

Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars

CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2007

NIVEL:

D. de Boer

M. Hendriks

O.C. Damman

P. Spreeuwenberg

J. Rademakers

Centrum Klantervaring Zorg:

D.M.J. Delnoij

S. van der Meulen-Arts



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

ISBN 978-90-6905-876-4

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2007 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Inhoud

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
1.1 Vraaggestuurde gezondheidszorg	7
1.2 Meten van consumentenervaringen	9
1.3 www.kiesBeter.nl	9
1.4 Het huidige onderzoek	10
1.5 Opzet van het rapport	11
2 Methode	13
2.1 Dataverzameling	13
2.2 Steekproeftrekking van respondenten	14
2.3 Deelnemers	14
2.4 Vragenlijst	15
2.4.1 Aanpassingen aan de vragenlijst ten opzichte van 2006	16
2.5 Selectie van aspecten	17
2.6 Schaalconstructie	18
2.6.1 Ervaringen met de zorg	18
2.6.2 Ervaringen met de zorgverzekeraar	18
2.7 Statistische analyses	19
3 Beschrijving van de steekproef	21
3.1 Representativiteit van de steekproef	21
3.2 Respons van de verzekerden	22
3.3 Selectie van verzekerden	23
3.3.1 Naam van de zorgverzekeraar	23
3.3.2 Hulp bij het invullen van de vragenlijst	24
3.3.3 Compleetheid van invullen	24
3.3.4 Skip-instructies	25
3.4 Non-respons analyse	25
3.5 Achtergrondkenmerken van de respondenten	26
3.5.1 Verzekering	28
4 Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraar	29
4.1 Ervaringen van de verzekerden voor alle zorgverzekeraars gezamenlijk	29
4.1.1 Ervaringen met de zorg	29
4.1.2 Ervaringen met de zorgverzekeraar	29
4.2 Verschillen in ervaringen tussen zorgverzekeraars	31
4.2.1 Ervaringen met de zorg	32

4.2.2	Ervaringen met de zorgverzekeraar	32
4.3	Indeling van de zorgverzekeraars in drie groepen	33
4.4	Verschillen in ervaringen van verzekerden in de jaren 2006/2007, 2005/2006 en 2004/2005	35
5	Algemene samenvatting en discussie	37
5.1	Doel van het onderzoek	37
5.2	Opzet van het onderzoek	37
5.3	De ervaren kwaliteit van de zorg en de service van de zorgverzekeraar	38
5.4	Ervaren verschillen in kwaliteit tussen zorgverzekeraars	38
5.5	Een vergelijking tussen de jaren 2006/2007 en 2005/2006	38
5.6	Consumenteninformatie over de prestaties van zorgverzekeraars	39
5.7	Toekomstig gebruik van de vragenlijst	41
5.8	Tot slot	42
	Literatuur	43
	Bijlagen:	
Bijlage 1:	CQI Zorg en Zorgverzekering, vragenlijst met belangscores	45
Bijlage 2:	Consumenteninformatie over de prestaties van zorgverzekeraars	61
Bijlage 3:	Gemiddelde scores en betrouwbaarheidsintervallen per kwaliteitsaspect	75
Bijlage 4:	Percentages gegeven antwoorden en de gemiddelde score per vraag over alle zorgverzekeraars	89

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 derde achtereenvolgende jaar uitgevoerd, deze keer in samenwerking met het Centrum Klantervaring Zorg.

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

NIVEL/CKZ

Utrecht, november 2007

1 Inleiding

Op 6 december 2005 opende de minister van VWS de keuzesite Zorgverzekeringen op www.kiesBeter.nl. In 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 2006 naar de ervaringen van verzekerden met hun huidige zorgverzekeraar en de geleverde zorg. Eind 2007 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

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

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

Een vraaggestuurde benadering houdt in dat er een grote rol is weggelegd voor de vraag en de behoeften van patiënten en consumenten. De gedachte is dat goed geïnformeerde

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

Wil de vraagsturing binnen de gezondheidszorg slagen, dan moeten consumenten kunnen en willen kiezen. Vóór de invoering van de Zorgverzekeringswet, stapte jaarlijks niet meer dan 3 tot 4% van de verzekerden over naar een ander ziekenfonds (Kerssens et al., 2002; Van der Schee et al., 2005). Toen zorgverzekeraars zich met de invoering van de Zorgverzekeringswet meer zijn gaan profileren om de gunst van de verzekerde, is ongeveer één vijfde (20%) van de verzekerden overgestapt naar een andere zorgverzekeraar (De Jong et al., 2006a; Smit en Mokveld, 2006). Dit percentage heeft de verwachtingen overtroffen. Vorig jaar stapten beduidend minder verzekerden over naar een andere verzekeraar, namelijk 5% (De Jong en Groenewegen, 2007). Het is echter te vroeg om te zeggen dat de scepsis die soms bestaat ten aanzien van de wil van consumenten om te kiezen en te wisselen (Hurenkamp en Kremer, 2005; Schwartz, 2004), terecht is. Het is immers mogelijk dat verzekerden meer ervaring behoeven met hun verzekeraar in het nieuwe stelsel, alvorens een overstap naar een andere verzekeraar te overwegen. Dit laatste geldt in het bijzonder voor de 20% die in het eerste jaar is overgestapt (De Jong en Groenewegen, 2007). De vraag is of veel mensen blijven wisselen in de toekomst en welke motieven om te wisselen gaan prevaleren.

De belangrijkste redenen voor consumenten om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar zijn een collectief aanbod en de premie die betaald moet worden (Delnoij et al., 2003; De Jong et al., 2006a; De Jong et al., 2006b; De Jong en Groenewegen, 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 geen belangrijke reden te zijn geweest om over te stappen. Kiezen op kwaliteit van de service en op kwaliteit van de geleverde zorg is echter wel een belangrijke voorwaarde voor meer vraagsturing binnen de zorg (Boelema, 2005). Mogelijk gaat er na een concurrentiestrijd om de premies een concurrentiestrijd plaatsvinden om de kwaliteit van zorgverzekeraars (Douven en Schut, 2006). Daarom is het erg belangrijk om de kwaliteit van de service van zorgverzekeraars en de door hen

geleverde zorg jaarlijks in kaart te brengen en de resultaten om te vormen naar keuze-informatie voor consumenten.

1.2 Meten van consumentenervaringen

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

De Consumer Quality Index (CQI) is een gestandaardiseerde methode om de kwaliteit van de zorg en de service te meten vanuit patiëntenperspectief (Delnoij, 2006). Deze methode is gebaseerd op de CAHPS-systematiek uit de Verenigde Staten (Cleary en Edgman-Levitan, 1997; Darby et al., 2006; Zaslavsky et al., 2001; Zaslavsky et al., 2002) en de QUOTE-meetinstrumenten van het NIVEL (Van Campen et al., 1997; Van Campen et al., 1998; Sixma et al., 1998). Centraal in de vragenlijsten staan de ervaringen van de consumenten zelf. De methodiek van de CQ-index staat beschreven in het Handboek CQI Meetinstrumenten (Sixma et al., 2007). Algemene CQI-vragenlijsten zijn ontwikkeld voor het meten van ervaringen met de zorg en zorgverzekeraars, verpleging, verzorging en thuiszorg en de gehandicaptenzorg. Daarnaast zijn CQI-vragenlijsten ontwikkeld voor specifieke zorg zoals staaroperaties en heup/knieoperaties. Ten slotte zijn er op dit moment nog 14 CQI-vragenlijsten in ontwikkeling voor de volgende sectoren en aandoeningen: diabetes, huisartsenzorg, eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg, (ambulante) GGZ, farmacie, mammacare, reumatoïde artritis, COPD ketenzorg, jeugdgezondheidszorg, geboortezorg, rughernia en spataderzorg.

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

1.3 www.kiesBeter.nl

Om weloverwogen te kunnen kiezen tussen zorgverzekeraars moeten consumenten beschikken over toegankelijke en vergelijkbare informatie over de prestaties van zorgverzekeraars en de door hen gecontracteerde zorgaanbieders. Op initiatief van het ministerie van VWS is daarom de internetsite www.kiesBeter.nl opgezet. Deze site van

het RIVM bevat onder andere keuze-informatie over ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorginstellingen en medicijnkosten. Het doel is om mensen te helpen bij het maken van keuzes in de zorg. Op 6 december 2005 opende de minister van VWS de keuzesite www.kiesBeter.nl/zorgverzekeringen. In deze keuzesite kunnen mensen zorgverzekeraars vergelijken wat betreft premie, dekking en service.

Het NIVEL heeft in 2005 en 2006 met behulp van de CQI Zorg en Zorgverzekering de ervaringen van verzekerden met hun zorgverzekeraar en de geleverde zorg gemeten (Hendriks et al., 2005; Damman et al., 2006). De informatie in de keuzesite Zorgverzekeringen over de service van zorgverzekeraars is gebaseerd op dit onderzoek. De belangrijkste uitkomsten van de meting in 2006 waren dat: a) verzekerden over het algemeen positieve ervaringen hebben met de zorg en de zorgverzekeraar; b) de toestemmingsprocedure voor het krijgen van bepaalde zorg verbeterd kan worden; c) de zorgverzekeraars nauwelijks verschilden wat betreft ervaringen van hun verzekerden met de zorg; d) de zorgverzekeraars wél verschilden wat betreft ervaringen van hun verzekerden met de service; en e) dat er wat dat betreft voornamelijk verschillen bestonden tussen zorgverzekeraars op het algemene waarderingscijfer dat werd gegeven, de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice, het krijgen van de benodigde hulp van de klantenservice en de manier waarop rekeningen werden afgehandeld. Hiermee komen de uitkomsten van 2006 overeen met die uit 2005.

1.4 Het huidige onderzoek

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

De vragen in de vragenlijst over de ervaringen met de zorg hebben alleen betrekking op ambulante medische zorg, zoals die verleend wordt door de huisartsen, huisartsenposten, specialisten werkzaam in ziekenhuizen en de eerste hulpafdelingen van ziekenhuizen. De reden daarvoor is een pragmatische: in het huidige onderzoek werd de vragenlijst uitgezet onder steekproeven van 750 willekeurige verzekerden per zorgverzekeraar. Het aantal mensen in zo’n steekproef dat ervaring heeft met meer specifieke vormen van zorg (bijvoorbeeld thuiszorg, klinische ziekenhuiszorg of GGZ) is te klein om naar de ervaringen hiermee te vragen. Informatie over aandoeningspecifieke zorg en de prestaties van intramurale zorgaanbieders wordt apart verzameld via andere CQI-vragenlijsten. 100 van de 750 verzekerden per zorgverzekeraar kregen een uitgebreide versie van de

CQI Zorg en Zorgverzekering toegestuurd inclusief zogenaamde belangvragen. Deze belangvragen gaan over het belang dat verzekerden hechten aan bepaalde aspecten van de dienstverlening van de zorgverzekeraar en worden gebruikt om te bepalen welke aspecten in aanmerking komen voor publicatie op www.kiesBeter.nl.

De vragen van het onderzoek kunnen als volgt worden samengevat:

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

1.5 Opzet van het rapport

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

2 Methode

2.1 Dataverzameling

De zorgverzekeraars die deelnamen aan het onderzoek werd gevraagd om per ‘label/resultaat verantwoordelijke eenheid’ de adresgegevens van 750 verzekerden te verstrekken.¹ Een label/resultaat verantwoordelijke eenheid is de naam waaronder de zorgverzekeraar polissen aanbiedt aan de consument. Sommige zorgverzekeraars hebben meerdere labels. Om informatie over de ervaringen van de verzekerden te verzamelen, werd een vragenlijst verstuurd naar de verzekerden van de verschillende labels.

De dataverzameling (verzending en invoer van de vragenlijsten) vond centraal plaats bij een daarin gespecialiseerde bedrijf, een zogenoemd mailhouse. Bij de verzending van de vragenlijst volgden we de Dillman-methode (Groves et al., 2002), waarbij respondenten drie herinneringen ontvangen volgens het volgende tijdschema:

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

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

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

week 7: een laatste brief ter herinnering.

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

Het Centrum Klantervaring Zorg financierde de analyse en rapportage van de gegevens. De kosten van de dataverzameling en het invoeren van de vragenlijsten waren voor

¹ Dit aantal is gebaseerd op een powerberekening met behulp van de gegevens uit een pilot-onderzoek voor Agis (Delnoij et al., 2005; www.nivel.nl/consumentenpanel). Uit deze berekening blijkt dat wanneer de prestaties van twee zorgverzekeraars met elkaar worden vergeleken aan de hand van de waarderingscijfers in de CAHPS, bij een aantal van ongeveer vijftig respondenten per zorgverzekeraar verschillen in cijfers van 0,5 hoger of lager significant kunnen worden aangetoond. Bij een aantal van ongeveer 300 respondenten per zorgverzekeraar kunnen verschillen in cijfers van 0,2 hoger of lager significant worden aangetoond. Om verschillen van 0,1 hoger of lager significant aan te tonen, is een aantal van ongeveer 1.000 respondenten per zorgverzekeraar nodig. Bij deze berekeningen is uitgegaan van een α van .05 en een power van .80. In dit onderzoek wordt gestreefd naar 300 respondenten per verzekeraar. Bij een verwachte netto-respons van 40% (de netto-respons in het onderzoek van vorig jaar) moeten daarom 750 vragenlijsten per verzekeraar worden verstuurd.

rekening van de deelnemende zorgverzekeraars. Deelnemende zorgverzekeraars ontvangen als tegenprestatie een spiegelrapportage over hun eigen prestaties in vergelijking tot het gemiddelde van alle zorgverzekeraars.

2.2 Steekproeftrekking van respondenten

Om een aselechte steekproef te garanderen, ontvingen de zorgverzekeraars richtlijnen om de verzekerden uit hun bestand te selecteren. Deze richtlijnen waren in grote lijnen dezelfde als de richtlijnen die zijn gebruikt in de onderzoeken van voorgaande jaren. Deze bleken voor de zorgverzekeraars goed hanteerbaar te zijn. De zorgverzekeraars werd als eerste gevraagd om het gehele verzekerdenbestand op te splitsen per label/resultaat verantwoordelijke eenheid, indien de organisatie uit meerdere labels/resultaat verantwoordelijke eenheden bestond (stap 1). De volgende stappen dienden in dat geval per label/resultaatverantwoordelijke eenheid te worden uitgevoerd. Als eerste kregen de zorgverzekeraars de opdracht om alle personen die aangaven liever niet benaderd te worden voor enquêtes of onderzoeken te verwijderen (stap 2). De volgende stap was het verwijderen van personen die zijn overleden of een verkeerd adres hebben (stap 3). Daarna dienden alle personen verwijderd te worden die jonger dan 18 waren (geboren na juni 1989; stap 4). Na deze stap werd gevraagd om van de groep verzekerden die is overgebleven de gemiddelde leeftijd en het aantal mannen en vrouwen te noteren (stap 5). Vervolgens moesten de zorgverzekeraars de overgebleven personen op volgorde van verzekeringsnummer zetten, van laag naar hoog. De zorgverzekeraars werd gevraagd om uit deze groep verzekerden willekeurig 750 personen te kiezen door iedere X^e verzekerde te selecteren, waarbij X de uitkomst was van het aantal resterende verzekerden gedeeld door 750 (stap 6).

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

2.3 Deelnemers

We hebben alle zorgverzekeraars die op de internetsite van Zorgverzekeraars Nederland (www.zn.nl) vermeld stonden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. In totaal besloten 15 zorgverzekeraars mee te doen, die tezamen 32 labels/resultaat verantwoordelijke eenheden vertegenwoordigen. In tabel 2.1 staan de deelnemende labels weergegeven. Twee zorgverzekeraars namen niet deel aan het onderzoek. In één geval is geen reden opgegeven, in het andere geval heeft de verzekeraar niet meegedaan wegens een opkomende fusie. In totaal ontvingen we van de deelnemende labels 23.970 adressen

van verzekerden. Het mailhouse benaderde al deze verzekerden met de vragenlijst, bedankkaartjes en eventuele herinneringen volgens de Dillman-methode (zie ook: paragraaf 2.1).

Tabel 2.1 Deelnemende labels/zorgverzekeraars

zorgverzekeraar	label
Agis Zorgverzekeringen	Agis Pro Life
Achmea Zorg	DVZ Achmea FBTO Groene Land Achmea Interpolis ZorgActief OZF Achmea PWZ Achmea Zilveren Kruis Achmea
Azivo	Azivo
CZ	CZ
De Friesland Zorgverzekeraar	De Friesland Zorgverzekeraar
Delta Lloyd	Delta Lloyd
Fortis Zorgverzekeringen	De Amersfoortse Fortis ASR
Menzis	AnderZorg Menzis
OHRA	OHRA
ONVZ	ONVZ
PNO Ziektekosten	PNO Ziektekosten
Salland	Salland
UVIT	De Goudse IZZ Zorgverzekeraar IZA Zorgverzekeraar Univé SIZ Trias VGZ Zorgverzekeraar UMC
DSW	DSW Stad Holland Zorgverzekeraar
Zorg en Zekerheid	Zorg en Zekerheid

2.4 Vragenlijst

De CQI Zorg en Zorgverzekering (zie bijlage 1) is grotendeels ontwikkeld door het NIVEL en de vakgroep Sociale Geneeskunde van het AMC, op basis van de Amerikaanse CAHPS 3.0 Adult Commercial Questionnaire (Delnoij et al., 2005; Delnoij et al., 2006). De vragenlijst meet de ervaringen van verzekerden met de zorg (vraag 1 t/m 43) én met de zorgverzekeraar (vraag 44 t/m 84). De vragenlijst sluit af met enkele vragen naar achtergrondkenmerken van respondenten, zoals leeftijd en geslacht (vraag 85 t/m 101).

De vragen betreffen de ervaringen van verzekerden in de afgelopen 12 maanden (juni 2006-juni 2007). Respondenten die korter dan één jaar bij hun zorgverzekeraar verzekerd zijn, worden gevraagd alleen hun ervaringen met de huidige zorgverzekeraar aan te geven.

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 variëren van 'groot probleem', 'klein probleem' tot 'geen probleem'.
- 3 Vragen die nagaan met welke frequentie aan kwaliteitseisen is voldaan. De antwoordcategorieën variëren van 'nooit', 'soms', 'meestal' tot 'altijd'.
- 4 Een vraag naar een waarderingscijfer variërend van 0 ('slechtst mogelijk') tot 10 ('best mogelijk').

2.4.1 Aanpassingen aan de vragenlijst ten opzichte van 2006

Op enkele aspecten is de vragenlijst aangepast ten opzichte van vorig jaar. Zo is de vraag 'Bij welke zorgverzekeraar bent u verzekerd?' dit jaar niet langer een open vraag, maar een vraag met 36 antwoordcategorieën. De eerste 35 categorieën bevatten een verzekeraarslabel, de 36^e categorie betreft 'Anders, namelijk'. Daarnaast is de vraag 'Bent u met de invoering van het nieuwe zorgstelsel (januari 2006) verandert van zorgverzekeraar?' dit jaar geschrapt en is de vraag naar het belang van het krijgen van de benodigde hulp via email verplaatst naar de vragenlijst met belangvragen. Dit jaar wordt voor het eerst gevraagd naar de vier cijfers van de postcode, zodat bepaald kan worden in hoeverre de regio waarin verzekerden wonen van invloed is op de antwoorden van verzekerden.

Tot slot is dit jaar, evenals in 2005, gevraagd naar het belang dat verzekerden hechten aan verschillende aspecten van de service van de zorgverzekeraar. Per verzekeraar hebben 100 verzekerden een uitgebreide versie van de CQI Zorg en Zorgverzekering ontvangen. In deze uitgebreide versie zijn de zogenaamde belangvragen toegevoegd. De belangvragen kennen een 4-puntsschaal met de volgende categorieën: van het allergrootste belang (1), van groot belang (2), belangrijk (3) en eigenlijk niet zo belangrijk (4). De gemiddelde belangsscores per aspect worden gebruikt om te bepalen welke aspecten in aanmerking komen voor publicatie op www.kiesBeter.nl en om verbeterscores per verzekeraar te berekenen. Vanuit de veronderstelling dat het ervaren belang van de aspecten redelijk constant is, zijn de belangvragen vorig jaar achterwege gelaten.

2.5 Selectie van aspecten

De gegevens uit de CQI Zorg en Zorgverzekering worden gebruikt voor keuze-informatie op www.kiesBeter.nl. Hiertoe is een selectie gemaakt van items die worden gepresenteerd. Ten behoeve van deze selectie zijn we tijdens de eerste meting in 2005 nagegaan welke aspecten verzekerden belangrijk vinden als het gaat om de dienstverlening van de zorgverzekeraar. Dit jaar hebben we dit herhaald om vast te stellen of de presentatie op www.kiesBeter.nl nog steeds aansluit bij de wensen en behoeften van verzekerden. De belangvragen kennen een 4-puntsschaal variërend van 'van het allergrootste belang' (1) tot 'eigenlijk niet zo belangrijk' (4).

Tabel 2.2 Gemiddelde belangscore per kwaliteitsaspect voor 2007

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

Tabel 2.2 laat zien dat vrijwel alle kwaliteitsaspecten door de meeste respondenten worden aangeduid als zijnde 'van groot belang' of 'van het allergrootste belang'. Uitzonderingen hierop vormen de aspecten 'Ontvangen hulp van de zorgverzekeraar bij het krijgen van benodigde zorg', 'Gebruik kunnen maken van hulpverleners met wie de zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten', 'Hulp van zorgverzekeraar via email' en 'De zorgverzekeraar heeft een kantoor in de buurt'. Deze aspecten worden minder belangrijk gevonden dan de andere aspecten.

De belangscores in tabel 2.2 zijn gerangschikt in volgorde van belangrijkheid. De belangscores en volgorde van belangrijkheid van dit jaar zijn vrijwel identiek aan die van 2005 (Hendriks et al., 2005). De enige uitzondering hierop vormen de aspecten 'De

zorgverzekeraar handelt rekeningen binnen een redelijke termijn af' en 'Van tevoren is duidelijk hoeveel moet worden (bij)betaald voor zorg'. Ten opzichte van 2005 zijn deze twee aspecten van plaats gewisseld, maar evenals in 2005 is het verschil in belangscore marginaal. Kortom, de selectie die in 2005 is gemaakt voor publicatie op www.kiesBeter.nl is nog steeds van toepassing.

2.6 Schaalconstructie

Dit jaar zijn dezelfde schalen gebruikt als voorgaande jaren voor de verschillende kwaliteitsaspecten. Zo zorgden we voor zoveel mogelijk overlap tussen de verschillende metingen. De betrouwbaarheden van de zes schalen werden opnieuw vastgesteld door middel van Cronbach's alpha.

2.6.1 Ervaringen met de zorg

Er werd een schaal gevormd van vijf items over de bejegening door artsen en zorgverleners. Aan de respondenten werd gevraagd hoe vaak artsen en andere zorgverleners beleefd en respectvol waren, behulpzaam waren, met aandacht luisterden, dingen begrijpelijk uitlegden en voldoende tijd namen. De items over de 'bejegening door artsen en andere zorgverleners' vormden een betrouwbare schaal ($\alpha = .83$).

Daarnaast vormden we net als voorgaande jaar nog twee andere betrouwbare schalen: 'toegankelijkheid van de zorg' en 'het krijgen van de benodigde hulp'. De schaal toegankelijkheid van de zorg ($\alpha = .77$) bestaat uit acht items die vragen naar problemen bij het vinden van een huisarts, het krijgen van een verwijzing voor een specialist, het krijgen van een afspraak met een specialist, het telefonisch bereiken van de dokterspraktijk tijdens kantooruren, het telefonisch bereiken van de dokterspraktijk buiten kantooruren, het krijgen van een behandeling of onderzoek, het moeten wachten op een behandeling of onderzoek en het moeten reizen voor een behandeling of onderzoek.

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

2.6.2 Ervaringen met de zorgverzekeraar

In navolging van de bejegening door artsen en andere zorgverleners is de bejegening door de medewerkers van de zorgverzekeraar nagevraagd. De items hadden betrekking op hoe vaak medewerkers van de zorgverzekeraar beleefd en respectvol waren, behulpzaam waren, met aandacht luisterden, dingen begrijpelijk uitlegden en voldoende tijd namen. De betrouwbaarheid van deze schaal was hoog ($\alpha = .91$).

Verder konden drie items rondom informatievoorziening samengenomen worden in een schaal ($\alpha = .76$). Op deze items gaven de respondenten aan in hoeverre het een probleem was om opgestuurde informatie over de zorgverzekeraar te begrijpen, informatie over de zorgverzekeraar zelf te vinden en zelf gevonden informatie te begrijpen. Als laatste vormden de twee vragen over hoe vaak de zorgverzekeraar rekeningen correct en snel afhandelden een schaal ($\alpha = .70$).

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

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

Het enige verschil met voorgaande jaren is dat het item ‘aantal klachten over de zorgverzekeraar’ dit jaar niet gepresenteerd wordt omdat een laag aantal klachten geen eenduidige maat voor de kwaliteit van de zorgverzekeraar is. Een laag aantal klachten kan namelijk zowel een goede prestatie van de zorgverzekeraar als ook een slecht toegankelijke klachtenprocedure betekenen.

In dit rapport wordt ook nog aandacht besteedt aan de aspecten ‘ervaren problemen bij het ontvangen van niet-gecontracteerde zorg’ en ‘ervaren problemen bij uitstel van zorg tijdens wachten op goedkeuring van de zorgverzekeraar’. Deze aspecten worden niet gepresenteerd op www.kiesBeter.nl omdat er per zorgverzekeraar niet genoeg verzekerden waren die hier ervaring mee hadden. Daarom worden in dit rapport de resultaten op deze aspecten voor alle zorgverzekeraars tezamen gepresenteerd.

2.7 Statistische analyses

Met behulp van beschrijvende statistiek in SPSS 14.0 werden de ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraar in kaart gebracht. Eerst bekeken we de ervaringen van alle verzekerden gezamenlijk, onafhankelijk van de zorgverzekeraar. Vervolgens werden deze ervaringen per zorgverzekeraar geanalyseerd, omdat de resultaten op www.kiesBeter.nl per zorgverzekeraar zijn gepresenteerd. Per persoon berekenden we het gemiddelde voor de schalen, maar alléén indien de persoon minimaal de helft van de bijbehorende items had ingevuld. Tevens werden daarnaast composiet-scores voor deze schalen berekend op basis van de frequentieverdelingen. Bij composietscores wordt per antwoordcategorie de gemiddelde frequentie berekend.

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

verschillende zorgverzekeraars verschillende ervaringen hebben met de zorg en de zorgverzekeraar.

In deze multilevel regressie-analyses werd rekening gehouden met de gelaagdheid van de gegevens. We onderscheidden twee hiërarchische niveaus: het niveau van label (N=32) en het niveau van de verzekerde (N=8.088). De intra-klasse correlatie (ICC) die uit de regressie-analyses naar voren komt, geeft het percentage van de totale variantie weer dat is toe te schrijven aan de verschillen tussen zorgverzekeraars. Hoe hoger het percentage, hoe groter de verschillen tussen zorgverzekeraars. Of de verschillen tussen zorgverzekeraars ook significant zijn, werd bepaald met een tweezijdige chi-kwadraat toets.

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

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

3 Beschrijving van de steekproef

3.1 Representativiteit van de steekproef

Om te bekijken of de personen die een vragenlijst ontvingen representatief waren voor de verzekerdenpopulatie van de bijbehorende zorgverzekeraar werden deze twee groepen met elkaar vergeleken wat betreft leeftijd en geslacht. Van de 750 geselecteerde verzekerden per verzekeraar waren geboortedatum en geslacht bekend. We berekenden de leeftijd van de verzekerden met als peildatum 31 mei 2007. Daarnaast verstrekten de zorgverzekeraars informatie over de gemiddelde leeftijd en het aantal mannen en vrouwen van de groep verzekerden waaruit de 750 personen waren geselecteerd (zie paragraaf 2.2). Er werd bekeken of de gemiddelde leeftijd en de percentages mannen en vrouwen van beide groepen verschilden door te bepalen of de populatiewaarden binnen het 95%-betrouwbaarheidsinterval vielen van de steekproefwaarden (zie tabel 3.1).

Wat betreft leeftijd valt uit tabel 3.1 op te maken dat de steekproeven van acht labels niet representatief waren voor hun totale verzekerdenpopulatie. Dit was het geval bij DSW, FBTO, IZZ Zorgverzekeraar, OHRA, SIZ, Univé, VGZ en Zorgverzekeraar UMC. De verschillen waren het grootst bij OHRA, VGZ en Zorgverzekeraar UMC. Kijken we naar de geslachtsverdeling, dan zien we dat de steekproeven van zes labels niet representatief waren voor de verzekerdenpopulaties. Dit gold voor AnderZorg, Azivo, FBTO, IZA Zorgverzekeraar, VGZ en Zorgverzekeraar UMC. Voor AnderZorg, IZA Zorgverzekeraar en Zorgverzekeraar UMC waren de verschillen het grootst.

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

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

label	populatie			steekproef		
	leeftijd	% man	% vrouw	leeftijd	% man	% vrouw
Agis	49,3	46,2	53,8	48,8 (47,5 – 50,2)	43,3 (39,8 – 46,9)	56,7 (53,1 – 60,2)
AnderZorg	40,6	53,8	46,2	40,3 (39,1 – 41,5)	67,8 (64,5 – 71,2)	32,2 (28,8 – 35,5)
Azivo	46,0	46,6	53,4	44,9 (43,7 – 46,1)	42,8 (39,3 – 46,3)	57,2 (53,7 – 60,7)
CZ	47,9	50,0	50,0	47,5 (46,2 – 48,8)	49,3 (45,8 – 52,9)	50,7 (47,1 – 54,3)
De Amersfoortse	46,4	53,4	46,6	45,6 (44,5 – 46,7)	54,7 (51,2 – 58,3)	45,3 (41,7 – 48,8)
De Friesland Zorgverzekeraar	47,3	47,8	52,2	48,2 (46,9 – 49,5)	47,5 (43,9 – 51,0)	52,5 (49,0 – 56,1)
De Goudse	46,7	55,5	44,5	46,2 (45,0 – 47,4)	55,8 (52,2 – 59,3)	44,2 (40,7 – 47,8)
Delta Lloyd	60,2	50,2	49,8	60,0 (58,6 – 61,3)	51,5 (47,9 – 55,1)	48,5 (45,0 – 52,1)
DSW	45,7	46,2	53,8	47,5 (46,2 – 48,8)	44,9 (41,4 – 48,5)	55,1 (51,5 – 58,6)
DVZ Achmea	43,8	50,6	49,4	43,6 (42,4 – 44,8)	50,8 (47,2 – 54,4)	49,2 (45,6 – 52,8)
FBTO	43,0	66,8	33,2	44,7 (43,7 – 45,8)	70,7 (67,4 – 73,9)	29,3 (26,1 – 32,6)
Fortis ASR	46,9	57,0	43,0	46,0 (45,0 – 47,1)	58,2 (54,7 – 61,7)	41,8 (38,2 – 45,2)
Groene Land Achmea	48,1	48,1	51,9	46,3 (42,7 – 49,8)	46,3 (42,7 – 49,8)	53,7 (50,2 – 57,3)
Interpolis ZorgActief	44,3	51,9	48,1	43,3 (42,2 – 44,5)	54,0 (50,4 – 57,6)	46,0 (42,4 – 49,6)
IZA Zorgverzekeraar	53,4	49,5	50,5	54,1 (53,2 – 55,0)	62,9 (59,5 – 66,4)	37,1 (33,6 – 40,5)
IZZ Zorgverzekeraar	43,2	38,1	61,9	44,9 (43,9 – 45,8)	35,8 (32,4 – 39,2)	64,2 (60,8 – 67,7)
Menzis	48,0	48,8	51,2	47,6 (46,4 – 48,8)	47,7 (44,2 – 51,3)	52,3 (48,7 – 55,8)
OHRA	49,0	61,0	39,0	52,9 (51,6 – 54,2)	58,4 (54,9 – 61,9)	41,6 (38,1 – 45,1)
ONVZ	45,4	53,0	47,0	46,0 (45,0 – 47,0)	52,5 (49,0 – 56,1)	47,4 (43,9 – 51,0)
OZF Achmea	49,1	51,3	48,7	49,7 (48,4 – 50,9)	49,9 (46,3 – 53,5)	50,1 (46,6 – 53,7)
PNO Ziektelkosten	50,2	48,7	51,3	50,0 (48,8 – 51,2)	49,6 (46,0 – 53,2)	50,4 (46,8 – 54,0)
Pro Life	45,8	46,0	54,0	44,8 (43,5 – 46,1)	48,1 (44,6 – 51,8)	51,9 (48,3 – 55,5)
PWZ Achmea	50,8	43,9	56,1	50,4 (49,0 – 51,7)	44,3 (40,7 – 47,8)	55,7 (52,2 – 59,3)
Salland	48,8	46,5	53,5	47,9 (46,6 – 49,3)	46,5 (43,0 – 50,1)	53,5 (49,9 – 57,0)
SIZ	40,2	43,2	56,8	41,3 (40,3 – 42,4)	42,3 (38,8 – 45,7)	57,7 (54,1 – 61,2)
Stad Holland Zorgverzekeraar	41,9	52,4	47,6	42,3 (41,4 – 43,3)	52,1 (48,6 – 55,7)	47,9 (44,3 – 51,5)
Trias	48,7	46,1	53,9	49,2 (47,9 – 50,5)	44,9 (41,4 – 48,5)	55,1 (51,5 – 58,6)
Univé	47,1	49,9	50,1	45,7 (44,4 – 47,0)	48,0 (44,4 – 51,6)	52,0 (48,4 – 55,6)
VGZ	48,0	49,2	50,8	53,3 (52,1 – 54,5)	53,3 (49,7 – 56,8)	46,7 (43,2 – 50,3)
Zorg en Zekerheid	48,7	45,3	54,7	49,3 (48,0 – 50,6)	44,8 (41,2 – 48,4)	55,2 (51,6 – 58,8)
Zilveren Kruis Achmea	49,7	48,9	51,1	49,8 (48,4 – 51,1)	49,6 (46,0 – 53,2)	50,4 (46,8 – 54,0)
Zorgverzekeraar UMC	41,6	39,4	60,6	44,1 (43,3 – 45,0)	31,3 (28,0 – 34,7)	68,7 (65,4 – 72,0)

3.2 Respons van de verzekerden

De vragenlijst werd verstuurd naar 23.970 mensen. Van deze groep reageerden 13.069 mensen helemaal niet. 10.901 verzekerden stuurden een vragenlijst terug; 1.844 van deze vragenlijsten waren geheel leeg (zie figuur 3.1).

3.3 Selectie van verzekerden

De CQI-richtlijnen zoals beschreven in het Handboek CQI Meetinstrumenten (Sixma et al., 2007) specificeren welke respondenten moeten worden uitgesloten van de analyses. De volgende zijn in het huidige onderzoek gebruikt:

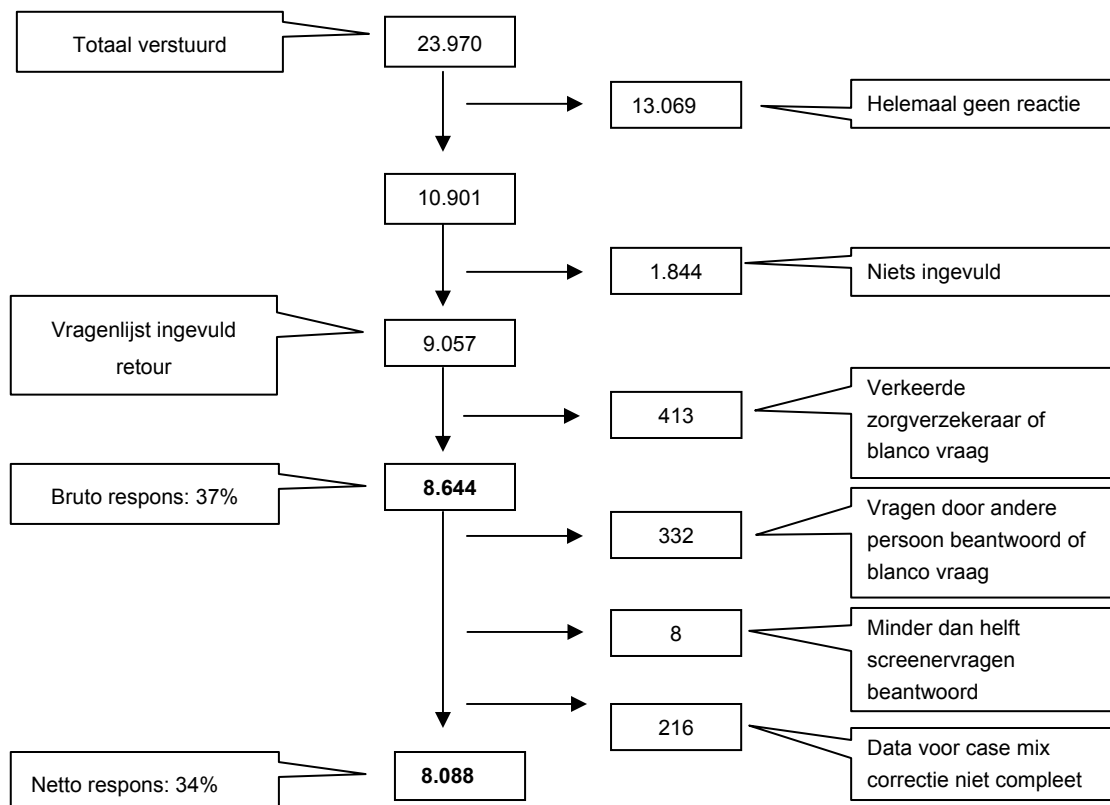
- 1 De respondent is niet bij de beoogde zorgverzekeraar verzekerd.
- 2 De respondent heeft de vragen door iemand anders laten beantwoorden.
- 3 De respondent heeft de vragenlijst niet compleet genoeg ingevuld.

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.

3.3.1 Naam van de zorgverzekeraar

9.057 personen retourneerden een ingevulde vragenlijst. Om zeker te kunnen zijn dat de respondenten afkomstig waren uit de aangeschreven steekproef, zijn alleen die personen meegenomen in de verdere analyses die dezelfde zorgverzekeraar opgaven als de zorgverzekeraar waarvan wij zijn of haar adres ontvingen. 413 respondenten gaven aan bij een andere zorgverzekeraar verzekerd te zijn of gaven geen enkele zorgverzekeraar op.

Figuur 3.1 Respons van de verzekerden



3.3.2 Hulp bij het invullen van de vragenlijst

De vragenlijst diende ingevuld te worden door de aangeschreven persoon. Mensen mochten hulp vragen bij het invullen, maar de antwoorden moesten wel van hen zelf komen. 332 personen gaven aan dat de vragenlijst door een ander was ingevuld of gaven geen antwoord op de vraag naar hulp bij het invullen. Deze personen werden uitgesloten van de verdere analyses.

3.3.3 Compleetheit van invullen

Een persoon werd alleen voor de verdere analyses geselecteerd indien hij of zij voldoende vragen had beantwoord. In het Handboek CQI Meetinstrumenten (Sixma en Delnoij, 2007) wordt een vragenlijst beschouwd als voldoende compleet ingevuld indien 50% of meer van de zogenoemde screenervragen zijn ingevuld. Screenervragen zijn die vragen die door iedere respondent ingevuld moeten worden. De CQI Zorg en Zorgverzekering bestaat uit 35 screenervragen. Van de overgebleven personen hadden 8 personen meer dan 17 van deze vragen niet ingevuld. Ten slotte zijn respondenten verwijderd die vragen naar leeftijd, opleiding of algehele gezondheid niet beantwoordden. Voor deze 216 respondenten kan namelijk geen adequate case-mix correctie plaatsvinden.

Tabel 3.2 Aantal respondenten (netto respons percentage) per label

label	N (%)	label	N (%)
Agis	235 (31,5%)	Menzis	253 (33,9%)
AnderZorg	196 (26,2%)	OHRA	225 (31,8%)
Azivo	233 (31,3%)	ONVZ	154 (20,8%)
CZ	232 (31,2%)	OZF Achmea	329 (44,3%)
De Amersfoortse	238 (32,4%)	Pro Life	289 (40,5%)
De Friesland Zorgverzekeraar	270 (36,1%)	PNO Ziektekosten	275 (36,9%)
De Goudse	193 (25,9%)	PWZ Achmea	213 (30,3%)
Delta Lloyd	257 (34,9%)	Salland verzekeringen	248 (33,3%)
DSW	269 (36,2%)	SIZ	253 (34,8%)
DVZ Achmea	312 (42,9%)	Stad Holland Zorgverzekeraar	215 (29,7%)
FBTO	250 (33,6%)	Trias	237 (31,2%)
Fortis ASR	192 (26,3%)	Univé	251 (34,4%)
Groene Land Achmea	265 (36,2%)	VGZ	278 (38,0%)
Interpolis ZorgActief	249 (34,0%)	Zilveren Kruis Achmea	248 (33,5%)
IZA Zorgverzekeraar	329 (44,5%)	Zorg en Zekerheid	248 (33,5%)
IZZ Zorgverzekeraar	353 (48,2%)	Zorgverzekeraar UMC	299 (41,0%)

Uiteindelijk resulteerden bovenstaande richtlijnen in het verwijderen van 969 personen (11%) en het selecteren van 8.088 personen (89%). Voor het berekenen van de netto respons werden conform de CQI-richtlijnen respondenten waarvan niet zeker was of zij tot de doelgroep behoorden (in dit geval de 413 mensen die een andere of geen

zorgverzekeraar opgaven) niet meegerekend in de noemer. De bruto-respons was $8.644/23.557 \times 100 = 37\%$ en de netto-respons was $8.088/23.557 \times 100 = 34\%$. Dit is een vrij lage respons. Tabel 3.2 laat zien hoeveel personen per label zijn meegenomen in de verdere analyses.

3.3.4 Skip-instructies

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

3.4 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. In navolging van de CQI-richtlijnen bestond de groep respondenten voor deze vergelijking uit alle personen die een ingevulde vragenlijst retourneerden en die bovendien aangaven verzekerd te zijn bij de zorgverzekeraar waarvan wij zijn of haar adres hadden ontvangen. Met andere woorden, bij de non-respons analyse gingen we uit van de bruto-respons. 8.644 (37%) van de 23.970 personen classificeerden we als respondent en de overige 15.326 (63%) personen als non-respondent.

Na beëindiging van de dataverzameling leverde het mailhouse een sleutelbestand met daarin de verzekerdennummers en de unieke identificatienummers van alle personen die een vragenlijst ontvingen. Vervolgens leverden de zorgverzekeraars een bestand aan met daarin geboortedatum en geslacht gekoppeld aan het verzekerdennummer. Door combinatie van deze twee bestanden werden leeftijd (peildatum is 31 mei 2007) en geslacht gekoppeld aan het unieke identificatienummer van alle personen in de steekproef. Vervolgens classificeerden we met behulp van het identificatienummer iedere persoon als respondent of als non-respondent en verwijderden we het verzekerdennummer. Het resultaat was een bestand met daarin het identificatienummer, leeftijd, geslacht en een variabele die aangaf of de persoon een respondent of non-respondent was. Het koppelbestand van het mailhouse werd na de analyse vernietigd.

De respondenten ($M=51,8$ jaar, $SD=16,9$) waren gemiddeld genomen ouder dan de non-respondenten ($M= 45,0$ jaar, $SD=17,0$; $F=883,5$, $p<.001$). 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 staat in tabel 3.4. Van 11 personen was het geslacht onbekend. Vrouwen bleken de vragenlijst meer te hebben ingevuld en geretourneerd dan mannen ($\chi^2=165,72$, $p<.001$).

Tabel 3.3 Respondenten en non-respondenten naar leeftijdscategorie

leeftijd	non-respondenten		respondenten		steekproef	
	N	%	N	%	N	%
18-24 jaar	1.806	11,7	544	6,4	2.350	9,8
25-34 jaar	2.776	18,2	1.015	11,7	3.791	15,8
35-44 jaar	3.556	23,2	1.389	16,1	4.945	20,6
45-54 jaar	2.877	18,7	1.742	20,1	4.619	19,3
55-64 jaar	2.180	14,2	1.826	21,1	4.006	16,7
65-74 jaar	1.181	7,7	1.324	15,3	2.505	10,5
75 jaar of ouder	946	6,2	797	9,2	1.743	7,3

Tabel 3.4 Respondenten en non-respondenten naar geslacht

geslacht	non-respondenten		respondenten		steekproef	
	N	%	N	%	N	%
man	8.077	52,7	3.805	44,0	11.882	49,6
vrouw	7.245	47,3	4.832	56,0	12.077	50,4

3.5 Achtergrondkenmerken van de respondenten

Deze paragraaf beschrijft enkele achtergrondkenmerken van de 8.088 personen van wie de gegevens meegenomen zijn in de verdere analyses en waarop de resultaten in hoofdstuk 4 zijn gebaseerd (zie paragraaf 3.3). In tegenstelling tot de vorige paragraaf wordt hier uitgegaan van de netto respons.

Onder de respondenten waren 3.589 (44,4%) mannen en 4.491 (55,5%) vrouwen (van 8 respondenten was het geslacht niet bekend). Tabel 3.5 toont de verdeling van de respondenten in leeftijdscategorieën. Het blijkt dat de meeste respondenten tussen de 35 en 74 jaar oud waren. Tabel 3.5 laat ook zien dat ruim de helft van de respondenten minimaal een diploma op het niveau van middelbaar beroepsonderwijs heeft behaald. De respondenten werd tevens gevraagd naar hun ervaren gezondheid. De meeste respondenten vonden hun gezondheid goed tot uitstekend. Slechts een minderheid was minder tevreden over zijn of haar gezondheid en noemt deze slecht tot redelijk. Er is ook een vraag gesteld naar het gezinsinkomen van de respondenten, waarbij er ook een optie was om aan te geven dat men hierover geen informatie wil verstrekken. Dit was het geval voor 2.049 mensen (26,3%). Van de respondenten die wel informatie gaven over hun inkomen, hadden 1.186 mensen (15,2%) een gezinsinkomen van meer dan €3.100 per maand.

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

	N	%
Leeftijd		
18-24 jaar	444	5,5
25-34 jaar	939	11,6
35-44 jaar	1.303	16,1
45-54 jaar	1.701	21,0
55-64 jaar	1.770	21,9
65-74 jaar	1.248	15,4
75 jaar of ouder	683	8,4
Opleiding		
geen opleiding	161	2,0
lagere onderwijs	474	5,9
lager of voorbereidend beroepsonderwijs	1.216	15,0
middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	1.389	17,2
middelbaar beroepsonderwijs	1.477	18,3
hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs	841	10,4
hoger beroepsonderwijs	1.651	20,4
wetenschappelijk onderwijs	664	8,2
anders	215	2,7
Ervaren gezondheid		
uitstekend	943	11,7
zeer goed	1.762	21,8
goed	4.152	51,3
redelijk	1.084	13,4
slecht	147	1,8
Netto gezinsinkomen per maand		
minder dan €1100	556	7,1
tussen €1100 en €1200	274	3,5
tussen €1200 en €1300	243	3,1
tussen €1300 en €1400	178	2,3
tussen €1400 en €1500	263	3,4
tussen €1500 en €1600	228	2,9
tussen €1600 en €1700	217	2,8
tussen €1700 en €1900	371	4,8
tussen €1900 en €2100	454	5,8
tussen €2100 en €2300	431	5,5
tussen €2300 en €2500	382	4,9
tussen €2500 en €2700	354	4,5
tussen €2700 en €2900	266	3,4
tussen €2900 en €3100	336	4,3
meer dan €3100	1.186	15,2

Het merendeel van de respondenten (N=7.476, 92,7%) was in Nederland geboren en had ook een vader (N=7.267, 91,0%) en/of een moeder (N=7.258, 90,8%) die in Nederland geboren is. Daarnaast spraken de meeste mensen thuis Nederlands (N=7.667, 97,0%). De meeste respondenten (N=4.050, 52,6%) hadden betaald werk. Ook waren er onder de

respondenten veel gepensioneerden (N=2.069, 26,9%). De overige mensen waren huisvrouw/man (N=923, 12,0%), arbeidsongeschikt (N=292, 3,6%), schoolgaand/studerend (N=252, 3,3%), of werkloos/werkzoekend (N=118, 1,5%).

3.5.1 Verzekering

We hebben twee vragen gesteld over hoe mensen verzekerd zijn. Eerst werd gevraagd of mensen individueel of collectief verzekerd zijn. Daarna werd naar de soort verzekering gevraagd: zorg in natura, restitutie of een combinatie van die twee. Ongeveer de helft van de respondenten (N=4.303, 53,2%) had een individuele verzekering. De overige respondenten waren collectief verzekerd: 28,0% (N=2.265) via zijn of haar werkgever, 8,2% (N=663) via de werkgever van zijn of haar partner, en 10,6% (N=857) niet via de werkgever. Een kwart van de respondenten (N=2.079, 25,7%) wist niet of hij/zij een 'zorg in natura polis' of een 'restitutiepolis' had. Van de mensen die dit wel wisten, had 49,6% (N=2.980) een 'zorg in natura polis', 22,3% (N=1.340) een 'restitutie polis' en 28,1% (N=1.689) een combinatie van zorg in natura en restitutie.

Ook is gevraagd naar het aantal jaren dat mensen verzekerd zijn bij de huidige zorgverzekeraar. Ongeveer de helft van de respondenten (N=3.979, 49,2%) was langer dan 10 jaar verzekerd bij de huidige zorgverzekeraar. Daarnaast was 4,5% (N=364) van de respondenten korter dan een jaar verzekerd bij de huidige zorgverzekeraar. Aan deze laatste groep respondenten is gevraagd om alleen hun ervaringen met de huidige zorgverzekeraar aan te geven.

4 Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraar

4.1 Ervaringen van de verzekerden voor alle zorgverzekeraars gezamenlijk

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

4.1.1 Ervaringen met de zorg

Uit figuur 4.1 blijkt dat verzekerden over het algemeen tevreden zijn over de zorg die ze ontvangen van de huisarts en de specialist die ze in het afgelopen jaar bezochten. Ook de gezondheidszorg in het algemeen krijgt van de meeste mensen een ruime voldoende.

Wat betreft de bejegening door artsen en andere zorgverleners geeft het merendeel van de respondenten aan dat artsen en zorgverleners hen altijd vriendelijk en met aandacht benaderden (zie figuur 4.3). Ruim een derde van de respondenten vindt dat dit meestal het geval was en slechts een kleine groep zegt nooit of soms vriendelijk en met aandacht benaderd te worden. Ook hadden verzekerden positieve ervaringen met de toegankelijkheid van zorg. Van de respondenten geeft 90,6% aan geen problemen gehad te hebben met dit aspect (zie figuur 4.2). Wat betreft het krijgen van de benodigde hulp in de zorg geeft 57,9% aan dit altijd te krijgen en 37,6% geeft aan dit meestal te krijgen.

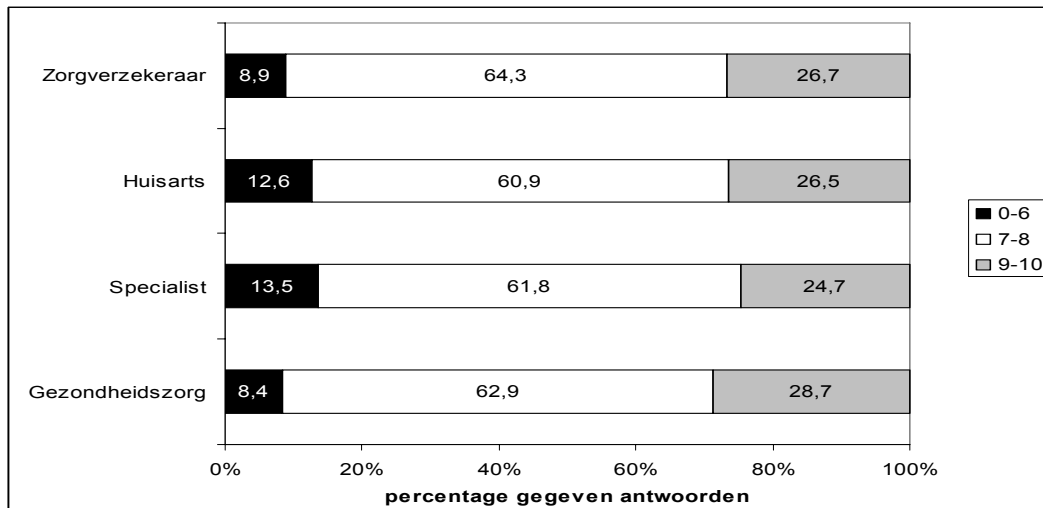
4.1.2 Ervaringen met de zorgverzekeraar

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

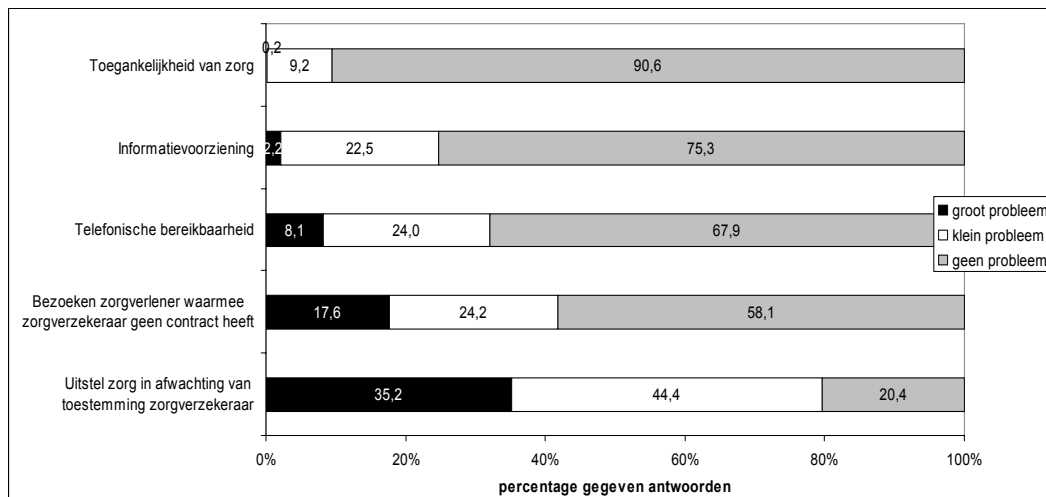
Uit figuur 4.2 blijkt dat men niet veel moeite heeft om informatie over de zorgverzekeraar te vinden en te begrijpen: 24,7% ervaart dit als een probleem, waarvan slechts 2,2% als een groot probleem. Het telefonisch bereiken van de klantenservice van de zorgverzekeraar wordt door ongeveer 30% van de respondenten als een probleem ervaren, waarvan 8,1% dit als een groot probleem ervaart. Van de kleine groep verzekerden ($n=108$) die uitstel van zorg heeft ervaren door het wachten op toestemming van de zorgverzekeraar, heeft 79,6 % problemen met dit uitstel, waarvan 35,2 % grote problemen. 516 mensen wilden een zorgverlener bezoeken waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft. Het

krijgen van deze zorg leidt bij 41,8% van deze mensen tot problemen. Bij deze laatste twee aspecten valt op dat het om kleine aantallen respondenten gaat. Dit wil zeggen dat weinig mensen er ervaring mee hebben. De mensen die er wel ervaring mee hebben, ondervinden wel moeilijkheden.

Figuur 4.1 Waarderingscijfers variërend van 0 tot 10

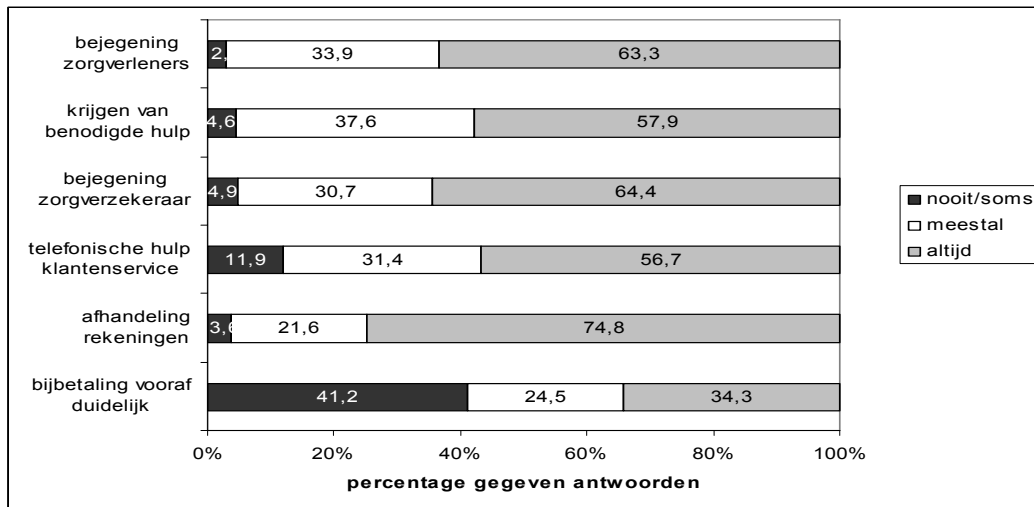


Figuur 4.2 Ervaren problemen met de toegang tot de zorg en de zorgverzekeraar



Figuur 4.3 laat zien dat een meerderheid vindt dat ze altijd vriendelijk en met aandacht wordt benaderd door medewerkers van de zorgverzekeraar. Een ruime meerderheid is ook van mening dat rekeningen altijd correct en snel worden afgehandeld. Iets meer dan de helft van de respondenten geeft aan altijd de benodigde telefonische hulp te krijgen van de klantenservice en ongeveer een derde van de respondenten geeft aan deze hulp meestal te krijgen. Duidelijkheid vooraf over bijbetaling wordt minder positief gewaardeerd: voor 41,2% van de respondenten is dit nooit/soms duidelijk.

Figuur 4.3 Frequentie waarmee aan kwaliteitseisen wordt voldaan



4.2 Verschillen in ervaringen tussen zorgverzekeraars

Met behulp van multilevel regressieanalyses is nagegaan of de ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars verschillen tussen zorgverzekeraars. De analyses kennen twee niveaus: het label van de zorgverzekeraar ($N=32$) en de respondent ($N=8.088$). Voor de verschillende zorgverzekeraars en het aantal bijbehorende respondenten die zijn meegenomen in de multilevel analyses verwijzen we naar tabel 3.2.

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

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

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

4.2.1 Ervaringen met de zorg

Uit de multilevel analyses blijkt dat er nauwelijks verschillen zijn tussen zorgverzekeraars wat betreft de ervaringen van verzekerden met de zorg (zie tabel 4.1). Dit blijkt uit de lage hoeveelheid variantie die kan worden toegeschreven aan verschillen in verzekeraars (ICC is kleiner dan 1%). Indien we rekening houden met de samenstelling van de verzekerdenpopulatie, daalt de hoeveelheid variantie die kan worden toegeschreven aan verschillen in verzekeraars nog verder. Zowel bij de analyses op de gecorrigeerde gegevens als bij de analyses op de ongecorrigeerde gegevens is geen van de ICC's significant.

Tabel 4.1 Multilevel analyses voor de ervaringen met de zorg

	ongecorrigeerde gegevens		gecorrigeerde gegevens	
	ICC	χ^2 (1 df)	ICC	χ^2 (1 df)
Algemeen oordeel huisarts (N=7553)	0,39%	3,68	0,15%	1,06
Algemeen oordeel specialist (N=3763)	0,42%	1,75	0,00%	0,00
Algemeen oordeel gezondheidszorg (N=4952)	0,18%	0,76	0,04%	0,06
Persoonlijke benadering door artsen en andere zorgverleners (N=4973)	0,51%	3,14	0,29%	1,51
Toegankelijkheid van de zorg (N=4232)	0,29%	1,29	0,24%	0,91
Krijgen van de benodigde hulp (N=3422)	0,33%	1,11	0,51%	1,97

ICC = Intra klasse-correlatie

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

4.2.2 Ervaringen met de zorgverzekeraar

De volgende analyses betreffen de verschillen in ervaringen met de zorgverzekeraar zelf. Tabel 4.2 laat zien dat de ervaringen van verzekerden met hun zorgverzekeraar op alle aspecten significant verschillen tussen zorgverzekeraars. Dit geldt zowel voor de ongecorrigeerde als de gecorrigeerde gegevens. De verschillen tussen zorgverzekeraars zijn het grootst voor de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice (6%), het algemene oordeel over de zorgverzekeraar (5%), duidelijkheid over de mate waarin moet worden bijbetaald voor zorg (4%) en het krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice (4%). Bij persoonlijke benadering door medewerkers, informatievoorziening door de zorgverzekeraar en afhandeling van de rekeningen zijn de ICC's lager en zijn er dus kleinere verschillen tussen de ervaringen van verzekerden van verschillende zorgverzekeraars.

Tabel 4.2 Multilevel analyses voor de ervaringen met de zorgverzekeraar

	ongecorrigeerde gegevens		gecorrigeerde gegevens	
	ICC	χ^2 (1 df)	ICC	χ^2 (1 df)
Algemeen oordeel zorgverzekeraar (N=7766)	4,73%	13,58***	4,83%	13,63***
Persoonlijke benadering door medewerkers van de zorgverzekeraar (N=2695)	3,07%	8,22**	2,87%	7,91**
Informatievoorziening van de zorgverzekeraar (N=1947)	2,97%	6,37*	3,00%	6,43*
Telefonische bereikbaarheid van de klantenservice (N=2754)	6,35%	11,41***	6,32%	11,39***
Krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice (N=2748)	3,96%	9,46**	3,92%	9,41**
Afhandeling van de rekeningen (N=4959)	2,86%	10,48**	2,71%	10,26**
Duidelijkheid over de mate waarin (bij)betaald moet worden voor zorg (N=3413)	4,02%	10,34**	3,88%	10,21*

ICC = Intra klasse-correlatie

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

4.3 Indeling van de zorgverzekeraars in drie groepen

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

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

In tabel 4.3 is te zien hoeveel zorgverzekeraars in de afgelopen drie jaren werden ingedeeld in de drie groepen. In bijlage 2 worden de resultaten op alle aspecten uitgesplitst weergegeven voor het huidige jaar (2006/2007). 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.

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

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

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

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

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

Globaal komen de resultaten over alle zorgverzekeraars heen grotendeels overeen met die van vorig jaar. Verzekerden zijn over het algemeen ook dit jaar vrij positief in hun oordeel. Dezelfde verbeterpunten als vorig jaar komen naar voren: de duidelijkheid over de mate waarin bijbetaald moet worden en de toestemmingsprocedure voor het krijgen van bepaalde medische zorg. De meest opvallende verschillen met de resultaten van vorig jaar (Damman et al., 2006) betreffen de klantenservice. Zo geeft 67,9% van de respondenten dit jaar aan geen probleem te ondervinden bij het telefonisch bereiken van de klantenservice ten opzichte van 52,7% vorig jaar. Daarnaast geeft 56,7% dit jaar aan dat ze altijd de benodigde telefonische hulp krijgen van de klantenservice ten opzichte van 48,5% vorig jaar. Wat betreft de afhandeling van rekeningen zegt dit jaar 74,8% van de respondenten dat rekeningen altijd correct en snel worden afgehandeld. Vorig jaar gold dit voor 69,2%.

Wanneer we de indeling in drie groepen zorgverzekeraars van dit jaar vergelijken met die van vorig jaar, is een interessante verandering zichtbaar. Voor vijf van de zeven aspecten van ervaringen met de zorgverzekeraar is te zien dat er dit jaar meer verzekeraars gemiddeld scoren (zie tabel 4.3). In de meeste gevallen is zowel de groep bovengemiddeld scorende zorgverzekeraars als de groep benedengemiddeld scorende zorgverzekeraars kleiner geworden ten gunste van de middengroep. Bij het krijgen van benodigde telefonische hulp van de klantenservice vindt de verschuiving echter primair plaats van benedengemiddeld naar gemiddeld. Eén van de uitzonderingen op de beweging naar het gemiddelde is het rapportcijfer, waar ongeveer evenveel verzekeraars in de middencategorie zitten als vorig jaar en waar verreweg de meeste verschillen tussen verzekeraars optreden. De range van rapportcijfers dit jaar (7,4 – 8,7) is wat groter dan vorig jaar (7,3 – 8,1). Dit is met name het gevolg van één hoog scorende verzekeraar die vorig jaar niet meedeed aan het onderzoek. Als we deze verzekeraar buiten beschouwing laten, dan is de range met een maximum van 8,2 vergelijkbaar met de range van vorig jaar. De andere uitzondering betreft het aspect ‘duidelijkheid over de mate waarin moet worden bijbetaald voor zorg’. Op dit aspect worden nu meer verschillen tussen zorgverzekeraars gevonden dan vorig jaar.

Wat betreft ervaringen met de zorg zijn er in de sterrenindeling enkele kleine verschuivingen ten opzichte van vorige jaren te zien, maar blijft het algemene beeld gelijk met weinig tot geen significante verschillen tussen zorgverzekeraars.

5 Algemene samenvatting en discussie

5.1 Doel van het onderzoek

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

Het NIVEL heeft in samenwerking met het Centrum Klantervaring Zorg een herhaalmeting uitgevoerd om de ervaringen van Nederlandse verzekerden met hun zorgverzekeraar en de geleverde zorg in het jaar 2006/2007 in kaart te brengen. Met de resultaten van het onderzoek is consumenteninformatie over de prestaties van de zorgverzekeraars op het gebied van service ontwikkeld voor www.kiesBeter.nl. De kwaliteitsverschillen zijn weergegeven via een driesterrenindeling om consumenten te ondersteunen bij hun keuze voor een zorgverzekeraar. In dit rapport worden naast de sterren ook steeds de percentages gegeven antwoorden gepresenteerd (zie bijlage 2).

5.2 Opzet van het onderzoek

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

Uiteindelijk bekeken we de antwoorden van 8.088 respondenten van 32 verschillende labels van zorgverzekeraars. De ervaringen van deze personen met de zorg en de zorgverzekeraar werden eerst gezamenlijk, onafhankelijk van hun zorgverzekeraar, bekeken. Dit geeft een beeld van de algemeen ervaren kwaliteit van de service én de geleverde zorg. Ook kan men deze algemeen ervaren kwaliteit gebruiken als maat om de prestaties van zorgverzekeraars in dit jaar te vergelijken met de prestaties van zorgverzekeraars in voorgaande en toekomstige jaren. De belangrijkste resultaten staan beschreven in paragraaf 5.3.

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

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

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

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

Wat betreft de ervaringen met de dienstverlening van de zorgverzekeraar blijkt dat de verzekerden met sommige aspecten, zoals de informatievoorziening van de zorgverzekeraars en de persoonlijke benadering van medewerkers van de zorgverzekeraar, positieve ervaringen hebben. Verzekerden waarbij de medische zorg is uitgesteld door het wachten op toestemming van de zorgverzekeraar, ervaren dit echter vrijwel altijd als problematisch. Ook bestaat er vooraf vaak geen duidelijkheid over de mate waarin bijbetaald moet worden voor medische zorg en ervaren mensen problemen met het krijgen van niet-gecontracteerde zorg. De klantenservice van de zorgverzekeraars is volgens verzekerden eveneens voor verbetering vatbaar.

5.4 Ervaren verschillen in kwaliteit tussen zorgverzekeraars

Er bestaan weinig verschillen in de ervaringen van verzekerden van verschillende zorgverzekeraars met de geleverde zorg. Dit is terug te zien in de sterrenindeling, waarbij slechts enkele zorgverzekeraars één of drie sterren krijgen toegewezen. Verzekerden van verschillende zorgverzekeraars rapporteren meer verschillen in ervaringen met de zorgverzekeraar. Vooral wat betreft de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice, het algemeen oordeel over de zorgverzekeraar, duidelijkheid over de mate waarin moet worden bijbetaald voor zorg en het krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice bestaan verschillen tussen zorgverzekeraars.

5.5 Een vergelijking tussen de jaren 2006/2007 en 2005/2006

Een eerste globale vergelijking laat zien dat de huidige resultaten grotendeels overeenkomen met die van vorig jaar, vooral als het gaat om de resultaten over alle zorgverzekeraars. Verzekerden rapporteren wederom positieve ervaringen met de zorg en de zorgverzekeraar. Evenals vorig jaar is het respondenten echter vaak vooraf niet duidelijk in hoeverre er bijbetaald moet worden voor zorg. De toestemmingsprocedure

voor het krijgen van bepaalde zorg en het krijgen van niet-gecontracteerde zorg leidt net als vorig jaar tot problemen.

Verzekerden zijn van mening dat rekeningen dit jaar beter worden afgehandeld. Ook hebben minder mensen problemen met het telefonisch bereiken van de klantenservice en het krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice. Mogelijk heeft de stelselwijziging vorig jaar geleid tot een grote hoeveelheid telefoontjes ter verheldering of om over te stappen, met als gevolg onderbezetting en een lage score op bereikbaarheid. Nu verzekerden enigszins gewend zijn aan de nieuwe situatie zal het aantal telefoontjes naar de klantenservice gedaald zijn waardoor de bereikbaarheid weer is toegenomen. Het kan natuurlijk ook zo zijn dat verzekeraars verbeterprogramma's hebben ingezet, waardoor de telefonische bereikbaarheid is toegenomen. Ondanks de verbetering ten opzichte van voorgaande jaren, blijft de dienstverlening van de klantenservice echter nog voor verbetering vatbaar (zie paragraaf 5.3).

Terwijl de kwaliteit van de dienstverlening in het algemeen dus lijkt te verbeteren, verminderen de onderlinge verschillen tussen zorgverzekeraars. De sterrenindeling laat zien dat zorgverzekeraars vaker gemiddeld scoren vergeleken met vorig jaar (zie tabel 4.3). Zonder nader onderzoek blijven verklaringen voor dit fenomeen speculatief. Niettemin willen we hier twee mogelijke verklaringen onder de aandacht brengen. Ten eerste kan deze ontwikkeling een gevolg zijn van de acties die verzekeraars inzetten op basis van de CQI-resultaten. Indien verzekeraars verbetertrajecten inzetten om benedengemiddelde scores op te vijzelen zonder extra aandacht voor het verder bevorderen van bovengemiddelde scores, dan is een verschuiving naar het gemiddelde een logisch gevolg. Met andere woorden: de zorgverzekeraars groeien naar elkaar toe wat betreft hun prestaties. Ten tweede kunnen de verschillen van vorig jaar (deels) verband houden met de mate waarin verzekeraars problemen hadden met de overgang naar het nieuwe zorgstelsel. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de informatievoorziening van zorgverzekeraars. Stel, vorig jaar waren sommige verzekeraars goed voorbereid op de komst van het nieuwe zorgstelsel en zij konden de veranderingen goed uitleggen aan hun klanten terwijl andere verzekeraars hier meer moeite mee hadden. De verschillen die hieruit zouden ontstaan zullen dan inmiddels verdwenen zijn, omdat verzekeraars die vorig jaar nog niet volledig waren voorbereid op het nieuwe stelsel inmiddels wel op de hoogte zijn van alle bijgaande veranderingen. Hoe dan ook, de resultaten van dit jaar lijken er in ieder geval op te wijzen dat verzekeraars hun sterke punten moeten koesteren en uitbouwen om zich op die punten te blijven onderscheiden van de concurrentie. De zorginkoop – waar we ook dit jaar nog nauwelijks verschillen tussen zorgverzekeraars zien – is een gebied waarop ze zich zouden kunnen profileren.

5.6 Consumenteninformatie over de prestaties van zorgverzekeraars

Het Ministerie van VWS nam het initiatief tot de internetsite www.kiesBeter.nl om consumenten te ondersteunen bij het maken van een weloverwogen keuze tussen zorgverzekeraars. Het idee is dat de internetsite toegankelijke keuze-informatie over de kwaliteit van zorgverzekeraars en de door hen ingekochte zorg geeft. Het huidige

onderzoek en de onderzoeken van voorgaande jaren laten zien dat het mogelijk is om verschillen tussen zorgverzekeraars overzichtelijk weer te geven door middel van staafdiagrammen en een sterrenindeling. Met behulp van de gepresenteerde informatie kunnen mensen bepalen welke zorgverzekeraar het beste past bij hun wensen en behoeften.

In dit rapport worden de resultaten gepresenteerd door een combinatie van sterren en percentages gegeven antwoorden. Er is bovendien gebruik gemaakt van een rangorde van best presterende naar slechtst presterende zorgverzekeraar. Hierbij geldt dat eerst is gekeken naar het aantal sterren en daarna naar de percentages antwoorden die duiden op een relatief minder goede kwaliteit. Het is echter niet systematisch onderzocht of de gehanteerde presentatiewijze consumenten ook daadwerkelijk het beste ondersteunt (Damman et al., 2007). Uit de weinige experimentele onderzoeken die zijn gedaan blijkt dat een rangorde en een combinatie van sterren en staafdiagrammen (zoals gebruikt in bijlage 2) goed ondersteunende presentatiewijzen zijn (Hibbard et al., 2002). Er zijn echter nog veel andere manieren om consumenteninformatie, zoals informatie over de kwaliteit van zorgverzekeraars, te presenteren. Zo kan gebruik gemaakt worden van een vijf in plaats van een driesterrenindeling. Ook kunnen de prestaties van zorgverzekeraars direct met elkaar worden vergeleken in plaats van met een gemiddelde score. Daarom is het belangrijk om experimenteel onderzoek te verrichten onder Nederlandse consumenten, om in kaart te brengen welke presentatiewijze consumenten nu het beste ondersteunt.

Meer in het algemeen is het van belang om te onderzoeken hoe mensen tot hun keuze voor een zorgverzekeraar komen. Mensen blijken tot nu toe voor hun keuze niet veel gebruik te maken van consumenteninformatie over de kwaliteit van zorgverzekeraars. Van de mensen die een kijkje namen op de keuzesite Zorgverzekeringen op www.kiesBeter.nl, heeft zo'n 10% naar de kwaliteit van de service van de zorgverzekeraars gekeken (Van der Hijden, 2007). Belangrijkste redenen voor verzekerden om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar zijn een collectief aanbod en de premie die betaald moet worden (De Jong, 2006a). Het is mogelijk dat mensen in de toekomst meer op kwaliteit gaan kiezen, wanneer de zorgverzekeraars meer gaan concurreren op de kwaliteit van de gecontracteerde zorg. Er wordt echter voorspeld dat de premieverschillen de komende tijd alleen maar zullen toenemen (Douven en Schut, 2006; Smit en Mokveld, 2006). Waarschijnlijk zullen mensen bij hun keuze voor een zorgverzekeraar in de nabije toekomst dan ook vooral op de premie van hun polis letten.

Het is belangrijk om in dit verband te vermelden dat een grote hoeveelheid keuze-informatie over zorgverzekeraars consumenten 'keuze-moe' kan maken. Het is namelijk gebleken dat het kiezen tussen vele opties kan leiden tot keuzestress (Hurenkamp en Kremer, 2005; Schwartz, 2004). Als gevolg van deze keuzestress kan het zijn dat mensen het maken van een keuze vermijden en dientengevolge verzekerd blijven bij dezelfde zorgverzekeraar. Ook in dit verband lijkt experimenteel onderzoek noodzakelijk. Uit eerder onderzoek is namelijk gebleken dat consumenten in principe een beter oordeel vormen naarmate meer informatie wordt geboden, tot een bepaald punt, waarna er juist een negatief verband bestaat (Hibbard et al., 2001; Vaiana en McGlynn, 2002). Het is dus

goed mogelijk dat er een moment bestaat waarbij de consument zich nauwelijks meer inspant en de kwaliteit van zijn keuzes verslechtert. Het is zaak om juist dit punt te bepalen in experimenteel onderzoek.

5.7 Toekomstig gebruik van de vragenlijst

Verzekerden worden ieder jaar opnieuw in staat gesteld om te wisselen van zorgverzekeraar. Het is daarom belangrijk om de CQI Zorg en Zorgverzekering ieder jaar opnieuw af te nemen om actuele consumenteninformatie over de kwaliteit van zorgverzekeraars te ontwikkelen. Zorgverzekeraars kunnen de vragenlijst op hun beurt gebruiken om hun service aan te passen aan de wensen en behoeften van hun verzekerden. Zorgverzekeraars zouden de vragenlijst bijvoorbeeld kunnen gebruiken om probleemgebieden in hun dienstverlening te lokaliseren en te verbeteren. Verder kan de vragenlijst gebruikt worden om veranderingen in tijd in kaart te brengen. Vergelijkingen over de jaren zijn belangrijk om het uiteindelijke effect van het hervormde verzekeringsstelsel en vraagsturing in het algemeen te monitoren. Het is bijvoorbeeld van belang om te bepalen of zorgverzekeraars in de toekomst meer invloed krijgen op de kwaliteit van de gecontracteerde zorg.

Een beperking van het huidige onderzoek was dat de meting plaatsvond halverwege het jaar (juni 2007). De vragenlijst vraagt naar de ervaringen van verzekerden in de afgelopen 12 maanden en geeft hiermee informatie over de prestaties van zorgverzekeraar in de periode juni 2006 - juni 2007. Verzekerden die in januari gewisseld zijn van zorgverzekeraar kunnen formeel de vragenlijst niet invullen, aangezien zij op het moment van de meting nog geen 12 maanden bij de zorgverzekeraar verzekerd zijn. De antwoorden van deze groep zijn echter uitermate relevant. Daarom hebben wij er voor gekozen om deze groep wel de vragenlijst te laten invullen en ze te vragen alleen de ervaringen met de huidige zorgverzekeraar aan te geven. Het heeft echter de voorkeur om de meting in januari/februari uit te voeren. Dit heeft twee voordelen: de antwoorden van de verzekerden geven informatie over de prestaties van de zorgverzekeraars in een bepaald kalenderjaar en de mensen die het jaar ervoor van zorgverzekeraar zijn gewisseld kunnen zonder problemen als respondent geselecteerd worden.

Bij het trekken van de steekproeven moet bekeken worden of de zorgverzekeraars de richtlijnen volgen. In het huidige onderzoek bleken de steekproeven van een aantal labels niet representatief te zijn voor de eigen verzekerdenpopulatie. Deze labels waren afkomstig van een beperkt aantal zorgverzekeraars. Het is dus de vraag of deze zorgverzekeraars de richtlijnen goed begrepen hebben. In vervolgonderzoek kan aan de zorgverzekeraars gevraagd worden hoe zij de richtlijnen hebben vertaald en welke stappen zij hebben genomen bij het selecteren van de steekproef. Op deze manier kunnen we controleren of de richtlijnen voor de steekproeftrekking duidelijk zijn en door alle zorgverzekeraars op dezelfde manier geïnterpreteerd worden.

5.8 Tot slot

Kiezen op kwaliteit staat centraal in ons nieuwe zorgstelsel. Eind 2006 heeft 5% van de Nederlanders gekozen voor een andere zorgverzekeraar. De belangrijkste redenen om over te stappen betroffen: een collectief aanbod en de hoogte van de premie (de Jong en Groenewegen, 2007). Het is de vraag op welk niveau de verzekerdenmobiliteit zich zal stabiliseren en of de kwaliteit van de service en van de geleverde zorg zwaarder gaat wegen in de keuze voor een zorgverzekeraar. Mogelijk dat differentiatie tussen verzekeraars wat betreft de zorg en ervaren service de verzekerdenmobiliteit zal stimuleren. Dit kan alleen als dergelijke differentiatie zorgvuldig in kaart wordt gebracht en ook helder aan consumenten wordt gepresenteerd. Herhaalmetingen zoals het huidige onderzoek alsmede publicatie van kwaliteitskaarten zoals bijvoorbeeld op www.kiesBeter.nl zijn hierbij essentieel.

Literatuur

- Arah OA, Rupp I, Delnoij DMJ, Spreeuwenberg P, Stam P, et al. Casemix Adjustment strategy for the Dutch version of the hospital CAHPS instrument. *Academy Health*, 2006; Annual Research Meeting: Abstracts
- Boelema B. Kwaliteitsbewuste zorginkoop door zorgverzekeraars. *Kwaliteit in Beeld*, 2005; 3:18-9
- 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 noninstitutionalized asthma and COPD patients' priorities and perceptions of quality of health care: the development of the QUOTE-CNSLD instrument. *J Asthma*, 1998; 34:531-8
- Cleary PD, Edgman-Levitan S. Health care quality. Incorporating consumer perspectives. *JAMA*, 1997; 278:1608-12
- Custers T, Klazinga NS. Waar voor je geld. *Medisch Contact*, 2005; 60:115-7
- Damman OC, Hendriks M, Delnoij DMJ, Spreeuwenberg P. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: meting 2006 voor www.kiesBeter.nl*. Utrecht: NIVEL, 2006
- Damman OC, Hendriks M, Triemstra AHM, Delnoij DMJ. Kwaliteitsinformatie over de zorg: hoe te presenteren aan de consument? *TSG*, 2007; 85:136-8
- 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
- Groves RM, Dillman DA, Eltinge JL, Little RJA. *Survey nonresponse*. New York: John Wiley & Sons, 2002

- Hendriks M, Delnoij DMJ, Meulen S van der, Brouwer W, Spreeuwenberg P. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: consumenteninformatie voor www.kiesBeter.nl*. Utrecht: NIVEL, 2005
- Hibbard JH, Slovic P, Peters E, Finucane ML. Strategies for reporting health plan performance information to consumers: evidence from controlled studies. *Health Serv Res*, 2002; 37: 291-313
- Hibbard JH, Peters E, Slovic P, Finucane ML, Tusler M. Making health care quality reports easier to use. *J Qual Improv*, 2001; 27:591-604
- Hurenkamp M, Kremer M. *Vrijheid verplicht: over tevredenheid en de grenzen van keuzevrijheid*. Amsterdam: Van Genneep, 2005
- Jong J de, Delnoij DMJ, Groenewegen P. *Verzekerdenmobiliteit is hoog: ook ouderen zijn overgestapt*. Utrecht: NIVEL, 2006a
- Jong J de, Groenewegen P. *Percentage overstappers van zorgverzekeraars valt terug: collectivisering zet door*. Utrecht: NIVEL, 2007
- Jong J de, Groenewegen P, Schee E van der. Consumenten en de stelselwijziging. *TSG*, 2006b; 84:288-91
- 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
- O'Malley AJ, Zaslavsky AM, Elliott MN, Zaborksi L, Cleary PD. Case-mix adjustment of the CAHPS Hospital Survey. *Health Serv Res*, 2005; 40:2162-81
- Schee E van der, Friele R, Delnoij DMJ. *Weinig mensen veranderen van ziekenfonds*. Utrecht: NIVEL, 2005
- Schwartz B. *The paradox of choice. Why more is less*. New York: HarperCollins Publishers, 2004
- 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
- Sixma H, Delnoij DMJ. *Handboek CQI Meetinstrumenten*. Utrecht: NIVEL, 2007
- Smit M, Mokveld P. *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag: de feiten over de marktontwikkeling na invoering van de basisverzekering*. Zeist: Vektis BV, 2006
- Van der Hijden, E. *Ervaringen op kiesBeter.nl/Zorgverzekeringen*. Presentatie gehouden op het symposium Klantervaring Telt!, 24 april 2007; http://www.centrumklantervaringzorg.nl/fileadmin/site/ckz/documenten/congres/2007-04-24_congres_ckz_gebruik_cq-index_kiesbeter_zorgverzekeringen.pdf
- Vaiana ME, McGlynn EA. What cognitive science tells us about the design of reports for consumers. *Med Care Res Rev*, 2002; 59:3-35
- Zaslavsky A, Zaborksi L, Lin Ding M, Shaul J, Cioffi P. Adjusting performance measures to ensure equitable plan comparisons. *Health Care Financing Review*, 2001; 22:109-26
- Zaslavsky A, Zaborksi L, Cleary P. Factors affecting response rates to the Consumer Assessment of Health Plans Study Survey. *Med Care*, 2002; 40:485-99

Bijlage 1 CQI Zorg en Zorgverzekering, vragenlijst met belangsscores

6904348576



CENTRUM
KLANTERVARING ZORG



Vragenlijst Ervaringen met de zorg en met zorgverzekeraars

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 zorg en met uw zorgverzekeraar. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 20 tot 30 minuten. De vragenlijst moet worden ingevuld door de geadresseerde.

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

Heeft u vragen, dan kunt u tussen 10.00 en 16.00 uur bellen met het NIVEL, telefoonnummer 030 2729841. Ook kunt u een e-mail sturen naar Mw. Michelle Hendriks, e-mailadres m.hendriks@nivel.nl

Instructies voor het invullen van deze vragenlijst

- ◆ 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 dit apparaat niet gezien.
- ◆ Gebruik voor het invullen een blauwe of zwarte **balpen**.
- ◆ Soms wordt u gevraagd om enkele vragen in deze vragenlijst over te slaan. In dat geval ziet u een pijl met een opmerking die u vertelt welke vraag u daarna moet beantwoorden, op de volgende manier:

¹ ☐ Ja

² ☐ Nee → *indien nee:
ga naar vraag 3*

Uw ervaringen met de gezondheidszorg

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

Uw huisarts

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met uw huisarts.

1. Bent u ingeschreven bij een huisarts?

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

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

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

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

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

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

- ¹ ☐ Ja
² ☐ Nee

5. Welk cijfer van 0 tot 10, waarbij 0 de slechtst mogelijke huisarts en 10 de best mogelijke huisarts is, zou u uw huisarts geven?

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

Het krijgen van medische zorg door een specialist

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

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

- ¹ ☐ Ja
² ☐ Nee → indien nee: ga naar vraag 12

7. In hoeverre is het in de afgelopen 12 maanden een probleem geweest om een verwijzing te krijgen voor een specialist waar u naartoe moest?

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

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

- ¹ ☐ Ja
² ☐ Nee

9. In hoeverre is het in de afgelopen 12 maanden een probleem geweest om een afpraak bij een specialist te krijgen waar u naartoe moest?

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

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

- ¹ ☐ Ja
² ☐ Nee

11. We willen graag weten wat u vindt van de specialist die u het vaakst zag in de afgelopen 12 maanden.

Welk cijfer van 0 tot 10, waarbij 0 de slechtst mogelijke specialist en 10 de best mogelijke specialist is, zou u uw specialist geven?

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

Uw gezondheidszorg in de afgelopen 12 maanden

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

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

- ¹ ☐ Ja
² ☐ Nee → indien nee: ga naar vraag 15

13. In hoeverre is het in de afgelopen 12 maanden een probleem geweest om tijdens kantooruren de dokterspraktijk, huisartsenpost, polikliniek of ziekenhuis telefonisch te bereiken?

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

14. Als u in de afgelopen 12 maanden tijdens kantooruren belde, hoe vaak kreeg u dan de hulp of raad die u nodig had?

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

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

- ¹ ☐ Ja
² ☐ Nee → indien nee: ga naar vraag 18

16. In hoeverre is het in de afgelopen 12 maanden een probleem geweest om buiten kantooruren de dokterspraktijk, huisartsenpost, polikliniek of ziekenhuis telefonisch te bereiken?

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

17. Als u in de afgelopen 12 maanden buiten kantooruren belde, hoe vaak kreeg u dan de hulp of raad die u nodig had?

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

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

¹ ☐ Ja

² ☐ Nee → indien nee: ga naar vraag 21

19. Als u in de afgelopen 12 maanden meteen hulp nodig had voor een ziekte, verwonding of aandoening, hoe vaak kreeg u dan de hulp zo snel als u wilde?

¹ ☐ Nooit

² ☐ Soms

³ ☐ Meestal

⁴ ☐ Altijd

20. Als u in de afgelopen 12 maanden meteen hulp nodig had voor een ziekte, verwonding of aandoening, hoe vaak kreeg u dan de hulp die u nodig had?

¹ ☐ Nooit

² ☐ Soms

³ ☐ Meestal

⁴ ☐ Altijd

21. Hebt u in de afgelopen 12 maanden (de keren dat u meteen hulp nodig had niet meegerekend) één of meerdere afspraken gemaakt met een arts of andere zorgverlener om zorg te krijgen?

¹ ☐ Ja

² ☐ Nee → indien nee: ga naar vraag 24

22. Als u in de afgelopen 12 maanden een afspraak had met een arts of andere zorgverlener (de keren dat u meteen hulp nodig had niet meegerekend), hoe vaak kreeg u dan een afspraak zo snel als u wilde?

¹ ☐ Nooit

² ☐ Soms

³ ☐ Meestal

⁴ ☐ Altijd

23. Als u in de afgelopen 12 maanden een afspraak had met een arts of andere zorgverlener (de keren dat u meteen hulp nodig had niet meegerekend), hoe vaak kreeg u dan de zorg die u nodig had?

¹ ☐ Nooit

² ☐ Soms

³ ☐ Meestal

⁴ ☐ Altijd

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

¹ ☐ Geen enkele keer

² ☐ 1

³ ☐ 2

⁴ ☐ 3

⁵ ☐ 4

⁶ ☐ 5 tot 9

⁷ ☐ 10 of meer

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

¹ ☐ Geen enkele keer

² ☐ 1

³ ☐ 2

⁴ ☐ 3

⁵ ☐ 4

⁶ ☐ 5 tot 9

⁷ ☐ 10 of meer

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

¹ ☐ Geen enkele keer → indien geen enkele keer: ga naar vraag 44

² ☐ 1

³ ☐ 2

⁴ ☐ 3

⁵ ☐ 4

⁶ ☐ 5 tot 9

⁷ ☐ 10 of meer

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

¹ ☐ Ja

² ☐ Nee → indien nee: ga naar vraag 34

28. In hoeverre is het in de afgelopen 12 maanden een probleem geweest om de verzorging, het onderzoek of de behandeling te krijgen?

¹ ☐ Een groot probleem

² ☐ Een klein probleem

³ ☐ Geen probleem → indien geen probleem: ga naar vraag 30

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

¹ ☐ Ja

² ☐ Nee

30. In hoeverre is het in de afgelopen 12 maanden een probleem geweest dat u moest wachten op de verzorging, het onderzoek of de behandeling?

¹ ☐ Een groot probleem

² ☐ Een klein probleem

³ ☐ Geen probleem → indien geen probleem: ga naar vraag 32

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

¹ ☐ Ja

² ☐ Nee

32. In hoeverre is het in de afgelopen 12 maanden een probleem geweest dat u moest reizen voor de verzorging, het onderzoek of de behandeling?

¹ ☐ Een groot probleem

² ☐ Een klein probleem

³ ☐ Geen probleem → indien geen probleem: ga naar vraag 34

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

¹ ☐ Ja

² ☐ Nee

34. Hoe vaak bent u in de afgelopen 12 maanden binnen 15 minuten na uw afspraak toegelaten tot de spreekkamer of onderzoekkamer?

¹ ☐ Nooit

² ☐ Soms

³ ☐ Meestal

⁴ ☐ Altijd

35. We willen weten hoe u, uw artsen en andere zorgverleners beslissingen over uw gezondheidszorg nemen.

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

¹ ☐ Ja

² ☐ Nee → indien nee: ga naar vraag 38

36. Hoe vaak bent u in de afgelopen 12 maanden zoveel als u nodig vond betrokken geweest bij deze beslissingen over uw gezondheidszorg?

¹ ☐ Nooit

² ☐ Soms

³ ☐ Meestal

⁴ ☐ Altijd

37. In hoeverre is het in de afgelopen 12 maanden een probleem geweest om uw artsen of andere zorgverleners het met u eens te laten zijn over de beste manier om uw gezondheidsproblemen of aandoeningen aan te pakken?

¹ ☐ Een groot probleem

² ☐ Een klein probleem

³ ☐ Geen probleem

38. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden behandelden de artsen en andere medewerkers van een dokterspraktijk of polikliniek u met beleefdheid en respect?

¹ ☐ Nooit

² ☐ Soms

³ ☐ Meestal

⁴ ☐ Altijd

39. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden vond u de artsen en andere medewerkers van een dokterspraktijk of polikliniek behulpzaam?

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

40. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden luisterden de artsen en andere medewerkers van een dokterspraktijk of polikliniek met aandacht naar u?

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

41. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden legden de artsen en andere medewerkers van een dokterspraktijk of polikliniek u dingen uit op een manier die u kon begrijpen?

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

42. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden besteedden de artsen en andere medewerkers van een dokterspraktijk of polikliniek voldoende tijd aan u?

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

43. Welk cijfer van 0 tot 10, waarbij 0 de slechtst mogelijke zorg aangeeft en 10 de best mogelijke zorg, zou u geven aan alle gezondheidszorg die u de afgelopen 12 maanden hebt gekregen?

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

Uw ervaringen met de zorgverzekering

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met uw **zorgverzekering**. Sommige vragen gaan over uw ervaringen in de afgelopen 12 maanden. Indien u nog geen 12 maanden bij uw zorgverzekeraar verzekerd bent, wilt u dan alleen uw ervaringen met uw **huidige** zorgverzekeraar aangeven.

44. Bij welke zorgverzekeraar bent u verzekerd?

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

(a.u.b. in blokletters)

45. Bent u individueel verzekerd of via een collectief?

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

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

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

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

Wat voor een soort verzekering heeft u?

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

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

- ¹ ☐ Minder dan 1 jaar
- ² ☐ Tenminste 1 jaar maar minder dan 2 jaar
- ³ ☐ Tenminste 2 jaar maar minder dan 5 jaar
→ ga naar vraag 51
- ⁴ ☐ Tenminste 5 jaar maar minder dan 10 jaar
→ ga naar vraag 51
- ⁵ ☐ 10 jaar of langer
→ ga naar vraag 51

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

- ¹ ☐ Ja
- ² ☐ Nee

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

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

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

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

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

- ¹ ☐ Ja
- ² ☐ Nee → indien nee: ga naar vraag 53

52. In hoeverre is het in de afgelopen 12 maanden een probleem geweest om deze informatie te begrijpen?

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

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

- ¹ ☐ Ja
- ² ☐ Nee → indien nee: ga naar vraag 56

54. In hoeverre is het in de afgelopen 12 maanden een probleem geweest om deze informatie te vinden?

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

55. In hoeverre is het in de afgelopen 12 maanden een probleem geweest om deze informatie te begrijpen?

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

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

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

57. In hoeverre is het in de afgelopen 12 maanden een probleem geweest om het kantoor van uw zorgverzekeraar te bereiken?

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

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

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

59. In hoeverre is het in de afgelopen 12 maanden een probleem geweest om de klantenservice telefonisch te bereiken?

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

60. Als u in de afgelopen 12 maanden belde met de klantenservice, hoe vaak kreeg u dan de informatie of hulp die u nodig had?

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

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

- ¹ ☐ Ja
² ☐ Nee → indien nee: ga naar vraag 63

62. Als u in de afgelopen 12 maanden een e-mail stuurde naar uw zorgverzekeraar, hoe vaak kreeg u dan de informatie of hulp die u nodig had?

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

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

- ¹ ☐ Ja
² ☐ Nee → indien nee: ga naar vraag 66

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

- ¹ ☐ Ja
² ☐ Nee → indien nee: ga naar vraag 66

65. In hoeverre is in de afgelopen 12 maanden het uitstel van medische zorg tijdens het wachten op goedkeuring van uw zorgverzekeraar een probleem geweest?

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

66. 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?

- ¹ ☐ Ja
² ☐ Nee → indien nee: ga naar vraag 68
³ ☐ Weet ik niet → indien u dit niet weet: ga naar vraag 68

67. In hoeverre is het in de afgelopen 12 maanden een probleem geweest dat de hulpverlener die u wilde bezoeken, geen contract heeft met uw zorgverzekeraar?

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

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

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

69. Is uw klacht of probleem naar tevredenheid opgelost?

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

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

- ¹ ☐ Ja
² ☐ Nee → indien nee: ga naar vraag 72

71. In hoeverre is het in de afgelopen 12 maanden een probleem geweest om formulieren voor uw zorgverzekeraar in te vullen?

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

72. 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).

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

- ¹ ☐ Ja
² ☐ Nee → indien nee: ga naar vraag 75
³ ☐ Weet ik niet → indien u dit niet weet: ga naar vraag 75

73. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw zorgverzekeraar uw rekeningen binnen een redelijke termijn afgehandeld?

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

74. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden heeft uw zorgverzekeraar uw rekeningen correct afgehandeld?

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

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

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

76. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden was het u, toen u gebruik maakte van zorg, van tevoren duidelijk hoeveel u zou moeten (bij)betalen?

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

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

- ¹ ☐ Ja
² ☐ Nee → indien nee: ga naar vraag 83

78. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden behandelden de medewerkers van uw zorgverzekeraar u met beleefdheid en respect?

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

79. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden vond u de medewerkers van uw zorgverzekeraar behulpzaam?

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

80. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden luisterden medewerkers van uw zorgverzekeraar met aandacht naar u?

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

81. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden legden medewerkers van uw zorgverzekeraar u dingen uit op een manier die u kon begrijpen?

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

82. Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden besteedden medewerkers van uw zorgverzekeraar voldoende tijd aan u?

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

83. Zou u uw zorgverzekeraar bij anderen aanbevelen?

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

84. Welk cijfer van 0 tot 10, waarbij 0 de slechtst mogelijke zorgverzekeraar is en 10 de best mogelijke zorgverzekeraar, zou u geven aan uw zorgverzekeraar?

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

Wat vindt u belangrijk?

In het vorige deel van deze vragenlijst hebben wij u vragen gesteld over uw ervaringen met de zorgverzekeraar. Nu willen wij u nog enkele vragen stellen over **hoe belangrijk** u de verschillende onderdelen vindt.

85. Hoe belangrijk vindt u het dat uw zorgverzekeraar u helpt bij het krijgen van de zorg die u nodig heeft?

- ¹ ☐ Van het allergrootste belang
² ☐ Van groot belang
³ ☐ Belangrijk
⁴ ☐ Eigenlijk niet zo belangrijk

86. Hoe belangrijk vindt u het dat informatie over uw zorgverzekering goed te vinden is?

- ¹ ☐ Van het allergrootste belang
² ☐ Van groot belang
³ ☐ Belangrijk
⁴ ☐ Eigenlijk niet zo belangrijk

87. Hoe belangrijk vindt u het dat informatie over uw zorgverzekering begrijpelijk is?

- ¹ ☐ Van het allergrootste belang
² ☐ Van groot belang
³ ☐ Belangrijk
⁴ ☐ Eigenlijk niet zo belangrijk

88. Hoe belangrijk vindt u het dat uw zorgverzekeraar een kantoor heeft bij u in de buurt?

- ¹ ☐ Van het allergrootste belang
² ☐ Van groot belang
³ ☐ Belangrijk
⁴ ☐ Eigenlijk niet zo belangrijk

89. Hoe belangrijk vindt u het dat de klantenservice van uw zorgverzekeraar telefonisch goed bereikbaar is?

- ¹ ☐ Van het allergrootste belang
² ☐ Van groot belang
³ ☐ Belangrijk
⁴ ☐ Eigenlijk niet zo belangrijk

90. Hoe belangrijk vindt u het dat de klantenservice van uw zorgverzekeraar u de hulp biedt die u nodig heeft?

- ¹ ☐ Van het allergrootste belang
² ☐ Van groot belang
³ ☐ Belangrijk
⁴ ☐ Eigenlijk niet zo belangrijk

91. Hoe belangrijk vindt u het dat uw zorgverzekeraar u via de e-mail de hulp biedt die u nodig heeft?

- ¹ ☐ Van het allergrootste belang
² ☐ Van groot belang
³ ☐ Belangrijk
⁴ ☐ Eigenlijk niet zo belangrijk

92. Hoe belangrijk vindt u het om niet te hoeven wachten op toestemming van uw zorgverzekeraar voor het krijgen van medische zorg?

- ¹ ☐ Van het allergrootste belang
² ☐ Van groot belang
³ ☐ Belangrijk
⁴ ☐ Eigenlijk niet zo belangrijk

93. Hoe belangrijk vindt u het om gebruik te kunnen maken van hulpverleners met wie uw zorgverzekeraar geen contract heeft?

- ¹ ☐ Van het allergrootste belang
² ☐ Van groot belang
³ ☐ Belangrijk
⁴ ☐ Eigenlijk niet zo belangrijk

94. Hoe belangrijk vindt u het dat uw zorgverzekeraar uw klachten naar tevredenheid oplost?

- ¹ ☐ Van het allergrootste belang
² ☐ Van groot belang
³ ☐ Belangrijk
⁴ ☐ Eigenlijk niet zo belangrijk

95. Hoe belangrijk vindt u het dat de formulieren van uw zorgverzekeraar gemakkelijk in te vullen zijn?

- ¹ ☐ Van het allergrootste belang
² ☐ Van groot belang
³ ☐ Belangrijk
⁴ ☐ Eigenlijk niet zo belangrijk

96. Hoe belangrijk vindt u het dat uw rekeningen door uw zorgverzekeraar binnen een redelijke termijn worden afgehandeld?

- ¹ ☐ Van het allergrootste belang
² ☐ Van groot belang
³ ☐ Belangrijk
⁴ ☐ Eigenlijk niet zo belangrijk

97. Hoe belangrijk vindt u het dat uw rekeningen door uw zorgverzekeraar correct worden afgehandeld?

- ¹ ☐ Van het allergrootste belang
² ☐ Van groot belang
³ ☐ Belangrijk
⁴ ☐ Eigenlijk niet zo belangrijk

98. Hoe belangrijk vindt u het dat u van tevoren weet of en hoeveel u voor zorg moet bijbetalen?

- ¹ ☐ Van het allergrootste belang
² ☐ Van groot belang
³ ☐ Belangrijk
⁴ ☐ Eigenlijk niet zo belangrijk

Over uzelf

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

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

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

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

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

101. Wat is momenteel uw leeftijd?

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

102. Bent u een man of een vrouw?

- ¹ ☐ Man
² ☐ Vrouw

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

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

(a.u.b. in blokletters)

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

- ¹ ☐ Ja
² ☐ Nee → indien nee: ga naar vraag 106

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

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

(a.u.b. in blokletters)

Aanvullende vragen

De volgende vragen gaan ook over **uzelf**. Deze informatie kunnen we gebruiken om inzicht te krijgen in de ervaringen van verschillende groepen van mensen (bijvoorbeeld gezonde mensen en mensen met een chronische ziekte of werkende mensen en niet-werkende mensen).

106. Wat zijn de vier cijfers van uw postcode?

107. Wat is het geboorteland van uzelf?

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

(a.u.b. in blokletters)

108. Wat is het geboorteland van uw vader?

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

(a.u.b. in blokletters)

109. Wat is het geboorteland van uw moeder?

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

(a.u.b. in blokletters)

110. Welke taal spreekt u thuis meestal?

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

(a.u.b. in blokletters)

**111. Hieronder staat een aantal ziekten en aandoeningen. Wilt u per ziekte of aandoening aankruisen of u die heeft of in de afgelopen 12 maanden heeft gehad. Het is mogelijk dat uw aandoening(en) niet op de onderstaande lijst voorkomt(-komen). In dat geval is onderaan de lijst ruimte om andere aandoeningen in te vullen.
*(meerdere antwoorden mogelijk)***

- ¹ ☐ Astma, COPD (chronische bronchitis, long-emfyseem) of CARA
² ☐ Ontsteking neusbijholte, voorhoofdsholte of kaakholte
³ ☐ Ernstige hartkwaal of hartinfarct
⁴ ☐ Hooikoorts
⁵ ☐ Eczeem
⁶ ☐ Hoge bloeddruk
⁷ ☐ (Gevolgen van) een beroerte
⁸ ☐ Maagzweer of zweer aan de 12-vingerige darm
⁹ ☐ Ernstige darmstoornissen langer dan drie maanden
¹⁰ ☐ Galstenen of galblaasontsteking
¹¹ ☐ Leverziekte of levercirrose
¹² ☐ Nierstenen
¹³ ☐ Ernstige nierziekte
¹⁴ ☐ Chronische blaasontsteking
¹⁵ ☐ Verzakking (alleen vrouwen)
¹⁶ ☐ Suikerziekte
¹⁷ ☐ Schildklierafwijking
¹⁸ ☐ Rugaandoening van hardnekkige aard, langer dan drie maanden, of hernia
¹⁹ ☐ Gewrichtsslijtage (artrose) van knieën, heupen of handen
²⁰ ☐ Gewrichtsontsteking (chronische reuma, reumatoïde artritis) van handen of voeten
²¹ ☐ Andere chronische reuma, langer dan drie maanden
²² ☐ Epilepsie
²³ ☐ Duizeligheid met vallen
²⁴ ☐ Migraine
²⁵ ☐ Ernstige huidziekte
²⁶ ☐ Kwaadaardige aandoening of kanker
²⁷ ☐ Andere langdurige of chronische aandoening, namelijk:

1.

2.

3.

(a.u.b. in blokletters)

112. Welke omschrijving is op dit moment het meest op u van toepassing? (één antwoord aankruisen)

Ik ben / heb:

- ¹ ☐ Schoolgaand/studerend
² ☐ Betaald werk
³ ☐ Werkloos/werkzoekend (geregistreerd bij het arbeidsbureau)
⁴ ☐ Arbeidsongeschikt/WAO
⁵ ☐ Huisvrouw/-man
⁶ ☐ Pensioen (AOW, VUT, enz.)

113. Kunt u aangeven welke mensen op dit moment deel uitmaken van uw huishouden? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ¹ ☐ Geen andere personen buiten mijzelf
² ☐ Partner/echtgeno(o)t(e)
³ ☐ Kinderen jonger dan 18 jaar die nog thuis wonen
⁴ ☐ Kinderen van 18 jaar en ouder die nog thuis wonen
⁵ ☐ Ouder(s)
⁶ ☐ Kind bij wie ik inwoon
⁷ ☐ Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

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

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

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

¹ ☐ Één persoon (alleen ikzelf)

² ☐ Meer dan één persoon, namelijk personen (inclusief mijzelf)

- EINDE -

HARTELIJK BEDANKT VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST

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

-

-

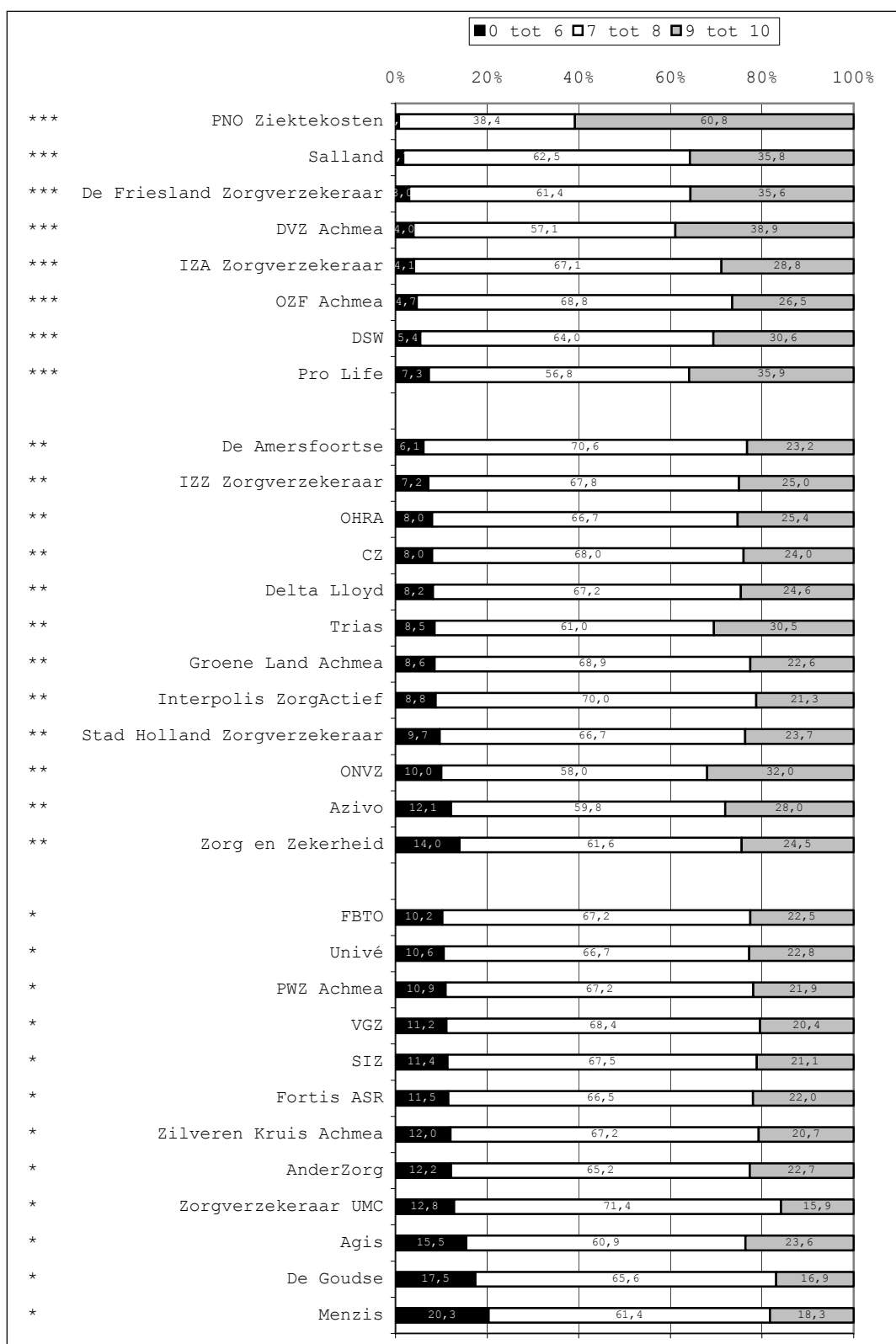
Bijlage 2 Consumenteninformatie over de prestaties van zorgverzekeraars

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

De zorgverzekeraars staan gerangschikt van best presterende naar slechtst presterende zorgverzekeraar. Hierbij geldt dat eerst is gekeken naar het aantal sterren. Bovenaan staan de zorgverzekeraars met drie sterren (bovengemiddelde score); in het midden de zorgverzekeraars met twee sterren (gemiddelde score); en onderaan de zorgverzekeraars met één ster (benedengemiddelde score) op het betreffende serviceaspect. Daarna is gerangschikt op de percentages gegeven antwoorden die duiden op een relatief minder goede kwaliteit. Uit een eerdere literatuurstudie is gebleken dat deze vorm van presenteren consumenten waarschijnlijk goed ondersteunt bij het maken van een keuze (Damman et al., 2007).

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

Algemeen oordeel zorgverzekeraar

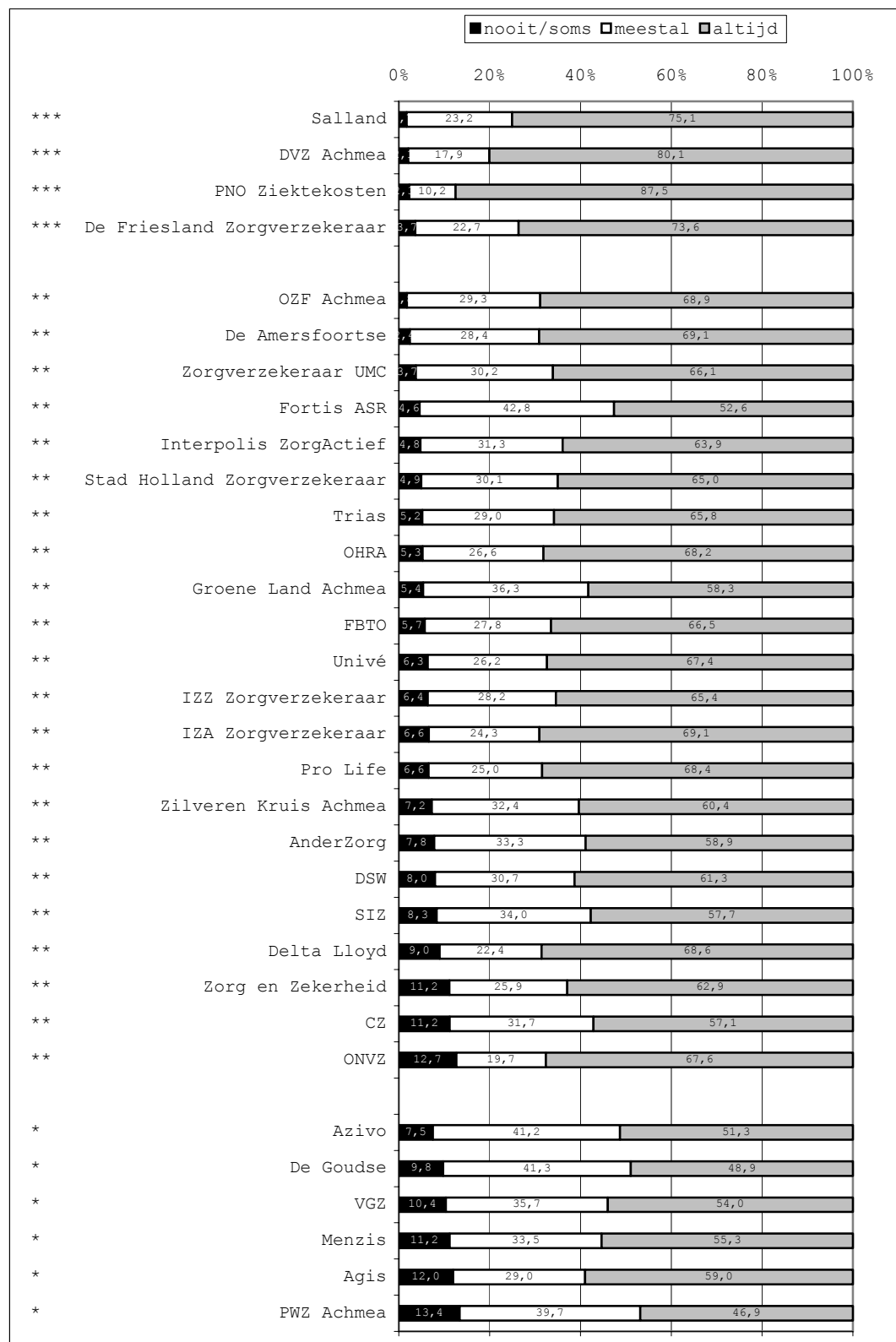


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Persoonlijke benadering door medewerkers van de zorgverzekeraar

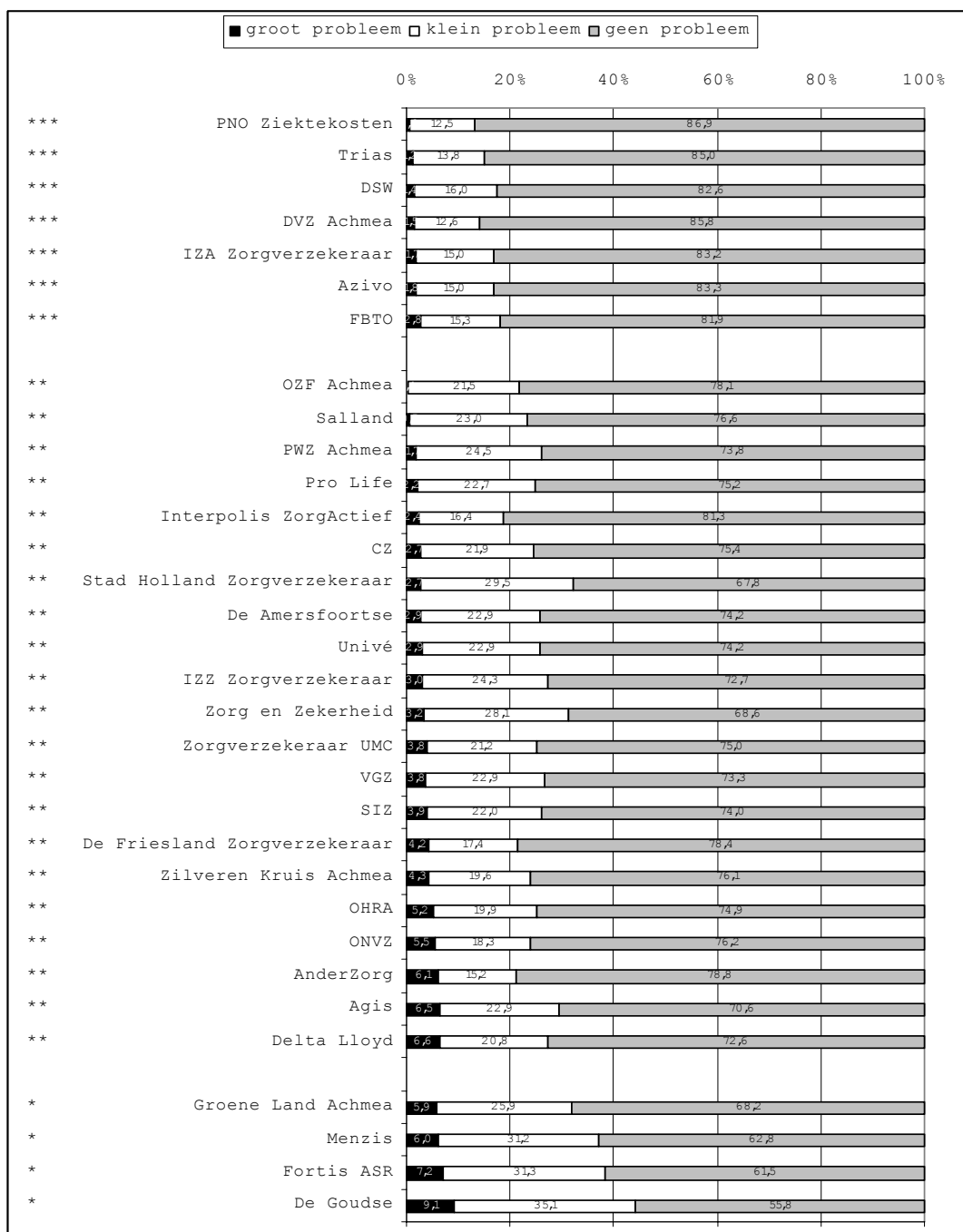


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Informatievoorziening van de zorgverzekeraar

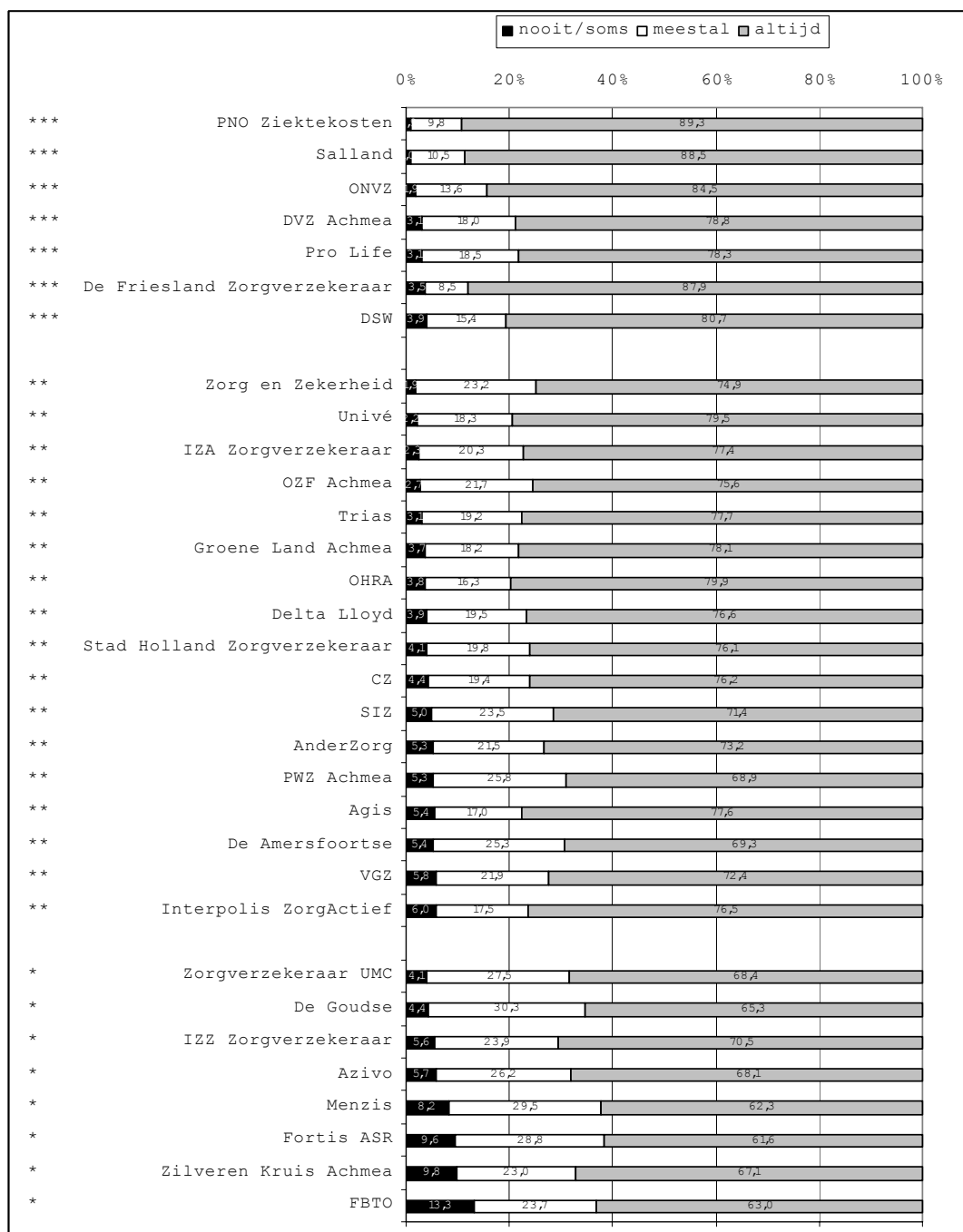


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Afhandeling van rekeningen

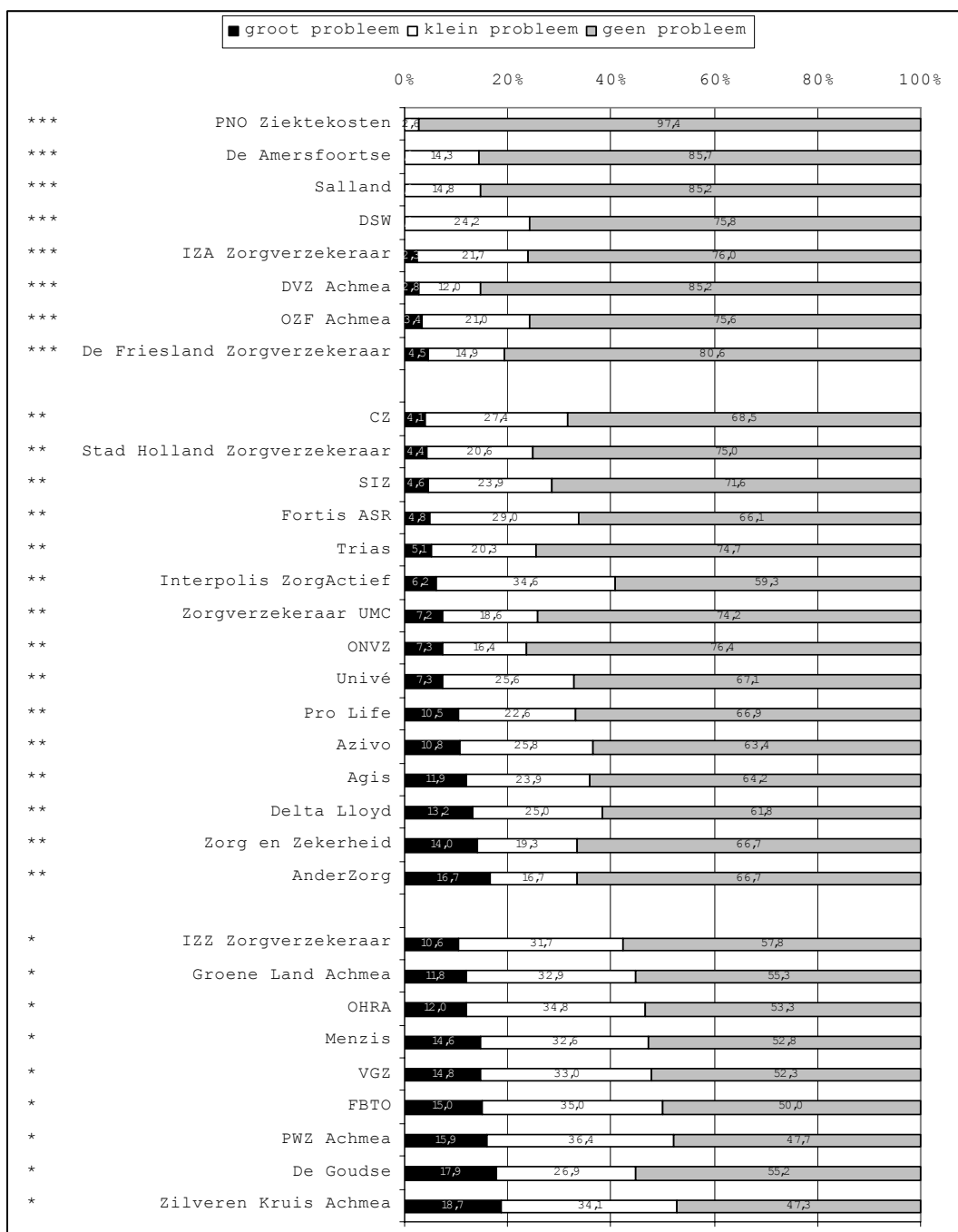


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Telefonische bereikbaarheid van de klantenservice

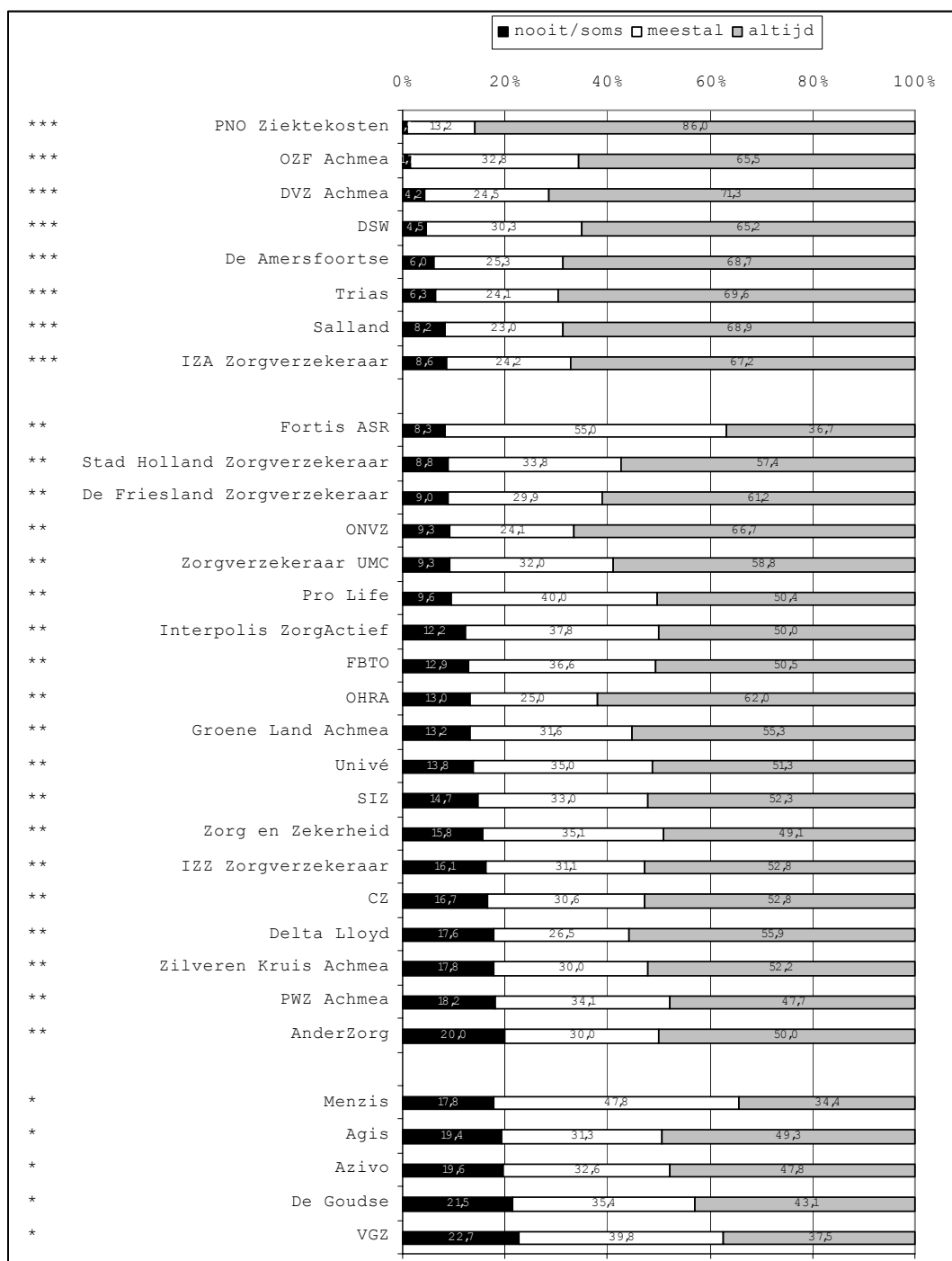


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Krijgen van de benodigde hulp van de klantenservice

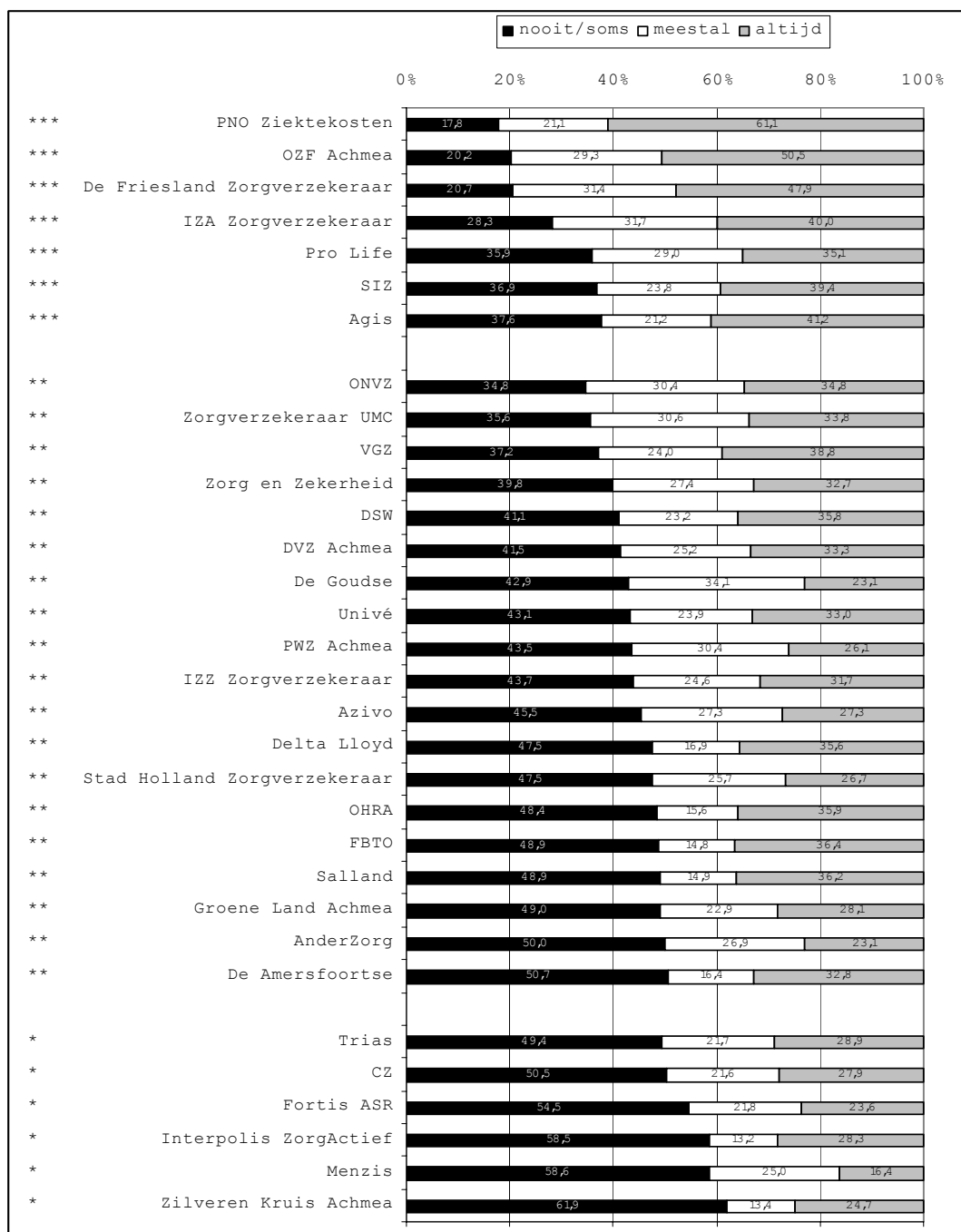


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Duidelijkheid over de mate waarin moet worden bijbetaald voor zorg

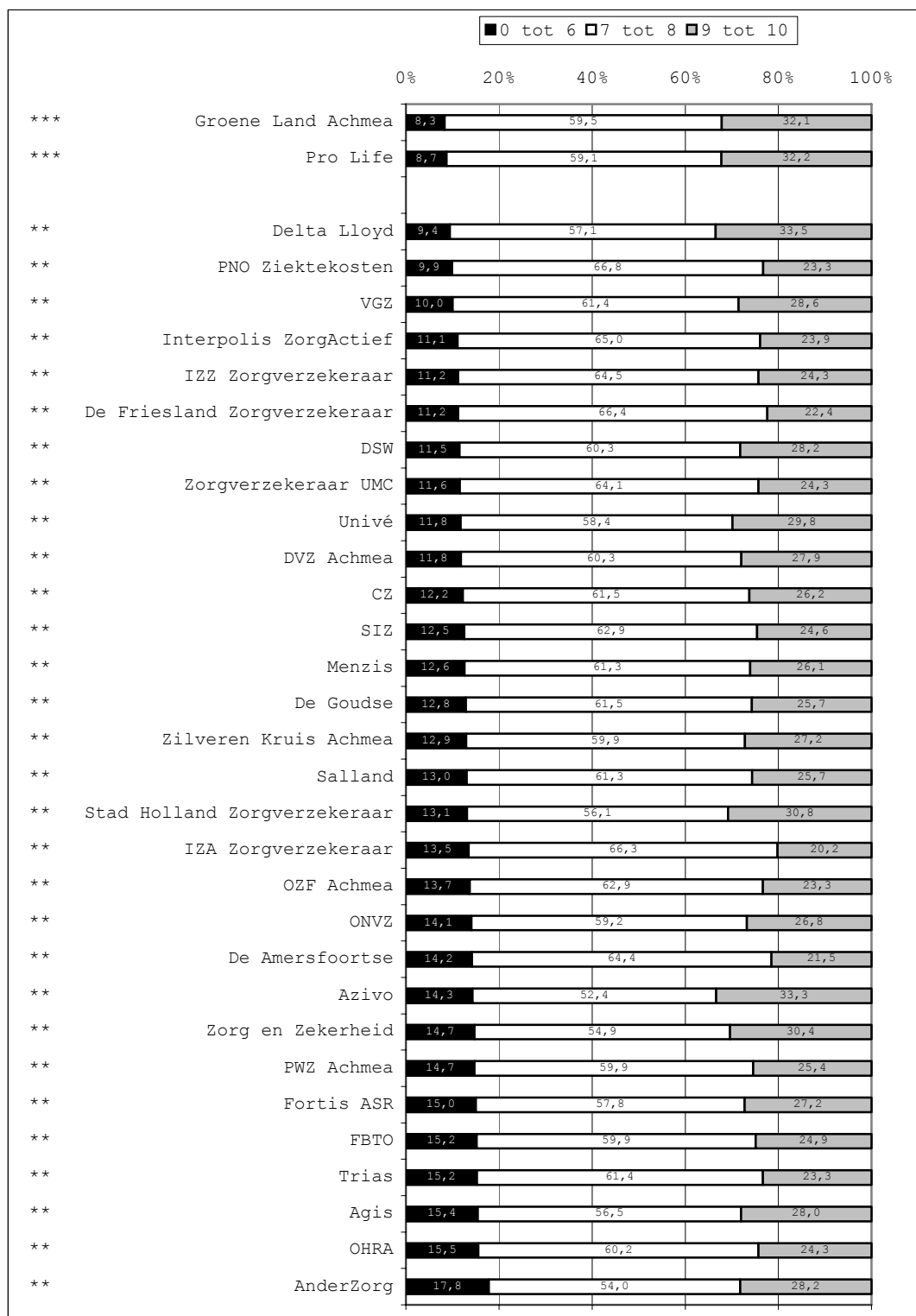


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

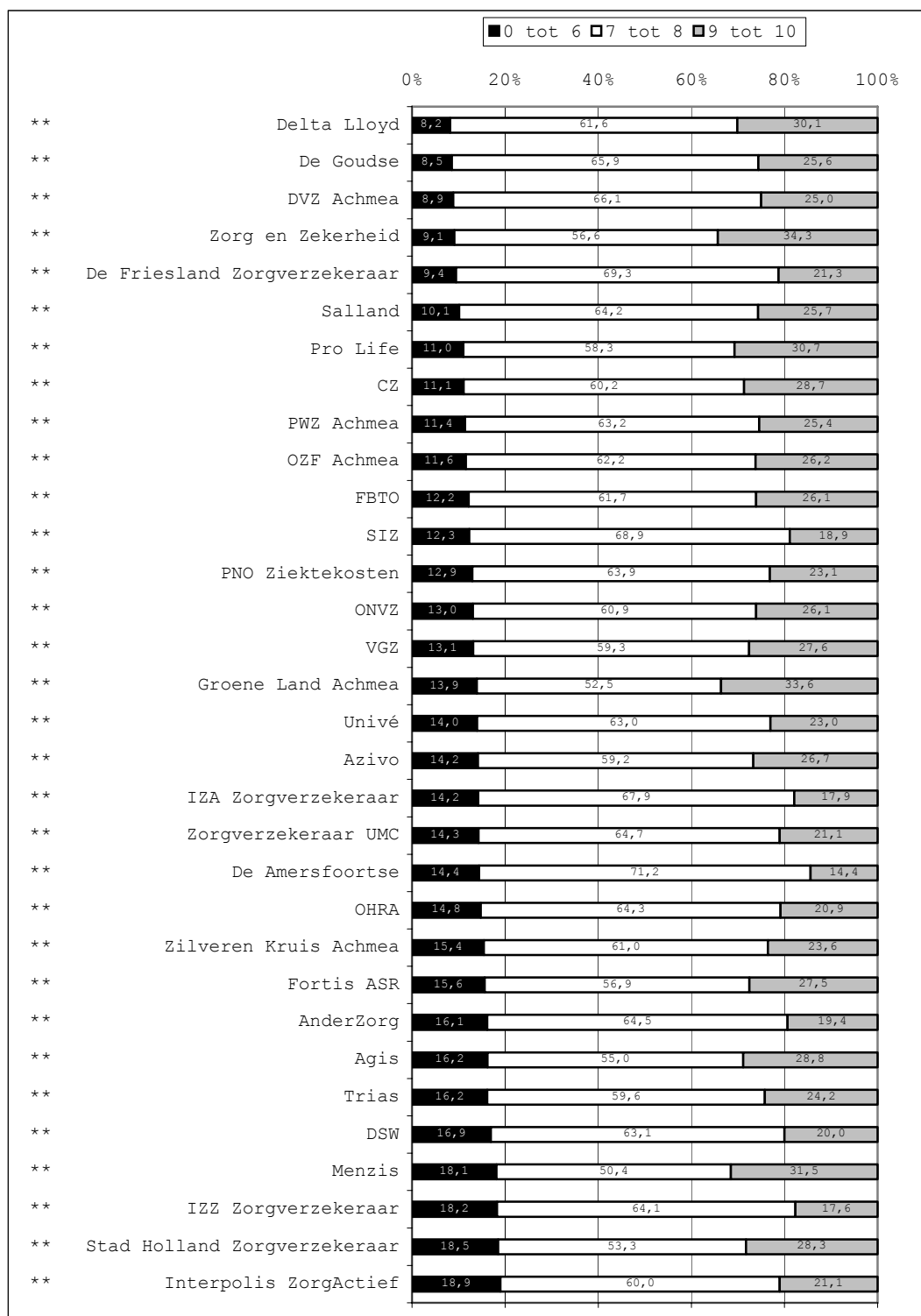
*** bovengemiddelde score

Algemeen oordeel huisarts



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

Algemeen oordeel specialist

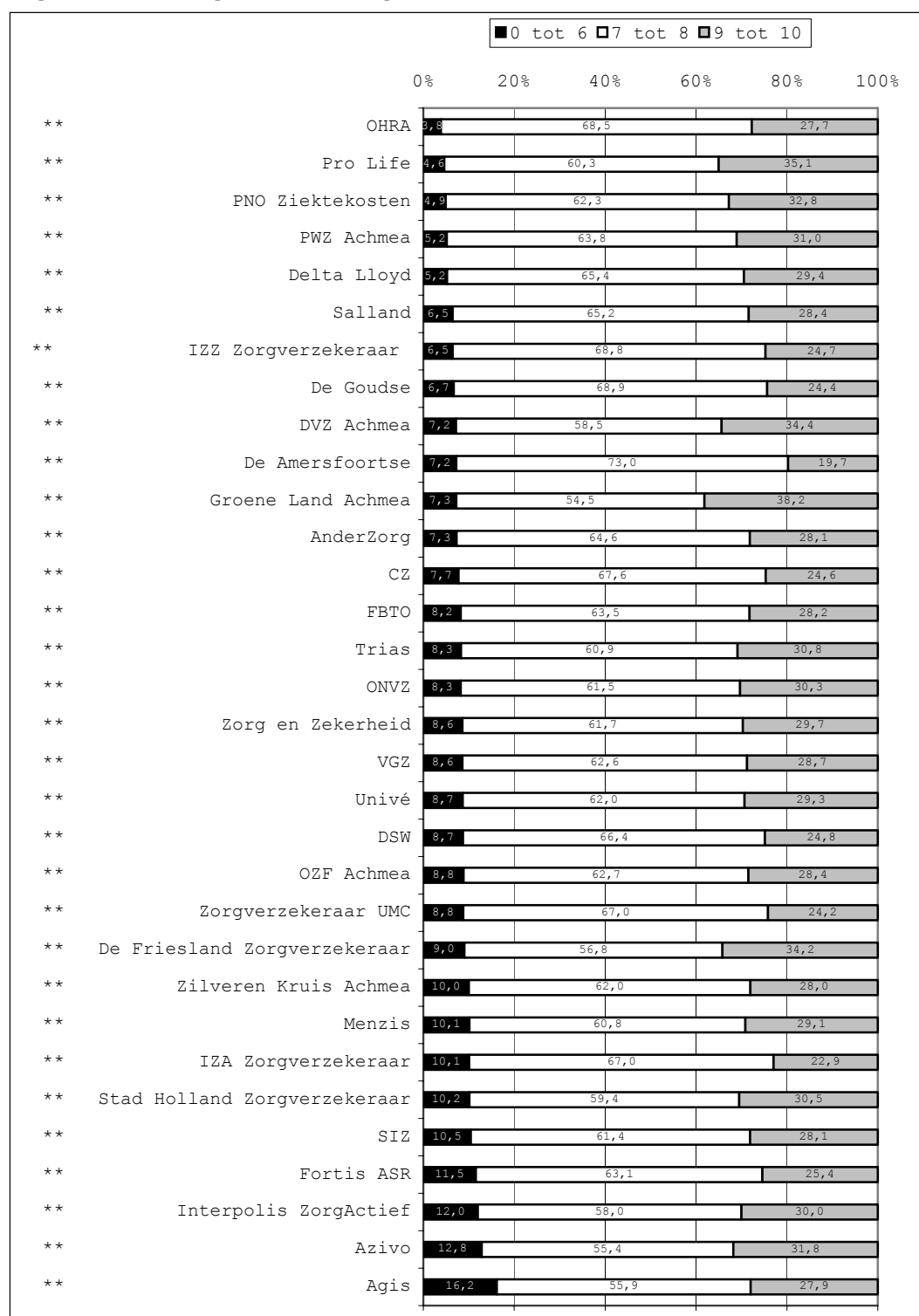


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Algemeen oordeel gezondheidszorg

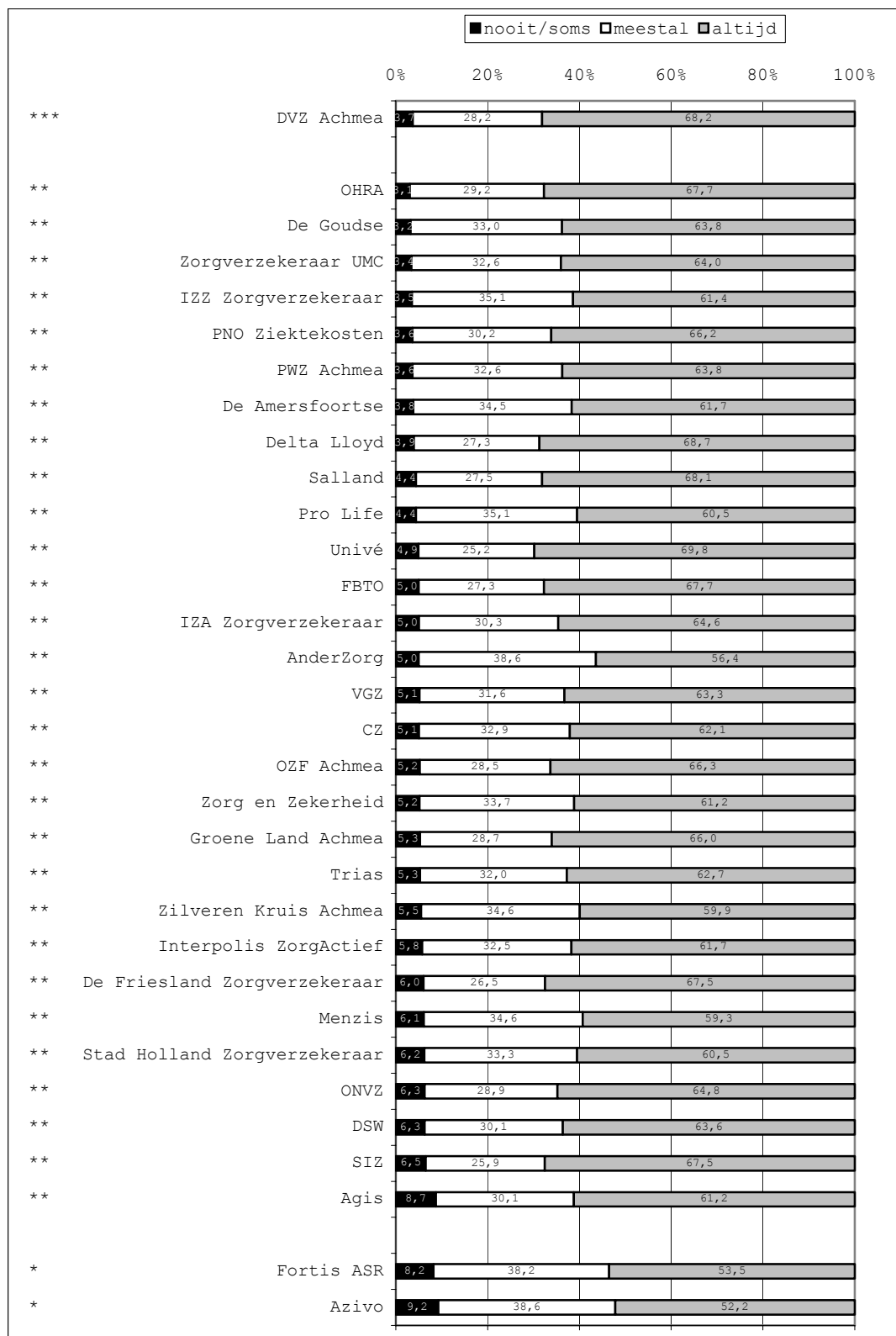


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Persoonlijke benadering door artsen en andere zorgverleners

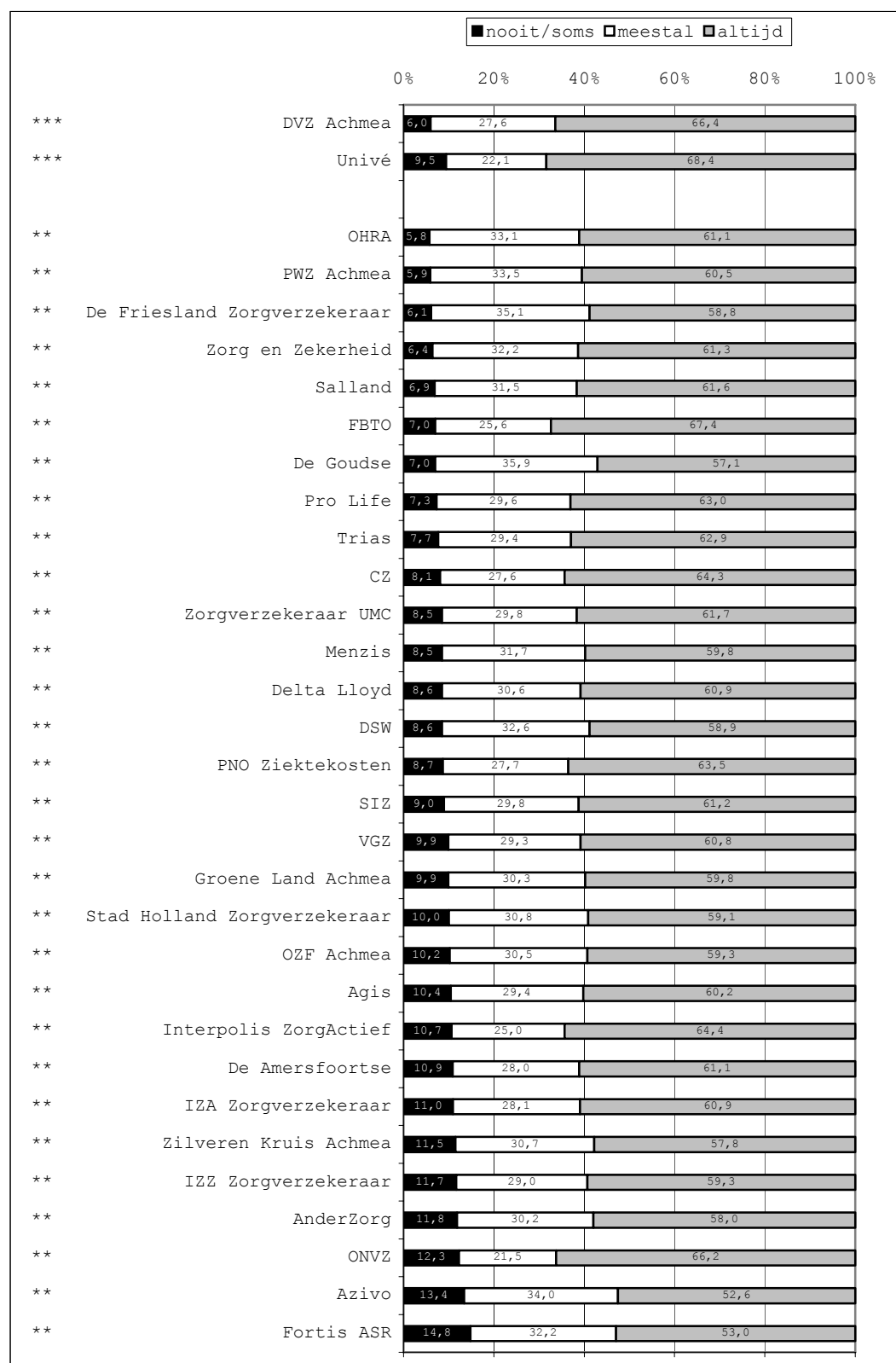


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Krijgen van de benodigde hulp van artsen en andere zorgverleners

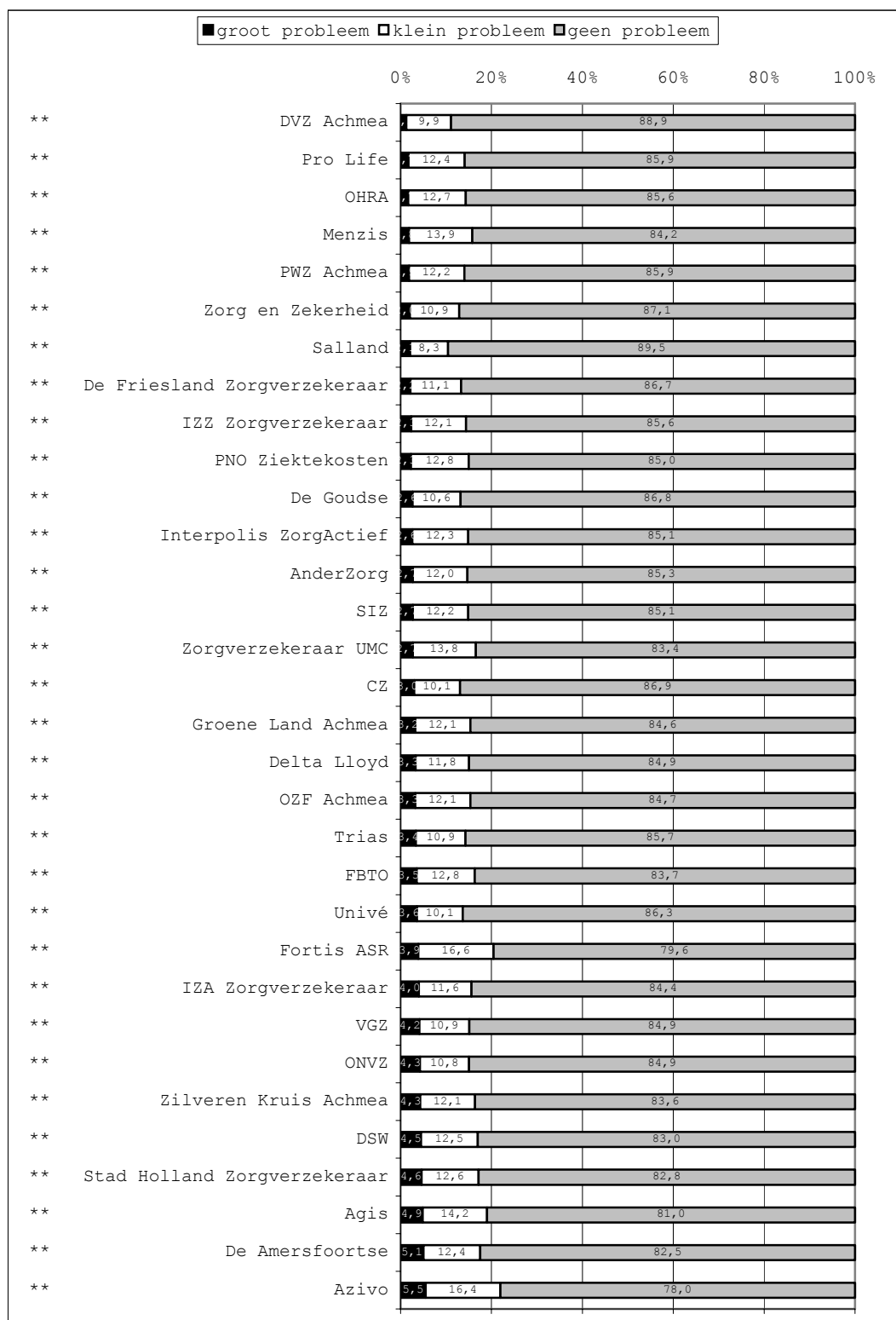


* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Toegankelijkheid van de zorg



* benedengemiddelde score

** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Bijlage 3 Gemiddelde scores en betrouwbaarheidsintervallen per kwaliteitsaspect

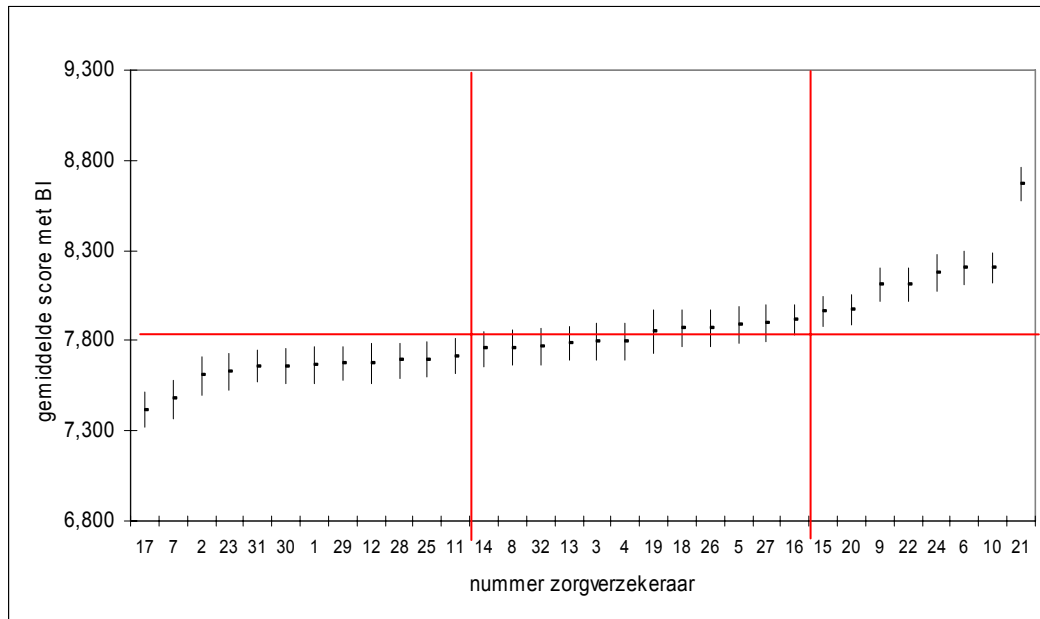
De volgende figuren tonen per zorgverzekeraar de gemiddelde score met 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) voor 12 kwaliteitsaspecten van zorgverzekeraars. De waarden zijn gebaseerd op de multilevel analyses na correctie voor leeftijd, opleiding en gezondheid (zie paragraaf 4.2 en 4.3). Er is geen figuur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

In de figuren worden de resultaten van de zorgverzekeraars weergegeven met behulp van een nummer dat uniek is voor een zorgverzekeraar. In tabel B3.1 staat achter iedere zorgverzekeraar het nummer waarmee het correspondeert in de figuren. De toewijzing van de nummers is gebeurd op alfabetische volgorde voor de zorgverzekeraars die de adressen van de verzekerden op tijd aanleverden. Daarna zijn de nummers toegewezen op volgorde van binnenkomst van de adressen.

Tabel B3.1 Nummer per zorgverzekeraar

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

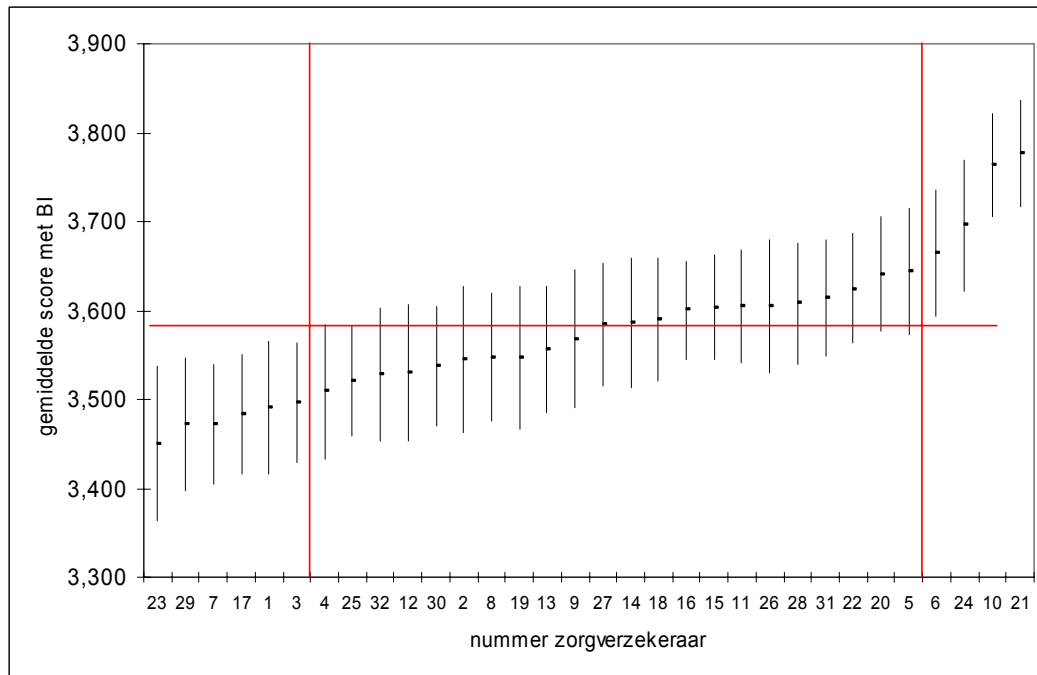
Algemeen oordeel zorgverzekeraar



nr.	naam	gemiddelde	nr.	naam	gemiddelde
17	Menzis	7,42	3	Azivo	7,79
7	De Goudse	7,48	4	CZ	7,80
2	AnderZorg	7,60	19	ONVZ	7,85
23	PWZ Achmea	7,63	18	OHRA	7,87
31	Zorgverzekeraar UMC	7,66	26	Stad Holland Zorgverzekeraar	7,87
30	Zilveren Kruis Achmea	7,66	5	De Amersfoortse	7,89
1	Agis	7,66	27	Trias	7,90
29	VGZ	7,67	16	IZZ Zorgverzekeraar	7,92
12	Fortis ASR	7,68	15	IZA Zorgverzekeraar	7,96
28	Univé	7,69	20	OZF Achmea	7,97
25	SIZ	7,70	9	DSW	8,11
11	FBTO	7,71	22	Pro Life	8,11
14	Interpolis ZorgActief	7,76	24	Salland	8,18
8	Delta Lloyd	7,76	6	De Friesland Zorgverzekeraar	8,20
32	Zorg en Zekerheid	7,77	10	DVZ Achmea	8,20
13	Groene Land Achmea	7,79	21	PNO Ziektekosten	8,67

Totaalgemiddelde	7,84
------------------	------

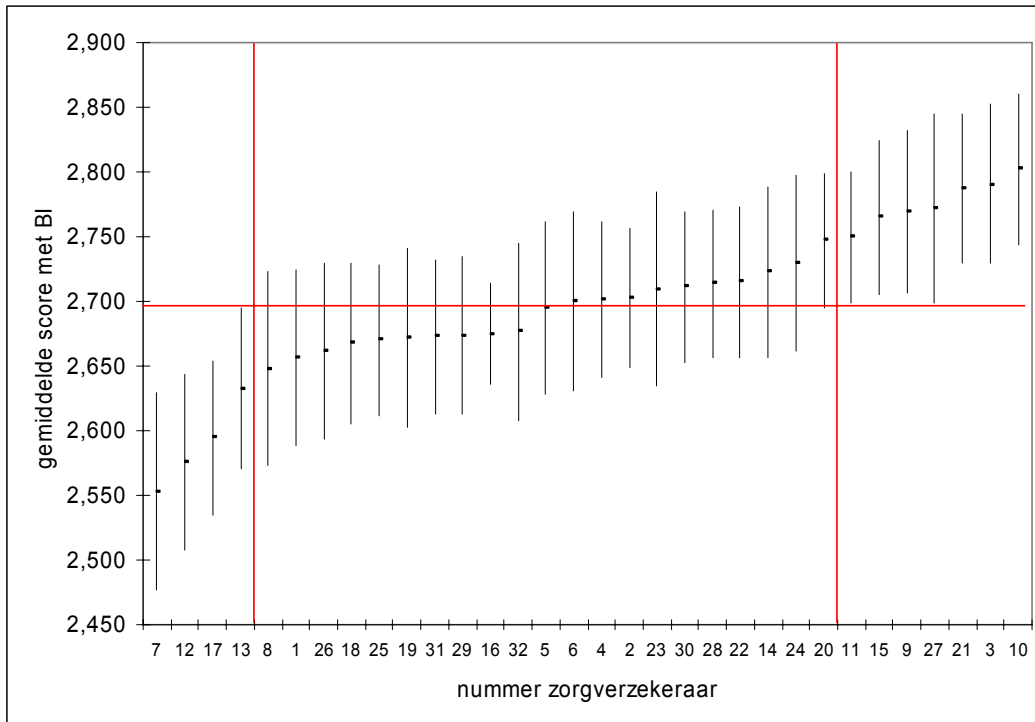
Persoonlijke benadering medewerkers zorgverzekeraar



nr.	naam	gemiddelde	nr.	naam	gemiddelde
23	PWZ Achmea	3,45	27	Trias	3,58
29	VGZ	3,47	14	Interpolis ZorgActief	3,59
7	De Goudse	3,47	18	OHRA	3,59
17	Menzis	3,48	16	IZZ Zorgverzekeraar	3,60
1	Agis	3,49	15	IZA Zorgverzekeraar	3,60
3	Azivo	3,50	11	FBTO	3,61
4	CZ	3,51	26	Stad Holland Zorgverzekeraar	3,61
25	SIZ	3,52	28	Univé	3,61
32	Zorg en Zekerheid	3,53	31	Zorgverzekeraar UMC	3,61
12	Fortis ASR	3,53	22	Pro Life	3,62
30	Zilveren Kruis Achmea	3,54	20	OZF Achmea	3,64
2	AnderZorg	3,55	5	De Amersfoortse	3,64
8	Delta Lloyd	3,55	6	De Friesland Zorgverzekeraar	3,67
19	ONVZ	3,55	24	Salland	3,70
13	Groene Land Achmea	3,56	10	DVZ Achmea	3,76
9	DSW	3,57	21	PNO Ziektekosten	3,78

Totaalgemiddelde	3,58
------------------	------

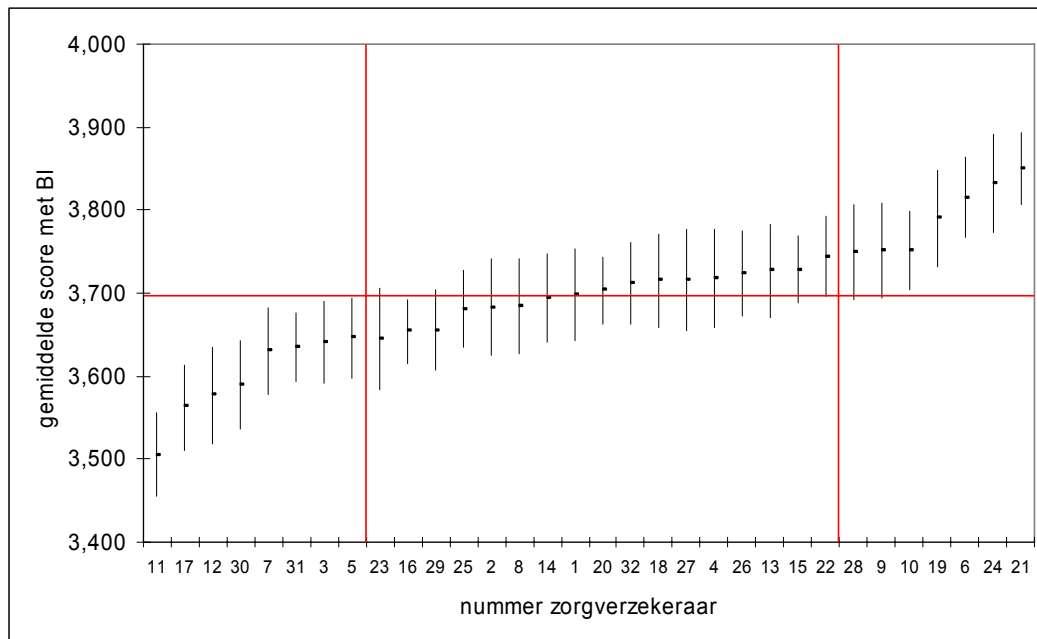
Informatievoorziening zorgverzekeraar



	naam	gemiddelde	nr.	naam	gemiddelde
7	De Goudse	2,55	4	CZ	2,70
12	Fortis ASR	2,58	2	AnderZorg	2,70
17	Menzis	2,60	23	PWZ Achmea	2,71
13	Groene Land Achmea	2,63	30	Zilveren Kruis Achmea	2,71
8	Delta Lloyd	2,65	28	Univé	2,71
1	Agis	2,66	22	Pro Life	2,72
26	Stad Holland Zorgverzekeraar	2,66	14	Interpolis ZorgActief	2,72
18	OHRA	2,67	24	Salland	2,73
25	SIZ	2,67	20	OZF Achmea	2,75
19	ONVZ	2,67	11	FBTO	2,75
31	Zorgverzekeraar UMC	2,67	15	IZA Zorgverzekeraar	2,77
29	VGZ	2,67	9	DSW	2,77
16	IZZ Zorgverzekeraar	2,68	27	Trias	2,77
32	Zorg en Zekerheid	2,68	21	PNO Ziektekosten	2,79
5	De Amersfoortse	2,70	3	Azivo	2,79
6	De Friesland Zorgverzekeraar	2,70	10	DVZ Achmea	2,80

Totaalgemiddelde	2,70
------------------	------

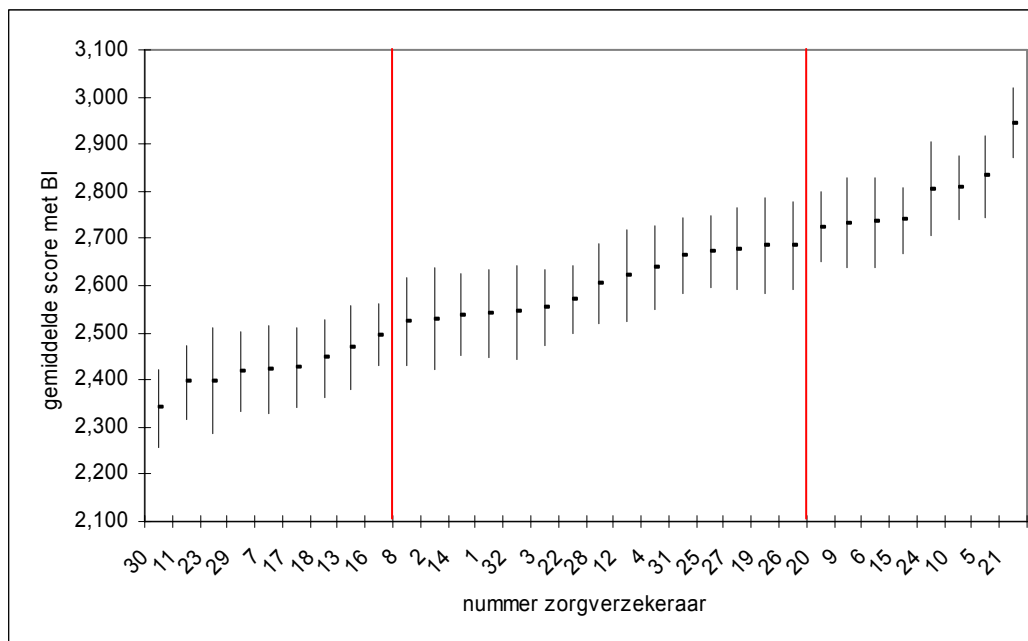
Afhandeling van rekeningen



nr.	naam	gemiddelde	nr.	naam	gemiddelde
11	FBTO	3,51	20	OZF Achmea	3,70
17	Menzis	3,56	32	Zorg en Zekerheid	3,71
12	Fortis ASR	3,58	18	OHRA	3,72
30	Zilveren Kruis Achmea	3,59	27	Trias	3,72
7	De Goudse	3,63	4	CZ	3,72
31	Zorgverzekeraar UMC	3,63	26	Stad Holland Zorgverzekeraar	3,72
3	Azivo	3,64	13	Groene Land Achmea	3,73
5	De Amersfoortse	3,65	15	IZA Zorgverzekeraar	3,73
23	PWZ Achmea	3,65	22	Pro Life	3,74
16	IZZ Zorgverzekeraar	3,65	28	Unive	3,75
29	VGZ	3,66	9	DSW	3,75
25	SIZ	3,68	10	DVZ Achmea	3,75
2	AnderZorg	3,68	19	ONVZ	3,79
8	Delta Lloyd	3,68	6	De Friesland Zorgverzekeraar	3,82
14	Interpolis ZorgActief	3,69	24	Salland	3,83
1	Agis	3,70	21	PNO Ziektkosten	3,85

Totaalgemiddelde	3,69
------------------	------

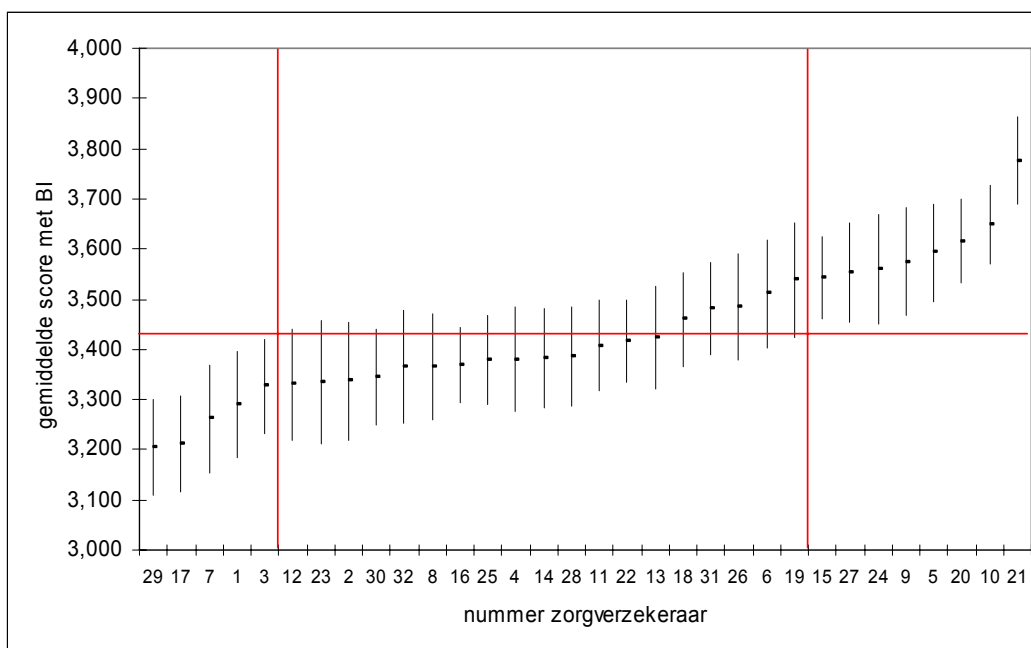
Telefonische bereikbaarheid van de klantenservice



nr.	naam	gemiddelde	nr.	naam	gemiddelde
30	Zilveren Kruis Achmea	2,34	28	Univé	2,60
11	FBTO	2,40	12	Fortis ASR	2,62
23	PWZ Achmea	2,40	4	CZ	2,64
29	VGZ	2,42	31	Zorgverzekeraar UMC	2,66
7	De Goudse	2,42	25	SIZ	2,67
17	Menzis	2,43	27	Trias	2,68
18	OHRA	2,45	19	ONVZ	2,68
13	Groene Land Achmea	2,47	26	Stad Holland Zorgverzekeraar	2,69
16	IZZ Zorgverzekeraar	2,50	20	OZF Achmea	2,73
8	Delta Lloyd	2,52	9	DSW	2,73
2	AnderZorg	2,53	6	De Friesland Zorgverzekeraar	2,73
14	Interpolis ZorgActief	2,54	15	IZA Zorgverzekeraar	2,74
1	Agis	2,54	24	Salland	2,81
32	Zorg en Zekerheid	2,54	10	DVZ Achmea	2,81
3	Azivo	2,55	5	De Amersfoortse	2,83
22	Pro Life	2,57	21	PNO Ziektekosten	2,94

Totaalgemiddelde	2,60
------------------	------

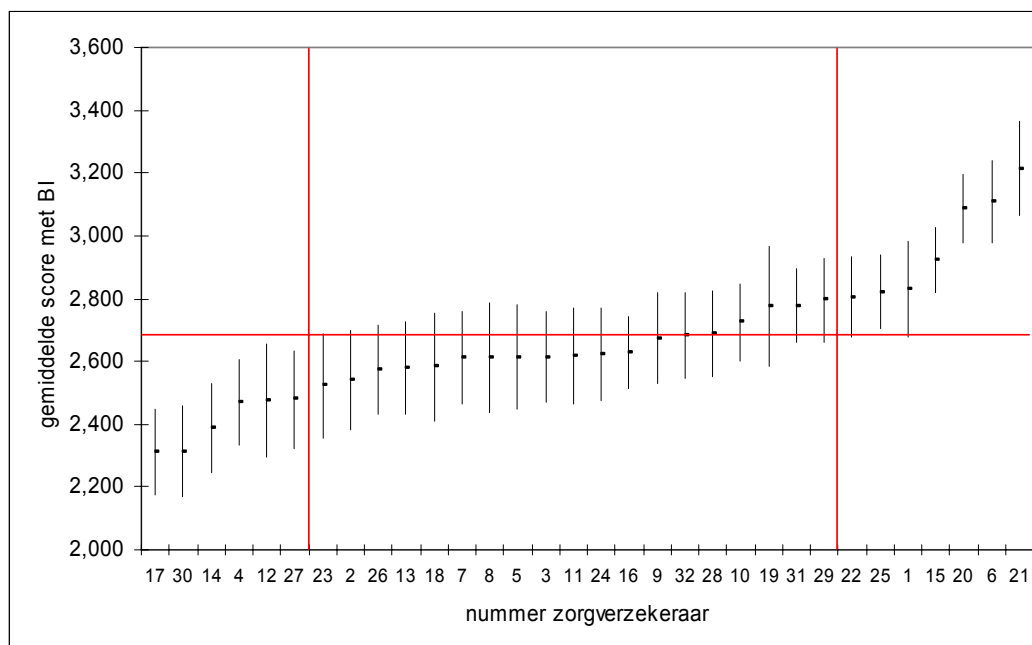
Krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice



nr.	naam	gemiddelde	nr.	naam	gemiddelde
29	VGZ	3,21	11	FBTO	3,41
17	Menzis	3,21	22	Pro Life	3,42
7	De Goudse	3,26	13	Groene Land Achmea	3,42
1	Agis	3,29	18	OHRA	3,46
3	Azivo	3,33	31	Zorgverzekeraar UMC	3,48
12	Fortis ASR	3,33	26	Stad Holland Zorgverzekeraar	3,49
23	PWZ Achmea	3,33	6	De Friesland Zorgverzekeraar	3,51
2	AnderZorg	3,34	19	ONVZ	3,54
30	Zilveren Kruis Achmea	3,34	15	IZA Zorgverzekeraar	3,54
32	Zorg en Zekerheid	3,37	27	Trias	3,55
8	Delta Lloyd	3,37	24	Salland	3,56
16	IZZ Zorgverzekeraar	3,37	9	DSW	3,58
25	SIZ	3,38	5	De Amersfoortse	3,59
4	CZ	3,38	20	OZF Achmea	3,62
14	Interpolis ZorgActief	3,38	10	DVZ Achmea	3,65
28	Univé	3,39	21	PNO Ziektelasten	3,78

Totaalgemiddelde	3,43
------------------	------

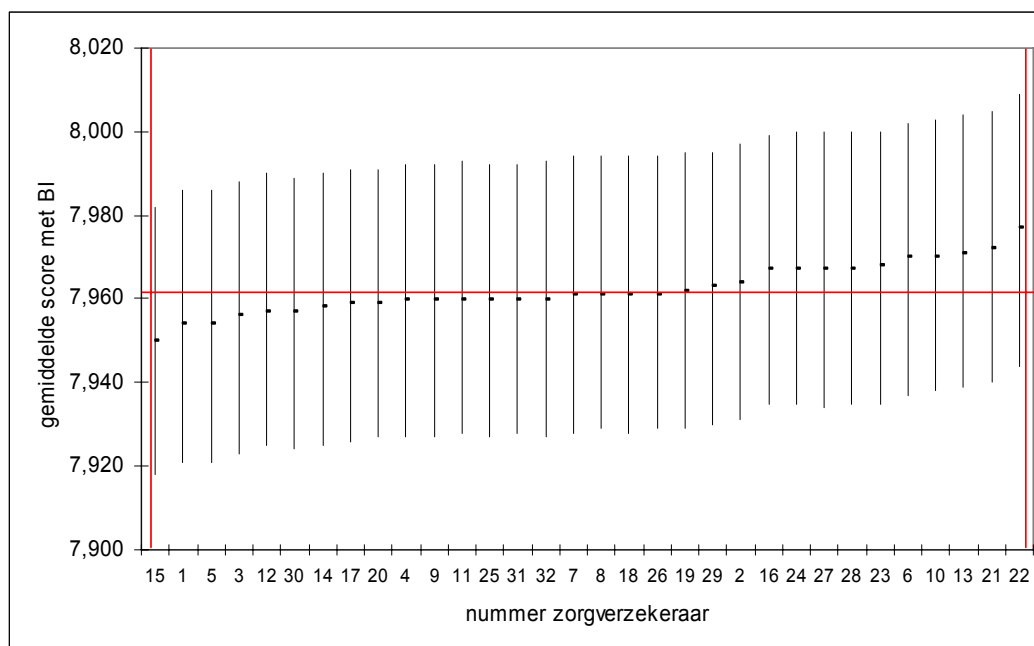
Duidelijkheid over het (bij)betalen voor zorg



nr.	naam	gemiddelde	nr.	naam	gemiddelde
17	Menzis	2,31	24	Salland	2,62
30	Zilveren Kruis Achmea	2,31	16	IZZ Zorgverzekeraar	2,63
14	Interpolis ZorgActief	2,39	9	DSW	2,67
4	CZ	2,47	32	Zorg en Zekerheid	2,68
12	Fortis ASR	2,48	28	Univé	2,69
27	Trias	2,48	10	DVZ Achmea	2,73
23	PWZ Achmea	2,52	19	ONVZ	2,78
2	AnderZorg	2,54	31	Zorgverzekeraar UMC	2,78
26	Stad Holland Zorgverzekeraar	2,57	29	VGZ	2,80
13	Groene Land Achmea	2,58	22	Pro Life	2,81
18	OHRA	2,58	25	SIZ	2,82
7	De Goudse	2,61	1	Agis	2,83
8	Delta Lloyd	2,61	15	IZA Zorgverzekeraar	2,92
5	De Amersfoortse	2,61	20	OZF Achmea	3,09
3	Azivo	2,61	6	De Friesland Zorgverzekeraar	3,11
11	FBTO	2,62	21	PNO Ziektkosten	3,21

Totaalgemiddelde	2,67
------------------	------

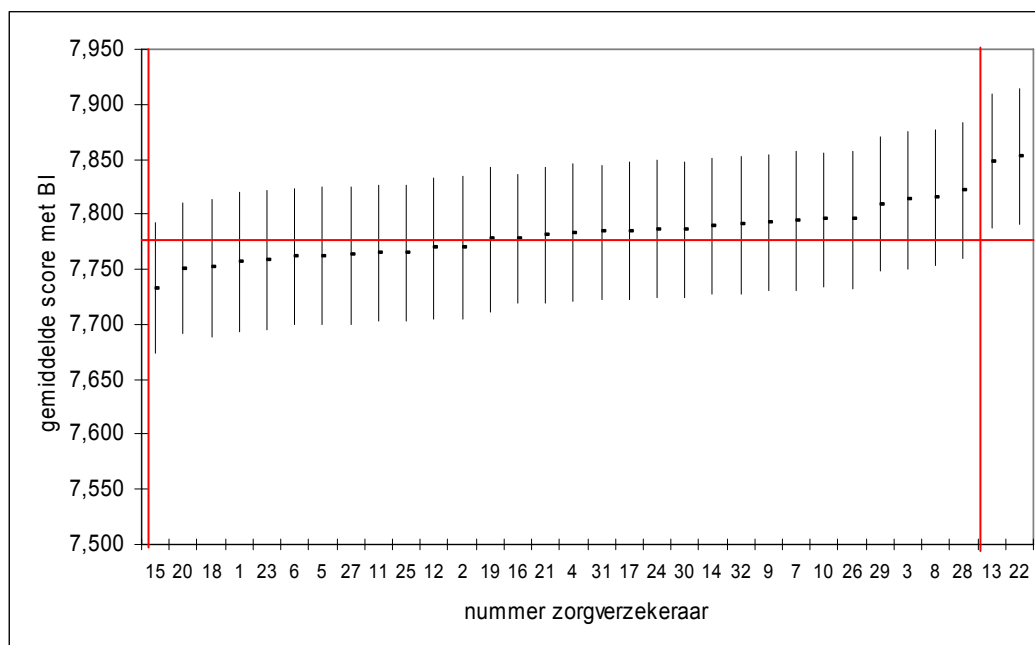
Algemeen oordeel gezondheidszorg



nr.	naam	gemiddelde	nr.	naam	gemiddelde
15	IZA Zorgverzekeraar	7,95	8	Delta Lloyd	7,96
1	Agis	7,95	18	OHRA	7,96
5	De Amersfoortse	7,95	26	Stad Holland Zorgverzekeraar	7,96
3	Azivo	7,96	19	ONVZ	7,96
12	Fortis ASR	7,96	29	VGZ	7,96
30	Zilveren Kruis Achmea	7,96	2	AnderZorg	7,96
14	Interpolis ZorgActief	7,96	16	IZZ Zorgverzekeraar	7,97
17	Menzis	7,96	24	Salland	7,97
20	OZF Achmea	7,96	27	Trias	7,97
4	CZ	7,96	28	Univé	7,97
9	DSW	7,96	23	PWZ Achmea	7,97
11	FBTO	7,96	6	De Friesland Zorgverzekeraar	7,97
25	SIZ	7,96	10	DVZ Achmea	7,97
31	Zorgverzekeraar UMC	7,96	13	Groene Land Achmea	7,97
32	Zorg en Zekerheid	7,96	21	PNO Ziektekosten	7,97
7	De Goudse	7,96	22	Pro Life	7,98

Totaal gemiddelde	7,96
-------------------	------

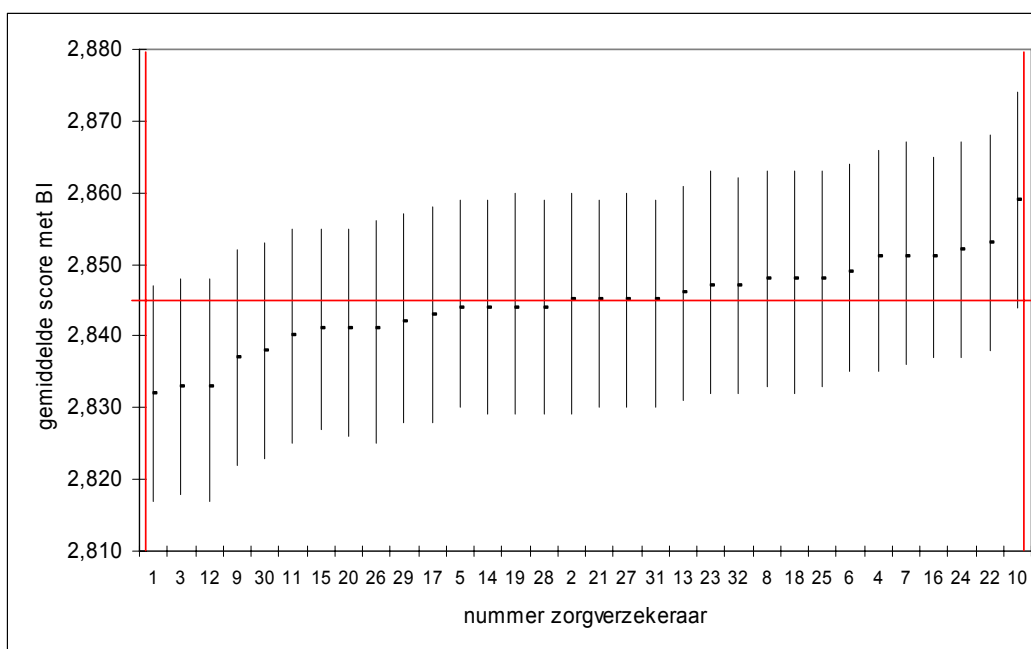
Algemeen oordeel huisarts



nr.	naam	gemiddelde	nr.	naam	gemiddelde
15	IZA Zorgverzekeraar	7,73	31	Zorgverzekeraar UMC	7,78
20	OZF Achmea	7,75	17	Menzis	7,79
18	OHRA	7,75	24	Salland	7,79
1	Agis	7,76	30	Zilveren Kruis Achmea	7,79
23	PWZ Achmea	7,76	14	Interpolis ZorgActief	7,79
6	De Friesland Zorgverzekeraar	7,76	32	Zorg en Zekerheid	7,79
5	De Amersfoortse	7,76	9	DSW	7,79
27	Trias	7,76	7	De Goudse	7,79
11	FBTO	7,77	10	DVZ Achmea	7,80
25	SIZ	7,77	26	Stad Holland Zorgverzekeraar	7,80
12	Fortis ASR	7,77	29	VGZ	7,81
2	AnderZorg	7,77	3	Azivo	7,81
19	ONVZ	7,78	8	Delta Lloyd	7,82
16	IZZ Zorgverzekeraar	7,78	28	Univé	7,82
21	PNO Ziektekosten	7,78	13	Groene Land Achmea	7,85
4	CZ	7,78	22	Pro Life	7,85

Totaalgemiddelde	7,78
------------------	------

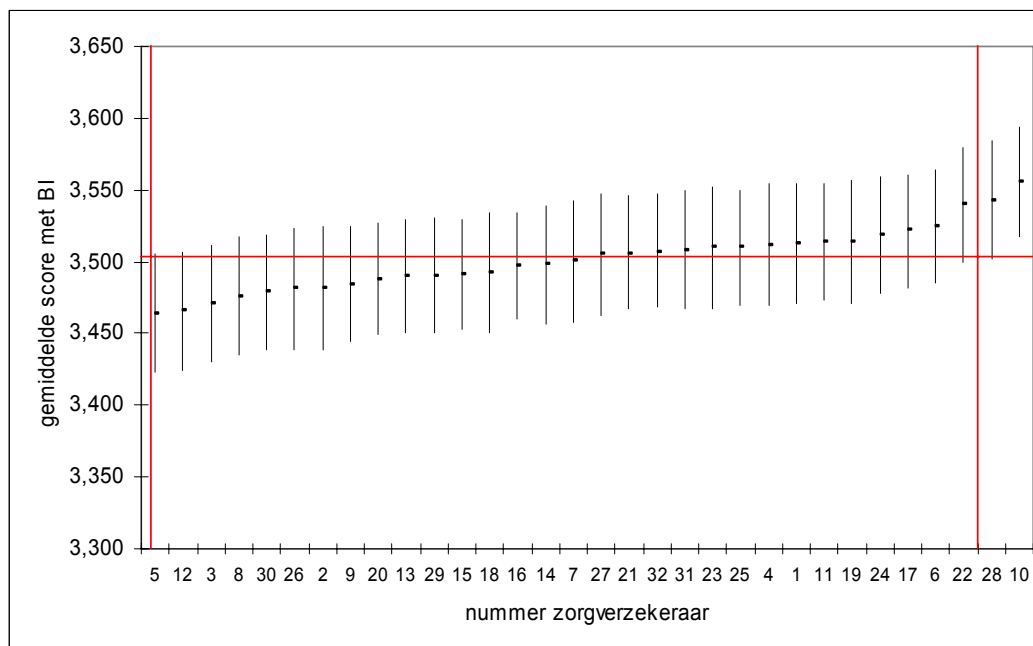
Toegankelijkheid van de zorg



nr.	naam	gemiddelde	nr.	naam	gemiddelde
1	Agis	2,83	21	PNO Ziektekosten	2,85
3	Azivo	2,83	27	Trias	2,85
12	Fortis ASR	2,83	31	Zorgverzekeraar UMC	2,85
9	DSW	2,84	13	Groene Land Achmea	2,85
30	Zilveren Kruis Achmea	2,84	23	PWZ Achmea	2,85
11	FBTO	2,84	32	Zorg en Zekerheid	2,85
15	IZA Zorgverzekeraar	2,84	8	Delta Lloyd	2,85
20	OZF Achmea	2,84	18	OHRA	2,85
26	Stad Holland Zorgverzekeraar	2,84	25	SIZ	2,85
29	VGZ	2,84	6	De Friesland Zorgverzekeraar	2,85
17	Menzis	2,84	4	CZ	2,85
5	De Amersfoortse	2,84	7	De Goudse	2,85
14	Interpolis ZorgActief	2,84	16	IZZ Zorgverzekeraar	2,85
19	ONVZ	2,84	24	Salland	2,85
28	Univé	2,84	22	Pro Life	2,85
2	AnderZorg	2,85	10	DVZ Achmea	2,86

Totaal gemiddelde	2,85
-------------------	------

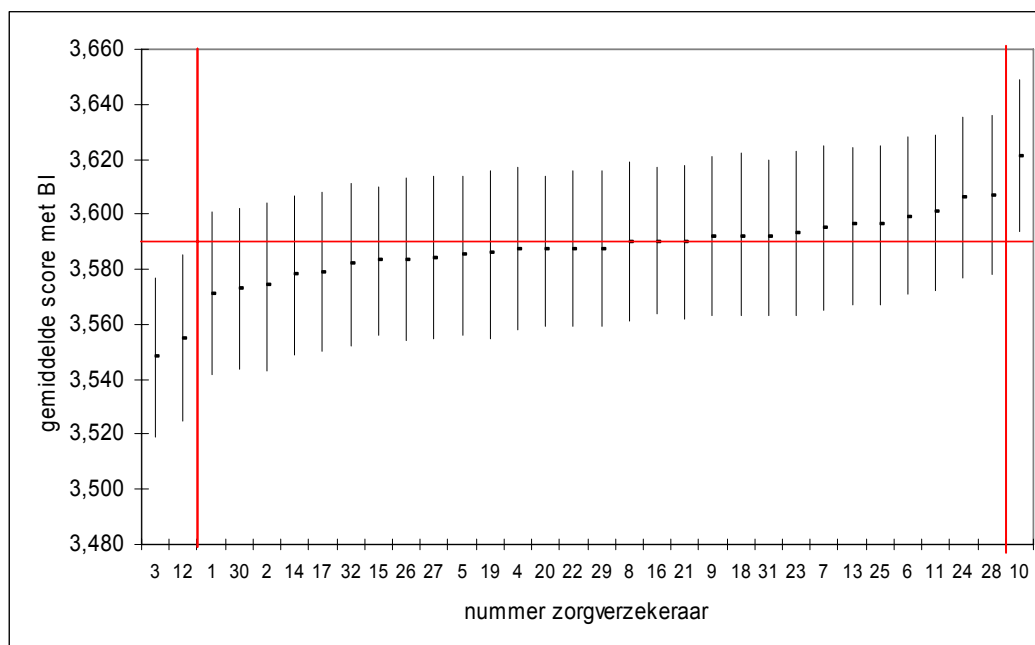
Krijgen van de benodigde hulp van artsen en andere zorgverleners



nr.	naam	gemiddelde	nr.	naam	gemiddelde
5	De Amersfoortse	3,46	27	Trias	3,51
12	Fortis ASR	3,47	21	PNO Ziektekosten	3,51
3	Azivo	3,47	32	Zorgverzekeraar UMC	3,51
8	Delta Lloyd	3,48	31	Zorg en Zekerheid	3,51
30	Zilveren Kruis Achmea	3,48	23	PWZ Achmea	3,51
26	SR Zorgverzekeraar	3,48	25	SIZ	3,51
2	Anderzorg	3,48	4	CZ	3,51
9	DSW	3,48	1	Agis	3,51
20	OZF Achmea	3,49	11	FBTO	3,51
13	Groene Land Achmea	3,49	19	ONVZ	3,51
29	VGZ	3,49	24	Salland	3,52
15	IZA	3,49	17	Menzis	3,52
18	OHRA	3,49	6	De Friesland Zorgverzekeraar	3,52
16	IZZ	3,50	22	Pro Life	3,54
14	Interpolis	3,50	28	Unive	3,54
7	De Goudse	3,50	10	DVZ Achmea	3,56

Totaalgemiddelde	3,50
------------------	------

Persoonlijke benadering artsen en zorgverleners



nr.	naam	gemiddelde	nr.	naam	gemiddelde
3	Azivo	3,55	29	VGZ	3,59
12	Fortis ASR	3,56	8	Delta Lloyd	3,59
1	Agis	3,57	16	IZZ Zorgverzekeraar	3,59
30	Zilveren Kruis Achmea	3,57	21	PNO Ziektekosten	3,59
2	AnderZorg	3,57	9	DSW	3,59
14	Interpolis ZorgActief	3,58	18	OHRA	3,59
17	Menzis	3,58	31	Zorgverzekeraar UMC	3,59
32	Zorg en Zekerheid	3,58	23	PWZ Achmea	3,59
15	IZA Zorgverzekeraar	3,58	7	De Goudse	3,60
26	Stad Holland Zorgverzekeraar	3,58	13	Groene Land Achmea	3,60
27	Trias	3,58	25	SIZ	3,60
5	De Amersfoortse	3,59	6	De Friesland Zorgverzekeraar	3,60
19	ONVZ	3,59	11	FBTO	3,60
4	CZ	3,59	24	Salland	3,61
20	OZF Achmea	3,59	28	Univé	3,61
22	Pro Life	3,59	10	DVZ Achmea	3,62

Totaalgemiddelde	3,59
------------------	------

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

Deze bijlage voorziet in 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 belangsscores (zie tabel 2.2), de achtergrondkenmerken van de respondenten (zie paragraaf 3.5) 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 screenvragen; afhankelijk van het antwoord op dergelijke screenvragen dient de respondent één of meer vervolgvragen over te slaan.

Tabel B 4.1a Percentages gegeven antwoorden 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	7.753	7,79	0,15%	0,17%	0,22%	0,39%	0,79%
11	3.879	7,73	0,31%	0,21%	0,49%	0,72%	0,93%
43	5.080	7,92	0,02%	0,10%	0,10%	0,35%	0,87%
84	7.976	7,85	0,04%	0,08%	0,20%	0,24%	0,61%

Tabel B 4.1b Vervolg percentages gegeven antwoorden 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	3,28%	7,71%	25,87%	35,41%	13,21%	12,81%
11	2,81%	7,66%	24,39%	37,87%	14,31%	10,31%
43	1,87%	5,75%	22,24%	42,36%	15,10%	11,24%
84	1,71%	6,03%	26,92%	38,47%	16,22%	9,49%

Tabel B 4.2 Percentage gegeven antwoorden 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*
14	4.067	3,49	0,79%	7,08%	34,62%	57,51%	nvt
17	1.121	3,40	2,23%	11,69%	29,62%	56,47%	nvt
19	1.378	3,56	2,69%	6,82%	22,79%	67,71%	nvt
20	1.362	3,66	1,47%	4,11%	21,73%	72,69%	nvt
22	4.507	3,24	3,24%	11,01%	43,89%	41,87%	nvt
23	4.484	3,65	0,27%	3,84%	26,94%	68,96%	nvt
34	5.060	2,60	17,83%	24,45%	37,55%	20,18%	nvt
36	2.421	3,56	1,82%	7,60%	23,13%	67,45%	nvt
38	5.077	3,71	0,47%	2,27%	22,99%	74,28%	nvt
39	5.080	3,58	0,51%	3,41%	33,86%	62,22%	nvt
40	5.077	3,53	1,02%	4,83%	34,35%	59,80%	nvt
41	5.082	3,55	2,48%	4,55%	28,89%	64,09%	nvt
42	5.082	3,49	0,85%	5,98%	36,52%	56,65%	nvt
60	2.808	3,42	2,10%	9,90%	31,41%	56,59%	nvt
62	544	3,28	7,72%	13,24%	22,79%	56,25%	nvt
73	5.009	3,60	1,53%	4,77%	25,62%	66,42%	1,65%
74	4.980	3,78	0,57%	2,22%	15,10%	79,91%	2,20%
76	3.481	2,68	24,34%	14,92%	23,11%	32,73%	4,89%
78	2.739	3,70	0,62%	3,03%	22,05%	74,30%	nvt
79	2.735	3,54	1,32%	5,85%	30,13%	62,71%	nvt
80	2.729	3,53	1,10%	5,72%	32,50%	60,68%	nvt
81	2.724	3,54	1,98%	5,73%	28,30%	63,99%	nvt
82	2.727	3,55	0,81%	6,16%	30,14%	62,89%	nvt

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

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

vraag	N	gemiddelde	ja	nee	anders*
1	8.049	1,01	99,47%	0,53%	nvt
4	442	1,95	4,75%	95,25%	nvt
6	8.023	1,50	49,92%	50,08%	nvt
8	278	1,92	7,91%	92,09%	nvt
10	486	1,95	5,14%	94,86%	nvt
12	7.997	1,49	51,29%	48,71%	nvt
15	7.997	1,86	14,24%	85,76%	nvt
18	7.985	1,83	17,47%	82,53%	nvt
21	7.940	1,42	57,62%	42,38%	nvt
27	5.080	1,24	76,14%	23,86%	nvt
29	419	1,90	9,79%	90,21%	nvt
31	822	1,95	4,62%	95,38%	nvt
33	429	1,97	3,50%	96,50%	nvt
35	5.074	1,52	48,11%	51,89%	nvt
48	1.648	1,05	94,96%	5,04%	nvt
51	8.009	1,10	90,00%	10,00%	nvt
53	8.014	1,75	24,87%	75,13%	nvt
56	8.021	1,93	7,49%	92,51%	nvt
58	7.996	1,64	35,58%	64,42%	nvt
61	8.002	1,93	6,89%	93,11%	nvt
63	8.012	1,90	9,87%	90,13%	nvt
64	772	1,86	14,25%	85,75%	nvt
66	7.223	1,93	6,58%	83,63%	Weet ik niet, 9,79%
68	7.999	1,90	10,30%	89,70%	nvt
69	809	0,60	60,69%	29,54%	In afwachting, 9,77%
70	8.008	1,73	27,01%	72,99%	nvt
72	7.888	1,35	63,88%	34,44%	Weet ik niet, 1,68%
75	7.980	1,52	46,35%	49,60%	Weet ik niet, 4,05%
77	8.020	1,66	34,38%	65,62%	nvt

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

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

vraag	N	gemiddelde	groot probleem	klein probleem	geen probleem	anders*
3**	578	2,83	2,94%	11,59%	85,47%	nvt
7	3.952	2,91	1,70%	5,41%	92,89%	nvt
9	3.942	2,85	2,64%	9,97%	87,39%	nvt
13	4.073	2,64	5,87%	24,67%	69,46%	nvt
16	1.127	2,73	5,50%	15,62%	78,88%	nvt
28	3.842	2,87	2,39%	8,62%	88,99%	nvt
30	3.831	2,74	4,10%	17,72%	78,18%	nvt
32	3.813	2,87	1,57%	9,89%	88,54%	nvt
37	2.425	2,77	3,71%	15,22%	81,07%	nvt
49	1.677	2,92	1,73%	4,05%	94,22%	nvt
50	1.669	2,85	3,59%	6,77%	85,50%	1 ^e verzekeraar, 4,13%
52	7.041	2,79	2,03%	16,83%	81,14%	nvt
54	1.959	2,66	5,10%	23,69%	71,21%	nvt
55	1.952	2,72	2,97%	22,39%	74,64%	nvt
57	593	2,87	2,36%	8,43%	89,21%	nvt
59	2.815	2,60	8,17%	23,77%	68,06%	nvt
65	108	1,85	35,19%	44,44%	20,37%	nvt
67	516	2,41	17,64%	24,22%	58,14%	nvt
71	2.135	2,90	1,08%	8,34%	90,59%	nvt

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

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

Tabel B4.5 Percentages gegeven antwoorden op vragen met antwoordcategorieën ‘Geen enkele keer’ tot ‘Tien of meer keer’

vraag	N	0 keer	1 keer	2 keer	3 keer	4 keer	5-9 keer	≥ 10 keer
24	8.007	88,83%	8,52%	1,61%	0,49%	0,26%	0,24%	0,05%
25	7.996	88,63%	8,04%	2,09%	0,59%	0,23%	0,36%	0,06%
26	7.935	35,39%	13,50%	13,74%	10,46%	9,84%	12,64%	4,44%

Tabel B4.6 Percentages gegeven antwoorden bij vragen over aantal jaren ingeschreven bij zorgverzekeraar

vraag	N	0-1 jaar	1-2 jaar	2-5 jaar	5-10 jaar	≥ 10 jaar
2	7.927	3,89%	3,48%	10,14%	15,50%	66,99%
47	8.000	4,53%	16,59%	16,11%	13,58%	49,20%

Tabel B4.9 Percentages gegeven antwoorden en de gemiddelde score bij vraag over aanbeveling verzekeraar bij anderen

vraag	N	gemiddelde	zeker niet	waarschijnlijk niet	waarschijnlijk wel	zeker wel
83	7.977	3,39	1,47%	5,73%	45,54%	47,26%

