



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de toegepaste economische wetenschappen

Masterthesis

Betalingsbereidheid voor teleconsultaties

Jinte Peeters

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de toegepaste economische wetenschappen, afstudeerrichting beleidsmanagement

PROMOTOR :

Prof. dr. Samantha BIELEN

BEGELEIDER :

Mevrouw Marie-Lien GERITS



UHASSELT

KNOWLEDGE IN ACTION

www.uhasselt.be

Universiteit Hasselt
Campus Hasselt:
Martelarenlaan 42 | 3500 Hasselt
Campus Diepenbeek:
Agoralaan Gebouw D | 3590 Diepenbeek

2023
2024



Faculteit Bedrijfseconomische Wetenschappen

master in de toegepaste economische
wetenschappen

Masterthesis

Betalingsbereidheid voor teleconsultaties

Jinte Peeters

Scriptie ingediend tot het behalen van de graad van master in de toegepaste economische wetenschappen,
afstudeerrichting beleidsmanagement

PROMOTOR :

Prof. dr. Samantha BIELEN

BEGELEIDER :

Mevrouw Marie-Lien GERITS

Woord vooraf

Deze masterproef is het sluitstuk van mijn opleiding Toegepaste Economische Wetenschappen aan de Universiteit van Hasselt, met een specialisatie in Beleidsmanagement. Het onderzoek richt zich op het vaststellen van de maatschappelijke betalingsbereidheid in België voor het houden van teleconsultaties met huisartsen. Het afronden van deze thesis was een uiterst leerzame en boeiende ervaring. Hierbij wil ik graag enkele personen bedanken voor hun steun en aanmoediging gedurende dit proces.

Allereerst wil ik mijn promotor, prof. dr. dr. Samantha Bielen, en mijn begeleider, mevrouw Marie-Lien Gerits, bedanken voor hun waardevolle begeleiding, nuttige adviezen en constructieve feedback gedurende het hele traject. Hun ondersteuning was onmisbaar en ik kon altijd bij hen terecht met vragen of problemen. Ook wil ik dank uitspreken aan alle respondenten die deel hebben genomen aan mijn onderzoek. Hun tijd en deelname hebben dit onderzoek mogelijk gemaakt. Verder wil ik mijn familie en mijn vrienden bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun gedurende het schrijven van deze masterproef. In het bijzonder wil ik enkele van mijn studiegenoten bedanken, hun aanmoediging en steun hebben bijgedragen aan het succesvol afronden van dit project.

Ter afsluiting van dit voorwoord wil ik u, geachte lezer, oprecht bedanken voor uw interesse in deze masterproef. Ik hoop dat u er veel leesplezier aan zult beleven.

Samenvatting

Achtergrond

In de hedendaagse samenleving ondergaat de gezondheidszorg een aanzienlijke technologische transformatie. De COVID-19-pandemie heeft wereldwijd gezondheidszorgsystemen gedwongen zich aan te passen aan een snel veranderende zorgomgeving. Deze ongekende uitdagingen hebben geresulteerd in een toenemende vraag naar medische zorg, gecombineerd met de noodzaak om direct contact tussen patiënten en zorgverleners te minimaliseren. Deze druk heeft gezondheidszorgsystemen gedwongen om snel en flexibel te reageren, waarbij teleconsultaties naar voren zijn gekomen als een cruciaal instrument voor het handhaven van de continuïteit van de zorg tijdens de pandemie. Teleconsultaties, een vorm van zorgverlening op afstand, maken het mogelijk voor zorgverleners om contact te hebben met patiënten via verschillende communicatiemiddelen, zoals telefoon, e-mail, sms, chat, of via een videogesprek waarbij beide partijen elkaar op afstand kunnen zien en spreken. Ze bieden een veilige en efficiënte manier om medische diensten te verlenen, waarbij de gezondheid en veiligheid van zowel patiënten als zorgverleners worden beschermd.

Naast het bieden van oplossingen voor de uitdagingen van de pandemie, vormen teleconsultaties ook een veelbelovend alternatief voor traditionele huisartsbezoeken in een tijd waarin de kosten van de gezondheidszorg blijven stijgen en er sprake is van toenemende schaarste aan middelen voor beleidsmakers. Het nauwkeurig toewijzen van deze middelen is daarom van cruciaal belang, met als doel de gezondheidsvoordelen voor de maatschappij te maximaliseren. Dit vereist een diepgaande economische analyse, zoals een kosten-batenanalyse, waarbij zowel de kosten als de baten in monetaire termen worden uitgedrukt. Aangezien teleconsultaties diensten zijn die niet beschikbaar zijn op traditionele markten, gezien het bestaande systeem van ziektekostenverzekering in België een deel van de kosten voor huisartsenconsultaties dekt en er daardoor geen traditionele markt voor teleconsultaties bestaat, gaan we de waarde van teleconsultaties na aan de hand van de betalingsbereidheid.

Doelen

Het doel van deze masterproef is om de bereidheid tot betalen van de respondenten te onderzoeken voor een teleconsultatie met de huisarts. Daarnaast beoogt dit onderzoek de factoren te identificeren die van invloed zijn op deze betalingsbereidheid.

Methode

We trachten een antwoord te vinden op de volgende centrale onderzoeksvraag: 'Hoeveel bedraagt de maatschappelijke betalingsbereidheid voor teleconsultaties met een huisarts?' Om hier een antwoord op te kunnen bieden werd een literatuurstudie en empirisch onderzoek opgezet. Het primaire doel van de literatuurstudie was het ontwikkelen van een vragenlijst waarmee de betalingsbereidheid voor teleconsultaties nauwkeurig kon worden onderzocht. Dit omvatte een analyse van de bestaande literatuur over het meten van de betalingsbereidheid voor verschillende

gezondheidsdiensten. Een *contingent valuation* vragenlijst werd gebruikt om de betalingsbereidheid te evalueren, waarbij zowel de betaalkaartmethode als de *open-ended willingness to pay*-methode werden geïntegreerd. Deze combinatie werd gekozen omdat de betaalkaart meer context biedt voor de *open-ended* vraag, waardoor respondenten doordachte antwoorden konden bieden. Op die manier konden we een dieper inzicht krijgen in de specifieke betalingsbereidheid van de respondenten. Daarnaast lag de focus van de vragenlijst op het waarderen van een videoconsult met de huisarts. Dit werd gedaan omdat het begrip 'teleconsultatie' breed is, en het expliciet benoemen van een videoconsult duidelijkheid verschafte aan de respondenten over wat er precies werd gewaardeerd.

Voorafgaand aan de publicatie van de definitieve versie van de vragenlijst onderging deze een pilootstudie. De bevindingen van deze studie werden gebruikt om de schaal van de betaalkaart aan te passen door te hoge bedragen te elimineren. Bovendien fungeerde de pilootstudie als een pretest voor de definitieve vragenlijst, waardoor eventuele onduidelijkheden of problemen konden worden geïdentificeerd en opgelost. Beide vragenlijsten werden verdeeld onder meerderjarige respondenten.

Uiteindelijk werden gegevens verzameld van 134 respondenten. Met deze data trachten we te achterhalen wat de betalingsbereidheid van de respondenten is en inzicht te verkrijgen in de factoren die van invloed zijn op de bereidheid om te betalen. Om dit te bereiken, werd de enquête verder geanalyseerd met behulp van twee econometrische modellen: een OLS-regressieanalyse en een Tobit-regressieanalyse.

Resultaten

Uit de *open-ended* WTP-vraag blijkt dat de gemiddelde bereidheid van de samenleving om te betalen voor een teleconsultatie met de huisarts 7,42 euro bedraagt, met waarden die variëren van 0 euro tot 32 euro. Daarnaast gaf de meerderheid van de respondenten aan bereid te zijn meer te betalen voor een traditioneel consult dan voor een videoconsult. Het gemiddelde prijsverschil tussen een traditioneel consult en een videoconsult bedraagt 9,55 euro. Desalniettemin waren 6 respondenten niet bereid te betalen voor deze alternatieve wijze van consultatie, met de voornaamste reden dat ze een traditionele consultatie met de huisarts verkiezen boven een teleconsult. Eén nul-waarde werd geïdentificeerd als een protestbod en is uit de steekproef verwijderd.

De OLS-regressie toonde een significant effect aan voor zowel het gezinsinkomen als de reistijd naar de dokterspraktijk. Respondenten met een hoger gezinsinkomen zijn over het algemeen meer bereid te betalen dan respondenten met een lager gezinsinkomen. Bovendien tonen respondenten die langer onderweg zijn naar de huisartspraktijk een grotere bereidheid om te betalen voor een teleconsult. De resultaten van de Tobit-regressie laten zien dat het gezinsinkomen opnieuw een significante factor is, om dezelfde redenen als in de OLS-analyse. Echter, in deze analyse blijkt ook de perceptie van de respondent een significante impact te hebben. Dit betekent dat respondenten met een positieve houding ten opzichte van videoconsultaties meer bereid zijn te betalen dan respondenten met een negatieve houding. De resultaten van beide regressieanalyses vertoonden verder sterke overeenkomsten.

Conclusie

Deze masterproef benadrukt dat de maatschappij een groeiende interesse toont in het gebruik van teleconsultaties, wat dit onderzoek van waarde maakt. Het biedt een stimulans voor beleidsmakers, huisartsen en andere belanghebbenden om de ontwikkeling van teleconsultaties in België verder te bevorderen. Bovendien vult dit onderzoek een leemte in de literatuur door zich te richten op de algemene bevolking, in tegenstelling tot de meeste studies die gericht zijn op patiënten met specifieke aandoeningen. Desalniettemin moet er rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat respondenten het huidige remgeld voor traditionele consultaties als referentiepunt voor de betalingsbereidheid voor teleconsultaties hebben gebruikt. Tot slot is het van belang om te benadrukken dat voorzichtigheid geboden is bij het interpreteren van de effecten van zowel de reistijd naar de huisarts als de perceptie van respondenten, gezien de niet-robuste aard van deze effecten tussen de beide regressieanalyses. Om dit nauwkeuriger te begrijpen, is het aangewezen om verder onderzoek uit te voeren met een grotere, willekeurig gekozen steekproef.

Inhoud

WOORD VOORAF	1
SAMENVATTING	2
HOOFDSTUK 1: ONDERZOEKSPLAN	8
1.1 PROBLEEMSTELLING	8
1.2 DEELVRAGEN	10
1.3 ONDERZOEKSOPZET.....	11
1.3.1 Literatuurstudie	11
1.3.2 Empirische studie.....	12
HOOFDSTUK 2: WAT IS EEN TELECONSULTATIE?	13
2.1 DEFINITIE	13
2.1.1 Soorten asynchrone teleconsultaties	13
2.1.2 Soorten synchrone teleconsultaties	14
2.2 EVOLUTIE TELECONSULTATIE	15
2.3 VOORDELEN EN NADELEN VAN TELECONSULTATIES.....	15
2.3.1 Voordelen teleconsultatie	17
2.3.2 Nadelen teleconsultatie	18
2.4 TECHNISCHE EN ORGANISATORISCHE OVERWEGINGEN BIJ TELECONSULTATIES.....	20
2.5 TELECONSULTEN IN BELGIË	23
2.6 CONCLUSIE	25
HOOFDSTUK 3: WELKE WILLINGNESS TO PAY METHODEN WORDEN ER BINNEN DE GEZONDHEIDSZORG GEBRUIKT?	26
3.1 DEFINITIE WTP	26
3.1.1 Willingness to pay versus willingness to accept.....	26
3.2 HET BELANG VAN WTP IN DE GEZONDHEIDSZORG	27
3.3 METHODEN OM DE BETALINGSBEREIDHEID TE METEN	28
3.3.1 Contingent valuation	29
3.3.1.1 Open-ended	29
3.3.1.2 Bidding game.....	30
3.3.1.3 Betaalkaart	30
3.3.1.4 Dichotome keuze-experimenten.....	31
3.3.2 Discrete choice experiment.....	32
3.4 CONCLUSIE	33
HOOFDSTUK 4: HOE WORDT BESTAAND ONDERZOEK NAAR DE BEREIDHEID OM TE BETALEN VOOR TELEZORGDIENSTEN OPGEZET EN UITGEVOERD, EN WAT ZIJN DE BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN?	34
4.1 HUIDIG WTP-ONDERZOEK	34
4.1.1 Contingent valuation studies	35
4.1.2 Discrete keuze-experimenten.....	39
4.2 WTP VOOR TELECONSULTATIES	40
4.3 FACTOREN DIE DE WTP VOOR TELZORGDIENSTEN BEÏNVLOEDEN	40
4.4 GEVALIDEERDE VRAGENLIJSTEN VOOR PERCEPTIE.....	41
4.2.1 EQ-5D-5L.....	43
4.2.2 Telehealth usability questionnaire (TUQ)	43
4.2.3 Telemedicine satisfaction questionnaire (TSQ).....	44
4.2.4 Telemedicine perception questionnaire (TMPQ).....	44
4.2.5 Telemedicine satisfaction and usefulness questionnaire (TSUQ).....	44
4.2.6 Technology acceptance model (TAM).....	45
4.2.7 Whole Systems Demonstrator Service User Technology Acceptability Questionnaire (WSD-SUTAQ)	45
4.4 CONCLUSIE	46
HOOFDSTUK 5: ONDERZOEKSAANPAK	47
5.1 METHODE	47

5.1.1 Vragenlijst.....	47
5.1.2 Dataverzameling.....	50
5.2 STATISTISCHE ANALYSES	50
5.2.1 OLS-methode	50
5.2.2 Tobit-methode	51
HOOFDSTUK 6: DE BETALINGSBEREIDHEID.....	53
6.1 KARAKTERISTIEKEN VAN DE STEEKPROEF	53
6.1.1 Samenstelling van de steekproef.....	53
6.1.2 Beschrijvende statistieken	53
6.2 BEREIDHEID TOT BETALEN	56
6.2.1 Waardering traditionele consultatie.....	57
6.3 PERCEPTIE VAN DE MAATSCHAPPIJ OVER TELECONSULTATIE	58
6.3.1 Resultaten TMPQ-vragenlijst	58
6.3.2 Resultaten 5-punt Likertschaal voorkeur videoconsultatie.....	59
6.4 DRIJFVEREN BETALINGSBEREIDHEID	60
6.4.1 Resultaten OLS-regressie	60
6.4.2 Resultaten Tobit-Regressie	61
6.4.3 Vergelijking resultaten OLS – en Tobit regressies	61
6.5 CONCLUSIE	63
CONCLUSIE	67
BIBLIOGRAFIE	68
BIJLAGEN	73
BIJLAGE I: VOORBEELDEN CONTINGENT VALUATION (HOOFDSTUK 3)	73
BIJLAGE II: VOORBEELD DISCREET KEUZE-EXPERIMENT (HOOFDSTUK 3)	74
BIJLAGE III: VRAGENLIJST	75
BIJLAGE IV: PERCEPTIE VIDEOCONSULTATIE – 17 STELLINGEN (TMPQ)	83
BIJLAGE V: TMPQ - GEMIDDELDE SCORE PER STELLING (N=133)	86
BIJLAGE VI: DEFINITIES EN WAARDE VARIABELEN	89
BIJLAGE VII: CORRELATIETABEL	93

Lijst van figuren en tabellen

Tabellen

Tabel 1: Overzicht voordelen en nadelen teleconsultaties.....	9
Tabel 2: Checklist ter voorbereiding op consultaties op afstand.....	14
Tabel 3: Overzicht van bestaande WTP-studies over telezorgdiensten.....	27
Tabel 4: Gelijkenissen en verschillen tussen de studies die CV gebruiken.....	28
Tabel 5: Gelijkenissen en verschillen tussen de studies die DCE's gebruiken	32
Tabel 6: Gevalideerde schalen en meetinstrumenten	35
Tabel 7: Karakteristieken steekproef (n=133)	49
Tabel 8: Overzicht redenen geen betalingsbereidheid	52
Tabel 9: Zekerheid betalingsbereidheid respondenten	52
Tabel 10: Waarschijnlijkheid keuze videoconsultatie	54
Tabel 11: Resultaten OLS- en Tobitregressies	57

Figuren

Figuur 1: Precieze betalingsbereidheid.....	51
Figuur 2: Waardering traditionale consultatie.....	53
Figuur 3: Voorkeur teleconsultatie.....	55

Hoofdstuk 1: Onderzoeksplan

1.1 Probleemstelling

Als gevolg van de COVID-19-pandemie hebben gezondheidszorgsystemen wereldwijd zich moeten aanpassen aan een snel veranderende zorgomgeving. De pandemie bracht een golf van uitdagingen met zich mee voor de gezondheidszorg, waaronder een stijgende vraag naar medische zorg en tegelijkertijd de noodzaak om direct contact tussen patiënten en zorgverleners te beperken. Deze ongekende omstandigheden dwongen zorgsystemen om snel en flexibel te reageren om de continuïteit van de zorg te waarborgen en tegelijkertijd de gezondheid en veiligheid van zowel patiënten als zorgverleners te beschermen. Dit heeft geleid tot een groeiende populariteit van telegeneeskunde, met name in de eerstelijnszorg, omdat telegeneeskunde een effectieve methode blijkt te zijn om zowel acute als chronische medische behoeften te behandelen, terwijl tegelijkertijd direct fysiek contact wordt vermeden (Fernández Coves, Yeung, van der Putten, & Nelson, 2022; RIZIV, 2022b).

Telegeneeskunde wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) gedefinieerd als: "Het leveren van gezondheidszorgdiensten, waar patiënten en zorgverleners gescheiden zijn door afstand." Deze vorm van zorg maakt gebruik van informatietechnologie voor de uitwisseling van informatie voor diagnose, behandeling, onderzoek, evaluatie en permanente educatie van gezondheidsprofessionals ((WHO), 2022). Telegeneeskunde omvat verschillende toepassingen, zoals tele-expertise¹, telemonitoring², tele-assistentie³, M-health⁴ en teleconsultatie. Elk van deze toepassingen vervult een specifieke rol in het verbeteren van de toegang tot en het leveren van kwaliteitszorg op afstand ((WHO), 2022 ; KCE, 2020).

Binnen het domein van telegeneeskunde heeft de teleconsultatie tijdens de pandemie een prominente rol gespeeld als een doeltreffende methode om medische zorg op afstand te verlenen. Een teleconsultatie wordt door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) gedefinieerd als een zorgverlening op afstand waarbij een zorgverlener en een patiënt elkaar kunnen spreken en zien via verschillende communicatiemiddelen, zoals telefonische gesprekken, e-mails, sms, chats of videoconferenties (Fernández Coves et al., 2022; KCE, 2020). Deze vorm van zorgverlening biedt diverse voordelen, waaronder verbeterde toegang tot zorg, efficiëntie in tijd en kosten door het vermijden van reizen naar medische faciliteiten, flexibele afspraakmogelijkheden,

¹ Tele-expertise is wanneer zorgverleners op afstand met elkaar overleggen over een specifieke patiënt, zonder dat de patiënt aanwezig is, voor bijvoorbeeld diagnose of second opinion. Documenten zoals medische dossiers en beeldvorming worden vaak uitgewisseld of getoond (KCE, 2020).

² Telemonitoring is een vorm van zorgverlening waarbij zorgverleners op afstand de gezondheidsparameters van een patiënt controleren en volgen. Dit gebeurt vaak met behulp van gespecialiseerde tools en technologie (KCE, 2020).

³ Bij tele-assistentie stuurt een arts op afstand een medische interventie aan of voert deze uit, zoals beeldvorming of een chirurgische ingreep, tussen zorgverleners of met iemand die bij de patiënt aanwezig is, bijvoorbeeld tijdens reanimatie (KCE, 2020).

⁴ Mobile Health, afgekort M-health, omvat het gebruik van mobiele apparaten en apps om gezondheidsgegevens in real-time te meten en eventueel te delen met zorgverleners. Dit kan bijvoorbeeld een smartphone zijn die de hartslag meet en deze gegevens deelt met een zorgverlener (KCE, 2020).

en de mogelijkheid voor opvolging op afstand, wat de continuïteit van zorg bevordert (Barutçu, 2019; Deldar, Bahaadinbeigy, & Tara, 2016; Fernández Coves et al., 2022).

Door het toenemende gebruik van teleconsultaties tijdens de COVID-19 pandemie introduceerde het RIZIV nieuwe nomenclatuurcodes voor de tijdelijke terugbetaling van telezorgdiensten, waarbij zorgverleners geen extra kosten aan de patiënt mochten doorrekenen. Na de Covid-19-crisis bleef de vraag naar teleconsultaties stijgen, waardoor ze een essentieel onderdeel van de Belgische zorgsector werden. Het RIZIV heeft op 1 augustus 2022 belangrijke wijzigingen doorgevoerd, waarbij het tijdelijke systeem werd vervangen door een permanent kader voor de terugbetaling van consulten op afstand door artsen (Ordomec, 2022; RIZIV, 2022a).

Tussen augustus 2022 en juni 2023 registreerde de federale gezondheidsverzekeraar RIZIV al 5,7 miljoen teleconsultaties (Standaard, 2023). Dit geeft aan dat deze vorm van zorg steeds meer wordt geïntegreerd in het dagelijks leven en steeds belangrijker wordt voor mensen die toegang zoeken tot medische zorg. Dit biedt grote opportuniteiten in een tijd waarin de kosten van de gezondheidszorg blijven stijgen (KCE, 2020; OECD, 2023).

De toename van de gezondheidsuitgaven in België is de afgelopen jaren een groeiend aandachtspunt geworden voor beleidsmakers, onderzoekers en zorgprofessionals. De stijgende levensverwachting en grotere zorgbehoefte, met name bij de vergrijzende bevolking, leiden tot toenemende kosten. Tegelijkertijd daalt het aantal werkende mensen dat bijdraagt aan de financiering van de gezondheidszorg, wat resulteert in toenemende financiële druk op het systeem. In 2021 bedroegen de uitgaven voor de gezondheidszorg ongeveer 11 procent van het bruto binnenlands product (bbp) en zouden ze naar verwachting de komende jaren nog toenemen (Belgium; Commission, 2023).

In reactie op de groeiende financiële druk binnen de gezondheidssector moeten er strategieën worden ontwikkeld om de uitgaven te beheren en efficiëntie te bevorderen. Een van de aanbevolen oplossingen, voorgesteld door de *The Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD), is het optimaliseren van de eerstelijnszorg. Een goed functionerende eerstelijnszorg kan aanzienlijke kostenbesparingen opleveren door het voorkomen van ziekenhuisopnames en gerelateerde kosten, zowel binnen ziekenhuizen als elders in het gezondheidszorgsysteem (OECD, 2023). In België vormt de eerstelijnsgezondheidszorg de basis van het gezondheidszorgsysteem en biedt het directe toegang tot gezondheidsdiensten voor mensen met verschillende zorgbehoeften (Vlaanderen, 2024). In dit opzicht kunnen teleconsultaties een waardevolle bijdrage leveren aan het versterken van de eerstelijnszorg en het efficiënter omgaan met kosten, zoals duidelijk is geworden tijdens de COVID-19-pandemie (Standaard, 2023).

Om te bepalen of teleconsultaties daadwerkelijk kosteneffectief kunnen zijn en de kosten van de gezondheidssector kunnen verminderen, is een grondige economische evaluatie van belang. Dit dwingt beleidsmakers tot een diepgaande analyse van de verwachte kosten en baten van dit zorgalternatief (Boardman et al., 2013; Ghijben, Gu, Lancsar, & Zavarsek, 2018). Op deze manier kunnen zij ervoor zorgen dat de beschikbare middelen op een effectieve en efficiënte manier worden ingezet om maatschappelijke doelen te bereiken. (Blommaert, Meuleman, Leenheer, & Butkevica, 2020; Boardman et al., 2013).

In een analyse van alle kosten en baten van een bepaalde interventie, zoals bijvoorbeeld een teleconsultatie, is het van belang om ook de baten in monetaire termen uit te drukken (Boardman, 2013). Een effectieve methode om dit te doen is de *Willingness-to-Pay* (WTP) methode. Deze methode speelt een cruciale rol bij het toekennen van een monetaire waarde aan zowel de gezondheidsvoordelen van teleconsultaties als andere voordelen die niet direct met gezondheid verband houden, zoals bijvoorbeeld tijdsbesparing. Door deze voordelen te monetariseren, kunnen beleidsmakers een grondige kosten-batenanalyse uitvoeren. Deze analyse maakt het mogelijk om teleconsultaties te evalueren en te vergelijken met traditionele consultaties en andere gezondheidsinterventies op basis van hun netto financiële voordeel. Dit voordeel vertegenwoordigt het verschil tussen de totale baten en kosten van beide vormen van consultatie. Op deze manier kunnen beleidsmakers weloverwogen beslissingen nemen over welke zorgoplossingen het meest kosteneffectief zijn en het grootste voordeel bieden voor de samenleving als geheel (Boardman et al., 2013; Gafni, 2006; Rognoni, Armeni, Tarricone, & Donin, 2020).

Daarnaast biedt de WTP ook inzicht in de vraag van een teleconsult. Een helder inzicht in de vraag naar deze diensten informeert belangrijke processen zoals de planning voor duurzame financiering, de toewijzing van middelen en het ontwikkelen van een prijsstrategie voor deze diensten (Chua, Koh, Koh, & Tyagi, 2022).

Kortom bieden teleconsultaties een veelbelovend alternatief voor traditionele huisartsbezoeken in een tijd waarin de kosten van de gezondheidszorg blijven stijgen en de druk om efficiëntere eerstelijnszorg te bieden toeneemt. Deze masterproef richt zich op het waarderen van teleconsultaties, zodat deze interventie kan worden opgenomen in kosten-batenanalyses van verschillende zorginterventies. Aangezien teleconsultaties niet worden verhandeld op de traditionele markt, moeten ze worden gewaardeerd aan de hand van de betalingsbereidheid van individuen. De centrale onderzoeksvraag luidt dan ook als volgt: 'Hoeveel bedraagt de maatschappelijke betalingsbereidheid voor teleconsultaties met een huisarts?'

1.2 Deelvragen

Om een antwoord te bieden op bovenstaande onderzoeksvraag zullen volgende deelvragen worden onderzocht:

1. Wat is een teleconsultatie?
2. Welke *willingness to pay* methoden worden er binnen de gezondheidszorg gebruikt?
3. Hoe wordt bestaand onderzoek naar de bereidheid om te betalen voor telezorgdiensten opgezet en uitgevoerd, en wat zijn de belangrijkste bevindingen?
4. Wat is de maatschappelijke betalingsbereidheid voor een teleconsultatie met een huisarts?

De eerste drie deelvragen zullen worden onderzocht aan de hand van een literatuurstudie en dienen tevens als basis voor het ontwikkelen van een vragenlijst om de betalingsbereidheid van de respondenten nauwkeurig te kunnen onderzoeken. De eerste deelvraag begint met het definiëren

van teleconsultaties, gevolgd door een beschrijving van de evolutie ervan. Daarnaast worden verschillende vormen van teleconsultaties besproken, waarbij ook de mogelijke voor- en nadelen ten opzichte van traditionele consultaties bij de huisarts worden belicht. Tot slot wordt in dit hoofdstuk ook de toepassing van teleconsultaties binnen de Belgische context behandeld.

De tweede deelvraag zal een diepgaande analyse geven van de verschillende methoden die binnen de gezondheidszorg worden gebruikt om de bereidheid tot betalen te meten. Het hoofdstuk zal het belang van de bereidheid tot betalen in de gezondheidszorg benadrukken, gevolgd door een bespreking van de diverse methoden die binnen de gezondheidszorg aangewend worden. Zowel de *contingent valuation* als de *discrete choice experiments* zullen worden behandeld.

Vervolgens zal de derde deelvraag beantwoord worden door te kijken naar hoe bestaand onderzoek naar de bereidheid tot betalen voor telezorgsystemen wordt opgezet en uitgevoerd. In dit hoofdstuk zullen verschillende studies worden besproken die al eerder onderzoek hebben gedaan naar de WTP van telezorgsystemen en hoe deze zijn opgezet. De verschillen en overeenkomsten tussen deze studies zullen worden behandeld. Tot slot zullen de belangrijkste bevindingen in deze studies worden samengevat.

De laatste deelvraag van deze masterproef richt zich op het empirische luik. Hierin wordt onderzocht hoeveel de maatschappij bereid is te betalen voor het gebruik van teleconsultaties met hun huisarts. Zowel de betalingsbereidheid als de drijfveren hierachter zullen worden onderzocht en besproken.

1.3 Onderzoeksopzet

Deze masterproef omvat zowel een literatuurstudie als een empirische studie. De inzichten die verkregen werden vanuit de bestaande wetenschappelijke literatuur dienen als basis voor de opmaak en de uitvoering van de empirische studie.

1.3.1 Literatuurstudie

Eerst werd een grondige en uitgebreide literatuurstudie uitgevoerd op basis van de bestaande wetenschappelijke literatuur. Deze literatuur werd gevonden door onder andere de volgende zoektermen te gebruiken en te combineren:

Zoektermen		
Asynchroon	EQ-5D-5L	<i>Revealed preferences</i>
Betaalkaart	<i>General practitioner</i>	SMS consult
<i>Bidding game</i>	Huisarts	<i>Stated preferences</i>
Biedspel	Kosten-batenanalyse	Synchroon
CBA	<i>M-health</i>	<i>Teleconsultations</i>
CEA	Meetinstrument	Telefonische consultatie
<i>Contingent valuation</i>	OLS	Telegeneeskunde

DCE	Online consult	<i>Telehealth</i>
Dichotome keuzemethode	<i>Open-ended WTP</i>	<i>Telemedicine</i>
<i>Discrete choice experiment</i>	<i>Payment card</i>	Videoconsultatie
Discrete keuze experimenten	Perception	<i>Willingness-to-pay</i>
<i>e-health</i>	<i>Primary care</i>	WTP
e-mail consult	Tobit – <i>regression</i>	
Eerstelijnszorg	<i>Remote consultations</i>	

Hiervoor werden verschillende zoekmachines gebruikt, waaronder de Bibliotheek van de UHasselt, Google Scholar, Web of Science en PubMed.

1.3.2 Empirische studie

Om een antwoord te kunnen formuleren op de laatste deelvraag, werd een empirische studie uitgevoerd. Data werd verzameld door middel van een *contingent valuation* vragenlijst. De doelgroep werd bereikt via Facebook en WhatsApp, waarbij in totaal 134 respondenten zich bereid toonden om de vragenlijst volledig in te vullen. In de vragenlijst werden twee technieken toegepast: de betaalkaartechniek en de *open-ended willingness to pay* vraag. De eerste techniek werd gebruikt om de maximale betalingsbereidheid van de respondent te achterhalen, terwijl de *open-ended* vraag werd gebruikt om de precieze betalingsbereidheid te achterhalen. De betaalkaart diende als context voor de respondenten, zodat zij een weloverwogen antwoord konden geven op de open vraag. Op basis van de resultaten van de *open-ended* vraag konden inzichten worden verkregen in de betalingsbereidheid van de respondenten en welke factoren hierop van invloed waren. De verdere uitwerking en bespreking van de empirische studie zullen aan bod komen vanaf hoofdstuk 5.

A. Literatuurstudie

Hoofdstuk 2: Wat is een teleconsultatie?

Deze masterthesis onderzoekt de bereidheid van de maatschappij om te betalen voor teleconsultaties. Daarom is het essentieel om de term 'teleconsultatie' duidelijk te definiëren. In dit hoofdstuk zal er dieper worden ingegaan op dit concept door het te definiëren, de voor- en nadelen ervan te bespreken, en de belangrijkste aspecten binnen het consultatieproces en de werking ervan binnen de Belgische context te onderzoeken.

2.1 Definitie

Een teleconsultatie wordt in de literatuur gedefinieerd als een vorm van medische zorgverlening waarbij artsen en patiënten op afstand communiceren via technologische middelen zoals telefoons, videoconferenties en internetplatformen. Hierdoor hebben patiënten de mogelijkheid om medisch advies en behandeling te ontvangen zonder fysiek naar een medische faciliteit te hoeven reizen (Khanji, Gallagher, Rehill, & Archbold, 2023; Lam et al., 2021; Morcillo Serra & Aroca Tanarro, 2022; Williams et al., 2023). Deze communicatie kan op twee manieren plaatsvinden: synchroon en asynchroon. Bij een synchrone teleconsultatie zijn zowel patiënt als de zorgverlener op hetzelfde moment beschikbaar. Dit kan gebeuren via een videoconsultatie of een telefonische consultatie. Aan de andere kant kan een asynchrone teleconsultatie plaatsvinden wanneer informatie wordt opgeslagen en verzonden naar de zorgverlener, die deze op een later tijdstip zal beoordelen. Dit kan gebeuren via e-mail, chat of een berichtensysteem (Morcillo Serra & Aroca Tanarro, 2022; Verhoeven, Tanja-Dijkstra, Nijland, Eysenbach, & van Gemert-Pijnen, 2010).

2.1.1 Soorten asynchrone teleconsultaties

Asynchrone teleconsultaties omvatten communicatie tussen patiënt en zorgverlener, waarbij informatie wordt uitgewisseld zonder direct contact tussen de betrokken partijen. Dit kan plaatsvinden via e-mail, chat, automatische berichtssystemen of andere middelen. De zorgverlener en de patiënt communiceren niet gelijktijdig (Verhoeven et al., 2010; Yadav et al., 2022). Er bestaan diverse vormen van communicatie tussen patiënten en zorgverleners waarbij geen direct contact nodig is. Eén van deze methoden is het raadplegen van een zorgverlener via een e-mail consultatie. Dit is een asynchrone communicatiemethode waarbij patiënten op elk gewenst moment een e-mail kunnen sturen naar hun zorgverlener met vragen, opmerkingen of verzoeken om advies of informatie over hun gezondheid. De zorgverlener ontvangt deze e-mail in zijn of haar inbox en kan deze op een later tijdstip bekijken, binnen hun werkuren. Vervolgens kan de zorgverlener op eigen gelegenheid reageren met advies, instructies of vervolgvragen (Huygens et al., 2018).

Een andere methode betreft het gebruik van SMS-systemen. Een SMS-bericht kan op twee manieren worden ingezet. Enerzijds kan een tekstbericht worden gebruikt als een eenrichtingscommunicatie om de gebruiker informatie te verstrekken, zoals herinneringen en waarschuwingen. Anderzijds kan het ook worden gebruikt als tweerichtingscommunicatie, waarmee de gebruiker informatie kan verzenden en ontvangen. Op die manier biedt een SMS-systeem patiënten de mogelijkheid om via een eenvoudig tekstbericht te communiceren met hun huisarts of zorgteam (Bäck & Mäkelä, 2012). In deze thesis zal de focus echter liggen op synchrone teleconsultaties, omdat het empirische deel van dit onderzoek de bereidheid van de samenleving tot betaling voor dergelijke consultaties zal onderzoeken. Daarom zal er niet dieper worden ingegaan op de asynchrone teleconsultatie.

2.1.2 Soorten synchrone teleconsultaties

Zoals eerder aangegeven, zijn synchrone teleconsultaties directe consultaties tussen zorgverlener en patiënt (Verhoeven et al., 2010). De literatuur maakt onderscheid tussen twee hoofdmethoden voor dit directe contact: telefonische consulten en videoconsulten. Deze twee vormen van consultatie verschillen op diverse vlakken, waaronder technologische vereisten, non-verbale communicatie, flexibiliteit, toegankelijkheid en digitale inclusie (Capello et al., 2022).

Telefonische consulten zijn wereldwijd een van de meest gebruikte en vertrouwde communicatiemiddelen tussen arts en patiënt. Deze wijdverbreide acceptatie is te wijten aan de brede toegankelijkheid van vaste lijnen en mobiele apparaten onder bijna alle patiënten (Khanji et al., 2023). Deze telefonische consulten dienen vaak als alternatief of aanvulling op persoonlijke consulten voor diverse behoeften van patiënten, zoals triage en behandeling van zowel acute als chronische aandoeningen, alsook voor patiënten die beperkt zijn in hun mobiliteit en niet in staat zijn om hun huis te verlaten. Verscheidene onderzoeken hebben aangetoond dat telefonische consulten ten minste even effectief kunnen zijn als persoonlijke ontmoetingen (Byambasuren et al., 2023; de Albornoz, Sia, & Harris, 2022; Khanji et al., 2023).

Naast telefonische consulten hebben patiënten ook de mogelijkheid om direct contact op te zoeken met hun zorgverlener via een videoverbinding. Volgens onderzoek van César Morcillo Serra & Ana Aroca Tanarro (2022) heeft videoconsultatie zich in de recente jaren ontwikkeld tot een van de meest geavanceerde vormen van telegeneeskunde. Deze vooruitgang is grotendeels toe te schrijven aan verbeteringen in connectiviteit en aan de opkomst en wijdverbreid gebruik van mobiele telefoons en applicaties. Deze technologische ontwikkelingen hebben een digitaal platform gecreëerd waarop medische zorg op afstand overal toegankelijk is. In tegenstelling tot telefonische consulten kunnen zowel de arts als de patiënt elkaar zien, wat de non-verbale communicatie vergemakkelijkt en visueel onderzoek mogelijk maakt (Morcillo Serra & Aroca Tanarro, 2022).

Het is van belang om de consultatievoorkeur van de patiënt te identificeren en het meest geschikte communicatiemiddel te selecteren, met als doel een effectieve en gepersonaliseerde zorgervaring te bieden (Khanji et al., 2023). Khanji et al. (2023) verwachten dat een hybride benadering, waarbij zowel persoonlijke consulten als consulten op afstand worden gebruikt, het toekomstige model zal

vormen voor ambulante zorgverlening in de komende jaren. Het is van groot belang dat de normen die worden geassocieerd met een fysiek consult zorgvuldig worden gehandhaafd, om zowel patiënten als zorgverleners tevreden te stellen met deze methode. Niettemin wordt in de literatuur benadrukt dat het belangrijk is om te onthouden dat een fysiek consult niet volledig kan worden vervangen door een consult op afstand (Capello et al., 2022; Khanji et al., 2023; Vodicka & Zelko, 2022).

2.2 Evolutie teleconsultatie

De COVID-19-pandemie heeft een blijvende aandacht gevestigd op zorgmodellen die persoonlijke contacten tussen zorgverleners en patiënten vermijden. Tijdens de pandemie werden teleconsultaties de voorkeursmethode voor eerstelijnszorg in Europa. Artsen werden aangemoedigd om patiënten op afstand te triëren via verschillende platformen, zoals telefoon, video en online e-consulten (Caddick, 2023). *Face-to-face* consulten werden hierbij vermeden, tenzij dit door de behandelende arts als noodzakelijk werd beschouwd. Dit betrof bijvoorbeeld situaties waarin een fysiek onderzoek onmisbaar was, zoals het afnemen van bloedmonsters, wondverzorging, enzovoort (Caddick, 2023; de Albornoz et al., 2022; Vodicka & Zelko, 2022; Williams et al., 2023).

Hoewel de onverwachte overgang van traditionele zorg naar digitale zorg opvallend is, is het concept van consultaties op afstand via communicatietechnologie niet nieuw. In de jaren 1920, toen de communicatietechnologie nog in haar kinderschoenen stond, ontstonden de eerste ideeën rondom teleconsultaties. Visionairen zagen het potentieel om medisch advies op afstand te geven via de radio. Deze zogenaamde *radio doctors* stelden luisteraars in staat om hun gezondheidsvragen telefonisch te stellen, waarop de *radio doctor* antwoordde met algemene medische informatie. Hoewel dit destijds meer entertainment dan medische zorg was, legde het wel de basis voor de verdere ontwikkeling van teleconsultaties (Caddick, 2023).

Vanaf de jaren 80 begon het idee van teleconsultaties zich steeds verder te ontwikkelen. Het werd ontwikkeld om medische zorg beschikbaar te maken voor patiënten in afgelegen gebieden met beperkte toegang (Vodicka & Zelko, 2022). Het idee was om patiënten op afstand te diagnosticeren en te behandelen, met als doel om de toegang tot medische zorg te verbeteren en de afstand te overbruggen tussen patiënten en zorgverleners. Dankzij de opkomst van het internet en geavanceerde communicatietechnologieën zijn teleconsultaties steeds verder geëvolueerd, waardoor ze een aanzienlijk potentieel bieden voor toekomstige zorgverlening (Boudewijns, Gidding-Slok, & Burgers, 2022; Capello et al., 2022; Vodicka & Zelko, 2022).

2.3 Voordelen en nadelen van teleconsultaties

Consulten op afstand hebben verschillende potentiële voordelen en nadelen voor diverse belanghebbenden, waaronder patiënten en de gezondheidszorg zelf (Khanji et al., 2023). In onderstaande tabel (Tabel 1) wordt getracht om een algemeen beeld te schetsen over zowel de voordelen als nadelen die verbonden zijn aan teleconsultaties. Het is belangrijk om deze aspecten te

identificeren, omdat ze later in het onderzoek de betalingsbereidheid van de maatschappij kunnen beïnvloeden.

Tabel 1: Overzicht voordelen en nadelen teleconsultaties

Voordelen teleconsultatie	Beperkingen teleconsultatie
Patiënten	
Toegankelijkheid	Beperkt fysiek onderzoek
Behoud continuïteit van zorg	Technologische uitdagingen
Gemak	Sociale moeilijkheden - barrière bij het lezen van lichaamstaal
Tijdsbesparing	Technologische toegankelijkheid - ongelijke toegang
Lagere kosten	Peri-visit-test die minder gemakkelijk beschikbaar zijn
Flexibiliteit	
Verhoogde efficiëntie	
Verminderde impact van reizen op symptomen	
Verminderd risico op infectie	
Gezondheidszorg	
Minder behoefte aan wachtruimtes in ziekenhuizen	Potentieel voor klinische risico's door verminderd vermogen om verslechterde patiënten te identificeren
Kostenbesparingen voor zorgverleners	Behoeft e aan systemen voor gegevensbescherming
Verminderd risico op nosocomiale infectie	
Verhoogde samenwerking tussen artsen	

2.3.1 Voordelen teleconsultatie

Tijdens de COVID-19-pandemie hebben teleconsultaties bewezen een effectief alternatief te zijn voor traditionele consulten. Deze vorm van zorgverlening biedt verschillende voordelen die het gebruik ervan ook buiten de pandemie rechtvaardigen (Morcillo Serra & Aroca Tanarro, 2022). Eén van de belangrijkste voordelen van een teleconsultatie is dat ze medische zorg mogelijk maken, ongeacht de locatie van de patiënt of de beschikbaarheid van fysieke zorginstellingen in hun buurt. Dit is met name gunstig voor mensen die zich in afgelegen gebieden bevinden, waar toegang tot zorg vaak beperkt is, waardoor teleconsultaties een waardevol alternatief vormen (Maria, Serra, & Heleno, 2022). Bovendien bieden teleconsultaties een praktische oplossing voor patiënten met mobiliteitsbeperkingen, zoals ouderen of personen met een handicap, doordat zij niet fysiek naar een zorginstelling hoeven te reizen. Op deze wijze dragen teleconsultaties bij aan een verbeterde toegankelijkheid tot medische zorg voor patiënten, inclusief een vergrote toegang tot gespecialiseerde zorg (Maria et al., 2022; O'Cathail, Sivanandan, Diver, Patel, & Christian, 2020).

Consulten op afstand spelen een essentiële rol bij het handhaven van de continuïteit van zorg, met name voor de opvolging van chronische aandoeningen zoals diabetes, hypertensie, astma en andere langdurige gezondheidsproblemen (Morcillo Serra & Aroca Tanarro, 2022). Voor deze ziekten zijn vaak meerdere consulten nodig om een nauwkeurige diagnose te stellen en de voortgang van de ziekte op te volgen. Consulten op afstand vormen een waardevolle aanvulling, vooral wanneer persoonlijke consulten niet altijd haalbaar of essentieel zijn. Met behulp van teleconsultaties kunnen zorgverleners en patiënten regelmatig contact hebben, de symptomen bespreken, en eventuele wijzigingen in de behandeling aanbrengen indien nodig, zonder dat de patiënt fysiek aanwezig hoeft te zijn (Khanji et al., 2023). Bovendien zijn er een aantal langdurige aandoeningen die variabel zijn en waarvoor geen eenduidige diagnostische tests beschikbaar zijn (Khanji et al., 2023; Morcillo Serra & Aroca Tanarro, 2022).

Naast de verbeterde toegankelijkheid en het waarborgen van de continuïteit van de zorg bieden teleconsultaties belangrijke voordelen op het gebied van gemak en tijdbesparing. Voor patiënten wiens leven is ingepland rond werk, studie of kinderopvang, kunnen teleconsultaties veel voordelen opleveren. Patiënten kunnen namelijk vanuit hun eigen huis of werkplek toegang krijgen tot medische zorg, waardoor ze niet langer vrij hoeven te nemen of tijd hoeven te besteden aan het reizen naar een zorginstelling. Dit resulteert in meer flexibiliteit en besparing van tijd voor de patiënt (Donaghy et al., 2019; O'Cathail et al., 2020). Uit onderzoek van Morcillo Serra & Aroca Tanarro (2022) blijkt dat telefonische consultaties meer flexibiliteit bieden dan videoconsultaties. Bij telefonische consultaties kunnen patiënten namelijk ongeacht hun locatie met hun huisarts bellen, terwijl bij een videoconsult een internetverbinding noodzakelijk is en men voor het beeld moet verschijnen.

Het vermijden van fysieke reizen naar de zorginstelling leidt niet alleen tot tijdsbesparingen en meer flexibiliteit, maar zal ook resulteren in een kostenbesparing voor de patiënt. Consulten op afstand zorgen namelijk voor een reductie in de uitgaven voor vervoer, zoals brandstofkosten, parkeertarieven en openbaar vervoer. Daarnaast hebben teleconsultaties een positieve invloed op het milieu, omdat de CO₂-uitstoot sterk wordt verminderd door het verminderen van fysiek reizen

naar de zorginstelling (Morcillo Serra & Aroca Tanarro, 2022). Door het uitvoeren van consulten op afstand worden wachttijden in wachtkamers geëlimineerd en wordt de duur van de consultatie verkort. Dit zal leiden tot een efficiëntere zorgervaring waarbij patiënten sneller toegang krijgen tot de benodigde zorg (Morcillo Serra & Aroca Tanarro, 2022; O'Cathail et al., 2020).

Teleconsultaties kunnen ook gunstig zijn voor de algehele gezondheid van de patiënt. Door een arts op afstand te raadplegen, kan de impact van reizen op de symptomen van de patiënt worden verminderd. Het fysiek moeten reizen naar een medische faciliteit voor een consult kan namelijk een aanzienlijke invloed hebben op symptomen zoals pijn en vermoeidheid. Voor sommige patiënten kan het reizen zelfs hun toestand verergeren (Khanji et al., 2023). Daarnaast kunnen teleconsultaties het risico op infectie van andere patiënten verminderen. In bijvoorbeeld traditionele dokterspraktijken bestaat altijd het risico op infecties, vooral in wachtkamers waar patiënten elkaar kunnen besmetten. Teleconsultaties minimaliseren dit risico door het contact met andere patiënten en de huisarts te verminderen, wat de kans op infectie verkleint. Ook binnen de ziekenhuiscontext kunnen teleconsultaties zorgen voor een verminderd risico op het aantal nosocomiale infecties, oftewel infecties die een patiënt oploopt tijdens een verblijf in een medische instelling, wat de algehele patiëntveiligheid zal bevorderen (Khanji et al., 2023; Morcillo Serra & Aroca Tanarro, 2022).

Naast de potentiële voordelen die teleconsultaties voor patiënten bieden, zijn er ook specifieke voordelen voor de gezondheidszorg in het algemeen. Eén van de belangrijkste voordelen is de verminderde behoefte aan fysieke wachtruimtes in dokterspraktijken of ziekenhuizen. Hierdoor is er minder drukte in de medische faciliteit en kunnen wachttijden worden geminimaliseerd voor de patiënt, wat over het algemeen resulteert in een verbeterde patiëntervaring. Bovendien zijn teleconsultaties, zoals eerder genoemd, vaak kosteneffectiever dan traditionele consulten. Naast de verminderde reiskosten, zorgen teleconsultaties er ook voor dat de tijd van de zorgverlener geoptimaliseerd wordt (Khanji et al., 2023).

Tot slot kunnen consulten op afstand de coördinatie tussen eerstelijns- en tweedelijnszorg verbeteren door ziekenhuisspecialisten en eerstelijnszorgverleners efficiënt samen te laten werken, inclusief het elektronisch delen van dossiers (Williams et al., 2023). Artsen kunnen direct via videoconferenties overleggen en behandelplannen bespreken. Dit leidt tot snellere en effectievere besluitvorming, wat uiteindelijk de patiëntenzorg ten goede komt. De verbeterde samenwerking en communicatie stellen artsen in staat om beter geïnformeerde beslissingen te nemen, waardoor patiënten sneller toegang krijgen tot gespecialiseerde kennis en eerder kunnen worden behandeld. Dit resulteert in een betere diagnose, behandeling en algehele zorgervaring voor de patiënt (Khanji et al., 2023; Maria et al., 2022).

2.3.2 Nadelen teleconsultatie

Onderzoek toont aan dat het gebruik van teleconsultaties, naast verschillende voordelen, ook een aantal mogelijke nadelen met zich meebrengt (Khanji et al., 2023; Williams et al., 2023). Het belangrijkste nadeel van alle soorten consulten op afstand is het onvermogen om een lichamelijk onderzoek bij de patiënt uit te voeren. Bepaalde aandoeningen vereisen namelijk een fysiek onderzoek van de patiënt, iets wat niet kan uitgevoerd worden tijdens een teleconsultatie. Hoewel

een videoconsultatie dit probleem deels kan verhelpen, zijn bepaalde visuele symptomen zoals huiduitslag, wonden, zwellingen en andere zichtbare symptomen afhankelijk van directe inspectie die niet altijd adequaat kan worden uitgevoerd via een scherm. Bovendien zijn sommige tests zoals bloedafnames en echografieën afhankelijk van specifieke apparatuur die niet beschikbaar is bij teleconsultaties. Deze beperking kan leiden tot een vertraagde diagnose of het missen van belangrijke symptomen bij ernstig zieke patiënten, wat een nadeel kan zijn voor de algehele gezondheidszorg (O'Cathail et al., 2020; Williams et al., 2023).

Teleconsultaties kennen diverse technologische uitdagingen, die verschillende belanghebbende kunnen benadelen. Met name bij videoconsultaties spelen deze uitdagingen een grote rol, waarbij de kwaliteit van audio en video centraal staan. Allereerst kunnen connectiviteitsproblemen, voortkomend uit een instabiele internetverbinding, leiden tot onderbrekingen in zowel geluid als beeld, wat de communicatie bemoeilijkt en de effectiviteit van het consult kan verminderen. Bovendien kan een lagere videokwaliteit invloed hebben op de mogelijkheid van de arts om visuele details waar te nemen. Gebrekkige audiokwaliteit kan leiden tot misverstanden of onjuiste interpretaties van symptomen of klachten (Jiménez-Rodríguez et al., 2020; O'Cathail et al., 2020).

Bij telefonische consulten kunnen eveneens communicatieproblemen ontstaan doordat patiënten zich kunnen bevinden in omgevingen die hun betrokkenheid bij het proces beïnvloeden, zoals drukke openbare ruimtes of werkomgevingen. Terwijl de patiënt probeert te communiceren met de arts over zijn gezondheidsprobleem, kan hij worden afgeleid door omgevingslawaai, veroorzaakt door voorbijgangers, verkeer of andere omgevingsgeluiden. Deze omgevingsfactoren kunnen het voor de patiënt moeilijk maken om bijvoorbeeld de stem van de arts goed te horen of zich te concentreren op het gesprek. Dit kan leiden tot herhaalde oproepen, wat op zijn beurt de planning van huisarts kan verstoren. Bovendien kunnen problemen ontstaan door een slechte ontvangst van mobiele telefoons (Khanji et al., 2023).

Naast de mogelijke verbindingsproblemen zijn er ook andere technologische aspecten die van invloed kunnen zijn op videoconsultaties. Deze vorm van consultatie is vaak technologisch veeleisender dan telefonische consulten, zowel voor patiënten als voor artsen, vanwege factoren zoals de beschikbaarheid, installatie en connectiviteit van apparaten. Dit kan leiden tot digitale uitsluiting van bepaalde groepen patiënten, zoals ouderen, mensen met cognitieve of zintuiglijke beperkingen, en mensen met een lage sociaaleconomische status. Deze groepen hebben mogelijk niet de nodige toegang, vertrouwen of vaardigheden om de diensten te gebruiken, wat resulteert in ongelijke toegang tot gezondheidszorg. Dit kan op zijn beurt de effectiviteit van teleconsultaties beïnvloeden (Jiménez-Rodríguez et al., 2020; Khanji et al., 2023; Maria et al., 2022; O'Cathail et al., 2020). Anderzijds zullen patiënten met meer technische vaardigheden zich waarschijnlijk comfortabeler voelen bij het gebruik van een videoconsultatie. Dit kan worden toegeschreven aan hun vertrouwdheid met technologische apparaten zoals smartphones en computers, en de benodigde software voor deze consultaties. Als gevolg van deze ervaring zullen zij zich doorgaans meer op hun gemak voelen bij het omgaan met deze technische aspecten van een videoconsultatie (Roberts & Osborn-Jenkins, 2021).

Ten slotte kunnen teleconsultaties sociale uitdagingen met zich meebrengen, waarbij het gebrek aan persoonlijk contact soms ongemak kan veroorzaken bij zowel patiënten als zorgverleners, wat tot diverse moeilijkheden kan leiden. Allereerst hebben teleconsultaties vaak een andere gespreksdynamiek dan traditionele afspraken, vooral bij telefonische consultaties, omdat non-verbale signalen zoals lichaamstaal en gezichtsuitdrukkingen vaak ontbreken. Hierdoor kan het moeilijker zijn voor zowel de patiënt als zorgverlener om elkaar volledig te begrijpen en effectief te communiceren. Bovendien kunnen technische problemen zoals vertragingen of storingen de interactie beïnvloeden en het gesprek een andere wending geven. Daarnaast kunnen zorgen over privacy een rol spelen, waarbij patiënten en zorgverleners zich bezorgd kunnen maken over de veiligheid van de verbinding. Vanuit dit perspectief vereisen teleconsultaties aangepaste communicatiestrategieën en specifieke vaardigheden en kennis van zowel artsen als ondersteunend personeel (Khanji et al., 2023; O'Cathail et al., 2020).

2.4 Technische en organisatorische overwegingen bij teleconsultaties

Het consult is een essentieel onderdeel van het medisch proces, waarbij informatie wordt uitgewisseld tussen patiënt en arts om de gezondheid van de patiënt effectief te beheren (Bratan, Clarke, Jones, & Ieee, 2005). In de meeste gevallen vindt het eerste consult plaats in de eerstelijnszorg, waar de huisarts vaak fungeert als het eerste aanspreekpunt. Tijdens het consult deelt de patiënt zijn of haar klachten en eventuele zorgen, terwijl de huisarts deze informatie analyseert en gebruikt om een diagnose te stellen en een behandelplan op te stellen. Indien nodig kan er verder onderzoek worden uitgevoerd, zowel op lokaal niveau als doorverwijzing naar de tweedelijnszorg (Bratan et al., 2005; Roberts & Osborn-Jenkins, 2021).

Virtuele consulten verschillen op diverse vlakken van traditionele consulten, maar onderscheiden zich voornamelijk vanwege de onvermijdelijke technische aspecten die naast het daadwerkelijke klinische aspect komen kijken (Roberts & Osborn-Jenkins, 2021). Zoals eerder beschreven, kunnen deze technische aspecten mogelijke beperkingen vormen voor het optimale gebruik van een teleconsultatiedienst. Hierdoor volstaat het niet om eenvoudigweg één van de stappen van een traditioneel consult te vervangen door een videoconsult, aangezien dit het proces niet ten goede komt. Om technologie zoals bijvoorbeeld videoconferenties effectief te benutten, is het essentieel om het proces te heroverwegen en indien nodig opnieuw vorm te geven, zodat het concept van het ideale teleconsult tot uiting kan komen (Bratan et al., 2005; Roberts & Osborn-Jenkins, 2021). Deze aanpassingen brengen verschillende uitdagingen met zich mee, wat kan resulteren in een ontmoedigende taak voor de betrokkenen (Rios, Kazemi, & Peterson, 2018).

Bij een online consult moeten zorgverleners zich bewust zijn van het feit dat patiënten zich mogelijk niet alleen zorgen maken over hun gezondheidsproblemen, maar ook over het gebruik van technologie (Roberts & Osborn-Jenkins, 2021). Daarom is de eerste belangrijke stap voor een teleconsultatie het identificeren van de juiste digitale systemen voor het type diensten dat zal worden geleverd. Hoewel kosteneffectiviteit belangrijk is, moeten dienstverleners waakzaam zijn over de kwaliteit van hun systeem. Het is noodzakelijk om te investeren in hoogwaardige systemen die

betrouwbare communicatie mogelijk maken, aangezien slechte kwaliteit kan leiden tot onnauwkeurige resultaten en een negatieve impact kan hebben op de zorg. Daarnaast moet ervoor gezorgd worden dat het systeem voldoet aan veiligheidsnormen en privacyvoorschriften, wat essentieel is om patiëntgegevens te beschermen en juridische problemen te voorkomen (Khanji et al., 2023; Rios et al., 2018).

De toegankelijkheid van het systeem voor patiënten is een ander belangrijk aspect. Het is essentieel dat het systeem gebruiksvriendelijk is, zodat patiënten met diverse achtergronden en vaardigheidsniveaus er gemakkelijk mee kunnen werken (Rios et al., 2018). Bovendien kunnen patiënten zich onder druk gezet voelen bij het gebruik van technologische diensten als ze er niet volledig vertrouwd mee zijn. Om deze druk te vermijden, kan het zijn dat de patiënt eerder wil inloggen op het virtuele platform. Het is daarom handig om de patiënt deze mogelijkheid te bieden en de benodigde diensten te verstrekken. Patiënten moeten de kans krijgen om hun apparatuur en het inlogproces te testen voor de afspraak, zodat ze minder angstig zijn en eventuele technische onhandigheid aan het begin van het gesprek kunnen verminderen (Roberts & Osborn-Jenkins, 2021).

Naast het aanbieden van de juiste technische systemen, om zo een kwalitatief mogelijk consult na te streven, haalt onderzoek aan dat consulten op afstand een zorgvuldige voorbereiding vereisen om effectief te kunnen functioneren. Het is essentieel dat de patiënt voorafgaand aan het consult relevante informatie ontvangt. Deze informatie moet details bevatten over het afgesproken tijdstip van het gesprek, een schatting van de waarschijnlijke duur en richtlijnen voor het aannemen van het gesprek op een fysieke locatie. Roberts & Osborn-Jenkins (2021) beschrijven situaties waarin patiënten telefoontjes aannemen in de supermarkt, tijdens het wandelen of tijdens het autorijden. Het is belangrijk om de patiënten in te lichten dat het om een gezondheidsconsult gaat en dat hen mogelijk wordt gevraagd om bepaalde taken uit te voeren, of als het een videogesprek is, kan hen worden gevraagd zich uit te kleden als onderdeel van het onderzoek zoals ze zouden doen in een persoonlijk consult (Roberts & Osborn-Jenkins, 2021; Williams et al., 2023).

Naast het verstrekken van relevante informatie over het aanstaande consult, zijn er ook andere zaken die zowel de patiënt als de huisarts moeten voorzien voordat het consult kan plaatsvinden (Roberts & Osborn-Jenkins, 2021). De *International Primary Care Respiratory Group* (IPCRG) heeft een checklist voorgesteld om zowel huisartsen als patiënten te ondersteunen bij de voorbereiding van een consult op afstand. Deze checklist zorgt ervoor dat alle benodigde informatie en apparatuur beschikbaar zijn en dat eventuele problemen met betrekking tot toegang, connectiviteit en privacy worden aangepakt (Williams et al., 2023). In tabel 2 wordt een overzicht van deze checklist gegeven.

Tabel 2: Checklist ter voorbereiding op consultaties op afstand

Checklist voor eerstelijnszorgverleners	Checklist voor patiënten
Moet ik de patiënt zien - zo ja, is een videoconsult mogelijk?	Heb ik de tests, dagboeken of vragenlijsten ingevuld die mijn huisarts mij heeft gestuurd ? (Ik geef er misschien de voorkeur aan om deze tijdens het consult met mijn huisarts in te vullen)
Ben ik op de hoogte van de behoeften van deze patiënt? • Heb ik toegang tot hun medische geschiedenis? • Ken ik de doelen van de patiënt? • Wat is de lichamelijke, rook - en geestelijke gezondheidstoestand van de patiënt?	Heb ik een lijst met vragen opgesteld voor mijn huisarts? • Van welke symptomen heb ik op dit moment het meeste last?
Moet ik verwachten dat de patiënt mij testresultaten, medisch dagboek of ingevulde vragenlijst geeft?	Heb ik mijn medicijnen bij de hand? (Als ik deze inneem.)
Heeft de patiënt toegang tot een telefoon, smartphone, tablet of computer?	Ben ik in een rustige privéruimte?
Heeft de patiënt toegang tot apparatuur voor het testen van de ademhalingsfunctie? • Kan de patiënt de technologie correct gebruiken?	Heb ik pen en papier bij de hand om aantekeningen te maken?
Is de familie/ thuissituatie van de patiënt ondersteunend?	Heb ik mijn bril bij me? (Indien nodig.)

(Williams et al., 2023)

De checklist voor consulten op afstand is ontworpen door Williams et al. (2023) om eerstelijnszorgverleners en patiënten te helpen zich voor te bereiden op teleconsultaties. Deze checklist, zoals weergegeven in Tabel 2, bevat vragen en overwegingen die zorgverleners en patiënten moeten maken voordat ze een consult op afstand uitvoeren. Een eerste vraag voor de zorgverlener is: "Moet ik de patiënt zien - zo ja, is een videoconsult mogelijk?". Dit omvat het afwegen van de behoefte aan visueel contact en het beoordelen of een videoconsultatie hiervoor geschikt is. De checklist vraagt ook of de zorgverlener op de hoogte is van de specifieke behoeften van de patiënt, of toegang heeft tot hun medische geschiedenis en begrijpt wat hun doelen zijn voor het consult. Daarnaast worden technische aspecten besproken, zoals de beschikbaarheid van

technologie voor zowel de zorgverlener als de patiënt, en of de patiënt in staat is om de benodigde technologie correct te gebruiken. Tot slot wordt ook gekeken naar de ondersteunende omgeving van de patiënt, zoals familie of thuissituatie, en of deze gunstig is voor het consult. Dit benadrukt het belang van een ondersteunende en rustige omgeving voor een succesvolle consultervaring (Khanji et al., 2023; Williams et al., 2023).

Een grondige voorbereiding voor een consult op afstand is niet alleen belangrijk voor de eerstelijnszorgverlener, maar ook voor de patiënt zelf. Het is essentieel dat de patiënt eventuele tests, dagboeken of vragenlijsten invult en deze vooraf naar de huisarts stuurt, tenzij hij of zij de voorkeur geeft aan het invullen ervan tijdens het consult zelf. Daarnaast is het verstandig om vooraf een lijst met vragen op te stellen die aan de huisarts kunnen worden gesteld, met inbegrip van eventuele symptomen die het meest hinderen. Dit stelt de patiënt in staat deze tijdens het consult te bespreken en op een duidelijke manier uit te leggen. Ten slotte moet de patiënt ervoor zorgen dat hij of zij zich in een rustige omgeving bevindt, dat hij of zij pen en papier bij de hand heeft en eventueel zijn of haar bril draagt als dit nodig is. Op deze manier wordt ervoor gezorgd dat beide partijen goed voorbereid zijn en dat eventuele technische, connectiviteits- en privacy kwesties worden aangepakt voor een succesvolle consultatie op afstand (Williams et al., 2023).

Wat betreft het consult zelf, benadrukt onderzoek het belang voor clinici om hun communicatieve vaardigheden aan te passen om effectief te kunnen communiceren via digitale kanalen (O'Cathail et al., 2020). Dit is nodig omdat bij digitale consulten veel non-verbale signalen ontbreken die normaal gesproken tijdens een persoonlijke interactie worden opgevangen (Bratan et al., 2005; Khanji et al., 2023; Roberts & Osborn-Jenkins, 2021). Om het fysiek onderzoek te verbeteren, kan de patiënt leren hoe hij zichzelf kan onderzoeken en mobiele apps of apparaten kan gebruiken om vitale functies te meten. Bijvoorbeeld, door gebruik te maken van app-gebaseerde tools op hun smartphone, kan de patiënt zaken zoals hartslag en bloeddruk meten. Op deze manier kunnen mogelijke monitoringsbehoeften tijdens een doktersconsult worden vervuld. Dit stelt de patiënt in staat om actief deel te nemen aan zijn eigen zorg, terwijl de zorgverlener waardevolle informatie ontvangt tijdens de consultatie (Morcillo Serra & Aroca Tanarro, 2022; Williams et al., 2023).

2.5 Teleconsulten in België

Voor de uitbraak van COVID-19-pandemie bestond er in België geen specifieke wetgeving die het gebruik van teleconsultaties reguleerde. Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) vereiste voorheen dat zowel zorgverleners als patiënten fysiek aanwezig moesten zijn tijdens een consult. Hierdoor waren er geen specifieke codes opgenomen in de nomenclatuur, waardoor zorgverleners geen teleconsultaties konden factureren aan hun patiënten. Dit betekent dat teleconsultaties niet werden vergoed, waardoor patiënten zelf de kosten moesten dragen. Bovendien had het RIZIV geen aparte budgetten beschikbaar gesteld voor deze diensten. Daarnaast waren de adviezen over teleconsulten erg terughoudend, met een sterke nadruk op het waarborgen van de privacy van de patiënt (KCE, 2020).

Tijdens de uitbraak van de COVID-19-pandemie, kwamen er verschillende adviezen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) om digitale zorg aan te bieden als een manier om de verspreiding van het virus tegen te gaan. In reactie op deze aanbevelingen heeft de Belgische overheid een Koninklijk Besluit uitgevaardigd dat artsen toestond telefonisch advies te geven aan hun patiënten. Dit besluit had twee belangrijk doelen: ten eerste, het identificeren en doorverwijzen van patiënten met vermoedelijke COVID-19-besmettingen, en ten tweede, het waarborgen van de continuïteit van de zorg voor patiënten met andere medische behoeften (KCE, 2020, 2024).

Naarmate de pandemie evolueerde, breidde het gebruik van telefonische consultaties zich uit naar het aanbieden van videoconsultaties. Hoewel telefonisch advies effectief was, boden videoconsultaties een meer visuele benadering, waardoor artsen een beter inzicht kregen in de toestand van hun patiënten. Bovendien werden verschillende nieuwe nomenclatuurcodes geïntroduceerd om de tijdelijke terugbetaling van deze diensten te regelen. In de meeste gevallen mochten zorgverleners geen extra kosten of toeslagen aan de patiënt in rekening brengen. Soms hoefde de patiënt zelfs geen eigen bijdrage te betalen en verrekende de zorgverlener het bedrag rechtstreeks met de ziekteverzekering via het ziekenfonds (KCE, 2020).

Zelfs na de Covid-19-crisis bleef het aantal diensten dat teleconsultaties aanbiedt stijgen vanwege de voortdurende vraag op de markt, waardoor ze een onmisbaar onderdeel geworden zijn van het Belgische zorglandschap (Ordomedic, 2022). Als gevolg hiervan heeft het RIZIV op 1 augustus 2022 belangrijke wijzigingen doorgevoerd met betrekking tot de terugbetaling van consulten op afstand. Het tijdelijke systeem werd vervangen door een permanent kader voor de terugbetaling van raadplegingen op afstand door artsen. Deze nieuwe regeling vervangt de codes die het RIZIV aan het begin van de coronapandemie heeft gecreëerd. Het belang van een dergelijk systeem wordt ook benadrukt in het onderzoek van Williams et al. (2023). Zij benadrukken dat zonder een gepast vergoedingssysteem de kans klein is dat teleconsultaties een gangbare praktijk worden in de eerstelijnszorg (Belgium, 2022 ; RIZIV, 2022a; Williams et al., 2023).

Tegenwoordig worden zowel telefonische raadplegingen als videoraadplegingen onbeperkt vergoed door het RIZIV. Hoewel er geen limiet staat op het aantal terugbetaalde raadplegingen op afstand, zijn er wel enkele belangrijke randvoorwaarden vastgesteld. Een belangrijke voorwaarde is dat de raadpleging plaatsvindt met een arts waarmee de patiënt al een behandelrelatie heeft. Dit betekent dat patiënten alleen telefonische raadplegingen of videoraadplegingen kunnen krijgen van artsen die al bekend zijn met hun medische geschiedenis en zorgbehoeften. Daarnaast geldt de terugbetaling ook voor raadplegingen bij specialisten naar wie de patiënt doorverwezen is. Dit zorgt ervoor dat patiënten gemakkelijk toegang hebben tot gespecialiseerde zorg, zelfs op afstand. Een andere vereiste is dat de raadpleging plaatsvindt bij een georganiseerde huisartsenwachtdienst. Dit waarborgt dat de zorg op een gestructureerde en efficiënte manier wordt verleend, zelfs buiten reguliere praktijken (RIZIV, 2022a).

2.6 Conclusie

Teleconsultaties vormen een waardevol instrument binnen de medische zorgverlening, vooral in situaties waarin fysiek contact niet noodzakelijk is. Deze vorm van zorgverlening biedt diverse voordelen, zoals verbeterde toegankelijkheid tot zorg, het handhaven van de continuïteit van zorg, gemak, tijdsbesparing, lagere kosten, flexibiliteit, verhoogde efficiëntie, verminderde impact van reizen op symptomen, verminderd risico op infectie en stimulering van samenwerking tussen zorgverleners. Deze voordelen dragen bij aan een verbeterde zorgervaring voor zowel patiënten als zorgverleners.

Niettemin brengen teleconsultaties enkele nadelen met zich mee, zoals beperkingen bij het uitvoeren van een lichamelijk onderzoek, technologische uitdagingen zoals connectiviteitsproblemen en digitale uitsluiting, communicatieproblemen en sociale moeilijkheden als gevolg van het gebrek aan persoonlijk contact. Het is van essentieel belang om deze nadelen te erkennen en aan te pakken om de effectiviteit en acceptatie van teleconsultaties te verbeteren.

Hoewel teleconsultaties hun waarde hebben bewezen, suggereert onderzoek een hybride aanpak waarbij persoonlijke consulten worden afgewisseld met consulten op afstand. In deze aanpak wordt samen met de patiënt bepaald welke zorgmethode het meest geschikt is op een specifiek moment. Het handhaven van de normen die geassocieerd worden met een fysiek consult is van groot belang om zowel patiënten als zorgverleners tevreden te stellen met deze benadering.

Hoofdstuk 3: Welke willingness to pay methoden worden er binnen de gezondheidszorg gebruikt?

In dit hoofdstuk zal eerst het concept 'bereidheid tot betalen' toegelicht worden, aangezien het doel van deze masterthesis is om de maatschappelijke betalingsbereidheid van patiënten voor een teleconsultatie met hun huisarts te meten. Het meten van de betalingsbereidheid is essentieel omdat teleconsultaties diensten zijn die niet worden verhandeld op traditionele markten. Door de WTP te meten, kan een economische waarde aan de dienst worden toegekend, wat helpt bij het kwantificeren van de voordelen van teleconsultaties. Vervolgens zullen verschillende methoden worden besproken om deze betalingsbereidheid te onderzoeken, met de focus op de methoden die het meest gebruikelijk zijn binnen de gezondheidszorg.

3.1 Definitie WTP

In de literatuur wordt het concept van betalingsbereidheid voornamelijk besproken onder de Engelse benaming '*Willingness to pay*' (WTP). Volgens Xie et al. (2022) wordt WTP gedefinieerd als "de maximumprijs waartegen een consument zeker één eenheid van het product zal kopen." Deze analyse helpt om inzicht te krijgen in hoe mensen de waarde van bepaalde goederen, diensten of beleidsmaatregelen percipiëren en welke prijs zij bereid zijn om ervoor te betalen (Rognoni et al., 2020; Snoswell et al., 2017; Martín-Fernández et al., 2013).

Verscheidene factoren kunnen de WTP voor een specifiek object of interventie beïnvloeden. Deze factoren kunnen chronisch zijn, zoals de algemene economische situatie, of situationeel, zoals de urgentie of de specifieke behoeften van een individu op dat moment. Ze kunnen de mate waarin mensen bereid zijn om te betalen voor een bepaald object beïnvloeden, waardoor de monetaire waardering van het object tussen individuen kan variëren (Chaudhry et al., 2010; C. Snoswell, Smith, Scuffham, & Whitty, 2017; Z. Xie, J. Chen, & C. K. Or, 2022).

3.1.1 Willingness to pay versus willingness to accept

De WTP is de maximumprijs waartegen een consument het product zal kopen (Z. Xie et al., 2022). De bereidheid om te accepteren, in de literatuur voornamelijk bekend als '*willingness to accept*' (WTA), meet het bedrag aan monetaire compensatie dat een individu wil ontvangen voor het opgeven van een bepaald goed of dienst. Welke maatstaf relevant is, hangt af van de beslissingscontext, waarbij WTP wordt gebruikt wanneer er iets te winnen valt en WTA wanneer er iets te verliezen valt (Rotteveel et al., 2020).

De conventionele economische theorie stelt dat in de meeste omstandigheden WTP en WTA vergelijkbare resultaten zouden moeten opleveren, wat impliceert dat beide methoden in principe op dezelfde manier kunnen worden toegepast in alle situaties. Echter, empirisch onderzoek wijst uit dat er aanzienlijke verschillen bestaan tussen beide methoden, waarbij de WTA vaak hoger ligt dan de WTP (Blumenschein & Johannesson, 1999; van den Berg, Brouwer, van Exel, & Koopmanschap,

2005). Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat het voor respondenten cognitief uitdagend kan zijn om te bepalen hoeveel compensatie ze zouden willen ontvangen voor het opgeven van iets waardevols voor hen of voor het accepteren van een verlies. Dit zou kunnen worden toegeschreven aan het feit dat respondenten meer vertrouwd zouden zijn met het kopen van goederen (uitgedrukt in WTP), dan het verkopen van goederen (uitgedrukt in WTA) (Blumenschein & Johannesson, 1999; Rotteveel et al., 2020).

3.2 Het belang van WTP in de gezondheidszorg

Binnen de gezondheidszorg worden talrijke klinische onderzoeken uitgevoerd om de doeltreffendheid van interventies te evalueren. In een hypothetische context van ongelimiteerde middelen zouden deze gezondheidsuitkomsten als enige criteria gelden. Echter, in de werkelijke wereld worden beleidsmakers geconfronteerd met de realiteit van beperkte middelen. Daarom is de optimale toewijzing van middelen binnen de gezondheidszorg een essentieel aspect van beleidsvorming. Gezien deze beperkingen is het van cruciaal belang om te bepalen welke gezondheidsinterventies de meest waardevolle investeringen vertegenwoordigen (Goodacre & McCabe, 2002). Het primaire doel van de gezondheidszorg is om de gezondheidswinst per geïnvesteerde euro te maximaliseren (Gafni, 2006). Dit betekent dat beleidsmakers streven naar het optimaliseren van de gezondheidsresultaten, zelfs bij beperkte budgetten.

Vanwege de budgetbeperkingen worden beleidsmakers gedwongen om keuzes te maken over behandelingen die het grootste voordeel opleveren voor de samenleving als geheel (Boardman et al., 2013; Gafni, 2006; Rognoni et al., 2020). Dit vereist een diepgaande analyse van de verwachte kosten en baten van diverse initiatieven (Boardman et al., 2013; Ghijben et al., 2018). Op deze wijze kunnen beleidsmakers ervoor zorgen dat de beschikbare middelen op een doeltreffende en efficiënte wijze worden ingezet om de maatschappelijke doelen te verwezenlijken. Om deze reden zijn economische evaluaties onmisbaar in de gezondheidszorg (Boardman et al., 2013; Rognoni et al., 2020).

Verschillende soorten economische evaluaties worden toegepast binnen de gezondheidszorg, waarvan de kosten-batenanalyse een voorbeeld is. Bij een kosten-batenanalyse worden alle kosten en baten van een bepaalde interventie, zoals bijvoorbeeld een medisch programma, in monetaire termen uitgedrukt (Blommaert et al., 2020; Boardman et al., 2013). Dit stelt beleidsmakers in staat om verschillende behandelingsalternatieven te vergelijken op basis van hun netto monetaire voordeel, wat het verschil vertegenwoordigt tussen de totale baten en kosten van elke behandeling. Een belangrijk voordeel van een kosten-batenanalyse is dat alle voordelen kunnen worden meegenomen in de analyse. Zoals eerder vermeld, worden deze voordelen uitgedrukt in monetaire termen (Boardman et al., 2013). Hierbij worden niet alleen de directe financiële opbrengsten meegenomen, maar ook andere voordelen die moeilijker te kwantificeren zijn, zoals bijvoorbeeld een verbeterde gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven. Deze monetaire waarderingen worden meestal verkregen door middel van WTP (Z. Xie, J. Chen, & C. K. Or, 2022). Met behulp van WTP-methoden kan een monetaire waarde worden toegekend aan zowel de gezondheidsvoordelen als de voordelen

die buiten de gezondheid liggen in het kader van een specifieke interventie. Voorbeelden hiervan zijn onder andere mogelijke tijdsbesparingen, productiviteitsverhogingen, enzovoort (Martín-Fernández et al., 2013; Rognoni et al., 2020; C. Snoswell, Smith, Scuffham, & Whitty, 2017).

Verder wordt in het onderzoek van Chua et al. (2022) benadrukt dat de WTP steeds vaker wordt gebruikt als instrument om het gezondheidszorgbeleid vorm te geven. Een diepgaand begrip van de WTP is cruciaal om weloverwogen beslissingen te ondersteunen in de ontwikkeling van dit beleid. De WTP fungeert namelijk als maatstaf voor de vraag naar en acceptatie van bijvoorbeeld telezorgdiensten. Een helder inzicht in de vraag naar deze diensten informeert belangrijke processen zoals de planning voor duurzame financiering, de toewijzing van middelen en het ontwikkelen van een prijsstrategie voor deze diensten (Chua et al., 2022).

3.3 Methoden om de betalingsbereidheid te meten

De betalingsbereidheid kan op verschillende manieren berekend worden. Er bestaan namelijk twee grote categorieën van waarderingsmethoden om de betalingsbereidheid te achterhalen. De eerste categorie zijn de *revealed preference* methoden die worden gebruikt om niet-markteffecten te waarderen door feitelijk gedrag van mensen te observeren, met name aankopen die op de daadwerkelijke markt worden gedaan (Boardman et al., 2013; Ghijben et al., 2018; OECD, 2006). Het onderzoek van de Corte et al. (2021) haalt aan dat deze methoden vaak beschouwd worden als betrouwbaar omdat ze gebaseerd zijn op daadwerkelijk gedrag in plaats van hypothetische scenario's. De tweede categorie zijn de *stated preference* methoden. Deze methoden gaan uit van een hypothetische situatie (Boardman et al., 2013). Ze bieden de mogelijkheid om te verkennen hoe mensen zouden reageren in situaties die nog niet hebben plaatsgevonden, waardoor ze waardevol kunnen zijn voor het voorspellen van toekomstig gedrag of het evalueren van nieuwe beleidsmaatregelen (Boardman et al., 2013; de Corte, Cairns, & Grieve, 2021).

Om de WTP voor teleconsultaties met de huisarts te bepalen, zullen de *stated preference* methoden worden gebruikt. De *revealed preference* methoden kunnen niet gebruikt worden, omdat de betalingsbereidheid voor teleconsultaties niet kan worden afgeleid uit het waargenomen gedrag van mensen. Dit komt doordat een dienst zoals teleconsultaties niet beschikbaar is op de traditionele markten. Het bestaande systeem van ziektekostenverzekering in België dekt namelijk een deel van de kosten voor huisartsenconsultaties, waardoor een traditionele markt voor teleconsultaties ontbreekt (Belgium, 2024; Boardman, 1996; Havet, Morelle, Remonnay, & Carrere, 2012). Daarom moeten we uitgaan van een hypothetische situatie. Daarnaast worden binnen de gezondheidszorg *stated preference* methoden steeds vaker gebruikt (Rotteveel et al., 2020). Onderzoek toont aan dat twee technieken binnen *stated preference* methoden het meest gebruikelijk zijn voor het meten van de bereidheid van consumenten om te betalen voor gezondheidszorgtoepassingen: '*contingent valuation*' (CV) en '*discrete choice experiment*' (DCE's) (Chua et al., 2022; Z. Xie et al., 2022). Bijgevolg zullen enkel deze twee methoden uitgebreider worden toegelicht. Bij elke methode zal in de bijlage een illustratief voorbeeld worden verstrekt om te demonstreren hoe de vraag die de betalingsbereidheid onderzoekt, eruit kan zien.

3.3.1 Contingent valuation

Een van de twee *stated preference* methoden die veelvuldig wordt toegepast binnen de gezondheidszorg, is de CV-methode (Chua et al., 2022). Deze methode, gedefinieerd door het OECD (2018) als "Een benadering waarbij respondenten rechtstreeks worden gevraagd naar hun bereidheid om te betalen (of bereidheid om compensatie te accepteren) voor een hypothetische verandering in het aanbodniveau van niet-marktgoederen," biedt inzicht in hoe mensen zaken waarderen die gewoonlijk niet in particuliere markten worden verhandeld. Denk hierbij aan veranderingen op het gebied van milieu, gezondheid en veiligheid. Met andere woorden biedt CV een manier om subjectieve waarde te meten die mensen toekennen aan bepaalde aspecten van de gezondheidszorg, zoals verbeterde gezondheidsresultaten of nieuwe medische behandelingen (Blumenschein & Johannesson, 1999; Grunert et al., 2009).

Eén van de belangrijkste voordelen van de CV-methode is de flexibiliteit ervan. Deze methode is niet gebonden aan bestaande markten, waardoor onderzoekers de waarde van niet-marktgoederen kunnen bepalen, zelfs als ze nog niet bestaan of beschikbaar zijn. Bovendien kan de CV-methode alle voordelen van een goed of dienst waarderen, inclusief toekomstige voordelen die niet direct verband houden met huidig gebruik (Blommaert et al., 2020; OECD, 2018). Ondanks de voordelen wordt de CV-methode kritisch beoordeeld, met name op het gebied van validiteit en betrouwbaarheid. Het gebruik van hypothetische scenario's kan leiden tot strategisch gedrag van respondenten, wat de nauwkeurigheid van de resultaten kan beïnvloeden. Bovendien tonen onderzoeken aan dat hypothetische betalingsbereidheid vaak de werkelijke bereidheid om te betalen overschat, wat gevolgen heeft voor de betrouwbaarheid van de resultaten (Carson & Hanemann, 2005; Grunert et al., 2009; Venkatachalam, 2004).

De CV-methode maakt gebruik van elicitatietechnieken om de hypothetische betalingsbereidheid voor een goed te meten (Blumenschein & Johannesson, 1999). Dit impliceert dat de waarde van een goed of dienst via een vragenlijst wordt opgevraagd, waarbij diverse benaderingen worden gehanteerd om deze waarde te bepalen (Hoyos, 2010). In de literatuur worden vier hoofdtypes beschreven namelijk: de *open-ended willingness to pay* vragen, de *bidding game*, de betaalkaarten en de dichotome keuze-experimenten (Boyle et al., 1996; Venkatachalam, 2004).

3.3.1.1 Open-ended

Bij een *open-ended* vraag worden respondenten direct gevraagd naar hun maximale WTP voor een goed of beleid, zonder specifieke begeleiding of richtlijnen voor waarderingen (Boardman, 1996). In het voorbeeld, opgenomen in bijlage I, wordt onderzocht wat de maximale jaarlijkse betalingsbereidheid is om een landschap rond Stonehenge te verbeteren (OECD, 2018). Voor de respondenten is het duidelijk wat er van hen wordt verwacht, omdat deze methode rechtstreeks peilt naar hun bereidheid om te betalen. Bovendien, omdat respondenten vrij zijn om hun eigen WTP te noemen, zou dit niet moeten leiden tot *anchoring* of *starting point bias* bij het verzamelen van gegevens. Dit betekent dat mensen bij het nemen van beslissingen sterk worden beïnvloed door het

eerste stukje informatie dat ze ontvangen (OECD, 2018). Desalniettemin wordt het gebruik van deze techniek bekritiseerd. Venkatachalam (2004) stelt dat de open vragen strategische bias kunnen veroorzaken, waardoor respondenten eerder de kosten dan de werkelijke waarde aangeven. Bovendien resulteert de techniek vaak in een groot aantal non-responses of protest biedingen. Dit zijn situaties waarin respondenten in enquêtes of onderzoeksvragen bewust een onrealistisch of overdreven hoog bedrag aangeven als hun bereidheid tot betalen voor een bepaald goed of dienst. Respondenten vinden het namelijk moeilijk om een nauwkeurig antwoord te formuleren zonder specifieke richtlijnen of indicatie (Boardman, 1996; Venkatachalam, 2004)

3.3.1.2 Bidding game

Het biedspel, ook bekend onder de Engelse benaming '*bidding game*', is de oudste methode van alle CV-methoden (Venkatachalam, 2004). Bij deze methode worden respondenten gevraagd of ze bereid zouden zijn een specifiek bedrag te betalen voor het beschreven goed of dienst. Als respondenten instemmen, wordt het bedrag stapsgewijs verhoogd. Deze procedure wordt voortgezet totdat de respondent aangeeft dat hij of zij niet bereid is het aangegeven bedrag te betalen. Als respondenten negatief reageren op het voorgestelde bedrag, verlaagt de interviewer het bedrag stapsgewijs totdat de respondenten uiteindelijk akkoord gaan met een bedrag dat zij bereid zijn te betalen voor het specifieke goed of de dienst waarover wordt gesproken (Boardman, 1996). In het voorbeeld, opgenomen in bijlage I, wordt onderzocht of de respondenten bereid zijn jaarlijks 5 Britse pond te betalen om het landschap rond Stonehenge te verbeteren. Dit initiële bedrag dient als startpunt en wordt herhaaldelijk aangepast, afhankelijk van de antwoorden van de respondenten. Indien men 'ja' antwoordt, wordt het bedrag herhaaldelijk verhoogd. Indien men 'nee' antwoordt wordt het bedrag verlaagd (OECD, 2018).

Het biedspel werd vroeger frequent gebruikt, maar wordt tegenwoordig nog zelden toegepast vanwege enkele nadelen die in de literatuur zijn geïdentificeerd. Venkatachalam (2004) stelt dat de kosten voor de implementatie van het biedspel relatief hoog zijn vanwege de noodzaak van interviewers tijdens het interview. Een ander probleem met het biedspel is dat het kan leiden tot vertekende resultaten. De uitkomsten zijn namelijk gevoelig voor het startbedrag, wat kan leiden tot een *starting point* bias (Boardman, 1996; OECD, 2018; Venkatachalam, 2004). Bovendien durven respondenten vaak geen 'nee' te zeggen omdat ze zich dan schamen. Hierdoor zijn ze eerder geneigd om 'ja' te zeggen op voorgestelde bedragen (OECD, 2018).

3.3.1.3 Betaalkaart

De betaalkaart benadering is de op één na oudste techniek om de maximale WTP van respondenten voor een bepaald goed of dienst te achterhalen (Venkatachalam, 2004). Respondenten krijgen een serie bodbedragen voorgelegd en er wordt gevraagd het bedrag te markeren dat het hoogste is welk zij bereid zouden zijn te betalen. Het aanbieden van een visueel hulpmiddel met een breed scala aan geldbedragen vergemakkelijkt de waarderingstaak voor respondenten door een context te bieden (Bateman et al., 2002; OECD, 2018). In het voorbeeld, opgenomen in bijlage I, dienen respondenten

aan te geven welk bedrag op een vooraf vastgestelde schaal het meest overeenkomt met hun maximale jaarlijkse bereidheid om te betalen om het landschap rondom Stonehenge te verbeteren (OECD, 2018). Deze methode bootst het echte leven na door individuen in staat te stellen te 'winkelen' voor de waarde die het dichtst bij hun maximale betalingsbereidheid ligt (Ryan & Watson, 2009). Tegelijkertijd kan het helpen om een vertekening van de *starting point bias* te vermijden (Bateman et al., 2002). Uit onderzoek blijkt dat de payment card een populaire methode is om de WTP in de gezondheidszorg te verkrijgen (Ryan & Watson, 2009). De betaalkaart is kwetsbaar voor vertekeningen met betrekking tot de reikwijdte van de gebruikte nummers, wat beter bekendstaat als *range* en *anchoring bias* (Bateman et al., 2002; Venkatachalam, 2004). Bovendien kan er ook sprake zijn van *midpoint bias*. Bij deze bias hebben respondenten de neiging om het middelpunt van de voorgestelde betaalkaart te kiezen, ongeacht hun werkelijke waardering voor het goed of dienst (Bateman et al., 2002).

3.3.1.4 Dichotome keuze-experimenten

De dichotome keuze-experimenten kunnen worden onderverdeeld in twee type, de *single-bounded* dichotome keuze-experimenten enerzijds en de *double-bounded* dichotome keuze-experimenten anderzijds (Bateman et al., 2002; OECD, 2018). Een voorbeeld van beide methoden is opnieuw toegevoegd in bijlage I (OECD, 2018).

Single-bounded dichotome keuze-experimenten, ook bekend als de '*take-it-or-leave-it-benadering*', omvatten het voorleggen van één enkel bod uit een vooraf bepaalde reeks biedingen. Deze biedingen kunnen de maximale bereidheid van respondenten weerspiegelen om bedragen te betalen voor een specifiek goed. Respondenten worden gevraagd om alleen 'ja' of 'nee' te antwoorden op dit bod. Een groot voordeel van deze aanpak is dat respondenten slechts één bod voorgelegd krijgen, waardoor ze dit proces makkelijker kunnen doorlopen omdat ze zich alleen hoeven te concentreren op het accepteren of weigeren van dat ene bod. Ondanks de voordelen heeft de methode ook enkele nadelen. Een nadeel is dat men alleen de maximale betalingsbereidheid/ minimale bereidheid om waarde te accepteren kan afleiden uit deze benadering, maar niet de daadwerkelijke bereidheid om te betalen. Een ander probleem is dat er een groot aantal observaties nodig is om de verdeling van waarden te identificeren (Bateman et al., 2002; Venkatachalam, 2004).

Een aangepaste versie van de *take-it-or-leave-it-benadering*, zijn de *double-bounded* dichotome keuze-experimenten. Hierbij wordt naast het initiële bod nog een tweede bod gepresenteerd, afhankelijk van het antwoord op het eerste bod. Een belangrijk voordeel van deze aanpak is dat het helpt met het identificeren van het punt waar respondenten maximaal bereid zijn te betalen, op basis van de verzamelde gegevens. Bovendien is deze methode compatibel met *incentives*, wat betekent dat het kan worden toegepast in een setting waarin beloningen of andere stimulansen worden gebruikt om ervoor te zorgen dat de deelnemers hun keuzes serieus nemen en hun ware voorkeuren weerspiegelen. Het gebruik van deze aanpak vereist een grotere steekproefgrootte, geavanceerde econometrische technieken, en andere middelen wat resulteert in hogere onderzoekskosten (Bateman et al., 2002; Venkatachalam, 2004).

3.3.2 Discrete choice experiment

DCE's behoren tot de technieken die vallen onder *Choice Modeling*, afgekort als CM. CM gaat ervan uit dat elk goed kan worden beschreven aan de hand van zijn eigenschappen, of kenmerken, en de verschillende niveaus die deze kenmerken aannemen. Deze techniek, ook bekend als *conjoint analyse*, omvatten *contingent ranking* methode, *contingent rating* methode, *paired comparisons* methode en DCE's (Bateman et al., 2002).

De *contingent ranking* methode is de eerste techniek binnen CM. Met deze methode proberen onderzoekers de voorkeuren van mensen te begrijpen en te ordenen. Respondenten krijgen een reeks alternatieven voorgelegd en worden gevraagd om deze op volgorde van voorkeur te rangschikken, van meest naar minst gewenst. De tweede techniek binnen CM is de *contingent rating* methode. Deze methode is vergelijkbaar met de *contingent ranking* methode, maar in plaats daarvan worden alternatieven beoordeeld op een schaal. De *paired comparison* methode is een derde techniek die een gestructureerde aanpak hanteert waarbij respondenten elk alternatief in verschillende paren van alternatieven vergelijken en kiezen. De vierde en laatste techniek binnen CM is een DCE (Bateman et al., 2002). Onderzoek wijst uit dat voor het waarderen van gezondheidszorg, naast CV, voornamelijk de techniek van DCE's wordt gebruikt (Chua et al., 2022; Vass, Gray, & Payne, 2016). Daarom zal de focus liggen op een uitgebreide beschrijving van de DCE-methode.

Een DCE is een *stated preference* methode, waarbij respondenten een reeks alternatieven voorgelegd krijgen en gevraagd worden om de alternatieven te kiezen die hun voorkeur hebben. In bijlage II is een voorbeeld van zo een DCE opgenomen. Een basisalternatief, dat meestal overeenkomt met de status-quo, wordt doorgaans in elke keuzeset opgenomen. Hierdoor kunnen onderzoekers beoordelen hoe de keuzes in een keuzeset de welvaart van individuen beïnvloeden in vergelijking met de status-quo. Dit stelt hen in staat om schattingen te maken die rekening houden met de welvaartseffecten van verschillende keuzemogelijkheden (Bateman et al., 2002; Noben et al., 2021). DCE's nemen namelijk aan dat de tevredenheid of het nut dat respondenten halen uit een product of dienst afhankelijk is van de niveaus van de kenmerken of attributen van dat product of die dienst. Respondenten kiezen het alternatief dat naar hun mening de hoogste tevredenheid of nut biedt (Noben et al., 2021). Op deze manier peilen DCE's naar voorkeuren en worden ze vaak gebruikt om de WTP van verschillende attributen of kenmerken van het product te analyseren (Chua et al., 2022; OECD, 2018).

Een voordeel van DCE's is hun vermogen om realistische beoordelingssituaties te bieden door nauwkeurig de afwegingen van respondenten bij het kiezen van goederen of diensten te identificeren. Met andere woorden, DCE's leggen de nadruk op hoe respondenten werkelijk afwegingen maken tijdens het nemen van beslissingen. Door gevoelig te zijn voor veranderingen in inputniveaus, stellen DCE's respondenten in staat prioriteit te geven aan verschillende niveaus van input, waardoor ze keuzes kunnen afwegen (Speckemeier et al., 2021). Op deze manier kunnen DCE's welvaartsconsistente schattingen opleveren (Bateman et al., 2002).

Eén van de uitdagingen van een DCE is de complexiteit die ontstaat vanwege het grote aantal mogelijke combinaties van kenmerken. Bijvoorbeeld, als een onderzoek zes attributen met elke drie niveaus heeft, resulteert dit in 729 mogelijke combinaties (3^6). Dit zou betekenen dat elke respondent 729 verschillende keuzes zou moeten maken, wat praktisch gezien niet haalbaar is. Om dit probleem aan te pakken kunnen onderzoekers gebruik maken van optimalisatietechnieken om een subset van mogelijke combinaties te selecteren die het meest informatief zijn, wat bekendstaat als een 'fractioneel design'. Door een subset van de mogelijke combinaties te kiezen, kan het aantal vereiste keuzes voor elke respondent worden verminderd, waardoor het onderzoek praktisch uitvoerbaar wordt (Speckemeier et al., 2021).

3.4 Conclusie

De rol van WTP in de gezondheidszorg, waarbij WTP wordt gedefinieerd als de maximumprijs die consumenten bereid zijn te betalen voor een product of dienst, kan niet worden onderschat als het gaat om het waarborgen van de kwaliteit en efficiëntie in de gezondheidszorg. WTP stelt beleidsmakers in staat om de waarde die aan verschillende gezondheidsinterventies en -diensten wordt toegekend, te meten. Door middel van WTP-studies kunnen onderzoekers en beleidsmakers een monetaire waarde toekennen aan gezondheidsvoordelen en andere niet-financiële voordelen, zoals een verbeterde kwaliteit van leven. Door deze informatie te integreren in het beleidsvormingsproces kunnen beleidsmakers weloverwogen beslissingen maken over de allocatie van schaarse middelen.

Om de WTP binnen de gezondheidszorg te achterhalen wordt voornamelijk gebruikgemaakt van *stated preference* methoden, waarbij CV en DCE's twee veelgebruikte technieken zijn. CV stelt onderzoekers in staat om te onderzoeken hoe mensen een breed scala aan gezondheidsvoordelen waarderen. Deze methode tracht de netto waardering van individuen voor specifieke gezondheidsaspecten vast te leggen door hen te vragen hoeveel ze hypothetisch bereid zijn te betalen voor een bepaald goed, dienst of verandering in de gezondheidszorg. Verschillende elicitatietechnieken worden gebruikt binnen de CV-methode, waaronder *open-ended willingness to pay* vragen, *bidding games*, betaalkaarten, en dichotome keuze-experimenten. DCE's maken ook deel uit van de *stated preference* methoden en worden gebruikt om de WTP van verschillende attributen of kenmerken van een product of dienst te begrijpen. DCE's stellen respondenten in staat om keuzes te maken tussen verschillende alternatieven, waardoor onderzoekers inzicht krijgen in de afwegingen die mensen maken bij het kiezen van gezondheidsopties.

Beide methoden hebben voor- en nadelen, zoals validiteits- en betrouwbaarheidskwesties, en kunnen verschillen in resultaten opleveren. Niettemin zijn ze waardevolle instrumenten voor het begrijpen van de waarde die mensen hechten aan gezondheidszorg en kunnen ze beleidsmakers helpen bij het nemen van weloverwogen beslissingen over de allocatie van middelen binnen de gezondheidszorg.

Hoofdstuk 4: Hoe wordt bestaand onderzoek naar de bereidheid om te betalen voor telezorgdiensten opgezet en uitgevoerd, en wat zijn de belangrijkste bevindingen?

Dit hoofdstuk onderzoekt de methoden die worden toegepast in bestaand onderzoek naar de bereidheid om te betalen voor telezorgdiensten, met als doel een dieper inzicht te verkrijgen in de diverse benaderingen die worden gehanteerd. Telezorgdiensten omvatten vormen van gezondheidszorg waarbij technologieën op afstand worden ingezet voor diagnose, behandeling, monitoring en gezondheidseducatie. Deze diensten maken gebruik van diverse communicatiemiddelen, zoals telefoongesprekken, videoconsultaties, mobiele apps en online platforms, om zorg op afstand te bieden (Capello et al., 2022). Verder zullen kort de belangrijkste resultaten besproken worden die voortkomen uit de verschillende studies, en komen enkele gevalideerde vragenlijsten aan bod. Deze analyse vormt de basis voor het empirische gedeelte van deze masterproef.

4.1 Huidig WTP-onderzoek

Diverse studies hebben reeds onderzoek verricht naar de bereidheid om te betalen voor verschillende aspecten van de gezondheidszorg. In de volgende paragrafen wordt getracht om een overzicht te geven van wat er al bekend is over de WTP-methodologie in de gezondheidszorg. Specifiek zal de focus liggen op WTP-studies met betrekking tot telezorgdiensten. De meerderheid van deze studies concentreert zich op het bepalen van de bereidheid om te betalen voor teleconsultaties, hoewel enkele studies ook de WTP onderzoeken voor bijvoorbeeld mobiele gezondheidsapps of andere telezorgtoepassingen. Dit biedt een waardevol inzicht in hoe een WTP-onderzoek in de praktijk wordt uitgevoerd, wat relevant kan zijn voor het empirische deel van deze masterproef. Het is echter belangrijk op te merken dat niet alle WTP-studies op het gebied van telezorg worden opgenomen.

Onderstaande tabel (Tabel 3) geeft een overzicht van geselecteerde WTP-studies over telezorgtoepassingen, afkomstig uit de bibliotheek van de Universiteit Hasselt. Deze studies zullen worden vergeleken en geanalyseerd om overeenkomsten en verschillen te identificeren.

Tabel 3: Overzicht van bestaande WTP-studies over telezorgdiensten

Methode	Betalingsbereidheid voor	Auteur
Contingent valuation		
Open-ended WTP	Elektronische communicatie met de huisarts	Bergmo & Wangberg, (2007)
	Een digitaal zorgprogramma aangeboden via een app	Somers et al. (2019)
	Teleconsultatie voor patiënten met Psoriasis of Melanoma	Qureshi et al. (2006)

<i>Bidding game</i>	Teleconsultatiesysteem in Nigeria	Arize & Onwujekwe (2017)
	Telemonitoringsysteem	Tsuji, Suzuki, & Taoka (2003)
<i>Payment card</i>	Telezorgprogramma voor ondersteunen van individueel wonen	Callan & O'Shea (2015)
	Videoconsultaties in de eerstelijnsgezondheidszorg	Stahl & Dixon (2010)
Dichotome keuze-methode	Teleconsultatiesysteem voor apothekers	Suzuki et al. (2019)
	Toegang tot telezorg voor patiënten met chronische hartfalen	Bradford, Kleit, Krousel-Wood, & Re (2004)
	Berichtensysteem om te stoppen met roken	Ngan, Do, Huang, Redmon, & Minh (2019)
Discrete keuze-experimenten (DCE)		
DCE	Teleconsult met een arts specialist	C. L. Snoswell et al. (2021)
	Medische consultaties bij online zorgverleners met specifieke focus op apothekers	Buchanan et al. (2021)

Een eerste conclusie die uit bovenstaande tabel kan worden genomen, is dat telezorgdiensten vaak worden geëvalueerd met behulp van twee methoden: de CV-methode en DCE. Dit komt overeen met bevindingen uit eerdere studies (Chua, Koh, Koh, & Tyagi, 2022; Xie et al., 2022). Meer diepgaand inzicht kan worden verkregen door de overeenkomsten en verschillen tussen de opgenomen studies te analyseren. Aangezien er een onderscheid is tussen de studies die gebruikmaken van de CV-methoden en de DCE's, zal er per methode geprobeerd worden zowel de overeenkomsten als de verschillen tussen de diverse studies te identificeren.

4.1.1 Contingent valuation studies

Studies die gebruikmaken van CV vertonen een variatie in onderzoeksopzet en methode. De volgende tabel (Tabel 4) tracht een overzicht te geven van de gelijkenissen en verschillen tussen deze studies.

Tabel 4: Gelijkenissen en verschillen tussen de studies die CV gebruiken

Gelijkenissen	Verschillen
Omschrijving van steekproef	Soort steekproef (willekeurige VS onwillekeurige)
Gebruik maken van een vragenlijst	Interview VS online- enquête
Uitvoeren van een pilootstudie	Effectieve blootstelling aan de interventie VS hypothetische situatie

Contextuele informatie aan respondenten	Aantal vragen
Directe betalingsbereidheid	WTP-methode
Sociaaleconomische kenmerken van respondenten	Hypothetisch betaalmiddel
Socio-demografische kenmerken van respondenten	Vragen naar perceptie telezorgdiensten
Omgang met protestbiedingen	

De linker kolom belicht alle overeenkomsten tussen de verschillende onderzoeken. Elke studie begint met een beknopte beschrijving van het onderzoeksdoel, gevolgd door een gedetailleerde uitleg van het onderzoeksontwerp, inclusief de gebruikte WTP-methoden. Ook wordt vermeld hoe de respondenten zijn geselecteerd en hoe de uiteindelijke steekproef van de studie eruitziet. Dit is van belang voor een goed begrip van de resultaten. Op deze manier krijgt de lezer inzicht in de demografische en andere relevante kenmerken van de deelnemers.

Verder hanteert elke studie een vragenlijst om de betalingsbereidheid van de respondenten te peilen. Hoewel de opstelling van de vragenlijst kan verschillen, is het gebruik ervan in alle studies gelijk. Vrijwel elke studie onderwerpt de vragenlijst eerst aan een pilootstudie. Op deze manier kunnen de onderzoekers de vragenlijst verder verfijnen en aanpassen op basis van de feedback van de respondenten. Bovendien gebruiken studies die bijvoorbeeld de betaalkaartmethode toepassen, de pilootstudie om aanpassingen aan de betaalkaart te maken op basis van de resultaten (Stahl & Dixon, 2010). Daarnaast voorziet elk onderzoek de respondenten van aanvullende contextuele informatie, zodat zij een beter begrip krijgen van het te waarderen goed of dienst. Bovendien controleren praktisch alle studies voor socio-demografische en economische kenmerken. De onderzoekers maken vervolgens gebruik van regressieanalyses en passen ook vaak beschrijvende statistieken toe.

De meerderheid van de studies wordt geconfronteerd met protestnullen. Protestnullen ontstaan wanneer respondenten in een enquête aangeven dat ze niet bereid zijn om enige betaling te doen voor een goed of dienst, zelfs als ze eigenlijk een positieve voorkeur hebben voor die dienst. Deze biedingen worden als protest beschouwd omdat ze voortkomen uit andere overwegingen dan de werkelijke waardering van de dienst (Bergmo & Wangberg, 2007). Om protestnullen te identificeren, maken de studies, zoals die van Bergmo & Wangberg (2007), Arize & Onwujekwe (2017) en Suzuki et al. (2019), gebruik van een aanvullende vraag waarin respondenten wordt gevraagd waarom ze niet bereid zijn te betalen voor de medische dienst. Antwoorden zoals 'Ik vind dat deze dienst door belastingen en sociale zekerheid moet worden gedekt' of 'De overheid zou hiervoor moeten betalen' worden dan beschouwd als protestnullen en worden uit de dataset verwijderd.

Naast de gelijkenissen tussen de verschillende studies, komen de verschillen tussen de studies naar voren in de rechterkolom van tabel 4. Een eerste opvallend verschil tussen de onderzoeken is het type steekproef dat wordt gebruikt. Terwijl sommige studies zoals die van Bergmo & Wangberg (2007), Arize & Onwujekwe (2017) en Callan & O'Shea (2015) een willekeurige steekproef gebruiken,

richten andere zich specifiek op bepaalde doelgroepen, vaak patiënten met een specifieke aandoening. Een ander onderscheid kan gemaakt worden op het gebied van gegevensverzameling. De meerderheid van de studies maakt gebruik van getrainde interviewers voor *face-to-face* gesprekken, terwijl andere studies de voorkeur geven aan online enquêtes. Verder is er een verschil in de blootstelling aan de behandeling tussen de onderzoeken. Bergmo & Wangberg (2007) en Stahl & Dixon (2010) richten zich bijvoorbeeld op respondenten die al eerder waren blootgesteld aan het gebruik van de telegezondheidstoepassing. In tegenstelling hiermee kregen de respondenten in alle andere onderzoeken een hypothetische situatie voorgelegd over de werking van de telegezondheidstoepassing, zonder voorafgaande blootstelling aan de toepassing.

Een ander aspect dat opvalt bij het vergelijken van verschillende onderzoeken is het verschil in de gehanteerde vragenlijsten. De lengte van de vragenlijsten varieert sterk van onderzoek tot onderzoek, wat kan worden verklaard door de verschillende aspecten die elk onderzoek aan de respondenten vraagt. Hoewel bijna elk onderzoek socio-economische en demografische kenmerken opneemt, verschillen de andere controlevragen van studie tot studie. Deze vragen zijn opgenomen vanwege het vermoeden van de onderzoekers dat deze kenmerken invloed zouden kunnen hebben op de keuzes of voorkeuren van de respondenten (Qureshi et al., 2006). Bijvoorbeeld, Bergmo & Wangberg (2007), Somers et al. (2019), Tsuji (2003), Suzuki (2019) en Bradford (2004) bevragen naar de algemene gezondheid van de respondenten en eventuele bestaande gezondheidsproblemen. Callan & O'Shea (2015) richt zich daarentegen op de eventuele huidige ervaring met telegzorgsystemen en de waarschijnlijkheid dat respondenten in de toekomst een telegzorgdienst zouden gebruiken. Daarnaast onderzoekt Suzuki (2019) ook de toegankelijkheid van telegzorgsystemen, de frequentie van bezoeken aan de huisarts en het bewustzijn van het systeem. Somers et al. (2019) richt zich dan weer voornamelijk op de perceptie van de respondenten ten opzichte van digitale apparatuur en het gebruik ervan.

De manier waarop de WTP van respondenten wordt gevraagd, verschilt ook tussen de verschillende onderzoeken. In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van welke methode elke studie hanteert om de WTP te meten. Onderzoek van Bergmo & Wangberg (2007), Somers et al. (2019) en Qureshi et al. (2006) maken gebruik van *open-ended* WTP-vragen. Opvallend is dat deze studies vaak een combinatie maken met andere WTP-methoden. Qureshi et al. (2006) laat bijvoorbeeld eerst de respondenten verschillende scenario's rangschikken om vervolgens een *open-ended* vraag te stellen. Dit stelt de onderzoekers in staat om zowel de rangorde van de voorkeuren als de concrete WTP van respondenten te begrijpen. Somers et al. (2019) stelt verder verschillende *open-ended* vragen om zowel de marginale als de absolute WTP te kunnen achterhalen. Hierdoor kan er een gedetailleerder beeld ontstaan van de waarde die mensen hechten aan de desbetreffende gezondheidsdienst.

In hun onderzoeken maken Arize (2017) en Tsuji (2003) gebruik van het biedspel om de WTP van hun respondenten te bepalen. Arize (2017) haalt aan dat uit onderzoek blijkt dat dit de meest geschikte methode is om de WTP in hun gekozen gebied vast te stellen, terwijl Tsuji (2003) geen specifieke reden geeft voor de keuze van deze methode. Naast het biedspel zijn er ook studies die gebruikmaken van de betaalkaartmethode. Callan (2015) combineert de betaalkaart met een tweede

voorkeursmethode. Net als Qureshi et al. (2006) worden respondenten eerst gevraagd om een expliciete rangschikkingsvraag in te vullen waarin de programma's rechtstreeks met elkaar worden vergeleken, gevolgd door een WTP-vraag in de vorm van een betaalkaart. In de studie van Stahl & Dixon (2010) werd de betaalkaart opgesteld in termen van out-of-pocket kosten.

Daarnaast zijn er ook verschillende onderzoeken die de dichotome keuzemethode gebruiken. Bij deze methode kan een onderscheid worden gemaakt tussen een *single-bounded* benadering en een *double-bounded* benadering. Suzuki (2019) en Ngan (2019) maken beide gebruik van een *single-bounded* dichotome keuzemethode, terwijl Bradford (2004) heeft gekozen voor een *double-bounded* dichotome keuze. Zij hebben aangegeven dat door te kiezen voor een *double-bounded* keuzemethode, er meer informatie over de bereidheid tot betalen per respondent kan worden verkregen. Dit kan resulteren in een nauwkeuriger beeld van de werkelijke bereidheid tot betalen voor in dit geval toegang tot telezorgdiensten.

De keuze voor een specifieke methode in onderzoek hangt vaak af van de aard van het onderzoek en de doelgroep. Het valt op dat het biedspel en de dichotome keuzemethode voornamelijk worden toegepast tijdens *face-to-face* interviews. Daarentegen worden de betaalkaart en open vragen meestal gebruikt in zowel online als fysieke enquêtes. Dit zal invloed hebben op de keuze van methoden die worden gebruikt in het empirische deel van deze masterproef, aangezien een online enquête zal worden ingezet om de bereidheid van de samenleving om te betalen voor een teleconsultatie te onderzoeken.

Bij het meten van de bereidheid van respondenten om te betalen, is er ook variatie in het gebruik van hypothetische betaalmiddelen. Zo hanteert Somers et al. (2019) bijvoorbeeld een maandelijkse bijdrage in de vorm van een abonnement, terwijl Callan & O'Shea (2015) voorstelt om een verhoging van de belastingen te gebruiken als hypothetisch betaalmiddel. Het gebruik of niet-gebruik van een betaalmiddel varieert echter tussen de onderzoeken, wat een opmerkelijk verschil vormt. Bovendien is het belangrijk om op te merken dat het gebruik van een hypothetisch betaalmiddel invloed kan hebben op de perceptie van de respondenten en de uiteindelijke bereidheid om te betalen (Bateman et al., 2002)

Tenslotte richten de meeste studies zich niet alleen op de werkelijke bereidheid van respondenten om te betalen voor een telezorgtoepassing, maar ook op hun perceptie van deze toepassing. Dit aspect wordt in de meeste onderzoeken meegenomen omdat het de uiteindelijke waardering van de toepassing kan beïnvloeden (Somers et al., 2019). Echter, dit wordt op verschillende manieren aangepakt. Terwijl sommige studies een gevalideerde vragenlijst gebruiken, maken andere studies, zoals Suzuki et al. (2019), gebruik van een Likertschaal waarbij respondenten moeten aangeven hoe waarschijnlijk ze bereid zijn om een telezorgsysteem te gebruiken.

4.1.2 Discrete keuze-experimenten

Net als bij CV studies vertonen studies die gebruik maken van DCE's ook verscheidenheid in hun onderzoeksofzet. De volgende tabel (Tabel 5) probeert een overzicht te geven van de gelijkenissen en de verschillen tussen de diverse DCE-studies.

Tabel 5: Gelijkenissen en verschillen tussen de studies die DCE's gebruiken

Gelijkenissen	Verschillen
Omschrijving steekproef	Soort steekproef (willekeurig VS onwillekeurig)
Gebruik maken van een vragenlijst	Voorleggen van een hypothetische situatie aan de respondenten
Contextuele informatie voor de respondenten	Aantal vragen
Indirecte betalingsbereidheid	Interview VS online-enquête
Sociaaleconomische kenmerken van respondenten	Focusgroepen
Socio-demografische kenmerken van respondenten	Aantal attributen
Perceptie meten van telezorgdienst	Aantal niveaus

In de linkerkolom van tabel 5 worden de gelijkenissen tussen de DCE-studies weergegeven. Deze gelijkenissen zijn voornamelijk vergelijkbaar met die van de CV studies. Daarnaast meten alle DCE studies de betalingsbereidheid van respondenten op een indirecte manier. Dit wordt gedaan door respondenten keuzes te laten maken tussen verschillende scenario's met diverse attributen, zoals prijs en kwaliteit. Door te observeren welke keuzes ze maken, kunnen onderzoekers afleiden wat ze bereid zijn te betalen voor specifieke kenmerken, zonder hen rechtstreeks naar een prijs te vragen (Buchanan et al., 2021; Mozes et al., 2022; C. L. Snoswell, Smith, Page, & Caffery, 2021).

Opvallend aan de studies die gebruik maken van keuze-experimenten (DCE), is de variatie van het aantal attributen en niveaus dat wordt gebruikt om de voorkeuren van respondenten te meten. Sommige studies bevatten een beperkt aantal attributen en niveaus, terwijl andere een uitgebreid scala aan variabelen opnemen. Deze variatie kan invloed hebben op de complexiteit van de keuzes die respondenten moeten maken en daardoor de nauwkeurigheid van de resultaten beïnvloeden (Speckemeier et al., 2021). Bovendien maken sommige studies gebruik van focusgroepen, waarbij respondenten in een groepssetting worden bevraagd over hun voorkeuren. Andere studies geven de voorkeur aan *face-to-face* interviews of online enquêtes.

4.2 WTP voor teleconsultaties

Van de onderzoeken die zijn opgenomen in deze steekproef, zoals weergegeven in tabel 3, bestuderen zeven specifiek de bereidheid om te betalen voor teleconsultaties. Uit de resultaten van het onderzoek van C. L. Snoswell et al. (2021) blijkt dat de hoogste gemiddelde bereidheid om te betalen, namelijk 47,21 dollar, werd gevonden voor het raadplegen van een specialist via een videoconsultatie. Qureshi et al. (2006) rapporteren een mediane betalingsbereidheid van 25 dollar voor respondenten met Psoriasis of Melanoma. De bevindingen van Stahl & Dixon (2010) sluiten hier redelijk op aan. Respondenten zijn gemiddeld bereid om 20,04 dollar te betalen voor een videoconsultatie met een eerstelijnszorgverlener.

De laagste bereidheid om te betalen werd vastgesteld op 2,04 dollar voor een teleconsult met een eerstelijnszorgverlener, zoals gerapporteerd door Arize & Onwujekwe (2017). Bergmo & Wangberg (2007) en Suzuki et al. (2019) leverden resultaten die dicht bij elkaar liggen, met respectievelijk betalingsbereidheden van 5,85 euro en 5,20 dollar. Een belangrijke nuance is dat Bergmo & Wangberg (2007) de bereidheid om te betalen onderzochten voor een teleconsult met een huisarts, terwijl Suzuki et al. (2019) dit deden voor een teleconsult met een apotheker. Buchanan et al. (2021) voerden een soortgelijke analyse uit als Suzuki et al. (2019) en vonden een bereidheid om te betalen van 11 pond.

De studies van C. L. Snoswell et al. (2021), Qureshi et al. (2006) en Stahl & Dixon (2010) zijn allemaal uitgevoerd binnen een Amerikaanse context. Dit suggereert dat de betalingsbereidheid voor een teleconsult in Amerika hoger ligt dan elders ter wereld. Daarentegen zijn de studies van Bergmo & Wangberg (2007) en Buchanan et al. (2021) uitgevoerd binnen een Europese context, Suzuki et al. (2019) binnen een Aziatische context, en Arize & Onwujekwe (2017) binnen een Afrikaanse context, waar de laagste betalingsbereidheid werd vastgesteld. Deze analyse bevestigt de bevindingen van Xie, Chent, & Or (2022), die aantonen dat de hoogste betalingsbereidheid wordt gevonden in Amerika, gevolgd door Europa en Azië, terwijl de laagste betalingsbereidheid wordt aangetroffen in Afrika.

4.3 Factoren die de WTP voor telzorgdiensten beïnvloeden

Het is belangrijk om de betalingsbereidheid te profileren aan de hand van verschillende kenmerken van de respondenten, waaronder socio-demografische aspecten. Op deze manier kunnen onderzoekers een dieper inzicht verkrijgen in hoe factoren zoals leeftijd, geslacht, inkomen en opleidingsniveau de bereidheid beïnvloeden om te betalen voor specifieke diensten of producten. Dit biedt waardevolle inzichten in hoe verschillende bevolkingsgroepen de waarde van aangeboden producten of diensten ervaren en welke prijs zij daarvoor acceptabel achten (Somers et al., 2019). Deze kennis kan bijdragen aan de optimalisatie van teleconsultatiediensten en de formulering van beleid op dit gebied. Door beter te begrijpen welke factoren een rol spelen in de betalingsbereidheid van mensen, kunnen gezondheidsorganisaties en beleidsmakers strategieën ontwikkelen om de toegankelijkheid, kwaliteit en acceptatie van deze diensten te verbeteren. Dit kan leiden tot een effectievere en efficiëntere gezondheidszorg voor een breder scala aan gebruikers (Zhenzhen Xie, Jiayin Chen, & Calvin Kalun Or, 2022). Bovendien is het interessant om deze bevindingen te

integreren in het empirische deel van deze masterproef, voor een meer diepgaande en uitgebreide analyse.

Diverse studies tonen aan dat het gezinsinkomen een belangrijke rol speelt bij de bereidheid om te betalen voor telezorgsystemen (Somers, 2019; Qureshi, 2006; Arize, 2017; Callan, 2015; Suzuki, 2019; Ngan, 2019; Xie, 2022). Volgens Xie, Chent, & Or (2022) kan dit verklaard worden doordat mensen met een hoger inkomen doorgaans betere toegang hebben tot en meer vertrouwd zijn met telegezondheidsdiensten, waardoor ze er meer voor willen betalen. Daarnaast blijkt geslacht ook invloed te hebben op de bereidheid om te betalen, waarbij vrouwen over het algemeen een lagere WTP hebben dan mannen. Xie, Chent, & Or (2022) suggereren dat dit mogelijk komt doordat mannen vaak een positievere houding hebben ten opzichte van technologie dan vrouwen, waardoor ze eerder geneigd zijn om de waarde van telezorgsystemen in te zien (Callan & O'Shea, 2015; Zhenzhen Xie et al., 2022).

Wat betreft leeftijd leveren de resultaten gemengde bevindingen op tussen de onderzochte studies. Dit suggereert dat de associatie sterk kan variëren en afhankelijk is van de specifieke context van elk onderzoek. In de studies van Bradford (2004), Buchanan et al. (2021), Ngan (2019) en Sommers (2019) heeft leeftijd bijvoorbeeld een significant effect op de bereidheid van de respondenten om te betalen, terwijl dit in andere onderzoeken niet het geval is. Ook het opleidingsniveau blijkt gerelateerd te zijn aan de WTP voor telezorgsystemen. Over het algemeen tonen mensen met een hoger opleidingsniveau een grotere waardering voor telegezondheidsdiensten dan degenen met een lager opleidingsniveau. Deze bevinding wordt door Xie, Chent, & Or (2022) geprobeerd te verklaren door het feit dat mensen met een hoger opleidingsniveau vaak hogere niveaus van digitale geletterdheid hebben, minder belemmeringen zien voor het gebruik van telegezondheidsdiensten en dus meer bereid zijn om ervoor te betalen (Zhenzhen Xie et al., 2022).

Naast de sociodemografische en economische aspecten van de respondenten, zijn er ook andere factoren die de betalingsbereidheid beïnvloeden, zoals blijkt uit onderzoek. Onderzoek van Stahl & Dixon (2010) en Suzuki et al. (2019) laten zien dat de perceptie van digitale technologie en telezorgsystemen ook een significante invloed heeft op de WTP. Dit suggereert dat mensen die positief staan tegenover het gebruik van telezorgsystemen ook meer bereid zijn ervoor te betalen. Bovendien blijkt uit onderzoek van Somers et al. (2019) dat de algemene gezondheid van de respondenten een significant effect heeft op hun WTP. Uit hun bevindingen blijkt dat mensen die zichzelf als gezonder beschouwen, eerder geneigd zijn om meer te betalen voor telegezondheidsdiensten.

4.4 Gevalideerde vragenlijsten voor perceptie

Gezien de invloed van perceptie en algemene gezondheid van de respondenten op hun bereidheid om te betalen (Somers et al., 2019; Stahl & Dixon, 2010; Suzuki et al., 2019), willen we deze twee factoren integreren in de analyse van de maatschappelijke betalingsbereidheid voor teleconsultaties. Om dit te kunnen doen, zullen we gebruikmaken van gevalideerde vragenlijsten. Hajesmaeel-Gohari

& Bahaadinbeigy (2021) merken op dat verschillende vragenlijsten worden gebruikt voor diverse doeleinden, waarvan sommige zijn gevalideerd en andere meer algemeen zijn.

In de volgende paragrafen zal worden ingegaan op gevalideerde meetinstrumenten die eerder zijn gebruikt om zowel de voordelen als de nadelen, evenals de percepties met betrekking tot telezorg te meten. Dit zal voornamelijk gebaseerd zijn op het werk van Hajesmaeel-Gohari & Bahaadinbeigy (2021). In tabel 6 wordt een overzicht van mogelijke vragenlijsten die kunnen worden gebruikt in de empirische studie gepresenteerd. In deze empirische studie zullen één of meerdere gevalideerde meetinstrumenten uit dit overzicht worden toegepast. Het is echter belangrijk op te merken dat het eerste instrument in tabel 6 niet de perceptie van patiënten meet, maar zal helpen bij het achterhalen van de gezondheidstoestand van de respondent.

Tabel 6: Gevalideerde schalen en meetinstrumenten

Instrument	Items	Meetdomein	Auteur
EQ-5D-5L	5	Beschrijft de gezondheidstoestand van de respondenten aan de hand van vijf domeinen: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie.	EuroQol (2017)
TUQ	21	Beoordelen van de bruikbaarheid van telezorgdiensten aan de hand van bruikbaarheid, gebruiksgemak, effectiviteit, betrouwbaarheid en tevredenheid.	Parmanto, Lewis, Graham, & Bertolet (2016)
TSQ	14	Beoordelen van de tevredenheid van patiënten met betrekking tot het ontvangen van gezondheidszorg via telegeneeskunde.	Yip, Chang, Chan, & MacKenzie (2003)
TMPQ	17	Beoordelen van de manier waarop respondenten telezorg waarnemen.	Demiris, Speedie, & Finkelstein (2000)
TSUQ	26	Meet de tevredenheid en bruikbaarheid van videoconsultaties en telefonische monitoring.	Bakken (2006)
TAM	12	Beoordelen van de gebruikerservaring en acceptatie van technologie aan de hand van het waargenomen nut en het waargenomen gebruiksgemak.	Davis (1989)
WSQ- SUTAQ	22	Meet de acceptatie van telegezondheid in de eigen leefomgeving van de patiënt aan de hand van maatstaven op verschillende gebieden: toegankelijkheid, comfort, zelfzorg, gebruiksvriendelijkheid, vertrouwelijkheid, tevredenheid, privacy en veiligheid en gezondheidsbaten.	Hirani et al. (2017)

4.2.1 EQ-5D-5L

De EQ-5D-5L vragenlijst, ontwikkeld door EuroQol, biedt een gestandaardiseerde methode om gezondheidstoestanden te meten. Deze vragenlijst is een vijf-niveau versie van de EQ-5D en is bedoeld om de gevoeligheid van het instrument te verbeteren en plafond effecten te verminderen in vergelijking met de eerdere EQ-5D-3L. Dit komt doordat de EQ-5D-5L is ontworpen met meer niveaus, waardoor een nauwkeuriger en gedifferentieerder beeld van de gezondheidstoestand ontstaat.

Deze EQ-5D-5L vragenlijst bestaat uit twee hoofdonderdelen: het EQ-5D beschrijvend systeem en de EQ *Visual Analogue Scale* (EQ VAS) (EuroQol, 2017). Het beschrijvende systeem omvat vijf dimensies: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie. Elk met vijf niveaus variërend van 'geen problemen' tot 'extreme problemen'. Patiënten worden gevraagd hun gezondheidstoestand aan te geven door het meest passende niveau voor elke dimensie te selecteren, wat resulteert in een 1-cijferig nummer voor elke dimensie en een 5-cijferig nummer dat de gezondheidstoestand van de patiënt beschrijft. De index maakt het mogelijk om 3.125 unieke gezondheidstoestanden te beschrijven, variërend van 11111 (volledige gezondheid) tot 55555 (slechtste gezondheid), en kan worden geconverteerd naar een kwaliteit van leven score (EuroQol, 2017; KCE, 2021)

De EQ *Visual Analogue Scale* (EQ VAS) meet de zelfgerapporteerde gezondheid van de patiënt op een verticale visuele analoge schaal die loopt van 0 tot 100, waarbij de uiteinden zijn aangeduid als 'best denkbare gezondheidstoestand' en 'slechtst denkbare gezondheidstoestand'. De EQ VAS dient als een kwantitatieve maatstaf voor de gezondheidsresultaten die het persoonlijke oordeel van de patiënt weerspiegelen (EuroQol, 2017).

4.2.2 Telehealth usability questionnaire (TUQ)

De Telehealth usability questionnaire (TUQ) is een relatief recente vragenlijst, ontwikkeld door Parmanto, Lewis, Graham, & Bertolet (2016). De ontwikkeling van de TUQ kwam voort uit de noodzaak om de voortdurende evolutie van telezorgtechnologieën adequaat te kunnen meten. Door alle items uit bestaande vragenlijsten over telzorg en computergebruikbaarheid te combineren, biedt de TUQ een allesomvattende benadering van de bruikbaarheid van telezorgdiensten. De vragenlijst bestaat uit 21 vragen die elk gebaseerd zijn op zes criteria, waaronder bruikbaarheid (3 items), gebruiksgemak en leerbaarheid (3 items), interfacekwaliteit (4 items), interactiekwaliteit (4 items), betrouwbaarheid (3 items), en tevredenheid en toekomstig gebruik (4 items) (Hajesmaeel-Gohari & Bahaadinbeigy, 2021; Parmanto, Lewis, Graham, & Bertolet, 2016).

Een groot voordeel van de TUQ is dat zowel artsen als patiënten het kunnen gebruiken. Bovendien kan de TUQ worden toegepast bij respondenten met zowel ervaring als geen ervaring met telegezondheidsdiensten. Zelfs als iemand nog geen gebruik heeft gemaakt van dergelijke diensten, kan de vragenlijst waardevolle inzichten bieden in hun bereidheid om moderne technologieën te

gebruiken. Bovendien is de TUQ ontworpen voor gebruik met verschillende vormen van telezorgsystemen, waaronder traditionele videoconferentiesystemen, op computers gebaseerde systemen en de nieuwe generatie mobiele telezorgsystemen. Daarom kan de TUQ worden aangepast aan de specifieke noden van het onderzoek om nauwkeurig de gebruikerservaring te meten (Parmanto et al., 2016).

4.2.3 Telemedicine satisfaction questionnaire (TSQ)

De *telemedicine satisfaction questionnaire (TSQ)* werd ontwikkeld door Yip, Chang, Chan, & MacKenzie (2003) met als doel een gevalideerd meetinstrument te ontwikkelen om de tevredenheid van patiënten met betrekking tot de ontvangst van gezondheidszorg via telegeneeskunde te beoordelen. De vragenlijst kwam tot stand in twee fasen. Allereerst zijn de belangrijke aspecten van patiëntentevredenheid met betrekking tot telegeneeskunde, met name teleconsultatie via videoconferentie, geïdentificeerd aan de hand van een literatuurstudie. Hieruit zijn veertien items voortgekomen, die vier domeinen bestreken: interpersoonlijke communicatie, zorg, zorgverlening en bekwaamheid. Vervolgens zijn deze items geschaald op een vijfpunt Likertschaal, variërend van 1 (sterk mee oneens) tot 5 (sterk mee eens) (Hajesmaeel-Gohari & Bahaadinbeigy, 2021; Yip, Chang, Chan, & MacKenzie, 2003). In de tweede fase is de vragenlijst beoordeeld op relevantie, duidelijkheid en dekking door een panel van experts op het gebied van telegeneeskunde, bestaande uit artsen, een verpleegkundige en deskundigen op het gebied van telegeneeskunde (Yip et al., 2003).

4.2.4 Telemedicine perception questionnaire (TMPQ)

De tevredenheid van een patiënt kan worden beoordeeld aan de hand van de gevalideerde *telemedicine perception questionnaire (TMPQ)*. Hoe patiënten telezorg waarnemen, kan namelijk de aanvaardbaarheid en verspreiding ervan beïnvloeden. Deze vragenlijst ontwikkeld door Demir, Speedie, & Finkelstein (2000), bestaat uit zeventien items. Aanvankelijk bestond de vragenlijst uit twintig items, maar de items drie, zestien en zeventien werden verwijderd. De vragen hebben betrekking op verschillende aspecten, zoals privacy en tijdsbesparing voor zowel patiënten als verpleegkundigen. Respondenten worden beoordeeld aan de hand van een Likertschaal met vijf antwoordopties: helemaal oneens, oneens, eens, helemaal eens en geen mening. Een hogere score geeft aan dat respondenten een positievere indruk hebben van telezorg (Demir, Speedie, & Finkelstein, 2000).

4.2.5 Telemedicine satisfaction and usefulness questionnaire (TSUQ)

Bakken (2006) hebben de *telemedicine satisfaction and usefulness questionnaire (TSUQ)* ontwikkeld, die de tevredenheid en bruikbaarheid van videoconsultaties en telefonische monitoring evalueert. Deze vragenlijst bestaat uit 26 items verdeeld in twee secties: tevredenheid (21 items) en bruikbaarheid (5 items) (Bakken, 2006; Hajesmaeel-Gohari & Bahaadinbeigy, 2021). Een belangrijk voordeel van de TSUQ is de toegankelijkheid ervan. De vragen zijn opgesteld op een niveau dat

begrijpelijk is voor een breder publiek, waardoor de vragenlijst geschikt is voor diverse doelgroepen (Bakken, 2006). Een ander voordeel is dat de TSUQ gebaseerd is op reeds gevalideerde schalen, zoals de TMPQ die eerder werd besproken, wat de betrouwbaarheid van deze vragenlijst versterkt. Bovendien evalueert de TSUQ een breed scala aan diensten in de telegeneeskunde in vergelijking met andere bestaande vragenlijsten over de tevredenheid van patiënten met betrekking tot telegeneeskunde (Bakken, 2006).

4.2.6 Technology acceptance model (TAM)

Davis (1989) ontwikkelde in de jaren 80 het *technology acceptance model* (TAM), dat de gebruikservaring en acceptatie van technologie illustreert. Deze vragenlijst richt zich doorgaans op twee aspecten: het waargenomen nut en het waargenomen gebruiksgemak, elk bestaande uit 12 items (Hajesmaeel-Gohari & Bahaadinbeigy, 2021).

Het waargenomen nut verwijst naar de overtuiging van een individu dat het gebruik van een bepaalde technologie zal leiden tot verbetering van zijn of haar prestaties en de taak eenvoudiger of efficiënter zal maken. Aan de andere kant verwijst het waargenomen gebruiksgemak naar de perceptie van een individu dat het gebruik van de technologie vrij van inspanning of moeite zal zijn. Dit heeft betrekking op de mate waarin een persoon verwacht dat hij of zij in staat zal zijn om de technologie zonder problemen te begrijpen en te gebruiken (Davis, 1989).

4.2.7 Whole Systems Demonstrator Service User Technology Acceptability Questionnaire (WSD-SUTAQ)

Onder de beschikbare vragenlijsten om de acceptatie van telegezondheid te meten, staat de *Whole Systems Demonstrator Service User Technology Acceptability Questionnaire* (WSD-STUTAQ) op de derde plaats als meest gebruikte instrument in de literatuur (Pongiglione, Carrone, Angelucci, Mazziotti, & Compagni, 2023; Torbjørnsen, Småstuen, Jenum, Årsand, & Ribu, 2018). Hirani et al. (2017) introduceerden de WSD-SUTAQ, waarbij gebruik werd gemaakt van een Likertschaal van één tot zes en deze vragenlijst bestond uit 22 verschillende items (Hirani et al., 2017). De vragenlijst omvat metingen over de acceptatie van telegezondheid in de eigen leefomgeving van de patiënt, met maatstaven op verschillende gebieden: toegankelijkheid, comfort, zelfzorg, gebruiksvriendelijkheid, vertrouwelijkheid, tevredenheid, privacy en veiligheid en gezondheidsbaten (Hirani et al., 2017). Pongiglione et al. (2023) heeft een vertaalde en gevalideerde versie gemaakt van de WSD-STUTAQ en aangepast aan de specifieke behoeften van zijn onderzoek naar de acceptatie van teleconsultatie.

4.4 Conclusie

Huidig onderzoek naar de WTP voor telezorgsystemen maakt gebruik van diverse methoden en gevalideerde meetinstrumenten om zowel de bereidheid tot betalen als de percepties van respondenten te meten. De variaties in methodologie en gebruikte instrumenten leveren een breed scala aan inzichten op met betrekking tot de bereidheid om te betalen voor telezorgdiensten.

Verschillende methoden worden aangewend om de WTP van respondenten te meten, waaronder CV en DCE's. Hoewel onderzoeken van elkaar verschillen op vele punten, zullen ze bijna altijd een vergelijkbaar patroon volgen bij het opstellen van hun onderzoek. Bovendien maken onderzoeken die de percepties van respondenten over telezorgdiensten en hun algehele gezondheid willen achterhalen, gebruik van bestaande, gevalideerde meetinstrumenten die specifiek zijn aangepast aan de doelstellingen van het onderzoek.

De variatie in methodologie en instrumenten biedt waardevolle inzichten in het opzetten van WTP-studies voor telezorgsystemen. Door het combineren van verschillende methoden en instrumenten kunnen onderzoekers een diepgaand begrip krijgen in de WTP van respondenten en de factoren die de bereidheid om te betalen beïnvloeden (Rotteveel et al., 2020). Onderzoek toont aan dat respondenten gemiddeld 5,85 euro bereid zijn te betalen voor een teleconsultatie met een huisarts, binnen een vergelijkbare gezondheidscontext als die van België. Socio-demografische en economische kenmerken zoals huishoudinkomen, geslacht, leeftijd en opleidingsniveau hebben in de meeste studies een significante impact op de WTP van respondenten. Daarnaast kunnen ook de perceptie van respondenten ten aanzien van telezorgsystemen en hun algemene gezondheid de WTP van een respondent beïnvloeden. Deze inzichten kunnen vervolgens worden toegepast bij het opzetten van het empirische deel van deze masterproef.

A. Empirische studie

Hoofdstuk 5: Onderzoeksaanpak

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksaanpak van het empirische gedeelte van deze masterproef besproken. Allereerst wordt de gebruikte methode beschreven om de WTP voor teleconsultaties met een huisarts te bepalen, evenals de manier waarop de data verzameld is. Vervolgens wordt aangegeven welke analyses worden uitgevoerd met de verzamelde gegevens en wat we specifiek gaan onderzoeken.

5.1 Methode

Om een antwoord te kunnen bieden op de centrale onderzoeksvraag 'Hoeveel bedraagt de maatschappelijke betalingsbereidheid voor teleconsultaties met een huisarts?', zal er naast de literatuurstudie ook een empirisch onderzoek worden uitgevoerd. In de volgende secties wordt beschreven hoe de vragenlijst is ontwikkeld en op welke wijze de data voor dit onderzoek is verzameld.

5.1.1 Vragenlijst

Voor het verzamelen van gegevens voor het empirische deel van deze masterproef werd gebruikgemaakt van een online CV-vragenlijst, gebaseerd op bestaand onderzoek en bevindingen uit de literatuur. Het ontwerp van deze vragenlijst is terug te vinden in bijlage III. Aangezien het concept van teleconsultatie verschillende consultatie methoden op afstand omvat, is ervoor gekozen om binnen de vragenlijst de focus te leggen op het bepalen van de WTP voor een videoconsult met de huisarts. Door de focus te leggen op deze specifieke vorm van teleconsultatie, kunnen er gerichte en duidelijke vragen aan de respondenten gesteld worden. Dit zorgt ervoor dat respondenten een helder begrip hebben van de te waarderen dienst, wat hen in staat stelt om de vragenlijst nauwkeuriger en waarheidsgetrouw in te vullen. Dit draagt bij aan het verkrijgen van betrouwbare gegevens die vervolgens kunnen worden geanalyseerd en geïnterpreteerd.

Aan het begin van de vragenlijst werd het doel van het onderzoek gekaderd. Om realistische waarderingen te verkrijgen, was het eveneens noodzakelijk dat de respondent een goed begrip had van de dienst die gewaardeerd moest worden. Om hieraan tegemoet te komen, werd het begrip 'videoconsultatie' omschreven aan de hand van de wetenschappelijke literatuur. Naast het verduidelijken van de definitie kregen de respondenten een hypothetische situatie voorgelegd om hen een beter begrip te geven van hoe een videoconsult werkt. Op deze manier konden ze nauwkeuriger overwegen hoeveel ze bereid zouden zijn te betalen voor een dergelijk consult. Concreet kregen de respondenten een hypothetische situatie voorgelegd, gebaseerd op het onderzoek van Stahl & Dixon (2010), waarin gezondheidsklachten werden behandeld via een videoconsult in plaats van een traditioneel bezoek aan de huisarts. Bovendien werd er uitleg gegeven

over hoe zo'n videoconsult zou werken binnen deze context, en werd er een overzicht gegeven van zowel de voordelen als de nadelen van een teleconsultatie.

Het tweede luik van de vragenlijst trachtte de betalingsbereidheid van individuen te achterhalen. De respondenten kregen twee WTP-vragen voorgelegd, een combinatie van de betaalkaart en een *open-ended* WTP-vraag. Deze aanpak is gebaseerd op het onderzoek van Boardman et al. (2013) en Soeteman, van Exel, & Bobinac (2017). Bij de eerste waarderingsvraag werd de betaalkaarttechniek toegepast, waarbij respondenten uit een voorgestelde reeks van WTP-waarden, hun maximale WTP-waarde moesten selecteren. Voorgaand onderzoek heeft aangetoond dat dit gemakkelijker is voor respondenten dan een *open-ended* WTP-vraag. Dit komt doordat het hen een gestructureerde reeks opties biedt om uit te kiezen, in plaats van dat respondenten zelf een bedrag moeten opgeven (Boardman et al., 2013; OECD, 2018). De gekozen reikwijdte aan WTP-bedragen is gebaseerd op bestaand onderzoek van Callan & O'Shea (2015) waarbij 17 biedingen tussen de €1 en €500 op een betaalkaart werden gebruikt in een onderzoek naar de betalingsbereidheid voor telezorgsystemen.

De definitieve betaalkaart die in deze masterproef werd gebruikt, is tot stand gekomen door middel van een pilootstudie. Het doel van deze pilootstudie was tweeledig. Ten eerste werd nagegaan of zowel de te waarderen dienst als de vragen duidelijk waren voor de respondenten. Ten tweede werd geëvalueerd of de *range* van waarden, die op de betaalkaart werden gebruikt realistisch was. Soeteman, van Exel, & Bobinac (2017) halen in hun onderzoek aan dat het pretesten van de *range* van waarden kan helpen om te bepalen of de uiterste waarden niet onrealistisch hoog zijn. Zij bevelen vervolgens aan om de uiterste waarden die (bijna) door niemand gekozen worden uit de *range* te verwijderen. Op basis van de resultaten van de pilootstudie is dit ook aangepast, waardoor de betaalkaart in de definitieve vragenlijst loopt tot de optie 'meer dan €30', als laatste keuzemogelijkheid. In de betaalkaart die aan de respondenten werd voorgelegd in deze masterproef, werd ook de optie '€0' opgenomen. Het is namelijk mogelijk dat sommige respondenten niet bereid zijn om te betalen voor een videoconsult.

In de tweede waarderingsvraag werd er gebruikgemaakt van de *open-ended* WTP-vraag. Uit onderzoek van Boardman et al. (2013) blijkt namelijk dat de betaalkaartmethode slechts een schatting geeft van de maximale WTP-waarde. Desalniettemin kan de specifieke WTP-waarde van een respondent hoger liggen dan het bedrag dat op de betaalkaart wordt aangegeven. Daarom pleit Boardman et al. (2013) voor het stellen van een bijkomende *open-ended* WTP-vraag om de specifieke WTP-waarde van de respondent te achterhalen. Daarnaast stelt Soeteman, van Exel, & Bobinac (2017) dat de combinatie van de betaalkaarttechniek en de *open-ended* WTP-vragen tot rijkere datasets kan leiden met meerdere waarderingsvragen per respondent. Bovendien zijn respondenten geneigd een doordachter antwoord te geven op de *open-ended* vraag na een betaalkaart, omdat zij reeds hebben nagedacht over het interval waarbinnen deze waarde zich zou kunnen bevinden.

Wanneer een respondent in beide waarderingsvragen aangeeft niet bereid te zijn te betalen voor een videoconsult met de huisarts, en dus tweemaal de waarde nul aangeeft, is het van belang om een onderscheid te maken tussen een werkelijke nulwaardering en een protestnul (Arize & Onwujekwe,

2017; Bergmo & Wangberg, 2007; Callan & O'Shea, 2015). Protestnullen treden op wanneer respondenten in een enquête aangeven dat ze niet bereid zijn om enige betaling te doen voor een goed of dienst, zelfs als ze eigenlijk een positieve voorkeur hebben voor dat goed of die dienst. Deze biedingen worden beschouwd als protest omdat ze voortkomen uit andere overwegingen dan de werkelijke waardering van het goed of de dienst. Deze weigering kan diverse redenen hebben, zoals bijvoorbeeld het ongemak dat respondenten voelen bij het idee om te betalen voor een goed of dienst die zij beschouwen als een recht. Hierdoor kunnen zij protestbiedingen doen om hun afwijzing van het betalingsconcept tot uiting te brengen (Bergmo & Wangberg, 2007; Bonnichsen & Ladenburg, 2009).

Het identificeren en omgaan met protestbiedingen is belangrijk omdat ze de nauwkeurigheid van de resultaten van economische studies kunnen beïnvloeden (Arize & Onwujekwe, 2017; Bergmo & Wangberg, 2007; Callan & O'Shea, 2015). In deze masterproef werd de vraag "Waarom bent u voornamelijk niet bereid te betalen voor een videoconsultatie met uw huisarts?" gesteld om inzicht te krijgen in de motieven van respondenten voor het ontbreken van betalingsbereidheid voor een videoconsultatie. De antwoordmogelijkheden omvatten verschillende redenen, zoals de voorkeur voor traditionele *face-to-face* consultaties, het gebrek aan meerwaarde van een videoconsultatie, de opvatting dat de ziekteverzekering de kosten zou moeten dekken, twijfels over de haalbaarheid van een arts raadplegen via een videoconsult, zorgen over beperkte hulp bij een videoconsult, en de optie om andere redenen op te geven die niet in de lijst waren vermeld.

Indien een respondent aangaf dat de kosten door de ziekteverzekering gedragen moesten worden of de optie "andere" selecteerde, die eerst nader werd geanalyseerd, werd dit beschouwd als een protestnul en dus uit de steekproef verwijderd. Als respondenten een van de andere opties selecteerden, bleven deze in de steekproef, omdat ze als echte nulwaarden werden beschouwd (Arize & Onwujekwe, 2017; Bergmo & Wangberg, 2007; Callan & O'Shea, 2015).

In het derde luik van de vragenlijst werden de respondenten bevraagd over hun perceptie aangaande videoconsultaties. Allereerst werd er ingegaan op de belangrijkste verwachte voordelen en nadelen van videoconsultaties. Respondenten werden gevraagd om zowel de voor- als de nadelen te rangschikken van meest naar minst belangrijk. Vervolgens werd de perceptie van respondenten over telegeneeskunde onderzocht met behulp van de aangepaste versie van de *Telemedicine Perception Questionnaire* (TMPQ) voor het gebruik van teleconsultaties. Daarnaast werd de EQ-5D-5L vragenlijst gebruikt om de algemene gezondheid en de gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit van de respondenten te beoordelen. Het bevragen van deze aspecten is van belang omdat ze van invloed kunnen zijn op de WTP van een individu.

In het vierde en laatste luik van de vragenlijst werden de socio-demografische kenmerken van de respondenten bevraagd. Door deze informatie te verzamelen, kunnen we beoordelen of er een significant verband bestaat tussen deze kenmerken en de economische waardering van teleconsultaties door respondenten.

5.1.2 Dataverzameling

Zoals eerder vermeld, werd voorafgaand aan de eigenlijke dataverzameling een pilootstudie uitgevoerd als verkennend instrument voor het onderzoek. Aangezien de vragenlijst van de pilootstudie een eerste indicatie gaf van de betalingsbereidheid voor teleconsultaties, werd deze vragenlijst niet willekeurig verdeeld. Deze vragenlijst werd online verspreid door de link naar mijn dichte familie en vrienden van 18 jaar of ouder te sturen. Aan deze respondenten werd uitdrukkelijk gevraagd om niet meer te reageren op de link naar de definitieve vragenlijst, om bias te voorkomen.

Nadat de vragenlijst was aangepast op basis van de bevindingen uit de pilootstudie, kon de definitieve fase van het onderzoek van start gaan. Alleen respondenten van 18 jaar of ouder werden bevestigd, aangezien zij doorgaans worden beschouwd als volwassenen en vaak de bevoegdheid hebben om zelfstandig beslissingen te nemen over hun medische zorg. Doordat zij waarschijnlijk zelf de kosten van doktersconsulten dragen, hebben zij een goed begrip van de daarmee gepaard gaande kosten. Hierdoor zijn ze beter in staat om te beoordelen of ze bereid zijn te betalen voor alternatieve vormen van consultatie, zoals een videoconsultatie. De link naar de definitieve vragenlijst, die werd gegenereerd in Qualtrics, werd gedeeld via sociale media. Hierdoor werd de steekproef volledig online benaderd. De eigenlijke dataverzameling liep van 8 april 2024 tot en met 24 april 2024. In deze tijdspanne werden in totaliteit 253 vragenlijsten ontvangen, waarvan 134 volledig ingevulde vragenlijsten.

5.2 Statistische analyses

Het empirische gedeelte van deze masterproef richt zich niet alleen op het vaststellen van de werkelijke betalingsbereidheid van de respondenten, maar ook op het identificeren van factoren die deze bereidheid tot betalen beïnvloeden. Dit wordt onderzocht door middel van het uitvoeren van twee regressieanalyses. We zullen de regressievergelijking schatten met zowel de OLS-methode als de Tobit-methode. Door de resultaten van beide modellen te vergelijken, kunnen we beoordelen of de resultaten verkregen uit de OLS-regressie robuust zijn.

5.2.1 OLS-methode

Donaldson et al. (1998) halen aan dat een meerderheid van de studies die de bereidheid om te betalen analyseren via een *open-ended* WTP-vraag gebruikmaken van de OLS-methode. Om de resultaten te schatten met behulp van deze methode, moet er voldaan worden aan de volgende aannames: (1) Lineair in parameters, (2) Homoscedasticiteit, (3) Random sampling, (4) Geen perfecte collineariteit, (5) Zero conditional mean.

De eerste twee assumpties zijn voldaan, aangezien alleen lineaire parameters zullen worden gebruikt in de regressieanalyses. Elke variabele zal met een macht van één verschijnen in de regressievergelijking en zal bijvoorbeeld niet worden vermenigvuldigd met een andere variabele.

Bovendien zorgt STATA, door het bieden van heteroskedasticiteit robuuste standaarderrors, ervoor dat homoscedasticiteit wordt gewaarborgd (Bielen, 2022).

De derde aanname met betrekking tot willekeurige steekproeftrekking is niet volledig vervuld. De enquête werd verspreid via mijn eigen sociale media-accounts en die van mijn ouders. Hierdoor was de verdeling van de enquête niet volledig willekeurig, aangezien respondenten die mij of mijn ouders volgden, meer kans hadden om de enquête in te vullen. Daarnaast mogen de onafhankelijke variabelen niet perfect gecorreleerd zijn. Dit betekent dat de onafhankelijke variabelen niet constant mogen zijn en er geen perfecte correlatie tussen verklarende variabelen mag zijn. Deze aanname wordt bevestigd door de correlatie-analyse die te vinden is in bijlage VII.

De laatste assumptie, de *zero conditional mean* assumptie, houdt in dat de afhankelijke variabele niet gecorreleerd mag zijn met de error term. Als in onderstaande regressievergelijking, de onafhankelijke variabele (T_i) gecorreleerd is met de foutterm (ε_i), bevat het effect dat er gevonden wordt selectiebias. Wanneer deze assumptie geschonden wordt, is de variabele T_i endogeen.

$$Y_i = \alpha + \beta T_i + \gamma X_i + \varepsilon_i$$

Om endogeniteit te voorkomen, worden verschillende controlevariabelen opgenomen in de regressievergelijking, aangezien endogeniteit kan ontstaan door *omitted variable bias*. *Omitted variable bias* is een vorm van selectiebias die optreedt wanneer een belangrijke variabele niet in het model is opgenomen. Hierdoor blijft het effect van deze variabele op de uitkomst onopgemerkt en worden de geschatte parameters van het model op een onjuiste manier beïnvloed, wat kan leiden tot verkeerde conclusies (Allen, 1997; Bielen, 2022; Wooldridge, 2016). De assumpties zijn grotendeels voldaan, waardoor de OLS-methode kan worden toegepast.

Bijgevolg zal volgende regressievergelijking worden getest:

$$WTP_OpenEnded_i = \alpha + \gamma QOL_i + \delta X_i + \mu TMPQ_i + \varepsilon_i$$

De *open-ended* WTP wordt gebruikt als de afhankelijke variabele, omdat deze de precieze betalingsbereidheid van de respondent weergeeft. De onafhankelijke variabelen omvatten de kwaliteit van leven, zoals gemeten met behulp van de EQ-5D-5L vragenlijst, de perceptievariabele, berekend aan de hand van de TMPQ-vragenlijst, en ten slotte alle socio-demografische variabelen. Er zullen geen analyses worden uitgevoerd met de uitkomsten van de betaalkaart als afhankelijke variabele, aangezien deze alleen werd gebruikt om respondenten te helpen bij het uitdrukken van hun specifieke betalingsbereidheid, via de *open-ended* vraag.

5.2.2 Tobit-methode

Donaldson et al. (1998) benadrukken dat het gebruik van de OLS-regressieanalyse een uitdaging vormt wanneer de geobserveerde waarden van de afhankelijke variabele gecensureerd zijn. In het specifieke geval van de analyse van een WTP-onderzoek kunnen gecensureerde waarden voorkomen

wanneer respondenten aangeven dat ze niet bereid zijn om enige betaling te doen voor een bepaalde dienst of goed. Deze nulwaarden kunnen verschillende redenen hebben, waaronder protest, waarbij respondenten aangeven geen betaling te willen doen als een vorm van protest tegen het concept van betalen voor die specifieke dienst of goed (Donaldson, Jones, Mapp, & Olson, 1998).

Zoals eerder besproken, hebben we ervoor gezorgd dat we aan de hand van een vervolgvraag bij een nulwaarde de protestnullen kunnen identificeren en verwijderen uit de dataset. Desalniettemin is het van belang om de robuustheid van de resultaten van de OLS regressie na te gaan. Om deze reden zullen we een aanvullende analyse uitvoeren die rekening houdt met de gecensureerde variabelen.

De Tobit-regressieanalyse wordt beschouwd als een passend alternatief voor de OLS-regressieanalyse. Het is een statistische methode die wordt gebruikt om de relatie tussen variabelen te onderzoeken in situaties waarin de afhankelijke variabele gecensureerd is. Censuur verwijst naar het fenomeen waarbij sommige waarnemingen van de afhankelijke variabele niet volledig worden waargenomen, maar in plaats daarvan slechts een beperkt bereik van waarden tonen. Dit kan optreden wanneer de afhankelijke variabele niet kan worden gemeten of waargenomen boven of onder bepaalde drempelwaarden (UCLA, 2021; Wooldridge, 2016).

Donaldson et al. (1998) vermelden dat de Tobit-regressie een geschikt model is wanneer de nulreacties daadwerkelijke nulwaarden weergeven. Op deze manier kan het model rekening houden met deze gecensureerde waarden en toch de relatie tussen de variabelen schatten. Doordat de protestnullen uit de steekproef worden verwijderd en de nulwaarde de echte nullen omvat, wordt de Tobit-regressie beschouwd als een ideaal alternatief. Om deze reden wordt een Tobit-regressieanalyse uitgevoerd met dezelfde variabelen als in de OLS-methode.

Hoofdstuk 6: De betalingsbereidheid

In dit hoofdstuk worden de bevindingen van het empirisch onderzoek uiteengezet. Eerst worden de kenmerken van de steekproef besproken, gevolgd door een analyse van de betalingsbereidheid van de respondenten. Daarna wordt de perceptie van de maatschappij ten opzichte van videoconsultaties met huisartsen achterhaald. Dit wordt gedaan om de veronderstelde invloed van deze perceptie op de bereidheid van individuen om te betalen voor videoconsultaties te identificeren. Tot slot worden de resultaten van zowel de OLS- als de Tobit-regressieanalyses behandeld met betrekking tot de *open-ended* vraag. Op basis van deze resultaten wordt getracht inzicht te verkrijgen in de factoren die van invloed zijn op de bereidheid tot betalen van respondenten. Voor het trekken van statistische conclusies uit de data wordt gebruikgemaakt van *Software for Statistics and Data Science* (Stata).

6.1 Karakteristieken van de steekproef

6.1.1 Samenstelling van de steekproef

In de definitieve studie zijn 253 antwoorden geregistreerd in Qualtrics. Na een grondige *data cleaning* in Stata zijn er 134 volledige antwoorden teruggevonden. De overige 119 observaties worden niet meegenomen in het onderzoek, vanwege onvolledigheden.

Binnen de steekproef van 134 respondenten werd vervolgens gekeken naar de aanwezigheid van protestnullen, zoals aangehaald in hoofdstuk 5. Er werd één protestantwoord opgemerkt bij het onderzoeken van de nulwaarden. Deze specifieke respondent gaf aan niet bereid te zijn om te betalen vanwege een chronische aandoening, die al reeds gratis toegang gaf tot de huisarts. Dit standpunt kan worden beschouwd als een protest tegen het idee van betaling voor een service die hij of zij al kosteloos ontvangt. De respondent lijkt dus te protesteren tegen het idee van het betalen voor een videoconsultatie, omdat zij van mening is dat zij deze dienst ook kosteloos zal ontvangen. Bijgevolg zal deze respondent uit de steekproef worden verwijderd. De overige nulwaarden worden beschouwd als echte nullen en blijven behouden in de steekproef. De uiteindelijke steekproef bestaat uit 133 respondenten. De samenstelling is terug te vinden in tabel 7.

6.1.2 Beschrijvende statistieken

Voornamelijk vrouwen namen deel aan het onderzoek (60,45%). De leeftijd van de respondenten vertoont een variatie, met een gemiddelde leeftijd van afgerond 40 jaar. De jongste respondent is 19 jaar oud, terwijl de oudste respondent 72 jaar oud is. Wat betreft het opleidingsniveau heeft het merendeel van de deelnemers hoger onderwijs afgerond (52,24%), terwijl een ander groot deel een diploma secundair onderwijs (41,79%) heeft behaald. Een overgrote meerderheid van de respondenten (66,42%) werkt voltijds, terwijl ongeveer 2 op de 10 (20,15%) studenten zijn. Het maandelijks gemiddelde gezinsinkomen vertoont voornamelijk variatie tussen de €2001 en €6000. Het is opmerkelijk dat een deel van de respondenten (20,90%) geen inkomen heeft, dit kan te wijten zijn aan het feit dat deze respondenten studenten zijn. Deze kenmerken van de steekproef kunnen

worden toegeschreven aan de verspreiding van de vragenlijst via sociale media. Voornamelijk mijn ouders werden ingeschakeld om de vragenlijst te delen via hun sociale mediakanalen. Aangezien zij behoren tot de leeftijdscategorie van 45 jaar en ouder, kan dit verklaren waarom de gemiddelde leeftijd van de respondenten hoger ligt en er meer werkende respondenten zijn dan studenten.

De meeste respondenten hebben het afgelopen jaar minstens één keer een arts geraadpleegd, variërend van één keer (19,40%) tot meer dan vijf keer (17,16%). Bovendien gaf een kwart van de respondenten aan chronisch ziek te zijn (26,12%). De gemiddelde reistijd naar de dokterspraktijk varieerde onder de respondenten. De meerderheid van de respondenten (77,61%) gaf aan dat ze tussen de 0 en de 10 minuten onderweg zijn naar de dokterspraktijk. Ongeveer een vijfde van de respondenten (18,66%) heeft een reistijd van 11 tot 20 minuten. De gemiddelde score op de EQ VAS bedroeg 78,52, met een minimumscore van 10 en een maximumscore van 100. Bovendien werd een gemiddelde kwaliteit van leven van 0,896 vastgesteld, met scores variërend van 0,393 tot 1. Deze bevindingen bieden inzicht in de ervaren gezondheidstatus en kwaliteit van leven van de deelnemers, waarbij een hogere score wijst op een betere gezondheidstoestand en algemeen welzijn (EuroQol, 2017).

Tabel 7: Karakteristieken steekproef (n=133)

	Obs.	Gemiddelde	SD	Min.	Max
Vrouw	133	0,60150	0,49144	0	1
Leeftijd					
18 - 35	133	0,39098	0,48981	0	1
36 - 50	133	0,36090	0,48208	0	1
Ouder dan 50	133	0,24812	0,43356	0	1
Burgerlijke status					
Ongehuwd	133	0,33835	0,47494	0	1
Gehuwd	133	0,50376	0,50188	0	1
Gescheiden	133	0,05263	0,22414	0	1
Wettelijk of feitelijk samenwonend	133	0,09774	0,29809	0	1
Weduwnaar/ Weduwe	133	0,00752	0,08671	0	1
Werkend	133	0,66917	0,47229	0	1
Kinderen	133	0,59399	0,49294	0	1
Diploma					
Geen diploma	133	0,01504	0,12216	0	1
Lager onderwijs	133	0,03759	0,19093	0	1
Secundair onderwijs	133	0,42105	0,49559	0	1

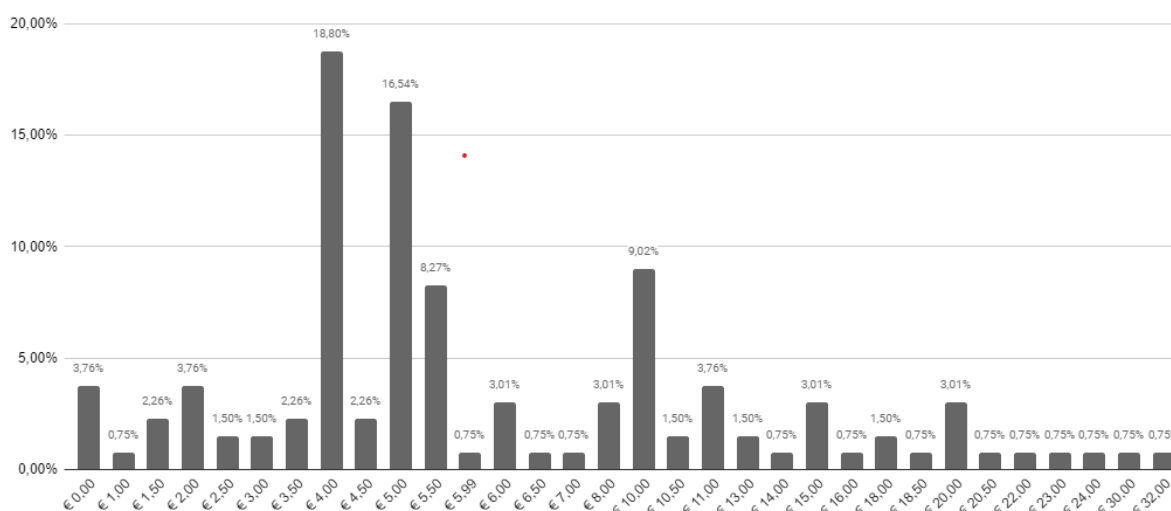
Hoger onderwijs (hogeschool of universiteit)	133	0,51880	0,50154	0	1
Doctoraat	133	0,00752	0,08671	0	1
Maandelijks beschikbaar gezinsinkomen					
<= €2000	133	0,33835	0,47494	0	1
€2001 - €4000	133	0,35338	0,47983	0	1
€4001 - €6000	133	0,24060	0,42906	0	1
€6001 - €8000	133	0,06767	0,25213	0	1
Gemiddelde reistijd tot dokterspraktijk					
0 tot 10 minuten	133	0,78195	0,41448	0	1
11 tot 20 minuten	133	0,18045	0,38602	0	1
21 tot 30 minuten	133	0,03008	0,17144	0	1
Meer dan 30 minuten	133	0,00752	0,08671	0	1
Raadpleging arts (in één jaar)					
<= 2 keer	133	0,48120	0,50154	0	1
3 tot 5 keer	133	0,35338	0,47983	0	1
Meer dan 5 keer	133	0,16541	0,37296	0	1
Chronisch ziek	133	0,25564	0,43787	0	1
Kwaliteit van leven (QoL) o.b.v EQ-5D-5L	133	0,89632	0,13247	0,393	1
EQ VAS	133	78,6241	14,4010	10	100

6.2 Bereidheid tot betalen

In de volgende paragrafen wordt de bereidheid van respondenten om te betalen voor een videoconsultatie met hun huisarts besproken. Deze analyse is gebaseerd op de precieze betalingsbereidheid van de respondenten, zoals vastgesteld uit de *open-ended* WTP-vraag. Deze vraag luidde als volgt: 'Wat is het precieze bedrag dat u bereid bent te betalen via bankoverschrijving voor het raadplegen van uw huisarts via een videoconsultatie?' De resultaten van deze waarderingvraag worden weergegeven in figuur 1.

Figuur 1: Precieze betalingsbereidheid (*open-ended* WTP)

Precieze betalingsbereidheid



De gemiddelde betalingsbereidheid van de respondenten bedraagt 7,42 euro. Bijna 4 procent van de respondenten geeft er de voorkeur aan om niets uit te geven aan een videoconsult met hun huisarts, wat tevens de minimale betalingsbereidheid weerspiegelt. Meer dan 3 procent van de respondenten is bereid om meer dan 20 euro te betalen voor een teleconsult, met een maximumwaarde van 32 euro. De mediane betalingsbereidheid bedraagt 5 euro..

In tabel 8 worden de belangrijkste redenen beschreven waarom respondenten aangaven een nul WTP te hebben, waarbij de voornaamste reden hun voorkeur voor een traditioneel consult met de huisarts boven een teleconsult was. Zoals eerder vermeld, is de respondent die de optie 'Andere' had aangegeven, uit de steekproef verwijderd.

Tabel 8: Overzicht redenen geen betalingsbereidheid

Reden	Aantal respondenten	Percentage
Ik verkiez een traditionele face-to-face consultatie met mijn huisarts.	3	50,00%
Een videoconsultatie heeft geen toegevoegde waarde voor mij.	1	16,67%

Ik krijg gelimiteerde hulp in het geval van een videoconsult. (Geen fysieke diagnosestelling, ...)	1	16, 67%
Andere	1	16, 67%

Als middel om eventuele hypothetische bias te controleren, waarbij het aangegeven bedrag dat mensen bereid zijn te betalen hoger ligt dan het werkelijke bedrag dat zij zouden betalen, werd in de vragenlijst gevraagd naar de mate van zekerheid waarmee respondenten het aangegeven bedrag daadwerkelijk zouden betalen. Ongeveer 78 procent van de respondenten gaf aan dat ze zeker tot erg zeker het aangegeven bedrag zouden betalen bij de betalingsbereidheid. Dit wordt weergegeven in tabel 9.

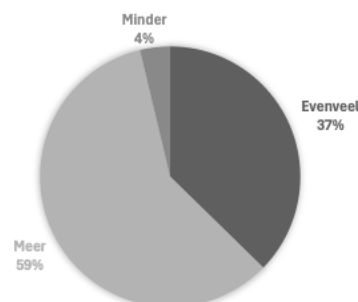
Tabel 9: Zekerheid betalingsbereidheid respondenten

Mogelijkheid	Aantal respondenten	Percentage
Erg zeker	62	46,27%
Zeker	43	32,09%
Neutraal	21	15,67%
Onzeker	5	3,73%
Erg onzeker	3	2,24%

6.2.1 Waardering traditionele consultatie

Uit de resultaten blijkt dat de meerderheid van de respondenten aangaf bereid te zijn meer te betalen voor een traditioneel consult in vergelijking met een videoconsult. Het gemiddelde prijsverschil tussen een traditioneel consult en een videoconsult bedraagt 9,55 euro. Daarnaast gaf ongeveer 4 op de 10 respondenten aan bereid te zijn evenveel te betalen voor een traditioneel consult. Dit suggereert dat deze respondenten een gelijkwaardige perceptie hebben in hun waardering ten aanzien van videoconsulten. Slechts een klein percentage van de respondenten gaf aan bereid te zijn minder te betalen voor een traditioneel consult. Zij zouden gemiddeld 4,6 euro minder willen betalen voor een traditioneel consult vergeleken met een videoconsult.

Figuur 2: Waardering traditionele consultatie



6.3 Perceptie van de maatschappij over teleconsultatie

In het volgende deel wordt de perceptie van de samenleving ten opzichte van een videoconsult onderzocht. Zoals (Demiris et al., 2000) in zijn onderzoek benadrukte, is het cruciaal om bij het plannen van gezondheidsdiensten de percepties van patiënten te evalueren. Bovendien kan de maatschappelijke perceptie over dit thema een invloed hebben op de bereidheid om te betalen. Er wordt namelijk verwacht dat respondenten die positief staan tegenover teleconsultatie, een hogere betalingsbereidheid hebben.

De definitieve vragenlijst omvatte een sectie over perceptie met betrekking tot teleconsultatie, met een specifieke focus op videoconsulten. De respondenten werden in deze sectie bevestigd met behulp van de TMPQ-vragenlijst en een 5-punt Likertschaal, waarbij ze moesten aangeven hoe waarschijnlijk ze zouden kiezen voor een videoconsult met hun huisarts. In de komende paragrafen zullen deze resultaten worden besproken, zodat ze kunnen worden geïntegreerd in de regressieanalyses om de drijfveren van de bereidheid om te betalen te identificeren.

6.3.1 Resultaten TMPQ-vragenlijst

De gemiddelde TMPQ-score bedraagt 51,31 op 85, met scores die variëren van een minimum van 17 tot een maximum van 74. De Cronbach's alpha is vastgesteld op 0,89, wat een positief resultaat is en wijst op een hoge interne consistentie van de schaal. Dit ondersteunt de betrouwbaarheid van de metingen. Deze bevindingen suggereren dat de maatschappij over het algemeen matig positief staat tegenover de gezondheidszorg die wordt geleverd via een videoconsult, maar er kunnen nog enige twijfels of zorgen bestaan.

Om meer inzicht te krijgen in de gebieden waar de maatschappij nog aarzeling vertoont of juist voldoende acceptatie toont, zullen de antwoorden op de stellingen van de TMPQ-vragenlijst één voor één worden geanalyseerd en een numerieke score krijgen. Bijlage IV bevat de frequentietabel met de antwoorden op de perceptievragen met betrekking tot een videoconsult met de huisarts. In deze tabel wordt de verdeling van de antwoorden op iedere stelling weergegeven, variërend van 'helemaal oneens' tot 'helemaal eens'.

Bij het berekenen van het gemiddelde voor elke stelling wordt de optie 'noch eens, noch oneens' niet meegenomen, waardoor dit antwoord als een missende waarde wordt beschouwd. Dit werd zo ook in de studie van onder andere Sullivan (2016) gedaan. Hierdoor worden de stellingen beoordeeld op een schaal van één tot vier. Voor negatief geformuleerde stellingen wordt een manipulatie toegepast, waarbij de antwoorden worden omgedraaid. Vervolgens wordt het gemiddelde voor elke stelling berekend door de antwoorden op te tellen en te delen door het aantal antwoorden op de stelling, met uitzondering van de optie 'noch eens, noch oneens'. De resulterende gemiddelden, opgenomen in bijlage V, worden gebruikt om de perceptie van de maatschappij over videoconsulten met de huisarts in kaart te brengen.

Uit de gegevens in bijlage IV en V blijkt dat respondenten voornamelijk twijfels hebben over de effectiviteit van videoconsultaties om een volledig begrip van medische problemen te verkrijgen, maar hebben het algemeen vertrouwen in hun vermogen om hun problemen goed genoeg uit te leggen tijdens een videoconsult. Ze staan positief tegenover verschillende aspecten van het gemak van een videoconsult, maar hebben ook mogelijke zorgen over het gebruik van benodigde apparatuur en het gebrek aan persoonlijk contact met de huisarts tijdens een videoconsult.

Wat betreft de kostenindicatoren geloven respondenten dat videoconsultaties kunnen helpen bij het besparen van tijd voor zorgverleners en kunnen bijdragen aan kostenverlaging voor zorginstanties. Ze zijn geneigd te geloven dat videoconsultaties in de toekomst een standaardmethode van zorgverlening zullen worden, maar met enige terughoudendheid. Tegelijkertijd beschouwen ze videoconsultaties als een waardevolle aanvulling op de reguliere zorg die zij ontvangen.

6.3.2 Resultaten 5-punt Likertschaal voorkeur videoconsultatie

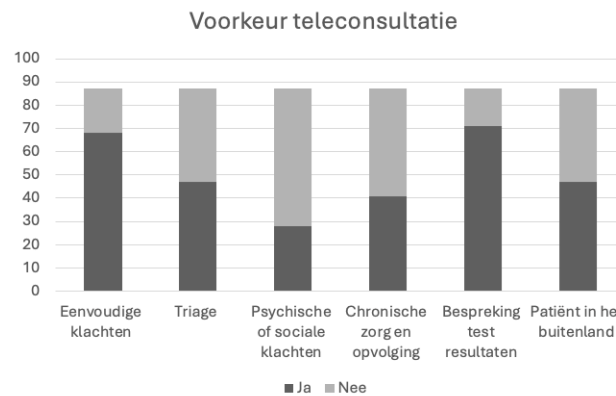
Naast de TMPQ-vragenlijst, werd er ook gevraagd naar de voorkeur van respondenten voor het kiezen van een videoconsult. De resultaten worden weergegeven in tabel 10.

Tabel 10: Waarschijnlijkheid keuze videoconsultatie

Likertschaal	Aantal respondenten	Percentage
Helemaal niet waarschijnlijk	47	35,07%
Niet waarschijnlijk	19	14,18%
Neutraal	35	26,12%
Waarschijnlijk	22	16,42%
Zeer waarschijnlijk	11	8,21%

Ongeveer 35% van de respondenten gaf aan dat ze helemaal niet geneigd zouden zijn om te kiezen voor een videoconsult met hun huisarts. Dit wordt aangegeven door de keuze 'Helemaal niet waarschijnlijk'. Van de overige respondenten die wel open stonden voor het idee van een videoconsult met hun huisarts (n=87), werd gevraagd om aan te geven in welke situatie zij gebruik zouden willen maken van een videoconsult. Een meerderheid van deze respondenten gaf de voorkeur aan een videoconsult voor eenvoudige klachten zoals een verkoudheid, beginnende griepsymptomen of het bespreken van testresultaten. Een minderheid van de respondenten gaf echter de voorkeur aan een videoconsult voor het bespreken van psychische of sociale klachten (Figuur 3).

Figuur 3: Voorkeur teleconsultatie



Het peilen naar deze voorkeur kan aangeven hoe positief of negatief de respondenten staan tegenover een videoconsult. Personen die een hogere voorkeur hebben voor videoconsulten worden waarschijnlijk positiever beïnvloed voor het kiezen van een videoconsult. Aan de andere kant kunnen respondenten met een lagere voorkeur mogelijk meer sceptisch zijn over de effectiviteit of kwaliteit van videoconsulten (Danila et al., 2022).

6.4 Drijfveren betalingsbereidheid

Zoals reeds beschreven in de onderzoeksopzet, richt het empirische deel van deze masterproef zich niet alleen op het vaststellen van de betalingsbereidheid van respondenten voor een teleconsultatie met de huisarts, maar ook op het identificeren van factoren die deze betalingsbereidheid kunnen beïnvloeden. In de komende paragrafen zullen de resultaten van de regressieanalyses worden besproken, om zo inzicht te krijgen in de drijfveren achter de betalingsbereidheid van respondenten. De definities van alle variabelen, samen met hun bijbehorende waarden, worden gepresenteerd in bijlage VI.

6.4.1 Resultaten OLS-regressie

De bevindingen van de OLS-regressie zijn samengevat in tabel 11. Hieruit blijkt dat het gezinsinkomen van de respondenten een significante invloed heeft op de betalingsbereidheid op een significantieniveau van 5 procent. Respondenten met een gezinsinkomen tussen 6001 euro en 8000 euro per maand tonen een gemiddelde bereidheid om 7,2 euro meer te betalen dan degenen met een inkomen tussen 2001 euro en 4000 euro.

Daarnaast blijkt ook de reistijd van de respondenten naar hun huisartsenpraktijk de betalingsbereidheid te beïnvloeden op een significantieniveau van 1 procent. Respondenten die gemiddeld meer dan 30 minuten onderweg zijn naar hun huisarts, tonen een bereidheid om gemiddeld 6,9 euro meer te betalen voor een videoconsult dan degenen die tussen 0 en 10 minuten moeten reizen naar hun huisarts.

6.4.2 Resultaten Tobit-Regressie

De resultaten van de Tobit-regressie zijn wederom gepresenteerd in tabel 11. Deze uitkomsten tonen aan dat de perceptie van de respondent een significante invloed heeft op de betalingsbereidheid, op een significantieniveau van 10%. Een toename van één eenheid in de TMPQ-score resulteert in een gemiddelde stijging van 0,11 euro in de betalingsbereidheid van respondenten. Dit suggereert dat respondenten die een positievere houding hebben ten opzichte van een videoconsult, meer geneigd zijn om te betalen.

Daarnaast blijkt het gezinsinkomen van respondenten ook een invloed te hebben op de betalingsbereidheid, op een significantieniveau van 1%. Respondenten met een gezinsinkomen tussen 6001 euro en 8000 euro tonen een gemiddelde bereidheid om 7,10 euro meer te betalen dan respondenten met een inkomen tussen 2001 euro en 4000 euro.

6.4.3 Vergelijking resultaten OLS – en Tobit regressies

Beide regressieanalyses tonen over het algemeen een sterke consistentie in de resultaten. Met uitzondering van de variabelen TMPQ en RT_Meer_30, tonen alle andere variabelen dezelfde impact op de afhankelijke variabele. Bovendien liggen de coëfficiënten van deze variabelen ook nauw bij elkaar. Deze consistente effecten tussen beide regressiemodellen benadrukken de betrouwbaarheid en consistentie van de bevindingen voor deze variabelen, ongeacht de gebruikte methodologie.

Niettemin zijn er verschillen in de effecten van de variabelen TMPQ en RT_Meer_30 op de afhankelijke variabele tussen de twee regressiemethoden. In de OLS-regressie vertoonde de coëfficiënt van TMPQ geen significante waarde, terwijl dit wel het geval was in de Tobit-analyse. Bij de variabele RT_Meer_30 was het net omgekeerd. Deze tegenstrijdige bevindingen benadrukken het belang van zorgvuldige interpretatie. Het is daarom van belang om voorzichtig te zijn bij het formuleren van conclusies met betrekking tot deze specifieke variabelen, aangezien zij geen robuuste resultaten vertonen tussen de twee regressiemethoden.

Tabel 11: Resultaten OLS – en Tobitregressies

WTP_OpenEnded	Coëfficiënten OLS	Coëfficiënten Tobit
QoL	0,02339 (0,05125)	0,04234 (0,05100)
TMPQ	0,08266 (0,05911)	0,10762* (0,05536)
Vrouw	-1,53023 (1,14075)	-1,38311 (1,01984)
LT_18_35	2,99245 (2,51323)	3,01687 (1,95291)
LT_36_50	1,05274 (1,45195)	1,23296 (1,44326)

BS_Gehuwd	0,00315 (1,99026)	-0,02561 (2,03203)
BS_Gescheiden	-2,98327 (1,92864)	-2,98895 (2,85527)
BS_Samenwonend	2,18499 (2,45731)	2,27275 (2,13614)
BS_Weduw	2,38094 (2,34682)	2,89560 (5,90087)
Werkend	-0,80573 (1,26898)	-0,72194 (1,43008)
Kinderen	1,31288 (2,01063)	1,14030 (2,00909)
Geen_diploma	-1,93752 (3,34423)	-1,79733 (4,91300)
Secundair_onderwijs	0,07692 (1,81158)	-0,09275 (2,56288)
Hoger_Onderwijs	1,03158 (1,98279)	0,94083 (2,56503)
Doctoraat	1,79255 4,10358	1,02065 (6,77437)
GI_KL_G_2000	-0,29828 (1,22815)	-0,47817 (1,41743)
GI_4001_6000	0,92641 1,52393	0,75092 (1,38846)
GI_6001_8000	7,26736** (3,47563)	7,08335*** (2,35174)
RT_11_20	1,96563 (1,82903)	1,95596 (1,34502)
RT_21_30	-1,63047 3,26394	-1,57469 (3,05288)
RT_Meer_30	6,88739*** (1,46132)	6,88404 (5,51531)
RA_Minder_G_2	2,59299 (2,22063)	2,47337 (1,73140)
RA_3_5	0,91282 (2,02319)	0,92709 (1,67663)
Chronisch_A	0,63154 (1,42710)	0,90706 (1,40484)
CONSTANTE	-3,06150 (6,31140)	-6,05448 (6,03673)
Aantal observaties	133	133
R ²	0,2679	/
Pseudo R ²	/	0,0502

* Significant op een significantieniveau van 10% (p-waarde < 0,10)

** Significant op een significantieniveau van 5% (p-waarde < 0,05)

*** Significant op een significantieniveau van 1% (p-waarde < 0,01)

6.5 Conclusie

In dit hoofdstuk werden verschillende aspecten besproken met betrekking tot de betalingsbereidheid van de Belgische maatschappij ten aanzien van videoconsultaties. Allereerst werd de betalingsbereidheid voor een videoconsultatie met de huisarts berekend aan de hand van de *open-ended* WTP-vraag. De maatschappij kent een gemiddelde betalingsbereidheid van 7,42 euro voor een videoconsult met de huisarts. Hoewel de meerderheid van de respondenten erg zeker was dat zij deze bedragen effectief zouden betalen voor een videoconsult met de huisarts, waren er toch enkele respondenten met een betalingsbereidheid van '0 euro', voornamelijk vanwege een sterke voorkeur voor traditionele consulten.

Door middel van regressieanalyses werden de drijfveren achter de betalingsbereidheid van de maatschappij voor een videoconsult met de huisarts geïdentificeerd. Uit de OLS-regressie blijkt dat het gezinsinkomen en de reistijd naar de dokterspraktijk significante factoren zijn die de betalingsbereidheid beïnvloeden. Geen van de andere variabelen toonde een significante invloed op de bereidheid om te betalen. Als een robuustheidstest voor de OLS regressie werd een Tobit-regressie uitgevoerd, waarin dezelfde variabelen werden opgenomen. Deze analyse bevestigde dat het gezinsinkomen ook hier een significante invloed had, maar dat de afstand tot de dokterpraktijk geen significant effect vertoonde. Echter, de perceptie (TMPQ) vertoonde wel een significant effect. Dit wijst op een sterke consistentie tussen de resultaten van beide analyses en bevestigt de robuustheid van het effect van gezinsinkomen en alle andere opgenomen variabelen. Het is echter belangrijk om de bevindingen met betrekking tot de reistijd naar de huisarts en de perceptie met voorzichtigheid te interpreteren, omdat deze aspecten verschillende resultaten tonen tussen de twee analyses.

Discussie

Deze masterproef draagt bij aan de bestaande literatuur over de bereidheid tot betaling voor teleconsultaties met een huisarts door een vernieuwend perspectief te introduceren. Terwijl veel eerdere onderzoeken zich hebben gericht op specifieke doelgroepen, zoals patiënten met specifieke aandoeningen of situaties waarin een arts wordt geconsulteerd, richt dit onderzoek zich op een meer alledaags scenario: de 'gewone burger' die een huisarts zou benaderen voor symptomen zoals pijn, ongemak of andere klachten die hun normale dagelijkse functioneren verstoren. Door deze bredere populatie te onderzoeken, wordt de literatuur verrijkt met inzichten die relevant zijn voor een gevarieerd publiek dat gebruikmaakt van teleconsultaties.

Het empirisch onderzoek in deze masterproef naar de betalingsbereidheid van de maatschappij voor een teleconsultatie met de huisarts toont een gemiddelde betalingsbereidheid van 7,42 euro, met een minimale bereidheid tot betalen van 0 euro en een maximale bereidheid tot betalen van 32 euro. In een vergelijkbare studie door Bergmo (2007), waarin een gelijkaardige dienst werd geëvalueerd als in dit onderzoek, waren respondenten gemiddeld bereid om 5,84 euro te betalen voor een consult met de huisarts via elektronische communicatie. Bergmo (2007) identificeerde 39 nulresponsen, waarvan 19 als protestnullen werden beschouwd en uit de steekproef werden verwijderd. Dit is van belang om te overwegen, aangezien dit invloed kan hebben op de gemiddelde betalingsbereidheid. In deze masterproef werden slechts 6 nulrespondenten geïdentificeerd, waarvan 1 protestantwoord. Dit impliceert dat deze masterproef aanzienlijk minder nulresponsen heeft en mogelijk een hogere betalingsbereidheid identificeert. Daarnaast is het van belang om aan te halen dat de studie van Bergmo (2007) dateert uit het jaar 2007. Het is mogelijk dat respondenten vandaag de prijzen anders waarderen dan destijds, wat de vergelijkbare bevindingen met enige nuance moet bekijken.

Een andere belangrijke aspect dat moet worden benadrukt binnen deze studie, is dat Bergmo (2007) een *Randomized Controlled Trial* (RCT) uitvoerde, waarbij deelnemers werden verdeeld in een behandelingsgroep en een controlegroep. De behandelingsgroep werd gedurende een jaar blootgesteld aan elektronische communicatie met de huisarts, terwijl de controlegroep een hypothetische situatie kreeg voorgelegd. Na een jaar werd de betalingsbereidheid van beide groepen gemeten aan de hand van een *open-ended* WTP-vraag. Opvallend was dat deelnemers die de interventie hadden ondergaan, minder bereid waren om te betalen dan deelnemers die de hypothetische situatie hadden beoordeeld. Specifiek voor deze deelnemers, rapporteerde Bergmo (2007) een gemiddelde betalingsbereidheid van 6,78 euro, wat significant hoger (5% sn.) was dan de bereidheid tot betalen van de blootgestelde deelnemers (4,52 euro).

De resultaten van Bergmo (2007) wijzen op de mogelijkheid dat het verschil in bereidheid om te betalen tussen groepen respondenten kan worden verklaard door een hypothetische vertekening, waarbij praktijkervaring een potentieel effect kan hebben op de betalingsbereidheid van respondenten. Aangezien de betalingsbereidheid van respondenten in dit onderzoek een sterke overeenkomst vertonen met de bevindingen van Bergmo (2007) voor de respondenten die een

hypothetische situatie moesten beoordelen, kan er ook hier sprake zijn van eventuele hypothetische vertekening, ondanks onze inspanningen om een zo realistisch mogelijk scenario aan de deelnemers voor te leggen. Het is daarom interessant voor toekomstig onderzoek om de rol van praktijkervaring te onderzoeken en te begrijpen welke invloed dit kan hebben op de betalingsbereidheid van de respondenten.

Een andere mogelijke beperking in de betalingsbereidheid van respondenten is dat in België bij een huisartsbezoek alleen het remgeld, een kleine eigen bijdrage voor de verleende diensten, wordt betaald. Hierdoor zullen patiënten waarschijnlijk de waarde van online toegang beoordelen ten opzichte van deze eigen bijdrage, die fungeert als referentiepunt voor waardeoordelen. Uit het onderzoek bleek dat hoewel de gemiddelde bereidheid om te betalen voor een videoconsult hoger was dan het huidige tarief voor een traditioneel consult bij de huisarts, de meerderheid van de respondenten (18,80%) bereid was om 4 euro te betalen voor een videoconsult, wat overeenkomt met het remgeld voor een doktersconsult zonder verhoogde tegemoetkoming. Het is mogelijk dat deze bestaande tarieven als referentie dienden voor de respondenten bij het beoordelen van hun bereidheid om te betalen voor een videoconsult.

Naast het onderzoeken van de betalingsbereidheid van de respondenten, richtte deze studie zich ook op het identificeren van de factoren die deze betalingsbereidheid beïnvloeden. De resultaten van de regressieanalyses tonen aan dat het gezinsinkomen zowel in de OLS-regressie als in de Tobit-regressie een positieve en significante invloed heeft op de betalingsbereidheid van de respondenten. Uit de OLS-regressie blijkt dat respondenten met een gezinsinkomen tussen 6001 euro en 8000 euro per maand gemiddeld 7,2 euro meer bereid zijn te betalen dan personen met een gezinsinkomen tussen 2001 euro en 4000 euro. In de Tobit-regressie tonen respondenten met een gezinsinkomen tussen 6001 euro en 8000 euro een gemiddelde bereidheid om 7,10 euro meer te betalen dan respondenten met een inkomen tussen 2001 euro en 4000 euro. Deze bevinding wordt ondersteund door de bestaande literatuur, waarin het gezinsinkomen wordt erkend als een belangrijke factor in de betalingsbereidheid van respondenten (Somers, 2019; Qureshi, 2006; Arize, 2017; Callan, 2015; Suzuki, 2019; Ngan, 2019; Xie, 2022).

Verder vertoonde de Tobit-regressieanalyse een significant effect tussen de perceptie van een respondent en hun betalingsbereidheid. Een toename van één eenheid in de TMPQ-score resulteerde in een gemiddelde stijging van 0,11 euro in de betalingsbereidheid van respondenten. Deze bevinding wordt ondersteund door eerdere studies zoals Stahl & Dixon (2010) en Suzuki et al. (2019), waar perceptie ook een impact vertoonde op de betalingsbereidheid. Daarentegen toonde de OLS-regressie geen significant effect van perceptie.

Bovendien had de reistijd naar de huisartspraktijk een significant effect in de OLS-regressie. Respondenten die meer dan 30 minuten onderweg zijn naar hun huisarts, waren gemiddeld bereid om 6,9 euro meer te betalen voor een videoconsult dan degenen die tussen 0 en 10 minuten moeten reizen. Deze bevinding, hoewel niet als significante drijfveer in de literatuur gevonden, benadrukt het belang van reistijd als een beïnvloedende factor in betalingsbereidheid. In de Tobit-regressie werd echter geen significant effect van deze variabele waargenomen.

Zoals blijkt uit de bovenstaande resultaten, vertonen beide analyses variabiliteit in de significantie van de variabelen met betrekking tot de afhankelijke variabele. Dit suggereert dat er met enige voorzichtigheid conclusies moeten worden getrokken voor de variabelen die een tegengesteld effect vertoonden in beide regressieanalyses. Om dit nauwkeuriger te begrijpen, is het aangewezen om verder onderzoek uit te voeren met een grotere, willekeurige steekproef. Hierdoor kunnen we meer representatieve resultaten verkrijgen en de betrouwbaarheid van de bevindingen vergroten doordat de kans op invloed door toevallige factoren afneemt.

Tot slot concentreert dit onderzoek zich primair op de betalingsbereidheid van respondenten en de drijfveren erachter, wat een indicator vormt voor de vraag naar deze dienst. Echter, de kosten voor de implementatie van teleconsultaties worden niet meegenomen in dit onderzoek. Hierdoor ontbreekt een vergelijking tussen de kosten en baten die teleconsultaties met zich meebrengen. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op het onderzoeken van de kosten van teleconsultaties en deze afwegen tegen de bereidheid van respondenten om ervoor te betalen. Dit zou een dieper inzicht bieden in de economische haalbaarheid en impact van teleconsultaties in de gezondheidszorg (Boardman et al., 2013).

Conclusie

Deze masterproef had als doel een antwoord te bieden op de onderzoeksvraag: 'Hoeveel bedraagt de maatschappelijke betalingsbereidheid voor teleconsultaties met een huisarts?' Om deze vraag te beantwoorden, is zowel een literatuurstudie als een empirisch onderzoek uitgevoerd.

Uit de literatuur blijkt dat teleconsultaties een opkomende trend zijn in België, vooral tijdens de COVID-19-pandemie, toen deze vorm van zorgverlening essentieel werd. Sindsdien is het gebruik van teleconsultaties snel toegenomen en is het een integraal onderdeel geworden van ons huidige zorglandschap. Hoewel teleconsultaties vele voordelen bieden, zoals gemak, tijdsbesparing en toegankelijkheid, brengen ze ook enkele mogelijke beperkingen met zich mee. Dit omvat met name het gebrek aan fysiek onderzoek en potentiële technologische problemen die de effectiviteit ervan kunnen beïnvloeden.

Een grondige economische evaluatie is cruciaal om de werkelijke kosteneffectiviteit van teleconsultaties te beoordelen en hun mogelijke impact op kostenverlaging in de gezondheidszorg te analyseren. Gezien de beperkte budgetten zijn dergelijke evaluaties, zoals een kosten-batenanalyse, noodzakelijk. Het uiteindelijke doel is om maximale gezondheid te bereiken per geïnvesteerde euro. Als beleidsmakers ervoor kiezen om een kosten-batenanalyse uit te voeren, moeten alle maatschappelijke kosten en baten worden meegenomen en gemonetariseerd. Het monetariseren gebeurt vaak aan de hand van de WTP-methoden. Om de WTP binnen de gezondheidszorg te achterhalen wordt voornamelijk gebruikgemaakt van *stated preference* methoden, waarbij CV en DCE's twee veelgebruikte technieken zijn. Beide methoden hebben voor- en nadelen, zoals validiteits- en betrouwbaarheidskwesties, en kunnen verschillen in resultaten opleveren. Niettemin zijn het waardevolle instrumenten voor het begrijpen van de waarde die mensen hechten aan gezondheidszorg en kunnen ze beleidsmakers helpen bij het nemen van weloverwogen beslissingen over de allocatie van middelen binnen de gezondheidszorg. Steunend op de literatuur werd in dit onderzoek gebruikgemaakt van de CV methode. Specifiek werden de betaalkaart en de *open-ended* WTP-vraag aangewend om de WTP van de respondenten te achterhalen.

Uit dit onderzoek bleek dat de maatschappij gemiddeld 7,42 euro bereid is te betalen voor een teleconsultatie met de huisarts. De mediane betalingsbereidheid bedroeg 5 euro. Bovendien gaven 6 respondenten aan niet bereid te zijn om te betalen voor een teleconsultatie met de huisarts, wat ook de minimale betalingsbereidheid weerspiegelt. De maximale betalingsbereidheid voor een teleconsultatie met de huisarts werd vastgesteld op 32 euro.

Ten slotte werden de factoren geïdentificeerd die van invloed zijn op de betalingsbereidheid. Zowel een lineaire regressieanalyse als een Tobit-regressieanalyse tonen aan dat bepaalde kenmerken een significante invloed hebben op de mate van betalingsbereidheid voor een teleconsult. De OLS-regressie laat significante effecten zien voor het gezinsinkomen en de reistijd naar de dokterspraktijk, terwijl de Tobit-regressie significantie aantoonde in het gezinsinkomen en de perceptie van de respondent. De resultaten van beide regressieanalyses vertonen verder sterke overeenkomsten.

Bibliografie

- (WHO), W. H. O. (2022). WHO-ITU global standard for accessibility of telehealth services.
- Allen, M. P. (1997). Assumptions of ordinary least-squares estimation. *Understanding regression analysis*, 181-185.
- Arize, I., & Onwujekwe, O. (2017). Acceptability and willingness to pay for telemedicine services in Enugu state, southeast Nigeria. *Digital health*, 3, 2055207617715524-2055207617715524. doi:10.1177/2055207617715524
- Bäck, I., & Mäkelä, K. (2012). Mobile Phone Messaging in Health Care - Where are we Now? *Journal of Information Technology & Software Engineering*, 2012, 1-8.
- Bakken, S. R. (2006). Development, Validation, and Use of English and Spanish Versions of the Telemedicine Satisfaction and Usefulness Questionnaire. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*. doi:10.1197/jamia.m2146
- Barutçu, S. (2019). mHealth apps design using quality function deployment. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(4), 698-708. doi:10.1108/ijhcqa-08-2018-0195
- Bateman, I. J., Carson, R. T., Day, B., Hanemann, M., Hanley, N., Hett, T., . . . Swanson, J. (2002). *Economic valuation with stated preference techniques: a manual*. Cheltenham: Edward Elgar.
- belgium. Naar een gezond België Retrieved from <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/duurzaamheid-van-het-gezondheidssysteem/financiele-duurzaamheid#:~:text=hets%20beleid%2C%20etc.-,Resultaten,10%2C8%25%20in%202070>.
- Belgium. (2022). Aangepaste terugbetaling voor medische raadplegingen op afstand. Retrieved from https://www.belgium.be/nl/nieuws/2022/aangepaste_terugbetaling_voor_medische_raadplegingen_op_afstand
- Belgium. (2024). Financiële toegang tot gezondheidszorg. Retrieved from <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/toegankelijkheid-van-de-zorg/financiele-toegankelijkheid>
- Bergmo, T. S., & Wangberg, S. C. (2007). Patients' willingness to pay for electronic communication with their general practitioner. *The European journal of health economics*, 8(2), 105-110. doi:10.1007/s10198-006-0014-5
- Bielen, S. (2022). Lecture Notes Methods in Impact Assessment
- Blommaert, E. C. C. A., Meuleman, R., Leenheer, S., & Butkevica, A. (2020). The gender gap in job authority: Do social network resources matter? *Acta Sociologica*, 63(4), 381-399. doi:10.1177/0001699319847504
- Blumenschein, K., & Johannesson, M. (1999). Use of contingent valuation to place a monetary value on pharmacy services: An overview and review of the literature. *Clinical therapeutics*, 21(8), 1402-1417. doi:10.1016/S0149-2918(99)80041-1
- Boardman. (1996). Contingent valuation: using surveys to elicit information about costs and benefits. *Cost-Benefit analysis: Concepts and Practice*.
- Boardman, E. A., Vining, R. A., Greenberg, H. D., . . . L, D. (2013). Cost-benefit analysis : concepts and practice.
- Bonnichsen, O., & Ladenburg, J. (2009). Using an ex-ante entreaty to reduce protest zero bias in stated preference surveys: A health economic case. *Journal of choice modelling*, 2(2), 200-215. doi:10.1016/S1755-5345(13)70010-1
- Boudewijns, E., Gidding-Slok, A., & Burgers, J. (2022). Samen sterk door persoonsgerichte en digitale zorg. *Huisarts en wetenschap*, 65(4), 14-18. doi:10.1007/s12445-022-1423-0
- Boyle, K. J., Johnson, F. R., McCollum, D. W., Desvousges, W. H., Dunford, R. W., & Hudson, S. P. (1996). Valuing Public Goods: Discrete versus Continuous Contingent-Valuation Responses. *Land Economics*, 72(3), 381-396. doi:10.2307/3147204
- Bratan, T., Clarke, M., Jones, R. W., & Ieee. (2005, Aug 31-Sep 03). *Optimum design for teleconsultation systems*. Paper presented at the 27th Annual International Conference of the IEEE-Engineering-in-Medicine-and-Biology-Society, Shanghai, PEOPLES R CHINA.
- Buchanan, J., Roope, L. S., Morrell, L., Pouwels, K. B., Robotham, J. V., Abel, L., . . . Walker, A. S. (2021). Preferences for medical consultations from online providers: evidence from a discrete

- choice experiment in the United Kingdom. *Applied health economics and health policy*, 19, 521-535.
- Byambasuren, O., Greenwood, H., Bakhit, M., Atkins, T., Clark, J., Scott, A. M., & Glasziou, P. (2023). Comparison of Telephone and Video Telehealth Consultations: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 25. doi:10.2196/49942
- Caddick, B. (2023). Remote consultations: a prescription from the past? *Prescriber*, 34(4), 19-22. doi:10.1002/psb.2054
- Callan, A., & O'Shea, E. (2015). Willingness to pay for telecare programmes to support independent living: results from a contingent valuation study. *Social science & medicine (1982)*, 124, 94-102. doi:10.1016/j.socscimed.2014.11.002
- Capello, F., Rinaldi, G., Gatti, G., Choudhury, T., Um, J.-S., Al-Akaidi, M., . . . Rana, A. (2022). Telemedicine: The computer transformation of healthcare
- Carson, R. T., & Hanemann, W. M. (2005). Contingent valuation. *Handbook of environmental economics*, 2, 821-936.
- Chaudhry, S. I., Mattera, J. A., Curtis, J. P., Spertus, J. A., Herrin, J., Lin, Z. Q., . . . Krumholz, H. M. (2010). Telemonitoring in Patients with Heart Failure. *New England Journal of Medicine*, 363(24), 2301-2309. doi:10.1056/NEJMoa1010029
- Chua, V., Koh, J. H., Koh, C. H. G., & Tyagi, S. (2022). The Willingness to Pay for Telemedicine Among Patients With Chronic Diseases: Systematic Review. *J Med Internet Res*, 24(4), e33372. doi:10.2196/33372
- commission, E. (2023). State of Health in the EU Retrieved from https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_be_dutch.pdf
- Danila, M. I., Gavigan, K., Rivera, E., Nowell, W. B., George, M. D., Curtis, J. R., . . . Venkatachalam, S. (2022). Patient Perceptions and Preferences Regarding Telemedicine for Autoimmune Rheumatic Diseases Care During the COVID-19 Pandemic. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 74(7), 1049-1057. doi:10.1002/acr.24860
- Davis, F. D. (1989). Perceived Usefulness, Perceived Ease Of Use, And User Accep. *MIS quarterly*, 13(3), 319. Retrieved from <https://go.exlibris.link/ZWTzVfjm>
- de Albornoz, S. C., Sia, K. L., & Harris, A. (2022). The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review. *Family Practice*, 39(1), 168-182. doi:10.1093/fampra/cmab077
- de Corte, K., Cairns, J., & Grieve, R. (2021). Stated versus revealed preferences: An approach to reduce bias. *Health Economics*, 30(5), 1095-1123. doi:10.1002/hec.4246
- Deldar, K., Bahaadinbeigy, K., & Tara, S. M. (2016). Teleconsultation and clinical decision making: a systematic review. *Acta Informatica Medica*, 24(4), 286.
- Demiris, G., Speedie, S., & Finkelstein, S. (2000). A questionnaire for the assessment of patients' impressions of the risks and benefits of home telecare. *Journal of telemedicine and telecare*, 6(5), 278-284. doi:10.1258/1357633001935914
- Donaghy, E., Atherton, H., Hammersley, V., McNeilly, H., Bikker, A., Robbins, L., . . . McKinstry, B. (2019). Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *British journal of general practice*, 69(686), e586-e594.
- Donaldson, C., Jones, A. M., Mapp, T. J., & Olson, J. A. (1998). Limited dependent variables in willingness to pay studies: applications in health care. *Applied economics*, 30(5), 667-677. doi:10.1080/000368498325651
- EuroQol. (2017). EQ-5D-5L. Retrieved from <https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-instruments/eq-5d-5l/>
- Fernández Coves, A., Yeung, K. H. T., van der Putten, I. M., & Nelson, E. A. S. (2022). Teleconsultation adoption since COVID-19: Comparison of barriers and facilitators in primary care settings in Hong Kong and the Netherlands. *Health Policy*, 126(10), 933-944. doi:10.1016/j.healthpol.2022.07.012
- Gafni, A. (2006). Economic evaluation of health-care programmes: is CEA better than CBA? *Environmental & resource economics*, 34, 407-418.
- Ghijben, P., Gu, Y., Lancsar, E., & Zavarsek, S. (2018). Revealed and Stated Preferences of Decision Makers for Priority Setting in Health Technology Assessment: A Systematic Review. *PharmacoEconomics*, 36(3), 323-340. doi:10.1007/s40273-017-0586-1

- Goodacre, S., & McCabe, C. (2002). An introduction to economic evaluation. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 19(3), 198.
- Grunert, K. G., Juhl, H. J., Esbjerg, L., Jensen, B. B., Bech-Larsen, T., Brunsø, K., & Madsen, C. Ø. (2009). Comparing methods for measuring consumer willingness to pay for a basic and an improved ready made soup product. *Food quality and preference*, 20(8), 607-619. doi:10.1016/j.foodqual.2009.07.006
- Hajesmaeel-Gohari, S., & Bahaadinbeigy, K. (2021). The most used questionnaires for evaluating telemedicine services. *BMC medical informatics and decision making*, 21(1), 36-36. doi:10.1186/s12911-021-01407-y
- Havet, N., Morelle, M., Remonnay, R., & Carrere, M.-O. (2012). Cancer patients' willingness to pay for blood transfusions at home: results from a contingent valuation study in a French cancer network. *The European journal of health economics*, 13, 289-300.
- Hirani, S. P., Rixon, L., Beynon, M., Cartwright, M., Cleanthous, S., Selva, A., . . . investigators, W. S. D. (2017). Quantifying beliefs regarding telehealth: Development of the Whole Systems Demonstrator Service User Technology Acceptability Questionnaire. *Journal of telemedicine and telecare*, 23(4), 460-469. doi:10.1177/1357633X16649531
- Jiménez-Rodríguez, D., Ruiz-Salvador, D., Salvador, M. D. R., Pérez-Heredia, M., Ronda, F. J. M., & Arrogante, O. (2020). Consensus on Criteria for Good Practices in Video Consultation: A Delphi Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15). doi:10.3390/ijerph17155396
- KCE. (2020). Videoconsultaties in de opvolging van patiënten met een chronische somatische aandoening. Retrieved from <https://kce.fgov.be/nl/publicaties/alle-rapporten/videoconsultaties-in-de-opvolging-van-patienten-met-een-chronische-somatische-aandoening>
- KCE. (2021). Een Belgische waardenset voor de EQ-5D-5L – hoe gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit waarderen? Retrieved from <https://kce.fgov.be/nl/publicaties/alle-rapporten/een-belgische-waardenset-voor-de-eq-5d-5l-hoe-gezondheidsgerelateerde-levenskwaliteit-waarderen>
- KCE. (2024). Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. Retrieved from <https://kce.fgov.be/nl/publicaties/alle-rapporten/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem-rapport-2024>
- Khanji, M. Y., Gallagher, A. M., Rehill, N., & Archbold, R. A. (2023). Remote consultations: review of guiding themes for equitable and effective delivery. *Curr Probl Cardiol*, 48(8), 101736. doi:10.1016/j.cpcardiol.2023.101736
- Lam, A. Y. R., Chan, E. C., Quek, C. M. X., Peng, Y., Yeo, S. K., Chang, R. F., . . . Goh, S. Y. (2021). Videoconsultation to overcome barriers during COVID-19. *Ann Acad Med Singap*, 50(1), 77-83. doi:10.47102/annals-acadmedsg.2020380
- Maria, A. R. J., Serra, H., & Heleno, B. (2022). Teleconsultations and their implications for health care: A qualitative study on patients' and physicians' perceptions. *International journal of medical informatics (Shannon, Ireland)*, 162, 104751-104751. doi:10.1016/j.ijmedinf.2022.104751
- Morcillo Serra, C., & Aroca Tanarro, A. (2022). Teleconsultation and videoconsultation forever? *Medicina clínica (English ed.)*, 158(3), 122-124. doi:10.1016/j.medcle.2022.01.001
- Mozes, I., Mossinson, D., Schilder, H., Dvir, D., Baron-Epel, O., & Heymann, A. (2022). Patients' preferences for telemedicine versus in-clinic consultation in primary care during the COVID-19 pandemic. *BMC primary care*, 23(1), 1-10.
- Noben, C. Y. G., Stammen, L. A., Vaassen, S., Haeren, R., Stassen, L., Mook, W. V., & Essers, B. (2021). Discrete choice experiment on educating value-based healthcare. *Postgrad Med J*, 97(1150), 515-520. doi:10.1136/postgradmedj-2019-137190
- O'Cathail, M., Sivanandan, M. A., Diver, C., Patel, P., & Christian, J. (2020). The Use of Patient-Facing Teleconsultations in the National Health Service: Scoping Review. *JMIR medical informatics*, 8(3), e15380-e15380. doi:10.2196/15380
- OECD. (2006). Revealed Preference Methods for Valuing Non-market Impacts.
- OECD. (2018). Contingent valuation method.
- OECD. (2018). Cost-Benefit Analysis and the Environment - chapter 5

- OECD. (2023). Health at a Glance 2023.
- Ordomedic. (2022). TELECONSULTATIES IN HET HUIDIGE ZORGLANDSCHAP – DEONTOLOGISCHE REGELS. Retrieved from https://ordomedic.be/nl/adviezen/deontologie/kwaliteit-van-de-zorg/teleconsultaties-in-het-huidige-zorglandschap-deontologische-regels#_ftnref1
- Parmanto, B., Lewis, J. A. N., Graham, K. M., & Bertolet, M. H. (2016). Development of the Telehealth Usability Questionnaire (TUQ). *International journal of telerehabilitation*, 8(1), 3-10. doi:10.5195/ijt.2016.6196
- Pongiglione, B., Carrone, F., Angelucci, A., Mazziotti, G., & Compagni, A. (2023). Patient characteristics associated with the acceptability of teleconsultation: a retrospective study of osteoporotic patients post-COVID-19. *BMC health services research*, 23(1), 230-230. doi:10.1186/s12913-023-09224-x
- Qureshi, A. A., Brandling-Bennett, H. A., Wittenberg, E., Chen, S. C., Sober, A. J., & Kvedar, J. C. (2006). Willingness-to-pay stated preferences for telemedicine versus in-person visits in patients with a history of psoriasis or melanoma. *Telemedicine Journal and E-Health*, 12(6), 639-643.
- Rios, D., Kazemi, E., & Peterson, S. M. (2018). Best practices and considerations for effective service provision via remote technology. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 18(3), 277-287. doi:10.1037/bar0000072
- RIZIV. (2022a). Raadplegingen op afstand door artsen. Retrieved from <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/verstrekkingen-op-afstand-door-artsen>
- RIZIV. (2022b). Telegeneeskunde en mHealth-toepassingen. Retrieved from <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/Paginas/telegeneeskunde-mhealth-toepassingen.aspx>
- Roberts, L. C., & Osborn-Jenkins, L. (2021). Delivering remote consultations: Talking the talk. *Musculoskeletal science & practice*, 52, 102275-102275. doi:10.1016/j.msksp.2020.102275
- Rognoni, C., Armeni, P., Tarricone, R., & Donin, G. (2020). Cost-benefit Analysis in Health Care: The Case of Bariatric Surgery Compared With Diet. *Clinical therapeutics*, 42(1), 60-75.e67. doi:10.1016/j.clinthera.2019.12.001
- Rotteveel, A. H., Lambooj, M. S., Zuithoff, N. P. A., van Exel, J., Moons, K. G. M., & de Wit, G. A. (2020). Valuing Healthcare Goods and Services: A Systematic Review and Meta-Analysis on the WTA-WTP Disparity. *Pharmacoeconomics*, 38(5), 443-458. doi:10.1007/s40273-020-00890-x
- Ryan, M., & Watson, V. (2009). Comparing welfare estimates from payment card contingent valuation and discrete choice experiments. *Health Economics*, 18(4), 389-401. doi:10.1002/hec.1364
- Snowswell, C., Smith, A. C., Scuffham, P. A., & Whitty, J. A. (2017). Economic evaluation strategies in telehealth: Obtaining a more holistic valuation of telehealth interventions. *Journal of telemedicine and telecare*, 23(9), 792-796. doi:10.1177/1357633X16671407
- Snowswell, C. L., Smith, A. C., Page, M., & Caffery, L. J. (2021). Patient preferences for specialist outpatient video consultations: A discrete choice experiment. *Journal of telemedicine and telecare*, 29(9), 707-715. doi:10.1177/1357633X211022898
- Somers, C., Grieve, E., Lennon, M., Bouamrane, M.-M., Mair, F. S., & McIntosh, E. (2019). Valuing Mobile Health: An Open-Ended Contingent Valuation Survey of a National Digital Health Program. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(1), e3-e3. doi:10.2196/mhealth.9990
- Speckemeier, C., Krabbe, L., Schwenke, S., Wasem, J., Buchberger, B., & Neusser, S. (2021). Discrete choice experiment to determine preferences of decision-makers in healthcare for different formats of rapid reviews. *Syst Rev*, 10(1), 121. doi:10.1186/s13643-021-01647-z
- Stahl, J. E., & Dixon, R. F. (2010). Acceptability and willingness to pay for primary care videoconferencing: a randomized controlled trial. *Journal of telemedicine and telecare*, 16(3), 147-151.
- Standaard, D. (2023). Sinds corona boomt de digitale dokter: we bellen vooral graag Retrieved from https://www.standaard.be/cnt/dmf20231015_96408995
- Sullivan, K. (2016). *HF Patients' Perceptions of Telehealth Monitoring*. ProQuest Dissertations Publishing, Retrieved from

- https://uha.summon.serialssolutions.com/2.0.0/link/0/eLvHCXMwY2AwNtIz0EUrE5INU00sk1PSEpMtTS1SqWzDICTTZGDrA1i9JZmZgfYNh_qYB0Uau7uCluo4wrbGQKMbVkgCi-6U_GTQqLm-IWiFFai9bGBfUKgLukcKNN8KvVSDmYHVCNqUAKZ5VidXv4AqLD14Q2MzSxMzYJI2gx79BOMBYPtL4MrGTyAhE-aupMwkXegFChnARm5qToleUiraQY4UuV-QgccFaUJeiIEpNU-YgR06hCDCYOjhpAAOXm1WF0hALEIRiE_TSEEWGNBtlEqQEoG0BChKIOym2uIs4cuzDHx0NRaHI9wibEYA0tefl6qBIOCuxGSEbDuMkizTLY0MTYysEw0TTVIMkoxNDBOSzRIMpZkkMFnhR-aWkGLmDTAazqYIcPAUIJUmioLrN4zEuWgMQYA4NerHg (Dissertation/Thesis)
- Torbjørnsen, A., Småstuen, M. C., Jenum, A. K., Årsand, E., & Ribu, L. (2018). The Service User Technology Acceptability Questionnaire: Psychometric Evaluation of the Norwegian Version. *JMIR human factors*, 5(4), e10255-e10255. doi:10.2196/10255
- UCLA. (2021). TOBIT ANALYSIS | STATA DATA ANALYSIS EXAMPLES.
- van den Berg, B., Brouwer, W., van Exel, J., & Koopmanschap, M. (2005). Economic valuation of informal care: the contingent valuation method applied to informal caregiving. *Health Economics*, 14(2), 169-183. doi:10.1002/hec.893
- Vass, C., Gray, E., & Payne, K. (2016). Discrete choice experiments of pharmacy services: a systematic review. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38(3), 620-630. doi:10.1007/s11096-015-0221-1
- Venkatachalam, L. (2004). The contingent valuation method: a review. *Environmental impact assessment review*, 24(1), 89-124. doi:10.1016/S0195-9255(03)00138-0
- Verhoeven, F., Tanja-Dijkstra, K., Nijland, N., Eysenbach, G., & van Gemert-Pijnen, L. (2010). Asynchronous and Synchronous Teleconsultation for Diabetes Care: A Systematic Literature Review. In (Vol. 4, pp. 666-684). Los Angeles, CA: SAGE Publications.
- Vlaanderen. (2024). Wat is een eerstelijnszone? . Retrieved from <https://www.eerstelijnszone.be/wat-een-eerstelijnszone>
- Vodicka, S., & Zelko, E. (2022). Remote consultations in general practice - A systematic review. *Zdravstveno Varstvo*, 61(4), 224-230. doi:10.2478/sjph-2022-0030
- Williams, S., Barnard, A., Collis, P., Correia de Sousa, J., Ghimire, S., Habib, M., . . . Weber Donatelli, F. (2023). Remote consultations in primary care across low-, middle- and high-income countries: Implications for policy and care delivery. *J Health Serv Res Policy*, 28(3), 181-189. doi:10.1177/13558196221140318
- Wooldridge, J. M. (2016). Introductory econometrics. A modern approach.
- Xie, Z., Chen, J., & Or, C. K. (2022). Consumers' Willingness to Pay for eHealth and Its Influencing Factors: Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res*, 24(9), e25959. doi:10.2196/25959
- Xie, Z., Chen, J., & Or, C. K. (2022). Consumers' Willingness to Pay for eHealth and Its Influencing Factors: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, 24(9), e25959-e25959. doi:10.2196/25959
- Yadav, S., Yadav, S., Chaturvedi, V., Verma, P., Rajput, A., & Chaubey, R. (2022). Telemedicine and Its Role in Innovating the Provision of Healthcare. In *Telemedicine: The Computer Transformation of Healthcare* (pp. 1-11): Springer.
- Yip, M. P., Chang, A. M., Chan, J., & MacKenzie, A. E. (2003). Development of the Telemedicine Satisfaction Questionnaire to evaluate patient satisfaction with telemedicine: a preliminary study. *Journal of telemedicine and telecare*, 9(1), 46-50. doi:10.1258/135763303321159693

Bijlagen

Bijlage I: Voorbeelden contingent valuation (Hoofdstuk 3)

<i>Open-ended willingness to pay methode (OECD, 2018)</i>
<i>What is the maximum amount that you would be prepared to pay every year, through a tax increase (or surcharge), to improve the landscape around Stonehenge in the ways I have just described?</i>
<i>Bidding game (OECD, 2018)</i>
<i>Would you pay GBP 5 every year, through a tax increase (or surcharge), to improve the landscape around Stonehenge in the ways I have just described?</i> If Yes: Interviewer keeps increasing the bid until the respondent answers No. Then maximum WTP is elicited. If No: Interviewer keeps decreasing the bid until respondent answers Yes. Then maximum WTP is elicited.
<i>Betaalkaart (OECD, 2018)</i>
<i>Which of the amounts listed below best describes your maximum willingness-to-pay every year, through a tax increase (or surcharge), to improve the landscape around Stonehenge in the ways I have just described?</i> 0 GBP 0.5 GBP 1 GBP 2 GBP 3 GBP 4 GBP 5 GBP 7.5 GBP 10 GBP 14.5 GBP 15 GBP 20 GBP 30 GBP 40 GBP 50 GBP 75 GBP 100 GBP 150 GBP 200 >GBP 200
<i>Dichotome keuze-experimenten (OECD, 2018)</i>
<i>Single-bounded dichotome keuze-experiment</i>
<i>Would you pay GBP 5 every year, through a tax increase (or surcharge), to improve the landscape around Stonehenge in the ways I have just described? (The amount is varied randomly across the sample.)</i>
<i>Double-bounded dichotome keuze-experiment</i>
<i>Would you pay GBP 5 every year, through a tax increase (or surcharge), to improve the landscape around Stonehenge in the ways I have just described? (The amount is varied randomly across the sample.)</i> If Yes: And would you pay GBP 10? If No: And would you pay GBP 1?

Bijlage II: Voorbeeld discreet keuze-experiment (Hoofdstuk 3)

Discreet keuze-experiment (OECD, 2018)

		PROJECT A	PROJECT B
Distance from the nuclear plant		20 Km	100 Km
Waste reduction		20%	20%
Emissions reduction		20%	10%
Electricity bill reduction		10%	30%
Building of new hospitals		NO	YES
Land recovery measures		YES	NO
		Project A	Project B
I prefer		☐	☐
		None	☐

Bijlage III: vragenlijst

Inleiding

Geachte mevrouw

Geachte heer

Allereerst wil ik u bedanken voor uw deelname aan dit onderzoek. Ik ben Jinte Peeters, masterstudente Toegepaste Economische Wetenschappen (TEW) Beleidsmanagement aan de Universiteit Hasselt. Voor mijn masterproef doe ik een onderzoek naar teleconsultaties. Het doel van mijn onderzoek is meer inzicht te verwerven in de waardering van de maatschappij ten aanzien van een teleconsultatie.

Dit onderzoek zal zich specifiek richten op het raadplegen van een huisarts via een videoconsultatie. Een videoconsultatie, een vorm van teleconsultatie, maakt het mogelijk voor een patiënt en een huisarts om elkaar te zien en te spreken via een videoverbinding. Tijdens zo'n consult kunnen patiënten hun symptomen bespreken, medische vragen stellen en advies ontvangen. Het biedt een alternatief voor een fysieke afspraak en maakt het mogelijk om zorg op afstand te ontvangen.

Het invullen van deze vragenlijst zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen. Uw antwoorden zullen anoniem worden behandeld volgens de wettelijke bepalingen.* De verzamelde gegevens zullen uitsluitend worden gebruikt voor statistische analyse binnen de context van mijn masterproef. Indien u nog vragen of opmerkingen heeft over het onderzoek, gelieve dan contact met mij op te nemen via jinte.peeters@student.uhasselt.be.

Mag ik u vriendelijk verzoeken deze vragenlijst zo volledig en waarheidsgetrouw mogelijk in te vullen? Nogmaals dank voor uw deelname aan dit onderzoek voor mijn masterproef.

Met vriendelijke groeten,
Jinte Peeters

*Dit onderzoek wordt uitgevoerd conform de bepalingen van de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) (ook bekend als General Data Protection Regulation of 'GDPR'). We verzekeren u dat de door u gedeelde informatie louter voor statistische doeleinden gebruikt zal worden en niet doorgegeven zal worden aan externe partijen.

Hypothetische situatie

Stel u voor dat u wordt geconfronteerd met gezondheidsklachten waar u zich zorgen over begint te maken. Mogelijk heeft u last van symptomen zoals pijn, ongemak, of andere klachten die uw normale dagelijkse functioneren verstoren. Aangezien u niet zeker weet wat de oorzaak van deze klachten is en u graag advies wilt, overweegt u een afspraak te maken met uw huisarts om uw symptomen te laten onderzoeken en bespreken.

In plaats van een traditioneel *face-to-face* bezoek aan de dokterspraktijk, kiest u voor een videoconsultatie met uw huisarts om uw klachten te bespreken en u te laten diagnosticeren. Tijdens deze videoconsultatie maakt u gebruik van een beveiligd platform waar u veilig met uw huisarts kunt videobellen. Bij het consult zal uw huisarts uw medische voorgeschiedenis bespreken, een lichamelijk onderzoek afnemen (hoewel dit beperkt blijft tot de visuele inspectie) en beslissen over de behandeling. Als patiënt beschrijft u uw symptomen nauwkeurig.

Voor- en nadelen.

Het consulteren van een huisarts via een videoconsult brengt enkele verwachte voor- en nadelen met zich mee in vergelijking met traditionele consultaties. Bij een traditionele consultatie vindt een fysieke afspraak plaats tussen de patiënt en arts.

Gelieve onderstaande tabel, met de verwachte voor- en nadelen van een videoconsultatie door te nemen voordat u doorgaat.

Verwachte voordelen van een videoconsult	Verwachte nadelen van een videoconsult
Verbeterde toegang tot zorg, omdat je direct toegang kan krijgen tot jouw huisarts, ongeacht je locatie.	Technische problemen kunnen de kwaliteit van het videoconsult aantasten (vb. slechte internetverbinding).
Kostenbesparingen doordat reiskosten verminderen.	Geen mogelijkheid voor fysieke onderzoeken.
Tijdsbesparingen, omdat je niet naar de dokterspraktijk hoeft te reizen.	Uitsluiting als u niet met technologie kan omgaan.
Effectief in het beheren van chronische aandoeningen en routinematige follow-ups.	

Indien u de informatie goed doorgenomen heeft, mag u op de pijl hieronder klikken.

WTP-studie

Hoeveel bent u maximaal bereid te betalen via bankoverschrijving voor een videoconsultatie met uw huisarts?

- €0
- €1
- €1,5
- €2
- €3,5
- €4
- €4,5
- €5
- €10
- €15
- €20
- €25
- €30
- Meer dan €30

Wat is het precieze bedrag dat u bereid bent te betalen via bankoverschrijving voor het raadplegen van uw huisarts via een videoconsultatie?

Let op: houd er rekening mee dat het bedrag dat u invoert tussen het bedrag dat u eerder heeft aangegeven en het eerst volgende bedrag op de betaalkaart moet liggen.

... euro

Hoe zeker bent u dat u dat bedrag daadwerkelijk zou betalen indien het u nu gevraagd zou worden?

- Erg zeker
- Zeker
- Neutraal
- Onzeker
- Erg onzeker

Indien 0: Waarom bent u voornamelijk niet bereid te betalen voor een videoconsultatie met uw huisarts?

- Ik verkies een traditionele face-to-face consultatie met mijn huisarts.
- Een videoconsultatie heeft geen toegevoegde waarde voor mij.
- Ik vind dat de ziekteverzekering dat moet betalen.
- Het lijkt mij niet haalbaar om een arts te raadplegen aan de hand van een videoconsult.
- Ik krijg gelimiteerde hulp in het geval van een videoconsult. (Geen fysieke diagnosestelling, ...)
- Andere, namelijk ...

Als alternatief voor een videoconsult met uw huisarts, kunt u er ook voor kiezen om uw huisarts op een traditionele wijze te raadplegen. Dit betekent dat u naar de huisartsenpraktijk gaat voor een persoonlijk consult, waarbij u met de huisarts uw symptomen zal bespreken, een lichamelijk onderzoek zal uitvoeren en een behandelplan zal opstellen. Bent u bereid meer, minder of evenveel te betalen?

- Meer
- Minder
- Evenveel

Indien 'meer': Hoeveel bent u bereid om meer te betalen voor een traditionele raadpleging van uw huisarts in vergelijking met een videoconsult?

... euro

Indien 'minder': Hoeveel bent u bereid om minder te betalen voor een traditionele raadpleging van uw huisarts in vergelijking met een videoconsult.

... euro

Perceptieel teleconsultatie

Rangschik de volgende verwachte voordelen van een videoconsult met uw huisarts in volgorde van belangrijkheid, waarbij 1 het meest belangrijk is voor u.

- Verbeterde toegang tot zorg, omdat je direct toegang kan krijgen tot jouw huisarts, ongeacht je locatie.
- Kostenbesparingen doordat reiskosten verminderen.
- Tijdsbesparingen, omdat je niet naar de dokterspraktijk hoeft te reizen.
- Effectief in het beheren van chronische aandoeningen en routinematige follow-ups.

Rangschik de volgende verwachte nadelen van een videoconsult met uw huisarts in volgorde van belangrijkheid, waarbij 1 het meest belangrijk is voor u.

- Technische problemen kunnen de kwaliteit van het videoconsult aantasten (vb. slechte internetverbinding).
- Geen mogelijkheid voor fysieke onderzoeken.
- Uitsluiting als u niet met technologie kan omgaan.

TMPQ

Gelieve onderstaande stelling te beoordelen voor het consulteren van een huisarts via videoverbinding. Er zijn geen juiste of foute antwoorden. Kruis voor elk van de volgende stellingen slechts één vakje aan.

	Vragen	Helemaal oneens	Oneens	Noch eens, nog oneens	Eens	Helema al eens
1	Een huisarts krijgt een goed inzicht in mijn medisch probleem via een videoconsultatie.					
2	Een videoconsultatie schendt mijn privacy.					
3	Ik kan mijn medische problemen goed genoeg uitleggen via een videoconsultatie.					
4	Het gebruik van de benodigde apparatuur lijkt me moeilijk. (Bijvoorbeeld: een laptop met een stabiele internetverbinding)					
5	Ik ben net zo tevreden met een gesprek met de huisarts via een videoconsultatie als met een persoonlijk gesprek.					
6	Een videoconsultatie verbetert mijn algemene gezondheid.					
7	Een videoconsultatie bespaart tijd voor een huisarts.					
8	Een videoconsultatie bespaart mij geen geld.					

9	Ik vind het niet prettig dat er geen fysiek contact is tijdens een videoconsultatie.					
10	Een videoconsultatie is voor mij een handige vorm van zorgverlening.					
11	Een videoconsultatie bespaart mij tijd.					
12	Een videoconsultatie zal in de toekomst een standaard manier van zorgverlening worden.					
13	Een videoconsultatie is een aanvulling op de reguliere zorg die ik ontvang.					
14	Een videoconsultatie drukt de kosten voor de zorginstanties.					
15	Een huisarts onderzoekt mij via een videoconsultatie niet zo goed als in een traditionele consultatie.					
16	Een videoconsultatie maakt het voor mij gemakkelijker om contact op te nemen met de huisarts.					
17	Ik vertrouw er niet altijd op dat de apparatuur werkt.(bijvoorbeeld: een laptop met een stabiele internetverbinding)					

EQ-5D-5L

Vink onder elke titel het vakje aan dat het beste uw gezondheid **vandaag** beschrijft.

Mobiliteit

- Ik heb geen problemen met rondwandelen
- Ik heb lichte problemen met rondwandelen
- Ik heb matige problemen met rondwandelen
- Ik heb ernstige problemen met rondwandelen
- Ik kan niet rondwandelen

Zelfzorg

- Ik heb geen problemen met mezelf te wassen of aan te kleden
- Ik heb lichte problemen met mezelf te wassen of aan te kleden
- Ik heb matige problemen met mezelf te wassen of aan te kleden
- Ik heb ernstige problemen met mezelf te wassen of aan te kleden
- Ik ben niet in staat mezelf te wassen of aan te kleden

Dagelijkse activiteiten (bv. Werk, studie, huishouden, gezins- of vrijetijdsactiviteiten)

- Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb lichte problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb matige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb ernstige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren

Pijn/ongemak

- Ik heb geen pijn of ongemak
- Ik heb lichte pijn of ongemak
- Ik heb matige pijn of ongemak
- Ik heb ernstige pijn of ongemak
- Ik heb extreme pijn of ongemak

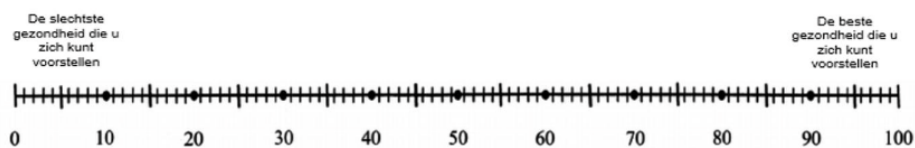
Angst/ depressie

- Ik ben niet angstig of depressief
- Ik ben licht angstig of depressief
- Ik ben matig angstig of depressief
- Ik ben ernstig angstig of depressief
- Ik ben extreem angstig of depressief

We willen weten hoe goed of slecht uw gezondheid **vandaag** is.

- Deze meetschaal is genummerd van 0 tot 100
 - 100 staat voor de **beste** gezondheid die u zich kunt voorstellen
 - 0 staat voor de **slechtste** gezondheid die u zich kunt voorstellen

Geef op de meetschaal aan hoe goed uw gezondheid **vandaag** is.



Hoe vaak heeft u in het afgelopen jaar een arts geraadpleegd?

- Niet
- 1 keer
- 2 keer
- 3 keer
- 4 keer
- 5 keer
- Meer dan 5 keer

Hebt u een chronische aandoening?

- Ja
- Nee

(Indien ja op de vorige vraag) Welke chronische aandoening?

- (aandoening)
- Zeg ik liever niet

Op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor onwaarschijnlijk en 5 voor zeer waarschijnlijk, kunt u aangeven hoe groot de kans is dat u zult kiezen voor een videoconsult als u symptomen ervaart die u aanleiding zouden geven om contact op te nemen met uw huisarts.

Schaal inbouwen in qualtrics

Indien "groter dan 1" voor welke redenen zou u overwegen om uw huisarts te raadplegen via een videoconsult?

- Eenvoudige klachten (bv. Verkoudheid, lichte griepsymptomen, ...)
- Triage: Hierbij behandelt de huisarts een dringende zorgvraag van een patiënt via een videoconsult. Tijdens dit consult beoordeelt de huisarts of het nodig is dat de patiënt fysiek naar de praktijk komt voor een raadpleging of doorverwijzing naar een specialist.
- Psychische of sociale klachten
- Chronische zorg en opvolging
- Bespreking testresultaten
- Patiënt in het buitenland

Socio-demografische kenmerken

Ben je...

- Vrouw
- Man
- Andere
- Dat zeg ik liever niet

Andere is voor jou: ...

Wat is uw leeftijd? (Alleen mensen vanaf 18, als ze jonger zijn worden ze doorverwezen naar het einde van de vragenlijst.)

... jaar

Wat is uw burgerlijke staat?

- Ongehuwd
- Gehuwd
- Gescheiden
- Wettelijk of feitelijk samenwonend
- Weduwnaar/ weduwe

Wat is uw hoogst behaalde diploma?

- Geen diploma
- Lager onderwijs
- Secundair onderwijs
- Hoger onderwijs (hogeschool of universiteit)
- Doctoraat

Wat is uw huidige status?

- Student
- Werkend
- Werkloos
- Werkzoekend
- Arbeidsongeschikt
- Gepensioneerd

Wat is de gemiddelde reistijd met de auto naar uw huisartsenpost?

Belangrijk: We vragen alleen naar de enkele reis, dus de tijd die u nodig is wanneer u naar de dokterspraktijk rijdt.

- 0 tot 10 minuten
- 11 tot 20 minuten
- 21 tot 30 minuten
- Meer dan 30 minuten

Heeft u kinderen?

- Ja
- Nee

Wat is ongeveer uw maandelijks gezinsinkomen (netto)?

(Indien student, werkloos krijgen deze vraag niet)

- €0
- €1 - €1000
- €1001- €2000
- €2001 - €3000
- €3001 - €4000
- €4001 - €5000
- €5001 - €6000
- €6001 - €7000
- €7001 - €8000
- €8001 - €9000
- €9001 - €10 000
- Meer dan €10 000

Slot

Bedankt voor uw medewerking aan deze vragenlijst. Met uw hulp kan ik de maatschappelijke betalingsbereidheid voor teleconsultatie onderzoeken. Indien u nog opmerkingen of bedenkingen omtrent deze vragenlijst, kan u deze in het onderstaande veld noteren.

...

Bedankt voor uw tijd om aan deze enquête deel te nemen.

Uw antwoord is geregistreerd.

Bijlage IV: Perceptie videoconsultatie – 17 stellingen (TMPQ)

Stellingen	Aantal respondenten (n = 133)	Percentage
Een huisarts krijgt een goed inzicht in mijn medisch probleem via een videoconsultatie.		
Helemaal oneens	16	12,03%
Oneens	35	26,32%
Noch eens, nog oneens	55	41,35%
Eens	22	16,54%
Helemaal eens	5	3,76%
Een videoconsultatie schendt mijn privacy.		
Helemaal oneens	37	27,82%
Oneens	56	42,11%
Noch eens, nog oneens	28	21,05%
Eens	9	6,77%
Helemaal eens	3	2,26%
Ik kan mijn medische problemen goed genoeg uitleggen via een videoconsultatie.		
Helemaal oneens	9	6,77%
Oneens	18	13,53%
Noch eens, nog oneens	34	25,56%
Eens	65	48,87%
Helemaal eens	7	5,26%
Het gebruik van de benodigde apparatuur lijkt me moeilijk. (Bijvoorbeeld: een laptop met een stabiele internetverbinding)		
Helemaal oneens	6	4,51%
Oneens	27	20,30%
Noch eens, nog oneens	22	16,54%
Eens	49	36,84%
Helemaal eens	29	21,80%
Ik ben net zo tevreden met een gesprek met de huisarts via een videoconsultatie als met een persoonlijk gesprek.		
Helemaal oneens	16	12,03%
Oneens	49	36,84%
Noch eens, nog oneens	34	25,56%
Eens	23	17,29%
Helemaal eens	11	8,27%
Een videoconsultatie verbetert mijn algemene gezondheid.		

Helemaal oneens	15	11,28%
Oneens	44	33,08%
Noch eens, nog oneens	53	39,85%
Eens	18	13,53%
Helemaal eens	3	2,26%
Een videoconsultatie bespaart tijd voor een huisarts.		
Helemaal oneens	8	6,02%
Oneens	14	10,53%
Noch eens, nog oneens	20	15,04%
Eens	81	60,90%
Helemaal eens	10	7,52%
Een videoconsultatie bespaart mij geen geld.		
Helemaal oneens	1	0,75%
Oneens	31	23,31%
Noch eens, nog oneens	55	41,35%
Eens	38	28,57%
Helemaal eens	8	6,02%
Ik vind het niet prettig dat er geen fysiek contact is tijdens een videoconsultatie.		
Helemaal oneens	19	14,29%
Oneens	50	37,59%
Noch eens, nog oneens	34	25,56%
Eens	25	18,80%
Helemaal eens	5	3,76%
Een videoconsultatie is voor mij een handige vorm van zorgverlening.		
Helemaal oneens	8	6,02%
Oneens	19	14,29%
Noch eens, nog oneens	39	29,32%
Eens	59	44,36%
Helemaal eens	8	6,02%
Een videoconsultatie bespaart mij tijd.		
Helemaal oneens	7	5,26%
Oneens	9	6,77%
Noch eens, nog oneens	19	14,29%
Eens	81	60,90%
Helemaal eens	17	12,78%
Een videoconsultatie zal in de toekomst een standaard manier van zorgverlening worden.		
Helemaal oneens	17	12,78%

Oneens	27	20,30%
Noch eens, nog oneens	48	36,09%
Eens	34	25,56%
Helemaal eens	7	5,26%
Een videoconsultatie is een aanvulling op de reguliere zorg die ik ontvang.		
Helemaal oneens	5	3,76%
Oneens	8	6,02%
Noch eens, nog oneens	26	19,55%
Eens	73	54,89%
Helemaal eens	21	15,79%
Een videoconsultatie drukt de kosten voor de zorginstanties.		
Helemaal oneens	5	3,76%
Oneens	18	13,53%
Noch eens, nog oneens	49	36,84%
Eens	57	42,86%
Helemaal eens	4	3,01%
Een huisarts onderzoekt mij via een videoconsultatie niet zo goed als in een traditionele consultatie.		
Helemaal oneens	45	33,83%
Oneens	65	48,87%
Noch eens, nog oneens	18	13,53%
Eens	4	3,01%
Helemaal eens	1	0,75%
Een videoconsultatie maakt het voor mij gemakkelijker om contact op te nemen met de huisarts.		
Helemaal oneens	10	7,52%
Oneens	21	15,79%
Noch eens, nog oneens	35	26,32%
Eens	56	42,11%
Helemaal eens	11	8,27%
Ik vertrouw er niet altijd op dat de apparatuur werkt.(bijvoorbeeld: een laptop met een stabiele internetverbinding)		
Helemaal oneens	13	9,77%
Oneens	48	36,09%
Noch eens, nog oneens	26	19,55%
Eens	32	24,06%
Helemaal eens	14	10,53%

Bijlage V: TMPQ - Gemiddelde score per stelling (n=133)

Stellingen	Aantal respondenten	Gemiddelde score
Een huisarts krijgt een goed inzicht in mijn medisch probleem via een videoconsultatie.	Totaal = 78	Gemiddelde = 2,21
Helemaal oneens (1)	16	16
Oneens (2)	35	70
Eens (3)	22	66
Helemaal eens (4)	5	20
Een videoconsultatie schendt mijn privacy.	Totaal = 105	Gemiddelde = 1,80
Helemaal oneens (1)	37	37
Oneens (2)	56	112
Eens (3)	9	27
Helemaal eens (4)	3	12
Ik kan mijn medische problemen goed genoeg uitleggen via een videoconsultatie.	Totaal = 99	Gemiddelde = 2,71
Helemaal oneens (1)	9	9
Oneens (2)	18	36
Eens (3)	65	195
Helemaal eens (4)	7	28
Het gebruik van de benodigde apparatuur lijkt me moeilijk. (Bijvoorbeeld: een laptop met een stabiele internetverbinding)	Totaal = 111	Gemiddelde = 2,91
Helemaal oneens (1)	6	6
Oneens (2)	27	54
Eens (3)	49	147
Helemaal eens (4)	29	116
Ik ben net zo tevreden met een gesprek met de huisarts via een videoconsultatie als met een persoonlijk gesprek.	Totaal = 99	Gemiddelde = 2,29
Helemaal oneens (1)	16	16
Oneens (2)	49	98
Eens (3)	23	69
Helemaal eens (4)	11	44
Een videoconsultatie verbetert mijn algemene gezondheid.	Totaal = 80	Gemiddelde = 2,11
Helemaal oneens (1)	15	15
Oneens (2)	44	88
Eens (3)	18	54

Helemaal eens (4)	3	12
Een videoconsultatie bespaart tijd voor een huisarts.	Totaal = 113	Gemiddelde = 2,82
Helemaal oneens (1)	8	8
Oneens (2)	14	28
Eens (3)	81	243
Helemaal eens (4)	10	40
Een videoconsultatie bespaart mij geen geld.	Totaal = 78	Gemiddelde = 2,68
Helemaal oneens (1)	1	1
Oneens (2)	31	62
Eens (3)	38	114
Helemaal eens (4)	8	32
Ik vind het niet prettig dat er geen fysiek contact is tijdens een videoconsultatie.	Totaal = 99	Gemiddelde = 2,16
Helemaal oneens (1)	19	19
Oneens (2)	50	100
Eens (3)	25	75
Helemaal eens (4)	5	20
Een videoconsultatie is voor mij een handige vorm van zorgverlening.	Totaal = 94	Gemiddelde = 2,71
Helemaal oneens (1)	8	8
Oneens (2)	19	38
Eens (3)	59	177
Helemaal eens (4)	8	32
Een videoconsultatie bespaart mij tijd.	Totaal = 114	Gemiddelde = 2,95
Helemaal oneens (1)	7	7
Oneens (2)	9	18
Eens (3)	81	243
Helemaal eens (4)	17	68
Een videoconsultatie zal in de toekomst een standaard manier van zorgverlening worden.	Totaal = 85	Gemiddelde = 2,36
Helemaal oneens (1)	17	17
Oneens (2)	27	54
Eens (3)	34	102
Helemaal eens (4)	7	28
Een videoconsultatie is een aanvulling op de reguliere zorg die ik ontvang.	Totaal = 107	Gemiddelde = 3,01
Helemaal oneens (1)	5	5
Oneens (2)	8	16
Eens (3)	73	219
Helemaal eens (4)	21	84

Een videoconsultatie drukt de kosten voor de zorginstanties.	Totaal = 84	Gemiddelde = 2,71
Helemaal oneens (1)	5	5
Oneens (2)	18	36
Eens (3)	57	171
Helemaal eens (4)	4	16
Een huisarts onderzoekt mij via een videoconsultatie niet zo goed als in een traditionele consultatie.	Totaal = 115	Gemiddelde = 1,66
Helemaal oneens (1)	45	45
Oneens (2)	65	130
Eens (3)	4	12
Helemaal eens (4)	1	4
Een videoconsultatie maakt het voor mij gemakkelijker om contact op te nemen met de huisarts.	Totaal = 98	Gemiddelde = 2,69
Helemaal oneens (1)	10	10
Oneens (2)	21	42
Eens (3)	56	168
Helemaal eens (4)	11	44
Ik vertrouw er niet altijd op dat de apparatuur werkt.(bijvoorbeeld: een laptop met een stabiele internetverbinding)	Totaal = 107	Gemiddelde = 2,44
Helemaal oneens (1)	13	13
Oneens (2)	48	96
Eens (3)	32	96
Helemaal eens (4)	14	56

Bijlage VI: Definities en waarde variabelen

Variabele	Definitie	Waarde
Gezondheid (EQ-VAS)	Waarde op de EuroQol <i>Visual Analogue Scale</i>	0 - 100
QoL	Kwaliteit van leven op basis van de EQ-5D-5L vragenlijst Mobiliteit, Zelfzorg, DagelijkseActiviteiten, PijnOngemak, AngstDepressie	0 - 1
Mobiliteit_num	EQ-5D-5L mobiliteit Ik heb geen problemen met rondwandelen = 1 Ik heb lichte problemen met rondwandelen = 2 Ik heb matige problemen met rondwandelen = 3 Ik heb ernstige problemen met rondwandelen = 4 Ik kan niet rondwandelen = 5	1 - 5
Zelfzorg_num	EQ-5D-5L zelfzorg Ik heb geen problemen met mezelf te wassen of aan te kleden = 1 Ik heb lichte problemen met mezelf te wassen of aan te kleden = 2 Ik heb matige problemen met mezelf te wassen of aan te kleden = 3 Ik heb ernstige problemen met mezelf te wassen of aan te kleden = 4 Ik ben niet in staat mezelf te wassen of aan te kleden = 5	1 - 5
DagelijkseActiviteiten_num	EQ-5D-5L dagelijkse activiteiten Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten = 1 Ik heb lichte problemen met mijn dagelijkse activiteiten = 2 Ik heb matige problemen met mijn dagelijkse activiteiten = 3 Ik heb ernstige problemen met mijn dagelijkse activiteiten = 4 Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren = 5	1 - 5
PijnOngemak_num	EQ-5D-5L pijn/ ongemak Ik heb geen pijn of ongemak = 1 Ik heb lichte pijn of ongemak = 2 Ik heb matige pijn of ongemak = 3	1 - 5

	Ik heb ernstige pijn of ongemak = 4 Ik heb extreme pijn of ongemak = 5	
AngstDepressie_num	EQ-5D-5L angst/ depressie Ik ben niet angstig of depressief = 1 Ik ben licht angstig of depressief = 2 Ik ben matig angstig of depressief = 3 Ik ben ernstig angstig of depressief = 4 Ik ben extreem angstig of depressief = 5	1 - 5
LT_18_35	Leeftijd tussen de 18 en 35 jaar 0 indien niet tussen de 18 en 35 jaar 1 indien wel tussen de 18 en 35 jaar	0 - 1
LT_36_50	Leeftijd tussen de 36 en 50 jaar 0 indien niet tussen de 36 en 50 jaar 1 indien wel tussen de 36 en 50 jaar	0 - 1
LT_ouder_51	Leeftijd ouder dan 51 jaar 0 indien niet ouder dan 51 jaar 1 indien wel ouder dan 51 jaar	0 - 1
Vrouw	Geslacht 0 indien 'man' 1 indien 'vrouw'	0 - 1
BS_Gehuwd	Burgelijke staat 'Gehuwd' 0 indien niet 'Gehuwd' 1 indien wel 'Gehuwd'	0 - 1
BS_Ongehuwd	Burgelijke staat 'Ongehuwd' 0 indien niet 'Ongehuwd' 1 indien wel 'Ongehuwd'	0 - 1
BS_Gescheiden	Burgelijke staat 'Gescheiden' 0 indien niet 'Gescheiden' 1 indien wel 'Gescheiden'	0 - 1
BS_Samenwonend	Burgelijke staat 'Wettelijk of feitelijk samenwonend' 0 indien niet 'Wettelijk of feitelijk samenwonend' 1 indien wel 'Wettelijk of feitelijk samenwonend'	0 - 1
BS_Weduw	Burgelijke staat 'Weduwe of weduwnaar' 0 indien niet 'Weduwe of weduwnaar' 1 indien wel 'Weduwe of weduwnaar'	0 - 1
Geen_diploma	Hoogst behaalde diploma 'Geen diploma' 0 indien niet 'Geen diploma' 1 indien wel 'Geen diploma'	0 - 1
Lager_onderwijs	Hoogst behaalde diploma 'Lager onderwijs' 0 indien niet 'Lager onderwijs' 1 indien wel 'Lager onderwijs'	0 - 1

Secundair_onderwijs	Hoogst behaalde diploma 'Lager onderwijs' 0 indien niet 'Lager onderwijs' 1 indien wel 'Lager onderwijs'	0 - 1
Hoger_onderwijs	Hoogst behaalde diploma 'Hoger onderwijs' 0 indien niet 'Hoger onderwijs' 1 indien wel 'Hoger onderwijs'	0 - 1
Doctoraat	Hoogst behaalde diploma 'Doctoraat' 0 indien niet 'Doctoraat' 1 indien wel 'Doctoraat'	0 - 1
Werkend	Huidige status 'Werkend' 0 indien niet 'Werkend' 1 indien wel 'Werkend'	0 - 1
GI_KL_G_2000	Netto gezinsinkomen 'kleiner of gelijk aan €2000' 0 indien niet 'kleiner of gelijk aan €2000' 1 indien wel 'kleiner of gelijk aan €2000'	0 - 1
GI_2001_4000	Netto gezinsinkomen '€2001 - €4000' 0 indien niet '€2001 - €4000' 1 indien wel '€2001 - €4000'	0 - 1
GI_4001_6000	Netto gezinsinkomen '€4001 - €6000' 0 indien niet '€4001 - €6000' 1 indien wel '€4001 - €6000'	0 - 1
GI_6001_8000	Netto gezinsinkomen '€6001 - €8000' 0 indien niet '€6001 - €8000' 1 indien wel '€6001 - €8000'	0 - 1
Kinderen	Kind(eren) 0 indien 'nee' 1 indien 'ja'	0 - 1
RT_0_10	Reistijd naar de huisarts '0 tot 10 minuten' 0 indien niet '0 tot 10 minuten' 1 indien wel '0 tot 10 minuten'	0 - 1
RT_11_20	Reistijd naar de huisarts '11 tot 20 minuten' 0 indien niet '11 tot 20 minuten' 1 indien wel '11 tot 20 minuten'	0 - 1
RT_Meer_30	Reistijd naar de huisarts 'Meer dan 30 minuten' 0 indien niet 'Meer dan 30 minuten' 1 indien wel 'Meer dan 30 minuten'	0 - 1
RA_Minder_G_2	Raadpleging arts (per jaar) 'Minder of gelijk aan 2 keer' 0 indien niet 'Minder of gelijk aan 2 keer' 1 indien wel 'Minder of gelijk aan 2 keer'	0 - 1
RA_3_5	Raadpleging arts (per jaar) '3 tot 5 keer' 0 indien niet '3 tot 5 keer' 1 indien wel '3 tot 5 keer'	0 - 1

RA_Meer_5	Raadpleging arts (per jaar) 'Meer dan 5 keer' 0 indien niet 'Meer dan 5 keer' 1 indien wel 'Meer dan 5 keer'	0 – 1
Chronisch_A	Chronische aandoening 0 indien 'Nee' 1 indien 'Ja'	0 – 1
TMPQ	Gemiddelde van alle items van de TMPQ Cronbach alpha = 0,89	17 - 74
WTP_OpenEnded	Betalingsbereidheid via <i>open-ended</i> vraag	€0 - €32

Bijlage VII: Correlatietabel

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
QoI (1)	1.0000									
TMPQ (2)	0.0746	1.0000								
Vrouw (3)	-0.1031	-0.0745	1.0000							
LT_18_35 (4)	0.0937	0.0229	-0.1032	1.0000						
LT_36_50 (5)	0.0588	-0.0895	-0.0279	-0.6021	1.0000					
LT_ouder_51 (6)	-0.1712	0.0737	0.1476	-0.4603	-0.4317	1.0000				
BS_Gehuwd (7)	-0.0830	-0.0202	0.0522	-0.6532	0.4327	0.2568	1.0000			
BS_Gescheiden (8)	0.1316	0.0460	-0.0145	-0.1198	0.0332	0.0985	-0.2375	1.0000		
BS_Ongehuwd (9)	0.0907	0.0137	-0.0996	0.7297	-0.4712	-0.3004	-0.7205	-0.1685	1.0000	
BS_Samenwonend (10)	-0.0658	-0.0000	0.0610	0.0476	0.0163	-0.0718	-0.3316	-0.0776	-0.2354	1.0000
BS_Weduw (11)	-0.1301	-0.0769	0.0708	-0.0697	-0.0654	0.1515	-0.0877	-0.0205	-0.0622	-0.0286
Werkend (12)	0.1884	0.0825	0.0152	-0.4518	0.4951	-0.0401	0.3888	0.1657	-0.5104	0.0700
Kinderen (13)	-0.0699	-0.0396	0.0776	-0.8122	0.5257	0.3332	0.6187	0.1949	-0.7679	0.0143
Geen_diploma (14)	-0.0448	0.0222	-0.0256	0.0276	0.0358	-0.0710	-0.1245	-0.0291	0.1728	-0.0407
Lager_onderwijs (15)	-0.0056	-0.0275	-0.0006	0.0037	0.0161	-0.0220	0.0380	-0.0466	0.0258	-0.0651
Secundair_onderwijs (16)	-0.2429	-0.0895	-0.1457	-0.1840	-0.0067	0.2153	0.1763	0.0036	-0.1592	-0.0756
Hoger_onderwijs (17)	0.2412	0.0571	0.1382	0.1857	0.0031	-0.2132	-0.1733	0.0248	0.1162	0.1143
Doctoraat (18)	0.0684	0.2099	0.0708	-0.0697	-0.0654	0.1515	0.0864	-0.0205	-0.0622	-0.0286
GI_KL_G_2000 (19)	0.0438	-0.0859	-0.0671	0.4366	-0.4050	-0.0429	-0.4344	-0.0262	0.5634	-0.1283
GI_2001_4000 (20)	-0.1435	-0.0142	-0.0087	-0.1088	-0.0315	0.1580	0.0102	0.1075	-0.1297	0.0745
GI_4001_6000 (21)	-0.0123	0.0189	0.0629	-0.2708	0.4194	-0.1604	0.3124	-0.0539	-0.3653	0.1109
GI_6001_8000 (22)	0.2116	0.1566	0.0359	-0.1545	0.1092	0.0532	0.2674	-0.0635	-0.1927	-0.0887
RT_0_10 (23)	0.0940	-0.0853	0.0909	0.0126	-0.0961	0.0926	-0.0507	0.1245	0.0697	-0.1328
RT_11_20 (24)	-0.0835	0.0865	-0.1372	-0.0154	0.0952	-0.0885	0.0356	-0.1106	-0.0463	0.1089
21-30 (25)	0.0179	-0.0245	0.0534	0.0393	0.0510	-0.1012	-0.0013	-0.0415	-0.0329	0.0903
RT_Meer_30 (26)	-0.1130	0.0712	0.0708	-0.0697	-0.0654	0.1515	0.0864	-0.0205	-0.0622	-0.0286

RA_Minder_G_2 (27)	0.4113	0.0420	-0.0767	0.1227	-0.0031	-0.1352	-0.1878	0.2447	0.1382	-0.0636
RA_3_5 (28)	-0.0894	0.1079	0.0556	-0.0444	-0.0315	0.0852	0.1045	-0.1742	-0.0300	0.0215
RA_Meer_5 (29)	-0.4381	-0.1953	0.0317	-0.1079	0.0447	0.0722	0.1181	-0.1049	-0.1473	0.0579
Chronisch_A (30)	-0.5203	0.0229	0.0897	-0.2223	-0.0097	0.2619	0.2024	0.0163	-0.2734	0.0393

	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)
BS_Weduw (11)	1.0000									
Werkend (12)	-0.1238	1.0000								
Kinderen (13)	0.0720	0.4274	1.0000							
Geen_diploma (14)	-0.0108	-0.0444	-0.0236	1.0000						
Lager_onderwijs (15)	-0.0172	0.0550	0.0024	-0.0244	1.0000					
Secundair_onderwijs (16)	0.1021	0.0818	0.2089	-0.1054	-0.1685	1.0000				
Hoger_onderwijs (17)	-0.0904	-0.1015	-0.1834	-0.1283	-0.2052	-0.8855	1.0000			
Doctoraat (18)	-0.0076	0.0612	-0.1053	-0.0108	-0.0172	-0.0742	-0.0904	1.0000		
GI_KL_G_2000 (19)	-0.0622	-0.5442	-0.4766	0.1728	0.0258	-0.1270	0.0844	-0.0622	1.0000	
GI_2001_4000 (20)	0.1177	0.1855	0.1308	-0.0913	0.1020	0.1979	-0.2010	-0.0643	-0.5286	1.0000
GI_4001_6000 (21)	-0.0490	0.3210	0.2863	-0.0695	-0.1112	0.0188	0.0492	-0.0490	-0.4025	-0.4161
GI_6001_8000 (22)	-0.0234	0.1258	0.1618	-0.0333	-0.0532	-0.1691	0.1396	0.3231	-0.1927	-0.1992
RT_0_10 (23)	0.0460	0.0544	0.0084	-0.2340	-0.0871	0.1553	-0.0348	-0.1648	-0.0072	0.0475
RT_11_20 (24)	-0.0408	-0.0856	-0.0102	0.1027	0.1128	-0.1230	0.0215	0.1855	-0.0050	-0.0197
21-30 (25)	-0.0153	0.0302	-0.0337	0.3400	-0.0348	-0.1502	0.0815	-0.0153	0.0602	-0.130
RT_Meer_30 (26)	-0.0076	0.0612	0.0720	-0.0108	-0.0172	0.1021	-0.0904	-0.0076	-0.0622	0.117
RA_Minder_G_2 (27)	-0.0838	0.0055	-0.1537	0.0046	-0.0321	-0.2117	0.2348	-0.0838	0.0746	0.0436
RA_3_5 (28)	-0.0643	0.0518	0.0347	0.0379	0.0193	0.2616	-0.2954	0.1177	0.0032	-0.0529
RA_Meer_5 (29)	0.1955	-0.0741	0.1620	-0.0550	0.0184	-0.0518	0.0643	-0.0387	-0.1045	0.0095
Chronisch_A (30)	0.1485	0.0824	0.2388	-0.0724	-0.0252	0.2333	-0.1945	-0.0510	-0.0548	0.0355

	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)	(30)
GI_4001_6000 (21)	1.0000									
GI_6001_8000 (22)	-0.1516	1.0000								
RT_0_10 (23)	-0.0010	-0.0752	1.0000							
RT_11_20 (24)	-0.0354	0.1071	-0.8886	1.0000						
21-30 (25)	0.1069	-0.0474	-0.3335	-0.0826	1.0000					
RT_Meer_30 (26)	-0.0490	-0.0234	-0.1648	-0.0408	-0.0153	1.0000				
RA_Minder_G_2 (27)	-0.1196	-0.0198	0.1077	-0.1389	0.0947	-0.0838	1.0000			
RA_3_5 (28)	0.0990	-0.0739	-0.0286	0.0621	-0.1302	0.1177	-0.7120	1.0000		
RA_Meer_5 (29)	0.0335	0.1218	-0.1080	0.1068	0.0401	-0.0387	-0.4288	-0.3291	1.0000	
Chronisch_A (30)	0.1137	-0.1579	-0.0245	-0.0061	-0.0023	0.1485	-0.3574	0.1076	0.3422	1.0000