in figuur 4.

In de volgende paragrafen wordt per vorm van zorgmijden omschreven hoe de omvang precies bepaald en gepresenteerd wordt.

¹³ Doordat mensen zich niet bij een apotheek hoeven in te schrijven kan dit gebeuren bij mensen die incidenteel geneesmiddelen gebruiken en bij mensen die hun medicijnen bij een andere apotheek dan normaal ophalen.



Figuur 4: overzicht van beschikbare informatie over de omvang van zorgmijden per vorm van zorgmijden.

A: Patiënt met gezondheidsklacht komt niet bij de huisarts

Er zijn logischerwijs geen registraties van mensen die niet naar de huisarts gaan. De omvang van deze vorm van zorgmijden schatten wij daarom op basis van de vragenlijst en via het aantal huisartsbezoeken per persoon per jaar (uit de NIVEL Zorgregistratiedata). Het gemiddeld aantal bezoeken kan altijd schommelen, maar verschuivingen tussen groepen in de gemiddelde aantallen kunnen een aanwijzing voor zorgmijden in bepaalde groepen zijn.

Vragenlijst Consumentenpanel

In de vragenlijst wordt gevraagd of het in de afgelopen 12 maanden is voorgekomen dat mensen hebben overwogen naar de huisarts te gaan, maar toch niet zijn gegaan. Op basis van deze antwoorden wordt het percentage type A-zorgmijders in de afgelopen 12 maanden bepaald. De steekproef (± 4.400) kan van invloed zijn op deze uitkomst. We onderzoeken daarom hoe het percentage zorgmijders verschilt naar achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, opleiding en inkomen, zie ook paragraaf 3.3.3) en zullen indien nodig en mogelijk corrigeren voor leeftijd, geslacht en opleiding voor een betrouwbaardere extrapolatie naar de Nederlandse bevolking.

Aan de mensen die hebben aangegeven zorg te hebben gemeden in 2015 wordt vervolgens gevraagd wat hier de reden van was. Hierbij is één van de antwoordmogelijkheden *Ik zag op tegen eventuele vervolgkosten die ik zou moeten betalen, bijvoorbeeld voor geneesmiddelen of een ziekenhuisbezoek*. Het percentage respondenten dat dit antwoord geeft kan, qua orde van grootte¹⁴, vergeleken worden met het percentage respondenten dat in de peilingen in 2009 en 2012 aangaf minder vaak naar de huisarts te zijn geweest, omdat een deel van de kosten voor eigen rekening kwam.

¹⁴ De uitkomsten kunnen niet precies met elkaar vergeleken worden omdat de formulering van de vragen niet hetzelfde was in 2009 en 2012. In die jaren werd gevraagd of mensen 'minder gebruik hebben gemaakt van medische zorg, omdat door het verplicht eigen risico een deel van de kosten voor hun eigen rekening kwam'. In het huidige onderzoek wordt eerst gevraagd of mensen hebben afgezien van zorg, en vervolgens wat de reden was. Eén van de mogelijke redenen daarbij is 'opzien tegen eventuele (vervolg)kosten'.

Gemiddeld aantal huisartsbezoeken per persoon per jaar voor verschillende groepen

Veranderingen in de aantallen huisartsbezoeken per persoon per jaar kan een indicatie zijn voor veranderingen in de omvang van zorgmijden door de jaren. Immers, als mensen uit bepaalde groepen vaker niet naar de huisarts gaan terwijl zij dat wel overwogen leidt dat tot een lager gemiddeld aantal huisartsbezoeken per persoon. Wij doen daarom een verkennende analyse van het gemiddeld aantal huisartsbezoeken per persoon per jaar in de periode 2008-2014, naar subgroepen. Deze analyse wordt uitgevoerd op een selectie uit de NIVEL Zorgregistratie van praktijken die in een groot deel van deze periode betrouwbare registraties hebben aangeleverd. We onderzoeken voor verschillende groepsindelingen of er verschillen zijn tussen groepen in het tijdsverloop van het gemiddeld aantal huisartsbezoeken per persoon per jaar. Groepsindelingen die in ieder geval onderzocht zullen worden zijn:

- patiënten wonend in een achterstandswijk versus patiënten die niet in een achterstandswijk wonen
- groepen met verschillende SES (op basis van het postcodegebied)
- chronisch zieken versus patiënten zonder chronische ziekte

Het is goed denkbaar dat als bepaalde groepen minder naar de huisarts gaan, andere groepen in diezelfde praktijk sneller terecht kunnen en dus juist vaker gaan. Hierom is een analyse van de gemiddelden per praktijk niet zinvol en kijken we in dit onderzoek naar eventuele verschuivingen tussen groepen. Dit betekent dat we niet één referentiegroep definiëren, maar dat we kijken naar verschuivingen tussen complementaire groepen (zie hierboven) in de tijd. Deze verschuivingen tussen groepen zijn minder gevoelig voor tijdseffecten die voor de totale groep gelden waardoor zorgmijden mogelijk beter zichtbaar wordt. Verandering van de verschillen tussen groepen tussen jaren kunnen een indicatie zijn voor zorgmijden in bepaalde groepen.

Resultaten

- a) Percentage zorgmijders:
 - het percentage respondenten in het Consumentenpanel dat de afgelopen 12 maanden heeft afgezien van een huisartsbezoek
 - schatting (incl. betrouwbaarheidsinterval) van het % Nederlanders dat de afgelopen 12 maanden heeft afgezien van een huisartsbezoek (indien mogelijk)
- b) Grafische weergave van het percentage respondenten dat om financiële redenen afzag van een huisartsbezoek in 2009, 2012 en 2014/2015
- c) Grafische weergave van het gemiddeld aantal huisartsbezoeken per persoon per jaar in de periode 2008-2014 uitgesplitst naar subgroepen o.b.v. SES (postcodegebied), wonend in een achterstandswijk en het hebben van een chronische ziekte

B1: Patiënt krijgt recept van de huisarts maar haalt geneesmiddelen niet op

Voor deze vorm van zorgmijden wordt de omvang bepaald op basis van de NIVEL Zorgregistratiedata, in combinatie met de Vektisdata. Data van de huisartsenpraktijken uit de NIVEL Zorgregistratie met betrouwbare registraties in de periode 2008-2014 worden gekoppeld aan Vektisdata. Hierin wordt per jaar onderzocht hoeveel mensen een recept van de huisarts hebben gekregen en hoeveel mensen vervolgens geneesmiddelen niet ophalen. Als de gebruikte selectie van de NIVEL Zorgregistratie niet representatief blijkt te zijn voor de Nederlandse bevolking

wat betreft leeftijd, geslacht, SES (op basis van postcodegebied) en aandeel patiënten wonend in een achterstandswijk, zal hiervoor gecorrigeerd worden.

In de NIVEL Zorgregistratie worden alle recepten geregistreerd. Omdat we ons in dit onderzoek richten op zorg binnen de basisverzekering en de Vektisdata alleen geneesmiddelen die binnen de basisverzekering vergoed zijn bevatten, worden recepten voor geneesmiddelen die niet in de basisverzekering vergoed niet meegenomen in de analyses.

Als 'niet ophalen' wordt in eerste instantie gehanteerd dat het voorgeschreven middel (op basis van ATC5) niet binnen een week is opgehaald. Eén week is de meest gebruikte maat bij NIVEL Zorgregistratie. In dit onderzoek toetsen we eerst of dit de beste maat is. Als blijkt dat veel mensen hun geneesmiddelen eerder of juist pas later ophalen, passen we de periode aan.

Er zijn verschillende redenen denkbaar waarom mensen hun geneesmiddelen niet ophalen. Behalve zorgmijden (bijv. vanwege kosten) kan er ook sprake zijn van 'voorzorgrecepten' (recepten voor het geval de klacht niet vanzelf overgaat) en automatische herhaalrecepten die mogelijk minder vaak worden opgehaald. In de NIVEL Zorgregistratiedata is geen onderscheid tussen deze typen recepten mogelijk. Voor de beoordeling van zorgmijden, zeker in relatie tot het eigen risico, is het daarom belangrijk naar patronen over de jaren en de samenhang met andere vormen van zorgmijden te kijken.

Resultaten worden uitgesplitst naar medicatiegroepen (op basis van ATC-hoofdgroep) om inzicht te krijgen in mogelijk specifieke geneesmiddelen die niet worden opgehaald bij de apotheek.

Resultaten

- a) Percentage Nederlanders (incl. betrouwbaarheidsinterval) dat geneesmiddelen niet ophaalt binnen 7 dagen per jaar over de periode 2008-2013
- b) De percentages per jaar uit a) worden uitgesplitst naar hoofdgroepen geneesmiddelen waarbij de geneesmiddelgroepen met de hoogste en de laagste percentages zorgmijden worden weergegeven

B2: Patiënt krijgt verwijzing naar medisch specialist van de huisarts maar gaat niet

Voor deze vorm van zorgmijden wordt de omvang bepaald op basis van de NIVEL Zorgregistratiedata, in combinatie met de Vektisdata. Data van huisartsenpraktijken uit de NIVEL Zorgregistratie met betrouwbare verwijzingen¹⁵ in de periode 2008-2013 worden gekoppeld aan Vektisdata. Hierin wordt onderzocht hoeveel verwijzingen naar medisch specialisten niet zijn opgevolgd. Als de geselecteerde populatie niet representatief blijkt voor Nederland corrigeren we daarvoor.

Dit onderzoek richt zich op het al dan niet opvolgen van eerste verwijzingen, om de volgende redenen:

- Eerste verwijzingen zijn, meer dan vervolgv verwijzingen, een advies van de huisarts wat de patiënt wel of niet zal opvolgen.

¹⁵ De betrouwbaarheid wordt per praktijk beoordeeld op basis van stabiliteit van aantallen en typen verwijzingen door de jaren en binnen jaren en vergelijkingen met de volledige dataset.

- Bij eerste verwijzingen is de kans kleiner dan bij vervolgv verwijzingen dat de betrokken patiënt zijn/haar eigen risico al heeft opgemaakt.
- Tot 2011 werden in de NIVEL Zorgregistratie alleen nieuwe verwijzingen consequent geregistreerd¹⁶. Voor nieuwe verwijzingen is daardoor een eerlijke vergelijking over de hele onderzoeksperiode mogelijk.

Uit een pilot studie naar het opvolgen van verwijzingen in de periode 2008-2010 door het NIVEL blijkt dat bijna 90% van de mensen hun verwijzing binnen een half jaar consumeert en dat dat percentage na één jaar nog vrijwel gelijk is. Omdat verwijzingen uit de tweede helft van 2013 in 2014 geconsumeerd kunnen zijn en er over 2014 geen MSZ-declaraties beschikbaar zijn, wordt de omvang van zorgmijden alleen over de eerste helft van 2013 berekend. De omvang van deze vorm van zorgmijden in de tweede helft van 2013 en in 2014 kan eventueel in een later stadium worden onderzocht, maar dat is geen onderdeel van dit project.

De MSZ-declaraties van Vektis bevatten alleen de zorg die binnen de basisverzekering vergoed is. In de NIVEL Zorgregistratiedata is alleen bekend naar welk specialisme mensen zijn verwezen, waardoor een selectie op 'vergoeding binnen de basisverzekering' daar niet mogelijk is. Doordat van verwijzingen voor behandelingen buiten de basisverzekering geen MSZ-declaraties beschikbaar zijn, lijkt het alsof die verwijzingen niet zijn opgevolgd. Dit leidt daarom tot een overschatting van het aantal zorgmijders. Echter, aangezien het overgrote deel van de medisch specialistische zorg (MSZ) binnen de basisverzekering (NZA marktscan, 2014) valt, is dit effect naar verwachting zeer klein. Resultaten over niet-opgevolgde verwijzingen worden uitgesplitst naar specialisme. Als bepaalde specialismen (bijv. plastische chirurgie) onverwacht hoge percentages zorgmijden laten zien wordt nagegaan in hoeverre de selectie van zorg binnen de basisverzekering hierop van invloed kan zijn geweest of dat er mogelijk sprake is van verschuiving van zorg naar privéklinieken¹⁷.

Resultaten

- a) Percentage Nederlanders (incl. betrouwbaarheidsinterval) dat een verwijzing naar een medisch specialist niet heeft opgevolgd, per half jaar (van de verwijzing), over de periode 2008 – 2013 (eerste helft)
- b) De percentages per jaar uit a) worden uitgesplitst naar specialisme waarbij de specialismen met de hoogste en de laagste percentages zorgmijden worden weergegeven

B3: Patiënt krijgt verwijzing voor diagnostisch onderzoek maar gaat niet

Voor deze vorm van zorgmijden wordt de omvang bepaald op basis van de NIVEL Zorgregistratiedata, als deze voldoende betrouwbaar blijken te zijn. Gegevens over diagnostiek zijn sinds 2010 beschikbaar in de NIVEL Zorgregistratie maar zijn nog niet eerder op deze manier gebruikt. We onderzoeken daarom eerst de betrouwbaarheid (vulling, plausibiliteit) van de diagnostiekregistraties per praktijk. Deze informatie combineren we met andere, al beschikbare, informatie over de registratiekwaliteit per praktijk. Op basis daarvan maken we een selectie van praktijken en beoordelen we of er voldoende betrouwbare diagnostiekdata beschikbaar zijn. Als er

¹⁶ Registratie van vervolgv verwijzingen was niet verplicht en vond daarom niet consequent plaats.

¹⁷ Zorg in privéklinieken wordt niet vergoed en is daarom niet zichtbaar in de declaratiedata van Vektis.

voldoende betrouwbare data zijn onderzoeken we zorgmijden in de periode 2010-2014 voor de geselecteerde klachten en/of diagnoses (zie paragraaf 3.2.1).

Voor de diagnostiek zijn vanuit de NIVEL zorgregistraties (zie 3.1.1) alleen uitslagen bekend, er is geen informatie over aangevraagde diagnostiek. Wel kan op basis van geregistreerde klachten of diagnoses (ICPC-codes) in sommige gevallen worden afgeleid welke diagnostiek mogelijk is aangevraagd. Of de diagnostiek is uitgevoerd kan worden nagegaan door te kijken

- of na een bepaalde (waarschijnlijkheids)diagnose een bijpassende uitslag van diagnostisch onderzoek volgt, en
- of na een klacht een bijpassende diagnose volgt, in de veronderstelling dat die diagnose gebaseerd is op de uitslag van een onderzoek.

Hierbij bepalen we op basis van de resultaten een redelijke periode vanaf de diagnose waarin het onderzoek zou moeten zijn uitgevoerd. Op bovenstaande twee manieren onderzoeken we per jaar voor de geselecteerde klachten en diagnoses in de periode 2010-2014 bij welk deel van de patiënten diagnostisch onderzoek is uitgevoerd. Veranderingen in de mate van zorggebruik door de jaren worden gezien als indicatie voor zorgmijden. Als de geselecteerde populatie niet representatief blijkt voor Nederland corrigeren we daarvoor.

Resultaten

Per klacht en/of diagnose het percentage zorggebruik:

- a) Het percentage van de patiënten die klacht/diagnose dat een bijpassend onderzoek heeft laten uitvoeren, per jaar, over de periode 2010-2014 (met betrouwbaarheidsinterval) als aandeel van de totale groep patiënten met die klacht/diagnose. Veranderingen in dit percentage tussen jaren zijn een indicatie voor veranderingen in het aantal zorgmijders

In het geval de NIVEL Zorgregistratiedata wat betreft diagnostiek niet voldoende betrouwbaar blijken te zijn worden de vragenlijstuitkomsten gebruikt om een indicatie van de mate van deze vorm van zorgmijden te krijgen. In dat geval zal de informatie over deze vorm van zorgmijden bestaan uit het percentage respondenten dat de afgelopen twaalf maanden heeft afgezien van bloedonderzoek en beeldvormend onderzoek, en, indien mogelijk, een schatting van het percentage Nederlanders dat heeft afgezien van deze vormen van zorg.

Sterke punten en mogelijke beperkingen bij de beantwoording van vraag 1: *‘In welke mate mijden mensen noodzakelijke zorg in de periode 2008-2015?’*

Sterke punten

- *Een substantieel deel van de gezondheidszorg* (huisartsen, medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, diagnostiek) wordt geanalyseerd over een *uitgebreide periode*, zie ook figuur 4). De verwachting is niet dat veranderingen door de tijd groot zullen zijn, maar door ze voor verschillende vormen van zorgmijden te analyseren kan worden gekeken of er een consistent beeld is. Alhoewel niet voor alle vormen van zorgmijden over alle jaren gegevens beschikbaar zijn, geven de analyses samen een goed beeld over de hele periode.
- *Grote nauwkeurigheid van de bepaling van de omvang van type B-zorgmijden*. De NIVEL Zorgregistratiedata bevatten gegevens van een volledig representatieve doorsnede van Nederlanders die de huisarts bezoeken, inclusief de meest kwetsbare groepen patiënten. Zoals gezegd wordt de representativiteit per selectie opnieuw getoetst, maar de ervaring

leert dat de selecties vrijwel nooit afwijken van de Nederlandse bevolking. Mocht dit toch het geval zijn dan zijn de aantallen dusdanig groot dat op een betrouwbare manier voor de verschillen gecorrigeerd kan worden. Dit betekent dat het landelijk percentage zorgmijders type B (mensen die het advies van de huisarts niet opvolgen) betrouwbaar bepaald kan worden.

Mogelijke beperkingen

- *Beperkte nauwkeurigheid van de bepaling van de omvang van type A-zorgmijden:*
 - Over hoe vaak mensen afzien van een bezoek aan de huisarts zijn geen registratiedata beschikbaar. Voor een indicatie hiervan zijn we daarom afhankelijk van vragenlijsten en een indirecte maat, namelijk het aantal huisartsbezoeken per persoon per jaar naar subgroepen.
 - De steekproef van het Consumentenpanel wijkt qua achtergrondkenmerken enigszins af van de Nederlandse bevolking. In hoeverre daarvoor gecorrigeerd kan worden hangt af van de respons. Bovendien is het aantal panelleden vele malen kleiner dan het aantal patiënten in de NIVEL Zorgregistratiedata, waardoor het percentage zorgmijders minder nauwkeurig bepaald kan worden voor type A (niet naar een huisarts gaan) dan voor type B (het niet opvolgen van een advies van een huisarts). Tenslotte zijn de meest kwetsbare Nederlanders zeer waarschijnlijk geen lid van het Consumentenpanel. Deze groep is zeer slecht te bereiken voor vragenlijstonderzoek.
- Bij het bepalen van het percentage mensen dat geneesmiddelen niet ophaalt kan geen onderscheid gemaakt worden tussen nieuwe recepten en (automatische) *herhaalrecepten of voorzorgrecepten*. Mogelijk leidt dit tot een overschatting van het aantal zorgmijders.
- Bij het bepalen van het percentage mensen dat een verwijzing naar een medisch specialist niet opvolgt:
 - kan in de verwijzingen niet geselecteerd worden op zorg binnen de *basisverzekering*, waardoor een lichte overschatting ontstaat,
 - zijn geen MSZ-declaraties uit 2014 beschikbaar waardoor zorgmijden in de *tweede helft van 2013* niet bepaald kan worden en
 - zijn geen gegevens van (onvergoede) behandelingen in *privéklinieken* beschikbaar, wat mogelijk tot een minimale overschatting van het aantal zorgmijders leidt.
- De *betrouwbaarheid van de NIVEL Zorgregistratiedata over diagnostisch onderzoek* is nog niet bekend doordat deze gegevens niet eerder op deze manier gebruikt zijn.
- We kunnen in dit onderdeel *geen expliciete relatie tussen zorgmijden en de stijging van het eigen risico* aantonen of weerleggen. De vergelijkingen tussen de jaren geven een indicatie, maar bijvoorbeeld tussen de invloed van de crisis en van het eigen risico zal geen onderscheid kunnen worden gemaakt. De beantwoording van deelvraag 3 (wat zijn de redenen van zorgmijden, zie paragraaf 3.3.4) geeft meer informatie over de invloed van het eigen risico.

3.3.3 Vraag 2: Wat zijn de achtergrondkenmerken van mensen die noodzakelijke zorg mijden en (waarin) verschillen deze mensen van mensen die geen zorg mijden?

A: Patiënt met gezondheidsklacht komt niet bij de huisarts

De achtergrondkenmerken van mensen die afzien van een bezoek aan de huisarts in 2014/2015 en mensen die wel de huisarts bezochten worden vergeleken op basis van de vragenlijstuitkomsten.

Achtergrondkenmerken zijn hier

- leeftijd
- geslacht
- chronische ziekten
- inkomen en opleidingsniveau

Deze kenmerken worden grafisch weergegeven voor zorgmijders en niet-zorgmijders. Vervolgens wordt met behulp van multilevel regressieanalyses getoetst welke achtergrondkenmerken een significante relatie hebben met of mensen wel of geen zorg mijden. De representativiteit van de steekproef heeft geen invloed op het verband tussen zorgmijden en achtergrondkenmerken, zo lang de aantallen per groep groot genoeg zijn. Hierbij moet worden opgemerkt dat een significant verband tussen achtergrondkenmerken en zorgmijden niet hoeft te betekenen dat zorgmijden veroorzaakt wordt door bepaalde kenmerken.

Resultaten

- a) Grafische weergave van de verdeling over achtergrondkenmerken voor zorgmijders en niet-zorgmijders
- b) Informatie over significante relaties tussen achtergrondkenmerken en zorgmijden

B: Patiënt volgt het advies van de huisarts niet op

Voor patiënten die hun geneesmiddelen niet ophalen en patiënten die een verwijzing naar een medisch specialist niet opvolgen worden de achtergrondkenmerken vergeleken met niet-zorgmijders¹⁸ op basis van de NIVEL Zorgregistratiedata. Beschikbare achtergrondkenmerken zijn hier

- leeftijd
- geslacht
- SES (op basis van statusscores SCP en postcode)
- wonend in een achterstandswijk of niet
- algemene zorgvraag (aantal huisartsbezoeken, aantal recepten voor geneesmiddelen, aantal verwijzingen)
- chronische ziekten

Deze kenmerken worden grafisch weergegeven voor zorgmijders en niet-zorgmijders. Vervolgens wordt met behulp van multilevel regressieanalyses getoetst welke achtergrondkenmerken van invloed zijn op of mensen wel of geen zorg mijden. Deze analyse wordt gedaan op de data van 2012, het meest recente jaar waarover voor alle drie de vormen van zorgmijden volledige data

¹⁸ 'Niet-zorgmijders' is per vorm van zorgmijden een andere groep, namelijk die patiënten die de betreffende zorg (geneesmiddelen of medisch specialistische zorg) wél gebruikt hebben. Diagnostiek wordt hierbij buiten beschouwing gelaten omdat voor die vorm van zorgmijden veranderingen in het percentage zorggebruik, als indicatie voor veranderingen in het aantal zorgmijders, gemeten wordt en geen groep zorgmijders kan worden geïdentificeerd.

beschikbaar zijn (zie ook paragraaf 3.3.2). Ook hier geldt dat een significant verband tussen achtergrondkenmerken en zorgmijden niet hoeft te betekenen dat zorgmijden veroorzaakt wordt door bepaalde kenmerken.

Naar verwachting zijn de gebruikte selecties representatief (behalve qua type huisartspraktijk, zie ook paragraaf 3.1.1) voor Nederland. Mochten er toch afwijkingen zijn dan heeft dat geen invloed op het verband tussen zorgmijden en achtergrondkenmerken, zolang de aantallen in elke groep groot genoeg zijn.

Resultaten

Voor mensen die hun geneesmiddelen niet ophalen en mensen die een verwijzing naar een medisch specialist niet opvolgen:

- a) Grafische weergave van de verdeling over achtergrondkenmerken voor zorgmijders en niet-zorgmijders
- b) Informatie over significante relaties tussen achtergrondkenmerken en zorgmijden

3.3.4 Vraag 3: Wat zijn de redenen waarom mensen noodzakelijke zorg mijden?

Deze vraag wordt voor alle vormen van zorgmijden beantwoord met behulp van de uitkomsten uit de vragenlijst (zie bijlage 1), aangevuld met informatie uit de interviews (zie ook bijlage 2).

De redenen die patiënten geven voor het zorgmijden worden allereerst grafisch weergegeven naar vorm van zorgmijden en naar achtergrondkenmerken. Het verband tussen redenen en achtergrondkenmerken wordt met multilevel regressieanalyses getoetst. Met behulp van de informatie uit de interviews worden deze redenen verder uitgediept en wordt de variëteit aan redenen inzichtelijk gemaakt.

Ook de (mogelijk onjuiste) kennis die mensen hebben kan van invloed zijn op zorgmijden. De vragen over kennis worden afhankelijk van de samenhang geaggregeerd tot één of enkele betekenisvolle maten, bijvoorbeeld op onderwerp (zorgverzekering, eigen risico, compensatieregelingen) of op algemene kennis en kennis over de eigen situatie (bijv., weet men dat het eigen risico gespreid betaald kan worden). Deze kennisuitkomsten worden gepresenteerd en uitgesplitst naar zorgmijders en niet-zorgmijders en naar achtergrondkenmerken. In de interviews wordt het verband tussen (mogelijk onjuiste) kennis, redenen en zorgmijden verder uitgediept.

In de vragenlijst worden ook over een aantal andere onderwerpen, die gezien kunnen worden als mogelijke impliciete redenen voor zorgmijden, vragen gesteld, namelijk

- locus of control: in hoeverre denken mensen dat anderen (met name artsen) invloed hebben op hun gezondheid
- hoe mensen aankijken tegen geneesmiddelengebruik in het algemeen
- of en hoe mensen financieel rond kunnen komen

Antwoorden over vragen over deze onderwerpen geven mogelijk meer inzicht in verschillen tussen zorgmijders en niet zorgmijders. Om te onderzoeken in hoeverre deze onderwerpen verband houden met zorgmijden wordt 'Wel of niet zorgmijden' verklaard met behulp van een multilevel regressiemodel. In dat model worden bovenstaande redenen, uitkomstmaten over kennis, relevante achtergrondkenmerken (zie ook paragraaf 3.3.3) en eventuele interacties hiertussen

opgenomen. Uit dit model wordt afgeleid of er een significant verband bestaat tussen de mogelijke redenen, kennis en zorgmijden, na correctie voor relevante achtergrondkenmerken. Indien mogelijk zal deze analyse naar verschillende vormen van zorgmijden worden gedaan. De representativiteit van de steekproef heeft geen invloed op het verband tussen zorgmijden en mogelijke redenen, zo lang de aantallen per groep groot genoeg zijn.

Resultaten

- a) Grafische weergaven van redenen die patiënten geven naar vorm van zorgmijden en naar achtergrondkenmerken, aangevuld met
 - o Informatie over significante relaties tussen achtergrondkenmerken en redenen
 - o Informatie uit de interviews
- b) Grafische weergaven van de kennis van patiënten naar wel of niet zorgmijden en naar achtergrondkenmerken, aangevuld met informatie uit de interviews
- c) Uitkomsten op de 'mogelijke impliciete redenen voor zorgmijden' (locus of control, beeld van geneesmiddelengebruik en wel of niet rond kunnen komen), naar wel of niet zorgmijden
- d) Informatie over significante relaties tussen 'mogelijke redenen' en zorgmijden, indien mogelijk per vorm van zorgmijden

3.3.5 Vraag 4: Wat zijn gevolgen van het mijden van noodzakelijke zorg voor patiënten?

Deze vraag wordt voor alle vormen van zorgmijden beantwoord op basis van de vragenlijstuitkomsten. In de vragenlijst wordt gevraagd

- naar het verloop van de klacht, na het zorgmijden
- of men na het zorgmijden alsnog gebruik heeft gemaakt van zorg
- of men nog achter zijn of haar keuze staat

De antwoorden op deze vragen geven informatie over de gevolgen van het zorgmijden was: als klachten zijn verergerd, mensen alsnog duurdere zorg hebben moeten gebruiken en spijt hebben van hun keuze was het zorgmijden ernstiger dan als de klacht vanzelf is overgegaan en mensen nog steeds achter hun keuze staan. Mogelijk hangt dit alles samen met de reden waarom mensen zorg gemeden hebben. De antwoorden op deze vragen worden daarom gepresenteerd en waar mogelijk uitgesplitst naar de redenen die mensen gaven voor het zorgmijden. Met behulp van multilevel regressieanalyses wordt onderzocht of er significante verbanden zijn tussen redenen en gevolgen, waar nodig gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken.

Resultaten

- a) Grafische weergave van de antwoorden op de vragen over gevolgen, uitgesplitst naar redenen voor zorgmijden
- b) Informatie over significante verbanden tussen redenen voor en gevolgen van zorgmijden

3.3.6 Vraag 5: Hoe is het verloop van de mate van zorgmijden per maand, gedurende een jaar?

A: Patiënt met gezondheidsklacht komt niet bij de huisarts

Over deze vorm van zorgmijden is geen informatie per maand beschikbaar.

B: Patiënt volgt het advies van de huisarts niet op

Voor geneesmiddelen en medisch specialistische zorg wordt het percentage zorgmijders als deel van de mensen met een recept of verwijzing bepaald en voor diagnostiek het percentage patiënten dat onderzoek laat uitvoeren na een bepaalde klacht of diagnose als deel van de mensen met die klacht of diagnose (zie ook onderdeel 3.3.2). Deze percentages worden bepaald per maand of per kwartaal, afhankelijk van de beschikbare aantallen en de variatie in de data. De resultaten worden weergegeven in een grafiek. Dit wordt gedaan voor alle jaren waarover volledige data beschikbaar is:

- geneesmiddel niet ophalen: 2008-2014
- verwijzing naar specialist niet opvolgen: 2008-2012
- percentage patiënten dat diagnostisch onderzoek laat uitvoeren na een bepaalde klacht of diagnose: 2010-2014 (onder voorbehoud van voldoende betrouwbare data, zie paragraaf 3.3.2)

Door naar meerdere jaren te kijken kan zichtbaar worden of er sprake is van een generiek effect door het jaar heen; meerdere zorgvormen in één jaar geven juist informatie over speciale effecten in dat jaar. Om te zien of het eigen risico een rol speelt bij het mijden van zorg zijn vooral het begin en het einde van het jaar van belang: mensen die veel zorggebruiken en hun eigen risico snel opgemaakt hebben gebruiken mogelijk veel zorg aan het einde van het jaar, terwijl mensen die weinig zorg gebruiken zorg misschien juist uitstellen tot het nieuwe jaar.

De aanwezigheid van eventuele seizoenseffecten wordt statistische getoetst door middel van een trendanalyse waarbij rekening wordt gehouden met voorafgaand zorggebruik per persoon.

Resultaten

Om eventuele jaareffecten te visualiseren worden twee soorten grafieken gemaakt

- a) Grafieken met de omvang van zorgmijden per maand, met
 - o Het percentage patiënten dat zijn geneesmiddelen niet ophaalt, als aandeel van het totaal aantal mensen met een recept, per maand
 - o Het percentage patiënten met een verwijzing dat niet naar de medisch specialist gaat, als aandeel van het totaal aantal mensen met een verwijzing, per maand van de verwijzing
 - o Het percentage patiënten dat diagnostisch onderzoek laat uitvoeren, als aandeel van het totaal aantal mensen met een indicatie (diagnose), per maand van de verwijzing
- b) Informatie over het al dan niet bestaan van significante seizoenseffecten per vorm van zorgmijden

3.4 Representativiteit en actualiteit van de resultaten

Dit onderzoek beoogt een actueel en representatief beeld te geven van de aard en omvang van zorgmijden, achtergrondkenmerken van betrokken patiënten en redenen voor het mijden van zorg. Verschillende vormen van zorgmijden worden onderzocht en hiervoor worden verschillende bronnen en methoden gebruikt. Op deze manier benaderen we het zorgmijden vanuit verschillende invalshoeken om uiteindelijk een zo zuiver mogelijk beeld van zorgmijden te kunnen geven. De resultaten uit de verschillende deelonderzoeken, met ieder hun eigen sterke punten en beperkingen, worden samengevoegd tot één overkoepelend resultaat over zorgmijden. De

representativiteit en actualiteit van de resultaten, en daarmee de zeggingskracht van het onderzoek hangen af van de gebruikte bronnen en methoden en is samengevat in figuur 5.

De gegevensbronnen voor dit onderzoek zijn NIVEL Zorgregistratiedata, Vektisdata, vragenlijsten en interviews. De NIVEL Zorgregistratiedata en Vektisdata geven door hun volledigheid een goed representatief beeld van de omvang van zorgmijden in de algemene bevolking, maar zijn, afhankelijk van de soort zorg, minder actueel. De gegevens uit de vragenlijst en interviews daarentegen zijn zeer actueel maar door steekproefeffecten minder representatief voor de algemene bevolking.

Voor de beantwoording van de deelvragen van dit onderzoek heeft dit de volgende consequenties:

- De NIVEL Zorgregistratiedata en Vektisdata worden gebruikt voor de bepaling van de omvang (deelvraag 1 en 5, zie ook paragraaf 3.3.2 en 3.3.6) van type B-zorgmijden en de achtergrondkenmerken van betrokken patiënten (deelvraag 2, zie ook paragraaf 3.3.3). Deze uitkomsten zullen daarom een nauwkeurig en representatief beeld geven. Voor het ophalen van geneesmiddelen en diagnostiek gebeurt dat tot en met 2014, voor verwijzingen naar de medisch specialist tot en met half 2013.
- Cijfers over de omvang en kenmerken van type A-zorgmijden zijn minder hard doordat ze zijn gebaseerd op vragenlijsten en op een analyse van het aantal huisartsbezoeken per persoon per jaar (zie paragraaf 3.3.2). Deze gegevens zijn beschikbaar tot en met 2014 (aantal huisartsbezoeken) en half 2015 (vragenlijst).
- Gegevens over redenen en gevolgen van zorgmijden (deelvraag 3 en 4, zie ook paragraaf 3.3.4 en 3.3.5) zijn voor alle vormen gebaseerd op uitkomsten van de vragenlijst en de interviews. Deze gegevens zijn actueel. De vragenlijstuitkomsten zullen zo goed mogelijk gecorrigeerd worden voor steekproefeffecten, maar dit zal een bepaalde onnauwkeurigheid met zich meebrengen. De resultaten uit de interviews worden gebruikt om de resultaten kwalitatief verder te onderbouwen en een volledig beeld van de diversiteit aan redenen te geven.

Samenvattend is de verwachting dat een nauwkeurig en representatief beeld van de omvang van de verschillende vormen van zorgmijden en achtergrondkenmerken van betrokken patiënten gegeven kan worden over de periode 2008-2014. De omvang van het aantal type A-zorgmijders kan het minst nauwkeurig bepaald worden en over het opvolgen van verwijzingen naar de medisch specialist ontbreken gegevens vanaf half 2013. Informatie over de redenen en gevolgen van zorgmijden zal actueel en kwalitatief onderbouwd zijn, maar de betrouwbaarheidsintervallen rondom schattingen voor de algemene bevolking zullen hier groter dan zijn dan bij de omvang. Uit de interviews zal een volledig beeld van de diversiteit aan redenen geëxtraheerd worden.

Vorm van zorgmijden	Omvang & kenmerken (deelvraag 1, 2 en 5)	Redenen & gevolgen (deelvraag 3 en 4)
A: Patiënt met gezondheidsklacht komt niet bij de huisarts	Representativiteit Schattingen o.b.v vragenlijst en aantal huisartsenbezoeken pppj. Actualiteit 2008 t/m half 2015	Redenen voor en gevolgen van zorgmijden wordt voor alle vormen van zorgmijden bepaald op basis van vragenlijst en interviews. Representativiteit % respondenten worden gerapporteerd. Indien mogelijk worden <u>schattingen</u> voor de algemene bevolking gemaakt. Actualiteit half 2014-half 2015 (beperkte informatie over redenen in 2009 en 2012)
B1: Patiënt krijgt recept van de huisarts maar haalt geneesmiddelen niet op	Representativiteit Nauwkeurige bepaling van de omvang in de algemene bevolking obv NZR- en Vektisdata Actualiteit 2008 t/m 2014	
B2: Patiënt krijgt verwijzing naar medisch specialist van de huisarts maar gaat niet	Representativiteit Nauwkeurige bepaling van de omvang in de algemene bevolking obv NZR- en Vektisdata Actualiteit 2008 t/m half 2013	
B3: Patiënt krijgt verwijzing voor diagnostisch onderzoek van de huisarts maar gaat niet	Representativiteit Nauwkeurige bepaling van de omvang in de algemene bevolking obv NZR-data [onder voorbehoud] Actualiteit 2008 t/m 2014	

Figuur 5: informatie over representativiteit en actualiteit van de resultaten, naar vorm van zorgmijden en deelvraag. Resultaten over de omvang en kenmerken bij type B3-zorgmijden zijn onder voorbehoud van betrouwbare NIVEL Zorgregistratiedata over diagnostiek (zie ook par 3.2.1).

4. Opzet van de rapportage

Wij stellen de volgende opzet (hoofdstukindeling) van de rapportage voor:

Managementsamenvatting

Een uitgebreide managementsamenvatting die op zichzelf gelezen kan worden, met in ieder geval aanleiding, resultaten en conclusies.

Aanleiding

Het eigenlijke rapport start met een korte introductie op het onderwerp zorgmijden en de aanleiding voor dit onderzoek.

Conclusies

Overkoepelend resultaat: inzicht in zorgmijden en de mogelijke relatie met het eigen risico.

[Hieronder volgt één hoofdstuk per onderzoeksvraag. De hoofdstukken starten met het antwoord op de onderzoeksvraag om dit vervolgens te onderbouwen en te bediscussiëren. De titels van de hoofdstukken volgen uit de resultaten en zijn dus nog niet bekend. Onderstaande titels zijn fictief.]

De omvang van zorgmijden in de periode 2008-2014

Antwoord op en discussie over de eerste onderzoeksvraag, de mate van zorgmijden.

Kenmerken van zorgmijders zijn ...

Antwoord op en discussie over de tweede onderzoeksvraag, de achtergrondkenmerken van betrokken patiënten.

Mensen mijden zorg vanwege ...

Antwoord op en discussie over de derde onderzoeksvraag, de redenen voor zorgmijden.

Voor betrokken patiënten heeft zorgmijden tot gevolg dat...

Antwoord op en discussie over de vierde onderzoeksvraag, gevolgen van zorgmijden.

Gedurende een kalenderjaar verandert de mate van zorgmijden ...

Antwoord op en discussie over de vijfde onderzoeksvraag, over seizoenseffecten.

Bijlage: methoden

De methode (conform dit onderzoeksprotocol) worden bijgevoegd in de bijlage.

Het conceptrapport wordt begin oktober voorgelegd aan en besproken met de begeleidingscommissie, waarna het eindrapport wordt opgesteld.

NB: Naast de rapportage zal het NIVEL ook één of meerdere wetenschappelijke artikelen over dit onderzoek schrijven. Deze artikelen zullen ter informatie aan de leden van de begeleidingscommissie worden gestuurd.

Protocol - referenties

Aar F van, Koedijk FDH, Broek IVF van den, Coul ELM op de, Soetens LC, et al. Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2013. *RIVM*, 2014.

Brabers A, Reistma-van Rooijen M, Jong J de. Consumentenpanel Gezondheidszorg: basisrapport met informatie over het panel. *NIVEL*, 2015.

Devillé, W., Wieggers, T.A. Herijking stedelijke achterstandsgebieden 2012. *NIVEL*, 2012.

Dijk CE van, Jong J de, Korevaar JC, Bakker DH de. Compliance with referral recommendation to medical specialist care. *To be submitted*. 2015.

Guest G., Bunce A., Johnson L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods* 2006; 18; 59.

Horne R, Weinman J, Hankins M. The Beliefs about Medicines Questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health*, 1999. Vol.14(1):Jan-24.

Lamberts H, Wood M. The International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.

NZA marktscan medisch specialistische zorg 2014

Protocol - bijlage 1: vragenlijst

De vragenlijst wordt online en schriftelijk uitgezet (mixed-method vragenlijst), de leden van het Consumentenpanel hebben zelf gekozen tussen beide opties. Voor de selectie van leden voor dit onderzoek geldt dat 56% heeft gekozen voor online invullen en 44% voor schriftelijk.

De vragenlijst bestaat uit vijf onderdelen. Hieronder worden we de inhoud en doelen van deze onderdelen besproken.

A – Achtergrondgegevens

De vragenlijst start met vragen naar de geboortedatum en het geslacht van de respondent. Met behulp van deze vragen controleren we of de vragenlijst is ingevuld door het panellid.

B – Zorgverzekeringen

Hier toetsen we de kennis van de panelleden over zorgverzekeringen. Waar mogelijk is gebruik gemaakt van bestaande vragen uit eerdere vragenlijsten van het Consumentenpanel. We vragen naar de hoogte van premies en naar de dekking van het basispakket.

De antwoorden op deze vragen worden gebruikt om het kennisniveau van de respondenten op het gebied van zorgverzekeringen in kaart te brengen, en om het verband tussen deze kennis en zorgmijden te onderzoeken.

C – Eigen risico

Hier toetsen we de kennis van de panelleden over het eigen risico. Waar mogelijk is gebruik gemaakt van bestaande vragen uit eerdere vragenlijsten van het Consumentenpanel. Aan bod komen:

- bekendheid met het verplicht eigen risico
- de hoogte van het verplicht eigen risico
- wat onder het eigen risico valt
- bekendheid en gebruik maken van gespreid betalen van het eigen risico
- bekendheid en gebruik maken van compensatieregelingen (zorgtoeslag, zorgverzekering via de gemeente, gemeentelijke ondersteuning WMO/bijzondere bijstand, zorgkosten aftrekken van de belasting)
- kennis over de zorgtoeslag

De antwoorden op deze vragen worden gebruikt om het kennisniveau van de respondenten op het gebied van bovenstaande onderwerpen in kaart te brengen, en om het verband tussen deze kennis en zorgmijden te onderzoeken.

NB: in de vragenlijst wordt, ná de vragen over het eigen risico, uitleg over het eigen risico gegeven. We vragen respondenten om naar aanleiding van deze uitleg hun antwoorden niet te wijzigen. In de online-versie van de vragenlijst is het niet mogelijk om na de uitleg terug te gaan naar de vragen over het eigen risico.

D – Zorggebruik

In dit onderdeel wordt zorgmijden onderzocht. Het bestaat uit vier subonderdelen voor de vier te onderzoeken vormen van zorgmijden, namelijk

- niet naar de huisarts gaan als het eigenlijk wel zou moeten (vraag 14 tot en met 22)
- voorgeschreven geneesmiddelen niet ophalen (vraag 23 tot en met 29)
- een verwijzing naar een medisch specialist niet opvolgen (vraag 30 tot en met 38)
- diagnostisch onderzoek (beeldvormend onderzoek of bloedonderzoek) niet laten uitvoeren (vraag 39 tot en met 44).

Binnen deze vier subonderdelen vragen stellen we telkens dezelfde vragen. Mensen die niet hebben afgezien van zorg slaan een deel van de vragen over.

Per subonderdeel vragen we eerst aan alle respondenten of zij de afgelopen 12 maanden zorg hebben gemeden. Hierbij zijn we geïnteresseerd in het aantal en welke mensen deze vorm van zorg hebben gemeden, om de groep zorgmijders per vorm van zorgmijden te bepalen¹⁹.

De respondenten die aangeven dat zij zorg hebben gemeden vragen we zich te richten op de laatste keer dat dit is voorgekomen (indien van toepassing). Hiermee voorkomen we dat respondenten zelf een selectie maken op basis van bijvoorbeeld de ergste klacht.

Omdat we voor iedere vorm van zorgmijden de zorgmijders willen kunnen vergelijken met de 'niet-zorgmijders' (respondenten die de zorg wel hebben gebruikt), vragen we per subonderdeel aan mensen die geen zorg gemeden hebben of zij de zorg wel gebruikt hebben. Dit doen we ofwel in een aparte vraag (vraag 16 voor huisartsbezoek, vraag 37 voor diagnostiek) ofwel als antwoordmogelijkheid bij de vraag over zorgmijden (vraag 23 voor geneesmiddelen, vraag 30 voor medisch specialist).

Aan de mensen die zorg hebben gemeden vragen we over de laatste keer zorgmijden:

- wat de klacht was (om mensen zich deze specifieke situatie te helpen herinneren)
- naar de reden(en) voor het zorgmijden
- naar de gevolgen van zorgmijden: heeft men later alsnog zorg gebruikt voor deze klacht en is de klacht erger geworden, gelijk gebleven, minder geworden of verdwenen
- wat de respondent achteraf gezien van zijn keuze om zorg te mijden vindt

In verband met de lengte van de vragenlijst stellen we geen vragen over beeldvormend onderzoek en bloedonderzoek apart. Wel kunnen we uit het antwoord op vraag 37 afleiden welke vorm van onderzoek zij niet hebben laten uitvoeren, behalve als zij beide soorten onderzoek niet hebben laten uitvoeren. Naar verwachting komt het niet vaak voor dat mensen beide vormen van zorg gemeden hebben. Mocht dat wel zo zijn dan kunnen we daar in de interviews naar vragen.

E – Achtergrondgegevens

Hier komt een aantal verschillende onderwerpen aan bod.

Eerst vragen we naar zorgmijden in 2014 (vraag 45). Deze vraag is enkel bedoeld om genoeg mensen voor interviews te verzamelen. In principe willen we mensen interviewen die in de afgelopen 12 maanden zorg hebben gemeden en daar hun antwoorden uit onderdeel D bij

¹⁹ We onderzoeken met de vragenlijst niet hoe vaak mensen zorgmijden. Die informatie kunnen we heel precies uit de registratiedata halen. Hier zijn we geïnteresseerd in om welke mensen het gaat, zodat we het zorgmijden kunnen relateren aan achtergrondkenmerken, redenen en gevolgen.

gebruiken. Mochten er van deze groep echter te weinig mensen bereid zijn deel te nemen aan een interview dan kunnen we met behulp van de vraag over zorgmijden in 2014 de groep uitbreiden. Hierna volgen enkele vragen over onderwerpen die mogelijk van invloed zijn op of mensen wel of niet zorgmijden.

- Locus of control, powerfull others (Wallston et al, 1976). Dit is één van de drie schalen van de 'locus of control'. De andere subschalen zijn 'toeval' en 'intern'. Hiermee meten we hoeveel invloed mensen toeschrijven aan anderen (met name artsen) met betrekking tot hun gezondheid. Onze hypothese is dat mensen die anderen meer invloed toeschrijven, minder zullen zorgmijden.
- Geneesmiddelenperceptie (general Beliefs about Medicin Questionnaire, Horne et al, 1999). Hiermee meten we hoe mensen tegenover geneesmiddelen(gebruik) staan. Onze hypothese is dat mensen die negatiever tegenover geneesmiddelen(gebruik) staan, minder vaak hun geneesmiddelen ophalen.
- Vragen over inkomen en de financiële situatie: de hypothese is dat mensen met een laag inkomen of een slechte financiële situatie vaker zorg zullen mijden vanwege de kosten.
- Vragen over de ervaren gezondheid en chronische ziekten: met behulp van deze vragen onderzoeken onder andere of de redenen waarom respondenten zorgmijden verschillen tussen gezonde mensen en mensen met een chronische ziekte. Onze hypothese is zorgmijden vanwege kosten minder vaak voorkomt bij mensen met een chronische ziekte omdat zij hun eigen risico vaak al snel volmaken.

Het verband tussen de antwoorden op bovenstaande vragen en zorgmijden wordt onderzocht om meer inzicht te krijgen in redenen waarom mensen zorgmijden en in verschillen tussen zorgmijders en niet-zorgmijders.

Protocol bijlage 2: interviews

1 – Uitvoering van het telefonische interview

Introductie op het interview

- Aangeven dat het interview wordt opgenomen
- Achtergrondinformatie onderzoek:
U heeft kortgeleden een vragenlijst voor het Consumentenpanel Gezondheidszorg ingevuld, waarin onder andere werd gevraagd naar uw zorggebruik. Deze vragenlijst is onderdeel van een onderzoek naar waarom mensen besluiten geen zorg te gebruiken, dat het NIVEL uitvoert in opdracht van het ministerie van VWS. Het doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in de aard en omvang van het mijden van noodzakelijke zorg, in achtergrondkenmerken van betrokken patiënten en in de redenen voor het mijden van noodzakelijke zorg.
- Doel interviews:
Met de interviews willen we meer inzicht te krijgen in redenen voor zorgmijden. Het doel is om de antwoorden over redenen van zorgmijden uit de vragenlijst verder te verdiepen om zo meer inzicht te krijgen in de specifieke achterliggende redenen. In de vragenlijst heeft u aangegeven te hebben afgezien van zorg. We zijn benieuwd naar de precieze redenen daarvoor en de afwegingen die u daarbij heeft gemaakt.
- Over het resultaat:
De resultaten van het hele onderzoek beschrijven we in een rapport dat naar verwachting in november af is. In het rapport worden de resultaten van de vragenlijst en de interviews geanonimiseerd verwerkt. Het rapport wordt openbaar gepubliceerd op de website van het NIVEL. Als u wilt kunnen we u het rapport per mail toesturen.

Onderwerpen en voorbeeldvragen

- Vorm van zorgmijden (verificatie van vragenlijstantwoorden)

In de vragenlijst heeft u aangegeven dat u...

*<hebt overwogen naar de huisarts te gaan, maar niet bent gegaan/
een verwijzing naar een medisch specialist hebt gekregen, maar niet bent gegaan/een
recept hebt gekregen, maar de geneesmiddelen niet heeft opgehaald/
geadviseerd bent beeldvormend onderzoek (bijv. röntgenfoto, echo of MRI) of
bloedonderzoek te laten doen, maar niet bent gegaan>*

- *Klopt dat?*
- *Wanneer speelde dat?*
- *Bij diagnostisch onderzoek: beeldvorming of bloedonderzoek?*
- *Kunt u daar iets meer over vertellen (wat was de klacht, wat was het advies van de huisarts,...)?*

- Redenen voor zorgmijden

In de vragenlijst heeft u aangegeven dat u niet bent gegaan omdat...

*<Uw klacht niet ernstig genoeg was/u er niet echt last van had/
U dacht dat mijn klacht vanzelf over zou gaan/
U opzag tegen eventuele (vervolg)kosten die u dan zou moeten betalen/
U het probleem zelf wilde oplossen/
U geen zin had in de rompslomp van het maken van een afspraak of het ondergaan van behandeling >*

- *Klopt dat?*
- *Kunt u dat toelichten? Wat bedoelt u precies met ... <reden>*
- *Welke redenen hebben eventueel nog meer een rol gespeeld bij uw afweging om wel of niet te gaan?*
- *Wat heeft uiteindelijk de doorslag gegeven in uw besluit om niet te gaan?*
- Extra vragen voor mensen die 'opzien tegen kosten' als reden hebben opgegeven:
 - *Zag u op tegen de kosten van ... <de zorg waar de geïnterviewde van afgezien heeft> zelf of tegen eventuele vervolgcosten?*
 - *Weet u of de kosten voor <de zorg waar de geïnterviewde van afgezien heeft> onder de basisverzekering vallen?*
 - *Weet u of de kosten voor <de zorg waar de geïnterviewde van afgezien heeft> onder het eigen risico vallen?*
 - *Heeft (<had, voor zorgmijden in 2014>) u uw eigen risico al opgemaakt?*
 - *Spelen eerder gemaakte zorgkosten voor uzelf of eventueel uw gezinsleden een rol in uw besluit?*

2 – Verwerking van de interviews

De interviews worden letterlijk uitgewerkt met behulp van de opnames.

Deze letterlijke uitwerkingen worden vervolgens door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar geanalyseerd. Beide onderzoekers noteren van iedere geïnterviewde in ieder geval

- de precieze redenen voor zorgmijden
- de afweging die is gemaakt en wat daarin de doorslag heeft gegeven
- het verband met het eigen risico en kennis daarover (bij geïnterviewden die afzagen van zorg vanwege de kosten)

De resultaten worden opgenomen in het rapport als verdieping op de vragenlijstuitkomsten.

Bijlage B Onderzoeksverantwoording

B.1 CONSUMENTENPANEL GEZONDHEIDSZORG

B.1.1 Vragenlijst

Steekproef

Om een deel van de vraagstellingen van dit onderzoek te beantwoorden is begin juli 2015 een vragenlijst verstuurd naar een steekproef van panelleden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg, dat wordt beheerd door het NIVEL. Deze steekproef bestond uit 4.473 panelleden (voor de samenstelling van de steekproef zie tabel B.1 in deze bijlage). In de steekproef waren, conform het protocol, ouderen en mensen met een laag inkomen oververtegenwoordigd ten opzichte van de algemene bevolking.

Dataverzameling

Al naar gelang hun eigen voorkeur konden panelleden de vragenlijst schriftelijk of via internet invullen. 2.177 panelleden ontvingen de vragenlijst per post en 2.296 panelleden ontvingen de vragenlijst via internet. Aan alle panelleden die in eerste instantie niet gereageerd hadden, is een herinnering toegestuurd (twee online herinneringen en één schriftelijke herinnering). Gedurende de dataverzameling bleek dat de respons achterbleef bij de gebruikelijke respons (60-80% afhankelijk van het onderwerp) binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg.

Uit het nabellen van enkele non-respondenten bleek dat een veel genoemde verklaring de zomervakantie was. Daarom is besloten tot een extra verzending (tweede helft augustus) om op die manier de respons te vergroten.

Respons

De bruto respons was 57,5% (N=2.571). Tijdens de opschoning van het databestand zijn geheel lege cases en “persoonswisselingen” verwijderd. Persoonswisselingen ontstaan wanneer de vragenlijst niet is ingevuld door het panellid, maar door een huisgenoot van het panellid. Op deze manier komen de bij ons bekende achtergrondkenmerken niet overeen met de achtergrondkenmerken van de persoon die de vragenlijst heeft ingevuld. Het opgeschoonde databestand dat gebruikt is voor de analyses van dit rapport bevatte 2.424 respondenten. Dit is een netto respons van 54,2%. Deze respondenten hebben echter niet altijd alle vragen ingevuld. In het rapport worden percentages weergegeven berekend over het aantal antwoorden dat wel is ingevuld. Tevens worden bij elke figuur en tabel de aantallen respondenten (N) genoemd.

Uit Tabel B.1 blijkt dat de samenstelling van de respondenten zo goed als gelijk is aan de samenstelling van de steekproef. Personen van 18-39 jaar zijn iets ondervertegenwoordigd in de groep respondenten (9%) ten opzichte van de steekproef (14%).

De leeftijdscategorie 18-39 jaar is niet verder opgesplitst vanwege het kleine aantal jongeren.

Afzien van huisartsenzorg en van vervolgzorg

In de vragenlijst is zowel gevraagd naar afzien van huisartsenzorg als naar mijden van vervolgzorg. Afzien van huisartsenzorg is gevraagd als ‘Is het in de afgelopen 12 maanden voorgekomen dat u hebt overwogen naar uw huisarts te gaan, maar toch niet bent gegaan?’ (zie vraag 14, bijlage C). Met betrekking tot het niet opvolgen van een advies van de huisarts zijn drie vragen gesteld: over

geneesmiddelen, een verwijzing en diagnostisch onderzoek (zie vraag 23, vraag 30 en vraag 38, bijlage C). Respondenten zijn aangemerkt als mijders van vervolgzorg indien zij op tenminste één van deze vragen hebben aangegeven dat ze wel een advies van de huisarts hebben gekregen, maar dit niet hebben opgevolgd.

Uit de vragenlijst bleek dat er 341 respondenten afzagen van huisartsenzorg en dat er 47 mijders van vervolgzorg waren. 15 respondenten hadden zowel afgezien van huisartsenzorg en waren mijder van vervolgzorg. In totaal waren er dus 373 respondenten die zorg hebben gemeden.

In de hoofdstukken 3 tot en met 5 wordt gesproken over het aantal respondenten dat het advies van de huisarts niet heeft opgevolgd ('mijders van vervolgzorg'). Het is echter mogelijk dat respondenten zowel niet naar de medisch specialist zijn geweest, als dat ze een diagnostisch onderzoek niet hebben laten uitvoeren. Deze beide vormen van mijden van vervolgzorg kunnen tot andere gevolgen hebben geleid. Bijvoorbeeld in het ene geval is de klacht erger geworden en in het andere geval is de klacht verdwenen. Daarom zijn de analyses in hoofdstuk 6 (gevolgen zorgmijden) niet over het aantal mijders van vervolgzorg (N=47) gedaan, maar over het aantal keer dat er is afgezien van vervolgzorg (N=51).

Analyses

De data verzameld binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg zijn geanalyseerd met behulp van STATA, versie 13.1. Over het algemeen zijn beschrijvende analyses uitgevoerd (frequentieverdelingen). Om relaties tussen variabelen te onderzoeken is gebruik gemaakt van de chi-2 toets en multivariate logistische regressie analyses. Hierbij is als significantieniveau $p < 0,05$ gehanteerd.

Een aantal vragen met betrekking tot de premie van de zorgverzekering en het eigen risico is als open vraag gesteld (zie vraag 3 en 6, bijlage C). Respondenten werd bij deze vragen gevraagd om in te vullen wat zij in 2015 betalen aan premie voor hun zorgverzekering en hoe hoog het verplicht eigen risico is in 2015. Om de relatie tussen deze kennis en het mijden van zorg te kunnen analyseren, is besloten om de ingevulde bedragen in te delen in realistische en onrealistische bedragen. Voor het eigen risico is gekozen om een bedrag tussen de 350 en 400 euro als realistisch aan te duiden. Een realistische premie voor de basisverzekering is vastgesteld met behulp van de premies van de modelpolissen zoals ingediend bij de NZa. In 2015 zijn er 71 modelpolissen ingediend bij de NZa, waarvan de nominale jaarpremies liggen tussen de 990 euro en de 1.367,40 euro. Dit komt overeen met een premie tussen de 82,50 euro en 113,95 euro per maand. In dit onderzoek hebben we alle premies die omgerekend tussen de 59 euro en 120 euro per maand lagen gezien als realistische premie. Bedragen daarboven en daaronder zijn gezien als onrealistisch. Gekozen is voor een lager bedrag dan 82,50 in verband met de korting die respondenten op hun premie kunnen krijgen, bijvoorbeeld door zich aan te sluiten bij een collectiviteit of door het nemen van een vrijwillig eigen risico.

Tabel B.1 Overzicht steekproef Consumentenpanel Gezondheidszorg, respondenten Consumentenpanel Gezondheidszorg en algemene bevolking voor aantal achtergrondkenmerken

	Steekproef	Respondenten	Algemene
	percentage	vragenlijst	bevolking
	percentage	percentage	percentage
Geslacht	4.473	2.424	
Man	44%	44%	49%
Vrouw	56%	56%	51%
Leeftijd (op 3-7-'15)	4.473	2.424	
18-39 jaar	14%	9%	34%
40-64 jaar	38%	33%	45%
65-74 jaar	48%	32%	21%
75 jaar of ouder		26%	
Hoogst voltooide opleiding:	4.335	2.352	
Laag (t/m lager of voorbereidend beroepsonderwijs)	23%	24%	30%
Midden (middelbaar onderwijs en HAVO en VWO)	48%	48%	42%
Hoog (HBO of hoger)	29%	28%	28%
Netto inkomen huishouden per maand¹:	4.367	2.264	
0-1.200 euro	33%	15%	40% (0-2025 euro)
1.200-1.600 euro		17%	
1.600-2.100 euro	24%	24%	30% (2025-3291 euro)
2.100-2.700 euro	14%	17%	
2.700-3.300 euro	10%	10%	30% (>3291 euro)
meer dan 3.300 euro	18%	16%	
Ervaren gezondheid:	4.451	2.412	
Uitstekend	9%	8%	80%
Zeer goed	20%	19%	
Goed	54%	55%	
Matig	16%	17%	20%
Slecht	2%	1%	

Bronnen: (vragenlijst) Consumentenpanel Gezondheidszorg en CBS

B.1.2 Interviews

Conform het protocol zijn 41 interviews afgenomen met zorgmijders die hiervoor toestemming hadden gegeven. De interviews zijn afgenomen door één onderzoeker van het NIVEL. Op één

¹ Landelijke percentages voor inkomen zijn gebaseerd op het besteedbaar inkomen per huishouden in 2013 (bron: CBS). De definitie van besteedbaar inkomen (zie <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/begrippen/default.htm?ConceptID=137>) wijkt af van het netto inkomen zoals dat gevraagd wordt in het Consumentenpanel (zie Bijlage C voor de vraagstelling binnen het Consumentenpanel). Voor sommige personen is het besteedbaar inkomen hoger, voor anderen juist lager dan het netto inkomen.

respondent na, hebben alle geïnterviewden toestemming gegeven voor het opnemen van het telefonische interview. Ieder interview is uitgewerkt tot een verslag. Vervolgens heeft dezelfde onderzoeker in een tabel in Excel een samenvatting van de interviews gemaakt. Voor elk interview is in deze tabel de casus beschreven en de redenen van zorgmijden met behulp van quotes van de respondenten. Deze tabel is als uitgangspunt gebruikt voor de rapportage. Twee andere onderzoekers hebben steekproefsgewijs de resultaten in de tabel gecontroleerd met de opgenomen interviews.

B.2 NIVEL ZORGREGISTRATIES EN VEKTIS DECLARATIEDATA

Voor het onderzoek naar het mijden van vervolgzorg zijn data van de NIVEL Zorgregistraties Huisartsen en Vektis declaratiedata van medisch specialistische zorg en apotheken aan elkaar gekoppeld. Hiermee is de omvang van het niet ophalen van voorgeschreven geneesmiddelen en niet opvolgen van verwijzingen naar de medisch specialist in kaart gebracht. Ook zijn hiermee kenmerken van deze typen zorgmijders bepaald.

B.2.1 NIVEL Zorgregistraties Huisartsen

NIVEL Zorgregistraties² maakt gebruik van gegevens die routinematig in de zorg worden verzameld bij verschillende eerstelijnsdisciplines, waaronder op dit moment ruim 470 huisartspraktijken, met ongeveer 1,2 miljoen ingeschreven patiënten, verspreid over Nederland. In de huisartspraktijken worden gegevens verzameld over aantallen contacten en verrichtingen, gepresenteerde gezondheidsproblemen (ICPC-codes³), voorgeschreven geneesmiddelen (ATC-codes⁴), verwijzingen en laboratoriumuitslagen. Statuscores (bron SCP) zijn als SES-indicator⁵ voor het postcodegebied (4 cijfers) gekoppeld aan de NIVEL Zorgregistratiedata en worden in dit onderzoek 'wijkSES' genoemd.

Selecties

In de NIVEL Zorgregistratie wordt een aantal standaardchecks op de kwaliteit van de data gedaan. Op basis van de uitkomsten van deze checks zijn per jaar de praktijken met betrouwbare data geselecteerd. Aanvullend is op praktijkniveau geselecteerd op basis van:

- Beschikbare gegevens voor de bepaling of iemand in een achterstandswijk woont of niet. In 2012 heeft herijking van de definitie van achterstandswijken plaatsgevonden. Van de huisartsenpraktijken in dit onderzoek bleek bij één praktijk meer dan 50% van de patiënten voor en na het onderzoek een andere status te hebben. Deze praktijk is uitgesloten van alle analyses.

² Zie ook www.nivel.nl/NZR/zorgregistraties

³ ICPC: International Classification of Primary Care (ICPC, Lamberts & Wood, 1987). Met deze codes worden symptomen en aandoeningen van patiënten door de huisarts geregistreerd.

⁴ ATC: Anatomical Therapeutic Chemical (zie <http://www.whocc.no/>). Een internationale classificering voor geneesmiddelen waarmee geneesmiddelen door de huisarts worden geregistreerd.

⁵ Koppeling aan inkomen is mogelijk via het CBS, maar dit neemt meer tijd beslag en is daarom niet opgenomen in dit voorstel.

- Beschikbaarheid en kwaliteit van gegevens over verwijzingen⁶ (hierop is alleen voor het onderzoek naar het opvolgen van verwijzingen geselecteerd).

Representativiteit

De praktijken die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties vormen een goede afspiegeling van de Nederlandse huisartsenpraktijken. Er zijn kleine afwijkingen in de verdeling tussen solo-, duo- en groepspraktijken en qua stedelijkheid⁷. Wij verwachten echter dat dit geen consequenties heeft voor de resultaten van dit onderzoek, omdat uit eerder onderzoek blijkt dat praktijkkenmerken niet van invloed zijn op het opvolgen van verwijzingen (Van Dijk et al, 2015). De representativiteit van de gebruikte data wat betreft leeftijd, geslacht en achterstandswijk na koppeling wordt verderop beschreven.

Gebruikte gegevens uit de NIVEL Zorgregistraties

Van de geselecteerde praktijken per jaar zijn alleen patiënten die het hele jaar ingeschreven stonden meegenomen in het onderzoek. Van hen zijn de volgende gegevens uit de NIVEL Zorgregistraties zijn gebruikt:

Recepten voor geneesmiddelen

Receptdatum en ATC-code (zie WHO, 2000)

⁶ Praktijken die in een aaneengesloten periode van meerdere jaren structureel verwijzingen inclusief specialismen registreerden zijn geselecteerd. Vervolgens het aantal verwijzingen per patiënt berekend per praktijk per jaar en vergeleken tussen praktijken en tussen jaren. Naar aanleiding hiervan is één praktijk uitgesloten van analyses. Ten slotte is de verdeling van verwijzingen over specialismen vergeleken tussen praktijken. Hierbij werden geen opvallende afwijkingen gevonden en zijn dus geen praktijken afgevalen.

⁷ Zie ook www.nivel.nl/NZR/huisartsen.

Verwijzingen naar de tweede lijn

Verwijsdatum en specialisme. De volgende verwijsspecialismen zijn meegenomen:

Tabel B.2 Verwijsspecialismen uit de NIVEL Zorgregistraties Huisartsen

Specialisme	Toelichting
Cardiologie	
Chirurgie	incl. cardiochirurgie, traumatologie, vaatchirurgie en thoraxchirurgie
Dermatologie	incl. allergologie en phlebologie
Gynaecologie/Verloskunde	incl. obstetrie
Interne geneeskunde	incl. haematologie, endocrinologie, diabetologie, geriatrie, nefrologie en oncologie
Keel-/neus- en oorheelkunde	
Longarts	
Neurologie	incl. neurochirurgie
Oogheelkunde	
Orthopedie	
Pediatrie	incl. neonatologie
Plastische chirurgie	
Reumatologie	
Revalidatie	
Urologie	
Gastro-enterologie	
Overig	radiotherapie, tropische geneeskunde, nucleaire geneeskunde, anesthesie, klinische genetica en pijnbestrijding

Zorggebruik

- Het aantal huisartsconsulten per persoon per jaar: korte en lange consulten, korte en lange telefonische consulten, visites en modernisatie- en innovatieverrichtingen.
- Het aantal verwijzingen per persoon per jaar.
- Het aantal recepten per persoon per jaar.

Achtergrondkenmerken

- Leeftijd
- Geslacht
- Wonend in een achterstandswijk of niet, gebaseerd op individuele inschrijftarieven.
- wijkSES: statusscores (bron: SCP) van het postcodegebied.

Aantal chronische ziekten

Het aantal chronische ziekten per persoon per jaar is bepaald op basis van de geregistreerde diagnoses (ICPC-codes) volgens de lijst chronische ziekten van het RIVM (Hoeymans en Schellevis, 2008).

B.2.2 Vektis declaratiedata

Voor dit onderzoek zijn gegevens uit drie informatiesystemen van Vektis gebruikt:

1. Ziekenhuiszorg informatiesysteem

Dit systeem bevat declaraties, aangeleverd door zorgverzekeraars, van ziekenhuiszorg. De dekking van dit systeem ligt sinds 2008 rond 99% van de totale verzekerdenportefeuille. Uit

dit systeem zijn declaratiedatums en specialisme gebruikt uit de periode 2007⁸ t/m 2013⁹.

2. *Farmacie informatiesysteem*

Dit systeem bevat informatie over het extramurale geneesmiddelengebruik van alle verzekerden in Nederland, op declaratieniveau. De dekking hiervan is bijna 100% van de Nederlandse verzekerden. Uit dit systeem zijn declaratiedatums en ATC-codes gebruikt uit de periode 2008 t/m 2014.

3. *Algemene verzekerdengegevens*

Dit systeem bevat de meest recente informatie over geboortedatum, geslacht, woonadres en verzekeringen. Uit dit systeem zijn postcode, geboortedatum en geslacht gebruikt voor de koppeling met de NIVEL Zorgregistraties (zie verder op voor een uitgebreide toelichting). Ook zijn met de gegevens uit dit bestand personen die niet het hele jaar verzekerd waren uitgesloten van de analyses.

B.2.3 Koppeling tussen Vektis declaratiedata en NIVEL Zorgregistraties

Vektis heeft per jaar een waarschijnlijkheidskoppeling uitgevoerd op basis van leeftijd, geslacht en de viercijferige postcode tussen de NIVEL Zorgregistraties en de Vektis verzekerdengegevens. Van de patiënten waarvan in de NIVEL Zorgregistraties leeftijd, geslacht en postcode bekend waren (93% van de patiënten van de geselecteerde praktijken), kon op deze manier 80% tot 84% aan de Vektis gegevens worden gekoppeld. Dit komt overeen met de koppelingspercentages uit eerder soortgelijk onderzoek (Van Dijk et al, 2015).

⁸ Analyses zijn uitgevoerd vanaf 2008. Gegevens uit 2007 zijn gebruikt om herhaalverwijzingen uit te sluiten van analyse. Dit wordt verderop nader toegelicht.

⁹ Declaratiedata van medisch specialistische zorg zijn beschikbaar van 2008 tot en met 2013. Declaraties van medisch specialistische zorg in 2014 komen in 2016 beschikbaar voor onderzoek doordat DBC's van eind 2014 tot en met eind 2015 gedeclareerd kunnen worden. Deze zijn daarom voor dit onderzoek niet beschikbaar.

Na selectie, koppeling en schoning waren de volgende aantallen praktijken en patiënten beschikbaar voor de analyses:

Tabel B.3 Aantal praktijken en patiënten per jaar¹⁰ waarvan de gegevens gebruikt zijn voor analyses van het ophalen van voorgeschreven geneesmiddelen en het opvolgen van verwijzingen naar de medisch specialist.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Geneesmiddelengebruik							
Aantal praktijken met betrouwbare data	38	62	86	145	142	150	150
Aantal gekoppelde patiënten	134797	190048	263894	437786	425459	497609	495113
Verwijzingen naar medisch specialist							
Aantal praktijken met betrouwbare data	24	29	41	54	61	84	nvt
Aantal gekoppelde patiënten	93379	98046	133115	169580	178867	270709	nvt

Bron: NIVEL Zorgregistraties Huisartsen gekoppeld aan Vektis declaratiedata apotheekzorg en ziekenhuiszorg

Uit deze patiënten zijn patiënten met recepten en met verwijzingen naar de medisch specialist geselecteerd. De aantallen (patiënten met) recepten en verwijzingen die gebruikt zijn voor de analyses staan bij de grafieken met resultaten.

De samenstelling van de totale groep gekoppelde patiënten komt zeer goed (verschillen zijn <1 procentpunt) overeen met de samenstelling van de algemene bevolking, qua leeftijd, geslacht en achterstandswijk (zie Tabel B.1 voor de samenstelling van de algemene bevolking). Per type onderzoek en per jaar zijn de afwijkingen maximaal 3 procentpunt. De groepen zijn groot genoeg voor betrouwbaar onderzoek naar relaties tussen kenmerken en zorgmijden.

B.2.4 Bepaling van de omvang van zorgmijden

Geneesmiddelengebruik

Voor het bepalen van het percentage patiënten dat voorgeschreven geneesmiddelen niet ophaalt, zijn eerst de recepten voor geneesmiddelen die vergoed worden binnen de basisverzekering geselecteerd. Hiertoe is op basis van de geneesmiddeldeclaraties van Vektis per jaar een lijst gemaakt met de ATC-codes van geneesmiddelen die vergoed zijn binnen de basisverzekering. Per jaar zijn alleen recepten voor geneesmiddelen van die lijsten meegenomen. Geneesmiddelen die gedurende een jaar zijn overgeheveld (meestal naar ziekenhuiszorg), anticonceptiva en artikelen voor stoppen met roken zijn uitgesloten van de analyses¹¹ om te voorkomen dat ten onrechte geconcludeerd zou worden dat deze geneesmiddelen niet zijn opgehaald.

De overgebleven recepten uit de NIVEL Zorgregistraties zijn vervolgens gekoppeld aan de geneesmiddeldeclaraties van dezelfde patiënt. Onderscheid tussen herhaalrecepten en overige

¹⁰ Het aantal praktijken en patiënten neemt toe met de jaren doordat de NIVEL Zorgregistraties Huisartsen gegroeid is in deze periode.

¹¹ Anticonceptiva en artikelen voor stoppen met roken zijn in de onderzoeksperiode in en uit het basisverzekering gegaan en zijn daarom niet meegenomen in de analyses.

recepten is hierbij niet gemaakt. Als binnen een week na de receptdatum het geneesmiddel gedeclareerd is, telt het recept als opgehaald en dus niet als zorgmijden. Omdat patiënten vaak meerdere recepten in een jaar hebben wordt een patiënt als zorgmijder gezien als hij/zij bij minimaal 20% van de recepten de geneesmiddelen niet ophaalt¹².

Deelnemende praktijken registreren in principe alle recepten in de NIVEL Zorgregistraties. De percentages patiënten die hun geneesmiddelen niet ophalen zijn daarom representatief voor zowel de groep patiënten met een recept als voor de algemene bevolking.

Verwijzingen naar de medisch specialist

De verwijzingen naar de tweede lijn uit de NIVEL Zorgregistraties zijn gekoppeld aan gedeclareerde ziekenhuisbehandelingen van dezelfde patiënt. Als er binnen een half jaar na de datum van de verwijzing een DBC geopend is bij hetzelfde specialisme (of zonder geregistreerd specialisme) dan telt de verwijzing als opgevolgd en dus niet als zorgmijden. Dit onderzoek richt zicht op het opvolgen van eerste verwijzingen. Om die reden zijn verwijzingen naar specialismen waarbij voor dezelfde patiënt in het jaar voorafgaand aan de verwijzing al DBC geopend was, uitgesloten van analyse.

Niet alle verwijzingen van huisartsen worden elektronisch (in het HIS) geregistreerd, de bron voor de NIVEL Zorgregistraties. Daardoor zijn de percentages patiënten die hun verwijzing niet opvolgen uit dit onderzoek wel representatief voor de groep patiënten met een verwijzing, maar niet voor de algemene bevolking.

B.2.5 Bepaling van relaties tussen achtergrondkenmerken en zorgmijden

Beschrijvende statistiek is uitgevoerd in Stata om percentages mensen die zorg mijden naar achtergrondkenmerk weer te geven.

Multilevel analyses

Om te onderzoeken welke achtergrondkenmerken een significante relatie met het mijden van zorg hebben zijn logistische multilevel analyses uitgevoerd. De multilevel-aanpak is nodig, omdat er clustering van patiënten binnen huisartsenpraktijken is; de multilevel analyse corrigeert hiervoor. Bij de analyse van het niet ophalen van voorgeschreven geneesmiddelen, is bovendien sprake van clustering van recepten binnen patiënten. Om die reden zijn voor dat onderdeel modellen met drie niveaus (recept, patiënt, huisartsenpraktijk) gemaakt. Aangezien de meeste patiënten (67%) maar één verwijzing per jaar hebben zijn voor het onderzoek naar het opvolgen van verwijzingen modellen met twee niveaus (patiënt en huisartsenpraktijk) gebruikt. Zorgmijden is in dat geval gedefinieerd als het niet opvolgen van één of meer verwijzingen in een jaar.

Zorgmijden (ja of nee) was de uitkomstvariabele van alle modellen. Leeftijd (6 categorieën), geslacht, achterstandswijk, aantal chronische aandoeningen (geen, 1, 2 of 3 of meer), aantal huisartsbezoeken en het aantal verwijzingen of recepten¹³ zijn opgenomen als mogelijke

¹² Deze definitie sluit aan bij de meest gebruikte definitie voor therapietrouw: patiënten worden als therapietrouw gezien als zij in 80% van de recepten hun geneesmiddelen ophalen of gebruiken, zie ook Vervloet et al (2012) en Karve et al (2009).

¹³ In de analyse van het niet opvolgen van verwijzingen is het aantal verwijzingen meegenomen, in de analyse van het niet ophalen van recepten, het aantal recepten.

voorspellers in de modellen per jaar. Categorieën waarvoor we verwachten dat het mijden van zorg het minste voorkomt (man, kind, hoogste SES, geen achterstandswijk en geen chronische aandoeningen) zijn als referentiecategorieën gebruikt. Alle multilevel analyses zijn uitgevoerd met MLwiN 2.30 (IGLS estimation, 2^e order PQL).

SES-categorieën (kwartielen) zijn in verkennende analyses opgenomen in modellen waarin achterstandswijk niet is meegenomen. De variabelen wijkSES en achterstandswijk hangen te sterk met elkaar samen om in één model te kunnen worden opgenomen. Vanwege de hogere significanties voor achterstandswijk is besloten alleen die variabele mee te nemen in de uiteindelijke analyses.

B.3 DIAGNOSTIEK - NIVEL ZORGREGISTRATIES

Voor deze vorm van zorgmijden is de omvang geschat op basis van de NIVEL Zorgregistratiedata. Gegevens over diagnostiek zijn sinds 2010 beschikbaar in de NIVEL Zorgregistratie maar waren nog niet eerder op deze manier gebruikt. We onderzochten daarom eerst de betrouwbaarheid (vulling, plausibiliteit) van de diagnostiekregistraties per praktijk. Deze informatie hebben we gecombineerd met de standaardinformatie over de registratiekwaliteit van de NIVEL Zorgregistraties per praktijk. Op basis daarvan zijn de volgende aantallen praktijken en ingeschreven patiënten geselecteerd:

Tabel B.4 Aantal praktijken met hun aantallen ingeschreven patiënten waarvan Zorgregistraties zijn gebruikt voor het onderzoek naar uit voeren van diagnostisch onderzoek, per jaar

	2010	2011	2012	2013	2014
Diagnostiek					
Aantal praktijken met betrouwbare data	59	121	194	341	330
Aantal ingeschreven patiënten	263894	437786	425459	497609	495113

Bron: NIVEL Zorgregistraties Huisartsen

Voor de diagnostiek zijn vanuit de NIVEL zorgregistraties alleen uitslagen bekend, er is geen informatie over aangevraagde diagnostiek. Wel kan op basis van geregistreerde klachten of diagnoses (ICPC-codes) in sommige gevallen worden afgeleid welke diagnostiek waarschijnlijk is aangevraagd. Hier is daarom onderzocht in hoeverre binnen een maand na een bepaalde klacht of (waarschijnlijkheids)diagnose een bijpassende uitslag van diagnostisch onderzoek volgt. Veranderingen hierin door de jaren worden gezien als indicatie voor zorgmijden. Voor dit onderdeel is voorafgaand aan de analyses een selectie van geschikte onderwerpen gemaakt, op basis van de volgende criteria:

- registratiebetrouwbaarheid (vulling, plausibiliteit)
- advies van huisartsen over na welke diagnoses je naar alle waarschijnlijkheid een bepaald diagnostisch onderzoek mag verwachten
- aantallen nieuwe patiënten per jaar
- patiëntengroep
- registratiemethode: worden testuitslagen vooral voor of na de klacht/diagnose geregistreerd?

Dit heeft geleid tot een selectie van de volgende drie onderwerpen:

1. SH-bepaling bij een traag of snel werkende schildklier
2. Urinezuurbepaling bij jicht
3. SOA-test bij angst voor SOA

Voor deze drie onderwerpen geldt dat in het merendeel van de gevallen de uitslag na de klacht of diagnose is geregistreerd. Wij veronderstellen dat de geregistreerde diagnoses in deze gevallen (waarschijnlijkheids)diagnoses zijn. Bij deze (waarschijnlijkheids)diagnoses is gezocht naar uitslagen van diagnostisch onderzoek om tot een indicator voor zorgmijden te komen. Om tot zuivere aantallen te komen zijn patiënten waarbij de diagnoses ná een test geregistreerd zijn niet meegenomen. Als patiënten zich meerdere keren met dezelfde klacht of diagnose bij de huisarts hebben gemeld is alleen de eerste keer meegenomen in de analyses.

Tabel B.5 toont de gebruikte ICPC-codes voor de klachten en (waarschijnlijkheids)diagnoses en NHG-nummers¹⁴ voor uitslagen van labonderzoek.

Tabel B.5 Gebruikte klachten/diagnoses (ICPC-codes) en labuitslagen (NHG-nummers) per onderwerp

Onderwerp	Klacht/diagnose (ICPC-code)	Labuitslagen (NHG-nummers)
Traag of snel werkende schildklier	T86 - hypothyreoïdie/myxoedeem T85 - hyperthyreoïdie/thyreotoxicose	1385 - TSH
Jicht	T92 - jicht	664, 1402, 1403, 1404 - urinezuur
SOA	Y25, XZ24 – angst voor SOA	Testen voor alles SOA ¹⁵ s behalve genitale wratten, schaamluis en schurft

Tabel B.4 toont de aantallen ingeschreven patiënten van de geselecteerde praktijken. De aantallen patiënten met de te onderzoeken diagnose per jaar zijn weergegeven in de grafieken met resultaten.

¹⁴ Zie <https://aut.nhg.org/labcodeviewer/>

¹⁵ Bron: www.soa aids.nl

Bijlage C Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

A Achtergrondgegevens

- 1 Wat is uw geboortedatum? (dag - maand - jaar)

__ - __ - ____

- 2 Bent u een man of een vrouw?

- ☐ Man
☐ Vrouw

B Zorgverzekeringen

We stellen u eerst een aantal vragen over zorgverzekeringen. Wij willen u vragen om hierbij het antwoord te geven dat als eerste in u opkomt. Daarbij maakt het niet uit of dat antwoord goed of fout is.

- 3 Hoe hoog zijn ongeveer de premies die u in **2015 voor uzelf** aan uw zorgverzekering betaalt?

Basisverzekering: € per maand/kwartaal/jaar (*doorhalen wat niet van toepassing is*)

Aanvullende verzekering: € per maand/kwartaal/jaar (*doorhalen wat niet van toepassing is*)

☐ Weet ik niet

- 4 Hieronder staan verschillende vormen van zorg. Wilt u aangeven of u denkt dat deze zorg onder het **basispakket** valt?

	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>	<i>Weet ik niet</i>
Bezoek aan de huisarts	☐	☐	☐
Geneesmiddelen op recept	☐	☐	☐
Zelfzorggeneesmiddelen	☐	☐	☐
Laboratoriumonderzoeken	☐	☐	☐
Verloskundige zorg	☐	☐	☐
Kraamzorg	☐	☐	☐
Bezoek aan medisch specialist in het ziekenhuis	☐	☐	☐
Opname in het ziekenhuis	☐	☐	☐
Spoedeisende eerste hulp in het ziekenhuis	☐	☐	☐

	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>	<i>Weet ik niet</i>
Huisartsenpost	☐	☐	☐
Telefonisch consult huisarts	☐	☐	☐
Psychiatrische zorg	☐	☐	☐
Fysiotherapie	☐	☐	☐
Tandheelkundige zorg voor volwassenen	☐	☐	☐
Tandheelkundige zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar	☐	☐	☐

C Eigen risico

We stellen u nu een aantal vragen over het eigen risico. Wij willen u vragen om hierbij het antwoord te geven dat als eerste in u opkomt. Daarbij maakt het niet uit of dat antwoord goed of fout is.

5 Bent u bekend met het verplicht eigen risico?

- ☐ Ik heb er nog nooit van gehoord
- ☐ Ik heb er wel eens van gehoord maar weet niet wat het is
- ☐ Ik heb er wel eens van gehoord en weet ongeveer wat het is
- ☐ Ik weet precies wat het is

6 Hoe hoog is ongeveer het **verplicht eigen risico** in 2015?

€

- ☐ Weet ik niet

7 Hieronder staan verschillende vormen van zorg. Wilt u aangeven of u denkt dat het **verplicht eigen risico** hiervoor geldt?

	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>	<i>Weet ik niet</i>
Bezoek aan de huisarts	☐	☐	☐
Geneesmiddelen op recept	☐	☐	☐
Zelfzorggeneesmiddelen	☐	☐	☐
Laboratoriumonderzoeken	☐	☐	☐
Verloskundige zorg	☐	☐	☐
Kraamzorg	☐	☐	☐
Bezoek aan medisch specialist in het ziekenhuis	☐	☐	☐
Opname in het ziekenhuis	☐	☐	☐
Spoedeisende eerste hulp in het ziekenhuis	☐	☐	☐
Huisartsenpost	☐	☐	☐

	<i>Nee</i>	<i>Ja</i>	<i>Weet ik niet</i>
Telefonisch consult huisarts	☐	☐	☐
Psychiatrische zorg	☐	☐	☐
Fysiotherapie	☐	☐	☐
Tandheelkundige zorg voor volwassenen	☐	☐	☐
Tandheelkundige zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar	☐	☐	☐

8 In hoeverre bent u op de hoogte van de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen?

- ☐ Ik heb er nog nooit van gehoord
- ☐ Ik heb er wel eens van gehoord maar weet niet wat het is
- ☐ Ik heb er wel eens van gehoord en weet ongeveer wat het is
- ☐ Ik weet precies wat het is

→ Hieronder leest u meer informatie over het eigen risico. Wij willen u vragen uw antwoorden op bovenstaande vragen niet meer aan te passen naar aanleiding van deze informatie.

De afgelopen jaren is het verplicht eigen risico gestegen: van €150 in 2008 naar €375 in 2015. Als u in 2015 gebruik maakt van medische zorg, zult u de eerste medische kosten tot €375 zelf moeten betalen. Zorgverzekeraars bieden de mogelijkheid om dit verplicht eigen risico van €375 euro gespreid te betalen. Dit kan op twee manieren:

- 1. Bij sommige zorgverzekeraars betaalt u het volledige eigen risico in delen, bijvoorbeeld tien delen van €37,50, ook als u nog geen zorgkosten hebt gemaakt. Als aan het einde van het jaar blijkt dat u teveel heeft betaald (doordat u minder dan €375 zorgkosten onder het verplicht eigen risico had), krijgt u dat terug.*
- 2. Bij andere verzekeraars betaalt u, als u zorgkosten maakt die onder het eigen risico vallen, deze in delen terug aan de zorgverzekeraar. Als u bijvoorbeeld €180 zorgkosten onder het eigen risico maakt, kunt u dat in zes delen van €30 aan uw zorgverzekeraar betalen.*

9 Betaalt u het verplicht eigen risico gespreid?

- ☐ Ja
- ☐ Nee, maar ik was dit al wel van plan
- ☐ Nee, ik wist niet dat het kon maar zou het wel willen
- ☐ Nee, daar heb ik geen behoefte aan

10 Heeft u in **2014** en in **2015** uw totale eigen risico opgemaakt? Het gaat hier om het verplicht eigen risico plus eventueel het vrijwillig eigen risico.

- ☐ Ja, zowel in **2014** als in **2015**
- ☐ Ja, alleen in **2015**
- ☐ Ja, alleen in **2014**
- ☐ Nee, in beide jaren niet
- ☐ Weet ik niet

- 11 Hieronder staan verschillende regelingen waarmee (hoge) zorgkosten gecompenseerd kunnen worden. In hoeverre bent u op de hoogte van deze regelingen?

	<i>Ik heb er nog nooit van gehoord</i>	<i>Ik heb er wel eens van gehoord maar weet niet wat het is</i>	<i>Ik heb er wel eens van gehoord en weet ongeveer wat het is</i>	<i>Ik weet precies wat het is</i>
Zorgtoeslag	☐	☐	☐	☐
Zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen	☐	☐	☐	☐
Zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen, 'zonder' eigen risico (eigen risico afgekocht/herverzekerd)	☐	☐	☐	☐
Gemeentelijke ondersteuning voor chronisch zieken via de WMO en/of de bijzondere bijstand	☐	☐	☐	☐
Zorgkosten aftrekken van de belasting	☐	☐	☐	☐

- 12 Hieronder staan verschillende regelingen waarmee (hoge) zorgkosten gecompenseerd kunnen worden. Maakt u gebruik van deze regelingen?

	<i>Ja</i>	<i>Nee</i>
Zorgtoeslag	☐	☐
Zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen	☐	☐
Zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen, 'zonder' eigen risico (eigen risico afgekocht/herverzekerd)	☐	☐
Gemeentelijke ondersteuning voor chronisch zieken via de WMO en/of de bijzondere bijstand	☐	☐
Zorgkosten aftrekken van de belasting (bij de belastingaangifte over 2014)	☐	☐

- 13 Hieronder staat een aantal stellingen over de zorgtoeslag. Wilt u aangeven of u denkt dat deze stellingen waar of niet waar zijn?

	<i>Niet waar</i>	<i>Waar</i>
De hoogte van de zorgtoeslag hangt af van het inkomen van een persoon/huishouden	☐	☐
De hoogte van de zorgtoeslag hangt af van de zorgkosten van een persoon/huishouden	☐	☐
De zorgtoeslag is een bijdrage voor het eigen risico	☐	☐
De zorgtoeslag is een bijdrage voor de zorgkosten	☐	☐
De zorgtoeslag is een bijdrage voor de zorgverzekeringspremie	☐	☐

D Zorggebruik

Huisartsenzorg

14. Is het in **de afgelopen 12 maanden** voorgekomen dat u hebt overwogen naar uw huisarts te gaan, maar toch niet bent gegaan?
- ☐ Nee → **ga naar vraag 16**
- ☐ Ja, ik heb overwogen naar mijn huisarts te gaan, maar ik ben niet gegaan

U heeft aangegeven dat u in de afgelopen 12 maanden hebt overwogen naar uw huisarts te gaan, maar niet bent gegaan. Als dit meerdere keren is voorgekomen, denk dan bij het beantwoorden van de volgende vragen aan de laatste keer dat u hebt overwogen naar uw huisarts te gaan, maar niet bent gegaan.

15. Voor welke klacht hebt u overwogen naar uw huisarts te gaan, maar bent u niet gegaan?
(a.u.b. in blokletters)

→ **ga naar vraag 18**

16. Bent u in **de afgelopen 12 maanden** naar uw huisarts gegaan?
- ☐ Nee → **ga naar vraag 18**
- ☐ Ja

U heeft aangegeven dat u in **de afgelopen 12 maanden** naar uw huisarts bent gegaan. Als dit meerdere keren is voorgekomen, denk dan bij het beantwoorden van de volgende vragen aan de laatste keer dat u naar uw huisarts bent gegaan.

17. Voor welke klacht bent u naar uw huisarts gegaan? (a.u.b. in blokletters)

→ ga naar vraag 21

18. Waarom bent u niet naar uw huisarts te gaan? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Niet van toepassing, ik heb geen gezondheidsklacht gehad → ga door naar vraag 23
- ☐ Mijn klacht was niet ernstig genoeg/ik had er niet echt last van
- ☐ Ik dacht dat mijn klacht vanzelf over zou gaan
- ☐ Ik zag op tegen eventuele kosten die ik zou moeten betalen voor het bezoek aan de huisarts
- ☐ Ik zag op tegen eventuele vervolgcosten die ik zou moeten betalen, bijvoorbeeld voor geneesmiddelen of een ziekenhuisbezoek
- ☐ Ik wilde het probleem zelf oplossen
- ☐ Ik had geen zin in het maken van een afspraak of het ondergaan van behandeling
- ☐ Andere reden, namelijk: (a.u.b. in blokletters)

19. Heeft u later alsnog zorg gebruikt voor deze klacht? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Nee
- ☐ Ja, ik ben later alsnog naar de huisarts gegaan voor deze klacht
- ☐ Ja, ik ben later naar de huisartsenpost gegaan voor deze klacht
- ☐ Ja, ik ben later naar de spoedeisende hulp gegaan voor deze klacht
- ☐ Ja, anders, namelijk: (a.u.b. in blokletters)

20. Voor mijn gezondheid was achteraf gezien mijn keuze om **niet** naar de huisarts te gaan...

- ☐ een **goede** beslissing
- ☐ **geen goede** beslissing

21. Is deze klacht later...

- ☐ erger geworden
- ☐ gelijk gebleven
- ☐ minder geworden
- ☐ verdwenen → ga naar vraag 23

22. Heeft u nu nog last van deze klacht?

- ☐ Ja, veel last
- ☐ Ja, een beetje last
- ☐ Nee, geen last

Advies van de huisarts

Soms geeft de huisarts een advies, zoals een recept voor geneesmiddelen of een doorverwijzing naar een specialist, of voor diagnostisch onderzoek (bijv. bloed prikken). Daarover stellen wij u hieronder een aantal vragen.

23. Hebt u in **de afgelopen 12 maanden** een recept van de huisarts gekregen voor geneesmiddelen?

- ☐ Nee, ik heb geen recept van de huisarts gekregen → **ga naar vraag 30**
- ☐ Ja, ik heb een recept gekregen, en heb de geneesmiddelen opgehaald → **ga naar vraag 28**
- ☐ Ja, ik heb een recept gekregen, maar ik heb de geneesmiddelen niet opgehaald

*U heeft aangegeven dat u in **de afgelopen 12 maanden** een recept van de huisarts hebt gekregen, maar dat u de geneesmiddelen niet heeft opgehaald bij de apotheek. Als dit meerdere keren is voorgekomen, denk dan bij het beantwoorden van de volgende vragen aan de laatste keer dat u een recept heeft gekregen, maar u de geneesmiddelen niet heeft opgehaald bij de apotheek.*

24. Voor welke **klacht** hebt u een recept gekregen, maar heeft u de geneesmiddelen niet opgehaald?

(a.u.b. in blokletters)

25. Waarom heeft u de geneesmiddelen niet opgehaald? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Was niet meer nodig/mijn klacht is vanzelf over gegaan
- ☐ Ik zag op tegen eventuele kosten die ik dan zou moeten betalen
- ☐ Ik heb eenzelfde soort geneesmiddel ergens anders (bijv. bij een drogisterij of supermarkt) gekocht
- ☐ Andere reden, namelijk: *(a.u.b. in blokletters)*

26. Heeft u later alsnog zorg gebruikt voor deze klacht? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Nee
- ☐ Ja, ik ben later nogmaals naar de huisarts gegaan
- ☐ Ja, ik ben later naar de huisartsenpost gegaan
- ☐ Ja, ik ben later naar de spoedeisende hulp gegaan
- ☐ Ja, ik heb later alsnog de voorgeschreven geneesmiddelen opgehaald
- ☐ Ja, ik heb (later) andere geneesmiddelen gebruikt
- ☐ Ja, anders, namelijk: *(a.u.b. in blokletters)*

27. Voor mijn gezondheid was achteraf gezien mijn keuze om de geneesmiddelen niet op te halen ...

- ☐ een **goede** beslissing
- ☐ **geen goede** beslissing

28. Is de klacht waarvoor u geneesmiddelen kreeg voorgeschreven...

- ☐ erger geworden
- ☐ gelijk gebleven
- ☐ minder geworden
- ☐ verdwenen → **ga naar vraag 30**

29. Heeft u nu nog last van deze klacht?

- ☐ Ja, veel last
- ☐ Ja, een beetje last
- ☐ Nee, geen last

30. Heeft uw huisarts u in **de afgelopen 12 maanden** doorverwezen naar een medisch specialist?

- ☐ Nee, mijn huisarts heeft mij niet doorverwezen → **ga naar vraag 37**
- ☐ Ja, ik ben doorverwezen naar een medisch specialist en ik ben gegaan/ik ga nog → **ga naar vraag 35**
- ☐ Ja, ik ben doorverwezen naar een medisch specialist, maar ik ben niet gegaan.

*U hebt aangegeven dat uw huisarts u in **de afgelopen 12 maanden** heeft doorverwezen naar een specialist, maar dat u daar niet heen bent gegaan. Als dit meerdere keren is voorgekomen, denk dan bij het beantwoorden van de volgende vragen aan de laatste keer dat u bent verwezen naar een medisch specialist, maar niet bent gegaan.*

31. Voor welke **klacht** bent u doorverwezen naar een medisch specialist, maar bent u daar niet heengegaan? *(a.u.b. in blokletters)*

32. Waarom bent u niet naar de medisch specialist gegaan? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Was niet meer nodig/mijn klacht is vanzelf over gegaan
- ☐ Ik zag op tegen eventuele kosten die ik dan zou moeten betalen
- ☐ Ik had geen zin in het maken van een afspraak of het ondergaan van behandeling
- ☐ Andere reden, namelijk: *(a.u.b. in blokletters)*

33. Heeft u later alsnog zorg gebruikt voor deze klacht? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Nee
- ☐ Ja, ik ben nogmaals naar de huisarts gegaan
- ☐ Ja, ik ben naar de huisartsenpost gegaan
- ☐ Ja, ik ben naar de spoedeisende hulp gegaan
- ☐ Ja, ik ben alsnog naar de medisch specialist gegaan
- ☐ Ja, anders, namelijk: *(a.u.b. in blokletters)*

34. Voor mijn gezondheid was achteraf gezien mijn keuze om niet naar de medisch specialist te gaan...

- ☐ een **goede** beslissing
- ☐ **geen goede** beslissing

35. Is de klacht waarvoor u bent doorverwezen naar een medisch specialist...

- ☐ erger geworden
- ☐ gelijk gebleven
- ☐ minder geworden
- ☐ verdwenen → **ga naar vraag 37**

36. Heeft u nu nog last van deze klacht?

- ☐ Ja, veel last
- ☐ Ja, een beetje last
- ☐ Nee, geen last

37. Heeft uw huisarts u in **de afgelopen 12 maanden** geadviseerd om bloedonderzoek of beeldvormend onderzoek (bijv. röntgenfoto, echo of MRI) te laten doen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Nee, mijn huisarts heeft mij geen beeldvormend onderzoek of bloedonderzoek geadviseerd → **ga naar vraag 45**
- ☐ Ja, mijn huisarts heeft beeldvormend onderzoek geadviseerd
- ☐ Ja, mijn huisarts heeft bloedonderzoek geadviseerd

38. Is het in **de afgelopen 12 maanden** voorgekomen dat u het door uw huisarts geadviseerd bloedonderzoek of beeldvormend onderzoek (bijv. röntgenfoto, echo of MRI) niet heeft laten doen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
- ☐ Nee → **ga naar vraag 43**
 - ☐ Ja, mijn huisarts heeft beeldvormend onderzoek geadviseerd, maar ik ben niet gegaan
 - ☐ Ja, mijn huisarts heeft bloedonderzoek geadviseerd, maar ik ben niet gegaan

*U hebt aangegeven dat uw huisarts u in **de afgelopen 12 maanden** heeft geadviseerd beeldvormend onderzoek (bijv. röntgenfoto, echo of MRI) of bloedonderzoek te laten doen, maar dat u daar niet heen bent gegaan. Als dit meerdere keren is voorgekomen, denk dan bij het beantwoorden van de volgende vragen aan de laatste keer dat u het door uw huisarts geadviseerd bloedonderzoek of beeldvormend onderzoek niet heeft laten doen.*

39. Voor welke **klacht** heeft u het beeldvormend onderzoek (bijv. röntgenfoto, echo of MRI) of bloedonderzoek niet laten doen? *(a.u.b. in blokletters)*

40. Waarom hebt u het of beeldvormend onderzoek (bijv. röntgenfoto, echo of MRI) of bloedonderzoek niet laten doen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Was niet meer nodig/mijn klacht is vanzelf over gegaan
- ☐ Ik zag op tegen eventuele kosten die ik dan zou moeten betalen
- ☐ Ik had geen zin in het maken van een afspraak of het ondergaan van behandeling
- ☐ Andere reden, namelijk: *(a.u.b. in blokletters)*

41. Heeft u later alsnog zorg gebruikt voor deze klacht? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Nee
- ☐ Ja, ik ben nogmaals naar de huisarts gegaan
- ☐ Ja, ik ben naar de huisartsenpost gegaan
- ☐ Ja, ik ben naar de spoedeisende hulp gegaan
- ☐ Ja, ik ben naar de medisch specialist gegaan
- ☐ Ja, anders, namelijk: *(a.u.b. in blokletters)*

42. Voor mijn gezondheid was achteraf gezien mijn keuze om het beeldvormend onderzoek (bijv. röntgenfoto, echo of MRI) of bloedonderzoek niet te laten doen...

- ☐ een **goede** beslissing
- ☐ **geen goede** beslissing

43. Is de klacht waarvoor de huisarts u of beeldvormend onderzoek (bijv. röntgenfoto, echo of MRI) of bloedonderzoek adviseerde ...
- ☐ erger geworden
 - ☐ gelijk gebleven
 - ☐ minder geworden
 - ☐ verdwenen → **ga naar vraag 45**
44. Heeft u nu nog last van deze klacht?
- ☐ Ja, veel last
 - ☐ Ja, een beetje last
 - ☐ Nee, geen last

E Uw achtergrondgegevens

45. Hieronder staan vier stellingen. Wilt u aankruisen welke uitspraken op u van toepassing zijn? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐ Ik heb in **2014** overwogen naar de huisarts te gaan, maar ik ben niet gegaan
 - ☐ Ik heb in **2014** een recept van mijn huisarts gekregen, maar ik heb de geneesmiddelen niet opgehaald
 - ☐ Mijn huisarts heeft mij in **2014** doorverwezen naar een medisch specialist, maar ik ben daar niet naartoe gegaan
 - ☐ Mijn huisarts heeft mij in **2014** doorverwezen voor beeldvorming of bloedonderzoek, maar ik ben daar niet naartoe gegaan
 - ☐ **Geen** van bovenstaande stellingen is op mij van toepassing

46. In hoeverre bent u het eens met de onderstaande stellingen? Er zijn bij de stellingen geen goede of foute antwoorden.

	<i>Helemaal mee oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Enigszins mee oneens</i>	<i>Enigszins mee eens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Helemaal mee eens</i>
Om ziektes te voorkomen kan ik het beste regelmatig contact hebben met mijn huisarts	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Als ik me niet goed voel, zou ik eigenlijk een arts moeten raadplegen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mijn naaste familie is van grote invloed op mijn gezondheid	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Artsen hebben een grote invloed op mijn gezondheid	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	<i>Helemaal mee oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Enigszins mee oneens</i>	<i>Enigszins mee eens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Helemaal mee eens</i>
Als ik herstel van een ziekte, heb ik dat meestal te danken aan de goede zorgen van anderen, zoals artsen, verpleegkundigen, familie of vrienden	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wat betreft mijn gezondheid, kan ik alleen maar doen wat de arts mij zegt	☐	☐	☐	☐	☐	☐

47. Hieronder staat een aantal uitspraken die andere mensen ooit gedaan hebben over geneesmiddelen. Wilt u aangeven in hoeverre u het eens of niet eens bent met deze uitspraken?

	<i>Helemaal niet mee eens</i>	<i>Niet mee eens</i>	<i>Geen duidelijke mening</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Helemaal mee eens</i>
Artsen schrijven te veel geneesmiddelen voor	☐	☐	☐	☐	☐
Mensen die geneesmiddelen gebruiken zouden de behandeling zo nu en dan moeten onderbreken	☐	☐	☐	☐	☐
De meeste geneesmiddelen zijn verslavend	☐	☐	☐	☐	☐
Natuurlijke middelen zijn veiliger dan geneesmiddelen	☐	☐	☐	☐	☐
Geneesmiddelen doen meer kwaad dan goed	☐	☐	☐	☐	☐
Alle geneesmiddelen zijn gif	☐	☐	☐	☐	☐
Artsen vertrouwen te veel op geneesmiddelen	☐	☐	☐	☐	☐
Als artsen meer tijd voor hun patiënten hadden, zouden ze minder geneesmiddelen voorschrijven	☐	☐	☐	☐	☐

48. Kunt u aangeven wat het netto maandinkomen van uw huishouden in **2014** (dus vorig jaar) was?

We bedoelen hier uw eigen inkomen plus dat van uw eventuele partner. Het gaat om het inkomen uit arbeid, pensioen, uitkering en/of vermogen dat u per maand 'schoon' in handen krijgt (dat is na aftrek van belastingen en premies). Het inkomen van inwonende kinderen moet u alleen meetellen voor zover dit aan het huishouden wordt afgedragen (kostgeld).

Vakantiegeld moet u niet mee rekenen. Indien u uw inkomen per jaar ontvangt, bijvoorbeeld als u zelfstandige bent, wilt u dan uw jaarinkomen door twaalf delen?

Het netto maandinkomen van mijn huishouden bedroeg in **2014**:

- | | |
|--|--|
| ☐ minder dan €900,- | ☐ tussen €2.300,- en €2.500,- |
| ☐ tussen €900,- en €1.050,- | ☐ tussen €2.500,- en €2.700,- |
| ☐ tussen €1.050,- en €1.200,- | ☐ tussen €2.700,- en €2.900,- |
| ☐ tussen €1.200,- en €1.350,- | ☐ tussen €2.900,- en €3.100,- |
| ☐ tussen €1.350,- en €1.450,- | ☐ tussen €3.100,- en €3.300,- |
| ☐ tussen €1.450,- en €1.600,- | ☐ tussen €3.300,- en €3.500,- |
| ☐ tussen €1.600,- en €1.750,- | ☐ tussen €3.500,- en €3.750,- |
| ☐ tussen €1.750,- en €1.900,- | ☐ tussen €3.750,- en €4.000,- |
| ☐ tussen €1.900,- en €2.100,- | ☐ meer dan €4.000,- |
| ☐ tussen €2.100,- en €2.300,- | |

49. Hoe is op dit moment uw financiële situatie?

- ☐ Ik moet schulden maken
- ☐ Ik spreek mijn/onze spaarmiddelen aan
- ☐ Ik kan precies rondkomen
- ☐ Ik houd een beetje geld over
- ☐ Ik houd veel geld over

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

- ☐ Uitstekend
- ☐ Zeer Goed
- ☐ Goed
- ☐ Matig
- ☐ Slecht

51. Wilt u een kruisje zetten voor onderstaande ziekte(n) of aandoening(en) die u heeft of in de afgelopen 12 maanden heeft gehad? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

Onderaan de lijst is ruimte om eventuele andere ziekten/aandoeningen te noteren. Indien u geen ziektes of aandoeningen heeft kunt u dit onderaan de lijst aangeven.

- ☐ Astma, COPD (chronische bronchitis, longemfyseem) of CARA
- ☐ Een hart-/vaatziekte (bijv. hartkwaal, hartinfarct, hoge bloeddruk, beroerte)
- ☐ Suikerziekte
- ☐ Reuma, gewrichtsslijtage of –ontsteking (artrose, artritis)
- ☐ Kwaadaardige aandoening of kanker
- ☐ Andere langdurige of chronische aandoening, namelijk:*(a.u.b. in blokletters)*
- ☐ Ik heb geen ziektes of aandoeningen

➔ GA VERDER MET VRAAG 52 OP HET LOSSE VEL

52. Wat zijn de vier cijfers van uw postcode?

--	--	--	--

Het NIVEL wil op basis van de resultaten graag een aantal mensen telefonisch interviewen. Met dit interview willen wij meer inzicht krijgen in hoe u een keuze maakt voor bijvoorbeeld een bezoek aan de huisarts of medisch specialist. Als u in aanmerking komt voor een telefonisch interview en u bereid bent om mee te werken, wordt u door een onderzoeker van het NIVEL benaderd. Dit telefonisch interview zal maximaal 15 minuten duren. U mag op elk moment van het interview het gesprek beëindigen. Uw naam en andere persoonlijke gegevens zullen nooit worden weergegeven op een wijze die herleidbaar is tot u.

53. Ik geef toestemming dat onderzoekers van het NIVEL contact met mij opnemen voor een telefonisch interview voor dit onderzoek:

- ☐ Ja
☐ Nee → **einde vragenlijst**

54. U hebt toestemming gegeven dat een onderzoeker van het NIVEL contact met u opneemt. Om contact met u op te kunnen nemen, willen wij u vragen hieronder uw naam en het telefoonnummer in te vullen waarop de onderzoeker u kan bereiken om het telefonisch interview af te nemen. NB: Uw telefoonnummer zal alleen gebruikt worden om u te bereiken voor het telefonisch interview. Na afloop van het onderzoek zal uw telefoonnummer worden vernietigd.

Mijn naam is: Dhr./Mw.* _____

Mijn telefoonnummer is: _____

U kunt hieronder eventuele opmerkingen kwijt: (a.u.b. in blokletters)

Hartelijk bedankt voor het invullen van de vragenlijst!

U kunt de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvolp naar het Consumentenpanel Gezondheidszorg, Antwoordnummer 4026, 3500 VB Utrecht. Hierbij is geen postzegel nodig.

Bijlage D Kennis respondenten zorgverzekeringen

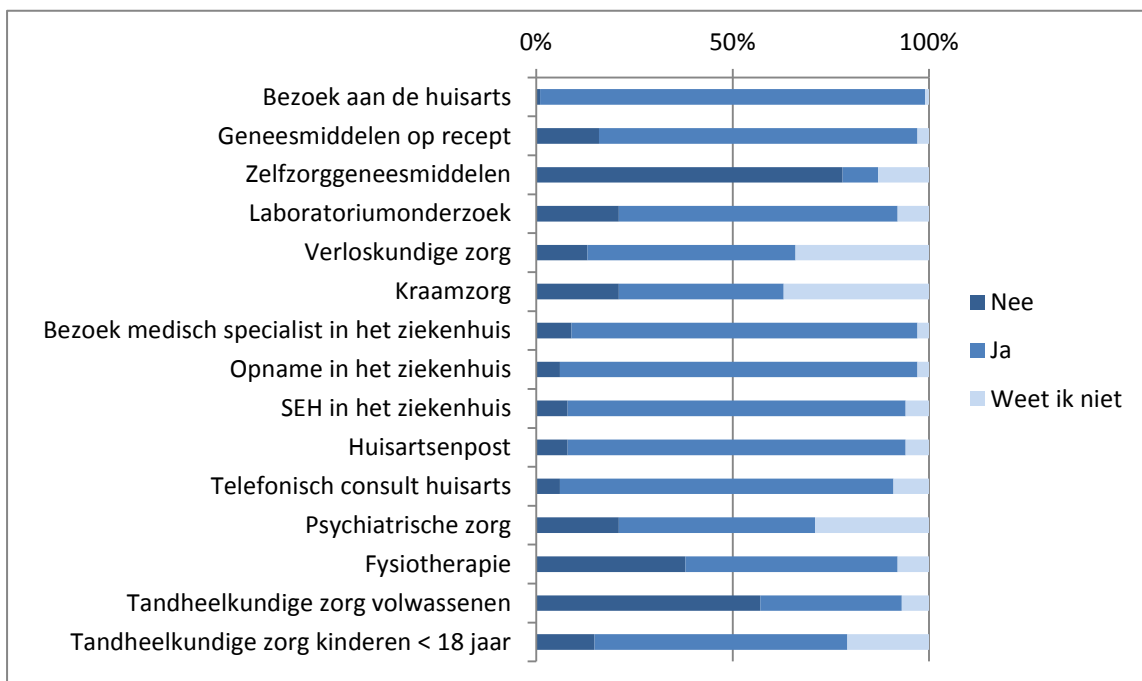
In deze bijlage gaan we in op de kennis van de respondenten met betrekking tot zorgverzekeringen en het eigen risico. Meer specifiek gaan we in op de premie van de zorgverzekering, de inhoud van het basispakket, het eigen risico en compensatieregelingen, zoals de zorgtoeslag.

Premie zorgverzekering

Aan de respondenten is gevraagd hoe hoog de premie is die ze in 2015 voor zichzelf aan hun zorgverzekering betalen. Van de respondenten die de vraag hebben ingevuld, geeft bijna één op de vijf respondenten (18%) aan dit niet te weten. Ruim de helft maakt een realistische inschatting voor de premie voor de basisverzekering (53%, zie Bijlage B voor een toelichting) en iets minder dan één op de drie (28%) maakt een onrealistische inschatting.

Basispakket

Bijna alle respondenten (98%) weten dat een bezoek aan de huisarts onder het basispakket valt (zie figuur D.1 van deze bijlage). Een grote meerderheid (88%) weet dat een bezoek aan de medisch specialist hieronder valt. Daarentegen denkt 36% dat tandheelkundige zorg voor volwassenen onder het basispakket valt, terwijl dit niet zo is. Onduidelijkheid is er over kraamzorg, verloskundige zorg en psychiatrische zorg. Hier geeft ongeveer een derde aan niet te weten of deze typen van zorg onder het basispakket vallen. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat weinig respondenten gebruik hebben gemaakt van deze typen zorg.

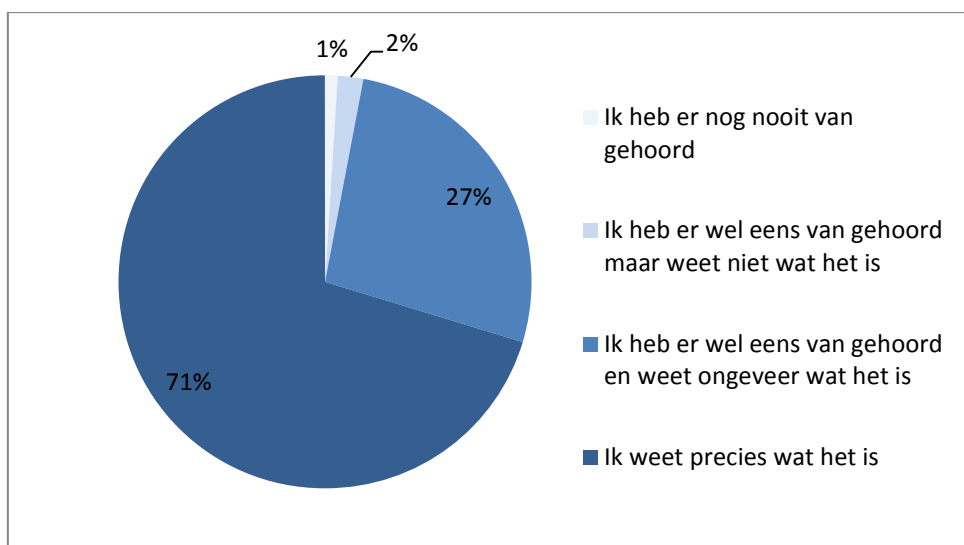


Figuur D.1 Kennis van respondenten over of genoemde typen van zorg onder het basispakket vallen (N=2.152-2.368)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

Eigen risico

Iets meer dan zeven op de tien (71%) respondenten geeft aan precies te weten wat het eigen risico is. Bijna niemand heeft nog nooit van het eigen risico gehoord (zie figuur D.2 van deze bijlage). Vervolgens is met behulp van een open vraag aan de respondenten gevraagd hoe hoog het eigen risico in 2015 is. Bijna zes op de tien (58%) vulden exact het juiste bedrag in van €375 euro. Bedragen die ook door een relatief groot deel genoemd worden zijn het eigen risico van 2014 (360 euro) en het eigen risico van 2013 (350 euro), namelijk 7% respectievelijk 12%. Samenvattend, noemt ruim acht op de tien (83%) een “realistisch” bedrag (350-400 euro), terwijl 10% een “onrealistisch” bedrag noemde (<350 euro en >400 euro). Van deze 10% noemde 8% een te laag bedrag en 2% een te hoog bedrag. 7% gaf aan niet te weten hoe hoog het eigen risico was. De range van bedragen die werden ingevuld liep van 4 euro tot 4.450 euro.

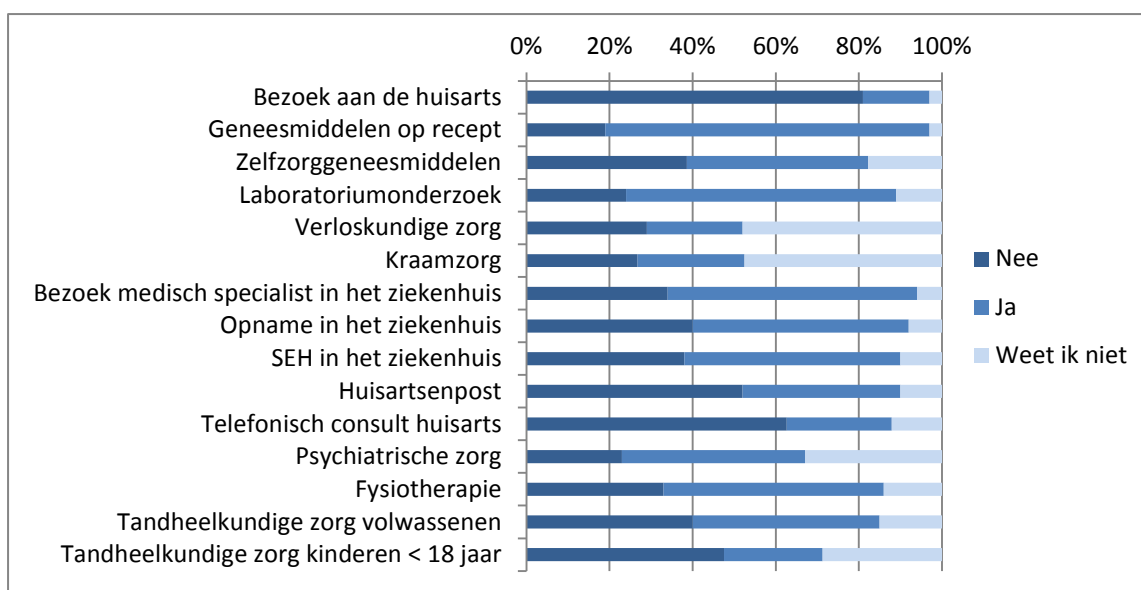


Figuur D.2 Bekendheid van de respondenten met het verplicht eigen risico (N=2.290)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

Iets meer dan vier op de tien (41%) respondenten geeft aan in zowel 2014 als 2015 het totale eigen risico (verplicht + eventueel vrijwillig) te hebben opgemaakt. Daarentegen geeft een derde (33%) aan in beide jaren het totale eigen risico niet te hebben opgemaakt.

Uit figuur D.3 blijkt dat ruim een derde (34%) van de respondenten onterecht denkt dat een bezoek aan de medisch specialist niet onder het eigen risico valt. Ook denkt vier op de tien (40%) dat voor een opname in het ziekenhuis geen eigen risico geldt, terwijl dit wel zo is. Het merendeel van de respondenten (81%) weet dat voor een bezoek aan de huisarts geen eigen risico geldt. Verder denkt 45% van de respondenten onterecht dat het eigen risico geldt voor tandheelkundige zorg voor volwassenen. Echter, tandheelkundige zorg voor volwassenen valt onder de aanvullende verzekering, waardoor het eigen risico niet van toepassing is. Ook hier geldt dat er onduidelijkheid is over kraamzorg en verloskundige zorg: bijna de helft van de respondenten geeft aan niet te weten of dit onder het eigen risico valt.

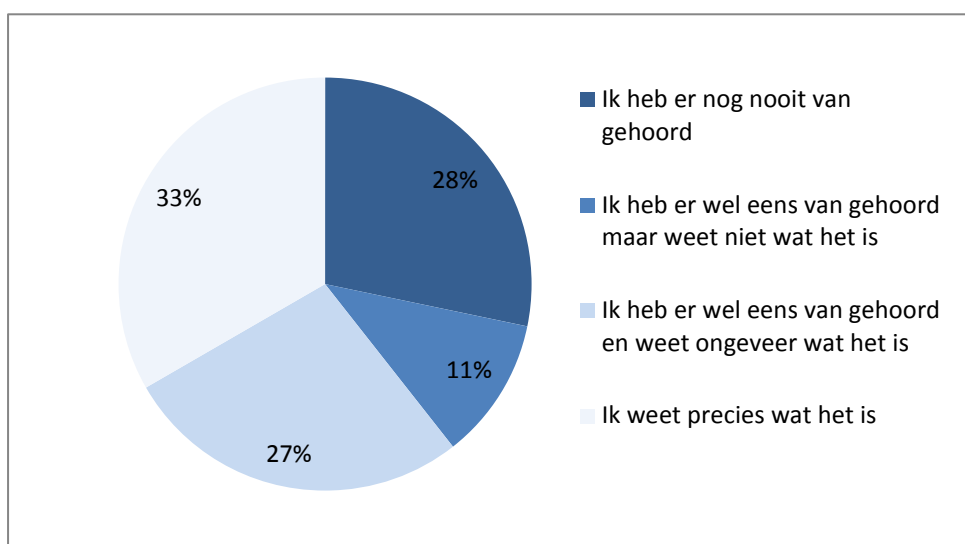


Figuur D.3 Kennis van de respondenten over of voor genoemde typen van zorg het eigen risico geldt (N=2.117-2.290)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

Gespreid betalen eigen risico

Meer dan een kwart (28%) van de respondenten geeft aan nog nooit gehoord te hebben van de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen. Ongeveer een derde (33%) geeft aan precies te weten wat het is (zie figuur D.4 van deze bijlage).



Figuur D.4 Bekendheid van de respondenten met de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen (N=2.300)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

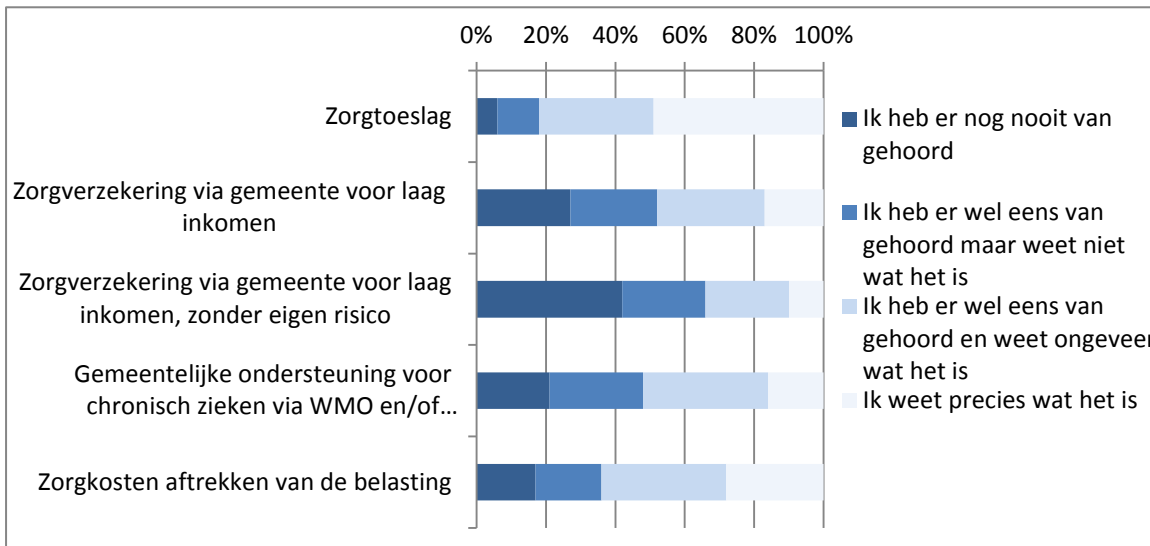
Iets meer dan een op de vijf (23%) geeft aan het eigen risico gespreid te betalen, terwijl 5% dit van plan is. Ruim een tiende (13%) wist niet dat dit kon, maar zou dit wel willen. Bijna zes op de tien (59%) betaalt het eigen risico niet gespreid en heeft hier ook geen behoefte aan.

Compensatieregelingen

Kennis

Er zijn diverse compensatieregelingen om (hoge) zorgkosten te compenseren (zie figuur D.5 van deze bijlage). Van de respondenten geeft 49% geeft aan precies te weten wat de zorgtoeslag is. De kennis over de zorgtoeslag is verder getoetst door middel van het voorleggen van vijf stellingen, waarvan er twee “niet waar” en drie “waar” waren. Negen op de tien (90%) respondenten weet dat de hoogte van de zorgtoeslag afhangt van het inkomen. Daarentegen weet maar iets meer dan de helft (54%) dat de zorgtoeslag een bijdrage is voor de zorgverzekeringspremie. 18% weet dat de zorgtoeslag een bijdrage voor het eigen risico is. Iets minder dan de helft van de respondenten (47%) geeft op twee van de drie stellingen het juiste antwoord en 9% geeft op alle drie de stellingen het juiste antwoord.

Verder geeft bijna drie op de tien (28%) aan precies te weten wat het aftrekken van zorgkosten van de belasting is. Minder respondenten kennen regelingen die via de gemeente lopen: 16% weet precies wat gemeentelijke ondersteuning inhoudt voor chronisch zieken via WMO en/of bijzondere bijstand en 17% geeft aan precies te weten wat een zorgverzekering via de gemeente inhoudt voor mensen met een laag inkomen. Een op de tien geeft aan precies te weten wat een zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen zonder eigen risico inhoudt (zie figuur D.5 van deze bijlage).



Figuur D.5 Bekendheid van de respondenten met diverse compensatieregelingen voor (hoge) zorgkosten (N=2.137-2.259)

Bron: Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

Gebruik

Het meest wordt gebruik gemaakt van de zorgtoeslag: 38% van de respondenten geeft aan hier gebruik van te maken. Bijna een kwart (23%) heeft bij de belastingaangifte over 2014 gebruik

gemaakt van de mogelijkheid om zorgkosten af te trekken. Een klein deel maakt gebruik van gemeentelijke regelingen. Minder dan een op de tien (7%) krijgt gemeentelijke ondersteuning voor chronisch zieken via de WMO en/of de bijzondere bijstand. Een op de twintig (6%) respectievelijk een op de vijftig (2%) heeft een zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen en een zorgverzekering via de gemeente voor mensen met een laag inkomen 'zonder' eigen risico (eigen risico afgekocht/herverzekerd).

Over het algemeen geven respondenten met een lager inkomen vaker aan precies te weten wat de compensatieregelingen inhouden dan respondenten met een hoger inkomen. De uitzondering hierop is het aftrekken van zorgkosten van de belasting. Respondenten met een lager inkomen geven vaker aan hier nog nooit van gehoord te hebben dan respondenten met een hoger inkomen.

Referenties

- Brabers A, Reistma-van Rooijen M, Jong J de. *Consumentenpanel Gezondheidszorg: basisrapport met informatie over het panel*. Utrecht: NIVEL, 2015
- Devillé W, Wieggers TA. *Herijking stedelijke achterstandsgebieden 2012*. Utrecht: NIVEL, 2012
- Dijk CE van, Jong J de, Korevaar JC, Bakker DH de. Compliance with referral recommendation to medical specialist care. *To be submitted*, 2015
- Dijk T van, Vijver P van de. *Keuzegedrag bij zorg*. Amstelveen: GfK, 2013
- Hoeymans N, Schellevis FG. *Selectie van chronische ziekten*. <http://www.nationaalkompas.nl>, 2008
- Karve S, Cleves MA, Helm M, et al. Good and poor adherence: optimal cut-point for adherence measures using administrative claims data. *Curr Med Res Opin*, 2009; 25:2303-10
- Lamberts H, Wood M. *The International Classification of Primary Care*. Oxford: Oxford University Press, 1987
- Maat M van der, Jong J de. *Eigen risico in de zorgverzekering: het verzekerden-perspectief*. Utrecht: NIVEL, 2010
- NPCF, Ieder(in) en IpGGZ. *Meldactie Inzicht in Zorgkosten*. Utrecht/Utrecht/Groningen: NPCF, Ieder(in), IpGGZ, 2015
- NVZ. *Zorg loont. Brancherapport algemene ziekenhuizen 2013*. https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/11481/Zorg%20loont%20-%20brancherapport%202013.pdf, 2013
- NZA. *Marktscan medisch specialistische zorg*. Utrecht: NZA, 2014
- Reitsma-van Rooijen M, Brabers A, Jong J de. *Veel zorggebruikers verwachten belemmeringen voor noodzakelijk zorggebruik bij een verplicht eigen risico van 350 euro*. Utrecht: NIVEL, 2012
- Vervloet M, Linn AJ, Weert JCM van, Bakker DH de, Bouvy ML, Dijk L van. The effectiveness of interventions using electronic reminders to improve adherence to chronic medication: a systematic review of the literature. *J Am Med Informatics Ass*, 2012; 19(5):696-704
- WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. *Guidelines for ATC classification and DDD assignment*. Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, 2000
- Winsemius A. *Tussen draaglast en draagkracht, kwetsbare groepen in gemeentelijk beleid*. Movisie, 2011