

Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars

CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2008

NIVEL:

M. Reitsma - van Rooijen

D. de Boer

M. Hendriks

L. van der Hoek

J. Rademakers

Centrum Klantervaring Zorg:

D.M.J. Delnoij



Dit onderzoek is uitgevoerd volgens de richtlijnen van de CQ-index

ISBN 978-90-6905-903-3

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2008 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Inhoud

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
1.1 Vraaggestuurde gezondheidszorg	7
1.2 Meten van consumentenervaringen	9
1.3 www.kiesBeter.nl	9
1.4 Het huidige onderzoek	10
1.5 Opzet van het rapport	11
2 Methode	13
2.1 Deelnemende zorgverzekeraars	14
2.2 Dataverzameling	15
2.3 Steekproeftrekking van respondenten	13
2.4 Vragenlijst	16
2.4.1 Aanpassingen aan de vragenlijst ten opzichte van 2006	16
2.5 Selectie van aspecten	17
2.6 Schaalconstructie	18
2.6.1 Ervaringen met de zorg	18
2.6.2 Ervaringen met de zorgverzekeraar	18
2.7 Statistische analyses	19
3 Beschrijving van de steekproef	21
3.1 Representativiteit van de steekproef	21
3.2 Selectie van verzekerden	22
3.2.1 Naam van de zorgverzekeraar	24
3.2.2 Hulp bij het invullen van de vragenlijst	24
3.2.3 Compleetheid van invullen	24
3.2.4 Skip-instructies	26
3.3 Non-respons analyse	26
3.4 Achtergrondkenmerken van de respondenten	27
3.4.1 Verzekering	29
4 Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraar	31
4.1 Ervaringen van de verzekerden voor alle zorgverzekeraars gezamenlijk	31
4.1.1 Ervaringen met de zorg	31
4.1.2 Ervaringen met de zorgverzekeraar	31
4.2 Verschillen in ervaringen tussen zorgverzekeraars	34
4.2.1 Ervaringen met de zorg	35
4.2.2 Ervaringen met de zorgverzekeraar	35

4.3	Indeling van de zorgverzekeraars in drie groepen	36
4.4	Verschillen in ervaringen van verzekerden in de jaren 2006/2007, 2005/2006 en 2004/2005	38
5	Algemene samenvatting en discussie	39
5.1	Doel van het onderzoek	39
5.2	Opzet van het onderzoek	39
5.3	De ervaren kwaliteit van de zorg en de service van de zorgverzekeraar	40
5.4	Ervaren verschillen in kwaliteit tussen zorgverzekeraars	40
5.5	Een vergelijking tussen de jaren 2006/2007 en 2005/2006	41
5.6	Consumenteninformatie over de prestaties van zorgverzekeraars	42
5.7	Toekomstig gebruik van de vragenlijst	43
5.8	Tot slot	45
	Literatuur	47
	Bijlagen:	
Bijlage 1:	CQI Zorg en Zorgverzekering, vragenlijst	51
Bijlage 2:	Consumenteninformatie over de prestaties van zorgverzekeraars	67
Bijlage 3:	Gemiddelde scores en betrouwbaarheidsintervallen per kwaliteitsaspect	81
Bijlage 4:	Percentages gegeven antwoorden en de gemiddelde score per vraag over alle zorgverzekeraars	95

Voorwoord

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de ervaringen van verzekerden met de zorg en met hun zorgverzekeraar. Dit onderzoek is voor het vierde achtereenvolgende jaar door het NIVEL uitgevoerd, en voor de tweede keer in samenwerking met het Centrum Klantervaring Zorg.

Evenals voorgaande jaren zijn de ervaringen van verzekerden met de zorg en met hun huidige zorgverzekeraar in kaart gebracht en is onderzocht of deze ervaringen verschillen tussen verzekerden die verzekerd zijn bij verschillende zorgverzekeraars. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de CQI Zorg en Zorgverzekering. Met de resultaten van het onderzoek is consumenteninformatie over de prestaties van de zorgverzekeraars op het gebied van service ontwikkeld voor www.kiesBeter.nl. Deze site van het RIVM is op initiatief van het ministerie van VWS opgezet om mensen te ondersteunen bij het maken van keuzes in de zorg.

NIVEL/CKZ

Utrecht, november 2008

1 Inleiding

Op 6 december 2005 opende de minister van VWS de keuzesite Zorgverzekeringen op www.kiesBeter.nl. Op deze keuzesite kunnen consumenten zorgverzekeraars vergelijken op premie, dekking en service van de zorgverzekeraars. De huidige informatie over de service is gebaseerd op een NIVEL onderzoek uit 2007 naar de ervaringen van verzekerden met hun huidige zorgverzekeraar en de geleverde zorg. Eind 2008 wordt de keuzegids Zorgverzekeringen herzien met de meest recente gegevens. De gegevens voor de rubriek ‘overzicht servicescores’ dienen dan ook geactualiseerd te worden. Het NIVEL bracht daarom in samenwerking met het Centrum Klantervaring Zorg de ervaringen van verzekerden met hun zorgverzekeraar en de geleverde zorg opnieuw in kaart.

1.1 Vraaggestuurde gezondheidszorg

Op 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet in werking getreden. Sindsdien bestaat er een uniforme zorgverzekering voor alle Nederlanders en is niemand meer particulier of ziekenfonds verzekerd. Onder de Zorgverzekeringswet zijn alle Nederlanders verplicht om zich voor ziektekosten te verzekeren. Ieder jaar kunnen verzekerden wisselen van zorgverzekeraar voor een standaard pakket van essentiële gezondheidszorg (de zogenaamde basisverzekering). Zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen die zich voor de basisverzekering aanmeldt tegen dezelfde voorwaarden te accepteren.

De Zorgverzekeringswet is onderdeel van brede hervormingen in het Nederlandse zorgstelsel van een aanbodgestuurde naar een meer vraaggestuurde benadering. Om tot meer vraagsturing in de zorg te komen heeft het ministerie van VWS de laatste jaren een beleid uitgezet waaruit drie gereguleerde markten binnen de Nederlandse gezondheidszorg voortkomen: a) een verzekeringsmarkt; b) een aanbiedersmarkt; en c) een zorginkoopmarkt. Op de verzekeringsmarkt kunnen consumenten kiezen tussen verschillende zorgverzekeraars. Op de aanbiedersmarkt kunnen zorggebruikers kiezen uit verschillende zorgaanbieders of zorginstellingen. Op de zorginkoopmarkt kunnen zorgverzekeraars contracten afsluiten met verschillende zorgaanbieders. Om de sturing van de zorg op zelfregulerende markten mogelijk te maken, is de regierol van zorgverzekeraars versterkt (Custers en Klazinga, 2005). Dat wil zeggen dat zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt kwaliteitsafspraken kunnen maken met de zorgaanbieders.

Een vraaggestuurde benadering houdt in dat er een grote rol is weggelegd voor de vraag en de behoeften van patiënten en consumenten. De gedachte is dat goed geïnformeerde consumenten kiezen voor zorgverzekeraars die kwalitatief goede zorg aanbieden tegen een scherpe prijs (Kerssens en Groenewegen, 2003). Dit zou moeten resulteren in meer

concurrentie en marktwerking, en uiteindelijk tot een vermindering van kosten en een verbetering van efficiëntie binnen de gezondheidszorg. Waarschijnlijk zullen zorgverzekeraars in de toekomst steeds vaker contracten afsluiten met slechts een deel van de zorgaanbieders op de zorginkoopmarkt, waardoor de keuze van de consument voor een zorgverzekeraar mede bepalend zal zijn voor zijn/haar keuzemogelijkheden in het aanbod van de zorg (Delnoij en Van der Schee, 2003). In de huidige context van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem verwachten we geen grote verschillen tussen zorgverzekeraars op het vlak van de zorginkoop, omdat selectief contracteren en het afsluiten van prestatiecontracten nog maar net opkomen. Vanuit de wens om een 'toekomstbestendige' informatievoorziening op te zetten, is zorginkoop echter wel meegenomen in het huidige onderzoek. Naarmate de zorginkoopmarkt zich verder ontwikkelt, verwachten we meer verschillen in de ervaren kwaliteit van de ingekochte verstrekkingen.

Wil de vraagsturing binnen de gezondheidszorg slagen, dan moeten consumenten kunnen en willen kiezen. Vóór de invoering van de Zorgverzekeringswet, stapte jaarlijks niet meer dan 3 tot 4% van de verzekerden over naar een ander ziekenfonds (Kerssens et al., 2002; Van der Schee et al., 2005). Toen zorgverzekeraars zich met de invoering van de Zorgverzekeringswet meer zijn gaan profileren om de gunst van de verzekerde, is ongeveer één vijfde (20%) van de verzekerden overgestapt naar een andere zorgverzekeraar (De Jong et al., 2006a; Smit en Mokveld, 2006). Dit percentage heeft de verwachtingen overtroffen. In 2007 stapten beduidend minder verzekerden over naar een andere verzekeraar, namelijk 5% (De Jong en Groenewegen, 2007). In 2008 is het percentage overstappers nog iets teruggelopen tot 4% (De Jong, 2008). Het percentage overstappers blijft dus, na een piek in het eerste jaar van het nieuwe stelsel, vergelijkbaar met het percentage overstappers in het oude stelsel (De Jong, 2008). Het wisselen van verzekerden zou aan de zorgverzekeraars signalen geven over de premie en de kwaliteit. Het signaal dat door de overstappers van 2008 wordt afgegeven, is dat inhoudelijke redenen bepalen of men wel of niet overstapt. De belangrijkste reden voor consumenten om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar is dit jaar namelijk de inhoud van de aanvullende verzekering (De Jong, 2008). In voorgaande jaren ging het vooral om redenen die met de kosten te maken hadden (de premie en een collectief aanbod). Mensen blijven bij hun zorgverzekeraar, net als vorig jaar, omdat ze tevreden zijn (De Jong, 2008). Mogelijk neemt het percentage overstappers in 2009 toe, omdat veel collectiviteiten in het eerste jaar een collectief contract met een looptijd van drie jaar hebben afgesloten. De nieuwe onderhandelingen zullen dit jaar plaatsvinden waarna het mogelijk is dat er komend jaar grote verschuivingen optreden doordat collectiviteiten van zorgverzekeraar wisselen.

Hoewel uit eerder onderzoek is gebleken dat de kwaliteit van de service en dienstverlening van zorgverzekeraars een belangrijke overweging is om te wisselen van zorgverzekeraar (Kerssens et al., 2002), lijkt dit bij de invoering van het nieuwe verzekeringsstelsel geen belangrijke reden te zijn geweest om over te stappen. Kiezen op kwaliteit van de service en op kwaliteit van de geleverde zorg is echter wel een belangrijke voorwaarde voor meer vraagsturing binnen de zorg (Boelema, 2005). Mogelijk gaat er na een concurrentiestrijd om de premies een concurrentiestrijd plaatsvinden om de kwaliteit van zorgverzekeraars (Douven en Schut, 2006). Daarom is

het erg belangrijk om de kwaliteit van de service van zorgverzekeraars en de door hen geleverde zorg jaarlijks in kaart te brengen en de resultaten om te vormen naar keuze-informatie voor consumenten.

1.2 Meten van consumentenervaringen

In Nederland wordt, in navolging van landen als de Verenigde Staten en Groot-Brittannië, veel moeite gedaan om de prestaties in de gezondheidszorg te meten en de kwaliteitsinformatie voor consumenten toegankelijk te maken middels publicatie op internet. In lijn met een vraaggestuurde benadering wordt de kwaliteit van de zorg steeds meer gemeten vanuit het perspectief van de patiënt of zorgconsument zelf. De gegevens moeten, gezien het doel van vraagsturing in de zorg, voorzien in de informatiebehoefte van a) zorgverzekeraars op de inkoopmarkt; b) instellingen die de kwaliteit van hun zorg willen verbeteren; c) de kiezende consument op de verzekerings- en aanbiedersmarkt; en d) de overheid die de patiëntgerichtheid van het gezondheidszorgsysteem op macroniveau wil monitoren (Delnoij en Sixma, 2006).

De Consumer Quality Index (CQI) is een gestandaardiseerde methode om de kwaliteit van de zorg en de service te meten vanuit patiëntenperspectief (Delnoij, 2006). Deze methode is gebaseerd op de CAHPS-systematiek uit de Verenigde Staten (Cleary en Edgman-Levitan, 1997; Darby et al., 2006; Zaslavsky et al., 2001; Zaslavsky et al., 2002) en de QUOTE-meetinstrumenten van het NIVEL (Van Campen et al., 1997; Van Campen et al., 1998; Sixma et al., 1998). Centraal in de vragenlijsten staan de ervaringen van de consumenten zelf. De methodiek van de CQ-index staat beschreven in het Handboek CQI Meetinstrumenten (Sixma et al., 2008). Naast de ontwikkeling van algemene CQI-vragenlijsten voor het meten van ervaringen met de zorg en zorgverzekeraars, verpleging, verzorging en thuiszorg en de gehandicaptenzorg, zijn en worden er ook CQI-vragenlijsten ontwikkeld voor specifieke zorg zoals bijvoorbeeld voor staaroperaties, heup/knieoperaties, mammacare en reumatoïde artritis.

Voor het meten van de ervaringen van consumenten met de zorg en de zorgverzekeraar is de CQI Zorg en Zorgverzekering ontwikkeld. Deze vragenlijst is een Nederlandse bewerking van de CAHPS 3.0 Adult Commercial Questionnaire (Delnoij et al., 2005; Delnoij et al., 2006; Hendriks et al., 2005) en vraagt naar de ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraar.

1.3 www.kiesBeter.nl

Om weloverwogen te kunnen kiezen tussen zorgverzekeraars moeten consumenten beschikken over toegankelijke en vergelijkbare informatie over de prestaties van zorgverzekeraars en de door hen gecontracteerde zorgaanbieders. Op initiatief van het ministerie van VWS is daarom de internetsite www.kiesBeter.nl opgezet. Deze site van het RIVM bevat onder andere keuze-informatie over ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorginstellingen en medicijnkosten. Het doel is om mensen te helpen bij het maken

van keuzes in de zorg. Op de keuzesite www.kiesBeter.nl/zorgverzekeringen kunnen mensen zorgverzekeraars vergelijken wat betreft premie, dekking en service.

Het NIVEL heeft in 2005, 2006 en 2007 met behulp van de CQI Zorg en Zorgverzekering de ervaringen van verzekerden met hun zorgverzekeraar en de geleverde zorg gemeten (Hendriks et al., 2005; Damman et al., 2006; De Boer et al., 2007). De informatie in de keuzesite Zorgverzekeringen over de service van zorgverzekeraars is gebaseerd op dit onderzoek. De belangrijkste uitkomsten van de meting in 2007 waren dat:

- a verzekerden over het algemeen positieve ervaringen hebben met de zorg en de zorgverzekeraar;
- b punten die voor verbetering vatbaar zijn, zijn klantenservice van de zorgverzekeraar, duidelijkheid over de mate waarin bijbetaald moet worden en het krijgen van niet-gecontracteerde zorg en problemen met medische zorg die is uitgesteld doordat men moet wachten op toestemming van de zorgverzekeraar;
- c de zorgverzekeraars nauwelijks verschilden wat betreft ervaringen van hun verzekerden met de zorg;
- d de zorgverzekeraars wél verschilden wat betreft ervaringen van hun verzekerden met de service;
- e dat er wat dat betreft voornamelijk verschillen bestonden tussen zorgverzekeraars op het algemene waarderingscijfer dat werd gegeven, de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice, het krijgen van de benodigde hulp van de klantenservice en duidelijkheid over de mate waarin (bij)betaald moet worden voor de zorg.

Hiermee komen de uitkomsten van 2007 grotendeels overeen met die uit 2006 en 2005.

1.4 Het huidige onderzoek

Het primaire doel van het huidige onderzoek is om opnieuw inzicht te krijgen in de ervaringen van verzekerden met de service van hun huidige zorgverzekeraar en met de geleverde zorg. Dit onderzoek voorziet daarmee in het actualiseren van de gegevens in de rubriek ‘overzicht servicescores’ in de keuzesite Zorgverzekeringen op www.kiesBeter.nl. Het onderzoek draagt zo bij aan het ondersteunen van consumenten bij hun keuze voor een zorgverzekeraar in het nieuwe jaar. Tevens wordt in dit onderzoek een globale vergelijking gemaakt tussen de resultaten van dit jaar (2007/2008) en vorige jaren (2006/2007, 2005/2006; 2004/2005). Vergelijkingen over de jaren zijn belangrijk om het uiteindelijke effect van het hervormde verzekeringsstelsel en vraagsturing in het algemeen te monitoren. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de veranderingen tussen de jaren niet statistisch getoetst worden en deze toetsen vallen buiten het bestek van het huidige onderzoek. Voor de jaren 2004/2005, 2005/2006 en 2006/2007 zijn dergelijke toetsen recent uitgevoerd door Hendriks et al. (2008).

De vragen in de vragenlijst over de ervaringen met de zorg hebben alleen betrekking op ambulante medische zorg, zoals die verleend wordt door de huisartsen, huisartsenposten, specialisten werkzaam in ziekenhuizen en de eerste hulpafdelingen van ziekenhuizen. De reden daarvoor is een pragmatische: in het huidige onderzoek werd de vragenlijst uitgezet onder steekproeven van 750 willekeurige verzekerden per zorgverzekeraar. Het aantal

mensen in zo'n steekproef dat ervaring heeft met meer specifieke vormen van zorg (bijvoorbeeld thuiszorg, klinische ziekenhuiszorg of GGZ) is te klein om naar de ervaringen hiermee te vragen. Informatie over aandoeningspecifieke zorg en de prestaties van intramurale zorgaanbieders wordt apart verzameld via andere CQI-vragenlijsten.

In 2005 en 2007 kreeg een deel van de verzekerden per zorgverzekeraar een uitgebreide versie van de CQI Zorg en Zorgverzekering toegestuurd inclusief zogenaamde belangvragen. Deze belangvragen gaan over het belang dat verzekerden hechten aan bepaalde aspecten van de dienstverlening van de zorgverzekeraar en worden gebruikt om te bepalen welke aspecten in aanmerking komen voor publicatie op www.kiesBeter.nl. De aspecten die voor publicatie in aanmerking kwamen, waren in 2007 hetzelfde als in 2005. Vanuit de observatie dat het ervaren belang van de aspecten redelijk constant is (De Boer et al., 2007), zijn de belangvragen dit jaar niet meegenomen in de vragenlijst. De aspecten die op www.kiesBeter.nl zullen worden gepresenteerd, zijn dan ook dezelfde als voorgaande jaren.

De vragen van het onderzoek kunnen als volgt worden samengevat:

- 1 *'Hoe hebben verzekerden in 2007/2008 de kwaliteit van de ambulante medische zorg ervaren?'*
- 2 *'Hoe hebben verzekerden in 2007/2008 de kwaliteit van hun zorgverzekeraar ervaren?'*
- 3 *'Verschillen de ervaringen van verzekerden die verzekerd zijn bij verschillende zorgverzekeraars?'*
- 4 *'Verschillen de ervaringen van verzekerden in 2007/2008 vergeleken met de ervaringen van verzekerden in 2006/2007, 2005/2006 en 2004/2005?'*

1.5 Opzet van het rapport

Allereerst wordt de methode van het onderzoek uiteengezet (hoofdstuk 2). Daarna beschrijven we de respons, de selectie van respondenten en enkele achtergrondkenmerken van de respondenten (hoofdstuk 3). In hoofdstuk 4 komen de resultaten met betrekking tot de ervaren kwaliteit van de service van zorgverzekeraars en de geleverde zorg naar voren. Ook wordt in dit hoofdstuk een vergelijking gemaakt met de resultaten uit voorgaande jaren. Tenslotte vatten we het onderzoek in hoofdlijnen samen en geven we de belangrijkste conclusies (hoofdstuk 5).

2 Methode

2.1 Deelnemende zorgverzekeraars

We hebben alle zorgverzekeraars die op de internetsite van Zorgverzekeraars Nederland (www.zn.nl) vermeld stonden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. In totaal besloten 15 zorgverzekeraars mee te doen, die tezamen 32 labels/resultaat verantwoorde-lijke eenheden vertegenwoordigen. Een label/resultaat verantwoorde-lijke eenheid is de naam waaronder de zorgverzekeraar polissen aanbiedt aan de consument. Sommige zorgverzekeraars hebben meerdere labels. In tabel 2.1 staan de deelnemende labels weergegeven.

Tabel 2.1 Deelnemende labels/zorgverzekeraars

Zorgverzekeraar	Label
Achmea Zorg	Avéro Achmea DVZ Groene Land Achmea Interpolis OZF PWZ Achmea Zilveren Kruis Achmea
Agis	Agis Pro Life
Azivo	Azivo Zorgverzekeraar
CZ Actief in Gezondheid	CZ Actief in Gezondheid
De Friesland Zorgverzekeraar	De Friesland Zorgverzekeraar
FBTO	FBTO
Fortis	De Amersfoortse Fortis
Menzis	Menzis Anderzorg
OHRA	OHRA
ONVZ	ONVZ Zorgverzekeraar
PNO	PNO
Salland	Salland verzekeringen
UVIT	De Goudse IZA IZZ SIZ Trias UMC Unive VGZ
Zorg en Zekerheid	Zorg en Zekerheid
Zorgverzekeraar DSW	Zorgverzekeraar DSW Stad Holland Zorgverzekeraar

Twee zorgverzekeraars namen niet deel aan het onderzoek. Een zorgverzekeraar had vorig jaar ook niet deelgenomen en gaf als belangrijkste reden dat zij de ervaring hadden dat hun populatie op welke vraag dan ook, weinig respons oplevert. Een andere zorgverzekeraar gaf aan dat het in verband met een overname per 1 januari 2009 niet meer opportuun was om deel te nemen aan het onderzoek.

2.2 Dataverzameling

De zorgverzekeraars die deelnamen aan het onderzoek werd gevraagd om per ‘label/resultaat verantwoordelijke eenheid’ de adresgegevens van 750 verzekerden te verstrekken.¹ Om informatie over de ervaringen van de verzekerden te verzamelen, werd een vragenlijst verstuurd naar de verzekerden van de verschillende labels. De dataverzameling (verzending en invoer van de vragenlijsten) vond centraal plaats bij een daarin gespecialiseerde bedrijf, een zogenoemd mailhouse.

Bij de verzending van de vragenlijst volgden we de Dillman-methode (Groves et al., 2002), waarbij respondenten drie herinneringen ontvangen volgens het volgende tijdschema:

week 1: vragenlijst met een begeleidende brief en een antwoordenvelop;

week 2: een herinnering in de vorm van een bedankkaartje;

week 5: opnieuw de vragenlijst met een begeleidende brief en een antwoordenvelop;

week 7: een laatste brief ter herinnering.

Met behulp van een uniek identificatienummer dat op de vragenlijst stond, werd bijgehouden welke personen de vragenlijst hadden teruggezonden. De vragenlijst in week 1 en het bedankkaartje in week 2 stuurden we naar alle respondenten in het onderzoek. De herinneringen in week 5 en week 7 werden alleen verzonden naar de respondenten die op dat moment nog niet hadden gereageerd. De zendingen werden zoveel mogelijk op een donderdag verstuurd, zodat de respondenten de vragenlijst en de herinneringen vóór of in het weekend ontvingen.

¹ Dit aantal is gebaseerd op een powerberekening met behulp van de gegevens uit een pilot-onderzoek voor Agis (Delnoij et al., 2005; www.nivel.nl/consumentenpanel). Uit deze berekening blijkt dat wanneer de prestaties van twee zorgverzekeraars met elkaar worden vergeleken aan de hand van de waarderingscijfers in de CAHPS, bij een aantal van ongeveer vijftig respondenten per zorgverzekeraar verschillen in cijfers van 0,5 hoger of lager significant kunnen worden aangetoond. Bij een aantal van ongeveer 300 respondenten per zorgverzekeraar kunnen verschillen in cijfers van 0,2 hoger of lager significant worden aangetoond. Om verschillen van 0,1 hoger of lager significant aan te tonen, is een aantal van ongeveer 1.000 respondenten per zorgverzekeraar nodig. Bij deze berekeningen is uitgegaan van een α van .05 en een power van .80. In dit onderzoek wordt gestreefd naar 300 respondenten per verzekeraar. Bij een verwachte netto-respons van 40% moeten daarom 750 vragenlijsten per verzekeraar worden verstuurd. Deze verwachte respons was gebaseerd op de netto respons in het onderzoek van 2006. Hoewel de netto respons in 2007 lager was (34%), is toch besloten om 750 vragenlijsten per verzekeraar te versturen, omdat er geen reden was om aan te nemen dat de lage respons zich weer zou voordoen in 2008. In de discussie (Hoofdstuk 5) komen we terug op de responspercentages.

De analyse en rapportage van de gegevens werd uitgevoerd door het NIVEL als onderdeel van de samenwerkingsovereenkomst met het Centrum Klantervaring Zorg. De kosten van de dataverzameling en het invoeren van de vragenlijsten waren voor rekening van de deelnemende zorgverzekeraars. Deelnemende zorgverzekeraars ontvangen als tegenprestatie een spiegelrapportage over hun eigen prestaties in vergelijking tot het gemiddelde van alle zorgverzekeraars.

2.3 Steekproeftrekking van respondenten

Om een aselechte steekproef te garanderen, ontvingen de zorgverzekeraars richtlijnen om de verzekerden uit hun bestand te selecteren. Deze richtlijnen waren in grote lijnen dezelfde als de richtlijnen die zijn gebruikt in de onderzoeken van voorgaande jaren. Er werd één richtlijn toegevoegd ten opzichte van vorig jaar. Dit jaar werd aan de verzekeraars gevraagd om alleen de verzekerden te selecteren die minimaal 12 maanden bij het betreffende label/resultaat verantwoordelijke eenheid verzekerd zijn. Dit zijn verzekerden die de verzekering voor mei 2007 hebben afgesloten. De zorgverzekeraars werd als eerste gevraagd om het gehele verzekerdenbestand op te splitsen per label/resultaat verantwoordelijke eenheid, indien de organisatie uit meerdere labels/resultaat verantwoordelijke eenheden bestond (stap 1). De volgende stappen dienden in dat geval per label/resultaatverantwoordelijke eenheid te worden uitgevoerd. Als eerste kregen de zorgverzekeraars de opdracht om alle personen die aangaven liever niet benaderd te worden voor enquêtes of onderzoeken te verwijderen (stap 2). De volgende stap was het verwijderen van personen die zijn overleden of een verkeerd adres hebben (stap 3). Daarna dienden alle personen verwijderd te worden die jonger dan 18 waren (geboren na april 1990; stap 4). Daarna werd verzekeraars gevraagd om alleen de verzekerden te selecteren die minimaal 12 maanden bij het betreffende label/resultaat verantwoordelijke eenheid verzekerd zijn (stap 5). Na deze stap werd gevraagd om van de groep verzekerden die is overgebleven de gemiddelde leeftijd en het aantal mannen en vrouwen te noteren (stap 6). Vervolgens moesten de zorgverzekeraars de overgebleven personen op volgorde van verzekeringsnummer zetten, van laag naar hoog. De zorgverzekeraars werd gevraagd om uit deze groep verzekerden willekeurig 750 personen te kiezen door iedere X^e verzekerde te selecteren, waarbij X de uitkomst was van het aantal resterende verzekerden gedeeld door 750 (stap 7).

Per set van 750 verzekerden ontvingen wij twee bestanden van de zorgverzekeraars: één met een uniek identificatienummer en de naam en adresgegevens van de verzekerden en één met hetzelfde unieke identificatienummer en leeftijd, geslacht en viercijferige postcode van de verzekerden. Het bestand met naam en adresgegevens werd na afloop van de dataverzameling vernietigd. Het bestand met leeftijd en geslacht werd gebruikt voor de non-respons analyse. Met behulp van de gegevens over leeftijd en geslacht bekeken we ook of de geselecteerde verzekerden representatief zijn voor de totale groep van verzekerden van de betreffende zorgverzekeraar.

Van 25 deelnemende labels ontvingen we 750 adressen van verzekerden. Zeven deelnemende labels hadden meer dan 750 adressen aangeleverd. Bij deze labels is

willekeurig het teveel aantal adressen verwijderd. Het mailhouse benaderde 750 verzekerden per label met de vragenlijst, bedankkaartjes en eventuele herinneringen volgens de Dillman-methode (zie ook paragraaf 2.2).

2.4 Vragenlijst

De CQI Zorg en Zorgverzekering (zie bijlage 1) is ontwikkeld door het NIVEL en de vakgroep Sociale Geneeskunde van het AMC, op basis van de Amerikaanse CAHPS 3.0 Adult Commercial Questionnaire (Delnoij et al., 2005; Delnoij et al., 2006). De vragenlijst meet de ervaringen van verzekerden met de zorg (vraag 1 t/m 44) én met de zorgverzekeraar (vraag 45 t/m 96). De vragenlijst sluit af met enkele vragen naar achtergrondkenmerken van respondenten, zoals leeftijd en geslacht (vraag 97 t/m 110). De vragen betreffen de ervaringen van verzekerden in de afgelopen 12 maanden (juni 2007-juni 2008).

De vragenlijst bestaat uit meerdere modules. Iedere module bevat de volgende soorten vragen:

- 1 'Screenervragen': deze vragen moeten door iedereen ingevuld worden en dienen om te bepalen of bepaalde vragen op een persoon van toepassing zijn. Een voorbeeld is 'Bent u in de afgelopen 12 maanden bij een specialist geweest?'.
- 2 'Probleemvragen': deze vragen gaan na of mensen problemen ervaren bij het krijgen van toegang tot de zorg en de zorgverzekeraar. De bijbehorende antwoordcategorieën zijn 'groot probleem', 'klein probleem' en 'geen probleem'.
- 3 Vragen die nagaan met welke frequentie aan kwaliteitseisen is voldaan. De antwoordcategorieën zijn 'nooit', 'soms', 'meestal' en 'altijd'.
- 4 Een vraag naar een waarderingscijfer variërend van 0 ('slechtst mogelijk') tot 10 ('best mogelijk').

2.4.1 Aanpassingen aan de vragenlijst ten opzichte van 2007

Op enkele aspecten is de vragenlijst aangepast ten opzichte van vorig jaar. Een aantal aanpassingen is gedaan naar aanleiding van het handboek (Sixma et al., 2007). Zo zijn er bijvoorbeeld verplichte CQI vragen toegevoegd, namelijk vraag 39 ('Hoe vaak namen de artsen en andere zorgverleners u serieus?') en vraag 89 ('Hoe vaak namen de medewerkers van uw zorgverzekeraar u serieus?') en is de formuleringen van een aantal vragen aangepast. Verder is de vragenlijst op enkele punten aangepast op advies van Bureau Taal om de begrijpelijkheid en leesbaarheid te verbeteren. Bijvoorbeeld bij vraag 40 tot en met 43 is 'medewerkers van een dokterspraktijk of polikliniek' vervangen door 'zorgverleners'.

Daarnaast is een aantal vragen opgenomen over veranderde polisvoorwaarden en veranderde vergoeding, naar aanleiding van berichten in de media dat mensen hiermee problemen ondervonden. Vraag 11 is toegevoegd op verzoek van Zorgbalans en de vragen 60, 65 en 78 zijn op eigen initiatief toegevoegd.

Tenslotte zijn bij de achtergrondvragen drie vragen verwijderd, namelijk de vraag naar ziekten en aandoeningen, de vraag naar maatschappelijke positie en de vraag naar samenstelling van het huishouden, omdat de informatie die deze vragen opleverde niet werd gebruikt.

2.5 Selectie van aspecten

De gegevens uit de CQI Zorg en Zorgverzekering worden gebruikt voor keuze-informatie op www.kiesBeter.nl. De selectie van aspecten die dit jaar worden gepresenteerd, is dezelfde als die in voorgaande jaren. Zowel in 2005 als in 2007 is aan de verzekerden gevraagd welke aspecten ze belangrijk vonden en in beide jaren werden dezelfde aspecten belangrijk gevonden. In tabel 2.2 worden de aspecten met gemiddelde belangscores voor 2007 weergegeven. De belangvragen kennen een 4-puntsschaal variërend van ‘van het allergrootste belang’ (1) tot ‘eigenlijk niet zo belangrijk’ (4).

De belangscores in tabel 2.2 zijn gerangschikt in volgorde van belangrijkheid. De belangscores en volgorde van belangrijkheid van 2007 (De Boer et al., 2007) zijn vrijwel identiek aan die van 2005 (Hendriks et al., 2005). De enige uitzondering hierop vormen de aspecten ‘De zorgverzekeraar handelt rekeningen binnen een redelijke termijn af’ en ‘Van tevoren is duidelijk hoeveel moet worden (bij)betaald voor zorg’. Ten opzichte van 2005 zijn deze twee aspecten van plaats gewisseld, maar evenals in 2005 is het verschil in belangscore verwaarloosbaar. Kortom, de selectie die in 2005 is gemaakt voor publicatie op www.kiesBeter.nl is nog steeds van toepassing. Er was geen reden om te verwachten dat deze aspecten in 2008 anders zouden zijn. Daarom zijn de belangvragen dit jaar achterwege gelaten en worden dezelfde aspecten gebruikt.

Tabel 2.2 Gemiddelde belangscore per kwaliteitsaspect voor 2007

	gemiddelde	SD
De zorgverzekeraar lost klachten naar tevredenheid op	1,55	0,69
De zorgverzekeraar handelt rekeningen correct af	1,64	0,72
Niet te hoeven wachten op toestemming van de zorgverzekeraar voor het krijgen van medische zorg	1,68	0,79
Informatie over de zorgverzekeraar is begrijpelijk	1,76	0,77
De zorgverzekeraar handelt klachten snel af	1,76	0,73
De klantenservice van de zorgverzekeraar biedt de benodigde telefonische hulp	1,79	0,78
De klantenservice van de zorgverzekeraar is telefonisch goed bereikbaar	1,79	0,75
De zorgverzekeraar handelt rekeningen binnen een redelijke termijn af	1,87	0,79
Van tevoren is duidelijk hoeveel moet worden (bij)betaald voor zorg	1,89	0,83
De formulieren van de zorgverzekeraar zijn gemakkelijk in te vullen	1,91	0,79
Informatie over de zorgverzekeraar is goed te vinden	1,97	0,79
Ontvangen van hulp van de zorgverzekeraar bij het krijgen van benodigde zorg	2,04	0,94
Gebruik kunnen maken van hulpverleners met wie de zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten	2,34	1,00
Hulp van zorgverzekeraar via email	2,75	1,00
De zorgverzekeraar heeft een kantoor in de buurt	3,15	1,06

2.6 Schaalconstructie

Dit jaar zijn dezelfde schalen gebruikt als voorgaande jaren voor de verschillende kwaliteitsaspecten. Zo zorgden we voor zoveel mogelijk overlap tussen de verschillende metingen. De betrouwbaarheden van de zes schalen werden opnieuw vastgesteld door middel van Cronbach's alpha. Een uitzondering hierop vormde de schaal 'bejegening'. Voor het kwaliteitsaspect 'bejegening' zijn verplichte vragen vastgesteld door het Centrum Klantervaring Zorg. Een van deze vragen is dit jaar voor het eerst in de lijst opgenomen, namelijk de vraag hoe vaak men serieus genomen wordt. Deze vraag is toegevoegd aan de schaal bejegening door artsen en zorgverleners en aan de schaal bejegening door de medewerkers van de zorgverzekeraar.

2.6.1 *Ervaringen met de zorg*

Er werd een schaal gevormd van zes items over de bejegening door artsen en zorgverleners. Aan de respondenten werd gevraagd hoe vaak artsen en andere zorgverleners beleefd en respectvol waren, de respondenten serieus namen, behulpzaam waren, met aandacht luisterden, dingen begrijpelijk uitlegden en voldoende tijd namen. De items over de 'bejegening door artsen en andere zorgverleners' vormden een betrouwbare schaal ($\alpha=.90$).

Daarnaast vormden we net als voorgaande jaren nog twee andere betrouwbare schalen: 'toegankelijkheid van de zorg' en 'het krijgen van de benodigde hulp'. De schaal toegankelijkheid van de zorg ($\alpha=.75$) bestaat uit acht items die vragen naar problemen bij het vinden van een huisarts, het krijgen van een verwijzing voor een specialist, het krijgen van een afspraak met een specialist, het telefonisch bereiken van de dokterspraktijk tijdens kantooruren, het telefonisch bereiken van de dokterspraktijk buiten kantooruren, het krijgen van een behandeling of onderzoek, het moeten wachten op een behandeling of onderzoek en het moeten reizen voor een behandeling of onderzoek.

Items in de schaal 'Krijgen van de benodigde hulp' ($\alpha=.85$) hebben betrekking op hoe vaak mensen de benodigde telefonische hulp tijdens kantooruren kregen, de benodigde telefonische hulp buiten kantooruren kregen, snel hulp bij spoedgevallen kregen, de benodigde hulp bij spoedgevallen kregen, snel een afspraak kregen en de benodigde hulp tijdens een afspraak kregen.

2.6.2 *Ervaringen met de zorgverzekeraar*

In navolging van de bejegening door artsen en andere zorgverleners is de bejegening door de medewerkers van de zorgverzekeraar nagevraagd. De items hadden betrekking op hoe vaak medewerkers van de zorgverzekeraar beleefd en respectvol waren, de verzekerden serieus namen, behulpzaam waren, met aandacht luisterden, dingen begrijpelijk uitlegden en voldoende tijd namen. De betrouwbaarheid van deze schaal was hoog ($\alpha=.94$). Verder konden drie items rondom informatievoorziening samengenomen worden in een

schaal ($\alpha=.76$). Op deze items gaven de respondenten aan in hoeverre het een probleem was om opgestuurde informatie over de zorgverzekeraar te begrijpen, informatie over de zorgverzekeraar zelf te vinden en zelf gevonden informatie te begrijpen. Als laatste vormden de twee vragen over hoe vaak de zorgverzekeraar rekeningen correct en snel afhandelden een schaal ($\alpha=.67$).

Het bovenstaande resulteerde in zes schalen, drie voor de ervaringen met de zorg en drie voor de ervaringen van de zorgverzekeraar. Naast de gevormde schalen en de waarderingscijfers voor de zorgverzekeraar, de gezondheidszorg in het algemeen, de huisarts en de specialist (zie paragraaf 2.4) was er op www.kiesBeter.nl nog beperkt ruimte over om resultaten te presenteren. De overige items die gepresenteerd worden op de internetsite zijn:

- de ervaren problemen bij het telefonisch bereiken van de klantenservice;
- het ontvangen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice;
- duidelijkheid over het moeten (bij)betalen voor zorg.

In dit rapport wordt, evenals in voorgaande jaren, ook nog aandacht besteed aan de aspecten 'ervaren problemen bij het ontvangen van niet-gecontracteerde zorg' en 'ervaren problemen bij uitstel van zorg tijdens wachten op goedkeuring van de zorgverzekeraar'. Deze aspecten worden niet gepresenteerd op www.kiesBeter.nl omdat er per zorgverzekeraar niet genoeg verzekerden waren die hier ervaring mee hadden. Dit jaar besteden we voor het eerst ook aandacht aan de aspecten, 'de veranderende polisvoorwaarden', 'begrip veranderde polisvoorwaarden' en 'duidelijkheid over de vergoeding die veranderd is'. Deze vragen zijn dit jaar toegevoegd aan de vragenlijst, maar vooralsnog niet opgenomen in de selectie van kwaliteitsaspecten op www.kiesBeter.nl. Deze selectie bestaat namelijk al een aantal jaren en we zijn daarom wat terughoudend met het aanbrengen van wijzigingen. Bovendien zijn er geen belangsscores beschikbaar voor sommige van deze aspecten. Voor een volgende meting zou het niettemin de moeite waard zijn om te bekijken op welke wijze deze aspecten kunnen worden opgenomen in de presentatie op www.kiesBeter.nl.

2.7 Statistische analyses

De ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraar werden in kaart gebracht, eerst onafhankelijk van de zorgverzekeraar en daarna per zorgverzekeraar. Per persoon berekenden we het gemiddelde voor de schalen, maar alléén indien de persoon minimaal de helft van de bijbehorende items had ingevuld. Tevens werden daarnaast scores voor deze schalen berekend op basis van de frequentieverdelingen, waarbij per antwoordcategorie de gemiddelde frequentie werd berekend.

Door middel van multilevel regressieanalyses in MLwiN bepaalden we vervolgens of er verschillen bestonden tussen zorgverzekeraars op de verschillende aspecten van ervaringen met de zorg en de zorgverzekeraar. Anders gezegd: we gingen na of verzekerden van verschillende zorgverzekeraars verschillende ervaringen hebben met de zorg en de zorgverzekeraar.

In deze multilevel regressie-analyses werd rekening gehouden met de gelaagdheid van de gegevens. We onderscheidden twee hiërarchische niveaus: het niveau van label (N=32) en het niveau van de verzekerde (N=7.183). Strikt genomen is er nog een derde niveau te onderscheiden, namelijk het niveau van de concerns. Dit niveau hebben we niet opgenomen in onze analyse, omdat uit onderzoek blijkt dat dit derde niveau nauwelijks of geen verschillen laat zien (Bloemendal et al., 2008) en we dit derde niveau ook in de voorgaande jaren niet op hadden genomen. De intra-klasse correlatie (ICC) die uit de regressie-analyses naar voren komt, geeft het percentage van de totale variantie weer dat is toe te schrijven aan de verschillen tussen zorgverzekeraars. Hoe hoger het percentage, hoe groter de verschillen tussen zorgverzekeraars. Of de verschillen tussen zorgverzekeraars ook significant zijn, werd bepaald met een tweezijdige chi-kwadraat toets.

In de multilevel regressie-analyses werd gecorrigeerd voor de invloed van de variabelen leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid, om de vergelijkingen tussen zorgverzekeraars zo eerlijk mogelijk te maken (Zaslavsky et al., 2001; O'Malley et al., 2005; Arah et al., 2006). Ook de data voor de staafdiagrammen per zorgverzekeraar zijn dit jaar, evenals vorig jaar, gecorrigeerd voor leeftijd, opleiding en gezondheid. Deze correcties (in technische termen 'case mix adjustment') zijn overgenomen uit de Amerikaanse CAHPS protocollen. Uit eerder onderzoek in de Verenigde Staten is gebleken dat ouderen, mensen met een lagere opleiding en gezonde verzekerden over het algemeen meer tevreden zijn over de prestaties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders (Zaslavsky et al., 2001). Tegelijkertijd kan worden aangenomen dat de verzekerdenpopulaties van de verschillende verzekeraars van samenstelling verschillen op deze achtergrondkenmerken (wat betreft de leeftijdsopbouw blijkt dit ook uit tabel 3.1). Daarom zou voor deze persoonsgebonden kenmerken gecorrigeerd moeten worden. In een eerder stadium zijn statistische analyses uitgevoerd om te controleren of er wellicht ook andere persoonsgebonden kenmerken zijn waarvoor in Nederland gecorrigeerd zou moeten worden. Het bleek dat er geen andere kenmerken zijn waarvoor op statistische gronden gecorrigeerd zou moeten worden (Damman et al., 2006).

Om tot een indeling in drie groepen te komen voor de presentatie van de resultaten op www.kiesBeter.nl, is in de multilevel analyses ook bekeken of het gemiddelde over alle zorgverzekeraars valt binnen de 95%-betrouwbaarheidsintervallen van het gemiddelde per zorgverzekeraar. Een zorgverzekeraar werd ingedeeld in de laagste of hoogste categorie, indien het betrouwbaarheidsinterval van het gemiddelde van de zorgverzekeraar geheel beneden of geheel boven de gemiddelde score over alle zorgverzekeraars viel. De laagste categorie kreeg één ster toegewezen, de hoogste categorie drie sterren. Als het betrouwbaarheidsinterval overlapte met de gemiddelde score, kreeg de zorgverzekeraar twee sterren toegewezen.

3 Beschrijving van de steekproef

3.1 Representativiteit van de steekproef

Om te bekijken of de personen die een vragenlijst ontvingen representatief waren voor de verzekerdenpopulatie van de bijbehorende zorgverzekeraar werden deze twee groepen met elkaar vergeleken wat betreft leeftijd en geslacht. Van de 750 geselecteerde verzekerden per verzekeraar waren geboortedatum en geslacht bekend. We berekenden de leeftijd van de verzekerden met als peildatum 1 april 2008. Daarnaast verstrekten de zorgverzekeraars informatie over de gemiddelde leeftijd en het aantal mannen en vrouwen van de groep verzekerden waaruit de 750 personen waren geselecteerd (zie paragraaf 2.2). Er werd bekeken of de gemiddelde leeftijd en de percentages mannen en vrouwen van beide groepen verschilden door te bepalen of de populatiewaarden binnen het 95%-betrouwbaarheidsinterval vielen van de steekproefwaarden (zie tabel 3.1).

Wat betreft leeftijd valt uit tabel 3.1 op te maken dat de steekproeven van vier labels niet representatief waren voor hun totale verzekerdenpopulatie. Dit was het geval bij De Friesland Zorgverzekeraar, ONVZ, PWZ Achmea en Zorgverzekeraar UMC. Kijken we naar de geslachtsverdeling, dan zien we dat de steekproeven van drie labels niet representatief waren voor de verzekerdenpopulaties. Dit gold voor IZA Zorgverzekeraar, VGZ en Zorgverzekeraar UMC.

Hoewel sommige steekproeven niet representatief waren voor de bijbehorende verzekerdenpopulatie, kan dit de uiteindelijke sterrenindeling niet wezenlijk hebben beïnvloed. In de analyses wordt namelijk gecorrigeerd voor de invloed van leeftijd en voor geslacht hoeft op statistische gronden niet gecorrigeerd te worden (Damman et al., 2006).

Tabel 3.1 De gemiddelde leeftijd en het percentage mannen en vrouwen in de populatie en de steekproef

label	populatie			steekproef		
	leeftijd	% man	% vrouw	leeftijd	% man	% vrouw
Agis	49,8	52,3	47,7	48,3 (46,9-49,6)	55,3 (51,8-58,9)	44,7 (41,1-48,2)
AnderZorg	43,8	53,1	46,9	43,1 (41,9-44,3)	53,5 (49,9-57,0)	46,5 (43,0-50,1)
Avero Achmea	46,0	52,9	47,1	46,0 (44,9-47,1)	52,1 (48,6-55,7)	47,9 (44,3-51,4)
Azivo	50,1	42,5	57,5	49,8 (48,5-51,1)	42,3 (38,7-45,8)	57,7 (54,2-61,3)
CZ	47,0	50,4	49,6	47,8 (46,5-49,1)	48,0 (44,4-51,6)	52,0 (48,4-55,6)
De Amersfoortse	46,9	53,5	46,5	47,8 (46,7-48,9)	50,7 (47,1-54,2)	49,3 (45,8-52,9)
De Friesland Zorgverzekeraar	47,3	49,0	51,0	48,9 (47,7-50,2)	47,3 (43,8-50,9)	52,7 (49,1-56,2)
De Goudse	48,0	55,5	44,5	47,8 (46,6-49,1)	54,0 (50,4-57,6)	46,0 (42,4-49,6)
DSW	46,6	45,9	54,1	46,1 (44,8-47,3)	46,3 (42,7-49,8)	53,7 (50,2-57,3)
DVZ	44,5	50,5	49,5	44,8 (43,6-46,0)	50,3 (46,7-53,8)	49,7 (46,2-53,3)
FBTO	43,0	66,7	33,3	42,8 (41,8-43,8)	68,5 (65,2-71,9)	31,5 (28,1-34,8)
Fortis ASR	47,3	56,9	43,1	47,4 (46,3-48,5)	55,5 (51,9-59,0)	44,5 (41,0-48,1)
Groene Land Achmea	50,7	47,9	52,1	49,3 (48,0-50,7)	49,1 (45,5-52,6)	50,9 (47,4-54,5)
Interpolis ZorgActief	45,3	51,9	48,1	44,7 (43,5-45,9)	53,1 (49,5-56,6)	46,9 (43,4-50,5)
IZA Zorgverzekeraar	54,1	49,7	50,3	53,7 (52,8-54,6)	62,8 (59,3-66,3)	37,2 (33,7-40,7)
IZZ Zorgverzekeraar	44,0	38,5	61,5	43,1 (42,1-44,1)	37,2 (33,7-40,7)	62,8 (59,3-66,3)
Menzis	48,2	51,9	48,1	47,9 (46,6-49,1)	52,9 (49,4-56,5)	47,1 (43,5-50,6)
OHRA	53,8	63,7	36,3	54,7 (53,4-56,0)	66,0 (62,6-69,4)	34,0 (30,6-37,4)
ONVZ	49,9	53,5	46,5	47,3 (46,3-48,3)	52,8 (49,2-56,4)	47,2 (43,6-50,8)
OZF Achmea	50,3	51,1	48,9	49,6 (48,3-50,9)	49,2 (45,6-52,8)	50,8 (47,2-54,4)
Pro Life	46,2	65,1	34,9	46,1 (44,7-47,5)	63,1 (59,6-66,5)	36,9 (33,5-40,4)
PNO Ziektekosten	50,8	48,7	51,3	50,8 (49,7-52,0)	51,1 (47,5-54,6)	48,9 (45,4-52,5)
PWZ Achmea	52,2	43,6	56,4	50,6 (49,3-52,0)	44,4 (40,8-48,0)	55,6 (52,0-59,2)
Salland verzekeringen	49,6	46,9	53,1	49,3 (48,0-50,7)	48,5 (45,0-52,1)	51,5 (47,9-55,0)
SIZ	41,0	43,5	56,5	40,0 (39,0-41,0)	42,9 (39,4-46,5)	57,1 (53,5-60,6)
Stad Holland	42,8	51,9	48,1	43,1 (42,1-44,0)	49,7 (46,2-53,3)	50,3 (46,7-53,8)
Zorgverzekeraar						
Trias	50,0	46,2	53,8	50,1 (48,7-51,4)	44,1 (40,6-47,7)	55,9 (52,3-59,4)
Unive	47,2	50,2	49,8	47,2 (45,9-48,4)	49,7 (46,2-53,3)	50,3 (46,7-53,8)
VGZ	49,0	48,7	51,3	50,3 (49,0-51,6)	44,1 (40,6-47,7)	55,9 (52,3-59,4)
Zilveren Kruis Achmea	50,7	48,8	51,2	51,1 (49,8-52,5)	48,9 (45,4-52,5)	51,1 (47,5-54,6)
Zorg en Zekerheid	49,6	45,3	54,7	49,9 (48,6-51,3)	46,4 (42,8-50,0)	53,6 (50,0-57,2)
Zorgverzekeraar UMC	42,5	42,9	57,1	44,7 (43,8-45,5)	32,1 (28,8-35,5)	67,9 (64,5-71,2)

3.2 Selectie van verzekerden

De CQI-richtlijnen zoals beschreven in het Handboek CQI Meetinstrumenten (Sixma et al., 2008) specificeren welke respondenten moeten worden uitgesloten van de analyses. De volgende zijn in het huidige onderzoek gebruikt:

- 1 Respondenten die ten onrechte zijn aangeschreven (dit zijn respondenten die overleden zijn, respondenten waarvan de vragenlijst onbestelbaar retour is gekomen, en respondenten die niet tot de doelgroep behoren).

- 2 Respondenten die minder dan vijf vragen hebben beantwoord (de zogenaamde blanco lijsten).
- 3 Respondenten die niet hebben aangegeven bij welke zorgverzekeraar men verzekerd is.
- 4 Respondenten die de vragen door iemand anders hebben laten beantwoorden.
- 5 Respondenten die de vragenlijst niet compleet genoeg hebben ingevuld, dat wil zeggen de respondenten die niet voldoende demografische kenmerken en andere sleutelvragen hebben beantwoord.
- 6 Respondenten die ontbrekende waarden hebben bij de case mix adjusters.

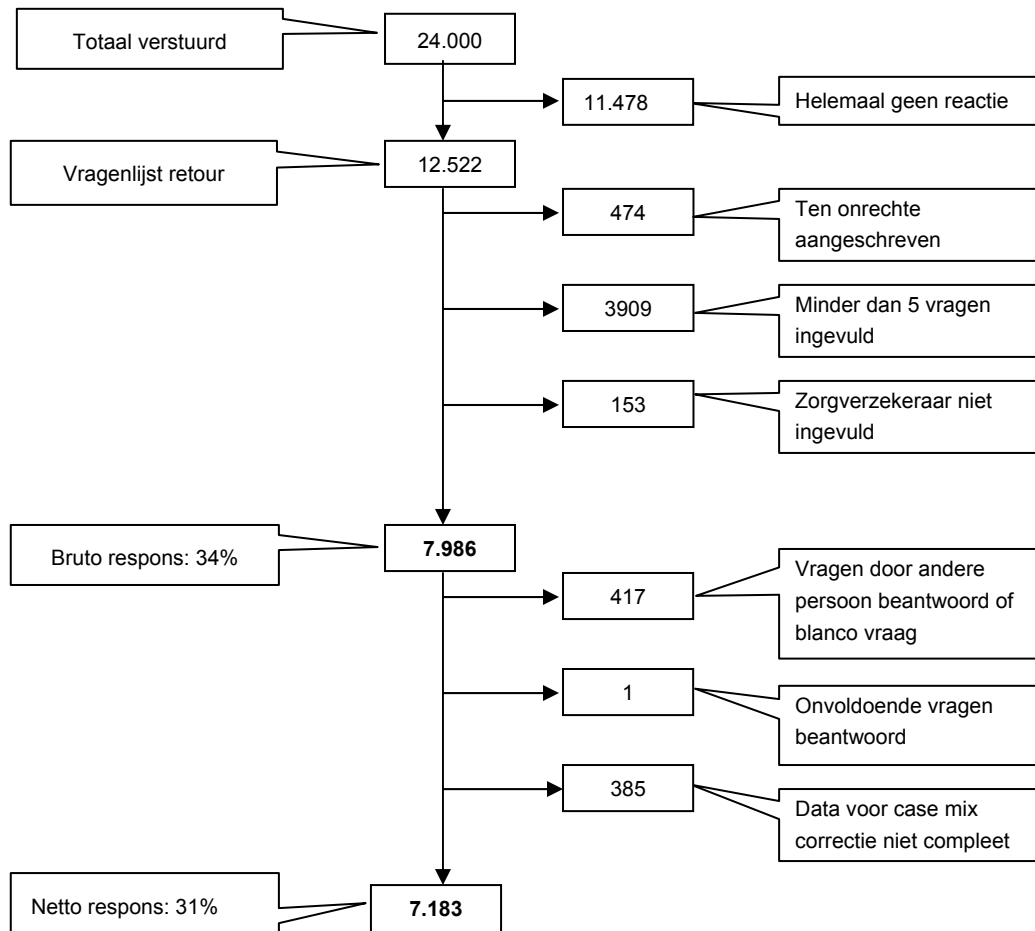
Hierna worden de richtlijnen besproken en geven we aan hoeveel personen in het huidige onderzoek aan de hand van de richtlijnen verwijderd werden. Zie ook figuur 3.1 voor de aantallen personen die per stap verwijderd zijn.

3.2.1 *Ten onrechte aangeschreven en blanco lijsten verwijderen*

De vragenlijst werd verstuurd naar 24.000 mensen. Van deze groep reageerden 11.478 mensen helemaal niet. 12.522 verzekerden stuurden een vragenlijst terug. Eerst zijn de deelnemers verwijderd die ten onrechte zijn aangeschreven. Er werden 13 vragenlijsten blanco teruggestuurd omdat de aangeschrevene overleden was en 97 vragenlijsten kwamen onbestelbaar retour. Daarna zijn de deelnemers verwijderd die niet dezelfde zorgverzekeraar opgaven als de zorgverzekeraar waarvan wij zijn of haar adres ontvingen (N=291). Ten slotte zijn de respondenten verwijderd die korter dan een jaar bij de betreffende zorgverzekeraar verzekerd waren (N=73). In totaal werden er dus 474 lijsten verwijderd omdat de respondenten niet tot de doelgroep behoorden.

Vervolgens zijn 3.909 lijsten verwijderd omdat de betreffende respondenten minder dan vijf vragen hadden ingevuld. Daarna werden 153 lijsten verwijderd omdat men geen antwoord had gegeven op de vraag bij welke zorgverzekeraar men verzekerd was.

Figuur 3.1 Respons van de verzekerden



3.2.2 Hulp bij het invullen van de vragenlijst

De vragenlijst diende ingevuld te worden door de aangeschreven persoon. Mensen mochten hulp vragen bij het invullen, maar de antwoorden moesten wel van hen zelf komen. 417 personen gaven aan dat de vragenlijst door een ander was ingevuld of gaven geen antwoord op de vraag naar hulp bij het invullen. Deze personen werden uitgesloten van de verdere analyses.

3.2.3 Compleetheit van invullen

Een persoon werd alleen voor de verdere analyses geselecteerd indien hij of zij voldoende vragen had beantwoord. In het Handboek CQI Meetinstrumenten (Sixma et al., 2008) wordt een vragenlijst beschouwd als voldoende compleet ingevuld indien 50% of meer van de zogenoemde sleutelvragen en demografische kenmerken zijn ingevuld. De CQI Zorg en Zorgverzekering bestaat uit 27 dergelijke vragen. Van de overgebleven personen had 1 persoon meer dan 13 van deze vragen niet ingevuld. Ten slotte werden er 385

lijsten verwijderd van deelnemers die een of meer ontbrekende waarden hadden bij de variabelen die gebruikt werden bij case-mix adjustment.

Tabel 3.2 Aantal respondenten en netto respons percentage per label

label	N	netto respons (%)
Agis	176	24,5
AnderZorg	206	27,6
Avero Achmea	213	28,9
Azivo	170	22,8
CZ	221	29,8
De Amersfoortse	196	25,6
De Friesland Zorgverzekeraar	230	30,7
De Goudse	210	27,8
DSW	222	29,9
DVZ Achmea	295	38,3
FBTO	193	25,8
Fortis ASR	183	25,3
Groene Land Achmea	212	29,1
Interpolis ZorgActief	237	31,7
IZA Zorgverzekeraar	313	49,3
IZZ Zorgverzekeraar	313	42,6
Menzis	218	29,5
OHRA	236	31,7
ONVZ	209	28,1
OZF Achmea	291	38,9
Pro Life	246	32,6
PNO Ziektekosten	238	31,9
PWZ Achmea	186	24,3
Salland verzekeringen	256	33,9
SIZ	199	26,5
Stad Holland Zorgverzekeraar	180	24,1
Trias	233	31,1
Univé	211	28,4
VGZ	231	31,8
Zilveren Kruis Achmea	219	30,4
Zorg en Zekerheid	207	27,7
Zorgverzekeraar UMC	233	30,2

Voor het berekenen van de netto respons werden conform de CQI-richtlijnen respondenten waarvan niet zeker was of zij tot de doelgroep behoorden niet meegerekend in de noemer. In de teller werden ook degenen die geen zorgverzekeraar hadden ingevuld, degenen die minder dan 5 vragen hadden ingevuld, degenen die de vragenlijst niet zelf hadden ingevuld en die ontbrekende waarden hadden bij de case-mix adjusters, niet meegenomen. De bruto-respons was $7.986/23.526 \times 100 = 34\%$ en de netto-respons was $7.183/23.526 \times 100 = 31\%$. Dit is een vrij lage respons in vergelijking met de voorgaande jaren (34 % in 2007, 40% in 2006 en 39% in 2005). Tabel 3.2 laat zien hoeveel personen per label zijn meegenomen in de verdere analyses.

3.2.4 *Skip-instructies*

Tenslotte is nagegaan of mensen de skip-instructies van de vragenlijst goed hadden opgevolgd. Op verschillende plaatsen in de vragenlijst kregen verzekerden instructies om bepaalde vragen wel of niet in te vullen, afhankelijk van hun antwoord op de vorige vraag. Een voorbeeld: een cijfer voor een specialist moest alleen gegeven worden door respondenten die aangaven dat zij in de afgelopen 12 maanden bij een specialist waren geweest. Onterecht gegeven antwoorden werden conform de CQI-richtlijnen verwijderd uit het databestand. Onterecht overgeslagen vragen werden geregistreerd als missende waarden.

3.3 Non-respons analyse

Om na te gaan of personen die de vragenlijst invulden verschillen van personen die dit niet deden, werd een non-respons analyse uitgevoerd. We vergeleken de leeftijd en het geslacht van de groep respondenten met die van de groep non-respondenten. Voor deze vergelijking maakten we gebruik van de gegevens voor leeftijd en geslacht zoals deze waren aangeleverd door de zorgverzekeraar. In navolging van de CQI-richtlijnen bestond de groep respondenten voor deze vergelijking uit alle personen die een ingevulde vragenlijst retourneerden en die bovendien aangaven verzekerd te zijn bij de zorgverzekeraar waarvan wij zijn of haar adres hadden ontvangen en waarvan de vragenlijst niet als onbruikbaar was verklaard bij de opschoningsprocedure. Met andere woorden, bij de non-respons analyse gingen we uit van de netto-respons. We maakten verder gebruik van netto verstuurd. Dit is het totaal aantal verstuurdde lijsten min de vragenlijsten waarvan de verzekerden onterecht zijn aangeschreven. 7.183 (31%) van de 23.526 personen classificeerden we als respondent en de overige 16.049 (69%) personen als non-respondent.

Na beëindiging van de dataverzameling leverde het mailhouse een sleutelbestand met daarin de verzekerdennummers en de unieke identificatienummers van alle personen die een vragenlijst ontvingen. Vervolgens leverden de zorgverzekeraars een bestand aan met daarin geboortedatum en geslacht gekoppeld aan het verzekerdennummer. Door combinatie van deze twee bestanden werden leeftijd (peildatum is 1 april 2008) en geslacht gekoppeld aan het unieke identificatienummer van alle personen in de steekproef. Vervolgens classificeerden we met behulp van het identificatienummer iedere persoon als respondent of als non-respondent en verwijderden we het verzekerdennummer. Het resultaat was een bestand met daarin het identificatienummer, leeftijd, geslacht en een variabele die aangaf of de persoon een respondent of non-respondent was. Het koppelbestand van het mailhouse werd na de analyse vernietigd.

De respondenten ($M = 49,1$ jaar, $SD = 18,0$) waren gemiddeld genomen ouder dan de non-respondenten ($M = 47,0$ jaar, $SD = 16,7$; $t = 8,53$, $p < .001$). Zie tabel 3.3 voor de leeftijdsverdeling binnen de groep respondenten en de groep non-respondenten. Van 19 respondenten was de leeftijd onbekend.

Het percentage mannen en vrouwen onder respondenten en non-respondenten is te vinden in tabel 3.4. Er was geen verschil tussen hoe vaak mannen en hoe vaak vrouwen de vragenlijst invulden en retourneerden ($\chi^2 < 1$, ns.).

Tabel 3.3 Respondenten en non-respondenten naar leeftijdscategorie

leeftijd	non-respondenten		respondenten		steekproef	
	N	%	N	%	N	%
18-24 jaar	1.594	9,7	651	9,1	2.245	9,5
25-34 jaar	2.555	15,6	1.115	15,5	3.670	15,6
35-44 jaar	3.582	21,8	1.330	18,5	4.912	20,8
45-54 jaar	3.254	19,8	1.295	18,0	4.549	19,3
55-64 jaar	2.825	17,2	1.225	17,1	4.050	17,2
65-74 jaar	1.569	9,6	875	12,2	2.444	10,4
75 jaar of ouder	1.039	6,3	689	9,6	1.728	7,3

Tabel 3.4 Respondenten en non-respondenten naar geslacht

geslacht	non-respondenten		respondenten		steekproef	
	N	%	N	%	N	%
man	8.250	50,2	3.630	50,5	11.880	50,3
vrouw	8.184	49,8	3.553	49,5	11.737	49,7

3.4 Achtergrondkenmerken van de respondenten

Deze paragraaf beschrijft enkele achtergrondkenmerken van de 7.183 personen van wie de gegevens meegenomen zijn in de verdere analyses en waarop de resultaten in hoofdstuk 4 zijn gebaseerd (zie paragraaf 3.3).

Onder de respondenten waren 3.178 (44,5%) mannen en 3.958 (55,5%) vrouwen (van 47 respondenten was het geslacht niet bekend). Deze percentages wijken af van de percentages in tabel 3.4. De percentages in tabel 3.4 zijn gebaseerd op de gegevens van de zorgverzekeraar, omdat we voor de non-respondenten alleen gegevens hadden van de zorgverzekeraar, terwijl de percentages in deze paragraaf zijn gebaseerd op de antwoorden van de respondenten zelf. Een mogelijke verklaring is dat binnen een huishouden de vrouw en man bij dezelfde zorgverzekeraar verzekerd zijn en de vrouwen de vragenlijst voor hun man hebben ingevuld. Tabel 3.5 toont de verdeling van de respondenten in leeftijdscategorieën. Het blijkt dat de meeste respondenten tussen de 35 en 74 jaar oud waren. Tabel 3.5 laat ook zien dat ruim de helft van de respondenten minimaal een diploma op het niveau van middelbaar beroepsonderwijs heeft behaald. De respondenten werd tevens gevraagd naar hun ervaren gezondheid. De meeste respondenten vonden hun gezondheid goed tot uitstekend. Slechts een minderheid was minder tevreden over zijn of haar gezondheid en noemt deze slecht tot matig. Er is ook

een vraag gesteld naar het gezinsinkomen van de respondenten. 1.141 respondenten (16,3%) hadden een gezinsinkomen van meer dan €3.100 per maand.

Tabel 3.5 Respondenten naar leeftijd, afgeronde opleiding, ervaren gezondheid en gezinsinkomen

	N	%
Leeftijd		
18-24 jaar	318	4,4
25-34 jaar	828	11,5
35-44 jaar	1.176	16,4
45-54 jaar	1.517	21,1
55-64 jaar	1.696	23,6
65-74 jaar	1.087	15,1
75 jaar of ouder	561	7,8
Opleiding		
geen opleiding	133	1,9
lager onderwijs	369	5,1
lager of voorbereidend beroepsonderwijs	1.146	16,0
middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	1.244	17,3
middelbaar beroepsonderwijs	1.375	19,1
hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs	723	10,1
hoger beroepsonderwijs	1.538	21,4
wetenschappelijk onderwijs	655	9,1
Ervaren gezondheid		
uitstekend		
zeer goed	770	10,7
goed	1.573	21,9
redelijk	3.700	51,5
slecht	1.014	14,1
	126	1,8
Netto gezinsinkomen per maand		
minder dan €1100	409	5,9
tussen €1100 en €1200	202	2,9
tussen €1200 en €1300	204	2,9
tussen €1300 en €1400	198	2,8
tussen €1400 en €1500	210	3,0
tussen €1500 en €1600	218	3,1
tussen €1600 en €1700	215	3,1
tussen €1700 en €1900	360	5,2
tussen €1900 en €2100	420	6,0
tussen €2100 en €2300	371	5,3
tussen €2300 en €2500	331	4,7
tussen €2500 en €2700	340	4,9
tussen €2700 en €2900	261	3,7
tussen €2900 en €3100	272	3,9
meer dan €3100	1.141	16,3
ik wil hierover geen informatie verstrekken	1.827	26,2

Het merendeel van de respondenten (N=6.634, 93,0%) was in Nederland geboren en had ook een vader (N=6.528, 91,6%) en/of een moeder (N=6.440, 90,6%) die in Nederland geboren is. Daarnaast spraken de meeste mensen thuis Nederlands (of Fries of een Nederlands dialect, N=6.800, 97,0%).

3.4.1 Verzekering

We hebben drie vragen gesteld over hoe mensen verzekerd zijn. Eerst werd gevraagd of mensen aanvullend verzekerd zijn tegen ziektekosten of niet. Daarna werd gevraagd of mensen individueel of collectief verzekerd zijn. Tenslotte werd naar de soort verzekering gevraagd: zorg in natura, restitutie of een combinatie van die twee. Een klein deel van de respondenten had alleen een basisverzekering (N=588, 8,3%). De overige respondenten hadden een basisverzekering en een aanvullende verzekering (N=6.530, 91,7%). Ongeveer de helft van de respondenten (N=3.536, 50,4%) had een individuele verzekering. De overige respondenten waren collectief verzekerd: 29,4% (N=2.059) via zijn of haar werkgever, 8,1% (N=569) via de werkgever van zijn of haar partner, en 12,1% (N=848) niet via de werkgever. Een kwart van de respondenten (N=1.911, 27,6%) wist niet of hij/zij een 'zorg in natura polis' of een 'restitutiepolis' had. 35,3% (N=2.445) van de mensen hadden een 'zorg in natura polis', 15,8% (N=1.098) een 'restitutie polis' en 21,3% (N=1.477) een combinatie van zorg in natura en restitutie.

Ook is gevraagd naar het aantal jaren dat mensen verzekerd zijn bij de huidige zorgverzekeraar. Ongeveer de helft van de respondenten (N=3.544, 50,0%) was langer dan 10 jaar verzekerd bij de huidige zorgverzekeraar. Daarnaast was 5,2% (N=365) van de respondenten tenminste 1 jaar, maar minder dan 2 jaar verzekerd bij de huidige zorgverzekeraar. Deelnemers die aangaven korter dan een jaar verzekerd te zijn bij de huidige zorgverzekeraar zijn niet meegenomen in de analyses.

4 Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraar

4.1 Ervaringen van de verzekerden voor alle zorgverzekeraars gezamenlijk

Het huidige onderzoek beoogt de ervaringen van verzekerden met de ambulante medische zorg en met hun zorgverzekeraar in kaart te brengen. In eerste instantie worden de ervaringen van alle respondenten gezamenlijk bekeken, onafhankelijk van de zorgverzekeraar (zie figuren 4.1 tot en met 4.3). In bijlage 2 worden de aspecten die ook op www.kiesBeter.nl worden gepresenteerd per zorgverzekeraar afzonderlijk weergegeven.

4.1.1 Ervaringen met de zorg

Uit figuur 4.1 blijkt dat verzekerden over het algemeen tevreden zijn over de zorg die ze ontvangen van de huisarts ($M=7,8$; het gemiddelde cijfer per zorgverzekeraar varieert van 7,7 tot 7,9) en de specialist die ze in het afgelopen jaar bezochten ($M=7,7$; per zorgverzekeraar waren de casemix gecorrigeerde gemiddelden niet betrouwbaar te schatten, omdat de variantie onvoldoende was). Ook de gezondheidszorg in het algemeen krijgt van de meeste mensen een ruime voldoende ($M=7,9$; het gemiddelde cijfer per zorgverzekeraar varieert van 7,8 tot 7,9).

Wat betreft de bejegening door artsen en andere zorgverleners geeft het merendeel van de respondenten aan dat artsen en zorgverleners hen altijd vriendelijk en met aandacht benaderden (zie figuur 4.3). Ruim een derde van de respondenten vindt dat dit meestal het geval was en slechts een kleine groep zegt nooit of soms vriendelijk en met aandacht benaderd te worden. Ook hadden verzekerden positieve ervaringen met de toegankelijkheid van zorg. Van de respondenten geeft het grootste deel aan geen problemen gehad te hebben met dit aspect (zie figuur 4.2). Wat betreft het krijgen van de benodigde hulp in de zorg geeft een ruime meerderheid aan dit altijd te krijgen en bijna een derde geeft aan dit meestal te krijgen.

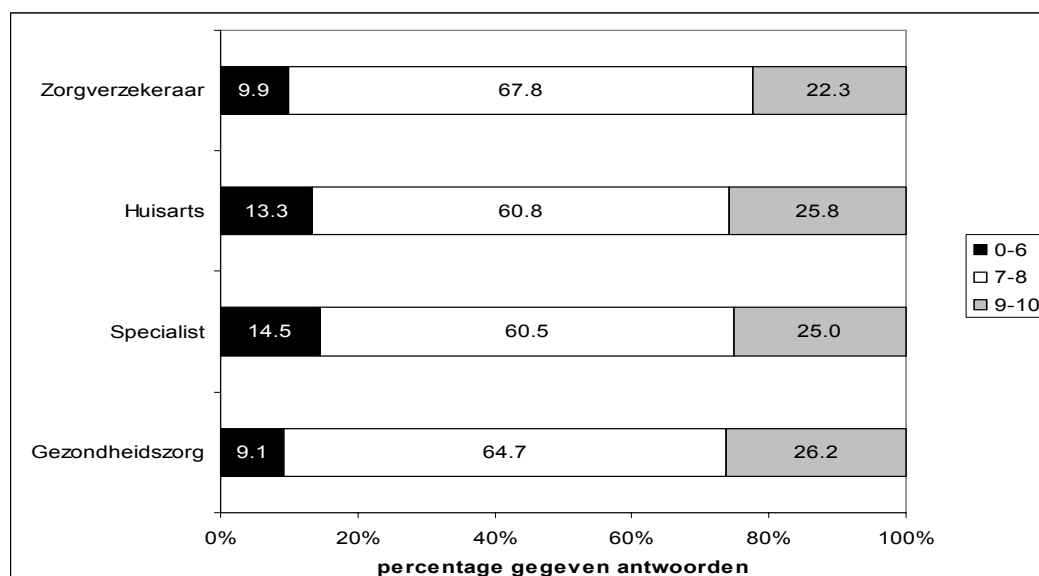
4.1.2 Ervaringen met de zorgverzekeraar

Naast de zorg geven de meeste verzekerden ook de zorgverzekeraar een ruime voldoende (zie figuur 4.1). Het gemiddelde rapportcijfer per zorgverzekeraar varieert van een 7,4 tot een 8,7 met een gemiddelde van 7,8.

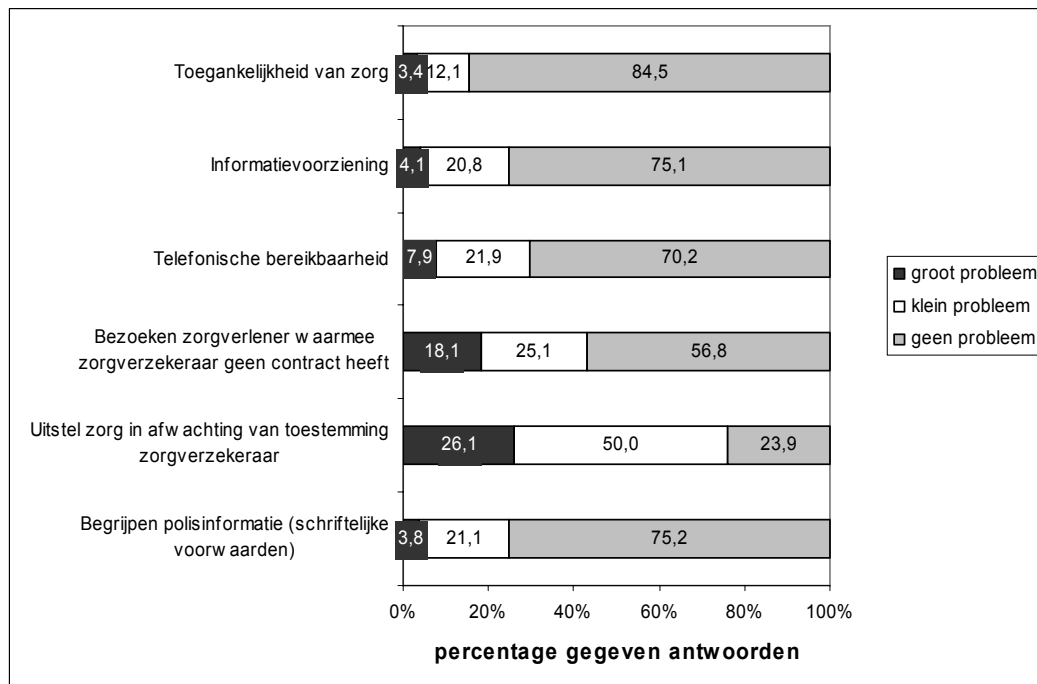
Uit figuur 4.2 blijkt dat drie kwart van de verzekerden niet veel moeite heeft om informatie over de zorgverzekeraar te vinden en te begrijpen. Dit jaar werd ook gevraagd aan respondenten of hun polisvoorwaarden waren veranderd. Op deze vraag antwoordde

38,6% van de respondenten dat polisvoorwaarden waren veranderd, 29,0% gaf aan dit niet te weten en 32,3% gaf aan dat de polisvoorwaarden niet waren veranderd (niet in figuur). Van de respondenten die aangaven dat hun polisvoorwaarden waren veranderd (N=2.699) had drie kwart geen problemen om de schriftelijke informatie hierover te begrijpen (zie figuur 4.2). Het telefonisch bereiken van de klantenservice van de zorgverzekeraar wordt door een minderheid van de respondenten als een probleem ervaren. Met de telefonische hulp door de klantenservice heeft iets meer dan de helft van de verzekerden positieve ervaringen. Met het afhandelen van de rekeningen heeft men ook vooral positieve ervaringen.

Figuur 4.1 Waarderingscijfers variërend van 0 (slechts mogelijk) tot 10 (best mogelijk)



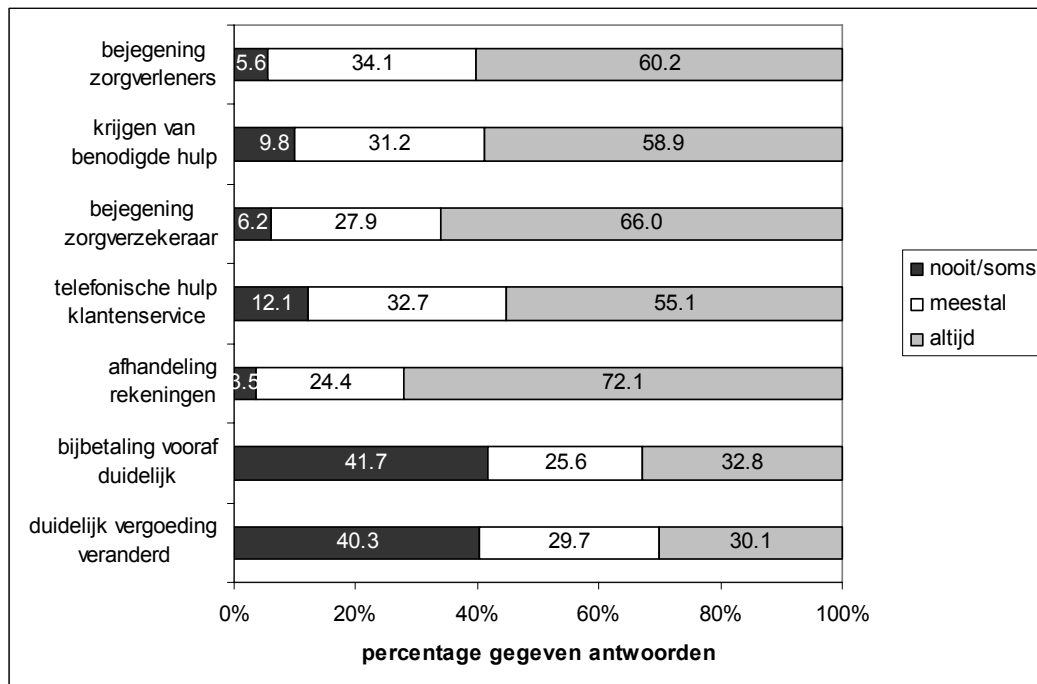
Figuur 4.2 Ervaren problemen met de toegang tot de zorg en de zorgverzekeraar



Van de kleine groep verzekerden (N=88) die uitstel van zorg heeft ervaren door het wachten op toestemming van de zorgverzekeraar, heeft de helft een klein probleem met dit uitstel en ruim een kwart grote problemen. 432 mensen wilden een zorgverlener bezoeken waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft. Het krijgen van deze zorg leidt bij een iets minder dan de helft van deze mensen tot kleine of grotere problemen. Bij deze laatste twee aspecten valt op dat het om kleine aantallen respondenten gaat. Dit wil zeggen dat weinig mensen er ervaring mee hebben. De mensen die er wel ervaring mee hebben, ondervinden wel moeilijkheden.

Figuur 4.3 laat zien dat een meerderheid van de verzekerden vindt dat ze altijd vriendelijk en met aandacht wordt benaderd door medewerkers van de zorgverzekeraar. Een ruime meerderheid is ook van mening dat rekeningen altijd correct en snel worden afgehandeld. Iets meer dan de helft van de respondenten geeft aan altijd de benodigde telefonische hulp te krijgen van de klantenservice en ongeveer een derde van de respondenten geeft aan deze hulp meestal te krijgen. Duidelijkheid vooraf over bijbetaling wordt - evenals in 2005, 2006 en 2007 - minder positief gewaardeerd. Wanneer er veranderingen in de vergoedingen zijn opgetreden geldt voor een vergelijkbaar percentage van de respondenten dat vooraf onduidelijk is wat die verandering betekent voor de mate van bijbetalen.

Figuur 4.3 Frequentie waarmee aan kwaliteitseisen wordt voldaan



4.2 Verschillen in ervaringen tussen zorgverzekeraars

Met behulp van multilevel regressieanalyses is nagegaan of de ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars verschillen tussen zorgverzekeraars. De analyses kennen twee niveaus: het label van de zorgverzekeraar (N=32) en de respondent (N=7.183). Voor de verschillende zorgverzekeraars en het aantal bijbehorende respondenten die zijn meegenomen in de multilevel analyses verwijzen we naar tabel 3.2.

De verschillen tussen zorgverzekeraars zijn niet bekeken voor de aspecten 'uitstel van zorg door het moeten wachten op toestemming van de zorgverzekeraar', 'het kunnen bezoeken van een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten', 'begrip veranderende polisvoorwaarden' en 'duidelijkheid veranderde vergoeding'. Deze vergelijkingen waren niet mogelijk doordat te weinig mensen ervaring hadden met deze aspecten. Het criterium hierbij was dat bij de meeste zorgverzekeraars minimaal 20 mensen de bijbehorende vraag hadden beantwoord.

Om een eerlijke vergelijking mogelijk te maken van de prestaties van zorgverzekeraars wordt bij de analyses gecorrigeerd voor verschillen in verzekerdenpopulaties voor leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid. Personen waarbij sprake was van missing data voor leeftijd, opleiding en gezondheid waren bij de opschoningprocedure al afgefallen (zie figuur 3.1). Zowel de resultaten van de ongecorrigeerde als de gecorrigeerde gegevens worden weergegeven.

In de tabellen met resultaten wordt de intra-klasse correlatie (ICC) weergegeven als het percentage van de totale variantie dat is toe te schrijven aan de verschillen tussen de zorgverzekeraars. Hoe hoger het percentage, hoe groter de verschillen tussen de zorgverzekeraars. Of de verschillen tussen de zorgverzekeraars significant zijn, wordt bepaald met behulp van een χ^2 -toets.

4.2.1 *Ervaringen met de zorg*

Uit de multilevel analyses blijkt dat er nauwelijks verschillen zijn tussen zorgverzekeraars wat betreft de ervaringen van verzekerden met de zorg (zie tabel 4.1). De variantie die kan worden toegeschreven aan verschillen in verzekeraars is laag (ICC is kleiner dan 1%). Indien we rekening houden met de samenstelling van de verzekerdenpopulatie, daalt de hoeveelheid variantie die kan worden toegeschreven aan verschillen in verzekeraars nog verder. Bij de analyses op de ongecorrigeerde gegevens, verschillen de zorgverzekeraars alleen significant op het algemeen oordeel van de huisarts. Bij de overige analyses op de ongecorrigeerde gegevens en bij alle analyses op de gecorrigeerde gegevens zijn de ICC's niet significant.

Tabel 4.1 Multilevel analyses voor de ervaringen met de zorg

	ongecorrigeerde gegevens		gecorrigeerde gegevens	
	ICC	χ^2 (1 df)	ICC	χ^2 (1 df)
Algemeen oordeel huisarts (N=6.833)	0,52%	4,40*	0,22%	1,60
Algemeen oordeel specialist (N=3.613)	0,39%	1,51	0,00%	0,00
Algemeen oordeel gezondheidszorg (N=4.575)	0,38%	1,96	0,20%	0,80
Persoonlijke benadering door artsen en andere zorgverleners (N=4.601)	0,19%	0,73	0,13%	0,42
Toegankelijkheid van de zorg (N=3.834)	0,33%	1,29	0,28%	0,99
Krijgen van de benodigde hulp (N=3.356)	0,39%	1,36	0,37%	1,24

ICC = Intra klasse-correlatie

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

4.2.2 *Ervaringen met de zorgverzekeraar*

De volgende analyses betreffen de verschillen in ervaringen met de zorgverzekeraar zelf. Tabel 4.2 laat zien dat de ervaringen van verzekerden met hun zorgverzekeraar zowel voor de ongecorrigeerde als de gecorrigeerde gegevens op vrijwel alle aspecten significant verschillen tussen zorgverzekeraars. Enige uitzondering hierop vormt het aspect 'informatievoorziening door de zorgverzekeraar', waarop we een marginaal significant verschil tussen zorgverzekeraars vinden ($p < ,10$). De verschillen tussen zorgverzekeraars zijn het grootst voor de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice (7,6%), het krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice (6,1%) en het algemene oordeel over de zorgverzekeraar (5,7%). Bij persoonlijke benadering door medewerkers, afhandeling van de rekeningen en

duidelijkheid over de mate waarin (bij)betaald moet worden voor zorg zijn de ICC's lager en zijn er dus kleinere verschillen tussen de ervaringen van verzekerden van verschillende zorgverzekeraars.

Tabel 4.2 Multilevel analyses voor de ervaringen met de zorgverzekeraar

	ongecorrigeerde gegevens		gecorrigeerde gegevens	
	ICC	χ^2 (1 df)	ICC	χ^2 (1 df)
Algemeen oordeel zorgverzekeraar (N=6.999)	5,69%	13,78***	5,74%	13,80***
Persoonlijke benadering door medewerkers van de zorgverzekeraar (N=2.216)	4,67%	9,30**	4,55%	9,18**
Informatievoorziening van de zorgverzekeraar (N=1.709)	1,74%	3,59	1,76%	3,63
Telefonische bereikbaarheid van de klantenservice (N=2.379)	7,65%	11,59***	7,66%	11,60***
Krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice (N=2.392)	6,09%	10,72**	6,15%	10,76**
Afhandeling van de rekeningen (N=4.432)	3,08%	10,39**	3,13%	10,46**
Duidelijkheid over de mate waarin (bij)betaald moet worden voor zorg (N=3.639)	3,64%	10,31**	3,56%	10,21*

ICC = Intra klasse-correlatie

* p<,05; ** p<,01; *** p<,001

4.3 Indeling van de zorgverzekeraars in drie groepen

Voor www.kiesBeter.nl werden de zorgverzekeraars in drie groepen ingedeeld: benedengemiddeld (*), gemiddeld (**) en bovengemiddeld (***; zie tabel 4.3). Een zorgverzekeraar wordt ingedeeld in de laagste (*) of hoogste categorie (***), indien het 95%-betrouwbaarheidsinterval van het gemiddelde van de zorgverzekeraar respectievelijk geheel beneden of geheel boven het gemiddelde over alle zorgverzekeraars valt. Als het betrouwbaarheidsinterval overlapt met het algemene gemiddelde, dan krijgt de zorgverzekeraar twee sterren toegewezen. Hierbij is het belangrijk om in de gaten te houden dat verschillen tussen zorgverzekeraars in de sterren niet overeenkomen met de resultaten uit de eerdere chi-kwadraat toets. Dit komt doordat het twee verschillende toetsen zijn. Het kan dus zijn dat zorgverzekeraars een verschillend aantal sterren hebben op een aspect, maar dat uit de chi-kwadraat toets geen significante verschillen tussen de zorgverzekeraars naar voren komen. Van de uiteindelijke sterrenindeling kun je stellen dat de zorgverzekeraars met één ster significant slechter presteren dan de zorgverzekeraars met drie sterren. De prestaties van deze twee groepen wijken echter niet altijd significant af van de prestaties van zorgverzekeraars met twee sterren.

Tabel 4.3 Aantal zorgverzekeraars met één, twee en drie sterren voor ervaringen met de zorg en de zorgverzekeraar in 2007/2008, 2006/2007, 2005/2006 en 2004/2005

Aspect	2007/2008			2006/2007			2005/2006			2004/2005		
	*	**	***	*	**	***	*	**	***	*	**	***
Ervaringen met de zorgverzekeraar												
Algemeen oordeel zorgverzekeraar	12	11	9	12	12	8	11	11	10	17	2	11
Persoonlijke benadering door medewerkers van de zorgverzekeraar	6	20	6	6	22	4	8	16	8	7	14	9
Informatievoorziening van de zorgverzekeraar	3	27	2	4	21	7	10	12	10	4	21	5
Telefonische bereikbaarheid van de klantenservice	10	12	10	9	15	8	11	11	10	8	10	12
Krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice	8	17	7	5	19	8	11	11	10	5	17	8
Afhandeling van de rekeningen	8	18	6	8	17	7	9	13	10	9	10	11
Duidelijkheid over de mate waarin (bij)betaald moet worden voor zorg	6	19	7	6	19	7	2	25	5	6	18	6
Ervaringen met de zorg												
Algemeen oordeel huisarts	0	32	0	0	30	2	1	30	1	0	30	0
Algemeen oordeel specialist	0	32	0	0	32	0	0	32	0	0	30	0
Algemeen oordeel gezondheidszorg	0	32	0	0	32	0	3	27	1	0	30	0
Persoonlijke benadering door artsen en andere zorgverleners (a)	0	32	0	2	29	1	1	31	0	0	30	0
Toegankelijkheid van de zorg	0	32	0	0	32	0	1	30	1	2	24	4
Krijgen van de benodigde hulp	1	31	0	0	30	2	1	30	1	0	30	0

Daarnaast is het belangrijk om op te merken dat de driedeling laat zien hoe iedere zorgverzekeraar zijn werk doet ten opzichte van het gemiddelde van alle zorgverzekeraars in het onderzoek en **niet** of de zorgverzekeraars op een bepaald aspect goed of slecht presteren. Bij een lage intra klasse-correlatie moet men bovendien zich goed realiseren dat het over relatief kleine kwaliteitsverschillen gaat. Dit geldt met name voor de verschillen in ervaringen met de zorg én voor verschillen in de ervaringen met de informatievoorziening van de zorgverzekeraar, de afhandeling van rekeningen en duidelijkheid over de mate waarin (bij)betaald moet worden voor de zorg.

In tabel 4.3 is te zien hoeveel zorgverzekeraars in de afgelopen drie jaren werden ingedeeld in de drie groepen. In bijlage 2 worden de resultaten op alle aspecten uitgesplitst weergegeven voor het huidige jaar (2007/2008). Zowel de indeling in sterren als de percentages gegeven antwoorden zijn daarbij zichtbaar. In bijlage 3 geven we de betrouwbaarheidsintervallen van dit jaar weer en is te zien welke betrouwbaarheidsintervallen geheel boven of onder het gemiddelde over alle zorgverzekeraars vallen.

De resultaten in tabel 4.3 zijn een goede afspiegeling van de resultaten van de multilevel analyses. In bijlage 2 is te zien dat zorgverzekeraars die op een bepaald aspect relatief goed presteerden vaak ook relatief goed scoorden op één of meer van de overige aspecten. Dit wil zeggen dat de ervaringsaspecten waarschijnlijk onderling samenhangen en dat zorgverzekeraars meestal over de gehele linie relatief goed of slecht presteren.

4.4 Verschillen in ervaringen van verzekerden in de jaren 2007/2008, 2006/2007, 2005/2006 en 2004/2005

De vergelijkingen tussen de vier jaren zijn vooralsnog vooral op het oog gemaakt om een eerste indruk te krijgen. In verder onderzoek moet getoetst worden of er ook daadwerkelijk significante verschillen bestaan tussen de jaren. Dit dient dan per zorgverzekeraar en over alle zorgverzekeraars te worden onderzocht. Deze vragen vallen buiten het bestek van het huidige onderzoek.

Globaal komen de resultaten over alle zorgverzekeraars heen grotendeels overeen met die van vorig jaar. Verzekerden zijn over het algemeen ook dit jaar vrij positief in hun oordeel. Hetzelfde verbeterpunt als vorig jaar komt naar voren: de duidelijkheid over de mate waarin bijbetaald moet worden. De toestemmingsprocedure lijkt iets verbeterd te zijn. Het percentage verzekerden dat hier negatieve ervaringen mee heeft is gedaald met bijna 9.1% en het percentage dat hier positieve ervaringen mee heeft is toegenomen met 3.5%.

Wanneer we de indeling in drie groepen zorgverzekeraars van dit jaar vergelijken met die van vorig jaar, zien we weinig noemenswaardige veranderingen. Wel opvallend is dat er bij het aspect informatievoorziening nog maar twee verzekeraars boven gemiddeld scoren, tegen zeven verzekeraars vorig jaar. De meeste verzekeraars scoren voor dit aspect dit jaar gemiddeld. Wanneer we een vergelijking maken met de drie voorgaande jaren, zien we dat het beeld dat in 2006/2007 meer zorgverzekeraars gemiddeld scoren dan in voorgaande jaren, in 2007/2008 terugkeert. De range van rapportcijfers dit jaar (7,4 – 8,7) is hetzelfde als de range van rapportcijfers vorig jaar.

Wat betreft ervaringen met de zorg is opvallend dat voor vijf van de zes aspecten alle verzekeraars gemiddeld scoren. Alleen op het aspect 'krijgen van de benodigde hulp' is er een zorgverzekeraar die beneden gemiddeld scoort. Het algemene beeld blijft gelijk met weinig tot geen significante verschillen tussen zorgverzekeraars.

5 Algemene samenvatting en discussie

5.1 Doel van het onderzoek

Ook aan het einde van dit jaar kan iedereen weer wisselen van zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen voor de basisverzekering tegen dezelfde voorwaarden te accepteren. Naast de premie en de dekking van de polis, kunnen verzekerden ook de kwaliteit van de service van de zorgverzekeraar meenemen in hun keuze. Door de invoering van de Zorgverzekeringswet in januari 2006 krijgt keuze-informatie over de kwaliteit van zorgverzekeraars dan ook een steeds prominentere rol.

Het NIVEL heeft in samenwerking met het Centrum Klantervaring Zorg een herhaalmeting uitgevoerd om de ervaringen van Nederlandse verzekerden met hun zorgverzekeraar en de geleverde zorg in het jaar 2007/2008 in kaart te brengen. Met de resultaten van het onderzoek is consumenteninformatie over de prestaties van de zorgverzekeraars op het gebied van service ontwikkeld voor www.kiesBeter.nl. De kwaliteitsverschillen zijn weergegeven via een driesterrenindeling om consumenten te ondersteunen bij hun keuze voor een zorgverzekeraar. In dit rapport worden naast de sterren ook steeds de percentages gegeven antwoorden gepresenteerd (zie bijlage 2).

5.2 Opzet van het onderzoek

Om informatie over de zorg en de zorgverzekeraars te verzamelen, vroegen we zorgverzekeraars om de adresgegevens van een willekeurige groep van 750 verzekerden te verstrekken. Deze verzekerden werd de CQI Zorg en Zorgverzekering gestuurd over hun ervaringen met de verleende zorg en hun zorgverzekeraar in het afgelopen jaar.

Uiteindelijk bekeken we de antwoorden van 7.183 respondenten van 32 verschillende labels van zorgverzekeraars. De ervaringen van deze personen met de zorg en de zorgverzekeraar werden eerst gezamenlijk, onafhankelijk van hun zorgverzekeraar, bekeken. Dit geeft een beeld van de algemeen ervaren kwaliteit van de service én de geleverde zorg in Nederland. Ook kan men deze algemeen ervaren kwaliteit gebruiken als maat om de prestaties van zorgverzekeraars in dit jaar te vergelijken met de prestaties van zorgverzekeraars in voorgaande en toekomstige jaren. De belangrijkste resultaten staan beschreven in paragraaf 5.3.

Vervolgens zijn met behulp van multilevel regressie analyses de verschillen tussen zorgverzekeraars in kaart gebracht. Om de vergelijking tussen zorgverzekeraars zo eerlijk mogelijk te maken, hielden we in de analyses rekening met verschillen in de verzekerdenpopulaties wat betreft leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid.

Door het vormen van een sterrenindeling is keuze-informatie voor consumenten ontwikkeld. De belangrijkste resultaten staan beschreven in paragraaf 5.4. In bijlage 2 is de consumenteninformatie gepresenteerd.

5.3 De ervaren kwaliteit van de zorg en de service van de zorgverzekeraar

Mensen hebben over het algemeen positieve ervaringen met de zorg en de zorgverzekeraar in het afgelopen jaar. Zowel de huisarts, de specialist, de gezondheidszorg in het algemeen én de zorgverzekeraar krijgen gemiddeld een ruime voldoende als waarderingscijfer. Kijken we gedetailleerder naar de verschillende aspecten van de geleverde zorg, dan blijkt dat mensen weinig problemen hebben met het krijgen van de benodigde zorg en dat ze meestal vriendelijk benaderd worden door artsen en andere zorgverleners.

Wat betreft de ervaringen met de dienstverlening van de zorgverzekeraar blijkt dat de verzekerden met de toegankelijkheid van de zorg, informatievoorziening en telefonische bereikbaarheid en afhandelingen van de rekeningen, positieve ervaringen hebben. Men ervaart over het algemeen ook geen problemen met het begrijpen van veranderde polisvoorwaarden. Het is echter wel zo dat een groot deel van de mensen (30%) niet weet of de polisvoorwaarden veranderd zijn. Verzekerden waarbij de medische zorg is uitgesteld door het wachten op toestemming van de zorgverzekeraar, ervaren dit doorgaans als problematisch, alhoewel men het iets minder vaak problematisch ervaart dan vorig jaar. Ook ervaren mensen problemen met het krijgen van niet-gecontracteerde zorg. Ten slotte bestaat er vooraf vaak onduidelijkheid over de mate waarin bijbetaald moet worden voor medische zorg.

5.4 Ervaren verschillen in kwaliteit tussen zorgverzekeraars

Er bestaan weinig verschillen tussen de ervaringen van verzekerden van verschillende zorgverzekeraars met de geleverde zorg. Dit is terug te zien in de sterrenindeling, waarbij een zorgverzekeraar werd ingedeeld in de laagste (*) of hoogste categorie (***), indien het 95%-betrouwbaarheidsinterval van het gemiddelde van de zorgverzekeraar respectievelijk geheel beneden of geheel boven het gemiddelde over alle zorgverzekeraars valt en in de middelste categorie (**) als het betrouwbaarheidsinterval overlapt met het algemene gemiddelde. Er was dit jaar slechts één zorgverzekeraar die op één aspect één ster toegewezen kreeg. Voor alle andere aspecten van de geleverde zorg kregen alle verzekeraars twee sterren.

Verzekerden van verschillende zorgverzekeraars verschillen wel in hun ervaringen met de zorgverzekeraar zelf. Vooral wat betreft de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice, het krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice en het algemeen oordeel over de zorgverzekeraar bestaan verschillen tussen zorgverzekeraars.

5.5 Een vergelijking tussen de jaren 2007/2008 en 2006/2007

Een eerste globale vergelijking laat zien dat de huidige resultaten grotendeels overeenkomen met die van vorig jaar, vooral als het gaat om de resultaten over alle zorgverzekeraars. Verzekerden rapporteren ook dit jaar positieve ervaringen met de zorg en de zorgverzekeraar. Evenals vorig jaar is het respondenten echter vaak vooraf niet duidelijk in hoeverre er bijbetaald moet worden voor zorg. De problemen met het krijgen van toestemming voor het krijgen van bepaalde zorg levert minder problemen op dan vorig jaar, maar leidt nog steeds tot problemen. Het krijgen van niet-gecontracteerde zorg leidt net als vorig jaar ook tot problemen. Verzekerden zijn dit jaar even tevreden over het afhandelen van rekeningen als vorig jaar. Ook de ervaringen met het telefonisch bereiken van de klantenservice en het krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice zijn vergelijkbaar met vorig jaar. De verbeteringen die we waarnamen van 2005/2006 naar 2006/2007, lijken te zijn gehandhaafd in 2007/2008.

Vorig jaar constateerden we dat verzekeraars wat meer naar elkaar toe waren gegroeid wat betreft de kwaliteit van de dienstverlening. Deze trend lijkt zich dit jaar te stabiliseren: verschillen tussen verzekeraars wat betreft dienstverlening zijn over het algemeen niet veel groter of kleiner geworden vergeleken met vorig jaar, maar wel kleiner vergeleken met 2004/2005 en 2005/2006 (zie tabel 4.3). Verschuivingen naar het gemiddelde zijn mogelijk te verklaren door acties die verzekeraars inzetten op basis van de CQI-resultaten. Wanneer goed scorende verzekeraars hun voorsprong niet uitbouwen, terwijl slecht scorende verzekeraars wel verbetertrajecten inzetten om hun achterstand in te lopen, dan worden verschillen kleiner. Met andere woorden: de zorgverzekeraars groeien naar elkaar toe wat betreft hun prestaties. Dit wordt ondersteund door onderzoek van Hendriks et al. (2008) waarin een vergelijking wordt gemaakt tussen de jaren 2004/2005, 2005/2006 en 2006/2007. In dit onderzoek werd gevonden dat zorgverzekeraars die relatief slecht presteerden in 2005 meer verbetering in dienstverlening lieten zien dan de zorgverzekeraars die toen relatief goed presteerden. Op meerdere aspecten verschilden de veranderingen in de tijd tussen de groepen die benedengemiddeld, gemiddeld of bovengemiddeld scoorden in 2005. Hierbij verbeterden de prestaties van de relatief slecht scorende zorgverzekeraars sterker over de jaren dan de prestaties van de relatief goed scorende zorgverzekeraars. Een andere mogelijke verklaring voor het feit dat zorgverzekeraars naar elkaar toe lijken te groeien, is dat de wat lagere respons wellicht ten koste gaat van de power, waardoor verschillen minder snel significant worden. We komen hier later in de discussie op terug.

Evenals voorgaande jaren is er weinig verschil tussen verzekeraars wat betreft de ervaringen van hun verzekerden met de zorg. De gedachte is dat verzekeraars in de toekomst zullen gaan verschillen wat betreft de ervaringen van verzekerden met de zorg, als gevolg van verschillen in zorginkoop. Het is nog onduidelijk op welke termijn dit verwacht mag worden. In de eerste jaren van het nieuwe zorgstelsel richtten verzekeraars zich met zorginkoop vooral op afspraken over de toepassing van landelijke richtlijnen (Schoneveld et al., 2007) en het is de vraag of dergelijke afspraken tussen zorgaanbieders en verzekeraars ook in de ervaringen van verzekerden tot uiting zal komen. Het ligt immers voor de hand dat verzekeraars niet of nauwelijks verschillen in de afspraken die

zij maken met zorgaanbieders over naleving van richtlijnen. Enkele verzekeraars betrekken ook patiënten- en consumentenorganisaties bij de zorginkoop, maar dit soort samenwerkingsverbanden is vooralsnog dun gezaaid (Schoneveld et al., 2007). Wellicht zullen ervaringen van verzekerden met de zorg gaan verschillen tussen zorgverzekeraars wanneer hun zorginkoopbeleid en de wijze waarop zij patiëntervaringen daarin meewegen verder is uitgekristalliseerd.

De resultaten van dit jaar komen dus globaal overeen met die van vorig jaar en eventuele ontwikkelingen in de tijd zijn het best waar te nemen bij een systematische vergelijking over meerdere jaren zoals in de studie van Hendriks et al. (2008). Dit werpt de vraag op of het nodig is om jaarlijks te meten. Een alternatief kan zijn om eens in de twee jaar te meten. Hiermee zou veel geld worden bespaard. Daarnaast geeft het verzekeraars bijvoorbeeld een zuiverder inzicht in de effecten van verbetertrajecten, omdat er dan voldoende tijd zit tussen metingen om een verbetertraject op te zetten en uit te voeren. Aan de andere kant hebben verzekerden ieder jaar de mogelijkheid te kiezen voor een zorgverzekering en is het vanuit hun perspectief belangrijk dat zij op dat moment over actuele gegevens kunnen beschikken. Hoewel het dus vanuit wetenschappelijk oogpunt geoorloofd lijkt om eens in de twee jaar te meten, spelen er ook andere belangen die pleiten voor een jaarlijkse meting. Alvorens een volgende meting te starten is het dan ook nuttig de frequentie van meten te bespreken met de verschillende belanghebbenden.

5.6 Consumenteninformatie over de prestaties van zorgverzekeraars

Het Ministerie van VWS nam het initiatief tot de internetsite www.kiesBeter.nl om consumenten te ondersteunen bij het maken van een weloverwogen keuze tussen zorgverzekeraars. Het idee is dat de internetsite toegankelijke keuze-informatie over de kwaliteit van zorgverzekeraars en de door hen ingekochte zorg geeft. Het huidige onderzoek en de onderzoeken van voorgaande jaren laten zien dat het mogelijk is om verschillen tussen zorgverzekeraars overzichtelijk weer te geven door middel van staafdiagrammen en een sterrenindeling. Met behulp van de gepresenteerde informatie kunnen mensen bepalen welke zorgverzekeraar het beste past bij hun wensen en behoeften.

In dit rapport worden de resultaten gepresenteerd door een combinatie van sterren en percentages gegeven antwoorden. Er is bovendien gebruik gemaakt van een rangorde van best presterende naar slechtst presterende zorgverzekeraar. Hierbij geldt dat eerst is gekeken naar het aantal sterren en daarna naar de percentages antwoorden die duiden op een relatief minder goede kwaliteit.

Het is belangrijk om te onderzoeken hoe mensen tot hun keuze voor een zorgverzekeraar komen. Internet blijkt veruit de meest gebruikte informatiebron te zijn bij het zoeken naar een passende zorgverzekering (Van der Maat en De Jong, 2008). Van de mensen die een kijkje namen op de keuzesite Zorgverzekeringen op www.kiesBeter.nl, heeft echter maar 10% naar de kwaliteit van de service van de zorgverzekeraars gekeken (Van der Hijden, 2007). Over het algemeen blijken mensen de inhoud van de aanvullende verzekering

belangrijker te vinden bij de keuze voor een zorgverzekeraar (De Jong, 2008). Het is mogelijk dat mensen in de toekomst meer op kwaliteit gaan kiezen, wanneer de zorgverzekeraars meer gaan concurreren op de kwaliteit van de gecontracteerde zorg. Er wordt echter voorspeld dat de premieverschillen de komende tijd alleen maar zullen toenemen (Douven en Schut, 2006; Smit en Mokveld, 2006). Daarom zal ook de premie een belangrijke rol blijven spelen bij de keuze voor een zorgverzekeraar.

Het is belangrijk om in dit verband te vermelden dat een grote hoeveelheid keuze-informatie over zorgverzekeraars consumenten 'keuze-moe' kan maken. Het is namelijk gebleken dat het kiezen tussen vele opties kan leiden tot keuzestress (Hurenkamp en Kremer, 2005; Schwartz, 2004). Als gevolg van deze keuzestress kan het zijn dat mensen het maken van een keuze vermijden en dientengevolge verzekerd blijven bij dezelfde zorgverzekeraar. Ook in dit verband lijkt experimenteel onderzoek noodzakelijk. Uit eerder onderzoek is namelijk gebleken dat consumenten in principe een beter oordeel vormen naarmate meer informatie wordt geboden, tot een bepaald punt, waarna er juist een negatief verband bestaat (Hibbard et al., 2001; Vaiana en McGlynn, 2002). Het is dus goed mogelijk dat er een moment bestaat waarbij de consument zich nauwelijks meer inspant en de kwaliteit van zijn keuzes verslechtert. Uit recent onderzoek is gebleken dat mensen de hoeveelheid informatie over servicescores voor verzekeraars op www.kiesBeter.nl over het algemeen veel vinden. Tegelijkertijd hadden de meeste mensen behoefte aan aanvullende informatie (Damman et al., 2008). Deze observaties roepen vragen op voor vervolgonderzoek. Welke informatie kan het beste worden gepresenteerd en hoeveel informatie is wenselijk? Bij het beantwoorden van dergelijke vragen zou het interessant zijn om combinaties van meerdere soorten informatie mee te nemen, want consumenten die bewust willen kiezen zullen waarschijnlijk niet alleen naar servicescores kijken, maar ook naar bijvoorbeeld polisvoorwaarden.

Aangezien 65% van de mensen collectief is verzekerd (De Jong, 2008), is het ook van belang om te onderzoeken hoe deze collectiviteiten komen tot de keuze voor een zorgverzekeraar. Hoeveel inzicht hebben collectiviteiten in het zorginkoopbeleid van verzekeraars? Hoe zwaar wegen zij de polisvoorwaarden en de hoogte van de premie mee? Deze collectiviteiten kunnen namelijk ook zorgen voor verzekeringsmobiliteit (De Jong, 2008) en gezien het grote aantal mensen dat collectief verzekerd is, vormen collectiviteiten een belangrijke partij in het nieuwe zorgverzekeringsstelsel. Het is dan ook van belang te onderzoeken hoe deze collectiviteiten komen tot de keuze voor een zorgverzekeraar en op welke wijze zij daarin kunnen worden ondersteund door CQI informatie.

5.7 Toekomstig gebruik van de vragenlijst

Verzekerden worden ieder jaar opnieuw in staat gesteld om te wisselen van zorgverzekeraar. Het percentage overstappers lijkt zich te stabiliseren, maar mogelijk treden er in het komende jaar grotere verschuivingen op. Veel collectiviteiten hebben in het eerste jaar (2006) een collectief contract met een looptijd van drie jaar afgesloten. De nieuwe onderhandelingen zullen dit jaar plaatsvinden waarna het mogelijk is dat er

komend jaar collectiviteiten van zorgverzekeraar wisselen. De resultaten van de CQI Zorg en Zorgverzekering maken het mogelijk om bij de keuze voor een zorgverzekering ook mee te wegen hoe de dienstverlening wordt ervaren. Zorgverzekeraars kunnen de vragenlijst op hun beurt gebruiken om hun service aan te passen aan de wensen en behoeften van hun verzekerden. Zorgverzekeraars zouden de vragenlijst bijvoorbeeld kunnen gebruiken om probleemgebieden in hun dienstverlening te lokaliseren en te verbeteren. Verder kan de vragenlijst gebruikt worden om veranderingen in tijd in kaart te brengen. Vergelijkingen over de jaren zijn belangrijk om het uiteindelijke effect van het hervormde verzekeringsstelsel en vraagsturing in het algemeen te monitoren. Het is bijvoorbeeld van belang om te bepalen of zorgverzekeraars in de toekomst meer invloed krijgen op de kwaliteit van de gecontracteerde zorg.

Een beperking van het huidige onderzoek was dat de meting plaatsvond halverwege het jaar (juni 2008). De vragenlijst vraagt naar de ervaringen van verzekerden in de afgelopen 12 maanden en geeft hiermee informatie over de prestaties van zorgverzekeraar in de periode juni 2007 - juni 2008. Het heeft de voorkeur om de meting in januari/februari uit te voeren. Dit heeft als voordeel dat de antwoorden van de verzekerden informatie geven over de prestaties van de zorgverzekeraars in een bepaald kalenderjaar. Er valt echter ook wat voor te zeggen om de meting zoals in de afgelopen jaren gebeurde, halverwege het jaar uit voeren. Het voordeel hiervan is dat wanneer de verzekerden aan het einde van het jaar moeten besluiten of zij naar een andere zorgverzekeraar overstappen of niet, zij over meer actuele gegevens beschikken, dan wanneer de meting in januari/februari uitgevoerd is.

Bij het trekken van de steekproeven moet bekeken worden of de zorgverzekeraars de richtlijnen volgen. In het huidige onderzoek bleken de steekproeven van een aantal labels niet representatief te zijn voor de eigen verzekerdenpopulatie. Deze labels waren afkomstig van een beperkt aantal zorgverzekeraars. Aan alle zorgverzekeraars is gevraagd hoe zij de richtlijnen hebben vertaald en welke stappen zij hebben genomen bij het selecteren van de steekproef. Hieruit bleek dat zorgverzekeraars de richtlijnen verschillend toepassen. Zo mogelijk dienen de richtlijnen nog eenduidiger te worden opgesteld.

Ook dit jaar lijkt de respons wat terug te lopen. In 2006 was er nog een netto respons van 40%, in 2007 was de netto respons 34% en in het huidige onderzoek was de netto respons nog maar 31%. Dit is een zorgelijke ontwikkeling. Zoals eerder genoemd is het mogelijk dat door deze lage respons de power dusdanig is afgenomen dat verschillen tussen zorgverzekeraars minder snel significant worden. Ten tweede levert een lage respons mogelijk problemen op wat betreft de representativiteit. Of de groep respondenten wat betreft leeftijd en geslacht representatief afwijkt van de groep respondenten is te getoetst en dit leverde alleen een klein leeftijdsverschil op: respondenten waren gemiddeld twee jaar ouder dan non-respondenten. Echter, aangezien de gegevens over mensen die geen vragenlijst terugstuurden zijn beperkt tot leeftijd en geslacht valt nooit helemaal uit te sluiten dat er andere eigenschappen zijn waarop respondenten verschillen van de steekproef en die ten koste gaan van de representativiteit.

Om het responspercentage te vergroten, kunnen verschillende mogelijkheden worden overwogen. Uit een review van Edwards et al. (2002) is bijvoorbeeld gebleken dat de schriftelijke respons verdubbelt indien er een financiële prikkel wordt aangeboden of als er een verrassing in de enveloppe zit. Daarnaast is het wellicht zinnig om de vragenlijst in te korten, zodat verzekerden misschien eerder bereid zijn om de vragenlijst in te vullen. Een andere mogelijkheid is om de zorgverzekeraar een begeleidende brief mee te laten sturen bij de vragenlijst, waardoor de verzekerde mogelijk meer gemotiveerd is om de vragenlijst in te vullen. Verder zouden data middels verschillende methoden verzameld kunnen worden om via verschillende methoden data te verzamelen (Zaslavsky et al. 2002, Zuidgeest et al. 2008). Op dit moment lopen er diverse onderzoeken waarbij data in eerste instantie via een internetvragenlijst wordt vergaard. Een eventuele herinnering wordt dan verzonden in de vorm van een schriftelijke vragenlijst. Mogelijk levert dit een hogere respons op omdat deze procedure zowel tegemoet komt aan mensen die de voorkeur geven aan internet als aan mensen die een schriftelijke vragenlijst prefereren. Een laatste mogelijkheid die we hier noemen is om bij een volgende meting meer mensen aan te schrijven zodat vergelijkingen tussen verzekeraars op een groter aantal respondenten wordt gebaseerd dan dit jaar het geval was. Idealiter zijn vergelijkende analyses gebaseerd op ongeveer 300 respondenten per verzekeraar (zie ook paragraaf 2.2). Bij een respons van 31% dienen dan 1000 mensen te worden aangeschreven. Hierbij merken we wel op dat het aanschrijven van meer mensen duurder is en dat dit alleen het probleem van een beperkte power oplost. Het probleem van een laag responspercentage en een mogelijk wat beperkte representativiteit wordt hiermee niet ondervangen.

5.8 Tot slot

Kiezen op kwaliteit staat centraal in ons nieuwe zorgstelsel. Eind 2007 heeft 4% van de Nederlanders gekozen voor een andere zorgverzekeraar. De belangrijkste redenen om over te stappen betroffen: een collectief aanbod en de inhoud van de aanvullende verzekering (de Jong, 2008). Het is de vraag op welk niveau de verzekerdenmobiliteit zich zal stabiliseren en of de kwaliteit van de service en van de geleverde zorg zwaarder gaat wegen in de keuze voor een zorgverzekeraar. In dit verband is het ook interessant om te zien of er veel collectiviteiten gaan wisselen nu zij de mogelijkheid hebben om een nieuw contract af te sluiten. Mogelijk dat differentiatie tussen verzekeraars wat betreft de zorg en ervaren service de verzekerdenmobiliteit zal stimuleren. Dit kan alleen als dergelijke differentiatie zorgvuldig in kaart wordt gebracht en ook helder aan consumenten wordt gepresenteerd. Herhaalmetingen zoals het huidige onderzoek alsmede publicatie van kwaliteitskaarten zoals bijvoorbeeld op www.kiesBeter.nl zijn hierbij essentieel.

Literatuur

- Arah OA, Rupp I, Delnoij DMJ, Spreeuwenberg P, Stam P, et al. Casemix Adjustment strategy for the Dutch version of the hospital CAHPS instrument. *Academy Health*, 2006; Annual Research Meeting: Abstracts
- Bloemendal E, Koopman L, Hendriks M, Rademakers J. *Gebruikerswaarde van de CQ-index. Deelrapport 2: achtergronden van verschillen in klantervaringen bij zorgverzekeraars*. Utrecht: NIVEL, 2008
- Boelema B. Kwaliteitsbewuste zorginkoop door zorgverzekeraars. *Kwaliteit in Beeld*, 2005; 3:18-9
- Boer D. de, Hendriks M, Damman OC, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Delnoij DMJ, Meulen-Arts S van der. CENTRUM KLANTERVARING ZORG: *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2007*. Utrecht: NIVEL/CKZ, 2007
- Campen C van, Sixma H, Kerssens JJ, Peters L, Rasker J. Assessing patients' priorities and perceptions of the quality of health care: the development of the QUOTE-Rheumatic-Patients instrument. *Br J Rheumatol*, 1997; 37:362-8
- Campen C van, Sixma H, Kerssens JJ, Peters L. Assessing non-institutionalized asthma and COPD patients' priorities and perceptions of quality of health care: the development of the QUOTE-CNSLD instrument. *J Asthma*, 1998; 34:531-8
- Cleary PD, Edgman-Levitan S. Health care quality. Incorporating consumer perspectives. *JAMA*, 1997; 278:1608-12
- Custers T, Klazinga NS. Waar voor je geld. *Medisch Contact*, 2005; 60:115-7
- Damman OC, Hendriks M, Delnoij DMJ, Spreeuwenberg P. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: meting 2006 voor www.kiesBeter.nl*. Utrecht: NIVEL, 2006
- Damman OC, Hendriks M, Triemstra AHM, Delnoij DMJ. Kwaliteitsinformatie over de zorg: hoe te presenteren aan de consument? *TSG*, 2007; 85:136-8
- Damman OC, Hendriks M, Spreeuwenberg P, Rademakers J. *Gebruikswaarde van de CQ-index (deelrapport 3): presentatiewijze van CQ-index informatie aan consumenten*. Utrecht: NIVEL, 2006
- Darby C, Crofton C, Clancy CM. Consumer assessment of health providers and systems (CAHPS®): Evolving to meet stakeholder needs. *Am J Medical Quality*, 2006; 21:144-7
- Delnoij DMJ, Schee E van der. *Wisselen van ziekenfonds per 1-1-2003: een peiling van het Consumentenpanel Gezondheidszorg*. Utrecht: NIVEL, 2003

- Delnoij D. Klantervaringen in de zorg meten met CQ Index. *Kwaliteit in Beeld*, 2006; 6:4-6
- Delnoij DMJ, Sixma H. Naar een CAHPS organisatie in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2006
- Delnoij DMJ, Asbroek G ten, Arah OA, Koning JS de, Klazinga NS, et al. *Wat vinden Nederlanders van de gezondheidszorg en de zorgverzekering?: eerste landelijke resultaten van de Nederlandse vertaling van de CAHPS 3.0 Adult Commercial Questionnaire*. Utrecht: NIVEL, 2005
- Delnoij DMJ, Asbroek G ten, Arah OA, Koning JS de, Stam P, et al. Made in the USA: the import of American Consumer Assessment of Health Plan Surveys (CAHPS) into the Dutch social insurance system. *Eur J Public Health*, 2006; 16:652-9
- Douven RCMH, Schut FT. Premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars. *ESB*, 2006; 91:272-6
- Edwards P, Roberts I, Clarke M, DiGuseppi C, Prata S, Wentz R et al. Methods to increase response rates to postal questionnaires. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, MR000008.
- Groves RM, Dillman DA, Eltinge JL, Little RJA. *Survey nonresponse*. New York: John Wiley & Sons, 2002
- Hendriks M, Boer D de, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Delnoij D. *De CQ-index: vergelijken van klantervaringen in de zorg*. Achtergronddocument bij de Jaarrapportage Klantervaringen in de Zorg 2007 van het Centrum Klantervaring Zorg. Utrecht: NIVEL, 2008
- Hendriks M, Delnoij DMJ, Meulen S van der, Brouwer W, Spreeuwenberg P. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: consumenteninformatie voor www.kiesBeter.nl*. Utrecht: NIVEL, 2005
- Hibbard JH, Slovic P, Peters E, Finucane ML. Strategies for reporting health plan performance information to consumers: evidence from controlled studies. *Health Serv Res*, 2002; 37: 291-313
- Hibbard JH, Peters E, Slovic P, Finucane ML, Tusler M. Making health care quality reports easier to use. *J Qual Improv*, 2001; 27:591-604
- Hurenkamp M, Kremer M. *Vrijheid verplicht: over tevredenheid en de grenzen van keuzevrijheid*. Amsterdam: Van Gennep, 2005
- Jong J de. *Wisselen van zorgverzekeraar*. Utrecht: NIVEL, 2008
- Jong J de, Delnoij DMJ, Groenewegen P. *Verzekerdenmobiliteit is hoog: ook ouderen zijn overgestapt*. Utrecht: NIVEL, 2006a
- Jong J de, Groenewegen P. *Percentage overstappers van zorgverzekeraars valt terug: collectivisering zet door*. Utrecht: NIVEL, 2007
- Jong J de, Groenewegen P, Schee E van der. Consumenten en de stelselwijziging. *TSG*, 2006b; 84:288-91

- Jong J de, Loermans, M. *Percentage overstappers lijkt stabiel: dit jaar wisselt 4% van de bevolking van zorgverzekeraar*. Utrecht: NIVEL, 2008
- Kerssens JJ, Groenewegen PP. Consumer choice of social health insurance in managed competition. *Health Expect*, 2003; 6:312-22
- Kerssens JJ, Delnoij DMJ, Verweij J, Schee E van der. De keuze van ziekenfondsverzekerden voor een zorgverzekeraar. *TSG*, 2002; 80:35-42
- Maat, M. van der, Jong, J. de . *Internet meest gebruikte informatiebron bij zoeken naar passende zorgverzekering*. Utrecht: NIVEL, 2008
- O'Malley AJ, Zaslavsky AM, Elliott MN, Zaborksi L, Cleary PD. Case-mix adjustment of the CAHPS Hospital Survey. *Health Serv Res*, 2005; 40:2162-81
- Schee E van der, Friele R, Delnoij DMJ. *Weinig mensen veranderen van ziekenfonds*. Utrecht: NIVEL, 2005
- Schoneveld M, Hijden E van der, Niekerk J. *Van goede zorginkoop verzekerd: onderzoek zorginkoop 2007 door de Consumentenbond in opdracht van ANBO en NPCF*. Den Haag: Consumentbond, 2007
- Schwartz B. *The paradox of choice: why more is less*. New York: HarperCollins Publishers, 2004
- Sixma H, Delnoij DMJ. *Handboek CQI Meetinstrumenten*. Utrecht: NIVEL, 2007
- Sixma H, Hendriks M, Boer D de, Delnoij D. *Handboek CQ-index Reguliere Metingen, versie 2.0*. Utrecht: NIVEL, 2008.
- Sixma H, Kerssens JJ, Campen C van, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: from a theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect*, 1998; 1:82-95
- Smit M, Mokveld P. *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag: de feiten over de marktontwikkeling na invoering van de basisverzekering*. Zeist: Vektis BV, 2006
- Van der Hijden E. *Ervaringen op kiesBeter.nl/Zorgverzekeringen*. Presentatie gehouden op het symposium Klantervaring Telt!, 24 april 2007
http://www.centrumklantervaringzorg.nl/fileadmin/site/ckz/documenten/congres/2007-04-24_congres_ckz_gebruik_cq-index_kiesbeter_zorgverzekeringen.pdf
- Vaiana ME, McGlynn EA. What cognitive science tells us about the design of reports for consumers. *Med Care Res Rev*, 2002; 59:3-35
- Zaslavsky A, Zaborksi L, Lin Ding M, Shaul J, Cioffi P. Adjusting performance measures to ensure equitable plan comparisons. *Health Care Financing Review*, 2001; 22:109-26
- Zaslavsky A, Zaborksi L, Cleary P. Factors affecting response rates to the Consumer Assessment of Health Plans Study Survey. *Med Care*, 2002; 40:485-9



CQ-index vragenlijst

Ervaringen met de zorg en met zorgverzekeraars

Het basisontwerp van de CQI meetinstrumenten is ontwikkeld door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC.

Deze specifieke vragenlijst is gebaseerd op de internationaal gebruikte CAHPS®-vragenlijst. De vragenlijst is ontwikkeld door het NIVEL en de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC in samenwerking met Agis.

Introductie

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de zorg en met uw zorgverzekeraar. Wij hopen dat u de vragenlijst wilt invullen. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 20 tot 30 minuten. Het is belangrijk dat de juiste persoon de vragenlijst invult. Wij willen de persoon aan wie de begeleidende brief gericht is dan ook vragen de vragenlijst zelf in te vullen (indien nodig met hulp) en de vragenlijst niet door te geven aan iemand anders.

Als u ervoor kiest om deze vragenlijst niet in te vullen, wilt u dan zo vriendelijk zijn om dit vakje aan te kruisen ☐ en de vragenlijst toch terug te sturen in de antwoordenvelop (een postzegel is niet nodig). Wij kunnen dan noteren dat u afziet van deelname en zullen u dan geen herinneringen sturen.

U ziet op de voorpagina van deze vragenlijst naast de barcode een nummer staan. Dit nummer wordt ALLEEN gebruikt om te kijken of u uw vragenlijst hebt teruggestuurd zodat we u geen herinneringen hoeven te sturen. Na afloop van het onderzoek worden uw persoonlijke gegevens vernietigd. De resultaten worden anoniem verwerkt.

Heeft u vragen, dan kunt u tussen 10.00 en 16.00 uur bellen met het NIVEL, telefoonnummer 030 2729841. Ook kunt u een e-mail sturen naar Mw. Michelle Hendriks, e-mailadres m.hendriks@nivel.nl. Wilt u het nummer dat naast de barcode op de voorpagina van deze vragenlijst staat hierbij vermelden?

Instructies voor het invullen van deze vragenlijst

- ◆ Voor het invullen van de vragen bestaan geen goede of foute antwoorden.
- ◆ Beantwoord **alle** vragen door een kruisje te zetten **in het vakje** dat links van uw antwoord staat. Uw antwoorden worden met behulp van een computer geregistreerd. Kruisjes die buiten de vakjes staan worden door deze computer niet gezien.
- ◆ Gebruik voor het invullen een blauwe of zwarte **balpen**.
- ◆ Soms wordt u gevraagd om enkele vragen in deze vragenlijst over te slaan. In dat geval ziet u een pijl met een opmerking die u vertelt welke vraag u daarna moet beantwoorden, op de volgende manier:

☒ Nee → **Indien nee: ga naar vraag 3**

☐ Ja

- ◆ Heeft u een antwoord ingevuld, maar wilt u dat nog veranderen? Zet het ingevulde hokje dan tussen haakjes en kruis een ander antwoord aan, op de volgende manier:

☒ Nee

(☒) Ja

UW ERVARINGEN MET DE GEZONDHEIDSZORG

In het eerste deel van deze vragenlijst stellen wij u een aantal vragen over uw ervaringen met de gezondheidszorg.

Uw huisarts

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met uw huisarts in de afgelopen 12 maanden.

1. Bent u ingeschreven bij een huisarts?

- ¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 6*
² ☐ Ja

2. Hoeveel jaren, zonder onderbreking, bent u al bij deze huisarts ingeschreven?

- ¹ ☐ Minder dan 1 jaar
² ☐ Tenminste 1 jaar maar minder dan 2 jaar
³ ☐ Tenminste 2 jaar maar minder dan 5 jaar
⁴ ☐ Tenminste 5 jaar maar minder dan 10 jaar
⁵ ☐ 10 jaar of langer

3. In hoeverre is het een probleem geweest om een huisarts te vinden bij wie u zich kon laten inschrijven?

- ¹ ☐ Een groot probleem
² ☐ Een klein probleem
³ ☐ Geen probleem → *indien geen probleem: ga naar vraag 5*

4. Heeft uw zorgverzekeraar u geholpen bij het vinden van een huisarts bij wie u zich kon laten inschrijven?

- ¹ ☐ Nee
² ☐ Ja

5. Geef hieronder uw totale oordeel over uw huisarts, waarbij 0 de slechtst mogelijke en 10 de best mogelijke huisarts is.

- ¹ ☐ 0 *slechtst mogelijke huisarts*
² ☐ 1
³ ☐ 2
⁴ ☐ 3
⁵ ☐ 4
⁶ ☐ 5
⁷ ☐ 6
⁸ ☐ 7
⁹ ☐ 8
¹⁰ ☐ 9
¹¹ ☐ 10 *best mogelijke huisarts*

Het krijgen van medische zorg door een specialist

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met **specialisten in de afgelopen 12 maanden**.

Specialisten zijn artsen zoals chirurgen, cardiologen, oogartsen, KNO-artsen en anderen die zich in één gebied van de gezondheidszorg specialiseren. De volgende vragen gaan over de zorg die u **zelf** hebt gekregen. **Niet bedoeld** is verzorging die u kreeg tijdens een ziekenhuisopname, waarbij u 's nachts in een ziekenhuis moest blijven. Ook niet bedoeld zijn de keren dat u naar de tandarts ging.

6. Bent u in de afgelopen 12 maanden bij een specialist geweest?

- ¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 13*
² ☐ Ja

7. In hoeverre is het een probleem geweest om een verwijzing te krijgen voor een specialist?

- ¹ ☐ Een groot probleem
² ☐ Een klein probleem
³ ☐ Geen probleem → *indien geen probleem: ga naar vraag 9*

8. Heeft uw zorgverzekeraar u geholpen bij het krijgen van een verwijzing voor een specialist?

- ¹ ☐ Nee
² ☐ Ja

9. In hoeverre is het een probleem geweest om een afpraak bij een specialist te krijgen?

- ¹ ☐ Een groot probleem
² ☐ Een klein probleem
³ ☐ Geen probleem → *indien geen probleem: ga naar vraag 11*

10. Heeft uw zorgverzekeraar u geholpen bij het krijgen van een afpraak bij een specialist?

- ¹ ☐ Nee
² ☐ Ja

11. Hoe vaak was de behandeling van de specialist voldoende afgestemd met uw huisarts?

- ¹ ☐ Nooit
² ☐ Soms
³ ☐ Meestal
⁴ ☐ Altijd
⁵ ☐ Weet ik niet

12. We willen graag weten wat u vindt van de specialist die u het vaakst zag in de afgelopen 12 maanden. Geef hieronder uw totale oordeel over deze specialist, waarbij 0 de slechtst mogelijke en 10 de best mogelijke specialist is.

- ¹ ☐ 0 *slechtst mogelijke specialist*
² ☐ 1
³ ☐ 2
⁴ ☐ 3
⁵ ☐ 4
⁶ ☐ 5
⁷ ☐ 6
⁸ ☐ 7
⁹ ☐ 8
¹⁰ ☐ 9
¹ ☐ 10 *best mogelijke specialist*

Uw gezondheidszorg in de afgelopen 12 maanden

In dit onderdeel van de vragenlijst gaat het om uw ervaringen met de gezondheidszorg in de afgelopen 12 maanden.

13. Hebt u in de afgelopen 12 maanden tijdens kantooruren een dokterspraktijk (van huisarts of specialist), huisartsenpost, polikliniek of ziekenhuis gebeld om hulp of raad voor uzelf te krijgen?

- ¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 16*
² ☐ Ja

14. In hoeverre is het een probleem geweest om tijdens kantooruren de dokterspraktijk, huisartsenpost, polikliniek of ziekenhuis telefonisch te bereiken?

- ¹ ☐ Een groot probleem
² ☐ Een klein probleem
³ ☐ Geen probleem

15. Als u tijdens kantooruren belde, hoe vaak kreeg u dan de hulp of raad die u nodig had?

- ¹ ☐ Nooit
² ☐ Soms
³ ☐ Meestal
⁴ ☐ Altijd

16. Hebt u in de afgelopen 12 maanden buiten kantooruren, een dokterspraktijk (van huisarts of specialist), telefonische doktersdienst, huisartsenpost, polikliniek of ziekenhuis gebeld om hulp of raad voor uzelf te krijgen? Met buiten kantooruren bedoelen we 's avonds, 's nachts of in het weekend.

- ¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 19*
² ☐ Ja

17. In hoeverre is het een probleem geweest om buiten kantooruren de dokterspraktijk, telefonische doktersdienst, huisartsenpost, polikliniek of ziekenhuis telefonisch te bereiken?

- ¹ ☐ Een groot probleem
² ☐ Een klein probleem
³ ☐ Geen probleem

18. Als u buiten kantooruren belde, hoe vaak kreeg u dan de hulp of raad die u nodig had?

- ¹ ☐ Nooit
² ☐ Soms
³ ☐ Meestal
⁴ ☐ Altijd

19. Hebt u in de afgelopen 12 maanden een ziekte, verwonding of aandoening gehad waarvoor meteen hulp nodig was bij een huisarts, huisartsenpost, of eerstehulp?

- ¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 22*
² ☐ Ja

20. Als u meteen hulp nodig had, hoe vaak kreeg u de hulp zo snel als u wilde?

- ¹ ☐ Nooit
² ☐ Soms
³ ☐ Meestal
⁴ ☐ Altijd

21. Als u meteen hulp nodig had, hoe vaak kreeg u de hulp die u nodig had?

- ¹ ☐ Nooit
² ☐ Soms
³ ☐ Meestal
⁴ ☐ Altijd

22. Hebt u in de afgelopen 12 maanden één of meerdere afspraken gemaakt met een arts of andere zorgverlener? Tel de keren dat u meteen hulp nodig had niet mee.

- ¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 25*
² ☐ Ja

23. Als u een afspraak had met een arts of andere zorgverlener, hoe vaak kreeg u een afspraak zo snel als u wilde?

- ¹ ☐ Nooit
² ☐ Soms
³ ☐ Meestal
⁴ ☐ Altijd

24. Als u een afpraak had met een arts of andere zorgverlener, hoe vaak kreeg u dan de zorg die u nodig had?

- ¹ ☐ Nooit
² ☐ Soms
³ ☐ Meestal
⁴ ☐ Altijd

25. Hoeveel keer ging u in de afgelopen 12 maanden naar de eerstehulp van een ziekenhuis om hulp voor uzelf te krijgen?

- ¹ ☐ Geen enkele keer
² ☐ 1
³ ☐ 2
⁴ ☐ 3
⁵ ☐ 4
⁶ ☐ 5 tot 9
⁷ ☐ 10 of meer

26. Hoeveel keer ging u in de afgelopen 12 maanden buiten kantooruren naar de huisartsenpost om hulp voor uzelf te krijgen?

- ¹ ☐ Geen enkele keer
² ☐ 1
³ ☐ 2
⁴ ☐ 3
⁵ ☐ 4
⁶ ☐ 5 tot 9
⁷ ☐ 10 of meer

27. Hoeveel keer ging u in de afgelopen 12 maanden tijdens kantooruren naar een huisarts of specialist om hulp voor uzelf te krijgen? Tel de keren dat u naar de eerstehulp ging niet mee.

- ¹ ☐ Geen enkele keer → *indien geen enkele keer: ga naar vraag 45*
² ☐ 1
³ ☐ 2
⁴ ☐ 3
⁵ ☐ 4
⁶ ☐ 5 tot 9
⁷ ☐ 10 of meer

28. Is het in de afgelopen 12 maanden voorgekomen dat u verzorging, onderzoeken of een behandeling nodig had?

¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 35*

² ☐ Ja

29. In hoeverre is het een probleem geweest om de verzorging, het onderzoek of de behandeling te krijgen?

¹ ☐ Een groot probleem

² ☐ Een klein probleem

³ ☐ Geen probleem → *indien geen probleem: ga naar vraag 31*

30. Heeft uw zorgverzekeraar u geholpen bij het krijgen van de verzorging, het onderzoek of de behandeling?

¹ ☐ Nee

² ☐ Ja

31. In hoeverre is het een probleem geweest dat u moest wachten op de verzorging, het onderzoek of de behandeling?

¹ ☐ Een groot probleem

² ☐ Een klein probleem

³ ☐ Geen probleem → *indien geen probleem: ga naar vraag 33*

32. Heeft uw zorgverzekeraar u geholpen bij het sneller krijgen van de verzorging, het onderzoek of de behandeling?

¹ ☐ Nee

² ☐ Ja

33. In hoeverre is het een probleem geweest dat u moest reizen voor de verzorging, het onderzoek of de behandeling?

¹ ☐ Een groot probleem

² ☐ Een klein probleem

³ ☐ Geen probleem → *indien geen probleem: ga naar vraag 35*

34. Heeft uw zorgverzekeraar u geholpen bij het krijgen van de verzorging, het onderzoek of de behandeling dichter bij u in de buurt?

¹ ☐ Nee

² ☐ Ja

35. Hoe vaak bent u binnen 15 minuten na uw afspraak toegelaten tot de spreekkamer of onderzoekkamer?

¹ ☐ Nooit

² ☐ Soms

³ ☐ Meestal

⁴ ☐ Altijd

36. We willen weten hoe u, uw artsen en andere zorgverleners beslissingen nemen over uw behandeling.

Zijn er in de afgelopen 12 maanden één of meer beslissingen over uw behandeling genomen?

¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 38*

² ☐ Ja

37. Hoe vaak gaven de artsen en andere zorgverleners u de ruimte om mee te beslissen over uw behandeling?

¹ ☐ Nooit

² ☐ Soms

³ ☐ Meestal

⁴ ☐ Altijd

38. Hoe vaak behandelden de artsen en andere zorgverleners u beleefd?

¹ ☐ Nooit

² ☐ Soms

³ ☐ Meestal

⁴ ☐ Altijd

39. Hoe vaak namen de artsen en andere zorgverleners u serieus?

¹ ☐ Nooit

² ☐ Soms

³ ☐ Meestal

⁴ ☐ Altijd

40. Hoe vaak vond u de artsen en andere zorgverleners behulpzaam?

- ¹ ☐ Nooit
² ☐ Soms
³ ☐ Meestal
⁴ ☐ Altijd

41. Hoe vaak luisterden de artsen en andere zorgverleners aandachtig naar u?

- ¹ ☐ Nooit
² ☐ Soms
³ ☐ Meestal
⁴ ☐ Altijd

42. Hoe vaak legden de artsen en andere zorgverleners u dingen op een begrijpelijke manier uit?

- ¹ ☐ Nooit
² ☐ Soms
³ ☐ Meestal
⁴ ☐ Altijd

43. Hoe vaak besteedden de artsen en andere zorgverleners voldoende tijd aan u?

- ¹ ☐ Nooit
² ☐ Soms
³ ☐ Meestal
⁴ ☐ Altijd

44. Geef hieronder uw totale oordeel over de gezondheidszorg die u in de afgelopen 12 maanden hebt gekregen, waarbij 0 de slechtst mogelijke en 10 de best mogelijke zorg is.

- ¹ ☐ 0 *slechtst mogelijke zorg*
² ☐ 1
³ ☐ 2
⁴ ☐ 3
⁵ ☐ 4
⁶ ☐ 5
⁷ ☐ 6
⁸ ☐ 7
⁹ ☐ 8
¹⁰ ☐ 9
¹¹ ☐ 10 *best mogelijke zorg*

UW ERVARINGEN MET DE ZORGVERZEKERING

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met uw zorgverzekering in de afgelopen 12 maanden.

45. Bij welke zorgverzekeraar bent u verzekerd?

- ¹ ☐ Aegon Zorgverzekering
² ☐ Agis
³ ☐ AnderZorg
⁴ ☐ Avéro Achmea
⁵ ☐ Azivo
⁶ ☐ AZVZ
⁷ ☐ Confior
⁸ ☐ CZ
⁹ ☐ De Amersfoortse
¹⁰ ☐ De Friesland Zorgverzekeraar
¹¹ ☐ De Goudse
¹² ☐ Delta Lloyd
¹³ ☐ DSW
¹⁴ ☐ DVZ Achmea
¹⁵ ☐ FBTO
¹⁶ ☐ Fortis ASR
¹⁷ ☐ Groene Land Achmea
¹⁸ ☐ Interpolis ZorgActief
¹⁹ ☐ IZA Zorgverzekeraar
²⁰ ☐ IZZ Zorgverzekeraar
²¹ ☐ Lancyr
²² ☐ Menzis
²³ ☐ OHRA
²⁴ ☐ ONVZ
²⁵ ☐ OZF Achmea
²⁶ ☐ PNO Ziektekosten
²⁷ ☐ Pro Life
²⁸ ☐ PWZ Achmea
²⁹ ☐ Salland
³⁰ ☐ SIZ
³¹ ☐ Stad Holland Zorgverzekeraar
³² ☐ Trias
³³ ☐ Univé
³⁴ ☐ VGZ
³⁵ ☐ VVAA
³⁶ ☐ Zilveren Kruis Achmea
³⁷ ☐ Zorg en Zekerheid
³⁸ ☐ Zorgverzekeraar UMC
³⁹ ☐ Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

46. Hoe bent u verzekerd tegen ziektekosten?

- ¹ ☐ Alleen een basisverzekering
- ² ☐ Een basisverzekering en een aanvullende verzekering

47. Bent u individueel verzekerd of via een collectief?

- ¹ ☐ Individueel
- ² ☐ Collectief via werkgever
- ³ ☐ Collectief via werkgever van mijn partner
- ⁴ ☐ Collectief niet via werkgever

48. In het zorgstelsel zijn er drie vormen van verzekeringen, namelijk zorg in natura, restitutie of een combinatie van beide.

Bij zorg in natura sluit de zorgverzekeraar voor zijn verzekerden voldoende contracten met zorgaanbieders (zoals ziekenhuizen) om u de verzekerde zorg te leveren. De zorgverzekeraar betaalt de rekening rechtstreeks aan de zorgaanbieder. U kunt naar alle zorgaanbieders gaan waarmee de zorgverzekeraar voor deze polisvorm een contract heeft afgesloten. Wilt u naar een zorgaanbieder waar uw zorgverzekeraar **geen contract** mee heeft gesloten, dan krijgt u mogelijk niet alle kosten vergoed.

Bij restitutie kunt u zelf uw zorgaanbieder kiezen, maar moet u in principe de rekening van de zorgaanbieder eerst zelf betalen voordat u de kosten door uw zorgverzekeraar vergoed krijgt.

Wat voor een soort verzekering heeft u?

- ¹ ☐ Zorg in natura
- ² ☐ Restitutie
- ³ ☐ Combinatie van zorg in natura en restitutie
- ⁴ ☐ Weet ik niet

49. Hoeveel jaren, zonder onderbreking, bent u al bij uw huidige zorgverzekeraar verzekerd?

- ¹ ☐ Minder dan 1 jaar → **ga naar vraag 97**
- ² ☐ Tenminste 1 jaar maar minder dan 2 jaar
- ³ ☐ Tenminste 2 jaar maar minder dan 5 jaar
→ **ga naar vraag 53**
- ⁴ ☐ Tenminste 5 jaar maar minder dan 10 jaar
→ **ga naar vraag 53**
- ⁵ ☐ 10 jaar of langer
→ **ga naar vraag 53**

50. Had u bij het inschrijven bij uw huidige zorgverzekeraar voldoende keuze uit verschillende soorten verzekeringen en polissen?

- ¹ ☐ Nee
- ² ☐ Ja

51. In hoeverre is het een probleem geweest om u in te schrijven bij uw zorgverzekeraar?

- ¹ ☐ Een groot probleem
- ² ☐ Een klein probleem
- ³ ☐ Geen probleem

52. In hoeverre is het een probleem geweest om u uit te schrijven bij uw vorige zorgverzekeraar?

- ¹ ☐ Een groot probleem
- ² ☐ Een klein probleem
- ³ ☐ Geen probleem
- ⁴ ☐ Mijn huidige zorgverzekeraar is mijn eerste zorgverzekeraar

53. Hebt u in de afgelopen 12 maanden schriftelijke informatie ontvangen van uw zorgverzekeraar?

- ¹ ☐ Nee → **indien nee: ga naar vraag 55**
- ² ☐ Ja

54. In hoeverre is het een probleem geweest om deze informatie te begrijpen?

- ¹ ☐ Een groot probleem
- ² ☐ Een klein probleem
- ³ ☐ Geen probleem

55. Hebt u in de afgelopen 12 maanden zelf op de internetsite van uw zorgverzekeraar gezocht naar informatie over uw zorgverzekering?

- ¹ ☐ Nee → **indien nee: ga naar vraag 58**
- ² ☐ Ja

56. In hoeverre is het een probleem geweest om deze informatie te vinden?

- ¹ ☐ Een groot probleem
- ² ☐ Een klein probleem
- ³ ☐ Geen probleem

57. In hoeverre is het een probleem geweest om deze informatie te begrijpen?

- ¹ ☐ Een groot probleem
² ☐ Een klein probleem
³ ☐ Geen probleem

58. Bent u in de afgelopen 12 maanden langs geweest bij één van de kantoren van uw zorgverzekeraar?

- ¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 61*
² ☐ Ja

59. In hoeverre is het een probleem geweest om het kantoor van uw zorgverzekeraar te bereiken?

- ¹ ☐ Een groot probleem
² ☐ Een klein probleem
³ ☐ Geen probleem

60. Als u bij het kantoor van uw zorgverzekeraar langs ging, hoe vaak werd u binnen 15 minuten geholpen?

- ¹ ☐ Nooit
² ☐ Soms
³ ☐ Meestal
⁴ ☐ Altijd

61. Hebt u in de afgelopen 12 maanden gebeld met de klantenservice van uw zorgverzekeraar om informatie of hulp te krijgen?

- ¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 64*
² ☐ Ja

62. In hoeverre is een probleem geweest om de klantenservice telefonisch te bereiken?

- ¹ ☐ Een groot probleem
² ☐ Een klein probleem
³ ☐ Geen probleem

63. Als u belde met de klantenservice, hoe vaak kreeg u dan de informatie of hulp die u nodig had?

- ¹ ☐ Nooit
² ☐ Soms
³ ☐ Meestal
⁴ ☐ Altijd

64. Hebt u in de afgelopen 12 maanden een e-mail gestuurd naar uw zorgverzekeraar om informatie of hulp te krijgen?

- ¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 67*
² ☐ Ja

65. Als u een e-mail stuurde naar uw zorgverzekeraar, hoe vaak kreeg u dan de informatie of hulp zo snel als u wilde?

- ¹ ☐ Nooit
² ☐ Soms
³ ☐ Meestal
⁴ ☐ Altijd

66. Als u een e-mail stuurde naar uw zorgverzekeraar, hoe vaak kreeg u dan de informatie of hulp die u nodig had?

- ¹ ☐ Nooit
² ☐ Soms
³ ☐ Meestal
⁴ ☐ Altijd

67. Zijn de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering veranderd in de afgelopen 12 maanden?

- ¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 72*
² ☐ Ja
³ ☐ Weet ik niet → *indien u dit niet weet: ga naar vraag 72*

68. Heeft u schriftelijke informatie ontvangen van uw zorgverzekeraar over deze veranderingen in de polisvoorwaarden?

- ¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 70*
² ☐ Ja

69. In hoeverre is het een probleem geweest om de schriftelijke informatie over de polisvoorwaarden te begrijpen?

- ¹ ☐ Een groot probleem
² ☐ Een klein probleem
³ ☐ Geen probleem

70. Heeft u in de afgelopen 12 maanden gebruik gemaakt van zorg waarvoor de vergoeding veranderd was?

- ¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 72*
² ☐ Ja
³ ☐ Weet ik niet → *indien u dit niet weet: ga naar vraag 72*

71. Hoe vaak was het van tevoren duidelijk dat de vergoeding voor deze zorg veranderd was?

- ¹ ☐ Nooit
² ☐ Soms
³ ☐ Meestal
⁴ ☐ Altijd

72. Hebt u in de afgelopen 12 maanden toestemming van uw zorgverzekeraar nodig gehad voor bepaalde verzorging, onderzoeken of een behandeling?

- ¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 75*
² ☐ Ja

73. Heeft het wachten op toestemming van uw zorgverzekeraar geleid tot het uitstel van medische zorg?

- ¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 75*
² ☐ Ja

74. In hoeverre is het uitstel van medische zorg tijdens het wachten op goedkeuring van uw zorgverzekeraar een probleem geweest?

- ¹ ☐ Een groot probleem
² ☐ Een klein probleem
³ ☐ Geen probleem

75. Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om met alle zorgverleners (bijvoorbeeld artsen of fysiotherapeuten) contracten af te sluiten. Verzekerden die gebruik willen maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener moeten de kosten daarvan geheel of gedeeltelijk zelf betalen.

Wilde u in de afgelopen 12 maanden een arts of andere zorgverlener bezoeken die geen contract heeft met uw zorgverzekeraar?

- ¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 77*
² ☐ Ja
³ ☐ Weet ik niet → *indien u dit niet weet: ga naar vraag 77*

76. In hoeverre is het een probleem geweest dat de zorgverlener die u wilde bezoeken, geen contract heeft met uw zorgverzekeraar?

- ¹ ☐ Een groot probleem
² ☐ Een klein probleem
³ ☐ Geen probleem

77. Hebt u in de afgelopen 12 maanden uw zorgverzekeraar met een klacht of probleem gebeld, geschreven of ge-emaild?

- ¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 80*
² ☐ Ja

78. In hoeverre is het een probleem geweest om een klacht of probleem in te dienen bij uw zorgverzekeraar?

- ¹ ☐ Een groot probleem
² ☐ Een klein probleem
³ ☐ Geen probleem

79. Is uw klacht of probleem naar tevredenheid opgelost?

- ¹ ☐ Nee
² ☐ Ja
³ ☐ Ik wacht er nog op dat het opgelost wordt

80. Hebt u in de afgelopen 12 maanden formulieren moeten invullen voor uw zorgverzekeraar?

- ¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 82*
² ☐ Ja

81. In hoeverre is het een probleem geweest om formulieren voor uw zorgverzekeraar in te vullen?

- ¹ ☐ Een groot probleem
² ☐ Een klein probleem
³ ☐ Geen probleem

82. Bij de zorgverzekeraar worden rekeningen ingediend om vergoed te worden. Die rekeningen kunnen door uzelf worden ingediend, of rechtstreeks door de zorgverlener (bijvoorbeeld de arts of het ziekenhuis).

Hebt u in de afgelopen 12 maanden rekeningen zelf ingediend bij de zorgverzekeraar?

¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 85*

² ☐ Ja

³ ☐ Weet ik niet → *indien u dit niet weet: ga naar vraag 85*

83. Hoe vaak heeft uw zorgverzekeraar uw rekeningen binnen een redelijke termijn afgehandeld?

¹ ☐ Nooit

² ☐ Soms

³ ☐ Meestal

⁴ ☐ Altijd

⁵ ☐ Weet ik niet

84. Hoe vaak heeft uw zorgverzekeraar uw rekeningen correct afgehandeld?

¹ ☐ Nooit

² ☐ Soms

³ ☐ Meestal

⁴ ☐ Altijd

⁵ ☐ Weet ik niet

85. Hebt u in de afgelopen 12 maanden zelf moeten (bij)betalen voor zorg waarvan u gebruik heeft gemaakt?

¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 87*

² ☐ Ja

³ ☐ Weet ik niet → *indien u dit niet weet: ga naar vraag 87*

86. Hoe vaak was het van tevoren duidelijk hoeveel u zou moeten (bij)betalen?

¹ ☐ Nooit

² ☐ Soms

³ ☐ Meestal

⁴ ☐ Altijd

⁵ ☐ Weet ik niet

87. Hebt u in de afgelopen 12 maanden contact gehad (over de telefoon of in persoon) met medewerkers van uw zorgverzekeraar?

¹ ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 95*

² ☐ Ja

88. Hoe vaak behandelden de medewerkers van uw zorgverzekeraar u beleefd?

¹ ☐ Nooit

² ☐ Soms

³ ☐ Meestal

⁴ ☐ Altijd

89. Hoe vaak namen de medewerkers van uw zorgverzekeraar u serieus?

¹ ☐ Nooit

² ☐ Soms

³ ☐ Meestal

⁴ ☐ Altijd

90. Hoe vaak vond u de medewerkers van uw zorgverzekeraar behulpzaam?

¹ ☐ Nooit

² ☐ Soms

³ ☐ Meestal

⁴ ☐ Altijd

91. Hoe vaak luisterden medewerkers van uw zorgverzekeraar aandachtig naar u?

¹ ☐ Nooit

² ☐ Soms

³ ☐ Meestal

⁴ ☐ Altijd

92. Hoe vaak legden medewerkers van uw zorgverzekeraar u dingen op een begrijpelijke manier uit?

¹ ☐ Nooit

² ☐ Soms

³ ☐ Meestal

⁴ ☐ Altijd

93. Hoe vaak besteedden medewerkers van uw zorgverzekeraar voldoende tijd aan u?

- ¹ ☐ Nooit
² ☐ Soms
³ ☐ Meestal
⁴ ☐ Altijd

94. Hoe vaak gaven medewerkers van uw zorgverzekeraar u tegenstrijdige informatie?

- ¹ ☐ Nooit
² ☐ Soms
³ ☐ Meestal
⁴ ☐ Altijd

95. Zou u uw zorgverzekeraar bij familie en vrienden aanbevelen?

- ¹ ☐ Beslist niet
² ☐ Waarschijnlijk niet
³ ☐ Waarschijnlijk wel
⁴ ☐ Beslist wel

96. Geef hieronder uw totale oordeel over uw zorgverzekeraar, waarbij 0 de slechtst mogelijke en 10 de best mogelijke zorgverzekeraar is.

- ¹ ☐ 0 *slechtst mogelijke verzekeraar*
² ☐ 1
³ ☐ 2
⁴ ☐ 3
⁵ ☐ 4
⁶ ☐ 5
⁷ ☐ 6
⁸ ☐ 7
⁹ ☐ 8
¹⁰ ☐ 9
¹¹ ☐ 10 *best mogelijke verzekeraar*
-

OVER UZELF

Tot slot nog een aantal vragen over **uzelf**.

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

- ¹ ☐ Uitstekend
² ☐ Zeer goed
³ ☐ Goed
⁴ ☐ Matig
⁵ ☐ Slecht

98. Hoe zou u over het algemeen uw geestelijke/psychische gezondheid omschrijven?

- ¹ ☐ Uitstekend
² ☐ Zeer goed
³ ☐ Goed
⁴ ☐ Matig
⁵ ☐ Slecht

99. Wat is momenteel uw leeftijd?

- ¹ ☐ 18 t/m 24 jaar
² ☐ 25 t/m 34 jaar
³ ☐ 35 t/m 44 jaar
⁴ ☐ 45 t/m 54 jaar
⁵ ☐ 55 t/m 64 jaar
⁶ ☐ 65 t/m 74 jaar
⁷ ☐ 75 jaar of ouder

100. Bent u een man of een vrouw?

- ¹ ☐ Man
² ☐ Vrouw

101. Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift)

- ¹ ☐ Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
- ² ☐ Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- ³ ☐ Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, LBO, VMBO)
- ⁴ ☐ Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
- ⁵ ☐ Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- ⁶ ☐ Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
- ⁷ ☐ Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- ⁸ ☐ Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- ⁹ ☐ Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

102. Heeft iemand u geholpen bij het invullen van deze vragenlijst?

- ¹ ☐ Nee → **indien nee: ga naar vraag 104**
- ² ☐ Ja

103. Hoe heeft die persoon u geholpen? *Kruis alles aan wat van toepassing is.*

- ¹ ☐ Heeft de vragen voorgelezen
- ² ☐ Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- ³ ☐ Heeft de vragen in mijn plaats beantwoord
- ⁴ ☐ Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- ⁵ ☐ Heeft op een andere manier geholpen, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

AANVULLENDE VRAGEN

De volgende vragen gaan ook over **uzelf**. Deze informatie kunnen we gebruiken om inzicht te krijgen in de ervaringen van verschillende groepen van mensen.

104. Wat zijn de vier cijfers van uw postcode?

--	--	--	--

105. Wat is het geboorteland van uzelf?

- ¹ ☐ Nederland
- ² ☐ Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- ³ ☐ Suriname
- ⁴ ☐ Marokko
- ⁵ ☐ Turkije
- ⁶ ☐ Duitsland
- ⁷ ☐ Nederlandse Antillen
- ⁸ ☐ Aruba
- ⁹ ☐ Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

106. Wat is het geboorteland van uw vader?

- ¹ ☐ Nederland
- ² ☐ Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- ³ ☐ Suriname
- ⁴ ☐ Marokko
- ⁵ ☐ Turkije
- ⁶ ☐ Duitsland
- ⁷ ☐ Nederlandse Antillen
- ⁸ ☐ Aruba
- ⁹ ☐ Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

107. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- ¹ ☐ Nederland
² ☐ Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
³ ☐ Suriname
⁴ ☐ Marokko
⁵ ☐ Turkije
⁶ ☐ Duitsland
⁷ ☐ Nederlandse Antillen
⁸ ☐ Aruba
⁹ ☐ Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

108. Welke taal spreekt u thuis meestal?

- ¹ ☐ Nederlands
² ☐ Fries
³ ☐ Nederlands dialect
⁴ ☐ Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

109. Kunt u aangeven wat het netto maandinkomen van uw *huishouden* is? Dit is de som van uw eigen inkomen en van uw eventuele partner. We bedoelen het inkomen uit arbeid, uitkering en/of vermogen dat u per maand 'schoon' in handen krijgt (na aftrek van belastingen en premies). Daarbij telt u mee de beschikking over de verrekening van de hypotheekrente en eventueel kostgeld van inwonende kinderen. Vakantiegeld rekent u niet mee. Indien u uw inkomen per jaar ontvangt, bijvoorbeeld als u zelfstandige bent, wilt u dan uw netto jaarinkomen door twaalf delen?

- ¹ ☐ Minder dan €1100
² ☐ Tussen €1100 en €1200
³ ☐ Tussen €1200 en €1300
⁴ ☐ Tussen €1300 en €1400
⁵ ☐ Tussen €1400 en €1500
⁶ ☐ Tussen €1500 en €1600
⁷ ☐ Tussen €1600 en €1700
⁸ ☐ Tussen €1700 en €1900
⁹ ☐ Tussen €1900 en €2100
¹⁰ ☐ Tussen €2100 en €2300
¹¹ ☐ Tussen €2300 en €2500
¹² ☐ Tussen €2500 en €2700
¹³ ☐ Tussen €2700 en €2900
¹⁴ ☐ Tussen €2900 en €3100
¹⁵ ☐ Meer dan €3100
¹⁶ ☐ Ik wil hierover geen informatie verstrekken

110. Hoeveel personen binnen en buiten uw huishouden moeten van dit inkomen leven? Inwonende kinderen moet u alleen meetellen wanneer ze van het gezamenlijke inkomen van het huishouden leven. Denk ook aan studerende kinderen, alimentatie als u die betaalt, enz.

- ¹ ☐ Één persoon (alleen ikzelf)
² ☐ Meer dan één persoon, namelijk personen (inclusief mijzelf)

- EINDE -

**HARTELIJK BEDANKT
VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST**

**Stuurt u de ingevulde vragenlijst a.u.b. terug in de
bijgevoegde envelop
(Antwoordnummer 704, 7400 WB DEVENTER).**

Een postzegel is niet nodig.

Deze ruimte niet beschrijven a.u.b.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

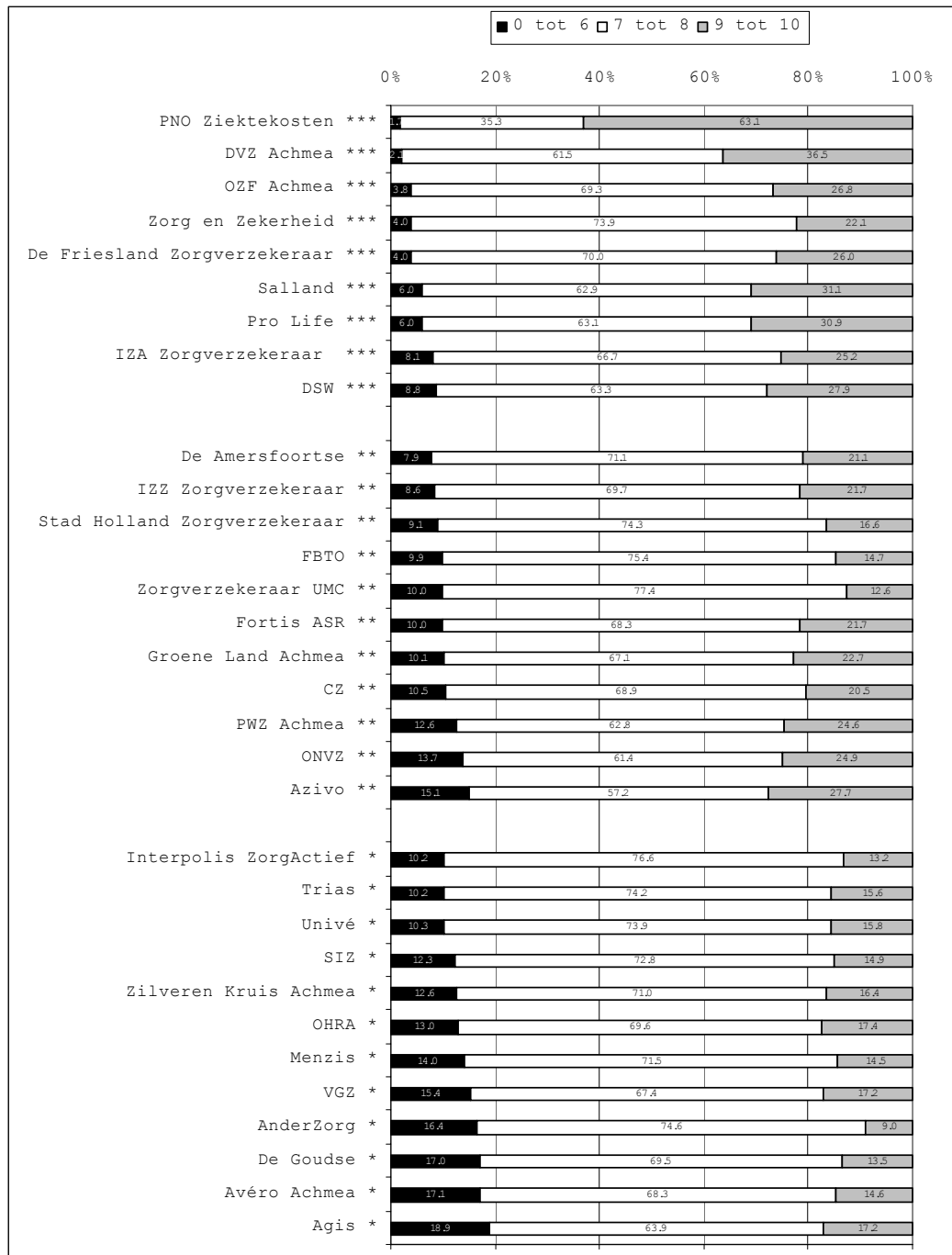
Bijlage 2 Consumenteninformatie over de prestaties van zorgverzekeraars

In deze bijlage worden de resultaten uit de multilevel analyses gepresenteerd (zie paragraaf 4.2 en 4.3) door een combinatie van sterren en percentages gegeven antwoorden. Op deze manier is keuze-informatie ontwikkeld voor consumenten. Voor elk serviceaspect wordt een figuur weergegeven. In de legenda staan de antwoordcategorieën die mogelijk waren. De percentages in de figuren geven weer hoeveel mensen het bijbehorende antwoord hebben gegeven. Deze percentages zijn gecorrigeerd voor leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid.

De zorgverzekeraars staan gerangschikt van best presterende naar slechtst presterende zorgverzekeraar. Hierbij geldt dat eerst is gekeken naar het aantal sterren. Bovenaan staan de zorgverzekeraars met drie sterren (bovengemiddelde score); in het midden de zorgverzekeraars met twee sterren (gemiddelde score); en onderaan de zorgverzekeraars met één ster (benedengemiddelde score) op het betreffende serviceaspect. Daarna is gerangschikt op de percentages gegeven antwoorden die duiden op een relatief minder goede kwaliteit.

Het is belangrijk om op te merken dat de driedeling laat zien hoe iedere zorgverzekeraar zijn werk doet ten opzichte van het gemiddelde van alle zorgverzekeraars in het onderzoek en **niet** of de zorgverzekeraars op een bepaald aspect goed of slecht presteren. Een zorgverzekeraar wordt ingedeeld in de laagste (*) of hoogste (***) categorie, indien het 95%-betrouwbaarheidsinterval van het gemiddelde van de zorgverzekeraar respectievelijk geheel beneden of geheel boven het gemiddelde over alle zorgverzekeraars valt. Als het betrouwbaarheidsinterval overlapt met het algemene gemiddelde, dan krijgt de zorgverzekeraar twee sterren toegewezen. Van de uiteindelijke sterrenindeling kun je stellen dat de zorgverzekeraars met één ster significant slechter presteren dan de zorgverzekeraars met drie sterren. De prestaties van deze twee groepen wijken echter niet altijd significant af van de prestaties van zorgverzekeraars met twee sterren.

Algemeen oordeel zorgverzekeraar

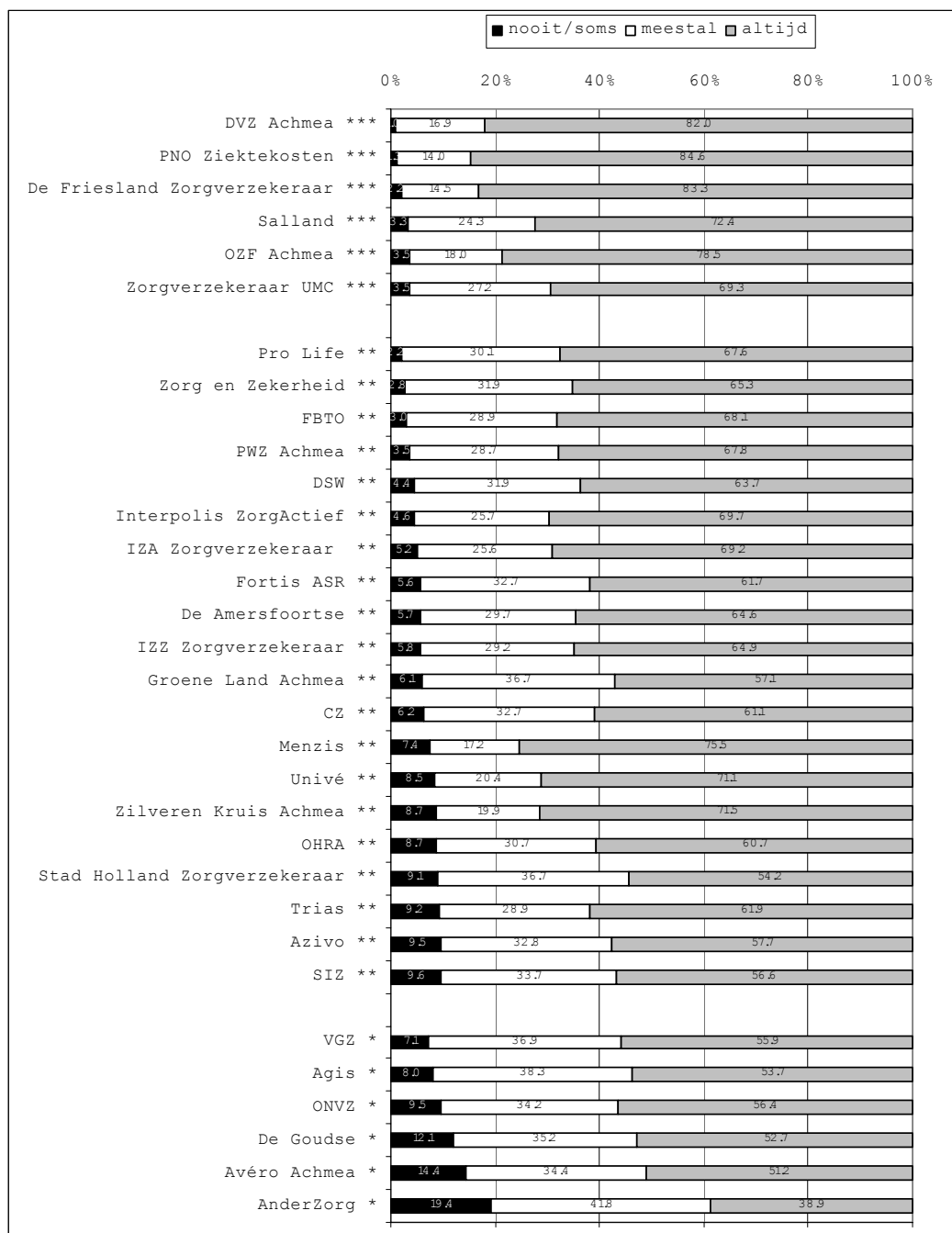


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

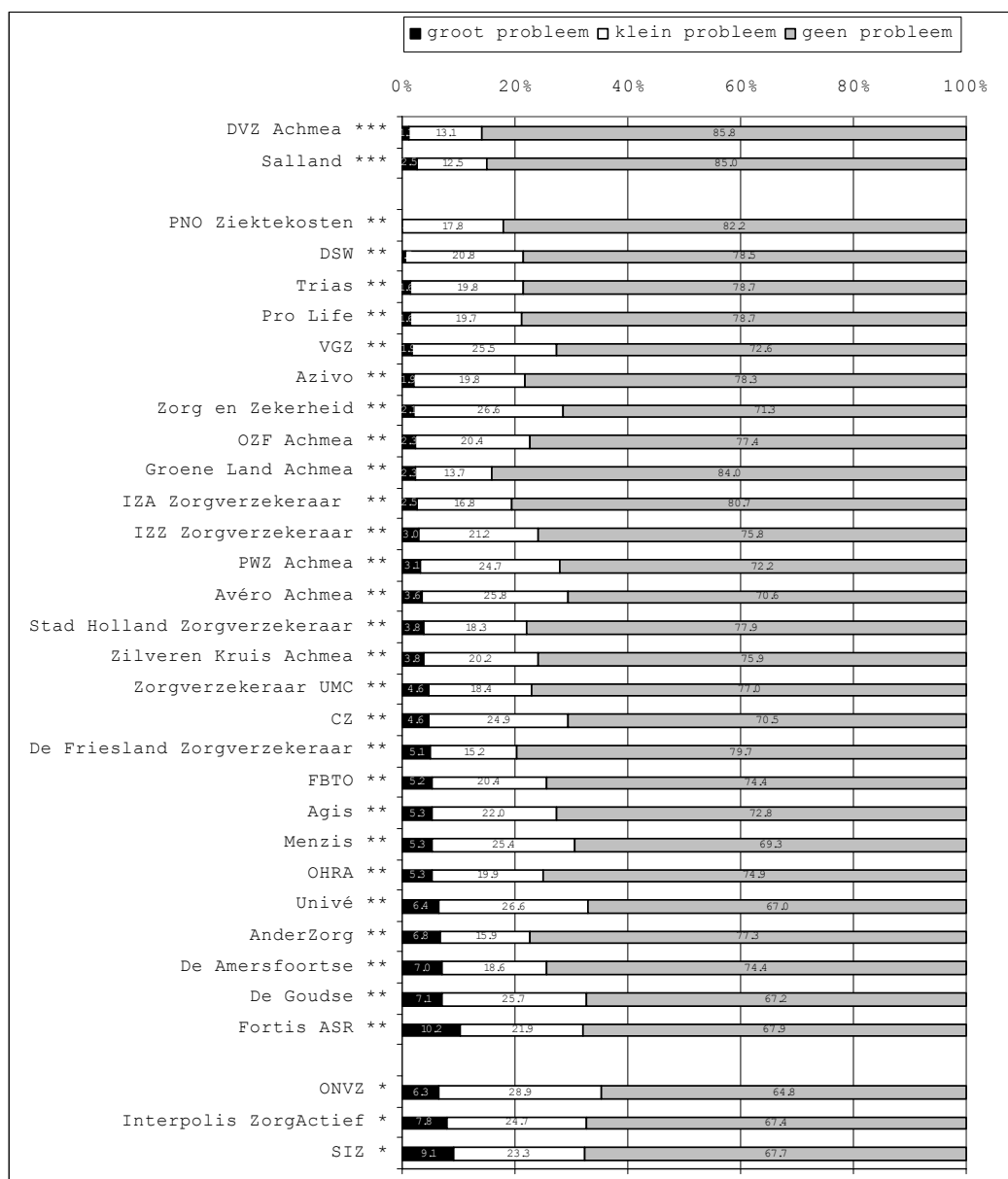
*** bovengemiddelde score

Persoonlijke benadering door medewerkers van de zorgverzekeraar



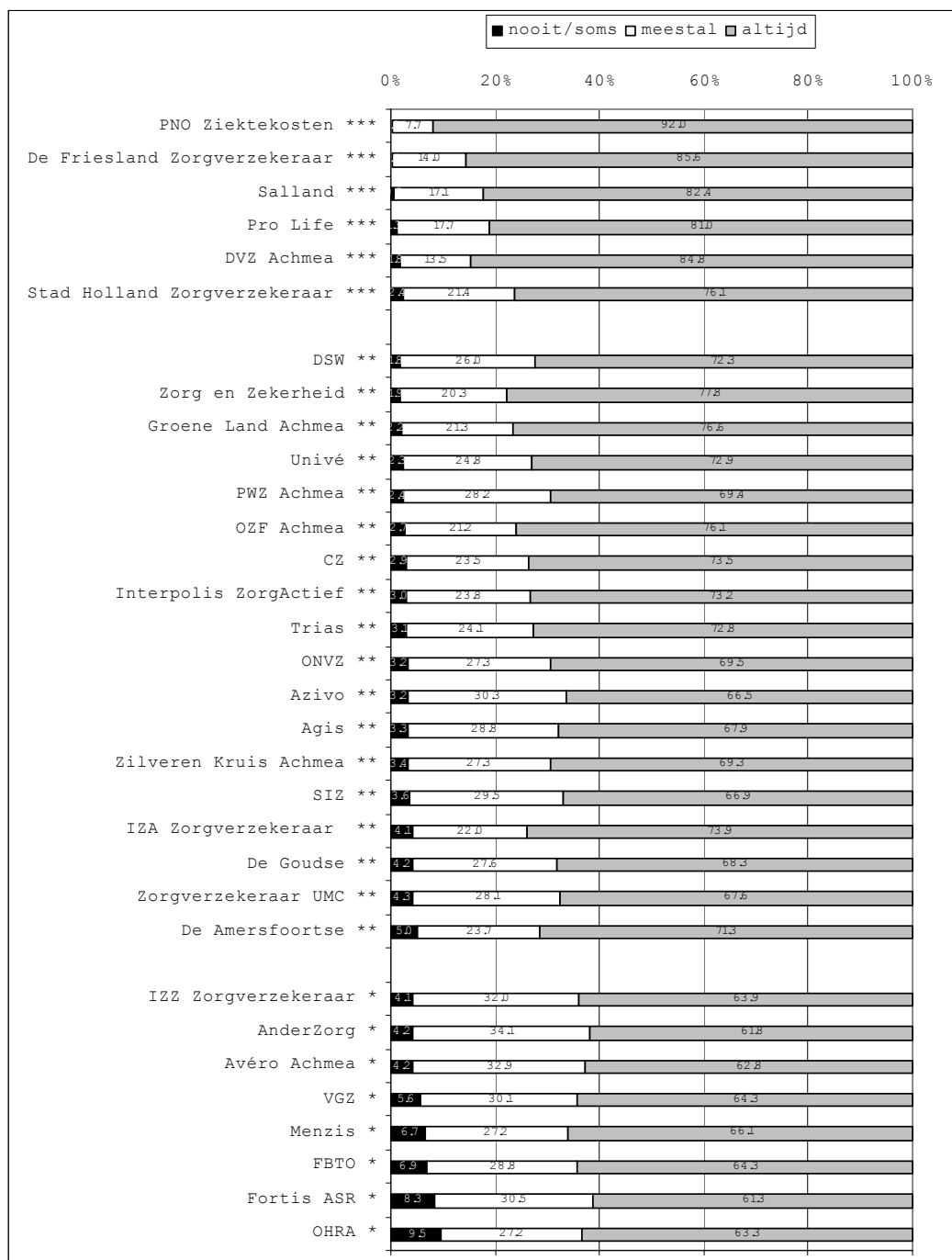
- * benedengemiddelde score
- ** gemiddelde score
- *** bovengemiddelde score

Informatievoorziening van de zorgverzekeraar



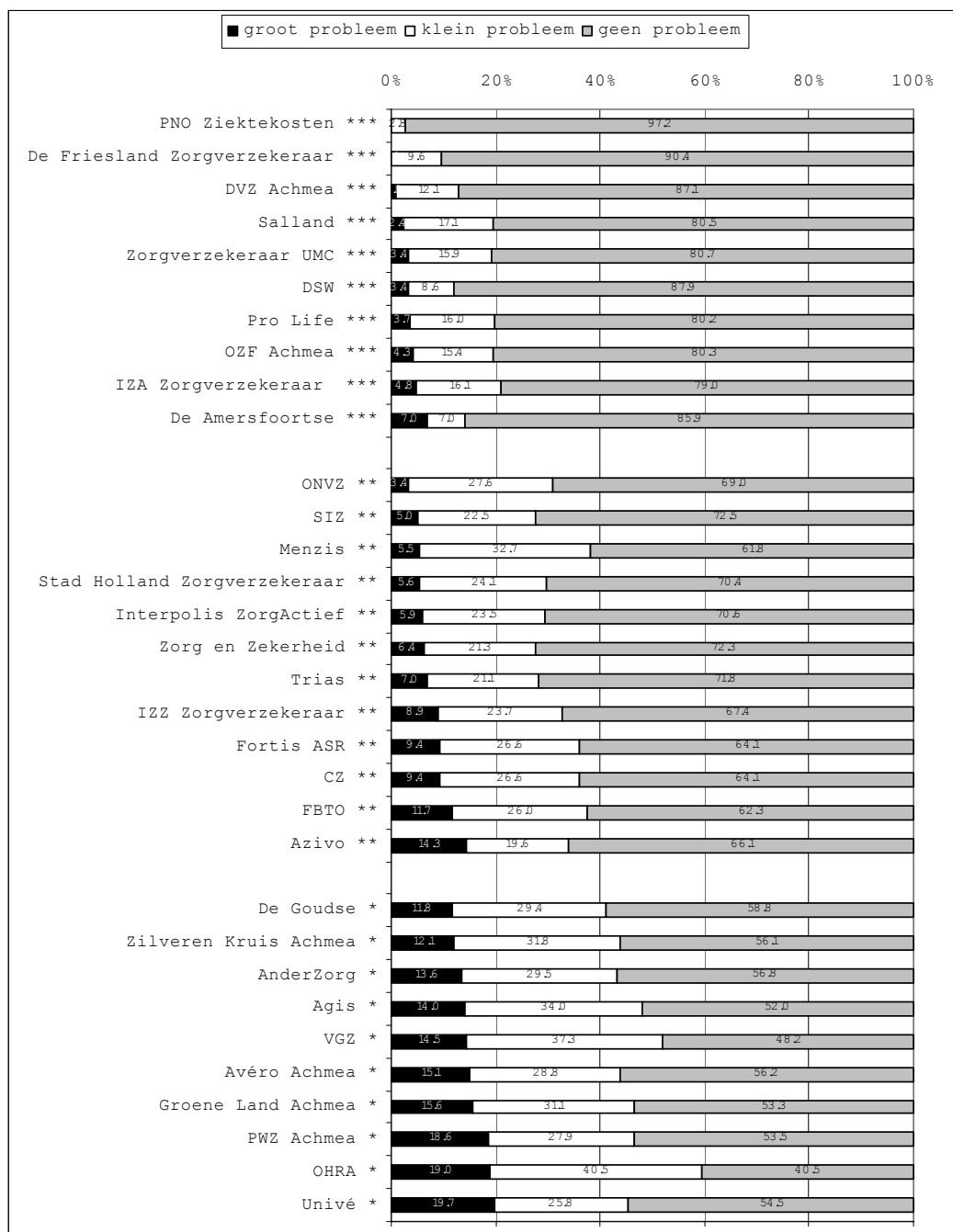
- * benedengemiddelde score
- ** gemiddelde score
- *** bovengemiddelde score

Afhandeling van rekeningen



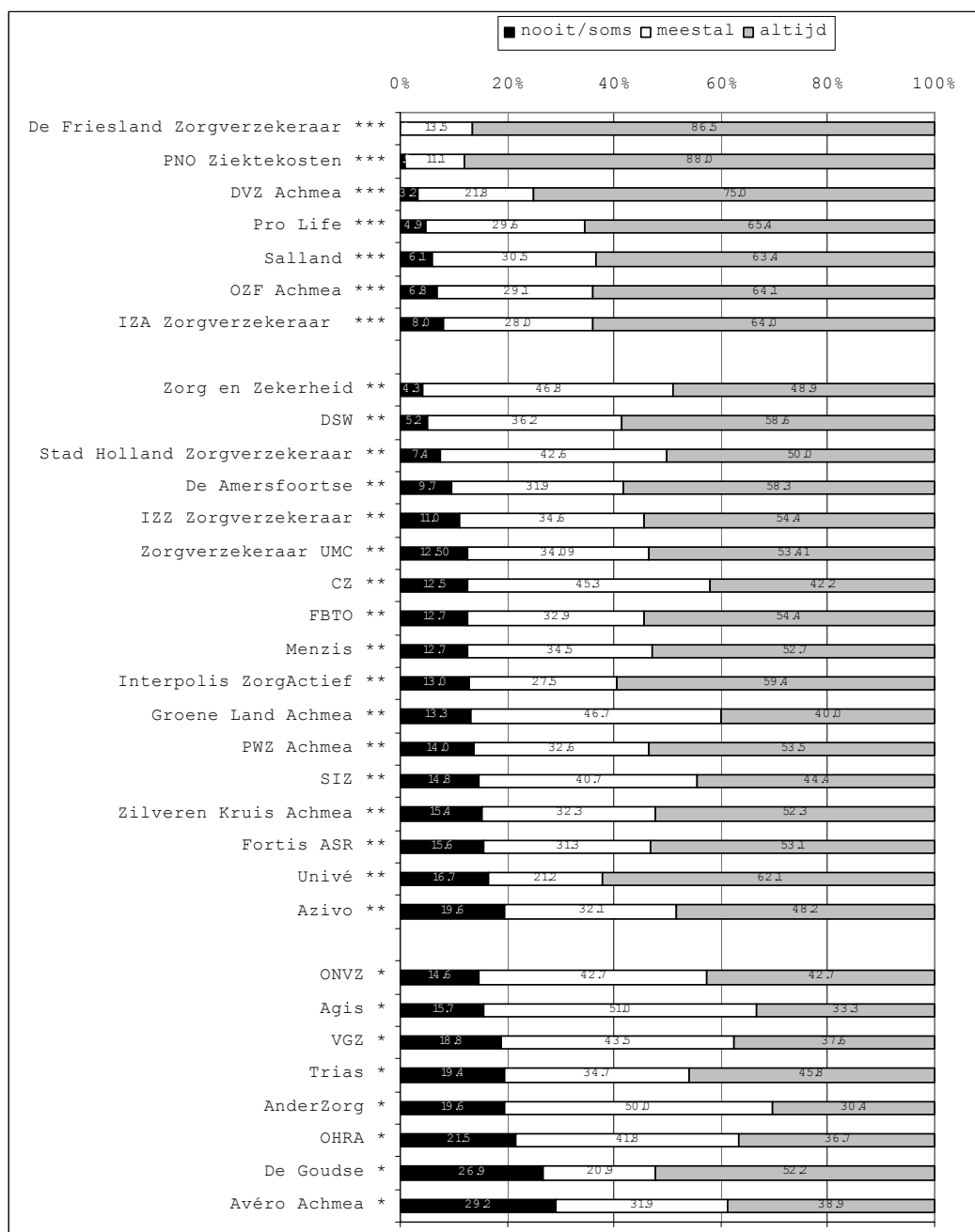
- * benedengemiddelde score
- ** gemiddelde score
- *** bovengemiddelde score

Telefonische bereikbaarheid van de klantenservice



- * benedengemiddelde score
- ** gemiddelde score
- *** bovengemiddelde score

Krijgen van de benodigde hulp van de klantenservice

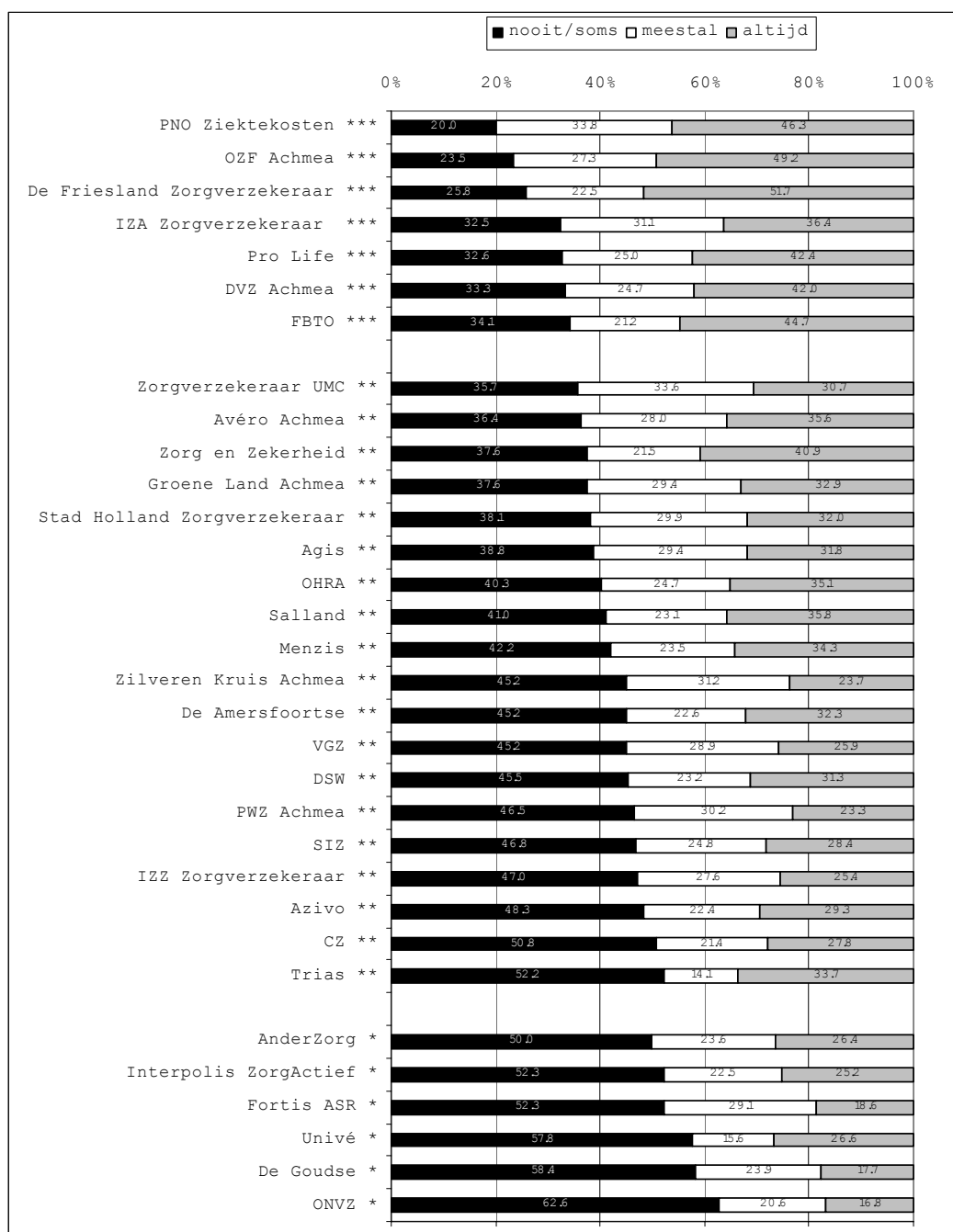


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

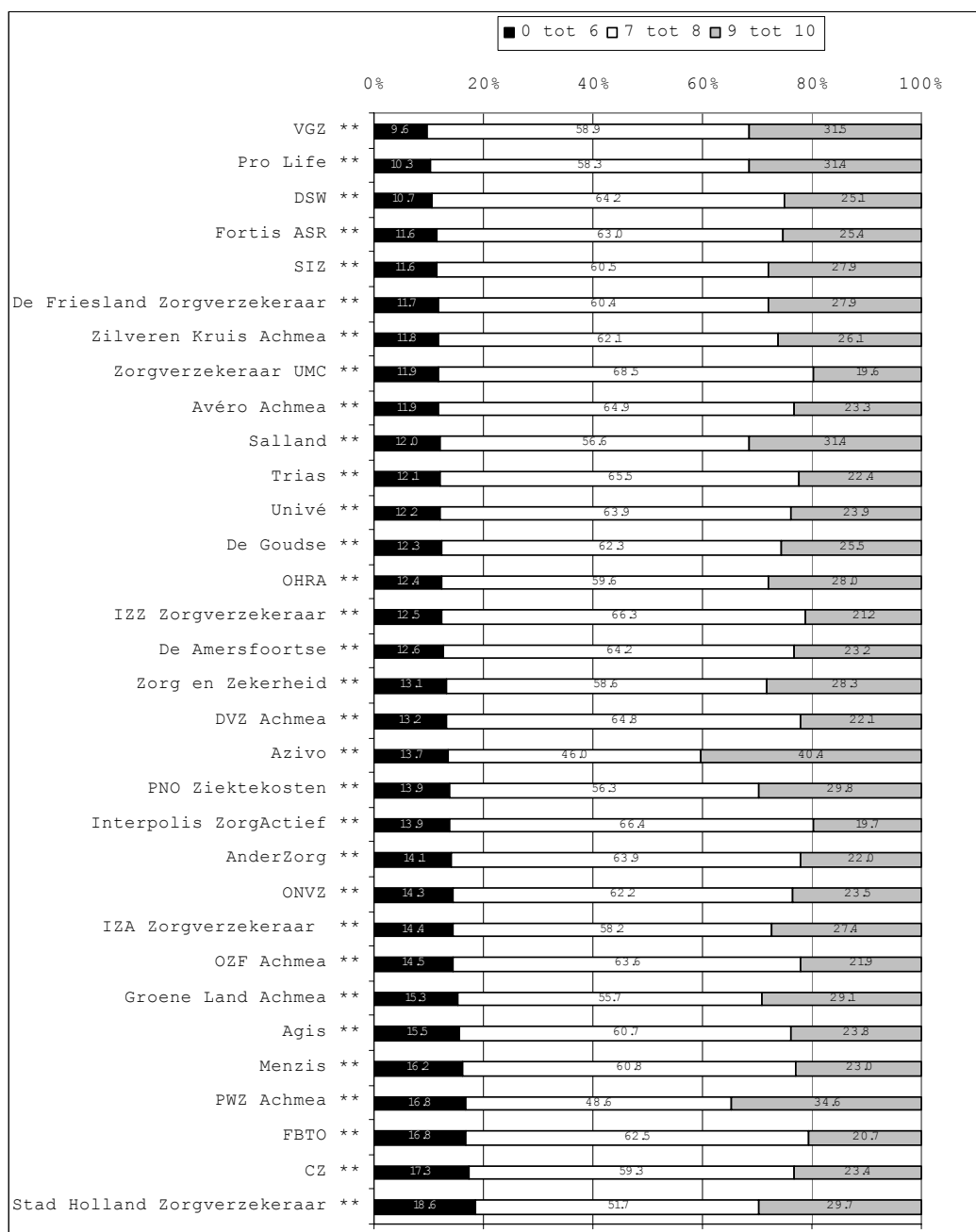
*** bovengemiddelde score

Duidelijkheid over de mate waarin moet worden bijbetaald voor zorg



- * benedengemiddelde score
- ** gemiddelde score
- *** bovengemiddelde score

Algemeen oordeel huisarts

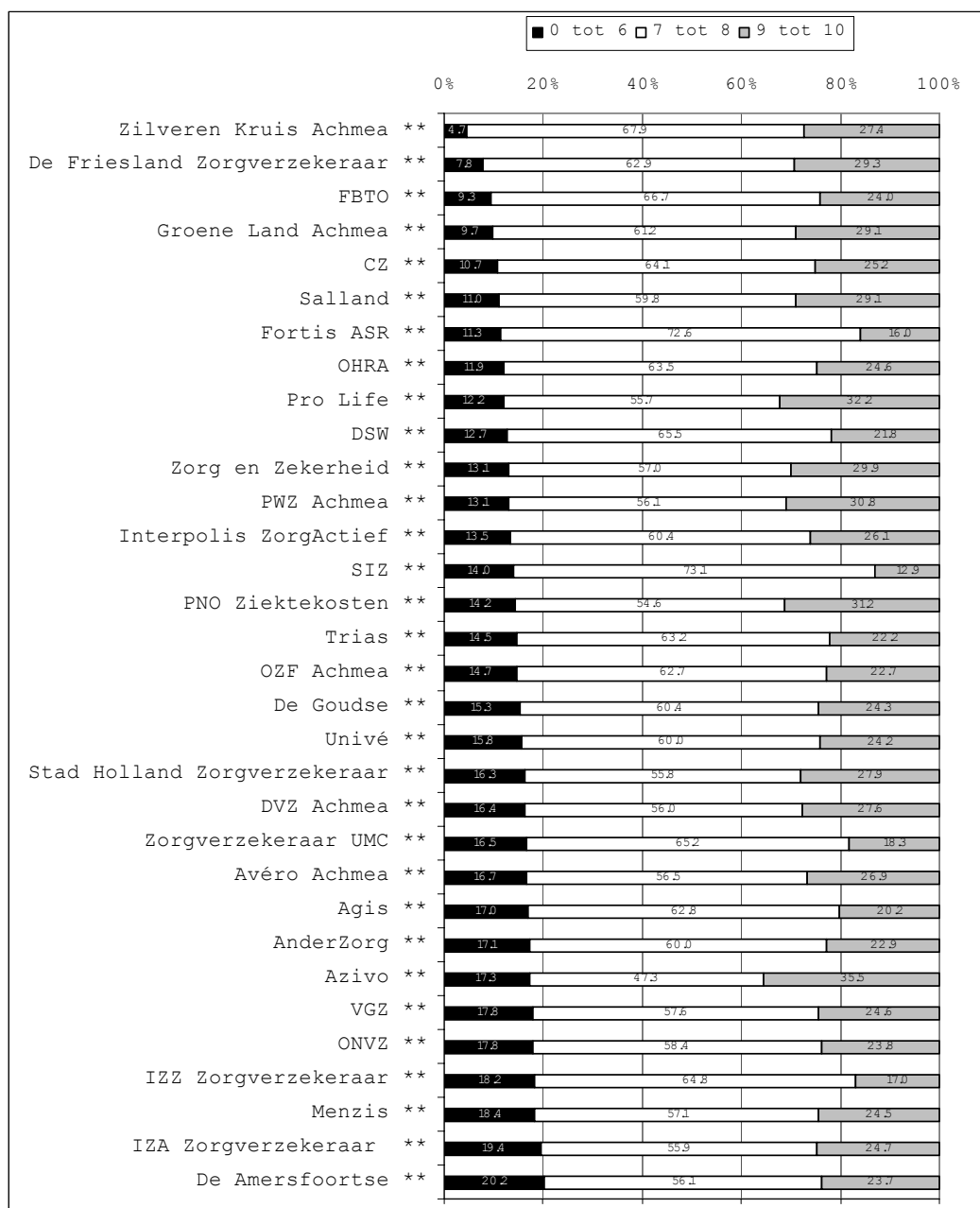


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Algemeen oordeel specialist

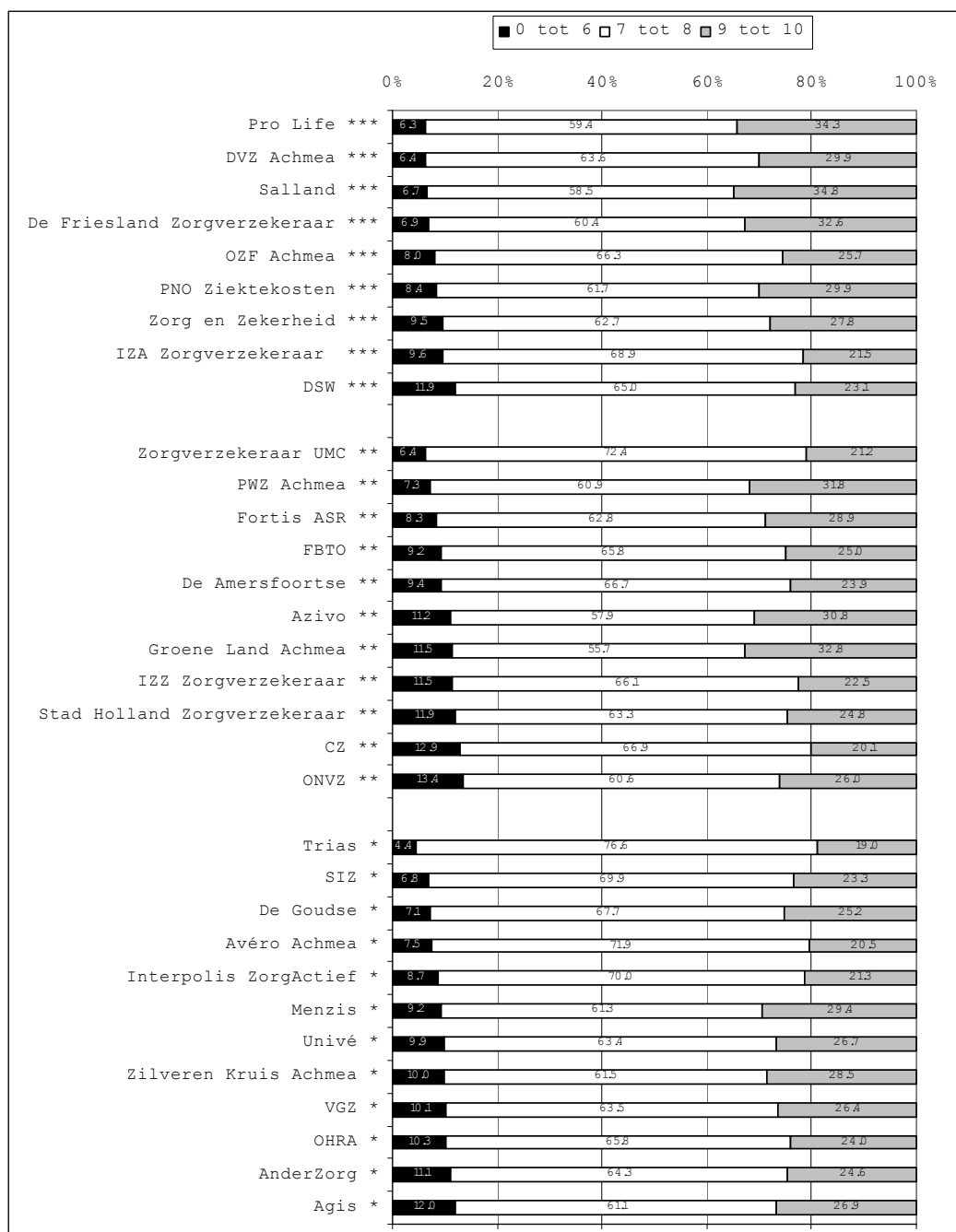


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Algemeen oordeel gezondheidszorg

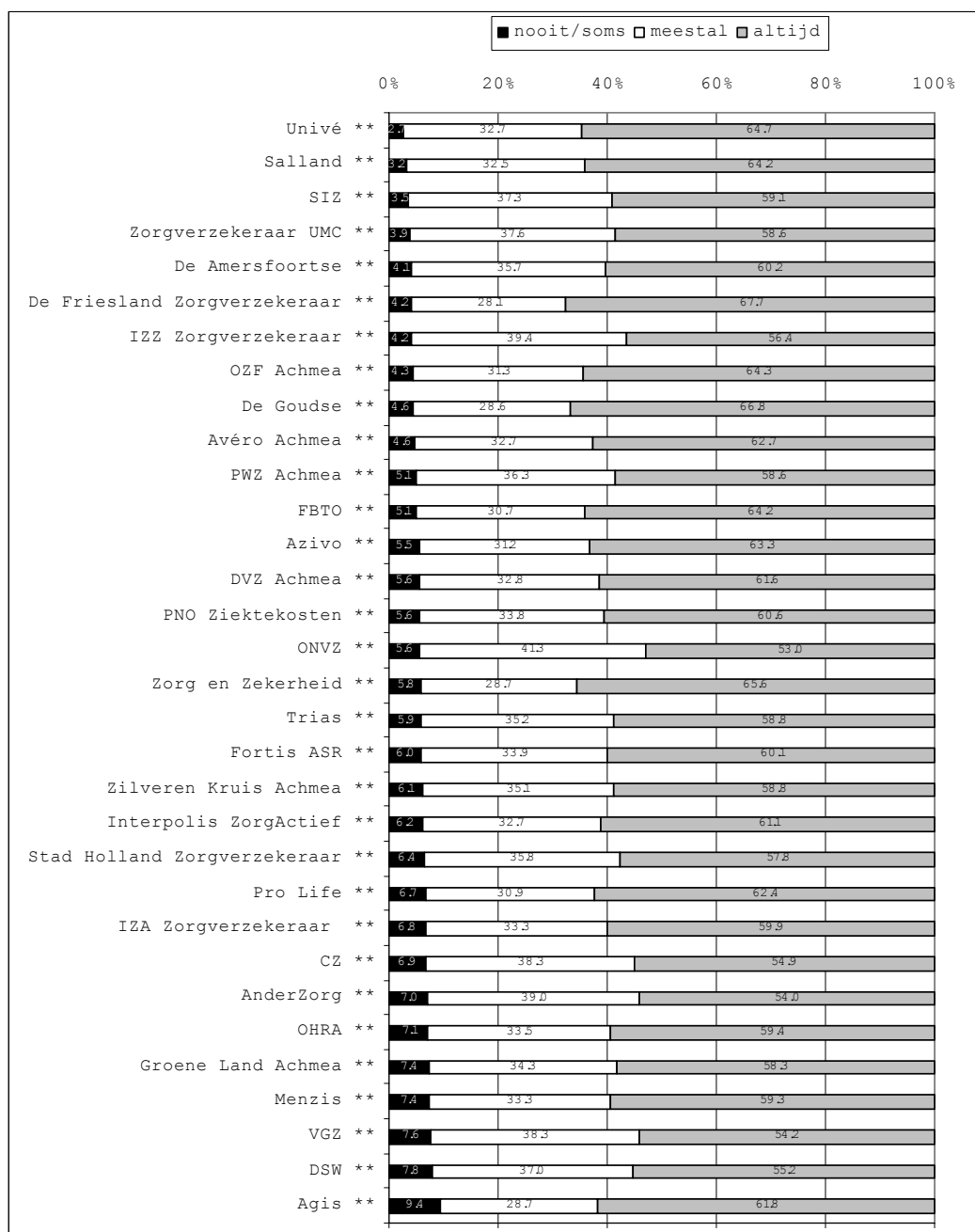


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

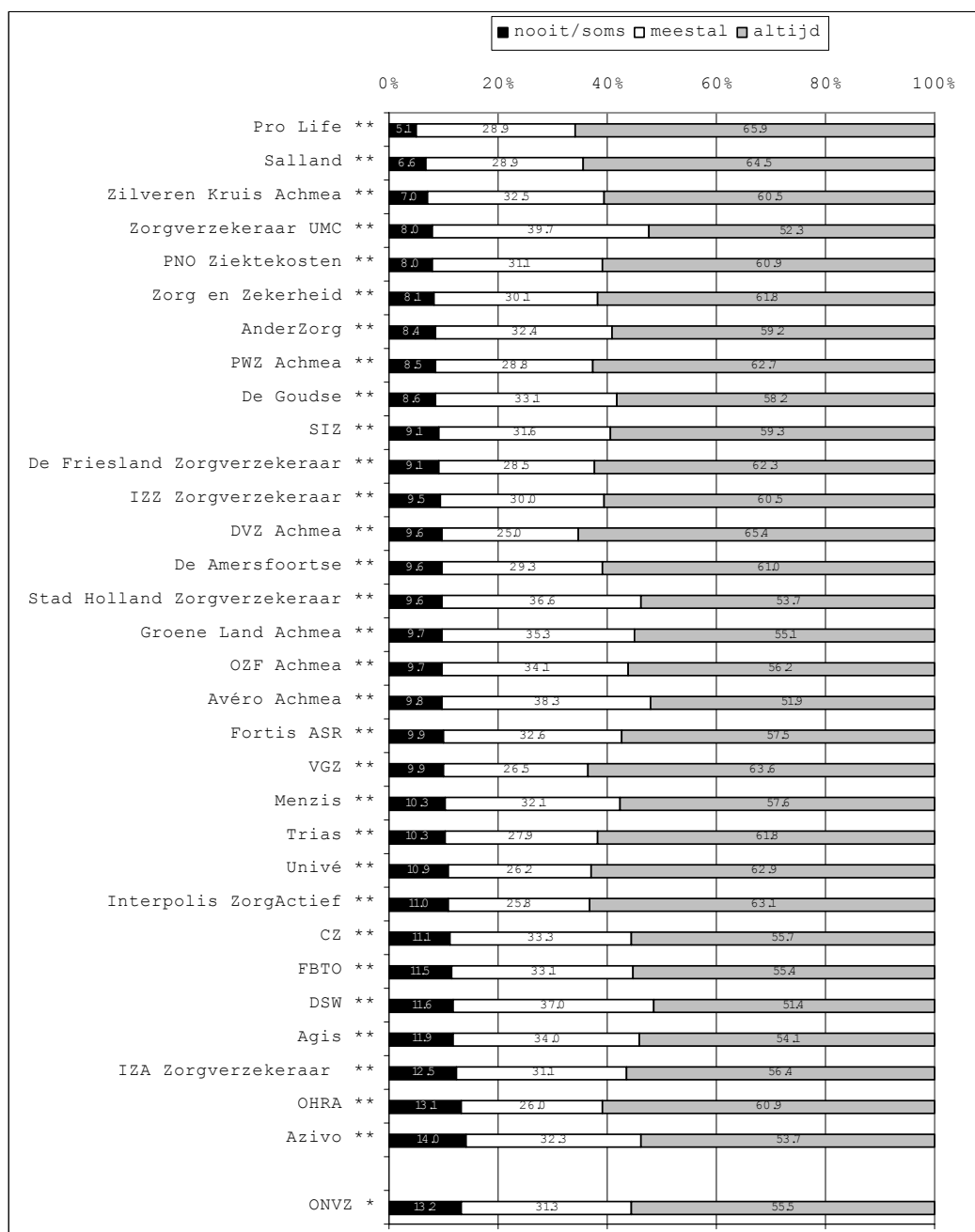
*** bovengemiddelde score

Persoonlijke benadering door artsen en andere zorgverleners



- * benedengemiddelde score
- ** gemiddelde score
- *** bovengemiddelde score

Krijgen van de benodigde hulp van artsen en andere zorgverleners

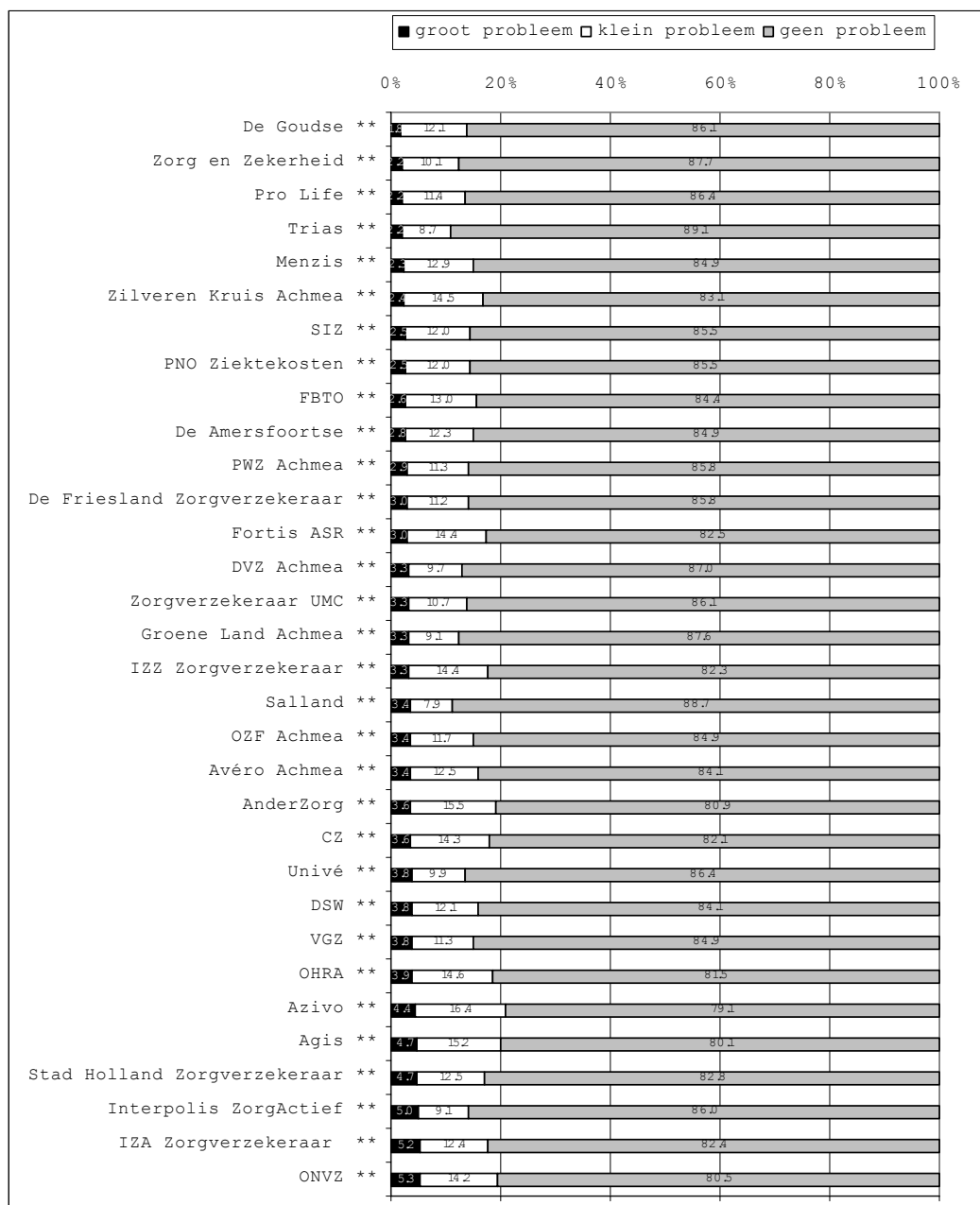


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Toegankelijkheid van de zorg



* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Bijlage 3 Gemiddelde scores en betrouwbaarheidsintervallen per kwaliteitsaspect

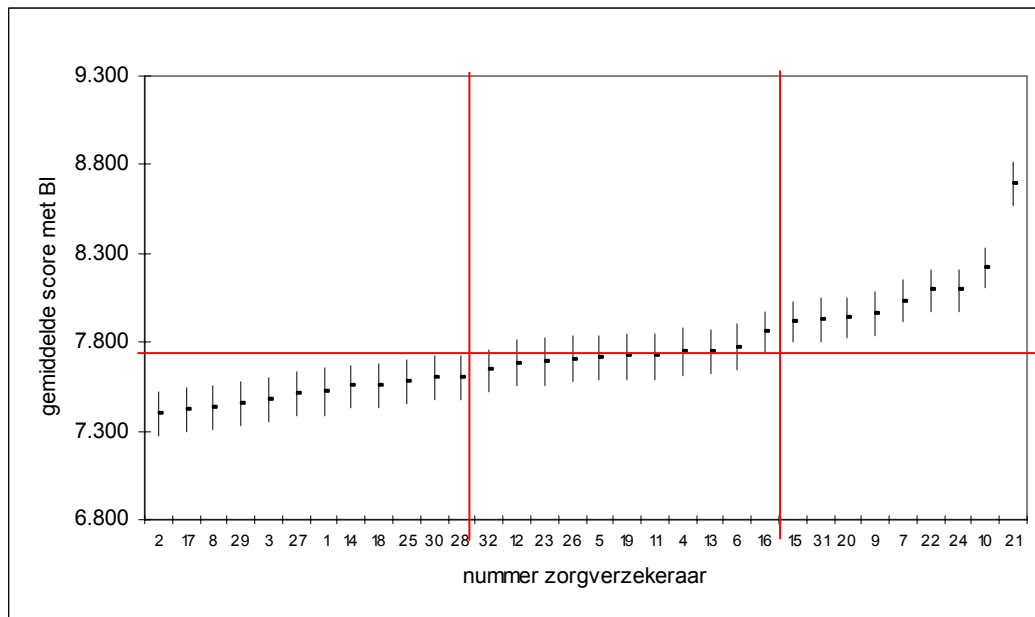
De volgende figuren tonen per zorgverzekeraar de gemiddelde score met 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) voor 12 kwaliteitsaspecten van zorgverzekeraars. De waarden zijn gebaseerd op de multilevel analyses na correctie voor leeftijd, opleiding en gezondheid (zie paragraaf 4.2 en 4.3). Er is geen figuur voor het aspect ‘algemeen oordeel specialist’ omdat de verschillen voor dit aspect zo klein waren dat de multilevel analyse niet kon worden uitgevoerd. De horizontale lijn in iedere figuur geeft het gecorrigeerde gemiddelde op het aspect voor alle zorgverzekeraars tezamen. De twee verticale lijnen komen overeen met de indeling van de zorgverzekeraars in drie groepen zoals beschreven in tabel 4.3. Voor alle zorgverzekeraars met één ster op een aspect (links van de verticale lijnen) geldt dat het betrouwbaarheidsinterval in zijn geheel onder de horizontale lijn van het gemiddelde valt. Bij de zorgverzekeraars met drie sterren op een aspect (rechts van de verticale lijnen) valt het betrouwbaarheidsinterval in zijn geheel boven dit gemiddelde.

In de figuren worden de resultaten van de zorgverzekeraars weergegeven met behulp van een nummer dat uniek is voor een zorgverzekeraar. In tabel B3.1 staat achter iedere zorgverzekeraar het nummer waarmee het correspondeert in de figuren. De toewijzing van de nummers is gebeurd op alfabetische volgorde.

Tabel B3.1 Nummer per zorgverzekeraar

naam zorgverzekeraar	nummer zorgverzekeraar	naam zorgverzekeraar	nummer zorgverzekeraar
Agis	1	Menzis	17
Anderzorg	2	OHRA	18
Avero Achmea	3	ONVZ	19
Azivo	4	OZF Achmea	20
CZ	5	PNO Ziektekosten	21
De Amersfoortse	6	Pro Life	22
De Friesland	7	PWZ Achmea	23
De Goudse	8	Salland verzekeringen	24
DSW	9	SIZ	25
DVZ Achmea	10	Stad Holland Zorgverzekeraar	26
FBTO	11	Trias	27
Fortis ASR	12	Univé	28
Groene Land Achmea	13	VGZ	29
Interpolis ZorgActief	14	Zilveren Kruis Achmea	30
IZA Zorgverzekeraar	15	Zorg en Zekerheid	31
IZZ Zorgverzekeraar	16	Zorgverzekeraar UMC	32

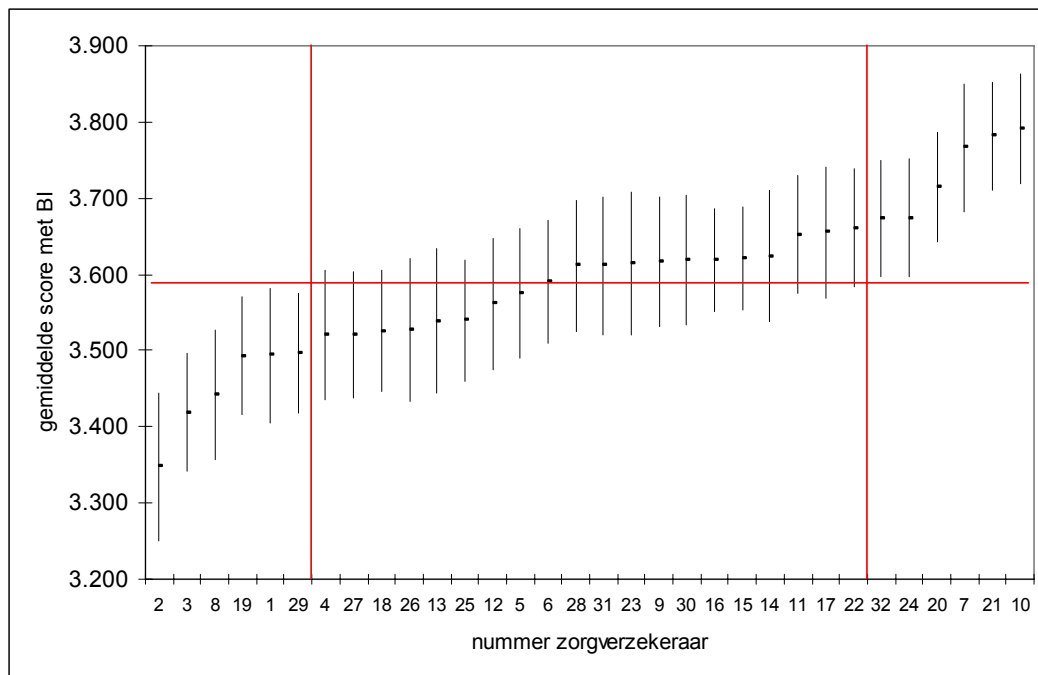
Algemeen oordeel zorgverzekeraar



Nr	Naam	Gemiddelde	Nr	Naam	Gemiddelde
2	AnderZorg	7.40	5	CZ	7.72
17	Menzis	7.42	19	ONVZ	7.72
8	De Goudse	7.43	11	FBTO	7.72
29	VGZ	7.45	4	Azivo	7.74
3	Avéro Achmea	7.48	13	Groene Land Achmea	7.75
27	Trias	7.51	6	De Amersfoortse	7.77
1	Agis	7.52	16	IZZ Zorgverzekeraar	7.86
14	Interpolis ZorgActief	7.55	15	IZA Zorgverzekeraar	7.91
18	OHRA	7.55	31	Zorg en Zekerheid	7.93
25	SIZ	7.58	20	OZF Achmea	7.94
30	Zilveren Kruis Achmea	7.60	9	DSW	7.96
28	Univé	7.60	7	De Friesland Zorgverzekeraar	8.03
32	Zorgverzekeraar UMC	7.64	22	Pro Life	8.09
12	Fortis ASR	7.68	24	Salland	8.09
23	PWZ Achmea	7.69	10	DVZ Achmea	8.22
26	Stad Holland Zorgverzekeraar	7.71	21	PNO Ziektekosten	8.69

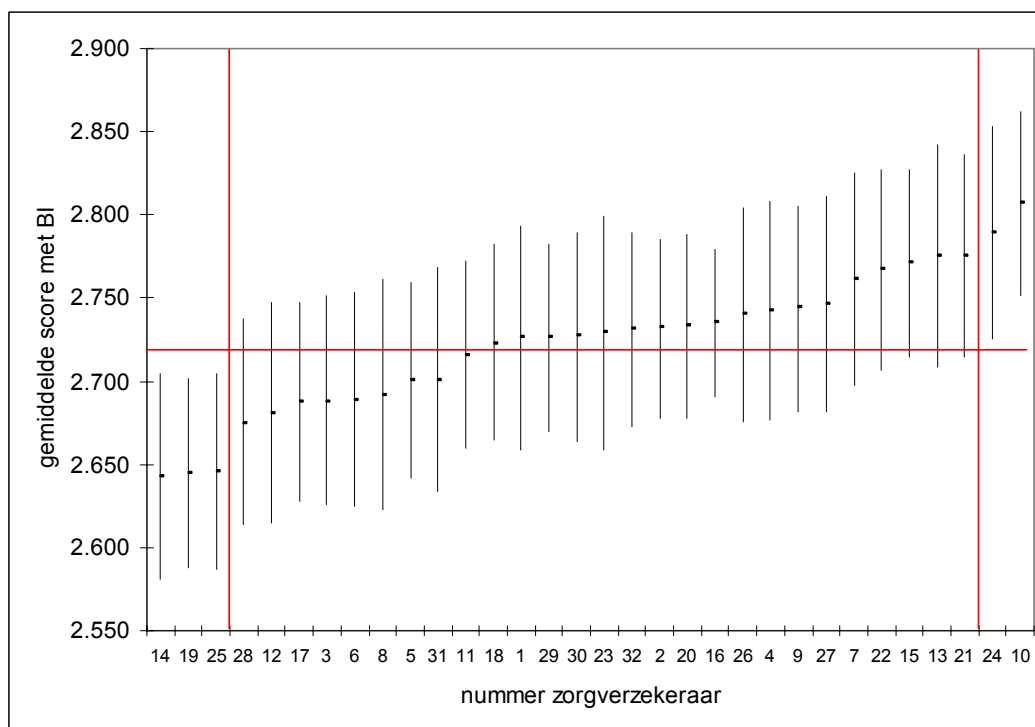
Totaalgemiddelde	7.75
------------------	------

Persoonlijke benadering medewerkers zorgverzekeraar



Nr	Naam	Gemiddelde	Nr	Naam	Gemiddelde
2	AnderZorg	3.35	31	Zorg en Zekerheid	3.61
3	Avéro Achmea	3.42	23	PWZ Achmea	3.62
8	De Goudse	3.44	9	DSW	3.62
19	ONVZ	3.49	30	Zilveren Kruis Achmea	3.62
1	Agis	3.49	16	IZZ Zorgverzekeraar	3.62
29	VGZ	3.50	15	IZA Zorgverzekeraar	3.62
4	Azivo	3.52	14	Interpolis ZorgActief	3.62
27	Trias	3.52	11	FBTO	3.65
18	OHRA	3.53	17	Menzis	3.66
26	Stad Holland Zorgverzekeraar	3.53	22	Pro Life	3.66
13	Groene Land Achmea	3.54	32	Zorgverzekeraar UMC	3.67
25	SIZ	3.54	24	Salland	3.67
12	Fortis ASR	3.56	20	OZF Achmea	3.71
5	CZ	3.57	7	De Friesland Zorgverzekeraar	3.77
6	De Amersfoortse	3.59	21	PNO Ziektekosten	3.78
28	Univé	3.61	10	DVZ Achmea	3.79
Totaalgemiddelde		3.59			

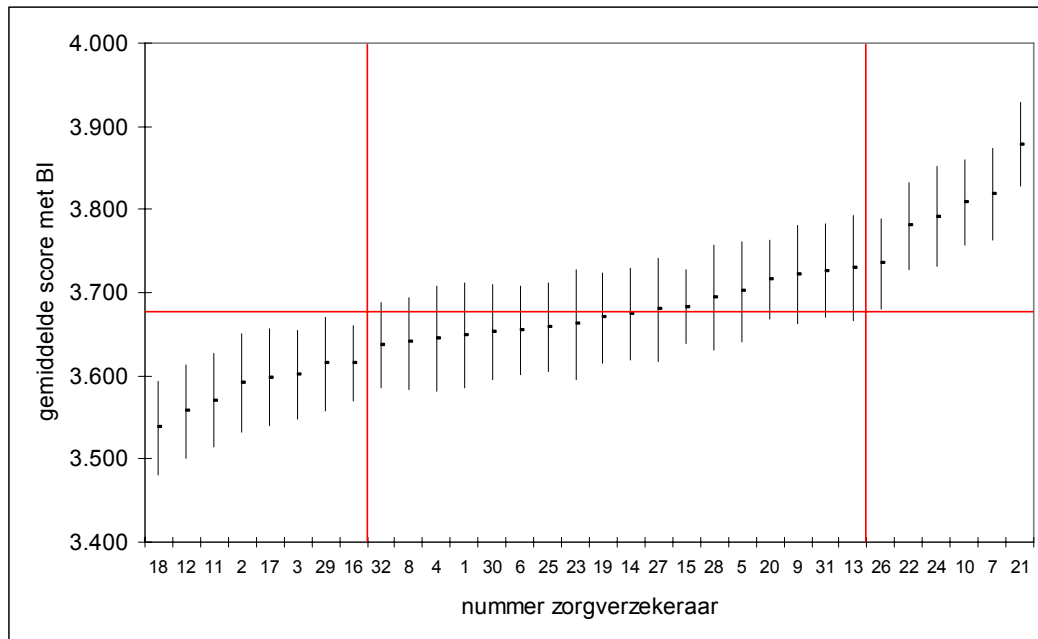
Informatievoorziening zorgverzekeraar



Nr	Naam	Gemiddelde	Nr	Naam	Gemiddelde
14	Interpolis ZorgActief	2.64	23	PWZ Achmea	2.73
19	ONVZ	2.65	32	Zorgverzekeraar UMC	2.73
25	SIZ	2.65	2	AnderZorg	2.73
28	Univé	2.68	20	OZF Achmea	2.73
12	Fortis ASR	2.68	16	IZZ Zorgverzekeraar	2.74
17	Menzis	2.69	26	Stad Holland Zorgverzekeraar	2.74
3	Avéro Achmea	2.69	4	Azivo	2.74
6	De Amersfoortse	2.69	9	DSW	2.74
8	De Goudse	2.69	27	Trias	2.75
5	CZ	2.70	7	De Friesland Zorgverzekeraar	2.76
31	Zorg en Zekerheid	2.70	22	Pro Life	2.77
11	FBTO	2.72	15	IZA Zorgverzekeraar	2.77
18	OHRA	2.72	13	Groene Land Achmea	2.78
1	Agis	2.73	21	PNO Ziektekosten	2.78
29	VGZ	2.73	24	Salland	2.79
30	Zilveren Kruis Achmea	2.73	10	DVZ Achmea	2.81

Totaalgemiddelde	2.72
------------------	------

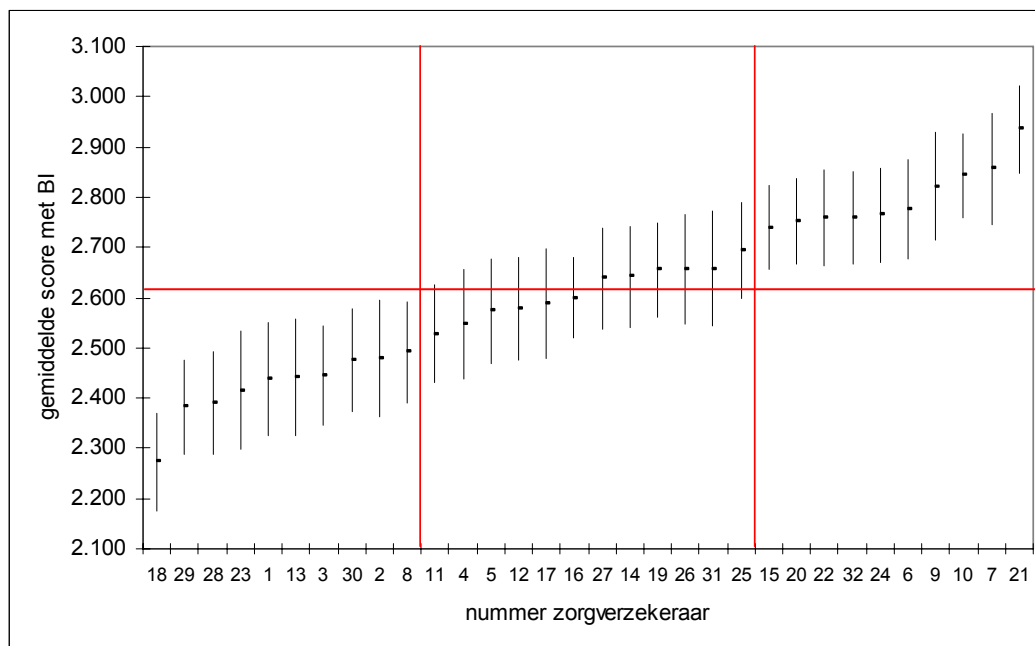
Afhandeling van rekeningen



Nr	Naam	Gemiddelde	Nr	Naam	Gemiddelde
18	OHRA	3.54	19	ONVZ	3.67
12	Fortis ASR	3.56	14	Interpolis ZorgActief	3.67
11	FBTO	3.57	27	Trias	3.68
2	AnderZorg	3.59	15	IZA Zorgverzekeraar	3.68
17	Menzis	3.60	28	Univé	3.69
3	Avéro Achmea	3.60	5	CZ	3.70
29	VGZ	3.62	20	OZF Achmea	3.72
16	IZZ Zorgverzekeraar	3.62	9	DSW	3.72
32	Zorgverzekeraar UMC	3.64	31	Zorg en Zekerheid	3.73
8	De Goudse	3.64	13	Groene Land Achmea	3.73
4	Azivo	3.65	26	Stad Holland Zorgverzekeraar	3.74
1	Agis	3.65	22	Pro Life	3.78
30	Zilveren Kruis Achmea	3.65	24	Salland	3.79
6	De Amersfoortse	3.66	10	DVZ Achmea	3.81
25	SIZ	3.66	7	De Friesland Zorgverzekeraar	3.82
23	PWZ Achmea	3.66	21	PNO Ziektekosten	3.88

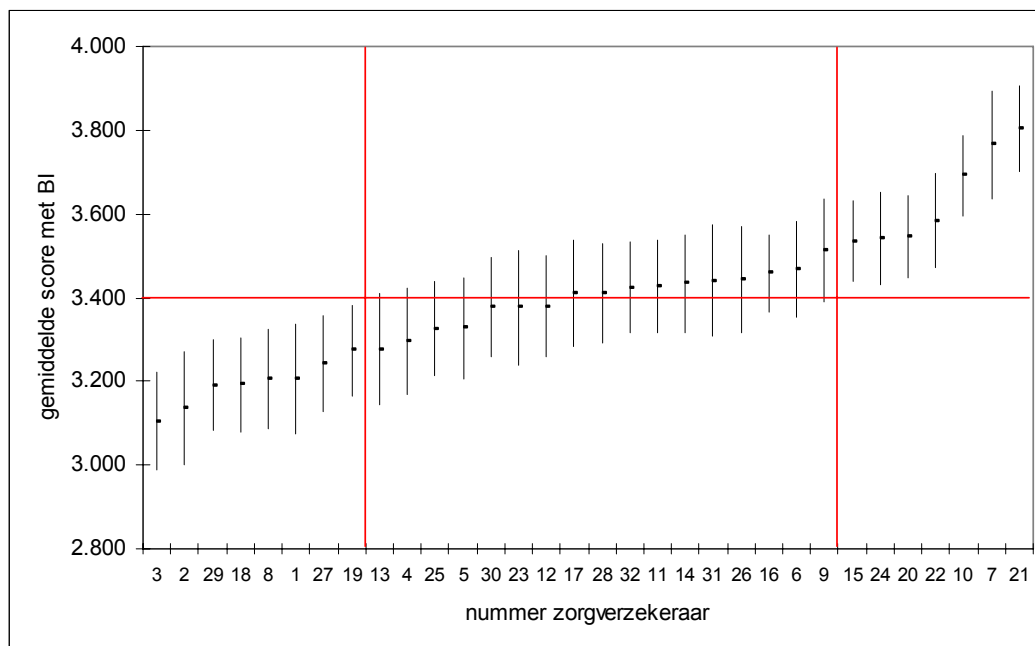
Totaalgemiddelde	3.68
------------------	------

Telefonische bereikbaarheid van de klantenservice



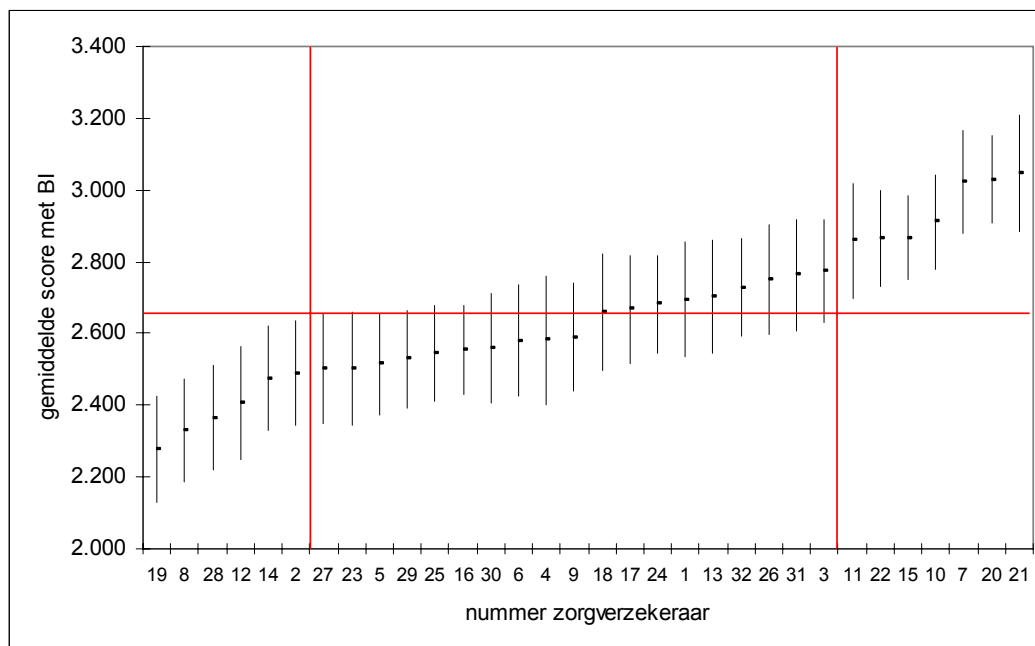
Nr	Naam	Gemiddelde	Nr	Naam	Gemiddelde
18	OHRA	2.27	27	Trias	2.64
29	VGZ	2.38	14	Interpolis ZorgActief	2.64
28	Univé	2.39	19	ONVZ	2.66
23	PWZ Achmea	2.42	26	Stad Holland Zorgverzekeraar	2.66
1	Agis	2.44	31	Zorg en Zekerheid	2.66
13	Groene Land Achmea	2.44	25	SIZ	2.69
3	Avéro Achmea	2.44	15	IZA Zorgverzekeraar	2.74
30	Zilveren Kruis Achmea	2.48	20	OZF Achmea	2.75
2	AnderZorg	2.48	22	Pro Life	2.76
8	De Goudse	2.49	32	Zorgverzekeraar UMC	2.76
11	FBTO	2.53	24	Salland	2.76
4	Azivo	2.55	6	De Amersfoortse	2.78
5	CZ	2.57	9	DSW	2.82
12	Fortis ASR	2.58	10	DVZ Achmea	2.84
17	Menzis	2.59	7	De Friesland Zorgverzekeraar	2.86
16	IZZ Zorgverzekeraar	2.60	21	PNO Ziekttekosten	2.94
Totaalgemiddelde		2.61			

Krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice



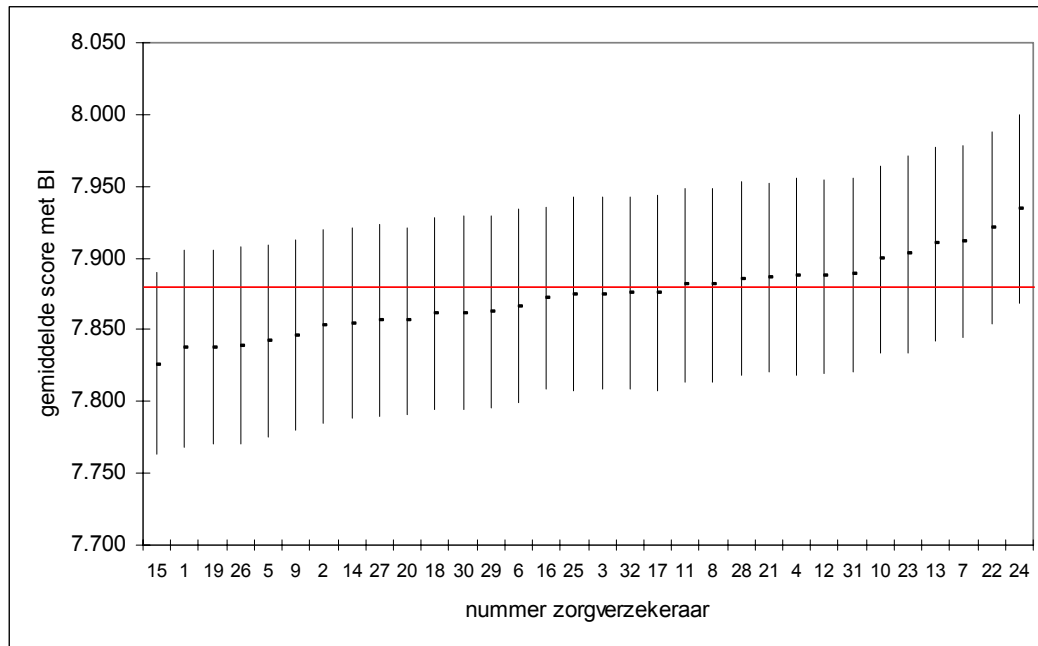
Nr	Naam	Gemiddelde	Nr	Naam	Gemiddelde
3	Avéro Achmea	3.11	28	Univé	3.41
2	AnderZorg	3.14	32	Zorgverzekeraar UMC	3.42
29	VGZ	3.19	11	FBTO	3.43
18	OHRA	3.19	14	Interpolis ZorgActief	3.43
8	De Goudse	3.21	31	Zorg en Zekerheid	3.44
1	Agis	3.21	26	Stad Holland Zorgverzekeraar	3.44
27	Trias	3.24	16	IZZ Zorgverzekeraar	3.46
19	ONVZ	3.27	6	De Amersfoortse	3.47
13	Groene Land Achmea	3.28	9	DSW	3.51
4	Azivo	3.30	15	IZA Zorgverzekeraar	3.54
25	SIZ	3.33	24	Salland	3.54
5	CZ	3.33	20	OZF Achmea	3.55
30	Zilveren Kruis Achmea	3.38	22	Pro Life	3.58
23	PWZ Achmea	3.38	10	DVZ Achmea	3.69
12	Fortis ASR	3.38	7	De Friesland Zorgverzekeraar	3.77
17	Menzis	3.41	21	PNO Ziektekosten	3.80
Totaalgemiddelde		3.40			

Duidelijkheid over het (bij)betalen voor zorg



Nr	Naam	Gemiddelde	Nr	Naam	Gemiddelde
19	ONVZ	2.28	18	OHRA	2.66
8	De Goudse	2.33	17	Menzis	2.67
28	Univé	2.36	24	Salland	2.68
12	Fortis ASR	2.41	1	Agis	2.70
14	Interpolis ZorgActief	2.47	13	Groene Land Achmea	2.70
2	AnderZorg	2.49	32	Zorgverzekeraar UMC	2.73
27	Trias	2.50	26	Stad Holland Zorgverzekeraar	2.75
23	PWZ Achmea	2.50	31	Zorg en Zekerheid	2.76
5	CZ	2.51	3	Avéro Achmea	2.78
29	VGZ	2.53	11	FBTO	2.86
25	SIZ	2.54	22	Pro Life	2.87
16	IZZ Zorgverzekeraar	2.55	15	IZA Zorgverzekeraar	2.87
30	Zilveren Kruis Achmea	2.56	10	DVZ Achmea	2.91
6	De Amersfoortse	2.58	7	De Friesland Zorgverzekeraar	3.02
4	Azivo	2.58	20	OZF Achmea	3.03
9	DSW	2.59	21	PNO Ziektekosten	3.05
Totaalgemiddelde		2.65			

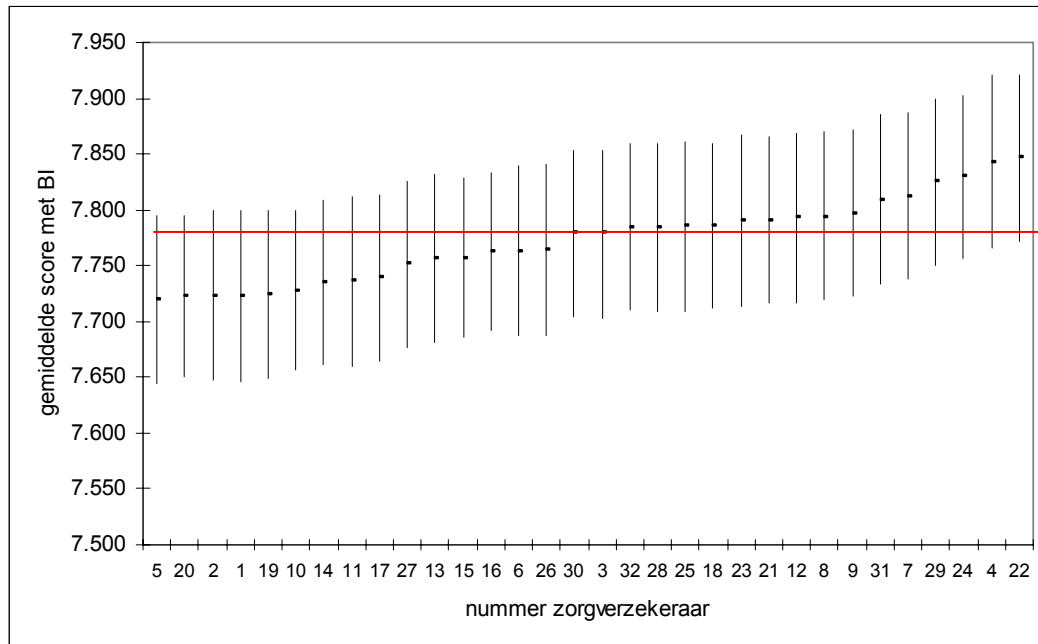
Algemeen oordeel gezondheidszorg



Nr	Naam	Gemiddelde	Nr	Naam	Gemiddelde
15	IZA Zorgverzekeraar	7.83	3	Avéro Achmea	7.88
1	Agis	7.84	32	Zorgverzekeraar UMC	7.88
19	ONVZ	7.84	17	Menzis	7.88
26	Stad Holland Zorgverzekeraar	7.84	11	FBTO	7.88
5	CZ	7.84	8	De Goudse	7.88
9	DSW	7.85	28	Univé	7.89
2	AnderZorg	7.85	21	PNO Ziektelkosten	7.89
14	Interpolis ZorgActief	7.85	4	Azivo	7.89
27	Trias	7.86	12	Fortis ASR	7.89
20	OZF Achmea	7.86	31	Zorg en Zekerheid	7.89
18	OHRA	7.86	10	DVZ Achmea	7.90
30	Zilveren Kruis Achmea	7.86	23	PWZ Achmea	7.90
29	VGZ	7.86	13	Groene Land Achmea	7.91
6	De Amersfoortse	7.87	7	De Friesland Zorgverzekeraar	7.91
16	IZZ Zorgverzekeraar	7.87	22	Pro Life	7.92
25	SIZ	7.88	24	Salland	7.93

Totaalgemiddelde	7.87
------------------	------

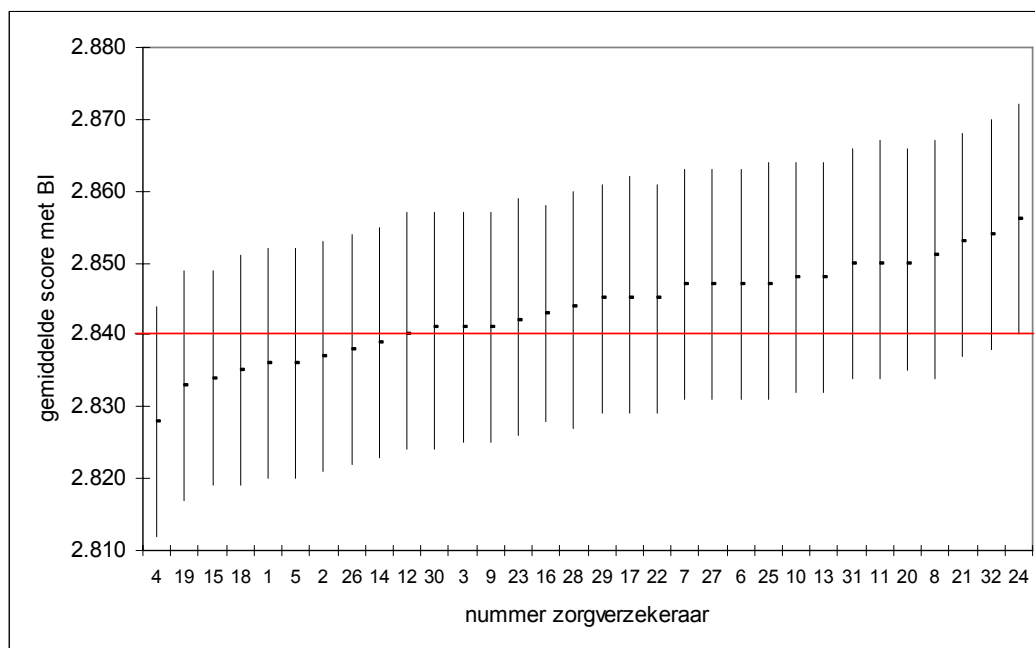
Algemeen oordeel huisarts



Nr	Naam	Gemiddelde	Nr	Naam	Gemiddelde
5	CZ	7.72	3	Avéro Achmea	7.78
20	OZF Achmea	7.72	32	Zorgverzekeraar UMC	7.78
2	AnderZorg	7.72	28	Univé	7.78
1	Agis	7.72	25	SIZ	7.79
19	ONVZ	7.72	18	OHRA	7.79
10	DVZ Achmea	7.73	23	PWZ Achmea	7.79
14	Interpolis ZorgActief	7.74	21	PNO Ziektelkosten	7.79
11	FBTO	7.74	12	Fortis ASR	7.79
17	Menzis	7.74	8	De Goudse	7.79
27	Trias	7.75	9	DSW	7.80
13	Groene Land Achmea	7.76	31	Zorg en Zekerheid	7.81
15	IZA Zorgverzekeraar	7.76	7	De Friesland Zorgverzekeraar	7.81
16	IZZ Zorgverzekeraar	7.76	29	VGZ	7.83
6	De Amersfoortse	7.76	24	Salland	7.83
26	Stad Holland Zorgverzekeraar	7.76	4	Azivo	7.84
30	Zilveren Kruis Achmea	7.78	22	Pro Life	7.85

Totaalgemiddelde	7.77
------------------	------

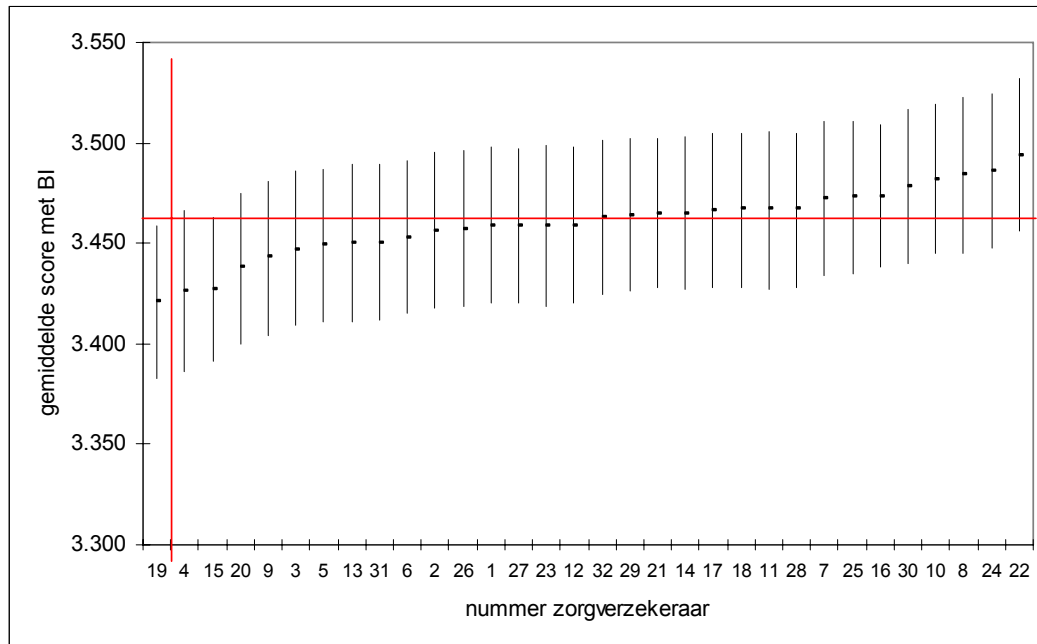
Toegankelijkheid van de zorg



Nr	Naam	Gemiddelde	Nr	Naam	Gemiddelde
4	Azivo	2.83	29	VGZ	2.85
19	ONVZ	2.83	17	Menzis	2.85
15	IZA Zorgverzekeraar	2.83	22	Pro Life	2.85
18	OHRA	2.84	7	De Friesland Zorgverzekeraar	2.85
1	Agis	2.84	27	Trias	2.85
5	CZ	2.84	6	De Amersfoortse	2.85
2	AnderZorg	2.84	25	SIZ	2.85
26	Stad Holland Zorgverzekeraar	2.84	10	DVZ Achmea	2.85
14	Interpolis ZorgActief	2.84	13	Groene Land Achmea	2.85
12	Fortis ASR	2.84	31	Zorg en Zekerheid	2.85
30	Zilveren Kruis Achmea	2.84	11	FBTO	2.85
3	Avéro Achmea	2.84	20	OZF Achmea	2.85
9	DSW	2.84	8	De Goudse	2.85
23	PWZ Achmea	2.84	21	PNO Ziektekosten	2.85
16	IZZ Zorgverzekeraar	2.84	32	Zorgverzekeraar UMC	2.85
28	Univé	2.84	24	Salland	2.86

Totaal gemiddelde	2.84
-------------------	------

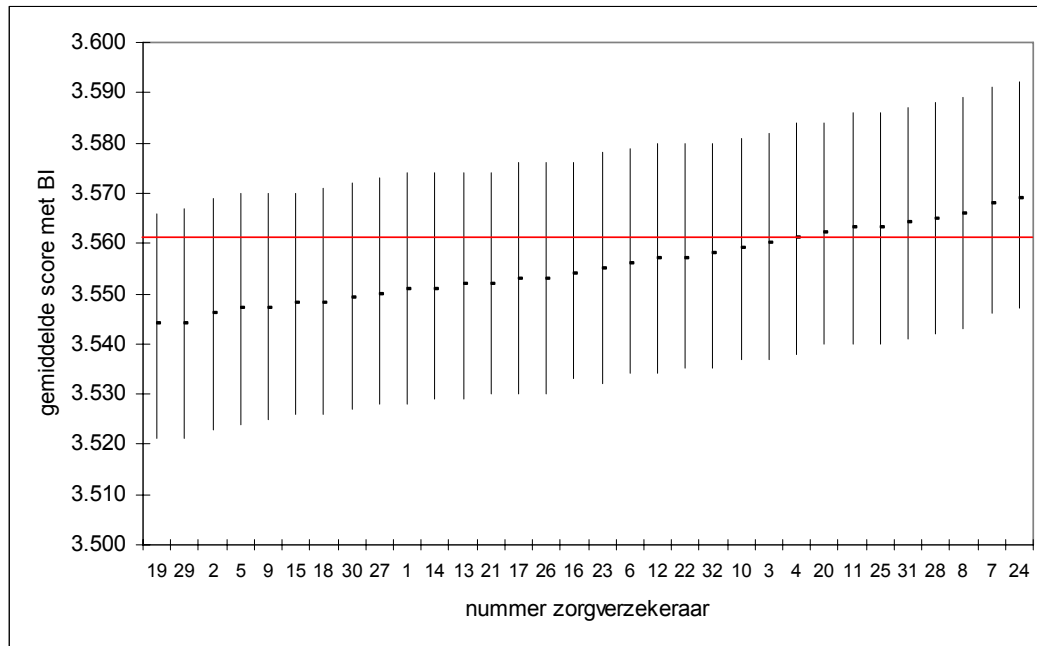
Krijgen van de benodigde hulp van artsen en andere zorgverleners



Nr	Naam	Gemiddelde	Nr	Naam	Gemiddelde
19	ONVZ	3.42	32	Zorgverzekeraar UMC	3.46
4	Azivo	3.43	29	VGZ	3.46
15	IZA Zorgverzekeraar	3.43	21	PNO Ziektekosten	3.47
20	OZF Achmea	3.44	14	Interpolis ZorgActief	3.47
9	DSW	3.44	17	Menzis	3.47
3	Avéro Achmea	3.45	18	OHRA	3.47
5	CZ	3.45	11	FBTO	3.47
13	Groene Land Achmea	3.45	28	Univé	3.47
31	Zorg en Zekerheid	3.45	7	De Friesland Zorgverzekeraar	3.47
6	De Amersfoortse	3.45	25	SIZ	3.47
2	AnderZorg	3.46	16	IZZ Zorgverzekeraar	3.47
26	Stad Holland Zorgverzekeraar	3.46	30	Zilveren Kruis Achmea	3.48
1	Agis	3.46	10	DVZ Achmea	3.48
27	Trias	3.46	8	De Goudse	3.48
23	PWZ Achmea	3.46	24	Salland	3.49
12	Fortis ASR	3.46	22	Pro Life	3.49

Totaalgemiddelde	3.46
------------------	------

Persoonlijke benadering artsen en zorgverleners



Nr	Naam	Gemiddelde	Nr	Naam	Gemiddelde
19	ONVZ	3.54	23	PWZ Achmea	3.56
29	VGZ	3.54	6	De Amersfoortse	3.56
2	AnderZorg	3.55	12	Fortis ASR	3.56
5	CZ	3.55	22	Pro Life	3.56
9	DSW	3.55	32	Zorgverzekeraar UMC	3.56
15	IZA Zorgverzekeraar	3.55	10	DVZ Achmea	3.56
18	OHRA	3.55	3	Avéro Achmea	3.56
30	Zilveren Kruis Achmea	3.55	4	Azivo	3.56
27	Trias	3.55	20	OZF Achmea	3.56
1	Agis	3.55	11	FBTO	3.56
14	Interpolis ZorgActief	3.55	25	SIZ	3.56
13	Groene Land Achmea	3.55	31	Zorg en Zekerheid	3.56
21	PNO Ziektekosten	3.55	28	Univé	3.57
17	Menzis	3.55	8	De Goudse	3.57
26	Stad Holland Zorgverzekeraar	3.55	7	De Friesland Zorgverzekeraar	3.57
16	IZZ Zorgverzekeraar	3.55	24	Salland	3.57

Totaalgemiddelde	3.56
------------------	------

Bijlage 4 Percentages gegeven antwoorden en de gemiddelde score per vraag over alle zorgverzekeraars

Deze bijlage voorziet in gemiddelden en een frequentieverdeling per vraag als achtergrondinformatie bij dit rapport. Aangezien deze frequentieverdelingen betrekking hebben op alle verzekeraars tezamen heeft hier geen casemix-correctie plaatsgevonden. Enkele uitkomsten zijn hier niet gepresenteerd omdat die in het rapport al uitgebreid worden besproken, zoals bijvoorbeeld de achtergrondkenmerken van de respondenten (zie paragraaf 3.4) en het aantal respondenten per verzekeraar (zie tabel 3.2). De nummering van de vragen in de tabellen correspondeert met de nummering van de vragen in de vragenlijst (zie bijlage 1). Het aantal respondenten dat een vraag heeft ingevuld varieert sterk per vraag omdat veel vragen maar op een deel van de populatie van toepassing zijn. Of een vraag al dan niet van toepassing is op een respondent wordt vastgesteld met behulp van zogenoemde screenervragen; afhankelijk van het antwoord op dergelijke screenervragen dient de respondent één of meer vervolgvragen over te slaan. Voor alle tabellen geldt dat wanneer de vraag een antwoordcategorie 'weet ik niet' of 'anders' heeft, deze antwoordcategorie niet is meegenomen bij het berekenen van het gemiddelde. De N die in de tabellen is weergegeven is de N die hoort bij het berekenen van het gemiddelde. De N waarop de frequentieverdeling is gebaseerd, is uiteraard iets groter.

Tabel B 4.1a Percentages gegeven antwoorden (in procenten) en de gemiddelde score op vragen met antwoordcategorieën variërend van 0 ('slechts mogelijke') tot 10 ('best mogelijke')

vraag	N	gemiddelde	0	1	2	3	4
5	6.833	7,77	0,07	0,15	0,32	0,60	1,08
12	3.613	7,69	0,28	0,30	0,44	0,86	1,19
44	4.575	7,84	0,11	0,07	0,15	0,52	0,81
96	6.999	7,77	0,14	0,04	0,13	0,33	0,44

Tabel B 4.1b Vervolg percentages gegeven antwoorden (in procenten) en de gemiddelde score op vragen met antwoordcategorieën variërend van 0 ('slechts mogelijke') tot 10 ('best mogelijke')

vraag	5	6	7	8	9	10
5	3,45	7,54	25,19	36,63	11,63	13,33
12	3,35	7,86	24,55	37,06	13,12	10,99
44	1,97	5,73	24,87	41,11	15,43	9,22
96	1,87	7,09	28,28	39,75	13,57	8,36

Tabel B 4.2 Percentage gegeven antwoorden (in procenten) en de gemiddelde score op vragen met antwoordcategorieën ‘Nooit’ (= 1), ‘Soms’ (= 2), ‘Meestal’ (=3), ‘Altijd’ (= 4) en ‘Weet ik niet’ (= 5)

vraag	N	gemiddelde	nooit	soms	meestal	altijd	weet ik niet*
11	2.453	3,04	10,23	7,32	19,96	30,50	31,99
15	3.485	3,48	1,00	7,00	34,89	57,10	nvt
18	1.077	3,44	2,32	9,47	29,62	58,59	nvt
20	1.197	3,49	3,59	7,27	25,56	63,58	nvt
21	1.190	3,60	1,85	5,46	23,70	68,99	nvt
23	4.771	3,17	3,71	12,87	45,90	37,52	nvt
24	4.755	3,63	0,32	4,06	27,66	67,97	nvt
35	4.562	2,61	15,02	27,03	40,00	17,95	nvt
37	2.572	3,15	6,80	14,77	35,26	43,16	nvt
38	4.552	3,72	0,24	2,09	23,31	74,36	nvt
39	4.557	3,63	0,35	4,63	27,08	67,94	nvt
40	4.577	3,52	0,39	4,89	37,21	57,50	nvt
41	4.581	3,48	0,57	5,92	38,97	54,55	nvt
42	4.577	3,50	0,76	5,35	36,81	57,07	nvt
43	4.577	3,40	1,20	7,41	41,49	49,90	nvt
60	462	3,32	2,81	10,61	38,53	48,05	nvt
63	2.392	3,41	1,96	10,16	32,73	55,14	nvt
65	477	3,08	10,48	14,68	31,66	43,19	nvt
66	475	3,18	8,42	14,32	28,00	49,26	nvt
71	765	2,72	17,78	22,48	29,67	30,07	nvt
83	4.398	3,59	0,99	3,73	29,67	64,46	1,15
84	4.351	3,76	0,70	1,51	18,41	77,42	1,96
86	3.639	2,66	24,00	15,15	24,00	30,76	6,09
88	2.213	3,71	0,36	2,94	21,55	75,15	nvt
89	2.207	3,68	0,54	4,62	21,57	73,27	nvt
90	2.198	3,56	0,86	6,87	27,89	64,38	nvt
91	2.195	3,55	0,68	6,51	30,30	62,51	nvt
92	2.191	3,50	1,23	6,75	32,95	59,06	nvt
93	2.192	3,55	0,73	4,97	32,94	61,36	nvt
94	2.194	1,27	78,12	18,09	2,60	1,19	nvt

* nvt: niet van toepassing omdat deze antwoordcategorie voor de desbetreffende vraag niet bestond

Tabel B4.3 Percentages gegeven antwoorden (in procenten) en de gemiddelde score op vragen met antwoordcategorieën 'Ja' (=1), 'Nee' (=2) en 'Weet ik niet' (=3)

vraag	N	gemiddelde	nee	ja	anders*
1	7.060	1,99	0,55	99,45	nvt
4	355	1,03	96,90	3,10	nvt
6	7.124	1,52	48,23	51,77	nvt
8	235	1,06	93,62	6,38	nvt
10	419	1,02	97,85	2,15	nvt
13	7.070	1,50	49,76	50,24	nvt
16	7.072	1,16	84,39	15,61	nvt
19	7.087	1,17	82,87	17,13	nvt
22	7.039	1,68	31,64	68,36	nvt
28	4.574	1,74	25,60	74,40	nvt
30	341	1,06	93,84	6,16	nvt
32	739	1,03	96,89	3,11	nvt
34	395	1,05	95,44	4,56	nvt
36	4.540	1,57	42,80	57,20	nvt
50	359	1,92	7,80	92,20	nvt
53	6.989	1,91	9,01	90,99	nvt
55	6.972	1,25	75,32	24,68	nvt
58	7.023	1,07	93,28	6,72	nvt
61	7.000	1,34	65,57	34,43	nvt
64	7.016	1,07	93,12	6,88	nvt
67	4.958	1,54	32,34	38,64	Weet ik niet, 29,02
68	2.672	1,98	2,36	97,64	nvt
70	2.246	1,35	55,29	29,24	Weet ik niet, 15,47
72	7.020	1,08	91,67	8,33	nvt
73	571	1,15	84,59	15,41	nvt
75	6.524	1,07	87,02	6,17	Weet ik niet, 6,81
77	6.990	1,08	91,59	8,41	nvt
79	520	1,60	36,27	53,54	Ik wacht er nog op dat het opgelost wordt, 10,19
80	7.001	1,22	77,96	22,04	nvt
82	6.914	1,65	34,67	63,81	Weet ik niet, 1,52
85	6.762	1,58	40,74	55,92	Weet ik niet, 3,34
87	7.013	1,32	68,30	31,70	nvt

* nvt: niet van toepassing omdat deze antwoordcategorie voor de desbetreffende vraag niet bestond

Tabel B4.4 Percentages gegeven antwoorden (in procenten) en de gemiddelde score op vragen met antwoordcategorieën 'Groot probleem' (= 1), 'Klein probleem' (= 2) en 'Geen probleem' (= 3)

vraag	N	gemiddelde	groot probleem	klein probleem	geen probleem	anders*
3**	499	2,86	2,40	8,82	88,78	nvt
7	3.642	2,92	1,37	5,16	93,47	nvt
9	3.630	2,86	2,01	9,78	88,21	nvt
14	3.511	2,61	7,38	24,72	67,90	nvt
17	1.087	2,70	6,62	16,84	76,54	nvt
29	3.387	2,88	2,24	7,94	89,81	nvt
31	3.364	2,73	4,40	17,90	77,71	nvt
33	3.360	2,86	1,93	10,33	87,74	nvt
51	364	2,97	0,27	2,75	96,98	nvt
52	341	2,89	2,48	4,96	86,50	1° verzekeraar 6,06
54	6.234	2,79	2,20	16,22	81,58	nvt
56	1.704	2,63	5,63	25,59	68,78	nvt
57	1.703	2,71	4,40	20,55	75,04	nvt
59	468	2,88	2,35	6,84	90,81	nvt
62	2.379	2,62	7,90	21,90	70,20	nvt
69	2.578	2,71	3,76	21,06	75,17	nvt
74	88	1,98	26,14	50,00	23,86	nvt
76	431	2,39	18,10	25,06	56,84	nvt
78	583	2,41	15,61	28,13	56,26	nvt
81	1.518	2,90	1,19	7,44	91,37	nvt

* nvt: niet van toepassing omdat deze antwoordcategorie voor de desbetreffende vraag niet bestond

** deze frequenties hebben alleen betrekking op respondenten die minder dan 2 jaar bij hun huisarts staan ingeschreven

Tabel B4.5 Percentages gegeven antwoorden (in procenten) op vragen met antwoordcategorieën 'Geen enkele keer' tot 'Tien of meer keer'

vraag	N	0 keer	1 keer	2 keer	3 keer	4 keer	5-9 keer	≥ 10 keer
25	7.100	1,15	89,21	8,03	1,66	0,65	0,20	0,21
26	7.116	1,16	88,67	8,43	1,73	0,62	0,35	0,17
27	7.063	3,04	34,57	13,90	14,31	10,07	9,46	13,05

Tabel B4.6 Percentages gegeven antwoorden (in procenten) bij vragen over aantal jaren ingeschreven bij de huisarts en zorgverzekeraar

vraag	N	0-1jaar	1-2 jaar	2-5 jaar	5-10 jaar	≥ 10 jaar
2	6.925	3,42	3,86	10,34	15,39	66,99
49	7.083	nvt*	5,15	28,60	16,21	50,04

* verzekerden die korter dan een jaar verzekerd zijn, zijn niet meegenomen in de analyse

Tabel B4.7 Percentages gegeven antwoorden (in procenten) en de gemiddelde score bij vraag over aanbeveling verzekeraar bij anderen

vraag	N	gemiddelde	beslist niet	waarschijnlijk niet	waarschijnlijk wel	beslist wel
95	6.957	3,28	1,41	6,70	54,35	37,54

