

RAPPORTAGE

International Health Policy Survey 2016

Commonwealth Fund

Onderzoek onder volwassen burgers in 11 landen

Nijmegen, mei 2017

International Health Policy Survey 2016

Commonwealth Fund

Onderzoek onder volwassen burgers in 11 landen

Nijmegen, mei 2017

IQ healthcare
Scientific Institute for Quality of Healthcare

Instituut	Het Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare) is een wetenschappelijk centrum voor onderzoek, onderwijs en ondersteuning van kwaliteit, veiligheid, innovatie en ethische aspecten van de gezondheidszorg. In de afgelopen jaren is een groot wetenschappelijk programma opgebouwd en uitgevoerd, met onderzoek op het terrein van ondermeer kwaliteitsrichtlijnen, transparantie, implementatie van innovatie, inbreng van patiënten in de zorg, veiligheid, ketenzorg en professionele ontwikkeling. Ruim 70 promovendi werken aan een proefschrift; zij ontwikkelen belangrijke methoden en instrumenten voor toetsing en verbetering van kwaliteit. IQ healthcare is de laatste jaren uitgegroeid tot een van de grootste wetenschappelijke centra in Europa op het gebied van kwaliteit, veiligheid en innovatie van de gezondheidszorg.	
Missie	Verbeteren van de kwaliteit en de waarde van de gezondheidszorg voor patiënten, door middel van onderzoek, onderwijs en beleidsondersteuning.	
Visie	<p>IQ healthcare vindt dat de kwaliteit en veiligheid van gezondheidszorg verbeterd kan worden als de toegevoegde waarde (value) van gezondheidszorg voor alle betrokkenen beter zichtbaar wordt gemaakt, de zorg met geringe baten achterwege wordt gelaten (de-implementation) en zorginnovaties - alsmede evidence based interventies vakkundig worden geïmplementeerd en geëvalueerd.</p> <p>De wetenschappelijke aanpak van IQ healthcare richt zich radicaal op waardebeoordeling en -vermeerdering van gezondheidszorg (value driven healthcare) voor patiënt, zorgverlener, verzekeraar en overheid, waardoor onnodige kosten afnemen en de houdbaarheid van de gezondheidszorg op systeemniveau verbetert. Waardebeoordeling hierbij vindt plaats vanuit verschillende wetenschappelijke perspectieven (medisch, economische, sociologisch, ethisch etc.) en vraagt om een multidisciplinaire aanpak. Hiertoe zullen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Verschillen in (onnodige) kosten en kwaliteit van zorg beter zichtbaar moeten worden gemaakt2. Resultaten van gezondheidszorg of uitkomsten van zorg systematisch gemeten en geanalyseerd moeten worden3. Good practices en zorginnovaties vakkundig worden geïmplementeerd	
Expertise	<ul style="list-style-type: none">- Gezondheidszorgonderzoek- Implementatieonderzoek- Betaalbaarheid en doelmatigheid- Kwaliteit van zorg voor infectie- en ontstekingsziekten- Integrale zorg voor kwetsbare ouderen- Paramedisch zorg- Medische ethiek- Verplegingswetenschap- Patiënt empowerment- Veiligheid- Transparantie kwaliteit van zorg- Toegepast onderzoek	
Contact	IQ healthcare UMC St Radboud Huispost 114 Postbus 9101 6500 HB Nijmegen	W www.iqhealthcare.nl T 024 36 15 305 F 024 35 40 166 E iqhealthcare@radboudumc.nl <i>Bezoekadres: Geert Grooteplein 21 Nijmegen</i>

Inhoudsopgave

Voorwoord	7
1 Samenvatting	8
2 Resultaten	10
2.1 Beschrijving demografische gegevens steekproef	11
2.2 Participatie in de zorg	13
2.3 Toegankelijkheid van de zorg	16
2.4 Zorgconsumptie	18
2.5 Financiële toegankelijkheid en kosten.....	19
2.6 Functioneren van het gezondheidszorgsysteem	23
3 Discussie	25
3.1 Overall bevindingen	25
3.2 Versterking van patiëntenparticipatie	25
3.3 Toegankelijkheid.....	26
3.4 Zorgconsumptie	26
3.5 Financiële toegankelijkheid.....	27
3.6 Methodologische kanttekeningen.....	28
4 Literatuur	30
5 Bijlage 1: Methodologie van het onderzoek	31
5.1 Over de vragenlijst.....	31
5.2 Uitvoering van het werk	31
5.3 Definitie van de steekproef	32
5.4 Representativiteit van de steekproef en analyse	32
5.5 Data analyse.....	33
6 Bijlage 2: tabellen met resultaten	35
6.1.1 Tabel A1: Demografische gegevens.....	35
6.1.2 Tabel A2. Gezondheidstoestand	37
6.1.3 Tabel A3: Zorgconsumptie	38
6.1.4 Tabel A4. Toegankelijkheid	40
6.1.5 Tabel A5. Arts-patiënt communicatie	42
6.1.6 Tabel A6- Chronische zorg en gedragsfactoren met invloed op gezondheid en sociale context.....	44
6.1.7 Tabel A7- Gedragsfactoren met invloed op gezondheid en sociale context.....	46
6.1.8 Tabel A8. Eerstelijnszorg en toegankelijkheid	47
6.1.9 Tabel A9. Zorgcoördinatie	49
6.1.10 Tabel A10. Veiligheid en medische fouten.....	51
6.1.11 Tabel A11. Financiële toegankelijkheid	53
6.1.12 Tabel A12. Ziektekostenverzekering.....	55
6.1.13 Tabel A13. Vertrouwen / kwaliteitsoordeel.....	56

Voorwoord

Voor alweer het 11e jaar op rij nam Nederland deel aan de International Health Policy (IHP) Survey van de Commonwealth Fund. Er ontstaat inmiddels een gedifferentieerd beeld over het functioneren van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, zoals dat door burgers, patiënten en huisartsen wordt ervaren.

In dit rapport staat de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg centraal, zoals de burger deze in Nederland ervaart. Kwaliteit van zorg komt in Nederland tot uiting in laagdrempelige toegang tot zorg dicht bij huis, mits doelmatig en effectief. Participatie van de patiënt en gezamenlijke besluitvorming zijn belangrijk thema's in de Nederlandse gezondheidszorg. De IHP Survey neemt deze doelstellingen onder de loep en maakt het mogelijk om de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg af te zetten tegen die van 10 andere Westerse landen. De bevindingen leest u in dit rapport.

Het onderzoek is tot stand gekomen met financiële bijdragen van de Commonwealth Fund, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en IQ healthcare.

Nijmegen, mei 2017

1 Samenvatting

Achtergrond

De International Health Policy (IHP)-survey 2016 was een omvangrijk onderzoek onder 26.863 burgers uit 11 westerse landen. De resultaten van deze internationale survey zijn in november 2016 gepubliceerd in het tijdschrift *Health Affairs*. In dit rapport beschrijven we de resultaten met het Nederlandse perspectief voorop, waarin we de resultaten van 2016 bespreken en een vergelijking doen met de resultaten van de survey in voorgaande jaren. Verdiepende analyses zijn dan ook meestal alleen voor de Nederlandse steekproef uitgevoerd.

Kenmerken van de deelnemers

1227 Nederlanders van 18 jaar en ouder hebben dit jaar meegedaan aan de 2016 IHP-survey. Tussen begin maart en eind mei zijn zij telefonisch geïnterviewd. Bijna de helft van de deelnemers is man (49%) en 22% is 65 jaar of ouder. Bijna driekwart (74%) van de deelnemers gaf aan aanvullend verzekerd te zijn. Van de deelnemers met twee of meer chronische aandoeningen had 79% een aanvullende verzekering.

Participatie

Ten opzichte van andere landen scoort Nederland in 2016 zeer hoog op verschillende aspecten van huisarts-patiënt communicatie. 71% van de respondenten geeft aan dat de huisarts hem/haar altijd betreft bij het nemen van belangrijke beslissingen over zorg en behandeling, afgestemd op persoonlijke voorkeuren. In de ziekenhuiszorg zit Nederland in de middenmoot voor wat betreft arts-patiënt communicatie. Nederland scoort met 91% hoog op het betrokken zijn bij beslissingen over gezondheid en behandeling. Nederland scoort echter middelmatig (67%) op het oordeel van de respondenten over de organisatie van nazorg. Die middelmatige score van Nederland geldt ook voor het ontvangen van schriftelijke informatie na ontslag in het ziekenhuis.

Toegankelijkheid

Nederland heeft het 99% het hoogste percentage inwoners dat een vaste huisarts heeft. 75% van de Nederlanders met een vaste huisarts en/of praktijk geeft aan op dezelfde dag antwoord te krijgen bij een medische vraag of probleem. Nederland scoort met 72% hoog op de vraag of men bij het maken van een afspraak op dezelfde of volgende dag terecht kan bij de dokter of verpleegkundige. Voor niet-spoedeisende operaties gaf 49% van de Nederlanders aan binnen een maand terecht te kunnen voor een operatie. Op vragen met betrekking tot wachttijd scoort Nederland in de top vijf van de 11 deelnemende landen.

Zorgconsumptie

Net als in 2013 jaar ligt het Nederlandse zorggebruik, vanuit internationaal perspectief, op een relatief laag niveau. In Nederland wordt van alle onderzochte landen het minst electief geopereerd. Hiernaast had slechts 20% van de respondenten minimaal eenmaal de spoedeisende hulp (SEH) bezocht, alleen in Duitsland lag dit percentage lager. Ook met betrekking tot het gebruik van bloedonderzoek, röntgenfoto's of overig medisch onderzoek scoorde Nederland het laagst van alle landen. Op andere indicatoren scoorden de Nederlandse respondenten in de middencategorie. 18% van de Nederlandse respondenten was in de afgelopen twee jaar minimaal eenmaal opgenomen geweest in het ziekenhuis. In de afgelopen twee jaar had 48% van de respondenten een medisch

specialist bezocht. Ook met betrekking tot medicijngebruik scoorde Nederland in de middencategorie.

Financiële toegankelijkheid

Het percentage Nederlandse burgers dat problemen ondervond bij het betalen van rekeningen voor de medische zorg is in 2016 met 7% vrijwel gelijk aan drie jaar geleden (8% in 2013), maar bijna dubbel zo hoog als in 2010. Nederland scoorde met 7% in de middenmoot ten opzichte van de andere deelnemende landen. In 2016 gaf 8% van de respondenten aan weleens af te zien van zorg door de kosten van de zorg. Dit percentage was vergelijkbaar met eerdere rapportages in 2010 en 2007, maar in 2013 was een uitschieter naar boven te zien met 22%. In 2013 hadden relatief veel respondenten een laag inkomen dat een deel van die uitschieter kan verklaren. Ook in 2016 zien we dat mensen met een relatief laag inkomen een hoger percentage zorgmijding (13%) hebben dan mensen met een relatief hoog inkomen (6%). De survey data geven geen inzicht of de zorgmijding ongewenst (mensen krijgen geen zorg die ze wel nodig hebben) of gewenst (om onnodige en onnodig dure zorg te verminderen) is.

Functioneren van het gezondheidszorgsysteem

Een algemeen oordeel over de kwaliteit van zorg is een terugkerend thema in de IHP Surveys. Dit maakt het mogelijk om trends te bekijken en om een vergelijking te maken tussen de verschillende groepen die deelnemen aan de survey. Huisartsen zijn overwegend positief over het functioneren van het stelsel. Over de jaren heen vond slechts een klein deel (1-4%) het systeem helemaal opnieuw zou moeten worden ingericht. Burgers tonen zich in het algemeen negatiever over het zorgsysteem dan huisartsen. Over de jaren heen vond 5-8% van de burgers dat het systeem helemaal opnieuw zou moeten worden ingericht. Duidelijk is dat Amerikaanse burgers verreweg het meest ontevreden zijn over hun zorgsysteem: 23% van de Amerikaanse burgers vond dat hun gezondheidszorgsysteem opnieuw zou moeten worden ingericht.

2 Resultaten

De International Health Policy (IHP)-survey 2016 was een omvangrijk onderzoek onder 26.863 burgers uit 11 westerse landen. De resultaten van deze internationale survey zijn gepubliceerd in het tijdschrift Health Affairs [Osborn 2016]. Daaruit blijkt dat Nederland hoog scoort in de internationale vergelijking ten aanzien van toegankelijkheid, participatie en zorgcoördinatie. Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste bevindingen rondom een vijftal, voor Nederland, beleidsrelevante onderwerpen. Na een beschrijving van de onderzoekspopulatie (paragraaf 2.1), volgt de presentatie van de resultaten over:

- participatie in de zorg (paragraaf 2.2);
- toegankelijkheid van de zorg (paragraaf 2.3);
- zorgconsumptie (paragraaf 2.4); en
- financiële toegankelijkheid en kosten (paragraaf 2.5)
- functioneren van het gezondheidszorgsysteem (paragraaf 2.6).

Bij de bespreking van de resultaten staat het Nederlandse perspectief voorop. Verdiepende analyses zijn dan ook meestal alleen voor de Nederlandse steekproef uitgevoerd. Details over de gehanteerde onderzoeksmethodiek zijn beschreven in Bijlage 1. Een compleet overzicht met alle resultaten van het onderzoek vindt u in Bijlage 2.

Methodologische beperkingen

Gedurende de jaren zijn beperkte wijzigingen doorgevoerd in de IHP-survey. In 2013 en 2016 is er gekozen voor de 'random dialing digit' methode voor het trekken van de steekproef en werden ook 20% mobiele telefoons geïnccludeerd, waardoor verschillen tussen 2010, 2013 en 2016 mogelijk (deels) te verklaren zijn door verschillen in de steekproef. Wij hebben de representativiteit van de steekproef zoveel mogelijk vergroot door de data te wegen naar geslacht, leeftijd, provincie, opleidingsniveau en telefoonstatus (zie paragraaf 5.4).

Gedurende de jaren heeft het Commonwealth Fund enkele wijzigingen doorgevoerd en nieuwe vragen toegevoegd aan de vragenlijst. Desalniettemin is ervoor gekozen om een grote set van vragen uit 2013 te handhaven, om een trendanalyse mogelijk te maken. Hiernaast heeft het Commonwealth Fund de inhoud van sommige vragen gewijzigd. In 2016 is het mediane inkomen uitgevraagd in de survey, terwijl in de voorgaande jaren het modale inkomen werd gehanteerd. Deze verandering is gedaan om de vergelijkbaarheid tussen alle landen te vergroten. De vergelijkbaarheid van de survey in 2016 met voorgaande surveys is daardoor echter verminderd. Door een omissie in de survey is het besteedbare mediane gezinsinkomen als referentie gehanteerd in de inkomensvraag, waar het bruto mediane gezinsinkomen gehanteerd had moeten worden. Hierdoor is een overschatting ontstaan van het aantal hoge inkomens. Wij spreken daarom in de rapportage van 'relatief lage' en 'relatief hoge' inkomens; dit onderscheid gebruiken wij om bijvoorbeeld cijfers over zorgmijding te duiden. Deze gegevens kunnen echter niet gegeneraliseerd worden naar de totale bevolking in Nederland met hoge of lage inkomens en vergelijkingen tussen landen voor specifieke inkomensgroepen zijn hierdoor niet valide.

2.1 Beschrijving demografische gegevens steekproef

1227 Nederlanders van 18 jaar en ouder hebben dit jaar meegedaan aan de 2016 IHP-survey. Tussen begin maart en eind mei zijn zij telefonisch geïnterviewd. Bijna de helft van de deelnemers is man (49%) en 22% is 65 jaar of ouder. Ongeveer de helft van de deelnemers (53%) woont in een gezinssamenstelling van twee personen. 92% van de respondenten was geboren in Nederland. Op de vraag naar het gezinsinkomen wilde 11% geen antwoord geven. 22% had een relatief laag inkomen en 43% had een relatief hoog inkomen. De respondenten die geen gezinsinkomen wilden opgeven hadden een significant lager opleidingsniveau in vergelijking met de respondenten die wel hun gezinsinkomen hebben opgegeven.

Bijna driekwart (74%) van de deelnemers gaf aan aanvullend verzekerd te zijn. Deelnemers met een relatief hoog inkomen waren vaker (81%) aanvullend verzekerd dan deelnemers met een relatief laag inkomen (70%). Hiernaast had van de deelnemers met twee of meer chronische aandoeningen 79% een aanvullende verzekering.

Het overgrote deel van de respondenten ervoer zijn of haar gezondheidstoestand als goed tot uitstekend (81%). In vergelijking met 2013 is dit relatief laag, toen gaf 87% aan zijn of haar gezondheidstoestand als goed tot uitstekend te ervaren. 19% van de deelnemers in 2016 had 2 of meer chronische aandoeningen, waaronder gewrichtspijn/artritis (15%), astma/COPD (9%), kanker (5%), depressie (8%), diabetes (8%), hartziekten (waaronder hartaanval; 6%), hypertensie (17%) of beroerte (2%). Één op de vijf (19%) kon dankzij zijn of haar gezondheid niet fulltime werken of was beperkt in huishoudelijke/dagelijkse activiteiten.

In deze rapportage maken wij regelmatig een vergelijking met voorgaande edities van de survey in het beschrijven van longitudinale trends. In tabel 1 staat een aantal belangrijke kenmerken van de steekproeven tegen elkaar afgezet.

Zoals hierboven benoemd ervaart de steekproef uit 2016 een mindere gezondheid dan in 2013, maar beter dan in 2010. Daarentegen lijkt het erop dat het aandeel met twee of meer chronische aandoeningen gedaald is. Echter, door veranderingen in de survey (welke chronische aandoeningen zijn uitgevraagd) zijn de data niet één-op-één te vergelijken. In vergelijking met drie jaar geleden werden relatief minder respondenten opgenomen in het ziekenhuis, maar was wel vaker een medisch specialist bezocht.

Tabel 1. Vergelijking van een aantal achtergrondkenmerken van de Nederlandse steekproeven die in 2010, 2013 en 2016 deelnamen aan de IHP-surveys.

	2010 (n=1001)	2013 (n=1000)	2016 (N=1227)
Leeftijd (%)			
<65 jaar	81	80	78
≥65 jaar	19	20	22
Gezinsinkomen (%)			
Beneden modaal/gemiddeld*	20	29	22
Modaal/gemiddeld*	19	25	24
Boven modaal/gemiddeld*	53	24	43
Onbekend	8	22	11
Etniciteit			
2010: zijn uw beide ouders buiten Nederland geboren? (% ja)	5		
2013/2016: tot welke etnische groep hoort u? (% anders dan Nederlands)		23	10
Gezondheidstoestand (%)			
Uitstekend - zeer goed	40	57	54
Goed	41	30	27
Redelijk – goed	19	13	19
2 of meer chronische aandoeningen (% ja)	29**	22**	19***
Bent u de afgelopen 2 jaar opgenomen geweest in het ziekenhuis? (% ja)	15	21	18
Hebt u de afgelopen 2 jaar een medisch specialist bezocht? (% ja)	60	37	48

*In 2016 is het mediane inkomen gebruikt als referentie terwijl in 2010 en 2013 het modale inkomen is gebruikt.

**Reumatoïde artritis, astma/COPD, kanker, depressie, diabetes, hartfalen, hypertensie, verhoogd cholesterol

*** Gewrichtspijn/artritis, astma/COPD, kanker, depressie, diabetes, hartziekten (waaronder hartaanval), hypertensie (hoge bloeddruk), beroerte

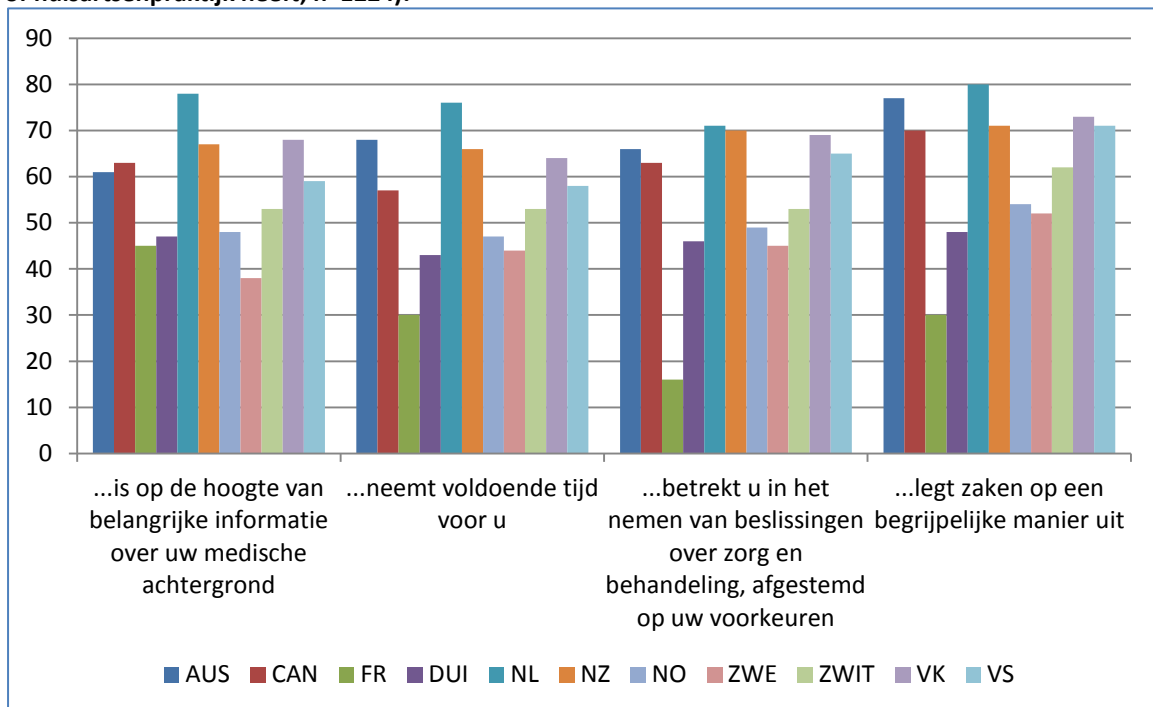
2.2 Participatie in de zorg

Participatie en gezamenlijke besluitvorming zijn belangrijke thema's in de gezondheidszorg. Burgers vinden het steeds belangrijker dat ze actief mee kunnen praten over de zorg die ze ontvangen. Daarnaast is participatie in overheidsbeleid en standpunten van beroepsgroepen een terugkerende thema. In de IHP-survey is participatie uitgevraagd in de vorm van adequate informatievoorziening, als randvoorwaarde voor participatie, en participatie van de patiënt in de communicatie met de huisarts, voor ziekenhuiszorg en in chronische zorg. Tabellen A5-A7 in paragraaf 6.1.5 geven alle details weer over de items met betrekking tot arts-patiënt communicatie.

Huisartsenzorg

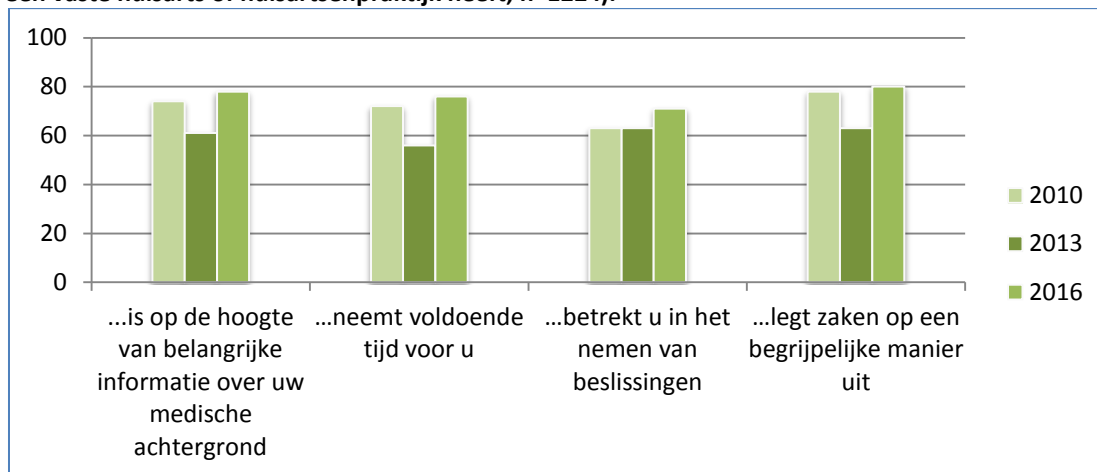
Ten opzichte van andere landen scoort Nederland in 2016 zeer hoog op verschillende aspecten van huisarts-patiënt communicatie (figuur 1). 71% van de respondenten geeft aan dat de huisarts hem/haar altijd betreft bij het nemen van belangrijke beslissingen over zorg en behandeling, afgestemd op persoonlijke voorkeuren. Dit varieerde internationaal van 16% in Frankrijk tot 70% in Nieuw-Zeeland. Ruim driekwart van de respondenten (76%) geeft aan dat de huisarts altijd voldoende tijd voor hen neemt. Internationaal varieert dit van 30% (Frankrijk) tot 68% (Australië). Nederland scoort ook het hoogst op de begrijpelijk uitleg van zaken door de huisarts (80%).

Figuur 1. Hoe vaak is het volgende van toepassing (% altijd): uw huisarts... (in subgroep die een vaste huisarts of huisartsenpraktijk heeft; n=1224).



De kwaliteit van de huisarts-patiënt communicatie, zoals die door de deelnemers wordt ervaren, is in vergelijking met 2013 verbeterd en ook hoger dan het niveau in 2010. Respondenten geven in 2016 vaker aan dat huisartsen op de hoogte zijn van hun medische achtergrond, vaker tijd voor hen neemt, vaker betreft in het nemen van beslissingen en zaken vaker op een begrijpelijke manier uitlegt (figuur 2).

Figuur 2. Hoe vaak is het volgende van toepassing (% altijd): uw huisarts... (alleen Nederland, in subgroep die een vaste huisarts of huisartsenpraktijk heeft; n=1224).



Leefstijl

Van alle Nederlandse respondenten geeft 40% aan dat er in de huisartspraktijk is gesproken over een gezond dieet en een gezonde voeding, 37% geeft aan dat er gesproken is over lichaamsbeweging, en bij 25% is er gesproken over het gebruik van alcohol. Van de respondenten die roken, wat bijna een kwart is van de totale groep, heeft 53% in de huisartspraktijk gesproken over de gezondheidsrisico's van roken en de mogelijkheden om te stoppen. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met de survey uit 2013 en Nederland scoort in vergelijking met andere landen gemiddeld. In de VS liggen deze percentages beduidend hoger: 67% heeft gesproken over een gezond dieet, 69% over lichaamsbeweging, en 74% over stoppen met roken. Het bespreken van alcoholgebruik loopt in alle landen achter op de andere leefstijlgerelateerde zaken: het percentage respondenten dat dit heeft gehad varieert van 8% in Duitsland tot 33% in de VS.

Ziekenhuiszorg en chronische zorg

In de ziekenhuiszorg zit Nederland in de middenmoot voor wat betreft arts-patiënt communicatie. Nederland scoort met 91% hoog op het betrokken zijn bij beslissingen over gezondheid en behandeling. Nederland scoort ook prima op behandeling met beleefdheid en respect door artsen (93%) en verplegend personeel (94%), waarbij de scores voor artsen variëren van 85% (Canada) tot 96% (Frankrijk), en voor verplegend personeel van 84% (Canada) tot 96% (VK). Nederland scoort echter middelmatig (67%) op het oordeel van de respondenten over de organisatie van nazorg. De scores in andere landen variëren van 61% tot 82%, waarbij zeven landen hoger scoren dan Nederland. Die middelmatige score van Nederland geldt ook voor het ontvangen van schriftelijke informatie na ontslag in het ziekenhuis: 72% van de Nederlandse burgers geeft aan die informatie te ontvangen, terwijl zes andere landen hoger scoren met de VS als hoogste score (93%).

Met betrekking tot zorgcoördinatie scoort Nederland ook relatief laag. 68% van de respondenten die afgelopen twee jaar opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis gaf aan dat de huisarts op de hoogte was van zijn/haar genoten zorg na ontslag uit het ziekenhuis (Tabel A9). Alleen Noorwegen en Zweden scoorden lager op deze indicator. Bij 16% van de respondenten die een specialist hadden bezocht beschikte de specialist niet over medische basisinformatie van de huisarts.

In de survey is patiënten met een of meer chronische aandoeningen specifiek gevraagd naar participatie in het besluitvormingsproces met hun zorgverleners. Van alle Nederlandse patiënten met minimaal één chronische aandoening (n=990) gaf 59% aan dat hun zorgverlener in het afgelopen jaar de belangrijkste doelstellingen of prioriteiten van medische zorg met hen heeft besproken. In de internationale vergelijking scoort Nederland daarin gemiddeld, met een laagste score voor Zweden (28%) en een hoogste score voor Australië (68%).

Ook is aan patiënten met astma, diabetes, hartfalen, of hypertensie gevraagd of zij hun gezondheidsproblemen onder controle hebben en kunnen omgaan met hun gezondheidsprobleem. 86% van de 355 Nederlandse patiënten antwoordden dat zij (heel) zeker waren over hun controle daarover. De scores in andere landen varieerden van 71% (Frankrijk) tot 97% (Nieuw Zeeland).

2.3 Toegankelijkheid van de zorg

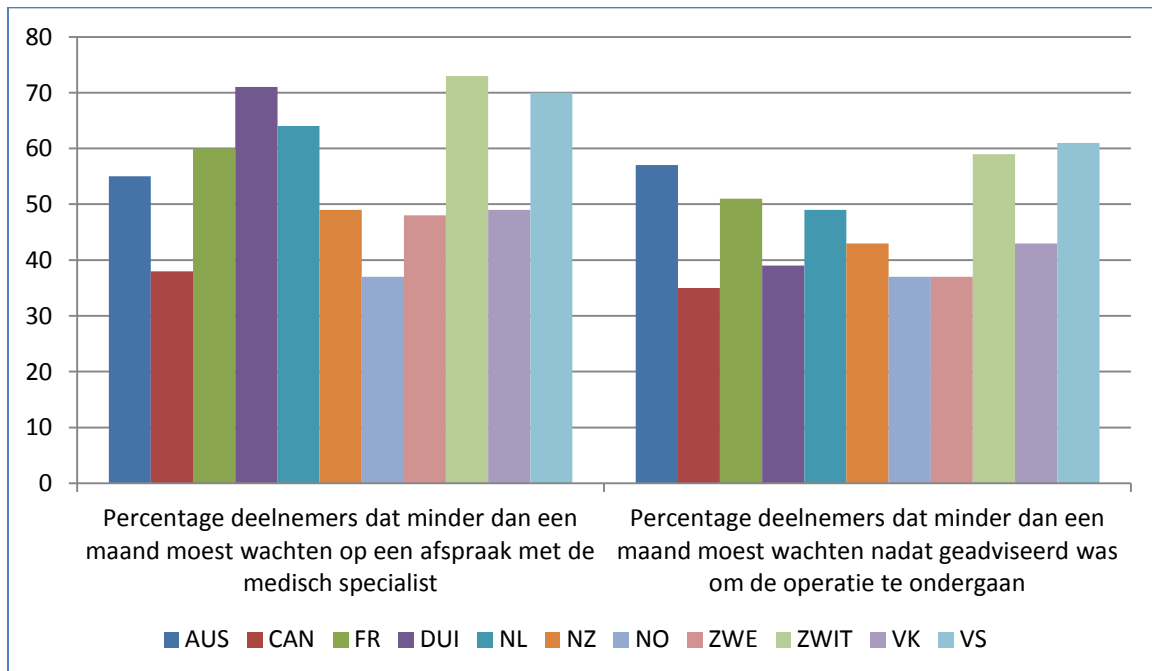
In de IHP survey is gevraagd naar toegankelijkheid van de eerstelijnszorg en medisch specialistische zorg. De details zijn weergegevens in tabellen A8 (eerstelijnszorg) en A4 (medisch specialistische zorg) in paragraaf 6.1.4.

Samen met Duitsland (98%) en Frankrijk (99%) heeft Nederland (99%) het hoogste percentage inwoners dat een vaste huisarts heeft. 75% van de Nederlanders met een vaste huisarts en/of praktijk geeft aan op dezelfde dag antwoord te krijgen bij een medische vraag of probleem wanneer ment tijdens normale praktijkuren belt. Frankrijk (86%), Duitsland (79%) en Australië (76%) scoren hoger, terwijl de laagste score door respondenten uit Canada (59%) wordt gegeven.

Nederland scoort met 72% hoog op de vraag of men bij het maken van een afspraak op dezelfde of volgende dag terecht kan bij de dokter of verpleegkundige. Alleen Nieuw Zeeland scoort met 73% hoger. Canada scoort het laagst met 39%.

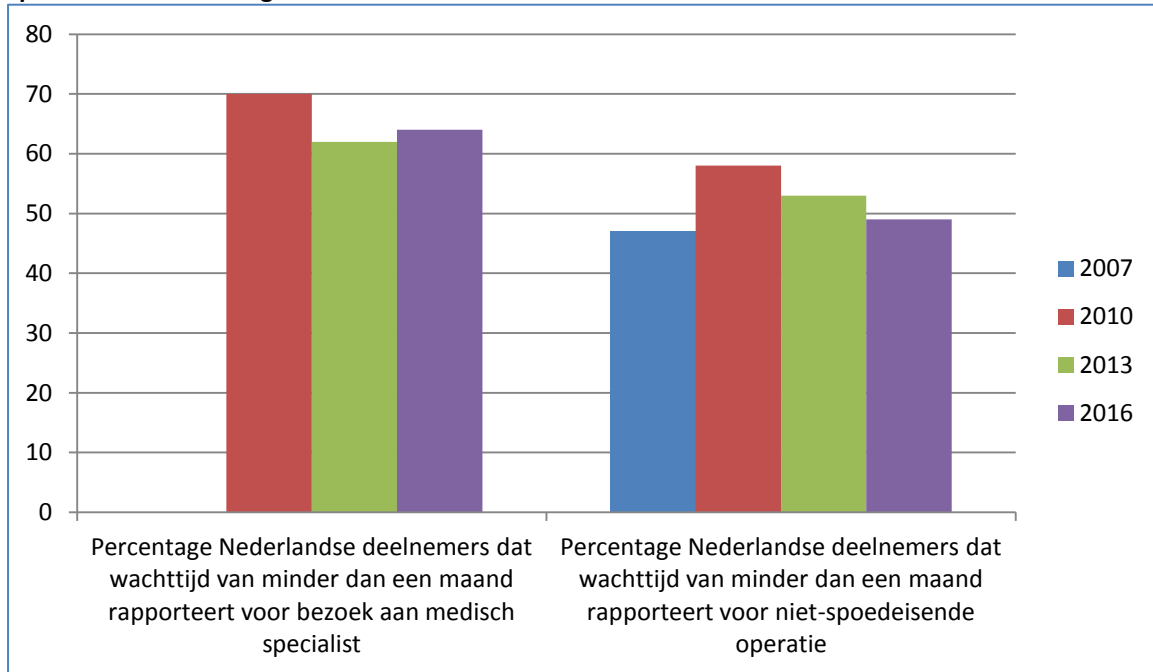
Voor deelnemers die de afgelopen twee jaar een medisch specialist hebben bezocht geeft 64% van de Nederlander aan binnen een maand terecht te kunnen voor een afspraak. Voor niet-spoedeisende operaties gaf 49% van de Nederlanders aan binnen een maand terecht te kunnen voor een operatie. Op deze beide vragen met betrekking tot wachttijd scoort Nederland in de top vijf van de 11 deelnemende landen (zie figuur 3).

Figuur 3. Wachttijd van minder dan een maand voor deelnemers die de afgelopen 2 jaar een medisch specialist hebben bezocht of een niet-spoedeisende operatie hebben ondergaan



Als we kijken naar de longitudinale trend wat betreft wachttijden in Nederland zien we dat het percentage deelnemers dat een wachttijd rapporteert van maximaal een maand voor een afspraak met de medisch specialist of een niet-spoedeisende operatie vrij stabiel is (zie figuur 4).

Figuur 4. Wachttijd van minder dan een maand voor Nederlandse deelnemers die in de surveys van 2007-2016* aangaven de voorgaande 2 jaar een medisch specialist te hebben bezocht of een niet-spoedeisende operatie hebben ondergaan.



*In 2007 is de vraag over wachttijd voor bezoek aan medisch specialist niet uitgevraagd.

2.4 Zorgconsumptie

In Nederland wordt van alle onderzochte landen het minst electief geopereerd; 8% van de respondenten gaf aan in de afgelopen twee jaar een niet-spoedeisende operatie te hebben ondergaan. In 2013 was dit nog 15%. Hiernaast had 20% van de respondenten minimaal eenmaal de spoedeisende hulp (SEH) bezocht, alleen in Duitsland lag dit percentage lager. Opvallend is ook dat de 20% van Nederlandse volwassenen met SEH-bezoek lager is dan de 23% in 2013. Ook met betrekking tot het gebruik van bloedonderzoek, röntgenfoto's of overig medisch onderzoek scoorde Nederland het laagst van alle landen.

Op andere indicatoren scoorden de Nederlandse respondenten in de middencategorie. 18% van de Nederlandse respondenten was in de afgelopen twee jaar minimaal eenmaal opgenomen geweest in het ziekenhuis. Dit gold voor slechts 14% van de Canadezen en voor 30% van de Franse respondenten. In de afgelopen twee jaar had 48% van de respondenten een medisch specialist bezocht (tegenover 37% in 2013). De scores op deze indicator varieerden van 37% in het Verenigd Koninkrijk tot 58% in Frankrijk. Ook met betrekking tot medicijngebruik scoorde Nederland in de middencategorie: 53% van de Nederlandse respondenten gebruikte geen medicijnen regelmatig of langdurig (tegenover 60% in Noorwegen en 47% in Australië) en 18% gebruikte 4 of meer medicijnen regelmatig of langdurig (tegenover 11% in Duitsland en 23% in de VS).

In tabel 2 staat het percentage ziekenhuis opnames zien, uitgesplitst naar aantal chronische aandoeningen. In elk van de landen is het percentage ziekenhuisopnames gecorreleerd aan het aantal chronische aandoeningen. Echter, dit verklaart maar een deel van het zorggebruik, uiteraard worden er ook patiënten opgenomen in het ziekenhuis zonder chronische aandoeningen (10% van deze subpopulatie in Nederland). In Nederland zijn dit relatief vaak vrouwen (20%, ten opzichte van 15% van de mannen), inwoners met een relatief laag inkomen (25% ten opzichte van 15% van inwoners met hogere inkomens) en inwoners van 50-64 jaar oud (21%) of 65+ (23%).

Tabel 2. Ziekenhuisopname in de afgelopen 2 jaar, uitgesplitst naar aantal chronische aandoeningen* (% ja).

	# chronische aandoeningen			Alle respondenten
	0	1	2 of meer	
Australië	7	16	37	16
Canada	7	15	23	14
Frankrijk	9	44	80	30
Duitsland	3	19	40	14
Nederland	10	22	38	18
Nieuw Zeeland	9	22	32	17
Noorwegen	10	23	36	20
Zweden	9	18	34	18
Zwitserland	17	23	38	23
Verenigd Koninkrijk	8	22	31	16
Verenigde Staten	7	13	31	17

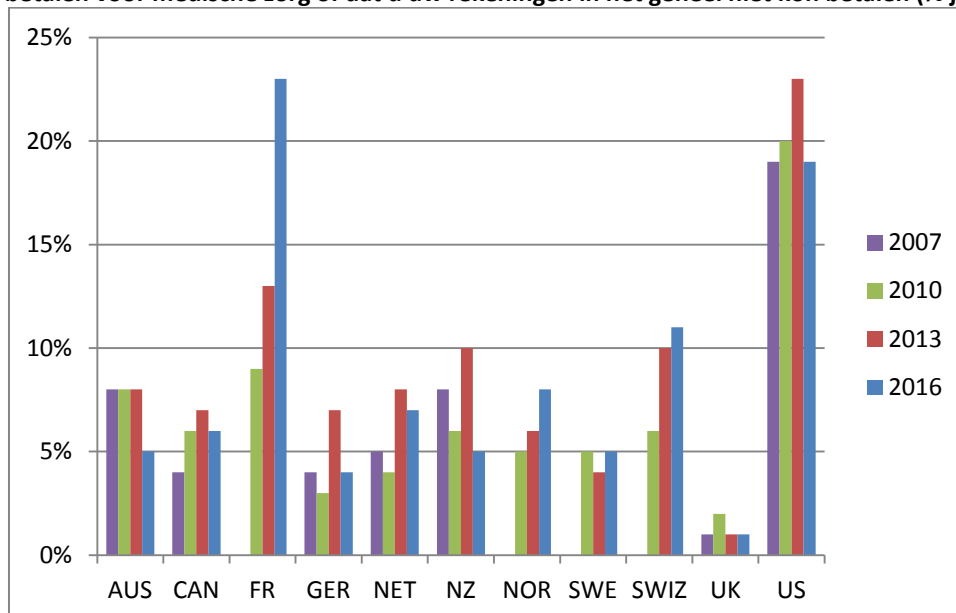
**Uit de volgende lijst: gewrichtspijn/artritis, astma/COPD, kanker, depressie, diabetes, hartziekten (waaronder hartaanval), hypertensie (hoge bloeddruk), beroerte.*

2.5 Financiële toegankelijkheid en kosten

De financiële toegankelijkheid van zorg is een terugkerend thema in de IHP-rapportages. In de voorgaande jaren constateerden we tweemaal verschuivingen in de financiële toegankelijkheid van het Nederlandse zorgstelsel. In 2013 zagen we dat het percentage respondenten dat problemen had met het betalen van rekeningen voor medische zorg was toegenomen naar 8% in vergelijking met 4% in 2010. In 2013 gaf 22% van de respondenten aan weleens af te zien van zorg door de kosten van de zorg, dit was significant hoger dan in voorgaande jaren. Hieronder worden beide items (problemen met het betalen van de rekening, zorgmijding door kosten) besproken, hierbij maken we gebruik van de surveys onder burgers in 2007, 2010, 2013 en 2016.

In figuur 5 staat weergegeven welk percentage respondenten het afgelopen jaar serieuze problemen ondervond bij het betalen van de rekeningen voor de medische zorg (inclusief nominale verzekeringspremies). Het percentage Nederlandse burgers dat problemen ondervond is in 2016 met 7% vrijwel gelijk aan drie jaar geleden (8% in 2013), maar bijna dubbel zo hoog als in 2010. In Frankrijk en de VS werden de meeste problemen ondervonden in het betalen van de zorgrekeningen. Hiernaast valt op dat het aandeel Zwitsers dat een probleem ondervond een sterke stijgende trend vertoont in 2013 die zich verder doorzet in 2016. Dit geldt in iets mindere mate ook voor Noorwegen. Fransen rapporteren bijna een verdubbeling van problemen met het betalen van rekeningen in 2016 ten opzichte van 2013. In Nederland is een dergelijke trend niet waarneembaar. In het Verenigd Koninkrijk werden verreweg de minste problemen ondervonden. Nederland scoorde met 7% in de middenmoot ten opzichte van de andere deelnemende landen.

Figuur 5. Is het de afgelopen 12 maanden voorgekomen dat u serieuze problemen had om uw rekeningen te betalen voor medische zorg of dat u uw rekeningen in het geheel niet kon betalen (% ja).



De IHP survey bevat ook elk jaar verschillende items met betrekking tot zorgmijding, deze staan hieronder weergegeven:

Is het de afgelopen 12 maanden voorgekomen dat u ... (% ja):

... een medisch probleem had, maar vanwege de kosten geen arts heeft bezocht?

... vanwege de kosten afgezien hebt van een door een arts aanbevolen medisch onderzoek, behandeling of nabehandeling?

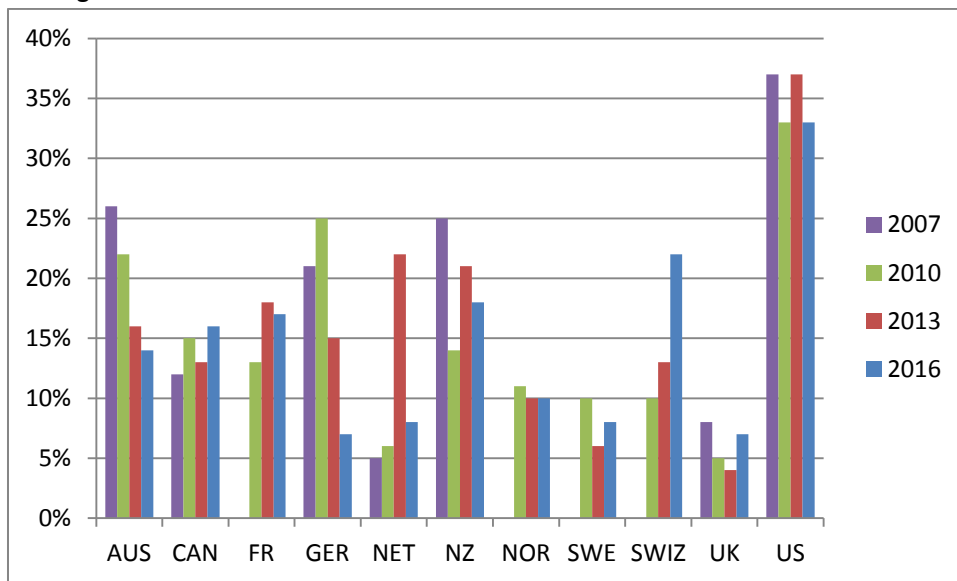
... vanwege de kosten een recept voor medicijnen niet hebt afgehaald of doseringen van uw medicijn heeft overgeslagen?

Op basis van de antwoorden op deze items hebben wij vervolgens een somscore gemaakt, waarbij wij analyseerden hoeveel respondenten 'ja' scoren op tenminste één van deze items. Figuur 6 laat deze scores zien voor elk van de landen en voor de jaren 2007, 2010, 2013 en 2016. Hierboven benoemden we al de sterke stijging in 2013 ten opzichte van voorgaande jaren. Deze sterke stijging heeft zich niet voortgezet, in 2016 scoorde Nederland met 8% iets hoger dan 2010 (6%) en 2007 (5%). Op basis van de huidige gegevens is het voor ons niet goed mogelijk de uitschieter in 2013 te duiden. We verwachten dat de gevonden verschillen in inkomens tussen 2010 (relatief veel bovenmodale inkomens) en 2013 (relatief veel beneden modale inkomens) de verschillen in gerapporteerde zorgmijding voor een deel kunnen verklaren. Dit kan echter maar klein deel van verschil verklaren, beneden modale inkomens scoorde 28% op zorgmijding (in tenminste één van de drie categorieën), tegenover 16% voor bovenmodale inkomens. Dus ook voor bovenmodale inkomens was 2013 een uitschieter.

Ook in 2016 rapporteerden mensen met een relatief laag inkomen een hoger percentage zorgmijding (13%) op de drie items dan mensen met een relatief hoog inkomen (6%). Inkomen lijkt dus consistent een belangrijk effect op zorgmijding te hebben. Echter, de vergelijking tussen 2013 en 2016 is lastig te trekken omdat het item m.b.t. gezinsinkomen veranderd is. Zoals in paragraaf 2.0 beschreven is in 2016 in alle landen van de survey het mediane inkomen gebruikt, waar wij voorheen het modale inkomen gebruikten.

Vanuit internationaal perspectief scoorde Nederland in 2016 laag en vergelijkbaar met Duitsland, Noorwegen, Zweden en het Verenigd Koninkrijk. Daarentegen zag een derde van de Amerikanen af van zorg vanwege de kosten. Ook in Australië, Canada, Frankrijk, Nieuw-Zeeland en Zwitserland zagen beduidend meer burgers af van zorg vanwege de kosten. Opvallend is verder dat er in Duitsland en sterke daling van zorgmijding is waar te nemen, terwijl Zwitserland juist een zeer sterke stijging vertoont.

Figuur 6. Percentage respondentent dat 'ja' antwoord op één van de drie vragen over het afzien van zorg vanwege de kosten.



Dezelfde vraag over afzien van zorg werd ook gesteld voor tandheelkundige zorg, 11% van de Nederlandse respondenten gaf aan de afgelopen 12 maanden een keer tandheelkundige zorg of controles wegens kosten te hebben overgeslagen. In 2013 gold dit nog voor 18% van de Nederlanders. Nederland scoort met 11% samen met het Verenigd Koninkrijk het laagste van alle landen. Opvallend is dat Nederlandse 65+ers (4%) zelden afzagen van tandheelkundige zorg vanwege de kosten. Daarentegen, 17% van de respondenten zonder aanvullende verzekering, 18% van de respondenten met een relatief laag inkomen, en 19% van de respondenten die 4 of meer dokters hadden bezocht zagen af van tandheelkundige zorg vanwege de kosten.

Tabel 3 geeft de hierboven besproken items over financiële toegankelijkheid weer, maar nu uitgesplitst naar aanvullende verzekering, leeftijd, inkomen en het hebben van 1 of meerdere chronische aandoeningen. Na het verenigd Koninkrijk (\$214) en Zweden (\$289) waren de door de respondenten gerapporteerde gemiddelde eigen betalingen per gezin in Nederland het laagst. Vooral in Zwitserland (\$3531) en de Verenigde Staten (\$1726) lagen deze bedragen flink hoger (appendix tabel 11). Eigen betalingen hebben betrekking op zogenoemde out-of-pocket kosten voor eigen risico en eigen bijdragen aan bijvoorbeeld geneesmiddelen. Verzekeringspremies horen niet tot de eigen betalingen, zoals ook is uitgelegd aan de respondenten. In Nederland hingen exorbitant hoge eigen betalingen (>€900) vooral samen met het ontbreken van een aanvullende verzekering, een hoger inkomen en twee of meer chronische aandoeningen.

Tabel 3. Financiële toegankelijkheid, zoals gerapporteerd door Nederlandse respondenten (n=1227), uitgesplitst naar het hebben van een aanvullende verzekering, leeftijd, inkomen en het hebben van 1 of meerdere chronische aandoeningen.

(%ja)*	Aanvullende verzekering		Leeftijd				Inkomen		Aantal chronische aandoeningen		
	Ja (n=912)	Nee (n=264)	18-44 (n=321)	35-39 (n=315)	50-64 (N=317)	65+ (n=274)	Relatief laag (N=266)	Relatief hoog (N=532)	0 (n=735)	1 (n=264)	2 of meer (n=227)
Is het voorgekomen dat u een medisch probleem had maar vanwege kosten geen arts heeft bezocht?	3	5	4	3	4	1	7	2	3	3	5
Is het voorgekomen dat u vanwege de kosten afgezien heeft van een door arts aanbevolen medisch onderzoek behandeling of nabehandeling?	3	4	2	5	5	3	6	2	3	5	6
Is het voorgekomen dat u vanwege de kosten een recept niet afgehaald of doseringen overgeslagen heeft?	4	7	4	6	6	2	8	3	3	5	9
Samengestelde score: % ja op minimaal 1 van de 3 bovengenoemde aspecten	7	10	9	10	10	3	13	6	7	8	12
Is het voorgekomen dat u vanwege de kosten tandheelkundige zorg of controles overgeslagen heeft?	9	17	12	13	12	4	18	8	11	11	10
Eigen bijdrage van gezin afgelopen 12 maanden (%):											
- Minder dan €90	47	45	48	47	45	45	49	41	50	37	43
- €90 tot minder dan €900	40	36	34	38	44	36	40	42	35	46	38
- €900 of meer	6	9	7	8	6	6	5	9	6	6	10

* In de afgelopen 12 maanden.

2.6 Functioneren van het gezondheidszorgsysteem

Een algemeen oordeel over de kwaliteit van zorg is een terugkerend thema in de IHP Surveys. Dit maakt het mogelijk om trends te bekijken en om een vergelijking te maken tussen de verschillende groepen die deelnemen aan de survey. In hoofdstuk 6.1.13 staat in tabel A13 weergegeven wat de visie was van Nederlandse huisartsen, burgers (>18 jaar) en 55+ers/patiënten op het gezondheidssysteem. Omdat er voor de groep 55+ers/patiënten slechts drie meetmomenten beschikbaar zijn en de doelgroep in 2014 licht veranderd is, laten wij deze doelgroep hieronder buiten beschouwing.

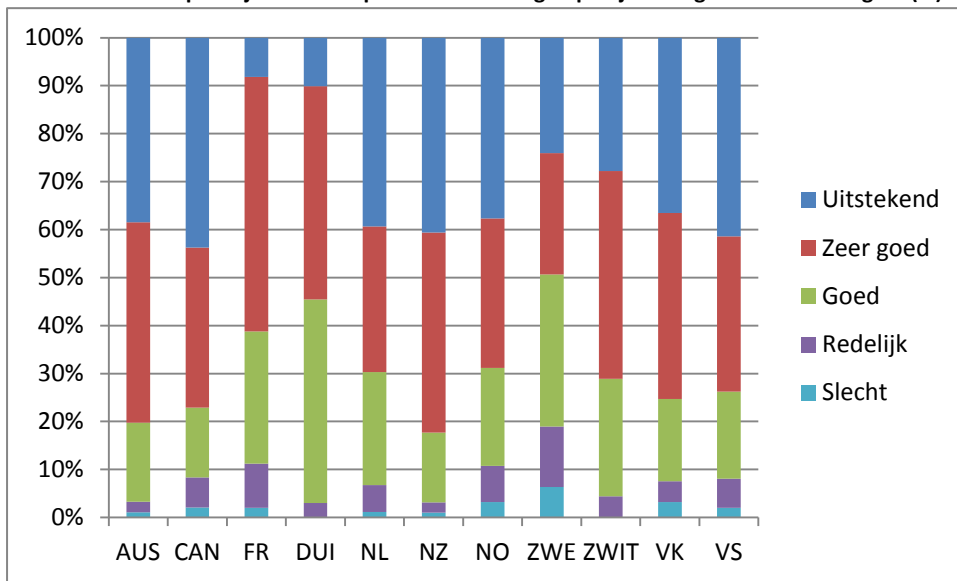
Huisartsen zijn overwegend positief over het functioneren van het stelsel. Maximaal 4% van de huisartsen (in 2006) vond dat het systeem helemaal opnieuw zou moeten worden ingericht. In elk van de jaren gaf tenminste 50% van de huisartsen aan dat het gezondheidszorgsysteem redelijk goed werkt, en er slechts kleine aanpassingen nodig zijn om het nog beter te laten werken. In algemene zin is er tussen de jaren weinig fluctuatie in scores met uitzondering van 2009, toen de huisartsen aanmerkelijk positiever scoorden dan in de overige jaren. In 2015¹ lieten de huisartsen in omringende landen zich aanmerkelijk negatiever uit over de werking van hun gezondheidsstelsel: 12%, 12% en 11% van respectievelijk Duitse, Franse en Zweedse huisartsen vond dat hun gezondheidszorgsysteem opnieuw zou moeten worden ingericht. Alleen in Noorwegen waren de huisartsen (aanmerkelijk) positiever over hun zorgsysteem. Samengevat, vanuit het perspectief van de huisarts functioneert het Nederlandse zorgsysteem al jaren constant en naar behoren, zeker vanuit internationaal perspectief.

Burgers tonen zich in het algemeen negatiever over het zorgsysteem dan huisartsen. In 2007, 2010, 2013 en 2016 vonden respectievelijk 9%, 7%, 5% en 8% van de burgers dat het systeem helemaal opnieuw zou moeten worden ingericht. Ook de scores van burgers fluctueren slechts in beperkte mate. De scores voor 2016 zijn vrijwel identiek aan de scores in 2007, terwijl er in 2010 en 2013 net iets hoger (maar vergelijkbaar) gescoord werd. Vanuit internationaal perspectief scoorde Nederland in 2016 vanuit het perspectief van de burger in de middenmoot. Duidelijk is dat Amerikaanse burgers verreweg het meest ontevreden zijn over hun zorgsysteem: 23% van de Amerikaanse burgers vond dat hun gezondheidszorgsysteem opnieuw zou moeten worden ingericht. Daarentegen scoorden de burgers in Frankrijk, Duitsland, Noorwegen en Zwitserland aanmerkelijk positiever over het zorgsysteem dan de Nederlandse burgers. Nederland scoorde vergelijkbaar aan Nieuw-Zeeland, Canada, Zweden en het Verenigd Koninkrijk. Samengevat, vanuit het perspectief van de burger scoort Nederland vrij constant en behoort Nederland tot een middencategorie in westerse landen.

In figuur 7 staat weergegeven hoe de respondenten de medische zorg in de huisartsenpraktijk hebben beoordeeld. Ongeveer 70% van de Nederlandse respondenten beoordeelde de huisartsenzorg als zeer goed tot uitstekend. Nederland scoort hierin relatief laag of middelmatig, in Zweden (50%), Frankrijk (61%) en in Duitsland (54%) werd veel lager gescoord. Daarentegen, in Australië (80%) en Nieuw-Zeeland (82%) beoordeelden substantieel meer respondenten de huisartsenzorg als zeer goed tot uitstekend.

¹ Bron: CMWF rapportage 2015.

Figuur 7. Hoe beoordeelt u over het geheel genomen de medische zorg die u de afgelopen 12 maanden hebt ontvangen van uw huisartsenpraktijk? Voor respondenten die afgelopen jaar zorg hebben ontvangen. (%)



3 Discussie

3.1 Overall bevindingen

Samengevat laat de IHP-2016 survey zien dat de ervaringen van Nederlandse burgers met de zorg goed zijn, hoewel zij ook aanknopingspunten voor verbetering zien. De toegankelijkheid van de zorg in Nederland is goed zowel voor wat betreft huisartsenzorg als medisch specialistische zorg. Alle respondenten geven aan een vaste huisarts/huisartsenpraktijk te hebben. De wachttijden voor medisch specialistische zorg zijn over het algemeen kort. Ten opzichte van andere landen scoort Nederland in 2016 zeer hoog op verschillende aspecten van huisarts-patiënt communicatie. In de ziekenhuiszorg scoort Nederland hoog op het betrokken zijn bij beslissingen, en op behandeling met beleefdheid en respect door artsen en verplegend personeel. Nederland scoort echter middelmatig op het oordeel van de respondenten over de organisatie van nazorg. In vergelijking met de andere deelnemende landen onderscheidt Nederland - net als in andere jaren van de survey - zich door een gematigd zorggebruik. Hieronder bespreken wij enkele bevindingen die naar onze mening extra aandacht genieten.

3.2 Versterking van patiëntenparticipatie en nazorg

De survey laat zien dat de communicatie met de patiënt door huisarts, medisch specialist en verpleegkundige als uitstekend wordt ervaren. Ook zijn respondenten positief over het gezamenlijk nemen van beslissingen met de zorgverlener. Nederland loopt dus voorop wat betreft patiëntenparticipatie, terwijl dit de vorige editie veel minder het geval was. Nederland blijft echter achter bij de nazorg en informatieoverdracht tussen tweedelijns en eerstelijns. Knelpunten in de gegevensoverdracht is een herkenbaar onderwerp in diverse regio's in Nederland. Zo signaleert de Stichting Raedelijk dat er veel initiatieven zijn voor digitale gegevensuitwisseling in Midden Nederland maar dat de onderlinge afstemming beperkt is (Raedelijk 2015). Recent heeft NIVEL onderzoek gepubliceerd over nazorg bij kanker in de eerste lijn. Er is ruimte voor een grotere rol van de eerste lijn bij nazorg voor kanker, maar hiervoor worden nog verschillende drempels ervaren, waaronder een gebrek aan vertrouwen in de deskundigheid van de eerste lijn en een gebrek aan mensen en middelen (Nivel 2016).

De minister van VWS signaleert in haar kamerbrief over Vergrijzing en het integrale ouderenbeleid dat een goede en tijdige overdracht tussen de zorg en ondersteuning thuis, het ziekenhuis, een kortdurende opname in eerstelijns verblijf en langdurige zorg lang niet altijd vanzelfsprekend is. Verschillende informatiesystemen sluiten niet goed op elkaar aan en het is niet altijd duidelijk welke informatie gedeeld kan worden (VWS 2016a). Om bij te dragen aan oplossingen richt het programma "Meer regie over gezondheid" van de Nederlandse Patiëntenfederatie en een brede coalitie van zorgpartijen om de informatiepositie van patiënten te verbeteren (Patiëntenfederatie Nederland 2016). Vanuit het ministerie worden verschillende initiatieven gesteund met als doel gegevensuitwisseling en informatievoorziening te verbeteren (VWS 2016b).

3.3 Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van de zorg in Nederland is goed. De cijfers over toegankelijkheid van de eerstelijnszorg is al jarenlang hoog met een zeer hoog percentage Nederlanders dat een vast huisarts heeft. Ook de wachttijden in ziekenhuizen zijn laag en stabiel over de tijd. Hiermee bevestigen de IHP-2016 cijfers het beeld van een goede toegang tot zorg in Nederland. Tegelijkertijd zijn er ook verbeteringen mogelijk. 29% van de deelnemers rapporteerde dat zij langer dan een maand moeten wachten voor een bezoek aan een medisch specialist. Hiernaast zijn er ook deelgebieden bekend waarin toegankelijkheid en wachtlijsten wel tot problemen leiden en die waarschijnlijk de genoemde 29% kunnen verklaren. Deze deelgebieden zullen wij hieronder bespreken.

In Nederland gelden sinds 2000 de zogenoemde Treeknormen waarin is vastgesteld dat een patiënt binnen vier weken bij de medisch specialist terecht moeten kunnen voor een afspraak op de polikliniek. Sinds 2008 is de regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg ingegaan, waarmee zorginstellingen verplicht zijn hun wachttijden openbaar te maken (NZa 2008). Deze regeling heeft tot doel wachttijden voor electieve medisch specialistische zorg op eenduidige wijze transparant en vergelijkbaar beschikbaar te maken voor consumenten. Onderzoek in 2013 bracht aan het licht dat de registratie van wachttijden niet altijd transparant is en dat wachttijden ook langer kunnen zijn dan gepubliceerd. Zo bleek bij 42% van de telefonische afspraken dat de werkelijke wachttijd langer was dan de gepubliceerde wachttijd (Bakker 2013).

In 2016 zijn er onder andere knelpunten gesignaleerd voor wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ Nederland 2016). Ook de oogheelkunde kent lange wachttijden. Er is veel variatie in wachttijden die in de Zorgatlas in kaart zijn gebracht. Op zorgkaartnederland.nl en kiesbeter.nl worden patiënten geadviseerd hoe om te gaan met wachttijden en zelf een bijdrage te leveren aan het verminderen ervan. Ook verzekeraars en het ministerie van VWS monitoren wachtlijsten en worden geacht zo nodig te interveniëren. Het monitoren en waar mogelijk sturen op wachttijden blijft dus een continu aandachtspunt.

3.4 Zorgconsumptie

Het zorggebruik in Nederland blijkt in de internationale vergelijking, net als in voorgaande jaren, op een relatief laag niveau. Dit geldt echter niet voor alle uitgevraagde vormen van zorg. Van sommige vormen van zorg maken Nederlanders relatief gemiddeld vaak gebruik. Na Duitsland scoort Nederland het laagst voor wat betreft bezoek aan de Spoedeisende Hulp (SEH) van het ziekenhuis. Opvallend is dat de 20% van Nederlandse volwassenen met een bezoek aan de Spoedeisende Hulp (SEH) lager is dan de 23% in 2013. Deze cijfers komen overeen met eerder onderzoek uit 2012 waaruit blijkt dat het totaal aantal patiënten dat zich bij een Nederlandse SEH meldt over de laatste jaren niet is toegenomen en in internationaal perspectief laag is (Gaakeer 2014).

Op basis van het Letsel Informatie Systeem heeft VeiligheidNL berekend dat op afdelingen SEH Spoedeisende hulp van ziekenhuizen in 2013 ongeveer 1,8 miljoen bezoeken aan een afdeling SEH plaatsvonden. Dat komt overeen met 110 behandelingen per 1.000 personen (11%) (RIVM 2016). In 2012 vond een landelijke meting plaats onder alle ziekenhuizen met een SEH (Gaakeer 2014). Op basis van die cijfers werd berekend dat er 124 SEH-behandelingen per 1.000 inwoners (12,4%) plaatsvonden. Die percentages liggen dus lager dan de gerapporteerde SEH bezoeken door de

respondenten van de survey. Een mogelijke verklaring daarvoor is dat de respondenten ook een bezoek aan de huisartsenpost als SEH bezoek heeft gerekend. Ongeveer 15% van de Nederlandse bevolking heeft één of meerdere keren per jaar contact met de huisartsenpost (Zwaanswijk 2014).

Er zijn recente signalen in Nederland dat de druk op de SEH toeneemt door de vergrijzing (Knoop 2016). Verschillende ziekenhuizen hebben het afgelopen jaar een opnamestop op de SEH ingesteld. Daarnaast is de afgelopen jaren gerapporteerd over toenemend aantal zelfverwijzers naar de SEH. Het gemiddelde percentage zelfverwijzers op de SEH bedroeg in 2012 30% (Gaakeer 2014). De resultaten van IHP survey laten een dergelijke trend niet zien. Over de jaren zien wij vrij sterke fluctuaties in het aandeel respondenten dat niet-spoedeisende chirurgie heeft ondergaan of een medisch specialist bezocht heeft. De recente daling in electieve chirurgie is in lijn met landelijke trends van terugnemende aantallen patiënten die ziekenhuizen bezoeken (Intrakoop & Verstegen 2016). De stijging in het percentage dat specialisten bezoekt is voor ons moeilijker te duiden.

3.5 Financiële toegankelijkheid

De financiële toegankelijkheid van de zorg is een terugkerend thema in de IHP-surveys. Over de jaren heen zien we dat ongeveer 7% van de respondenten aangaf problemen te ondervinden met het betalen van rekeningen van zorg, waaronder de nominale verzekeringspremie. Dit illustreert mogelijk onbekendheid met of ontoereikendheid van compensatieregelingen voor eigen betalingen zoals zorgtoeslag en gespreid betalen en behoeven derhalve aandacht.

De tweede, fundamenteel andere indicator, betrof zorgmijding. In 2016 gaf 8% van de respondenten aan vanwege de kosten af te zien van zorg. Dat is iets hoger dan in 2007 en 2010, terwijl we in 2013 een sterke stijging in gerapporteerde zorgmijding vonden, waarbij 22% van de respondenten aan gaf vanwege de kosten af te zien van zorg. Hiermee lijkt het hoge percentage in 2013 een eenmalige uitschieter. In paragraaf 2.5 lieten wij zien dat in elk van de jaren inkomen een belangrijke verklarende factor was voor zorgmijding. In paragraaf 2.1 lieten wij al zien dat de respondenten in 2013 relatief lagere inkomens hadden dan in de overige jaren, dit hebben wij verder uitgewerkt in paragraaf 3.5. Echter, deze verschillen in inkomens kunnen de uitschieter met betrekking tot zorgmijding maar voor een deel verklaren (zie paragraaf 2.5, ook voor hogere inkomens was 2013 een uitschieter). Verschillen in gehanteerde methodologie bemoeilijken echter de vergelijking over meerdere jaren.

Onze inschatting is dat een minimale selectiebias in 2013, het maatschappelijk debat over de flinke verhoging van het eigen risico in 2013, en na-ijl effecten van de tijdelijke eigen bijdragen GGZ in 2012 hebben geleid tot de uitschieter in 2013. Nederland scoorde in 2016 weer relatief laag en vergelijkbaar met 2010 en 2007. Het NIVEL heeft in 2015 op basis van haar consumentenpaneel vergelijkbaar onderzoek gepubliceerd. Zij concludeerden dat drie procent van de mensen afzag van een bezoek aan de huisarts vanwege financiële redenen, dit percentage was in 2015 niet hoger dan in 2012 en 2009 (NIVEL, 2015). Dit bevestigt het beeld dat onze bevinding in 2013 waarschijnlijk een eenmalige uitschieter was. Tenslotte, in 2016 scoorde Nederland relatief laag met betrekking tot zorgmijding ten opzichte van de overige landen. Dit is een bemoedigend resultaat, de financiële toegankelijkheid van de Nederlandse zorg blijkt goed vanuit internationaal perspectief.

Het doel van eigen betalingen in de zorg is tweeledig: allereerst worden eigen betalingen gebruikt voor het financieren van de zorg. Het eigen risico levert jaarlijks ruim 3 miljard euro op dat anders door middel van hogere premies of uit algemene middelen bekostigd zou moeten worden (CPB 2015). Hiernaast hebben eigen bijdragen in de zorg tot doel dat mensen bewuster omgaan met hun zorggebruik en dus afzien van zorg wanneer daar kosten tegenover staan, mits medisch verantwoord. Wanneer niet medisch verantwoord, spreken wij van ongewenste zorgmijding. In de overige gevallen is zorgmijding gewenst.

Op basis van de onderliggende survey is het niet mogelijk om de gevonden zorgmijding te differentiëren naar gewenste en ongewenste zorgmijding. Wij vonden dat zorgmijding sterk afhankelijk was van het inkomen, respondenten met een relatief laag inkomen rapporteerden twee keer zo vaak zorgmijding als respondenten met een relatief hoog inkomen. Hiernaast rapporteerden 12% van de mensen met twee of meer chronische aandoeningen dat zij hadden afgezien van zorg vanwege de kosten en dat is hoger dan in de totale populatie (8%). Dit is logisch door hun vergrote kans op zorggebruik en er is altijd een eerste moment van zorggebruik (het eigen risico is waarschijnlijk snel gebruikt, waardoor het remeffect wel snel verdwijnt). Onze resultaten komen in grote mate overeen met de bevindingen van NIVEL, die vonden dat jongvolwassenen en mensen met lagere inkomens vaker afzien van huisartsbezoek vanwege de kosten. Beide studies laten zien dat er risicogroepen bestaan voor zorgmijding in Nederland. Echter, de werkelijke grootte van ongewenste zorgmijding en de effecten daarvan zijn in deze populaties op basis van de huidige data niet te bepalen.

3.6 Methodologische kanttekeningen

Steekproef-effecten

In 2013 en 2016 zijn er rondom de dataverzameling enige methodologische veranderingen doorgevoerd, in vergelijking met voorgaande jaren. Allereerst is afgestapt van het trekken van een steekproef uit het telefoonboek. Door de opkomst van de mobiele telefonie en het niet willen vermelden van naam-adres-woonplaats in een publiek beschikbare telefoongids, is het lastig een representatieve steekproef te trekken uit de telefoongids. Daarom is in 2013 voor het eerst gekozen voor de 'random dialing digit' methode. Ook werden 20% mobiele telefoons geïnccludeerd. In 2016 is die methodiek gehandhaafd. Het is niet uit te sluiten dat een deel van de gevonden verschillen in de trendanalyses terug te voeren zijn op de verschillen in de steekproef.

Inkomen

In paragrafen 2.1 en 2.5 hebben we de verandering in 2016 toegelicht waarin voor het eerst het mediane inkomen is gebruikt als referentie voor het inkomen van Nederlanders. Daardoor is de vergelijking met 2013 en eerdere jaren lastig te trekken. Het aandeel Nederlanders uit de steekproef dat bovenmodaal verdient was in 2013 fors afgenomen (zie tabel 4). In 2016 zien we weer een stijging, maar in dit jaar is het mediane inkomen niet correct gehanteerd. Door de eerder vermelde omissie in de survey is het *besteembare* mediane gezinsinkomen (€30.000) gehanteerd in de inkomensvraag, waar het *bruto* mediane gezinsinkomen (€46.000) gehanteerd had moeten worden. Hierdoor is een overschatting ontstaan van het aantal hoge inkomens, waardoor het niet uit te

sluiten is dat de populaties van 2013 en 2016 toch vergelijkbaar zijn. Temeer daar de 11% non-responders op dit item relatief laag opgeleid waren en wij hierdoor ook lagere inkomens verwachten.

Tabel 4. Gezinsinkomen van Nederlandse respondenten in de verschillende surveys.

	2007	2010	2013		2016
Gezinsinkomen (%)				Gezinsinkomen (%)	
Beneden modaal	28	20	29	Beneden gemiddeld	22
Modaal	16	19	25	Gemiddeld ¹	24
Boven modaal	49	53	24	Boven gemiddeld	43
Wil geen antwoord geven/onzekeer	23	8	12	Wil geen antwoord geven/onzekeer	11

¹ Het besteedbare mediane gezinsinkomen is in 2016 als referentieniveau gekozen, terwijl de respondent gevraagd is naar het bruto gezinsinkomen.

Vertekening door zelfrapportage

Op de vraag of men een aanvullende zorgverzekering heeft, antwoordde in ons onderzoek 74% bevestigend. Dit percentage is lager dan verwacht: volgens het NZa heeft in 2016 84% van de verzekerden een aanvullende verzekering afgesloten (NZa 2016). Deze verschillen zijn ook in de eerdere versies van de IHP-survey gevonden. Het is niet uit te sluiten dat de afwijkende percentages die we in het IHP-onderzoek nu vinden, geïntroduceerd zijn door zelfrapportage, en niet een gevolg zijn van een niet-representatieve steekproef.

4 Literatuur

Bakker P., Veldhuis S.. Betrouwbaarheid van wachttijdregistratie in ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Enschede: Bureau HHM 2013

CPB. Zorgkeuzes in Kaart - Analyse van beleidsopties voor de zorg van tien politieke partijen. Maart 2015.

Gaakeer M.I, van den Brand C.L., Veugelers R, Patka R. Inventarisatie van SEH-bezoeken en zelfverwijzers. NTVG 2014; 2014;158: A7128

GGZ Nederland. Analyse Quickscan productie 2016. Amersfoort: GGZ Nederland 2016

Intrakoop & Verstegen. Jaarverslagenanalyse 2015 sectorrapport ziekenhuizen. Een analyse van de financiële positie, uitgaven, capaciteit en productie. Waardenburg/Dordrecht: Intrakoop u.a. en Verstegen accountants en adviseurs, juli 2016

Knoop B. SEH raakt verstopt door vergrijzing. Medisch contact, 1 juni 2016

Minister van VWS. Vergrijzing en het integrale ouderenbeleid. Kamerbrief. Den Haag: Ministerie van VWS, 8 juli 2016

Ministerie van VWS. Beleidsprioriteiten Informatievoorziening en ICT in de zorg en van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Kamerbrief. Den Haag: Ministerie van VWS, 3 november 2016.

NIVEL. Inzicht in zorgmijden. Aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken. Tamar E.M. van Esch, Anne E.M. Brabers, Christel van Dijk, Peter P. Groenewegen, Judith D. de Jong. Utrecht: Nivel 2015

NIVEL. Naar een toekomstbestendige nazorg bij kanker: is er ruimte voor een grotere rol van de eerste lijn? Marianne Heins, Corelien Kloek, Anneke Francke, Judith Sinnige, Ilse Swinkels, Joke Korevaar, Judith de Jong. Utrecht: Nivel 2016.

NZa. Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit 2016

Osborn O, David Squires D, Michelle M. Doty MM, Dana O. Sarnak D.O., Schneider E.C. In New Survey Of Eleven Countries, US Adults Still Struggle With Access To And Affordability Of Health Care. Health Affairs 2016; 35; 12:2327-2336

Raedelijn. Gegevensuitwisseling tussen eerste en tweedelij in Midden-Nederland. Utrecht: Raedelijn, 2015

Zwaanswijk M. Algemene beschrijving huisartsenpost. Utrecht: NIVEL; 2014.

<https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/acute-zorg/cijfers-context/gebruik-acute-zorg#node-gebruik-seh>

<http://www.zorgcijfers.nl/actuele-cijfers/maximaal-aanvaardbare-wachttijden-treeknormen/58>

5 Bijlage 1: Methodologie van het onderzoek

5.1 Over de vragenlijst

In 2016 staat het perspectief van de burger centraal in de International Health Policy Survey. Elk jaar stelt de Commonwealth Fund een conceptvragenlijst op, gebaseerd op de vragenlijsten van de voorgaande jaren. Er is in 2016 voor gekozen om een grote set van vragen uit 2013 te handhaven, om een trendanalyse mogelijk te maken. In het najaar van 2015 is alle deelnemende onderzoeksgroepen uit de verschillende landen gevraagd naar wensen voor verbeteringen voor de survey. Het Commonwealthfund heeft op basis hiervan enkele wijzigingen op de vragenlijst doorgevoerd. Begin februari 2016 was de definitieve survey gereed voor vertaling. Deze vertaling is gecontroleerd op juistheid door onderzoekers van IQ healthcare. In maart 2016 is de voorlopige vragenlijst getest met 10 Nederlandse vrijwilligers. Op basis hiervan zijn geen wijzigingen meer doorgevoerd. Er zijn geen aanvullende vragen toegevoegd die alleen in Nederland zijn gesteld.

5.2 Uitvoering van het werk

Het veldwerk is uitgevoerd door SSRS, het bedrijf dat het veldwerk in de meeste deelnemende landen uitvoerde en alle datamanagement op zich nam. De vragenlijst is doormiddel van telefonische interviews afgenomen. In vergelijking met voorgaande jaren zijn er in 2016 relatief veel telefonische interviews gehouden om de representativiteit van de steekproef te vergroten. De Nederlandse steekproef bevatte 64% vaste telefoonnummers en 36% mobiele nummers. Alleen in Zwitserland hadden deelnemers de mogelijkheid de survey online te beantwoorden (86% van de respondenten).

Sample Solutions Europe (SSE) voorzag SSRS van een steekproef met telefoonnummers. Het 'random dialing digit' systeem voor Nederland is gebaseerd op het nationale nummer plan van de Onafhankelijke post en Telecommunicatie Autoriteit (OPTA). De vaste nummers waren gestratificeerd naar provincie, zodat alle 12 provincies adequaat worden gerepresenteerd. De random getrokken vaste telefoonnummers werden gescreend of het zakelijke telefoonnummers waren en of ze in het bel-me-niet register voorkwamen. Voor de 'random dialing digit' steekproef van mobiele nummers is er gestratificeerd op basis van provider distributie binnen Nederland.

Door middel van standaard strategieën werd getracht om de survey respons zo hoog mogelijk te houden en de non-respons en weigering zo laag mogelijk.

- Belpogingen naar een respondent werden op verschillende tijden van de dag en op verschillende dagen uitgevoerd. Er is een maximum ingesteld van 9 belpogingen met na elke interval van drie pogingen een rustpose van één week.
- Respondenten die weigerden deel te nemen werden na twee weken teruggebeld.

De interviews zijn uitgevoerd van maart tot juni 2016. De gemiddelde lengte van een interview duurde in Nederland 19 minuten. Het respons percentage was in Nederland 32.4%. Dit is hoger dan de voorgaande jaren. Het responspercentage varieerde van 11% in Noorwegen tot 47% in Zwitserland (tabel 8).

Tabel 5. Details over het veldwerk in de 11 deelnemende landen.

Land	Taal	Periode van veldwerk (2013)	Interview lengte (minuten)	Grootte steekproef (aantal interviews)	Response rate
Australië	Engels	21 maart – 22 juni	12	5248	25.4%
Canada (Quebec)	Engels, Frans	2 maart – 19 mei	20	4547	21.4%
Frankrijk	Frans	11 maart – 20 mei	25	1103	25.2%
Duitsland	Duits	11 april – 14 mei	22	1000	26.9%
Nederland	Nederlands	18 maart – 28 mei	19	1227	32.4%
New Zeeland	Engels	18 maart – 13 mei	19	1000	31.1%
Noorwegen	Noors	17 maart – 22 mei	18	1093	10.9%
Zweden	Zweeds	12 maart – 16 mei	21	7124	16.9%
Zwitserland	Duits, Frans, Italiaans	15 maart – 3 mei	24 (telefoon), 25 (web)	1520	46.9%
Verenigd Koninkrijk	Engels	8 maart – 13 mei	17	1000	21.9%
Verenigde Staten	Engels, Spaans	1 maart – 18 mei	20	2001	18.1%

5.3 Definitie van de steekproef

Alleen personen van 18 jaar of ouder konden aan de survey deelnemen. Er werden geen verdere screeningscriteria gehanteerd.

5.4 Representativiteit van de steekproef en analyse

Diverse maatregelen zijn genomen om tijdens de dataverzameling risico's te ondervangen die de representativiteit kunnen verstoren:

1. Maatregelen om de kans op selectie tegen te gaan:
 - A. Within Household correction (WHC): Respondenten die bereikt waren door middel van een vaste telefoon en die 2 of meer volwassen huisgenoten hadden kregen een gewicht van 2. Degene in een alleenstaand huishouden kregen een gewicht van 1. Er was geen selectie voor huishoudens met een mobiele telefoon. De kans op selectie daar was 1.
 - B. Dual-Usage Correction (DUC): Volwassenen met zowel een vaste als een mobiele telefoon kregen een gewicht van 0.5. Degene die slechts één van de twee hadden ontvingen een gewicht van 1.
 - C. Een basis-gewicht is gemaakt om het resultaat van WHC x DUC gelijk te maken.
2. Post-stratification weighting: Na de toepassing van het basis-gewicht, ondergaat de steekproef zogenaamde "iterative proportional fitting" (IPF of 'ranking'). Dit is een procedure waarbij de data herhaaldelijk wordt gewogen om de bekende marginale distributie van de populatie parameters gelijk te krijgen. Deze procedure wordt herhaald totdat de verschillen tussen de gewogen steekproef en de populatie parameters en de gewogen data bijna 0 zijn.
3. Weight truncation ('trimming'): om de variantie veroorzaakt door extreem hoge weegfactoren te verminderen, werden de weegfactoren getrunceerd naar 0.2 tot 4.

De Nederlandse data is verder gewogen op basis van geslacht, leeftijd, provincie, opleidingsniveau en telefoonstatus (alleen mobiel of niet). Deze referentiecijfers zijn afkomstig van de volgende bronnen:

- Geslacht, leeftijd en regio (CBS, 2015- Population Dynamics; Birth, Death and Migration Per Region report; region op basis van gegevens uit 2013).
- Opleidingsniveau (CBS Statistisch jaarboek, 2015), en geëxtrapoleerd naar 18 jaar en ouder.

Tabel 9 vergelijkt de verdeling van de gewogen en ongewogen data en de referentiecijfers voor de gehele Nederlandse bevolking.

Tabel 6. Representativiteit van de respondenten uit de Nederlandse steekproef ten opzichte van de volwassen Nederlandse bevolking (%).

	Commonwealth ongewogen	Commonwealth gewogen	Nederland ¹
Geslacht bij leeftijd			
Man 18-24	6%	5%	6%
Man 25-34	10%	8%	8%
Man 35-49	11%	13%	13%
Man 50-64	12%	13%	13%
Man 65+	10%	10%	10%
Vrouw 18-24	3%	5%	5%
Vrouw 25-34	6%	8%	8%
Vrouw 35-49	15%	13%	13%
Vrouw 50-64	13%	13%	13%
Vrouw 65+	13%	12%	12%
Opleidingsniveau			
Middelbaar onderwijs of minder	29%	33%	33%
Enige vervolg onderwijs	42%	40%	39%
Universitaire graad of meer	28%	28%	28%
Provincie			
Drenthe	3%	3%	3%
Flevoland	3%	2%	2%
Friesland	4%	4%	4%
Gelderland	13%	12%	12%
Groningen	3%	3%	3%
Limburg	8%	7%	7%
Noord-Brabant	16%	15%	15%
Noord-Holland	14%	16%	16%
Overijssel	7%	7%	7%
Utrecht	8%	7%	7%
Zeeland	2%	2%	2%
Zuid-Holland	19%	21%	21%

¹ Gouden standaard.

5.5 Data analyse

De data van ieder land werden gewogen, zodat de vergelijkbaarheid tussen landen mogelijk werd. Er zijn een aantal verkennende analyses uitgevoerd naar de relatie tussen de scores en kenmerken van de respondent. Denk hierbij aan leeftijd, geslacht, aantal chronische aandoeningen, inkomen en het algemene oordeel over het gezondheidszorgsysteem.

6 Bijlage 2: tabellen met resultaten

6.1.1 Tabel A1: Demografische gegevens

	AUS (n=5248)	CAN (n=4547)	FR (n=1103)	DUI (n=1000)	NL (n=1227)	NZ (n=1000)	NO (n=1093)	ZWE (n=7124)	ZWIT (n=1520)	VK (n=1000)	VS (n=2001)
Leeftijd (%)											
• 18-24 jaar	14	10	10	9	11	13	12	11	8	12	12
• 25-34 jaar	20	15	16	15	15	16	17	17	17	17	17
• 35-49 jaar	26	27	25	25	26	27	26	24	27	25	24
• 50-64 jaar	22	28	25	26	26	25	23	23	26	23	25
• 65+	17	19	25	25	22	19	21	25	22	22	19
Geslacht (% man)	50	48	48	49	49	47	50	50	49	49	48
Gezinssamenstelling: aantal volwassenen (%)											
• 1	18	22	19	25	19	20	26	40	27	21	17
• 2	51	55	52	57	53	52	55	51	51	51	52
• 3 of meer	29	23	28	18	27	27	18	9	19	25	30
Gezinsinkomen ¹ (%)											
• Beneden gemiddeld	35	36	40	35	22	29	39	35	45	23	38
• Gemiddeld	27	23	29	39	24	33	15	17	19	29	20
• Boven gemiddeld	25	34	16	17	43	31	41	40	26	28	37
• Wil geen antwoord geven/onzeker	13	7	16	9	11	7	4	7	10	21	6
Geboren in het land waar men nu woont (% ja)	77	82	79	83	92	81	93	86	70	88	85
Etniciteit (%)											
• Nederlands					90						
• Marokkaans					1						

	AUS (n=5248)	CAN (n=4547)	FR (n=1103)	DUI (n=1000)	NL (n=1227)	NZ (n=1000)	NO (n=1093)	ZWE (n=7124)	ZWIT (n=1520)	VK (n=1000)	VS (n=2001)
• Turks					2						
• Surinaams					2						
• Nederlandse Antillen en Aruba					1						
• Anders					5						

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten; -- = vraag niet gesteld.

¹Gezinsinkomen ten opzichte van €30.000,- (het individueel mediane inkomen).

6.1.2 Tabel A2. Gezondheidstoestand

	AUS (n=5248)	CAN (n=4547)	FR (n=1103)	DUI (n=1000)	NL (n=1227)	NZ (n=1000)	NO (n=1093)	ZWE (n=7124)	ZWIT (n=1520)	VK (n=1000)	VS (n=2001)
Gezondheidstoestand (%)											
• Uitstekend - zeer goed	63	49	41	41	54	65	47	43	50	61	47
• Goed	26	31	29	43	27	26	28	34	38	24	31
• Redelijk - Slecht	10	19	30	16	19	9	25	23	11	14	22
Heeft u ooit de volgende aandoening gehad (% ja):											
• Gewrichtspijn/ artritis	17	29	17	13	15	20	15	17	19	16	32
• Astma/COPD	8	14	13	6	9	9	12	14	9	8	15
• Kanker	7	7	3	2	5	6	7	7	6	5	7
• Depressie	13	20	4	9	8	13	16	20	13	11	23
• Diabetes	8	11	10	10	8	5	7	7	5	8	14
• Hartziekten, waaronder hartaanval	7	7	7	6	6	6	8	9	7	5	7
• Hypertensie, hoge bloeddruk	20	24	18	24	17	19	24	23	21	18	32
• Beroerte	2	3	2	4	2	2	3	3	2	3	4
2 of meer chronische aandoeningen (uit de 8 hierboven genoemde) (% ja)	22	32	20	21	19	21	23	26	22	21	36
Kunt u vanwege uw gezondheid niet fulltime werken of bent u beperkt in uw huishoudelijke of andere dagelijkse activiteiten? (%ja)	12	20	24	15	19	15	23	22	13	15	21
Heeft u in de afgelopen twee jaar emotionele zorgen ervaren zoals angsten of grote droefheid? (%ja)	20	27	12	7	19	21	20	24	21	17	26

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

6.1.3 Tabel A3: Zorgconsumptie

	AUS (n=5248)	CAN (n=4547)	FR (n=1103)	DUI (n=1000)	NL (n=1227)	NZ (n=1000)	NO (n=1093)	ZWE (n=7124)	ZWIT (n=1520)	VK (n=1000)	VS (n=2001)
Bent u de afgelopen twee jaar opgenomen geweest in het ziekenhuis? ^a (% ja)	16	14	30	14	18	17	20	18	23	16	17
Heeft u niet-spoedeisende chirurgie gehad? ^a (% ja)	13	12	16	12	8	14	20	14	15	9	14
Hoe vaak hebt u zelf de SEH-afdeling bezocht? ^a (%)											
• 0 keer	77	58	67	88	80	76	73	63	68	75	64
• 1 keer	13	20	17	9	13	14	15	20	19	13	17
• ≥2 keer	10	21	16	3	7	8	12	16	11	11	17
Heeft u de afgelopen twee jaar een medisch specialist bezocht? ^a (% ja)	42	50	58	46	48	40	56	47	54	37	52
Hoeveel verschillende artsen heeft u bezocht? ^b (%)											
• 0	20	14	19	5	30	20	11	27	14	30	13
• 1	33	34	29	19	28	38	42	24	28	27	28
• 2-3	35	40	31	56	29	33	35	32	45	32	44
• ≥4	11	12	21	18	11	8	12	16	12	10	14
Hoeveel verschillende medicijnen op recept gebruikt u regelmatig of langdurig? (%)											
• 0	53	41	52	45	47	49	40	47	51	51	41
• 1	15	17	18	26	17	14	17	16	17	15	14
• 2-3	15	21	16	17	17	17	27	17	15	14	20
• 4 of meer	16	20	14	11	18	18	16	19	15	18	23

	AUS (n=5248)	CAN (n=4547)	FR (n=1103)	DUI (n=1000)	NL (n=1227)	NZ (n=1000)	NO (n=1093)	ZWE (n=7124)	ZWIT (n=1520)	VK (n=1000)	VS (n=2001)
Heeft u uw bloed laten onderzoeken, röntgenfoto's laten maken of een ander medisch onderzoek ondergaan? ^a (% ja)	69	77	68	48	59	70	85	74	73	61	74
<i>Voor respondenten met tenminste 2 medicijnen</i>	(n=1634)	(n=1885)	(n=332)	(n=274)	(n=437)	(N=351)	(n=461)	(n=2604)	(n=463)	(n=323)	(n=876)
Heeft een arts of apotheker in de afgelopen 12 maanden..? (% ja) ...alle medicijnen die u inneemt eens met u doorgenomen	75	77	45	66	72	71	55	58	63	79	82
<i>Voor respondenten met emotionele zorgen</i>	(n=1055)	(n=1214)	(n=133)	(n=74)	(n=228)	(n=214)	(n=217)	(n=1706)	(n=314)	(n=171)	(n=525)
Toen u zich zo voelde, was u toen in de gelegenheid om hulp te zoeken bij een professional?											
• Ja	50	59	50	65	50	57	63	52	48	45	59
• Nee, wilde geen professional bezoeken	37	27	28	32	45	36	18	32	42	41	23
• Nee, kon geen hulp krijgen of betalen	12	11	22	3	3	7	16	13	10	12	15

^a afgelopen 2 jaar; ^b afgelopen 12 maanden

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

6.1.4 Tabel A4. Toegankelijkheid

	AUS (n=5248)	CAN (n=4547)	FR (n=1103)	DUI (n=1000)	NL (n=1227)	NZ (n=1000)	NO (n=1093)	ZWE (n=7124)	ZWIT (n=1520)	VK (n=1000)	VS (n=2001)
Hoe snel kon u de laatste keer dat u ziek was een afspraak maken met de dokter of verpleegkundige?											
• Dezelfde of volgende dag	62	39	55	53	72	73	41	44	53	55	47
• 2 tot 7 dagen	25	29	39	28	14	19	33	24	35	28	26
• 8 of meer dagen	3	19	6	19	4	2	15	14	5	11	13
<i>Voor deelnemers die zorg buiten kantooruren nodig hadden</i>	(n=4388)	(n=4017)	(n=1046)	(n=990)	(n=868)	(n=818)	(n=848)	(n=4855)	(n=1027)	(n=733)	(n=1778)
Is het volgens u gemakkelijk om buiten kantooruren zorg te krijgen (% erg gemakkelijk/redelijk gemakkelijk)?	49	34	35	36	72	53	49	24	41	43	42
<i>Voor deelnemers die afgelopen 2 jaar specialist hebben bezocht</i>	(n=2156)	(n=2228)	(n=639)	(n=459)	(n=580)	(n=404)	(n=605)	(n=3251)	(n=810)	(n=371)	(n=1019)
Hoe lang moest u wachten op een afspraak met de medisch specialist nadat u was aangeraden een specialist te bezoeken? (%)											
• < 4 weken (inclusief geen wachtperiode)	55	38	60	71	64	49	37	48	73	49	70
• 1 maand tot minder dan 2 maanden	26	29	36	24	22	27	27	26	17	23	19
• 2 maanden of langer	13	30	4	3	7	20	28	19	9	19	6
• Weet niet/wil geen antwoord geven	6	4	-	1	7	3	8	7	1	9	5

	AUS (n=5248)	CAN (n=4547)	FR (n=1103)	DUI (n=1000)	NL (n=1227)	NZ (n=1000)	NO (n=1093)	ZWE (n=7124)	ZWIT (n=1520)	VK (n=1000)	VS (n=2001)
<i>Voor deelnemers die afgelopen 2 jaar niet-spoedeisende operatie hebben ondergaan</i>	(n=683)	(n=557)	(n=173)	(n=124)	(n=99)	(n=141)	(n=208)	(n=1015)	(n=219)	(n=87)	(n=268)
Hoe lang moest u wachten op de ingreep nadat u was geadviseerd de operatie te ondergaan? (%)											
• minder dan 1 maand (inclusief geen wachtperiode)	57	35	51	39	49	43	37	37	59	43	61
• 1 maand tot 4 maanden	28	44	47	58	40	39	42	47	33	32	32
• 4 maanden of langer	8	18	2	-	4	15	15	12	6	12	4
• Weet niet/wil geen antwoord geven	7	3	-	3	7	3	6	4	1	13	4
<i>Voor de respondenten die afgelopen 2 jaar SEH afdeling hebben bezocht</i>	(n=1171)	(n=1864)	(n=362)	(n=108)	(n=240)	(n=229)	(n=286)	(n=2603)	(n=460)	(n=239)	(n=691)
Hoe lang moest u wachten voordat u werd geholpen? (%)											
• < 30 minuten	36	23	14	10	41	38	35	33	36	30	35
• 30 minuten tot minder dan 1 uur	19	12	44	32	23	20	14	13	21	18	21
• 1 tot minder dan 2 uur	20	14	33	39	14	11	13	12	11	18	19
• 2 uur of meer	22	49	8	18	18	29	33	37	26	31	24
<i>Voor de respondenten die afgelopen 2 jaar SEH afdeling hebben bezocht en vaste dokter hebben</i>	(n=1063)	(n=1732)	(n=361)	(n=114)	(n=240)	(n=228)	(n=281)	(n=2451)	(n=428)	(n=226)	(n=608)
Had de aandoening waarvoor u de SEH bezocht, door uw huisarts behandeld kunnen worden als deze beschikbaar was geweest? (% ja)	28	41	20	42	33	31	40	32	36	29	47

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

6.1.5 Tabel A5. Arts-patiënt communicatie

	AUS (n=5248)	CAN (n=4547)	FR (n=1103)	DUI (n=1000)	NL (n=1227)	NZ (n=1000)	NO (n=1093)	ZWE (n=7124)	ZWIT (n=1520)	VK (n=1000)	VS (n=2001)
<i>Voor de respondenten met vaste huisarts en/of praktijk:</i>	(n=4936)	(n=4221)	(n=1096)	(n=990)	(n=1224)	(n=965)	(n=1073)	(n=6560)	(n=1366)	(n=937)	(n=1766)
Hoe vaak is het volgende van toepassing (% altijd): Uw huisarts ...											
... is op de hoogte van belangrijke informatie over uw medische achtergrond.	61	63	45	47	78	67	48	38	53	68	59
... neemt voldoende tijd voor u.	68	57	30	43	76	66	47	44	53	64	58
... betreft u in het nemen van beslissingen over zorg en behandeling, afgestemd op uw voorkeuren.	66	63	16	46	71	70	49	45	53	69	65
... legt zaken op een begrijpelijke manier uit.	77	70	30	48	80	71	54	52	62	73	71

	AUS (n=5248)	CAN (n=4547)	FR (n=1103)	DUI (n=1000)	NL (n=1227)	NZ (n=1000)	NO (n=1093)	ZWE (n=7124)	ZWIT (n=1520)	VK (n=1000)	VS (n=2001)
<i>Voor respondenten die afgelopen twee jaar in het ziekenhuis opgenomen zijn geweest</i>	(n=823)	(n=653)	(n=335)	(n=143)	(n=219)	(n=171)	(n=220)	(n=1274)	(n=351)	(n=159)	(n=338)
Werd u dan zo veel als u wilde betrokken bij de beslissingen over uw gezondheid en behandeling? (% ja)	87	82	75	96	91	84	85	81	94	90	83
Tijdens uw ziekenhuisverblijf, hoe vaak behandelden artsen u toen met beleefdheid en respect? (% altijd/vaak)	93	85	96	88	93	92	90	89	91	92	89
Tijdens uw ziekenhuisverblijf, hoe vaak behandelden het verplegend personeel u toen met beleefdheid en respect? (% altijd/vaak)	93	84	86	92	94	90	93	93	94	96	85
Heeft iemand u bij ontslag uitgelegd waarom u de verschillende medicijnen moest innemen? (% ja)	80	77	64	76	70	79	67	71	82	85	88
Toen u het ziekenhuis verliet, had het ziekenhuis toen iets georganiseerd of zeker gesteld dat u nazorg zou krijgen van een dokter of een andere gezondheidsprofessional? (% ja)	81	73	63	75	67	79	61	63	77	79	82
Heeft u bij ontslag schriftelijke informatie ontvangen over wat u na thuiskomst zou moeten doen en op welke symptomen u zou moeten letten? (% ja)	80	75	70	79	72	82	56	55	64	84	93
Was de huisarts of het personeel van uw huisartsenpraktijk op de hoogte van de zorg die u in het ziekenhuis ontvangen had na uw ontslag uit het ziekenhuis?	74	76	74	71	68	81	63	46	76	83	82

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

6.1.6 Tabel A6- Chronische zorg en gedragsfactoren met invloed op gezondheid en sociale context

	AUS (n=4936)	CAN (n=4221)	FR (n=1096)	DUI (n=99)	NL (n=990)	NZ (n=965)	NO (n=1073)	ZWE (n=6560)	ZWIT (n=1366)	VK (n=937)	VS (n=1749)
<i>Patiënten met tenminste een chronische aandoening</i>	N=2230	N=2675	N=440	N=407	N=492	N=463	N=597	N=4007	N=723	N=420	N=1231
Heeft u het afgelopen jaar, wanneer u zorg ontving, een zorgverlener gezien											
<ul style="list-style-type: none"> Die de belangrijkste doelstellingen of prioriteiten van uw medische zorg voor uw aandoening(en) met u heeft besproken (% ja) 	68	54	66	65	59	58	43	28	58	57	61
<ul style="list-style-type: none"> Die met u uw behandelingsopties besproken, inclusief mogelijke bijwerkingen (% ja) 	66	57	63	59	57	61	34	32	55	54	59
<ul style="list-style-type: none"> Die u een plan op papier heeft gegeven om uw eigen zorg te organiseren (% ja) 	48	27	53	44	37	48	16	17	25	41	44

	AUS (n=4936)	CAN (n=4221)	FR (n=1096)	DUI (n=99)	NL (n=990)	NZ (n=965)	NO (n=1073)	ZWE (n=6560)	ZWIT (n=1366)	VK (n=937)	VS (n=1749)
<i>Respondenten met tenminste een chronische aandoening en een vaste huisarts en/of praktijk</i>	N=2160	N=2584	N=438	N=407	N=492	N=458	N=587	N=3828	N=682	N=399	N=1145
<ul style="list-style-type: none"> Zijn er, buiten uw huisarts, andere zorgverleners zoals een verpleegkundige regelmatig betrokken bij uw gezondheidszorg – bijvoorbeeld iemand die testresultaten bespreekt of u adviseert over uw gezondheid? (%ja) 	27	22	29	44	30	41	22	32	17	42	35
<i>Voor patiënten met astma, diabetes, hartfalen, of hypertensie</i>	N=1549	N=1769	N=358	N=313	N=355	N=293	N=407	N=2636	N=467	N=292	N=878
Hoe zeker bent u van uzelf dat u uw gezondheidsproblemen onder controle hebt en kunt omgaan met uw gezondheidsprobleem? (% zeker/heel zeker)	89	88	71	83	86	97	90	83	92	92	91

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

6.1.7 Tabel A7- Gedragsfactoren met invloed op gezondheid en sociale context

	AUS (n=4936)	CAN (n=4221)	FR (n=1096)	DUI (n=99)	NL (n=990)	NZ (n=965)	NO (n=1073)	ZWE (n=6560)	ZWIT (n=1366)	VK (n=937)	VS (n=1749)
Rookt u sigaretten? (% ja)	23	22	28	34	24	17	28	14	23	22	19
<i>Respondenten met een vaste huisarts en/of praktijk</i>	N=4936	N=4221	N=1096	N=990	N=1224	N=965	N=1073	N=6560	N=1366	N=937	N=1766
Hebt u met uw huisarts of een andere zorgverlener in de praktijk, de afgelopen twee jaar gesproken over ... (% ja)											
• Gezond dieet en gezonde voeding (% ja)	45	50	34	26	40	45	27	25	34	42	67
• Lichaamsbeweging (% ja)	47	55	23	24	37	46	37	40	42	39	69
• De gezondheidsrisico's van roken en mogelijkheden om te stoppen (alleen bij rokers)	56	71	49	17	53	59	25	49	36	57	74
• Het gebruik van alcohol	25	23	9	8	25	23	9	20	11	25	33
• Dingen in uw leven waarover u zich zorgen maakt of die stress veroorzaken	34	35	16	15	25	31	28	24	32	27	41

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

6.1.8 Tabel A8. Eerstelijnszorg en toegankelijkheid

	AUS (n=5248)	CAN (n=4547)	FR (n=1103)	DUI (n=1000)	NL (n=1227)	NZ (n=1000)	NO (n=1093)	ZWE (n=7124)	ZWIT (n=1520)	VK (n=1000)	VS (n=2001)
Heeft u een vaste huisarts of vaste huisartsenpraktijk? (%)											
• Ja, vaste huisarts	86	85	99	98	99	89	95	42	85	81	77
• Ja, vaste praktijk	8	8		1	1	8	3	50	5	12	11
• Nee	6	7	1	1	*	4	2	8	10	6	12
<i>Voor respondenten met vaste huisarts en/of praktijk.</i>	n=4936	n=4221	n=1096	n=990	(n=1224)	n=965	n=1073	n=6560	n=1366	n=937	n=1766
Hoe lang bent u al bij uw huidige huisarts(-praktijk)? (%)											
• <1 jaar	5	9	3	3	4	6	10	11	10	4	16
• 1 tot <3 jaar	12	16	29	15	9	10	16	19	15	11	21
• 3 tot <5 jaar	17	11	26	17	11	15	11	14	11	15	14
• ≥5 jaar	61	63	42	65	76	67	60	54	63	69	49
<i>Voor respondenten met vaste huisarts en/of praktijk en ooit geprobeerd hebben te bellen</i>	(n=4936)	(n=4221)	(n=1096)	(n=990)	(n=1224)	(n=965)	(n=1073)	(n=6560)	(n=1366)	(n=937)	(n=1766)
Wanneer u uw huisartsenpraktijk belt met een medische vraag of probleem tijdens de normale praktijkuren, hoe vaak krijg u dan op dezelfde dag nog antwoord (% Altijd/Vaak)	76	59	86	79	75	74	65	61	76	68	68

	AUS (n=5248)	CAN (n=4547)	FR (n=1103)	DUI (n=1000)	NL (n=1227)	NZ (n=1000)	NO (n=1093)	ZWE (n=7124)	ZWIT (n=1520)	VK (n=1000)	VS (n=2001)
<i>Voor respondenten met vaste huisarts en/of praktijk.</i>	(n=4936)	(n=4221)	(n=1096)	(n=990)	(n=1224)	(n=965)	(n=1073)	(n=6560)	(n=1366)	(n=937)	(n=1766)
• Heeft u afgelopen 2 jaar uw huisarts ge-e-maild met een medische vraag? (% ja)	8	4	24	6	5	6	7	8	7	5	12
• Informatie over uw gezondheid online bekeken of gedownload zoals testen of laboratoriumuitslagen (% ja)	5	6	27	4	10	7	12	10	8	7	25

Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

6.1.9 Tabel A9. Zorgcoördinatie

	AUS (n=5248)	CAN (n=4547)	FR (n=1103)	DUI (n=1000)	NL (n=1227)	NZ (n=1000)	NO (n=1093)	ZWE (n=7124)	ZWIT (n=1520)	VK (n=1000)	VS (n=2001)
<i>Voor deelnemers die afgelopen 2 jaar opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis</i>	(n=810)	(n=632)	(n=332)	(n=143)	(n=219)	(n=169)	(n=218)	(n=1231)	(n=325)	(n=154)	(n=315)
Was uw huisarts op de hoogte van de zorg die u in het ziekenhuis ontvangen had na uw ontslag uit het ziekenhuis? (% ja)	74	76	74	71	68	81	63	57	76	83	81
<i>Voor deelnemers die afgelopen 2 jaar specialist hebben bezocht en vaste huisarts(-praktijk) hebben</i>	(n=2091)	(n=2182)	(n=635)	(n=454)	(n=587)	(n=401)	(n=600)	(n=3211)	(n=774)	(n=360)	(n=974)
Heb u de afgelopen 2 jaar meegemaakt toen u een medisch specialist zagdat de specialist niet over de medische basisinformatie beschikte van uw huisarts? (% ja)	11	13	22	13	16	8	14	18	19	13	17
... uw huisarts niet geïnformeerd leek en niet op de hoogte was van de zorg die u van de specialist had ontvangen? (% ja)	16	21	21	15	18	14	29	23	17	11	23
'Ja' op minimaal 1 van beide items (%)	20	27	25	19	28	17	35	31	26	20	31

	AUS (n=5248)	CAN (n=4547)	FR (n=1103)	DUI (n=1000)	NL (n=1227)	NZ (n=1000)	NO (n=1093)	ZWE (n=7124)	ZWIT (n=1520)	VK (n=1000)	VS (n=2001)
<i>Voor de respondenten met vaste huisarts en/of praktijk</i>	(n=4936)	(n=4221)	(n=1096)	(n=990)	(n=1224)	(n=965)	(n=1073)	(n=6560)	(n=1366)	(n=937)	(n=1766)
Hoe vaak helpt uw huisarts of iemand anders in de praktijk u bij het coördineren van zorg die u van andere artsen en op andere plaatsen ontvangt?											
• Altijd	46	51	14	16	38	44	27	21	41	44	44
• Vaak	20	19	47	38	14	24	17	10	22	16	22
• Soms	10	11	18	26	7	8	7	7	8	9	15
• Zelden	6	9	18	9	11	8	16	13	6	11	11

Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

6.1.10 Tabel A10. Veiligheid en medische fouten

	AUS (n=5248)	CAN (n=4547)	FR (n=1103)	DUI (n=1000)	NL (n=1227)	NZ (n=1000)	NO (n=1093)	ZWE (n=7124)	ZWIT (n=1520)	VK (n=1000)	VS (n=2001)
Is het de afgelopen 2 jaar voorgekomen bij de behandeling van een medisch probleem dat ...											
... testresultaten of medische dossiers niet beschikbaar waren tijdens de afspraak met de arts? (% ja)	5	8	13	6	5	7	7	8	6	6	11
... u tegenstrijdige informatie ontving van verschillende artsen of zorgverleners? (% ja)	13	17	9	8	8	15	20	20	16	12	17
... artsen een medisch onderzoek hadden aangevraagd dat volgens u onnodig was omdat het onderzoek al had plaatsgevonden? (% ja)	6	6	20	6	3	4	6	5	9	5	11
Heeft u de afgelopen 2 jaar verkeerde medicijnen of dosering gekregen? (% ja)	3	5	4	4	5	5	7	6	6	4	5
Is er naar uw mening tijdens uw behandeling of verzorging de afgelopen 2 jaar een medische fout gemaakt? (% ja)	4	7	4	3	4	6	12	9	10	4	9

	AUS (n=5248)	CAN (n=4547)	FR (n=1103)	DUI (n=1000)	NL (n=1227)	NZ (n=1000)	NO (n=1093)	ZWE (n=7124)	ZWIT (n=1520)	VK (n=1000)	VS (n=2001)
<i>Voor deelnemers die afgelopen 2 jaar medische test hebben gehad</i>	(n=3644)	(n=3493)	(n=749)	(n=484)	(n=726)	(n=700)	(n=932)	(n=5258)	(n=1111)	(n=612)	(n=1503)
Heeft u de afgelopen 2 jaar... ... vertraging ervaren in het op de hoogte worden gesteld van afwijkende onderzoeksresultaten? (% ja)	6	7	6	2	4	8	10	9	3	6	10
...de verkeerde uitslagen gekregen van een medisch onderzoek? (% ja)	5	5	6	2	2	5	3	3	3	4	8

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

6.1.11 Tabel A11. Financiële toegankelijkheid

	AUS (n=5248)	CAN (n=4547)	FR (n=1103)	DUI (n=1000)	NL (n=1227)	NZ (n=1000)	NO (n=1093)	ZWE (n=7124)	ZWIT (n=1520)	VK (n=1000)	VS (n=2001)
Is het de afgelopen 12 maanden voorgekomen dat u ... (% ja) ... een medisch probleem had, maar vanwege de kosten geen arts heeft bezocht?	9	6	9	3	3	14	5	3	16	4	22
... vanwege de kosten afgezien hebt van een door een arts aanbevolen medisch onderzoek, behandeling of nabehandeling?	7	6	12	5	4	10	4	3	10	3	19
... vanwege de kosten een recept voor medicijnen niet hebt afgehaald of doseringen van uw medicijn hebt overgeslagen?	6	10	4	3	4	6	3	6	9	2	18
Heeft u in de afgelopen 12 maanden een keer uw tandheelkundige zorg of controles wegens kosten overgeslagen (% ja)	21	28	23	14	11	22	22	19	21	11	32
Is het de afgelopen 12 maanden voorgekomen dat ... (% ja) ... u serieuze problemen had om uw rekeningen voor medische zorg te betalen of dat u uw rekeningen in het geheel niet kon betalen?	5	6	23	4	7	5	8	5	11	1	19
... u veel tijd heeft besteed aan administratie of geschillen met betrekking tot rekeningen voor medische zorg?	5	5	28	5	8	3	5	3	11	0	16

	AUS (n=5248)	CAN (n=4547)	FR (n=1103)	DUI (n=1000)	NL (n=1227)	NZ (n=1000)	NO (n=1093)	ZWE (n=7124)	ZWIT (n=1520)	VK (n=1000)	VS (n=2001)
... uw zorgverzekering weigerde te betalen voor uw zorg of niet zoveel betaald dan dat u verwacht had?	9	14	24	8	8	2	2	2	12	1	27
Hoeveel heeft uw gezin de afgelopen 12 maanden zelf betaald voor medische behandelingen of diensten die niet werden gedekt door uw ziektekostenverzekering (in US dollars; %)?											
• Minder dan \$100	38	41	38	41	46	44	28	36	15	66	25
• \$100 tot minder dan \$1000	38	40	47	52	38	44	53	52	33	27	34
• meer dan \$1000	16	15	7	5	7	7	13	4	46	4	36
Mediane bedrag	188	152	168	168	84	134	269	180	867	-	500
Gemiddelde bedrag	636	718	368	305	295	325	602	289	3531	214	1726

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

6.1.12 Tabel A12. Ziektekostenverzekering

	AUS (n=5248)	CAN (n=4547)	FRA (n=1103)	DUI (n=1000)	NL (n=1227)	NZ (n=1000)	NO (n=1093)	ZWE (n=7124)	ZWIT (n=1520)	VK (n=1000)	VS (n=2001)
Heeft u naast uw basisverzekering een aanvullende ziektekostenverzekering? (% ja)	39	59	80	20	74	31	47	28	76	15	
Hoe vaak bent u de afgelopen 3 jaar overgestapt naar een andere ziektekostenverzekeraar? (% ja)											
<ul style="list-style-type: none"> • nooit • 1 keer • 2 keer of vaker • Ben gedurende de laatste 3 jaar niet verzekerd geweest 				92 8 1	82 15 2				77 19 2		
Wat is het jaarlijkse bedrag dat u zelf moet betalen? (%)											
<ul style="list-style-type: none"> • €0 • €100 • €200 • €300 • €400 • €500 					69 3 2 1 1 5						

AUS = Australië; DUI = Duitsland; NL = Nederland; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten;

NB. Deze vragen zijn in deze vorm niet gesteld in Canada, Frankrijk, Nieuw Zeeland, Noorwegen, Zweden en het Verenigd Koninkrijk.

6.1.13 Tabel A13. Vertrouwen / kwaliteitsoordeel

6.1.13.1 Visie op het gezondheidszorgsysteem in Nederland, 2006-2016.

Welke van de volgende beweringen komen het dichtst in de buurt van uw visie op de gezondheidszorg in Nederland? (%)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	Huisarts N=1067	Burger N=1557	Patiënt N=928	Huisarts N=614	Burger N=1001	Patiënt N=1000	Huisarts N=522	Burger N=1000	55+ers N=1000	Huisarts N=618	Burger N=1227
In grote lijnen werkt het gezondheidszorgsysteem redelijk goed en er zijn slechts kleine aanpassingen nodig om het nog beter te laten werken	52	42	41	60	51	46	52	49	41	50	43
Er zijn goede dingen in ons gezondheidszorgsysteem, maar essentiële veranderingen zijn nodig om het beter te laten werken.	44	49	49	37	41	35	41	43	34	46	46
Er is zoveel mis met ons gezondheidszorgsysteem dat we het helemaal opnieuw zouden moeten inrichten.	4	9	7	1	7	10	2	5	19	2	8

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

6.1.13.2 Visie op het gezondheidszorgsysteem en de kwaliteit van de geleverde zorg.

	AUS (n=5248)	CAN (n=4547)	FR (n=1103)	DUI (n=1000)	NL (n=1227)	NZ (n=1000)	NO (n=1093)	ZWE (n=7124)	ZWIT (n=1520)	VK (n=1000)	VS (n=2001)
Hoe denkt men over het functioneren van het gezondheidszorgsysteem in eigen land? (%)											
• In grote lijnen werkt het goed	44	35	54	60	43	41	59	31	58	44	19
• Essentiële veranderingen zijn nodig om het te verbeteren	46	55	41	37	46	52	33	58	37	46	53
• Het systeem moet helemaal opnieuw ingericht worden	4	9	4	3	8	6	5	8	3	7	23
<i>Voor respondenten die afgelopen jaar zorg hebben ontvangen</i>	(n=4936)	(n=4221)	(n=1096)	(n=990)	(n=1224)	(n=965)	(n=1073)	(n=6560)	(n=1366)	(n=937)	(n=1766)
Hoe beoordeelt u over het geheel genomen de medische zorg die u de afgelopen 12 maanden hebt ontvangen van uw huisartsenpraktijk? ¹ (%)											
• Uitstekend	35	42	8	10	35	39	35	19	25	34	41
• Zeer goed	38	32	52	44	27	40	29	20	39	36	32
• Goed	15	14	27	42	21	14	19	25	22	16	18
• Redelijk	2	6	9	3	5	2	7	10	4	4	6
• Slecht	1	2	2	*	1	1	3	5	*	3	2

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

¹ Overige respondenten hebben geen zorg ontvangen.