

Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars

Meting 2006 voor www.kiesBeter.nl

O.C. Damman
M. Hendriks
D.M.J. Delnoij
P. Spreeuwenberg

ISBN-10: 90-6905-823-5
ISBN-13: 978-90-6905-823-8

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2006 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	8
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 consumenten	14
2.3 Deelnemers	14
2.3.1 Zorgverzekeraars	14
2.3.2 Consumenten	15
2.4 Vragenlijst	15
2.4.1 Aanpassingen vragenlijst ten opzichte van 2005	16
2.5 Selectie van aspecten	17
2.5.1 Schaalconstructie	17
2.6 Statistische analyses	18
3 Beschrijving steekproef	21
3.1 Representativiteit van de steekproef	21
3.2 Respons van de consumenten	22
3.3 Selectie van personen	22
3.4 Non-respons analyse	25
3.5 Achtergrondkenmerken van de respondenten	26
4 Ervaringen van consumenten met de zorg en de zorgverzekeraar	29
4.1 Ervaringen van de consumenten 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 2004/2005 en 2005/2006	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 2004/2005 en 2005/2006	38
5.6	Consumenteninformatie over de prestaties van zorgverzekeraars	39
5.7	Toekomstig gebruik van de vragenlijst	40
5.8	Tot slot	41
	Literatuur	43
	Bijlagen:	
Bijlage 1:	De vragenlijst	45
Bijlage 2:	Analyses case mix adjustment	59
Bijlage 3:	Consumenteninformatie over de kwaliteit van de service en de geleverde zorg	63
Bijlage 4:	Gemiddelde scores en betrouwbaarheidsintervallen voor de aspecten waarop zorgverzekeraars significant van elkaar verschillen	79

Voorwoord

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars. Dit onderzoek wordt voor de tweede achtereenvolgende keer uitgevoerd door het NIVEL, in samenwerking met het Ministerie van VWS. Ieder jaar wordt informatie verzameld over ervaringen van verzekerden om vergelijkende kwaliteitsinformatie over zorgverzekeraars te ontwikkelen voor de website www.kiesBeter.nl. Deze website is op initiatief van het Ministerie van VWS opgezet om consumenten te ondersteunen bij het maken van een weloverwogen keuze voor een zorgverzekeraar.

Op www.kiesBeter.nl kunnen consumenten zorgverzekeraars vergelijken op onder andere de premie, de dekking en de service van de zorgverzekeraar. Ook dit jaar is het NIVEL gevraagd om de ervaringen van consumenten met de service van zorgverzekeraars én met de geleverde zorg in kaart te brengen. Daarbij is bepaald of deze ervaringen verschillen tussen consumenten die verzekerd zijn bij verschillende zorgverzekeraars. De resultaten die naar voren komen in dit rapport zijn grotendeels ook te vinden op de website www.kiesBeter.nl, in de rubriek ‘overzicht servicescores’.

NIVEL

Utrecht, november 2006

1 Inleiding

Op 6 december 2005 opende de minister van VWS de nieuwe editie van de keuzegids www.kiesBeter.nl/zorgverzekeringen. In deze keuzegids op internet kunnen mensen zorgverzekeraars vergelijken op premie, dekking en service van de zorgverzekeraars. De informatie over de service is gebaseerd op een NIVEL onderzoek naar de ervaringen van verzekerden met hun huidige zorgverzekeraar en de geleverde zorg. Eind 2006 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 brengt daarom in samenwerking met het Ministerie van VWS de ervaringen van consumenten 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 burger voor een zorgverzekeraar mede bepalend zal zijn voor zijn/haar keuzemogelijkheden in het aanbod van de zorg (Delnoij en Van der Schee, 2003).

Wil de vraagsturing binnen de gezondheidszorg slagen, dan 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 vorig jaar 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. Ondanks de scepsis die soms bestaat ten aanzien van de wil van consumenten om te kiezen en te wisselen (Hurenkamp en Kremer, 2005; Schwartz, 2004), lijkt het erop dat het nieuwe verzekeringsstelsel verzekerden vorig jaar wel degelijk heeft gestimuleerd tot het wisselen van zorgverzekeraar. De vraag is of veel mensen blijven wisselen in de toekomst. Vorig jaar hebben waarschijnlijk veel mensen nagedacht over hun keuze voor een zorgverzekeraar, met name door de grote media-aandacht. Voor de toekomst wordt verwacht dat de verzekerdenmobiliteit zal stabiliseren op ongeveer 10% (Smit en Mokveld, 2006).

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). 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, tegenwoordig veel moeite gedaan om de prestaties in de gezondheidszorg te meten en de kwaliteitsinformatie voor consumenten toegankelijk te maken middels publicatie op internet. 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).

Het meten van de kwaliteit van de zorg en de service wordt op dit moment gestandaardiseerd door de zogeheten CQ Index (Delnoij, in druk). Centraal in de vragenlijsten staan de ervaringen van de consumenten zelf. Op dit moment wordt de CQ Index gestandaardiseerd wat betreft het verzamelen van gegevens over de prestaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daaraan werken onderzoekers uit verschillende organisaties en universiteiten samen. Algemene CQ-vragenlijsten zijn ontwikkeld voor het meten van de kwaliteit van ziekenhuiszorg en zorgverzekeraars. Ook zijn CQ-vragenlijsten ontwikkeld voor specifieke zorg zoals diabeteszorg, staaroperaties en fysiotherapie.

Ook de vragenlijst die wordt gebruikt voor het meten van de ervaringen van verzekerden met hun zorgverzekeraar en de geleverde zorg, maakt deel uit van de verzameling CQ-vragenlijsten. 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). CAHPS staat voor 'Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems' (<http://www.cahps-sun.org/home/index.asp>). Bij de aanpassing van de vragenlijst voor de Nederlandse markt is behalve uit de 'CAHPS familie' (Cleary en Edgman-Levitan, 1997; Darby et al., 2006; Zaslavsky et al., 2001; Zaslavsky et al., 2002) ook geput uit de QUOTE-meetinstrumenten van het NIVEL (Van Campen et al., 1997; Van Campen et al., 1998; Sixma et al., 1998). De vragen uit de QUOTE-vragenlijsten dienen om het belang vast te stellen dat mensen hechten aan bepaalde kwaliteitsaspecten. De CQ-vragenlijst voor het meten van ervaringen van verzekerden is wetenschappelijk gefundeerd en meet ervaringen van consumenten. Dit is een belangrijke verbetering ten opzichte van vragenlijsten uit de jaren '80, waarin alleen naar tevredenheid van consumenten werd gevraagd (Cleary en Edgman-Levitan, 1997).

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 bevat onder andere keuze-informatie over ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorginstellingen en medicijnkosten. Op 6 december 2005 opende de minister van VWS de nieuwe editie van de keuzesite www.kiesBeter.nl/zorgverzekeringen. In deze keuzegids op internet kunnen mensen zorgverzekeraars vergelijken wat betreft premie, dekking en service.

Het NIVEL heeft in 2005 met behulp van bovengenoemde CQ-vragenlijst de ervaringen van verzekerden met hun zorgverzekeraar en de geleverde zorg gemeten (Hendriks et al., 2005). De informatie in de keuzegids *Zorgverzekeringen* over de service van zorgverzekeraars op www.kiesBeter.nl is gebaseerd op dit onderzoek. De belangrijkste

uitkomsten van de meting in 2005 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 en de beschikbaarheid van niet-gecontracteerde zorg verbeterd kunnen 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 en de manier waarop rekeningen werden afgehandeld.

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 keuzegids Zorgverzekeringen op www.kiesBeter.nl. Hierdoor levert het onderzoek een bijdrage 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 (2005/2006) en vorig jaar (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 zouden een onderzoek op zich vormen en 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 675 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 aanbieders wordt apart verzameld via andere CQ-vragenlijsten.

De vragen van het onderzoek kunnen als volgt worden samengevat:

- 1 *‘Hoe hebben consumenten in 2005/2006 de kwaliteit van de ambulante medische zorg ervaren?’*
- 2 *‘Hoe hebben consumenten in 2005/2006 de kwaliteit van hun zorgverzekeraar ervaren?’*
- 3 *‘Verschillen de ervaringen van consumenten die verzekerd zijn bij verschillende zorgverzekeraars?’*

4 ‘Verschillen de ervaringen van consumenten in 2005/2006 vergeleken met de ervaringen van consumenten in 2004/2005?’

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. Er kan nu al een eerste globale vergelijking gemaakt worden met de resultaten van vorig jaar.

1.5 Opzet van het rapport

Allereerst wordt de methode van het onderzoek uiteengezet (hoofdstuk 2). Daarna beschrijven we de respons, de selectie van consumenten 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 van vorig jaar (2004/2005). 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 675 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 consumenten 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 consumenten in het onderzoek. De herinneringen in week 5 en week 7 werden alleen verzonden naar de consumenten die op dat moment nog niet hadden gereageerd. De zendingen werden zoveel mogelijk op een donderdag verstuurd, zodat de consumenten de vragenlijst en de herinneringen vóór of in het weekend ontvingen.

Het Ministerie van VWS financierde de analyse en rapportage van de gegevens. De kosten van de dataverzameling en het invoeren van de vragenlijsten waren voor rekening

¹ Dit aantal is gebaseerd op een powerberekening met behulp van de gegevens uit een pilotonderzoek 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 1000 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 45% (de netto-respons in het onderzoek van vorig jaar) moeten daarom 675 vragenlijsten per verzekeraar worden verstuurd.

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 consumenten

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 het onderzoek van vorig jaar. 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). Daarna kregen ze de opdracht om alle personen die aangegeven hebben niet voor enquêtes of onderzoeken aangeschreven te willen worden te verwijderen (stap 2). De volgende stap was het verwijderen van personen die zijn overleden of een fout adres hebben (stap 3). Daarna dienden alle personen verwijderd te worden die jonger dan 18 waren (geboren na juni 1988; 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 675 personen te kiezen door iedere X^e verzekerde te selecteren, waarbij X de uitkomst was van het aantal resterende verzekerden gedeeld door 675 (stap 6).

Per set van 675 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 groep van verzekerden van de betreffende zorgverzekeraar.

2.3 Deelnemers

2.3.1 Zorgverzekeraars

Aan de hand van de lijst van zorgverzekeraars op de internetsite van Zorgverzekeraars Nederland (www.zn.nl) benaderden we alle Nederlandse zorgverzekeraars om deel te nemen aan het onderzoek. In totaal besloten vijftien zorgverzekeraars mee te doen, die tezamen 32 labels/resultaat verantwoordelijke eenheden vertegenwoordigen. In tabel 2.1 staan de deelnemende labels weergegeven. Drie zorgverzekeraars namen niet deel aan het onderzoek. De redenen die zij hiervoor gaven waren dat zij specifieke beroepsgroepen als

klant hebben (en dus slechts een klein deel van de verzekerdenmarkt bedienen), dat zij alleen verzekerden hebben die tijdelijk in het buitenland verblijven of dat zij zelf op het moment van de dataverzameling belangrijkere prioriteiten hebben.

Tabel 2.1 Deelnemende labels/verzekeraars

Label	Onderdeel van	Label	Onderdeel van
Agis	Agis Zorgverzekeringen	IZZ	VGZ-IZA-TRIAS
De Amersfoortse	Fortis Zorgverzekeringen	Menzis	Menzis
AnderZorg	Menzis	OHRA	
Azivo		ONVZ Zorgverzekeraar	
Confior	Menzis	OZF Achmea	Achmea Zorg
CZ		OZ zorgverzekeringen	
Delta Lloyd		Pro Life	Agis Zorgverzekeringen
DSW	Zorgverzekeraar DSW	PWZ Achmea	Achmea Zorg
DVZ Zorgverzekeringen	Achmea Zorg	Salland verzekeringen	
Fortis ASR	Fortis Zorgverzekeringen	SR Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar DSW
De Friesland Zorgverzekeraar		Trias	VGZ-IZA-TRIAS
FBTO	Achmea Zorg	IZA AZ	VGZ-IZA-TRIAS
De Goudse	VGZ-IZA-TRIAS	Univé	VGZ-IZA-TRIAS
Groene Land Achmea	Achmea Zorg	VGZ	
Interpolis	Achmea Zorg	Zilveren Kruis Achmea	Achmea Zorg
IZA	VGZ-IZA-TRIAS	Zorg en Zekerheid	

2.3.2 Consumenten

In totaal ontvingen we 21.600 adressen van verzekerden van de deelnemende labels. Het mailhouse stuurde aan al deze verzekerden de vragenlijst met een bijbehorende brief. Aan alle verzekerden is een bedankkaartje verstuurd, met daarop nogmaals het verzoek om de vragenlijst in te vullen als men dat nog niet had gedaan. Vervolgens is aan 15.346 verzekerden een tweede herinnering, en aan 11.304 verzekerden een derde herinnering verstuurd. De derde herinnering bleek niet veel extra respons op te leveren. Daarom is aan verzekerden van enkele labels (die zich later hadden aangemeld voor het onderzoek) geen derde herinnering meer verstuurd.

2.4 Vragenlijst

De gebruikte vragenlijst (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 consumenten met de zorg (vraag 1 t/m 43) én met de zorgverzekeraar (vraag 44 t/m 86). De vragenlijst sluit af met enkele vragen naar achtergrondkenmerken van respondenten, zoals leeftijd en geslacht (vraag 87 t/m 102).

De vragenlijst bestaat uit meerdere modules. De vragen betreffen de ervaringen van consumenten in het afgelopen jaar (juni 2005/juni 2006). 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 'geen probleem', 'klein probleem' tot 'groot 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 vragenlijst ten opzichte van 2005*

Op enkele aspecten is de vragenlijst aangepast ten opzichte van vorig jaar. Zo is een screenervraag toegevoegd naar het gebruik van e-mail om informatie of hulp van zorgverzekeraar te krijgen (vraag 62). Daarnaast bevat de vragenlijst nu ook een vraag naar de frequentie waarin aan de kwaliteit van deze hulp via de e-mail werd voldaan (vraag 63). Ook is een vraag toegevoegd naar het belang dat wordt gehecht aan het bieden van hulp via de e-mail (vraag 64). De overige belangvragen zijn in tegenstelling tot vorig jaar niet opgenomen in de vragenlijst. Deze vragen dienden vorig jaar om het belang vast te stellen dat consumenten hechten aan verschillende aspecten van de service van de zorgverzekeraar. Op basis van deze belangsscores is vervolgens bepaald welke aspecten het best gepresenteerd konden worden op www.kiesBeter.nl. Verondersteld wordt dat het ervaren belang van de aspecten redelijk constant is en dat hier niet ieder jaar opnieuw naar hoeft te worden gevraagd.

Uit de meting van vorig jaar bleek dat bepaalde ervaringen van consumenten te weinig voorkwamen om de zorgverzekeraars met elkaar te kunnen vergelijken. Om die reden én om de vragenlijst zo kort mogelijk te houden, zijn enkele vragen over de klachtenafhandeling weggelaten. Wel wordt gekeken naar het aantal klachten over de zorgverzekeraar, hoewel dit als indicator voor kwaliteit niet onomstreden is. Een laag aantal klachten kan immers zowel op een goede service als op een slecht toegankelijke klachtenregeling wijzen. De vragen over uitstel van zorg bij wachten op toestemming van de zorgverzekeraars en niet-gecontracteerde zorg (die ook maar weinig werden ingevuld) bleven behouden omdat deze aspecten binnen het nieuwe zorgstelsel mogelijk vaker een rol gaan spelen. Verder zijn de vragen over het onderscheid particulier/ziekenfonds verwijderd en is een nieuwe vraag toegevoegd om te bepalen of de verzekerden een restitutie-, natura- of gecombineerde polis hebben (vraag 46). Ook hebben we dit jaar gevraagd of mensen een individuele of een collectieve verzekering hebben (vraag 45). Tenslotte hebben we een vraag toegevoegd over of mensen met de invoering van de Zorgverzekeringswet zijn gewisseld van zorgverzekeraar (vraag 48).

2.5 Selectie van aspecten

Om de gegevens van het onderzoek uiteindelijk te gebruiken voor de keuze-informatie op www.kiesbeter.nl is een selectie gemaakt van items die worden gepresenteerd. Hierbij dient opgemerkt te worden dat deze selectie van items werd voorafgegaan door een selectie van personen. Hiervoor wordt verwezen naar paragraaf 3.3.

2.5.1 *Schaalconstructie*

Dit jaar zijn dezelfde schalen gebruikt als vorig jaar 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.

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 ($\alpha = .86$).

Daarnaast vormden we net als vorig jaar nog twee andere schalen: 'toegankelijkheid van de zorg' en 'het krijgen van de benodigde hulp'. De schaal toegankelijkheid van de zorg ($\alpha = .79$) 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' ($\alpha = .83$) 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.

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 ($\alpha = .92$).

Verder konden drie items rondom informatievoorziening samengenomen worden in een schaal ($\alpha = .80$). 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 ($\alpha = .80$).

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 werden op de internetsite zijn dezelfde als vorig jaar:

- het aantal klachten over de zorgverzekeraar;
- de ervaren problemen bij het telefonisch bereiken van de klachtenservice;
- het ontvangen van de benodigde telefonische hulp van de klachtenservice;
- de ervaren problemen bij uitstel van zorg tijdens het wachten op goedkeuring van de zorgverzekeraar;
- de ervaren problemen bij het ontvangen van niet-gecontracteerde zorg;
- duidelijkheid over het moeten (bij)betalen voor zorg.

2.6 Statistische analyses

Met behulp van beschrijvende statistiek in SPSS 11.5 werden de ervaringen van consumenten met de zorg en de zorgverzekeraar in kaart gebracht. Eerst bekeken we de ervaringen van alle consumenten 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 consumenten 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. Er kunnen namelijk twee hiërarchische niveaus onderscheiden worden: het niveau van zorgverzekeraar ($N=32$) en het niveau van de verzekerde ($N= 8266$). De intraklasse 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. Deze correlatie is een maat voor de verschillen tussen zorgverzekeraars als het gaat om de ervaringen van de consumenten. 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., in druk). 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 (zie bijlage 2).

Om tot een indeling in sterren te komen op kiesBeter.nl, is in de multilevel analyses ook getoetst of de scores met betrouwbaarheidsintervallen afwijken van de scores met betrouwbaarheidsintervallen van de andere zorgverzekeraars. Een zorgverzekeraar werd ingedeeld in de laagste of hoogste categorie, indien het betrouwbaarheidsinterval rondom de score van de zorgverzekeraar respectievelijk geheel beneden of geheel boven de gemiddelde score over alle zorgverzekeraars viel. Als het betrouwbaarheidsinterval overlapte met deze gemiddelde score, kreeg de zorgverzekeraar twee sterren toegewezen.

3 Beschrijving 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 675 geselecteerde verzekerden waren geboortedatum en geslacht bekend. We berekenden de leeftijd van de verzekerden met als peildatum 31 mei 2006. Daarnaast verstrekten de zorgverzekeraars informatie over de gemiddelde leeftijd en het aantal mannen en vrouwen van de groep verzekerden waaruit de 675 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).

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	48,6	46,1	53,9	48,8 (47,4-50,3)	44,4 (40,7-48,2)	55,6 (51,8-59,3)
AnderZorg	41,1	53,5	46,5	41,3 (40,1-42,5)	52,4 (48,7-56,2)	47,6 (43,8-51,3)
Azivo	45,3	46,1	53,9	44,0 (42,9-45,1)	45,8 (42,0-49,5)	54,2 (50,5-58,0)
Confior	41,5	52,6	47,4	40,7 (39,7-41,7)	54,1 (50,3-57,8)	45,9 (42,2-49,7)
CZ	46,8	61,8	38,2	45,9 (44,5-47,3)	60,3 (56,3-63,7)	39,7 (36,3-43,7)
De Amersfoortse	47,0	55,0	45	46,8 (45,3-47,6)	56,3 (52,6-60,0)	43,7 (40,0-47,4)
De Friesland Zorgverzekeraar	47,0	47,8	52,2	47,1 (45,8-48,4)	45,0 (41,3-48,8)	55,0 (51,2-58,7)
De Goudse	45,8	61,4	38,6	46,2 (44,9-47,5)	55,4 (51,7-59,2)	44,6 (40,8-48,3)
Delta Lloyd	-	51,3	48,7	50,9 (49,5-52,2)	53,6 (49,9-57,4)	46,4 (42,6-50,1)
DSW Zorgverzekeraar	45,5	46,0	54	46,5 (45,2-47,8)	46,1 (42,3-49,8)	53,9 (50,2-57,7)
DVZ Zorgverzekeringen	43,6	51,0	49,0	44,6 (43,5-45,7)	63,2 (59,6-66,8)	36,8 (33,2-40,4)
FBTO	-	53,8	46,2	42,3 (41,2-43,4)	68,9 (65,4-72,4)	31,1 (27,6-32,6)
Fortis ASR	48,0	58,8	41,2	47,2 (46,0-48,4)	58,7 (55,0-62,4)	41,3 (37,6-45,0)
Groene Land Achmea	47,4	48,6	51,4	48,9 (47,5-50,3)	58,1 (54,4-61,8)	41,9 (38,2-45,7)
Interpolis	44,2	51,8	48,2	44,3 (43,0-45,5)	43,7 (40,0-47,4)	56,3 (52,6-60,0)
IZA	50,0	60,2	39,8	51,4 (50,4-52,3)	64,6 (61,0-68,2)	35,4 (31,8-39,0)
IZA AZ	50,0	60,2	39,8	42,6 (41,7-43,5)	36,9 (33,3-40,5)	63,1 (59,5-66,8)
IZZ	44,3	29,5	70,5	42,8 (41,8-43,8)	27,6 (24,2-30,9)	72,4 (69,1-75,8)

Label	Populatie			Steekproef		
	leeftijd	% man	% vrouw	leeftijd	% man	% vrouw
Menzis	48,1	48,6	51,4	47,9 (46,6-49,2)	47,1 (43,3-50,0)	52,9 (49,1-56,7)
OHRA	52,0	55,9	44,1	52,8 (51,4-54,2)	56,7 (53,0-60,5)	43,3 (39,5-47,0)
ONVZ	35,9	52,9	47,1	45,1 (44,0-46,1)	51,7 (47,9-55,5)	48,3 (44,5-52,1)
OZ zorgverzekeringen	47,2	56,6	43,4	50,4 (49,0-51,8)	55,7 (52,0-59,5)	44,3 (40,6-48,1)
OZF Achmea	49,4	51,4	48,6	49,2 (48,0-50,4)	51,6 (47,8-55,3)	48,4 (44,7-52,2)
Pro Life	45,8	46,1	53,9	45,7 (44,4-47,0)	46,2 (42,5-50,0)	53,8 (50,0-57,5)
PWZ Achmea	49,9	44,1	55,9	51,1 (50,0-52,3)	50,4 (46,6-54,1)	49,6 (45,9-53,4)
Salland verzekeringen	48,4	46,3	53,7	47,5 (46,1-49,0)	45,5 (41,7-49,2)	54,4 (50,8-58,3)
SR Zorgverzekeraar	41,3	52,3	47,70	41,4 (40,4-42,3)	49,5 (45,7-53,3)	50,5 (46,8-54,3)
Trias	47,5	48,3	51,7	48,2 (46,8-49,6)	49,5 (45,7-53,3)	50,5 (46,8-54,3)
Univé	47,3	56,4	43,6	46,8 (45,4-48,2)	56,4 (52,7-60,2)	43,6 (39,8-47,3)
VGZ	46,6	57,7	42,3	47,0 (45,7-48,4)	59,1 (55,4-62,8)	40,9 (37,2-44,6)
Zilveren Kruis Achmea	48,5	49,2	50,8	49,9 (48,5-51,4)	52,7 (49,0-56,5)	47,3 (43,5-51,0)
Zorg en Zekerheid	49,0	45,1	54,9	48,6 (47,2-50,0)	48,4 (44,7-52,2)	51,6 (47,8-55,3)

Wat betreft leeftijd valt uit de tabel op te maken dat de steekproef van zeven labels niet representatief waren voor hun verzekerdenpopulatie. Dit was het geval bij OZ zorgverzekeringen, IZA, IZZ, ONVZ, IZA AZ, PWZ Achmea en Groene Land Achmea. De verschillen waren het grootst bij ONVZ en IZA AZ. Kijken we naar de geslachtsverdeling, dan zien we dat de steekproeven van zeven labels niet representatief waren voor de verzekerdenpopulaties. Dit waren De Goudse, IZA, IZA AZ, Interpolis, PWZ Achmea, DVZ Zorgverzekeringen en FBTO. Voor IZA AZ en FBTO 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 (zie bijlage 2).

3.2 Respons van de consumenten

De vragenlijst werd verstuurd naar 21.600 mensen. Van deze groep bleken 24 mensen overleden te zijn. De post van 129 mensen werd retour gezonden. In totaal lieten 299 personen weten dat ze niet zouden deelnemen aan het onderzoek. 10.662 consumenten stuurden een vragenlijst terug waarvan 1801 vragenlijsten geheel leeg waren (zie figuur 3.1).

3.3 Selectie van personen

De CAHPS®-richtlijnen specificeren welke gevallen moeten worden uitgesloten van de analyses. De volgende zijn in het huidige onderzoek gebruikt:

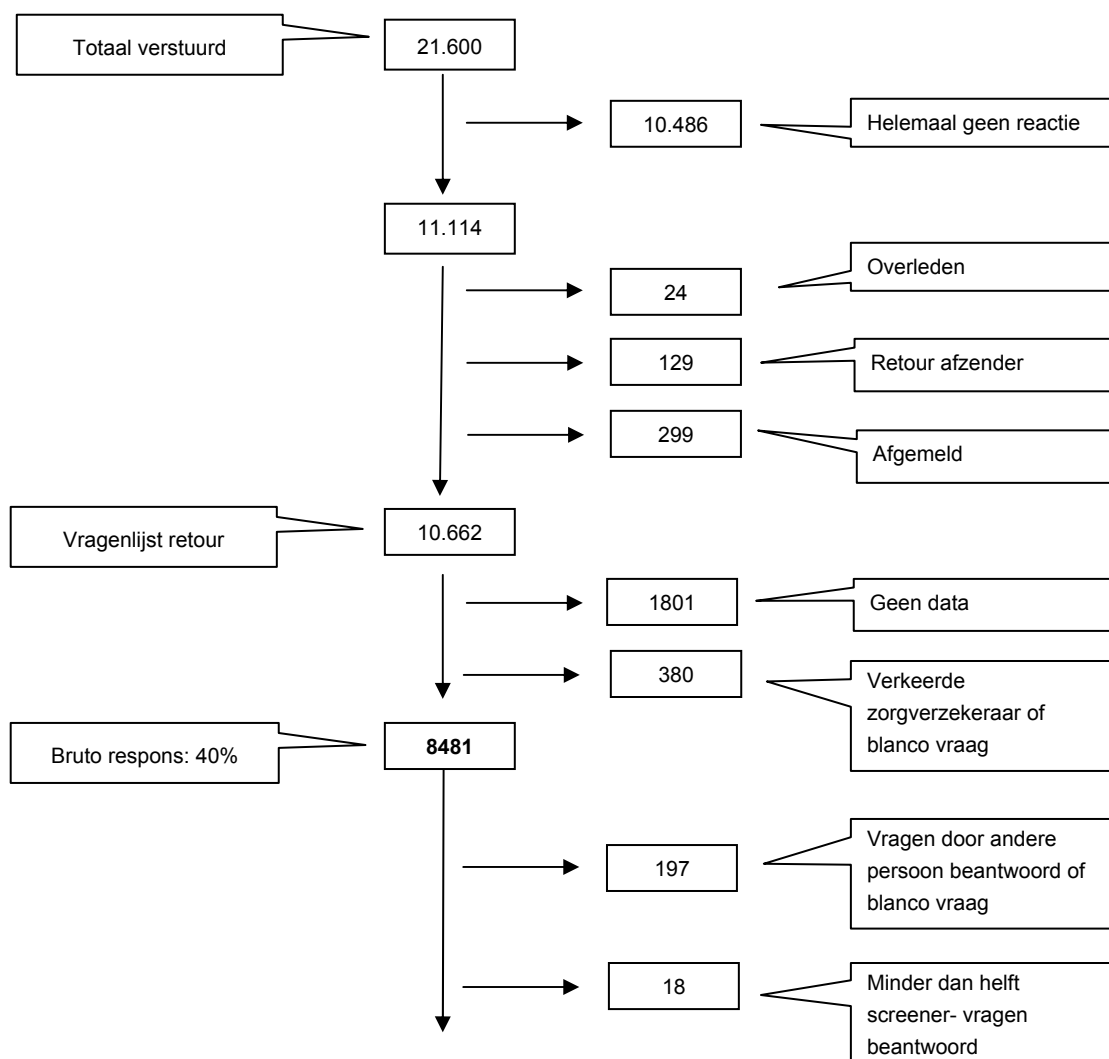
- 1 De respondent is niet bij de beoogde zorgverzekeraar verzekerd.
- 2 De respondent heeft de vragen door iemand anders laten beantwoorden.
- 3 De respondent heeft de vragenlijst niet compleet genoeg ingevuld.

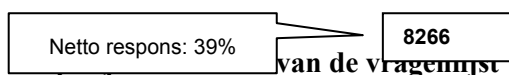
Hierna worden de richtlijnen besproken en geven we aan hoeveel personen in het huidige onderzoek aan de hand van de richtlijnen verwijderd werden. Zie ook figuur 3.1 voor de aantallen personen die per stap verwijderd werden.

Naam van de zorgverzekeraar

8.861 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. 380 respondenten gaven aan bij een andere zorgverzekeraar verzekerd te zijn of gaven geen enkele zorgverzekeraar op.

Figuur 3.1 Respons van de consumenten





De vragenlijst diende ingevuld te worden door de aangeschreven persoon. Mensen mochten hulp vragen aan iemand anders, maar de antwoorden moesten wel van hen zelf komen. 357 personen gaven aan hulp te hebben gehad bij het invullen van de vragenlijst. Op de vraag waaruit deze hulp bestond, rapporteerden 176 personen dat iemand anders de vragen had beantwoord. 21 personen gaven niet aan wat voor hulp ze hadden gekregen bij het invullen van de lijst. Deze 197 personen werden uitgesloten van de verdere analyses.

Compleetheid van invullen

Een persoon werd alleen voor de verdere analyses geselecteerd indien hij of zij voldoende vragen had beantwoord. In de CAHPS-systematiek wordt een vragenlijst beschouwd als voldoende compleet ingevuld indien 50% of meer van de zogenoemde screenvragen zijn ingevuld. Screenvragen zijn die vragen die door iedere respondent ingevuld moeten worden. De vragenlijst bestond uit 32 screenvragen. Van de overgebleven personen hadden 18 personen meer dan 16 van deze vragen niet ingevuld.

Uiteindelijk resulteerden bovenstaande richtlijnen voor het verwijderen van gevallen in het verwijderen van 595 personen (7%) en het selecteren van 8266 personen (93%). Tabel 3.2 laat zien hoeveel personen per label zijn meegenomen in de verdere analyses. Voor het berekenen van de respons werden conform de CAHPS-richtlijnen respondenten waarvan niet zeker was of zij tot de doelgroep behoorden (in dit geval de 380 mensen die een andere of geen zorgverzekeraar opgaven) niet meegerekend in de noemer. De bruto-respons was $8481/21220 \times 100 = 40\%$ en de netto-respons was $8266/21220 \times 100 = 39\%$. Dit is een vrij lage respons.

Tabel 3.2 Aantal respondenten (netto respons percentage) per label

Label	N (%)	Label	N (%)
Agis	229 (33,9 %)	IZA AZ	291 (43,1 %)
AnderZorg	240 (35,6 %)	IZZ	334 (49,5 %)
Azivo	211 (31,3 %)	Menzis	285 (42,2 %)
Confior	246 (36,4 %)	OHRA	223 (33,0 %)
CZ	234 (34,7 %)	ONVZ	250 (37,0 %)
De Amersfoortse	236 (35,0 %)	OZ zorgverzekeringen	274 (40,6 %)
De Friesland Zorgverzekeraar	269 (39,9 %)	OZF Achmea	327 (48,4 %)
De Goudse	224 (33,2 %)	Pro Life	348 (51,6 %)
Delta Lloyd	247 (36,6 %)	PWZ Achmea	205 (30,4 %)
DSW	252 (37,3 %)	Salland verzekeringen	272 (40,3 %)
DVZ Zorgverzekeringen	290 (43,0 %)	SR Zorgverzekeraar	205 (30,4 %)
FBTO	241 (35,7 %)	Trias	281 (41,6 %)
Fortis ASR	213 (31,6 %)	Univé	222 (32,9 %)
Groene Land Achmea	231 (34,2 %)	VGZ	272 (40,3 %)

Interpolis	275 (40,7 %)	Zilveren Kruis Achmea	245 (36,3 %)
IZA	334 (49,5 %)	Zorg en Zekerheid	260 (38,5 %)

Skip-instructies

Tenslotte is nagegaan of mensen de skip-instructies van de vragenlijst goed hadden opgevolgd. Op verschillende plaatsen in de vragenlijst kregen consumenten 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 CAHPS 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 de geslachtsverdeling van de groep respondenten met die van de groep non-respondenten. In navolging van de CAHPS®-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. 8481 (40%) van de 21.600 personen classificeerden we als respondent en de overige 13.119 (60%) personen als non-respondent².

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 2006) 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=50,7 jaar, SD=16,6) waren gemiddeld genomen ouder dan de non-respondenten (M= 44,0 jaar, SD=16,8; F=824,35, p<.001). Tabel 3.3 geeft de leeftijdsverdeling binnen de groep respondenten en de groep non-respondenten weer.

Het percentage mannen en vrouwen onder respondenten en non-respondenten staat in tabel 3.4. Vrouwen bleken de vragenlijst meer te hebben ingevuld en geretourneerd dan

² Voor twee respondenten waren we niet in staat om geslacht en leeftijd te bepalen, omdat het identificatienummer niet goed was gescand in één van de bestanden. Daardoor was er geen koppeling mogelijk met het bestand dat de verzekeraars ons hebben aangeleverd.

mannen ($\chi^2=107,78$, $p<.001$).

Tabel 3.3 Respondenten en non-respondenten naar leeftijdscategorie

Leeftijd	Non-respondenten		Respondenten		Steekproef	
	N	%	N	%	N	%
18-24 jaar	1558	11,9	548	6,5	2106	9,8
25-34 jaar	2696	20,6	1054	12,4	3750	17,4
35-44 jaar	3199	24,4	1548	18,3	4747	22,0
45-54 jaar	2348	17,9	1703	20,1	4051	18,8
55-64 jaar	1653	12,6	1737	20,5	3390	15,7
65-74 jaar	842	6,4	1204	14,2	2046	9,5
75 jaar of ouder	823	6,3	685	8,1	1508	7,0

Tabel 3.4 Respondenten en non-respondenten naar geslacht

Geslacht	Non-respondenten		Respondenten		Steekproef	
	N	%	N	%	N	%
man	7162	54,6	4016	47,4	11.178	51,8
vrouw	5957	45,4	4463	52,6	10.420	48,2

3.5 Achtergrondkenmerken van de respondenten

Deze paragraaf beschrijft enkele achtergrondkenmerken van de 8.266 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 3.745 (45,8%) mannen en 4.428 (53,6%) vrouwen. Tabel 3.5 toont de verdeling van de respondenten in leeftijdscategorieën. Het blijkt dat de meeste respondenten tussen de 35 en 64 jaar oud waren. Tabel 3.5 laat ook het opleidingsniveau van de respondenten zien. Ruim de helft van de respondenten heeft minimaal een diploma op het niveau van middelbaar beroepsonderwijs 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 1.968 mensen (24,7%). Het inkomen van de overige respondenten staat weergegeven in tabel 3.5. Van de respondenten die wel informatie gaven over hun inkomen, hadden opvallend veel mensen een inkomen van meer dan €3.100 per maand (N=996, 12,5%).

Het merendeel van de respondenten (N=7580, 93,7%) was in Nederland geboren en had ook een vader (N=7453, 92,5%) en/of een moeder (N=7402, 91,8%) die in Nederland

geboren is. Daarnaast spraken de meeste mensen thuis Nederlands (N=7878, 98,3%). De meeste respondenten (N=4326, 54,9%) hadden betaald werk. Ook waren er onder de respondenten veel gepensioneerden (N=2011, 25,5%). De overige mensen waren huisvrouw/man (N=862, 10,9%), arbeidsongeschikt (N=302, 3,8%), schoolgaand/studerend (N=218, 2,8%), of werkloos/werkzoekend (N=163, 2,1%).

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

	N	%
Leeftijd		
18-24 jaar	485	5,9
25-34 jaar	1035	12,6
35-44 jaar	1521	18,5
45-54 jaar	1667	20,3
55-64 jaar	1710	20,8
65-74 jaar	1162	14,2
75 jaar of ouder	630	7,7
Opleiding		
(nog) geen	62	0,8
lagere school	541	6,7
lager beroepsonderwijs	1416	17,5
voorbereidend/kort middelbaar onderwijs	340	4,2
middelbaar algemeen onderwijs	1134	14,0
middelbaar beroepsonderwijs	1627	20,1
voortgezet algemeen onderwijs	657	8,1
hoger beroepsonderwijs	1593	19,7
wetenschappelijk onderwijs	489	6,0
post academisch onderwijs	135	1,7
anders	92	1,1
Ervaren gezondheid		
uitstekend	1117	13,7
zeer goed	1703	20,9
goed	3488	42,8
redelijk	1672	20,5
slecht	169	2,1
Netto gezinsinkomen per maand		
Minder dan €1100	624	7,8
Tussen €1100 en €1200	321	4,0
Tussen €1200 en €1300	303	3,8
Tussen €1300 en €1400	290	3,6
Tussen €1400 en €1500	277	3,5
Tussen €1500 en €1600	270	3,4
Tussen €1600 en €1700	286	3,6
Tussen €1700 en €1900	411	5,2
Tussen €1900 en €2100	514	6,5
Tussen €2100 en €2300	405	5,1
Tussen €2300 en €2500	432	5,4
Tussen €2500 en €2700	241	4,3
Tussen €2700 en €2900	251	3,2

Tussen €2900 en €3100	279	3,5
Meer dan €3100	995	12,5

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 (55,0%) had een individuele verzekering. De overige respondenten waren collectief verzekerd: 28,6% via zijn of haar werkgever, 6,7% via de werkgever van zijn of haar partner, en 9,6% niet via de werkgever. Bijna een kwart van de respondenten (23,8%) wist niet of hij/zij een 'in natura polis' of een 'restitutiepolis' had. Van de mensen die dit wel wisten, had 48,9% een 'zorg in natura polis', 25,7% een 'restitutie polis' en 25,4% 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 (48,0%) was langer dan 10 jaar verzekerd bij de huidige zorgverzekeraar. Een vrij grote groep mensen (23,3%) is korter dan een jaar verzekerd bij de huidige zorgverzekeraar. Van deze laatste groep mensen gaf 96,6 % aan te zijn veranderd van zorgverzekeraar met de invoering van het nieuwe zorgstelsel.

4 Ervaringen van consumenten met de zorg en de zorgverzekeraar

4.1 Ervaringen van de consumenten voor alle zorgverzekeraars gezamenlijk

Het huidige onderzoek beoogt de ervaringen van consumenten 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 3 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 consumenten 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 kwart van de respondenten vindt dat dit meestal het geval was en slechts een kleine groep zegt soms of nooit vriendelijk en met aandacht benaderd te worden. Ook hadden consumenten positieve ervaringen met het krijgen van de benodigde hulp. Van de respondenten geeft 89,4% aan geen problemen gehad te hebben met dit aspect van de zorg (zie figuur 4.3). Respondenten hebben tevens goede ervaringen met de toegankelijkheid van de zorg (zie figuur 4.2).

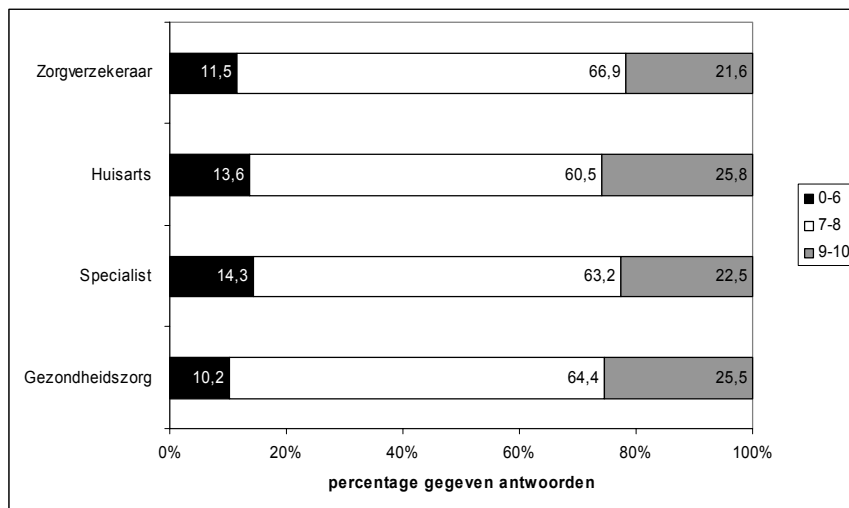
4.1.2 Ervaringen met de zorgverzekeraar

Naast de zorg geven de meeste consumenten ook de zorgverzekeraar een ruime voldoende (zie figuur 4.1). Het gemiddelde rapportcijfer (ongecorrigeerd voor case mix variabelen) varieert per zorgverzekeraar van een 7,3 tot een 8,1 met een gemiddelde van 7,7.

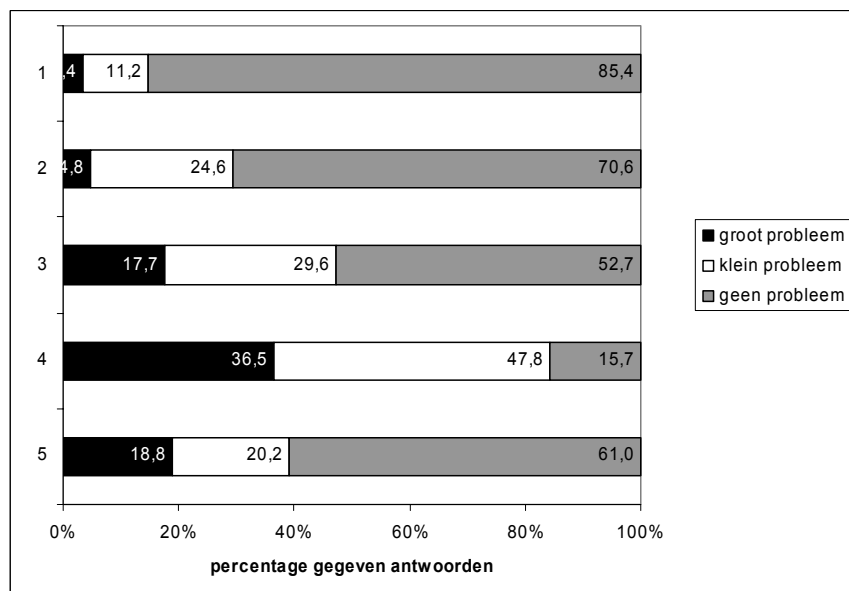
Uit figuur 4.2 blijkt dat men niet veel moeite heeft om informatie over de zorgverzekeraar te vinden en te begrijpen: 29,4% ervaart dit als een probleem, waarvan 4,8% als een groot probleem. De ervaringen met het telefonisch bereiken van de klantenservice van de zorgverzekeraar zijn minder positief. Bijna de helft van de mensen die geprobeerd hebben de klantenservice te bellen ervaart dit als een probleem. Van de kleine groep consumenten (n = 115) die uitstel van zorg heeft ervaren door het wachten op toestemming van de zorgverzekeraar, heeft 84,3 % problemen met dit uitstel, waarvan

36,5 % grote problemen. 431 mensen wilden een zorgverlener bezoeken waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft. Het krijgen van deze zorg leidt bij 39,0% van deze mensen tot problemen. Bij deze laatste twee aspecten valt op dat het om kleine aantallen respondenten gaat. Dit komt doordat 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

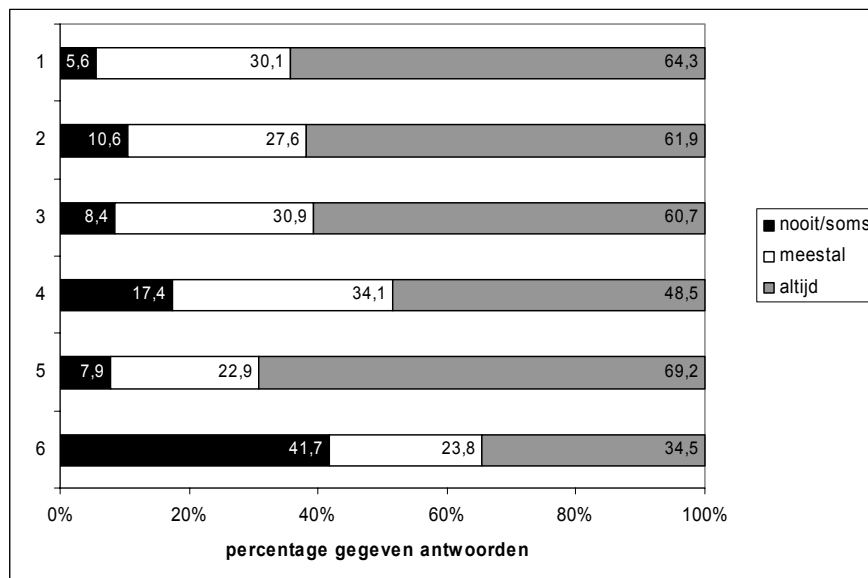


Figuur 4.2 Ervaren problemen met de zorg en de zorgverzekeraar



1 = Toegankelijkheid van de zorg; 2 = Informatievoorziening van de zorgverzekeraar; 3 = Telefonische bereikbaarheid van de klantenservice; 4 = Uitstel van medische zorg tijdens wachten op toestemming van de zorgverzekeraar; 5 = Bezoeken van een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten.

Figuur 4.3 Frequentie waarmee aan kwaliteitseisen wordt voldaan



1= Persoonlijke benadering artsen en andere zorgverleners; 2= Krijgen van de benodigde hulp; 3= Persoonlijke benadering medewerkers zorgverzekeraars; 4= Krijgen van de benodigde telefonische hulp klantenservice; 5 = Afhandeling van Rekeningen; 6= Duidelijkheid over bijbetalen voor zorg.

Wat betreft de frequentie waarmee aan kwaliteitseisen werd voldaan, laat figuur 4.3 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. Het krijgen van de benodigde hulp wanneer men belt met de klantenservice leidt tot wat minder positieve ervaringen. Van de respondenten geeft 17,4% aan nooit of soms de benodigde hulp te ontvangen. Het is voor respondenten daarnaast vaak niet van tevoren duidelijk hoeveel ze moeten (bij)betalen voor zorg. Bijna de helft zegt dat het nooit of soms duidelijk is hoeveel bijbetaald moet worden. In het afgelopen jaar heeft 14,9% van de respondenten bij de zorgverzekeraar een klacht ingediend over de service van de zorgverzekeraar. Van de mensen die een klacht hebben ingediend is het merendeel (70,5 %) tevreden over de manier waarop de zorgverzekeraar de klacht oploste.

4.2 Verschillen in ervaringen tussen zorgverzekeraars

Met behulp van multilevel regressieanalyses is nagegaan of de ervaringen van consumenten met de zorg en de zorgverzekeraars verschillen tussen zorgverzekeraars. De analyses kennen twee niveaus: de zorgverzekeraar (N=32) en de respondent (N=8266). Voor de verschillende zorgverzekeraars en het aantal bijbehorende respondenten die zijn meegenomen in de multilevel analyses verwijzen we naar tabel 3.2.

Om een eerlijke vergelijking mogelijk te maken van de prestaties van zorgverzekeraars wordt bij de analyses gecorrigeerd voor verschillen in verzekerdenpopulaties voor wat

betreft leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid. Indien één van de drie kenmerken niet bekend is voor een persoon wordt het gemiddelde ingevuld als waarde. Dit om te voorkomen dat de persoon uitgesloten zou worden van alle analyses. 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 consumenten van verschillende zorgverzekeraars verschillen wat betreft hun ervaringen met de huisarts, met de bejegening door artsen, en met het algemene oordeel dat zij toekennen aan de gezondheidszorg (zie tabel 4.2). Indien we rekening houden met de samenstelling van de verzekerdenpopulatie, zijn er geen significante verschillen tussen zorgverzekeraars. De bijbehorende variantie is steeds laag (ICC is kleiner dan 1%), wat betekent dat de verschillen tussen de ervaringen van consumenten van verschillende zorgverzekeraars beperkt zijn.

Tabel 4.2 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=7936)	0,64%	6.04*	0,22%	1.99
Algemeen oordeel specialist (N=3758)	0,45%	1.94	0,00%	0,00
Algemeen oordeel gezondheidszorg (N=5118)	0,96%	5.83*	0,47%	2.99
Persoonlijke benadering door artsen en andere zorgverleners (N=5150)	0,78%	4.91*	0,29%	1.62
Toegankelijkheid van de zorg (N=4328)	0,01%	1.94	0,31%	1.44
Krijgen van de benodigde hulp (N=3536)	0,07%	3.25	0,41%	1.53

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. De multilevel analyses zijn niet gedaan wat betreft de tevredenheid over de klachtenafhandeling, het moeten wachten op toestemming van de zorgverzekeraar voor zorg en het kunnen bezoeken van een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten. Deze vergelijkingen waren niet mogelijk doordat te weinig mensen per zorgverzekeraar de bijbehorende vragen invulden. Het criterium hierbij was dat bij de meeste zorgverzekeraars minimaal 30 mensen de bijbehorende vraag hadden beantwoord.

Tabel 4.3 laat zien dat de ervaringen van consumenten 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 (8%), de afhandeling van rekeningen (5%), het algemene oordeel over de zorgverzekeraar (4%) en het krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice (4%). Bij de informatievoorziening en de duidelijkheid over de mate waarin bijbetaald moet worden voor de zorg is de intra klasse-correlatie relatief laag en zijn er dus weinig verschillen tussen de ervaringen van verzekerden van verschillende zorgverzekeraars.

Tabel 4.3 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=8077)	4,36%	13.50***	4,17%	13.40***
Persoonlijke benadering door medewerkers van de zorgverzekeraar (N=3346)	3,74%	10.11**	3,52%	9.85 **
Informatievoorziening van de zorgverzekeraar (N=7685)	1,32%	9.21**	1,26%	9.01 **
Telefonische bereikbaarheid van de klantenservice (N=3493)	1,41%	12.99***	8,24%	13.17***
Krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice (N=3485)	0,89%	10.81**	4,30%	0.82**
Afhandeling van de rekeningen (N=4832)	4,59%	12.13***	4,54%	12.09***
Duidelijkheid over de mate waarin (bij)betaald moet worden voor zorg (N=3330)	1,93%	6.95**	1,61%	6.07*
Klachten over de zorgverzekeraar (N=8172)	3,89%	10.25***	3,27%	9.49**

ICC = Intra klasse-correlatie

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

4.3 Indeling van de zorgverzekeraars in drie groepen

De zorgverzekeraars worden in drie groepen ingedeeld: benedengemiddeld (*), gemiddeld (**) en bovengemiddeld (***; zie tabel 4.4). Een zorgverzekeraar wordt ingedeeld in de laagste of hoogste categorie, indien het betrouwbaarheidsinterval rondom de score van de zorgverzekeraar respectievelijk geheel beneden of geheel boven de gemiddelde score over alle zorgverzekeraars valt. Als het betrouwbaarheidsinterval overlapt met deze gemiddelde score, 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 1 ster significant afwijken van de zorgverzekeraar met 3 sterren. De scores van deze uiterste groepen wijken echter niet altijd significant af van de scores van zorgverzekeraars met 2 sterren.

Tabel 4.4 Aantal labels met één, twee en drie sterren voor ervaringen met de zorg en de zorgverzekeraar in 2005/2006 én 2004/2005

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

De drie-indeling 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 en de duidelijkheid over bijbetalingen van de zorgverzekeraar. In tabel 4.4 kan men zien hoeveel zorgverzekeraars worden ingedeeld in de drie klassen van sterren. Dit is weergegeven per aspect en voor de gegevens van dit jaar (2005/2006) en vorig jaar (2004/2005). In bijlage 3 worden de resultaten op alle aspecten uitgesplitst weergegeven. Zowel de indeling in sterren als de percentages gegeven antwoorden zijn daarbij zichtbaar. In bijlage 4 geven we de betrouwbaarheids-

intervallen weer en is te zien welke betrouwbaarheidsintervallen geheel boven of onder het gemiddelde over alle zorgverzekeraars vallen.

De resultaten in tabel 4.4 zijn een goede afspiegeling van de resultaten van de multilevel analyses. In bijlage 3 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 2004/2005 en 2005/2006

De vergelijkingen tussen de twee 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.

De resultaten over alle zorgverzekeraars lijken niet erg te verschillen van vorig jaar. Consumenten zijn over het algemeen net als vorig 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 grootte van de verschillen tussen de zorgverzekeraars, blijkende uit de ICC, zijn ook vrij gelijk gebleven. De enige duidelijke uitzondering betreft het aantal klachten over de zorgverzekeraars. Op dit aspect is de intra-klasse correlatie relatief sterk gestegen (van 0,48% vorig jaar naar 3,27% dit jaar). Zoals eerder gezegd bestaat er wel een kanttekening bij de betekenis van dit kwaliteitsaspect. Een groot aantal klachten kan namelijk ook op een goed toegankelijke klachtenprocedure wijzen.

Wanneer we de sterrenindeling van dit jaar vergelijken met die van vorig jaar, is wel een aantal belangrijke veranderingen zichtbaar. De belangrijkste verandering ten opzichte van vorig jaar is dat er voor de ervaringen met de zorg meer verschillen tussen zorgverzekeraars worden gevonden. Vorig jaar werden er alleen kleine verschillen gevonden voor de toegankelijkheid van de zorg. Hoewel de verschillen nog steeds erg klein zijn, zijn er dit jaar toch enkele zorgverzekeraars die één of drie sterren krijgen toegewezen op de andere aspecten van ervaringen met de zorg. Er is dit jaar maar één aspect waarop helemaal geen verschillen werden gevonden: het algemene oordeel over de specialist.

Een andere verandering ten opzichte van vorig jaar is dat meer zorgverzekeraars gemiddeld scoren op het algemene oordeel over zorgverzekeraar: het aantal zorgverzekeraars met twee sterren is gestegen van twee naar elf. Dit is ook terug te zien in het gecorrigeerde cijfer zelf. Dit cijfer varieerde vorig jaar van een 6,9 tot een 8,3 en varieert dit jaar van een 7,3 tot een 8,1. Deze ontwikkeling is alleen zichtbaar voor het algemene oordeel over de zorgverzekeraar. Op de overige aspecten van ervaringen met de zorgverzekeraar vindt geen verschuiving plaats naar een groter aantal zorgverzekeraars

met een gemiddelde score. Op het aspect informatievoorziening van de zorgverzekeraar zijn dit jaar zelfs meer zorgverzekeraars in één van de buitenste klassen terecht gekomen dan vorig jaar (verschuiving van 21 naar 12 zorgverzekeraars met twee sterren). Dit geldt ook voor het aantal klachten dat werd ingediend bij de zorgverzekeraars (verschuiving van 20 naar 12 zorgverzekeraars met twee sterren).

5 Algemene samenvatting en discussie

5.1 Doel van het onderzoek

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

Het NIVEL heeft een herhaalmeting uitgevoerd om de ervaringen van Nederlandse consumenten met hun zorgverzekeraar en de geleverde zorg in het jaar 2005/2006 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 3).

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 675 verzekerden te verstrekken. Deze verzekerden werd een vragenlijst gestuurd over hun ervaringen met de verleende zorg en hun zorgverzekeraar in het afgelopen jaar.

Uiteindelijk vulden 8266 personen van 32 verschillende labels de vragenlijst in. 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 3 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.

Met sommige aspecten, zoals de informatievoorziening van de zorgverzekeraars, hebben consumenten vrij positieve ervaringen. Wat betreft een door consumenten belangrijk gevonden aspect, namelijk de persoonlijke benadering van medewerkers van de zorgverzekeraar, zijn de ervaringen ook positief. 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. De klantenservice van de zorgverzekeraars is volgens consumenten eveneens voor verbetering vatbaar.

5.4 Ervaren verschillen in kwaliteit tussen zorgverzekeraars

Er bestaan weinig verschillen in de ervaringen van consumenten 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 afhandelen van rekeningen, het krijgen van de benodigde hulp van de klantenservice en het algemeen oordeel over de zorgverzekeraar bestaan verschillen.

5.5 Een vergelijking tussen de jaren 2004/2005 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. Consumenten rapporteren wederom positieve ervaringen met de zorg en de zorgverzekeraar. De toestemmingsprocedure voor het krijgen van bepaalde zorg leidt net als vorig jaar tot problemen. Ook de beschikbaarheid van niet-gecontracteerde zorg en de duidelijkheid over de mate waarin bijbetaald moet worden voor zorg lijken nog steeds voor verbetering vatbaar.

Wat betreft de sterrenindeling valt op dat er dit jaar meer kleine verschillen zijn dan vorig jaar in de ervaringen met de zorg. Een andere belangrijke verandering is dat meer zorgverzekeraars gemiddeld scoren op het algemene oordeel over de zorgverzekeraar. Waar het ervaringen met de zorg betreft, lijken er dus meer verschillen te ontstaan en waar het een algemeen oordeel over de zorgverzekeraar betreft minder. Op de andere aspecten van ervaringen met de zorgverzekeraar worden niet minder verschillen gevonden dan vorig jaar. Ook vorig jaar waren er redelijk wat verschillen op deze aspecten.

Er vindt dus een aantal opvallende ontwikkelingen plaats als het gaat om de ervaringen van verzekerden. Waar duiden deze ontwikkelingen nu op? Het zou kunnen dat het selectief contracteren van zorgverzekeraars nu al eerste effecten laat zien in verschillen van kwaliteit van de zorg. Het is wellicht nog wat vroeg om dit te concluderen, maar op vijf van de zes aspecten van ervaren kwaliteit van de zorg worden verschillen in aantal sterren gevonden, waar vorig jaar nergens verschillen zichtbaar waren. Het feit dat er minder verschillen bestaan wat betreft het algemene waarderingscijfer duidt er echter weer op dat zorgverzekeraars meer op elkaar gaan lijken in het algemene beeld dat zij uitstralen. Volgend jaar moet blijken hoe dit alles verder ontwikkelt.

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 het onderzoek van vorig jaar 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. Uit een eerdere literatuurstudie is gebleken dat deze vorm van presenteren consumenten goed ondersteunt bij het maken van een keuze (Damman et al., in druk). 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., in druk). Uit de weinige experimentele onderzoeken die zijn gedaan blijkt dat een rangorde en een combinatie van sterren en staafdiagrammen (zoals gebruikt in bijlage 3) 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. Vorig jaar is gebleken dat mensen voor hun keuze niet veel gebruik hebben gemaakt van consumenteninformatie over de kwaliteit van zorgverzekeraars. Van de mensen die een kijkje namen op www.kiesBeter.nl, heeft niet meer dan 5% naar de kwaliteit van de service gekeken. Belangrijkste redenen voor consumenten 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 allen 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 inspannt 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

Consumenten worden ieder jaar opnieuw in staat gesteld om te wisselen van zorgverzekeraar. Het is daarom belangrijk om de gebruikte vragenlijst ieder jaar opnieuw af te nemen om consumenteninformatie over de kwaliteit van zorgverzekeraars te ontwikkelen. 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. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars de vragenlijst gebruiken om hun service aan te passen aan de wensen en behoeften van hun verzekerden. Zorgverzekeraars zouden de vragenlijst kunnen gebruiken om probleemgebieden in hun dienstverlening te lokaliseren en te verbeteren.

Een beperking van het huidige onderzoek - hoewel positief vanuit het consumenten-perspectief - was dat weinig mensen een klacht hadden ingediend of hadden moeten wachten op zorg doordat de zorgverzekeraar nog geen toestemming had gegeven. Hierdoor konden de zorgverzekeraars op deze aspecten niet met elkaar vergeleken worden. De klachtenafhandeling en het niet hoeven te wachten op zorg zijn echter twee aspecten die vorig jaar relatief belangrijk werden gevonden door de respondenten. Om zorgverzekeraars op deze gebieden met elkaar te kunnen vergelijken, zouden meer mensen de bijbehorende vragen moeten invullen. Een manier om dit te bereiken is door in de toekomst te werken met grotere steekproeven.

Bij die steekproeven moet tevens aandacht besteed worden aan de richtlijnen voor de steekproeftrekking. In het huidige onderzoek bleken de steekproeven van een aantal labels niet helemaal representatief te zijn voor de eigen verzekerdenpopulatie. Er moet uitgezocht worden of de richtlijnen wel goed waren. In vervolgonderzoek zouden deze richtlijnen in ieder geval beter uitgelegd moeten worden aan de zorgverzekeraars. Idealiter zou er tevens controle moeten plaatsvinden op de steekproeftrekking.

Op dit moment is bij de multilevel analyses gecorrigeerd voor de invloed van leeftijd, opleiding en gezondheid. Wij hebben voor dit onderzoek gebruik gemaakt van de CAHPS-methode voor het vaststellen van correctie variabelen (case mix adjusters: zie bijlage 2). Op basis van statistische gronden zou niet gecorrigeerd hoeven worden voor de invloed van gezondheid en opleiding. Omdat in de toekomst wellicht meer verschillen in de verzekerdenpopulaties zullen ontstaan als het gaat om de gezondheid van verzekerden, is het aan te raden om te blijven corrigeren voor de invloed van gezondheid.

5.8 Tot slot

Vorig jaar is een vijfde deel van de Nederlanders overgestapt van zorgverzekeraar. Onze eigen data komen hiermee overeen. Kiezen op kwaliteit staat centraal in ons vraaggestuurde zorgstelsel. Het is de vraag of en wanneer consumenten kwaliteit van de service en van de geleverde zorg ook daadwerkelijk gaan meenemen in hun keuze voor een zorgverzekeraar. Vooralsnog lijken consumenten bij hun keuze voor een zorgverzekeraar voornamelijk de premie mee te wegen. Binnenkort zal blijken hoe deze ontwikkelingen doorzetten. Herhaalmetingen zoals het huidige onderzoek zijn onmisbaar om te kunnen uitwijzen welke effecten de hervormingen van het zorgstelsel hebben. Van groot belang zijn daarbij de uiteindelijke effecten op het keuzegedrag van consumenten en op de kwaliteit van de service van zorgverzekeraars en de geleverde zorg.

Literatuur

- Arah OA, Rupp I, Delnoij DMJ, Spreeuwenberg P, Stam P, Poll A 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
- 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 P, Edgman-Levitan S. Health care quality. Incorporating consumer perspectives. *JAMA*, 1997; 19:1608-12
- Custers T, Klazinga NS. Waar voor je geld. *Medisch Contact*, 2005; 60(3):115-7
- Damman OC, Hendriks M, Triemstra AHM, Delnoij DMJ. Consumenteninformatie over de kwaliteit van de gezondheidszorg. Een inventarisatie van presentatiewijzen. *TSG*. Ingediend
- Darby C, Crofton C, Clancy CM. Consumer assessment of health providers and systems (CAHPS®): Evolving to meet stakeholder needs. *Am J Med Qual*, 2006; 21(2):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 DMJ. Consumer Quality Index: een gestandaardiseerde systematiek voor het meten van klantervaringen in de zorg. *Kwaliteit in Beeld*, in druk
- 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, Poll A 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 Advance Access*, 2006; Mar 8
- Douven RCMH, Schut FT. Premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars. *ESB* 2006; 91:272-276
- Groves, R.M., Dillman, D.A., Eltinge, J.L., & Little, R.J.A (2002). Survey nonresponse. New York : John Wiley & Sons

- Hendriks M, Delnoij DMJ, vanderMeulen S, 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 Service Research*, 2002; 37(2):291-313
- Hibbard JH, Peters E, Finucane ML, Tusler M. Making health care quality reports easier to use. *J Qual Improvement*, 2001; 27(11):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, Schee E van der. Consumenten en de stelselwijziging. *TSG*, 2006b; 84(5):288-91
- Kerssens JJ, Groenewegen PP. Consumer choice of social health insurance in managed competition. *Health Expectations*, 2003; 6:312-22
- Kerssens L, Delnoij DMJ, Verweij J, Schee E van der. De keuze van ziekenfondsverzekerden voor een zorgverzekeraar. *TSG*, 2002; 80:35-42
- O'Malley, Zaslavsky A, Elliott, Zaborski L, Cleary P. Case-mix adjustment of the CAHPS Hospital Survey. *Health Serv Res*, 2005; 40(6 Pt 2):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 Expectations*, 1998; 1:82-95
- Smit M, Mokveld P. *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag. 1-21*. Zeist: Vektis BV, 2006
- Vaiana Me, McGlynn EA. What cognitive science tells us about the design of reports for consumers. *Med Care Research Review*, 2002; 59(3):3-35
- Zaslavsky A, Zaborski 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, Zaborski L, Cleary P. Factors affecting response rates to the Consumer Assessment of Health Plans Study Survey. *Med Care*, 2002; 40(485):499

Vragenlijst Volwassenen Ervaringen met de zorg en met zorgverzekeraars

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met de zorg en met uw zorgverzekeraar. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 20-30 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 10.00-16.00 uur bellen met het NIVEL, telefoonnummer 030-2729841. Ook kunt u een e-mail sturen naar Olga Damman, e-mailadres o.damman@nivel.nl.

Instructies voor het invullen van de 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 handje met een opmerking die u vertelt welke vraag u daarna moet beantwoorden, op de volgende manier:

☒ Ja ➡ **Ga naar vraag 1**

☐ Nee

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?

- ☐ Ja
- ☐ Nee ➡ indien nee: ga naar vraag 6

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

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

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

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ 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?

- ☐ Ja
- ☐ 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?

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

- ☐ Ja
- ☐ 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?

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ Geen probleem ➡ indien geen probleem: ga naar vraag 9

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

- ☐ Ja
- ☐ Nee

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

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ Geen probleem ☞ *indien geen probleem: ga naar vraag 11*

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

- ☐ Ja
- ☐ 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?

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

- ☐ Ja
- ☐ 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?

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ 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?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ 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?

- ☐ Ja
- ☐ 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?

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ 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?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ 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?

- ☐ Ja
☐ 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?

- ☐ Nooit
☐ Soms
☐ Meestal
☐ 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?

- ☐ Nooit
☐ Soms
☐ Meestal
☐ 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?

- ☐ Ja
☐ Nee ☞ *indien nee: ga naar vraag 24*

22. Als u in de afgelopen 12 maanden een afpraak 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?

- ☐ Nooit
☐ Soms
☐ Meestal
☐ Altijd

23. Als u in de afgelopen 12 maanden een afpraak 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?

- ☐ Nooit
☐ Soms
☐ Meestal
☐ Altijd

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

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

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

- ☐ Geen enkele keer
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5 tot 9
☐ 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)?

- ☐ Geen enkele keer ☞ *indien geen enkele keer: ga naar vraag 44*
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5 tot 9
☐ 10 of meer

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

- ☐ Ja
☐ 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?

- ☐ Een groot probleem
☐ Een klein probleem
☐ 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?

- ☐ Ja
☐ 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?

- ☐ Een groot probleem
☐ Een klein probleem
☐ 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?

- ☐ Ja
☐ 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?

- ☐ Een groot probleem
☐ Een klein probleem
☐ 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?

- ☐ Ja
☐ Nee

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

- ☐ Nooit
☐ Soms
☐ Meestal
☐ 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?

- ☐ Ja
☐ 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?

- ☐ Nooit
☐ Soms
☐ Meestal
☐ 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?

- ☐ Een groot probleem
☐ Een klein probleem
☐ 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?

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

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

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

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

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ 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?

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

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

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ 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?

- ☐ 0 *slechtst mogelijke zorg*
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 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. Wat is de naam van uw zorgverzekeraar?
(a.u.b. in blokletters)

.....

45. Bent u individueel verzekerd of via een collectief?

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

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

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

- ☐ Minder dan 1 jaar
- ☐ Tenminste 1 jaar maar minder dan 2 jaar ➡ *ga naar vraag 49*
- ☐ Tenminste 2 jaar maar minder dan 5 jaar ➡ *ga naar vraag 52*
- ☐ Tenminste 5 jaar maar minder dan 10 jaar ➡ *ga naar vraag 52*
- ☐ 10 jaar of langer ➡ *ga naar vraag 52*

48. Bent u met de invoering van het nieuwe zorgstelsel (januari 2006) veranderd van zorgverzekeraar?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

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

- ☐ Ja
- ☐ Nee

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

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

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

- ☐ Een groot probleem
- ☐ Een klein probleem
- ☐ Geen probleem
- ☐ Mijn huidige zorgverzekeraar is mijn eerste zorgverzekeraar

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

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

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

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

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

- ☐ Ja
- ☐ Nee ➡ *indien nee: ga naar vraag 57*

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

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

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

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

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

- ☐ Ja
- ☐ Nee ☞ *indien nee: ga naar vraag 59*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ☐ Ja
- ☐ Nee ☞ *indien nee: ga naar vraag 64*

63. 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?

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

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

- ☐ Van het allergrootste belang
- ☐ Van groot belang
- ☐ Belangrijk
- ☐ Eigenlijk niet zo belangrijk

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

- ☐ Ja
- ☐ Nee ☞ *indien nee: ga naar vraag 68*

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

- ☐ Ja
- ☐ Nee ☞ *indien nee: ga naar vraag 68*

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

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

68. 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?

- ☐ Ja
- ☐ Nee ➡ indien nee: ga naar vraag 70
- ☐ Weet ik niet ➡ indien u dit niet weet: ga naar vraag 70

69. 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?

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

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

- ☐ Ja
- ☐ Nee ➡ indien nee: ga naar vraag 72

71. Is uw klacht of probleem naar tevredenheid opgelost?

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

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

- ☐ Ja
- ☐ Nee ➡ indien nee: ga naar vraag 74

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

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

74. 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?

- ☐ Ja
- ☐ Nee ➡ indien nee: ga naar vraag 77
- ☐ Weet ik niet ➡ indien u dit niet weet: ga naar vraag 77

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

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

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

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

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

- ☐ Ja
- ☐ Nee ➡ *indien nee: ga naar vraag 79*
- ☐ Weet ik niet ➡ *indien u dit niet weet: ga naar vraag 79*

78. 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?

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

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

- ☐ Ja
- ☐ Nee ➡ *indien nee: ga naar vraag 85*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

85. Zou u uw zorgverzekeraar bij anderen aanbevelen?

- ☐ Zeker niet
- ☐ Waarschijnlijk niet
- ☐ Waarschijnlijk wel
- ☐ Zeker wel

86. 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?

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

Over uzelf

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

87. Hoe zou u, over het geheel genomen, uw algemene gezondheid van dit moment omschrijven?

- ☐ Uitstekend
- ☐ Zeer goed
- ☐ Goed
- ☐ Redelijk
- ☐ Slecht

88. Hoe zou u, over het geheel genomen, uw geestelijke/psychische gezondheid van dit moment omschrijven?

- ☐ Uitstekend
- ☐ Zeer goed
- ☐ Goed
- ☐ Redelijk
- ☐ Slecht

89. Wat is momenteel uw leeftijd?

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

90. Bent u een man of een vrouw?

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

91. Wat is de hoogste opleiding die u hebt afgerond?

- ☐ Geen onderwijs gevolgd of het (nog) niet afgemaakt
- ☐ Lagere school (basisonderwijs)
- ☐ Lager beroepsonderwijs (LBO, LTS, LHNO, huishoud-/ambachtsschool, LEAO, lager land- en tuinbouwonderwijs etc.)
- ☐ Voorbereidend of kort middelbaar beroepsonderwijs (VMBO, KMBO)
- ☐ Middelbaar algemeen onderwijs (LAVO, ULO, MULO, MAVO, 3-jaar HBS etc.)
- ☐ Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, MTS, MEAO, Praktijkdiploma Boekhouden, Kleuterkweekschool, etc.)
- ☐ Voortgezet algemeen onderwijs (5-jaar HBS, MMS, HAVO, lyceum, atheneum, gymnasium, VWO, etc.)
- ☐ Hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HEAO, Sociale Academie, HHNO, Lerarenonderwijs etc.), kandidaatsexamen
- ☐ Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- ☐ Post academisch (notariaat, doctorstitel, artsexamen)
- ☐ Anders, namelijk:
(a.u.b. in blokletters)

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

- ☐ Ja
- ☐ Nee ☞ indien nee: ga naar vraag 94

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

- ☐ Heeft de vragen voorgelezen
- ☐ Heeft mijn antwoorden opgeschreven
- ☐ Heeft de vragen voor me beantwoord
- ☐ Heeft de vragen in mijn taal vertaald
- ☐ 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).

94. Wat is het geboorteland van uzelf?

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

95. Wat is het geboorteland van uw vader?

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

96. Wat is het geboorteland van uw moeder?

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

97. Welke taal spreekt u thuis meestal?

- ☐ Nederlands
- ☐ Fries of een dialect
- ☐ Anders, namelijk:
(a.u.b. in blokletters)

98. 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)

- ☐ Astma, COPD (chronische bronchitis, longemfyseem) of CARA
- ☐ Ontsteking neusbijholte, voorhoofdsholte of kaakholte
- ☐ Ernstige hartkwaal of hartinfarct
- ☐ Hooikoorts
- ☐ Eczeem
- ☐ Hoge bloeddruk
- ☐ (Gevolgen van) een beroerte
- ☐ Maagzweer of zweer aan de 12-vingere darm
- ☐ Ernstige darmstoornissen langer dan drie maanden
- ☐ Galstenen of galblaasontsteking
- ☐ Leverziekte of levercirrose
- ☐ Nierstenen
- ☐ Ernstige nierziekte
- ☐ Chronische blaasontsteking
- ☐ Verzakking (alleen vrouwen)
- ☐ Suikerziekte
- ☐ Schildklierafwijking
- ☐ Rugaandoening van hardnekkige aard, langer dan drie maanden, of hernia
- ☐ Gewrichtsslijtage (artrose) van knieën, heupen of handen
- ☐ Gewrichtsontsteking (chronische reuma, rematoïde artritis) van handen of voeten
- ☐ Andere chronische reuma, langer dan drie maanden
- ☐ Epilepsie
- ☐ Duizeligheid met vallen
- ☐ Migraine
- ☐ Ernstige huidziekte
- ☐ Kwaadaardige aandoening of kanker
- ☐ Andere langdurige of chronische aandoening, namelijk:

1.
2.
3.

(a.u.b. in blokletters)

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

Ik ben/heb:

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

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

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

(a.u.b. in blokletters)

101. 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?

- ☐ Minder dan €1100
- ☐ Tussen €1100 en €1200
- ☐ Tussen €1200 en €1300
- ☐ Tussen €1300 en €1400
- ☐ Tussen €1400 en €1500
- ☐ Tussen €1500 en €1600
- ☐ Tussen €1600 en €1700
- ☐ Tussen €1700 en €1900
- ☐ Tussen €1900 en €2100
- ☐ Tussen €2100 en €2300
- ☐ Tussen €2300 en €2500
- ☐ Tussen €2500 en €2700
- ☐ Tussen €2700 en €2900
- ☐ Tussen €2900 en €3100
- ☐ Meer dan €3100
- ☐ Ik wil hierover geen informatie verstrekken

102. 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.

- ☐ één persoon (alleen ikzelf)
- ☐ 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. Een
postzegel is niet nodig.

Bijlage 2 Analyses case mix adjustment

Om de vergelijkingen op de serviceaspecten tussen zorgverzekeraars ‘zo eerlijk mogelijk’ te maken wordt gecorrigeerd voor bepaalde persoonsgebonden kenmerken van de verzekerden. Dit noemen we in technische termen ‘case mix adjustment’. Wanneer bepaalde persoonsgebonden kenmerken, zoals leeftijd, in verband staan met de ervaringen van verzekerden én de verzekerdenpopulaties van zorgverzekeraars tegelijkertijd verschillen op dit kenmerk, kan men case mix adjustment toepassen. Uit eerder onderzoek is bijvoorbeeld gebleken dat ouderen over het algemeen meer tevreden zijn over de prestaties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders dan jongeren ((Zaslavsky et al., 2001). Het feit dat zorgverzekeraar A beter scoort dan zorgverzekeraar B kan dan puur het gevolg zijn van het feit dat zorgverzekeraar A meer oudere verzekerden heeft dan zorgverzekeraar B. Case mix adjustment wordt alleen toegepast voor persoonsgebonden kenmerken waarop zorgverzekeraars zelf geen invloed hebben.

Om te bepalen of bepaalde persoonsgebonden kenmerken, zoals leeftijd, in aanmerking komen als case mix adjusters (correctievariabelen) zijn statistische analyses uitgevoerd. Er moet namelijk worden voldaan aan twee statistische criteria:

- 1 De verzekerdenpopulaties van verschillende zorgverzekeraars dienen van elkaar te verschillen op het desbetreffende kenmerk. Dit noemen we de heterogeniteitsfactor van het kenmerk.
- 2 Het desbetreffende kenmerk dient in verband te staan met de ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraar. Dit noemen we het voorspellend vermogen van het kenmerk.

De heterogeniteitsfactor en het voorspellend vermogen worden berekend en dan gecombineerd in één maat, die een benadering is van de invloed van een kenmerk in de multilevel analyses. Dit wordt de ‘Impact Factor’ (IF) genoemd. Bij het berekenen van de IF wordt een correctie uitgevoerd voor verschillen in antwoordcategorieën tussen de verschillende serviceaspecten door middel van een ‘Rescaling Factor’.

In onderstaande tabellen worden de heterogeniteitsfactor (tabel B2.1), het voorspellend vermogen (tabel B2.2), en de uiteindelijke Impact Factor (tabel B2.3) van de persoonsgebonden kenmerken weergegeven op alle kwaliteitsaspecten (afhankelijke variabelen). De grenswaarde voor case mix adjusters wordt gesteld op $>1,0$. Wanneer een kenmerk een IF heeft van 1 of hoger dan wil zeggen dat het kenmerk de resultaten in de multilevel analyses zal beïnvloeden.

Tabel B2.1 Heterogeniteit van de kenmerken

	leeftijd	gezondheid	opleiding	geslacht	etniciteit	stedelijk- heid	taal
algemeen oordeel zorgverzekeraar	0,04	0,05	0,04	0,05	0,04	0,05	0,04
persoonlijke benadering zorgverzekeraar	0,04	0,04	0,04	0,04	0,03	0,04	0,03
informatievoorziening zorgverzekeraar	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
afhandeling van rekeningen	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
duidelijkheid over bijbetalingen	0,02	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
algemeen oordeel gezondheidszorg	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
algemeen oordeel huisarts	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01
algemeen oordeel specialist	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01
persoonlijke benadering artsen	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
toegankelijkheid van de zorg	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
krijgen benodigde hulp	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01

Tabel B2.2 Voorspellend vermogen van de kenmerken

	leeftijd	gezondheid	opleiding	geslacht	etniciteit	stedelijk- heid	taal
algemeen oordeel zorgverzekeraar	0,037	0,003	0,005	0,001	0,002	0,001	0,001
persoonlijke benadering zorgverzekeraar	0,011	0,007	0,001	0,000	0,001	0,001	0,002
informatievoorziening zorgverzekeraar	0,004	0,006	0,003	0,000	0,002	0,000	0,001
afhandeling van rekeningen	0,004	0,004	0,001	0,002	0,002	0,000	0,000
duidelijkheid over bijbetalingen	0,007	0,000	0,000	0,000	0,006	0,000	0,000
algemeen oordeel gezondheidszorg	0,028	0,003	0,003	0,000	0,001	0,000	0,001
algemeen oordeel huisarts	0,020	0,004	0,005	-0,001	0,001	-0,001	-0,001
algemeen oordeel specialist	0,024	0,003	0,004	0,000	0,000	0,000	0,001
persoonlijke benadering artsen	0,012	0,027	0,002	0,002	0,002	0,001	0,001
toegankelijkheid van de zorg	0,010	0,022	0,008	0,000	0,00	0,001	0,002
krijgen benodigde hulp	0,037	0,016	0,003	0,001	0,006	0,002	-0,001

Tabel B2.3 Impact Factor van de kenmerken

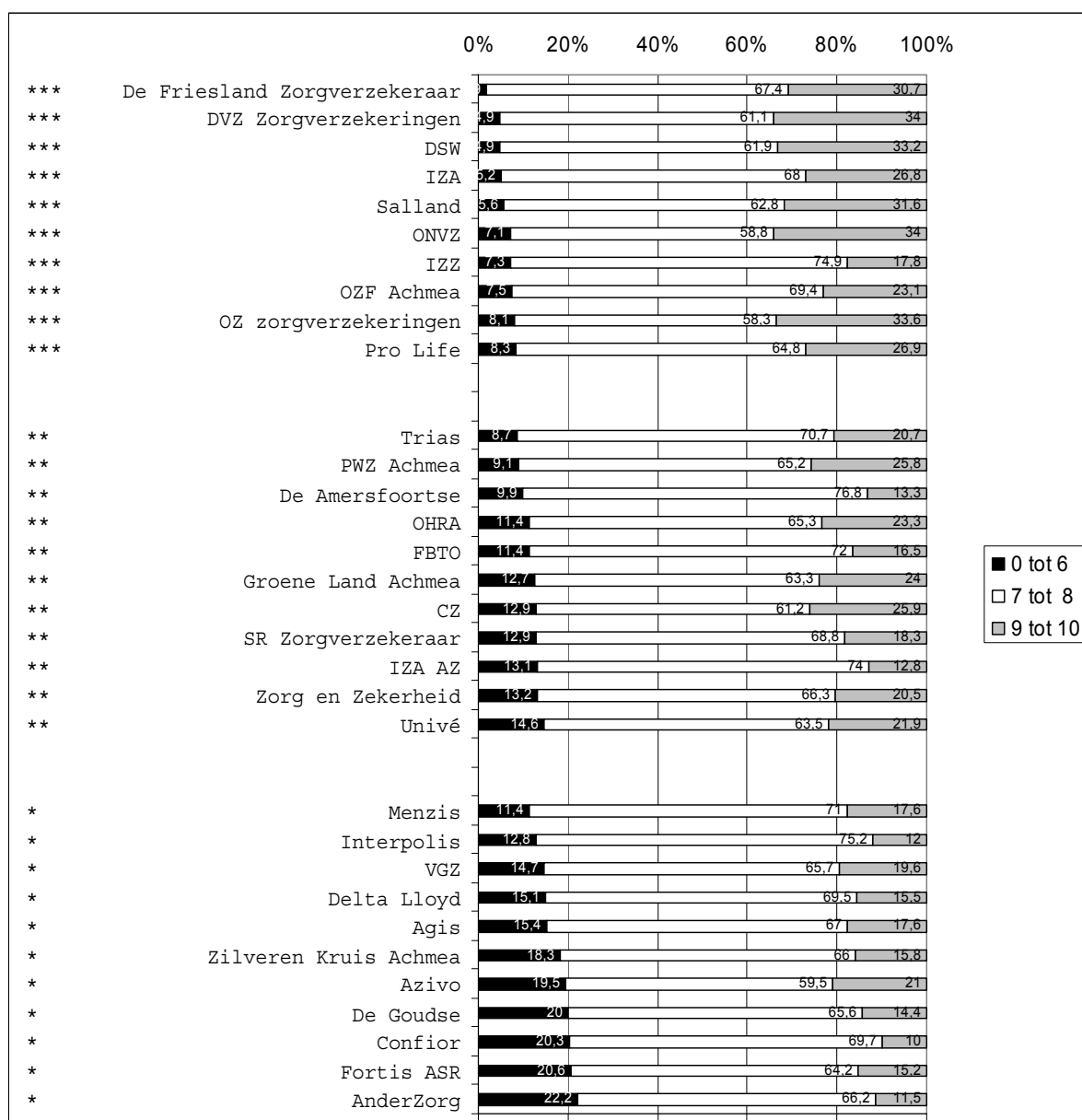
	leeftijd	gezondheid	opleiding	geslacht	etniciteit	stedelijk- heid	taal
algemeen oordeel zorgverzekeraar	3,44	0,30	0,48	0,10	0,19	0,10	0,10
persoonlijke benadering zorgverzekeraar	0,57	0,39	0,05	0,00	0,05	0,05	0,09
informatievoorziening zorgverzekeraar	0,11	0,15	0,08	0,00	0,05	0,00	0,02
afhandeling van rekeningen	0,25	0,27	0,07	0,13	0,13	0,00	0,00
duidelijkheid over bijbetalingen	0,24	0,00	0,00	0,00	0,22	0,00	0,00
algemeen oordeel gezondheidszorg	0,64	0,13	0,13	0,00	0,04	0,00	0,04
algemeen oordeel huisarts	0,28	0,12	0,07	-0,03	0,03	-0,03	-0,03
algemeen oordeel specialist	0,00	0,06	0,02	0,00	0,00	0,00	0,02
persoonlijke benadering artsen	0,29	0,77	0,06	0,06	0,06	0,03	0,02
toegankelijkheid van de zorg	0,21	0,58	0,18	0,00	0,00	0,01	0,03
krijgen benodigde hulp	0,87	0,68	0,13	0,04	0,19	0,07	-0,04

Bijlage 3 Consumenteninformatie over de kwaliteit van de service en de geleverde zorg

In deze bijlage worden de resultaten uit de multilevel analyses gepresenteerd 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.

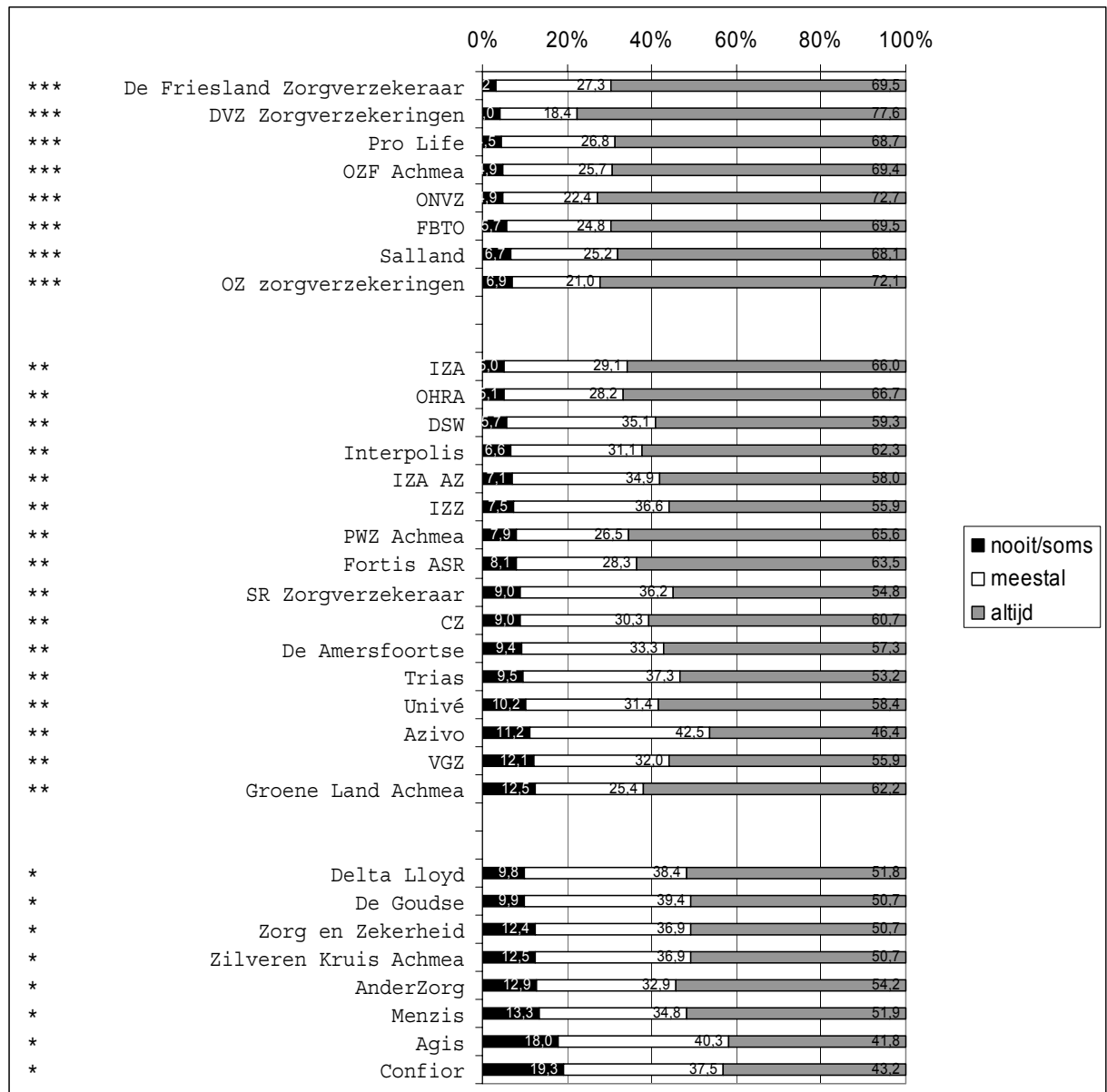
De zorgverzekeraars staan gerangschikt van best presterende naar slechtst presterende zorgverzekeraar. Hierbij geldt dat eerst is gekeken naar het aantal sterren. Bovenaan staan de zorgverzekeraars met drie sterren (bovengemiddelde score); in het midden de zorgverzekeraars met twee sterren (gemiddelde 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 goed ondersteunt bij het maken van een keuze.

Algemeen oordeel zorgverzekeraar



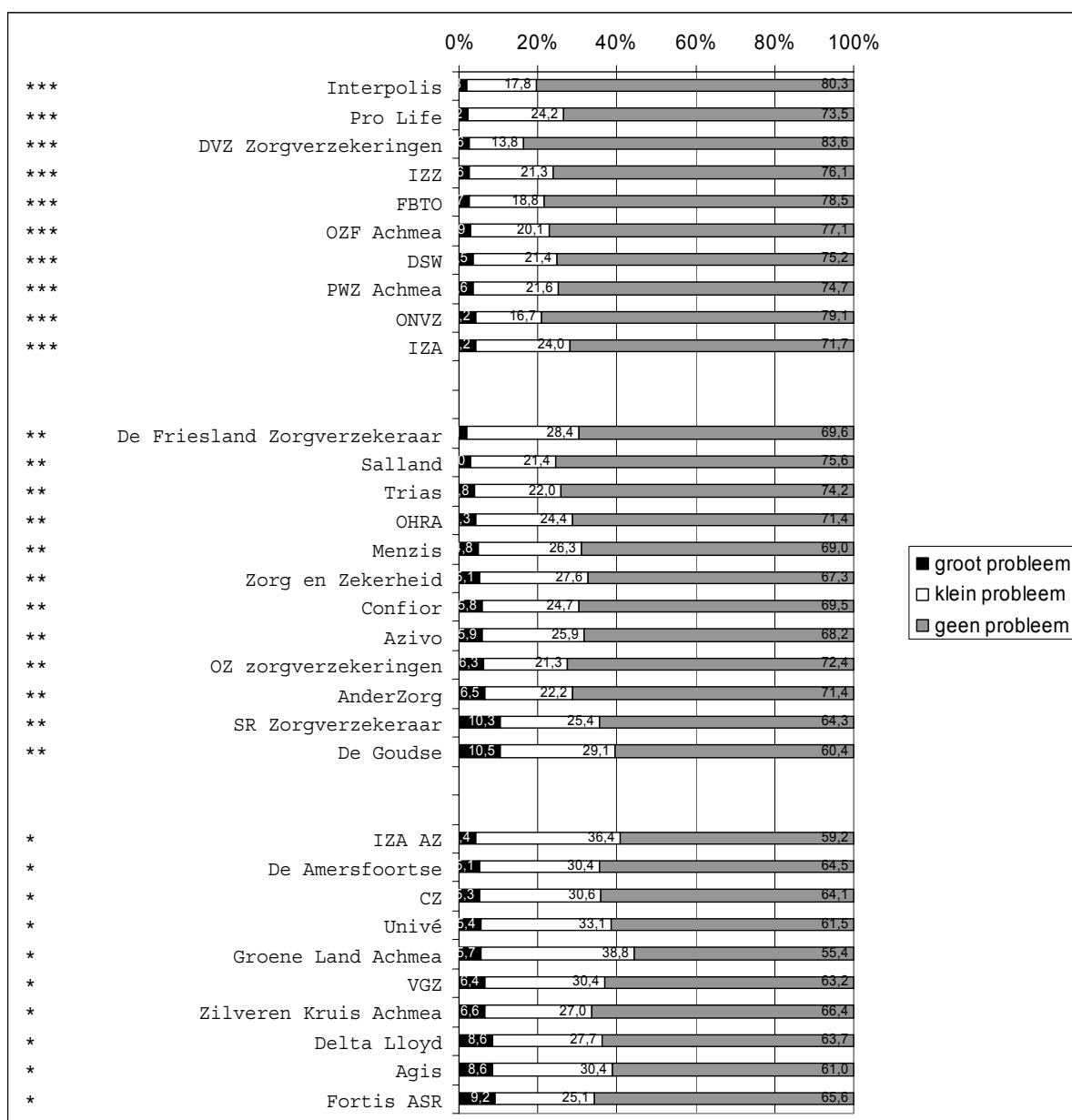
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Persoonlijke benadering van medewerkers van de zorgverzekeraar



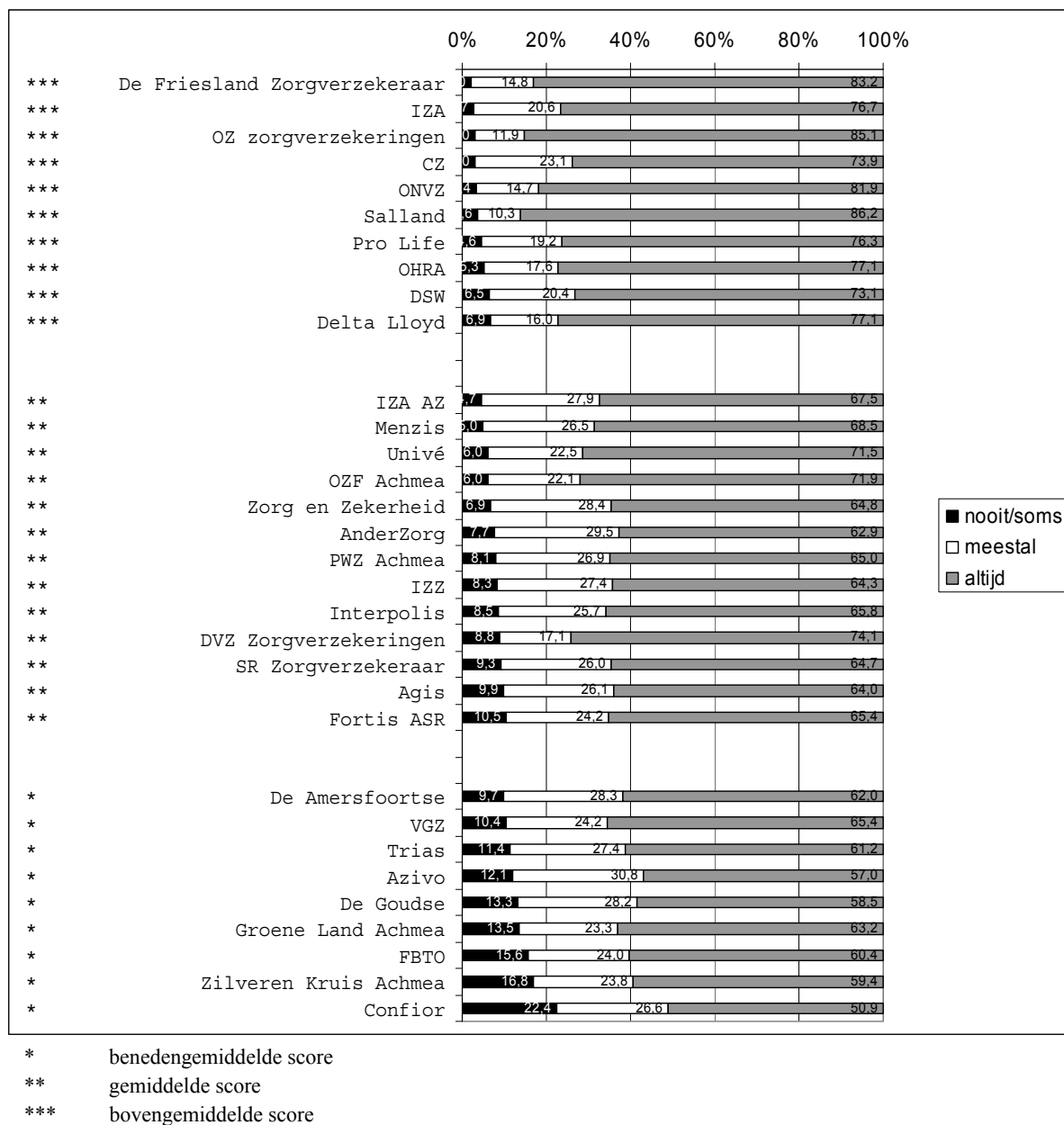
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Informatievoorziening zorgverzekeraar

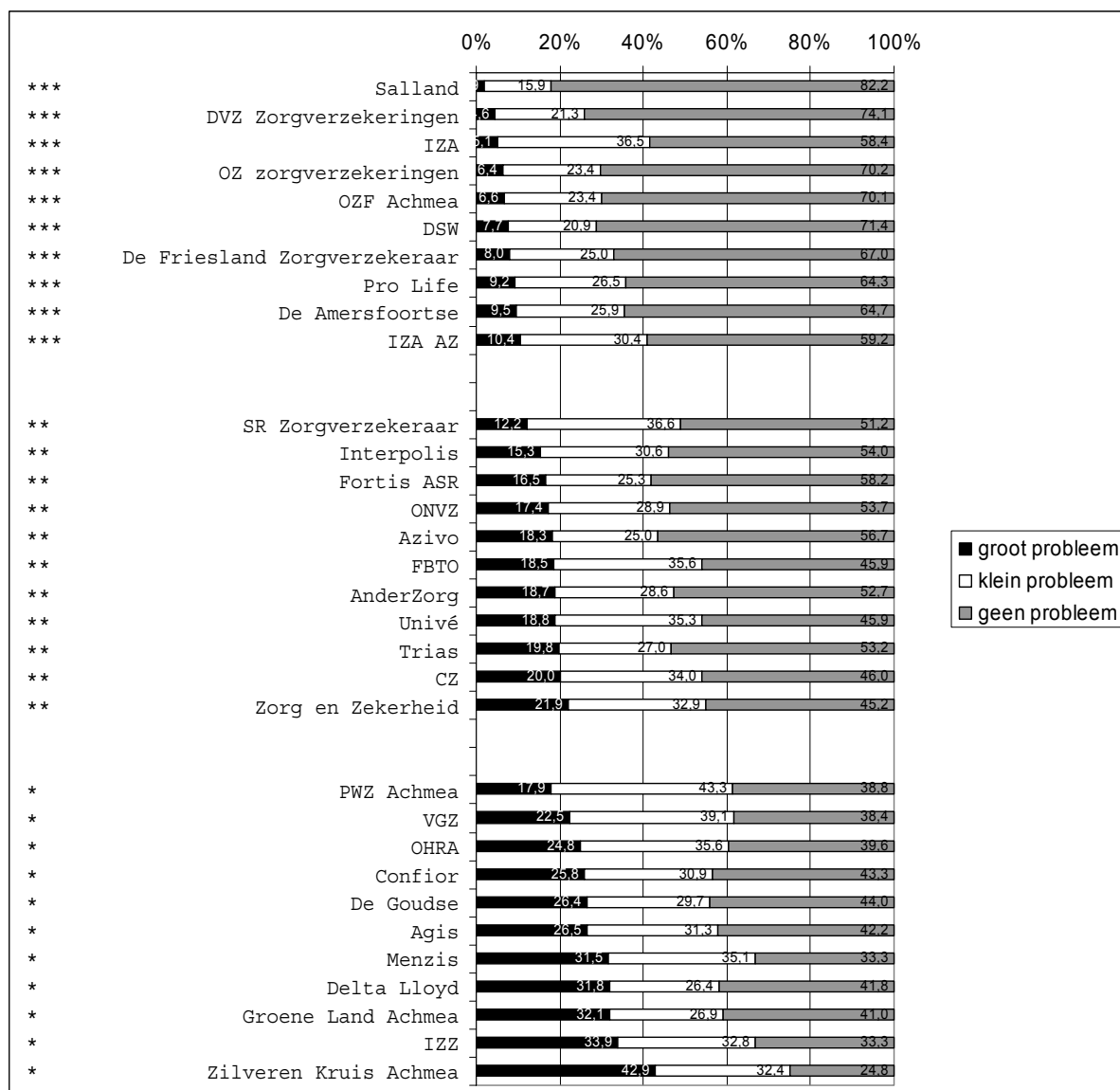


* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Afhandeling van rekeningen

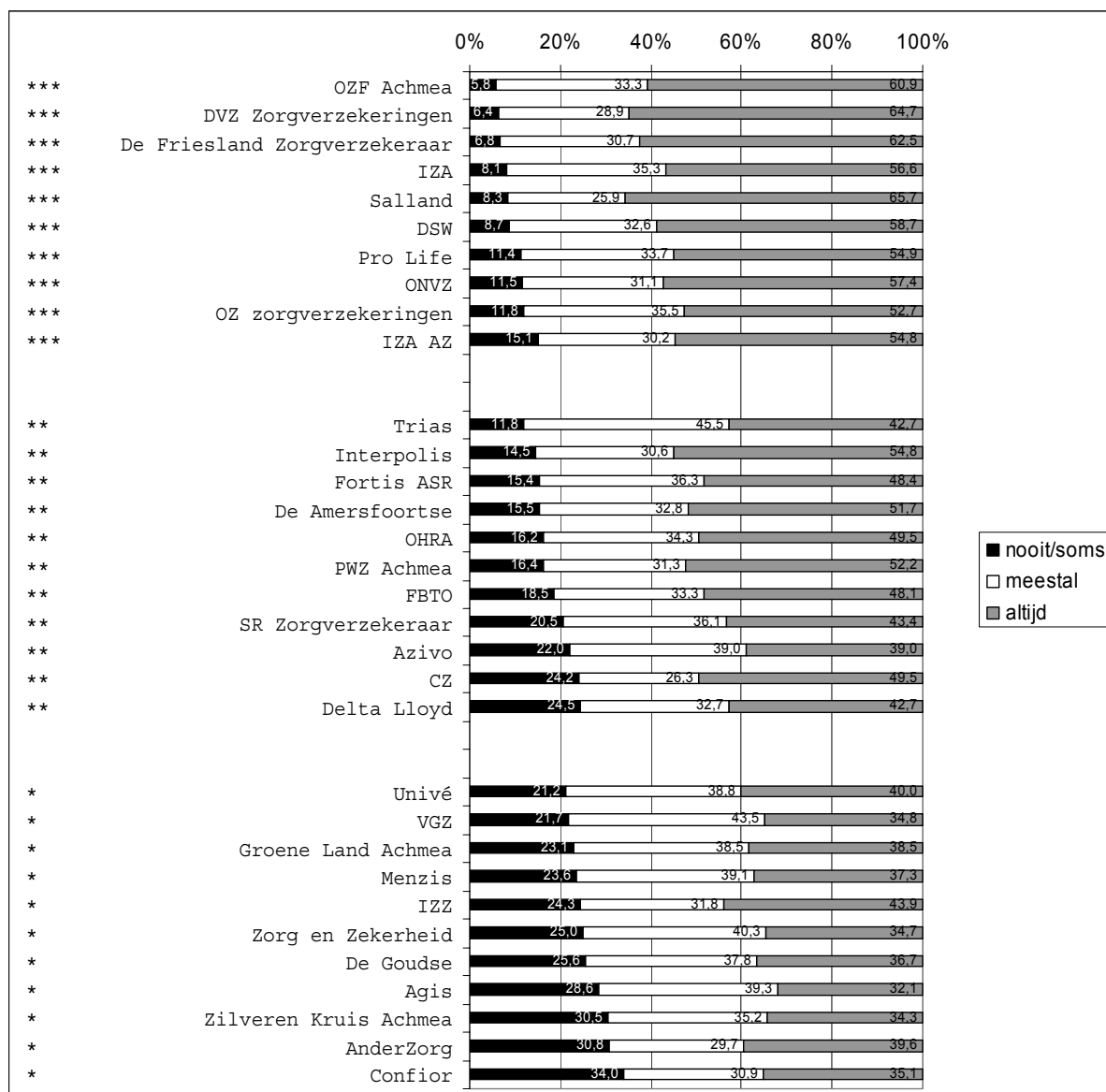


Telefonische bereikbaarheid klantenservice



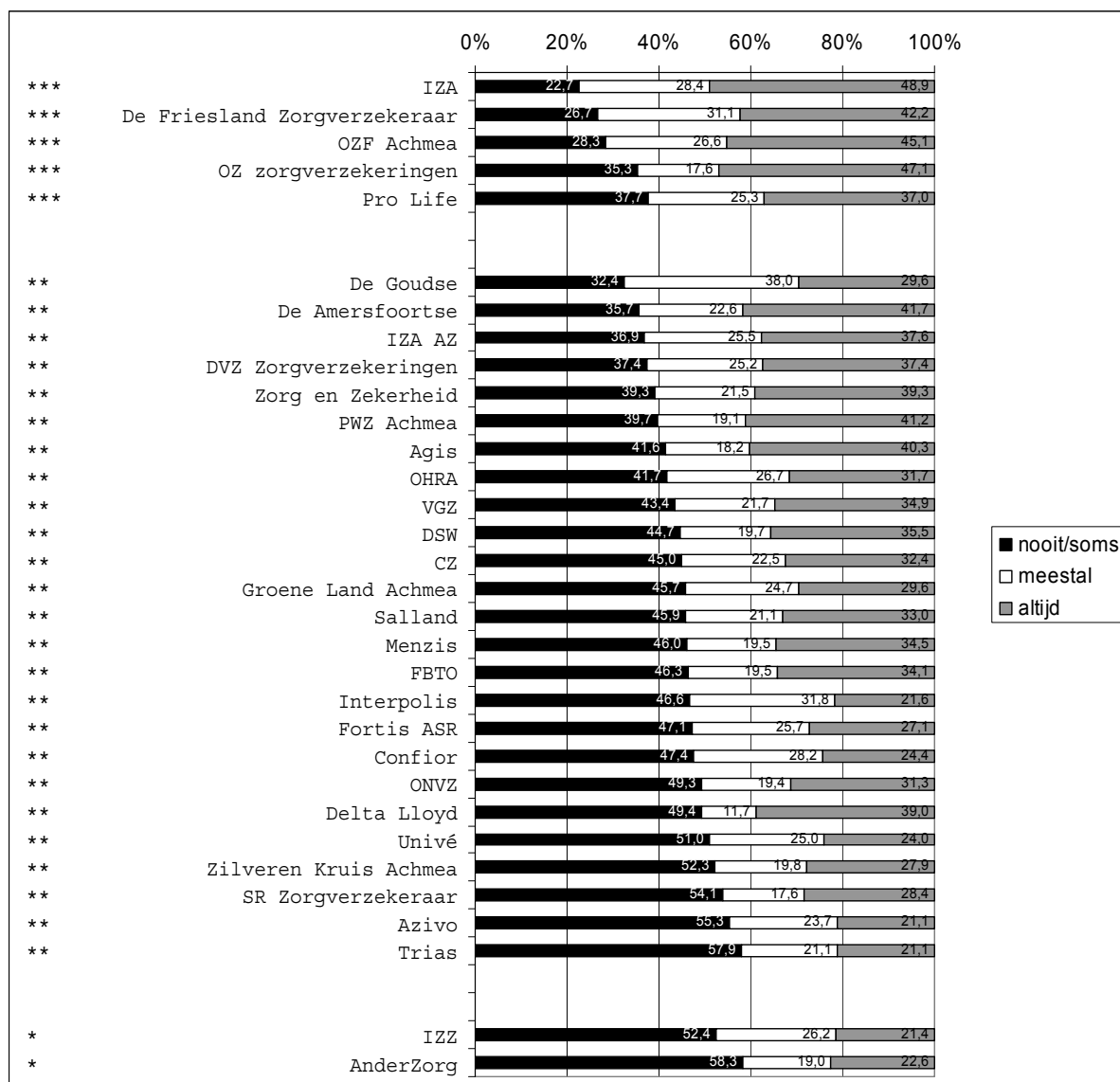
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Ontvangst van de benodigde hulp van de klantenservice



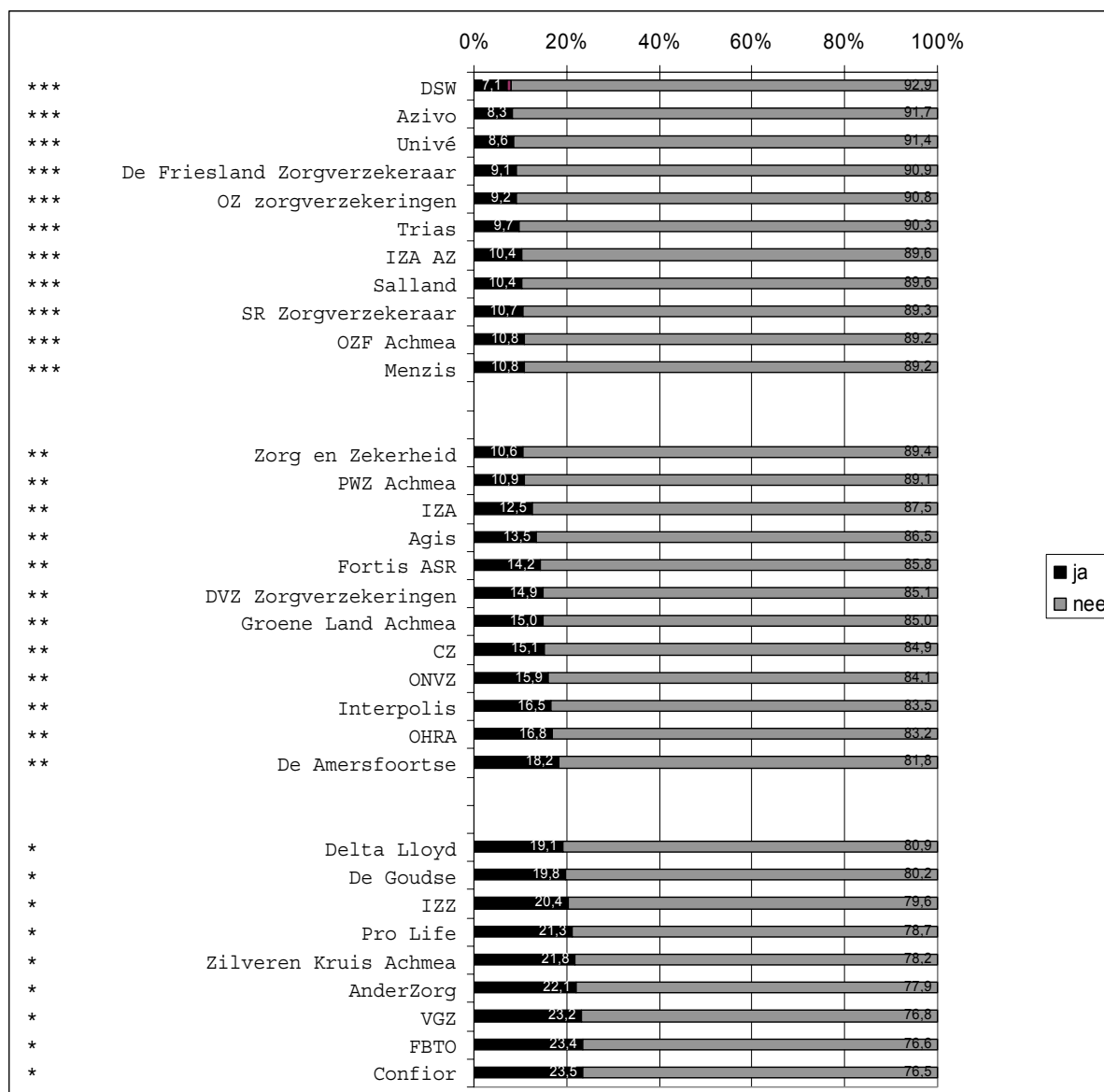
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Duidelijkheid over de mate waarin bijbetaald moet worden voor zorg



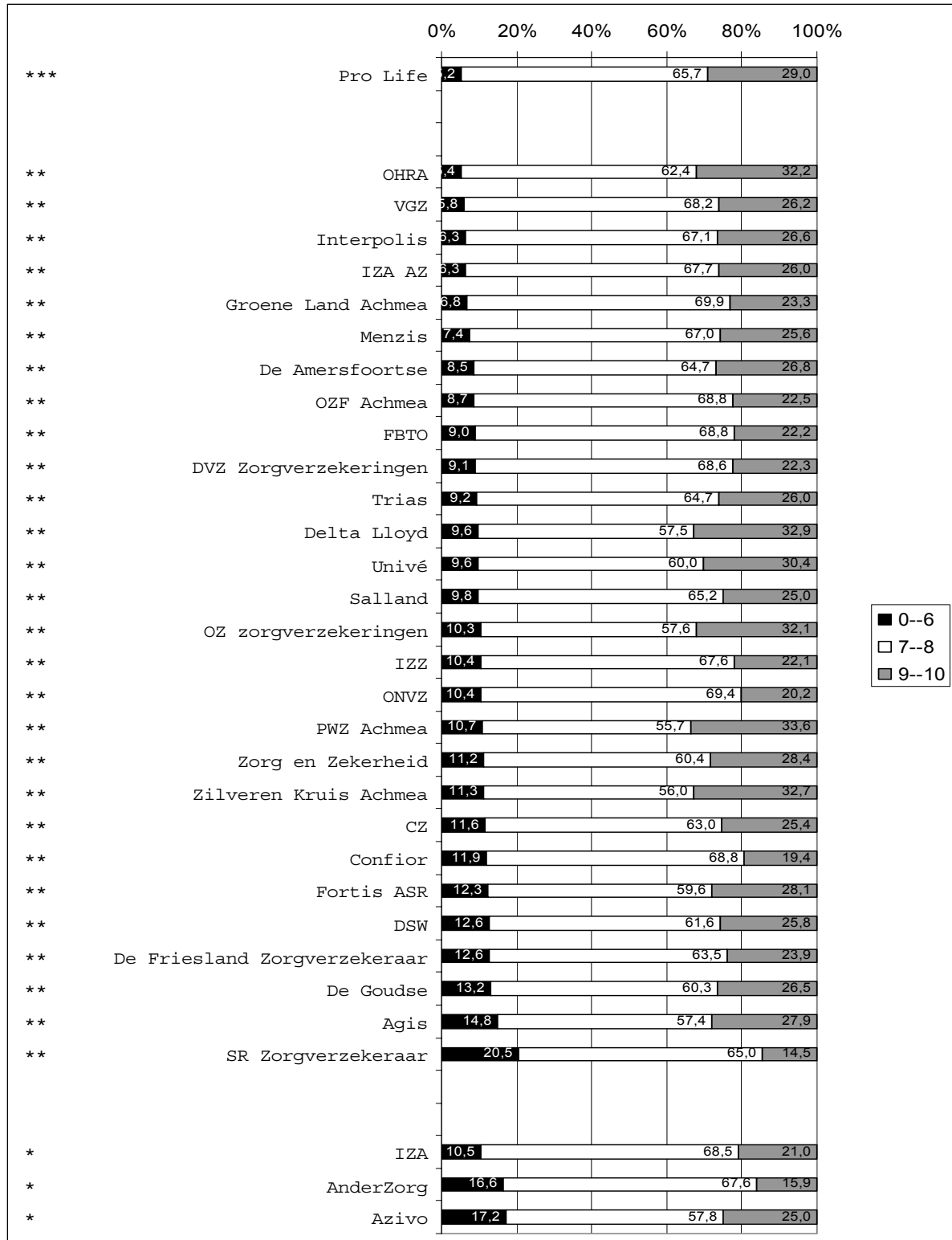
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Klachten ingediend bij de zorgverzekeraar



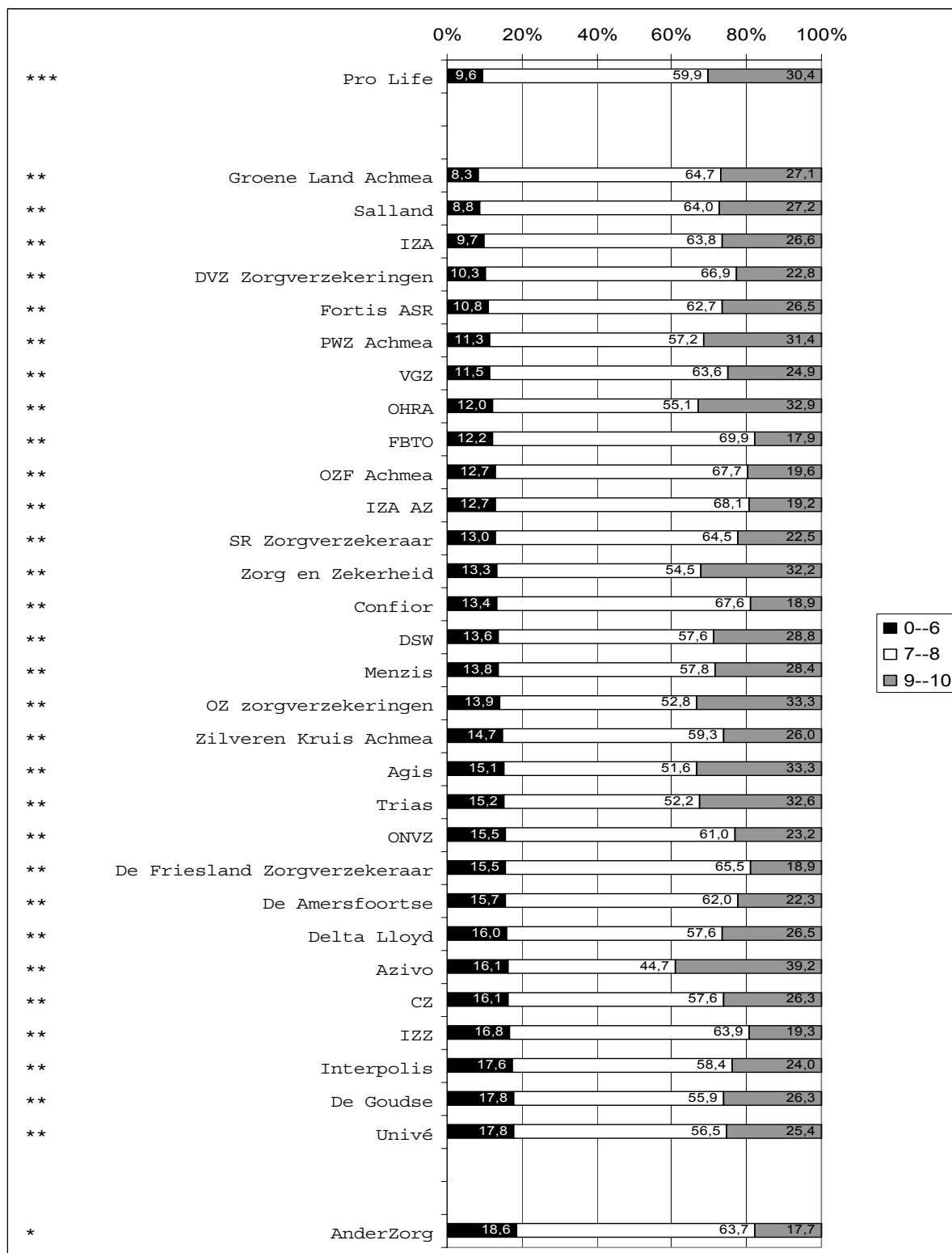
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Algemeen oordeel gezondheidszorg



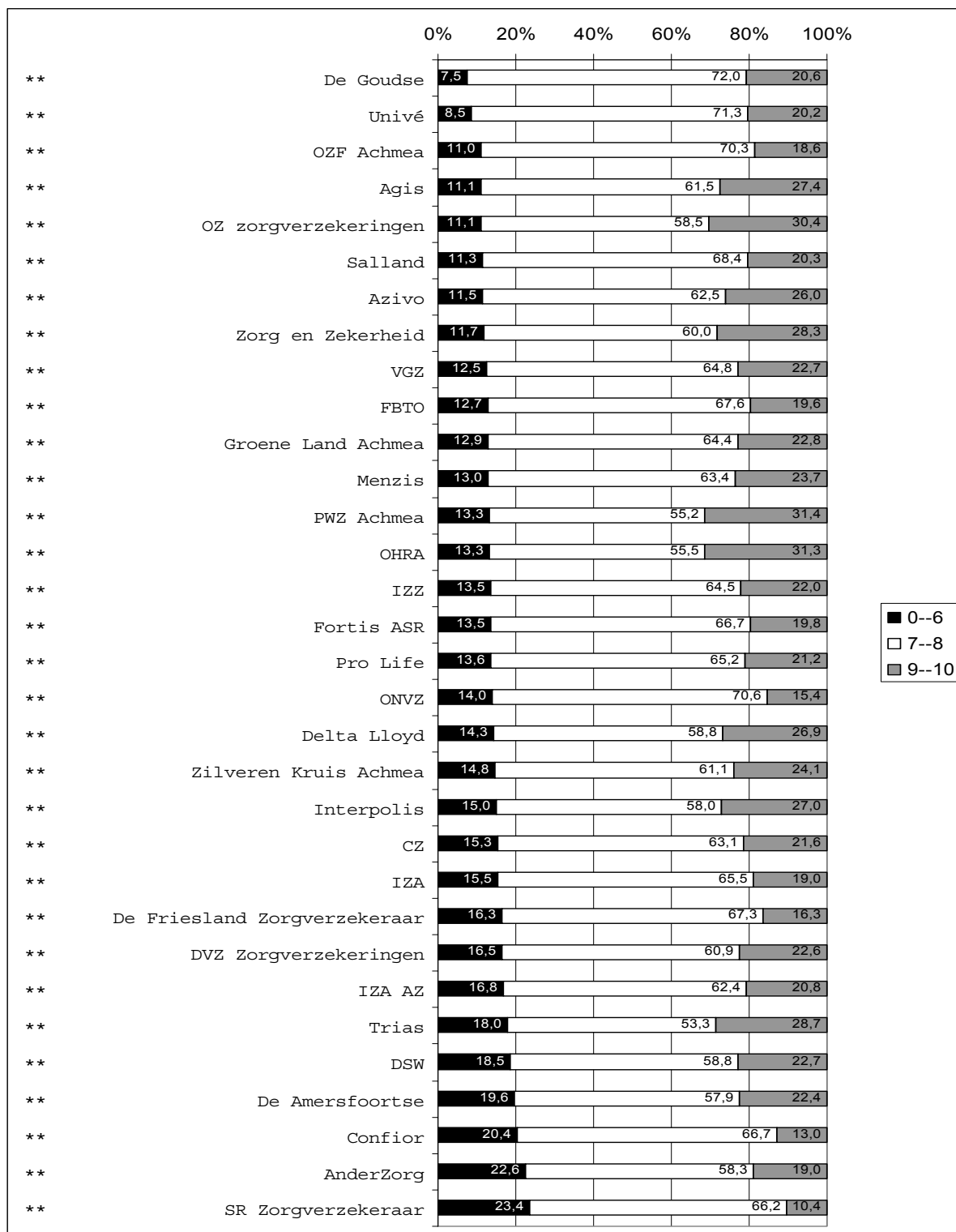
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Algemeen oordeel huisarts



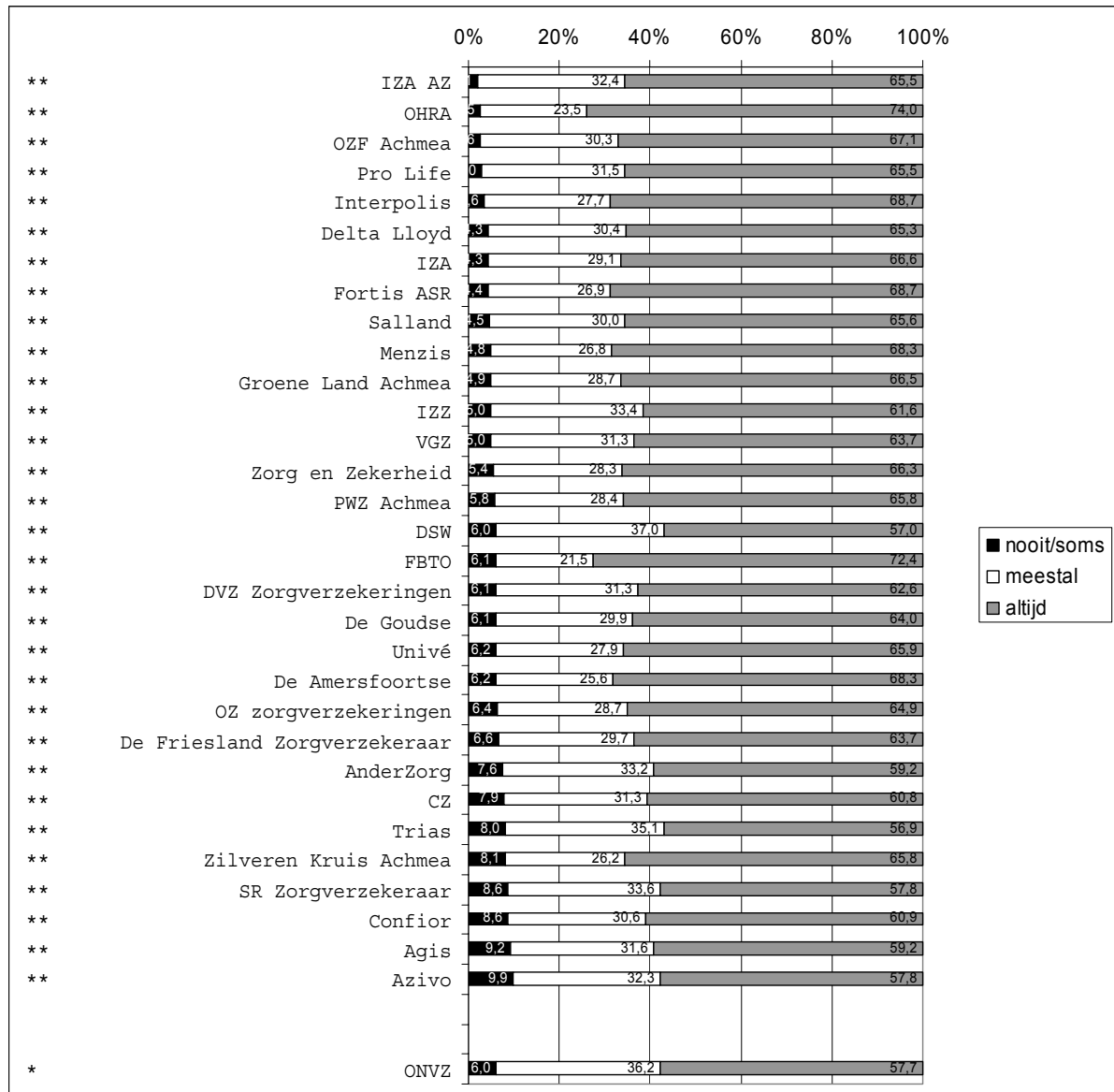
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Algemeen oordeel specialist



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

Persoonlijke benadering van artsen en andere zorgverleners

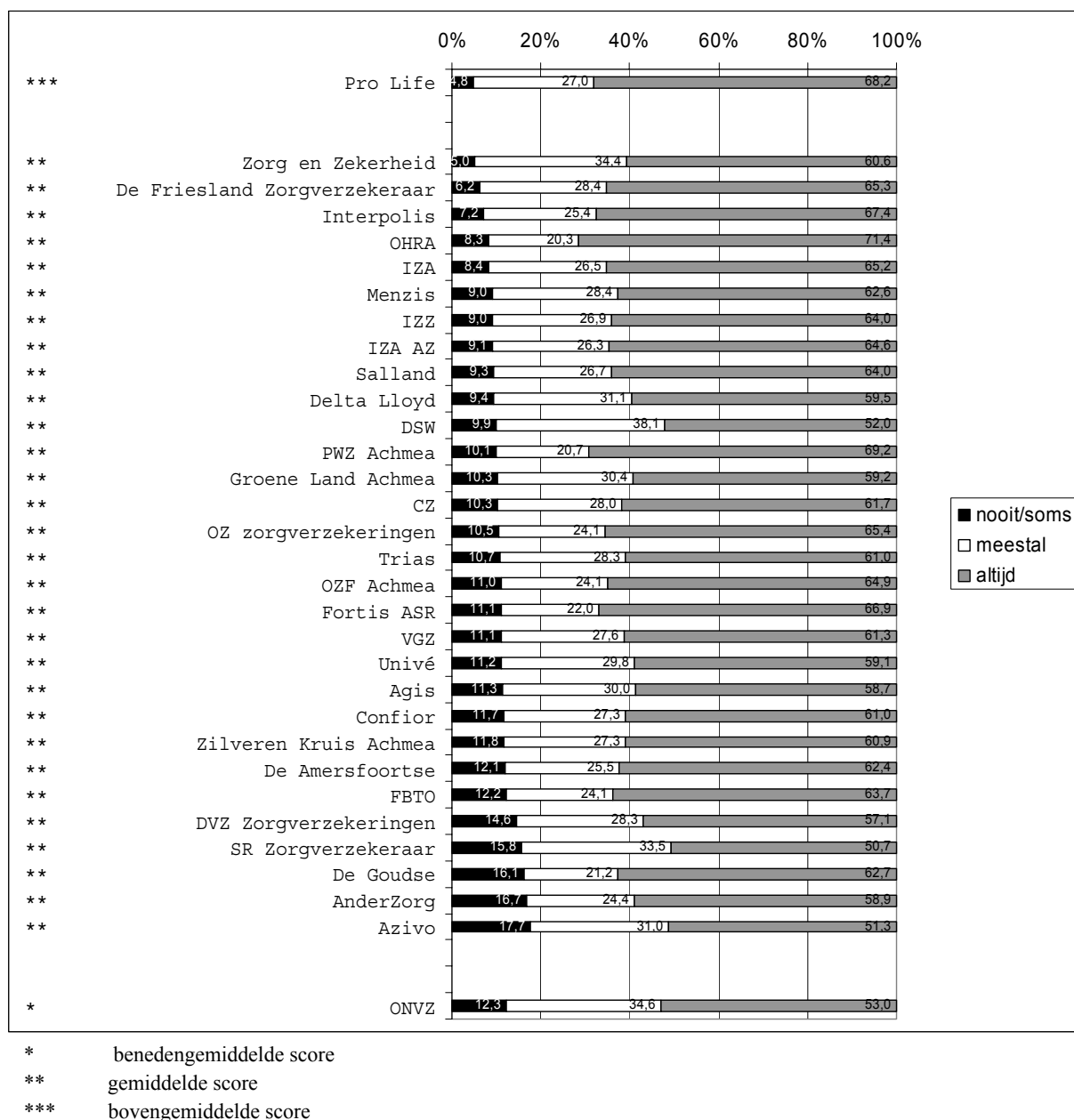


* benedengemiddelde score

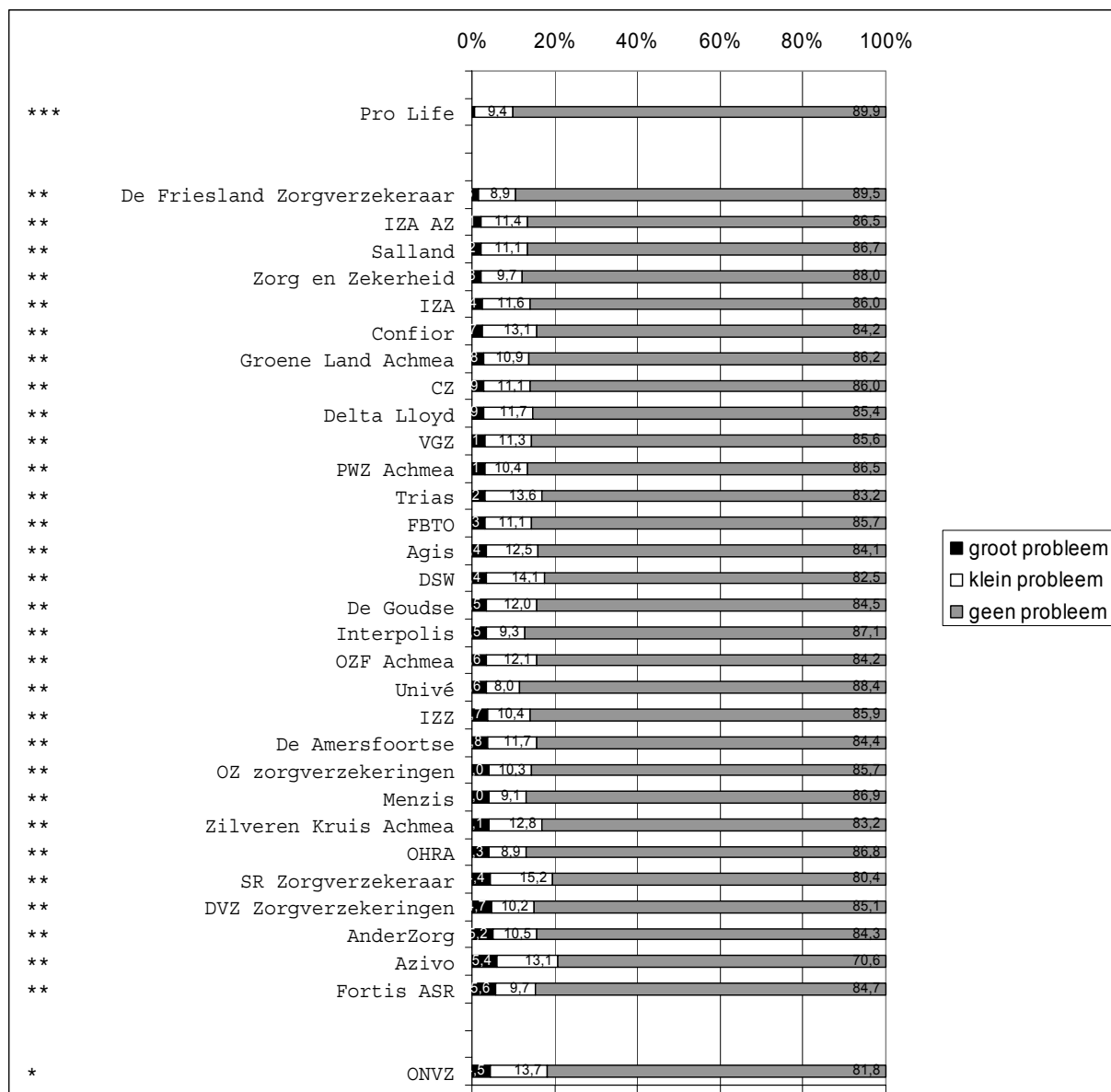
** gemiddelde score

*** bovengemiddelde score

Krijgen van de benodigde hulp van artsen en andere zorgverleners



Toegankelijkheid van de zorg



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

Bijlage 4 Gemiddelde scores en betrouwbaarheidsintervallen voor de aspecten waarop zorgverzekeraars significant van elkaar verschillen

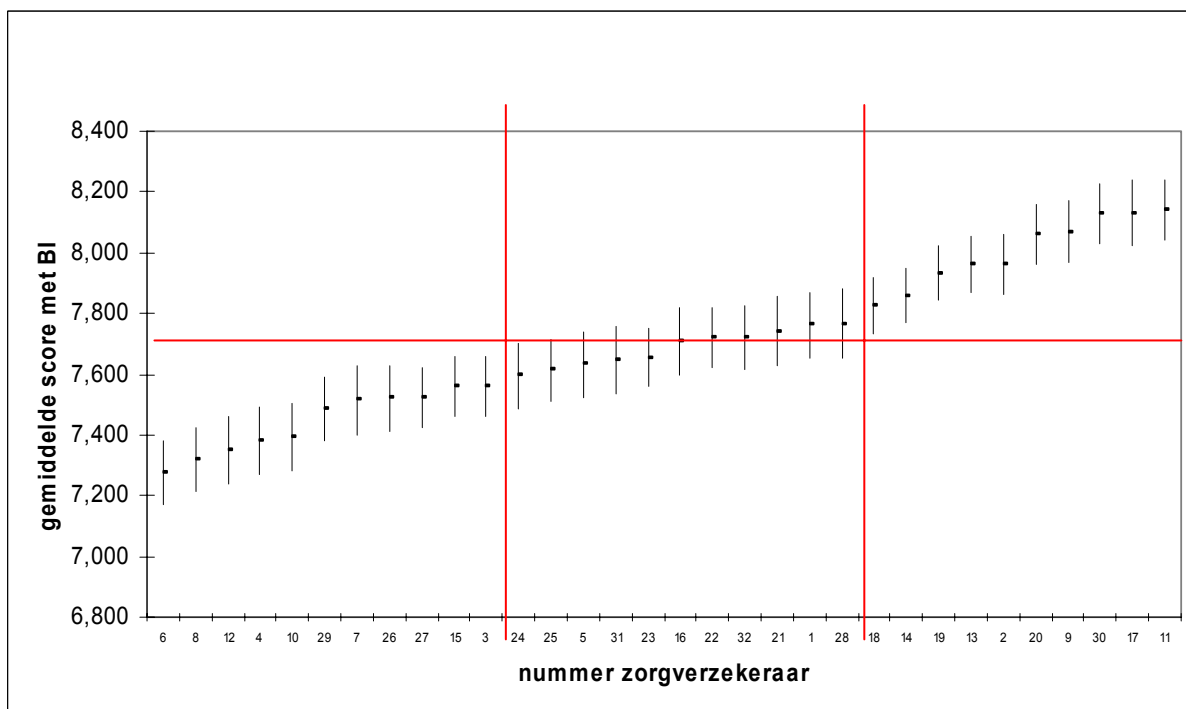
De volgende figuren tonen per zorgverzekeraar de gemiddelde score met 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) voor de dertien aspecten die significant verschilden tussen de zorgverzekeraars. De waarden zijn gebaseerd op de multilevel analyses na correctie voor leeftijd, opleiding en gezondheid. De horizontale lijn 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 4.4 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. Bij het aspect ‘klachten over de zorgverzekeraar’ werkt het net andersom: bij de zorgverzekeraars met drie sterren valt het betrouwbaarheidsinterval in zijn geheel onder het gemiddelde. Dit komt doordat een laag aantal klachten in dit onderzoek een indicatie is voor een goede service.

In de figuren worden de resultaten van de zorgverzekeraars weergegeven met behulp van een nummer dat uniek is voor een zorgverzekeraar. In tabel B4.1 staat achter iedere zorgverzekeraar het nummer waarmee het correspondeert in de figuren. De toewijzing van de nummers is gebeurd op binnenkomst van de adressen van de consumenten en is dus relatief willekeurig.

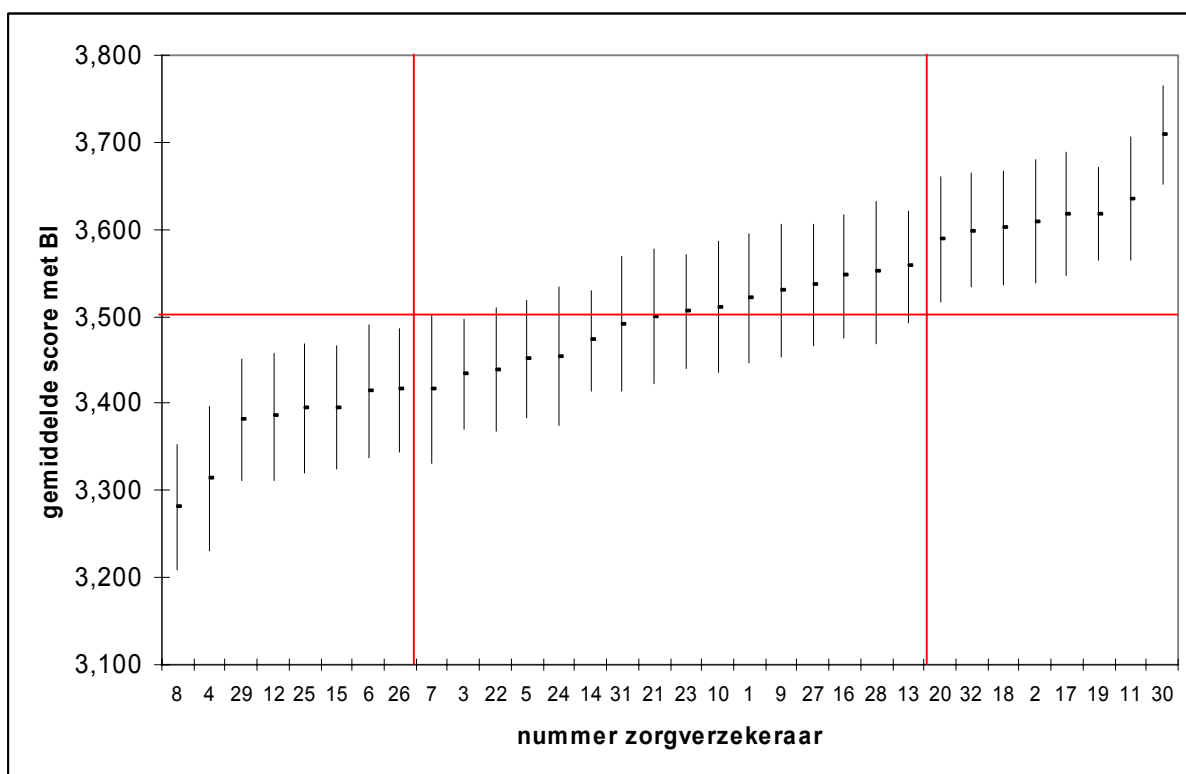
Tabel B4.1 Nummering van de zorgverzekeraars

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

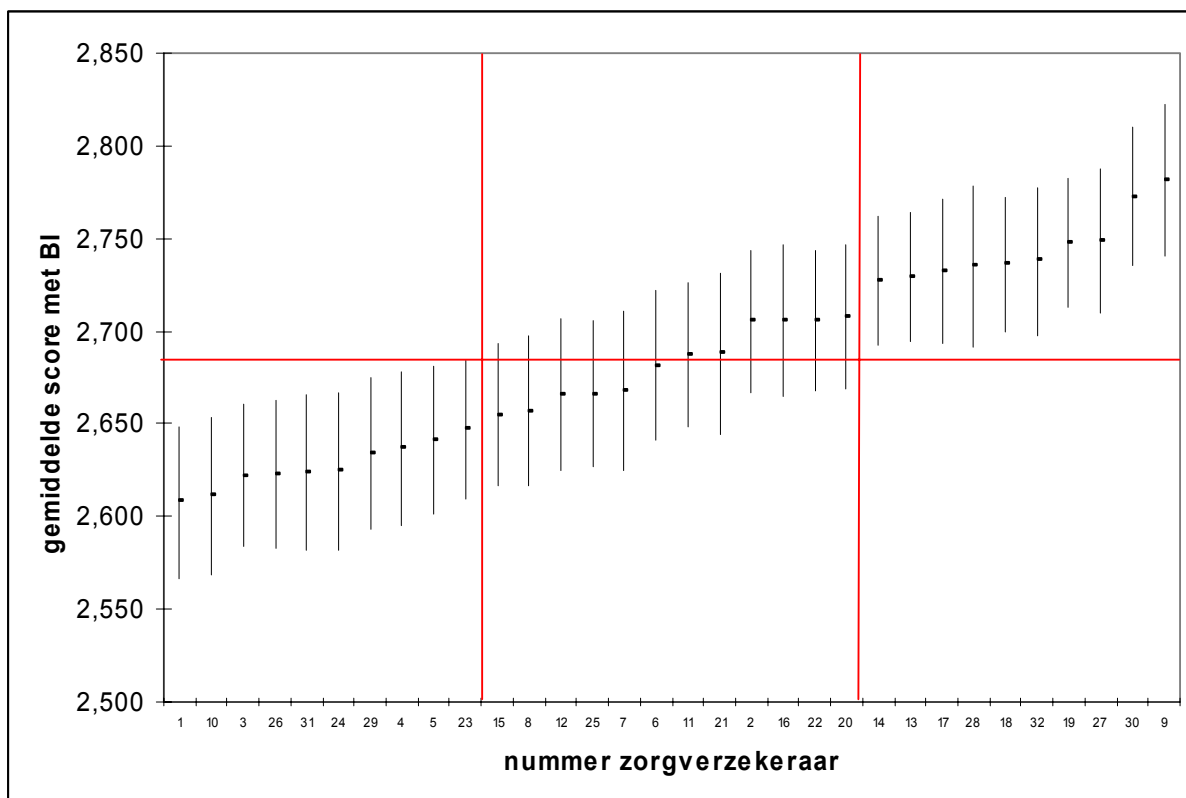
Figuur B4.1 Algemeen oordeel zorgverzekeraar



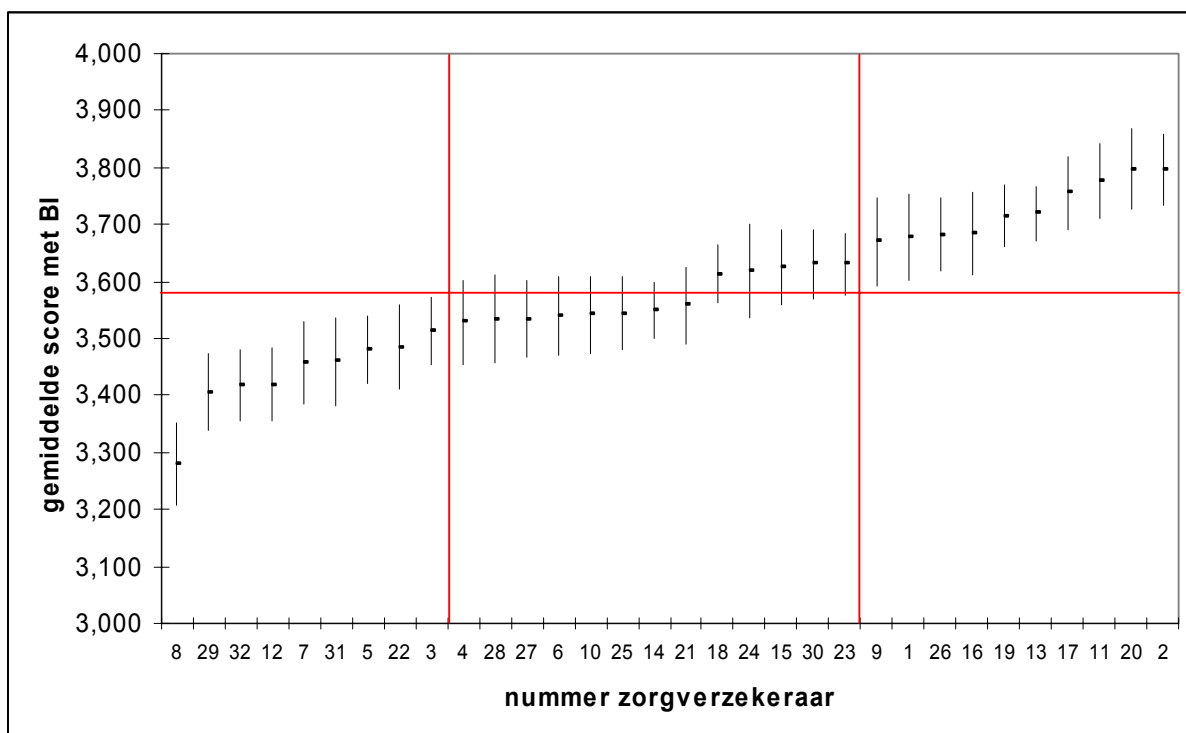
Figuur B4.2 Persoonlijke benadering medewerkers zorgverzekeraar



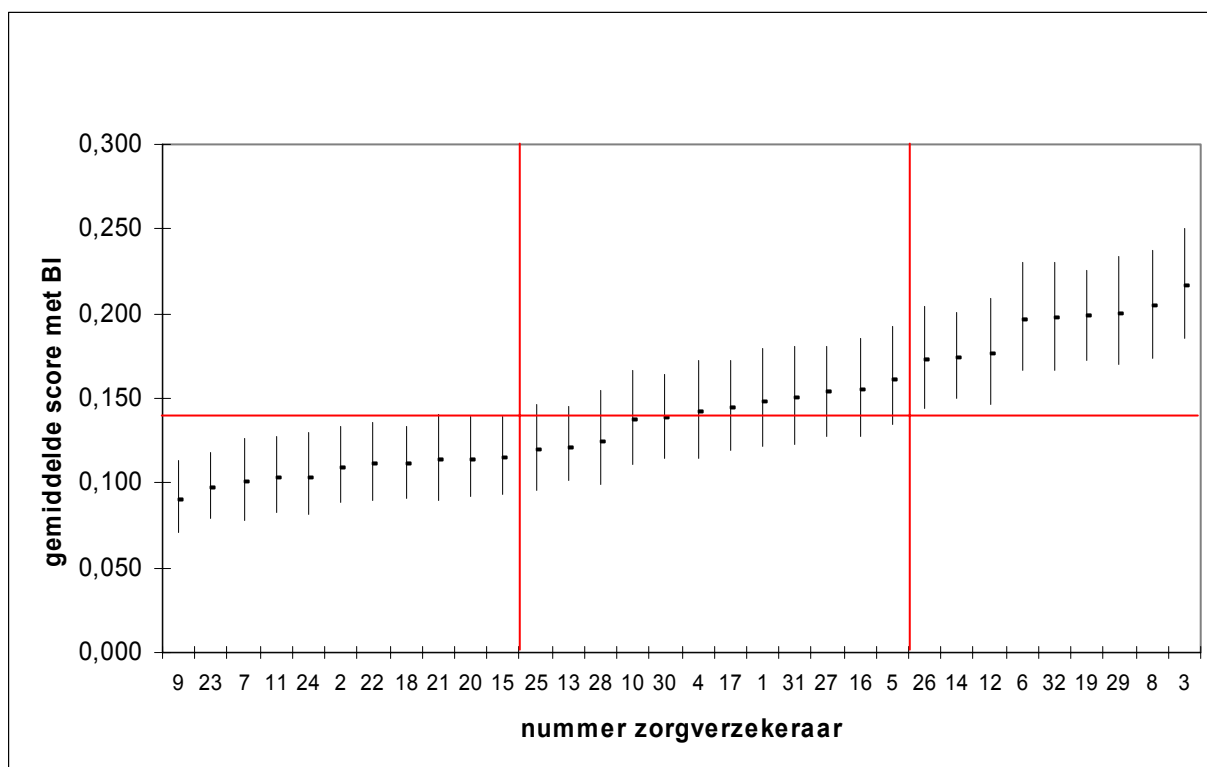
Figuur B4.3 Informatievoorziening zorgverzekeraar



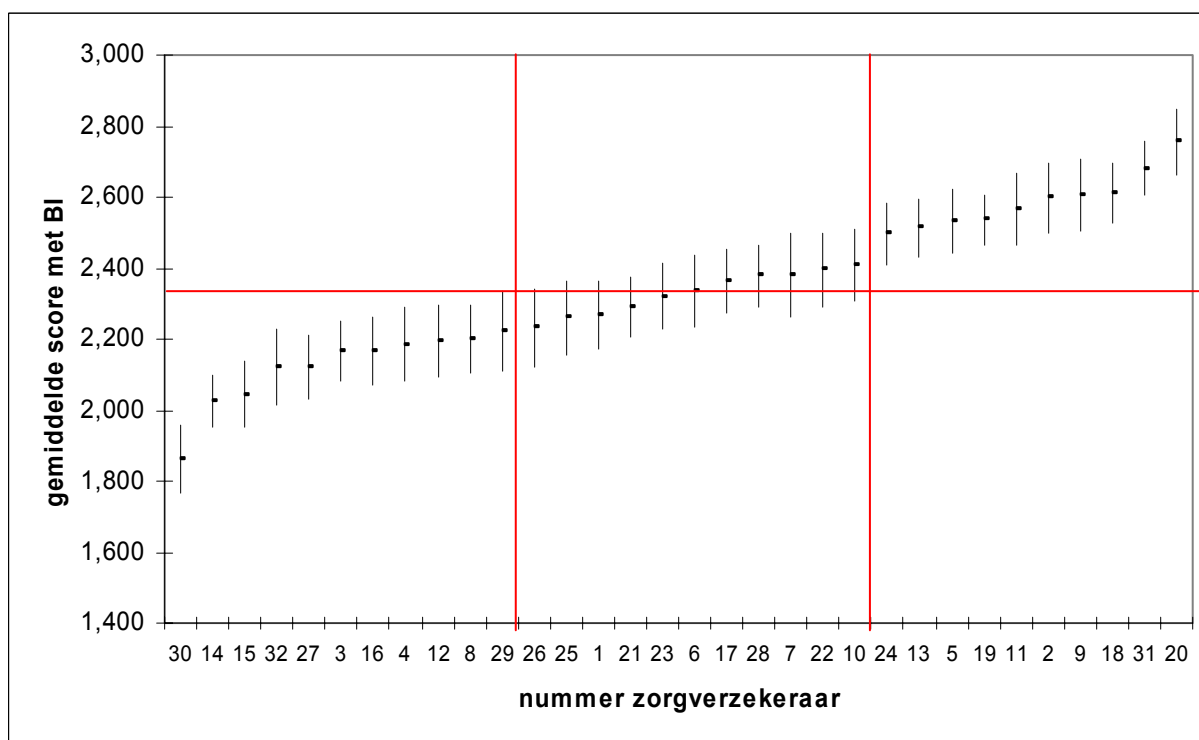
Figuur B4.4 Afhandeling van rekeningen



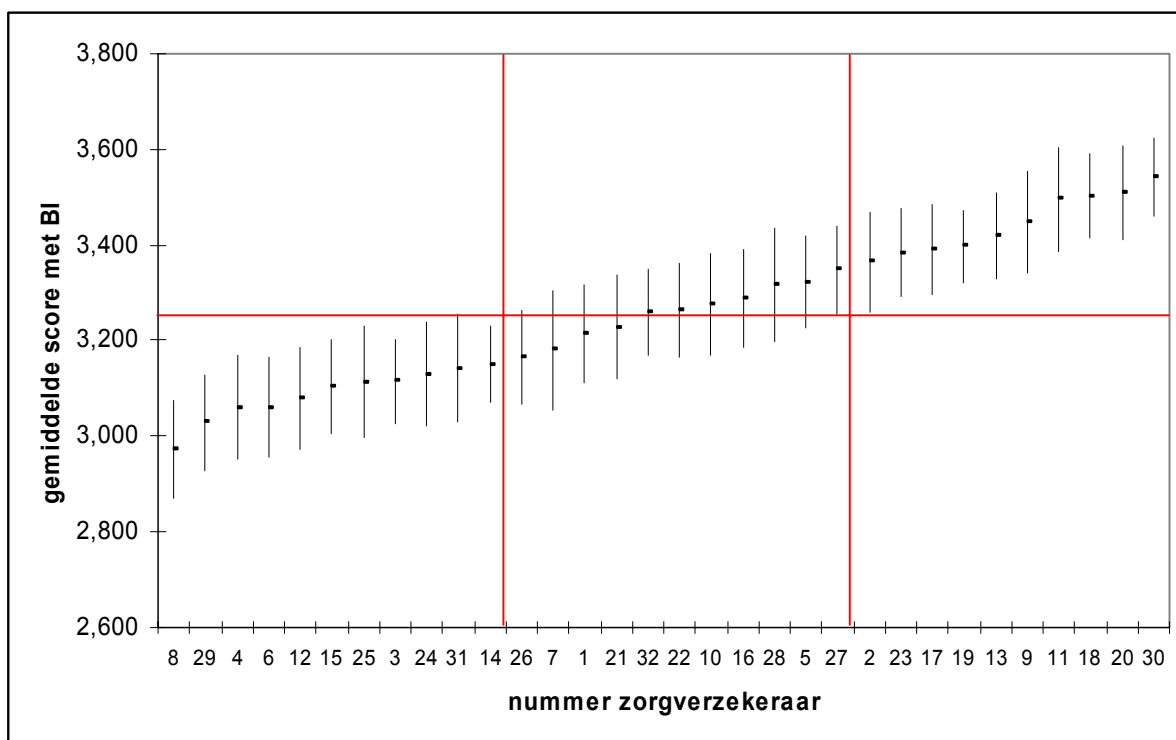
Figuur B4.5 Klachten ingediend bij de zorgverzekeraar



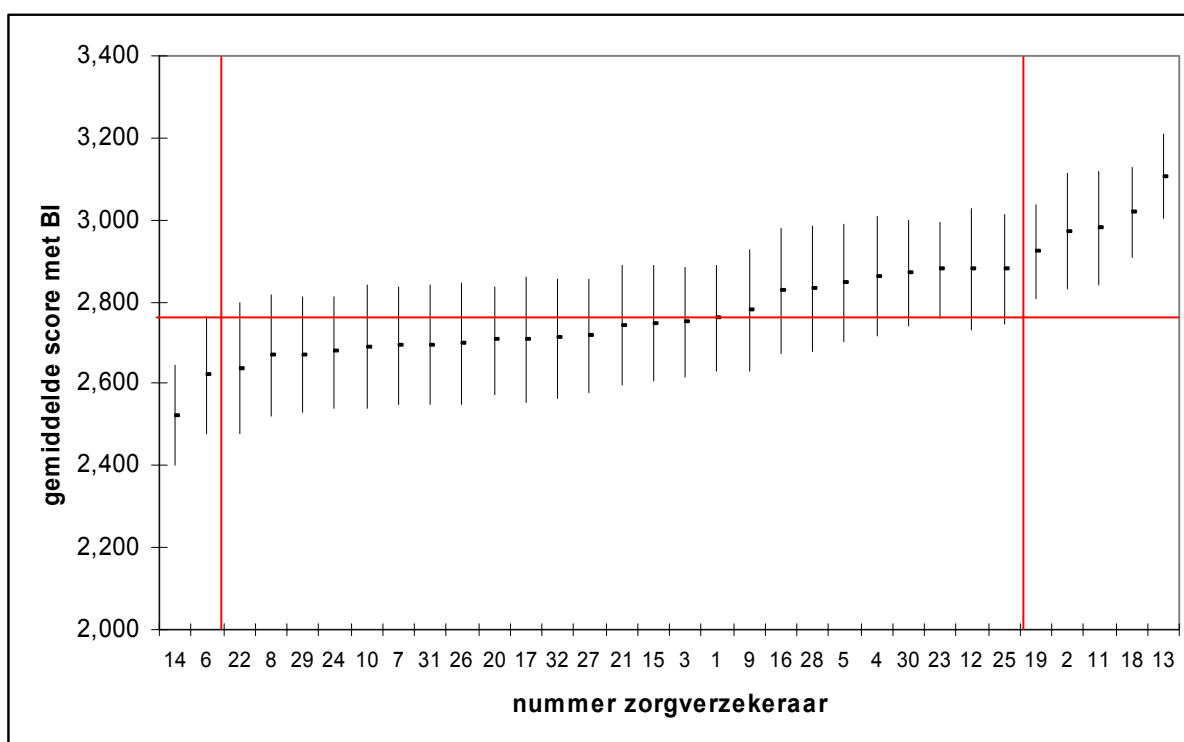
Figuur B4.6 Telefonische bereikbaarheid van de klantenservice



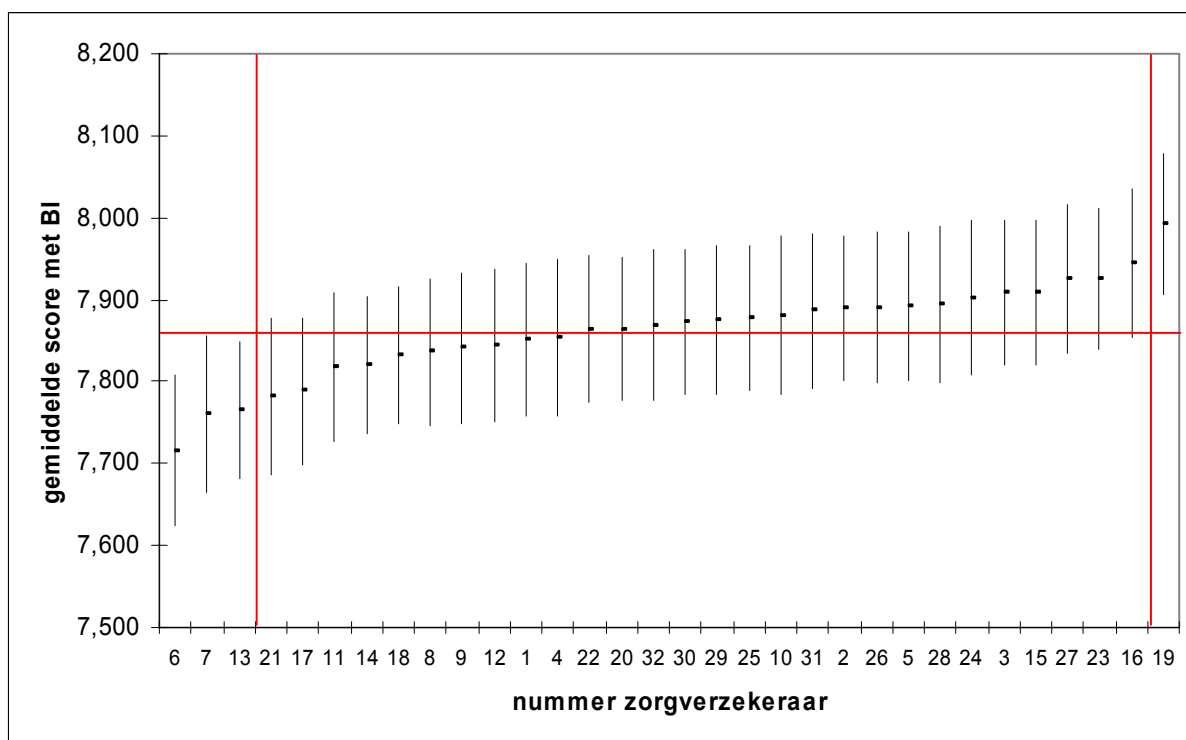
Figuur B4.7 Krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice



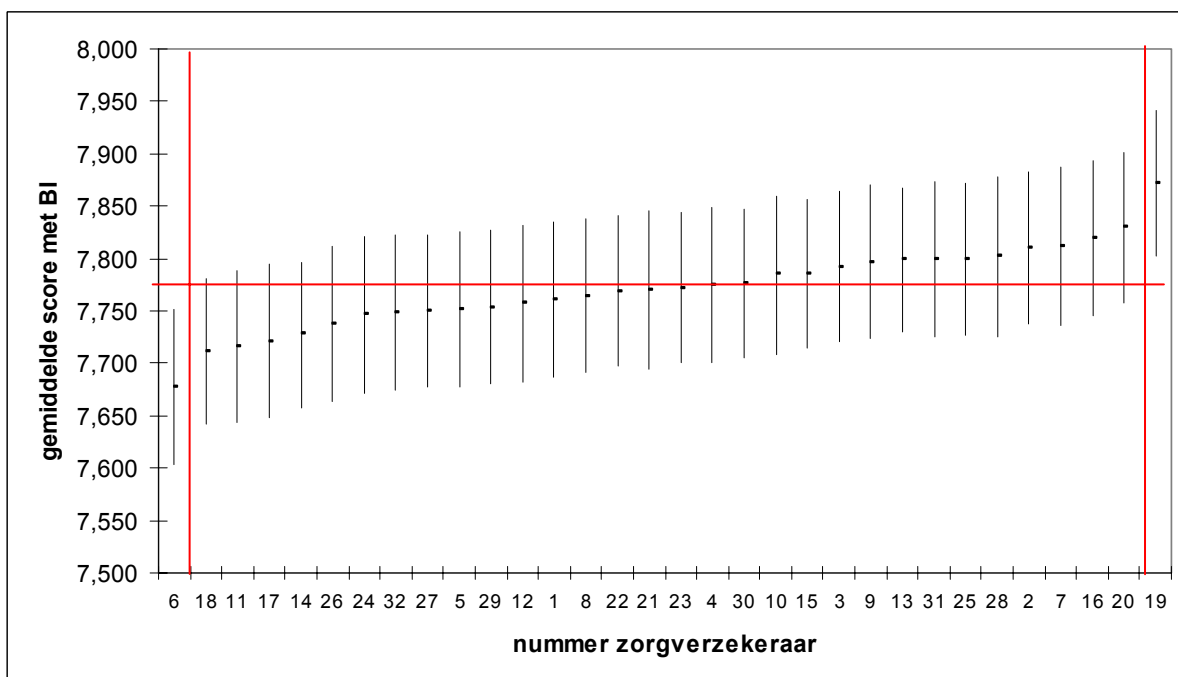
Figuur B4.8 Duidelijkheid over het (bij)betalen voor zorg



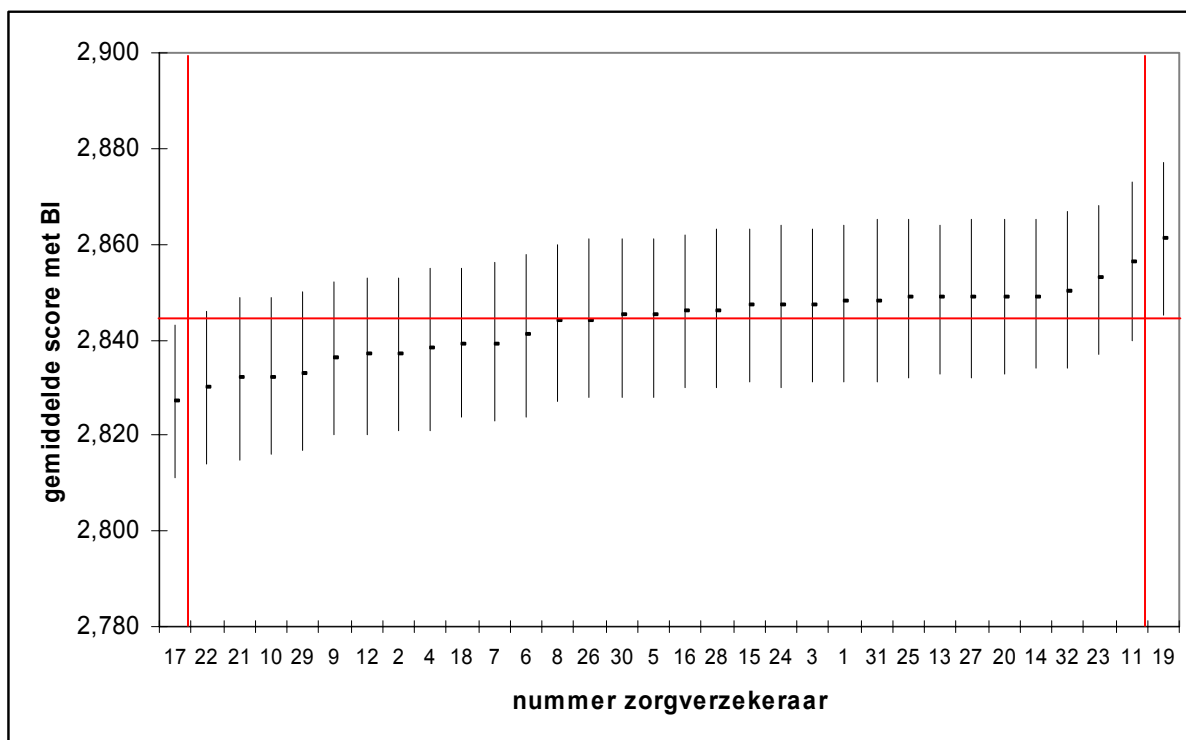
Figuur B4.9 Algemeen oordeel gezondheidszorg



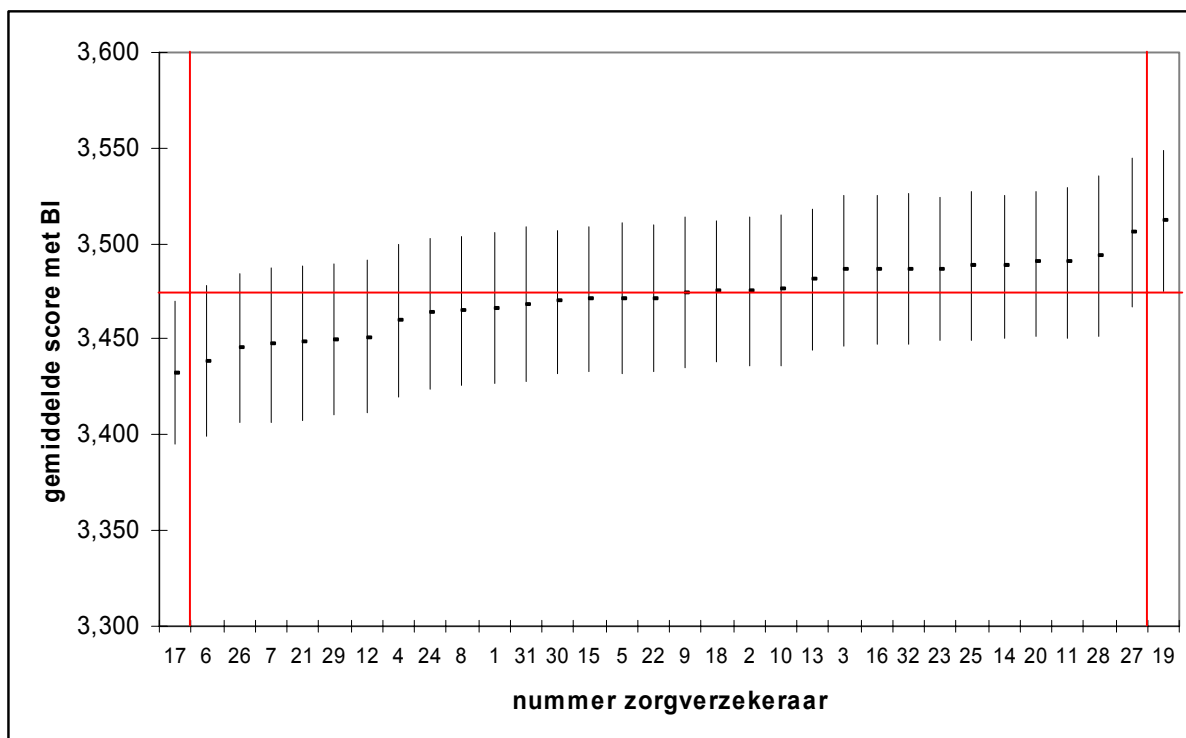
Figuur B4.10 Algemeen oordeel huisarts



Figuur B4.11 Toegankelijkheid van de zorg



Figuur B4.12 Krijgen van de benodigde hulp van artsen en andere zorgverleners



Figuur B4.13 Persoonlijke benadering artsen en zorgverleners

