

Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars

CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2009

NIVEL:

N.C. Zwijnenberg

M. Hendriks

D. de Boer

P. Spreeuwenberg

M. Zegers

J.J.D.J.M. Rademakers

Centrum Klantervaring Zorg:

D.M.J. Delnoij



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

ISBN 978-90-6905-989-1

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2009 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: de CQ-index	8
1.3 Keuze-informatie over zorgverzekeraars op www.kiesBeter.nl	9
1.4 Het huidige onderzoek	9
1.5 Opzet van het rapport	12
2 Methode	13
2.1 Deelnemende zorgverzekeraars	13
2.2 Dataverzameling	14
2.3 Steekproeftrekking van respondenten	15
2.4 Vragenlijst	16
2.4.1 Aanpassingen aan de vragenlijst ten opzichte van eerdere jaren	16
2.5 Statistische analyses	17
3 Beschrijving van de steekproef en respondenten	21
3.1 Representativiteit van de steekproef	21
3.2 Opschoning van databestand	22
3.2.1 Ten onrechte aangeschreven	23
3.2.2 Blanco lijsten verwijderen	23
3.2.3 Hulp bij het invullen van de vragenlijst	24
3.2.4 Compleetheit van invullen en ontbrekende case-mix adjusters	24
3.2.5 Skip-instructies	26
3.3 Non-respons analyse	26
3.4 Achtergrondkenmerken van de respondenten	27
3.4.1 Verzekering	29
4 Selectie van kwaliteitsaspecten voor presentatie op www.kiesBeter.nl	31
4.1 Schaalconstructie	31
4.1.1 Factoranalyses	32
4.1.2 Betrouwbaarheidsanalyses	33
4.1.3 Samenhang schalen	35
4.2 Discriminerend vermogen	36
4.2.1 Intra-klasse correlatie	36
4.2.2 Invloed van de steekproefgrootte	40
4.3 Kwaliteitsaspecten op www.kiesBeter.nl	44

5	Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraar	47
5.1	Ervaringen van de verzekerden voor alle zorgverzekeraars gezamenlijk	47
5.1.1	Ervaringen met de zorg	47
5.1.2	Ervaringen met de zorgverzekeraar	48
5.2	Verschillen in ervaringen tussen zorgverzekeraars	50
5.3	Verschillen in ervaringen van verzekerden in de jaren 2008/2009 en 2007/2008	52
6	Algemene samenvatting en discussie	55
6.1	Doel van het onderzoek	55
6.2	Opzet van het onderzoek	55
6.3	De ervaren kwaliteit van de zorg en de service van de zorgverzekeraar	56
6.4	Ervaren verschillen in kwaliteit tussen zorgverzekeraars	56
6.5	Een vergelijking tussen de jaren 2008/2009 en 2007/2008	57
6.6	Keuze-informatie over de prestaties van zorgverzekeraars	58
6.7	Toekomstig gebruik van de vragenlijst	60
6.8	Tot slot	62
	Literatuur	63
	Bijlagen:	
Bijlage 1:	CQI Zorg en Zorgverzekering, vragenlijst	67
Bijlage 2:	Consumenteninformatie over de prestaties van zorgverzekeraars	79
Bijlage 3:	Gemiddelde scores en betrouwbaarheidsintervallen per kwaliteitsaspect	83
Bijlage 4:	Percentages gegeven antwoorden en de gemiddelde score per vraag over alle zorgverzekeraars	87

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 vijfde achtereenvolgende jaar door het NIVEL uitgevoerd, en voor de derde 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. Deze vragenlijst is dit jaar grondig herzien waarbij de vragen naar de ervaringen met de zorg zijn toegespitst op fysiotherapie en het verkrijgen van hulpmiddelen.

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 2009

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 2008 naar de ervaringen van verzekerden met hun huidige zorgverzekeraar en de geleverde zorg. Eind 2009 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 één basisverzekering 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 basisverzekering). Zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen die zich voor de basisverzekering aanmeldt tegen dezelfde voorwaarden te accepteren. Daarnaast kunnen verzekerden zich vrijwillig aanvullend verzekeren voor zorg die buiten het standaard pakket valt. Voor de aanvullende verzekering geldt voor zorgverzekeraars geen acceptatieplicht.

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, hebben zorgverzekeraars een regierol toebedeeld gekregen (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 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. De veronderstelling is dat zorgverzekeraars in de toekomst steeds vaker contracten af zullen sluiten 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).

Wil de vraagsturing binnen de gezondheidszorg slagen, dan zullen consumenten gefaciliteerd moeten worden in hun keuze voor een zorgverzekeraar. Daarom is het erg belangrijk om de kwaliteit van de service van zorgverzekeraars en hun inkoopbeleid regelmatig in kaart te brengen en de resultaten om te vormen naar keuze-informatie voor consumenten.

1.2 Meten van consumentenervaringen: de CQ-index

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 Metingen (Sixma et al., 2008a). 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 Keuze-informatie over zorgverzekeraars op 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 <http://www.kiesbeter.nl/Zorgverzekeringen> kunnen mensen zorgverzekeraars vergelijken wat betreft premie, dekking en service.

Het NIVEL heeft in de vier voorgaande jaren (2005-2008) 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., 2006a; De Boer et al., 2007; Reitsma-van Rooijen et al., 2008). De informatie op de keuzesite Zorgverzekeringen over de service van zorgverzekeraars is gebaseerd op dit onderzoek. De uitkomsten in de verschillende jaren kwamen grotendeels overeen. De belangrijkste uitkomsten van de meting in 2008 waren:

- a verzekerden hebben over het algemeen positieve ervaringen met de zorg en de zorgverzekeraar;
- b punten die voor verbetering vatbaar zijn, zijn informatievoorziening over veranderingen in de polisvoorwaarden, duidelijkheid over de mate waarin bijbetaald moet worden voor zorg en het kunnen krijgen van niet-gecontracteerde zorg. Hoewel iets verbeterd, hebben mensen nog steeds problemen met medische zorg die is uitgesteld doordat ze moeten wachten op toestemming van de zorgverzekeraar;
- c de zorgverzekeraars verschilden nauwelijks wat betreft ervaringen van hun verzekerden met de zorg;
- d de zorgverzekeraars verschilden wél wat betreft ervaringen van hun verzekerden met de service van de zorgverzekeraar. 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 bestonden verschillen tussen zorgverzekeraars.

1.4 Het huidige onderzoek

Het primaire doel van het huidige onderzoek is om opnieuw inzicht te krijgen in de ervaringen van verzekerden met hun huidige zorgverzekeraar. 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 aan het einde van dit jaar.

Uit de eerdere metingen met de CQI Zorg en Zorgverzekering zijn een aantal aandachtspunten naar voren gekomen, die hebben geleid tot wijzigingen in de vragenlijst en de methodiek van het onderzoek. Zo verschilden de ervaringen van verzekerden met de zorg in alle jaren niet of nauwelijks tussen de verschillende zorgverzekeraars. Verwachte effecten van de zorginkoop op consumentenervaringen zijn tot op heden niet waargenomen, tenminste niet met de huidige vragen in de CQI Zorg en Zorgverzekering. De vragen over de zorg in CQI Zorg en Zorgverzekering hadden tot nu toe 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 was een pragmatische: in de landelijke meting wordt de vragenlijst uitgezet onder steekproeven van 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. Het is echter de vraag of deze algemene zorgaspecten wel die aspecten zijn waarop de zorgverzekeraars zich richten bij de zorginkoop. Deze kwestie is besproken met vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars en andere belanghebbenden, zoals patiënten en consumentenfederaties. De zorgverzekeraars gaven aan dat het beter is om te vragen naar ervaringen met specifieke zorg waar relatief veel mensen gebruik van maken zoals bijvoorbeeld fysiotherapie en het verkrijgen van hulpmiddelen. Ook zouden er meer vragen toegevoegd kunnen worden die gaan over de zorginkoop. Dit heeft ertoe geleid dat het zorggedeelte van de vragenlijst is aangepast voor de meting van dit jaar waarbij vragen zijn toegevoegd over ervaringen met fysiotherapie en het verkrijgen van hulpmiddelen (zie ook paragraaf 2.4.1). Het huidige onderzoek moet uitwijzen of de ervaringen van verzekerden op deze zorggebieden wel verschillen tussen zorgverzekeraars. Door deze wijzigingen in de vragenlijst dient ook opnieuw bekeken te worden welke aspecten het beste gepresenteerd kunnen worden op www.kiesBeter.nl.

Andere wijzigingen in het huidige onderzoek hangen samen met de teruglopende respons op de vragenlijst over de jaren heen. In het eerste jaar van het onderzoek (2005) was de netto respons 45%, maar de respons is over de jaren teruglopen en in 2008 was de netto respons nog maar 31%. Dit is een zorgelijke ontwikkeling. Het aantal respondenten per zorgverzekeraar varieerde in 2008 van 170 tot 313. Dit lijkt voldoende, maar lang niet alle vragen zijn voor iedereen van toepassing. Hierdoor hadden we bij minder vaak voorkomende aspecten (bijvoorbeeld toegang tot niet-gecontracteerde zorg) te weinig waarnemingen om verschillen tussen zorgverzekeraars te kunnen meten. Ook levert een lage respons mogelijk problemen op wat betreft de representativiteit van de respondenten. Uit een review van Edwards et al. (2007) blijkt dat er verschillende mogelijkheden zijn om het responspercentage te vergroten (bijvoorbeeld het geven van een financiële prikkel of gebruik maken van korte vragenlijsten). De methode van dataverzameling zou ook van invloed kunnen zijn op de hoogte van de respons (Zaslavsky et al. 2002, Zuidgeest et al. 2008).

Om bovengenoemde redenen hebben we besloten om de meting van dit jaar op de volgende punten te wijzigen:

- Bij het wijzigen van de vragenlijst is gestreefd om de vragenlijst zo veel mogelijk in te korten, zodat verzekerden eerder bereid zijn om de vragenlijst in te vullen.
- In eerdere jaren heeft het NIVEL de mensen benaderd met de vraag of ze wilden meedoen aan het onderzoek. Het NIVEL is voor de meeste mensen een onbekende organisatie. Dit jaar is de begeleidende brief dan ook opgesteld in naam van de eigen zorgverzekeraar en is in de brief meer de nadruk gelegd op de mogelijkheden om de resultaten van het onderzoek te gebruiken voor kwaliteitsverbetering van de eigen zorgverzekeraar.
- Er is gebruikt gemaakt van een mixed-mode dataverzameling. De vragenlijst kon zowel via internet als schriftelijk (in plaats van alleen schriftelijk) worden ingevuld. 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. Ook kan dit de representativiteit ten goede komen aangezien onderzoek heeft laten zien dat bij schriftelijke afname oudere vrouwen oververtegenwoordigd zijn. Dit effect is niet te zien bij online metingen (Zaslavsky et al., 2002; Zuidgeest et al., 2008).
- De steekproefgrootte is verhoogd naar 1.000 zodat vergelijkingen tussen verzekeraars op een groter aantal respondenten kunnen worden gebaseerd (zie ook paragraaf 2.2). 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. De extra kosten hopen we te beperken door te werken met een kortere vragenlijst en afname via internet.

Vergelijkingen over de jaren zijn belangrijk om het uiteindelijke effect van het hervormde verzekeringsstelsel en vraagsturing in het algemeen te monitoren. Daarom wordt in dit onderzoek een globale vergelijking gemaakt tussen de resultaten van dit jaar (2008/2009) en vorig jaar (2007/2008). Uit recent onderzoek van Hendriks et al. (2009), waarbij ervaringen van verzekerden met de zorgverzekeraar voor de jaren 2005 tot 2008 zijn vergeleken, is gebleken dat zorgverzekeraars die in 2005 benedengemiddeld scoorden zich meer hebben verbeterd in 2008 ten opzichte van zorgverzekeraars die in 2005 gemiddeld of bovengemiddeld scoorden. Daarnaast was er ook een algemene trend te zien dat zorgverzekeraars over de jaren heen beter zijn gaan presteren.

Voor dit rapport worden de resultaten van dit onderzoek vergeleken met de resultaten van vorig jaar. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de veranderingen tussen de jaren niet statistisch getoetst worden en deze toetsen buiten het bestek van het huidige onderzoek vallen.

De vragen van het onderzoek kunnen als volgt worden samengevat:

- 1 *‘Welke aspecten worden gepresenteerd op www.kiesBeter.nl?’*
- 2 *‘Hoe hebben verzekerden in 2008/2009 de kwaliteit van de fysiotherapie en de verstrekking van hulpmiddelen ervaren?’*

- 3 *‘Hoe hebben verzekerden in 2008/2009 de kwaliteit van hun zorgverzekeraar ervaren?’*
- 4 *‘Verschillen de ervaringen van verzekerden die verzekerd zijn bij verschillende zorgverzekeraars?’*
- 5 *‘Verschillen de ervaringen van verzekerden in 2008/2009 vergeleken met de ervaringen van verzekerden in 2007/2008?’*

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). Hoofdstuk 4 beschrijft de resultaten van factor- en betrouwbaarheidsanalyses en analyses naar het discriminerend vermogen van de vragenlijst. Dit hoofdstuk sluit af met de selectie van aspecten die gepresenteerd worden op www.kiesBeter.nl (vraagstelling 1) In hoofdstuk 5 komen de resultaten met betrekking tot de ervaren kwaliteit van de service van zorgverzekeraars en ervaringen met de zorg naar voren. Ook wordt in dit hoofdstuk een vergelijking gemaakt met de resultaten uit dit onderzoek en vorig jaar (vraagstelling 2 t/m 5). Tenslotte vatten we het onderzoek in hoofdlijnen samen en geven we de belangrijkste conclusies (hoofdstuk 6).

2 Methode

2.1 Deelnemende zorgverzekeraars

We hebben alle zorgverzekeraars die vorig jaar hebben deelgenomen aan het onderzoek met de CQI Zorg en Zorgverzekering uitgenodigd om dit jaar wederom mee te doen. In totaal besloten 14 zorgverzekeraars mee te doen, die tezamen 27 labels/resultaat verantwoordelijke eenheden vertegenwoordigen. Een label/resultaat verantwoordelijke eenheid is de naam waaronder de zorgverzekeraar polissen aanbiedt aan de consument. Sommige zorgverzekeraars hebben meerdere labels. De deelnemende zorgverzekeraars/labels vertegenwoordigen een ruime meerderheid van alle Nederlandse zorgverzekeraars. In tabel 2.1 staan de deelnemende labels weergegeven.

Tabel 2.1 Deelnemende labels/zorgverzekeraars

zorgverzekeraar	label
Achmea Divisie Zorg	Avéro Achmea DVZ Achmea Groene Land Achmea Interpolis ZorgActief OZF Achmea PWZ Achmea Zilveren Kruis Achmea
Agis	Agis Pro Life TakeCareNow!
Azivo Zorgverzekeraar	Azivo
CZ Actief in Gezondheid	CZ
De Friesland Zorgverzekeraar	De Friesland Zorgverzekeraar
FBTO	FBTO
Menzis	Menzis AnderZorg
OHRA	OHRA
ONVZ Zorgverzekeraar	ONVZ
PNO	PNO Ziektelasten
Salland verzekeringen	Salland
UVIT	IZZ Zorgverzekeraar Trias Univé VGZ
Zorg en Zekerheid	Zorg en Zekerheid
Zorgverzekeraar DSW	DSW Zorgverzekeraar Stad Holland Zorgverzekeraar

2.2 Dataverzameling

De zorgverzekeraars die deelnamen aan het onderzoek werd gevraagd om per label/resultaat verantwoordelijke eenheid de adresgegevens van 1.000 verzekerden te verstrekken (zie paragraaf 2.3 voor meer informatie).¹ Naar de geselecteerde verzekerden werd een vragenlijst verstuurd over hun ervaringen met de zorg en zorgverzekeraar. De begeleidende brief werd in tegenstelling tot voorgaande jaren verzonden in naam van de zorgverzekeraar. Ook is de inhoud van de brief aangepast en is er meer nadruk gelegd op de mogelijkheden om de resultaten van het onderzoek te gebruiken voor kwaliteitsverbetering van de eigen zorgverzekeraar.

De dataverzameling (verzending en invoer van de vragenlijsten) vond centraal plaats bij een daarin gespecialiseerd bedrijf, een zogenoemd mailhouse. Dit jaar is gebruik gemaakt van een gecombineerde dataverzameling via internet en een papieren versie van de vragenlijst. Bij de verzending van de vragenlijst volgden we de Dillman-methode (Dillman, 2009), waarbij respondenten drie herinneringen ontvangen volgens het volgende tijdschema:

- Week 0: Brief met inlogcodes aan alle respondenten met het verzoek om de vragenlijst op internet in te vullen.
- Week 1: Een herinnering in de vorm van een A6 bedankkaart aan alle respondenten.
- Week 4: Papieren versie van de vragenlijst met een begeleidende brief en een antwoortenvelop aan non-respondenten. In de brief werden de inlogcodes voor de internetvragenlijst opnieuw vermeld.
- Week 6: Een laatste herinneringsbrief met inlogcodes aan non-respondenten.

Met behulp van een uniek identificatienummer dat op de vragenlijst stond, werd bijgehouden welke personen de vragenlijst hadden teruggezonden of zich hadden afgemeld voor het onderzoek. De brief in week 0 en het bedankkaartje in week 1 stuurden we naar alle respondenten in het onderzoek. De herinneringen in week 4 en week 6 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 post 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 0,05 en een power van 0,80. In dit onderzoek wordt gestreefd naar 300 respondenten per verzekeraar. Bij een verwachte netto-respons van 30% moeten daarom 1.000 vragenlijsten per verzekeraar worden verstuurd. Deze verwachte respons was gebaseerd op de netto respons in het onderzoek van 2008.

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 van het NIVEL om de verzekerden uit hun bestand te selecteren. Deze richtlijnen waren dezelfde als de richtlijnen in 2008. Gezien de teruglopende respons op het CQI onderzoek in de afgelopen jaren is wel besloten om de steekproefgrootte te verhogen naar 1.000 verzekerden per label/resultaat verantwoordelijke eenheid. Dit om te waarborgen dat er voldoende respondenten per zorgverzekeraar overbleven voor de vergelijking tussen zorgverzekeraars.

De steekproeftrekking bestond uit de volgende stappen die per label/resultaat verantwoordelijke eenheid doorlopen moesten worden:

- Stap 1: Verwijder alle personen die aangegeven hebben niet voor enquêtes en/of onderzoeken aangeschreven te willen worden.
- Stap 2: Controleer het bestand op actualiteit. Dat wil zeggen verwijder overledenen en mensen met een foutief adres.
- Stap 3: Selecteer alle verzekerden die 18 jaar of ouder zijn. Oftewel selecteer alle verzekerden die voor mei 1991 geboren zijn.
- Stap 4: Selecteer alle verzekerden die minimaal 12 maanden bij u verzekerd zijn. Dit wil zeggen dat de verzekering voor mei 2008 moet zijn afgesloten.
- Stap 5: Bereken van de groep verzekerden die na deze vier stappen is overgebleven de gemiddelde leeftijd en noteer het aantal mannen en het aantal vrouwen in deze groep. Deze gegevens werden vervolgens doorgegeven aan het NIVEL voor het bepalen van de representativiteit van de steekproef (zie paragraaf 3.1).
- Stap 6: Selecteer uit de overgebleven groep verzekerden willekeurig 1.000 personen.

Per set van 1.000 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, leeftijd en geslacht. 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 (zie paragraaf 3.3). 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 (zie paragraaf 3.1).

Van 21 deelnemende labels ontvingen we 1.000 adressen van verzekerden. Vier deelnemende labels hadden meer dan 1.000 adressen aangeleverd. Bij deze labels is willekeurig het teveel aantal adressen verwijderd. Twee labels leverden te weinig

adressen aan, respectievelijk van 998 en 999 verzekerden. Het mailhouse benaderde in totaal 26.997 verzekerden.

2.4 Vragenlijst

De CQI Zorg en Zorgverzekering 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 én met de zorgverzekeraar. De vragenlijst sluit af met enkele vragen naar achtergrondkenmerken van respondenten, zoals leeftijd en geslacht. De vragen betreffen de ervaringen van verzekerden in de afgelopen 12 maanden.

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 Als bij kwaliteitseisen een frequentieverdeling niet relevant is (een kwaliteitsaspect is wel of niet aanwezig) zijn de antwoordcategorieën ‘nee’ en ‘ja’.
- 5 Een vraag naar een algemeen oordeel variërend van 0 (‘slechtst mogelijk’) tot 10 (‘best mogelijk’).

2.4.1 Aanpassingen aan de vragenlijst ten opzichte van eerdere jaren

Zoals vermeld in de inleiding is de vragenlijst dit jaar grondig herzien. De vragen over ervaringen met de zorg waren gebaseerd op de vragen in de Amerikaanse CAHPS 3.0 Adult Commercial Questionnaire. Op de bijbehorende kwaliteitsaspecten zijn in voorgaande jaren echter geen verschillen tussen zorgverzekeraars gevonden en ook over de jaren is er weinig tot geen verandering te zien. Mogelijk verschillen zorgverzekeraars wel op andere zorggebieden en zijn andere vragen dus beter passend in de Nederlandse setting. Daarnaast was het streven om de vragenlijst in te korten om op die manier de respons van het onderzoek te verhogen. Alle belanghebbende partijen (vertegenwoordigers van de deelnemende zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van Stichting Miletus, Centrum Klantervaring Zorg (CKZ), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en Ministerie van VWS) zijn middels een discussiebijeenkomst betrokken geweest bij de herziening van de vragenlijst. Daarnaast zijn alle partijen in de gelegenheid gesteld om via de e-mail te reageren op de aangepaste vragenlijst.

Bij het aanpassen van de vragenlijst zijn de volgende stappen gevolgd:

- Vrijwel alle vragen over de ambulante zorg zijn verwijderd. Enkel de vragen naar een algemeen oordeel over de huisarts en over de specialist zijn gehandhaafd in de vragenlijst.
- Na overleg met de belanghebbende partijen zijn er vragen naar ervaringen met fysiotherapie en met het verkrijgen van hulpmiddelen toegevoegd. Er is om de volgende redenen voor deze twee zorggebieden gekozen: 1) de belanghebbende partijen waren van mening dat verschillen in ervaringen met de zorg beter naar voren zouden komen wanneer naar specifieke zorg gevraagd wordt; 2) het was van belang om te vragen naar zorggebieden waar relatief veel mensen gebruik van maken, zodat het niet nodig is om de steekproefgrootte extra te verhogen of een specifieke doelgroep aan te schrijven; (3) voor zowel fysiotherapie als hulpmiddelen was een CQI-index in ontwikkeling waaruit vragen overgenomen konden worden. Voor beide zorggebieden zijn bovendien vragen toegevoegd die specifiek gaan over de rol van de zorgverzekeraar bij het krijgen van de zorg. Het zorggedeelte van de vragenlijst bestaat nu uit 26 in plaats van 44 vragen.
- Bij het deel over de zorgverzekeraar zijn acht vragen verwijderd die voor geen enkele rapportage werden gebruikt en die niet relevant werden geacht door de zorgverzekeraars. Dit waren onder andere vijf vragen over veranderingen in polisvoorwaarden. Deze vragen zijn vervangen door twee vragen over informatievoorziening rondom polisvoorwaarden in het algemeen.
- Twee vragen naar achtergrondgegevens zijn verwijderd, namelijk een vraag over het oordeel van de geestelijke/psychische gezondheid en een vraag over hoeveel personen van het netto-inkomen moeten leven.
- Op advies van BureauTaal zijn de standaardformuleringen voor CQI vragen aangepast om de begrijpelijkheid en leesbaarheid te verbeteren. Deze veranderingen zijn vastgelegd in een nieuwe versie van het CQI Handboek Ontwikkelingen (Sixma et al., 2008b) en doorgevoerd in de huidige vragenlijst.

De uiteindelijke vragenlijst wordt weergegeven in bijlage 1. De vragenlijst is ingekort met 24 vragen; van 110 naar 86 vragen.

2.5 Statistische analyses

In hoofdstuk 3 wordt een beschrijving van de steekproef en de groep respondenten gegeven. Van zowel de verzekerdenpopulaties als van de steekproef waren de gemiddelde leeftijd en de geslachtsverdeling bekend. 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 (BI) vielen van de steekproefwaarden. Daarnaast hebben we een non-respons analyse uitgevoerd waarbij we met respectievelijk een T-toets en een Chi-kwadraat toets de gemiddelde leeftijd en het geslacht van de respondenten en non-respondenten vergeleken. Voor de verdere analyses zijn de data conform de CQI-richtlijnen in het Handboek CQI Metingen (Sixma et al., 2008a) opgeschoond.

Hoofdstuk 4 geeft de resultaten van de factor- en betrouwbaarheidsanalyses als ook de resultaten met betrekking tot het discriminerend vermogen van de vragenlijst. Om te onderzoeken welke schalen er in de vragenlijst zitten, voerden we Principale Componenten Analyses uit met een oblique rotatie (vanwege de veronderstelde samenhang tussen de factoren). De betrouwbaarheid van de schalen is bekeken met behulp van Cronbach's alfa. Vervolgens bekeken we met behulp van multilevel regressieanalyses in MLwiN of verzekerden van verschillende zorgverzekeraars verschillen wat betreft hun ervaringen met de zorg en de zorgverzekeraar. In de multilevel regressie-analyses werd rekening gehouden met de gelaagdheid van de gegevens. We onderscheidden twee hiërarchische niveaus: het niveau van het label (N=27) en het niveau van de verzekerde (N=8.460). 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). 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. Daarnaast is gekeken naar de reliability van de verschillende kwaliteitsaspecten om te bepalen hoeveel ingevulde vragenlijsten per zorgverzekeraar nodig zijn om verschillen betrouwbaar te kunnen meten. Op basis van deze resultaten is een selectie gemaakt van aspecten die gepresenteerd kunnen worden op www.kiesBeter.nl

Uit eerder onderzoek in de Verenigde Staten is gebleken dat ouderen, mensen met een lagere opleiding en gezonde verzekerden over het algemeen positievere ervaringen rapporteren met hun zorgverzekeraar en zorgaanbieders (Zaslavsky et al., 2001). Tegelijkertijd kan worden aangenomen dat de verzekerdenpopulaties van verschillende verzekeraars van samenstelling verschillen op deze achtergrondkenmerken (zie ook paragraaf 3.1). Om de vergelijkingen tussen zorgverzekeraars zo eerlijk mogelijk te maken, werd in de multilevel regressie-analyses dan ook gecorrigeerd voor de invloed van de variabelen leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid (Zaslavsky et al., 2001; O'Malley et al., 2005; Arah et al., 2006). Ook de data voor de staafdiagrammen per zorgverzekeraar zijn gecorrigeerd voor leeftijd, opleiding en gezondheid. Deze correcties (in technische termen 'case-mix adjustment') zijn overgenomen uit de Amerikaanse CAHPS protocollen. 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., 2006b).

Hoofdstuk 5 geeft vervolgens de ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraar weer, 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. Daarnaast werden de percentages gegeven antwoorden voor deze schalen berekend op basis van de frequentieverdelingen, waarbij per antwoordcategorie de gemiddelde frequentie werd

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

3 Beschrijving van de steekproef en respondenten

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 1.000 geselecteerde verzekerden per verzekeraar waren geboortedatum en geslacht bekend. We berekenden de leeftijd van de verzekerden met als peildatum 17 april 2009 (de datum waarop de steekproefgegevens uiterlijk zijn opgeleverd). Daarnaast verstrekten de zorgverzekeraars op basis van administratiegegevens informatie over de gemiddelde leeftijd (peildatum 17 april 2009) en het aantal mannen en vrouwen van de verzekerdenpopulatie waaruit de 1.000 personen waren geselecteerd (zie paragraaf 2.3, stap 5 van de steekproeftrekking). Er werd bekeken of de gemiddelde leeftijd en het percentage man van beide groepen verschilden door te bepalen of de populatiewaarden binnen het 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) vielen van de steekproefwaarden (zie tabel 3.1).

Wat betreft leeftijd valt uit tabel 3.1 op te maken dat de steekproeven van vijf labels niet representatief waren voor hun totale verzekerdenpopulatie. Dit was het geval bij AnderZorg, De Friesland Zorgverzekeraar, DVZ Achmea, FBTO en Pro Life. De verschillen voor De Friesland Zorgverzekeraar, DVZ Achmea en FBTO waren minimaal. Bij AnderZorg en Pro Life waren de verzekerden in de steekproef ouder dan de verzekerden in de populatie. Kijken we naar de geslachtsverdeling, dan zien we dat de steekproeven van AnderZorg en PNO Ziektekosten niet representatief waren voor de verzekerdenpopulaties. Bij AnderZorg zaten er relatief veel mannen in de steekproef en bij PNO Ziektekosten relatief weinig mannen vergeleken met de populatie.

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., 2006b).

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

label	populatie		steekproef			
	leeftijd	% man	leeftijd	95% BI	% man	95% BI
Agis	49,6	51,7	50,7	49,5 - 51,9	52,8	49,7 - 55,9
AnderZorg	42,1	58,7	46,6	45,5 - 47,7	64,1	61,1 - 67,1
Avéro Achmea	46,5	52,8	46,8	45,8 - 47,8	53,4	50,3 - 56,5
Azivo	50,8	42,2	51,3	50,2 - 52,4	39,3	36,3 - 42,3
CZ	49,8	49,4	48,7	47,6 - 49,8	47,6	44,5 - 50,7
De Friesland Zorgverzekeraar	47,7	48,5	48,9	47,8 - 50,0	49,2	46,1 - 52,3
DSW Zorgverzekeraar	46,3	46,3	45,9	44,8 - 47,0	46,3	43,2 - 48,4
DVZ Achmea	45,7	52,1	44,6	43,5 - 45,7	49,1	46,0 - 52,2
FBTO	49,5	71,9	48,6	47,7 - 49,5	71,1	68,3 - 73,9
Groene Land Achmea	49,9	48,0	49,5	48,4 - 50,6	49,5	46,4 - 52,6
Interpolis ZorgActief	45,6	52,1	46,4	45,4 - 47,4	49,9	46,8 - 53,0
IZZ Zorgverzekeraar	47,7	28,7	47,8	47,1 - 48,5	28,9	26,1 - 31,7
Menzis	48,0	51,8	48,9	47,8 - 50,0	53,8	50,7 - 56,9
OHRA ^a	-	-	48,0	47,1 - 48,9	57,3	54,2 - 60,4
ONVZ ^b	-	-	-	-	-	-
OZF Achmea	50,8	50,9	50,5	49,4 - 51,6	47,8	44,7 - 50,9
PNO Ziektekosten	50,9	48,7	50,2	49,2 - 51,3	45,2	42,1 - 48,3
Pro Life	45,2	62,3	48,7	47,6 - 49,9	63,1	60,1 - 66,1
PWZ Achmea	52,7	43,9	53,5	52,3 - 54,7	44,3	41,2 - 47,4
Salland	49,6	47,5	49,3	48,1 - 50,5	46,8	43,7 - 49,9
Stad Holland Zorgverzekeraar	42,9	52,3	43,1	42,2 - 44,0	51,6	48,5 - 54,7
TakeCareNow!	21,8	44,9	21,6	21,4 - 21,8	46,2	43,1 - 49,3
Trias	52,3	57,7	51,2	50,1 - 52,3	58,6	55,6 - 61,7
Univé	49,0	64,8	49,2	48,1 - 50,3	63,8	60,8 - 66,8
VGZ	51,1	60,6	50,9	49,8 - 52,0	58,5	55,5 - 61,6
Zilveren Kruis Achmea	50,9	48,9	50,1	48,9 - 51,3	50,2	47,1 - 53,3
Zorg en Zekerheid	49,0	45,6	49,6	48,4 - 50,8	45,6	42,5 - 48,7

^a de achtergrondgegevens van de populatie van OHRA ontbraken

^b de achtergrondgegevens van de steekproef van ONVZ bleken niet correct te zijn. De achtergrondgegevens betroffen resultaten van allemaal volwassenen, terwijl minderjarigen (onterecht) de vragenlijst hebben ontvangen. De grootte van het probleem was niet te achterhalen.

3.2 Opschoning van databestand

De CQI-richtlijnen zoals beschreven in het Handboek CQI Metingen (Sixma et al., 2008a) specificeren welke respondenten moeten worden uitgesloten van de analyses. De volgende richtlijnen 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, respondenten die niet tot de doelgroep behoren en respondenten die op de RIP lijst staan).
- 2 Respondenten die minder dan vijf vragen hebben beantwoord (de zogenaamde blanco lijsten).

- 3 Respondenten die de vragen door iemand anders hebben laten invullen en beantwoorden.
- 4 Respondenten die de vragenlijst niet compleet genoeg hebben ingevuld, dat wil zeggen de respondenten die niet voldoende sleutelvragen hebben beantwoord.
- 5 Respondenten die ontbrekende waarden hebben bij één of meer van de case-mix adjusters: leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid.

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.

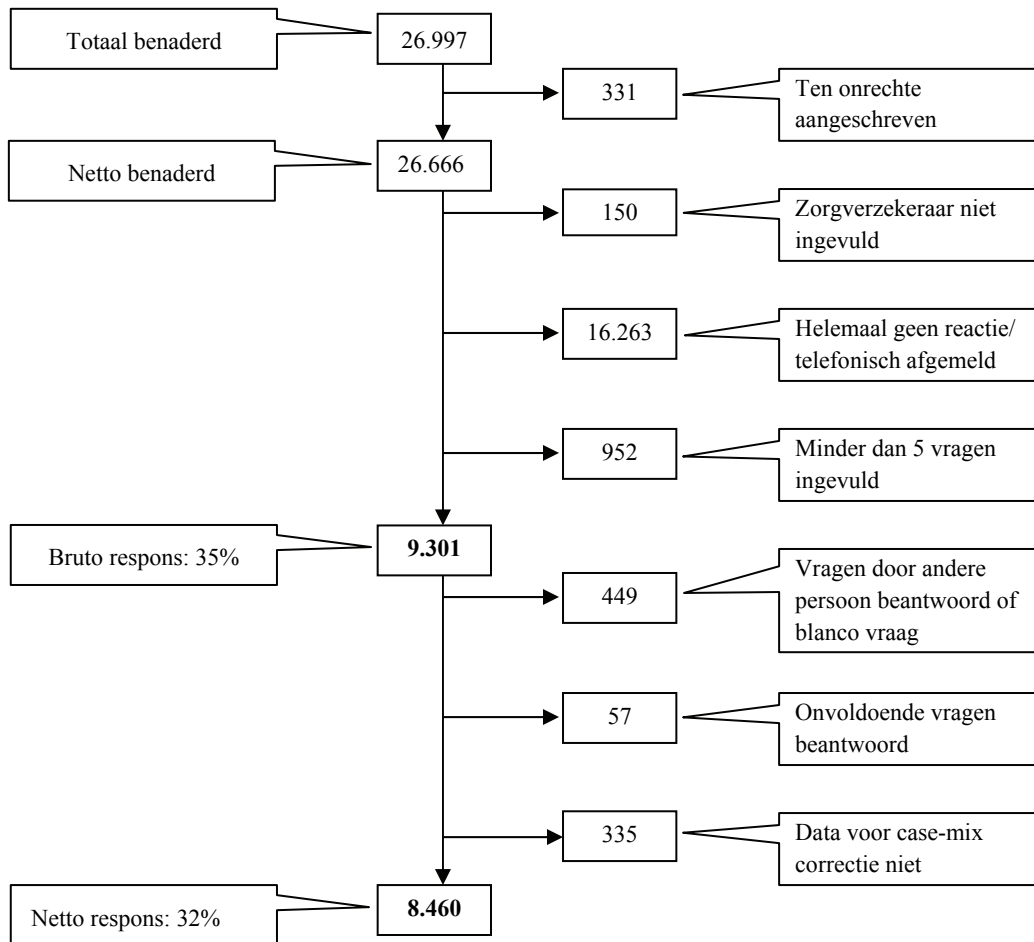
3.2.1 *Ten onrechte aangeschreven*

De vragenlijst werd verstuurd naar 26.997 mensen. Eerst zijn de deelnemers verwijderd die ten onrechte zijn aangeschreven. Er werd één vragenlijst blanco teruggestuurd, omdat de aangeschrevene overleden was en zes 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=163). Respondenten die korter dan een jaar bij de betreffende zorgverzekeraar verzekerd waren zijn ook verwijderd (N=94). Ten slotte kwamen 67 mensen op de RIP lijst in aanmerking om verwijderd te worden (deze mensen zijn overleden of zijn uitgeschreven bij de zorgverzekeraar). In totaal werden er dus 331 lijsten verwijderd omdat deze respondenten ten onrechte waren aangeschreven. Het aantal mensen dat netto is benaderd voor dit onderzoek was 26.666. Van 150 mensen is vervolgens de lijst verwijderd omdat men geen antwoord had gegeven op de vraag bij welke zorgverzekeraar men verzekerd was.

3.2.2 *Blanco lijsten verwijderen*

16.263 personen hebben geheel niet gereageerd of hebben via de telefoon laten weten niet mee te doen aan dit onderzoek. Daarna zijn 952 lijsten verwijderd omdat de betreffende respondenten minder dan vijf vragen hadden ingevuld.

Figuur 3.1 Respons van de verzekerden



3.2.3 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. 449 personen gaven aan dat de vragenlijst door een ander was ingevuld, gaven niet aan of ze hulp hadden ontvangen of waar de hulp uit bestond. Deze personen werden uitgesloten van de verdere analyses.

3.2.4 Compleetheit van invullen en ontbrekende case-mix adjusters

Een persoon werd alleen voor de verdere analyses geselecteerd indien hij of zij voldoende vragen had beantwoord. In het Handboek CQI Metingen (Sixma et al., 2008a) 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 32 dergelijke vragen. 57 personen hadden minder dan 16 van

deze vragen ingevuld. Ten slotte werden er 335 lijsten verwijderd van deelnemers die één of meer ontbrekende waarden hadden bij de variabelen die gebruikt werden bij case-mix adjustment (leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid).

Tabel 3.2 Aantal respondenten en netto respons percentage per label

label	N	netto respons (%)
Agis	209	21
AnderZorg	260	26
Avéro Achmea	296	30
Azivo	271	28
CZ	314	32
De Friesland Zorgverzekeraar	367	37
DSW Zorgverzekeraar	348	35
DVZ Achmea	403	41
FBTO	328	33
Groene Land Achmea	291	29
Interpolis ZorgActief	334	34
IZZ Zorgverzekeraar	440	45
Menzis	258	26
OHRA	278	28
ONVZ	251	25 ^a
OZF Achmea	429	43
PNO Ziektelkosten	438	44
Pro Life	379	40
PWZ Achmea	250	26
Salland	333	34
Stad Holland Zorgverzekeraar	315	32
TakeCareNow!	166	17
Trias	318	32
Univé	285	29
VGZ	313	31
Zilveren Kruis Achmea	298	30
Zorg en Zekerheid	288	29

^a bij ONVZ zijn er minderjarigen aangeschreven voor de vragenlijst. Deze personen zijn ten onrechte aangeschreven, maar er valt niet te achterhalen om hoeveel personen het gaat. Het aantal 'netto aangeschreven personen' en het netto respons percentage zijn voor ONVZ dus niet correct te achterhalen.

Voor het berekenen van de respons werd conform de CQI-richtlijnen de volgende formule gehanteerd: $100 \times (\text{respons/netto benaderd})$. Het totaal aantal benaderde mensen minus respondenten die ten onrechte zijn aangeschreven vormen de noemer. De teller wordt gevormd door het aantal cases die aan het einde van de opschoningprocedure overblijven (zie figuur 3.1).

De bruto respons was $9.301/26.666 \times 100 = 35\%$ en de netto respons was $8.460/26.666 \times 100 = 32\%$. Het netto responspercentage is 1% hoger dan vorig jaar (31%). In de voorgaande jaren was de netto respons hoger (34% in 2007, 40% in 2006 en 39% in 2005).

Van de 8.460 respondenten hebben 5.127 respondenten (60,6%) de vragenlijst schriftelijk ingevuld en 3.333 respondenten (39,4%) hebben de vragenlijst online ingevuld. Tabel 3.2 laat zien hoeveel personen per label zijn meegenomen in de verdere analyses. Het blijkt dat de netto respons per verzekeraar varieert van 166 (17%) respondenten tot 440 (45%) respondenten.

3.2.5 Skip-instructies

Naast het hanteren van bovengenoemde richtlijnen werd nagegaan of mensen de skip-instructies van de vragenlijst goed hebben 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 gingen we bij de non-respons analyse uit van de netto respons. We maakten verder gebruik van de groep netto benaderd. Dit is het totaal aantal benaderde mensen min personen die onterecht zijn aangeschreven.

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. Zorgverzekeraars leverden een bestand aan met daarin geboortedatum en geslacht gekoppeld aan het verzekerdennummer. Door combinatie van deze twee bestanden werden leeftijd (peildatum is 17 april 2009) en geslacht gekoppeld aan het unieke identificatienummer van alle personen in de steekproef. Vervolgens werden mensen die ten onrechte zijn aangeschreven verwijderd uit het databestand. Daarna classificeerden we met behulp van het identificatienummer en met de netto respons gegevens iedere persoon als respondent of als non-respondent en werd het verzekerdennummer verwijderd. 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 waarmee de non-respons analyse kon worden uitgevoerd. Het koppelbestand van het mailhouse werd na de analyse vernietigd.

Van de 26.666 personen (netto benaderd) classificeerden we 8.460 (32%) als respondent en de overige 18.206 (68%) personen als non-respondent. Bij de non-responsanalyse zijn echter 8.203 respondenten vergeleken met 17.458 non-respondenten. In verband met

onjuiste achtergrondgegevens van één verzekeraar (ONVZ) zijn gegevens van deze verzekeraar niet gebruikt voor de non-responsanalyse. Verder zijn verzekerden van verschillende verzekeraars maar met hetzelfde verzekerdennummer buiten beschouwing gelaten, om problemen met het koppelen van databestanden te voorkomen.

De respondenten ($M=53,2$ jaar, $SD=16,8$) waren gemiddeld genomen ouder dan de non-respondenten ($M=45,0$ jaar, $SD=17,9$; $t=-35,0$, $p<0,001$). Zie tabel 3.3 voor de leeftijdsverdeling binnen de groep respondenten en de groep non-respondenten.

Het percentage mannen en vrouwen onder respondenten en non-respondenten is te vinden in tabel 3.4. Vrouwen bleken de vragenlijst vaker te hebben ingevuld en geretourneerd dan mannen ($\chi^2=28,73$, $p<0,001$).

Tabel 3.3 Respondenten en non-respondenten naar leeftijdscategorie

leeftijd	non-respondenten		respondenten		steekproef	
	N	%	N	%	N	%
18-24 jaar	2482	14,2	479	5,8	2961	11,5
25-34 jaar	3170	18,2	832	10,1	4002	15,6
35-44 jaar	3600	20,6	1229	15,0	4829	18,8
45-54 jaar	3123	17,9	1590	19,4	4713	18,4
55-64 jaar	2349	13,5	1779	21,7	4128	16,1
65-74 jaar	1417	8,1	1457	17,8	2874	11,2
75 jaar of ouder	1317	7,5	837	10,2	2154	8,4

Tabel 3.4 Respondenten en non-respondenten naar geslacht

geslacht	non-respondenten		respondenten		steekproef	
	N	%	N	%	N	%
man	9171	52,5	4015	48,9	13186	51,4
vrouw	8287	47,5	4188	51,1	12475	48,6

3.4 Achtergrondkenmerken van de respondenten

Deze paragraaf beschrijft enkele achtergrondkenmerken van de 8.460 personen van wie de gegevens meegenomen zijn in de verdere analyses en waarop de resultaten in hoofdstuk 5 zijn gebaseerd (zie paragraaf 3.2).

Onder de respondenten waren 3.810 (45,2%) mannen en 4.621 (54,8%) vrouwen (van 29 respondenten was het geslacht niet bekend). Deze percentages wijken af van de percentages in tabel 3.4. Hier zijn twee verklaringen voor te geven. In de eerste plaats zijn de percentages in tabel 3.4 gebaseerd op de gegevens van 26 zorgverzekeraars, omdat we voor de non-respondenten alleen gegevens hadden van de zorgverzekeraar. De

percentages in deze paragraaf zijn gebaseerd op de antwoorden van de respondenten zelf. Daarnaast weten we uit ervaring dat de percentages kunnen verschillen doordat niet de aangeschreven persoon de vragenlijst heeft ingevuld, maar bijvoorbeeld de partner die bij dezelfde zorgverzekeraar verzekerd is.

Tabel 3.5 toont de verdeling van de respondenten in leeftijdscategorieën. Het blijkt dat de meeste respondenten tussen de 55 en 64 jaar oud waren. Tabel 3.5 laat ook zien dat ruim de helft van de respondenten (64,8%) minimaal een diploma op het niveau van middelbaar beroepsonderwijs heeft behaald.

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

	N	%
Leeftijd:		
18-24 jaar	448	5,3
25-34 jaar	852	10,1
35-44 jaar	1313	15,5
45-54 jaar	1622	19,2
55-64 jaar	1868	22,1
65-74 jaar	1497	17,7
75 jaar of ouder	860	10,2
Opleiding:		
geen opleiding	189	2,2
lager onderwijs	565	6,7
lager of voorbereidend beroepsonderwijs	1498	17,7
middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	1574	18,6
middelbaar beroepsonderwijs	1656	19,6
hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs	770	9,1
hoger beroepsonderwijs	1625	19,2
wetenschappelijk onderwijs	583	6,9
Ervaren gezondheid:		
uitstekend	824	9,7
zeer goed	1770	20,9
goed	4559	53,9
redelijk	1173	13,9
slecht	134	1,6
Netto gezinsinkomen per maand:		
≤ €915	366	4,4
tussen €916 en €1.135	526	6,3
tussen €1.136 en €1.345	567	6,8
tussen €1.346 en €1.745	1051	12,6
tussen €1.746 en €2.450	1520	18,2
≥ €2.451	1948	23,4
ik wil hierover geen informatie verstrekken	2355	28,3

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 over het netto gezinsinkomen van de respondenten. Ongeveer een kwart van de respondenten (23,4%) had een gezinsinkomen groter of gelijk aan €2.451 per maand.

Het merendeel van de respondenten (N=7.847, 93,0%) was in Nederland geboren en had ook een vader (N=7.714, 91,4%) en/of een moeder (N=7.645, 90,5%) die in Nederland geboren is. Daarnaast spraken de meeste mensen thuis Nederlands, of Fries of een Nederlands dialect (N=8.032, 96,7%).

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. Bij een zorg in natura polis betaald de zorgverzekeraar de rekening rechtstreeks aan de zorgaanbieder en de verzekerde kan naar alle zorgaanbieders gaan waar de verzekeraar een contract mee heeft afgesloten. Indien een zorgaanbieder wordt bezocht waar geen contract mee is afgesloten, krijgt de verzekerde mogelijk niet alle kosten vergoed. Bij een restitutiepolis kan een verzekerde zelf de zorgaanbieder kiezen, maar wordt de rekening van de zorgaanbieder eerst door de verzekerde betaald, voordat de kosten door de zorgverzekeraar vergoed worden.

Een klein deel van de respondenten had alleen een basisverzekering (N=800, 9,7%). De overige respondenten hadden een basisverzekering en een aanvullende verzekering (N=7.451, 90,3%). Iets meer dan de helft van de respondenten (N=4.588, 55,7%) had een individuele verzekering. De overige respondenten waren collectief verzekerd: 22,6% (N=1.860) via zijn of haar werkgever, 7,3% (N=600) via de werkgever van zijn of haar partner, en 14,4% (N=1.184) niet via een werkgever. Ruim een derde van de respondenten (N=2.975, 36,3%) wist niet of hij/zij een 'zorg in natura polis' of een 'restitutiepolis' had. 34,9% (N=2.854) van de mensen hadden een 'zorg in natura polis', 11,9% (N=977) een 'restitutie polis' en 16,9% (N=1.382) een combinatie van zorg in natura en restitutie.

Ook is gevraagd naar het aantal jaren dat mensen verzekerd zijn bij de huidige zorgverzekeraar. Ruim de helft van de respondenten (N=4.609, 54,7%) was langer dan 10 jaar verzekerd bij de huidige zorgverzekeraar. Van de respondenten was 42,1% (N=3.551) tenminste twee jaar, maar minder dan tien jaar verzekerd bij de huidige verzekeraar. Een minderheid van de respondenten (N=273, 3,2%) was tenminste één jaar, maar minder dan twee 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 Selectie van kwaliteitsaspecten voor presentatie op www.kiesBeter.nl

De gegevens uit de CQI Zorg en Zorgverzekering worden gebruikt voor keuze-informatie op www.kiesBeter.nl. Op deze website is slechts beperkt ruimte beschikbaar om resultaten te presenteren. Om de informatie overzichtelijk te houden en consumenten niet te overladen met informatie, kunnen er maximaal 13 kwaliteitsaspecten gepresenteerd worden op www.kiesBeter.nl, zeven over de zorgverzekeraar en zes over de zorg. Aangezien de vragenlijst dit jaar grondig gewijzigd is, is opnieuw bepaald welke aspecten op de website gepresenteerd gaan worden.

Om de keuze van kwaliteitsaspecten onderbouwd te kunnen maken, is onder andere gekeken naar de schaalconstructie en het discriminerend vermogen van de vragenlijst. Daarnaast zijn belanghebbende partijen betrokken bij de selectieprocedure. Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de analyses alsmede de uiteindelijke selectie van kwaliteitsaspecten voor op www.kiesBeter.nl.

4.1 Schaalconstructie

Om de onderliggende structuur in de vragenlijst vast te stellen en om te bekijken welke betrouwbare en interpreteerbare schalen gevormd kunnen worden, zijn factoranalyses en betrouwbaarheidsanalyses uitgevoerd. Bij het construeren van de schalen is zoveel mogelijk aangesloten bij de schalen die in de voorgaande jaren zijn gepresenteerd op www.kiesBeter.nl.

Voor de start van de analyses zijn enkele vragen omgecodeerd. De vragen 26 en 75 zijn omgecodeerd omdat de vraagstelling contra-indicatief was (hoe hoger de score, hoe slechter de dienstverlening), dit in tegenstelling tot de andere indicatief gestelde vragen. De vragen 12, 13, 15, 20, 63, 64 en 67 zijn omgecodeerd omdat deze een antwoord-categorie 'niet van toepassing' of 'weet niet' hadden. Deze categorieën zijn omgecodeerd in missende waarden. Om de antwoordcategorieën van de verschillende vragen binnen één factor- of betrouwbaarheidsanalyse overeen te laten komen, zijn de volgende omcoderingen uitgevoerd. Bij vraag 13 is het antwoord 'nee, helemaal niet' gelijk gesteld aan 'nee' en de overige antwoorden (een beetje, grotendeels en ja, helemaal) zijn gelijk gesteld aan 'ja'. Bij vraag 25 zijn de twee bevestigende antwoorden samengenomen in één categorie en bij deze vraag en vraag 28 zijn de antwoorden 'nee' gelijk gesteld aan 'nooit' en de antwoorden 'ja' gelijk gesteld aan 'altijd'.

4.1.1 Factoranalyses

Er zijn Principale Componenten Analyses uitgevoerd met een oblique rotatie (vanwege de veronderstelde samenhang tussen de factoren). Eerst is gekeken naar de Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO-waarde). De KMO-waarde geeft de 'factoranalyseerbaarheid' aan. Bij lage KMO-waarden kan er geen factoranalyse uitgevoerd worden, omdat de variabelen dan weinig tot niets gemeenschappelijks hebben. De correlaties tussen vragen kunnen dan niet verklaard worden door een achterliggend construct. De KMO-waarde moet minimaal 0,60 zijn. Ook werd Bartlett's test of sphericity uitgevoerd, om te toetsen of het geen identiteitsmatrix is. De eis is dat de test significant moet zijn ($p < 0,05$). Als laatste is erop gelet dat er minimaal meer dan tien keer zoveel respondenten als variabelen worden meegenomen in de factoranalyse.

In tabel 4.1 staan de vragen weergegeven waarover factoranalyses zijn uitgevoerd. Per factoranalyse worden het aantal respondenten, de KMO-waarden en de significantie van Bartlett's test of sphericity weergegeven.

Tabel 4.1 overzicht met vragen waarover een factoranalyse is uitgevoerd

vragen	N	KMO	p Bartlett's test
fysiotherapie (vragen vr11 t/m vr15)	736	0,73	<0,001
hulpmiddelen (vragen vr25 t/m vr28)	1214	0,68	<0,001
zorgverzekeraar probleemvragen (vr36, vr38, vr39, vr41, vr46, vr58, vr61, vr66)	130	0,83	<0,001
zorgverzekeraar nooit-altijd vragen (vr47, vr49, vr50, vr63, vr64, vr67, vr69 t/m vr75)	207	0,93	<0,001

Tabel 4.2 geeft een overzicht van de factoroplossingen. Het aantal factoren is gebaseerd op de Kaiser normalisation (Kaiser, 1960) waarbij wordt gekeken voor hoeveel factoren de eigenwaarde 1,0 of groter is. In de tabel staan de factorladingen weergegeven die aangeven in hoeverre een vraag past bij een bepaalde factor. De factorlading dient minimaal 0,40 te zijn. Als een vraag op meerdere factoren een factorlading van $>0,40$ had, dan is deze ondergebracht bij de schaal waarop de hoogste lading bestond, met de voorwaarde dat er een minimaal verschil van 0,10 tussen beide ladingen was.

De factoranalyse over de ervaringen met fysiotherapie en de factoranalyse over de ervaringen met het verkrijgen van hulpmiddelen leverden beide één factor op. De factor over fysiotherapie (schaal 1) verklaarde 44% van de variantie en de factor over hulpmiddelen (schaal 2) 43%. Bij de vragen over de zorgverzekeraar leidden zowel de factoranalyse over de probleemvragen als de factoranalyse over de nooit-altijd vragen tot twee factoren (respectievelijk schaal 3 en 4 en schaal 5 en 6). De verklaarde variantie van de factoren was 43% voor factor 3, 15% voor factor 4, 60% voor factor 5 en 8% voor factor 6.

4.1.2 Betrouwbaarheidsanalyses

De interne consistentie (betrouwbaarheid) van de gevonden schalen, bekeken we met behulp van Cronbach's alfa. In tabel 4.2 staan de gevonden Cronbach's alfa's voor de verschillende schalen en per vraag de item-totaal correlatie (ITC) en Cronbach's alfa als de betreffende vraag verwijderd zou worden. Een α -waarde van $> 0,70$ betekent dat de schaal betrouwbaar is. Bij een α -waarde tussen de 0,60 en 0,70 wordt de schaal voorlopig geaccepteerd. Dit wegens het feit dat de analyse soms gebaseerd is op een klein aantal respondenten. Om te bepalen of een vraag tot een schaal behoort, wordt er gekeken naar de ITC van de betreffende vraag. Dit is een maat die aangeeft in hoeverre een vraag binnen een schaal correleert met de schaal in zijn geheel. Indien de ITC kleiner is dan 0,40 dan komt de vraag in aanmerking voor verwijdering, vooral wanneer de α -waarde ook nog eens stijgt bij verwijdering van de vraag.

Tabel 4.2 Resultaten factoranalyse en betrouwbaarheidsanalyse

schaal	factor lading	ITC	α bij verwijdering item
Schaal 1: Informatie en meebeslissen fysiotherapie			
<i>Betrouwbaarheid: $\alpha=0,64$</i>			
Heeft uw fysiotherapeut u goed geïnformeerd over de duur van de behandelperiode? (vr11)	0,70	0,67	0,58
Hing er een prijslijst in de praktijk? (vr12)	0,45	0,63	0,64
Heeft uw fysiotherapeut met u overlegd over de verschillende behandel mogelijkheden? (vr13)	0,67	0,62	0,57
Kon u meebeslissen over uw behandeling? (vr14)	0,75	0,69	0,56
Heeft uw fysiotherapeut u voldoende geïnformeerd over de vergoeding van de behandelingen door uw zorgverzekeraar (vr15)	0,71	0,68	0,56
Schaal 2: Ervaringen met verkrijgen hulpmiddelen			
<i>Betrouwbaarheid: $\alpha=0,52$</i>			
Was het van tevoren duidelijk hoeveel u zou moeten (bij)betalen? (vr25)	0,68	0,71	0,44
Als u terugkijkt naar het hele proces van het krijgen van het hulpmiddel, moest u dan vaak zelf dingen regelen? (vr26)	0,41	0,55	0,60
Werden de verschillende stappen in de aanvraag van uw hulpmiddel snel afgehandeld door de zorgverzekeraar? (vr27)	0,67	0,63	0,43
Waren de regels van de zorgverzekeraar voor het vergoed krijgen van dit hulpmiddel voor u duidelijk? (vr28)	0,81	0,76	0,26
Schaal 3: Informatievoorziening zorgverzekeraar			
<i>Betrouwbaarheid: $\alpha=0,76$</i>			
Is het een probleem geweest om schriftelijke informatie te begrijpen? (vr6)	0,82	0,77	0,69
Is het een probleem geweest om informatie op de website te vinden? (vr38)	0,80	0,75	0,70
Is het een probleem geweest om informatie op de website te begrijpen? (vr39)	0,90	0,81	0,67

- tabel 4.2 wordt vervolgd -

- vervolg tabel 4.2 -

schaal	factor lading	ITC	α bij verwijdering item
Is het een probleem geweest om de schriftelijke informatie over de polisvoorwaarden te begrijpen? (vr41)	0,78	0,81	0,68
Is het betalen van een eigen bijdrage voor u een probleem geweest? (vr66)	0,51	0,73	0,82
Schaal 4: Miscellaneous			
<i>Betrouwbaarheid: $\alpha=0,70$</i>			
Is het een probleem geweest om de klantenservice overdag tussen 9.00 en 17.00 uur te bereiken? (vr46)	0,66	0,90	0,71
Is het een probleem geweest om een klacht of probleem in te dienen bij uw zorgverzekeraar? (vr58)	0,83	0,86	0,35
Is het een probleem geweest om formulieren voor uw zorgverzekeraar in te vullen? (vr61)	0,58	0,77	0,73
Schaal 5: Bejegening medewerkers zorgverzekeraar			
<i>Betrouwbaarheid: $\alpha=0,92$</i>			
Als u belde met de klantenservice, kreeg u dan de informatie of hulp die u nodig had? (vr47)	0,51	0,82	0,92
Waren de medewerkers van uw zorgverzekeraar beleefd tegen u? (vr69)	0,93	0,80	0,91
Namen de medewerkers van uw zorgverzekeraar u serieus? (vr70)	0,87	0,86	0,91
Vond u de medewerkers van uw zorgverzekeraar behulpzaam (vr71)	0,84	0,89	0,90
Luisterden de medewerkers van uw zorgverzekeraar aandachtig naar u? (vr72)	0,97	0,87	0,91
Legden de medewerkers van uw zorgverzekeraar u dingen op een begrijpelijke manier uit? (vr73)	0,81	0,85	0,91
Hadden medewerkers van uw zorgverzekeraar genoeg tijd voor u? (vr74)	0,82	0,84	0,91
Gaven medewerkers van uw zorgverzekeraar u tegenstrijdige informatie (vr75)	0,52	0,60	0,93
Schaal 6: Miscellaneous 2			
<i>Betrouwbaarheid: $\alpha=0,71$</i>			
Als u een e-mail stuurde naar uw zorgverzekeraar, kreeg u dan de informatie of hulp zo snel als u wilde? (vr49)	0,52	0,85	0,60
Als u een e-mail stuurde naar uw zorgverzekeraar, kreeg u dan de informatie of hulp die u nodig had? (vr50)	0,59	0,84	0,60
Heeft uw zorgverzekeraar uw rekeningen binnen een redelijke termijn afgehandeld? (vr63)	0,84	0,70	0,67
Heeft uw zorgverzekeraar uw rekeningen correct afgehandeld? (vr64)	0,85	0,70	0,68
Was het van tevoren duidelijk hoeveel u zou moeten (bij)betalen? (vr67)	0,53	0,78	0,90

Uit tabel 4.2 blijkt dat er zes betrouwbare schalen geconstrueerd kunnen worden.

- Schaal 1 bevat drie vragen over de informatie over de duur en de kosten van fysiotherapie en twee vragen over de mogelijkheid om te kunnen meebeslissen over de fysiotherapeutische behandeling. De schaal is matig betrouwbaar.
- Schaal 2 is voldoende betrouwbaar na verwijdering van vraag 26; deze schaal bestaat uit drie vragen over ervaringen met het verkrijgen van hulpmiddelen via de zorgverzekeraar.

- Schaal 3 is voldoende betrouwbaar, maar de interne consistentie neemt verder toe na verwijdering van vraag 66. Aangezien vraag 66 inhoudelijk ook niet past bij de overige vragen, wordt deze vraag buiten de schaal gehouden. Schaal 3 bestaat uiteindelijk uit vier vragen over de informatievoorziening vanuit de zorgverzekeraar. Deze schaal heeft in vergelijking met de schaal 'Informatievoorziening' uit voorgaande jaren één extra vraag, namelijk vraag 41.
- Schaal 4 is een betrouwbare schaal, maar inhoudelijk moeilijk te interpreteren. De bijbehorende vragen hebben betrekking op verschillende aspecten van de dienstverlening van zorgverzekeraars. Daarom is besloten om deze schaal niet mee te nemen in de verdere analyses.
- Schaal 5 is een schaal met een hoge interne consistentie. De interne consistentie neemt verder toe na verwijdering van vraag 75 en deze vraag wordt daarom buiten beschouwing gelaten. Vraag 47 past inhoudelijk minder bij de overige vragen en deze vraag is ook een toevoeging aan de schaal die in eerdere jaren is gebruikt. Daarom is besloten om ook deze vraag buiten de schaal te houden. De schaal is daarmee identiek met de schaal uit voorgaande jaren en bestaat uit zes vragen over de bejegening door medewerkers van de zorgverzekeraar. De bijbehorende betrouwbaarheid is heel hoog ($\alpha = 0,93$).
- Schaal 6 is een schaal met een goede interne consistentie en de interne consistentie neemt verder toe na het verwijderen van vraag 67. De overige vragen gaan over twee onderwerpen: afhandeling van rekeningen en afhandeling van e-mails. In voorgaande jaren vormden de vragen over de afhandeling van rekeningen een afzonderlijke schaal. Om de vergelijkbaarheid met de metingen in voorgaande jaren te vergroten, bekeken we of vraag 63 en vraag 64 opnieuw een betrouwbare schaal vormden. Dit was het geval ($\alpha = 0,75$) en daarom hebben we besloten om de schaal 'Afhandeling rekeningen' die gebruikt is in voorgaande jaren ook dit jaar te gebruiken. Vraag 49 en vraag 50 bleken een betrouwbare schaal over de afhandeling van e-mails te vormen ($\alpha = 0,92$).

In de vervolganalyses hebben we onderstaande schalen meegenomen. Voor iedere respondent is de gemiddelde schaalscore berekend, mits de respondent minimaal de helft van de bijbehorende vragen had beantwoord:

- Ervaringen met fysiotherapie: vr11 t/m vr15.
- Ervaringen met het verkrijgen van hulpmiddelen: vr25, vr27, vr28.
- Informatievoorziening zorgverzekeraar: vr36, vr38, vr39, vr41.
- Bejegening door medewerkers zorgverzekeraar: vr69 t/m vr74.
- Afhandeling rekeningen: vr63, vr64.
- Afhandeling e-mails: vr49, vr50.

4.1.3 Samenhang schalen

In tabel 4.3 staan de correlaties tussen de gemiddelde schaalscores weergegeven. De schalen hangen zwak tot matig met elkaar samen (Pearson's correlaties tussen de 0,00 en 0,64). De sterkste correlatie vonden we voor de schalen Bejegening medewerkers zorgverzekeraar en Afhandeling e-mails: $r=0,64$. Ook tussen de schalen Afhandeling

rekeningen en Bejegening medewerkers zorgverzekeraars bestond een zekere samenhang: $r=0,52$. De overige verbanden zijn van geringe sterkte ($r<0,50$) zodat gesproken kan worden van onafhankelijke schalen, oftewel unieke thema's.

Tabel 4.3 Correlaties tussen schalen

schaal	1	2	3	4	5	6
1 Ervaringen met fysiotherapie	--					
2 Ervaringen met verkrijgen hulpmiddel	0,10**	--				
3 Informatievoorziening zorgverzekeraar	0,05*	0,30***	--			
4 Bejegening medewerkers zorgverzekeraar	0,14***	0,27***	0,35***	--		
5 Afhandeling rekeningen	0,13***	0,32***	0,28***	0,52***	--	
6 Afhandeling e-mails	0,00	0,38***	0,37***	0,64***	0,44***	--

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

4.2 Discriminerend vermogen

De CQI Zorg en Zorgverzekering is (mede) bedoeld om verschillen aan te tonen in de kwaliteit van zorgverzekeraars gezien vanuit het perspectief van de verzekerde. Het is dan ook van belang om het discriminerend vermogen van de vragenlijst te onderzoeken. Met behulp van multilevel regressieanalyses is nagegaan of de ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars verschilden tussen zorgverzekeraars. De analyses kennen twee niveaus: het label van de zorgverzekeraar ($N=27$) en de respondent ($N=8.460$). Voor de verschillende zorgverzekeraars en het aantal bijbehorende respondenten die zijn meegenomen in de multilevel analyses verwijzen we naar tabel 3.2.

Het discriminerend vermogen is getest van de geconstrueerde schalen. Daarnaast hebben we een selectie gemaakt van de overgebleven vragen. Van de volgende losse vragen is ook het discriminerend vermogen getest: 5, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 25, 26, 27, 28, 29, 41, 43, 44, 46, 47, 52, 53, 55, 56, 58, 61, 67, 75, 76, 77.

Om een eerlijke vergelijking mogelijk te maken van de prestaties van zorgverzekeraars wordt bij de analyses gecorrigeerd voor verschillen in verzekerdenpopulaties wat betreft leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid (Arah et al., 2006; Damman et al., 2006b; O'Malley et al., 2005; Zaslavsky et al., 2001). Personen waarbij sprake was van missing data voor leeftijd, opleiding en gezondheid zijn bij de opschoningprocedure al verwijderd (zie figuur 3.1).

4.2.1 Intra-klasse correlatie

We bekeken als eerste de intra-klasse correlatie (ICC) van de schalen en losse vragen (zie tabel 4.4 en 4.5). De ICC wordt 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, is bepaald met behulp van een χ^2 -toets. Zowel de resultaten van de ongecorrigeerde als de gecorrigeerde gegevens worden weergegeven.

Ervaringen met de zorg

Uit de multilevel analyses blijkt dat er nauwelijks verschillen zijn tussen zorgverzekeraars wat betreft de ervaringen van verzekerden met huisartsen en medisch specialisten (zie tabel 4.4). De variantie die kan worden toegeschreven aan verschillen in zorgverzekeraars is heel laag of gelijk aan nul (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 bij zowel het algemeen oordeel van de huisarts en het algemeen oordeel van de medisch specialist tot nul (ICC is 0%).

We vonden wel significante verschillen tussen zorgverzekeraars wat betreft de ervaringen van verzekerden met fysiotherapie. Zowel bij de analyses op de ongecorrigeerde (ICC=15,7%) als gecorrigeerde gegevens (ICC=15,5%), verschilden zorgverzekeraars significant op het item “had uw fysiotherapeut een contract met uw zorgverzekeraar?”. Daarnaast vonden we redelijke verschillen tussen zorgverzekeraars op de vraag “wist u van tevoren of uw zorgverzekeraar een contract had met de fysiotherapeut?” (ICC=2,6%, Chi-square >3,0). De verschillen waren echter alleen significant voor de ongecorrigeerde gegevens. Voor de overige aspecten over fysiotherapie waren de ICC's - bij zowel de ongecorrigeerde als gecorrigeerde gegevens - niet significant.

Tabel 4.4 Multilevel analyses voor de ervaringen met de zorg

	ongecorrigeerde gegevens		gecorrigeerde gegevens	
	ICC	χ^2 (1 df)	ICC	χ^2 (1 df)
Huisarts:				
Algemeen oordeel huisarts (vr5; N=6660)	0,12%	0,73	0,00%	0,00
Specialist:				
Algemeen oordeel specialist (vr7; N=4224)	0,00%	0,00	0,00%	0,00
Fysiotherapie:				
Ervaringen met fysiotherapie (vr11 t/m vr15; N=2145)	0,46%	0,99	0,30%	0,50
Heeft u een probleem ervaren rond de verwijzing? (vr10; N=1571)	1,08%	2,01	0,84%	1,47
Heeft uw fysiotherapeut u goed geïnformeerd over de duur van de behandelperiode? (vr11; N=2303)	0,00%	0,00	0,00%	0,00
Hing er een prijslijst in de praktijk? (vr12; N=1193)	0,00%	0,00	0,00%	0,00
Heeft uw fysiotherapeut met u overlegd over de verschillende behandelmogelijkheden? (vr13; N=1788)	1,06%	0,36	1,13%	0,39
Kon u meebeslissen over uw behandeling? (vr14; N=2292)	0,28%	0,14	0,10%	0,02

- tabel 4.4 wordt vervolgd-

- vervolg tabel 4.4 -

	ongecorrigeerde gegevens		gecorrigeerde gegevens	
	ICC	χ^2 (1 df)	ICC	χ^2 (1 df)
Heeft uw fysiotherapeut u voldoende geïnformeerd over de vergoeding van de behandeling door uw zorgverzekeraar? (vr15; N=1566)	0,00%	0,00	0,00%	0,00
Had uw fysiotherapeut een contract met uw zorgverzekeraar? (vr16; N=1265)	15,65%	6,33*	15,52%	6,24*
Is het een probleem geweest dat de fysiotherapeut die u wilde bezoeken geen contract heeft met uw zorgverzekeraar? (vr17; N=135)	0,94%	0,04	2,26%	0,18
Wist u van tevoren of uw zorgverzekeraar een contract had met de fysiotherapeut? (vr18; N=1228)	4,31%	5,04*	2,57%	3,06
Was het van tevoren duidelijk hoeveel u zou moeten bijbetalen? (vr20; N=273)	0,00%	0,00	0,00%	0,00
Algemeen oordeel fysiotherapeut (vr21; N=2316)	0,37%	0,79	0,18%	0,25
Hulpmiddelen:				
Ervaringen met verkrijgen hulpmiddelen (vr25, vr27, vr28; N=2257)	1,97%	5,12*	1,76%	4,66*
Was het van tevoren duidelijk hoeveel u zou moeten bijbetalen? (vr25; N=1251)	1,47%	1,51	0,86%	0,69
Als u terugkijkt naar het hele proces van het krijgen van het hulpmiddel, moest u dan vaak dingen zelf regelen? (vr26; N=2296)	0,47%	1,10	0,31%	0,61
Werden de verschillende stappen in de aanvraag van uw hulpmiddel snel afgehandeld door de zorgverzekeraar? (vr27; N=2247)	1,57%	4,23*	1,35%	3,68
Waren de regels van de zorgverzekeraar voor het vergoed krijgen van dit hulpmiddel duidelijk? (vr28; N=2278)	2,87%	4,16*	2,80%	4,04*
Algemeen oordeel zorgverzekeraar voor dienstverlening verkrijgen hulpmiddel (vr29; N=2218)	3,10%	6,83**	2,90%	6,62*

ICC = intra-klasse correlatie

* p<0,05; ** p<0,01

Uit de multilevel analyses over de ervaringen van verzekerden met het verkrijgen van hulpmiddelen blijkt dat deze ervaringen op een viertal aspecten significant verschilden tussen zorgverzekeraars. Na correctie voor de samenstelling van de verzekerdenpopulatie waren de verschillen nog significant op drie aspecten: 1) ervaringen met het verkrijgen van hulpmiddelen; 2) duidelijkheid over regels van zorgverzekeraar over vergoed krijgen van hulpmiddel; en 3) algemeen oordeel over zorgverzekeraars voor de dienstverlening bij het verkrijgen van een hulpmiddel. De verschillen tussen zorgverzekeraars zijn het grootst voor het algemene oordeel (ICC=2,9%). Daarnaast werden er redelijke verschillen

gevonden voor de snelle afhandeling van de aanvraag door de zorgverzekeraar (ICC=1,4%, Chi-square >3,0).

Ervaringen met de zorgverzekeraar

Tabel 4.5 geeft de resultaten van de multilevel analyses voor de ervaringen van verzekerden met de zorgverzekeraar zelf weer. Het blijkt dat de ervaringen op het merendeel van de aspecten significant verschilden tussen de zorgverzekeraars. Dit geldt zowel voor de ongecorrigeerde als voor de gecorrigeerde gegevens. De verschillen tussen zorgverzekeraars waren het grootst voor de vragen “Werd u binnen 15 minuten geholpen bij het kantoor van uw zorgverzekeraar” (ICC=15,9%), “Problemen met uitstel van medische zorg tijdens wachten op toestemming zorgverzekeraar” (ICC=12,5%) en “Afhandeling e-mails” (ICC=12,3%). Echter, weinig respondenten hadden ervaring met deze aspecten van de dienstverlening (N<650).

Kijken we naar de Chi-square, dan waren de verschillen het meest significant voor de volgende aspecten: algemeen oordeel zorgverzekeraar, aanbevelen zorgverzekeraar bij vrienden/familie, telefonische bereikbaarheid van klantenservice, krijgen van de benodigde hulp van klantenservice, bejegening medewerkers zorgverzekeraars en afhandeling rekeningen.

Tabel 4.5 Multilevel analyses voor de ervaringen met de zorgverzekeraar

	ongecorrigeerde gegevens		gecorrigeerde gegevens	
	ICC	χ^2 (1 df)	ICC	χ^2 (1 df)
Informatievoorziening zorgverzekeraar (vr36,vr38,vr39,vr41; N=6672)	2,02%	9,27**	1,98%	9,21**
Bejegening door medewerkers zorgverzekeraars (vr69 t/m vr74; N=2828)	8,37%	10,80**	7,59%	10,49**
Afhandeling rekeningen (vr64,vr64; N=5135)	4,11%	10,46**	4,07%	10,45**
Afhandeling e-mails (vr49,vr50; N=614)	12,29%	7,09**	12,29%	7,10**
Is het een probleem geweest om de schriftelijke informatie over de polisvoorwaarden te begrijpen? (vr41; N=6798)	1,87%	9,07**	1,81%	8,95**
Is het een probleem geweest om het kantoor van uw zorgverzekeraar te bereiken? (vr43; N=632)	0,28%	0,08	0,04%	0,00
Als u bij het kantoor van uw zorgverzekeraar langs ging, werd u dan binnen 15 minuten geholpen? (vr44; N=632)	18,23%	6,84**	15,93%	6,46*
Is het een probleem geweest om de klantenservice overdag tussen 9.00 en 17.00uur telefonisch te bereiken? (vr46; N=2920)	10,06%	11,25***	9,99%	11,07***
Als u belde met de klantenservice, kreeg u dan de informatie of hulp die u nodig had? (vr47; N=2923)	8,63%	10,91***	8,42%	10,86***
Heeft het wachten op toestemming van uw zorgverzekeraar geleid tot uitstel van medisch zorg? (vr52; N=764)	2,21%	0,63	0,92%	0,13

- tabel 4.5 wordt vervolgd -

- vervolg tabel 4.5 -

	ongecorrigeerde gegevens		gecorrigeerde gegevens	
	ICC	χ^2 (1 df)	ICC	χ^2 (1 df)
Is het uitstel van medische zorg tijdens het wachten op toestemming van uw zorgverzekeraar een probleem geweest? (vr53; N=116)	9,30%	1,18	12,53%	1,80
Wist u van tevoren of uw zorgverzekeraar een contract had met zorgverlener? (vr55; N=509)	0,36%	0,04	0,25%	0,02
Is het een probleem geweest dat de zorgverlener die u wilde bezoeken, geen contract heeft met u zorgverzekeraar? (vr56; N=506)	0,00%	0,00	0,00%	0,00
Is het een probleem geweest om een klacht of probleem in te dienen bij uw zorgverzekeraar? (vr58; N=843)	6,21%	5,71*	6,28%	5,74*
Is het een probleem geweest om formulieren voor uw zorgverzekeraar in te vullen? (vr61; N=1848)	1,87%	4,02*	1,48%	3,24
Was het van tevoren duidelijk hoeveel u zou moeten (bij)betalen? (vr67; N=4725)	2,87%	9,29**	3,14%	9,60**
Gaven medewerkers van uw zorgverzekeraar u tegenstrijdige informatie? (vr75; N=2808)	2,22%	6,33*	2,24%	6,36*
Zou u uw zorgverzekeraar bij vrienden/familie aanbevelen? (vr76; N=8293)	5,29%	11,99***	5,46%	12,03***
Algemeen oordeel zorgverzekeraar (vr77; N=8366)	6,54%	12,29***	6,60%	12,29***

ICC = intra-klasse correlatie

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

4.2.2 Invloed van de steekproefgrootte

Met behulp van de multilevel analyses is ook de ‘reliability’ op zorgverzekeraarniveau bepaald als maat voor het betrouwbaar kunnen schatten van verschillen. De reliability hangt af van het aantal vragen in een schaal als ook het aantal respondenten (Sixma et al, 2008b). In het algemeen wordt een reliability tussen 0,70-0,80 beschouwd als betrouwbare grens voor het vaststellen van significante verschillen tussen organisaties, in dit geval zorgverzekeraars. Belangrijk om hierbij op te merken is dat de reliability maat die hier wordt beschreven niet is te vergelijken met de betrouwbaarheid van een schaal die wordt vastgesteld met Cronbach’s alfa. In tabel 4.6 en 4.7 staan de gemiddelde reliabiliteits voor de schalen en losse vragen nadat gecorrigeerd is voor de samenstelling van de verzekerdenpopulatie.

Daarnaast is bekeken hoeveel verzekerden per zorgverzekeraar in de toekomst nodig zijn om op betrouwbare wijze verschillen tussen zorgverzekeraars te kunnen vaststellen. Het gaat hierbij om het benodigde aantal ingevulde vragenlijsten om *statistisch significante* verschillen tussen zorgverzekeraars te meten. Deze verschillen zijn niet per definitie relevant te noemen. De variantie tussen instellingen (de ICC) moet voor deze analyses in

principe significant kunnen worden geschat. Hoe lager de ICC, hoe meer respondenten nodig zijn per zorgverzekeraar. We zijn uitgegaan van een minimale reliability van 0,80.

Ervaringen met de zorg

De gemiddelde reliabilities voor het algemene oordeel over huisartsen en specialisten waren beide nul (zie tabel 4.6). Het was dan ook niet mogelijk om te berekenen hoeveel respondenten nodig zijn om verschillen tussen zorgverzekeraars op deze gebieden waar te nemen.

Voor de ervaringen met de fysiotherapie varieerde de reliability sterk van 0,00 – 0,96 (zie tabel 4.6). De gemiddelde reliability was alleen groter dan 0,70 voor de vraag “had uw fysiotherapeut een contract met uw zorgverzekeraar”. Dit was ook het enige aspect waarbij de ICC significant van nul verschilde. De reliability was daarnaast redelijk (0,68) voor de aspecten “wist u van tevoren of uw zorgverzekeraar een contract had met de fysiotherapeut?” en “Overlegde uw fysiotherapeut de verschillende behandelmogelijkheden met u?”. Voor deze drie aspecten zijn 125 respondenten voldoende om de verschillen tussen zorgverzekeraars betrouwbaar te kunnen meten. Voor de overige aspecten over fysiotherapie zijn 200 of meer ingevulde vragenlijsten nodig.

Tabel 4.6 Reliability en minimum aantal benodigde respondenten bij ervaringen met de zorg

schaal/item	gemiddelde reliability	minimum aantal verzekerden per verzekeraar nodig om een gemiddelde reliability van x te halen, gegeven de gevonden ICC		
		x = 0,7	x = 0,8*	x = 0,9
Huisarts:				
Algemeen oordeel huisarts (N=6660)	0,00	-	-	-
Specialist:				
Algemeen oordeel specialist (N=4224)	0,00	-	-	-
Fysiotherapie:				
Ervaringen met fysiotherapie (N=2145)	0,19	1000	>1000	>1000
Ervaringen rond de verwijzing naar fysiotherapeut (vr10; N=1571)	0,33	300	500	>1000
Heeft uw fysiotherapeut u goed geïnformeerd over de duur van de behandelperiode? (vr11; N=2303)	0,00	-	-	-
Hing er een prijslijst in de praktijk? (vr12; N=1193)	0,00	-	-	-
Heeft uw fysiotherapeut met u overlegd over de verschillende behandelmogelijkheden? (vr13; N=1788)	0,68	75	125	300
Kon u meebeslissen over uw behandeling? (vr14; N=2292)	0,18	1000	>1000	>1000
Heeft uw fysiotherapeut u voldoende geïnformeerd over de vergoeding van de behandeling door uw zorgverzekeraar? (vr15;N=1566)	0,00	-	-	-

- tabel 4.6 wordt vervolgd -

- vervolg tabel 4.6 -

schaal/item	gemiddelde reliability	minimum aantal verzekerden per verzekeraar nodig om een gemiddelde reliability van x te halen, gegeven de gevonden ICC		
		x = 0,7	x = 0,8*	x = 0,9
Had uw fysiotherapeut een contract met uw zorgverzekeraar? (vr16; N=1265)	0,96	<10	10	20
Is het een probleem geweest dat de fysiotherapeut die u wilde bezoeken geen contract heeft met uw zorgverzekeraar? (vr17; N=135)	0,10	125	200	400
Wist u van tevoren of uw zorgverzekeraar een contract had met de fysiotherapeut? (vr18; N=1228)	0,68	50	100	200
Was het van tevoren duidelijk hoeveel u zou moeten bijbetalen? (vr20; N=273)	0,00	-	-	-
Algemeen oordeel fysiotherapeut (N=2316)	0,13	>1000	>1000	>1000
Hulpmiddelen:				
Ervaringen met verkrijgen hulpmiddelen (N=2257)	0,58	150	250	1000
Was het van tevoren duidelijk hoeveel u zou moeten bijbetalen? (vr 25; N=1251)	0,45	125	250	500
Als u terugkijkt naar het hele proces van het krijgen van het hulpmiddel, moest u dan vaak dingen zelf regelen? (vr26; N=2296)	0,21	1000	>1000	>1000
Werden de verschillende stappen in de aanvraag van uw hulpmiddel snel afgehandeld door de zorgverzekeraar? (vr27; N=2247)	0,52	200	300	1000
Waren de regels van de zorgverzekeraar voor het vergoed krijgen van dit hulpmiddel duidelijk? (vr28; N=2278)	0,85	40	75	125
Algemeen oordeel zorgverzekeraar voor dienstverlening verkrijgen hulpmiddel (vr29; N=2218)	0,69	100	150	400

* bij de waarden die vetgedrukt staan zijn er statistisch significante verschillen tussen zorgverzekeraars gevonden (χ^2 toets)

Als het gaat om de ervaringen met het verkrijgen van een hulpmiddel varieerde de gemiddelde reliability tussen 0,21-0,85. De gemiddelde reliability was redelijk tot goed voor de aspecten duidelijkheid regels voor vergoed krijgen hulpmiddel en algemeen oordeel over zorgverzekeraar voor dienstverlening bij verkrijgen van hulpmiddel. Voor deze twee aspecten zijn maximaal 150 respondenten nodig om verschillen tussen zorgverzekeraars te kunnen meten. Voor de overige aspecten zijn 250 respondenten of meer nodig.

Ervaringen met de zorgverzekeraar

In tabel 4.7 staan de resultaten voor de ervaringen met de zorgverzekeraar zelf. De gemiddelde reliability varieerde sterk van 0,00 – 0,95. Voor vragen en schalen waar

significante verschillen tussen verzekeraars werden gevonden (ICC was significant) was de reliability met 0,65 – 0,95 redelijk tot goed. Om op deze aspecten verschillen tussen zorgverzekeraars betrouwbaar te kunnen meten, zijn 25 (Werd u binnen 15 minuten geholpen bij het zorgkantoor) tot 250 (Begrijpelijkheid polisvoorwaarden) respondenten per zorgverzekeraar nodig. Voor de andere aspecten zijn 250 of meer respondenten nodig.

Tabel 4.7 Reliability en minimum aantal benodigde respondenten bij ervaringen met de zorgverzekeraar

schaal/item	gemiddelde reliability	minimum aantal verzekerden per verzekeraar nodig om een gemiddelde reliability van x te halen, gegeven de gevonden ICC		
		x = 0,7	x = 0,8*	x = 0,9
Informatievoorziening van de zorgverzekeraar (N=6672)	0,82	125	200	500
Bejegening medewerkers zorgverzekeraars (N=2828)	0,88	30	50	125
Afhandeling van rekeningen (N=5135)	0,88	75	100	250
Afhandeling van e-mails (N=614)	0,72	20	30	75
Is het een probleem geweest om de schriftelijke informatie over de polisvoorwaarden te begrijpen? (vr41; N=6798)	0,81	150	250	500
Is het een probleem geweest om het kantoor van uw zorgverzekeraar te bereiken? (vr43; N=632)	0,01	>1000	>1000	>1000
Als u bij het kantoor van uw zorgverzekeraar langs ging, werd u dan binnen 15 minuten geholpen? (vr44; N=632)	0,69	15	25	50
Is het een probleem geweest om de klantenservice overdag tussen 9.00 en 17.00 uur telefonisch te bereiken? (vr46; N=2920)	0,91	25	40	100
Als u belde met de klantenservice, kreeg u dan de informatie of hulp die u nodig had? (vr47; N=2923)	0,90	30	50	100
Heeft het wachten op toestemming van uw zorgverzekeraar geleid tot uitstel van medisch zorg? (vr52; N=764)	0,41	100	200	400
Is het uitstel van medische zorg tijdens het wachten op toestemming van uw zorgverzekeraar een probleem geweest? (vr53; N=116)	0,36	20	30	75
Wist u van tevoren of uw zorgverzekeraar een contract had met zorgverlener? (vr55; N=509)	0,07	1000	>1000	>1000
Is het een probleem geweest dat de zorgverlener die u wilde bezoeken, geen contract heeft met uw zorgverzekeraar? (vr56; N=506)	0,00	-	-	-
Is het een probleem geweest om een klacht of probleem in te dienen bij uw zorgverzekeraar? (vr58; N=843)	0,65	40	75	150

- tabel 4.7 wordt vervolgd -

- vervolg tabel 4.7 -

schaal/tem	gemiddelde reliability	minimum aantal verzekerden per verzekeraar nodig om een gemiddelde reliability van x te halen, gegeven de gevonden ICC		
		x = 0,7	x = 0,8*	x = 0,9
Is het een probleem geweest om formulieren voor uw zorgverzekeraar in te vullen? (vr61; N=1848)	0,48	200	300	1000
Was het van tevoren duidelijk hoeveel u zou moeten (bij)betalen? (vr67; N=4725)	0,84	75	125	300
Gaven medewerkers van uw zorgverzekeraar u tegenstrijdige informatie? (vr75; N=2808)	0,68	125	200	400
Zou u uw zorgverzekeraar bij vrienden/familie aanbevelen? (vr76; N=8293)	0,94	50	75	200
Algemeen oordeel zorgverzekeraar (N=8366)	0,95	40	75	150

* bij de waarden die vetgedrukt staan zijn er statistisch significante verschillen tussen zorgverzekeraars

4.3 Kwaliteitsaspecten op www.kiesBeter.nl

Zoals gezegd is op www.kiesBeter.nl beperkt ruimte beschikbaar voor het presenteren van kwaliteitsinformatie over de zorgverzekeraars. Er kunnen maximaal 13 aspecten getoond worden op de website, zeven over de zorgverzekeraar en zes over de zorg. Op basis van de volgende criteria hebben we een eerste selectie van kwaliteitsaspecten gemaakt:

- 1 De aspecten dienen zoveel mogelijk overeen te komen met voorgaande jaren. Dit om vergelijkingen over de jaren mogelijk te maken en omdat consumenten mogelijk moeten wennen aan informatie voordat ze het gaan gebruiken (Damman et al., in voorbereiding).
- 2 De aspecten dienen zoveel mogelijk verschillen tussen de zorgverzekeraars te laten zien. De informatie op www.kiesBeter.nl is bedoeld als keuze-informatie. Als alle zorgverzekeraars gelijk scoren op de kwaliteitsaspecten, dan valt er weinig te kiezen. Dit zou betekenen dat kan worden volstaan met het vermelden dat alle zorgverzekeraars even goed of even slecht presteren op de verschillende kwaliteitsaspecten. Schalen en vragen waarbij de Chi-square $\geq 3,0$ en de ICC $\geq 1,0\%$ waren, hebben we in eerste instantie geselecteerd voor presentatie op www.kiesBeter.nl.

Bovenstaande criteria leidde tot de selectie van 21 kwaliteitsaspecten: 2 aspecten over de ervaringen met fysiotherapie, 4 aspecten over de ervaringen met het verkrijgen van een hulpmiddel en 15 aspecten over ervaringen met de zorgverzekeraar. Deze selectie met bijbehorende achtergrondinformatie hebben we voorgelegd aan de belanghebbende partijen. Dit waren alle deelnemende zorgverzekeraars, Stichting Miletus, [kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl), Ministerie van VWS, NZa, NPCF, CKZ en de Consumentenbond. Wat betreft de ervaringen met de fysiotherapie is besloten om beide aspecten die aan de criteria voldeden te presenteren. Bij de ervaringen met het verkrijgen van een hulpmiddel is

gekozen voor het algemene oordeel en twee losse vragen. De schaal over de ervaringen met de hulpmiddelen wordt niet gepresenteerd, omdat deze schaal teveel overlap vertoont met de twee losse vragen. Wat betreft de ervaringen met de dienstverlening van de zorgverzekeraar zelf is besloten om dezelfde aspecten als voorgaande jaren te presenteren op www.kiesBeter.nl. Deze aspecten lieten de meeste verschillen zien tussen zorgverzekeraars en deze aspecten zijn bovendien toentertijd geselecteerd omdat de verzekerden het meeste belang aan deze aspecten hechtten (Hendriks et al., 2005). Het enige verschil met voorgaande jaren is dat de schaal Informatievoorziening uit één extra vraag bestaat.

Dit betekent dat de volgende 12 aspecten in 2009 gepresenteerd worden op www.kiesBeter.nl:

Fysiotherapie

- Contract fysiotherapeut-zorgverzekeraar (vr16)
- Duidelijkheid over contract (vr18)

Hulpmiddelen

- Snelle afhandeling aanvraag hulpmiddel (vr27)
- Duidelijkheid vergoeding hulpmiddel (vr28)
- Algemeen oordeel zorgverzekeraar dienstverlening hulpmiddelen (vr29)

Zorgverzekeraar

- Telefonische bereikbaarheid klantenservice (vr46)
- Krijgen van benodigde telefonische hulp klantenservice (vr47)
- Bejegening door medewerkers zorgverzekeraar (vr69 t/m vr74)
- Afhandeling van rekeningen (vr63, vr64)
- Duidelijkheid over het (bij)betalen voor de zorg (67)
- Informatievoorziening van de zorgverzekeraar (vr36, vr38, vr39, vr41)
- Algemeen oordeel zorgverzekeraar (vr77) (zowel het cijfer en sterreninformatie)

5 Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraar

In dit hoofdstuk geven we de ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraar in 2008/2009 weer. Hierbij kijken we zowel naar de ervaringen voor alle respondenten gezamenlijk (onafhankelijk van zorgverzekeraar) als naar de verschillen tussen zorgverzekeraars. We richten ons in het hoofdstuk met name op de 12 aspecten die worden gepresenteerd op www.kiesBeter.nl (zie paragraaf 4.3).

5.1 Ervaringen van de verzekerden voor alle zorgverzekeraars gezamenlijk

Het huidige onderzoek beoogt de ervaringen van verzekerden met de 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 5.1 tot en met 5.4). Naast de aspecten die op www.kiesBeter.nl zullen komen besteden we, evenals in voorgaande jaren, aandacht aan de aspecten ‘algemeen oordeel huisarts’, ‘algemeen oordeel specialist’, ‘ervaren problemen bij het ontvangen van niet-gecontracteerde zorg’ en ‘ervaren problemen bij uitstel van zorg tijdens wachten op toestemming van de zorgverzekeraar’. Op de laatste twee aspecten worden ieder jaar door een substantiële groep problemen gerapporteerd. Het is dan ook van belang om voor deze aspecten de ervaringen op landelijk niveau te blijven monitoren over de jaren. Voor de volledigheid wordt ook het ‘algemeen oordeel van de fysiotherapeut’ weergegeven. In Bijlage 4 worden het gemiddelde en de percentages gegeven antwoorden voor alle vragen uit de vragenlijst weergegeven.

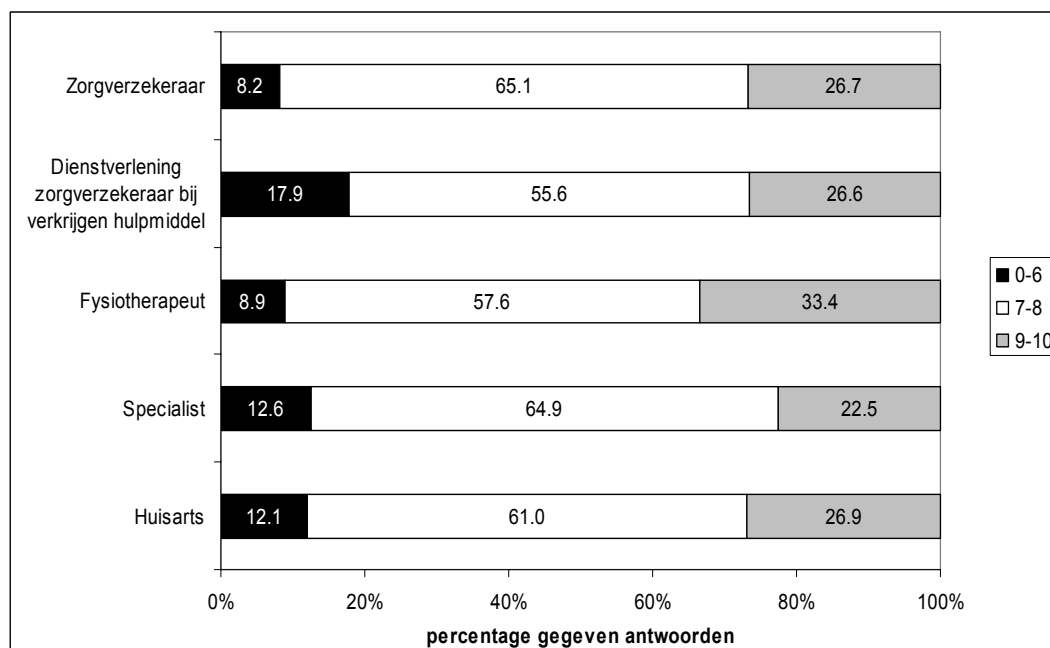
5.1.1 Ervaringen met de zorg

Uit figuur 5.1 blijkt dat verzekerden over het algemeen tevreden waren over de zorg die ze hebben ontvangen van de huisarts ($M=7,8$; $SD=1,42$) en de specialist die ze het afgelopen jaar hebben bezocht ($M=7,7$; $SD=1,38$).

Respondenten die afgelopen jaar een fysiotherapeut hebben bezocht waren tevreden over de zorg die ze hebben ontvangen van de fysiotherapeut ($M=8,1$; $SD=1,31$). Verder gaf het merendeel van de respondenten aan dat de fysiotherapeut die ze hebben bezocht een contract had met hun huidige zorgverzekeraar (zie figuur 5.2). Ruim de helft van de verzekerden gaf aan dit ook van tevoren te weten.

Uit figuur 5.1 blijkt dat verzekerden die afgelopen jaar een hulpmiddel hebben gekregen over het algemeen tevreden waren over de dienstverlening van de zorgverzekeraar bij het krijgen van dit hulpmiddel ($M=7,6$; $SD=1,78$).

Figuur 5.1 Algemene oordelen variërend van 0 (heel erg slecht) tot 10 (uitstekend)



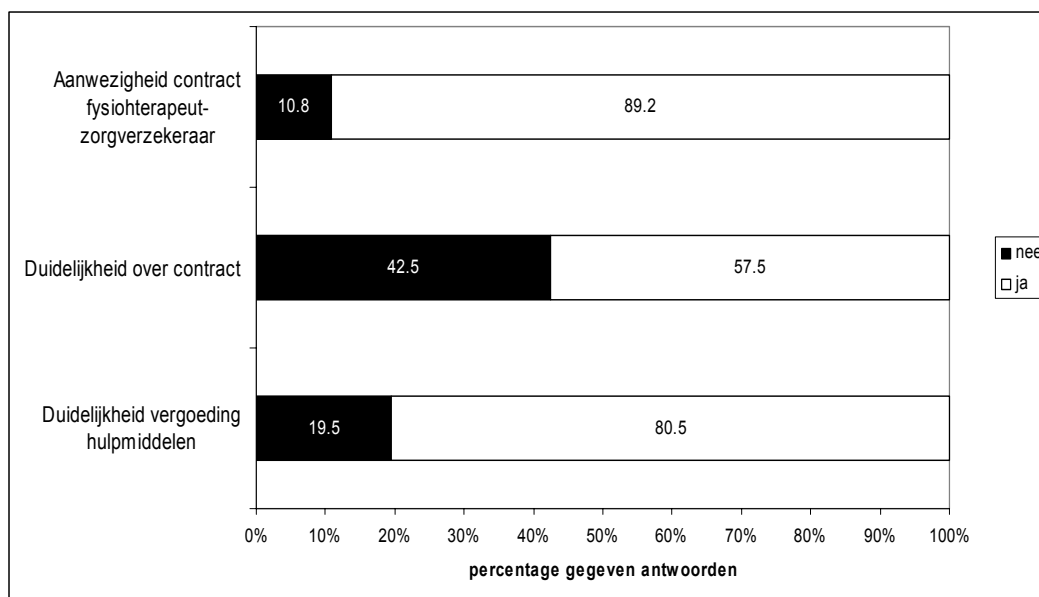
Een ruime meerderheid van de respondenten gaf aan dat de regels voor het vergoed krijgen van hulpmiddelen duidelijk waren (figuur 5.2). Ook hadden respondenten positieve ervaringen met de snelheid waarmee een aanvraag van een hulpmiddel door de verzekeraar werd afgehandeld: ruim de helft van de respondenten is van mening dat dit proces altijd snel werd afgehandeld en een kwart van de respondenten heeft aangegeven dat dit proces meestal snel werd afgehandeld (zie figuur 5.3).

5.1.2 Ervaringen met de zorgverzekeraar

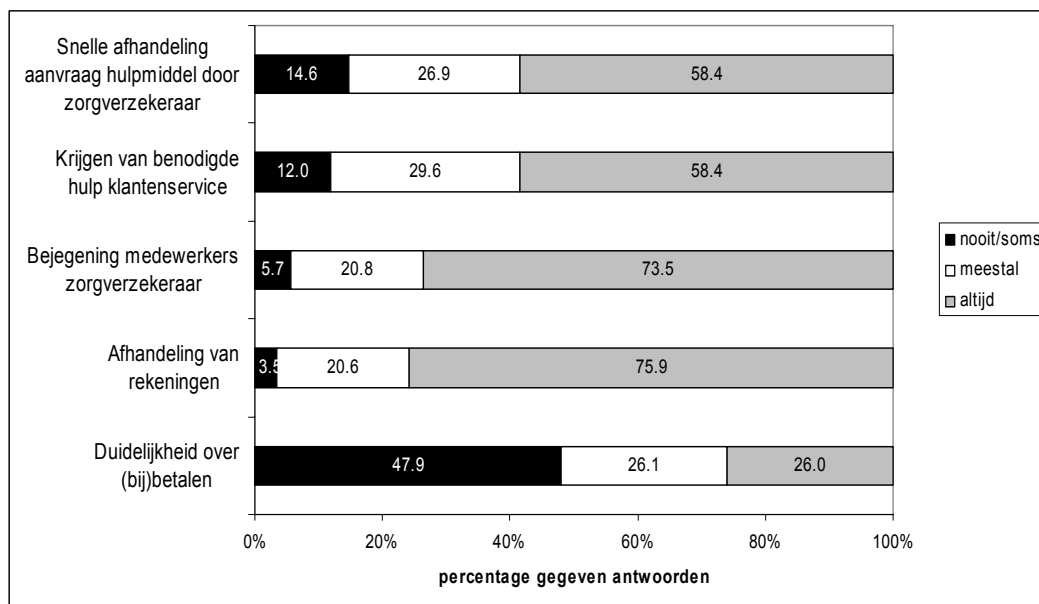
Naast de zorg gaven de meeste verzekerden ook de zorgverzekeraar een ruime voldoende ($M=7,9$, $SD=1,25$) (zie figuur 5.1). Het gemiddelde cijfer per zorgverzekeraar varieert van een 7,4 tot een 8,8.

Ongeveer driekwart van de verzekerden vindt dat ze altijd vriendelijk en met aandacht werden benaderd door medewerkers van de zorgverzekeraar (figuur 5.3). Een driekwart van de verzekerden is ook van mening dat rekeningen altijd correct en snel werden afgehandeld. Iets meer dan de helft van de respondenten gaf aan altijd de benodigde telefonische hulp te krijgen van de klantenservice en ongeveer een derde van de respondenten gaf aan deze hulp meestal te krijgen. Duidelijkheid vooraf over bijbetaling wordt - evenals in 2005 t/m 2008 - minder positief gewaardeerd: voor ongeveer de helft van de respondenten was nooit of soms duidelijk hoeveel moest worden bijbetaald voor zorg waar gebruik van werd gemaakt.

Figuur 5.2 Aanwezigheid en duidelijkheid over contract fysiotherapeut-zorgverzekeraar en duidelijkheid over vergoeding hulpmiddel



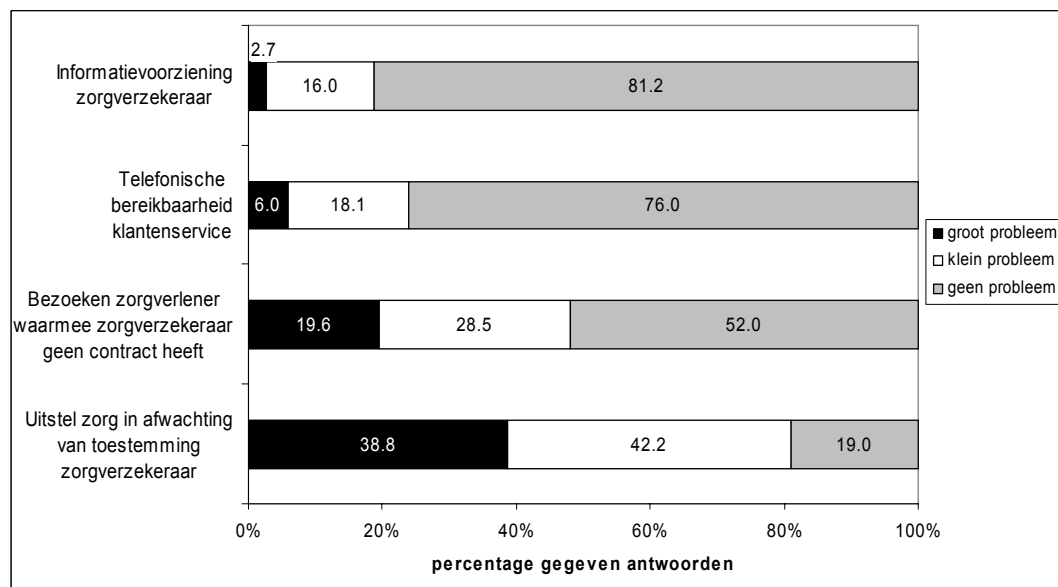
Figuur 5.3 Frequentie waarmee dienstverlening van zorgverzekeraar voldoet aan kwaliteitseisen



Uit figuur 5.4 blijkt dat de meerderheid van de verzekerden geen problemen had om informatie over de zorgverzekeraar te vinden en te begrijpen. Het telefonisch bereiken van de klantenservice van de zorgverzekeraar werd door een minderheid van de respondenten die heeft gebeld met de klantenservice als een probleem ervaren.

Van de kleine groep verzekerden (N=116) die uitstel van zorg heeft ervaren door het wachten op toestemming van de zorgverzekeraar, ervoer 42,2% dit als klein probleem en 38,8% dit als groot probleem. 506 mensen wilden het afgelopen jaar een zorgverlener bezoeken waarmee de zorgverzekeraar geen contract had. Het krijgen van deze zorg heeft bij ongeveer de helft van deze mensen tot kleine dan wel grote problemen geleid. Bij deze laatste twee aspecten valt op dat het om kleine aantallen respondenten gaat. Dit wil zeggen dat weinig mensen hier ervaring mee hebben gehad. De mensen die hier wel ervaring mee hebben gehad, ondervinden wel moeilijkheden.

Figuur 5.4 Ervaren problemen met de dienstverlening van zorgverzekeraars



5.2 Verschillen in ervaringen tussen zorgverzekeraars

Voor de resultaten op www.kiesBeter.nl werden de zorgverzekeraars in drie groepen ingedeeld: benedengemiddeld (*), gemiddeld (**) en bovengemiddeld (***; zie tabel 5.1). Dit is gedaan op basis van de resultaten van de multilevel regressie-analyses. Een zorgverzekeraar wordt ingedeeld in de laagste (*) of hoogste categorie (***), indien het vergelijkingsinterval rondom 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 op te merken dat verschillen tussen zorgverzekeraars in de sterren niet overeenkomen hoeven te komen met de resultaten uit de eerder beschreven Chi-kwadraat toets (zie paragraaf 4.2.1). Dit komt doordat het twee verschillende toetsen zijn. Zo kan het zijn dat de Chi-kwadraat toets laat zien dat er significante verschillen zijn tussen zorgverzekeraars, maar dat toch alle zorgverzekeraars gemiddeld scoren en dus twee sterren krijgen. In tabel 5.1 is de sterrenindeling van dit jaar te zien. De zorgverzekeraars met één ster presteren significant slechter 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. 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.

Tabel 5.1 Sterrenverdeling zorgverzekeraars per variabele in 2008/2009

aspect	2008/2009		
	*	**	***
Ervaringen met de zorg:			
contract fysiotherapeut-zorgverzekeraar (a)	3	20	3
duidelijkheid over contract fysiotherapeut-zorgverzekeraar (a)	2	23	1
snelle afhandeling aanvraag hulpmiddel	1	23	3
duidelijkheid vergoeding hulpmiddel	3	22	2
algemeen oordeel zorgverzekeraar voor dienstverlening verkrijgen hulpmiddel	3	19	5
Ervaringen met de zorgverzekeraar:			
informatievoorziening van de zorgverzekeraar	7	12	8
afhandeling van rekeningen	8	10	9
bejegening medewerkers zorgverzekeraars	8	11	8
telefonische bereikbaarheid klantenservice	10	6	11
krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice	8	10	9
duidelijkheid over (bij)betalen voor de zorg	10	10	7
algemeen oordeel zorgverzekeraar	10	9	8

^a voor één verzekeraar is bij dit aspect de sterrenindeling niet weergegeven, gezien de kleine groep respondenten (N<20)

Tabel 5.1 laat zien dat de meerderheid van de zorgverzekeraars gemiddeld scoren op aspecten die te maken hebben met ervaringen met de zorg. Toch zijn er ook een paar zorgverzekeraars die boven- of benedengemiddeld scoren als het gaat om fysiotherapie en het verkrijgen van hulpmiddelen. De meeste verschillen tussen zorgverzekeraars worden gevonden bij het algemeen oordeel van de zorgverzekeraar voor de dienstverlening bij het krijgen van een hulpmiddel.

Wat betreft de ervaringen met de zorgverzekeraar zijn er meer verschillen te zien tussen zorgverzekeraars; de spreiding tussen de drie groepen is groter. Er bestaan vooral verschillen tussen zorgverzekeraars bij de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice en het algemeen oordeel van de zorgverzekeraar.

In bijlage 2 worden de resultaten op alle aspecten op meer detailniveau weergegeven. 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 5.1 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.

5.3 Verschillen in ervaringen van verzekerden in de jaren 2008/2009 en 2007/2008

Globaal komen de resultaten van alle zorgverzekeraars samen overeen met die van vorig jaar. Verzekerden zijn over het algemeen ook dit jaar vrij positief in hun oordeel over de zorgverzekeraar. Hetzelfde verbeterpunt als vorig jaar komt naar voren: de duidelijkheid over de mate waarin bijbetaald moet worden voor de zorg. Het percentage verzekerden wat hier negatieve ervaringen mee heeft is dit jaar bovendien gestegen met 6,2%. Ook de ervaringen van verzekerden met het uitstel van zorg in afwachting op toestemming van de zorgverzekeraar lijken dit jaar te zijn verslechterd. Het aantal verzekerden dat hier grote problemen mee ervoer is gestegen met 12,7%.

Als we kijken naar de gemiddelde scores zien we dat voor het krijgen van de benodigde hulp van de klantenservice en de afhandeling van rekeningen deze scores min of meer gelijk zijn over de jaren (zie tabel 5.2). Wat betreft de informatievoorziening, de bejegening van medewerkers en de telefonische bereikbaarheid zijn de gemiddelde scores van dit jaar iets hoger dan vorig jaar. De gemiddelde score over de duidelijkheid over het (bij)betalen voor de zorg is dit jaar lager.

Tabel 5.2 Het aantal waarnemingen waarop de resultaten zijn gebaseerd en de gemiddelde scores van zorgverzekeraars gezamenlijk in 2009 en 2008

	jaar	totale N	gemiddelde
Informatievoorziening van de zorgverzekeraar	2009	6672	2,81
	2008	1709	2,72
Afhandeling rekeningen	2009	5135	3,70
	2008	4432	3,68
Bejegening door medewerkers van de zorgverzekeraar	2009	2828	3,65
	2008	2216	3,59
Telefonische bereikbaarheid klantenservice	2009	2920	2,67
	2008	2379	2,61
Krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice	2009	2923	3,42
	2008	2392	3,40
Duidelijkheid over het (bij)betalen van de zorg	2009	4725	2,51
	2008	3639	2,65
Algemeen oordeel zorgverzekeraar	2009	8366	7,86
	2008	6999	7,75

In tabel 5.3 zijn de verschillen tussen van dit jaar en vorig jaar te zien. Wanneer we de indeling in drie groepen zorgverzekeraars van dit jaar vergelijken met die van vorig jaar, lijkt op het eerste gezicht dat zorgverzekeraars dit jaar meer verschillen dan vorig jaar. Dit kan echter een vertekend beeld zijn. Het aantal waarnemingen waarop de resultaten van dit jaar zijn gebaseerd, is groter dan vorig jaar, waardoor verschillen sneller statistisch significant zijn (zie tabel 5.2).

Tabel 5.3 Driesterrenindeling van zorgverzekeraars en de laagst en hoogst scorende zorgverzekeraars in 2009 en 2008

	jaar	* N (%)	** N (%)	*** N (%)	laagst en hoogst gemiddelde score verzekeraars
Informatievoorziening van de zorgverzekeraar	2009	7 (26)	12 (44)	8 (30)	2,72 - 2,90
	2008	3 (9)	27 (84)	2 (6)	2,64 - 2,81
Afhandeling rekeningen	2009	8 (30)	10 (37)	9 (33)	3,51 - 3,86
	2008	8 (25)	18 (56)	6 (19)	3,54 - 3,88
Bejegening door medewerkers van de zorgverzekeraar	2009	8 (30)	11 (41)	8 (30)	3,38 - 3,87
	2008	6 (19)	20 (63)	6 (19)	3,35 - 3,79
Telefonische bereikbaarheid klantenservice	2009	10 (37)	6 (22)	11 (41)	2,29 - 2,97
	2008	10 (31)	12 (38)	10 (31)	2,27 - 2,94
Krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice	2009	8 (30)	10 (37)	9 (33)	2,95 - 3,82
	2008	8 (25)	17 (53)	7 (22)	3,11 - 3,80
Duidelijkheid over het (bij)betalen van de zorg	2009	10 (37)	10 (37)	7 (26)	2,22 - 2,87
	2008	6 (19)	19 (59)	7 (22)	2,28 - 3,05
Algemeen oordeel zorgverzekeraar	2009	10 (37)	9 (33)	8 (30)	7,38 - 8,78
	2008	12 (38)	11 (34)	9 (28)	7,40 - 8,69

Wat betreft de ervaringen met de zorg is dit jaar gevraagd naar de ervaringen van verzekerden met fysiotherapie en het verkrijgen van hulpmiddelen. Dit in tegenstelling tot vorig jaar waar is gevraagd naar ervaringen met de ambulante zorg. De resultaten van vorig jaar lieten geen verschillen zien tussen zorgverzekeraars: op één aspect na scoorden alle zorgverzekeraars gemiddeld (twee sterren). De resultaten van dit jaar laten wel enkele verschillen tussen zorgverzekeraars zien.

6 Algemene samenvatting en discussie

6.1 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 basis- of aanvullende verzekering 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 prominenter 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 2008/2009 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 zijn naast de sterren ook de percentages gegeven antwoorden gepresenteerd (zie bijlage 2).

6.2 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 1.000 verzekerden te verstrekken. Naar deze verzekerden werd de CQI Zorg en Zorgverzekering gestuurd over hun ervaringen met de zorg en hun zorgverzekeraar in het afgelopen jaar. Aspecten waar verzekerden dit jaar naar is gevraagd zijn het algemeen oordeel van de huisarts en de specialist en - meer uitgebreid - de ervaringen met fysiotherapie, het verkrijgen van hulpmiddelen en de dienstverlening van de zorgverzekeraar.

Uiteindelijk bekeken we de antwoorden van 8.460 respondenten van 27 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 van zorgverzekeraars en 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 6.3.

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 6.4. In bijlage 2 worden de sterrenindeling en de percentages gegeven antwoorden gepresenteerd.

6.3 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 2008/2009. Zowel de huisarts, de specialist, de fysiotherapeut en de zorgverzekeraar krijgen gemiddeld een ruime voldoende als waarderingscijfer. Kijken we gedetailleerder naar de ervaringen van verzekerden met fysiotherapie, dan blijkt dat een groot deel van de respondenten een fysiotherapeut heeft bezocht die een contract heeft met hun huidige zorgverzekeraar. Iets meer dan de helft van deze mensen wist dit van tevoren. Over de afhandeling van een aanvraag voor een hulpmiddel en de duidelijkheid over de vergoeding van een hulpmiddel door de zorgverzekeraar zijn verzekerden in het algemeen ook positief.

Wat betreft de ervaringen met de dienstverlening van de zorgverzekeraar blijkt dat de verzekerden positieve ervaringen hebben met de bejegening van medewerkers, de afhandeling van rekeningen en de informatievoorziening. Ook heeft het merendeel van de verzekerden positieve ervaringen met het krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice. De bereikbaarheid van de klantenservice wordt door een minderheid van de respondenten als problematisch ervaren. Van de verzekerden waarbij de medische zorg is uitgesteld door het wachten op toestemming van de zorgverzekeraar ervaart de meerderheid dit als problematisch. Ook ervaren mensen problemen met het krijgen van niet-gecontracteerde zorg. Ten slotte bestaat er bij mensen vooraf vaak onduidelijkheid over de mate waarin bijbetaald moet worden voor medische zorg. Deze laatstgenoemde punten zijn blijvende aandachtspunten, die ook in de voorgaande jaren al als verbeterpunten naar voren kwamen (Hendriks et al., 2005; Damman et al., 2006a; De Boer et al., 2007; Reitsma-van Rooijen et al., 2008). Het zou interessant zijn te onderzoeken wat zorgverzekeraars al hebben gedaan of kunnen doen om deze aandachtspunten aan te pakken en hoe (snel) zich dit vertaalt in betere scores op de vragenlijst.

6.4 Ervaren verschillen in kwaliteit tussen zorgverzekeraars

Er bestaan enkele verschillen tussen de ervaringen van verzekerden van verschillende zorgverzekeraars als wordt gekeken naar fysiotherapie en het verkrijgen van hulpmiddelen. Hoewel de meeste zorgverzekeraars gemiddeld presteren op aspecten die gaan over fysiotherapie of het verkrijgen van hulpmiddelen zijn er enkele zorgverzekeraars die boven- of benedengemiddeld presteren. Zorgverzekeraars

verschillen het meest op het algemeen oordeel van de zorgverzekeraar voor de dienstverlening bij het verkrijgen van een hulpmiddel.

Kijken we naar de ervaringen van verzekerden met de dienstverlening van de zorgverzekeraar, dan blijkt dat er meer verschillen zitten tussen verzekerden van verschillende zorgverzekeraars. De meeste verschillen zijn te zien bij de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice en het algemeen oordeel van de zorgverzekeraar.

6.5 Een vergelijking tussen de jaren 2008/2009 en 2007/2008

Een eerste globale vergelijking laat zien dat de huidige resultaten grotendeels overeenkomen met die van vorig jaar, als het gaat om de resultaten van alle zorgverzekeraars gezamenlijk. Verzekerden rapporteren ook dit jaar positieve ervaringen met de dienstverlening van zorgverzekeraars. Evenals vorig jaar is het respondenten echter vaak vooraf niet duidelijk in welke mate er bijbetaald moet worden voor zorg. De onduidelijkheid hierover is dit jaar zelfs toegenomen. Een mogelijke verklaring voor deze toename zou te maken kunnen hebben met het hanteren van een verplicht eigen risico door zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2008. Het verplicht eigen risico is een vastgesteld bedrag dat verzekerden zelf moeten betalen wanneer zij gebruik maken van medische zorg. Wellicht heeft de invoering van het verplicht eigen risico tot meer verwarring geleid bij verzekerden over bijbetaling voor de zorg.

Ook met het uitstel van zorg in afwachting van toestemming van de zorgverzekeraar ervaren verzekerden dit jaar meer problemen dan vorig jaar. Het aantal mensen dat hier problemen mee ervaart is ongeveer gelijk gebleven, maar opvallend is dat een veel grotere groep ‘grote’ in plaats van ‘kleine’ problemen rapporteert. Een mogelijke verklaring hiervoor is niet voorhanden.

Het krijgen van niet-gecontracteerde zorg leidt net als vorig jaar ook tot problemen. Verder zijn verzekerden dit jaar ongeveer even positief over het afhandelen van rekeningen en het krijgen van de benodigde hulp van de klantenservice als vorig jaar. Over de ervaringen met de informatievoorziening, het telefonisch bereiken van de klantenservice, de bejegening van medewerkers en het algemeen oordeel van de zorgverzekeraar zijn verzekerden iets positiever dan vorig jaar.

Als we de sterrenindeling van dit jaar vergelijken met vorig jaar, vinden we dit jaar meer verschillen tussen zorgverzekeraars wat betreft de dienstverlening dan vorig jaar. Relatief meer zorgverzekeraars hebben dit jaar 1 of 3 sterren toebedeeld gekregen. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat het aantal waarnemingen per zorgverzekeraar waarop de sterren zijn gebaseerd dit jaar groter is dan vorig jaar. Het huidige onderzoek heeft daardoor een grotere power, wat kan resulteren in het eerder significant zijn van verschillen tussen zorgverzekeraars. Dat er dit jaar meer zorgverzekeraars 1 of 3 sterren toebedeeld hebben gekregen in vergelijking met vorig jaar, is dus waarschijnlijk te verklaren doordat verschillen tussen zorgverzekeraars beter in kaart konden worden gebracht en niet door het feit dat er daadwerkelijk meer verschillen tussen zorgverzekeraars bestaan.

In tegenstelling tot vorig jaar zijn er dit jaar enkele verschillen tussen zorgverzekeraars te zien in ervaringen van verzekerden met de zorg, meer specifiek in ervaringen met fysiotherapie en het verkrijgen van hulpmiddelen. Verderop in de discussie komen we hierop terug.

6.6 Keuze-informatie 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 een sterrenindeling. Met behulp van de gepresenteerde informatie kunnen mensen bepalen welke zorgverzekeraar het beste past bij hun wensen en behoeften.

Het is belangrijk om te onderzoeken hoe mensen tot hun keuze voor een zorgverzekeraar komen. Volgens Hesselink et al. (2009) zijn er vier typen kiezers te onderscheiden: de ongemotiveerde kiezer, de onmachtige kiezer, de raadvragende kiezer en de zelfstandige kiezer. De keuze-informatie op www.kiesBeter.nl is wellicht voor de zelfstandige kiezer en de raadvragende kiezer een geschikte informatiebron bij de keuze voor een zorgverzekeraar.

Onderzoek van Van der Maat en De Jong (2008) laat zien dat internet veruit de meest gebruikte informatiebron is bij het zoeken naar een passende zorgverzekering. Uit het onderzoek van Hesselink et al. (2009) blijkt echter dat mensen meer gebruik maken van bijvoorbeeld folders en polisvoorwaarden en nauwelijks van internet bij de keuze voor een zorgverzekeraar. Van de mensen die een kijkje namen op de keuzesite Zorgverzekeringen op www.kiesBeter.nl, heeft slechts 10% naar de kwaliteit van de service van de zorgverzekeraars gekeken (Van der Hijden, 2007).

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 niet de voornaamste reden te zijn om over te stappen. De voornaamste reden voor consumenten om eind 2008 over te stappen van zorgverzekeraar was namelijk de hoogte van de premie voor de totale polis (basis- en aanvullende verzekering) (Vos en De Jong, 2009). 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). Het is mogelijk dat mensen in de toekomst meer op kwaliteit gaan kiezen, wanneer zorgverzekeraars meer zullen gaan concurreren op de kwaliteit van gecontracteerde zorg. Er wordt echter ook voorspeld dat de premieverschillen de komende tijd alleen maar zullen toenemen (Douven en Schut, 2006; Smit en Mokveld, 2006). Daarom zal de premie een belangrijke rol blijven spelen voor consumenten bij de keuze voor een zorgverzekeraar.

Om consumenten in staat te stellen te kunnen kiezen voor een zorgverzekeraar, moet de keuze-informatie aansluiten bij de wensen en behoeften van mensen. Uit recent onderzoek van Damman et al. (2008) blijkt echter dat mensen de hoeveelheid informatie over servicescores voor zorgverzekeraars op www.kiesBeter.nl over het algemeen veel vinden. Tegelijkertijd hadden de meeste mensen behoefte aan aanvullende informatie. De vraag speelt dan ook hoe keuze-informatie voor consumenten het beste gepresenteerd kan worden op internet. Volgens Damman et al. (in voorbereiding) zijn er een aantal effectieve methoden om keuze-informatie aan te bieden om consumenten te ondersteunen in hun keuze. Het gebruik van een driesterrenindeling, het weergeven van aanbieders (of zorgverzekeraars) in een alfabetische volgorde en het aanbieden van samenvattende informatie met de mogelijkheid gedetailleerde informatie via doorklikmogelijkheden op te zoeken behoren tot deze effectieve methoden.

Naast het feit dat consumenten in staat moeten worden gesteld om te kunnen kiezen door keuze-informatie op een effectieve wijze te presenteren, moeten consumenten ook 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). In 2006, het jaar van de invoering van de Zorgverzekeringswet, is ongeveer één vijfde (20%) van de verzekerden overgestapt naar een andere zorgverzekeraar (De Jong et al., 2006; Smit en Mokveld, 2006). In de jaren daarop stapten beduidend minder verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar; 5% in 2007 (De Jong en Groenewegen, 2007) en 4% in 2008 (De Jong, 2008). In 2009 ligt het percentage overstappers rond de 3% (Vos en De Jong, 2009). Het percentage overstappers is, na een piek in het eerste jaar van het nieuwe stelsel, nu dus lager dan in het oude verzekeringsstelsel (Vos en De Jong, 2009).

Voor deze daling van het aantal overstapper zijn een aantal mogelijke verklaringen. Ten eerste zou het kunnen dat zorgverzekeringen en zorgverzekeraars voor consumenten een minder belangrijk thema zijn geworden. Het wel of niet wisselen van zorgverzekeraar is wellicht minder gaan leven onder consumenten. Ten tweede kunnen mensen barrières voelen om te wisselen van zorgverzekeraar. Uit onderzoek blijkt namelijk dat 18% van de verzekerden het teveel moeite vindt om naar een andere zorgverzekeraar te zoeken (Vos en De Jong, 2009). Onderzoek van Hendriks et al. (in press) laat zien dat van 166 (1%) mensen die zeggen te willen wisselen van zorgverzekeraar, er uiteindelijk 52 (31%) daadwerkelijk zijn gewisseld. Een derde mogelijke verklaring die hierbij aansluit is het feit dat een grote hoeveelheid keuze-informatie over zorgverzekeraars consumenten 'keuzemoe' 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 diensgevolge verzekerd blijven bij dezelfde zorgverzekeraar. Tenslotte wisselen verzekerden mogelijk niet van zorgverzekeraar omdat zij tevreden zijn over hun zorgverzekeraar. Dit onderzoek en de onderzoeken uit de voorgaande jaren met de CQI Zorg en Zorgverzekering laten zien dat verzekerden positieve ervaringen hebben met zorgverzekeringen (Hendriks et al., 2005; Damman et al., 2006a; De Boer et al., 2007; Reitsma-van Rooijen et al., 2008). Onderzoek van Vos en De Jong (2009) laat zien dat tevredenheid over de dekking van de totale polis de voornaamste reden is om bij een zorgverzekeraar te blijven. De service van de zorgverzekeraar wordt ook als belangrijke

reden genoemd om te blijven bij de zorgverzekeraar. Vanuit het perspectief van de zorgverzekeraars kan dan de vraag worden gesteld waarom ze nog zouden investeren in het verder verbeteren van hun dienstverlening. Immers, wat is de reden voor zorgverzekeraars om nog beter te gaan presteren als hun verzekerden toch al tevreden zijn. De angst voor reputatieschade en het mogelijk verlies van klanten kunnen mogelijke drijfveren zijn voor verzekeraars om hun service te blijven verbeteren (Fung et al., 2008).

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. Collectiviteiten kunnen door het aantal verzekerden dat zij vertegenwoordigen, de concurrentie tussen zorgverzekeraars stimuleren (Van der Maat en De Jong, 2009). Daarnaast zouden collectiviteiten door het onderhandelen met zorgverzekeraars over bijvoorbeeld premie en kwaliteit, invloed kunnen uitoefenen op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg (Van der Maat en De Jong, 2009). Veel collectiviteiten hebben in het eerste jaar dat de Zorgverzekeringswet in werking trad (2006) een collectief contract afgesloten met een looptijd van drie jaar. Daardoor hebben veel collectiviteiten voor het aanbod van 2009 opnieuw de mogelijkheid gehad om te onderhandelen met zorgverzekeraars. Grote verschuivingen door het wisselen van collectiviteiten van zorgverzekeraar zijn echter uitgebleven (Van der Maat en De Jong, 2009). Het regelmatig wisselen van zorgverzekeraar door collectiviteiten is echter niet noodzakelijk. De dreiging van het verlies van een groot aantal verzekerden blijft namelijk ook zonder daadwerkelijk te wisselen bestaan en deze dreiging is mogelijk voldoende om de concurrentie tussen zorgverzekeraars op de premie van de verzekering en de kwaliteit van zorg te stimuleren (Van der Maat en De Jong, 2009).

6.7 Toekomstig gebruik van de vragenlijst

Elk jaar kunnen consumenten weer bepalen of ze willen wisselen van zorgverzekeraar. 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 dienstverlening aan te passen aan de wensen en behoeften van hun verzekerden. Zo kunnen zorgverzekeraars de vragenlijst 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. Een systematische vergelijking over meerdere jaren zoals in de studie van Hendriks et al. (2009) brengt het effect van het hervormde verzekeringsstelsel en vraagsturing mooi in kaart. In dit onderzoek werd gevonden dat in het algemeen zorgverzekeraars volgens hun verzekerden beter zijn gaan presteren over de jaren. Daarnaast zijn zorgverzekeraars naar elkaar toegegroeid. Zorgverzekeraars die in 2005 benedengemiddeld presteerden, zijn meer vooruit gegaan dan zorgverzekeraars die toen gemiddeld of bovengemiddeld presteerden. Dit suggereert dat verzekeraars die benedengemiddeld presteren extra inspanningen leveren om hun achterstand in te lopen.

Uit de eerdere metingen met de CQI Zorg en Zorgverzekering zijn een aantal aandachtspunten naar voren gekomen, die hebben geleid tot wijzigingen in de huidige vragenlijst en de huidige methodiek van het onderzoek. Het moment van dataverzameling was één van deze aandachtspunten. Door metingen halverwege het jaar plaats te laten vinden, zijn er vóór het einde van het jaar actuele gegevens beschikbaar op www.kiesBeter.nl. Consumenten beschikken dan over de meest actuele gegevens, wanneer zij moeten besluiten of zij naar een andere zorgverzekeraar overstappen of niet. Een nadeel is echter dat de resultaten geen betrekking op een bepaald kalenderjaar, maar op oude en nieuwe polisvoorwaarden. Er wordt in de CQI Zorg en Zorgverzekering namelijk gevraagd naar de ervaringen van verzekeren in de afgelopen 12 maanden. Door te meten in januari, zou dit probleem ondervangen kunnen worden. De belanghebbende partijen vonden de actualiteit van gegevens het belangrijkste en daarom heeft ook in het huidige onderzoek de dataverzameling in de zomer plaatsgevonden. Om diezelfde reden is besloten om ervaringen van verzekerden met de zorg en zorgverzekeraar jaarlijks te blijven meten.

De metingen uit voorgaande jaren met de CQI Zorg en Zorgverzekering hebben ook laten zien dat er weinig verschillen zitten tussen zorgverzekeraars als het gaat om ervaringen van verzekerden met de zorg. Om die redenen is in het huidige onderzoek, naast het algemeen oordeel van de huisarts en medisch specialist, gevraagd naar de ervaringen met fysiotherapie en het verkrijgen van hulpmiddelen. Als naar deze aspecten wordt gevraagd, blijkt dat er wel enkele verschillen bestaan tussen ervaringen van verzekerden van verschillende zorgverzekeraars. Het vragen naar meer specifieke zorg lijkt dus te resulteren in iets meer differentiatie tussen zorgverzekeraars dan wanneer wordt gevraagd naar algemene ambulante zorg. Bovendien hebben voldoende mensen ervaring met fysiotherapie en het krijgen van een hulpmiddel om de gegevens adequaat te kunnen analyseren. Toekomstig onderzoek zal uit moeten wijzen of de differentiatie tussen zorgverzekeraars bij fysiotherapie en het verkrijgen van hulpmiddelen blijft bestaan.

De teruglopende respons was tenslotte een ander belangrijk aandachtspunt en een zorgelijke ontwikkeling. De netto respons was in het eerste jaar 45% en is in de jaren daarop steeds meer teruggelopen tot 31% in 2008. Wellicht leeft het thema zorgverzekeringen en zorgverzekeraars de laatste jaren wat minder onder consumenten. Een lage respons kan er echter voor zorgen dat verschillen tussen zorgverzekeraars minder snel significant zijn. Ook kan een lage respons voor problemen zorgen wat betreft de representativiteit van de resultaten. Dit jaar zijn daarom een aantal maatregelen genomen waarmee is geprobeerd de teruglopende respons een halt toe te roepen. Zo is de vragenlijst verkort en is de begeleidende brief opgesteld in naam van de zorgverzekeraar en niet meer in naam van het NIVEL. Verder is er gebruik gemaakt van een mixed mode dataverzameling: de vragenlijst kon zowel via internet als schriftelijk worden ingevuld. Tenslotte zijn er dit jaar 1.000 verzekerden per verzekeraar aangeschreven in plaats van 750.

Zijn deze maatregelen nu succesvol gebleken? Het netto responspercentage van dit jaar is 32%; 1% hoger dan vorig jaar. De trend van een teruglopende respons heeft zich dit jaar dus niet doorgezet, hoewel het responspercentage nog steeds lager is dan in de jaren 2005 t/m 2007. Verder heeft ongeveer 40% van de respondenten de vragenlijst via internet

ingevuld. Het gebruik van internet lijkt dus aan te slaan. Het probleem van de oververtegenwoordiging van vrouwen en ouderen is er echter niet mee opgelost. Het aanschrijven van verzekerden vanuit de zorgverzekeraar in plaats van het NIVEL blijkt niet veel verschil te maken. Tenslotte heeft het verhogen van het aantal aangeschreven verzekerden per zorgverzekeraar er wel toe bijgedragen dat verschillen tussen zorgverzekeraars beter in kaart kunnen worden gebracht, omdat er nu meer waarnemingen zijn waarop de analyses zijn gebaseerd.

6.8 Tot slot

Kiezen op kwaliteit staat centraal in ons nieuwe zorgstelsel. In 2009 is 3% van de Nederlanders overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. De belangrijkste reden om over te stappen betrof de hoogte van de premie voor de totale zorgverzekering (Vos en De Jong, 2009). Drie jaar na de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet lijkt de verzekerdenmobiliteit zich te stabiliseren. Om te kunnen kiezen voor een zorgverzekeraar moeten consumenten hiertoe in staat worden gesteld. Dit kan alleen als verschillen tussen zorgverzekeraars zorgvuldig in kaart wordt gebracht en consumenten gefaciliteerd worden om vergelijkingsinformatie makkelijk te vinden en te gebruiken. Herhaalmetingen zoals het huidige onderzoek alsmede publicatie van informatie op bijvoorbeeld op www.kiesBeter.nl zijn hierbij essentieel. Of een consument dan wil kiezen of niet, is aan de consument zelf.

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. *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, 2006a
- Damman OC, Hendriks M, Spreeuwenberg P, Rademakers J. *Gebruikswaarde van de CQ-index (deelrapport 3): presentatiewijze van CQ-index informatie aan consumenten*. Utrecht: NIVEL, 2006b
- 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, Delnoij DMJ. *Keuze-informatie op basis van patiëntervaringen: aanbevelingen en dilemma's*. (in voorbereiding)
- 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, Pratap S, Wentz R et al. Methods to increase response rates to postal questionnaires. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007; MR000008
- Fung CH, Lim Y, Mattke S, Damberg C, Shekell, PG. Systematic review: The evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med*, 2008; 148:111-3
- 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
- Hendriks M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Delnoij DMJ. Dutch healthcare reform: did it result in performance improvement of health plans? A comparison of consumer experiences over time. *BMC Health Serv Res*, 2009; 9:167
- Hendriks M, Jong JD de, Brink-Muinen A van den, Groenewegen PP. The intention to switch health insurer and actual switching behaviour: are there differences between groups of people? *Health Expect* (in press)
- Hesselink, BAM, Henneman, L, Timmermans, DRM. Kiezen voor een zorgverzekering: kwalitatief onderzoek naar het keuzeprocess van zorgconsumenten. *TSG*, 2009; 87:312-7
- 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, 2006
- Jong J de, Groenewegen P. *Percentage overstappers van zorgverzekeraars valt terug: collectivisering zet door*. Utrecht: NIVEL, 2007

- Kaiser, HF. The application of electronic computers to factor analysis. *Educ. Psychol. Meas.*, 1960; 20: 141-51
- 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
- Maat M van der, Jong J de. *De rol van collectiviteiten in het zorgstelsel*. Utrecht: NIVEL, 2009
- 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
- Reitsma-van Rooijen M, Boer D de, Hendriks M, Hoek L van der, Rademakers J, Delnoij DMJ. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en zorgverzekeraars: CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2008*. Utrecht: NIVEL, 2008
- Schee E van der, Friele R, Delnoij DMJ. *Weinig mensen veranderen van ziekenfonds*. Utrecht: NIVEL, 2005
- Schwartz B. *The paradox of choice: why more is less*. New York: HarperCollins Publishers, 2004
- Sixma H, Hendriks M, Boer D de, Delnoij D. *Handboek CQI metingen, versie 2.0*. Utrecht: NIVEL, 2008a
- Sixma H, Hendriks M, Boer D de, Delnoij D. *Handboek CQI Ontwikkeling, versie 2.0*. Utrecht: NIVEL, 2008b
- 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
- Vos L, Jong J de. *Percentage overstappers van zorgverzekeraars 3%. Ouderen wisselen nauwelijks van zorgverzekeraar*. Utrecht: NIVEL, 2009
- 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 respons rates to the Consumer Assessment of Health Plans Study Survey. *Med Care*, 2002; 40:485-9
- Zuidgeest, M, Boer D de, Hendriks, M, Rademakers, J. Verschillende dataverzamelmethode in CQI onderzoek: een overzicht van de respons en representativiteit van respondenten. *TSG*, 2008; 86:455-62



CQ-index vragenlijst

Ervaringen met de zorg en met zorgverzekeraars

Versie 2009

Het basisonwerp 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 dienstverlening van uw zorgverzekeraar en met de zorg. Wij hopen dat u de vragenlijst wilt invullen. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 tot 20 minuten. Het is belangrijk dat de juiste persoon de vragenlijst invult. Wij vragen de persoon aan wie de begeleidende brief gericht is om de vragen zelf te beantwoorden en de vragenlijst niet door te geven aan iemand anders. U mag wel hulp vragen bij het invullen van de vragenlijst, bijvoorbeeld door iemand de vragen voor te laten lezen of te laten uitleggen.

Wilt u niet meedoen aan het onderzoek? Kruis dan dit vakje aan en stuur de vragenlijst terug in de antwoordenvelop (een postzegel is niet nodig). Wij noteren dan dat u niet meedoet aan het onderzoek en sturen u geen herinneringen.

U ziet op de voorpagina van deze vragenlijst een nummer staan. Dit nummer wordt alleen gebruikt om te kijken of u uw vragenlijst heeft teruggestuurd zodat we u geen herinneringen hoeven te sturen. Na afloop van het onderzoek worden uw persoonlijke gegevens vernietigd. De resultaten worden anoniem verwerkt. Uw zorgverzekeraar krijgt uw persoonlijke antwoorden niet te zien. U kunt dus vrijuit uw mening geven.

Heeft u vragen, dan kunt u op alle werkdagen tussen 10.00-16.00 uur bellen met het NIVEL, telefoonnummer (030) 2729841. Ook kunt u een e-mail sturen naar cqizorgverzekering@nivel.nl. Wilt u het nummer dat op de voorpagina van deze vragenlijst staat hierbij vermelden?

Instructies voor het invullen van de 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 handje 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

OVER UZELF

Allereerst een aantal vragen over **uzelf**.

1. Wat is uw leeftijd?

- ☐ 18 t/m 24 jaar
- ☐ 25 t/m 34 jaar
- ☐ 35 t/m 44 jaar
- ☐ 45 t/m 54 jaar
- ☐ 55 t/m 64 jaar
- ☐ 65 t/m 74 jaar
- ☐ 75 jaar of ouder

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

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

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

- ☐ Geen opleiding (lager onderwijs: niet afgemaakt)
- ☐ Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- ☐ Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)
- ☐ Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)
- ☐ Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)
- ☐ Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)
- ☐ Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)
- ☐ Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- ☐ Anders, namelijk:
(a.u.b. in blokletters)

UW ERVARINGEN MET DE GEZONDHEIDSZORG

In dit deel van de 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.

4. Bent u in de afgelopen 12 maanden bij uw huisarts geweest?

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

5. Welk cijfer geeft u uw huisarts? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- ☐ 0 *heel erg slechte huisarts*
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 *uitstekende 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** heeft 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?

- ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 8*
- ☐ Ja

7. We willen graag weten wat u vindt van de specialist die u het vaakst zag in de afgelopen 12 maanden. Welk cijfer geeft u uw specialist? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- ☐ 0 *heel erg slechte specialist*
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 *uitstekende specialist*

Uw fysiotherapeut

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

8. Bent u in de afgelopen 12 maanden voor behandelingen bij een fysiotherapeut geweest?
- ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 22*
 - ☐ Ja
9. Bent u naar de fysiotherapeut verwezen door een arts? (bijv. huisarts, specialist)
- ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 11*
 - ☐ Ja
10. Heeft u een probleem ervaren rond de verwijzing?
- ☐ Een groot probleem
 - ☐ Een klein probleem
 - ☐ Geen probleem
11. Heeft uw fysiotherapeut u goed geïnformeerd over de duur van de behandelperiode?
- ☐ Nee
 - ☐ Ja

12. Hing er een prijslijst in de praktijk?

- ☐ Nee
- ☐ Ja
- ☐ Weet ik niet

13. Heeft uw fysiotherapeut met u overlegd over de verschillende behandelmogelijkheden?

- ☐ Nee, helemaal niet
- ☐ Een beetje
- ☐ Grotendeels
- ☐ Ja, helemaal
- ☐ Niet van toepassing voor mijn klachten

14. Kon u meebeslissen over uw behandeling?

- ☐ Nee
- ☐ Ja

15. Heeft uw fysiotherapeut u, wanneer u daarom vroeg, voldoende geïnformeerd over de vergoeding van de behandelingen door uw zorgverzekeraar?

- ☐ Nee
- ☐ Ja
- ☐ Niet van toepassing

16. Had uw fysiotherapeut een contract met uw zorgverzekeraar?

- ☐ Nee
- ☐ Ja → *indien ja: ga naar vraag 18*
- ☐ Weet ik niet → *indien u dit niet weet: ga naar vraag 19*

17. Is het een probleem geweest dat de fysiotherapeut die u wilde bezoeken, geen contract heeft met uw zorgverzekeraar?

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ Geen probleem

18. Wist u van tevoren of uw zorgverzekeraar een contract had met de fysiotherapeut?

- ☐ Nee
- ☐ Ja

19. Heeft u zelf moeten (bij)betalen voor de fysiotherapie?

- ☐ Nee → **indien nee: ga naar vraag 21**
- ☐ Ja
- ☐ Weet ik niet → **indien u dit niet weet: ga naar vraag 21**

20. Was het van tevoren duidelijk hoeveel u zou moeten (bij)betalen?

- ☐ Nee
- ☐ Ja
- ☐ Weet ik niet

21. Welk cijfer geeft u uw fysiotherapeut? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- ☐ 0 heel erg slechte fysiotherapeut
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 uitstekende fysiotherapeut

Hulpmiddelen

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met het krijgen van hulpmiddelen in de afgelopen 12 maanden.

22. Hieronder staat een lijst van hulpmiddelen. Welke van deze hulpmiddelen heeft u in de afgelopen 12 maanden geheel of gedeeltelijk vergoed gekregen van uw zorgverzekeraar? Kruis alstublieft geen hulpmiddelen aan die u via uw gemeente vergoed heeft verkregen. Als u meerdere hulpmiddelen vergoed heeft gekregen van uw zorgverzekeraar, kruis dan alleen het hulpmiddel aan dat u als laatste vergoed heeft gekregen.

- ☐ Ik heb geen hulpmiddelen geheel of gedeeltelijk vergoed gekregen van mijn zorgverzekeraar → **ga naar vraag 30**
- ☐ Verzorgingsmiddelen (bijvoorbeeld incontinentie- of stomamateriaal, spoelapparatuur, katheter, stompkous)

- ☐ Gebitsprothesen
- ☐ Orthesen en schoenvoorzieningen (bijvoorbeeld orthopedische beugel, orthopedisch schoeisel, stemprothese)
- ☐ Hulpmiddelen voor een slecht gehoor (bijvoorbeeld hoortoestel)
- ☐ Hulpmiddelen voor slechte ogen (bijvoorbeeld bril, lenzen, loep)
- ☐ Diabetes hulpmiddelen (bijvoorbeeld teststrips, lancetten)
- ☐ Aangepaste inrichting in huis wegens functiebeperking (bijvoorbeeld aangepaste bedden, tafels)
- ☐ Hulpmiddelen voor functieverlies van aderen en lymfevaten (bijvoorbeeld elastische kousen, aan-/ uittrek hulpen voor kousen)
- ☐ Hulpmiddelen voor ademhalingsproblemen (bijvoorbeeld zuurstofapparaat, vernevelaar)
- ☐ Hulpmiddelen voor vervanging van een ledemaat of lichaamsdeel (bijvoorbeeld arm- of beenprothese, borstprothese)
- ☐ Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering (bijvoorbeeld aangepaste computers / telefoons, alarminstallatie, daisyspeler)
- ☐ Hulpmiddelen voor beperkte mobiliteit (bijvoorbeeld krukken, rollator, trippelstoel)
- ☐ Hulpmiddelen voor voeding (bijvoorbeeld voedingspomp, sonde)
- ☐ Hulpmiddelen voor behandeling (bijvoorbeeld injectiespuit, infuuspomp)
- ☐ Anders, namelijk:
(a.u.b. in blokletters)

23. Moest u voor dit hulpmiddel een eigen bijdrage betalen?

- ☐ Nee → **indien nee: ga naar vraag 26**
- ☐ Ja
- ☐ Weet ik niet → **indien u dit niet weet: ga naar vraag 26**

24. Is het betalen van deze eigen bijdrage voor u een probleem (geweest)?

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ Geen probleem

25. Was het van tevoren duidelijk hoeveel u zou moeten (bij)betalen?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, was me verteld door de verzekeraar
- ☐ Ja, heb ik zelf opgezocht

26. Als u terugkijkt naar het hele proces van het krijgen van het hulpmiddel, moest u dan vaak zelf dingen regelen?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

27. Werden de verschillende stappen in de aanvraag van uw hulpmiddel snel afgehandeld door de zorgverzekeraar?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

28. Waren de regels van de zorgverzekeraar voor het vergoed krijgen van dit hulpmiddel voor u duidelijk?

- ☐ Nee
- ☐ Ja

29. Welk cijfer geeft u uw zorgverzekeraar voor de dienstverlening rondom het krijgen van dit hulpmiddel? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- ☐ 0 heel erg slechte dienstverlening
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 uitstekende dienstverlening

UW ERVARINGEN MET DE ZORGVERZEKERING

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

30. Bij welke zorgverzekeraar bent u verzekerd?

- ☐ Aegon Zorgverzekering
- ☐ Agis
- ☐ AnderZorg
- ☐ Avéro Achmea
- ☐ Azivo
- ☐ AZVZ
- ☐ Confior
- ☐ CZ
- ☐ De Amersfoortse
- ☐ De Friesland Zorgverzekeraar
- ☐ De Goudse
- ☐ Delta Lloyd
- ☐ DSW
- ☐ DVZ
- ☐ FBTO
- ☐ Fortis ASR
- ☐ Groene Land Achmea
- ☐ Interpolis
- ☐ IZA Zorgverzekeraar
- ☐ IZZ Zorgverzekeraar
- ☐ Lancyr
- ☐ Menzis
- ☐ OHRA
- ☐ ONVZ
- ☐ OZF Achmea
- ☐ PNO Ziektekosten
- ☐ Pro Life
- ☐ PWZ Achmea
- ☐ Salland
- ☐ SIZ
- ☐ Stad Holland Zorgverzekeraar
- ☐ Trias
- ☐ Univé
- ☐ VGZ
- ☐ VVAA
- ☐ Zilveren Kruis Achmea
- ☐ Zorg en Zekerheid
- ☐ Zorgverzekeraar UMC
- ☐ Anders, namelijk:
(a.u.b. in blokletters)

31. Hoe bent u verzekerd tegen ziektekosten?

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

32. Bent u individueel verzekerd of via een collectief?

- ☐ Individueel
- ☐ Collectief via werkgever
- ☐ Collectief via werkgever van mijn partner
- ☐ Collectief niet via werkgever

33. 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?

- ☐ Zorg in natura
- ☐ Restitutie
- ☐ Combinatie van zorg in natura en restitutie
- ☐ Weet ik niet

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

- ☐ Minder dan 1 jaar → **ga naar vraag 78**
- ☐ Tenminste 1 jaar maar minder dan 2 jaar
- ☐ Tenminste 2 jaar maar minder dan 5 jaar
- ☐ Tenminste 5 jaar maar minder dan 10 jaar
- ☐ 10 jaar of langer

35. Heeft u in de afgelopen 12 maanden schriftelijke informatie ontvangen van uw zorgverzekeraar?

- ☐ Nee → **indien nee: ga naar vraag 37**
- ☐ Ja

36. Is het een probleem geweest om deze informatie te begrijpen?

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ Geen probleem

37. Heeft u in de afgelopen 12 maanden zelf op de website van uw zorgverzekeraar gezocht naar informatie over uw zorgverzekering?

- ☐ Nee → **indien nee: ga naar vraag 40**
- ☐ Ja

38. Is het een probleem geweest om deze informatie te vinden?

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ Geen probleem

39. Is het een probleem geweest om deze informatie te begrijpen?

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ Geen probleem

40. Heeft u in de afgelopen 12 maanden schriftelijke informatie ontvangen van uw zorgverzekeraar over de polisvoorwaarden?

- ☐ Nee → **indien nee: ga naar vraag 42**
- ☐ Ja

41. Is het een probleem geweest om de schriftelijke informatie over de polisvoorwaarden te begrijpen?

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ Geen probleem

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

- ☐ Nee → **indien nee: ga naar vraag 45**
- ☐ Ja

43. Is het een probleem geweest om het kantoor van uw zorgverzekeraar te bereiken?

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ Geen probleem

44. Als u bij het kantoor van uw zorgverzekeraar langs ging, werd u dan binnen 15 minuten geholpen?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

45. Heeft u in de afgelopen 12 maanden overdag tussen 9.00 en 17.00 uur gebeld met de klantenservice van uw zorgverzekeraar om informatie of hulp te krijgen?

- ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 48*
- ☐ Ja

46. Is het een probleem geweest om de klantenservice overdag tussen 9.00 en 17.00 uur telefonisch te bereiken?

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ Geen probleem

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

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

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

- ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 51*
- ☐ Ja

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

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

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

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

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

- ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 54*
- ☐ Ja

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

- ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 54*
- ☐ Ja

53. Is het uitstel van medische zorg tijdens het wachten op toestemming van uw zorgverzekeraar een probleem geweest?

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ Geen probleem

54. Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om met alle hulpverleners (bijvoorbeeld artsen of fysiotherapeuten) contracten af te sluiten. Verzekerden die gebruik willen maken van een niet-gecontracteerde hulpverlener 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?

- ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 57*
- ☐ Ja
- ☐ Weet ik niet → *indien u dit niet weet: ga naar vraag 57*

55. Wist u van tevoren of uw zorgverzekeraar een contract had met de zorgverlener?

- ☐ Nee
- ☐ Ja

56. Is het een probleem geweest dat de zorgverlener die u wilde bezoeken, geen contract heeft met uw zorgverzekeraar?

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ Geen probleem

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

- ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 60*
- ☐ Ja

58. Is het een probleem geweest om een klacht of probleem in te dienen bij uw zorgverzekeraar?

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ Geen probleem

59. Is uw klacht of probleem naar tevredenheid opgelost?

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

60. Heeft u in de afgelopen 12 maanden formulieren moeten invullen voor uw zorgverzekeraar?

- ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 62*
- ☐ Ja

61. Is het een probleem geweest om formulieren voor uw zorgverzekeraar in te vullen?

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ Geen probleem

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

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

- ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 65*
- ☐ Ja
- ☐ Weet ik niet → *indien u dit niet weet: ga naar vraag 65*

63. Heeft uw zorgverzekeraar uw rekeningen binnen een redelijke termijn afgehandeld?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd
- ☐ Weet ik niet

64. Heeft uw zorgverzekeraar uw rekeningen correct afgehandeld?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd
- ☐ Weet ik niet

65. Heeft u in de afgelopen 12 maanden zelf moeten (bij)betalen voor zorg waarvan u gebruik heeft gemaakt?
- ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 68*
 - ☐ Ja
 - ☐ Weet ik niet → *indien u dit niet weet: ga naar vraag 68*
66. Is het betalen van deze eigen bijdrage voor u een probleem (geweest)?
- ☐ Een groot probleem
 - ☐ Een klein probleem
 - ☐ Geen probleem
67. Was het van tevoren duidelijk hoeveel u zou moeten (bij)betalen?
- ☐ Nooit
 - ☐ Soms
 - ☐ Meestal
 - ☐ Altijd
 - ☐ Weet ik niet
68. Heeft u in de afgelopen 12 maanden contact gehad (over de telefoon, in persoon) met medewerkers van uw zorgverzekeraar?
- ☐ Nee → *indien nee: ga naar vraag 76*
 - ☐ Ja
69. Waren de medewerkers van uw zorgverzekeraar beleefd tegen u?
- ☐ Nooit
 - ☐ Soms
 - ☐ Meestal
 - ☐ Altijd
70. Namen de medewerkers van uw zorgverzekeraar u serieus?
- ☐ Nooit
 - ☐ Soms
 - ☐ Meestal
 - ☐ Altijd

71. Vond u de medewerkers van uw zorgverzekeraar behulpzaam?
- ☐ Nooit
 - ☐ Soms
 - ☐ Meestal
 - ☐ Altijd
72. Luisterden medewerkers van uw zorgverzekeraar aandachtig naar u?
- ☐ Nooit
 - ☐ Soms
 - ☐ Meestal
 - ☐ Altijd
73. Legden medewerkers van uw zorgverzekeraar u dingen op een begrijpelijke manier uit?
- ☐ Nooit
 - ☐ Soms
 - ☐ Meestal
 - ☐ Altijd
74. Hadden medewerkers van uw zorgverzekeraar genoeg tijd voor u?
- ☐ Nooit
 - ☐ Soms
 - ☐ Meestal
 - ☐ Altijd
75. Gaven medewerkers van uw zorgverzekeraar u tegenstrijdige informatie?
- ☐ Nooit
 - ☐ Soms
 - ☐ Meestal
 - ☐ Altijd
76. Zou u uw zorgverzekeraar bij uw familie en vrienden aanbevelen?
- ☐ Beslist niet
 - ☐ Waarschijnlijk niet
 - ☐ Waarschijnlijk wel
 - ☐ Beslist wel

77. Welk cijfer geeft u uw zorgverzekeraar? Een 0 betekent: heel erg slecht. Een 10 betekent: uitstekend.

- ☐ 0 *heel erg slechte zorgverzekeraar*
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 *uitstekende zorgverzekeraar*

AANVULLENDE VRAGEN

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

78. Bent u een man of een vrouw?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

79. Wat zijn de vier cijfers van uw postcode?

--	--	--	--

80. Wat is het geboorteland van uzelf?

- ☐ Nederland
- ☐ Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- ☐ Suriname
- ☐ Marokko
- ☐ Turkije
- ☐ Duitsland
- ☐ Nederlandse Antillen
- ☐ Aruba
- ☐ Anders, namelijk:
(a.u.b. in blokletters)

81. Wat is het geboorteland van uw vader?

- ☐ Nederland
- ☐ Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- ☐ Suriname
- ☐ Marokko
- ☐ Turkije
- ☐ Duitsland
- ☐ Nederlandse Antillen
- ☐ Aruba
- ☐ Anders, namelijk:
(a.u.b. in blokletters)

82. Wat is het geboorteland van uw moeder?

- ☐ Nederland
- ☐ Indonesië/voormalig Nederlands-Indië
- ☐ Suriname
- ☐ Marokko
- ☐ Turkije
- ☐ Duitsland
- ☐ Nederlandse Antillen
- ☐ Aruba
- ☐ Anders, namelijk:
(a.u.b. in blokletters)

83. In welke taal praat u thuis het meeste?

- ☐ Nederlands
- ☐ Fries
- ☐ Nederlands dialect
- ☐ Indonesisch
- ☐ Sranan (Surinaams)
- ☐ Marokkaans-Arabisch
- ☐ Turks
- ☐ Duits
- ☐ Papiaments (Nederlandse Antillen)
- ☐ Anders, namelijk:
(a.u.b. in blokletters)

84. Kunt u aangeven wat het netto maandinkomen van uw huishouden is?

Het inkomen van het huishouden bestaat uit uw eigen inkomen plus dat van uw eventuele partner. We bedoelen het inkomen uit arbeid, uitkering en/of vermogen dat u per maand 'schoon' in handen krijgt (dat is na aftrek van belastingen en premies). Het inkomen van kinderen moet u alleen meetellen voor zover dit aan het huishouden wordt afgedragen (kostgeld). Vakantiegeld moet u niet mee rekenen. Indien u uw inkomen per jaar ontvangt, bijvoorbeeld als u zelfstandige bent, wilt u dan uw jaarinkomen door twaalf delen?

- ☐ minder dan 915 euro
- ☐ van 916 tot en met 1.135 euro
- ☐ van 1.136 tot en met 1.345 euro
- ☐ van 1.346 tot en met 1.745 euro
- ☐ van 1.746 tot en met 2.450 euro
- ☐ 2.451 euro en meer
- ☐ ik wil hierover geen informatie verstrekken

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

- ☐ Nee → *indien nee: u bent klaar met het invullen van de vragenlijst*
- ☐ Ja

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

- ☐ Heeft de vragen voorgelezen
- ☐ Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- ☐ Heeft de vragen in mijn plaats beantwoord
- ☐ Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- ☐ Heeft op een andere manier geholpen, namelijk:
(a.u.b. in blokletters)

- EINDE -

HARTELIJK BEDANKT VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST

Stuurt u de ingevulde vragenlijst a.u.b. terug in de bijgevoegde envelop (antwoordnummer in Deventer).
Een postzegel is niet nodig.

Bijlage 2 Consumenteninformatie over de prestaties van zorgverzekeraars

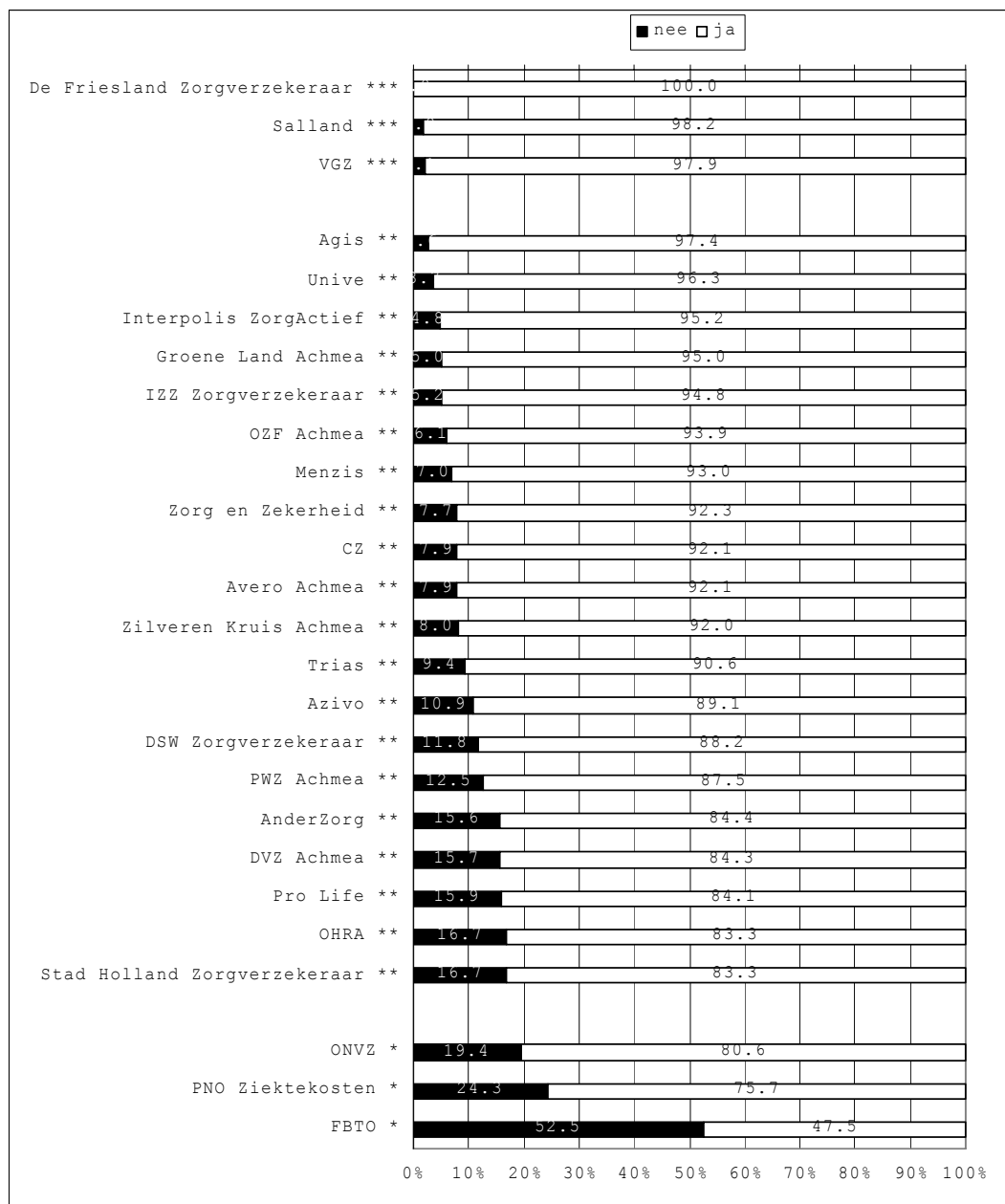
In deze bijlage worden de resultaten uit de multilevel analyses gepresenteerd (zie paragraaf 5.2) door een combinatie van sterren en percentages gegeven antwoorden. Op deze manier is keuze-informatie ontwikkeld voor consumenten. Voor elk serviceaspect wordt een figuur weergegeven. In de legenda staan 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 zorgverzekeraar¹. 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.

¹ Uit onderzoek van Damman et al. (in voorbereiding) blijkt dat keuze-informatie het beste aan consumenten kan worden gepresenteerd door aanbieders op alfabetische volgorde weer te geven. In deze bijlage wordt hiervan afgeweken, omdat de doelstelling van dit rapport is om verschillen tussen zorgverzekeraars in het algemeen duidelijk te maken. Het rapport is niet bedoeld voor de kiezende consument die op zoek is naar een specifieke zorgverzekeraar. Op www.kiesBeter.nl staan de zorgverzekeraars wel op alfabetische volgorde.

Aanwezigheid contract fysiotherapeut-zorgverzekeraar^a



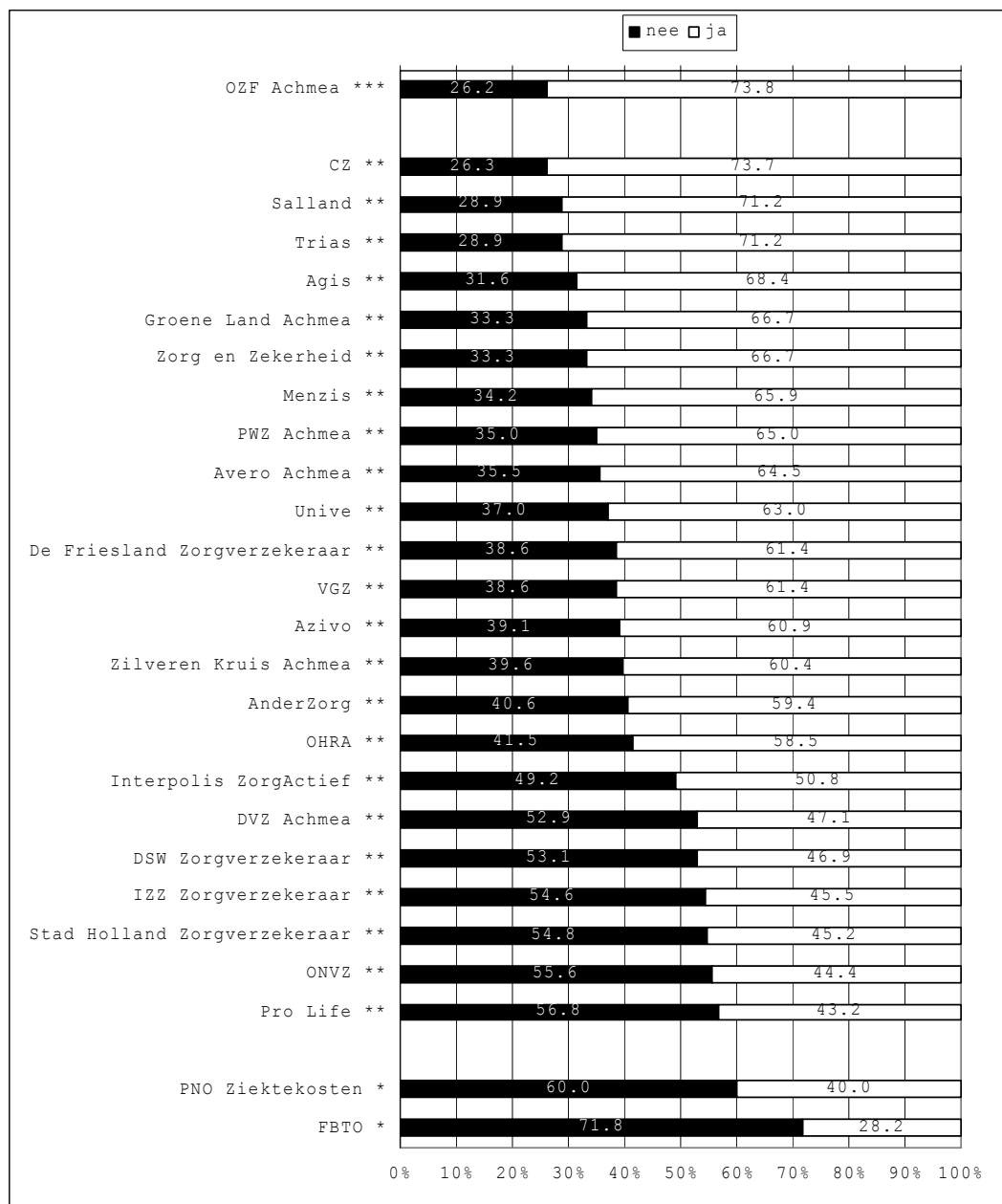
^a voor TakeCareNow! zijn de resultaten niet weergegeven, vanwege onvoldoende waarnemingen (N<20)

* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Duidelijkheid over contract fysiotherapeut-zorgverzekeraar^a



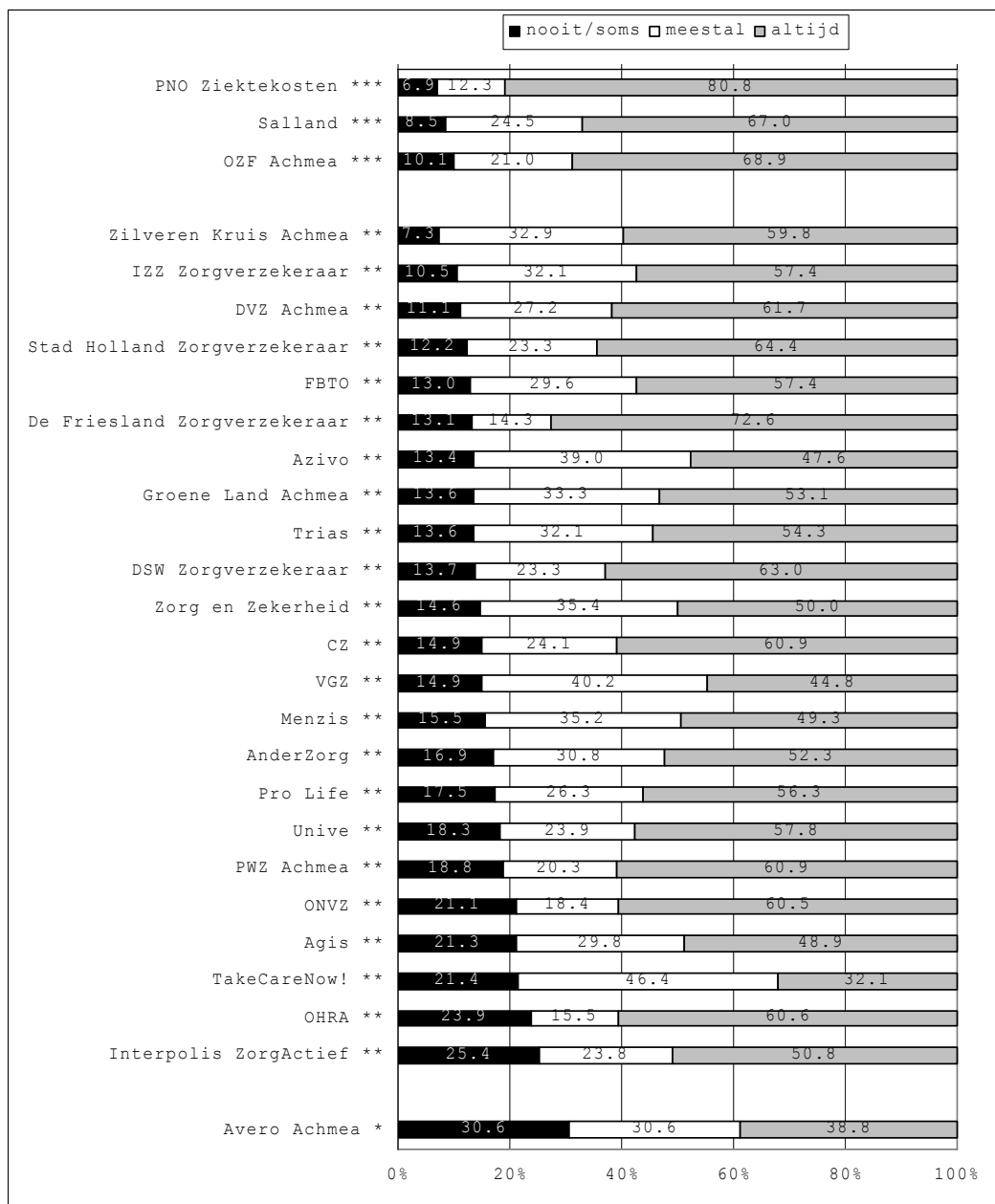
^a voor TakeCareNow! zijn de resultaten niet weergegeven, vanwege onvoldoende waarnemingen (N<20)

* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Snelle afhandeling aanvraag hulpmiddel

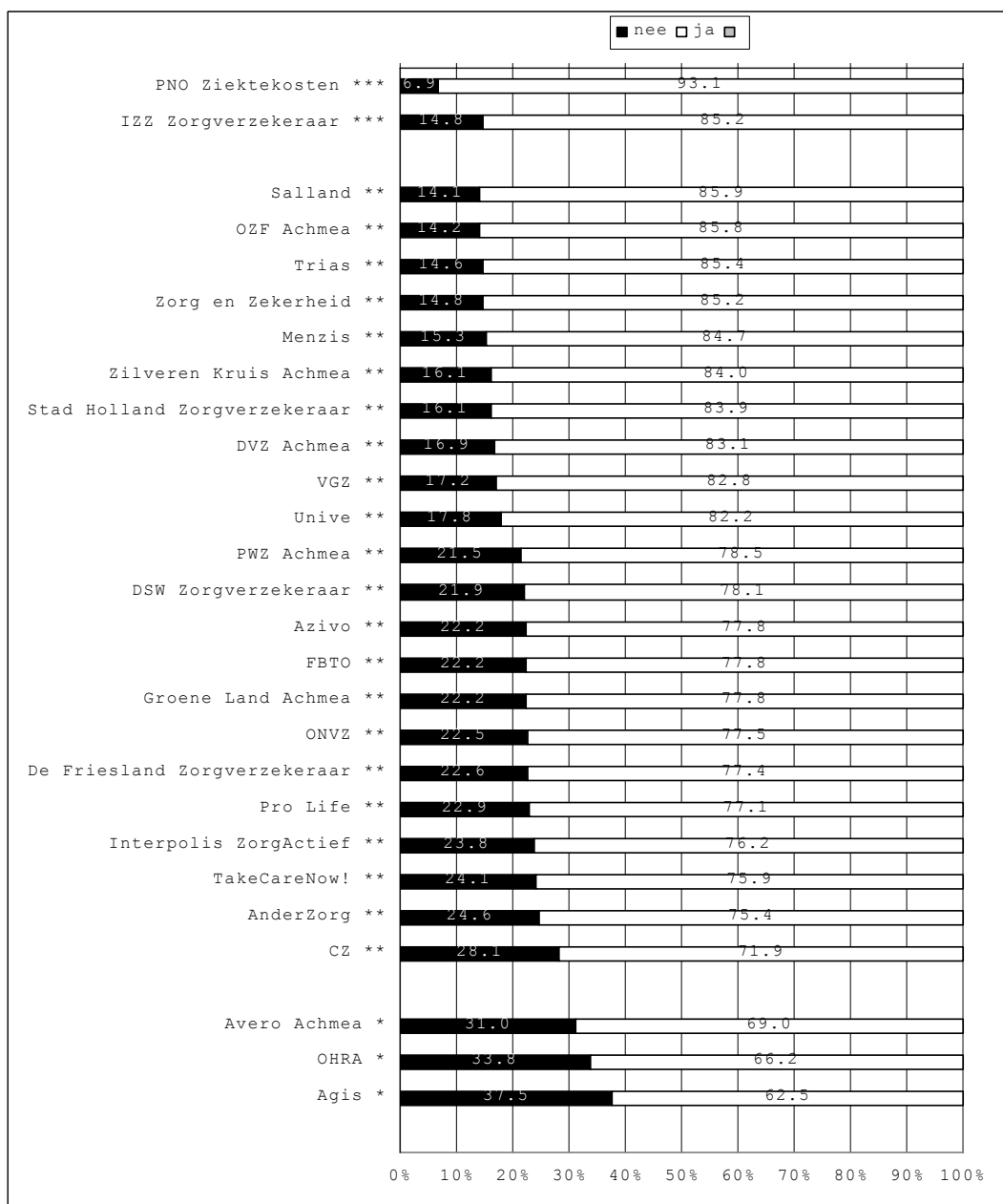


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Duidelijkheid vergoeding hulpmiddel

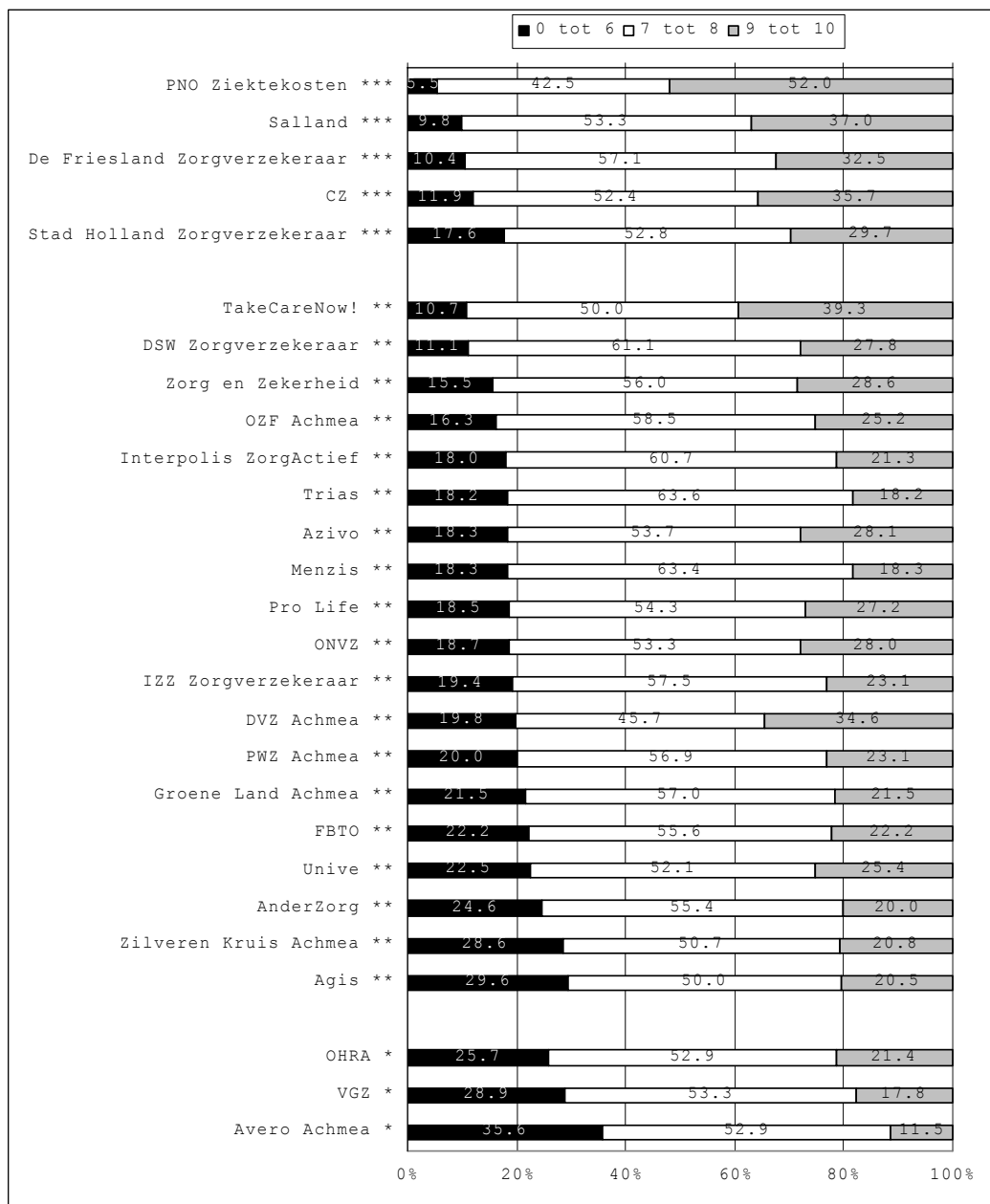


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Algemeen oordeel zorgverzekeraar dienstverlening hulpmiddelen

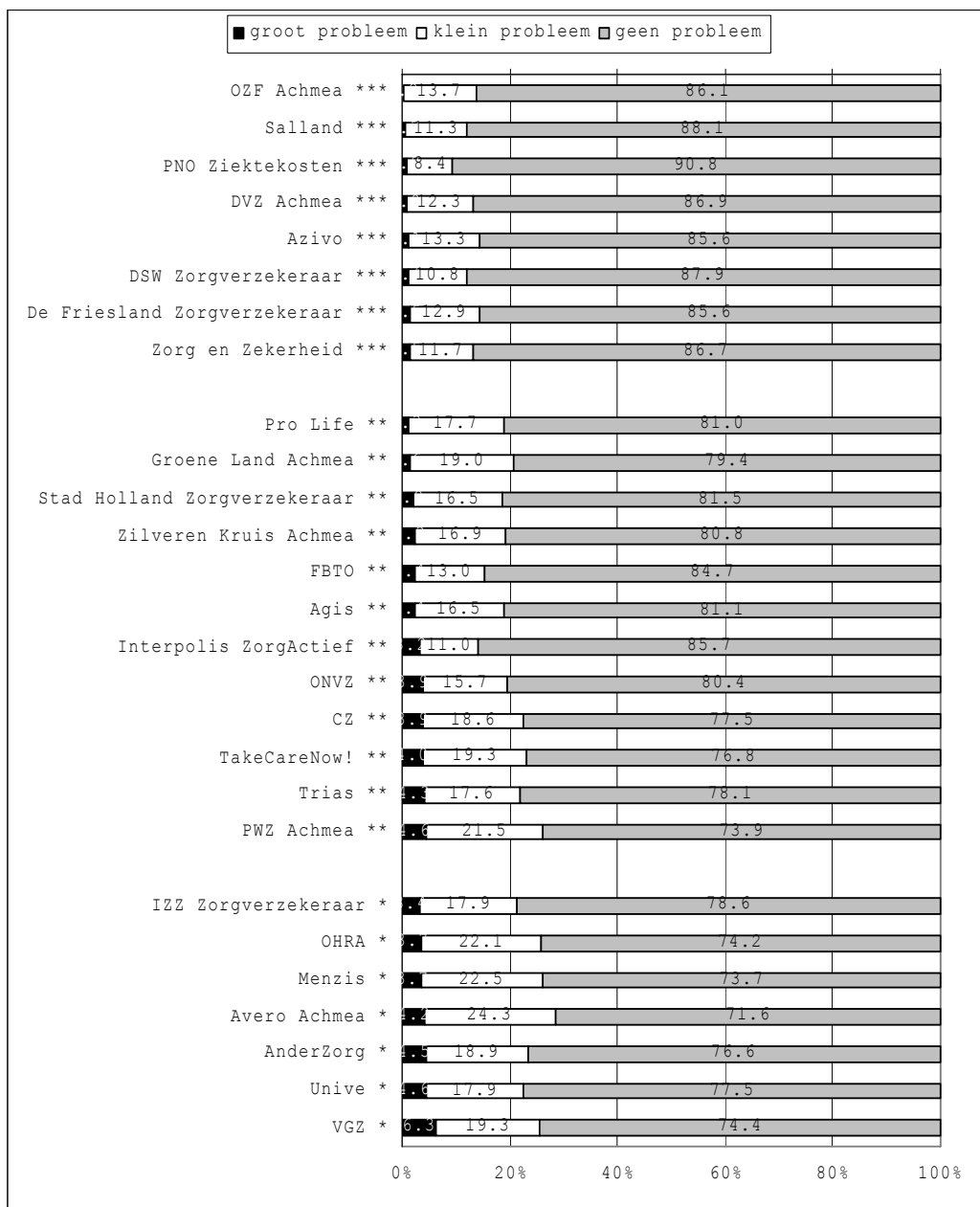


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Informatievoorziening van de zorgverzekeraar

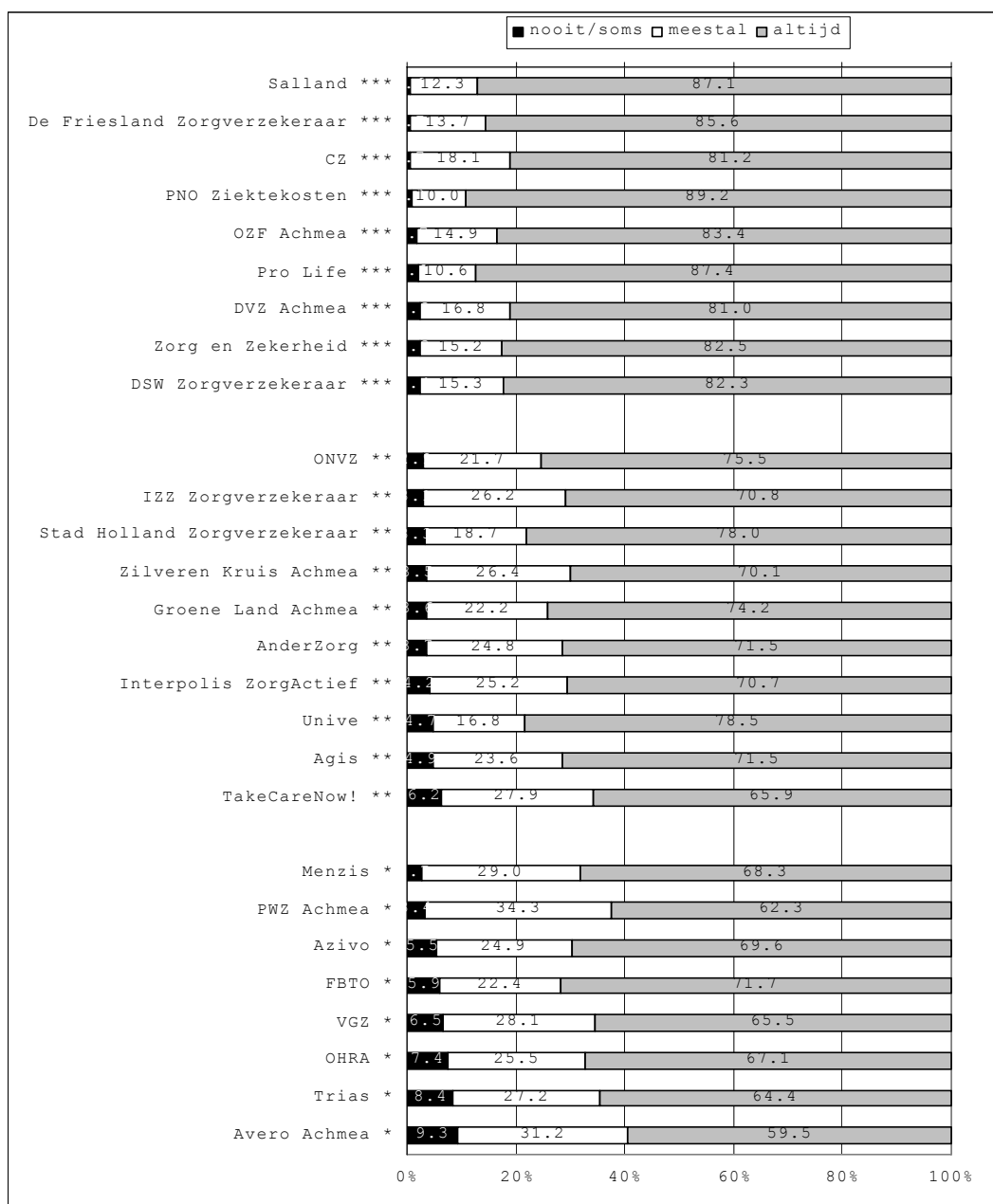


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Afhandeling van rekeningen

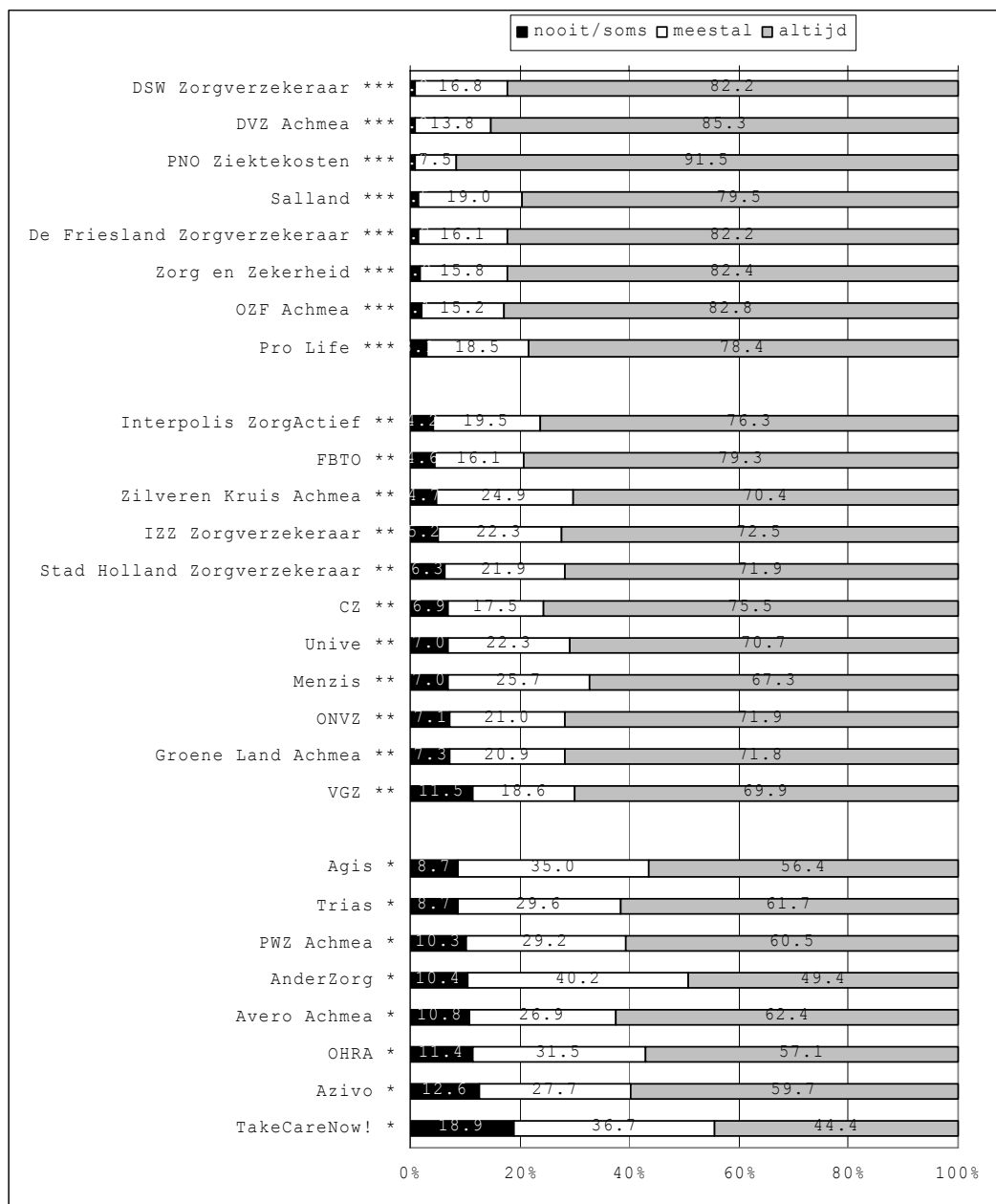


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Bejegening door medewerkers zorgverzekeraar

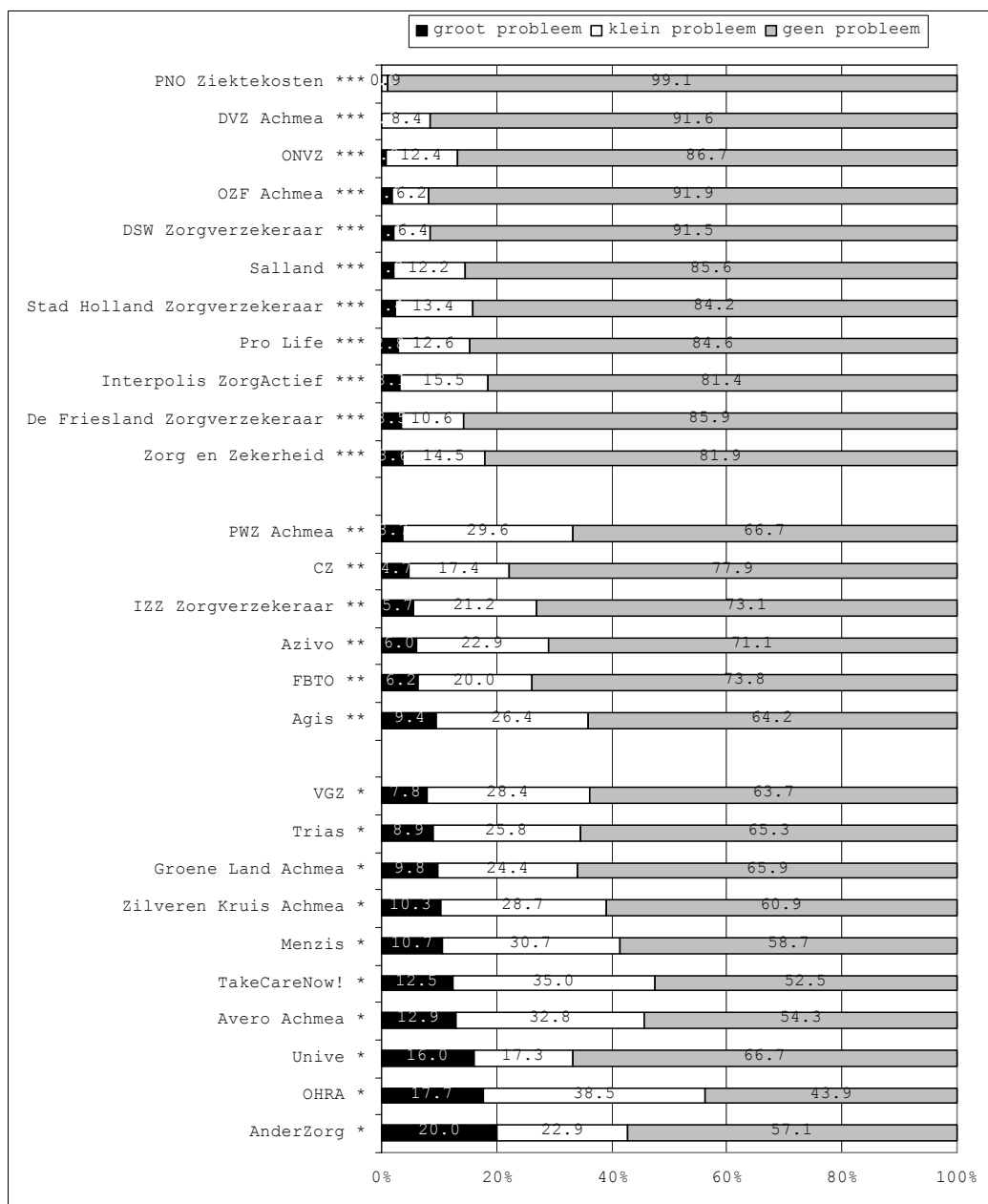


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Telefonische bereikbaarheid klantenservice

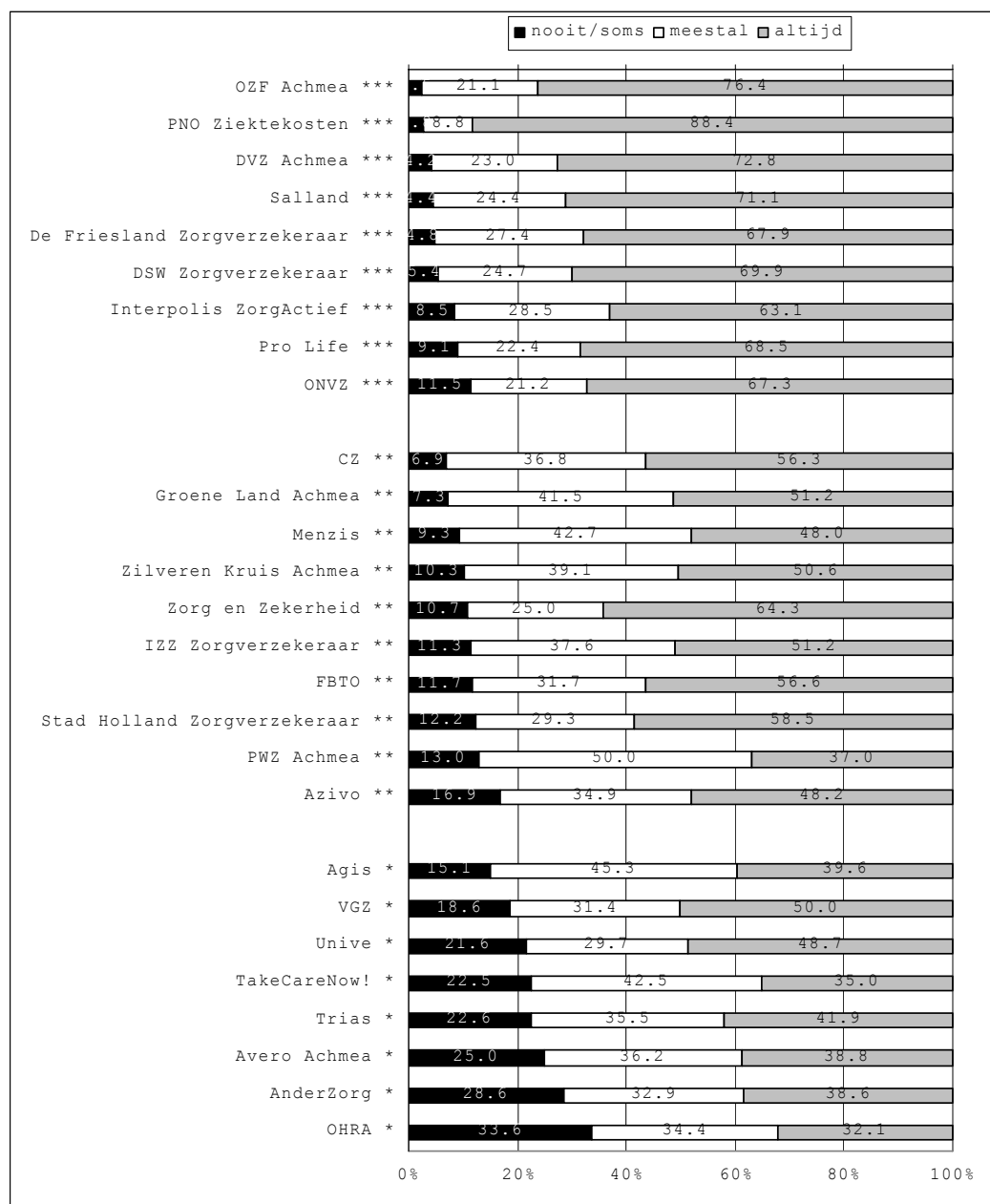


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice

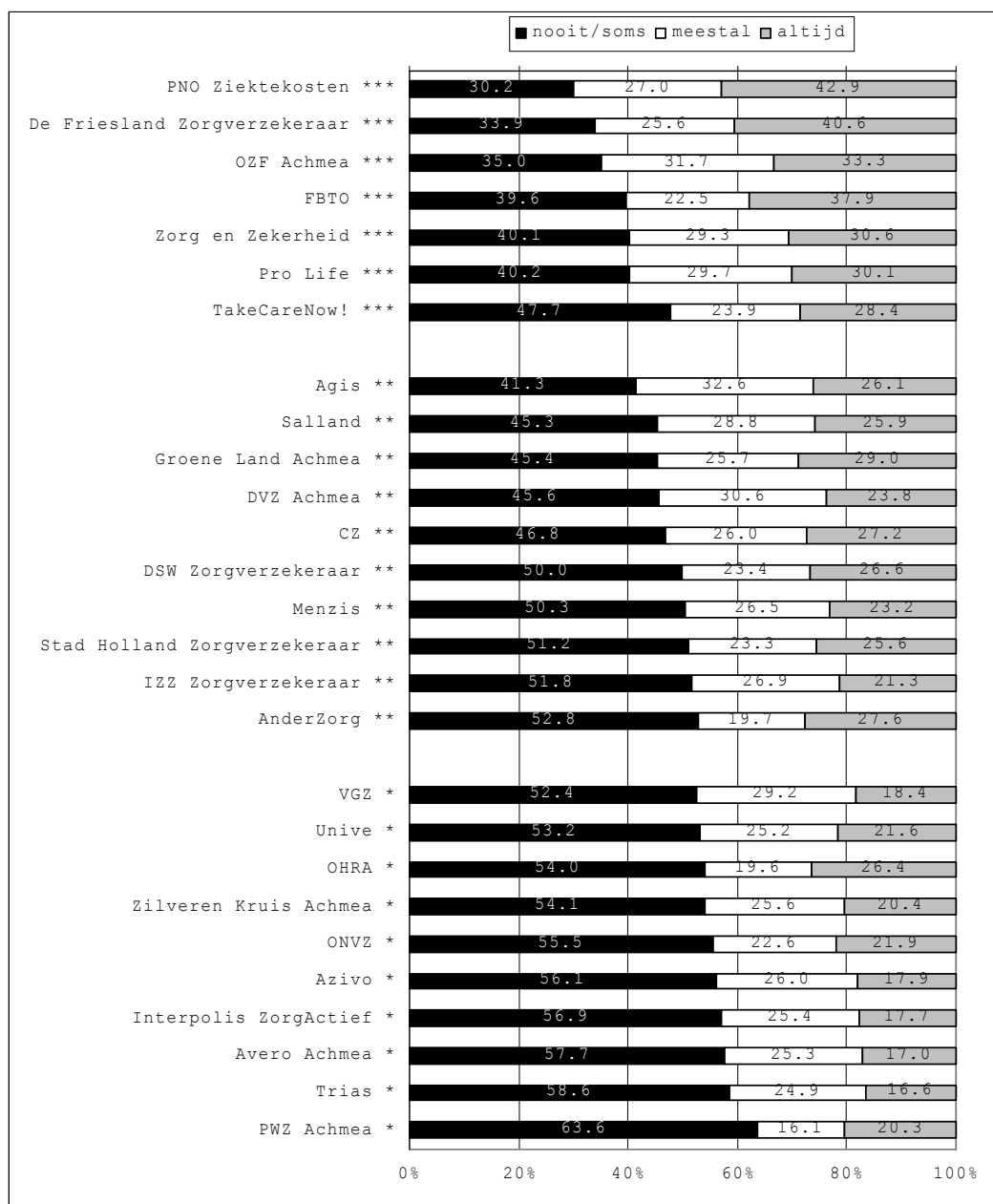


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Duidelijkheid over het (bij)betalen voor de zorg

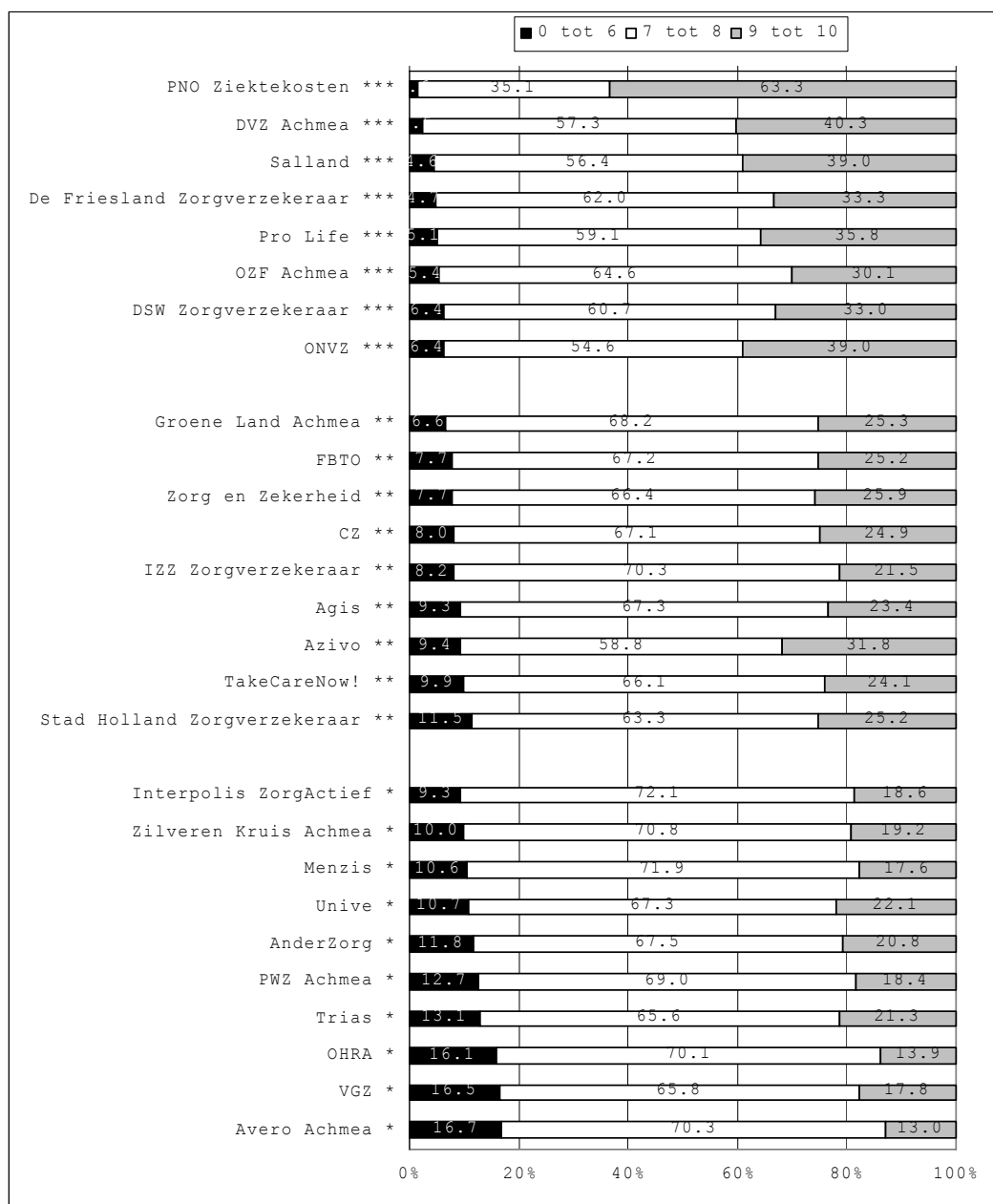


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Algemeen oordeel zorgverzekeraar



* 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 5.2). 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 5.1. 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.

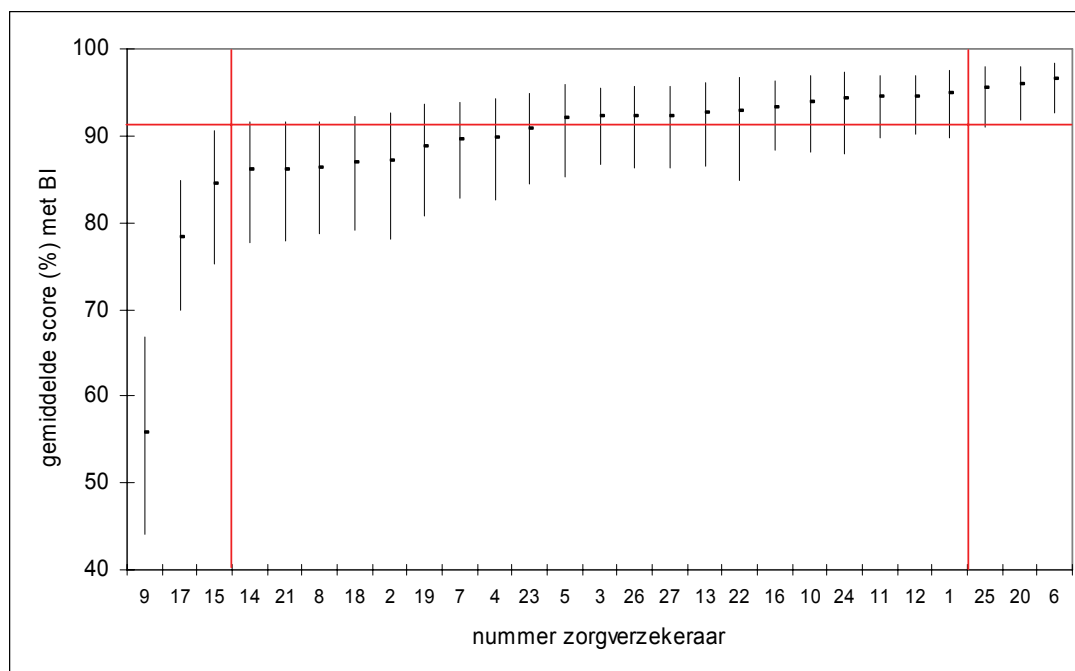
In de figuren worden de resultaten van de zorgverzekeraars weergegeven met behulp van een nummer dat uniek is voor een zorgverzekeraar. In tabel B3.1 staat achter iedere zorgverzekeraar het nummer waarmee het correspondeert in de figuren. De toewijzing van de nummers is gebeurd op alfabetische volgorde.

Tabel B3.1 Nummer per zorgverzekeraar

naam zorgverzekeraar	nummer zorgverzekeraar	naam zorgverzekeraar	nummer zorgverzekeraar
Agis	1	ONVZ	15
Anderzorg	2	OZF Achmea	16
Avéro Achmea	3	PNO Ziektekosten	17
Azivo	4	Pro Life	18
CZ	5	PWZ Achmea	19
De Friesland	6	Salland	20
DSW Zorgverzekeraar	7	Stad Holland Zorgverzekeraar	21
DVZ Achmea	8	TakeCareNow!	22
FBTO	9	Trias	23
Groene Land Achmea	10	Univé	24
Interpolis ZorgActief	11	VGZ	25
IZZ Zorgverzekeraar	12	Zilveren Kruis Achmea	26
Menzis	13	Zorg en Zekerheid	27
OHRA	14		

Fysiotherapie

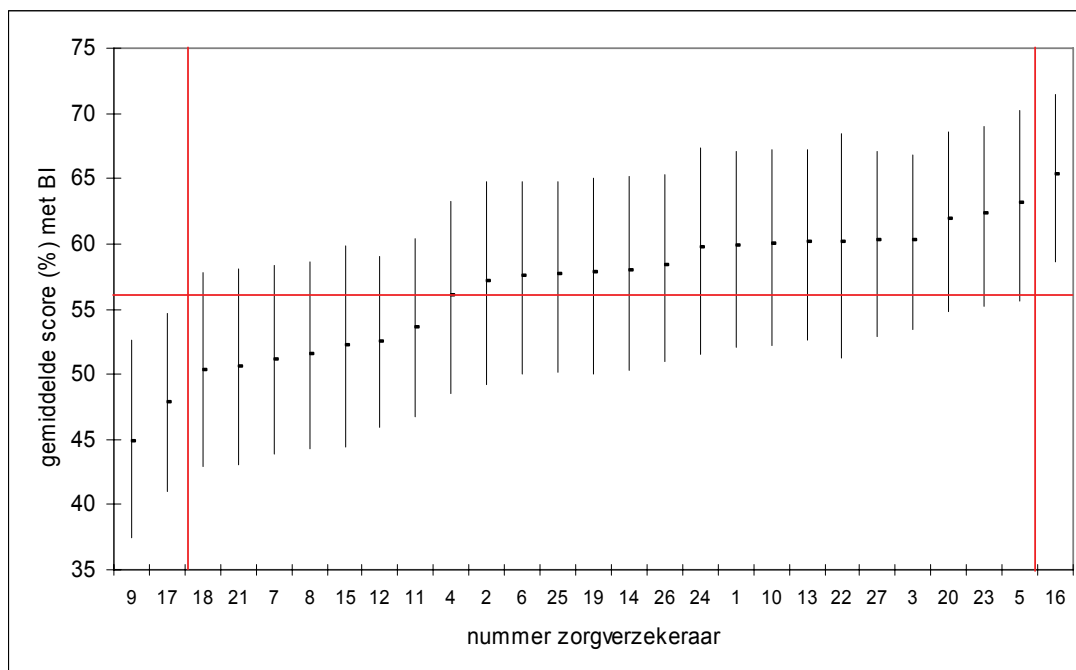
Aanwezigheid contract fysiotherapeut-zorgverzekeraar



nr	naam	gemiddelde	nr	naam	gemiddelde
9	FBTO	55,72	26	Zilveren Kruis Achmea	92,14
17	PNO Ziektekosten	78,34	27	Zorg en Zekerheid	92,23
15	ONVZ	84,46	13	Menzis	92,69
14	OHRA	85,98	22	TakeCareNow!	92,89
21	Stad Holland Zorgverzekeraar	86,17	16	OZF Achmea	93,31
8	DVZ Achmea	86,34	10	Groene Land Achmea	93,83
18	Pro Life	86,94	24	Univé	94,19
2	AnderZorg	87,02	11	Interpolis ZorgActief	94,37
19	PWZ Achmea	88,70	12	IZZ Zorgverzekeraar	94,42
7	DSW Zorgverzekeraar	89,60	1	Agis	94,97
4	Azivo	89,75	25	VGZ	95,57
23	Trias	90,88	20	Salland	95,92
5	CZ	92,01	6	De Friesland Zorgverzekeraar	96,60
3	Avéro Achmea	92,12			

Gemiddeld % Ja	90,99
----------------	-------

Duidelijkheid over contract fysiotherapeut-zorgverzekeraar

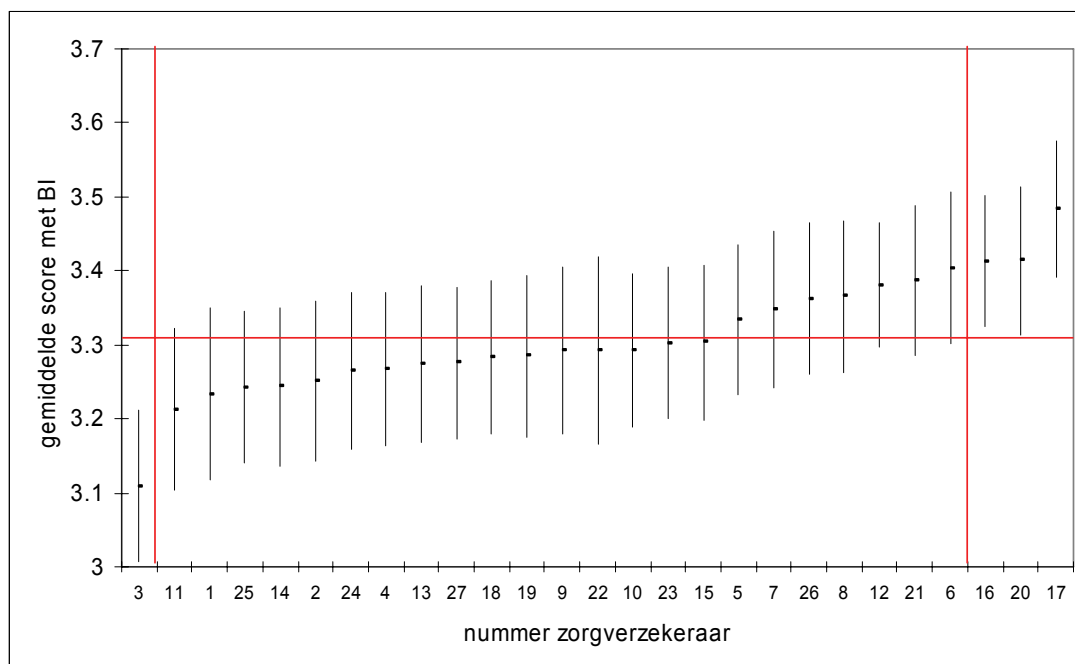


nr	naam	gemiddelde	nr	naam	gemiddelde
9	FBTO	44,89	14	OHRA	57,90
17	PNO Ziektekosten	47,81	26	Zilveren Kruis Achmea	58,29
18	Pro Life	50,33	24	Univé	59,70
21	Stad Holland Zorgverzekeraar	50,60	1	Agis	59,82
7	DSW Zorgverzekeraar	51,09	10	Groene Land Achmea	59,92
8	DVZ Achmea	51,45	13	Menzis	60,12
15	ONVZ	52,14	22	TakeCareNow!	60,17
12	IZZ Zorgverzekeraar	52,49	27	Zorg en Zekerheid	60,26
11	Interpolis ZorgActief	53,63	3	Avéro Achmea	60,31
4	Azivo	55,99	20	Salland	61,92
2	AnderZorg	57,12	23	Trias	62,35
6	De Friesland Zorgverzekeraar	57,53	5	CZ	63,18
25	VGZ	57,66	16	OZF Achmea	65,31
19	PWZ Achmea	57,74			

Gemiddeld % Ja	56,66
----------------	-------

Hulpmiddelen

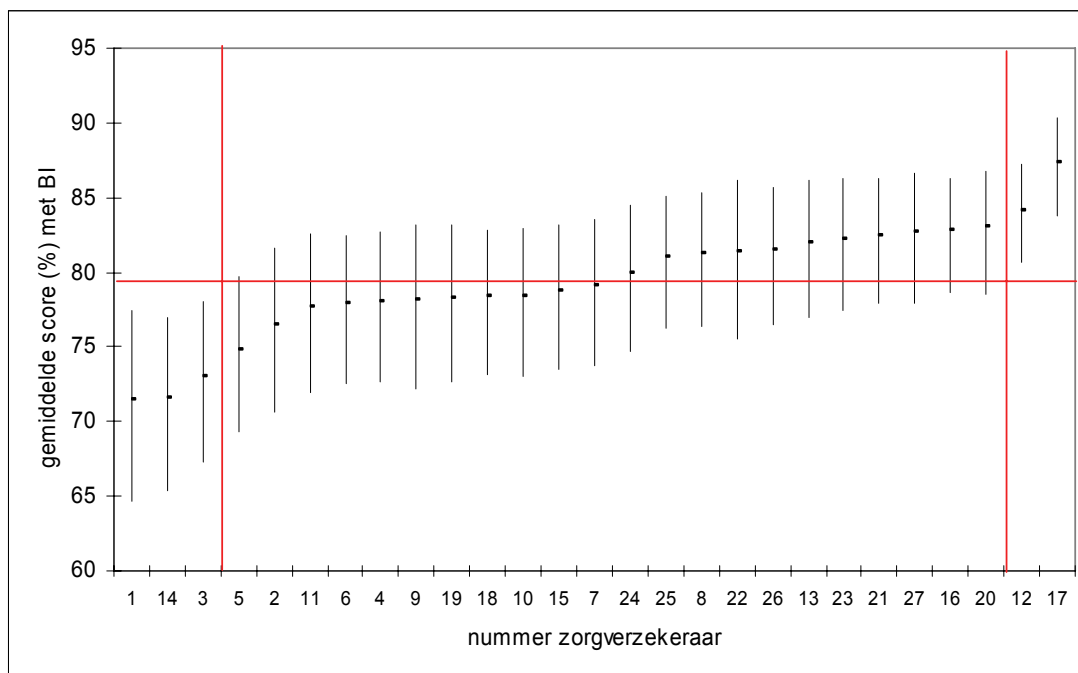
Snelle afhandeling aanvraag hulpmiddel



nr	naam	gemiddelde	nr	naam	gemiddelde
3	Avéro Achmea	3,11	10	Groene Land Achmea	3,29
11	Interpolis ZorgActief	3,21	23	Trias	3,30
1	Agis	3,23	15	ONVZ	3,30
25	VGZ	3,24	5	CZ	3,33
14	OHRA	3,24	7	DSW Zorgverzekeraar	3,35
2	AnderZorg	3,25	26	Zilveren Kruis Achmea	3,36
24	Univé	3,27	8	DVZ Achmea	3,37
4	Azivo	3,27	12	IZZ Zorgverzekeraar	3,38
13	Menzis	3,27	21	Stad Holland Zorgverzekeraar	3,39
27	Zorg en zekerheid	3,28	6	De Friesland Zorgverzekeraar	3,40
18	Pro Life	3,28	16	OZF Achmea	3,41
19	PWZ Achmea	3,29	20	Salland	3,41
9	FBTO	3,29	17	PNO Ziektekosten	3,48
22	TakeCareNow!	3,29			

Totaalgemiddelde	3,31
------------------	------

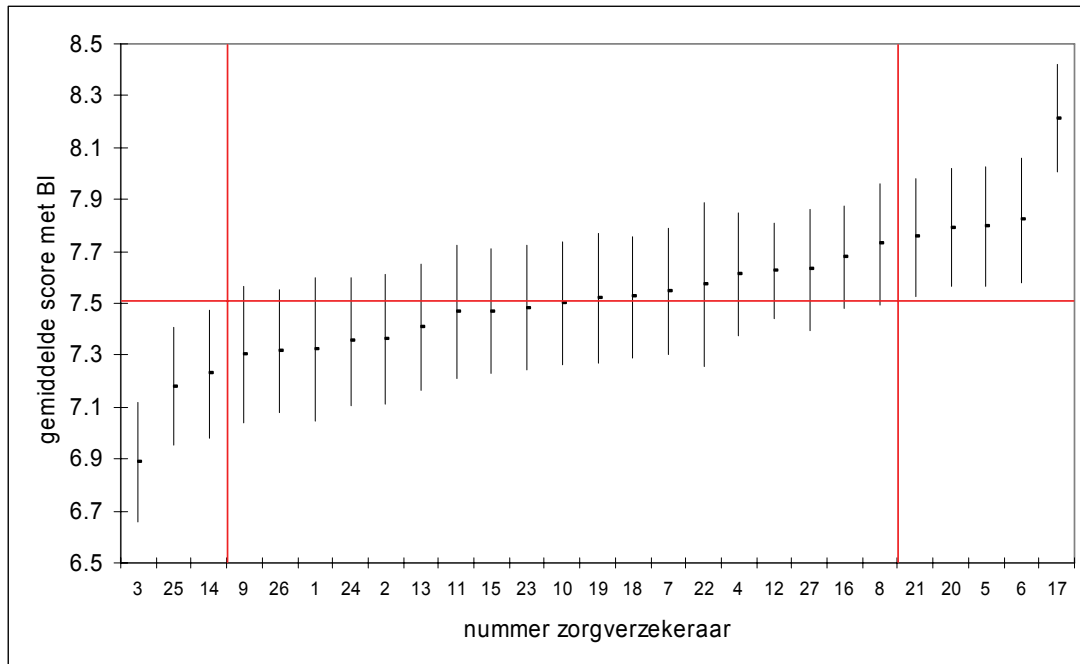
Duidelijkheid vergoeding hulpmiddel



nr	naam	gemiddelde	nr	naam	gemiddelde
1	Agis	71,48	24	Univé	80,00
14	OHRA	71,53	25	VGZ	81,08
3	Avéro Achmea	72,98	8	DVZ Achmea	81,25
5	CZ	74,86	22	TakeCareNow!	81,42
2	AnderZorg	76,54	26	Zilveren Kruis Achmea	81,52
11	Interpolis ZorgActief	77,68	13	Menzis	81,99
6	De Friesland Zorgverzekeraar	77,94	23	Trias	82,26
4	Azivo	78,04	21	Stad Holland Zorgverzekeraar	82,51
9	FBTO	78,14	27	Zorg en Zekerheid	82,69
19	PWZ Achmea	78,33	16	OZF Achmea	82,77
18	Pro Life	78,38	20	Salland	83,00
10	Groene Land Achmea	78,40	12	IZZ Zorgverzekeraar	84,19
15	ONVZ	78,74	17	PNO Ziektekosten	87,41
7	DSW Zorgverzekeraar	79,06			

Gemiddeld % Ja	79,41
----------------	-------

Algemeen oordeel zorgverzekeraar dienstverlening hulpmiddelen

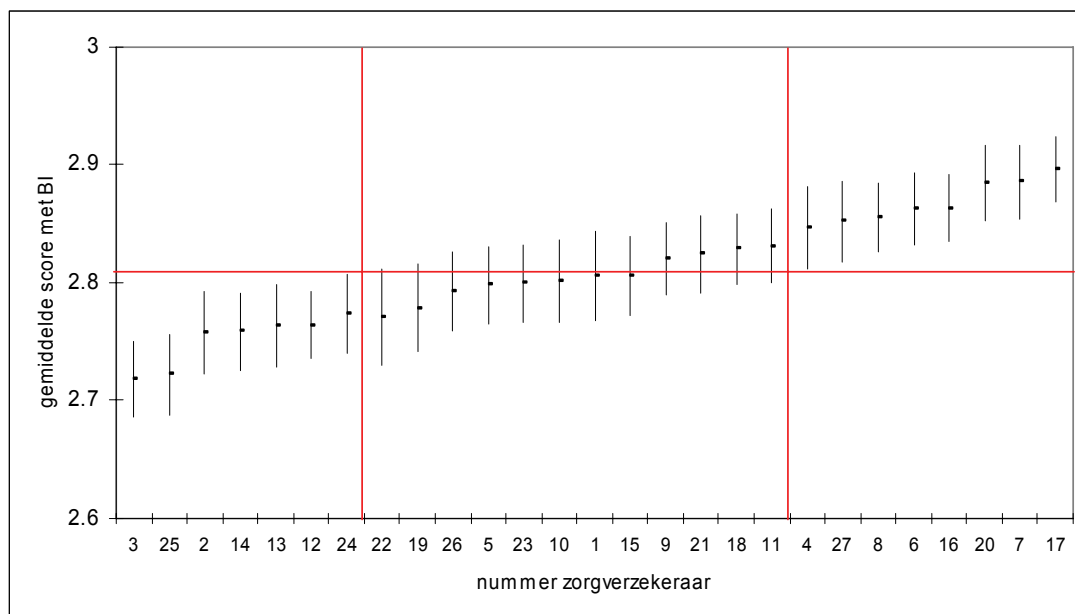


nr	naam	gemiddelde	nr	naam	gemiddelde
3	Avéro Achmea	6,89	18	Pro Life	7,52
25	VGZ	7,18	7	DSW Zorgverzekeraar	7,55
14	OHRA	7,23	22	TakeCareNow!	7,57
9	FBTO	7,30	4	Azivo	7,61
26	Zilveren Kruis Achmea	7,31	12	IZZ Zorgverzekeraar	7,63
1	Agis	7,32	27	Zorg en Zekerheid	7,63
24	Univé	7,35	16	OZF Achmea	7,68
2	AnderZorg	7,36	8	DVZ Achmea	7,73
13	Menzis	7,41	21	Stad Holland Zorgverzekeraar	7,76
11	Interpolis ZorgActief	7,47	20	Salland	7,79
15	ONVZ	7,47	5	CZ	7,80
23	Trias	7,48	6	De Friesland Zorgverzekeraar	7,82
10	Groene Land Achmea	7,50	17	PNO Ziektekosten	8,21
19	PWZ Achmea	7,52			

Totaalgemiddelde	7,52
------------------	------

Zorgverzekeraar

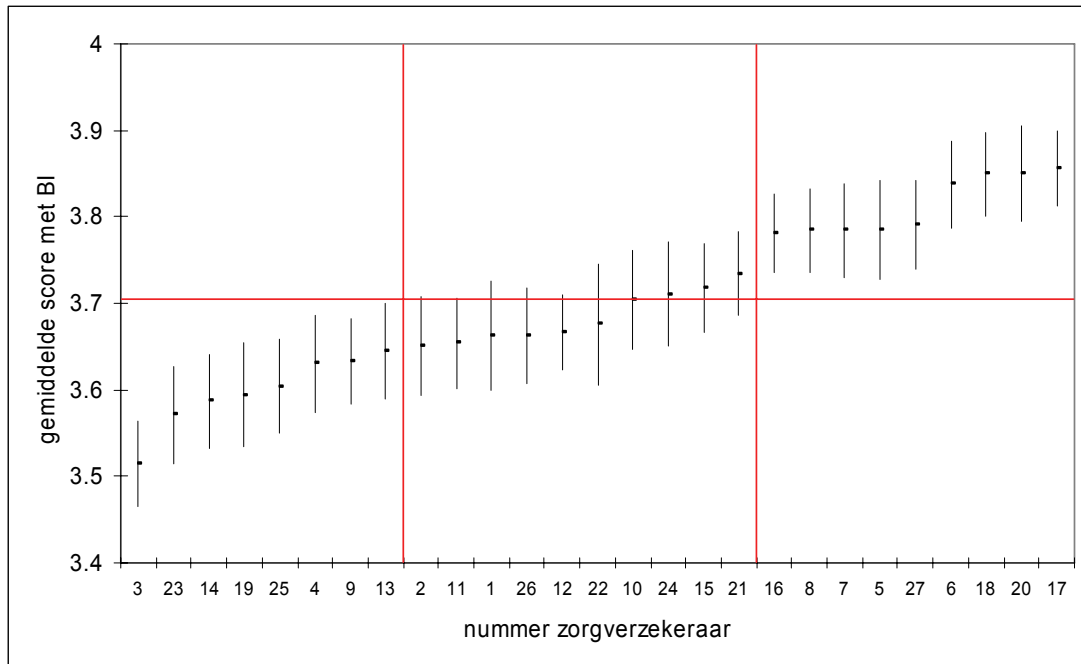
Informatievoorziening zorgverzekeraar



nr	naam	gemiddelde	nr	naam	gemiddelde
3	Avéro Achmea	2,72	15	ONVZ	2,81
25	VGZ	2,72	9	FBTO	2,82
2	AnderZorg	2,76	21	Stad Holland	2,82
14	OHRA	2,76	18	Pro Life	2,83
13	Menzis	2,76	11	Interpolis ZorgActief	2,83
12	IZZ Zorgverzekeraar	2,76	4	Azivo	2,85
22	TakeCareNow!	2,77	27	Zorg en zekerheid	2,85
24	Univé	2,77	8	DVZ Achmea	2,86
19	PWZ Achmea	2,78	6	De Friesland Zorgverzekeraar	2,86
26	Zilveren Kruis Achmea	2,79	16	OZF Achmea	2,86
5	CZ	2,80	20	Salland	2,88
23	Trias	2,80	7	DSW Zorgverzekeraar	2,89
10	Groene Land Achmea	2,80	17	PNO Ziektekosten	2,90
1	Agis	2,81			

Totaalgemiddelde	2,81
------------------	------

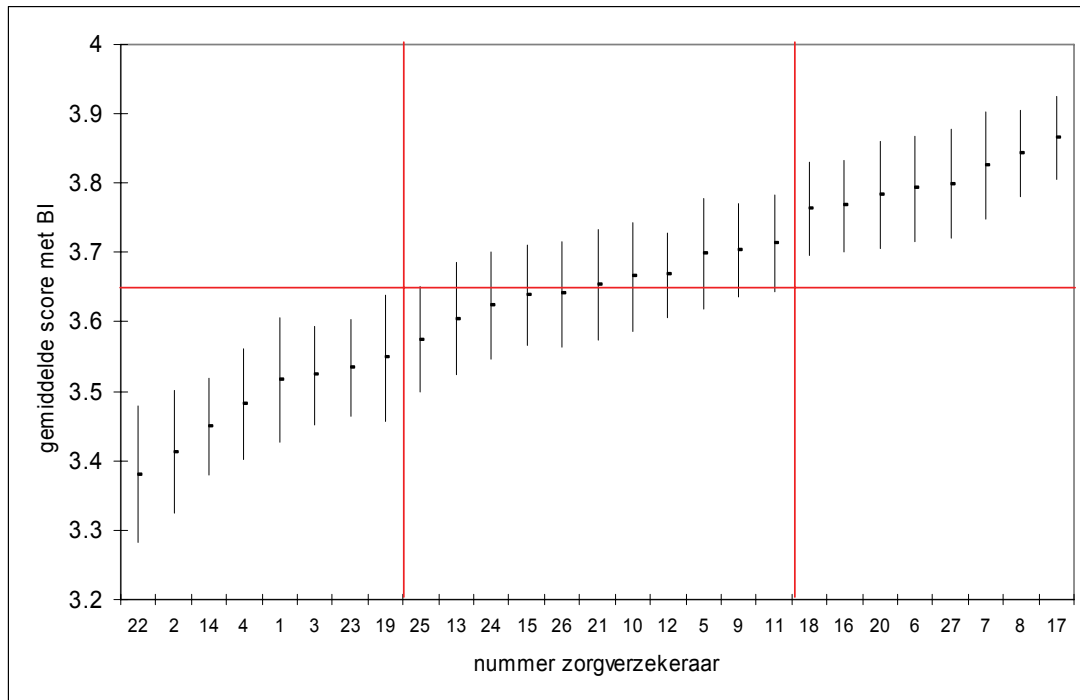
Afhandeling van rekeningen



nr	naam	gemiddelde	nr	naam	gemiddelde
3	Avéro Achmea	3,51	10	Groene Land Achmea	3,70
23	Trias	3,57	24	Univé	3,71
14	OHRA	3,59	15	ONVZ	3,72
19	PWZ Achmea	3,59	21	Stad Holland Zorgverzekeraar	3,73
25	VGZ	3,60	16	OZF Achmea	3,78
4	Azivo	3,63	8	DVZ Achmea	3,78
9	FBTO	3,63	7	DSW Zorgverzekeraar	3,78
13	Menzis	3,64	5	CZ	3,78
2	AnderZorg	3,65	27	Zorg en Zekerheid	3,79
11	Interpolis ZorgActief	3,65	6	De Friesland Zorgverzekeraar	3,84
1	Agis	3,66	18	Pro Life	3,85
26	Zilveren Kruis Achmea	3,66	20	Salland	3,85
12	IZZ Zorgverzekeraar	3,67	17	PNO Ziektekosten	3,86
22	TakeCareNow!	3,68			

Totaalgemiddelde	3,70
------------------	------

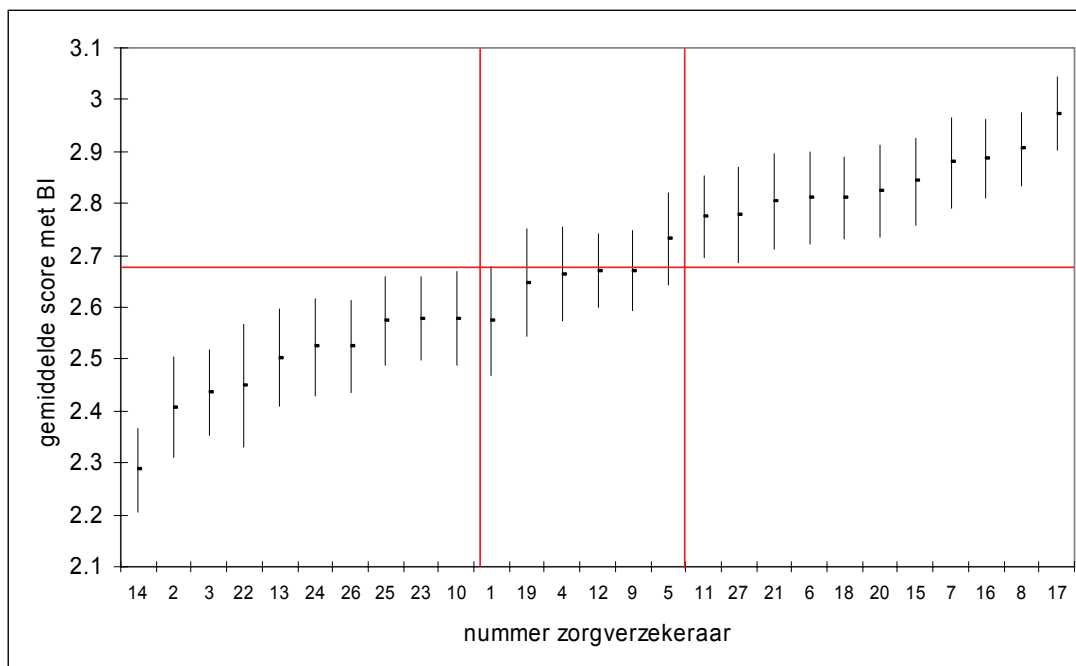
Bejegening door medewerkers zorgverzekeraar



nr	naam	gemiddelde	nr	naam	gemiddelde
22	TakeCareNow!	3,38	10	Groene Land Achmea	3,66
2	AnderZorg	3,41	12	IZZ Zorgverzekeraar	3,67
14	OHRA	3,45	5	CZ	3,70
4	Azivo	3,48	9	FBTO	3,70
1	Agis	3,52	11	Interpolis ZorgActief	3,71
3	Avéro Achmea	3,52	18	Pro Life	3,76
23	Trias	3,53	16	OZF Achmea	3,77
19	PWZ Achmea	3,55	20	Salland	3,78
25	VGZ	3,57	6	De Friesland Zorgverzekeraar	3,79
13	Menzis	3,60	27	Zorg en Zekerheid	3,80
24	Univé	3,62	7	DSW Zorgverzekeraar	3,83
15	ONVZ	3,64	8	DVZ Achmea	3,84
26	Zilveren Kruis Achmea	3,64	17	PNO Ziektekosten	3,87
21	Stad Holland Zorgverzekeraar	3,65			

Totaalgemiddelde	3,65
------------------	------

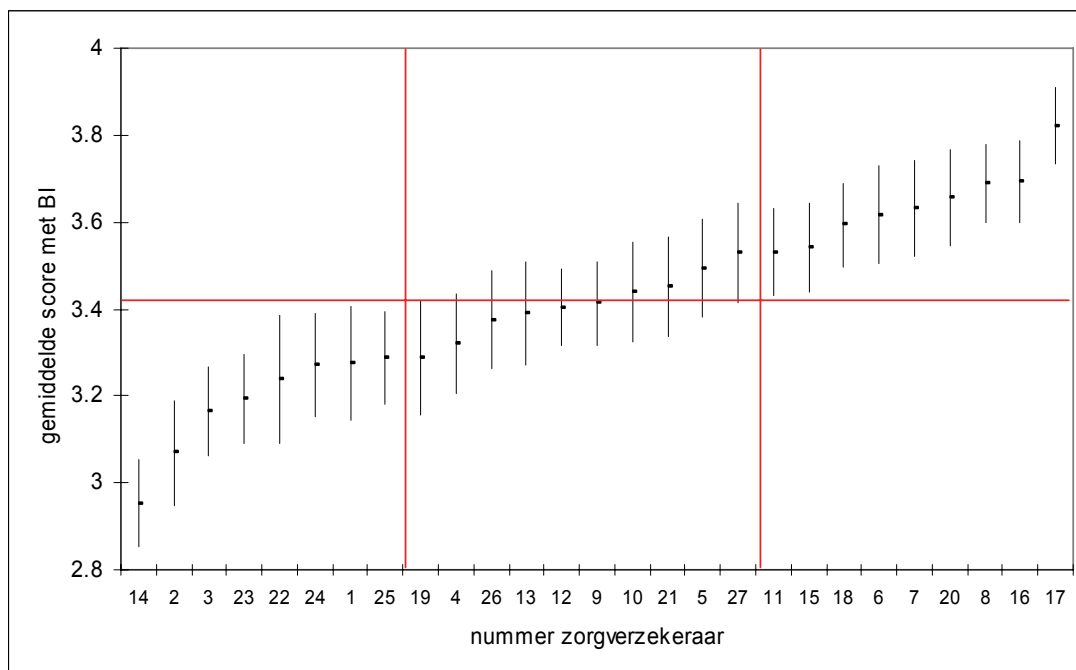
Telefonische bereikbaarheid klantenservice



nr	naam	gemiddelde	nr	naam	gemiddelde
14	OHRA	2.29	9	FBTO	2.67
2	AnderZorg	2.41	5	CZ	2.73
3	Avéro Achmea	2.43	11	Interpolis ZorgActief	2.77
22	TakeCareNow!	2.45	27	Zorg en Zekerheid	2.78
13	Menzis	2.50	21	Stad Holland Zorgverzekeraar	2.80
24	Univé	2.52	6	De Friesland Zorgverzekeraar	2.81
26	Zilveren Kruis Achmea	2.53	18	Pro Life	2.81
25	VGZ	2.57	20	Salland	2.82
23	Trias	2.58	15	ONVZ	2.84
1	Agis	2.57	7	DSW Zorgverzekeraar	2.88
10	Groene Land Achmea	2.58	16	OZF Achmea	2.89
19	PWZ Achmea	2.65	8	DVZ Achmea	2.90
4	Azivo	2.66	17	PNO Ziektekosten	2.97
12	IZZ Zorgverzekeraar	2.67			

Totaalgemiddelde	2.67
------------------	------

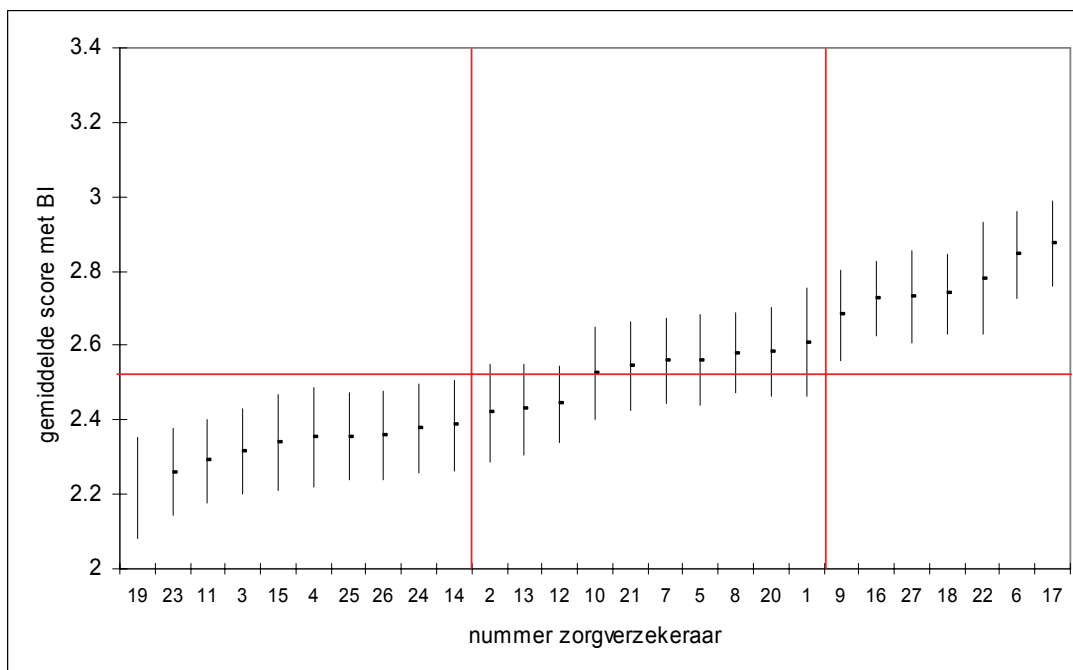
Krijgen van benodigde telefonische hulp klantenservice



nr	naam	gemiddelde	nr	naam	gemiddelde
14	OHRA	2,95	10	Groene Land Achmea	3,44
2	AnderZorg	3,07	21	Stad Holland Zorgverzekeraar	3,45
3	Avéro Achmea	3,16	5	CZ	3,49
23	Trias	3,19	27	Zorg en Zekerheid	3,53
22	TakeCareNow!	3,24	11	Interpolis ZorgActief	3,53
24	Univé	3,27	15	ONVZ	3,54
1	Agis	3,27	18	Pro Life	3,59
25	VGZ	3,29	6	De Friesland Zorgverzekeraar	3,62
19	PWZ Achmea	3,29	7	DSW Zorgverzekeraar	3,63
4	Azivo	3,32	20	Salland	3,66
26	Zilveren Kruis Achmea	3,37	8	DVZ Achmea	3,69
13	Menzis	3,39	16	OZF Achmea	3,69
12	IZZ Zorgverzekeraar	3,40	17	PNO Ziektekosten	3,82
9	FBTO	3,41			

Totaalgemiddelde	3,42
------------------	------

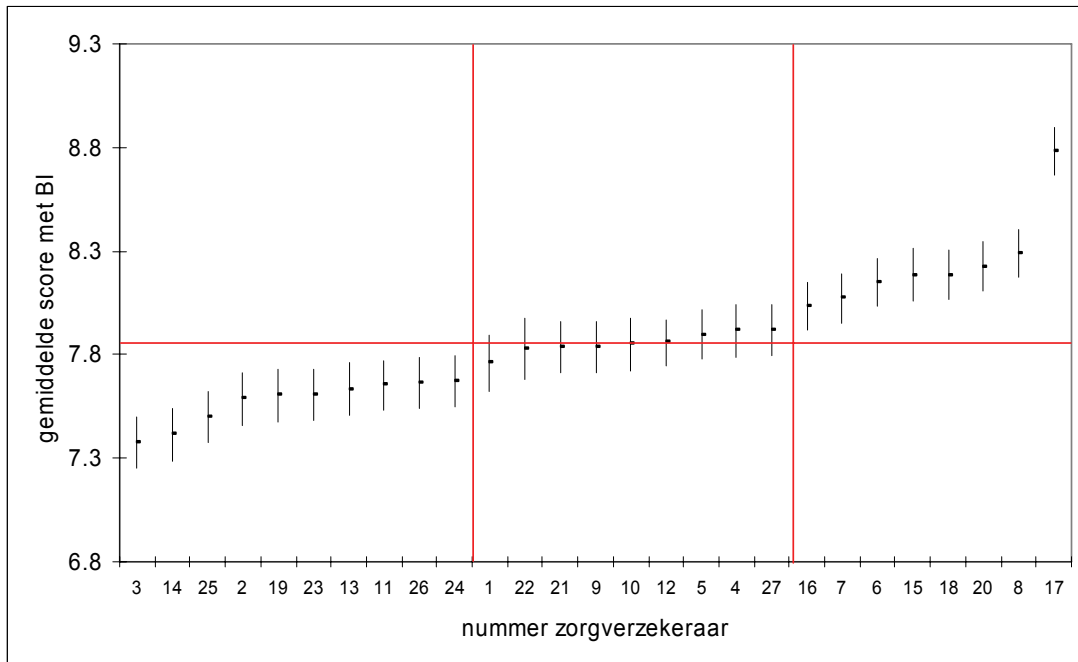
Duidelijkheid over het (bij)betalen voor de zorg



nr	naam	gemiddelde	nr	naam	gemiddelde
19	PWZ Achmea	2,22	21	Stad Holland Zorgverzekeraar	2,54
23	Trias	2,26	7	DSW Zorgverzekeraar	2,56
11	Interpolis ZorgActief	2,29	5	CZ	2,56
3	Avéro Achmea	2,32	8	DVZ Achmea	2,58
15	ONVZ	2,34	20	SALLAND	2,58
4	Azivo	2,35	1	Agis	2,61
25	VGZ	2,35	9	FBTO	2,68
26	Zilveren Kruis Achmea	2,36	16	OZF	2,73
24	Univé	2,38	27	Zorg en Zekerheid	2,73
14	OHRA	2,39	18	Pro Life	2,74
2	AnderZorg	2,42	22	TakeCareNow!	2,78
13	Menzis	2,43	6	De Friesland Zorgverzekeraar	2,85
12	IZZ Zorgverzekeraar	2,44	17	PNO Ziektekosten	2,87
10	Groene Land Achmea	2,53			

Totaalgemiddelde	2,51
------------------	------

Algemeen oordeel zorgverzekeraar



nr	naam	gemiddelde	nr	naam	gemiddelde
3	Avéro Achmea	7,38	10	Groene Land Achmea	7,85
14	OHRA	7,41	12	IZZ Zorgverzekeraar	7,86
25	VGZ	7,50	5	CZ	7,90
2	AnderZorg	7,59	4	Azivo	7,92
19	PWZ Achmea	7,60	27	Zorg en Zekerheid	7,92
23	Trias	7,61	16	OZF Achmea	8,03
13	Menzis	7,63	7	DSW Zorgverzekeraar	8,07
11	Interpolis ZorgActief	7,65	6	De Friesland Zorgverzekeraar	8,15
26	Zilveren Kruis Achmea	7,67	15	ONVZ	8,18
24	Univé	7,67	18	Pro Life	8,19
1	Agis	7,76	20	Salland	8,23
22	TakeCareNow!	7,83	8	DVZ Achmea	8,29
21	Stad Holland Zorgverzekeraar	7,84	17	PNO Ziektekosten	8,78
9	FBTO	7,84			

Totaalgemiddelde	7,86
------------------	------

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 iets groter, omdat de antwoordcategorieën ‘weet ik niet’ en ‘niet van toepassing’ hier zijn meegenomen.

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	6660	7,85	0,24	0,12	0,33	0,50	0,74
7	4224	7,72	0,24	0,14	0,26	0,64	0,92
21	2316	8,05	0,17	0,13	0,17	0,30	0,52
29	2218	7,63	1,49	0,45	0,32	0,59	1,26
77	8366	7,93	0,17	0,08	0,13	0,20	0,56

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	3,12	7,04	23,00	38,03	12,51	14,37
7	3,17	7,20	25,59	39,35	11,91	10,58
21	1,81	5,83	17,96	39,68	19,43	13,99
29	4,46	9,29	22,14	33,45	10,64	15,92
77	1,80	5,27	24,06	41,05	14,80	11,87

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*
27	2247	3,36	8,10	6,54	26,92	58,43	-
44	632	3,38	1,90	9,65	36,71	51,74	-
47	2923	3,45	1,74	10,23	29,63	58,40	-
49	612	3,12	9,80	15,20	27,78	47,22	-
50	613	3,16	9,14	15,01	26,26	49,59	-
63	5102	3,67	0,85	3,36	23,40	70,90	1,49
64	5041	3,77	0,48	2,22	16,97	77,66	2,66
67	4725	2,51	24,53	19,81	24,11	24,04	7,52
69	2830	3,79	0,39	3,00	13,75	82,86	-
70	2830	3,75	0,49	3,92	15,83	79,75	-
71	2824	3,63	1,13	5,74	22,24	70,89	-
72	2827	3,63	0,74	4,88	25,19	69,19	-
73	2816	3,56	0,99	7,39	26,38	65,23	-
74	2818	3,67	0,57	4,79	21,58	73,07	-
75	2808	1,27	79,34	16,13	2,88	1,64	-

* -: 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*
4	8426	1,79	20,53	79,47	-
6	8392	1,51	49,26	50,74	-
8	8309	1,28	71,92	28,08	-
9	2311	1,69	31,37	68,63	-
11	2303	1,84	16,02	83,98	-
12	1193	1,57	22,04	29,62	weet ik niet, 48,33
14	2292	1,84	16,49	83,51	-
15	1566	1,84	11,09	56,76	nvt, 32,15
16	1265	1,89	5,96	49,04	weet ik niet, 45
18	1228	1,57	42,51	57,49	-
19	2090	1,14	78,06	12,58	weet ik niet, 9,37
20	273	1,45	52,45	43,01	weet ik niet, 4,55
23	2103	1,60	36,15	54,46	weet ik niet, 9,39
28	2278	1,80	19,53	80,47	-
35	8289	1,90	10,06	89,94	-
37	8306	1,28	72,15	27,85	-
40	8249	1,84	16,43	83,57	-
42	8350	1,08	92,32	7,68	-
45	8334	1,35	64,76	35,24	-
48	8332	1,07	92,59	7,41	-
51	8326	1,09	90,68	9,32	-
52	764	1,15	84,69	15,31	-
54	7556	1,07	84,51	6,12	weet ik niet, 9,37
55	509	1,43	56,78	43,22	-
57	8354	1,10	89,86	10,14	-
59	746	1,65	31,58	57,66	ik wacht er nog op dat het opgelost wordt, 10,77
60	8341	1,22	77,72	22,28	-
62	8168	1,64	35,45	62,28	weet ik niet, 2,27
65	7923	1,65	33,22	61,90	weet ik niet, 4,87
68	8343	1,34	65,96	34,04	-

* -: 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
10	1571	2,94	1,08	4,33	94,59
17	135	2,85	5,19	4,44	90,37
24	1259	2,50	8,34	33,28	58,38
36	7351	2,85	1,50	11,93	86,57
38	2300	2,70	4,26	21,17	74,57
39	2302	2,79	3,17	14,94	81,89
41	6798	2,80	2,04	16,14	81,82
43	632	2,91	1,58	4,91	93,51
46	2920	2,70	5,96	18,05	75,99
53	116	1,80	38,79	42,24	18,97
56	506	2,32	19,57	28,46	51,98
58	843	2,44	15,42	25,62	58,96
61	1848	2,90	1,79	6,66	91,56
66	5127	2,50	8,23	33,22	58,55

Tabel B4.5 Percentages gegeven antwoorden (in procenten) op vragen met antwoordcategorieën 'Nee, helemaal niet' tot 'Ja, helemaal'

vraag	N	gemiddelde	nee, helemaal niet	een beetje	grotendeels	ja, helemaal	nvt
13	1788	3,16	6,95	11,44	20,77	38,04	22,80

Tabel B4.6 Percentages gegeven antwoorden (in procenten) bij vraag over aantal jaren ingeschreven bij zorgverzekeraar

vraag	N	<1	1-2 jaar	2-5 jaar	5-10 jaar	≥ 10 jaar
34	8433	nvt*	3,24	25,25	16,86	54,65

* 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
76	8293	3,32	1,22	6,17	52,16	40,44

Tabel B4.8 Percentages gegeven antwoorden (in procenten) en de gemiddelde score bij vraag over duidelijkheid van bijbetalen voor hulpmiddelen

vraag	N	gemiddelde	nee	ja, was me verteld door de zorgverzekeraar	ja, heb ik zelf opgezocht
25	1251	1,67*	33,49	22,86	43,65

* bij het berekenen van het gemiddelde zijn de ja-antwoorden samengevoegd tot 1 antwoordcategorie

Tabel B4.9 Percentage gegeven antwoorden (in procenten) bij vraag over welke hulpmiddelen iemand de afgelopen 12 maanden door de zorgverzekeraar vergoed heeft gekregen

vraag 22	N	
Geen hulpmiddelen vergoed gekregen	5173	67,90
Verzorgingsmiddelen	124	1,63
Gebitsprothesen	259	3,40
Orthesen en schoenvoorzieningen	168	2,21
Hulpmiddel voor slecht gehoor	94	1,23
Hulpmiddel voor slechte ogen	896	11,76
Diabetes hulpmiddelen	110	1,44
Aangepaste inrichting in huis wegens functiebeperking	9	0,12
Hulpmiddel voor functieverlies van aderen/lymfevaten	125	1,64
Hulpmiddel voor ademhalingsproblemen	39	0,51
Hulpmiddel voor vervanging ledemaat of lichaamsdeel	15	0,20
Hulpmiddel voor communicatie, informatievoorziening en communicatie	6	0,08
Hulpmiddel voor beperkte mobiliteit	118	1,55
Hulpmiddel voor voeding	5	0,07
Hulpmiddel voor behandeling	33	0,43
Anders	445	5,84