



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2005. De gegevens mogen met bronvermelding (M. Hendriks, D. Delnoij, S. van der Meulen-Arts, W. Brouwer, P. Spreeuwenberg, *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars*, Consumenteninformatie voor [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl), NIVEL 2005) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken. Het rapport is te bestellen via [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

## **Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars**

**Consumenteninformatie voor [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl)**

M. Hendriks  
D. Delnoij  
S. van der Meulen-Arts  
W. Brouwer  
P. Spreeuwenberg



ISBN 90-6905-765-4

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2005 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

<b>1 Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1 Vraaggestuurde gezondheidszorg	5
1.2 De Zorgverzekeringswet	6
1.3 www.kiesBeter.nl	7
1.4 Meten van consumentenervaringen	8
1.5 Het huidig onderzoek	9
1.6 Opbouw van het rapport	10
<b>2 Methode</b>	<b>11</b>
2.1 Wijze van dataverzameling	11
2.2 Steekproeftrekking van consumenten	12
2.3 Deelnemers	12
2.3.1 Zorgverzekeraars	12
2.3.2 Consumenten	13
2.4 Vragenlijst (zie bijlage 1)	14
<b>3 Beschrijving steekproef</b>	<b>17</b>
3.1 Representativiteit van de steekproef	17
3.2 Respons van de consumenten	19
3.3 Selectie van personen	20
3.3.1 Naam van de zorgverzekeraar	20
3.3.2 Duur van de verzekering	20
3.3.3 Hulp bij het invullen van de vragenlijst	20
3.3.4 Compleetheid van invullen	21
3.4 Non-respons analyse	22
3.5 Achtergrondkenmerken van de respondenten	23
<b>4 Selectie van aspecten</b>	<b>25</b>
4.1 Skip-instructies	25
4.2 Schaalconstructie	25
4.2.1 Ervaringen met de zorg	25
4.2.2 Ervaringen met de zorgverzekeraar	26
4.3 Selectie overige aspecten met behulp van belangscores	26
<b>5 Ervaringen van de consumenten met de zorg en de zorgverzekeraar</b>	<b>29</b>
5.1 Ervaringen van de consumenten voor alle zorgverzekeraars gezamenlijk	29
5.1.1 Ervaringen met de zorg	29
5.1.2 Ervaringen met de zorgverzekeraar	31
5.2 Verschillen in ervaringen tussen zorgverzekeraars	31
5.2.1 Ervaringen met de zorg	32

5.2.2	Ervaringen met de zorgverzekeraar	33
5.3	Indeling van de zorgverzekeraars in drie groepen	34
<b>6</b>	<b>Algemene samenvatting en discussie</b>	<b>37</b>
6.1	Achtergrond en doel van het onderzoek	37
6.2	Opzet van het onderzoek	37
6.3	De ervaren kwaliteit van de zorg en de zorgverzekeraar	38
6.4	Verschillen in ervaringen tussen zorgverzekeraars	39
6.5	Consumenteninformatie over de prestaties van zorgverzekeraars	39
6.6	Toekomstig gebruik van de vragenlijst	40
6.7	Tot slot	41
	<b>Literatuur</b>	<b>43</b>
	<b>Bijlagen:</b>	
Bijlage 1:	Vragenlijst Volwassenen. Ervaringen met de zorg en met zorgverzekeraars	45
Bijlage 2:	Gemiddelde scores en betrouwbaarheidsintervallen voor de aspecten waarop zorgverzekeraars significant van elkaar verschillen	59

# 1 Inleiding

In 2006 treedt de nieuwe Zorgverzekeringswet in werking. Het doel van deze wet is onder andere om de vraagsturing in de gezondheidszorg te bevorderen. Een belangrijke verandering is dat er één zorgverzekering komt voor alle Nederlanders, de zogenaamde basisverzekering. Consumenten kunnen volgend jaar kiezen bij welke zorgverzekeraar ze deze basisverzekering willen afsluiten. Om deze keuze weloverwogen te kunnen maken, is het belangrijk dat mensen kunnen beschikken over informatie over de prijs, de dekking, de kwaliteit en de prestaties van de verschillende zorgverzekeraars. Op initiatief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is daarom een speciale internetsite opgezet, [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl). Op deze internetsite kunnen mensen zorgverzekeraars vergelijken op onder andere de premie, dekking, en service en dienstverlening. Het NIVEL is door het Ministerie van VWS gevraagd om de ervaringen van consumenten met de zorg en met hun huidige zorgverzekeraar in kaart te brengen voor [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl).

## 1.1 Vraaggestuurde gezondheidszorg

Het beleid van het Ministerie van VWS is gericht op het tot stand brengen van drie gereguleerde markten in de Nederlandse gezondheidszorg: een verzekeringsmarkt, een aanbiedermarkt en een zorginkoopmarkt. Op de verzekeringsmarkt kunnen burgers kiezen tussen de verschillende zorgverzekeraars. Op de aanbiedermarkt kunnen patiënten kiezen uit verschillende zorgaanbieders. De zorgverzekeraars zullen zich willen profileren op de zorginkoopmarkt en zullen mogelijk contracten afsluiten met maar een deel van de zorgaanbieders. Hierdoor is het waarschijnlijk dat de keuze van de burger voor een zorgverzekeraar medebepalend zal zijn voor zijn/haar keuzemogelijkheden in het aanbod van zorg (Delnoij en Van der Schee, 2003). De vraagsturing binnen de zorg zal toenemen indien consumenten bij hun keuze voor een bepaalde zorgverzekeraar rekening houden met deze verschillen in aanbod.

De veranderingen op de markt van zorgverzekeraars voltrekken zich momenteel snel. Zorgverzekeraars onderzoeken de wensen van hun klanten met betrekking tot het zorgaanbod (Brouwer et al., 2002), werken aan het inbouwen van kwaliteitsparagrafen in hun contracten met zorgaanbieders, zetten zelf aanbod in de markt (Mistiaen en Delnoij, 2003) en proberen klanten te trekken met vergoedingen op het vlak van levensstijl (Van der Schee et al., 2005). Zorgverzekeraars zullen zich, zo is de verwachting, meer dan nu het geval is naar de verzekerden toe profileren met hun aanbod van diensten en serviceverlening.

Een randvoorwaarde voor vraagsturing in de gezondheidszorg is dat verzekerden vrij kunnen wisselen van zorgverzekeraar. Particulier verzekerden hebben altijd al vrije keuze van verzekeraar gehad. Omdat de particuliere verzekering echter geen acceptatieplicht kent, is wisselen van verzekeraar in de praktijk vooral mogelijk voor jonge en gezonde particulier verzekerden. Ziekenfondsverzekerden kunnen sinds 1992 jaarlijks van verzekeraar wisselen. Het jaarlijks percentage van verzekerden dat dit ook feitelijk doet, is echter nog steeds relatief laag vergeleken met een land als Duitsland, waar consumenten ook vrije keuze van zorgverzekeraar hebben en waar de premieverschillen aanmerkelijk groter zijn dan in Nederland (Gress et al., 2002). Zo gaf in 2003 3,1% van ruim 1500 Nederlanders aan dat ze recentelijk van ziekenfonds waren gewisseld (Kerssens et al., 2002). Dit percentage was in 2005 licht gestegen naar 3,7% (Van der Schee et al., 2005). De verzekerden die van zorgverzekeraar wisselden, deden dat bovendien voornamelijk om premietechnische redenen of vanwege de inhoud van de aanvullende pakketten en niet om de kwaliteit van de gecontracteerde zorg (Gress et al., 2003; Groenewegen et al., 2002; Kerssens et al., 2002; Kerssens en Groenewegen, 2003; Van der Schee et al., 2005; Kerssens et al., 2003). Dit laatste is ook niet verwonderlijk, omdat zorgverzekeraars zich tot op heden nog nauwelijks hebben geprofileerd met hun inkoopbeleid. Verzekerden hebben het idee dat het voor de basisdekking weinig uitmaakt bij wie ze verzekerd zijn (Verkaik en Delnoij, 2004). Ook op het terrein van service en dienstverlening bestaan er volgens verzekerden weinig verschillen tussen verzekeraars (Delnoij et al., 2003; Kerssens et al., 2002).

Kortom, hoewel de zorgverzekeraars zich bij hun inkoopbeleid meer richten op de kwaliteit van de gecontracteerde zorg, bepaalt deze kwaliteit tot op heden niet de keuze van de consument voor een bepaalde verzekeraar. Consumenten veranderen maar weinig van zorgverzekeraar en doen dit op geleide van premieverschillen omdat informatie over de kwaliteit van de zorg ontbreekt. Hierdoor is de vraagsturing in de gezondheidszorg niet optimaal. De nieuwe Zorgverzekeringswet moet hierin verandering brengen.

## **1.2 De Zorgverzekeringswet**

Met de nieuwe Zorgverzekeringswet wordt een uniforme zorgverzekering ingevoerd en tegelijkertijd meer keuzevrijheid aan verzekerden gegeven. Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars krijgen binnen het nieuwe stelsel dezelfde status op de zorgverzekeringsmarkt. Er komt één zorgverzekering voor alle Nederlanders, de zogenaamde basisverzekering. De verzekerde kiest zelf bij welke zorgverzekeraar hij/zij deze basisverzekering afsluit. Daarnaast hebben consumenten keuzemogelijkheden wat betreft het type verzekering (zorg in natura of restitutie) en de hoogte van het eigen risico, welke beiden de hoogte van de nominale premie beïnvloeden.

Consumenten kunnen ieder jaar opnieuw wisselen van zorgverzekeraar en de zorgverzekeraars zijn voor de basisverzekering verplicht iedere consument tegen dezelfde voorwaarden te accepteren. Een zorgverzekeraar mag, op enkele wettelijk vastgestelde uitzonderingen na, niemand weigeren voor de basisverzekering. De zorgverzekeraars mogen tevens bij het vaststellen van de premie geen onderscheid maken naar

persoonskenmerken zoals leeftijd, gezondheid en geslacht. Vooral voor mensen met een hoger gezondheidsrisico die nu particulier verzekerd zijn, neemt daardoor de mogelijkheid om van zorgverzekeraar te veranderen toe. Om oneerlijke concurrentie te voorkomen is een vereveningssysteem opgezet waarbij zorgverzekeraars een hogere uitkering uit de centrale kas van de overheid krijgen voor verzekerden met hogere gezondheidsrisico's.

Het achterliggende idee is dat door de keuzevrijheid van de verzekerden en de acceptatieplicht van de zorgverzekeraars de concurrentie tussen de zorgverzekeraars zal toenemen binnen de Zorgverzekeringswet. Door deze marktwerking worden zorgverzekeraars gestimuleerd om kwaliteit te bieden, servicegericht te werken en hun polissen scherp te prijzen. Uiteindelijk moet dit leiden tot een doelmatigere en meer vraaggestuurde gezondheidszorg. De verwachting is dat de kosten van de gezondheidszorg zullen dalen, de klantgerichtheid zal toenemen en de zorg efficiënter zal worden.

### **1.3 [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl)**

Een belangrijke randvoorwaarde voor de werking van de zorgverzekeringsmarkt is dat consumenten beschikken over toegankelijke en vergelijkbare informatie over de prestaties van verzekeraars en de door hen gecontracteerde zorgaanbieders. Alleen dan kunnen mensen een afgewogen keuze maken voor een bepaald verzekerings- en/of zorgproduct. Voor een deel kan het beperkt percentage wisselingen op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt waarschijnlijk worden toegeschreven aan het ontbreken van goede keuze-informatie voor consumenten. Op initiatief van het Ministerie van VWS is daarom op 19 januari 2005 een speciale internetsite geopend, [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl). Deze website bevat onder andere de Keuzegids Zorgverzekeringen waarmee consumenten ziekenfondsen kunnen vergelijken op aspecten zoals premie, dekking van de aanvullende verzekering en de service en dienstverlening. Van de particuliere zorgverzekeraars is alleen informatie beschikbaar over de geleverde service. De service-informatie bevat gegevens over de informatieverstrekking en bereikbaarheid van de zorgverzekeraar, de keuzevrijheid, de verzekerdentevredenheid, de inspraak van verzekerden, het aanmelden en opzeggen van de verzekering en de kwaliteit van de klachtafhandeling. De betreffende gegevens zijn in 2004 door de Consumentenbond verzameld door verzekerden te vragen naar de ervaringen met hun zorgverzekeraar.

In het huidige onderzoek zullen de gegevens over service en klantgerichtheid op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) worden geactualiseerd door wederom mensen te vragen naar de ervaringen met hun zorgverzekeraar. Daarnaast zullen ook de inspanningen van verzekeraars (of het ontbreken daarvan) op het gebied van zorginkoop zichtbaar worden gemaakt. Alleen dan kunnen consumenten immers een afgewogen keuze maken op basis van premie, service en kwaliteit van de ingekochte verstrekkingen. Wanneer dit laatste element buiten beschouwing wordt gelaten zal de concurrentie tussen zorgverzekeraars zich (blijven) richten op prijs en service. Een belangrijk punt waarop zorgverzekeraars zich zouden kunnen onderscheiden (kwaliteit van de ingekochte verstrekkingen) blijft dan

naar de potentiële klant toe onderbelicht. Inspanningen van zorgverzekeraars op het terrein van zorginkoop kunnen zichtbaar worden gemaakt door verzekerden te vragen naar hun ervaringen met de gezondheidszorg.

#### 1.4 Meten van consumentenervaringen

In Nederland vindt reeds veel onderzoek plaats dat zou kunnen dienen als basis voor het ontwikkelen van consumenteninformatie over de ervaren kwaliteit van de zorg (Brouwer en Delnoij, 2004; Mistiaen et al., 2003). Binnen dit onderzoek wordt echter gebruik gemaakt van diverse meetinstrumenten en er zijn veel verschillende instituten en partijen bij betrokken. Deze verscheidenheid hoeft niet per definitie tot problemen te leiden. Zolang men streeft naar het ontwikkelen van consumenteninformatie over één type zorgaanbieder, maakt het niet uit dat de vragenlijsten per sector van de zorg een andere systematiek volgen. Zodra men echter sectoren moet vergelijken of de ervaringen van (chronisch zieke) patiënten door de gehele zorgketen heen wil bestuderen, blijkt dat de huidige verschillen in meetinstrumenten dat niet toelaten. Aangezien we in dit onderzoek de ervaringen van consumenten met verschillende zorgverzekeraars willen kunnen vergelijken, is een standaardisatie van de meetinstrumenten nodig. Voor deze standaardisatie wordt in dit onderzoek aangesloten bij twee 'families' van veelbelovende meetinstrumenten: de CAHPS-meetinstrumenten uit de Verenigde Staten (Cleary en Edgman-Levitan, 1997; Zaslavsky et al., 2001; Zaslavsky et al., 2002; Cleary et al., 1997; Van Campen et al., 1997; Van Campen et al., 1998; Klazinga en Van Everdingen, 2005; Zaslavsky et al., 2002) en de QUOTE-meetinstrumenten van het NIVEL (Sixma et al., 1998; Van Campen et al., 1997; Van Campen et al., 1998).

Zowel de CAHPS- als de QUOTE-vragenlijsten zijn wetenschappelijk gefundeerd en meten *ervaringen* van consumenten met de zorg. Dat is een belangrijke verbetering ten opzichte van vragenlijsten uit de jaren '80, waarin alleen naar *tevredenheid* van patiënten/consumenten werd gevraagd (Harris-Kojetin et al., 1999). De CAHPS-meetinstrumenten (staat voor: Consumer Assessment of Health Plan Survey; <http://www.cahps-sun.org>) zijn ontwikkeld om consumenten informatie te bieden over zorgverzekeraars en hebben als toegevoegde waarde dat ze in één instrument zowel de prestaties van de verzekeraars als de prestaties van de gecontracteerde zorgaanbieders meten. Verzekeraars kunnen de CAHPS-vragenlijsten gebruiken om te bepalen of hun pakket en dienstverlening voldoet aan de wensen van de consument. Deze eigenschappen maken de CAHPS-vragenlijsten bij uitstek geschikt voor toepassing in dit onderzoek. QUOTE (staat voor: Quality Of care Through the Patient's Eyes; <http://www.nivel.nl/quote>) heeft als extra ten opzichte van de CAHPS dat niet alleen gevraagd wordt naar de ervaringen van consumenten, maar ook naar het belang dat consumenten hechten aan verschillende kwaliteitsaspecten. Dat maakt het mogelijk om slechte en goede ervaringen te wegen naar belang. Deze aanpak heeft zijn nut bewezen in kwaliteitsverbeteringprojecten. Immers, op onderdelen die consumenten zeer belangrijk vinden, maar waarop de ervaring relatief negatief is, valt maximale kwaliteitswinst te behalen (vanuit consumentenperspectief).



## 1.5 Het huidig onderzoek

Het doel van het huidige onderzoek was om inzicht te krijgen in de ervaringen van verzekerden met de zorg en hun zorgverzekeraar. Dit levert informatie op over de prestaties van zorgverzekeraars en de kwaliteit van de door hen ingekochte zorg. Deze informatie is bedoeld voor de Keuzegids Zorgverzekeringen op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl). De informatie op de [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) die verzameld is via deskresearch, bijvoorbeeld van de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen, valt buiten het bestek van dit 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 600 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 binnen het ZonMW-programma Consumenteninformatie. Ook binnen dit programma wordt gewerkt met op CAHPS en QUOTE gebaseerde vragenlijsten.

De vragen van het onderzoek kunnen als volgt worden samengevat:

- 1 *'Hoe ervaren consumenten de kwaliteit van ambulante medische zorg?'*
- 2 *'Hoe ervaren consumenten de kwaliteit van hun zorgverzekeraar?'*
- 3 *'Verschillen de ervaringen van consumenten die verzekerd zijn bij verschillende zorgverzekeraars?'*

In de huidige context van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem verwachten we nog geen grote verschillen tussen zorgverzekeraars op het vlak van de zorginkoop, omdat selectief contracteren en het sluiten van prestatiecontracten nog maar net opkomen en concurrerende verzekeraars nog kunnen meeliften met afspraken die de marktleider in een regio maakt met 'zijn' aanbieders. 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, kunnen meer verschillen worden verwacht in de ervaren kwaliteit van de ingekochte verstrekkingen.

## **1.6 Opbouw van het rapport**

In het volgende hoofdstuk zal de methode van het huidige onderzoek worden uiteengezet. Hoofdstuk 3 beschrijft de respons en selectie van de consumenten en enkele achtergrondkenmerken van de respondenten zoals leeftijd en geslacht. In hoofdstuk 4 wordt beschreven hoe en welke aspecten zijn geselecteerd voor presentatie op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl). Hoofdstuk 5 geeft de resultaten met betrekking tot de ervaren kwaliteit van de zorgverzekeraars en zorg weer. Het rapport sluit af met een algemene samenvatting en discussie.

## 2 Methode

### 2.1 Wijze van dataverzameling

Zorgverzekeraars die deelnamen aan het onderzoek werd gevraagd om per verzekeringsvorm (ziekenfonds of particulier) en per label/resultaat verantwoordelijke eenheid de adresgegevens van 600 verzekerden te verstrekken.<sup>1</sup> Een label/resultaat verantwoordelijke eenheid is de naam waaronder een zorgverzekeraar polissen aanbiedt aan de consument. Een bepaalde zorgverzekeraar kan meer dan één label hebben. Naar de groep verzekerden stuurden we een vragenlijst om zo informatie te verzamelen over de ervaringen van consumenten met de zorg en de zorgverzekeraar.

De dataverzameling (verzending en invoer van de vragenlijsten) vond centraal plaats bij een daarin gespecialiseerde bedrijf, een zogenaamd mailhouse en voor drie zorgverzekeraars bij het NIVEL.<sup>2</sup> Bij de verzending van de vragenlijst volgden we de CAHPS-methodiek 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 op naar alle consumenten. 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

---

<sup>1</sup> 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](http://www.nivel.nl/consumentenpanel)). Uit deze berekening blijkt dat wanneer de prestaties van twee zorgverzekeraars met elkaar worden vergeleken aan de hand van de rapportcijfers in de CAHPS, bij een aantal van ongeveer vijftig respondenten per zorgverzekeraar verschillen in rapportcijfers van 0,5 hoger of lager significant kunnen worden aangetoond. Bij een aantal van ongeveer 300 respondenten per zorgverzekeraar kunnen verschillen in rapportcijfers 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  $\alpha$  van .05 en een power van .80. In dit onderzoek wordt gestreefd naar 300 respondenten per verzekeraar. Bij een verwachte respons van 50% moeten daarom 600 vragenlijsten per verzekeraar worden verstuurd.

<sup>2</sup> Deze drie zorgverzekeraars (vijf labels) hadden zich te laat aangemeld voor deelname aan het onderzoek om de dataverzameling via het mailhouse te laten verlopen.

donderdag verstuurd, zodat de consumenten de vragenlijst en de herinneringen vóór of in het weekend ontvingen.

Het Ministerie van VWS heeft de vragenlijst gekocht van Agis. Het NIVEL breidde de vragenlijst voor het huidige onderzoek verder uit met vragen over de zorgverzekeraar. Het Ministerie van VWS financierde deze verdere ontwikkeling van de vragenlijst en de analyse en rapportage van de gegevens. De kosten van de dataverzameling en het invoeren van de vragenlijsten waren voor rekening van de deelnemende zorgverzekeraars. Deelnemende zorgverzekeraars ontvangen als tegenprestatie een spiegelrapportage over hun eigen prestaties in vergelijking tot het gemiddelde van alle zorgverzekeraars.

## **2.2 Steekproeftrekking van consumenten**

Om een aselechte steekproef te garanderen, ontvingen de zorgverzekeraars richtlijnen waarmee ze de 600 verzekerden uit hun bestand konden selecteren. De zorgverzekeraars werd als eerste gevraagd alle personen die aangegeven hebben niet voor enquêtes en/of onderzoeken aangeschreven te willen worden te verwijderen (stap 1) en het bestand te controleren op overledenen en foute adressen (stap 2). De zorgverzekeraars kregen de instructie alle verzekerden te selecteren die 18 jaar of ouder waren (geboren voor juni 1987; stap 3) én die minimaal 12 maanden verzekerd waren bij de betreffende verzekeraar (verzekering afgesloten voor juni 2004; stap 4). Vervolgens moesten de zorgverzekeraars de verzekerden op volgorde van verzekeringsnummer zetten, van laag naar hoog (stap 5). De zorgverzekeraars werd gevraagd om uit deze groep verzekerden willekeurig 600 personen te kiezen door iedere  $x^e$  verzekerde te selecteren, waarbij  $x$  de uitkomst was van het aantal resterende verzekerden gedeeld door 600 (stap 6).

Wij ontvingen per set van 600 verzekerden twee bestanden: één met een uniek identificatienummer en de naam en adresgegevens van de verzekerden en één met hetzelfde unieke identificatienummer en leeftijd en geslacht van de verzekerden. Het bestand met naam en adresgegevens is na afloop van de dataverzameling vernietigd. Het bestand met leeftijd en geslachtgegevens is gebruikt voor de non-respons analyse.

Daarnaast gaven de zorgverzekeraars aan wat de gemiddelde leeftijd was van de groep verzekerden die overbleef na de eerste vier selectiestappen en wat het aantal mannen en vrouwen was in deze groep. Met behulp van deze gegevens konden we bepalen of de geselecteerde 600 verzekerden representatief waren voor de gehele groep van verzekerden van de betreffende zorgverzekeraar.

## **2.3 Deelnemers**

### **2.3.1 Zorgverzekeraars**

Drieënveertig zorgverzekeraars in Nederland werden benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. We gingen hierbij uit van de lijst van zorgverzekeraars op de internetsite van

Zorgverzekeraars Nederland. Uiteindelijk besloten 35 zorgverzekeraars mee te doen, die samen 52 verschillende labels/resultaat verantwoordelijke eenheden vertegenwoordigden (zie tabel 2.1).

Generali, De Goudse, Nationale Nederlanden en Zwolsche Algemeene namen niet deel aan het onderzoek omdat ze geen ziektekosten (meer) verzekerden. Een aantal zorgverzekeraars (AZVZ, OOM Verzekeringen, PNO Ziektekosten en VVAA) deden niet mee omdat ze een specifieke beroepsgroep als klant hebben en dus slechts een klein deel van de verzekerdenmarkt bedienen. Hierdoor had het onderzoek voor hen weinig toegevoegde waarde.

Tabel 2.1 Overzicht van de deelnemende zorgverzekeraars

Label	Verzekeringsvorm	Label	Verzekeringsvorm
Agis Zorgverzekeringen	ZKF	Nederzorg-Menzis	ZKF
AMEV	PART	NVS-Menzis	PART
Amicon-Menzis	PART en ZKF	OHRA	PART en ZKF
AnderZorg	PART en ZKF	ONVZ Zorgverzekeraar	PART en ZKF
Avéro Achmea	PART	OZ Zorgverzekeringen	PART en ZKF
Azivo Zorgverzekeraar	ZKF	OZF Achmea	PART en ZKF
Confior	PART	Pro Life	ZKF
CZ Actief in Gezondheid	PART en ZKF	PWZ Achmea	ZKF
De Amersfoortse	PART	Salland Verzekeringen	ZKF
De Friesland Zorgverzekeraar	PART en ZKF	SR-Zorgverzekeraar	ZKF
Delta Lloyd	PART en ZKF	Stad Rotterdam	PART
DSW Zorgverzekeraar	ZKF	Univé	PART en ZKF
DVZ Achmea	PART	VGZ	PART en ZKF
FBTO	PART	Woudsend Verzekeringen	PART
Geové-Menzis	PART en ZKF	Zilveren Kruis Achmea	PART en ZKF
Groene Land Achmea	PART en ZKF	Zorg en Zekerheid	PART en ZKF
IZA Zorgverzekeraar	publiekrechtelijk	ZorgverzekeraarTrias	PART en ZKF
IZZ	PART en ZKF		

PART = particulier

ZKF = ziekenfonds

### 2.3.2 Consumenten

Wij ontvingen van de zorgverzekeraars de benodigde gegevens van in totaal 31.169 consumenten.<sup>3</sup> Naar 28.169 van deze mensen stuurde het mailhouse de vragenlijst en de herinneringen op volgens de CAHPS-methodiek (zie paragraaf 2.1). Naar de overige mensen werden de vragenlijsten en herinneringen opgestuurd door het NIVEL. Bij de verzending door het mailhouse was gebleken dat de derde herinnering niet veel extra respons had opgeleverd. Gezien de krappe planning van het project hebben we daarom

<sup>3</sup> Het aantal adressen is geen meervoud van 600 doordat enkele zorgverzekeraars minder dan 600 adressen aanleverden.

besloten de 3000 verzekerden van de drie later ingestapte zorgverzekeraars geen derde herinnering te sturen.

## 2.4 Vragenlijst (zie bijlage 1)

De vragenlijst gaat voor een belangrijk deel uit van de CAHPS 3.0 Adult Commercial Questionnaire (Delnoij et al., 2004; Delnoij et al., 2005) welke de ervaringen van consumenten met de zorg én de zorgverzekeraar meet. De CAHPS 3.0 Adult Commercial Questionnaire is in opdracht van en in samenwerking met Agis door de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC-UvA en het NIVEL vertaald en getest onder een groep ziekenfondsverzekerden. Met de gevalideerde versie van dit vertaalde meetinstrument zijn in oktober 2004 landelijke referentiecijfers verzameld in het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL. De vragenlijst werd ten behoeve van dit onderzoek uitgebreid, voornamelijk met vragen over de zorgverzekeraar. De vragenlijst hanteert daarnaast de QUOTE-systematiek in die zin dat niet alleen gevraagd wordt naar de ervaringen van mensen maar ook naar het belang dat mensen hechten aan verschillende aspecten.

Een conceptversie van de vragenlijst is voor commentaar voorgelegd aan belangrijke partijen binnen dit onderzoek. Deze versie is besproken tijdens een invitational conference waarbij het Ministerie van VWS, het RIVM, Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), de Consumentenbond en twaalf zorgverzekeraars vertegenwoordigd waren. Bovendien kregen alle aangeschreven zorgverzekeraars twee weken de tijd om opmerkingen op de conceptversie door te geven. Het commentaar van de verschillende partijen is voor zo ver mogelijk verwerkt in de uiteindelijke vragenlijst.

De vragenlijst bestaat uit meerdere modules en omvat zowel vragen over de ervaringen van consumenten met de verleende zorg als vragen over de ervaringen met de zorgverzekeraar (vragen 1 tot en met 84). De vragenlijst gaat over de ervaringen van mensen in het afgelopen jaar. 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.
- 2 Vragen die nagaan 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 zijn ‘nooit’, ‘soms’, ‘meestal’ en ‘altijd’.
- 4 Iedere module wordt afgesloten met een waarderingscijfer variërend van 0 ‘slechts mogelijke’ tot 10 ‘best mogelijke’.

De vragen 85 tot en met 98 hebben betrekking op het belang dat consumenten hechten aan verschillende aspecten van de dienstverlening van de zorgverzekeraar. De bijbehorende antwoordcategorieën variëren van 1 ‘van het allergrootste belang’ tot 4 ‘eigenlijk niet zo belangrijk’.

De vragenlijst sluit af met enkele vragen naar de achtergrondkenmerken van de persoon zoals leeftijd en geslacht (vragen 99 tot en met 111). De ontwikkelde vragenlijst kan zowel onder de huidige ziekenfondsverzekerden als particulier verzekerden worden uitgezet. Bovendien is het idee dat de vragenlijst toekomstbestendig is en dus ook toegepast kan worden onder het nieuwe zorgstelsel.





### 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 600 geselecteerde verzekerden waren geboortedatum en geslacht bekend. We berekenden de leeftijd van de verzekerden met als peildatum 31 mei 2005. Daarnaast verstrekten de zorgverzekeraars informatie over de gemiddelde leeftijd en het aantal mannen en vrouwen van de groep verzekerden waaruit de 600 personen waren geselecteerd (zie paragraaf 2.2). We 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). Van één zorgverzekeraar zijn geen gegevens ontvangen over de gemiddelde leeftijd en de geslachtsverdeling van de verzekerdenpopulatie.

Tabel 3.1 laat zien dat de geselecteerde steekproef van IZA Publiekrechtelijk, FBTO Particulier, Groene Land Achmea Ziekenfonds, Salland Ziekenfonds en Zilveren Kruis Achmea Ziekenfonds gemiddeld ouder was dan de verzekerdenpopulatie. Van de volgende labels was de geselecteerde steekproef gemiddeld jonger dan de verzekerdenpopulatie: Amicon-Menzis Particulier en Ziekenfonds, AnderZorg Ziekenfonds, Confior Particulier, De Friesland Ziekenfonds, Geové-Menzis Particulier en Ziekenfonds, Nederzorg-Menzis Ziekenfonds, NVS-Menzis Particulier, ONVZ Particulier en OZ Particulier. Het verschil in gemiddelde leeftijd was met name aanzienlijk voor de labels Amicon-Menzis Ziekenfonds, Geové-Menzis Ziekenfonds en ONZV Particulier.

De geslachtsverdeling van de geselecteerde steekproef en de verzekerdenpopulatie verschilde voor Amicon-Menzis Particulier en Ziekenfonds, Confior Particulier, CZ Particulier, De Amersfoortse Particulier, OZ Particulier en Ziekenfonds en Woudsend Particulier. Bij Woudsend Particulier bevonden zich relatief minder mannen en meer vrouwen in de geselecteerde steekproef dan in de verzekerdenpopulatie. Voor de overige labels gold het tegenovergestelde.

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

Label	Populatie			Steekproef		
	leeftijd	% man	% vrouw	leeftijd	% man	% vrouw
Agis Zorgverzekeringen ZKF	46,0	47,4	52,6	46,8 (45,4-48,1)	45,2 (41,2-49,2)	54,8 (50,8-58,8)
AMEV PART	54,0	56,9	43,1	55,2 (53,9-56,6)	56,8 (52,8-60,7)	43,2 (39,3-47,2)

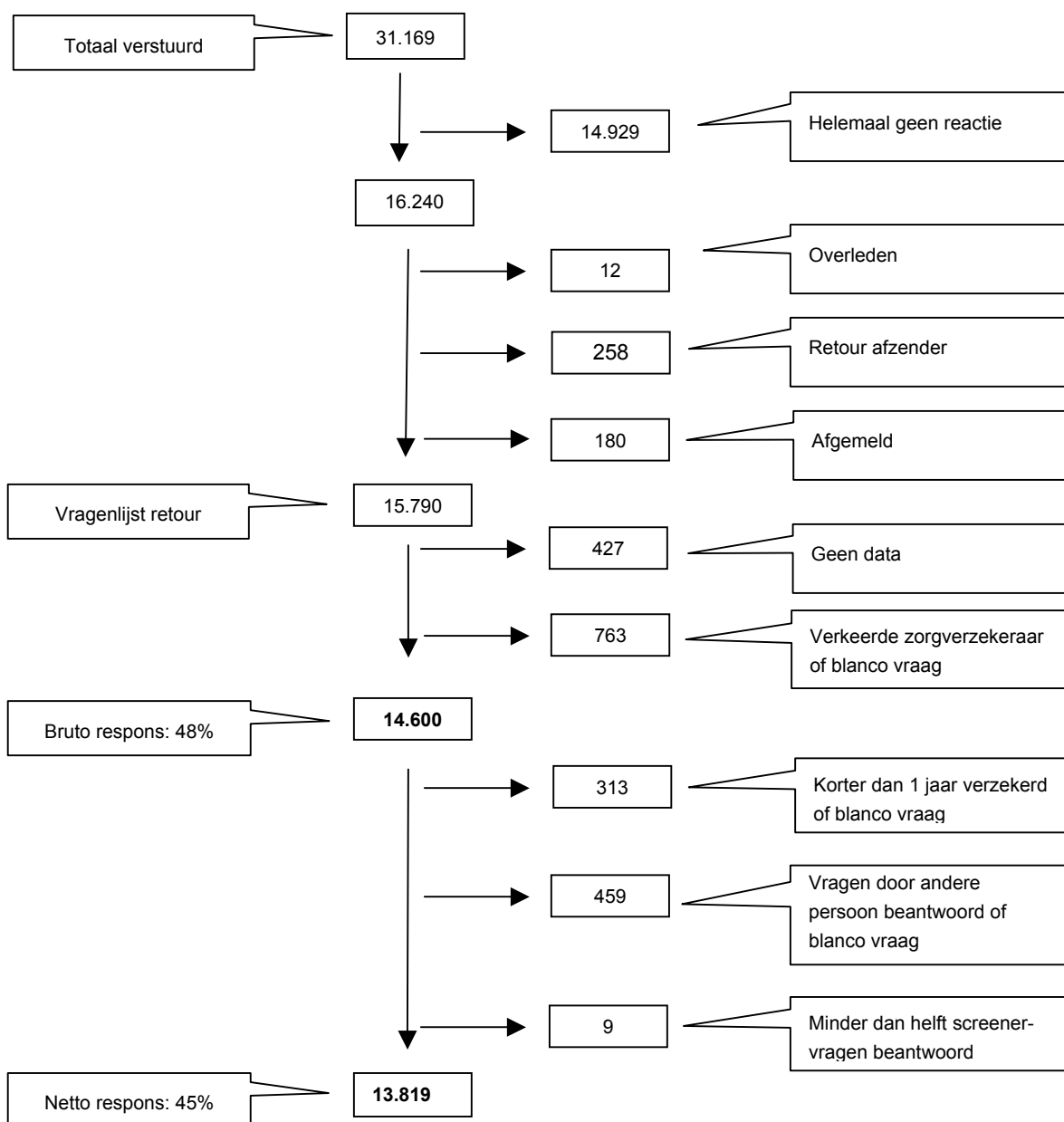
Label	Populatie			Steekproef		
	leeftijd	% man	% vrouw	leeftijd	% man	% vrouw
Amicon-Menzis PART	44,4	67,3	32,7	39,9 (38,6-41,3)	72,3 (68,6-75,8)	27,7 (24,2-31,4)
Amicon-Menzis ZKF	48,3	48,0	52,0	37,8 (36,4-39,1)	65,0 (61,1-68,7)	35,0 (31,3-38,9)
AnderZorg PART	39,5	67,9	32,1	39,5 (38,3-40,7)	66,5 (62,6-70,2)	33,5 (29,8-37,4)
AnderZorg ZKF	41,0	50,1	49,9	36,9 (35,8-38,0)	50,8 (46,8-54,8)	49,2 (45,2-53,2)
Avéro Achmea PART	52,9	60,8	39,2	52,7 (51,3-54,0)	62,3 (58,4-66,1)	37,5 (33,7-41,4)
Azivo Zorgverzekeraar ZKF	43,7	47,5	52,5	44,6 (43,5-45,8)	44,8 (40,9-48,8)	55,2 (51,2-59,1)
Confior PART	48,9	77,2	22,8	44,4 (43,3-45,5)	80,8 (77,5-83,8)	19,2 (16,2-22,5)
CZ Actief in Gezondheid PART	46,4	59,6	40,4	46,6 (45,3-47,8)	73,7 (70,0-77,0)	26,3 (23,0-30,0)
CZ Actief in Gezondheid ZKF	46,8	45,9	54,1	47,5 (46,0-49,0)	49,2 (45,2-53,2)	50,8 (46,8-54,8)
De Amersfoortse PART	49,0	62,4	37,6	49,4 (48,2-50,6)	67,0 (63,1-70,6)	33,0 (29,4-36,9)
De Friesland Zorgverzekeraar PART	49,0	55,6	44,4	48,8 (47,3-50,3)	52,8 (48,8-56,8)	47,2 (43,2-51,2)
De Friesland Zorgverzekeraar ZKF	48,5	46,0	54,0	46,6 (45,2-48,1)	47,7 (43,7-51,7)	52,3 (48,3-56,3)
Delta Lloyd PART	53,7	55,7	44,3	54,4 (52,9-55,8)	52,2 (48,2-56,1)	47,8 (43,9-51,8)
Delta Lloyd ZKF	51,1	47,3	52,7	51,0 (49,5-52,4)	47,8 (43,9-51,8)	52,2 (48,2-56,1)
DSW Zorgverzekeraar ZKF	46,9	42,6	57,4	46,8 (45,5-48,2)	40,5 (36,6-44,5)	59,5 (55,5-63,4)
DVZ Achmea PART	48,2	78,7	21,3	48,9 (47,7-50,1)	77,8 (74,3-81,0)	22,2 (19,0-25,7)
FBTO PART	43,0	75,5	24,5	44,3 (43,6-45,1)	75,7 (72,1-79,0)	24,3 (21,0-27,9)
Geové-Menzis PART	43,4	62,2	37,8	40,4 (38,9-42,0)	62,2 (58,2-66,0)	37,8 (34,0-41,8)
Geové-Menzis ZKF	48,3	45,2	54,8	42,2 (40,8-43,5)	45,2 (41,2-49,2)	54,8 (50,8-58,8)
Groene Land Achmea PART	42,6	62,4	37,6	42,0 (40,8-43,2)	64,0 (60,1-67,7)	36,0 (32,2-39,9)
Groene Land Achmea ZKF	49,4	44,8	55,2	51,1 (49,6-52,6)	46,0 (42,1-50,0)	54,0 (50,0-58,0)
IZA Zorgverzekeraar PUBLIEK	47,0	62,5	37,5	50,1 (49,1-51,2)	59,8 (55,9-63,7)	40,2 (36,3-44,1)
IZZ PART	47,1	50,6	49,4	48,2 (47,1-49,4)	48,3 (44,4-52,3)	51,7 (47,7-55,7)
IZZ ZKF	42,9	22,6	77,4	42,5 (41,5-43,5)	21,0 (17,9-24,4)	79,0 (75,6-82,1)
Nederzorg-Menzis ZKF	43,0	49,0	51,0	40,1 (39,0-41,2)	51,8 (47,8-55,8)	48,2 (44,2-52,2)
NVS-Menzis PART	49,7	78,8	21,2	46,7 (45,7-47,7)	79,2 (75,7-82,2)	20,8 (17,8-24,3)
OHRA PART	51,9	74,8	25,2	51,7 (50,5-52,9)	76,2 (72,6-79,4)	23,8 (20,6-27,4)
OHRA ZKF	52,3	46,2	53,8	51,5 (49,9-53,1)	46,5 (42,5-50,5)	53,5 (49,5-57,5)
ONVZ Zorgverzekeraar PART	44,1	59,9	40,1	38,9 (38,3-39,6)	63,2 (59,2-66,9)	36,8 (33,1-40,8)
ONVZ Zorgverzekeraar ZKF	41,1	48,9	51,1	42,0 (41,1-43,0)	46,2 (42,2-50,2)	53,8 (49,8-57,8)
OZ Zorgverzekeringen PART	40,5	63,6	36,4	39,1 (37,9-40,3)	70,2 (66,4-73,7)	29,8 (26,3-33,6)
OZ Zorgverzekeringen ZKF	48,0	43,2	56,8	49,0 (47,5-50,4)	52,2 (48,2-56,1)	47,8 (43,9-51,8)
OZF Achmea PART	53,4	58,1	41,9	52,3 (50,9-53,6)	58,7 (54,7-62,5)	41,3 (37,5-45,3)
OZF Achmea ZKF	47,1	42,5	57,5	46,7 (45,4-47,9)	43,2 (39,3-47,2)	56,8 (52,8-60,7)
Pro Life ZKF	42,0	52,1	47,9	42,8 (41,4-44,2)	52,4 (48,4-56,4)	47,6 (43,6-51,6)
PWZ Achmea ZKF	50,3	41,0	59,0	50,0 (48,5-51,5)	39,2 (35,3-43,1)	60,8 (56,9-64,7)
Salland Verzekeringen ZKF	48,9	44,8	55,2	50,5 (49,0-52,1)	43,0 (39,1-47,0)	57,0 (53,0-60,9)
SR-Zorgverzekeraar ZKF	40,9	49,7	50,3	41,0 (39,9-42,0)	47,5 (43,5-51,5)	52,5 (48,5-56,5)
Stad Rotterdam PART	46,7	64,1	35,9	45,5 (44,2-46,7)	63,3 (59,3-67,1)	36,7 (32,9-40,7)
Univé PART	--	--	--	49,8 (48,7-50,8)	70,0 (66,2-73,5)	30,0 (26,5-33,8)
Univé ZKF	--	--	--	43,2 (42,0-44,4)	68,3 (64,5-71,9)	31,7 (28,1-35,5)
VGZ PART	48,9	59,2	40,8	49,0 (47,6-50,3)	60,7 (56,7-64,5)	39,3 (35,5-43,3)
VGZ ZKF	48,5	44,8	55,2	47,4 (45,9-48,8)	42,2 (38,3-46,2)	57,8 (53,8-61,7)
Woudsend Verzekeringen PART	47,3	62,6	37,4	46,6 (45,4-47,8)	58,5 (54,5-62,4)	41,5 (37,6-45,5)
Zilveren Kruis Achmea PART	51,8	58,4	41,6	51,3 (49,9-52,7)	55,3 (51,3-59,3)	44,7 (40,7-48,7)
Zilveren Kruis Achmea ZKF	50,1	42,8	57,2	53,5 (52,0-55,1)	41,7 (37,8-45,7)	58,3 (54,3-62,2)
Zorg en Zekerheid PART	42,8	65,0	35,0	42,9 (42,0-43,7)	66,0 (62,1-69,7)	34,0 (30,3-37,9)
Zorg en Zekerheid ZKF	47,2	41,8	58,2	47,7 (46,1-49,2)	43,5 (39,6-47,5)	56,5 (52,5-60,4)
Zorgverzekeraar Trias PART	42,6	71,6	28,4	42,7 (41,4-44,0)	69,0 (65,2-72,6)	31,0 (27,4-34,8)
Zorgverzekeraar Trias ZKF	46,4	47,2	52,8	47,1 (45,8-48,4)	48,8 (44,9-52,8)	51,2 (47,2-55,2)

PART = particulier ; ZKF = ziekenfonds ; PUBLIEK = publiekrechtelijk

### 3.2 Respons van de consumenten

De vragenlijst werd opgestuurd naar 31.169 mensen. Van deze groep bleken 12 personen te zijn overleden en de post van 258 mensen werd retour gezonden. 180 personen lieten weten dat ze niet zouden deelnemen aan het onderzoek. 15.790 consumenten stuurden een vragenlijst terug waarvan 427 vragenlijsten geheel leeg waren (zie figuur 3.1).

Figuur 3.1 Respons van de consumenten



### **3.3 Selectie van personen**

In de Verenigde Staten zijn CAHPS®-richtlijnen ontwikkeld die beschrijven hoe de gegevens geanalyseerd en gepresenteerd moeten worden (<http://www.cahps-sun.org/Cahpskit>). Volgens deze richtlijnen zijn er vier redenen om gevallen uit te sluiten van de analyses:

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

Hierna beschrijven we één voor één de criteria en geven we aan hoeveel personen in het huidige onderzoek aan ieder criterium voldeden en dus verwijderd werden. Zie ook figuur 3.1 voor de aantallen personen die per stap verwijderd worden.

#### **3.3.1 *Naam van de zorgverzekeraar***

15.363 personen retourneerden een ingevulde vragenlijst. Om zeker te kunnen zijn dat de respondenten afkomstig waren uit de geselecteerde steekproef, zijn alleen die personen meegenomen in de verdere analyses die dezelfde zorgverzekeraar opgaven als de zorgverzekeraar waarvan wij zijn of haar adres ontvingen. 521 respondenten gaven aan bij een andere zorgverzekeraar verzekerd te zijn en 242 personen gaven geen enkele zorgverzekeraar op.

#### **3.3.2 *Duur van de verzekering***

Met het huidige onderzoek werden de ervaringen met de zorg en de zorgverzekeraar van het afgelopen jaar in kaart gebracht. Om zeker te zijn dat de antwoorden op de vragen over de zorgverzekeraar betrekking hebben op één en dezelfde zorgverzekeraar werden de personen die aangaven dat ze korter dan één jaar verzekerd waren bij hun huidige zorgverzekeraar verwijderd. Dit gold voor 181 respondenten. Nog eens 132 respondenten vulden de vraag niet in.

#### **3.3.3 *Hulp bij het invullen van de vragenlijst***

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. 909 personen gaven aan hulp te hebben gehad bij het invullen van de vragenlijst. Op de vraag waaruit deze hulp bestond, rapporteerden 192 personen dat iemand anders de vragen had beantwoord. 267 personen gaven niet aan wat voor hulp ze hadden gekregen bij het invullen van de lijst. Deze 459 personen werden uitgesloten van de verdere analyses.

### 3.3.4 Compleetheid van invullen

We selecteerden een persoon alleen voor de verdere analyses 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 zogenaamde screenvragen zijn ingevuld. Screenvragen zijn die vragen die door iedere respondent ingevuld moeten worden. De vragenlijst bestond uit 30 screenvragen. Van de overgebleven personen hadden 9 personen meer dan 15 van deze vragen niet ingevuld.

Tabel 3.2 Aantal respondenten (netto respons percentage) per label

Label	N (%)	Label	N (%)
Agis Zorgverzekeringen ZKF	250 (42,6%)	Nederzorg-Menzis ZKF	211 (36,3%)
AMEV PART	222 (40,3%)	NVS-Menzis PART	219 (40,9%)
Amicon-Menzis PART	249 (41,8%)	OHRA PART	308 (52,4%)
Amicon-Menzis ZKF	192 (32,4%)	OHRA ZKF	213 (37,6%)
AnderZorg PART	233 (39,7%)	ONVZ Zorgverzekeraar PART	210 (35,8%)
AnderZorg ZKF	222 (37,6%)	ONVZ Zorgverzekeraar ZKF	246 (41,6%)
Avéro Achmea PART	265 (45,6%)	OZ Zorgverzekeringen PART	243 (41,0%)
Azivo Zorgverzekeraar ZKF	263 (44,1%)	OZ Zorgverzekeringen ZKF	281 (47,5%)
Confior PART	167 (30,9%)	OZF Achmea PART	350 (59,2%)
CZ Actief in Gezondheid PART	275 (46,9%)	OZF Achmea ZKF	338 (57,1%)
CZ Actief in Gezondheid ZKF	270 (45,7%)	Pro Life ZKF	302 (51,7%)
De Amersfoortse PART	261 (44,6%)	PWZ Achmea ZKF	273 (47,1%)
De Friesland Zorgverzekeraar PART	309 (51,8%)	Salland Verzekeringen ZKF	298 (50,5%)
De Friesland Zorgverzekeraar ZKF	301 (50,6%)	SR-Zorgverzekeraar ZKF	231 (39,7%)
Delta Lloyd PART	244 (45,3%)	Stad Rotterdam PART	229 (41,0%)
Delta Lloyd ZKF	224 (38,9%)	Univé PART	300 (50,4%)
DSW Zorgverzekeraar ZKF	283 (47,7%)	Univé ZKF	254 (42,8%)
DVZ Achmea PART	281 (49,1%)	VGZ PART	318 (54,1%)
FBTO PART	270 (46,1%)	VGZ ZKF	272 (46,0%)
Geové-Menzis PART	243 (40,9%)	Woudsend Verzekeringen PART	240 (42,0%)
Geové-Menzis ZKF	173 (29,2%)	Zilveren Kruis Achmea PART	293 (49,2%)
Groene Land Achmea PART	274 (46,4%)	Zilveren Kruis Achmea ZKF	275 (46,5%)
Groene Land Achmea ZKF	291 (49,2%)	Zorg en Zekerheid PART	282 (47,5%)
IZA Zorgverzekeraar PUBLIEK	341 (56,9%)	Zorg en Zekerheid ZKF	276 (46,7%)
IZZ PART	338 (57,2%)	Zorgverzekeraar Trias PART	276 (46,5%)
IZZ ZKF	370 (62,1%)	Zorgverzekeraar Trias ZKF	270 (45,4%)

PART = particulier

ZKF = ziekenfonds

PUBLIEK = publiekrechtelijk

Uiteindelijk resulteerden de bovenstaande criteria in het verwijderen van 1.544 (10%) personen en de selectie van 13.819 (90%) personen. 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 763 mensen die een andere of geen zorgverzekeraar

opgaven) niet meegerekend in de noemer. De bruto-respons was  $14.600/30.406 \times 100 = 48\%$  en de netto-respons was  $13.819/30.406 \times 100 = 45\%$ .

### 3.4 Non-respons analyse

Om na te gaan of personen die de vragenlijst invulden verschillen van personen die dit niet deden, voerden we een non-respons analyse uit. We vergeleken de leeftijd en de geslachtsverdeling van de groep respondenten met die van de groep non-respondenten. In navolging van de CAHPS®-richtlijnen bestaat 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 gaan we uit van de bruto-respons. 14.600 (47%) van de 31.169 personen classificeerden we als respondent en de overige 16.569 (53%) personen als non-respondent.

Na beëindiging van de dataverzameling leverde het mailhouse een sleutelbestand met daarin de verzekerdennummers en de unieke identificatienummers van alle personen die een vragenlijst ontvingen. Dit bestand bevatte geen gegevens die tot personen herleidbaar waren. 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 2005) 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.

De respondenten ( $M=49,5$  jaar,  $SD=16,5$ ) waren gemiddeld genomen ouder dan de non-respondenten ( $M=43,5$  jaar,  $SD=16,2$ ;  $F=1035,92$ ,  $p<.001$ ). Tabel 3.3 geeft de leeftijdsverdeling binnen de groep respondenten en de groep non-respondenten weer. Ook deze tabel laat zien dat meer oudere dan jongere mensen de vragenlijst hebben ingevuld.

Het percentage mannen en vrouwen onder respondenten en non-respondenten staat in tabel 3.4. Vrouwen bleken de vragenlijst meer te hebben ingevuld en getourneerd dan mannen ( $\chi^2=240,44$ ,  $p<.001$ ).

Tabel 3.3 Respondenten en non-respondenten naar leeftijdscategorie

Leeftijd	Non-respondenten		Respondenten		Steekproef	
	N	%	N	%	N	%
18-24 jaar	1995	12,0	1060	7,3	3055	9,8
25-34 jaar	3374	20,4	1957	13,4	5331	17,1
35-44 jaar	4217	25,5	2858	19,6	7075	22,7
45-54 jaar	3066	18,5	3074	21,1	6140	19,7
55-64 jaar	2054	12,4	2841	19,5	4895	15,7
65-74 jaar	994	6,0	1716	11,8	2710	8,7
75 jaar of ouder	867	5,2	1090	7,5	1957	6,3

Tabel 3.4 Respondenten en non-respondenten naar geslacht

Geslacht	Non-respondenten		Respondenten		Steekproef	
	N	%	N	%	N	%
man	10018	60,5	7552	51,7	17570	56,4
vrouw	6550	39,5	7045	48,3	13595	43,6

### 3.5 Achtergrondkenmerken van de respondenten

Deze paragraaf beschrijft enkele achtergrondkenmerken van de 13.819 personen van wie de gegevens meegenomen zijn in de verdere analyses en waarop de resultaten in hoofdstuk 5 zijn gebaseerd (zie paragraaf 3.3). In tegenstelling tot de vorige paragraaf wordt hier uitgegaan van de netto respons.

6.871 (50,3%) van de respondenten was man en 6.793 (49,7%) was vrouw. 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 Respondenten naar leeftijdscategorie

	N	%
18-24 jaar	881	6,4
25-34 jaar	1814	13,2
35-44 jaar	2717	19,8
45-54 jaar	2949	21,5
55-64 jaar	2793	20,4
65-74 jaar	1608	11,7
75 jaar of ouder	946	6,9

Tabel 3.6 laat het opleidingsniveau van de respondenten zien. Ruim de helft van de respondenten heeft minimaal een diploma op het niveau van middelbaar beroepsonderwijs behaald. De overgrote meerderheid van de respondenten (N=12.612, 96,9%) genoot zijn of haar opleiding in Nederland.

Tabel 3.6 Respondenten naar afgeronde opleiding

	N	%
(nog) geen	99	0,7
lagere school	733	5,4
lager beroepsonderwijs	2149	15,8
voorbereidend/kort middelbaar onderwijs	470	3,5
middelbaar algemeen onderwijs	1722	12,7
middelbaar beroepsonderwijs	2613	19,2
voortgezet algemeen onderwijs	1314	9,7
hoger beroepsonderwijs	2999	22,1
wetenschappelijk onderwijs	943	6,9
post academisch onderwijs	236	1,7
anders	304	2,2

Het merendeel van de respondenten (N=12.709, 93,8%) is in Nederland geboren en heeft ook een vader (N=12.525, 92,7%) en/of een moeder (N=12.394, 91,8%) die in Nederland geboren is. Daarnaast spreken de meeste mensen thuis over het algemeen Nederlands (N=12.819, 96,1%).

Als laatste is gevraagd naar de ervaren gezondheid van de respondenten. Tabel 3.7 laat zien dat de meeste respondenten hun gezondheid goed tot uitstekend vinden. Slechts een minderheid is minder tevreden over zijn of haar gezondheid en noemt deze slecht tot redelijk. Dit geldt zowel voor de gezondheid in het algemeen als voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid.

Tabel 3.7 Respondenten naar ervaren gezondheid

	Algemene gezondheid		Lichamelijke gezondheid		Geestelijke gezondheid	
	N	%	N	%	N	%
uitstekend	2375	17,4	2041	15,0	3717	27,2
zeer goed	3814	28,0	3524	25,8	4128	30,2
goed	5429	39,8	5707	41,9	4698	34,4
redelijk	1806	13,2	2123	15,6	1010	7,4
slecht	218	1,6	240	1,8	122	0,9



## 4 Selectie van aspecten

### 4.1 Skip-instructies

Voordat we overgingen tot het selecteren van items voor presentatie op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl), is eerst nagegaan of mensen de skip-instructies van de vragenlijst goed hadden opgevolgd. Op verschillende plaatsen in de vragenlijst kregen de respondenten de instructie bepaalde vragen wel of niet in te vullen afhankelijk van hun antwoord op de vorige vraag. Bijvoorbeeld: een rapportcijfer voor een specialist moest alleen gegeven worden door respondenten die aangaven dat ze in de afgelopen twaalf maanden bij een specialist geweest waren. Onterecht gegeven antwoorden werden conform CAHPS-richtlijnen verwijderd uit het databestand. Onterecht overgeslagen vragen werden geregistreerd als missende waarden.

### 4.2 Schaalconstructie

Op basis van het pilotonderzoek voor Agis en op basis van inhoudelijke argumenten is voor bepaalde vragen bekeken of ze voldoende samenhang vertoonden om als schaal te fungeren.<sup>4</sup> De betrouwbaarheid van de gevormde schalen is bepaald met behulp van Cronbach's  $\alpha$ .

#### 4.2.1 Ervaringen met de zorg

In de pilotstudie voor Agis werd een schaal gevonden van zes items over de bejegening door artsen. De huidige vragenlijst bevatte vijf van deze items. Er werd gevraagd hoe vaak artsen en andere zorgverleners beleefd en respectvol waren, behulpzaam waren, met aandacht luisterden, dingen begrijpelijk uitlegden en voldoende tijd namen. Het item 'artsen hadden respect voor wat ik te zeggen had' werd weggelaten. De items over bejegening door artsen en andere zorgverleners vormden wederom een betrouwbare schaal ( $\alpha = ,85$ ).

Daarnaast vormden we de volgende twee schalen: toegankelijkheid van de zorg en krijgen van de benodigde zorg. De schaal 'toegankelijkheid van de zorg' ( $\alpha = ,76$ ) bestaat uit acht items die vragen naar problemen bij het vinden van een huisarts, het krijgen van

---

<sup>4</sup> In eerste instantie hebben we per onderdeel van de vragenlijst een exploratieve factoranalyse met Oblimin rotatie uitgevoerd. Dit leverde echter geen duidelijke en/of bruikbare factorstructuur op. De items over de zorgverzekeraar met als antwoordcategorieën nooit tot altijd laadden bijvoorbeeld allen op één factor, terwijl de items over uiteenliggende onderwerpen gingen. Daarnaast vertoonden de vragen met als antwoordcategorieën geen probleem tot groot probleem op één of meerdere items te weinig spreiding om een factoranalyse uit te kunnen voeren.

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' ( $\alpha=,87$ ) hebben betrekking op hoe vaak mensen telefonische hulp tijdens kantooruren kregen, 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.

#### **4.2.2 Ervaringen met de zorgverzekeraar**

In navolging van de bejegening door artsen en andere zorgverleners is de bejegening door de medewerkers van de zorgverzekeraar nagevraagd. De items hadden betrekking op hoe vaak medewerkers van de zorgverzekeraar beleefd en respectvol waren, behulpzaam waren, met aandacht luisterden, dingen begrijpelijk uitlegden en voldoende tijd namen. De betrouwbaarheid van deze schaal is wederom hoog ( $\alpha=,92$ ).

Verder kunnen 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 zelfgevonden informatie te begrijpen. Als laatste vormden de twee vragen over hoe vaak de zorgverzekeraar rekeningen correct en snel afhandelden een schaal ( $\alpha=,70$ ).

Het bovenstaande resulteerde in zes schalen, drie voor de ervaringen met de zorg en drie voor de ervaringen van de zorgverzekeraar. Per persoon berekenden we het gemiddelde voor de schalen, maar alleen indien de persoon minimaal de helft van de bijbehorende items had ingevuld. Tevens werden daarnaast composietscores voor deze schalen berekend op basis van de frequentieverdelingen. Bij composietscores wordt per antwoordcategorie de gemiddelde frequentie berekend.

### **4.3 Selectie overige aspecten met behulp van belangscores**

Ieder onderdeel van de vragenlijst sloot af met een waarderingscijfer (zie paragraaf 2.4). Deze cijfers kunnen als losse items gepresenteerd worden.

Naast de waarderingscijfers en de gevormde schalen (zie paragraaf 4.2) was er op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) nog beperkt ruimte over om resultaten te presenteren. De overige items die gepresenteerd worden op de internetsite zijn geselecteerd met behulp van de belangscores die door de respondenten waren toegewezen aan de verschillende

kwaliteitsaspecten (zie tabel 4.1).<sup>5</sup> Aspecten die relatief belangrijk werden gevonden maar niet in één van de schalen voorkwamen, kwamen in aanmerking voor presentatie als losse items. Aspecten met een gemiddelde belangscore van minder dan 1.85 op een schaal van 1 ‘van het allergrootste belang’ tot 4 ‘eigenlijk niet zo belangrijk’ werden daarvoor geselecteerd. Op deze laatste regel is één uitzondering gemaakt in verband met de ‘toekomstbestendigheid’ van de resultaten: we geven ook weer in hoeverre mensen gebruik kunnen maken van niet-gecontracteerde zorg (gemiddelde belangscore is 2.29). Met andere woorden: de top 10 van items worden gepresenteerd waarbij nummer 10 is vervangen door het item over niet-gecontracteerde zorg.

Tabel 4.1 Belangscores

	Gemiddelde	SD
De zorgverzekeraar lost klachten naar tevredenheid op	1.60	0.69
De zorgverzekeraar handelt rekeningen correct af	1.61	0.71
Niet te hoeven wachten op toestemming van de zorgverzekeraar voor het krijgen van medische zorg	1.63	0.75
Informatie over de zorgverzekeraar is begrijpelijk	1.69	0.75
De zorgverzekeraar handelt klachten snel af	1.76	0.73
De klantenservice van de zorgverzekeraar biedt de benodigde telefonische hulp	1.77	0.77
De klantenservice van de zorgverzekeraar is telefonisch goed bereikbaar	1.78	0.77
Van tevoren is duidelijk hoeveel moet worden (bij)betaald voor zorg	1.80	0.81
De zorgverzekeraar handelt rekeningen binnen een redelijke termijn af	1.82	0.76
De formulieren van de zorgverzekeraar zijn gemakkelijk in te vullen	1.85	0.78
Informatie over de zorgverzekeraar is goed te vinden	1.93	0.79
Ontvangen van hulp van de zorgverzekeraar bij het krijgen van benodigde zorg	2.00	0.95
Gebruik kunnen maken van hulpverleners met wie de zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten	2.29	0.98
De zorgverzekeraar heeft een kantoor in de buurt	3.05	1.07

<sup>5</sup> De belangscores worden daarnaast tevens gebruikt voor de spiegelrapportage die naar de zorgverzekeraars wordt gestuurd. In deze rapportage zullen de ervaringen van de verzekerden op een bepaald aspect gewogen worden naar het belang wat aan dit aspect wordt toegekend. Op basis van de gewogen scores kan een zorgverzekeraar zien welk aspect vanuit consumentenperspectief als eerste in aanmerking komt voor verbetering, namelijk het aspect wat door consumenten belangrijk wordt gevonden maar waarop de ervaring relatief negatief is.

Dit resulteerde in de volgende losse items die worden gepresenteerd op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl):

- klachten over de zorgverzekeraar;
- tevredenheid over de klachtenafhandeling;
- snelheid van de klachtenafhandeling;
- de ervaren problemen bij het telefonische bereiken van de klachtenservice;
- het telefonisch ontvangen van de benodigde 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.

## 5 Ervaringen van de consumenten met de zorg en de zorgverzekeraar

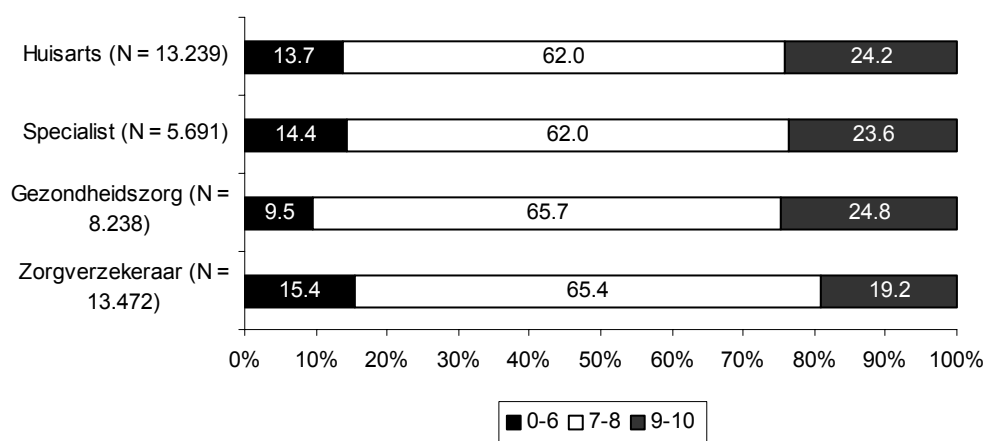
### 5.1 Ervaringen van de consumenten voor alle zorgverzekeraars gezamenlijk

Het huidige onderzoek beoogde de ervaringen van consumenten met de ambulante medische zorg en met hun zorgverzekeraar in kaart te brengen. Daarom zijn in eerste instantie de ervaringen van alle respondenten gezamenlijk bekeken, onafhankelijk van de zorgverzekeraar. Nb. op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) worden deze resultaten per zorgverzekeraar afzonderlijk gepresenteerd.

#### 5.1.1 Ervaringen met de zorg

Uit figuur 5.1 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 kreeg van de meeste mensen een ruime voldoende.

Figuur 5.1 Waarderingscijfers variërend van 0 tot 10

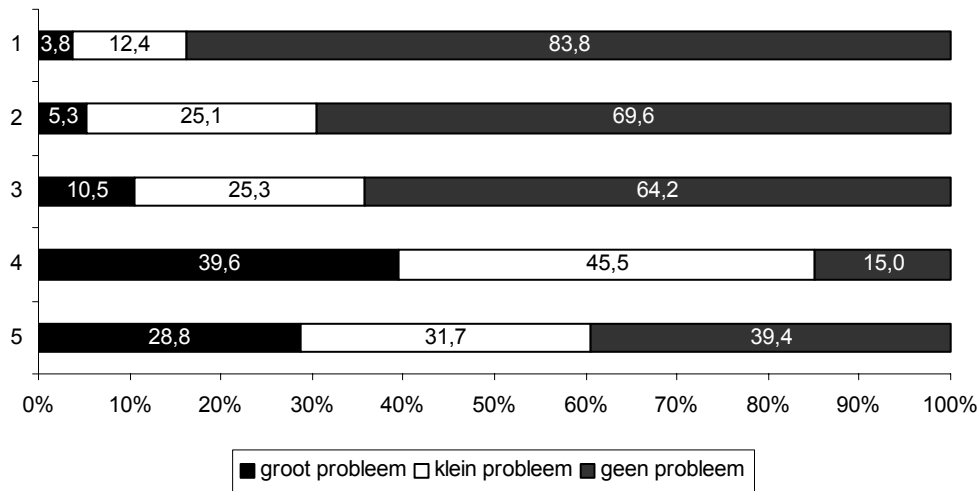


Figuur 5.2 laat zien dat ongeveer een zesde van de respondenten kleine of grote problemen ondervond bij het krijgen van toegang tot de zorg. De meeste mensen hadden in het afgelopen jaar geen problemen om toegang tot de zorg te krijgen.

Wat betreft de bejegening door artsen en andere zorgverleners gaf het merendeel van de respondenten aan dat artsen en zorgverleners hen altijd vriendelijk en met aandacht benaderden (zie figuur 5.3). Ruim een kwart van de respondenten vond dat dit meestal het geval was en slechts een kleine groep zei soms of nooit vriendelijk en met aandacht

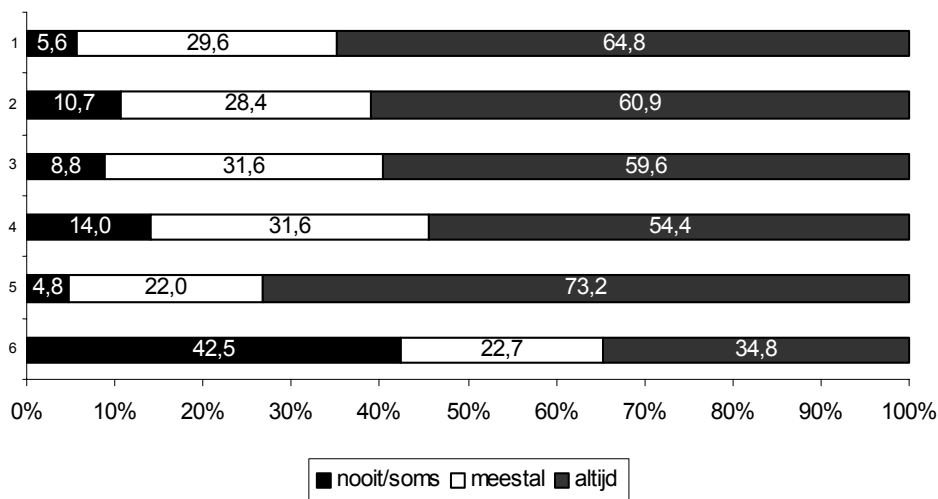
benaderd te worden. Daarnaast vond de meerderheid van de respondenten dat ze de hulp kregen die ze nodig hadden. Ongeveer een tiende gaf aan nooit of soms de benodigde hulp te krijgen.

Figuur 5.2 Ervaren problemen bij het krijgen van toegang tot de zorg en de zorgverzekeraar



1 = Toegankelijkheid van de zorg (N=384–12.074); 2 = Informatievoorziening van de zorgverzekeraar (N=2.870–11.747); 3 = Telefonische bereikbaarheid van de klantenservice (N=4.599); 4 = Uitstel van medische zorg tijdens het wachten op toestemming van de zorgverzekeraar (N=187); en 5 = Bezoeken van een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten (N=753).

Figuur 5.3 Frequentie waarmee aan kwaliteitseisen werd voldaan



1 = Persoonlijke benadering door artsen en andere zorgverleners (N=8.258–8.283); 2 = Krijgen van de benodigde hulp (N=1.732–7.456); 3 = Persoonlijke benadering door medewerkers van de zorgverzekeraar (N=4.548–4.608); 4 = Krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice (N=4.566); 5 = Afhandeling van rekeningen (N=8.952–8.987); en 6 = Duidelijkheid over bijbetalen voor zorg (N=6.583).

### **5.1.2 Ervaringen met de zorgverzekeraar**

Naast de zorg gaven de meeste consumenten ook de zorgverzekeraar een ruime voldoende (zie figuur 5.1). Het gemiddelde rapportcijfer per zorgverzekeraar varieerde van 6,9 tot 8,3.

Uit figuur 5.2 blijkt dat ongeveer een derde moeite had om informatie over de zorgverzekeraar te vinden en te begrijpen en om de klantenservice van de zorgverzekeraar telefonisch te bereiken. Meer respondenten ervoeren problemen met het uitstel van zorg tijdens het wachten op toestemming van de zorgverzekeraar en met het krijgen van zorg van een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar geen contract had afgesloten; respectievelijk 85% en 61% had hier problemen mee.

Wat betreft de frequentie waarmee aan bepaalde kwaliteitseisen werd voldaan, laat figuur 5.3 zien dat een kleine meerderheid vond dat ze altijd vriendelijk en met aandacht werden benaderd door medewerkers van de zorgverzekeraar en dat ze de benodigde hulp kregen wanneer ze belden met de klantenservice. Volgens een derde voldeden zorgverzekeraars meestal aan deze twee eisen. Bijna driekwart was van mening dat hun rekeningen altijd correct en snel werden afgehandeld. Het was voor respondenten minder vaak duidelijk of ze moesten (bij)betalen voor zorg. Bijna de helft zei dat het nooit of soms duidelijk was of ze moesten (bij)betalen.

In het afgelopen jaar had 11% van de respondenten bij de zorgverzekeraar een klacht ingediend over het werk van de zorgverzekeraar. Het merendeel van de klachten werd binnen een korte termijn afgehandeld; 33% nog dezelfde dag en 46% binnen drie weken. Het afhandelen van de klacht duurde in 21% van de gevallen langer dan drie weken. Van de mensen die een klacht hadden ingediend was het merendeel (71%) tevreden over de manier waarop de zorgverzekeraar de klacht oploste.

## **5.2 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 hadden twee niveaus: de zorgverzekeraar (N=30) en de respondent (N=13.819). Aangezien in 2006 het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekeringen verdwijnt, zijn de ervaringen van particuliere verzekerden en ziekenfonds verzekerden per zorgverzekeraar samengenomen. Daarnaast kozen enkele zorgverzekeraars ervoor om bepaalde labels samen te voegen, omdat deze vanaf 2006 onder één (nieuwe) naam op de markt komen. Meer specifiek, de labels AMEV, Stad Rotterdam en Woudsend zijn samengenomen onder de naam Fortis ASR en de labels Amicon, Geové, Nederzorg en NVS vallen onder Menzis. In tabel 5.1 worden de verschillende zorgverzekeraars en het aantal bijbehorende respondenten weergegeven, die zijn meegenomen in de multilevel analyses.

Tabel 5.1 Aantal respondenten per zorgverzekeraar in de multilevel analyses

Label	N	Label	N
Agis Zorgverzekeringen	250	IZZ	708
AnderZorg	455	Menzis	1287
Avéro Achmea	265	OHRA	521
Azivo Zorgverzekeraar	263	ONVZ Zorgverzekeraar	456
Confior	167	OZ Zorgverzekeringen	524
CZ Actief in Gezondheid	545	OZF Achmea	688
De Amersfoortse	261	Pro Life	302
De Friesland Zorgverzekeraar	610	PWZ Achmea	273
Delta Lloyd	468	Salland Verzekeringen	298
DSW Zorgverzekeraar	283	SR-Zorgverzekeraar	231
DVZ Achmea	281	Univé	554
FBTO	270	VGZ	590
Fortis ASR	691	Zilveren Kruis Achmea	568
Groene Land Achmea	565	Zorg en Zekerheid	558
IZA Zorgverzekeraar	341	Zorgverzekeraar Trias	546

Uit eerder onderzoek 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). Om een eerlijke vergelijking mogelijk te maken van de prestaties van zorgverzekeraars werd daarom bij de analyses gecorrigeerd voor verschillen in verzekerdenpopulaties voor wat betreft leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid (Hays et al., 1999; Leyland en Groenewegen, 2003). Indien één van de drie kenmerken niet bekend was voor een persoon werd het gemiddelde ingevuld als waarde. Dit om te voorkomen dat de persoon uitgesloten zou worden van alle analyses. De uitkomsten zijn tevens gecorrigeerd voor de verzekeringsvorm (particulier of ziekenfonds) van de verzekerden. 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. Deze correlatie is een maat voor de invloed van de zorgverzekeraar op de ervaringen van de consumenten. Hoe hoger het percentage, hoe groter de invloed van de zorgverzekeraars. Of de verschillen tussen de zorgverzekeraars significant zijn, bepaalden we met behulp van een  $\chi^2$ -toets.

### 5.2.1 *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,



met het krijgen van toegang tot de zorg en met het krijgen van de benodigde hulp (zie tabel 5.2). Indien we rekening houden met de samenstelling van de verzekerdenpopulatie, verschillen alleen nog de ervaringen met de toegang tot de zorg tussen de zorgverzekeraars. De bijbehorende variantie is echter vrij laag (ICC is nog geen 1%), wat betekent dat de invloed van de zorgverzekeraars op de toegankelijkheid van de zorg tot op heden beperkt is.

Tabel 5.2 Multilevel analyses voor de ervaringen met de zorg

	Ongecorrigeerde gegevens		Gecorrigeerde gegevens	
	ICC	$\chi^2$ (1 df)	ICC	$\chi^2$ (1 df)
Algemeen oordeel huisarts (N=13.237)	0,42%	5,68*	0,09%	1,09
Algemeen oordeel specialist (N=5.691)	0,27%	1,62	0,00%	0,00
Algemeen oordeel gezondheidszorg (N=8.238)	0,04%	0,12	0,00%	0,00
Persoonlijke benadering door artsen en andere zorgverleners (N=8.302)	0,94%	7,10**	0,32%	3,02
Toegankelijkheid van de zorg (N=6.759)	0,75%	5,32*	0,58%	4,31*
Krijgen van de benodigde hulp (N=5.794)	0,60%	3,90*	0,38%	2,43

ICC = Intra klasse-correlatie

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

### 5.2.2 Ervaringen met de zorgverzekeraar

Vervolgens bekeken we de verschillen in ervaringen met de zorgverzekeraar zelf. Dit is niet gedaan wat betreft de tevredenheid over en de snelheid van 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 een klacht hadden ingediend, hadden moeten wachten op toestemming of niet-gecontracteerde zorg wilden gebruiken. Het criterium hierbij was dat bij de meeste zorgverzekeraars minimaal 30 mensen de bijbehorende vraag hadden beantwoord.

Tabel 5.3 laat zien dat de ervaringen van consumenten met hun zorgverzekeraar op alle aspecten significant verschilden tussen zorgverzekeraars. Dit geldt zowel voor de ongecorrigeerde als de gecorrigeerde gegevens. De verschillen tussen zorgverzekeraars waren het grootst voor het algemene oordeel over de zorgverzekeraar (6%), de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice (9%) en de manier waarop rekeningen worden afgehandeld (6%). Bij de informatievoorziening en het aantal klachten is de intra klasse-correlatie relatief laag (minder dan 2%) en lijkt de invloed van de zorgverzekeraar dus beperkt te zijn.

Tabel 5.3 Multilevel analyses voor de ervaringen met de zorgverzekeraar

	Ongecorrigeerde gegevens		Gecorrigeerde gegevens	
	ICC	$\chi^2$ (1 df)	ICC	$\chi^2$ (1 df)
Algemeen oordeel zorgverzekeraar (N=13.472)	5,26%	13,18***	5,72%	13,28***
Persoonlijke benadering door medewerkers van de zorgverzekeraar (N=4.585)	3,65%	9,91**	3,12%	9,21***
Informatievoorziening van de zorgverzekeraar (N=2.875)	2,03%	5,56*	1,85%	5,19*
Telefonische bereikbaarheid van de klantenservice (N=4.599)	9,22%	12,40***	8,88%	12,35***
Krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice (N=4.566)	4,17%	10,32**	3,83%	10,08**
Afhandeling van de rekeningen (N=8.829)	6,03%	12,72***	5,97%	12,70***
Duidelijkheid over de mate waarin (bij)betaald moet worden voor zorg (N=6.583)	2,26%	9,46**	1,85%	8,83**
Klachten over de zorgverzekeraar (N=13.412)	0,61%	7,22**	0,48%	6,26*

ICC = Intra klasse-correlatie

\*  $p < ,05$ ; \*\*  $p < ,01$ ; \*\*\*  $p < ,001$ .

### 5.3 Indeling van de zorgverzekeraars in drie groepen

Indien de verschillen tussen zorgverzekeraars significant waren (dat wil zeggen de  $\chi^2$ -toets voor de gecorrigeerde gegevens was significant), werden de zorgverzekeraars in drie groepen ingedeeld: significant slechter dan gemiddeld (\*), gemiddeld (\*\*) en significant beter dan gemiddeld (\*\*\*; zie tabel 5.4). Een zorgverzekeraar werd ingedeeld in de laagste of hoogste categorie, indien het verschil tussen de gemiddelde score van de zorgverzekeraar significant afweek van de gemiddelde score van alle zorgverzekeraars gezamenlijk (zie bijlage 2 voor de gemiddelde scores met bijbehorende betrouwbaarheidsinterval per zorgverzekeraar op de negen aspecten). Deze drie-indeling laat zien hoe iedere zorgverzekeraar zijn werk doet ten opzichte van het gemiddelde van alle zorgverzekeraars in het onderzoek en dus niet of de zorgverzekeraars op een bepaald aspect goed of slecht presteren. Bij een lage intra klasse-correlatie moet men zich bovendien goed realiseren dat de invloed van de zorgverzekeraar vrij beperkt is en dat het over relatief kleine kwaliteitsverschillen gaat. Dit geldt met name voor de verschillen in toegankelijkheid van de zorg en de klachten die zijn ingediend. In tabel 5.4 wordt naast de indeling in drie groepen het algemene oordeel van de zorgverzekeraar tevens weergegeven in de vorm van het gecorrigeerde waarderingscijfer. Dit cijfer is op verzoek van de zorgverzekeraars toegevoegd aan de presentatie van de resultaten op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl).

De resultaten in tabel 5.4 zijn een goede afspiegeling van de resultaten van de multilevel analyses. Hoe hoger de intra-klasse correlatie voor een aspect, hoe meer zorgverzekeraars in één van de twee buitenste categorieën worden ingedeeld. Bovendien 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.

Tabel 5.4 Classificatie van zorgverzekeraars

naam zorgverzekeraar	1	2	2b	3	4	5	6	7	8	9
Agis Zorgverzekeringen	**	*	7,3	*	**	*	*	**	**	**
AnderZorg	**	*	7,1	*	*	*	*	*	*	*
Avéro Achmea	**	*	7,4	**	**	**	**	**	**	**
Azivo Zorgverzekeraar	**	*	7,5	**	**	**	**	*	*	**
Confior	**	*	7,4	*	**	**	**	**	**	**
CZ Actief in Gezondheid	*	***	7,7	**	**	***	**	***	**	**
De Amersfoortse	**	*	7,4	**	**	***	***	*	**	**
De Friesland Zorgverzekeraar	***	***	7,9	***	**	***	***	***	***	***
Delta Lloyd	***	*	7,3	*	**	**	**	**	**	**
DSW Zorgverzekeraar	**	***	8,0	**	***	***	***	**	**	***
DVZ Achmea	**	***	8,2	***	***	***	***	***	***	**
FBTO	**	***	7,7	***	***	***	***	***	**	**
Fortis ASR	**	*	7,4	**	**	***	**	*	*	**
Groene Land Achmea	**	*	7,5	**	**	**	**	*	*	**
IZA Zorgverzekeraar	**	***	8,0	***	***	***	***	***	***	***
IZZ	***	***	7,8	**	***	**	**	***	**	**
Menzis	**	*	7,3	**	*	**	**	**	*	**
OHRA	**	*	7,4	**	**	*	**	***	***	**
ONVZ Zorgverzekeraar	**	***	8,4	***	***	***	***	***	**	**
OZ Zorgverzekeringen	**	**	7,6	**	**	**	**	**	**	**
OZF Achmea <sup>6</sup>	**	***	7,9	***	**	***	***	**	***	*
Pro Life	***	***	7,7	***	**	**	**	***	***	**
PWZ Achmea	*	*	7,3	*	*	*	**	*	**	**
Salland Verzekeringen	**	***	7,9	***	**	***	**	***	**	***
SR-Zorgverzekeraar	**	*	7,4	**	**	**	**	*	**	*
Univé	**	*	7,4	**	**	*	**	***	*	***
VGZ	**	*	7,4	**	*	*	*	**	**	**
Zilveren Kruis Achmea	**	*	7,3	*	**	*	*	*	**	*
Zorg en Zekerheid	**	*	7,3	*	**	*	*	*	**	*
Zorgverzekeraar Trias	**	**	7,6	***	**	***	**	**	**	**

1 = Toegankelijkheid van de zorg; 2 = Algemeen oordeel zorgverzekeraar; 2b = Algemeen oordeel zorgverzekeraar als gecorrigeerde waarderingscijfer; 3 = Persoonlijke benadering door medewerkers van de zorgverzekeraar; 4 = Informatievoorziening van de zorgverzekeraar; 5 = Telefonische bereikbaarheid van de klantenservice; 6 = Krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice; 7 = Afhandeling van rekeningen; 8 = Duidelijkheid over de mate waarin (bij)betaald moet worden voor de zorg; 9 = Klachten over de zorgverzekeraar.

\* = slechter dan gemiddeld; \*\* = gemiddeld; \*\*\* = beter dan gemiddeld

<sup>6</sup> OZF Achmea had zich te laat aangemeld voor het onderzoek om in de eerste versie van de multilevel analyses te worden meegenomen. Omdat de resultaten van de overige zorgverzekeraars reeds naar belangrijke partijen was gecommuniceerd (Ministerie van VWS, RIVM en de zorgverzekeraars) hebben we er voor gekozen om deze informatie niet te veranderen. De multilevel analyses zijn opnieuw uitgevoerd inclusief de gegevens van OZF Achmea. Vervolgens is gekeken naar de indeling van OZF Achmea zonder te letten op eventuele wijzigingen in de indeling voor de overige zorgverzekeraars.



## 6 Algemene samenvatting en discussie

### 6.1 Achtergrond en doel van het onderzoek

In 2006 treedt de nieuwe Zorgverzekeringswet in werking. Een belangrijke verandering is dat er één zorgverzekering komt voor alle Nederlandse burgers, de zogenaamde basisverzekering. Verzekerden kunnen ieder jaar opnieuw kiezen bij welke zorgverzekeraar ze deze basisverzekering willen afsluiten. De zorgverzekeraars zijn voor de basisverzekering bovendien verplicht om iedereen tegen dezelfde voorwaarden te accepteren. Het achterliggende idee is dat de keuzevrijheid van de verzekerden in combinatie met de acceptatieplicht zorgverzekeraars stimuleert om kwaliteit te bieden, servicegericht te werken en hun polissen scherp te prijzen. Naar verwachting zal dit leiden tot een efficiëntere en meer vraaggestuurde gezondheidszorg.

Om mensen te ondersteunen bij het maken van een weloverwogen keuze tussen zorgverzekeraars, heeft het Ministerie van VWS een speciale internetsite geïnitieerd: [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl). Op deze internetsite kunnen consumenten zorgverzekeraars vergelijken op onder andere de premie, dekking, en service en kwaliteit. In opdracht van het Ministerie van VWS onderzocht het NIVEL de ervaringen van consumenten met de zorg en hun huidige zorgverzekeraar voor de rubriek 'service' op [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl). Het huidige onderzoek beoogde te achterhalen hoe consumenten de kwaliteit van de zorg en de zorgverzekeraar ervaren en of deze ervaringen verschillen tussen consumenten die verzekerd zijn bij verschillende zorgverzekeraars.

### 6.2 Opzet van het onderzoek

Om informatie over de zorg en de zorgverzekeraars te verzamelen, vroegen we zorgverzekeraars om de adresgegevens van een willekeurige groep verzekerden te verstrekken. Deze verzekerden ontvingen een vragenlijst over hun ervaringen met de verleende zorg en hun zorgverzekeraar in het afgelopen jaar. De vragen waren grotendeels gebaseerd op een veelgebruikte Amerikaanse vragenlijst, de CAHPS 3.0 Adult Commercial Questionnaire (Cleary et al., 1997). Daarnaast vroegen we de mensen hoe belangrijk ze verschillende kwaliteitsaspecten vonden met behulp van de zogenaamde QUOTE-systematiek (Sixma et al., 1998; Van Campen et al., 1997; Van Campen et al., 1998).

Uiteindelijk vulden 13.819 personen van 30 verschillende zorgverzekeraars 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 algemene ervaren kwaliteit. De belangrijkste resultaten staan beschreven in paragraaf 6.3.

We bekeken vervolgens met behulp van multilevel regressieanalyses de verschillen in ervaringen van verzekerden van verschillende zorgverzekeraars. Multilevel regressieanalyse is een analysetechniek die rekening houdt met de gelaagde structuur van de gegevens, dat wil zeggen de zorgverzekeraars en de bij een zorgverzekeraar behorende respondenten. Uit eerder onderzoek 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 dan jongeren, mensen met een hogere opleiding en ongezonde verzekerden (Zaslavsky et al., 2001). Tegelijkertijd kan aangenomen worden dat de populaties van zorgverzekeraars op deze aspecten verschillen. Om de vergelijking tussen zorgverzekeraars zo eerlijk mogelijk te maken, hielden we daarom in de analyses rekening met verschillen in de verzekerdenpopulaties wat betreft leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid. Tevens werd rekening gehouden met verschillen in verzekeringsvorm (particulier of ziekenfonds) van de verzekerden. Paragraaf 6.4 beschrijft de belangrijkste resultaten van de multilevel analyses.

### **6.3 De ervaren kwaliteit van de zorg en de zorgverzekeraar**

De resultaten voor alle deelnemers samen lieten zien dat mensen over het algemeen positieve ervaringen hebben met de zorg en de zorgverzekeraar. Zowel de huisarts, de specialist, de gezondheidszorg in het algemeen en de zorgverzekeraar kregen gemiddeld een ruime voldoende als waarderingcijfer.

Kijken we meer in detail naar de verschillende aspecten, dan blijkt dat mensen weinig problemen hadden met het krijgen van de benodigde zorg en dat ze meestal vriendelijk benaderd werden door artsen en andere zorgverleners.

Wat betreft de zorgverzekeraar bleek dat verzekerden voornamelijk positief waren over de persoonlijke benadering door medewerkers van de zorgverzekeraar, over de telefonische hulp van de klantenservice en over de afhandeling van rekeningen. Weinig mensen hadden in het afgelopen jaar een klacht ingediend. Ingediende klachten werden bovendien meestal snel en naar tevredenheid opgelost.

Mensen hadden minder positieve ervaringen met de informatievoorziening van de zorgverzekeraar en de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice. Ongeveer een derde van de respondenten gaf aan hier problemen mee te hebben gehad. Ook was het voor bijna de helft van de respondenten vaak niet duidelijk of ze moesten (bij)betalen voor de zorg die ze ontvingen. Het aantal mensen dat in het afgelopen jaar toestemming nodig had van de zorgverzekeraar voor bepaalde zorg of gebruik wilde maken van niet-gecontracteerde zorg, was relatief klein (respectievelijk 11% en 6%). Echter, van degenen voor wie dit wel het geval was, hadden de meeste mensen problemen met het uitstel van zorg tijdens het wachten op de toestemming en met het mogen bezoeken van een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar geen contract had afgesloten.

Kortom, mensen hebben weinig problemen met het krijgen van goede zorg en met hun zorgverzekeraar. De punten die volgens de verzekerden het meest in aanmerking komen

voor verbetering, zijn de toestemmingsprocedure voor het krijgen van bepaalde zorg en de beschikbaarheid van niet-gecontracteerde zorg.

#### **6.4 Verschillen in ervaringen tussen zorgverzekeraars**

Het bleek dat de zorgverzekeraars nauwelijks invloed hadden op de ervaringen van hun verzekerden met de zorg. Verzekerden van verschillende zorgverzekeraars rapporteerden alleen verschillen in ervaringen met de toegankelijkheid van de zorg.

De ervaringen met de zorgverzekeraar verschilden wel voor consumenten verzekerd bij verschillende zorgverzekeraars. De invloed van de zorgverzekeraars op de ervaringen van verzekerden was het grootst voor het algemene oordeel over de zorgverzekeraar, de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice en de manier waarop rekeningen worden afgehandeld. De verschillen tussen zorgverzekeraars waren het kleinst voor wat betreft de informatievoorziening van de zorgverzekeraar en het aantal klachten.

Indien de ervaringen van consumenten verschilden tussen zorgverzekeraars werden de zorgverzekeraars ingedeeld in drie groepen: slechter dan gemiddeld, gemiddeld en beter dan gemiddeld. Dit is gedaan voor negen aspecten. Uit de onderlinge vergelijking van de zorgverzekeraars bleek dat zorgverzekeraars die op een bepaald aspect relatief goed presteerden vaak ook relatief goed scoorden op één of meer van de overige aspecten. Met andere woorden, zorgverzekeraars presteren meestal over de gehele linie relatief goed of slecht.

Zoals verwacht verschilden de consumenten verzekerd bij verschillende zorgverzekeraars vooral voor wat betreft hun ervaringen met de zorgverzekeraar en veel minder voor wat betreft hun ervaringen met de zorg. Zorgverzekeraars zijn nog maar net begonnen om zich te profileren op de zorginkoopmarkt. Het idee is dat de invloed van de zorgverzekeraars op de kwaliteit van de zorg zal toenemen doordat zorgverzekeraars steeds vaker selectieve contracten en prestatiecontracten zullen afsluiten met zorgaanbieders. De keuze van een persoon voor een zorgverzekeraar wordt in de nabije toekomst hierdoor mogelijk ook bepalend voor zijn/haar ervaringen met de zorg. Het is daarom van belang om de ervaringen van mensen met de zorg en de zorgverzekeraar regelmatig te monitoren. Op die manier kunnen veranderingen in de ervaren kwaliteit van de zorgverzekeraars en de door hen ingekochte zorg geregistreerd worden. De resultaten van het huidige onderzoek kunnen hierbij dienen als uitgangspunt.

#### **6.5 Consumenteninformatie over de prestaties van zorgverzekeraars**

Het Ministerie van VWS nam het initiatief tot de internetsite [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) om consumenten te ondersteunen bij het maken van een weloverwogen keuze tussen zorgverzekeraars. Het idee is dat de internetsite toegankelijke en vergelijkbare informatie over de prestaties van zorgverzekeraars en de door hen ingekochte zorg geeft. Het huidige onderzoek laat zien dat het mogelijk is om verschillen tussen zorgverzekeraars over-

zichtelijk weer te geven door de zorgverzekeraars in te delen in drie verschillende groepen. Met behulp van deze informatie kunnen mensen bepalen welke zorgverzekeraar het beste past bij hun wensen en behoeften. De vraag blijft echter of mensen dergelijke consumenteninformatie daadwerkelijk gaan gebruiken bij het maken van hun keuze. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat verzekerden denken dat zorgverzekeraars nauwelijks van elkaar verschillen op het gebied van service en dienstverlening (Delnoij et al., 2003; Kerssens et al., 2002). Mogelijkerwijs kan een internetsite zoals [www.kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) mensen bewust maken dat zorgverzekeraars wel degelijk kunnen verschillen wat betreft kwaliteit en prestaties op bepaalde aspecten. Door vervolgens het internetgedrag van mensen te monitoren kan bepaald worden of mensen de informatie over ervaringen raadplegen of dat de prijs en dekking van een zorgverzekering belangrijker zijn bij het maken van een keuze.

Een belangrijker punt is of de gerapporteerde ervaringen van consumenten bruikbare informatie opleveren over de kwaliteit van de zorgverzekeraars en de door hen ingekochte zorg. Om dit te bepalen zou toekomstig onderzoek de ervaringen van consumenten kunnen vergelijken met meer objectieve metingen van de prestaties van zorgverzekeraars zoals de daadwerkelijke wachttijd bij het bellen met de klantenservice. Hoe dan ook zijn de meningen van verzekerden een onmisbare bron van informatie. Het idee van het Ministerie van VWS is dat de gezondheidszorg meer vraaggestuurd wordt. Dat wil zeggen dat de wensen en behoeften van de gebruiker, de consument/patiënt, centraal moeten komen te staan. De beste manier om te bepalen of de zorg en de zorgverzekeraars voldoen aan deze wensen is door de gebruikers zelf te vragen naar hun ervaringen.

## **6.6 Toekomstig gebruik van de vragenlijst**

De resultaten laten zien dat met de vragenlijst verschillen in kwaliteit en prestaties tussen zorgverzekeraars in kaart kunnen worden gebracht. Een andere vraag is of de vragenlijst ook veranderingen in tijd kan aantonen. Dit is een belangrijke randvoorwaarde als de vragenlijst gebruikt gaat worden om te bepalen of zorgverzekeraars in de toekomst meer invloed krijgen op de kwaliteit van zorg. Daarnaast is het de bedoeling dat zorgverzekeraars de vragenlijst kunnen gebruiken om hun service en dienstverlening aan te passen aan de wensen van hun verzekerdenpopulatie. Idealiter zouden zorgverzekeraars de vragenlijst moeten kunnen gebruiken om probleemgebieden in hun dienstverlening te lokaliseren en te verbeteren. Dit heeft alleen nut indien de mogelijke effecten van beleidsveranderingen terug te zien zijn in de gerapporteerde ervaringen van de verzekerden.

Op dit moment is bij de multilevel analyses gecontroleerd voor verschillen tussen steekproeven wat betreft leeftijd, opleiding, gezondheid en verzekeringsvorm. Dat is gebaseerd op de aanbevelingen van de Amerikaanse CAHPS-onderzoekers (Zaslavsky et al., 2001). Mogelijkerwijs zijn er daarnaast nog andere persoonsgebonden kenmerken die de ervaringen van mensen bepalen los van de activiteiten van de zorgverzekeraar. Men kan hierbij denken aan etniciteit of urbanisatiegraad (stad versus minder stedelijke



gebieden). In het hier gepresenteerde onderzoek was het niet goed mogelijk om te controleren voor etniciteit, omdat het aantal allochtonen bij een groot deel van de zorgverzekeraars hiervoor te klein was. Correctie voor urbanisatiegraad was niet mogelijk, omdat daar in de vragenlijst niet naar gevraagd was en dus onbekend was. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of men rekening moet houden met deze of andere kenmerken bij het bekijken van verschillen tussen zorgverzekeraars.

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 relatief belangrijk worden 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.

Om toepassing van de vragenlijst in de praktijk te vergemakkelijken, wordt door het NIVEL een handleiding ontwikkeld. De methode van dataverzameling (steekproef-trekking, wijze van verzending), analyse en rapportage worden in de handleiding beschreven. Met behulp van de handleiding kunnen de ervaringen van verzekerden op een gestandaardiseerde manier worden onderzocht.

## **6.7 Tot slot**

De vragenlijst ontwikkeld ten behoeve van het huidige onderzoek is een veelbelovend instrument gebleken om de ervaringen van mensen met de zorg en de zorgverzekeraar in kaart te brengen. Deze informatie kan vervolgens vertaald worden naar consumenten-informatie om zo mensen te helpen bij hun keuze voor een zorgverzekeraar.

Tot nu toe rapporteerden consumenten van verschillende zorgverzekeraars met name verschillen in ervaringen met de zorgverzekeraar en veel minder verschillen in ervaringen met de zorg. Het zou echter goed kunnen dat met de grotere marktwerking binnen de gezondheidszorg de verschillen tussen de zorgverzekeraars zullen toenemen en dat de keuze voor een zorgverzekeraar medebepalend gaat zijn voor de kwaliteit van ontvangen zorg.



# Literatuur

- Brouwer W, Delnoij D. *Aanpassing patiëntenenquête ziekenhuisvergelijkingssysteem. Achtergronddocument*. Utrecht: NIVEL, 2004
- Brouwer W, Leemrijse C, Sixma H, Friele R. *Klantenwensen in de zorg. Wat wensen klanten van apothekers, fysiotherapeuten, huisartsen en poliklinieken?* Utrecht: NIVEL, 2002
- CAHPS® Survey Uses' Network. *Preparing the Data for Analysis. Document Number 14*. Rockville, MD: Westat, 2002
- Campen C van, Sixma H, Kerssens J, 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*, 1998; 37:362-8
- Campen C van, Sixma H, Kerssens J, 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*, 1997; 34:531-8
- Cleary P, Edgman-Levitan S. Health care quality. Incorporating consumer perspectives. *JAMA*, 1997; 19:1608-12
- Delnoij D, Asbroek G ten, Arah O, Koning J 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*, 2004; 14:supplement: 43
- Delnoij D, Asbroek G ten, Onyebuchi A, Koning J de, Klazinga N. *Validering van de Nederlandse vertaling van de CAHPS 3.0 Adult Commercial Questionnaire*. Utrecht: NIVEL, 2005
- Delnoij D, Asbroek G ten, Onyebuchi A, Koning J de, Klazinga N, Stam P, 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. *Medisch Contact*, 2005; 60
- Delnoij D, Schee E van der. *Wisselen van ziekenfonds per 1-1-2003: Een peiling van het Consumentenpanel Gezondheidszorg*. Utrecht: NIVEL, 2003
- Gress S, Braun B, Groenewegen P, Wasem J. Erfahrungen mit der freien Krankenkassenwahl in Deutschland und in den Niederlanden. *Soziale Fortschritt*, 2002; 51:97-101
- Gress S, Delnoij D, Groenewegen P. Exit and voice in Dutch social health insurance. DICE report. *J Institutional Comparisons*, 2003; 1:47-53
- Groenewegen P, Jong J de, Kerssens J. *Voorkeursaanbieders: Selectief contracteren in het nieuwe verzekeringsstelsel*. Utrecht: NIVEL, 2002

- Harris-Kojetin L, Fowler FJ, Brown J, Schnaier J, Sweeny S. The use of cognitive testing to develop and evaluate CAHPS 1.0 core survey items. Consumer Assessment of Health Plans Study. *Med Care*, 1999; 37:MS10-21
- Hays R, Shaul J, Williams V, Lubalin J, Harris-Kojetin L, Sweeny S, et al. Psychometric properties of the CAHPS 1.0 survey measures. Consumer Assessment of Health Plans Study. *Med Care*, 1999; 37:MS22-31
- Kerssens J, Delnoij D, Verweij J, Schee E van der. De keuze van ziekenfondsverzekerden voor een zorgverzekeraar. *TSG*, 2002; 80:35-42
- Kerssens J, Groenewegen P. Consumer choice of social health insurance in managed competition. *Health Expectations*, 2003; 6:312-22.
- Klazinga N, Everdingen J van. Gezond verzekeren. *Mediator*, 2005; 16:17
- Leyland A, Groenewegen P. Multilevel modeling and public health policy. *Scan J Public Health*, 2003; 31:267-74
- Mistiaen P, Delnoij D. *'Quick scan' kwaliteit van zorg vanuit cliëntperspectief in de care-sector*. Utrecht: NIVEL, 2003
- Sixma H, Kerssens J, Campen C van, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: From theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations*, 1998; 1:82-95
- Schee E van der, Friele R, Delnoij D. *Weinig mensen veranderen van ziekenfonds*. Utrecht: NIVEL, 2005
- Verkaik R, Delnoij D. *Inventarisatie van cliëntondersteuning bij het maken van keuzes in de zorg*. Utrecht: NIVEL, 2004
- Zaslavsky A, Zaborski L, Cleary P. Factors affecting response rates to the Consumer Assessment of Health Plans Study Survey. *Med Care*, 2002; 40:485-99
- Zaslavsky A, Zaborski L, Lin Ding M, Shaul J, Cioffi M, Cleary P. Adjusting performance measures to ensure equitable plan comparisons. *Health Care Financing Review*, 2001; 22:109-26

# **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 zodat we weten 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 contact opnemen met Michelle Hendriks van het NIVEL (030-2729863).**

## Instructies voor het invullen van deze vragenlijst

- ◆ Beantwoord **alle** vragen door een kruisje te zetten **in het vakje** dat links van uw antwoord staat.
- ◆ Soms wordt u gevraagd om enkele vragen in deze vragenlijst over te slaan. In dat geval ziet u een pijl met een opmerking die u vertelt welke vraag u daarna moet beantwoorden, op de volgende manier:

Ja → **indien 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.

44. Bent u ziekenfondsverzekerd of particulier?

- Particulier
- Ziekenfonds
- Ambtenarenverzekering
- Niet verzekerd → *indien niet verzekerd: ga naar vraag 99*

45. Wat is de naam van uw zorgverzekeraar? (*a.u.b. in blokletters*)

.....

46. Hoeveel jaren, zonder onderbreking, bent u al bij deze zorgverzekeraar verzekerd?

- Minder dan 1 jaar
- Tenminste 1 jaar maar minder dan 2 jaar
- Tenminste 2 jaar maar minder dan 5 jaar → *ga naar vraag 50*
- Tenminste 5 jaar maar minder dan 10 jaar → *ga naar vraag 50*
- 10 jaar of langer → *ga naar vraag 50*

47. Had u bij het inschrijven bij deze zorgverzekeraar voldoende keuze uit verschillende soorten verzekeringen en polissen?

- Ja
- Nee

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

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

49. 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

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

- Ja
- Nee → *indien nee: ga naar vraag 52*

51. 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

52. Hebt u in de afgelopen 12 maanden zelf in schriftelijk materiaal of op internet gezocht naar informatie over uw zorgverzekering?

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

53. 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

54. 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

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

- Ja
- Nee → *indien nee: ga naar vraag 57*

56. 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

57. 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 60*

58. 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

59. 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

60. 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 63*

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

- Ja
- Nee → *indien nee: ga naar vraag 63*

62. 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

63. 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 65*
- Weet ik niet → *indien u dit niet weet: ga naar vraag 65*

64. 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

65. Hebt u in de afgelopen 12 maanden uw zorgverzekeraar met een klacht of probleem gebeld of geschreven?

- Ja, ik heb gebeld
- Ja, ik heb geschreven
- Nee → *indien nee: ga naar vraag 70*

66. Waarover ging uw klacht?

- Afhandeling van vergoedingen
- Premie van de zorgverzekering
- Het handelen van een zorgverlener
- Anders, namelijk: .....  
(a.u.b. in blokletters)

67. Hoe lang duurde het voor de zorgverzekeraar uw klacht had afgehandeld?

- Zelfde dag
- 2-7 dagen
- 8-21 dagen
- 22-30 dagen
- Meer dan 30 dagen
- Ik wacht er nog op dat het opgelost wordt  
→ *indien u nog wacht: ga naar vraag 69*

68. Is uw klacht of probleem naar tevredenheid opgelost?

- Ja → *indien ja: ga naar vraag 70*
- Nee → *indien nee: ga naar vraag 70*

69. Hoe lang wacht u al op het afhandelen van uw klacht door uw zorgverzekeraar?

- 1-7 dagen
- 8-21 dagen
- 22-30 dagen
- Meer dan 30 dagen

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

- Ja
- Nee → *indien nee: ga naar vraag 72*

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

- Een groot probleem
- Een klein probleem
- Geen probleem

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

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

- Ja
- Nee → *indien nee: ga naar vraag 75*
- Weet ik niet → *indien u dit niet weet: ga naar vraag 75*

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

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

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

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

75. 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 77*
- Weet ik niet → *indien u dit niet weet: ga naar vraag 77*

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

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

77. 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 83*

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

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

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

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

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

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

81. 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

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

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

83. Zou u uw zorgverzekeraar bij anderen aanbevelen?

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

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

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

## Wat vindt u belangrijk?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Van het allergegrootste belang
- Van groot belang
- Belangrijk
- Eigenlijk niet zo belangrijk

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

- Van het allergegrootste belang
- Van groot belang
- Belangrijk
- Eigenlijk niet zo belangrijk

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

- Van het allergegrootste belang
- Van groot belang
- Belangrijk
- Eigenlijk niet zo belangrijk

93. Hoe belangrijk vindt u het dat uw zorgverzekeraar uw klachten snel afhandelt?

- Van het allergegrootste belang
- Van groot belang
- Belangrijk
- Eigenlijk niet zo belangrijk

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

- Van het allergegrootste belang
- Van groot belang
- Belangrijk
- Eigenlijk niet zo belangrijk

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

- Van het allergegrootste belang
- Van groot belang
- Belangrijk
- Eigenlijk niet zo belangrijk

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

- Van het allergegrootste belang
- Van groot belang
- Belangrijk
- Eigenlijk niet zo belangrijk

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

- Van het allergegrootste belang
- Van groot belang
- Belangrijk
- Eigenlijk niet zo belangrijk

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

- Van het allergegrootste belang
- Van groot belang
- Belangrijk
- Eigenlijk niet zo belangrijk

## Over uzelf

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

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

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Redelijk
- Slecht



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

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Redelijk
- Slecht

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

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Redelijk
- Slecht

**102. Wat is momenteel uw leeftijd?**

- 18 tot 24
- 25 tot 34
- 35 tot 44
- 45 tot 54
- 55 tot 64
- 65 tot 74
- 75 of ouder

**103. Bent u een man of een vrouw?**

- Man
- Vrouw

**104. Wat is de hoogste opleiding die u hebt afgerond?**

- Geen onderwijs gevolgd of het (nog) niet afgemaakt → *indien u geen opleiding heeft afgerond: ga naar vraag 106*
- 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)*

**105. In welk land hebt u deze opleiding afgerond?**

- Nederland
- Anders, namelijk: .....  
*(a.u.b. in blokletters)*

**106. 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)*

**107. 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)

**108. 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)

**109. Welke taal spreekt u thuis meestal?**

- Nederlands
- Anders, namelijk: .....  
(a.u.b. in blokletters)

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

- Ja → *indien ja: ga naar vraag 111*
- Nee → **Hartelijk bedankt voor het invullen van de vragenlijst. Stuur u de ingevulde vragenlijst a.u.b. terug in de bijgevoegde envelop. Een postzegel is niet nodig.**

**111. 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)

- EINDE -

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

Stuur u de ingevulde vragenlijst a.u.b. terug in de bijgevoegde envelop. Een postzegel is niet nodig.

## Bijlage 2 Gemiddelde scores en betrouwbaarheidsintervallen voor de aspecten waarop zorgverzekeraars significant van elkaar verschillen

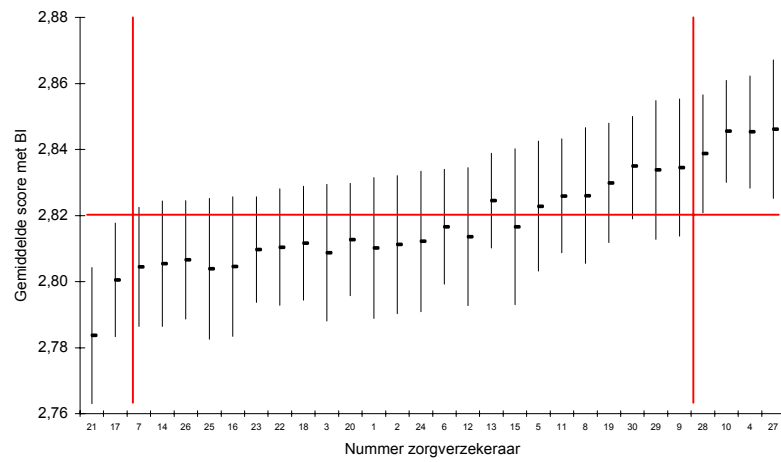
De volgende figuren tonen per zorgverzekeraar de gemiddelde score met 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) voor de negen aspecten die significant verschilden tussen de zorgverzekeraars. De waarden zijn gebaseerd op de multilevel analyses na correctie voor leeftijd, opleiding, gezondheid en verzekeringsvorm. 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 5.4. 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.

In de figuren worden de resultaten van de zorgverzekeraars weergegeven met behulp van een nummer dat uniek is voor een zorgverzekeraar. In tabel B2.1 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.

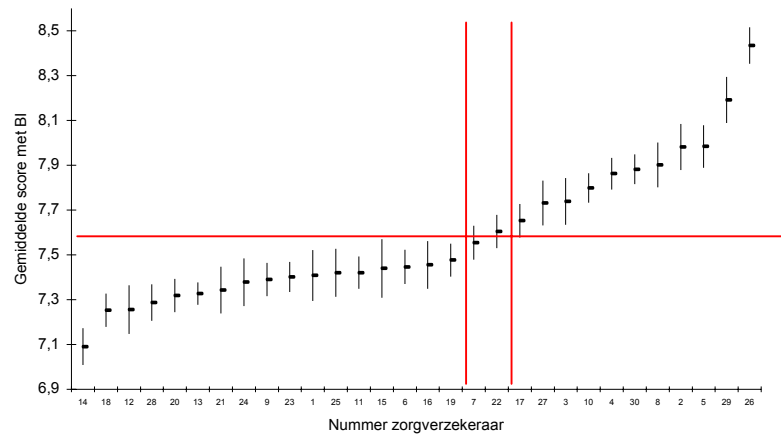
Tabel B2.1 Nummering van de zorgverzekeraars

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

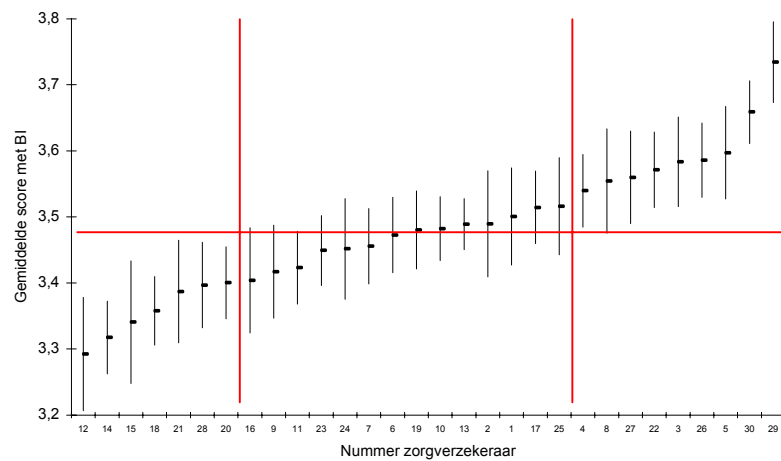
Figuur B2.1 Toegankelijkheid van de zorg



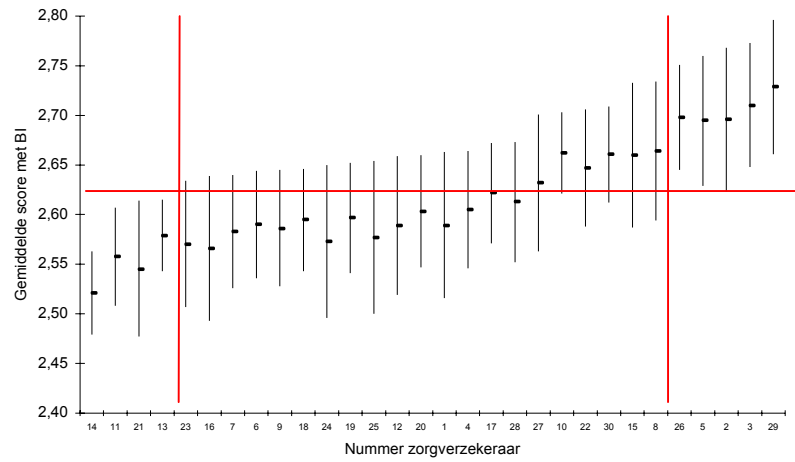
Figuur B2.2 Algemeen oordeel over de zorgverzekeraar



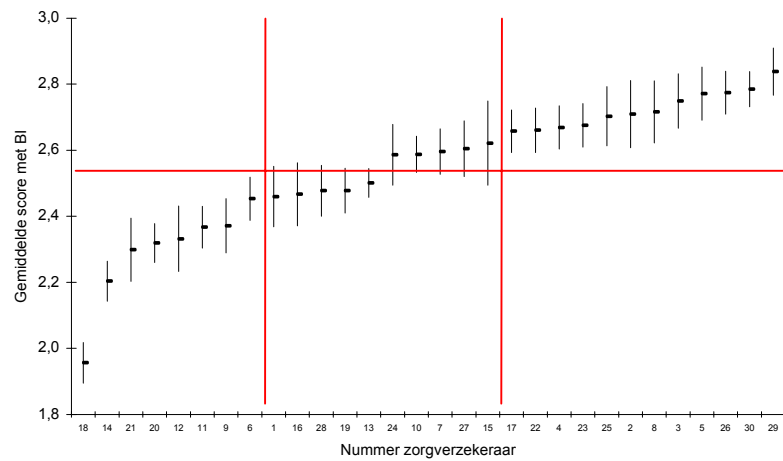
Figuur B2.3 Persoonlijke benadering door medewerkers van de zorgverzekeraar



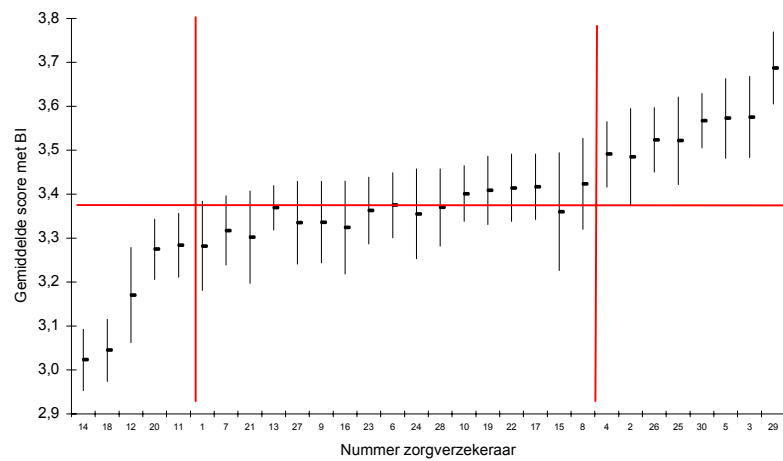
Figuur B2.4 Informatievoorziening over de zorgverzekeraar



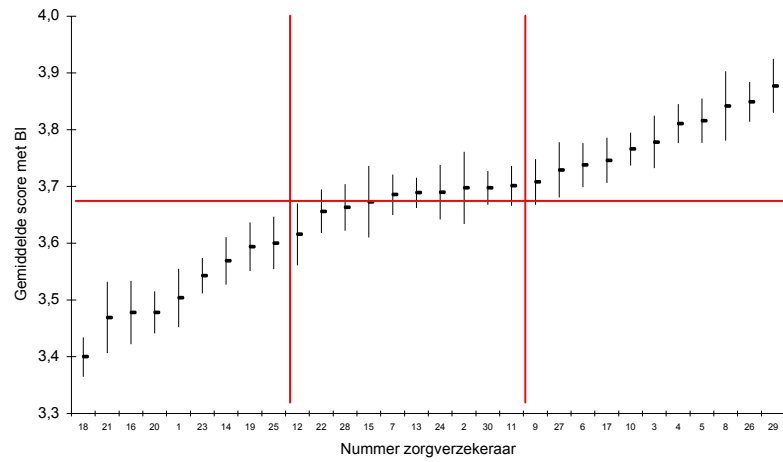
Figuur B2.5 Telefonische bereikbaarheid van de klantenservice



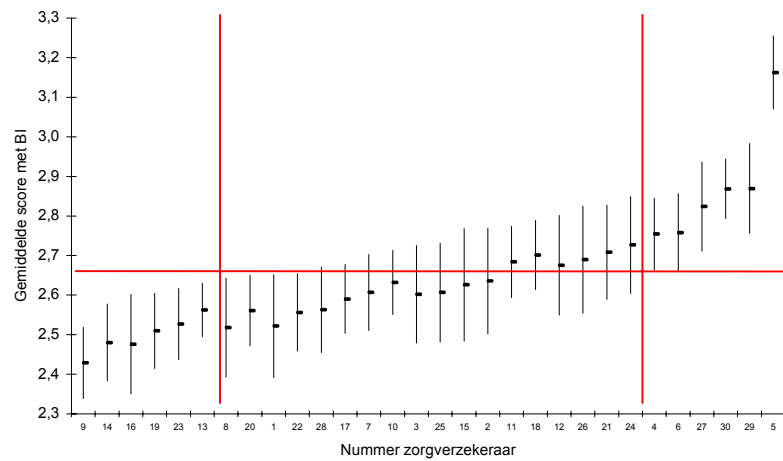
Figuur B2.6 Krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice



Figuur B2.7 Afhandeling van rekeningen



Figuur B2.8 Duidelijkheid over het (bij)betalen voor zorg



Figuur B2.9 Klachten over de zorgverzekeraar

