

**(How) do patients choose a healthcare  
provider?**

**(Hoe) kiezen patiënten een zorgaanbieder?**

**Proefschrift**

ter verkrijging van de graad van doctor aan Tilburg University  
op gezag van de rector magnificus, prof. dr. Ph. Eijlander, in het  
openbaar te verdedigen ten overstaan van een door het college  
voor promoties aangewezen commissie in de aula van de  
Universiteit op vrijdag 29 mei 2015 om 10.15 uur

**door**

Aafke Victoor  
geboren op 18 mei 1984  
te Utrecht

# 8

## Summary and discussion

In several Western countries, patient choice is a pivotal element in today's healthcare policy. It has multiple goals, an important one being to encourage providers to compete with each other. In this context, patients are enabled and encouraged to actively choose a healthcare provider or, in other words, to make a deliberate, rational choice between healthcare providers based on comparative quality and cost information. In theory, the money follows the patients and so patients who choose actively make healthcare providers compete for them by improving the care they deliver. Ultimately, this should lead to more efficient healthcare at a higher level of quality. Patient choice is also a goal in itself. Empowering patients by giving them the right and the opportunity to make autonomous provider choices is believed to be an important asset for patients. The goal of this thesis was to test these policy assumptions regarding patient choice of healthcare providers against the reality. Firstly, it provides insight into how patients actually choose a healthcare provider. Secondly, it investigates if patient choice (both the opportunity to choose and actively doing so) could bring about the intended effects. This was done by examining whether a relationship exists between patients' healthcare provider selection processes and the perceived quality of care.

The goals of Part 1 of this thesis were: 1) to get a better understanding of the concept of "patient choice of healthcare providers" as postulated in the supporting documentation for healthcare system reform; and 2) to provide a picture of what is already known about patient choice in existing literature. A policy analysis and a scoping review were conducted. Because existing research indicated that patients do not normally make active choices about healthcare providers, the second part of the thesis investigated how patients then choose, or "end up at", a particular hospital and which factors influence their process of making a choice. The proximity of providers, the availability of alternative options and the advice given by the general practitioner (GP) were found to be important determinants of patients' choice of providers. Therefore, the influence of these factors on whether or not patients make an active choice was also investigated in more detail in this part of the thesis. Finally, in the third part of the thesis, we studied the relationship between patients' hospital selection process and the quality of care they experience, i.e. whether specific patient groups perceive having received higher quality care than other groups. This provides insight into whether patient choice could lead to higher quality care, both overall and for individual patients, as expected by policy makers.

In this final chapter, I will summarize the key findings for each research question formulated in Chapter 1 and elaborate on the implications of the study outcomes for both the scientific literature and policy. Policy recommendations and research suggestions are offered.

## **Main Findings**

### **Part 1**

*Research question 1: What assumptions did policy makers have about patients' choice of healthcare providers when the new Dutch healthcare system was developed?*

Patient choice of healthcare providers is both a goal in itself and a pivotal element in a system where regulated competition between healthcare providers is key to controlling the evolution of costs and improving and safeguarding the quality, efficiency and accessibility of healthcare. Within the context of regulated competition, patients are expected to behave as rational actors and to make active choices of healthcare providers: based on comparative information, from all available alternative providers, patients ought to deliberately choose the one that delivers the cheapest, highest quality care. The policy analysis we conducted indicates that policy makers assume that if certain conditions are satisfied, patients will make active provider choices. Those conditions are: that patients are willing and able to choose, travel and switch provider; that sufficient quality and costs information is available to inform patients; that there are enough healthcare providers to choose between; and that patients are free to choose their healthcare provider. Several instruments have been put in place to ensure that patients can act as consumers on the healthcare market. For instance comparative quality information is provided to make sure that patients are well-informed. The government obliges providers to publish understandable, effective and correct comparative information. Other actors also contribute to the availability of comparative information, such as patient organizations. However, much less attention has been paid to the willingness and ability of patients to choose a provider. Also, the consequences on equity of outcomes if several patient groups are less inclined or capable to choose actively has received little attention. The same

conditions and instruments are important for patient choice as a goal in itself, especially the right to freely choose a healthcare provider.

*Research question 2: What is already known about whether and how patients choose a specific healthcare provider and the provider characteristics they base their choice on?*

Patient choice of a healthcare provider does not seem to be as straightforward a process as is sometimes assumed in health policy. Our literature review indicates that patients' choices are determined by a complex interplay between a variety of patient and provider characteristics. There is no such thing as the typical patient: different patients make different choices in different situations. Additionally, research indicates that patients do not, generally, choose actively. Reasons are that a substantial proportion of patients do not think active choice is very important, that choice opportunities are limited for many patients and that the available information is not enough or unsuitable for basing decisions on. Because most patients are unable and/or unwilling to make an active choice, there is a difference between the provider characteristics that patients say they base their decision on and how they end up at a particular provider in real life. Although patients seem to attach importance to comparative information in hypothetical situations, in real life they visit the default provider. The default effect means that people do not take action or, in the patient choice context, do not actively choose a provider but simply visit the standard option. Examples of the default option are the nearest provider, the one patients have visited before or the one they are referred to. Additionally, patients base their decisions not only on outcome quality indicators but also on a variety of provider characteristics. In fact, although the importance attached to the different characteristics varies among the patient groups; structure (opening hours, facilities) and – in particular – process indicators (e.g. communication, information) are generally more important than outcome indicators (patient experiences, mortality rates). It can thus be argued that the choice process is much more complex than is often assumed.

## Part 2

*Research question 3: How do patients either choose or “end up at” a particular hospital and which factors determine patients’ processes when choosing a hospital?*

Interviews with hospital patients were used for identifying various factors that act as barriers to or stimuli/enablers for active choice of providers. Most patients took the default hospital mainly because making an active choice was not an important issue for them. Patients often had no reason to make an active choice. The default hospital was for example nearby and they were content with the care they had previously received there. Others felt that they did not have any opportunity to choose, for example because they had no alternative choices in their environment or had already embarked upon one care path and it was hard or illogical for them to switch providers. Based on these factors and the extent to which their choice was active, we classified patients into patient groups regarding the way they choose or “end up at” a particular hospital. A subsequent quantitative study provided insights into the relative sizes of the different groups in a research sample that was representative for Dutch hospital patients. The patient groups that we identified were:

1. Patients without an opportunity to choose (37%): Patients who explicitly state they have no opportunity to choose, often because they have already embarked upon a care path. For instance, their GP may refer them to a particular hospital, their care history is known there or they do not know their diagnosis in advance and consequently cannot choose a hospital that specializes in their condition (they stay at the hospital they ended up at initially because it is illogical or inconvenient to switch to another hospital).
2. Passive patients (21%): Patients who simply attend the default hospital without giving it any thought. Choice is a trivial issue for these patients. For instance, they already knew which hospital they would go to, or they end up somewhere and it is sensible to stay there or to think that there would not be any quality differences.
3. Default choosers (27%): Patients who deliberately choose the default hospital and do not want to visit another one. Having the opportunity to choose is important for these patients, but only to make sure they are able to visit the default provider. Although they regard the issue of making an

active hospital choice as trivial, they still value the opportunity to visit a particular hospital, mainly out of loyalty or for practical reasons. They may for instance find that other hospitals are too far away or that visiting another hospital would be too much trouble.

4. Patients exhibiting choice behaviour (14%): Patients who use information about hospitals in order to help them choose one and/or consider attending another hospital. Most of them are prompted to make an active choice of a hospital. They want a second opinion, for instance, or have had a bad experience at a particular hospital. However, some of them do correspond to the image of the autonomous healthcare consumer, regardless of the situation. They believe that differences in quality between hospitals do exist and that it is perfectly possible to make an active choice. Consistently with existing literature, only a small part of this group (around 5%) of all patients can be considered as truly active, in that they both considered attending another hospital *and* used information about hospitals in the selection process. The rest of this group only exhibited one of these activity traits.

*Research question 4: To what degree does the availability of a realistic alternative in terms of its absolute proximity from a patient's home address determine the intention to make an active choice?*

We found that the majority of patients do not search for comparative information about hospitals/specialists when they need hospital care. Whether patients searched for information was influenced by the availability of a realistic alternative in terms of its absolute proximity. However, this influence was not the same for everyone. Older, less educated patients were less likely to search for information when they live further away from their nearest alternative hospital. Furthermore, people with long-term conditions were less likely to search for information and women were more likely to do so.

*Research question 5: At the point of referral, what is the role of the patient in choosing a healthcare provider and to what extent do GPs help patients make an active choice of a healthcare provider?*

From the observations of patient-GP consultations, it seems that the policy on patient choice is not reflected in daily practice. The majority of patients

had little input in the choice of a healthcare provider at the point of referral by their GP. Their GPs took the initiative for these referrals and chose a healthcare provider for these patients, asking only for patients' preferences in some of the consultations. They did not discuss alternative referral options. They indicated a preference for a specific healthcare provider but did not explain why. When they gave information it was solely practical. However, differences exist in the roles that GPs and patients play in the choice of a healthcare provider at the point of referral. A minority of patients chose a healthcare provider themselves without the GP restricting their set of choices. These patients did not necessarily make a deliberate choice based on comparative information, as is expected according to the policy on patient choice, but they did at least play a more active role in the choice of a provider at the point of referral. In the case of these patients, their GP seemed to have supported them in becoming actively involved in their choice of a healthcare provider. The process that patients follow from their first demand for care until the end of their treatment, known as the "healthcare path", seemed to have had some influence on the amount of input that patients had in their own referral destination. Patients who were referred for diagnostic purposes seem to have had less input into their choice of provider than patients who were referred for treatment.

### **Part 3**

*Research question 6: Is there a relationship between patients' healthcare provider selection processes and the perceived quality of care?*

The policy theory underlying the promotion of patient choice implies that a relationship should exist between patients' healthcare provider selection processes (the four patient groups we found in Chapter 4) and the quality of the care patients reported having received at the hospital they went to. Our study shows that this relationship does indeed exist. Patients who exhibited choice behaviour reported more substantial health improvements after their hospital visits than passive patients who simply attended the default hospital without prior consideration. In addition, patients exhibiting choice behaviour gave lower scores on two of the three patient experience measures we used. This could indicate that they have higher expectations and are more critical regarding the care they receive and that they make more active choices as a consequence. However, as relatively few patients made truly active hospital choices and many reported a lack of opportunity



to choose, it is open to question whether patient choice could really function as an instrument to enhance the quality of care.

We found too that a relationship between *having an opportunity to choose* and the perceived quality of care is at least as strong as that between *choice activity* and the perceived quality of care. Patients who had the opportunity to choose a hospital - but did not necessarily make use of this opportunity - reported better patient experiences than their counterparts. The positive relationship between having choice opportunity and the perceived quality of care indicates that patient choice, as policy makers expected, is an important benefit for patients. Even though most patients did not actively choose the highest quality hospital, patients have a better care experience if they have the right and opportunity - i.e. the autonomy - to attend the hospital of their preference.

## **Methodological reflection**

Strengths and limitations have already been given for each individual study. However, the most important ones are stressed in this paragraph. Firstly, contrary to most other research on patient choice, this thesis does not assume that choosing a provider is a deliberate action. Consequently, it does not focus on patients' preferences regarding provider characteristics but starts from the assumption that patients differ in their intentions and opportunities to make a choice. Patients might not be bothered about the choice of a provider, simply because there is no reason for them to be. In healthcare, patients tend to focus their time and energy on their health problem, while relying on the expertise of their doctors to treat them in the best possible way and make choices on their behalf. We found that patients will only choose when something happens, such as a bad experience with the default provider, and when patients have the opportunity to make a choice. Only then do their preferences regarding provider characteristics become important. A second strength is that we focused primarily on choices that were made in real choice situations. The scoping review we conducted pointed out that relatively few studies analysed real choices, using experimental designs instead. There is a difference between the factors that patients say they find important and the ones they actually base their decisions on. It is therefore important to focus on real choice situations if you want to know how patients really choose. An important limitation of this

thesis concerns the fact that we did not study the relationship between patients' healthcare provider selection processes and the objective quality of care. We can therefore only say that patient choice might be able to function as an instrument to enhance quality of care and not that it really does work as such an instrument. Follow-up research should study whether patients who exhibited choice behaviour select hospitals of higher quality according to existing comparative information. Another limitation is that the study into the relationship between patients' healthcare provider selection processes and the perceived quality of care did not provide insights into why the two concepts are related. Based on the policy theory, we assumed that active patients experience better care because they chose a better hospital and that patients who have the opportunity to choose experience better care because having the opportunity to choose is an important benefit for patients. However, the relationship between patient choice and perceived quality of care might be attributable to different mechanisms. For instance, the fact that some patient groups reported better patient experiences and patient reported outcomes might be less an effect of choice on quality than a result of "cognitive dissonance" ("because I chose this hospital, it must be a good one"). Future research should clarify this issue.

## **Implications**

In the introduction, a distinction was made between "choice in practice" and "choice in policy theory". This distinction is made again below while elaborating on the implications of the study outcomes. Firstly, our findings will be compared to existing literature and suggestions for future research will be defined. The meaning of our findings for policy on patient choice will subsequently be outlined and recommendations for policy makers will be given.

### **Choice in practice**

Consistently with existing literature,<sup>(1)</sup> this thesis indicates that most patients do not actively choose a healthcare provider. They either have the feeling that they do not have the opportunity to choose, or they go to the default provider, for instance the nearest one. This was also found by earlier studies.<sup>(2-7)</sup> Although some patients with specific characteristics are generally more inclined to make an active choice of provider,<sup>(8)</sup> patients only adopt the

consumer role if they do not have a relationship with a provider yet, or in specific situations (for instance if they had a bad care experience).<sup>(1,9-11)</sup> In the introduction, several concepts and theories were specified that lead to the following explanations for the fact that patients often go to the default provider instead of actively choosing one: 1) patients are loyal to their current or local provider; 2) patients often do not have the opportunity to choose; 3) many patients see no reason to make an active choice and 4) people are generally not able to make completely rational choices. Our research indicates that all of them are plausible.

Firstly, even though most patients did not actively choose the highest quality provider, a significant proportion of them still valued having autonomy or, in other words, having the right and opportunity to choose a provider, because that ensured that they could attend the default provider. This is in line with existing literature.<sup>(12)</sup> While the uptake of active choice is slow,<sup>(2)</sup> patients do have certain preferences and therefore value the opportunity to visit “their hospital”.<sup>(13)</sup> As is often claimed, the right and opportunity to choose enhance our lives.<sup>(14,15)</sup> The fact that patients prefer to visit the default provider complies with the organizational theory of Hirschman. According to that theory, patients who are not satisfied with the performance of a healthcare provider are assumed to leave (exit) or to give voice to their dissatisfaction (voice). Whether or not to stay largely depends on the degree of loyalty of the patients to the specific provider (loyalty).<sup>(16)</sup> Our findings indicate that patients are indeed loyal to the default provider or to the physician who chose it on their behalf. We even found that, although having a bad experience with the default hospital prompts patients to bypass it, some of them select an alternative hospital only for a specific specialty. Some patients even stayed with, or went back to, the default hospital once their consultant had apologized.

The second explanation is that patients often do not have the opportunity to choose. We did indeed find that a large group of patients explicitly stated they had no opportunity to choose, primarily because of their healthcare pathway. It seems that the nature of healthcare does not lend itself for making rational choices. Existing literature also indicates that, although the logic (meaningful coherent cluster of ways of thinking and doing) of choosing is consistent with the workings of free markets where autonomous people make choices between clearly-defined products, it does not fit in well with the day-to-day reality of healthcare.<sup>(17)</sup> For instance, although several choice options are needed for patients to choose between, there are often no

realistic alternatives in healthcare. We did indeed find that the availability of choice alternatives positively influences the degree to which patients' choices are active, which is consistent with existing literature.<sup>(18)</sup> The logic of caring seems to describe the ways of thinking and doing in health care better than the logic of choosing. The logic of caring assumes that caring rather than choosing matter more in healthcare. Care is not a product but a process that patients follow from their first demand for care until the end of their treatment. This is known as the "healthcare path". Patients' healthcare paths do not always allow for choices. We did indeed find, consistently with the logic of caring, that hospital patients who were interviewed felt that they were already sitting in a moving train and it was hard or illogical for them to get off that train. They did not know their diagnosis in advance or thought that they only had a minor problem. Consequently, they could not choose a hospital that specialized in their condition or thought that choosing a high-quality hospital was unnecessary. Once they were diagnosed, it was easier to stay at their current hospital. Our study focusing on the moment of referral by patients' GP also highlighted the importance of patients' healthcare path. Patients who did not know their diagnosis in advance more often let their GP decide on a provider.

The third explanation is that patients are not bothered about the choice of a hospital, because they see no reason to make an active choice. The default hospital is, for example, nearby and they are content with the care they had previously received there. Patients expect sufficiently high quality care wherever they go. This also corresponds to the logic of caring, which assumes that caring is not about choosing. In healthcare, patients tend to focus their time and energy on their health problem, while relying on the expertise of their doctors to treat them in the best possible way.

Finally, it is often claimed that people in general are unable to make completely rational choices,<sup>(4)</sup> both because they have insufficient cognitive abilities to make rational choices and because there are imperfections in the market. In the case of healthcare, usable information to guide the choice of provider is scarce, for example,<sup>(19)</sup> which means that patients are insufficiently well informed to make educated choices.<sup>(20)</sup> Consequently, as is often claimed, decision making is subject to biases and heuristics to simplify the choice problem. For instance, patients opt for the first alternative that is satisfactory and are biased in favour of the current provider, i.e. the default option.<sup>(4,21-23)</sup> We did indeed find that patients do not consider themselves

experts on the quality of hospitals. They indicated that they do not have a good picture of the quality of the care that is delivered at other hospitals.

Relying on the GP to choose a hospital on their behalf or visiting the hospital they are familiar with were ways patients coped with this lack of insight.

#### *Differences between patients*

Although most patients do not have a reason to be bothered about the choice of a provider or do not even have the opportunity to choose, an important finding of this thesis is that patients differ in the way they choose a healthcare provider. Consistently with existing research (e.g. (8, 24)), various factors were found to form barriers or alternatively were enablers/facilitators of active choice. They were divided into patient characteristics (e.g. age); provider characteristics (e.g. teaching hospital); healthcare system characteristics (e.g. number of alternative providers); and interaction factors - factors related to both the healthcare sector and the patients (e.g. GP referrals and patients' healthcare paths).

Female, younger, better educated patients and those with a higher income (patient characteristics) are for instance more inclined to exhibit choice behaviour. Existing research (e.g. (12, 24)) claims that these patients have better access to healthcare services. According to Dusheiko, the better educated or economically advantaged are more health literate, better informed and more mobile and have higher expectations about the possibility of obtaining improved treatment elsewhere. Consequently, they can afford the increased search and travel costs, obtaining faster access to the best services.<sup>(12)</sup> Also, patients living in areas where alternative choice options are nearby (a healthcare system characteristic) have greater accessibility to healthcare services. These patients are more inclined to make an active choice than patients living in an area without local alternatives.<sup>(18)</sup>

Patients also differ in whether or not they are prompted to make an active choice. For instance, consistently with existing literature, we found that although patients often rely on the GP to choose a hospital on their behalf (interaction factor), GPs vary considerably in the extent to which they actively support patient choice.<sup>(25)</sup> Consequently, patients differ in the amount of input they have in the decision about their referral destination at the point of referral. In addition, some patients encounter situations during their healthcare pathway that enable and encourage them to make an active choice, while (consistently with the "logic of caring"<sup>(17)</sup>) most do not. For

instance, we found that patients who did not know or suspect their diagnosis in advance and were referred for diagnostic purposes had less input in their choice of a provider at the point of referral than patients who were referred for treatment. Once they embarked on a path of care, it was illogical or inconvenient for them to make an active choice. On the other hand, some patients were offered the opportunity to choose another provider by their current physician or had a bad experience with that physician which prompted them to switch providers.

#### *Future research*

Although this thesis is a valuable contribution to existing literature because it has acquired insights into patients' provider choice processes by studying real choice situations, several suggestions for follow-up research can be considered:

- In this thesis, the relationship between patients' healthcare provider selection processes and the perceived quality of care was investigated. Follow-up research should be conducted into the relationship between patients' healthcare provider selection processes and the objective quality of care, for instance by studying whether patients who exhibited choice behaviour selected hospitals of higher quality according to existing comparative information.
- Because the study into the relationship between patients' healthcare provider selection processes and the perceived quality of care did not provide insights into why the two concepts are related, follow-up research should provide insights into the underlying mechanisms of the relationship between patient choice and the perceived quality of care.
- This thesis indicates that active patients are more critical about the care they receive and that active choice is associated with higher patient reported outcome measures (PROMS). On the other hand, not many patients actively choose a healthcare provider. Future research should investigate whether the competitive pressure arising from patients in the healthcare provider market is a sufficient stimulus for providers to improve the care they deliver. Additionally, it would be a good idea to study whether there is any reason to fear healthcare providers adjusting the care they deliver only for active patients, and thus neglecting the larger group of patients who do not choose actively. However, to be able to investigate the latter issue, it is first necessary to acquire insights into

the characteristics of the patients belonging to the different patient groups we defined.

- Future research should therefore investigate whether the patient groups differ from each other with regard to several factors that are found to influence choice activity and opportunity in existing literature, for instance the extent to which patients' illness influences their life (illness perception). As well as allowing an answer to the question of whether care might only be adjusted for specific patient groups, research into the differences between the groups provides more insight into the situations in which patients do and do not make active choices and enables policy makers to focus any measures that are taken to enable/encourage patient choice on the different groups identified. The current study already showed that the groups differ from each other in terms of their demographics, which is consistent with existing literature. It is however worth noting that the way patients choose a provider is not a static patient characteristic. The typology is based on patients' choice behaviour, and not on e.g. their demographic characteristics. Although some patients are more inclined to make active choices than their counterparts, any one patient might probably choose differently in another situation and consequently belong to another patient group in that situation. Although older patients tend to be willing to visit the default hospital, if they think that their illness will have a large influence, they may actively choose nevertheless.
- Policy on patient choice concerns the choice of all kinds of providers, while this thesis mainly focused on the choice of a hospital. Although existing literature does not indicate that the choice of any other kind of provider is processed very differently, future research could investigate how patients choose other kinds of providers, for instance a physiotherapist, in more detail. If patients' choices of these providers are more active, we could learn from these choice situations and apply this knowledge to the choice of a hospital. This also applies to situations in which it is more likely for patients to actively choose a hospital, for instance when they need to visit a hospital for an illness about which sufficient information is available, such as breast cancer. It would also be interesting to study the choices of patients who visited a hospital or independent treatment facility specializing in a few specific conditions, since it is more likely that their provider choice had been active.

- Patients might be more active regarding the choice of a treatment. Future research should investigate patients' processes when choosing a treatment. Knowledge about patient choice of a treatment could also be applied to the choice of a provider.
- Finally, patients' healthcare paths (the process that patients follow from their first demand for care until the end of their treatment) were found to be an important determinant of patients' choice process. It would be interesting to get more insights into patients' healthcare path, for instance the progression of their healthcare path, the choices they can and have to make on this path, whether they are aware of those choice moments or not and the process of making a choice, the problems they encounter and needs they have at these moments. Future research could, for example, follow patients along their healthcare path.

### **Choice in policy theory**

As explained in the introduction, the assumption that critical patients prompt providers to compete with each other, leading to more efficient and better care is based on two theories: 1) the theory of managed competition developed by Enthoven;<sup>(26)</sup> and 2) the organizational theory of Hirschman.<sup>(16)</sup> From the theory of managed competition, it is assumed that patients actively choose a healthcare provider. From the organizational theory developed by Hirschman,<sup>(23)</sup> it is assumed that patients who are not content with the care delivered by a provider "punish" them by going elsewhere (exit) or stay and attempt to improve the services by giving voice to their dissatisfaction (voice). In both scenario's, providers seeking to maximize profits must compete to obtain and retain patients as their clients by adjusting the care they deliver to suit patients' needs and wishes, because the money follows the patients.<sup>(19)</sup> Because there are imperfections in the healthcare market, competition between providers is "managed".<sup>(19)</sup> This means that a "sponsor" acting on behalf of the patients establishes rules to create and sustain a free and fair healthcare market,<sup>(26)</sup> for instance rules to ensure that the conditions for patient choice are satisfied. Those conditions are: patients are willing/able to choose, travel and switch provider; sufficient quality and cost information is available to inform patients; there are sufficient healthcare providers to choose between; and patients are free to choose their healthcare provider.

This thesis indicates that the conditions that policy makers considered necessary to enable and encourage patient choice are not or are not yet



satisfied, especially patients' ability and willingness to choose a provider. Partly because of this, patients' processes of choosing a provider proceed differently than expected by policy makers. In practice, few patients exhibit choice behaviour activity and only some of these patients are truly active. Although some barriers to choice we identified might be reduced by satisfying the conditions for patient choice, many others are inherent in the healthcare sector. The logic of choosing simply does not seem to fit into healthcare. The process of "ending up at a specific provider" does not resemble that the action of selecting an energy supplier, for instance. Policy makers might therefore need to adjust their expectations regarding the way patients choose a provider and the effects patient choice will have on the overall quality of care.

On the other hand, however, not all patients need to make an active choice for competition to be encouraged. In fact, as per the organizational theory of Hirschman, active patients provide the hospital with a feedback mechanism that triggers an effort to improve while the passive patients provide it with the funds needed for that improvement.<sup>(16)</sup> In addition, we found that patients who exhibit choice behaviour had a greater health gain resulting from their treatment and were more critical regarding the patient-centredness of the care they received. Therefore, patient choice might function as an instrument to enhance quality to some extent. Whether the competitive pressure arising from patients in the provider market is sufficient for encouraging providers to improve the care they deliver remains unknown, however.

In any event, patients do value the opportunity to have more autonomy regarding the choice of a provider. We found that patients who indicated that they did not have the opportunity to freely choose a provider reported worse patient experiences than their counterparts. Because of this and because some patients do make active choices, patient choice is still a worthwhile effort for patients if it enables them to choose a provider freely and helps them make the right choices. For instance, patients could be made aware of their right to choose at several moments during their healthcare pathway and of the relevance of choosing a hospital that is best able to help them.

### *Policy recommendations*

The findings of this thesis lead to the following policy recommendations:

- One reason why few patients actively choose a healthcare provider is that they believe that they lack the opportunity to choose a provider freely. Although many of the barriers to active choice that we identified are inherent in the healthcare sector, careful consideration should be given to the question of how healthcare could be organized to enable and encourage patient choice. Currently, healthcare is not focused on or suitable for making active choices. Consequently, patients do not have clear moments during their healthcare pathway at which they could make an active choice of provider. For instance, at the moment of referral by the GP, many patients do not know their diagnosis yet and so the choice of a provider seems trivial and hard to make. In Chapter 6 of this thesis, it was found that patients who were referred for diagnostic purposes seem to have had less input into their choice of provider. And when patients are diagnosed at the hospital they ended up at initially, it is illogical or inconvenient for them to switch to another hospital for treatment. It should therefore be explored how GPs or other medical personnel can assist patients in making active, deliberate choices. They could for example make patients aware of quality differences between hospitals, investigate whether they want a more active role in the choice of a provider, identify their preferences regarding healthcare providers and discuss several referral options. Comparative information, accessible for both GPs and patients, and decision aids to support the GP when helping a patient choose a provider might be useful. In addition, ways of making it easier for patients to make an active choice throughout their whole healthcare pathway should be thought about. For example, communication between hospitals could be improved to make it easier to switch hospitals and patients should be made aware of their right to choose at several moments along their healthcare pathway.
- Another factor that makes patients feel that they do not have the opportunity to choose a provider themselves is that they do not have insight into the quality of providers. Comparative information about providers should therefore be available and usable for all patients, no matter, for instance, what level of health literacy they have (ability to use healthcare information). It is important that this information is accessible for patients during all stages of their disease, including when they do not

know their diagnosis yet and are searching for information about their complaints. Research is currently being conducted on the influence of patients' ability to manage their own health and care on whether they can and do make active choices and the way information should be presented to patients. Additionally, the National Healthcare institute assumes at present that it is more appropriate to provide patients with information about health complaints instead of about a specific diagnosis, because patients need information from the start of their illness instead of when they already know their diagnosis.

- While patient choice is encouraged, other governmental measures lead to fewer choice options in the proximity of the patients and a restriction of their freedom to choose a provider. For instance, as insurers are expected to be prudent buyers of healthcare on behalf of the patients, they are encouraged to contract healthcare selectively. Consequently, there are fewer providers available in the patients' proximity, which, according to our studies, determines the opportunity for patients to choose a provider. Less highly educated older patients in particular are less inclined to make active provider choices if their freedom and opportunity to choose a provider are restricted. As the elderly comprise the majority of healthcare consumers, the need for healthcare providers to compete on quality and price to obtain patients might be reduced. In the end, measures such as the concentration and selective contracting of healthcare are at odds with patient choice, while all are advocated as a means of improving healthcare quality and efficiency, either directly or by encouraging competition. If encouraging patient choice is a goal of healthcare policy, policy makers and healthcare insurers should weigh up the pros and cons of concentrating and selectively contracting healthcare.
- Although follow-up research should be conducted into the differences between the patient groups that we defined, this thesis already indicates that there is diversity between patients in the way they choose a healthcare provider. This diversity should be taken into account while thinking about measures to increase the quality of healthcare and enable and encourage patient choice. For instance, making patients aware of their right to choose at several moments during their healthcare pathway, offering free transport and making comparative information usable for all patients (instead of only for well-educated and literate patients) might be useful measures for patients without the opportunity to choose. Patients who take the default option despite the fact that they do not

encounter barriers to choosing, on the other hand, might be encouraged to choose if they are made aware of the relevance of choosing a hospital that is best able to help them, for instance by the GP who could also help them make a choice. Patients who exhibit choice behaviour might value the availability of comparative information to support their choices.

## Conclusion

*How do patients choose a particular healthcare provider, which factors determine patients' processes of making a choice and could patient choice (both the opportunity to choose and active choice) bring about the intended effects?*

Patient choice of healthcare providers is a central element in today's healthcare policy, both as a goal in itself or - alternatively formulated - an important benefit for patients (having choice opportunity) and as an instrument to enhance quality of care by encouraging competition between providers (making active choices). However, instead of choosing a healthcare provider actively, the majority of patients go to the default provider. Patients are simply not bothered about the choice of a provider. There is no reason for them to be, because they are content with and loyal to the default provider or to the physician who chose a provider on their behalf. Others do not even have the opportunity to choose a provider actively, mostly because they did not have a clear choice moment during their healthcare path. Some of the identified barriers to patient choice might be reduced by satisfying the conditions for patient choice that policy makers have formulated. Most, however, are inherent in the healthcare sector. Although the logic of choosing is consistent with the workings of free markets, where autonomous people make their own choices between certain specific, clearly defined products, it does not fit well in the day-to-day reality of healthcare. Other principles seem to apply there that the logic of caring might be better able to describe. Policy makers may therefore be trying in vain to bring principles originating from neoclassical microeconomic theory into healthcare. On the other hand, it should be realised that although the logic of choosing does not fit into healthcare, the logic of caring is not at odds with patient choice. This is exemplified by the opportunity to choose being associated with better patient experiences.

Although most patients do not actively choose the highest quality provider, they still value having the autonomy to choose “their” provider freely, i.e. patient choice as a goal in its own right. In addition, a small group of patients do exhibit choice behaviour. It is therefore important for patients that they should be given opportunities to choose throughout their healthcare pathway and that they should be made aware of those opportunities. Because patient and physician could act together as a team to optimize the patient’s health, physicians might be the ones who could help patients to choose a provider that fits their needs and preferences.

## **Samenvatting (Summary in Dutch)**

In Nederland is in 2006 het zorgstelsel hervormd en is marktwerking in de zorg geïntroduceerd. Net als in verschillende Westerse landen, is de keuze van patiënten voor een zorgaanbieder een centraal element in het beleid ten aanzien van de zorg. Vanuit het marktdenken wordt van patiënten verwacht dat zij 'actief' een zorgaanbieder kiezen. Dit houdt in dat zij informatie over kwaliteit en kosten van verschillende zorgaanbieders inwinnen en daarna de beste uitkiezen. Verwacht wordt dat actief kiezende patiënten zorgaanbieders ertoe aanzetten met elkaar te concurreren op basis van deze kenmerken. Hierdoor zal de kwaliteit van de zorg omhoog gaan en zullen de kosten beperkt worden, zo wordt verondersteld. Naast deze instrumentele functie van patiëntenkeuze, is het ook van waarde voor patiënten. Door patiënten het recht en de mogelijkheid - autonomie - te geven om zelf keuzes te maken, hebben ze meer regie over hun zorg. Het doel van dit promotieonderzoek is om deze beleidsaannames met betrekking tot de keuze van patiënten voor een zorgaanbieder te toetsen aan de realiteit. Ten eerste wordt inzicht verkregen in hoe patiënten een zorgaanbieder kiezen. Ten tweede wordt antwoord gegeven op de vraag of patiëntenkeuze (zowel keuzemogelijkheid als actieve keuze) de beoogde effecten teweeg kan brengen door de relatie tussen het keuzeproces van patiënten en de ervaren kwaliteit van zorg te onderzoeken.

In Deel 1 van dit proefschrift worden de resultaten van een beleidsanalyse en een literatuuronderzoek beschreven. Middels deze studies wordt: 1) onderzocht wat beleidsmakers van patiënten verwachtten toen zij het zorgstelsel hervormden in 2006; en 2) inzicht verkregen in wat er al bekend is in de literatuur over de keuze van patiënten voor een zorgaanbieder. Omdat uit bestaand onderzoek blijkt dat patiënten normaal gesproken geen actieve keuzes maken, gaat het tweede deel van dit proefschrift in op de vraag hoe patiënten dan wel een zorgaanbieder kiezen of, passiever geformuleerd, bij een bepaalde aanbieder terecht komen. Daarnaast wordt in dit deel besproken welke factoren een actieve keuze belemmeren of juist faciliteren. Het blijkt dat de afstand tot zorgaanbieders, de beschikbaarheid van keuzealternatieven en het advies dat gegeven wordt door de huisarts de belangrijkste factoren zijn die de keuze van patiënten voor een zorgaanbieder bepalen. Daarom wordt de invloed van deze factoren op het al dan niet actief kiezen door patiënten apart onderzocht in dit deel van dit proefschrift. Tenslotte onderzoeken we in het laatste deel van dit proefschrift de relatie tussen het keuzeproces van patiënten en de ervaren kwaliteit van zorg. Hierdoor wordt antwoord gegeven op de vraag

of patiëntenkeuze zou kunnen leiden tot betere zorg, zowel in het algemeen als voor individuele patiënten. Dit wordt immers verwacht door beleidsmakers.

## **Deel 1**

*Onderzoeksvraag 1: Welke aannames hadden beleidsmakers ten aanzien van de keuze van patiënten voor zorgaanbieders toen ze het nieuwe zorgstelsel invoerden?*

De keuze van patiënten voor zorgaanbieders is zowel een doel op zichzelf als een centraal element in een zorgstelsel waarin gereguleerde marktwerking tussen zorgaanbieders van belang is om de ontwikkeling van de zorgkosten te beheersen en de kwaliteit, efficiëntie en toegankelijkheid van de zorg te verbeteren en te waarborgen. Binnen deze context wordt van patiënten verwacht dat zij zich als rationele zorgconsumenten gedragen en dat zij 'actief' een zorgaanbieder kiezen wanneer zij zorg nodig hebben. Een actieve keuze betekent een weloverwogen, rationele keuze gebaseerd op vergelijkingsinformatie over de kwaliteit en kosten van zorgaanbieders. De beleidsanalyse die we uitgevoerd hebben, wees uit dat beleidsmakers ervan uit gaan dat als aan bepaalde condities voldaan wordt, patiënten actief kiezen. Deze condities zijn: patiënten willen/kunnen kiezen/reizen/van zorgaanbieder wisselen, er is voldoende vergelijkingsinformatie beschikbaar om patiënten te informeren, er zijn genoeg zorgaanbieders om tussen te kiezen en, tenslotte, patiënten zijn volledig vrij om naar de zorgaanbieder van hun voorkeur toe te gaan. Verschillende maatregelen zijn genomen om ervoor te zorgen dat patiënten hun rol kunnen vervullen. Zo zijn zorgaanbieders vanuit de overheid verplicht om vergelijkingsinformatie aan te bieden aan patiënten om ze te informeren over de kwaliteit van de verschillende zorgaanbieders. Verschillende partijen werken aan de ontwikkeling en het aanbieden van deze informatie, niet alleen de zorgaanbieders zelf, maar ook anderen, zoals patiëntenorganisaties. Echter, er is minder aandacht voor of patiënten wel actief willen kiezen en hiertoe in staat zijn. Ook is er niet nagedacht over de consequenties van het feit dat verschillende groepen patiënten, zoals ouderen en lager opgeleiden, over het algemeen minder goed in staat zijn om actief te kiezen. Dezelfde condities en instrumenten zijn van belang voor patiëntenkeuze als een doel op zichzelf, vooral het recht op vrije keuze van een zorgaanbieder.



*Onderzoeksvraag 2: Wat is er bekend in de literatuur over of en hoe patiënten een zorgaanbieder kiezen en de kenmerken van zorgaanbieders die patiënten belangrijk vinden?*

De keuze van patiënten voor een zorgaanbieder lijkt over het algemeen niet zo te verlopen als verwacht door beleidsmakers. Ons literatuuronderzoek wijst uit dat de keuzes van patiënten bepaald worden door een complexe wisselwerking tussen vele kenmerken van patiënten en zorgaanbieders. Er bestaat niet zoiets als de typische patiënt: verschillende patiënten maken verschillende keuzes in verschillende situaties. Onderzoek wijst echter uit dat patiënten over het algemeen niet actief kiezen. Redenen hiervoor zijn dat voor een groot aantal van hen de keuze voor een zorgaanbieder relatief onbelangrijk is, dat de mogelijkheden om actief te kiezen beperkt zijn en dat de beschikbare informatie schaars en veelal niet goed bruikbaar is. Omdat patiënten over het algemeen niet actief willen of kunnen kiezen, is er een verschil tussen de factoren waarop patiënten zeggen hun keuze te baseren en hoe ze bij een zorgaanbieder terecht komen in een echte keuzesituatie. Ook al lijken ze in hypothetische keuzesituaties belang te hechten aan vergelijkingsinformatie, in echte keuzesituaties gaan ze naar de voordehand liggende zorgaanbieder - de default zorgaanbieder - toe. Dit betekent dat mensen geen actie ondernemen of, in de context van patiëntenkeuze, geen actieve keuze maken maar simpelweg naar de voor de hand liggende optie gaan. Voorbeelden van de default of voordehand liggende optie zijn de dichtstbijzijnde zorgaanbieder, degene waar patiënten eerder geweest zijn of degene waar ze naartoe verwezen zijn. Daarnaast nemen patiënten, als ze een keuze maken, niet alleen uitkomstindicatoren (patiëntervaringen, sterftecijfers) mee, maar ook verschillende structuur- (openingstijden, voorzieningen) en, voornamelijk, procesindicatoren (communicatie, informatie). Het keuzeproces van patiënten is dus veel complexer dan verondersteld toen het zorgstelsel hervormd werd.

## **Deel 2**

*Onderzoeksvraag 3: Hoe komen patiënten bij een bepaald ziekenhuis terecht en hoe beïnvloeden verschillende kenmerken van patiënten, ziekenhuizen en het zorgstelsel de keuzemogelijkheid en keuzeactiviteit van patiënten?*

Middels interviews met patiënten van ziekenhuizen vonden wij verscheidene factoren die actieve keuze beperkten of juist stimuleerden/mogelijk maakten. De meeste patiënten bezochten het voordehand liggende ziekenhuis, hoofdzakelijk omdat ze het maken van actieve keuzes niet belangrijk vonden. Ze hadden geen reden om een actieve keuze te maken. Het voordehand liggende ziekenhuis was bijvoorbeeld dichtbij en ze waren tevreden over de zorg die ze hier kregen. Anderen waren van mening dat ze geen keuzemogelijkheid hadden, bijvoorbeeld omdat er geen keuzealternatieven in de omgeving waren of omdat ze al patiënt waren bij een bepaald ziekenhuis en het makkelijker was om daar te blijven. Gebaseerd op deze factoren en de mate waarin de keuze van patiënten actief was, deelden we patiënten in verschillende groepen in met betrekking tot de manier waarop ze een ziekenhuis kozen. Een kwantitatief onderzoek gaf ons vervolgens inzicht in de relatieve groepsgroottes in een steekproef die representatief is voor de Nederlandse ziekenhuispatiënt. De groepen die we vonden waren:

1. Patiënten die aangeven geen keuzemogelijkheid te hebben, vaak doordat ze al met een zorgtraject (het traject dat patiënten doorlopen vanaf hun eerste vraag naar zorg tot het einde van hun behandeling) bezig zijn - patiënten zonder keuzemogelijkheid (37%). Hun huisarts verwijst ze bijvoorbeeld naar een bepaald ziekenhuis, hun zorggeschiedenis is ergens bekend of hun diagnose is onbekend op het moment dat ze een ziekenhuis moeten kiezen waardoor ze niet naar een gespecialiseerd ziekenhuis toe kunnen gaan (vervolgens blijven ze bij het ziekenhuis waar ze terechtgekomen zijn, omdat het onlogisch of lastig is om dan nog naar een ander ziekenhuis te gaan).
2. Patiënten die gewoon naar het voordehand liggende ziekenhuis gaan zonder over de keuze van een zorgaanbieder na te denken - passieve patiënten (21%). De keuze van een zorgaanbieder is een relatief onbelangrijk onderwerp voor deze patiënten. Ze weten van tevoren bijvoorbeeld al naar welk ziekenhuis ze toe zullen gaan, komen ergens terecht en vinden het logisch om daar te blijven of zijn in de veronderstelling dat er geen kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen bestaan.
3. Patiënten die om een bepaalde reden graag naar het voordehand liggende ziekenhuis willen en niet naar een ander ziekenhuis - default kiezers (27%). Ook al is de keuze van een zorgaanbieder een relatief

onbelangrijk onderwerp voor deze patiënten, ze willen graag naar het voordehand liggende ziekenhuis toe, hoofdzakelijk omdat ze loyaal zijn aan dit ziekenhuis of om praktische redenen. Ze vinden andere ziekenhuizen bijvoorbeeld te ver weg of vinden het te veel gedoe om van ziekenhuis te wisselen.

4. Patiënten die hun keuze baseren op informatie over ziekenhuizen en/of andere ziekenhuizen overwegen - patiënten die keuzeactiviteit vertonen (14%). De meesten worden gestimuleerd om een actieve keuze te maken. Ze willen een second opinion bijvoorbeeld, of hebben slechte ervaringen met een bepaald ziekenhuis. Echter, sommigen voldoen aan het beeld van de autonome zorgconsument, onafhankelijk van de situatie. Zij zien in dat er kwaliteitsverschillen bestaan tussen ziekenhuizen en zijn van mening dat het maken van een actieve keuze goed mogelijk is. Overeenkomstig bestaande literatuur, kan slechts een klein deel van deze groep patiënten beschouwd worden als echt actief (5%). Zij baseren hun keuze op informatie over ziekenhuizen *en* overwegen andere ziekenhuizen.

*Onderzoeksvraag 4: In welke mate beïnvloedt de beschikbaarheid van een alternatieve optie voor het dichtstbijzijnde ziekenhuis in termen van afstand de intentie om een actieve keuze te maken?*

De meerderheid van de patiënten geeft aan niet naar vergelijkingsinformatie over ziekenhuizen/specialisten op zoek te gaan wanneer zij ziekenhuiszorg nodig hebben. Of patiënten op zoek gaan naar informatie wordt beïnvloed door de beschikbaarheid van een realistisch keuzealternatief in termen van de absolute afstand tot dit alternatief vanaf het thuisadres. Echter, de invloed van deze afstand op de intentie om informatie te zoeken is niet voor iedereen gelijk. Zo zullen oudere lager opgeleide patiënten minder snel informatie zoeken dan anderen, wanneer zij verder weg wonen van het dichtstbijzijnde alternatief. Verder zijn patiënten met een chronische aandoening over het algemeen minder geneigd informatie te zoeken, terwijl vrouwen hier juist meer toe geneigd zijn. Beleidsmakers moeten zich hiervan bewust zijn, wanneer zij besluiten de zorg voor bepaalde aandoeningen te concentreren en verzekeraars aan te moedigen om selectief te contracteren. Deze maatregelen hebben namelijk effect op het aantal keuzealternatieven voor patiënten en, daarom, op de intentie van patiënten om een actieve keuze voor een zorgaanbieder te maken. De maatregelen

zouden alleen genomen moeten worden als ze voorkomen dat patiënten kiezen voor zorg van mindere kwaliteit of als ze resulteren in een significante efficiëntieverbetering.

*Onderzoeksvraag 5: Wat is de rol van de patiënt bij het maken van keuzes op het moment van verwijzing door de huisarts en in welke mate helpt de huisarts de patiënt om een actieve keuze te maken?*

Uit observaties van patiënt-huisarts consulten blijkt dat het patiëntenkeuzebeleid niet terug te zien is in de dagelijkse praktijk. De meerderheid van de patiënten had geen tot weinig input in de keuze van een zorgaanbieder op het moment van verwijzen. Hun huisarts nam het initiatief voor een verwijzing en koos een zorgaanbieder voor de patiënten, hierbij alleen vragend naar de voorkeuren van de patiënt in sommige consulten. Ze bespraken geen alternatieve verwijsopties, maar verwezen naar een specifieke zorgaanbieder zonder aan te geven waarom. Als ze al informatie gaven was deze uitsluitend van praktische aard. Echter, er bestaan verschillen in de rollen die huisartsen en patiënten hebben in de keuze van een zorgaanbieder op het moment van verwijzing. Ook al had de meerderheid van de patiënten weinig input, een kwart van hen koos zelf een zorgaanbieder zonder dat de huisarts het aantal keuzeopties beperkte. Zij maakten niet per se een actieve keuze, zoals verwacht door beleidsmakers, maar hadden in elk geval een wat actievere rol in de keuze van een zorgaanbieder op het moment van verwijzing. In hun geval moedigde de huisarts hen aan om actief betrokken te zijn in de keuze voor een zorgaanbieder. Het zorgpad van patiënten, het proces dat patiënten volgen vanaf het moment dat ze voor het eerst zorg vragen tot het einde van hun behandeling, had enige invloed op de hoeveelheid input van patiënten in de keuze. Patiënten die verwezen werden voor diagnose hadden namelijk minder input dan patiënten die direct verwezen werden voor behandeling.

### **Deel 3**

*Onderzoeksvraag 6: Bestaat er een relatie tussen het keuzeproces van patiënten en de ervaren kwaliteit van zorg?*

Verwacht werd dat er een relatie bestaat tussen het keuzeproces van patiënten (de vier patiëntgroepen die we vonden in Hoofdstuk 4) en de

ervaren kwaliteit van zorg. Ons onderzoek wijst uit dat deze relatie inderdaad bestaat. Ten eerste rapporteerden patiënten die keuzeactiviteit vertoonden een grotere gezondheidswinst door hun ziekenhuisbezoek(en) dan passieve patiënten. Deze bevinding komt overeen met de beleidsverwachting dat actieve patiënten het beste ziekenhuis uitzoeken en, dientengevolge, betere zorg ontvangen dan anderen. Daarnaast hadden patiënten die keuzeactiviteit vertoonden slechtere patiëntervaringen dan passieve patiënten. Wellicht hebben patiënten die keuzeactiviteit vertonen hogere verwachtingen en zijn zij kritischer ten opzichte van de zorg en maken ze daarom actievere keuzes. Echter, omdat relatief weinig patiënten actief kozen en veel patiënten geen keuzemogelijkheid hadden, is het de vraag of patiëntenkeuze echt zou kunnen functioneren als een instrument om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

We vonden tevens dat de relatie tussen het *hebben van keuzemogelijkheid* en de ervaren kwaliteit van zorg minstens net zo sterk is als die tussen *keuzeactiviteit* en de ervaren kwaliteit van zorg. Patiënten die keuzemogelijkheid hadden, maar deze niet per definitie gebruikten, rapporteerden betere patiëntervaringen dan patiënten die dat niet hadden. Keuzevrijheid lijkt daarom een belangrijk goed te zijn voor patiënten. Zelfs al kiezen de meesten niet actief voor het beste ziekenhuis, ze hebben een betere zorgervaring als ze het recht en de mogelijkheid - autonomie - hebben om zelf te kunnen kiezen voor een zorgaanbieder.

### **Methodologische reflectie**

Ook al zijn de sterke en zwakke punten van de verschillende studies reeds per hoofdstuk beschreven, een aantal punten geldt voor het gehele proefschrift. Ten eerste gaat dit proefschrift er, in tegenstelling tot bestaand onderzoek, niet van uit dat het kiezen van een zorgaanbieder een weloverwogen gebeurtenis is. Het richt zich dan ook niet op de voorkeuren van patiënten voor kenmerken van zorgaanbieders, maar vertrekt vanuit de veronderstelling dat patiënten verschillen met betrekking tot hun intenties en mogelijkheden om te kiezen. Wellicht zijn patiënten helemaal niet bezig met de keuze van een zorgaanbieder, simpelweg omdat hier geen reden voor is. In de zorg richten patiënten zich namelijk op hun ziekte en hoe ze hiermee om kunnen gaan, terwijl ze vertrouwen op de expertise van hun artsen om ze zo goed mogelijk te behandelen en de beste keuzes voor ze te maken. Pas als zich een bepaalde situatie voordoet, bijvoorbeeld een slechte

ervaring, en patiënten gestimuleerd worden een keuze te maken, kan het van belang zijn om hun voorkeuren voor zorgaanbiederkenmerken te onderzoeken. Een ander sterk punt van dit proefschrift is dat het voornamelijk echte keuzesituaties onderzoekt. Bestaand onderzoek richt zich veelal op hypothetische keuzesituaties, terwijl bekend is dat er een enorm verschil is tussen hoe patiënten zeggen te kiezen en hoe het keuzeproces daadwerkelijk verloopt. Een beperking van dit proefschrift betreft het onderzoeken van de relatie tussen het keuzeproces van patiënten en de ervaren kwaliteit van zorg. Omdat we niet naar de objectieve kwaliteit van de ziekenhuizen volgens bestaande kwaliteitsinformatie gekeken hebben, kunnen we alleen concluderen dat patiëntenkeuze zou kunnen werken als instrument om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en niet dat het daadwerkelijk werkt als instrument. Aanvullend onderzoek zou hiernaar kunnen kijken. Een tweede beperking is dat het onderzoek naar de relatie tussen het keuzeproces van patiënten en de ervaren kwaliteit van zorg geen inzicht verschaft in waarom de twee concepten gerelateerd zijn. De beleidstheorie gaat ervan uit dat actieve patiënten betere zorg ervaren omdat zij een beter ziekenhuis kiezen en dat patiënten die keuzemogelijkheid hebben betere zorg ervaren omdat het hebben van keuzemogelijkheid een belangrijk goed is voor patiënten. Echter, de relatie tussen patiëntenkeuze en de ervaren kwaliteit van zorg kan ook te wijten zijn aan andere mechanismen, bijvoorbeeld cognitieve dissonantie (“ik heb voor dit ziekenhuis gekozen, dus moet het wel een goed ziekenhuis zijn”). Toekomstig onderzoek zou hier duidelijkheid in kunnen verschaffen.

### **Implicaties**

De bevindingen van dit proefschrift hebben verschillende implicaties, zowel voor de bestaande literatuur als het beleid ten aanzien van patiëntenkeuze.

#### *Patiëntenkeuze in bestaande literatuur*

De bevindingen van dit proefschrift sluiten aan bij bestaand onderzoek. Zo vonden ook wij dat de meeste patiënten geen actieve keuze maken voor een zorgaanbieder. In plaats daarvan gaan zij simpelweg naar de voor de hand liggende zorgaanbieder, bijvoorbeeld de dichtstbijzijnde of degene waar ze eerder geweest zijn. In de literatuur worden verschillende oorzaken genoemd voor dit gedrag, namelijk: 1) dat patiënten loyaal zijn aan hun huidige of lokale zorgaanbieder; 2) dat patiënten vaak geen keuzemogelijkheid hebben; 3) dat patiënten vaak geen reden hebben om een

actieve keuze te maken; en 4) dat mensen over het algemeen niet in staat zijn om volledig rationele keuzes te maken. Dit proefschrift toont aan dat deze verklaringen allen plausibel zijn. Zo gaat de theorie van Hirschman ervan uit dat mensen loyaal zijn aan 'hun' zorgaanbieder, wat ook naar voren kwam uit ons onderzoek. Patiënten waren over het algemeen niet bezig met de keuze van een zorgaanbieder, simpelweg omdat ze loyaal waren aan de lokale of bekende zorgaanbieder of degene die ze naar deze zorgaanbieder verwees. Echter, ondanks dat ze niet per definitie actief kozen, rapporteerden ze betere zorgervaringen. Dit impliceert dat het voor patiënten waardevol is om keuzemogelijkheid te hebben. Een tweede verklaring is dat patiënten vaak niet de mogelijkheid hebben om te kiezen. In de zorg zijn bijvoorbeeld niet altijd voldoende keuzealternatieven beschikbaar, terwijl wij vonden dat de beschikbaarheid van keuzealternatieven en de afstand hiertoe bepaalden of patiënten de intentie hadden om een actieve keuze te maken. Daarnaast hadden patiënten het idee dat ze in een rijdende trein zaten waar ze niet uit konden. Diagnostische- en behandelfasen wisselden elkaar af, zonder dat er een duidelijk keuzemoment was. Het 'kiezen' lijkt daarom niet in de zorg te passen. De 'logica van het zorgen' van Annemarie Mol lijkt een betere manier om de manieren van denken en doen in de zorg te beschrijven dan de 'logica van het kiezen'. De logica van het zorgen gaat ervan uit dat het in de zorg niet om kiezen gaat maar om zorgen. Zorgen is geen product maar een proces dat patiënten doorlopen vanaf hun eerste vraag naar zorg tot het einde van hun behandeling, het zorgtraject genoemd. De derde verklaring, dat patiënten vaak geen reden hebben om een actieve keuze te maken, sluit hierbij aan. Omdat het default ziekenhuis bijvoorbeeld dichtbij is, patiënten tevreden zijn met de daar ontvangen zorg of ervan uit gaan dat de kwaliteit van de zorg overal voldoende is, zien zij vaak geen reden om een actieve keuze te maken. Dit komt overeen met de logica van het zorgen. In de zorg richten patiënten hun tijd en energie op hun zorgvraag, terwijl ze erop vertrouwen dat hun artsen de expertise en wens hebben om ze zo goed mogelijk te behandelen. Ten slotte zijn mensen over het algemeen niet in staat om rationeel te kiezen. Zo is goede vergelijkingsinformatie vaak schaars, ook in de zorg, waardoor patiënten onvoldoende geïnformeerd zijn om een goede keuze te kunnen maken. Naar het eerste geschikte alternatief of de huidige zorgaanbieder toe gaan of vertrouwen op het oordeel van de huisarts zijn daarom logische manieren waarop patiënten met dit probleem omgaan.

Een belangrijke bevinding van dit proefschrift is dat patiënten van elkaar verschillen met betrekking tot hoe ze een zorgaanbieder kiezen, wat wederom aansluit bij bestaand onderzoek. De mate waarin de keuze van patiënten actief was, werd bepaald door verschillende factoren: patiënt-, ziekenhuis-, en zorgstelselkenmerken en door interactiefactoren (factoren gerelateerd aan zowel de zorgsector als de patiënt, zoals de verwijzing van de huisarts of iemands zorgpad). Zo hebben hoger opgeleiden en patiënten met een hoger inkomen een betere toegang tot zorg en informatie, waardoor zij over het algemeen eerder geneigd zijn actief te kiezen.

Dit proefschrift vormt een waardevolle toevoeging aan de bestaande literatuur omdat het inzicht geeft in het keuzeproces van patiënten door echte keuzesituaties te onderzoeken. Toch blijft er een aantal zaken onduidelijk. Vervolgonderzoek is nodig:

- Om te kunnen zeggen dat patiëntenkeuze echt werkt als instrument om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, zou de relatie tussen het keuzeproces van patiënten en de kwaliteit van zorg volgens bestaande vergelijkingsinformatie bekeken moeten worden.
- Omdat ons onderzoek naar de relatie tussen het keuzeproces van patiënten en de ervaren kwaliteit van zorg geen inzicht verschaft in waarom de concepten gerelateerd zijn, zal vervolgonderzoek hier duidelijkheid in moeten verschaffen.
- Ook al wijst dit proefschrift uit dat actieve patiënten kritischer zijn ten opzichte van zorg en betere zorguitkomsten hebben, maken relatief weinig patiënten een actieve keuze. Vervolgonderzoek zou moeten bekijken of de groep actieve kiezers groot genoeg is om concurrentie tussen zorgaanbieders aan te wakkeren en of de zorg dan niet alleen aangepast wordt aan deze patiënten. Om dit laatste te kunnen onderzoeken, is het noodzakelijk om meer inzicht te krijgen in welke patiënten behoren tot de groep actieve kiezers.
- Vervolgonderzoek is nodig om te onderzoeken of de patiëntgroepen van elkaar verschillen met betrekking tot factoren die het keuzeproces beïnvloeden volgens bestaande literatuur, bijvoorbeeld de invloed die de ziekte van patiënten op hun leven heeft. Naast het feit dat hierdoor antwoord gegeven kan worden op de vraag of de zorg uitsluitend aangepast wordt aan bepaalde patiënten, wordt hierdoor inzicht verkregen in de situaties waarin patiënten wel of geen actieve keuze



maken. Dit stelt beleidsmakers in staat om maatregelen die genomen worden om patiëntenkeuze te stimuleren te richten op bepaalde patiëntgroepen. Opgemerkt dient echter te worden dat de manier waarop patiënten een zorgaanbieder kiezen geen statisch patiëntkenmerk is. De typologie is gebaseerd op het keuzegedrag van patiënten en niet, bijvoorbeeld, op hun demografische kenmerken. Al zijn sommige patiënten eerder geneigd actief te kiezen dan anderen, ze zullen in een andere situatie wellicht anders kiezen en daardoor tot een andere patiëntgroep behoren. Al gaan ouderen, bijvoorbeeld, vaak naar de voordehand liggende zorgaanbieder, als ze denken dat hun ziekte een grote invloed heeft op hun leven zullen ze wellicht toch geneigd zijn actief te kiezen.

- In het beleid ten aanzien van patiëntenkeuze gaat het om de keuze voor een zorgaanbieder in het algemeen, terwijl in dit proefschrift vooral de keuze voor een ziekenhuis onderzocht is. Ook al geeft bestaande literatuur geen indicatie voor een geheel ander verloop van het keuzeproces rondom de keuze van andere zorgaanbieders, bijvoorbeeld fysiotherapeuten, vervolgonderzoek zou deze keuzeprocessen kunnen bestuderen. De opgedane kennis hierover zou toegepast kunnen worden op de keuze voor een ziekenhuis. Dit geldt ook voor situaties waarin vaker actief wordt gekozen, zoals wanneer patiënten naar een ziekenhuis moeten voor een aandoening waarover veel informatie beschikbaar is, zoals borstkanker. Het zou tevens interessant zijn om de keuzes van patiënten te bestuderen die naar een gespecialiseerde instelling gegaan zijn, omdat het waarschijnlijker is dat hun keuze actief was.
- Patiënten zijn actiever met betrekking tot de keuze voor een behandeling. Toekomstig onderzoek zou het keuzeproces van patiënten voor behandelingen kunnen bestuderen. Kennis hierover kan toegepast worden op de keuze voor een zorgaanbieder.
- Ten slotte vonden wij dat het zorgtraject van patiënten hun keuzeproces in belangrijke mate beïnvloedt. Het zou daarom interessant zijn om meer inzicht te verkrijgen in dit zorgtraject, bijvoorbeeld het verloop van dit traject, de keuzes die patiënten kunnen en moeten maken gedurende dit traject, of ze zich bewust zijn van deze keuzemomenten en het verloop van hun keuzeprocessen en de problemen en behoeften die ze hebben op deze momenten. Toekomstig onderzoek zou, bijvoorbeeld, patiënten kunnen volgen gedurende hun zorgtraject.

### *Patiëntenkeuze in het beleid*

Bij de hervorming van het zorgstelsel in 2006, zijn beleidsmakers ervan uit gegaan dat patiënten een weloverwogen keuze maken voor een zorgaanbieder op basis van vergelijkingsinformatie (actief kiezen) wanneer aan bepaalde condities voldaan is. Dit proefschrift wijst uit dat het keuzeproces van patiënten complexer is dan van tevoren gedacht door beleidsmakers. Om verschillende redenen vertonen namelijk relatief weinig patiënten keuzeactiviteit en gaan zij vaak naar de voordehand liggende zorgaanbieder toe. Ook al zullen sommige drempels voor actieve keuze verdwijnen als aan de condities voor patiëntenkeuze voldaan is, andere drempels zijn inherent aan de zorgsector. Het kiezen lijkt simpelweg niet in de zorg te passen. Het proces van 'terecht komen bij een bepaalde zorgaanbieder' verloopt anders dan de afgebakende keuze voor, bijvoorbeeld, een energieleverancier. Daarom zullen beleidsmakers hun verwachtingen aan moeten passen met betrekking tot hoe patiënten een zorgaanbieder kiezen en de effecten die patiëntenkeuze heeft op de kwaliteit en kosten van de zorg. Aan de andere kant hoeven niet alle patiënten actief te kiezen om concurrentie tussen zorgaanbieders aan te wakkeren. Het is zelfs zo dat er ook passieve patiënten nodig zijn die de zorgaanbieder de kans geven om zich te verbeteren. Daarnaast ervoeren patiënten die keuzeactiviteit vertoonden betere zorguitkomsten en waren ze kritischer ten opzichte van het zorgproces. Dit zou kunnen betekenen dat patiëntenkeuze in enige mate zou kunnen werken als instrument om de zorg te verbeteren. Het is echter niet bekend of de patiënten die actief kiezen voor voldoende concurrentiedruk zorgen.

Hoe dan ook lijkt het hebben van het recht en de mogelijkheid - autonomie - om zelf een zorgaanbieder te kiezen waarde voor patiënten te hebben. Patiënten die keuzemogelijkheid hadden, hebben namelijk betere patiëntervaringen dan patiënten die dat niet hadden. Daarom, en omdat een kleine groep patiënten wel actief kiest, is het van belang voor patiënten om hen in staat te stellen zelf keuzes te maken en hen te ondersteunen bij het maken van de juiste keuzes. Zo zouden patiënten bewust gemaakt kunnen worden van hun recht op vrije keuze gedurende hun gehele zorgpad en zou de relevantie van het kiezen van een goed ziekenhuis hun duidelijk gemaakt kunnen worden.

Onze bevindingen leiden tot een aantal aanbevelingen voor het beleid ten aanzien van patiëntenkeuze:

- Een belangrijke oorzaak voor het feit dat weinig patiënten actief kiezen, is dat ze van mening zijn geen keuzemogelijkheid te hebben. Ook al zijn bepaalde belemmeringen voor actieve keuze inherent aan de zorgsector, zoals het feit dat er vaak onvoldoende keuzealternatieven in de buurt zijn, er zal gezocht moeten worden naar manieren waarop de zorg georganiseerd kan worden om patiëntenkeuze gemakkelijker te maken en aan te moedigen. Momenteel is de zorg niet gericht op en geschikt voor het maken van keuzes door patiënten. Patiënten ervaren hierdoor vaak geen duidelijk keuzemoment. Zo weten patiënten hun diagnose vaak niet op het moment dat ze verwezen worden, waardoor het kiezen van de beste zorgaanbieder relatief onbelangrijk lijkt en lastig is. In hoofdstuk 6 van dit proefschrift vonden we dat patiënten die verwezen werden voor diagnose minder input hadden dan patiënten die direct verwezen werden voor behandeling. Als zij eenmaal gediagnosticeerd zijn bij een bepaald ziekenhuis, is het onlogisch of lastig om nog naar een ander ziekenhuis te gaan voor de behandeling. Wellicht kan de huisarts patiënten helpen met het maken van actieve, weloverwogen keuzes, bijvoorbeeld met behulp van keuzehulpmiddelen of vergelijkingsinformatie die tevens geschikt zijn voor huisartsen. Daarnaast zal het voor patiënten makkelijker moeten zijn om gedurende hun gehele zorgpad een actieve keuze te maken, bijvoorbeeld door de communicatie tussen ziekenhuizen te verbeteren om het wisselen van ziekenhuis te vergemakkelijken of door patiënten bewust te maken van hun recht op vrije keuze op meerdere momenten gedurende hun zorgpad.
- Patiënten geven aan geen inzicht te hebben in de kwaliteit van ziekenhuizen. Het is daarom van belang om vergelijkingsinformatie beschikbaar te maken die bruikbaar is voor alle patiënten, ongeacht, bijvoorbeeld, hun vaardigheid om gezondheidsinformatie te begrijpen en te gebruiken. Ook is het van belang dat deze informatie beschikbaar is voor patiënten tijdens alle stadia van hun ziekte, dus ook wanneer de diagnose nog niet bekend is en zij uitsluitend op basis van hun klachten op zoek kunnen gaan naar informatie. Momenteel wordt al veel onderzoek gedaan naar hoe vergelijkingsinformatie het beste aangeboden kan worden en aan welke informatie behoefte is.
- Terwijl de keuze van patiënten gestimuleerd wordt, leiden andere maatregelen van de overheid ertoe dat patiënten minder keuzeopties en keuzevrijheid hebben. Van verzekeraars wordt bijvoorbeeld verwacht dat zij uitsluitend 'goede' zorg inkopen voor hun cliënten, zodat het

duurder is voor patiënten om naar een, volgens hun verzekeraar, 'slechte' zorgaanbieder te gaan. Vooral lager opgeleide oudere patiënten zijn minder geneigd om een actieve keuze voor een zorgaanbieder te maken als hun keuzevrijheid en –mogelijkheid beperkt wordt. Daarom staan maatregelen als de concentratie van bepaalde zorg en het selectief contracteren haaks op de bevordering van patiëntenkeuze, terwijl al deze maatregelen genomen worden om de zorg te verbeteren, direct of middels het stimuleren van marktwerking. Als patiëntenkeuze een doel is van de overheid, dan is het van belang om de voor- en nadelen van maatregelen als de concentratie van de zorg en selectief contracteren tegen elkaar af te wegen.

- Er bestaan verschillen tussen patiënten in hoe ze bij een zorgaanbieder terecht komen. Het is van belang deze diversiteit in acht te nemen bij het nemen van maatregelen om patiëntenkeuze mogelijk te maken of te bevorderen. Zo is het bewust maken van patiënten van hun recht op vrije keuze vooral van belang voor patiënten die het idee hebben niet te kunnen kiezen. Patiënten die voor de voordehand liggende optie kiezen zouden juist gestimuleerd kunnen worden om actief te kiezen door ze bewust te maken van de relevantie van het kiezen voor een goed ziekenhuis.

## Conclusie

*Hoe kiezen patiënten een zorgaanbieder, welke factoren beïnvloeden dit keuzeproces en zou patiëntenkeuze (zowel het hebben van keuzemogelijkheid als het maken van een actieve keuze) de beoogde effecten kunnen hebben?*

De keuze van patiënten voor zorgaanbieders is zowel een doel op zichzelf (het hebben van keuzemogelijkheid) als een centraal element (actief kiezen) in een zorgstelsel waarin gereguleerde marktwerking tussen zorgaanbieders van belang is om de ontwikkeling van de zorgkosten te beheersen en de kwaliteit, efficiëntie en toegankelijkheid van de zorg te verbeteren en te waarborgen. Echter, in plaats van actief een zorgaanbieder te kiezen, gaat de meerderheid van de patiënten naar de voordehand liggende zorgaanbieder. Over het algemeen zijn patiënten namelijk helemaal niet bezig met de keuze van een zorgaanbieder. Daar is ook geen reden voor, omdat ze tevreden zijn met en loyaal zijn aan de voordehand liggende zorgaanbieder of hun arts die ze hier naartoe verwijst. Anderen hebben niet eens de mogelijkheid om

een actieve keuze te maken, voornamelijk omdat er voor hen geen duidelijk keuzemoment is tijdens hun zorgtraject. Een aantal barrières voor patiëntenkeuze zal verdwijnen door de maatregelen die genomen worden om patiëntenkeuze mogelijk te maken en te stimuleren. De meesten, echter, zijn inherent aan de zorgsector. Het lijkt er dus op dat, hoewel het kiezen past in vrije markten waar autonome mensen zelfstandig kiezen tussen specifieke, afgebakende producten, het niet past in de zorg. Een andere logica (of discours), namelijk de logica van het zorgen, beschrijft de zorg beter. Dit betekent echter niet dat niemand kiest of kan kiezen of dat het hebben van een keuze niet gewaardeerd wordt. Een kleine groep patiënten vertoont wel degelijk keuzeactiviteit. Daarnaast is het hebben van keuzemogelijkheid geassocieerd met betere patiëntervaringen. Al kiezen de meeste patiënten niet actief voor de zorgaanbieder met de hoogste kwaliteit, ze waarderen het kennelijk toch om vrij te kunnen kiezen voor 'hun' zorgaanbieder, wat overeen komt met patiëntenkeuze als doel op zich. Het is daarom voor patiënten van belang om ze gedurende hun gehele zorgpad keuzemogelijkheid te bieden en ze bewust te maken van hun keuzevrijheid. Omdat patiënten en hun huisartsen samenwerken als een team om de gezondheid van de patiënt te verbeteren, zijn huisartsen wellicht de beste personen om patiënten te helpen een zorgaanbieder te kiezen die past bij hun wensen en behoeften.