

Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars

CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2010

NIVEL:

C.G. Donselaar

D. de Boer

L. Van der Hoek

J. C. Booij

J. Rademakers

M. Hendriks

Centrum Klantervaring Zorg:

D.M.J. Delnoij



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

ISBN 978-94-6122-045-5

<http://www.nivel.nl>

<http://www.centrumklantervaringzorg.nl>

nivel@nivel.nl / info@centrumklantervaringzorg.nl

Telefoon 030 2 729 700 / 030 2 729 800

Fax 030 2 729 729

©2010 NIVEL/CKZ, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Inhoud

Voorwoord	5
1 Inleiding	7
1.1 Vraaggestuurde gezondheidszorg	7
1.2 Meten van consumentenervaringen: de CQ-index	8
1.3 Keuze-informatie over zorgverzekeraars op www.kiesBeter.nl	9
1.4 Het huidige onderzoek	10
1.5 Opzet van het rapport	11
2 Methode	13
2.1 Deelnemende zorgverzekeraars	13
2.2 Dataverzameling	14
2.3 Steekproeftrekking van respondenten	15
2.4 Vragenlijst	16
2.5 Statistische analyses	17
3 Beschrijving van de steekproef en respondenten	19
3.1 Representativiteit van de steekproef	19
3.2 Opschoning van databestand	20
3.2.1 Ten onrechte aangeschreven	21
3.2.2 Blanco lijsten verwijderen	21
3.2.3 Hulp bij het invullen van de vragenlijst	22
3.2.4 Compleetheit van invullen en ontbrekende case-mix adjusters	22
3.2.5 Skip-instructies	24
3.3 Non-respons analyse	24
3.4 Achtergrondkenmerken van de respondenten	25
3.4.1 Verzekering	27
4 Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraar	29
4.1 Ervaringen van de verzekerden voor alle zorgverzekeraars gezamenlijk	29
4.1.1 Ervaringen met de zorg	29
4.1.2 Ervaringen met de zorgverzekeraar	30
4.2 Verschillen in ervaringen tussen zorgverzekeraars	32
4.2.1 Ervaringen met fysiotherapie en hulpmiddelen	33
4.2.2 Ervaringen met de zorgverzekeraar	34
4.3 Indeling van de zorgverzekeraars in drie groepen	35
5 Algemene samenvatting en discussie	37
5.1 Doel van het onderzoek	37
5.2 Opzet van het onderzoek	37

5.3	De ervaren kwaliteit van de zorg en de service van de zorgverzekeraar	38
5.4	Ervaren verschillen in kwaliteit tussen zorgverzekeraars	39
5.5	Een vergelijking tussen de jaren 2008/2009 en 2009/2010	39
5.6	Keuze-informatie over de prestaties van zorgverzekeraars	41
5.7	Toekomstig gebruik van de CQI Zorg en Zorgverzekering	43
5.8	Tot slot	45
	Literatuur	47
	Bijlagen:	
	Bijlage 1: CQI Zorg en Zorgverzekering, vragenlijst	51
	Bijlage 2: Consumenteninformatie over de prestaties van zorgverzekeraars	63
	Bijlage 3: Gemiddelde scores en betrouwbaarheidsintervallen per kwaliteitsaspect	77
	Bijlage 4: Percentages gegeven antwoorden en de gemiddelde score per vraag over alle zorgverzekeraars	91

Voorwoord

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

Evenals voorgaande jaren zijn de ervaringen van verzekerden met de zorg en met hun huidige zorgverzekeraar in kaart gebracht en is onderzocht of deze ervaringen verschillen tussen verzekerden die verzekerd zijn bij verschillende zorgverzekeraars. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de CQI Zorg en Zorgverzekering.

Met de resultaten van het onderzoek is consumenteninformatie over de prestaties van de zorgverzekeraars op het gebied van service ontwikkeld voor www.kiesBeter.nl. Deze site van het RIVM is op initiatief van het ministerie van VWS opgezet om mensen te ondersteunen bij het maken van keuzes in de zorg.

NIVEL/CKZ

Utrecht, november 2010

1 Inleiding

Op 6 december 2005 opende de minister van VWS de keuzesite Zorgverzekeringen op www.kiesBeter.nl. Op deze keuzesite kunnen consumenten zorgverzekeraars vergelijken op premie, dekking en service van de zorgverzekeraars. De huidige informatie over de service is gebaseerd op een NIVEL onderzoek uit 2009 naar de ervaringen van verzekerden met hun huidige zorgverzekeraar en de geleverde zorg. Eind 2010 wordt de keuzegids Zorgverzekeringen herzien met de meest recente gegevens. De gegevens voor de rubriek ‘overzicht servicescores’ dienen dan ook geactualiseerd te worden. Het NIVEL bracht daarom in samenwerking met het Centrum Klantervaring Zorg de ervaringen van verzekerden met hun zorgverzekeraar en de geleverde zorg opnieuw in kaart.

1.1 Vraaggestuurde gezondheidszorg

Op 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet in werking getreden. Sindsdien bestaat er één basisverzekering voor alle Nederlanders en is niemand meer particulier of ziekenfonds verzekerd. Onder de Zorgverzekeringswet zijn alle Nederlanders verplicht om zich voor ziektekosten te verzekeren. Ieder jaar kunnen verzekerden wisselen van zorgverzekeraar voor een standaard pakket van essentiële gezondheidszorg (de basisverzekering). Zorgverzekeraars zijn verplicht om iedereen die zich voor de basisverzekering aanmeldt tegen dezelfde voorwaarden te accepteren. Daarnaast kunnen verzekerden zich vrijwillig aanvullend verzekeren voor zorg die buiten het standaard pakket valt. Voor de aanvullende verzekering geldt voor zorgverzekeraars geen acceptatieplicht.

De Zorgverzekeringswet is onderdeel van brede hervormingen in het Nederlandse zorgstelsel van een aanbodgestuurde naar een meer vraaggestuurde benadering. Om tot meer vraagsturing in de zorg te komen heeft het ministerie van VWS de laatste jaren een beleid uitgezet waaruit drie gereguleerde markten binnen de Nederlandse gezondheidszorg voortkomen: a) een verzekeringsmarkt; b) een aanbiedersmarkt; en c) een zorginkoopmarkt. Op de verzekeringsmarkt kunnen consumenten kiezen tussen verschillende zorgverzekeraars. Op de aanbiedersmarkt kunnen zorggebruikers kiezen uit verschillende zorgaanbieders of zorginstellingen. Op de zorginkoopmarkt kunnen zorgverzekeraars (selectief) contracten afsluiten met verschillende zorgaanbieders. Om de sturing van de zorg op zelfregulerende markten mogelijk te maken, hebben zorgverzekeraars een regierol toebedeeld gekregen (Custers en Klazinga, 2005). Dat wil zeggen dat zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt kwaliteitsafspraken kunnen maken met de zorgaanbieders. Dit is tot nu toe weinig gebeurd, maar zorgverzekeraar CZ heeft hiertoe wel stappen ondernomen. Zij hebben voor het jaar 2011 besloten een aantal ziekenhuizen niet te contracteren voor het leveren van borstkankerzorg. De keuze van

ziekenhuizen is, naast bijvoorbeeld het aantal uitgevoerde operaties, mede bepaald door de ervaringen van borstkankerpatiënten met de zorg. Deze ervaringen zijn gemeten met de CQ-index Mammacare (www.cz.nl, www.centrumklantervaringzorg.nl).

Een vraaggestuurde benadering houdt in dat er een grote rol is weggelegd voor de vraag en de behoeften van patiënten en consumenten. De gedachte is dat geïnformeerde consumenten kiezen voor zorgverzekeraars die kwalitatief goede zorg aanbieden tegen een scherpe prijs (Kerssens en Groenewegen, 2003). Dit zou moeten resulteren in meer concurrentie en marktwerking, en uiteindelijk tot een vermindering van kosten en een verbetering van efficiëntie binnen de gezondheidszorg. De veronderstelling is dat zorgverzekeraars in de toekomst steeds vaker contracten af zullen sluiten met slechts een deel van de zorgaanbieders op de zorginkoopmarkt, waardoor de keuze van de consument voor een zorgverzekeraar mede bepalend zal zijn voor zijn/haar keuzemogelijkheden in het aanbod van de zorg (Delnoij en Van der Schee, 2003).

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

1.2 Meten van consumentenervaringen: de CQ-index

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

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

zorg zoals bijvoorbeeld voor staaroperaties, heup/knieoperaties, mammacare en reumatoïde artritis.

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

Uit eerdere metingen met de CQI Zorg en Zorgverzekering zijn een aantal aandachtspunten naar voren gekomen, die vorig jaar hebben geleid tot wijzigingen in de vragenlijst en de methodiek van het onderzoek. Er zijn vragen toegevoegd over ervaringen met fysiotherapie en het verkrijgen van hulpmiddelen. Dit jaar is besloten om deze vragen te continueren. Zie voor een uitgebreide verantwoording van de aanpassingen het rapport van Zwijnenberg et al. uit 2009.

1.3 Keuze-informatie over zorgverzekeraars op www.kiesBeter.nl

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

Het NIVEL heeft in de voorgaande jaren (2005-2009) met behulp van de CQI Zorg en Zorgverzekering de ervaringen van verzekerden met hun zorgverzekeraar en de geleverde zorg gemeten (Hendriks et al., 2005; Damman et al., 2006a; De Boer et al., 2007; Reitsma-van Rooijen et al., 2008; Zwijnenberg et al., 2009). De informatie op de keuzesite Zorgverzekeringen van www.kiesBeter.nl over de service van zorgverzekeraars is gebaseerd op dit onderzoek. De uitkomsten in de verschillende jaren kwamen grotendeels overeen. De belangrijkste uitkomsten van de meting in 2009 waren:

- a verzekerden hebben over het algemeen positieve ervaringen met de zorg en de zorgverzekeraar;
- b punten die voor verbetering vatbaar zijn, betreffen duidelijkheid over de mate waarin bijbetaald moet worden voor zorg, het beperken van uitstel van zorg en het kunnen krijgen van niet-gecontracteerde zorg. Hoewel het aantal mensen dat een zorgverlener wil bezoeken die geen contract heeft met de zorgverzekeraar vrij klein is, ondervinden de mensen die hier wel ervaring mee hebben moeilijkheden;
- c de meerderheid van de zorgverzekeraars scoort gemiddeld op ervaringen die hun verzekerden hebben met de zorg. De verschillen tussen zorgverzekeraars zijn het grootst voor het algemeen oordeel over de zorgverzekeraar voor de dienstverlening bij het verkrijgen van een hulpmiddel;

- d de zorgverzekeraars verschillen wel wat betreft ervaringen van hun verzekerden met de service van de zorgverzekeraar. Vooral wat betreft de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice en het algemeen oordeel over de zorgverzekeraar bestaan er verschillen tussen zorgverzekeraars.

1.4 Het huidige onderzoek

Het primaire doel van het huidige onderzoek is om opnieuw inzicht te krijgen in de ervaringen van verzekerden met hun huidige zorgverzekeraar. De verzekerden worden ook naar hun ervaring met de zorg gevraagd. De gedachte hierachter is dat zorgverzekeraars afspraken kunnen maken met zorgaanbieders over de kwaliteit van de zorg en wat wel en niet vergoed wordt. In theorie is het dus mogelijk dat er verschillen gaan optreden tussen de verzekeraars als het gaat om wat ze vergoeden. Verzekerden van verschillende zorgverzekeraars kunnen dus verschillen gaan ervaren in de zorg die zij ontvangen. Het is belangrijk om ook deze verschillen inzichtelijk te maken en de ontwikkeling hierin te monitoren. Dit onderzoek voorziet daarmee in het actualiseren van de gegevens in de rubriek ‘overzicht servicescores’ in de keuzesite Zorgverzekeringen op www.kiesBeter.nl. Het onderzoek draagt zo bij aan het ondersteunen van consumenten bij hun keuze voor een zorgverzekeraar aan het einde van 2010.

Wegens een teruglopende respons is in 2009 besloten de steekproef te verhogen van 750 tot 1.000 personen. Dit jaar is besloten om het aantal van 1.000 personen voor de steekproef aan te houden. Tevens is er naar gestreefd de vragenlijst zo veel mogelijk in te korten, zodat verzekerden eerder bereid zijn om de vragenlijst in te vullen. Hiervoor zijn er vragen verwijderd. Dit zijn vragen waarvan uit de vorige meting in 2009 na factoranalyses is gebleken dat ze niet bij de schalen, behorend bij de kwaliteitsaspecten die op www.kiesBeter.nl gepresenteerd worden, horen. 14 vragen zijn verwijderd, waarvan er 10 vragen verwijderd zijn over fysiotherapie, en 4 vragen over het verkrijgen van hulpmiddelen. De vragenlijst bevat 72 vragen.

Er is ook dit jaar besloten om de vragenlijst zowel online als schriftelijk aan te bieden. Een verschil met vorig jaar is dat dit jaar bij de eerste uitnodiging met inlogcodes voor het online invullen niet vermeld is dat er op een later tijdstip een papieren versie van de vragenlijst verstuurd zou worden. Op deze manier wilden we: a) het online invullen stimuleren en: b) de respons verhogen. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat wanneer je potentiële respondenten de keuze geeft tussen twee invulmethoden (schriftelijk en online), ze minder vaak reageren dan wanneer je de verschillende methoden na elkaar aanbiedt (Millar et al., 2009).

De vragen van het onderzoek kunnen als volgt worden samengevat:

- 1 *‘Hoe hebben verzekerden in 2009/2010 de kwaliteit van de fysiotherapie en de verstrekking van hulpmiddelen ervaren?’*
- 2 *‘Hoe hebben verzekerden in 2009/2010 de kwaliteit van hun zorgverzekeraar ervaren?’*

- 3 *‘Verschillen de ervaringen van verzekerden die verzekerd zijn bij verschillende zorgverzekeraars?’*

1.5 Opzet van het rapport

Allereerst wordt de methode van het onderzoek uiteengezet (hoofdstuk 2). Daarna beschrijven we de respons, de selectie van respondenten en enkele achtergrondkenmerken van de respondenten (hoofdstuk 3). Hoofdstuk 4 beschrijft de resultaten met betrekking tot de ervaren kwaliteit van de service van zorgverzekeraars en ervaringen met de zorg. Tenslotte vatten we het onderzoek in hoofdlijnen samen, wordt er een vergelijking gemaakt met de resultaten uit dit onderzoek en het onderzoek van vorig jaar en geven we de belangrijkste conclusies (hoofdstuk 5).

2 Methode

2.1 Deelnemende zorgverzekeraars

We hebben alle zorgverzekeraars die vorig jaar hebben deelgenomen aan het onderzoek met de CQI Zorg en Zorgverzekering uitgenodigd om dit jaar wederom mee te doen. Ook de andere zorgverzekeraars, die vorig jaar aangegeven hadden niet in staat te zijn mee te doen, hebben we uitgenodigd. In totaal besloten 13 zorgverzekeraars mee te doen, die tezamen 31 labels/resultaat verantwoordelijke eenheden vertegenwoordigen¹. Een label/resultaat verantwoordelijke eenheid is de naam waaronder de zorgverzekeraar polissen aanbiedt aan de consument. Sommige zorgverzekeraars hebben meerdere labels. De deelnemende zorgverzekeraars/labels vertegenwoordigen een ruime meerderheid van alle Nederlandse zorgverzekeraars. In tabel 2.1 staan de deelnemende labels weergegeven.

Tabel 2.1 Deelnemende labels/zorgverzekeraars

zorgverzekeraar	label
Achmea Divisie Zorg	Avéro Achmea DVZ Achmea Groene Land Achmea Interpolis ZorgActief OZF Achmea Zilveren Kruis Achmea
Agis	Agis Pro Life TakeCareNow!
ASR	De Amersfoortse
Azivo Zorgverzekeraar	Azivo
CZ Actief in Gezondheid	CZ Delta Lloyd OHRA
De Friesland Zorgverzekeraar	De Friesland Zorgverzekeraar
FBTO	FBTO
Menzis	Menzis AnderZorg
ONVZ Zorgverzekeraar	ONVZ PNO Ziektelkosten
Salland verzekeringen	Salland

- tabel 2.1 wordt vervolgd -

¹ Waar in dit onderzoek gesproken wordt over verschillen tussen (zorg)verzekeraars, worden de labels bedoeld.

- vervolg tabel 2.1 -

zorgverzekeraar	label
UVIT	IZA IZZ Zorgverzekeraar Trias UMC Univé VGZ Zekur
Zorg en Zekerheid	Zorg en Zekerheid
Zorgverzekeraar DSW	DSW Zorgverzekeraar Stad Holland Zorgverzekeraar

2.2 Dataverzameling

De zorgverzekeraars die deelnamen aan het onderzoek werd gevraagd om per label/resultaat verantwoordelijke eenheid de adresgegevens van 1.000 verzekerden te verstrekken (zie paragraaf 2.3 voor meer informatie).² Naar de geselecteerde verzekerden werd een vragenlijst verstuurd over hun ervaringen met de zorg en zorgverzekeraar. De begeleidende brief werd verzonden in naam van de zorgverzekeraar. De inhoud van de brief is op een belangrijk punt aangepast ten opzichte van 2009. In de eerste brief aan de verzekerden is dit jaar niet vermeld dat er nog een papieren versie zou volgen.

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

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

² Dit aantal is gebaseerd op een powerberekening met behulp van de gegevens uit een pilot-onderzoek voor Agis (Delnoij et al., 2005; www.nivel.nl/consumentenpanel). Uit deze berekening blijkt dat wanneer de prestaties van twee zorgverzekeraars met elkaar worden vergeleken aan de hand van de waarderingscijfers in de CAHPS, bij een aantal van ongeveer vijftig respondenten per zorgverzekeraar verschillen in cijfers van 0,5 hoger of lager significant kunnen worden aangetoond. Bij een aantal van ongeveer 300 respondenten per zorgverzekeraar kunnen verschillen in cijfers van 0,2 hoger of lager significant worden aangetoond. Om verschillen van 0,1 hoger of lager significant aan te tonen, is een aantal van ongeveer 1.000 respondenten per zorgverzekeraar nodig. Bij deze berekeningen is uitgegaan van een α van 0,05 en een power van 0,80. In dit onderzoek wordt gestreefd naar 300 respondenten per verzekeraar. Bij een verwachte netto-respons van 30% moeten daarom 1.000 vragenlijsten per verzekeraar worden verstuurd. Deze verwachte respons was gebaseerd op de netto respons in het onderzoek van 2008.

Met behulp van een uniek identificatienummer dat op de vragenlijst stond, werd bijgehouden welke personen de vragenlijst hadden teruggezonden of zich hadden afgemeld voor het onderzoek. De brief in week 0 en het bedankkaartje in week 1 stuurden we naar alle respondenten in het onderzoek. De herinneringen in week 4 en week 6 werden alleen verzonden naar de respondenten die op dat moment nog niet hadden gereageerd. De zendingen werden zoveel mogelijk op een donderdag verstuurd, zodat de respondenten de post vóór of in het weekend ontvingen.

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

2.3 Steekproeftrekking van respondenten

Om een aselechte steekproef te garanderen, ontvingen de zorgverzekeraars richtlijnen van het NIVEL om de verzekerden uit hun bestand te selecteren. Deze richtlijnen waren dezelfde als de richtlijnen in 2009.

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

- Stap 1: Verwijder alle personen die aangegeven hebben niet voor enquêtes en/of onderzoeken aangeschreven te willen worden.
- Stap 2: Controleer het bestand op actualiteit. Dat wil zeggen verwijder overledenen en mensen met een foutief adres.
- Stap 3: Selecteer alle verzekerden die 18 jaar of ouder zijn. Oftewel selecteer alle verzekerden die voor mei 1992 geboren zijn.
- Stap 4: Selecteer alle verzekerden die minimaal 12 maanden bij u verzekerd zijn. Dit wil zeggen dat de verzekering voor mei 2009 moet zijn afgesloten.
- Stap 5: Bereken van de groep verzekerden die na deze vier stappen is overgebleven de gemiddelde leeftijd en noteer het aantal mannen en het aantal vrouwen in deze groep. Deze gegevens werden vervolgens doorgegeven aan het NIVEL voor het bepalen van de representativiteit van de steekproef (zie paragraaf 3.1).
- Stap 6: Selecteer uit de overgebleven groep verzekerden willekeurig 1.000 personen.

Per set van 1.000 verzekerden ontvingen wij twee bestanden van de zorgverzekeraars: één met een uniek identificatienummer en de naam en adresgegevens van de verzekerden en één met hetzelfde unieke identificatienummer, leeftijd en geslacht. Het bestand met naam en adresgegevens werd na afloop van de dataverzameling vernietigd. Het bestand met leeftijd en geslacht werd gebruikt voor de non-respons analyse (zie paragraaf 3.3). Met behulp van de gegevens over leeftijd en geslacht bekeken we ook of de geselecteerde verzekerden representatief zijn voor de totale groep van verzekerden van de betreffende zorgverzekeraar (zie paragraaf 3.1).

Van alle 31 deelnemende labels ontvingen we 1.000 adressen van verzekerden. Het mailhouse benaderde in totaal 30.599 verzekerden. Van één verzekeraar met meerdere labels ontvingen we wel 1.000 adressen per label, maar in de tijd tussen steekproeftrekking en eerste verzending heeft er een aanpassing aan hun verzekerdenadministratie plaatsgevonden waardoor er relatief veel mensen alsnog uitvielen en dus ook niet aangeschreven zijn.

2.4 Vragenlijst

De CQI Zorg en Zorgverzekering is ontwikkeld door het NIVEL en de vakgroep Sociale Geneeskunde van het AMC, op basis van de Amerikaanse CAHPS 3.0 Adult Commercial Questionnaire (Delnoij et al., 2005; Delnoij et al., 2006). De vragenlijst meet de ervaringen van verzekerden met de zorg én met de zorgverzekeraar. De vragen betreffen de ervaringen van verzekerden in de afgelopen 12 maanden.

De vragenlijst kent meerdere typen vragen:

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

De vragenlijst bevat een drietal schalen. De vragen 55, 56, 57, 58, 59 en 60 vormen de schaal “Bejegening”, de vragen 49 en 50 vormen de schaal “Afhandeling rekening(en)”, en de vragen 22, 24, 25 en 27 vormen de schaal “Informatievoorziening zorgverzekeraar. In tabel 2.1 staan de vragen per schaal vermeld met de daarbij behorende betrouwbaarheidscoëfficiënten.

Tabel 2.1 Betrouwbaarheidscoëfficiënten van de schalen en bijbehorende vragen

	Alpha
Schaal Bejegening	0,93
55. Waren de medewerkers van uw zorgverzekeraar beleefd tegen u?	
56. Namen de medewerkers van uw zorgverzekeraar u serieus?	
57. Vond u de medewerkers van uw zorgverzekeraar behulpzaam?	
58. Luisterden medewerkers van uw zorgverzekeraar aandachtig naar u?	
59. Legden de medewerkers van uw zorgverzekeraar u dingen op een begrijpelijke manier uit?	
60. Hadden medewerkers van uw zorgverzekeraar genoeg tijd voor u?	
Schaal Afhandeling rekening(en)	0,73
49. Heeft uw zorgverzekeraar uw rekeningen binnen een redelijke termijn afgehandeld?	
50. Heeft uw zorgverzekeraar uw rekeningen correct afgehandeld?	
Schaal Informatievoorziening zorgverzekeraar	0,83
22. Is het een probleem geweest om deze informatie te begrijpen?	
24. Is het een probleem geweest om deze informatie te vinden?	
25. Is het een probleem geweest om deze informatie te begrijpen?	
27. Is het een probleem geweest om de schriftelijke informatie over de polisvoorwaarden te begrijpen?	

2.5 Statistische analyses

In hoofdstuk 3 wordt een beschrijving van de steekproef en de groep respondenten gegeven. Van zowel de verzekerdenpopulaties als van de steekproef waren de gemiddelde leeftijd en de geslachtsverdeling bekend. Er werd bekeken of de gemiddelde leeftijd en de percentages mannen en vrouwen van beide groepen verschilden door te bepalen of de populatiewaarden binnen het 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) vielen van de steekproefwaarden. Daarnaast hebben we een non-respons analyse uitgevoerd waarbij we met respectievelijk een T-toets en een Chi-kwadraat toets de gemiddelde leeftijd en het geslacht van de respondenten en non-respondenten vergeleken. Voor de verdere analyses zijn de data conform de CQI-richtlijnen in het Handboek CQI Metingen (Sixma et al., 2008a) opgeschoond.

In hoofdstuk 4 wordt met behulp van multilevel regressieanalyses nagegaan of de ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars verschillen tussen zorgverzekeraars. Een belangrijk kenmerk van multilevel regressieanalyse ten opzichte van reguliere regressieanalyse is dat bij multilevel analyse de variantie in de afhankelijke variabele wordt verdeeld over de verschillende ‘niveaus’ die in de data zijn waar te nemen (Rice & Leyland, 1996). De data in dit onderzoek kennen twee niveaus: het label van de zorgverzekeraar (N = 31) waar respondenten rond geclusterd zijn en de respondent (N = 9.981). De afhankelijke variabelen zijn de kwaliteitsaspecten. Door de variantie op het niveau van labels te delen door de totale variantie verkrijgt men de proportie variantie tussen individuen die is toe te schrijven aan de zorgverzekeraars (ICC; %). Hoe hoger het percentage, hoe groter de verschillen tussen zorgverzekeraars. Of de verschillen tussen zorgverzekeraars ook significant zijn, werd bepaald met een tweezijdige Chi-kwadraat

toets. Voor de verschillende zorgverzekeraars en het aantal bijbehorende respondenten die zijn meegenomen in de multilevel analyses verwijzen we naar tabel 3.2. Strikt genomen is er nog een derde niveau te onderscheiden, namelijk het niveau van de concerns. Dit niveau hebben we niet opgenomen in onze analyse, omdat uit onderzoek blijkt dat dit derde niveau nauwelijks of geen verschillen laat zien (Bloemendal et al., 2008). De intra-klasse correlatie (ICC) die uit de regressie-analyses naar voren komt, geeft het percentage van de totale variantie weer dat is toe te schrijven aan de verschillen tussen zorgverzekeraars.

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

Hoofdstuk 4 geeft vervolgens de ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraar weer, eerst onafhankelijk van de zorgverzekeraar en daarna per zorgverzekeraar. Per persoon berekenden we het gemiddelde voor de schalen, maar alléén indien de persoon minimaal de helft van de bijbehorende items had ingevuld. Daarnaast werden de percentages gegeven antwoorden voor deze schalen berekend op basis van de frequentieverdelingen, waarbij per antwoordcategorie de gemiddelde frequentie werd berekend. Om tot een indeling in drie groepen te komen voor de presentatie van de resultaten op www.kiesBeter.nl, is in de multilevel analyses bekeken of het gemiddelde over alle zorgverzekeraars valt binnen het betrouwbaarheidsinterval van het gemiddelde van iedere zorgverzekeraar. Een zorgverzekeraar is ingedeeld in de laagste (een ster) of hoogste categorie (drie sterren), als het betrouwbaarheidsinterval van het gemiddelde van de zorgverzekeraar geheel beneden of geheel boven de gemiddelde score over alle zorgverzekeraars viel. Als het betrouwbaarheidsinterval overlapte met de gemiddelde score over alle zorgverzekeraars, kreeg de zorgverzekeraar twee sterren toegewezen.

3 Beschrijving van de steekproef en respondenten

3.1 Representativiteit van de steekproef

Om te bekijken of de personen die een vragenlijst ontvingen representatief waren voor de verzekerdenpopulatie van de bijbehorende zorgverzekeraar werden deze twee groepen met elkaar vergeleken wat betreft leeftijd en geslacht. Van de 1.000 geselecteerde verzekerden per verzekeraar waren geboortedatum en geslacht bekend. We berekenden de leeftijd van de verzekerden met als peildatum 1 mei 2010 (de datum waarop de steekproefgegevens uiterlijk zijn opgeleverd). Daarnaast verstrekten de zorgverzekeraars op basis van administratiegegevens informatie over de gemiddelde leeftijd en het aantal mannen en vrouwen van de verzekerdenpopulatie waaruit de 1.000 personen waren geselecteerd (zie paragraaf 2.3, stap 5 van de steekproeftrekking). Er werd bekeken of de gemiddelde leeftijd en het percentage man van beide groepen verschilden door te bepalen of de populatiewaarden binnen het 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) vielen van de steekproefwaarden (zie tabel 3.1).

Wat betreft leeftijd valt uit tabel 3.1 op te maken dat de leeftijd van de mensen in de steekproeven van twaalf labels enigszins afwijkt van de gemiddelde leeftijd van hun totale verzekerdenpopulatie. Dit was het geval bij Agis, IZA, IZZ, Menzis, Pro Life, Salland, TakeCareNow, Trias, Univé, VGZ en Zekur. Bij Salland en Zekur waren de verzekerden in de steekproef jonger dan de verzekerden in de populatie, bij de overige verzekeraars waren ze ouder.

Kijken we naar de geslachtsverdeling, dan zien we dat de steekproeven van AnderZorg, IZA, IZZ, Menzis, ProLife Trias, UMC, Univé en VGZ enigszins afwijken van de verzekerdenpopulaties. Bij IZA, ProLife, Trias, Univé en VGZ zaten er relatief veel mannen in de steekproef en bij AnderZorg, IZZ, Menzis en UMC zaten relatief weinig mannen in de steekproef vergeleken met de populatie.

Wegens praktische problemen beschikten we ten tijde van het ter perse gaan van dit rapport voor twee labels niet over actuele leeftijds- en geslachtsgegevens van de populatie. Omdat het onwaarschijnlijk is dat de populatie ingrijpend veranderd is t.o.v. vorig jaar zijn de leeftijds- en geslachtsgegevens van vorig jaar gebruikt (zie tabel 3.1).

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

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

label	populatie		steekproef			
	leeftijd	% man	leeftijd	95% BI	% man	95% BI
Agis	50,0	52,6	51,5	50,4 - 52,6	55,4	52,3 - 58,5
AnderZorg*	42,1	58,7	43,2	42,1 - 44,3	47,3	44,2 - 50,4
Avéro Achmea	47,5	52,8	47,1	46,1 - 48,1	50,8	47,7 - 53,9
Azivo Zorgverzekeraar	48,5	45,4	47,5	46,5 - 48,5	45,5	42,4 - 48,6
CZ Actief in Gezondheid	49,7	49,5	50,2	49,1 - 51,3	49,3	46,2 - 52,4
De Amersfoortse	47,5	69,5	48,0	47,1 - 48,9	69,5	66,7 - 72,4
De Friesland Zorgverzekeraar	47,5	49,3	47,4	46,4 - 48,5	48,6	45,5 - 51,7
Delta Lloyd	50,0	52,5	50,3	49,2 - 51,4	52,7	49,6 - 55,8
DVZ	46,2	50,4	47,0	45,8 - 48,2	50,5	47,4 - 53,6
FBTO	44,8	68,8	44,4	43,5 - 45,3	66,4	63,5 - 69,3
Groene Land Achmea	48,5	50,0	48,8	47,6 - 50,0	49,1	46,0 - 52,2
Interpolis	43,8	51,9	44,4	43,3 - 45,5	53,2	50,1 - 56,3
IZA	57,2	50,9	59,0	58,0 - 60,0	67,2	64,3 - 70,1
IZZ	45,3	38,4	48,1	47,3 - 48,9	28,8	26,0 - 31,6
Menzis*	48,0	51,8	50,1	49,0 - 51,2	44,3	41,2 - 47,4
OHRA	51,9	49,6	51,7	50,6 - 52,9	51,4	48,3 - 54,5
ONVZ	49,1	53,7	48,7	47,7 - 49,7	55,4	52,3 - 58,5
OZF Achmea	52,5	50,8	51,9	50,8 - 53,0	51,1	48,0 - 54,2
PNO	50,6	48,7	51,6	50,5 - 52,7	47,7	44,6 - 50,8
ProLife	45,7	63,5	48,0	46,9 - 49,2	66,7	63,8 - 69,6
Salland	50,1	48,7	48,7	47,6 - 49,9	46,8	43,7 - 49,9
Stad Holland Zorgverzekeraar	43,6	51,7	44,1	43,2 - 45,0	53,4	50,3 - 56,5
TakeCareNow	21,9	46,4	23,6	23,3 - 23,9	47,3	44,2 - 50,4
Trias	50,8	46,3	53,0	51,9 - 54,2	55,7	52,6 - 58,8
UMC	43,9	40,1	44,5	43,7 - 45,3	32,8	29,9 - 35,7
Univé	47,9	49,9	49,8	48,7 - 50,9	61,4	58,4 - 64,2
VGZ	49,5	48,5	52,1	51,0 - 53,2	58,1	55,0 - 61,2
Zekur	28,5	58,7	27,7	27,0 - 28,4	60,5	57,5 - 63,5
Zilveren Kruis Achmea	52,0	48,7	51,5	50,3 - 52,7	48,5	45,4 - 51,6
Zorg en Zekerheid	49,0	45,6	49,8	48,6 - 51,0	47,4	44,3 - 50,5
Zorgverzekeraar DSW	47,0	46,0	47,0	45,9 - 48,1	43,6	40,5 - 46,7

* populatiegegevens m.b.t. leeftijd stammen uit 2009

3.2 Opschoning van databestand

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

- 1 Respondenten die ten onrechte zijn aangeschreven (dit zijn respondenten die overleden zijn, respondenten waarvan de vragenlijst onbestelbaar retour is gekomen en respondenten die niet tot de doelgroep behoren).
- 2 Respondenten die minder dan vijf vragen hebben beantwoord (de zogenaamde blanco lijsten).

- 3 Respondenten die de vragen door iemand anders hebben laten invullen en beantwoorden.
- 4 Respondenten die de vragenlijst niet compleet genoeg hebben ingevuld, dat wil zeggen de respondenten die minder dan 50% van de sleutelvragen hebben beantwoord. Dit zijn de vragen die alle respondenten moeten beantwoorden. Een vraag is geen sleutelvraag wanneer deze conform een voorafgaande screenervraag mag worden overgeslagen (handboek CQI metingen, Sixma et al., 2008)
- 5 Respondenten die ontbrekende waarden hebben bij één of meer van de case-mix adjusters: leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid.

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

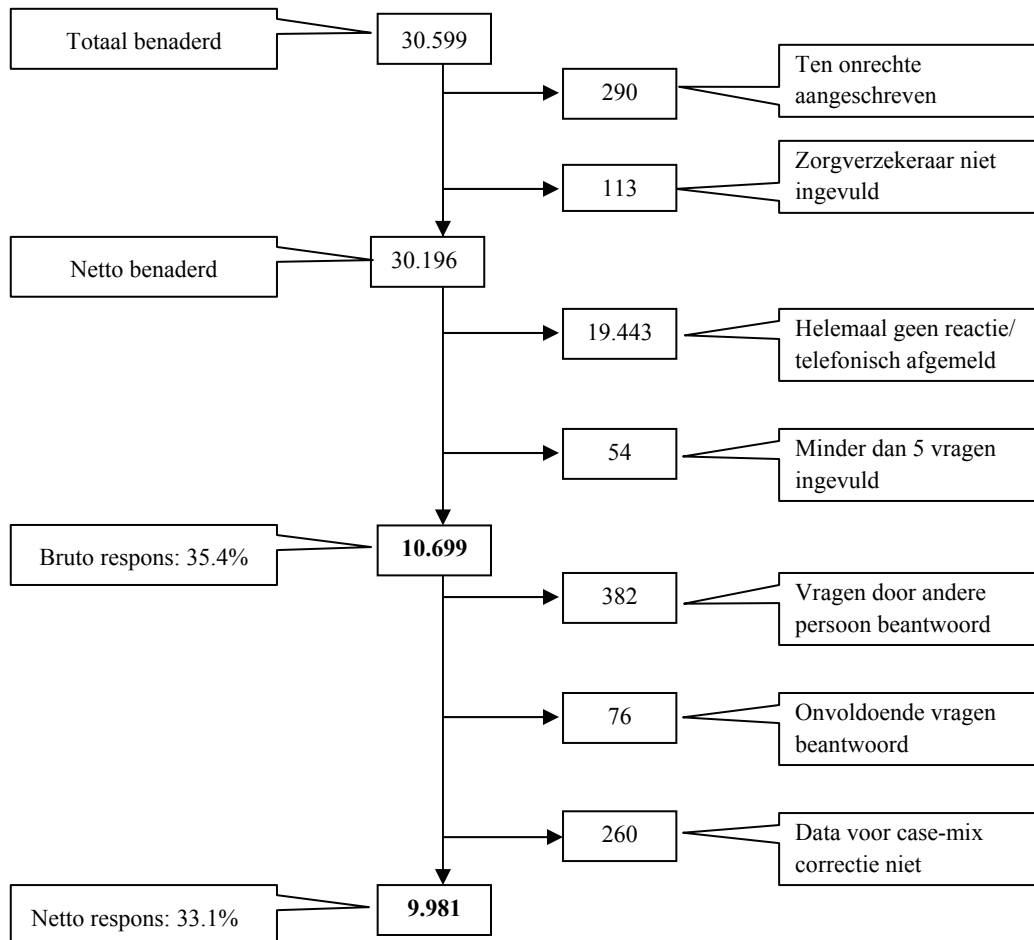
3.2.1 Ten onrechte aangeschreven

De vragenlijst werd verstuurd naar 30.599 mensen. Eerst zijn de personen verwijderd die ten onrechte zijn aangeschreven. Er werden twee vragenlijsten blanco teruggestuurd omdat de aangeschrevene overleden was. Vervolgens zijn de deelnemers verwijderd die een verzekeraar opgaven die niet meedoet aan het onderzoek, die een andere verzekeraar opgaven dan de administratie van de zorgverzekeraar, de antwoordcategorie “anders” aanvinkten of geen antwoord gaven bij de vraag bij welke zorgverzekeraar zij verzekerd zijn, maar wel de rest van de vragenlijst invullen Om deze redenen zijn 259 vragenlijsten verwijderd. Respondenten die korter dan een jaar bij de betreffende zorgverzekeraar verzekerd waren zijn ook verwijderd (N=144). In totaal werden er dus 403 lijsten verwijderd omdat deze respondenten ten onrechte waren aangeschreven. Het aantal mensen dat netto is benaderd voor dit onderzoek was 30.196.

3.2.2 Blanco lijsten verwijderen

19.443 personen hebben geheel niet gereageerd of hebben via de telefoon laten weten niet mee te doen aan dit onderzoek. Daarna zijn 54 lijsten verwijderd omdat de betreffende respondenten minder dan vijf vragen hadden ingevuld. De bruto respons bedroeg 10.699 mensen, een percentage van 35,4.

Figuur 3.1 Respons van de verzekerden



3.2.3 Hulp bij het invullen van de vragenlijst

De vragenlijst diende ingevuld te worden door de aangeschreven persoon. Mensen mochten hulp vragen bij het invullen, maar de antwoorden moesten wel van hen zelf komen. 382 personen gaven aan dat de vragenlijst door een ander was ingevuld, gaven niet aan of ze hulp hadden ontvangen of waar de hulp uit bestond. Deze personen werden uitgesloten van de verdere analyses.

3.2.4 Compleetheit van invullen en ontbrekende case-mix adjusters

Een persoon werd alleen voor de verdere analyses geselecteerd indien hij of zij voldoende vragen had beantwoord. In het Handboek CQI Metingen (Sixma et al., 2008a) wordt een vragenlijst beschouwd als voldoende compleet ingevuld indien 50% of meer van de zogenoemde sleutelvragen en demografische kenmerken zijn ingevuld. De CQI Zorg en Zorgverzekering bestaat uit 35 dergelijke vragen. 76 personen hadden minder dan 18 van deze vragen ingevuld. Ten slotte werden er 260 lijsten verwijderd van deelnemers die één

of meer ontbrekende waarden hadden bij de variabelen die gebruikt werden bij case-mix adjustment (leeftijd, opleiding en ervaren gezondheid).

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

De bruto respons was $10.699/30.599 \times 100 = 35,4\%$ en de netto respons was $9.981/30.599 \times 100 = 33,1\%$. Het netto responspercentage is 1,1% hoger dan vorig jaar (32%). Dit betekent dat voor de tweede keer op een rij sinds de meting uitgevoerd wordt, de respons ten opzichte van het vorige jaar iets gestegen is. In 2005 - 2008 nam de netto respons af (31% in 2008, 34% in 2007, 40% in 2006 en 39% in 2005).

Van de 9.981 respondenten hebben 5.651 respondenten (56,6%) de vragenlijst schriftelijk ingevuld en 4.330 respondenten (43,4%) hebben de vragenlijst online ingevuld. In vergelijking met de meting in 2009, waarbij 60,6% van de respondenten de vragenlijst schriftelijk invulde en 39,4% online, lijkt het zo te zijn dat de percentages wat naar elkaar toe groeien.

Tabel 3.2 laat zien hoeveel personen per label zijn meegenomen in de verdere analyses. Het blijkt dat de netto respons per verzekeraar varieert van 152 (15,6%) respondenten tot 476 (48,3%) respondenten.

Tabel 3.2 Aantal respondenten en netto respons percentage per label

label	N	netto respons (%)
Agis	243	24,5
AnderZorg	276	27,8
Avéro Achmea	314	31,8
Azivo Zorgverzekeraar	300	30,2
CZ Actief in Gezondheid	336	37,7
De Amersfoortse	345	35,2
De Friesland Zorgverzekeraar	368	37,1
Delta Lloyd	281	35,2
DVZ	382	38,9
FBTO	288	28,9
Groene Land Achmea	233	23,6
Interpolis	346	35,2
IZA	437	43,9
IZZ	476	48,3
Menzis	322	32,5
OHRA	307	33,9
ONVZ	310	31,2
OZF Achmea	458	46,0
PNO	373	37,9
ProLife	388	41,1
Salland	314	31,6
Stad Holland Zorgverzekeraar	285	28,8

- tabel 3.2 wordt vervolgd -

- vervolg tabel 3.2 -

label	N	netto respons (%)
TakeCareNow	152	15,6
Trias	300	30,4
UMC	373	38,1
Univé	300	30,3
VGZ	362	36,4
Zekur	156	16,5
Zilveren Kruis Achmea	275	27,7
Zorg en Zekerheid	344	34,8
Zorgverzekeraar DSW	337	34,0

3.2.5 *Skip-instructies*

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

3.3 Non-respons analyse

Om na te gaan of personen die de vragenlijst invulden verschillen van personen die dit niet deden, werd een non-respons analyse uitgevoerd. We vergeleken de leeftijd en het geslacht van de groep respondenten met die van de groep non-respondenten. Voor deze vergelijking maakten we gebruik van de gegevens voor leeftijd en geslacht zoals deze waren aangeleverd door de zorgverzekeraar. In navolging van de CQI-richtlijnen gingen we bij de non-respons analyse uit van de netto respons. We maakten verder gebruik van de groep netto benaderd. Dit is het totaal aantal benaderde mensen min personen die onterecht zijn aangeschreven.

Na beëindiging van de dataverzameling leverde het mailhouse een sleutelbestand met daarin de verzekerdennummers en de unieke identificatienummers van alle personen die een vragenlijst ontvingen. Zorgverzekeraars leverden een bestand aan met daarin geboortedatum en geslacht gekoppeld aan het verzekerdennummer. Door combinatie van deze twee bestanden werden leeftijd (peildatum is 1 mei 2010) en geslacht gekoppeld aan het unieke identificatienummer van alle personen in de steekproef. Vervolgens werden mensen die ten onrechte zijn aangeschreven verwijderd uit het databestand. Daarna classificeerden we met behulp van het identificatienummer en met de netto respons gegevens iedere persoon als respondent of als non-respondent en werd het verzekerdennummer verwijderd. Het resultaat was een bestand met daarin het

identificatienummer, leeftijd, geslacht en een variabele die aangaf of de persoon een respondent of non-respondent was. Hiermee kon de non-respons analyse worden uitgevoerd. Het koppelbestand van het mailhouse werd na de analyse vernietigd.

Van de 30.196 personen (netto benaderd) classificeerden we 9.981 (33,1%) als respondent en de overige 20.215 (66,9%) personen als non-respondent.

De respondenten ($M = 53,7$ jaar, $SD = 16,8$) waren gemiddeld genomen ouder dan de non-respondenten ($M = 44,4$ jaar, $SD = 17,5$; $t = -44,0$, $p = <0,001$). Zie tabel 3.3 voor de leeftijdsverdeling binnen de groep respondenten en de groep non-respondenten.

Het percentage mannen en vrouwen onder respondenten en non-respondenten is te vinden in tabel 3.4. Vrouwen bleken de vragenlijst vaker te hebben ingevuld en geretourneerd dan mannen ($\chi^2 = 73,96$, $p = <0,001$).

Tabel 3.3 Respondenten en non-respondenten naar leeftijdscategorie

leeftijd	non-respondenten		respondenten		steekproef	
	N	%	N	%	N	%
18-24 jaar	2.801	13,6	562	5,6	3.363	11,0
25-34 jaar	4.062	19,7	998	10,0	506	1,7
35-44 jaar	4.323	21,0	1.379	13,8	5.702	18,6
45-54 jaar	3.796	18,4	1.881	18,9	5.677	18,6
55-64 jaar	2.693	13,1	2.361	23,7	5.054	16,5
65-74 jaar	1.509	7,3	1.695	17,0	3.204	10,5
75 jaar of ouder	1.433	7,0	1.105	11,1	2.538	8,3

Tabel 3.4 Respondenten en non-respondenten naar geslacht

geslacht	non-respondenten		respondenten		steekproef	
	N	%	N	%	N	%
man	10.841	53,6	4.828	48,4	15.676	51,9
vrouw	9.374	46,4	5.153	51,6	14.535	48,1

3.4 Achtergrondkenmerken van de respondenten

Deze paragraaf beschrijft enkele achtergrondkenmerken van de 9.981 personen van wie de gegevens meegenomen zijn in de verdere analyses en waarop de resultaten in hoofdstuk 4 zijn gebaseerd (zie paragraaf 3.2).

Onder de respondenten waren 4.528 (45,5%) mannen en 5.414 (54,5%) vrouwen (van 39 respondenten was het geslacht niet bekend). Deze percentages wijken af van de percentages in tabel 3.4. Hier zijn twee verklaringen voor te geven. In de eerste plaats zijn

de percentages in tabel 3.4 gebaseerd op de gegevens van 31 zorgverzekeraars, omdat we voor de non-respondenten alleen gegevens hadden van de zorgverzekeraar. De percentages in deze paragraaf zijn gebaseerd op de antwoorden van de respondenten zelf. Daarnaast weten we uit ervaring dat de percentages kunnen verschillen doordat niet de aangeschreven persoon de vragenlijst heeft ingevuld, maar bijvoorbeeld de partner die bij dezelfde zorgverzekeraar verzekerd is.

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

	N	%
Leeftijd:		
18-24 jaar	525	5,3
25-34 jaar	1.005	10,1
35-44 jaar	1.383	13,9
45-54 jaar	1.875	18,8
55-64 jaar	2.370	23,8
65-74 jaar	1.694	17,0
75 jaar of ouder	1.129	11,3
Opleiding:		
geen opleiding	177	1,8
lager onderwijs	609	6,1
lager of voorbereidend beroepsonderwijs	1.599	16,0
middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	1.776	17,8
middelbaar beroepsonderwijs	1.900	19,0
hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs	979	9,8
hoger beroepsonderwijs	2.014	20,2
wetenschappelijk onderwijs	927	9,3
Ervaren gezondheid:		
uitstekend	924	9,3
zeer goed	2.210	22,1
goed	5.351	53,6
redelijk	1.375	13,8
slecht	121	1,2
Netto gezinsinkomen per maand:		
≤ €915	478	4,8
tussen €916 en €1.135	569	5,7
tussen €1.136 en €1.345	631	6,3
tussen €1.346 en €1.745	1.185	11,9
tussen €1.746 en €2.450	1.763	17,7
≥ €2.451	2.400	24,1
ik wil hierover geen informatie verstrekken	2.834	28,4
missing	121	1,2

Tabel 3.5 toont de verdeling van de respondenten in leeftijdscategorieën. Het blijkt dat de meeste respondenten tussen de 55 en 64 jaar oud waren. Tabel 3.5 laat ook zien dat ruim

de helft van de respondenten (60,7%) minimaal een diploma op het niveau van middelbaar beroepsonderwijs heeft behaald.

De respondenten werd tevens gevraagd naar hun ervaren gezondheid. De meeste respondenten vonden hun gezondheid goed tot uitstekend. Slechts een minderheid was minder tevreden over zijn of haar gezondheid en noemt deze slecht tot matig. Er is ook een vraag gesteld over het netto gezinsinkomen van de respondenten. Ongeveer een kwart van de respondenten (24,1%) had een gezinsinkomen groter of gelijk aan €2.451 per maand.

Het merendeel van de respondenten (N = 9.221, 92,7%) was in Nederland geboren en had ook een vader (N = 9.056, 91,1%) en/of een moeder (N = 8.983, 90,3%) die in Nederland geboren is. Daarnaast spraken de meeste mensen thuis Nederlands, of Fries of een Nederlands dialect (N = 9.508, 96,6%).

3.4.1 Verzekering

We hebben drie vragen gesteld over hoe mensen verzekerd zijn. Eerst werd gevraagd of mensen aanvullend verzekerd zijn tegen ziektekosten of niet. Daarna werd gevraagd of mensen individueel of collectief verzekerd zijn. Tenslotte werd naar de soort verzekering gevraagd: zorg in natura, restitutie of een combinatie van die twee. Bij een zorg in natura polis betaald de zorgverzekeraar de rekening rechtstreeks aan de zorgaanbieder en de verzekerde kan naar alle zorgaanbieders gaan waar de verzekeraar een contract mee heeft afgesloten. Indien een zorgaanbieder wordt bezocht waar geen contract mee is afgesloten, kiest een verzekerde voor restitutie en krijgt mogelijk niet alle kosten vergoed. Bij een restitutiepolis kan een verzekerde zelf de zorgaanbieder kiezen, maar wordt de rekening van de zorgaanbieder in principe eerst door de verzekerde betaald, voordat de kosten door de zorgverzekeraar vergoed worden (www.cvz.nl).

Een klein deel van de respondenten had alleen een basisverzekering (N = 1.051, 10,5%). De overige respondenten hadden een basisverzekering en een aanvullende verzekering (N=8.443, 84,6%). Iets minder dan de helft van de respondenten (N=4.832, 48,4%) had een individuele verzekering. De overige respondenten waren collectief verzekerd: 28,6% (N= 2.853) via zijn of haar werkgever, 7,1% (N= 712) via de werkgever van zijn of haar partner, en 13,3% (N= 1.323) niet via een werkgever. Ruim een derde van de respondenten (N=3.406, 34,1%) wist niet of hij/zij een 'zorg in natura polis' of een 'restitutiepolis' had. 34% (N=3.392) van de mensen hadden een 'zorg in natura polis', 11,7% (N=1.172) een 'restitutie polis' en 17,2% (N=1.716) een combinatie van zorg in natura en restitutie.

Ook is gevraagd naar het aantal jaren dat mensen verzekerd zijn bij de huidige zorgverzekeraar. Ruim de helft van de respondenten (N=5.365, 53,6%) was langer dan 10 jaar verzekerd bij de huidige zorgverzekeraar. Van de respondenten was 19,9% (N=1.984) tenminste vijf jaar, maar minder dan tien jaar verzekerd bij de huidige verzekeraar. 2.124 respondenten (21,3%) waren tussen de twee en vijf jaar bij de huidige zorgverzekeraar verzekerd. Een minderheid van de respondenten (N=460, 4,6%) was

tenminste één jaar, maar minder dan twee jaar verzekerd bij de huidige zorgverzekeraar. Deelnemers die aangaven korter dan een jaar verzekerd te zijn bij de huidige zorgverzekeraar zijn niet meegenomen in de analyses omdat zij ten tijde van de dataverzameling slechts 5 maanden ervaring hadden met hun zorgverzekeraar.

4 Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraar

In dit hoofdstuk geven we de ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraar in 2009/2010 weer. Hierbij kijken we zowel naar de ervaringen voor alle respondenten gezamenlijk (onafhankelijk van zorgverzekeraar) als naar de verschillen tussen zorgverzekeraars. We richten ons in het hoofdstuk met name op de 12 aspecten die worden gepresenteerd op www.kiesBeter.nl.

4.1 Ervaringen van de verzekerden voor alle zorgverzekeraars gezamenlijk

In eerste instantie worden de ervaringen van alle respondenten gezamenlijk bekeken, onafhankelijk van de zorgverzekeraar (zie figuren 4.1 tot en met 4.4). Naast de aspecten die op www.kiesBeter.nl zullen komen besteden we, evenals in voorgaande jaren, aandacht aan de aspecten ‘algemeen oordeel huisarts’, ‘algemeen oordeel specialist’, ‘ervaren problemen bij het ontvangen van niet-gecontracteerde zorg’ en ‘ervaren problemen bij uitstel van zorg tijdens wachten op toestemming van de zorgverzekeraar’. Op de laatste twee aspecten worden ieder jaar door een substantiële groep problemen gerapporteerd. Het is dan ook van belang om voor deze aspecten de ervaringen op landelijk niveau te blijven monitoren over de jaren. Voor de volledigheid wordt ook het ‘algemeen oordeel van de fysiotherapeut’ weergegeven. In bijlage 4 worden het gemiddelde en de percentages gegeven antwoorden voor alle vragen uit de vragenlijst weergegeven.

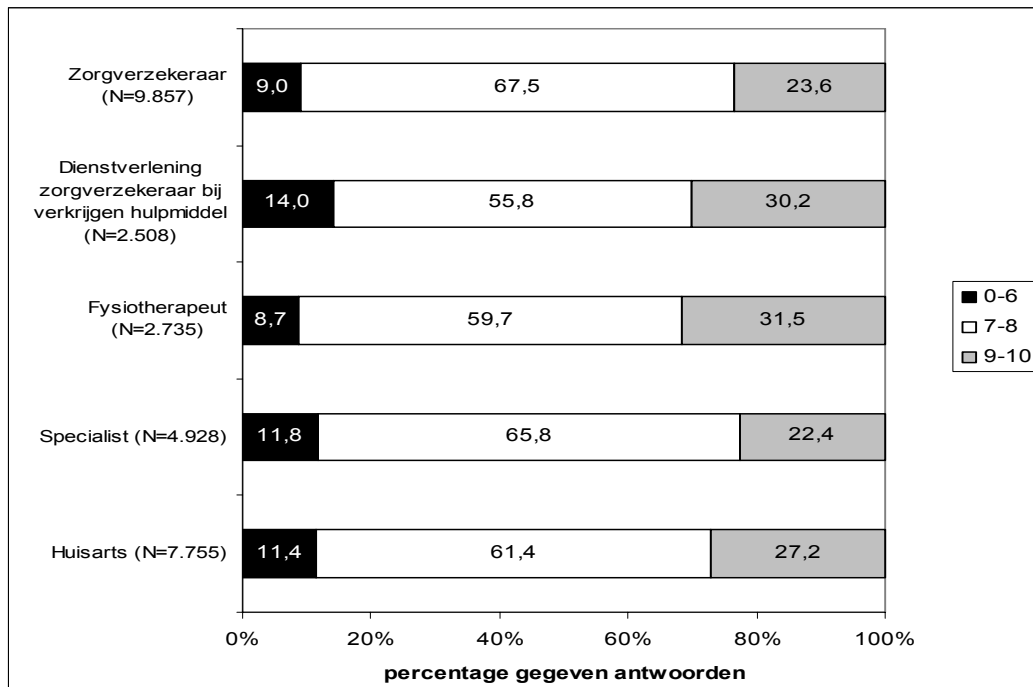
4.1.1 Ervaringen met de zorg

Uit figuur 4.1 blijkt dat verzekerden over het algemeen tevreden waren over de zorg die ze hebben ontvangen van de huisarts ($M = 7,9$; $SD = 1,38$) en de specialist die ze het afgelopen jaar hebben bezocht ($M = 7,7$; $SD = 1,36$).

Respondenten die afgelopen jaar een fysiotherapeut hebben bezocht waren tevreden over de zorg die ze hebben ontvangen van de fysiotherapeut ($M = 8,0$; $SD = 1,30$). Verder gaf het merendeel van de respondenten aan dat de fysiotherapeut die ze hebben bezocht een contract had met hun huidige zorgverzekeraar (zie figuur 5.2). Ruim de helft van de verzekerden gaf aan dit ook van tevoren te weten.

Uit figuur 4.1 blijkt dat verzekerden die afgelopen jaar een hulpmiddel hebben gekregen over het algemeen tevreden waren over de dienstverlening van de zorgverzekeraar bij het krijgen van dit hulpmiddel ($M = 7,8$; $SD = 1,61$).

Figuur 4.1 Algemene oordelen variërend van 0 (heel erg slecht) tot 10 (uitstekend)



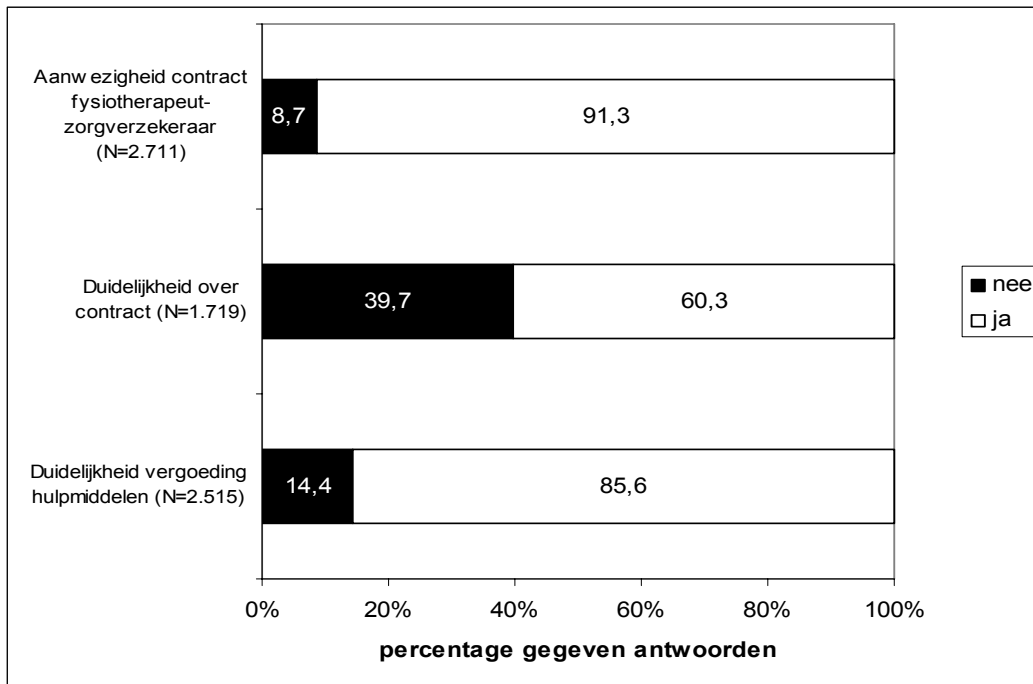
Een ruime meerderheid (85,6 %) van de respondenten gaf aan dat de regels voor het vergoed krijgen van hulpmiddelen duidelijk waren (figuur 4.2). Ook hadden respondenten positieve ervaringen met de snelheid waarmee een aanvraag van een hulpmiddel door de verzekeraar werd afgehandeld: ruim de helft van de respondenten is van mening dat dit proces altijd snel werd afgehandeld en een kwart van de respondenten heeft aangegeven dat dit proces meestal snel werd afgehandeld (zie figuur 4.3).

4.1.2 Ervaringen met de zorgverzekeraar

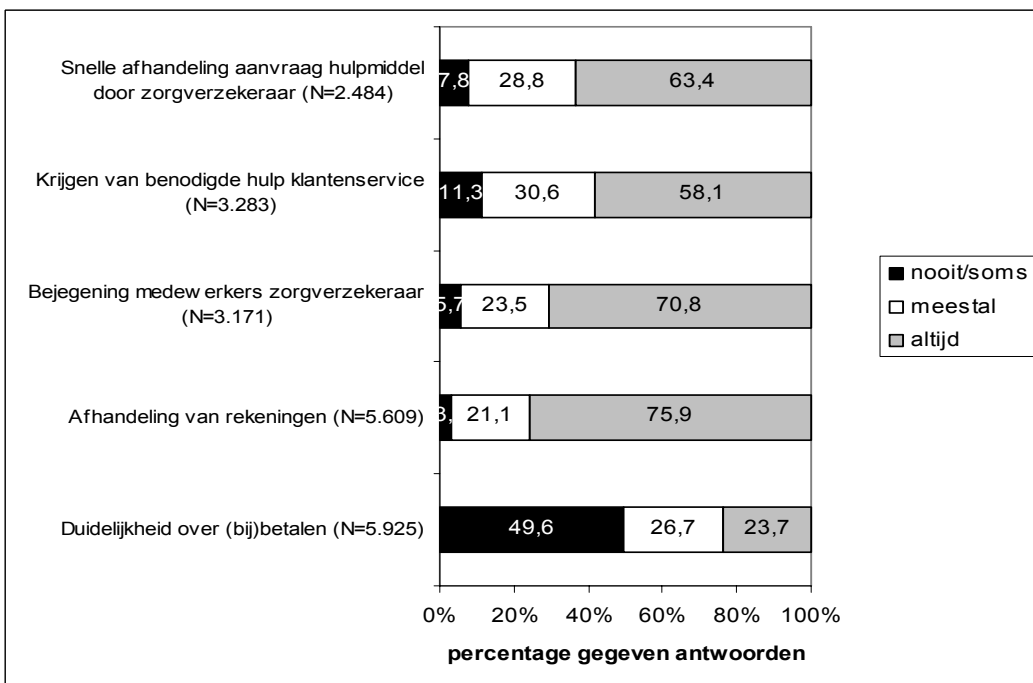
Naast de zorg gaven de meeste verzekerden ook de zorgverzekeraar een ruime voldoende ($M = 7,8$, $SD = 1,23$) (zie ook figuur 4.1). Het gemiddelde cijfer per zorgverzekeraar varieert van een 7,5 tot een 8,5.

Ruim driekwart van de verzekerden vindt dat ze altijd vriendelijk en met aandacht werden benaderd door medewerkers van de zorgverzekeraar (zie figuur 4.3). En ruim driekwart van de verzekerden is ook van mening dat rekeningen altijd correct en snel werden afgehandeld. Iets meer dan de helft van de respondenten gaf aan altijd de benodigde telefonische hulp te krijgen van de klantenservice en ongeveer een derde van de respondenten gaf aan deze hulp meestal te krijgen. Duidelijkheid vooraf over bijbetaling wordt - evenals in 2005 t/m 2009 - minder positief gewaardeerd: voor ongeveer de helft van de respondenten was nooit of soms duidelijk hoeveel moest worden bijbetaald voor zorg waar gebruik van werd gemaakt.

Figuur 4.2 Aanwezigheid en duidelijkheid over contract fysiotherapeut-zorgverzekeraar en duidelijkheid over vergoeding hulpmiddel



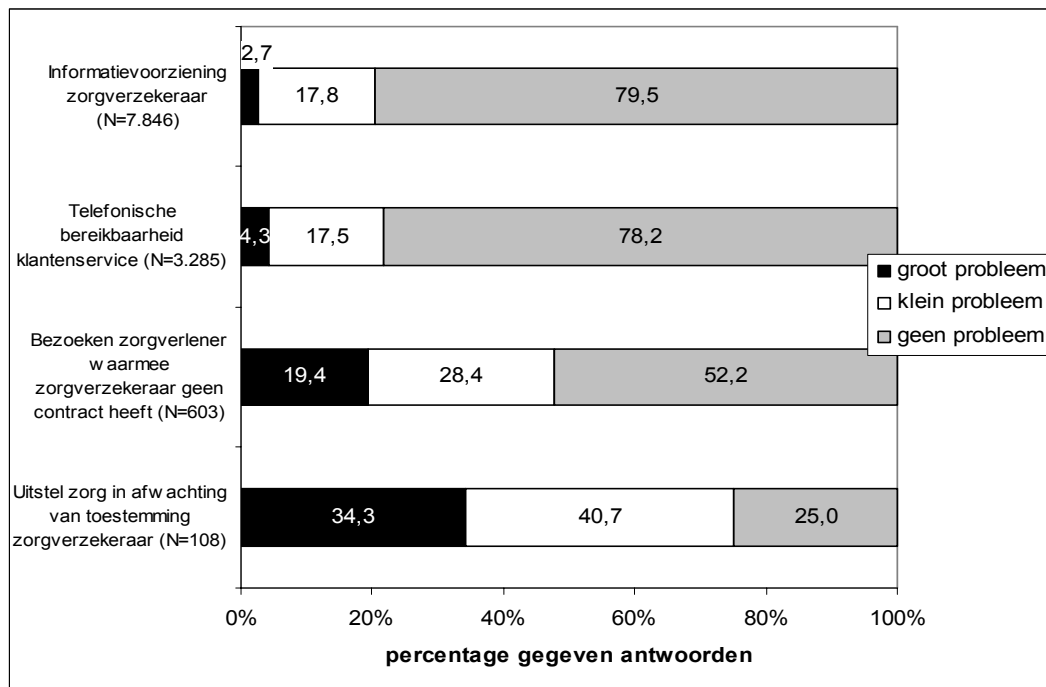
Figuur 4.3 Frequentie waarmee dienstverlening van zorgverzekeraar voldoet aan kwaliteitseisen



Uit figuur 4.4 blijkt dat de meerderheid van de verzekerden geen problemen had om de informatie over de zorgverzekeraar te vinden en te begrijpen. Het telefonisch bereiken van de klantenservice van de zorgverzekeraar werd door een minderheid van de respondenten die heeft gebeld met de klantenservice als een probleem ervaren.

Van de kleine groep verzekerden die uitstel van zorg heeft ervaren door het wachten op toestemming van de zorgverzekeraar, ervoer 40,7% dit als klein probleem en 34,3% dit als groot probleem. 603 mensen wilden het afgelopen jaar een zorgverlener bezoeken waarmee de zorgverzekeraar geen contract had. Het krijgen van deze zorg heeft bij ongeveer de helft van deze mensen tot kleine dan wel grote problemen geleid. Bij deze laatste twee aspecten valt op dat het om kleine aantallen respondenten gaat. Dit wil zeggen dat weinig mensen hier ervaring mee hebben gehad. De mensen die hier wel ervaring mee hebben gehad, ondervinden wel moeilijkheden.

Figuur 4.4 Ervaren problemen met de dienstverlening van zorgverzekeraars



4.2 Verschillen in ervaringen tussen zorgverzekeraars

Met behulp van multilevel regressieanalyses is nagegaan of de ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars verschillen tussen zorgverzekeraars. De analyses in dit onderzoek kennen twee niveaus: het label van de zorgverzekeraar (N = 31) en de respondent (N = 9.981). Voor de verschillende zorgverzekeraars en het aantal bijbehorende respondenten die zijn meegenomen in de multilevel analyses verwijzen we naar tabel 3.2.

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

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

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

4.2.1 *Ervaringen met fysiotherapie en hulpmiddelen*

Uit de multilevel analyses blijkt dat er op meerdere aspecten verschillen zijn tussen zorgverzekeraars wat betreft de ervaringen van verzekerden met fysiotherapie en het verkrijgen van hulpmiddelen (zie tabel 4.1). De variantie die kan worden toegeschreven aan verschillen tussen verzekeraars varieert van 0,54% tot 13,85%. Indien we rekening houden met de samenstelling van de verzekerdenpopulatie, daalt de hoeveelheid variantie die kan worden toegeschreven aan verschillen tussen verzekeraars in de meeste gevallen, met uitzondering van het aspect “aanwezigheid contract tussen fysiotherapeut en zorgverzekeraar. Bij de analyses op de ongecorrigeerde gegevens, verschillen de zorgverzekeraars significant op alle aspecten, met uitzondering van het algemeen oordeel over de zorgverzekeraar inzake de dienstverlening rondom het verkrijgen van een hulpmiddel. Bij de analyses op de gecorrigeerde gegevens is de hoeveelheid variantie die kan worden toegeschreven aan verschillen in zorgverzekeraars significant voor de aspecten “Aanwezigheid contract fysiotherapeut - zorgverzekeraar”, “Duidelijkheid over contract” en “Snelle afhandeling aanvraag hulpmiddel”.

Tabel 4.1 Multilevel analyses voor de ervaringen met fysiotherapie en het verkrijgen van hulpmiddelen

	ongecorrigeerde gegevens		gecorrigeerde gegevens	
	ICC	χ^2 (1 df)	ICC	χ^2 (1 df)
Fysiotherapeut				
Aanwezigheid contract fysiotherapeut-zorgverzekeraar	13,85%	7,45**	14,70%	7,07**
Duidelijkheid over contract	5,33%	7,53**	4,47%	6,64**
Hulpmiddelen				
Snelle afhandeling aanvraag hulpmiddel	1,05%	3,20*	0,99%	2,99*
Duidelijkheid regels vergoeding hulpmiddel	2,26%	2,87*	1,86%	2,15
Algemeen oordeel zorgverzekeraar dienstverlening hulpmiddel	0,54%	1,47	0,70%	2,03

ICC = Intra Class-Correlation
 * p<,05; ** p<,01

4.2.2 Ervaringen met de zorgverzekeraar

De volgende analyses betreffen de verschillen in ervaringen met de zorgverzekeraar zelf. Tabel 4.2 laat zien dat de ervaringen van verzekerden met hun zorgverzekeraar zowel voor de ongecorrigeerde als de gecorrigeerde gegevens op alle aspecten significant verschillen tussen zorgverzekeraars. De verschillen in gecorrigeerde gegevens tussen zorgverzekeraars zijn het grootst voor telefonische bereikbaarheid van de klantenservice (6,45%), het krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice (4,33%) en het algemeen oordeel over de zorgverzekeraar (4,21%).

Tabel 4.2 Multilevel analyses voor de ervaringen met de zorgverzekeraar

	ongecorrigeerde gegevens		gecorrigeerde gegevens	
	ICC	χ^2 (1 df)	ICC	χ^2 (1 df)
Zorgverzekeraar				
Telefonische bereikbaarheid klantenservice	6,33%	11,62***	6,45%	11,71***
Krijgen van benodigde telefonische hulp klantenservice	4,44%	10,27**	4,33%	10,19**
Bejegening door medewerkers zorgverzekeraar	2,80%	8,24**	2,60%	7,95**
Afhandeling van rekeningen	3,31%	11,06***	3,48%	11,23***
Duidelijkheid over het (bij)betalen voor de zorg	1,61%	8,66**	1,51%	8,38**
Informatievoorziening van de zorgverzekeraar	1,66%	10,01**	1,77%	10,24**
Algemeen oordeel zorgverzekeraar	4,84%	13,91***	4,21%	13,45***

ICC = Intra Class-Correlation
 * p<,05; ** p<,01; *** p<,001

4.3 Indeling van de zorgverzekeraars in drie groepen

Voor www.kiesBeter.nl werden de zorgverzekeraars in drie groepen ingedeeld: benedengemiddeld (*), gemiddeld (**) en bovengemiddeld (***) (zie tabel 4.3). Een zorgverzekeraar wordt ingedeeld in de laagste (*) of hoogste categorie (***), indien het 95%-betrouwbaarheidsinterval van het gemiddelde van de zorgverzekeraar respectievelijk geheel beneden of geheel boven het gemiddelde over alle zorgverzekeraars valt. Als het betrouwbaarheidsinterval overlapt met het algemene gemiddelde, dan krijgt de zorgverzekeraar twee sterren toegewezen. Hierbij is het belangrijk om in de gaten te houden dat verschillen tussen zorgverzekeraars in de sterren niet overeenkomen met de resultaten uit de eerdere chi-kwadraat toets. Dit komt doordat het twee verschillende toetsen zijn. Het kan dus zijn dat zorgverzekeraars een verschillend aantal sterren hebben op een aspect, maar dat uit de chi-kwadraat toets geen significante verschillen tussen de zorgverzekeraars naar voren komen. Van de uiteindelijke sterrenindeling kun je stellen dat de zorgverzekeraars met één ster significant slechter presteren dan de zorgverzekeraars met drie sterren. De prestaties van deze twee groepen wijken echter niet altijd significant af van de prestaties van zorgverzekeraars met twee sterren. Voor vier van de 31 deelnemende labels hebben de onderzoekers besloten om niet hun sterrenresultaat te berekenen voor de aspecten die betrekking hebben op de aanwezigheid en duidelijkheid van een contract tussen fysiotherapeut en zorgverzekeraar. Deze labels verstrekken alleen restitutiepolissen en de vraag of er een contract is of niet, is niet van toepassing voor deze verzekerden.

Tabel 4.3 Aantal zorgverzekeraars met één, twee en drie sterren voor ervaringen met de zorg en de zorgverzekeraar in 2009/2010

Aspect	2009/2010		
	*	**	***
Ervaringen met de fysiotherapeut:			
contract fysiotherapeut-zorgverzekeraar*	2	23	2
duidelijkheid over contract fysiotherapeut-zorgverzekeraar*	4	19	4
Ervaringen met verkrijgen hulpmiddelen			
snelle afhandeling aanvraag hulpmiddel	3	26	2
duidelijkheid vergoeding hulpmiddel	1	27	3
algemeen oordeel zorgverzekeraar voor dienstverlening verkrijgen hulpmiddel	1	28	2
Ervaringen met de zorgverzekeraar:			
informatievoorziening van de zorgverzekeraar	8	14	9
afhandeling van rekeningen	9	11	11
bejegening medewerkers zorgverzekeraars	7	18	6
telefonische bereikbaarheid klantenservice	9	10	12
krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice	9	13	9
duidelijkheid over (bij)betalen voor de zorg	7	18	6
algemeen oordeel zorgverzekeraar	12	9	10

*) Gebaseerd op 27 in plaats van 31 verzekeraars

Daarnaast is het belangrijk om op te merken dat de driedeling laat zien hoe iedere zorgverzekeraar zijn werk doet ten opzichte van het gemiddelde van alle zorgverzekeraars in het onderzoek en **niet** of de zorgverzekeraars op een bepaald aspect goed of slecht presteren. Bij een lage intra-klasse-correlatie moet men bovendien zich goed realiseren dat het over relatief kleine kwaliteitsverschillen gaat. Dit geldt met name voor de verschillen in de snelheid van afhandeling bij de aanvraag van een hulpmiddel, de duidelijkheid van de regels over de vergoeding van een hulpmiddel, het algemeen oordeel over de zorgverzekeraar inzake de dienstverlening rondom het krijgen van een hulpmiddel, de bejegening van medewerkers van zorgverzekeraars, de duidelijkheid over (bij)betalen voor de zorg en de informatievoorziening van de zorgverzekeraars (zie tabellen 4.1 en 4.2).

In tabel 4.3 is te zien hoeveel zorgverzekeraars in het afgelopen jaar werden ingedeeld in de drie groepen. In bijlage 2 worden de resultaten op alle aspecten uitgesplitst weergegeven voor het huidige jaar (2009/2010). Zowel de indeling in sterren als de percentages gegeven antwoorden zijn daarbij zichtbaar. In bijlage 3 geven we de betrouwbaarheidsintervallen van dit jaar weer en is te zien welke betrouwbaarheidsintervallen geheel boven of onder het gemiddelde over alle zorgverzekeraars vallen.

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

5 Algemene samenvatting en discussie

5.1 Doel van het onderzoek

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

Het NIVEL heeft in samenwerking met het Centrum Klantervaring Zorg een herhaalmeting uitgevoerd om de ervaringen van Nederlandse verzekerden met hun zorgverzekeraar en de geleverde zorg in het jaar 2009/2010 in kaart te brengen. Met de resultaten van het onderzoek is keuze-informatie over de prestaties van de zorgverzekeraars op het gebied van service ontwikkeld voor www.kiesBeter.nl. De kwaliteitsverschillen zijn weergegeven met een driesterrenindeling om consumenten te ondersteunen bij hun keuze voor een zorgverzekeraar. In dit rapport zijn naast de sterren ook de percentages gegeven antwoorden gepresenteerd (zie bijlage 2).

5.2 Opzet van het onderzoek

Om informatie over de zorg en de zorgverzekeraars te verzamelen, vroegen we zorgverzekeraars om een willekeurige steekproef van 1.000 verzekerden te trekken uit hun verzekerdenbestand en de adresgegevens van deze verzekerden te verstrekken. Ze ontvingen hiervoor richtlijnen. Naar deze verzekerden werd de CQI Zorg en Zorgverzekering gestuurd om hun ervaringen met de zorg en hun zorgverzekeraar in het afgelopen jaar te meten. Aspecten waar verzekerden dit jaar naar zijn gevraagd zijn het algemeen oordeel van de huisarts en de specialist en - meer uitgebreid - de ervaringen met fysiotherapie, het verkrijgen van hulpmiddelen en de dienstverlening van de zorgverzekeraar.

Uiteindelijk bekeken we de antwoorden van 9.981 respondenten van 31 verschillende labels van zorgverzekeraars (respons: 33,1%). De ervaringen van deze personen met de zorg en de zorgverzekeraar werden eerst gezamenlijk, onafhankelijk van hun zorgverzekeraar, bekeken. Dit geeft een beeld van de algemeen ervaren kwaliteit van de service van zorgverzekeraars en de geleverde zorg in Nederland. Ook kan men deze algemeen ervaren kwaliteit gebruiken als maat om de prestaties van zorgverzekeraars in

dit jaar te vergelijken met de prestaties van zorgverzekeraars in voorgaande en toekomstige jaren. De belangrijkste resultaten staan beschreven in paragraaf 5.3.

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

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

De ervaringen van verzekerden met de kwaliteit van de zorg waren ook dit jaar positief. De algemene oordelen die gegeven worden aan de huisarts, specialist en fysiotherapeut bedroegen respectievelijk een 7,9, een 7,7 en een 8,0. Als we kijken naar de zorg rondom het krijgen van een hulpmiddel, zien we dat verzekerden daar ook positief over waren; 92% van de verzekerden die er ervaring mee heeft gaf aan dat de afhandeling van de aanvraag voor een hulpmiddel snel verliep. 86% van de verzekerden die ervaring met het krijgen van hulpmiddelen heeft, gaf aan dat de regels rondom het vergoed krijgen van een hulpmiddel hen duidelijk waren. De zorgverzekeraar kreeg van deze verzekerden voor de dienstverlening rondom de verstrekking van een hulpmiddel gemiddeld een 7,8 als algemeen oordeel.

Kijken we naar de ervaringen van verzekerden met fysiotherapie, dan bleek dat 91% van de verzekerden een fysiotherapeut heeft bezocht die een contract had met de zorgverzekeraar. 60% van de verzekerden was daarvan op de hoogte. Dit betekent dat een aanzienlijk aantal verzekerden niet wist of de fysiotherapeut die ze bezochten een contract had met de zorgverzekeraar. De aan- of afwezigheid van een contract bepaalt of de rekening rechtstreeks door de verzekeraar wordt afgehandeld of dat een verzekerde de rekening eerst zelf moet betalen en deze daarna kan declareren bij de verzekeraar. Een verzekeraar kan bij afwezigheid van een contract met een zorgverlener er bovendien voor kiezen niet alle kosten te vergoeden.

Wat betreft de dienstverlening van de zorgverzekeraar zelf, daar rapporteerden de verzekerden ook positieve ervaringen. Zo scoorden de verzekeraars gemiddeld een 7,8, en bijna een kwart van de verzekerden gaf hun verzekeraar een 9 of 10. 96% van de verzekerden ondervond weinig tot geen problemen wat betreft de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice en 89% gaf aan dat ze daar meestal of altijd de benodigde hulp kreeg. 94% van de verzekerden vond dat ze meestal of altijd prettig bejegend werden en 97% van de verzekerden was van mening dat de rekeningen die ze indienen meestal of altijd correct werden afgehandeld.

Verzekerden oordeelden echter niet over alle aspecten positief. Zo ervoer de meerderheid (75%) van de verzekerden waarbij de medische zorg was uitgesteld door het wachten op toestemming van de zorgverzekeraar dit als problematisch. Ook ervoer bijna de helft van de mensen problemen met het krijgen van niet-gecontracteerde zorg.

Tevens gaf bijna 50% van de verzekerden uit dit onderzoek aan nooit of maar soms vooraf duidelijkheid te hebben over het moeten (bij)betalen voor zorg. Dit percentage is

net als 2009 hoog, en dit jaar wat toegenomen. Deze onduidelijkheid die verzekerden ervaren is vrij opvallend, want tegelijkertijd gaf maar 3% aan dat ze grote problemen hadden met het vinden en begrijpen van de informatie die de verzekeraar verstrekt. Een mogelijke verklaring voor deze toename zou te maken kunnen hebben met het hanteren van een verplicht eigen risico door zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2008 (Zwijnenberg et al., 2009). Het verplicht eigen risico is een vastgesteld bedrag dat verzekerden zelf moeten betalen wanneer zij gebruik maken van medische zorg, met uitzondering van huisartsbezoek, verloskundige hulp en kraamzorg (www.cvz.nl). Wellicht heeft het verplicht eigen risico tot meer verwarring geleid bij verzekerden over bijbetaling voor de zorg. Het is mogelijk dat verzekerden verwachten bepaalde zorg vergoed te krijgen, maar er geen rekening mee houden dat ze eerst een bedrag tot aan de hoogte van het eigen risico zelf moeten betalen. Het is ook mogelijk dat de afname van de dekkinggraad van het basispakket debet is aan de onduidelijkheid over het al dan niet moeten (bij)betalen voor de zorg. Zo kan het voorkomen dat bepaalde zorg het ene jaar vergoed werd en het daaropvolgende jaar niet meer. Goede informatievoorziening is essentieel in het keuzeproses voor een zorgverzekeraar, en wanneer de overheid de kiezende rol van de consument verder wil versterken, zal zij er goed aan doen om duidelijk en helder te communiceren wat wel en niet binnen het basispakket valt.

5.4 Ervaren verschillen in kwaliteit tussen zorgverzekeraars

Een doel van dit onderzoek was om ook de verschillen tussen zorgverzekeraars inzichtelijk te maken. Zo kunnen zorgverzekeraars verschillen van elkaar wat betreft de zorgafspraken die zij maken met zorgverleners, waardoor ervaringen die verzekerden met de zorg opdoen kunnen verschillen. Specifiek keken we naar de ervaringen met fysiotherapie en het verkrijgen van hulpmiddelen. Zorgverzekeraars bleken zich significant van elkaar te onderscheiden als het gaat om de aanwezigheid van een contract met een fysiotherapeut en de mate waarin verzekerden hiervan op de hoogte waren. Verzekeraars onderscheidden zich ook significant als het gaat om de snelheid waarmee ze de aanvraag van een hulpmiddel afhandelden. Zorgverzekeraars verschilden het meest op het aspect “duidelijkheid over aanwezigheid van contract tussen fysiotherapeut en zorgverzekeraar”.

Kijken we naar de ervaringen van verzekerden met de dienstverlening van de zorgverzekeraar, dan blijkt dat op alle gemeten aspecten er significante verschillen bestonden tussen de zorgverzekeraars. Dit zijn er aanzienlijk meer dan in 2009. De meeste verschillen waren te zien bij de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice en het algemeen oordeel over de zorgverzekeraar. Het algemeen oordeel dat verzekerden hun verzekeraar gaven, varieerde van een 7,5 tot een 8,5.

5.5 Een vergelijking tussen de jaren 2008/2009 en 2009/2010

Vergelijkingen van ervaringen over de jaren zijn belangrijk om het uiteindelijke effect van het hervormde verzekeringsstelsel en vraagsturing in het algemeen te monitoren. Uit

onderzoek van Hendriks et al. (2009), waarbij ervaringen van verzekerden met de zorgverzekeraar voor de jaren 2005 tot 2008 zijn vergeleken, is gebleken dat zorgverzekeraars die in 2005 benedengemiddeld scoorden zich meer hebben verbeterd in 2008 ten opzichte van zorgverzekeraars die in 2005 gemiddeld of bovengemiddeld scoorden. Daarnaast was er ook een algemene trend te zien dat zorgverzekeraars over de jaren heen beter zijn gaan presteren. In deze paragraaf worden de resultaten uit dit onderzoek globaal vergeleken met de resultaten van vorig jaar (2008/2009).

Een eerste globale vergelijking van de algemene oordelen in 2008/2009 en 2009/2010 die zijn gegeven aan de huisarts, de specialist en de fysiotherapeut laat zien dat deze nagenoeg gelijk zijn in de beide jaren. Verzekerden die fysiotherapie hebben gehad, hebben dit jaar wat vaker een fysiotherapeut bezocht die een contract had met de verzekeraar en waren daar wat meer van op de hoogte dan vorig jaar. Mogelijk is het bewustzijn rondom de aanwezigheid van een contract tussen zorgverlener en verzekeraar aan het groeien. Of deze trend zich doorzet, zal volgend jaar bekeken kunnen worden. Het proces rondom het verkrijgen van een hulpmiddel wordt dit jaar op alle aspecten positiever beoordeeld dan vorig jaar. Respondenten zijn meer tevreden over de snelheid waarmee een aanvraag voor een hulpmiddel wordt afgehandeld, de duidelijkheid over de regels voor het vergoed krijgen van een hulpmiddel en de dienstverlening van de zorgverzekeraar rondom het krijgen van een hulpmiddel. Het gaat hier overigens om kleine verbeteringen van 2 tot 5%.

Wanneer de dienstverlening van de zorgverzekeraars dit jaar vergeleken worden met vorig jaar, zien we een gemengder beeld. Verzekerden rapporteerden ook dit jaar overwegend positieve ervaringen met de dienstverlening van de zorgverzekeraars. Verzekerden waren dit jaar meer tevreden over de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice van de zorgverzekeraar, en even tevreden over de hulp die ze er krijgen. Het percentage verzekerden dat stelt altijd juist bejegend te worden was dit jaar lager dan vorig jaar; 70,8% tegenover 73,5%. Tevens beoordeelden ze de informatievoorziening vanuit de zorgverzekeraar even positief als vorig jaar. Evenals vorig jaar is het verzekerden vaak vooraf niet duidelijk in welke mate er bijbetaald moet worden voor zorg. De onduidelijkheid hierover is ook dit jaar weer toegenomen. Ook met het uitstel van zorg in afwachting van toestemming van de zorgverzekeraar ervaren verzekerden die hiermee te maken gehad hebben dit jaar weer problemen, maar wel in mindere mate dan vorig jaar, toen 81% van de respondenten aangaf kleine, dan wel grote problemen te ervaren, tegenover 75% dit jaar. Het krijgen van niet-gecontracteerde zorg leidt net als vorig jaar ook tot problemen voor bijna de helft van de respondenten die hier ervaring mee hebben. Verder zijn verzekerden dit jaar ongeveer even positief over de afhandeling van rekeningen. Het algemeen oordeel over de zorgverzekeraar dit jaar (7,8) is vergelijkbaar met vorig jaar (7,9).

Als we kijken naar hoe de verzekeraars verschillen ten opzichte van elkaar, zien we dit jaar op een groot deel van de aspecten dat de verzekeraars minder van elkaar verschillen dan 2008/2009 (Zwijnenberg et al., 2009). Zorgverzekeraars kregen 1, 2 of 3 sterren toebedeeld per kwaliteitsaspect, waarbij 1 ster een ondergemiddelde score aangeeft, 2 sterren een gemiddelde score aangeeft en 3 sterren een bovengemiddelde score aangeeft.

Dit jaar hebben procentueel minder zorgverzekeraars 1 of 3 sterren toebedeeld gekregen, en meer zorgverzekeraars hebben 2 sterren toebedeeld gekregen dan 2008/2009. Uitzondering hierop zijn de aspecten van duidelijkheid over de aanwezigheid van een contract tussen fysiotherapeut en zorgverzekeraar en het algemeen oordeel over de zorgverzekeraar. Dus alhoewel de zorgverzekeraars dit jaar minder onderscheidend presteren op vrijwel alle aspecten, is er wel een grotere spreiding te zien op het algemeen oordeel dat verzekerden hen hebben gegeven. Voor de sterrenindeling van vorig jaar wordt verwezen naar het rapport van Zwijnenberg et al. (2009).

5.6 Keuze-informatie over de prestaties van zorgverzekeraars

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

Om consumenten in staat te stellen te kunnen kiezen voor een zorgverzekeraar, moet de keuze-informatie aansluiten bij de wensen en behoeften van mensen. Uit recent onderzoek van Damman et al. (2010) blijkt echter dat mensen de hoeveelheid informatie over servicescores voor zorgverzekeraars op www.kiesBeter.nl over het algemeen veel vinden. Tegelijkertijd hadden de meeste mensen behoefte aan aanvullende informatie. De vraag speelt dan ook hoe keuze-informatie voor consumenten het beste gepresenteerd kan worden op internet. Volgens Damman et al. (2010) zijn er een aantal effectieve methoden om keuze-informatie aan te bieden om consumenten te ondersteunen in hun keuze. Het gebruik van een driesterrenindeling in combinatie met staafdiagrammen, het weergeven van aanbieders (of zorgverzekeraars) in een alfabetische volgorde, geen toevoeging van een waarderingscijfer en het aanbieden van korte samenvattende informatie met de mogelijkheid gedetailleerde informatie via doorklikmogelijkheden op te zoeken behoren tot deze effectieve methoden (Damman et al., 2010). De resultaten van het huidige onderzoek worden dit jaar op de keuzewebsite van kiesBeter.nl niet geheel overeenkomstig de aanbevelingen uit het onderzoek van Damman et al. (2010) gepresenteerd. Voor volgend jaar zullen we hier sterkere aanbevelingen voor doen.

Naast het feit dat consumenten in staat moeten worden gesteld om te kunnen kiezen door keuze-informatie op een effectieve wijze te presenteren, moeten consumenten ook willen kiezen. Vóór de invoering van de Zorgverzekeringswet, stapte jaarlijks niet meer dan 3 tot 4% van de verzekerden over naar een ander ziekenfonds (Kerssens et al., 2002; Van der Schee et al., 2005). In 2006, het jaar van de invoering van de Zorgverzekeringswet, is ongeveer één vijfde (20%) van de verzekerden overgestapt naar een andere zorgverzekeraar (De Jong et al., 2006; Smit en Mokveld, 2006). In de jaren daarop stapten beduidend minder verzekerden over naar een andere zorgverzekeraar; 5% in 2007

(De Jong en Groenewegen, 2007), 4% in 2008 (De Jong, 2008), en 3% in 2009 (Vos en De Jong, 2009). Het percentage overstappers is in 2010 voor het eerst sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel gestegen, tot net iets boven de 4% (www.kiesBeter.nl; Vektis, 2010). Het percentage overstappers is, na een piek in het eerste jaar van het nieuwe stelsel, nu dus ongeveer gelijk aan het oude verzekeringsstelsel.

Voor deze stabilisatie van het aantal overstappers zijn een aantal mogelijke verklaringen. Ten eerste zou het kunnen dat zorgverzekeringen en zorgverzekeraars voor consumenten geen belangrijk thema is. Het wel of niet wisselen van zorgverzekeraar leeft wellicht niet erg onder consumenten. Ten tweede kunnen mensen barrières voelen om te wisselen van zorgverzekeraar. Uit onderzoek blijkt namelijk dat 18% van de verzekerden het teveel moeite vindt om naar een andere zorgverzekeraar te zoeken (Vos en De Jong, 2009). Onderzoek van Hendriks et al. (in press) laat zien dat van het kleine percentage respondenten die zeiden te willen wisselen van zorgverzekeraar, er uiteindelijk 52 (31%) daadwerkelijk zijn gewisseld. Redenen waarom mensen uiteindelijk toch niet wisselen kunnen zijn dat mensen niet voor hun aanvullende verzekering geaccepteerd worden door een zorgverzekeraar, of dat mensen onzekerheid ervaren over de kwaliteit van de dienstverlening van de nieuwe zorgverzekeraar (Hendriks et al., 2010). Een derde mogelijke verklaring die hierbij aansluit is het feit dat een grote hoeveelheid keuze-informatie over zorgverzekeraars consumenten 'keuzemoe' kan maken. Het is namelijk gebleken dat het kiezen tussen vele opties kan leiden tot keuzestress (Hurenkamp en Kremer, 2005; Schwartz, 2004). Als gevolg van deze keuzestress kan het zijn dat mensen het maken van een keuze vermijden en dientengevolge verzekerd blijven bij dezelfde zorgverzekeraar. Tenslotte wisselen verzekerden mogelijk niet van zorgverzekeraar omdat zij tevreden zijn over hun zorgverzekeraar (Vos et al., 2009). Dit onderzoek en de onderzoeken uit de voorgaande jaren met de CQI Zorg en Zorgverzekering laten zien dat verzekerden positieve ervaringen hebben met zorgverzekeringen (Hendriks et al., 2005; Damman et al., 2006a; De Boer et al., 2007; Reitsma-van Rooijen et al., 2008, Zwijnenberg et al., 2009).

Wat is voor verzekerden dan een belangrijke reden om over te stappen? Vos et al. (2009) onderzochten het overstapedrag van eind 2008 en vonden dat de voornaamste reden voor consumenten om over te stappen van zorgverzekeraar de hoogte van de premie voor de totale polis (basis- en aanvullende verzekering) was. Uit het onderzoek van Vektis (2010) bleek dat ook eind 2009 de hoogte van de premie de voornaamste reden was om al dan niet te wisselen van verzekeraar. En van de mensen die wisselden, koos 80% voor een collectief contract, waarvoor een lagere premie (gemiddeld 6,4%) geldt (Vektis, 2010, www.kiesBeter.nl). Ook het aandeel mensen dat voor een collectieve verzekering kiest is in 2010 gestegen met 4% naar 64,3%. Het lijkt er dan ook op dat de hoogte van de premie een belangrijke rol zal blijven spelen voor consumenten bij de keuze voor een zorgverzekeraar. Vanuit het perspectief van de zorgverzekeraars kan dan de vraag worden gesteld waarom ze nog zouden investeren in het verder verbeteren van hun dienstverlening. Immers, wat is de reden voor zorgverzekeraars om nog beter te gaan presteren als hun verzekerden toch al tevreden zijn. De angst voor reputatieschade, het belang dat verzekerden hechten aan een goede dienstverlening en het mogelijk verlies van klanten kunnen drijfveren zijn voor verzekeraars om hun service te blijven verbeteren (Fung et al., 2008; Donselaar et al., in press).

Ondanks dat de hoogte van de premie de belangrijkste reden is om te wisselen van of te blijven bij een zorgverzekeraar, is kiezen op kwaliteit van de service en op kwaliteit van de geleverde zorg echter wel een belangrijke voorwaarde voor meer vraagsturing binnen de zorg (Boelema, 2005). Het is mogelijk dat mensen in de toekomst meer op kwaliteit gaan kiezen, wanneer zorgverzekeraars meer zullen gaan concurreren op de kwaliteit van gecontracteerde zorg. Een stap in deze richting is door zorgverzekeraar CZ gemaakt. Zij hebben op basis van verschillende indicatoren besloten om voor het jaar 2011 vier ziekenhuizen niet meer te contracteren voor borstkankerzorg. Dit kan tot gevolg hebben dat verzekerden die daar een behandeling ondergaan voor borstkanker de kosten niet geheel vergoed zullen krijgen. De toekomst zal moeten uitwijzen of dergelijk ‘selectief contracteren’ tot gevolg heeft dat mensen meer op kwaliteit gaan kiezen of dat ze juist verzekeraars die ‘selectief contracteren’ zullen vermijden.

5.7 Toekomstig gebruik van de CQI Zorg en Zorgverzekering

Elk jaar kunnen consumenten weer bepalen of ze willen wisselen van zorgverzekeraar. De resultaten van de CQI Zorg en Zorgverzekering maken het mogelijk om bij de keuze voor een zorgverzekering ook mee te wegen hoe de dienstverlening wordt ervaren. Zorgverzekeraars kunnen de vragenlijst op hun beurt gebruiken om hun dienstverlening aan te passen aan de wensen en behoeften van hun verzekerden. Zo kunnen zorgverzekeraars de vragenlijst gebruiken om probleemgebieden in hun dienstverlening te lokaliseren en te verbeteren. Verder kan de vragenlijst gebruikt worden om veranderingen in tijd in kaart te brengen. Een systematische vergelijking over meerdere jaren zoals in de studie van Hendriks et al. (2009) brengt het effect van het hervormde verzekeringsstelsel en vraagsturing mooi in kaart. In het onderzoek van Hendriks et al. (2009) werd gevonden dat in het algemeen zorgverzekeraars volgens hun verzekerden beter zijn gaan presteren over de jaren. Daarnaast zijn zorgverzekeraars naar elkaar toegegroeid. Zorgverzekeraars die in 2005 benedengemiddeld presteerden, zijn meer vooruit gegaan dan zorgverzekeraars die toen gemiddeld of bovengemiddeld presteerden. Dit suggereert dat verzekeraars die benedengemiddeld presteren extra inspanningen leveren om hun achterstand in te lopen. Om te bepalen of deze trend zich doorzet, is het belangrijk om dit onderzoek volgend jaar te herhalen met de resultaten uit de jaren 2009, 2010 en 2011.

Vorig jaar is besloten om, naast het algemeen oordeel van de huisarts en medisch specialist, ook te vragen naar de ervaringen met fysiotherapie en het verkrijgen van hulpmiddelen. Als naar deze aspecten wordt gevraagd, blijkt dat er, in tegenstelling tot bijvoorbeeld het algemeen oordeel over de huisarts of de specialist wel enkele verschillen bestaan tussen ervaringen van verzekerden van verschillende zorgverzekeraars, met name wat betreft de fysiotherapeut. Het vragen naar meer specifieke zorg lijkt dus te resulteren in iets meer differentiatie tussen zorgverzekeraars dan wanneer wordt gevraagd naar algemene ambulante zorg. Wellicht zullen in de toekomst meer of andere aspecten toegevoegd en uitgevraagd worden, hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan de zorg rondom medicatie.

De teruglopende respons is tenslotte een ander belangrijk aandachtspunt en een zorgelijke ontwikkeling. De netto respons was in het eerste jaar 45% en is in de jaren daarop steeds meer teruggelopen tot 32% in 2009. Het responspercentage dit jaar bedraagt 33%. Deze lichte stijging is een gunstige ontwikkeling, al blijft het responspercentage wel laag. Wellicht leeft het thema zorgverzekeringen en zorgverzekeraars niet erg onder consumenten. Een lage respons kan er echter voor zorgen dat verschillen tussen zorgverzekeraars minder snel significant zijn. Daarnaast kan een lage respons voor problemen zorgen wat betreft de representativiteit van de resultaten. Het is mogelijk dat respondenten op enkele kenmerken, zoals bijvoorbeeld opleidingsniveau en ervaren gezondheid, verschillen van non-respondenten. Het is lastig een uitspraak over een gehele populatie te doen, wanneer de onderzoeksresultaten gebaseerd zijn op een groep die qua samenstelling niet overeenkomt met die populatie.

Er zijn grofweg twee manieren om een lage respons te voorkomen. Er kan voor gekozen worden om meer mensen uit te nodigen om deel te nemen. Hierdoor wordt het responspercentage niet verhoogd, maar dit zorgt wel voor meer waarnemingen waarop de analyses kunnen worden gebaseerd. Op deze manier kunnen verschillen tussen verzekeraars beter in kaart worden gebracht (Zwijnenberg et al., 2009). Een tweede manier is om het responspercentage te verhogen. Daartoe zijn vele middelen reeds onderzocht. In de meting van 2009 zijn de volgende maatregelen genomen: de vragenlijst werd verkort, de begeleidende brief werd opgesteld in naam van de zorgverzekeraar en niet meer in naam van het NIVEL en er werd gebruik gemaakt van een mixed mode dataverzameling: de vragenlijst kon zowel via internet als schriftelijk worden ingevuld. Deze maatregelen zijn dit jaar wederom aangehouden. Er is dit jaar een nieuwe maatregel toegepast waarvan verwacht werd dat deze responsverhogend zou werken. Uit het onderzoek van Millar et al. (2009) is gebleken dat wanneer mensen de keuze gelaten wordt tussen het online invullen of het schriftelijk invullen van een vragenlijst, zij minder bereid waren mee te werken dan wanneer hen eerst de online mogelijkheid aangeboden werd, zonder te melden dat hen op een later tijdstip de mogelijkheid geboden zal worden de vragenlijst schriftelijk in te vullen. Deze maatregel is in dit onderzoek toegepast door in de eerste uitnodigingsbrief enkel melding te maken van de online versie van de vragenlijst met de bijbehorende inlogcodes. In de derde verzending werd vervolgens een papieren versie van de vragenlijst meegezonden. Het responspercentage ligt dit jaar ruim 1% hoger dan vorig jaar. Dit is geen groot verschil, en het is niet noodzakelijkerwijs een gevolg van de genomen maatregel. Daarbij bleek een groot aantal aangeschreven mensen vragen en klachten over deze procedure te hebben. De helpdesk werd overspoeld met telefoontjes en e-mails waarin mensen om een papieren versie van de vragenlijst vroegen of aangaven geen computer of toegang tot internet te hebben. Het praktische nadeel van deze maatregel weegt niet op tegen de geringe verhoging van de respons, daarom zal bij de volgende meting aangeraden worden deze maatregel niet te continueren en in de eerste uitnodigingsbrief weer te vermelden dat een papieren versie binnen enkele weken volgt. Overigens blijkt het online invullen van de vragenlijst, wellicht mede door de maatregel, wel aan populariteit te winnen. Vorig jaar vulde ongeveer 40% van de respondenten de vragenlijst online in, dit jaar is dat 43,4%. Een andere optie voor de meting van volgend jaar is het inzetten van afmeldkaarten. Deze kunnen met de uitnodiging worden meegezonden zodat verzekerden

aan kunnen geven waarom zij zich afmelden en deze op kunnen sturen. Op deze manier wordt inzicht verkregen in de redenen van verzekerden om niet mee te willen werken. Eventuele methoden om de respons te verhogen kunnen dan hier op inspringen. Tevens kan het de kosten verlagen, omdat aan de verzekerden die zich afmelden niet een papieren versie gestuurd hoeft te worden.

Een kanttekening bij dit onderzoek betreft de representativiteit van de steekproeven van een aantal verzekeraars. In een aantal gevallen waren de verzekerden uit de steekproef ouder of juist jonger dan het gehele verzekerdenbestand, en in een aantal gevallen zaten er relatief meer mannen of vrouwen in de steekproef dan het gehele verzekerdenbestand. Hoewel er wordt gecorrigeerd voor leeftijd en dit dus niet van wezenlijk invloed geweest heeft kunnen zijn op de sterrenindeling, betekent het voor een aantal verzekeraars dat de resultaten mogelijk niet representatief zijn voor hun totale verzekerdenpopulatie. Voor geslacht hoeft op statistische gronden niet gecorrigeerd te worden (Damman et al., 2006b). Dit is mogelijk problematisch voor een zorgverzekeraar wanneer deze bijvoorbeeld initiatieven wil ontwikkelen om de dienstverlening aan hun klanten te verbeteren. Wanneer de steekproef qua leeftijd en geslacht niet representatief is voor de gehele populatie, dan zijn er wellicht meer zaken waarop ze verschillen. De representativiteit van de steekproeven is dan ook een aandachtspunt voor volgend jaar.

5.8 Tot slot

Kiezen op kwaliteit staat centraal in ons zorgstelsel. Vijf jaar na de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet lijkt de verzekerdenmobiliteit zich te stabiliseren. In 2010 is 4% van de Nederlanders overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. De belangrijkste reden om over te stappen betrof de hoogte van de premie voor de totale zorgverzekering (Vektis, 2010) en niet de kwaliteit van de zorgverzekeraar. Om te kunnen kiezen voor een zorgverzekeraar moeten consumenten hiertoe in staat worden gesteld. Het is mogelijk dat differentiatie tussen de zorgverzekeraars wat betreft de ervaren service en aanwezigheid van contracten tussen de verzekeraar en zorgverleners de verzekerdenmobiliteit zal stimuleren. Dit kan alleen als verschillen tussen zorgverzekeraars zorgvuldig in kaart wordt gebracht en consumenten gefaciliteerd worden om keuze-informatie makkelijk te vinden en te gebruiken. Herhaalmetingen zoals het huidige onderzoek alsmede publicatie van informatie op bijvoorbeeld op www.kiesBeter.nl zijn hierbij essentieel.

Literatuur

- Arah OA, Rupp I, Delnoij DMJ, Spreeuwenberg P, Stam P, et al. Casemix Adjustment strategy for the Dutch version of the hospital CAHPS instrument. *Academy Health*, 2006; Annual Research Meeting: Abstracts
- Bloemendal E, Koopman L, Hendriks M, Rademakers J. *Gebruikerswaarde van de CQ-index. Deelrapport 2: achtergronden van verschillen in klantervaringen bij zorgverzekeraars*. Utrecht: NIVEL, 2008
- Boelema B. Kwaliteitsbewuste zorginkoop door zorgverzekeraars. *Kwaliteit in Beeld*, 2005; 3:18-9
- Boer D de, Hendriks M, Damman OC, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Delnoij DMJ, Meulen- Arts S van der. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2007*. Utrecht: NIVEL/CKZ, 2007
- Campen C van, Sixma H, Kerssens JJ, Peters L, Rasker J. Assessing patients' priorities and perceptions of the quality of health care: the development of the QUOTE-Rheumatic-Patients instrument. *Br J Rheumatol*, 1997; 37:362-8
- Campen C van, Sixma H, Kerssens JJ, Peters L. Assessing non-institutionalized asthma and COPD patients' priorities and perceptions of quality of health care: the development of the QUOTE-CNSLD instrument. *J Asthma*, 1998; 34:531-8
- Cleary PD, Edgman-Levitan S. Health care quality. Incorporating consumer perspectives. *JAMA*, 1997; 278:1608-12
- Custers T, Klazinga NS. Waar voor je geld. *Medisch Contact*, 2005; 60:115-7
- www.cvz.nl
- Damman OC, Hendriks M, Delnoij DMJ, Spreeuwenberg P. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: meting 2006 voor www.kiesBeter.nl*. Utrecht: NIVEL, 2006a
- Damman OC, Hendriks M, Spreeuwenberg P, Rademakers J. *Gebruikswaarde van de CQ-index (deelrapport 3): presentatiewijze van CQ-index informatie aan consumenten*. Utrecht: NIVEL, 2006b
- Damman OC, Hendriks M, Triemstra AHM, Delnoij DMJ. Kwaliteitsinformatie over de zorg: hoe te presenteren aan de consument? *TSG*, 2007; 85:136-8
- Damman OC, Hendriks M, Delnoij DMJ. *Keuze-informatie op basis van patiëntervaringen: aanbevelingen en dilemma's*. (in voorbereiding)

- Darby C, Crofton C, Clancy CM. Consumer assessment of health providers and systems (CAHPS®): Evolving to meet stakeholder needs. *Am J Medical Quality*, 2006; 21:144-7
- Delnoij DMJ, Schee E van der. *Wisselen van ziekenfonds per 1-1-2003: een peiling van het Consumentenpanel Gezondheidszorg*. Utrecht: NIVEL, 2003
- Delnoij D. Klantervaringen in de zorg meten met CQ Index. *Kwaliteit in Beeld*, 2006; 6:4-6
- Delnoij DMJ, Sixma H. Naar een CAHPS organisatie in Nederland. Utrecht: NIVEL, 2006
- Delnoij DMJ, Asbroek G ten, Arah OA, Koning JS de, Klazinga NS, et al. *Wat vinden Nederlanders van de gezondheidszorg en de zorgverzekering?: eerste landelijke resultaten van de Nederlandse vertaling van de CAHPS 3.0 Adult Commercial Questionnaire*. Utrecht: NIVEL, 2005
- Delnoij DMJ, Asbroek G ten, Arah OA, Koning JS de, Stam P, et al. Made in the USA: the import of American Consumer Assessment of Health Plan Surveys (CAHPS) into the Dutch social insurance system. *Eur J Public Health*, 2006; 16:652-9
- Delnoij, D. M. J. & Hendriks, M. (2008). De CQ-index: het meten van klantervaringen in de zorg. *TSG*, 86(8):440-6
- Douven RCMH, Schut FT. Premieconcurrentie tussen zorgverzekeraars. *ESB*, 2006; 91:272-6
- Edwards P, Roberts I, Clarke M, DiGiuseppi C, Pratap S, Wentz R et al. Methods to increase response rates to postal questionnaires. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007; MR000008
- Fung CH, Lim Y, Mattke S, Damberg C, Shekell, PG. Systematic review: The evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med*, 2008; 148:111-3
- Hendriks M, Delnoij DMJ, Meulen S van der, Brouwer W, Spreeuwenberg P. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: consumenteninformatie voor www.kiesBeter.nl*. Utrecht: NIVEL, 2005
- Hendriks M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Delnoij DMJ. Dutch healthcare reform: did it result in performance improvement of health plans? A comparison of consumer experiences over time. *BMC Health Serv Res*, 2009; 9:167
- Hendriks M, Jong JD de, Brink-Muinen A van den, Groenewegen PP. The intention to switch health insurer and actual switching behaviour: are there differences between groups of people? *Health Expect* (in press)
- Hesselink, BAM, Henneman, L, Timmermans, DRM. Kiezen voor een zorgverzekering: kwalitatief onderzoek naar het keuzeproces van zorgconsumenten. *TSG*, 2009; 87:312-7
- Hurenkamp M, Kremer M. *Vrijheid verplicht: over tevredenheid en de grenzen van keuzevrijheid*. Amsterdam: Van Gennep, 2005
- Jong J de. *Wisselen van zorgverzekeraar*. Utrecht: NIVEL, 2008

- Jong J de, Delnoij DMJ, Groenewegen P. *Verzekerdenmobiliteit is hoog: ook ouderen zijn overgestapt*. Utrecht: NIVEL, 2006
- Jong J de, Groenewegen P. *Percentage overstappers van zorgverzekeraars valt terug: collectivisering zet door*. Utrecht: NIVEL, 2007
- Kaiser, HF. The application of electronic computers to factor analysis. *Educ Psychol Meas*, 1960; 20:141-51
- Kerssens JJ, Groenewegen PP. Consumer choice of social health insurance in managed competition. *Health Expect*, 2003; 6:312-22
- Kerssens JJ, Delnoij DMJ, Verweij J, Schee E van der. De keuze van ziekenfondsverzekerden voor een zorgverzekeraar. *TSG*, 2002; 80:35-42
- Maat M van der, Jong J de. *Internet meest gebruikte informatiebron bij zoeken naar passende zorgverzekering*. Utrecht: NIVEL, 2008
- Maat M van der, Jong J de. *De rol van collectiviteiten in het zorgstelsel*. Utrecht: NIVEL, 2009
- Millar MM, O'Neill AC, Dillman DA. *Are mode preferences real?* Technical Report 09-003. Pullman: Washington State University, 2009
- O'Malley AJ, Zaslavsky AM, Elliott MN, Zaborksi L, Cleary PD. Case-mix adjustment of the CAHPS Hospital Survey. *Health Serv Res*, 2005; 40:2162-81
- Reitsma-van Rooijen M, Boer D de, Hendriks M, Hoek L van der, Rademakers J, Delnoij DMJ. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en zorgverzekeraars: CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2008*. Utrecht: NIVEL, 2008
- Schee E van der, Friele R, Delnoij DMJ. *Weinig mensen veranderen van ziekenfonds*. Utrecht: NIVEL, 2005
- Schwartz B. *The paradox of choice: why more is less*. New York: HarperCollins Publishers, 2004
- Sixma H, Hendriks M, Boer D de, Delnoij D. *Handboek CQI metingen, versie 2.0*. Utrecht: NIVEL, 2008a
- Sixma H, Hendriks M, Boer D de, Delnoij D. *Handboek CQI Ontwikkeling, versie 2.0*. Utrecht: NIVEL, 2008b
- Sixma H, Kerssens JJ, Campen C van, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: from a theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect*, 1998; 1:82-95
- Smit M, Mokveld P. *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag: de feiten over de marktontwikkeling na invoering van de basisverzekering*. Zeist: Vektis BV, 2006

Van der Hijden E. *Ervaringen op kiesBeter.nl/Zorgverzekeringen*. Presentatie gehouden op het symposium Klantervaring Telt!, 24 april 2007 http://www.centrumklantervaringzorg.nl/fileadmin/site/ckz/documenten/congres/2007-04-24_congres_ckz_gebruik_cq-index_kiesbeter_zorgverzekeringen.pdf

Vektis. *Zorgthermometer 2010. Verzekerden in beweging*. Zeist: Vektis, 2010

Vos L, Jong J de. *Percentage overstappers van zorgverzekeraars 3%. Ouderen wisselen nauwelijks van zorgverzekeraar*. Utrecht: NIVEL, 2009

Zaslavsky A, Zaborksi L, Lin Ding M, Shaul J, Cioffi P. Adjusting performance measures to ensure equitable plan comparisons. *Health Care Financing Review*, 2001; 22:109-26

Zaslavsky A, Zaborksi L, Cleary P. Factors affecting response rates to the Consumer Assessment of Health Plans Study Survey. *Med Care*, 2002; 40:485-9

Zuidgeest, M, Boer D de, Hendriks, M, Rademakers, J. Verschillende dataverzamelingmethoden in CQI onderzoek: een overzicht van de respons en representativiteit van respondenten. *TSG*, 2008; 86:455-62



CQ-index vragenlijst

Ervaringen met de zorg en met zorgverzekeraars

Versie 2010

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

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

Introductie

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

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

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

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

Instructies voor het invullen van deze vragenlijst

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

Nee → **indien nee: ga naar vraag 3**

Ja

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

Nee

() Ja

OVER UZELF

Allereerst een aantal vragen over **uzelf**.

1. Wat is uw leeftijd?

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

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

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

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

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

(a.u.b. in blokletters)

UW ERVARINGEN MET DE GEZONDHEIDSZORG

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

Uw huisarts

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

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

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

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

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

Het krijgen van medische zorg door een specialist

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

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

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

- ¹ Nee → *indien nee: ga naar vraag 8*
² Ja

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

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

Uw fysiotherapeut

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

8. **Bent u in de afgelopen 12 maanden voor behandelingen bij een fysiotherapeut geweest?**

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

9. **Had uw fysiotherapeut een contract met uw zorgverzekeraar?**

- ¹ Nee
² Ja
³ Weet ik niet → *indien u dit niet weet: ga naar vraag 11*

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

- ¹ Nee
² Ja

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

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

Hulpmiddelen

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

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

- ¹ Ik heb geen hulpmiddelen geheel of gedeeltelijk vergoed gekregen van mijn zorgverzekeraar → **ga naar vraag 16**
- ² Verzorgingsmiddelen (bijvoorbeeld incontinentie- of stomamateriaal, spoelapparatuur, katheter, stompkous)
- ³ Gebitsprothesen
- ⁴ Orthesen en schoenvoorzieningen (bijvoorbeeld orthopedische beugel, orthopedisch schoeisel, stemprothese)
- ⁵ Hulpmiddelen voor een slecht gehoor (bijvoorbeeld hoortoestel)
- ⁶ Hulpmiddelen voor slechte ogen (bijvoorbeeld bril, lenzen, loep)
- ⁷ Diabetes hulpmiddelen (bijvoorbeeld teststrips, lancetten)
- ⁸ Aangepaste inrichting in huis wegens functiebeperking (bijvoorbeeld aangepaste bedden, tafels)
- ⁹ Hulpmiddelen voor functieverlies van aderen en lymfevaten (bijvoorbeeld elastische kousen, aan-/ uittrekhulpen voor kousen)
- ¹⁰ Hulpmiddelen voor ademhalingsproblemen (bijvoorbeeld zuurstofapparaat, vernevelaar)
- ¹¹ Hulpmiddelen voor vervanging van een ledemaat of lichaamsdeel (bijvoorbeeld arm- of beenprothese, borstprothese)
- ¹² Hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering (bijvoorbeeld aangepaste computers / telefoons, alarminstallatie, daisyspeler)
- ¹³ Hulpmiddelen voor beperkte mobiliteit (bijvoorbeeld krukken, rollator, trippelstoel)
- ¹⁴ Hulpmiddelen voor voeding (bijvoorbeeld voedingspomp, sonde)
- ¹⁵ Hulpmiddelen voor behandeling (bijvoorbeeld injectiespuit, infuuspomp)
- ¹⁶ Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

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

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

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

- ¹ Nee
- ² Ja

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

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

UW ERVARINGEN MET DE ZORGVERZEKERING

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

16. Bij welke zorgverzekeraar bent u verzekerd?

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

17. Hoe bent u verzekerd tegen ziektekosten?

- Alleen een basisverzekering
 Een basisverzekering en een aanvullende verzekering

18. Bent u individueel verzekerd of via een collectief?

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

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

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

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

Wat voor een soort verzekering heeft u?

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

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

- Minder dan 1 jaar → *ga naar vraag 64*
 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

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

- Nee → *indien nee: ga naar vraag 23*
 Ja

22. **Is het een probleem geweest om deze informatie te begrijpen?**
- Een groot probleem
 Een klein probleem
 Geen probleem
23. **Heeft u in de afgelopen 12 maanden zelf op de website van uw zorgverzekeraar gezocht naar informatie over uw zorgverzekering?**
- Nee → *indien nee: ga naar vraag 26*
 Ja
24. **Is het een probleem geweest om deze informatie te vinden?**
- Een groot probleem
 Een klein probleem
 Geen probleem
25. **Is het een probleem geweest om deze informatie te begrijpen?**
- Een groot probleem
 Een klein probleem
 Geen probleem
26. **Heeft u in de afgelopen 12 maanden schriftelijke informatie ontvangen van uw zorgverzekeraar over de polisvoorwaarden?**
- Nee → *indien nee: ga naar vraag 28*
 Ja
27. **Is het een probleem geweest om de schriftelijke informatie over de polisvoorwaarden te begrijpen?**
- Een groot probleem
 Een klein probleem
 Geen probleem
28. **Bent u in de afgelopen 12 maanden langs geweest bij één van de kantoren van uw zorgverzekeraar?**
- Nee → *indien nee: ga naar vraag 31*
 Ja
29. **Is het een probleem geweest om het kantoor van uw zorgverzekeraar te bereiken?**
- Een groot probleem
 Een klein probleem
 Geen probleem
30. **Als u bij het kantoor van uw zorgverzekeraar langs ging, werd u dan binnen 15 minuten geholpen?**
- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd
31. **Heeft u in de afgelopen 12 maanden overdag tussen 9.00 en 17.00 uur gebeld met de klantenservice van uw zorgverzekeraar om informatie of hulp te krijgen?**
- Nee → *indien nee: ga naar vraag 34*
 Ja
32. **Is het een probleem geweest om de klantenservice overdag tussen 9.00 en 17.00 uur telefonisch te bereiken?**
- Een groot probleem
 Een klein probleem
 Geen probleem
33. **Als u belde met de klantenservice, kreeg u dan de informatie of hulp die u nodig had?**
- Nooit
 Soms
 Meestal
 Altijd
34. **Heeft u in de afgelopen 12 maanden een e-mail gestuurd naar uw zorgverzekeraar om informatie of hulp te krijgen?**
- Nee → *indien nee: ga naar vraag 37*
 Ja

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

- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd

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

- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd

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

- ¹ Nee → *indien nee: ga naar vraag 40*
² Ja

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

- ¹ Nee → *indien nee: ga naar vraag 40*
² Ja

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

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

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

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

- ¹ Nee → *indien nee: ga naar vraag 43*
² Ja
³ Weet ik niet → *indien u dit niet weet: ga naar vraag 43*

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

- ¹ Nee
² Ja

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

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

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

- ¹ Nee → *indien nee: ga naar vraag 46*
² Ja

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

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

45. Is uw klacht of probleem naar tevredenheid opgelost?

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

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

- ¹ Nee → *indien nee: ga naar vraag 48*
² Ja

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

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

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

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

- ¹ Nee → *indien nee: ga naar vraag 51*
² Ja
³ Weet ik niet → *indien u dit niet weet: ga naar vraag 51*

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

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

50. Heeft uw zorgverzekeraar uw rekeningen correct afgehandeld?

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

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

- ¹ Nee → *indien nee: ga naar vraag 54*
² Ja
³ Weet ik niet → *indien u dit niet weet: ga naar vraag 54*

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

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

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

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

54. Heeft u in de afgelopen 12 maanden contact gehad (over de telefoon, in persoon) met medewerkers van uw zorgverzekeraar?

- ¹ Nee → *indien nee: ga naar vraag 62*
² Ja

55. Waren de medewerkers van uw zorgverzekeraar beleefd tegen u?

- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd

56. Namen de medewerkers van uw zorgverzekeraar u serieus?

- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd

57. Vond u de medewerkers van uw zorgverzekeraar behulpzaam?

- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd

58. Luisterden de medewerkers van uw zorgverzekeraar aandachtig naar u?

- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd

59. Legden de medewerkers van uw zorgverzekeraar u dingen op een begrijpelijke manier uit?

- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd

60. Hadden de medewerkers van uw zorgverzekeraar genoeg tijd voor u?

- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd

61. Gaven de medewerkers van uw zorgverzekeraar u tegenstrijdige informatie?

- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd

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

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

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

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

AANVULLENDE VRAGEN

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

64. Bent u een man of een vrouw?

- ¹ Man
² Vrouw

65. Wat zijn de vier cijfers van uw postcode?

--	--	--	--

66. Wat is het geboorteland van uzelf?

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

--

(a.u.b. in blokletters)

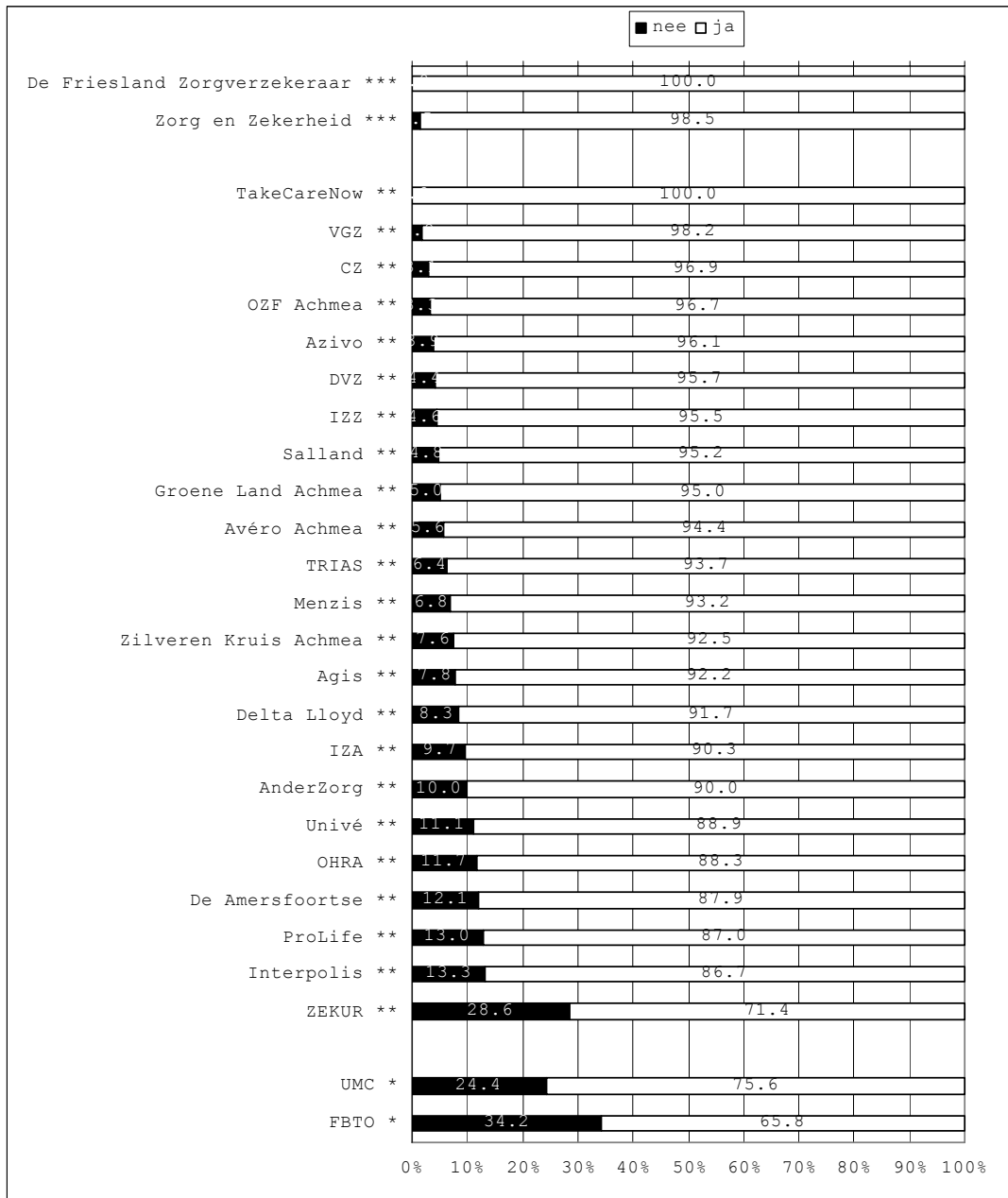
Bijlage 2 Consumenteninformatie over de prestaties van zorgverzekeraars

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

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

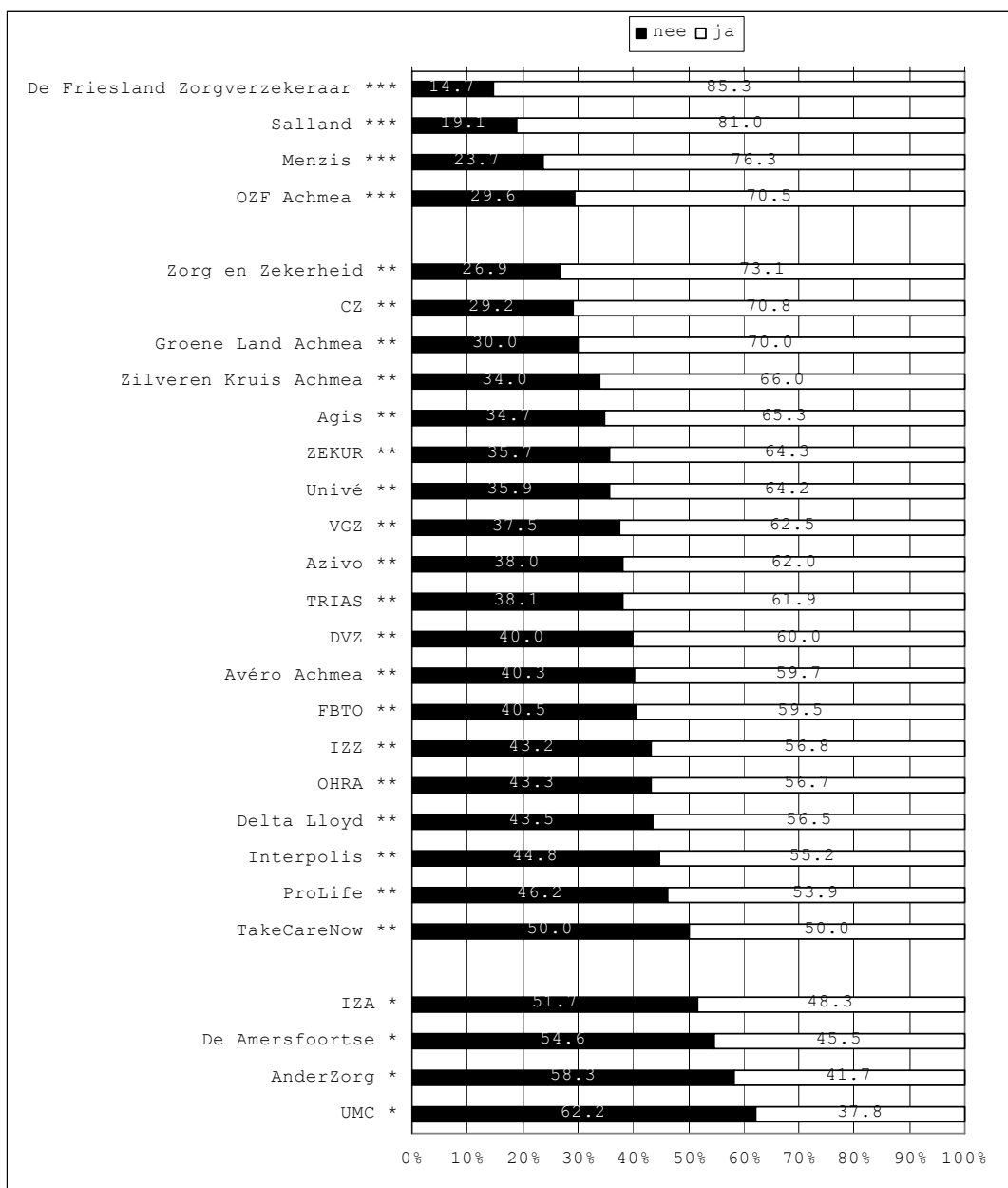
Het is belangrijk om op te merken dat de driedeling laat zien hoe iedere zorgverzekeraar zijn werk doet ten opzichte van het gemiddelde van alle zorgverzekeraars in het onderzoek en **niet** of de zorgverzekeraars op een bepaald aspect goed of slecht presteren. Een zorgverzekeraar wordt ingedeeld in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

Aanwezigheid contract fysiotherapeut-zorgverzekeraar



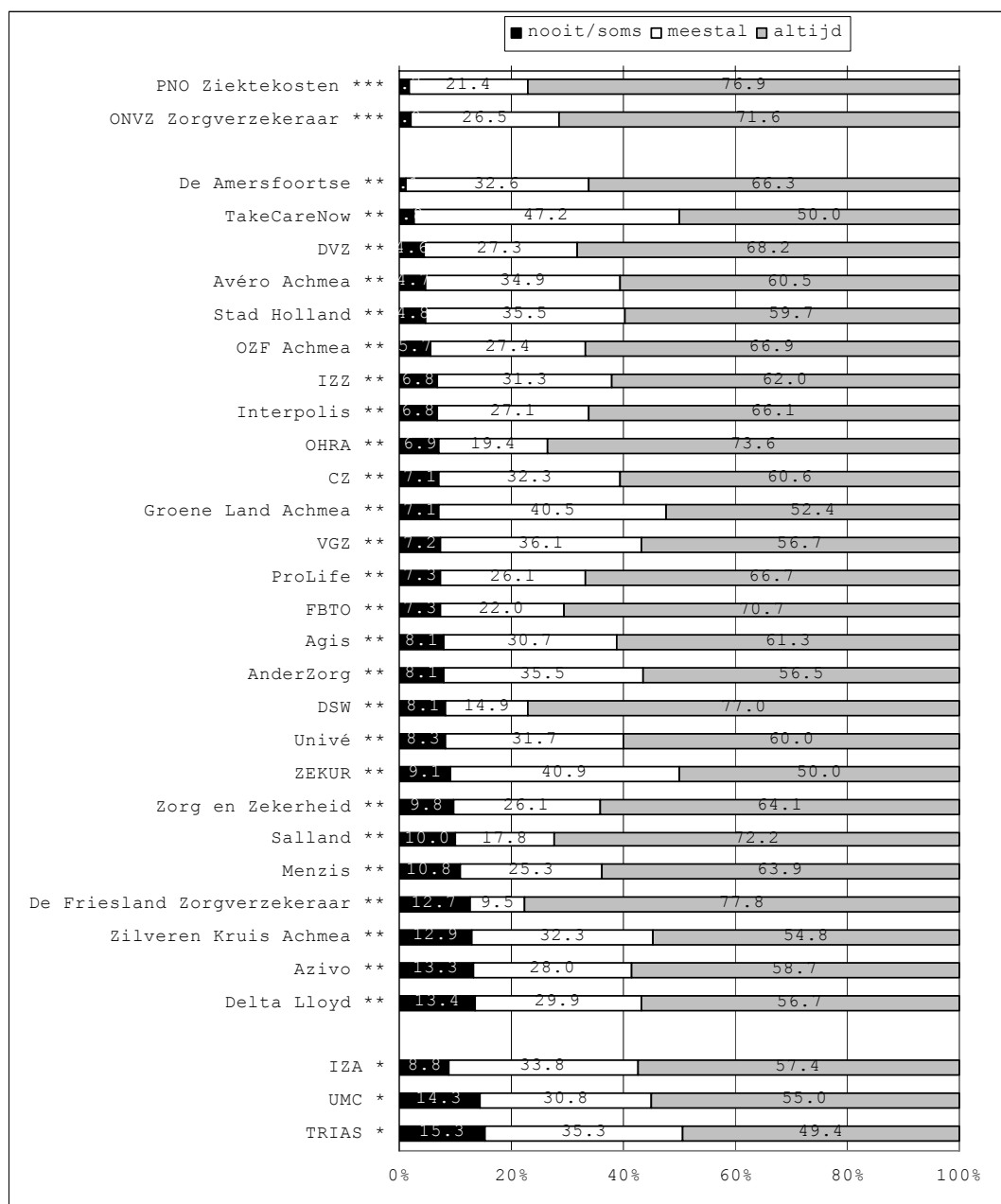
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Duidelijkheid over contract fysiotherapeut-zorgverzekeraar



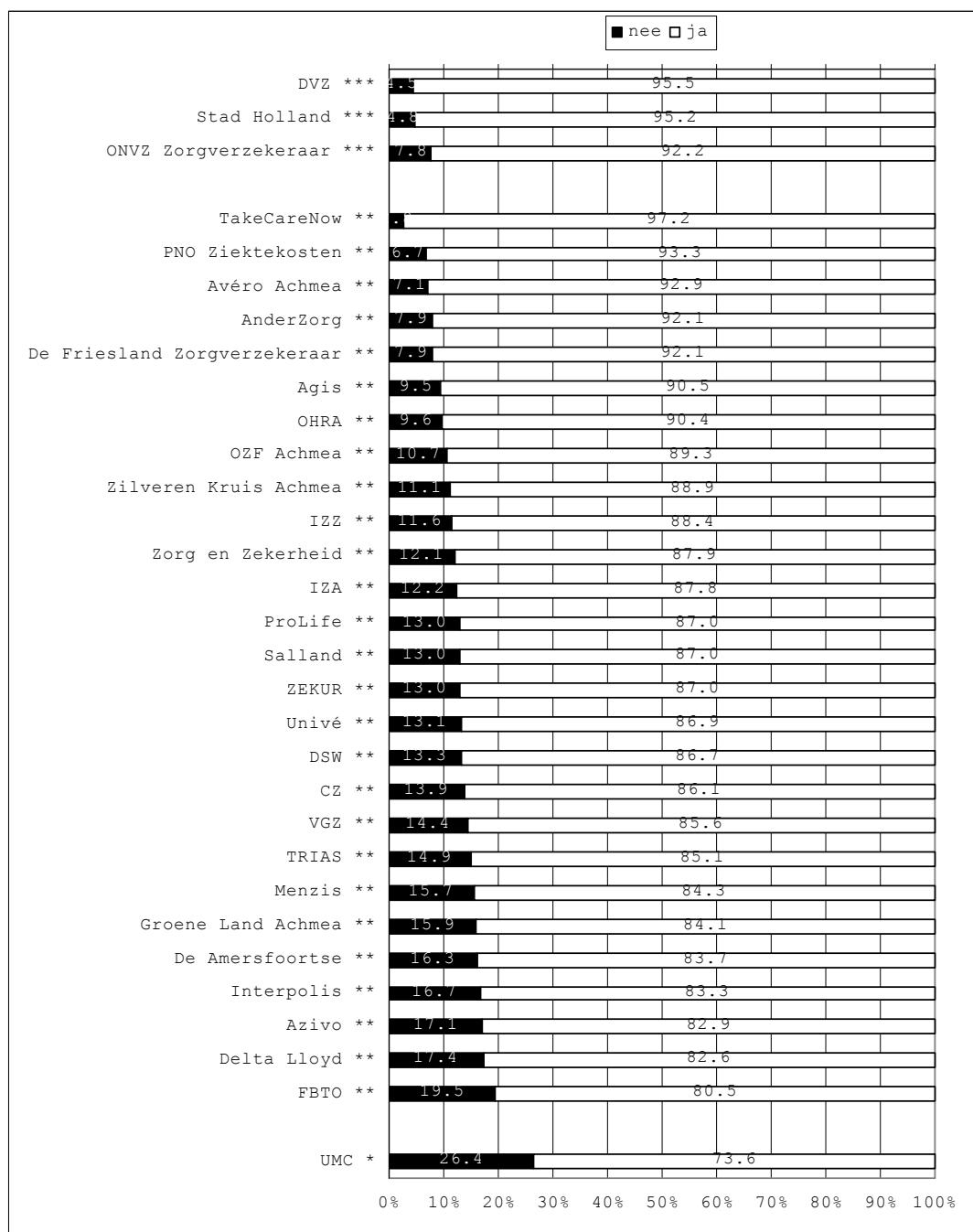
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Snelle afhandeling aanvraag hulpmiddel



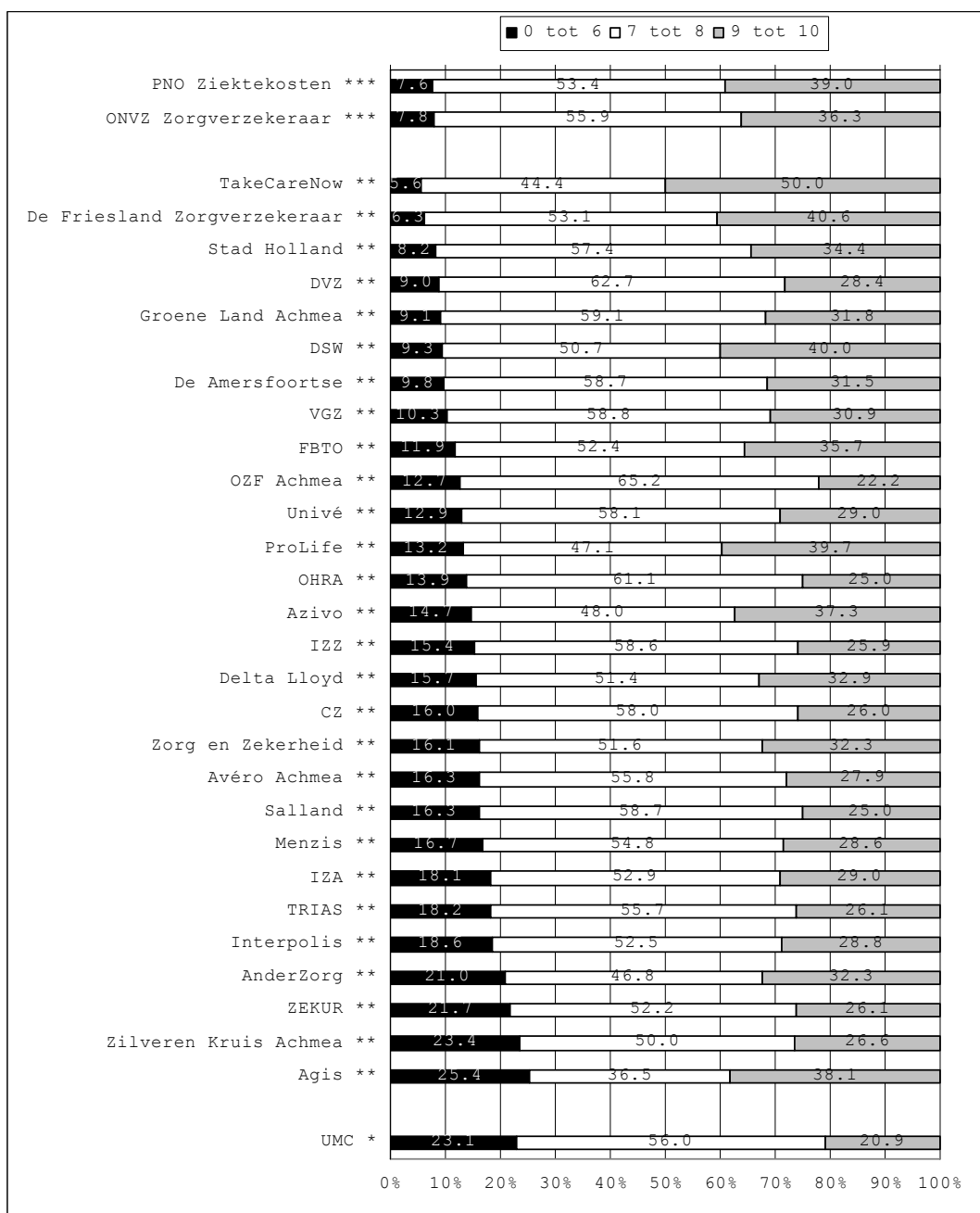
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Duidelijkheid vergoeding hulpmiddel



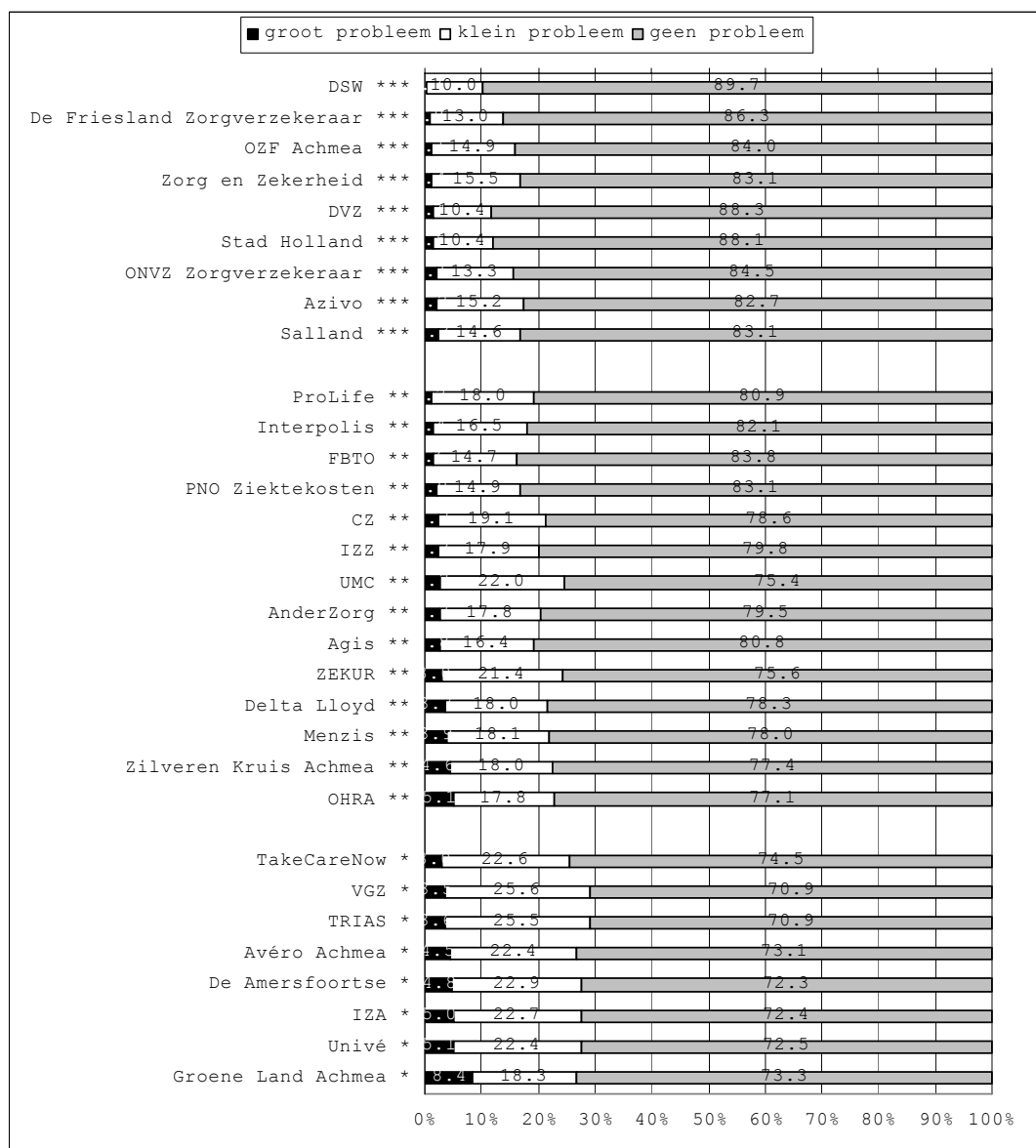
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Algemeen oordeel zorgverzekeraar dienstverlening hulpmiddelen



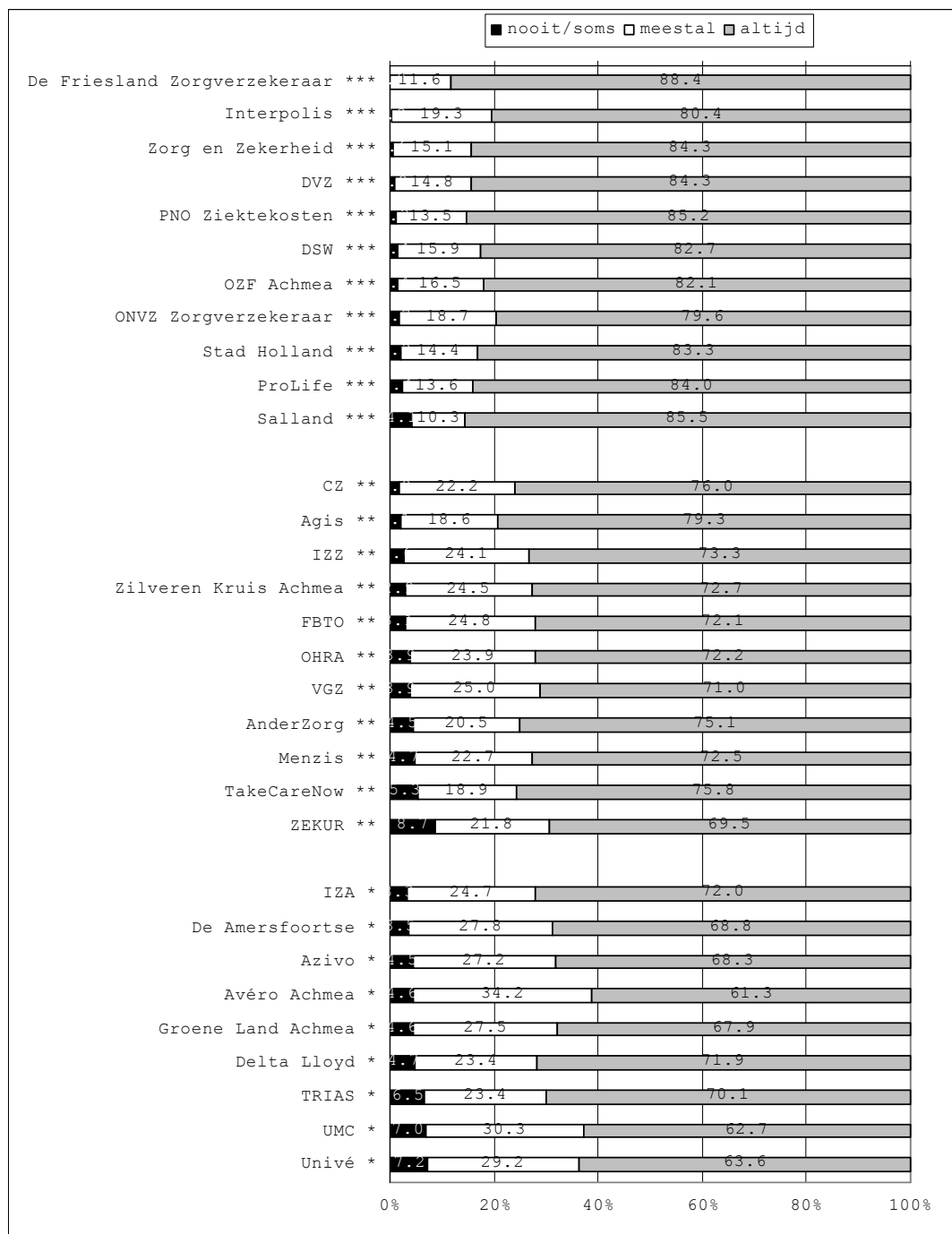
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Informatievoorziening van de zorgverzekeraar



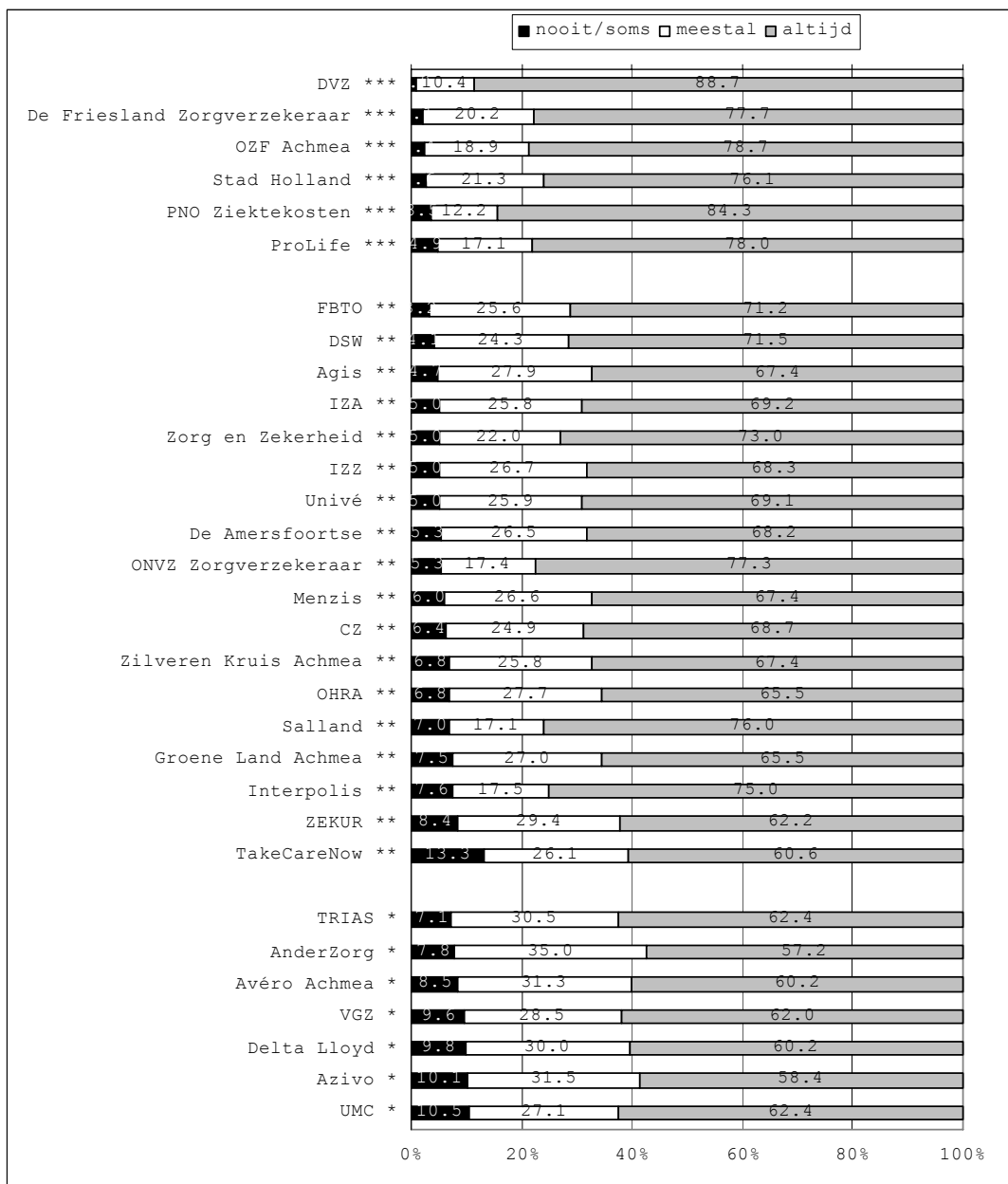
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Afhandeling van rekeningen



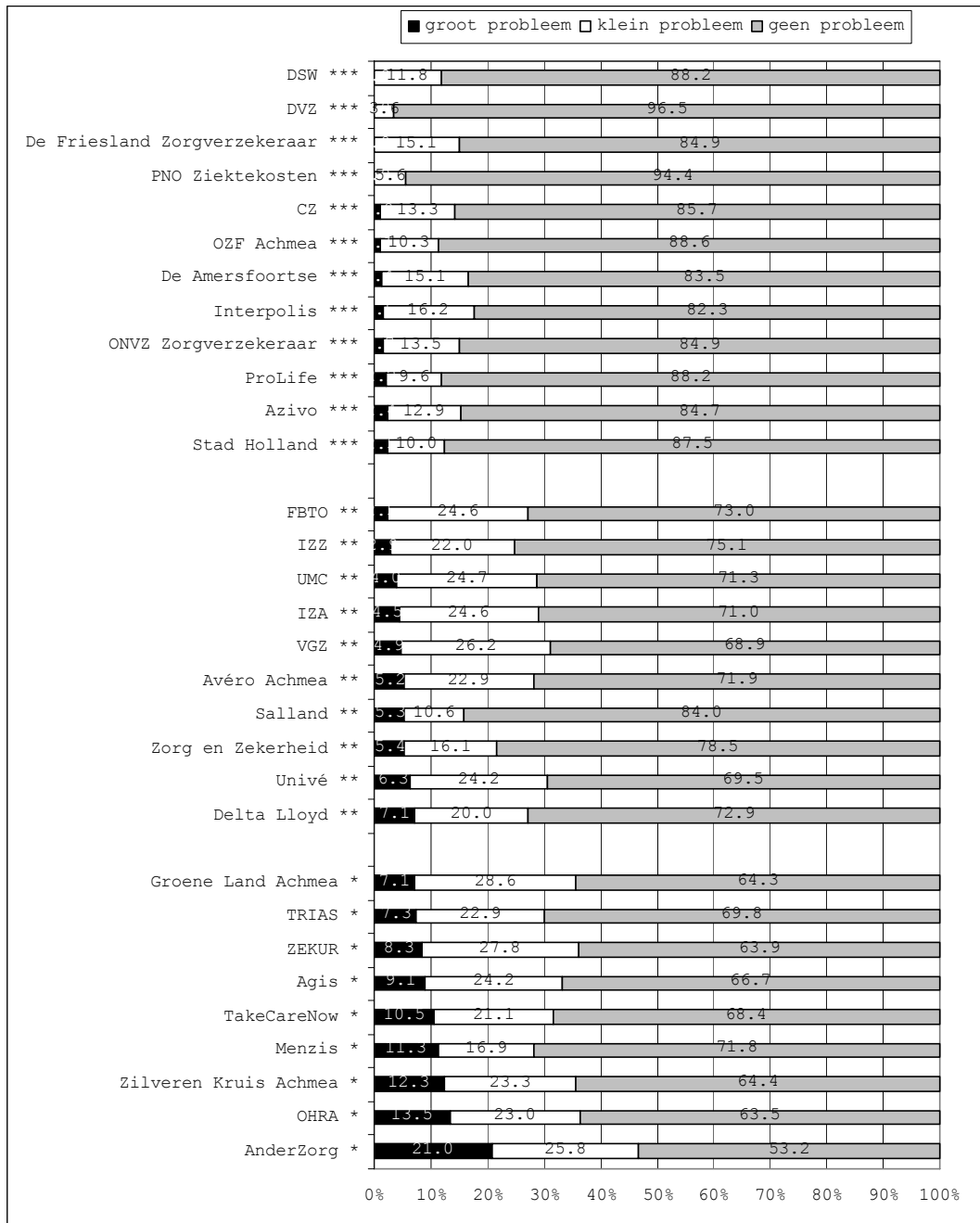
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Bejegening door medewerkers zorgverzekeraar



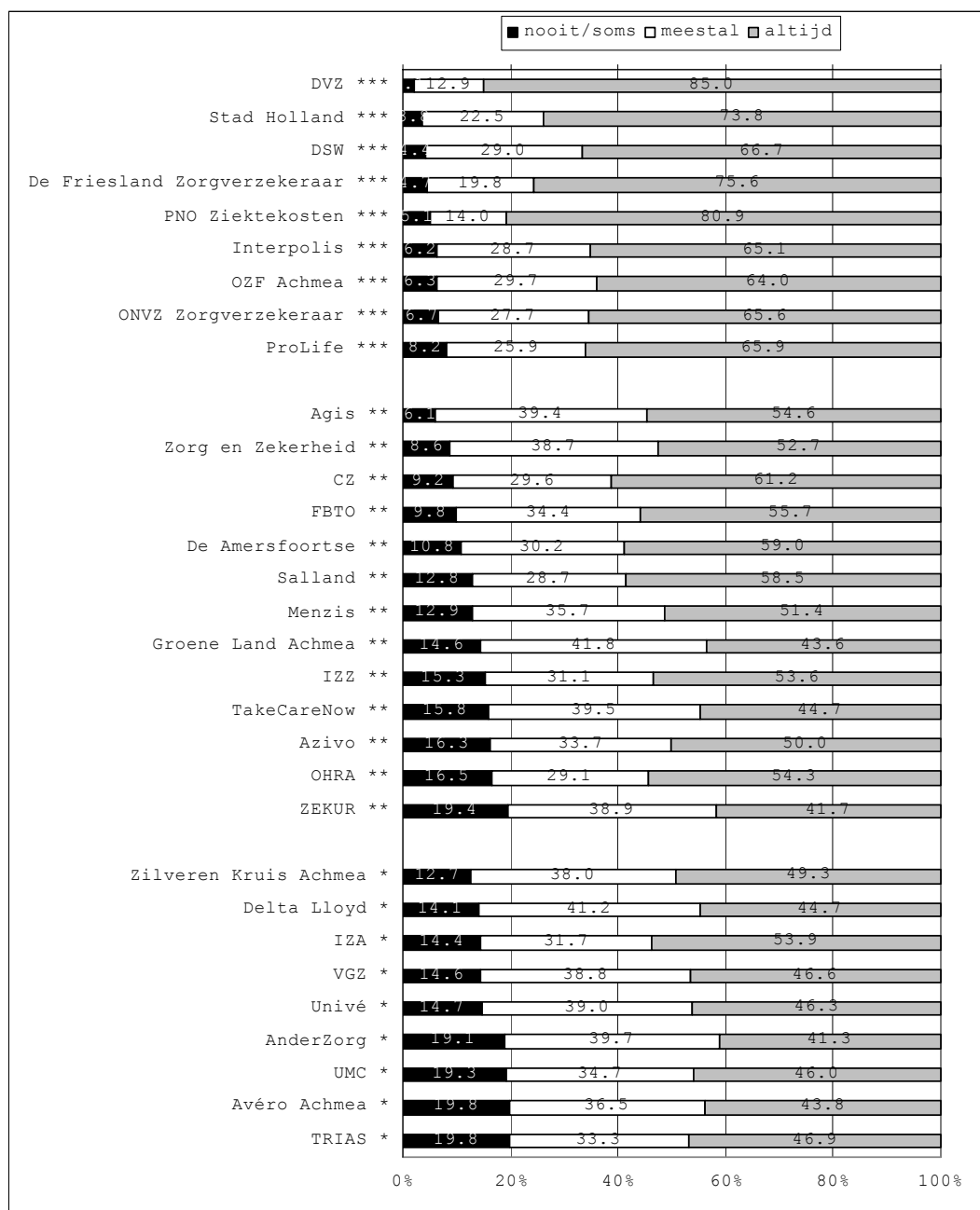
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Telefonische bereikbaarheid klantenservice



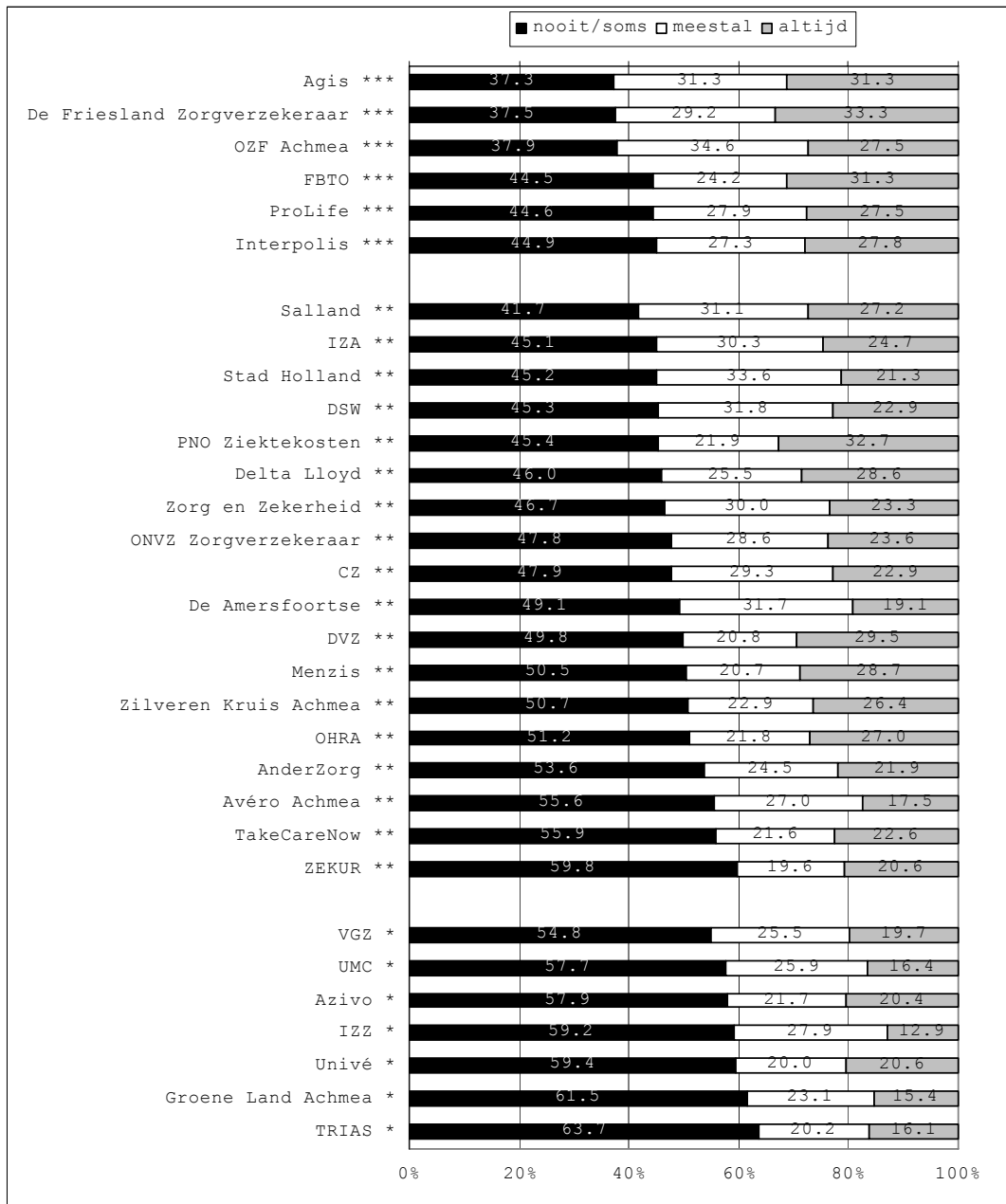
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Krijgen van benodigde telefonische hulp van de klantenservice



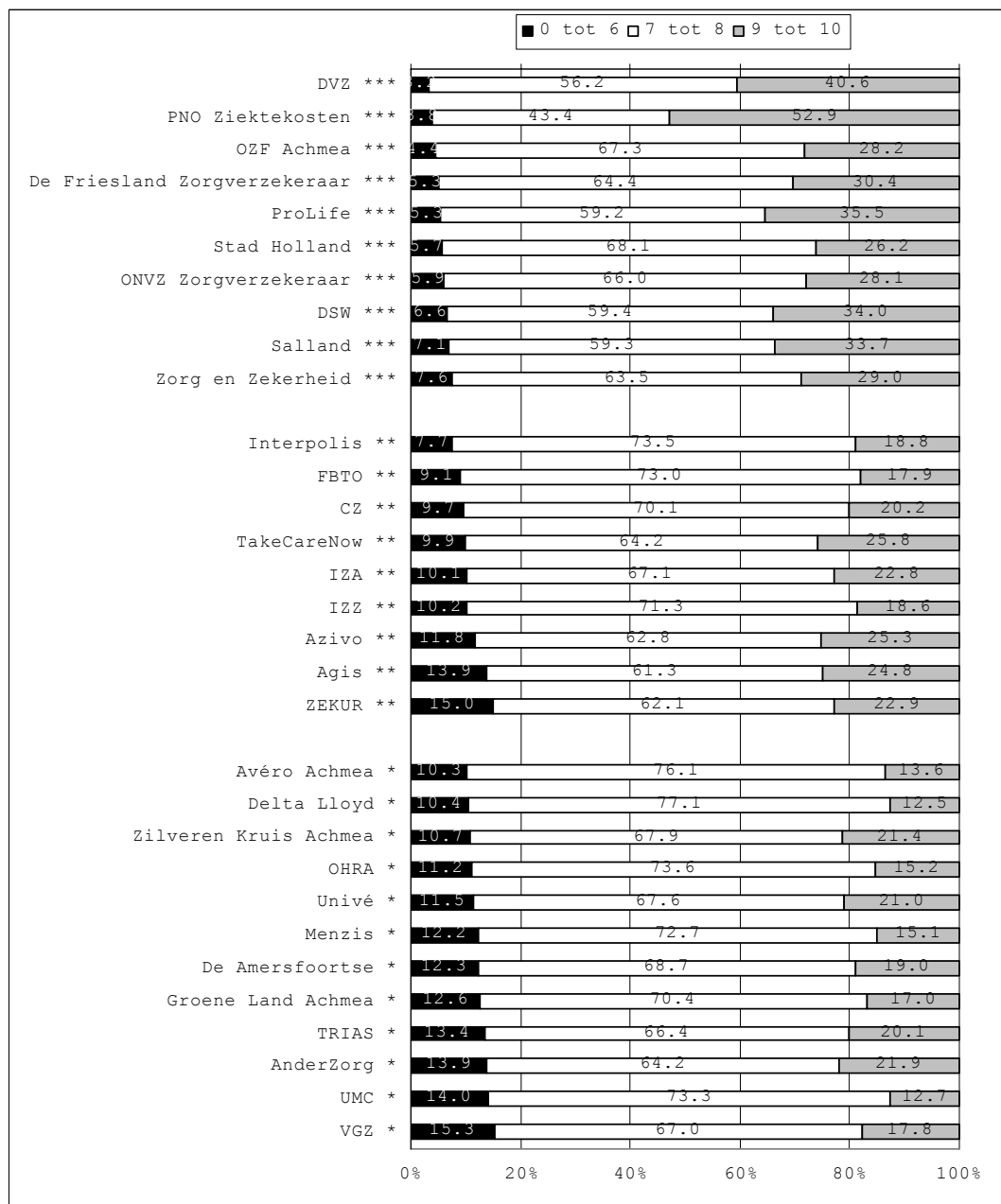
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Duidelijkheid over het (bij)betalen voor de zorg



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

Algemeen oordeel zorgverzekeraar



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

Bijlage 3 Gemiddelde scores en betrouwbaarheidsintervallen per kwaliteitsaspect

De volgende figuren tonen per zorgverzekeraar de gemiddelde score met 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) voor 12 kwaliteitsaspecten van zorgverzekeraars. De waarden zijn gebaseerd op de multilevel analyses na correctie voor leeftijd, opleiding en gezondheid. De horizontale lijn in iedere figuur geeft het gecorrigeerde gemiddelde op het aspect voor alle zorgverzekeraars tezamen. De twee verticale lijnen komen overeen met de indeling van de zorgverzekeraars in drie groepen zoals beschreven in tabel 4.1. Voor alle zorgverzekeraars met één ster op een aspect (links van de verticale lijnen) geldt dat het betrouwbaarheidsinterval in zijn geheel onder de horizontale lijn van het gemiddelde valt. Bij de zorgverzekeraars met drie sterren op een aspect (rechts van de verticale lijnen) valt het betrouwbaarheidsinterval in zijn geheel boven dit gemiddelde. Het kan zijn dat een verzekeraar in een van de grafieken tussen de twee verticale rode lijnen staat, maar dat hij wel één ster heeft. Dit heeft te maken met het feit dat de volgorde van verzekeraars gebaseerd is op de gemiddelde score. De breedte van het betrouwbaarheidsinterval verschillen tussen de zorgverzekeraars en dat kan het verschil maken tussen het toegekend krijgen van het aantal sterren.

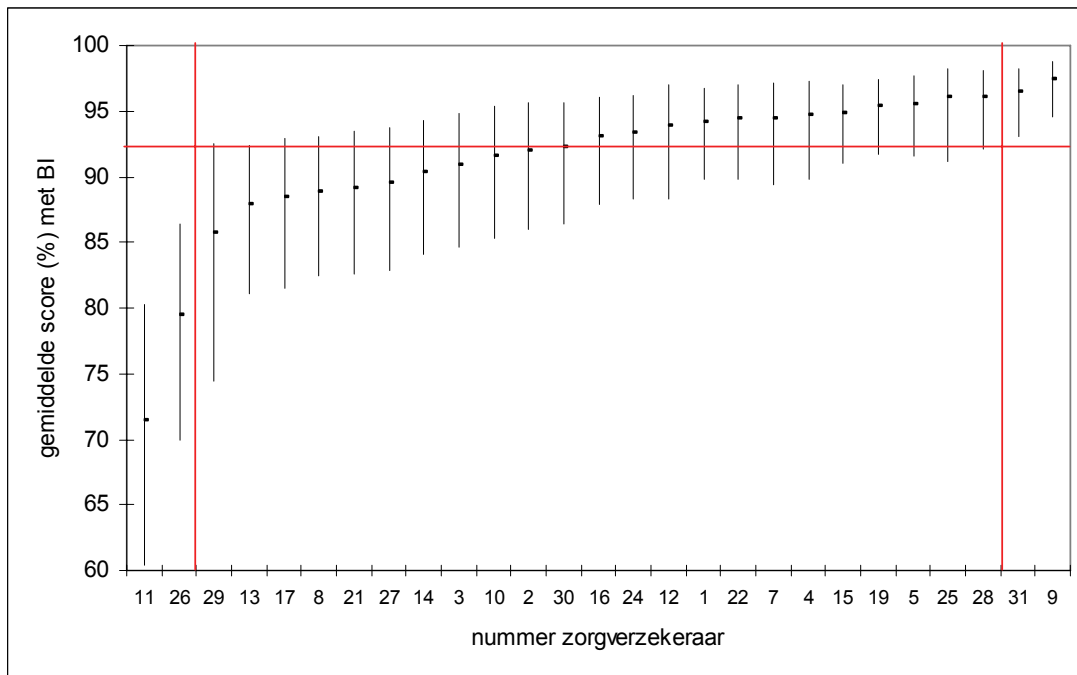
In de figuren worden de resultaten van de zorgverzekeraars weergegeven met behulp van een nummer dat uniek is voor een zorgverzekeraar. In tabel B3.1 staat achter iedere zorgverzekeraar het nummer waarmee het correspondeert in de figuren. De toewijzing van de nummers is gebeurd op alfabetische volgorde.

Tabel B3.1 Nummer per zorgverzekeraar

naam zorgverzekeraar	nummer	naam zorgverzekeraar	nummer
Avéro Achmea	1	OHRA	17
Agis	2	ONVZ	18
AnderZorg	3	OZF Achmea	19
Azivo	4	PNO	20
CZ	5	ProLife	21
DSW	6	Salland	22
DVZ	7	Stad Holland	23
De Amersfoortse	8	TRIAS	24
De Friesland	9	TakeCareNow	25
Delta Lloyd	10	UMC	26
FBTO	11	Univé	27
Groene Land Achmea	12	VGZ	28
Interpolis	13	ZEKUR	29
IZA	14	Zilveren Kruis Achmea	30
IZZ	15	Zorg en Zekerheid	31
Menzis	16		

Fysiotherapie

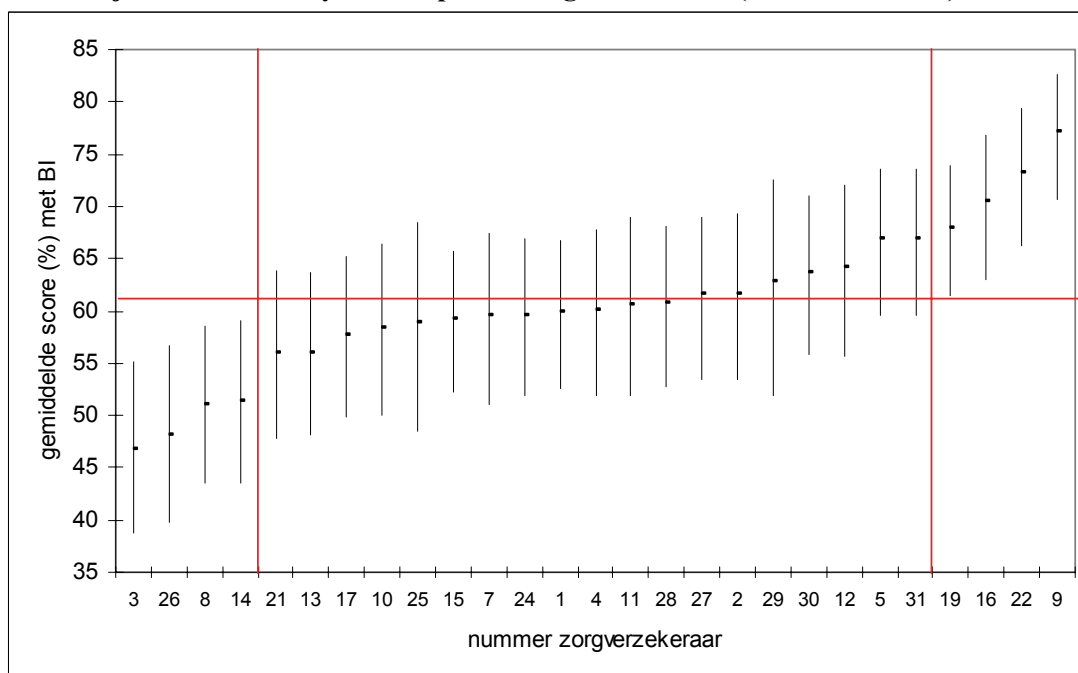
Contract fysiotherapeut – zorgverzekeraar aanwezig (schaal 0 t/m 100)



nummer	naam	gemiddelde	nummer	naam	gemiddelde
11	FBTO	71,38	24	TRIAS	93,28
26	UMC	79,40	12	Groene Land Achmea	93,93
29	ZEKUR	85,67	1	Avéro Achmea	94,11
13	Interpolis	87,84	22	Salland	94,36
17	OHRA	88,44	7	DVZ	94,48
8	De Amersfoortse	88,80	4	Azivo	94,68
21	ProLife	89,15	15	IZZ	94,79
27	Univé	89,52	19	OZF Achmea	95,34
14	IZA	90,33	5	CZ	95,49
3	AnderZorg	90,91	25	TakeCareNow	95,99
10	Delta Lloyd	91,63	28	VGZ	96,02
2	Agis	92,01	31	Zorg en Zekerheid	96,47
30	Zilveren Kruis Achmea	92,26	9	De Friesland	97,36
16	Menzis	93,05			

Totaalgemiddelde:	91,36
-------------------	-------

Duidelijkheid contract fysiotherapeut – zorgverzekeraar (schaal 0 t/m 100)

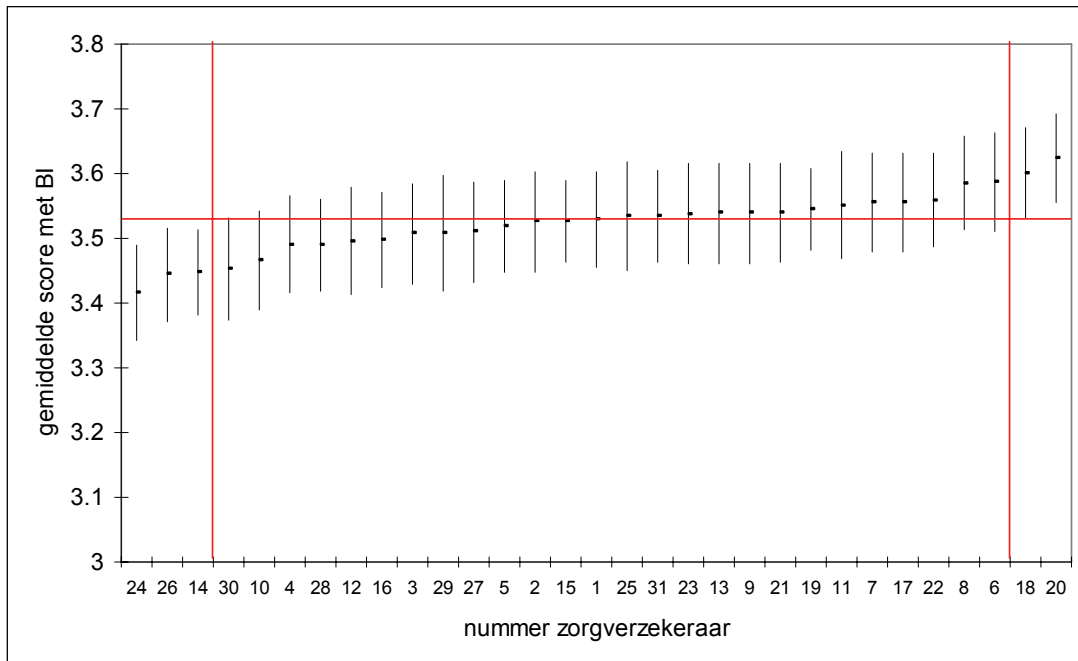


nummer	naam	gemiddelde	nummer	naam	gemiddelde
3	AnderZorg	46,82	11	FBTO	60,67
26	UMC	48,16	28	VGZ	60,75
8	De Amersfoortse	51,06	27	Univé	61,56
14	IZA	51,30	2	Agis	61,67
21	ProLife	55,96	29	ZEKUR	62,84
13	Interpolis	56,05	30	Zilveren Kruis Achmea	63,74
17	OHRA	57,69	12	Groene Land Achmea	64,26
10	Delta Lloyd	58,40	5	CZ	66,87
25	TakeCareNow	58,84	31	Zorg en Zekerheid	66,98
15	IZZ	59,20	19	OZF Achmea	67,99
7	DVZ	59,50	16	Menzis	70,42
24	TRIAS	59,59	22	Salland	73,26
1	Avéro Achmea	59,83	9	De Friesland	77,18
4	Azivo	60,08			

Totaalgemiddelde:	60,77
-------------------	-------

Hulpmiddelen

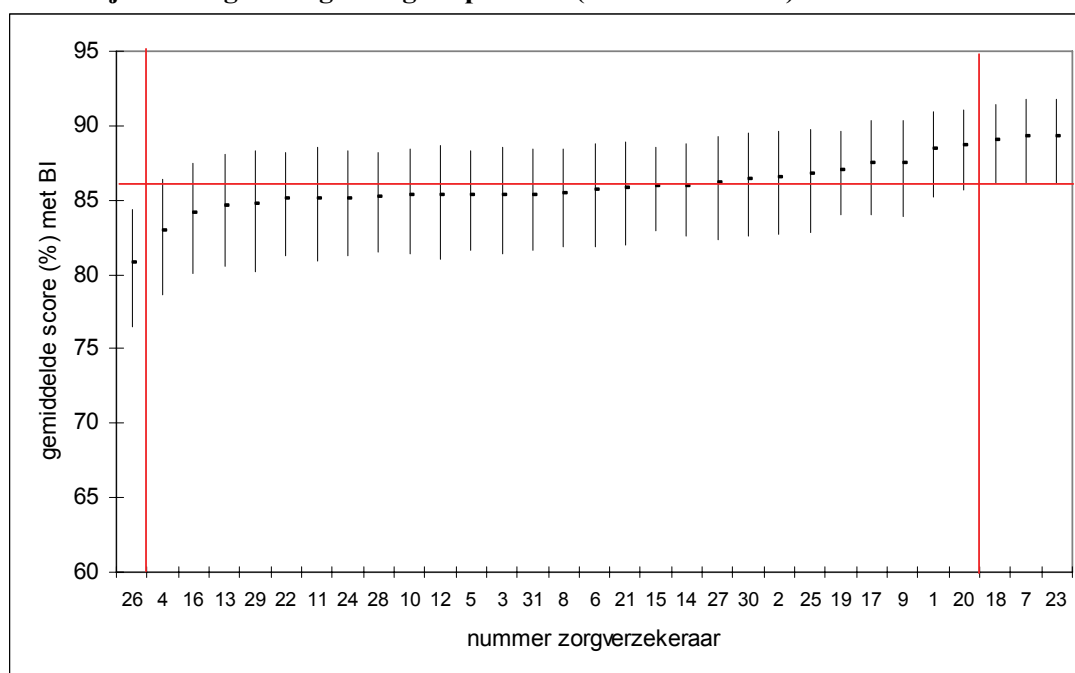
Snelle afhandeling aanvraag hulpmiddelen (schaal 1 t/m 4)



nummer	naam	gemiddelde	nummer	naam	gemiddelde
24	TRIAS	3.42	25	TakeCareNow	3.53
26	UMC	3.44	31	Zorg en Zekerheid	3.53
14	IZA	3.45	23	Stad Holland	3.54
30	Zilveren Kruis Achmea	3.45	13	Interpolis	3.54
10	Delta Lloyd	3.46	9	De Friesland	3.54
4	Azivo	3.49	21	ProLife	3.54
28	VGZ	3.49	19	OZF Achmea	3.54
12	Groene Land Achmea	3.50	11	FBTO	3.55
16	Menzis	3.50	7	DVZ	3.56
3	AnderZorg	3.51	17	OHRA	3.56
29	ZEKUR	3.51	22	Salland	3.56
27	Univé	3.51	8	De Amersfoortse	3.59
5	CZ	3.52	6	DSW	3.59
2	Agis	3.53	18	ONVZ	3.60
15	IZZ	3.53	20	PNO	3.62
1	Avéro Achmea	3.53			

Totaalgemiddelde:	3.52
-------------------	------

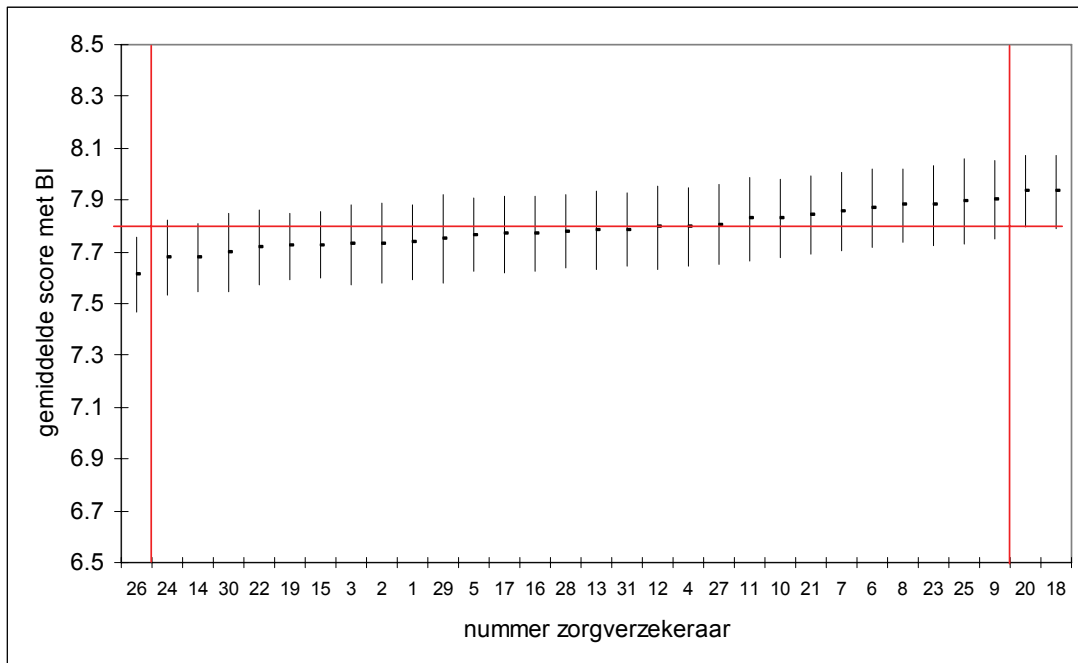
Duidelijkheid regels vergoeding hulpmiddel (schaal 0 t/m 100)



nummer	naam	gemiddelde	nummer	naam	gemiddelde
26	UMC	80.74	21	ProLife	85.80
4	Azivo	82.90	15	IZZ	85.97
16	Menzis	84.12	14	IZA	85.98
13	Interpolis	84.66	27	Univé	86.17
29	ZEKUR	84.69	30	Zilveren Kruis Achmea	86.45
22	Salland	85.06	2	Agis	86.54
11	FBTO	85.12	25	TakeCareNow	86.71
24	TRIAS	85.14	19	OZF Achmea	87.04
28	VGZ	85.16	17	OHRA	87.46
10	Delta Lloyd	85.27	9	De Friesland	87.48
12	Groene Land Achmea	85.28	1	Avéro Achmea	88.42
5	CZ	85.29	20	PNO	88.69
3	AnderZorg	85.33	18	ONVZ	89.02
31	Zorg en Zekerheid	85.35	7	DVZ	89.27
8	De Amersfoortse	85.40	23	Stad Holland	89.28
6	DSW	85.63			

Totaalgemiddelde:	85.98
-------------------	-------

Algemeen oordeel zorgverzekeraar rondom het krijgen van een hulpmiddel (schaal 1 t/m 10)

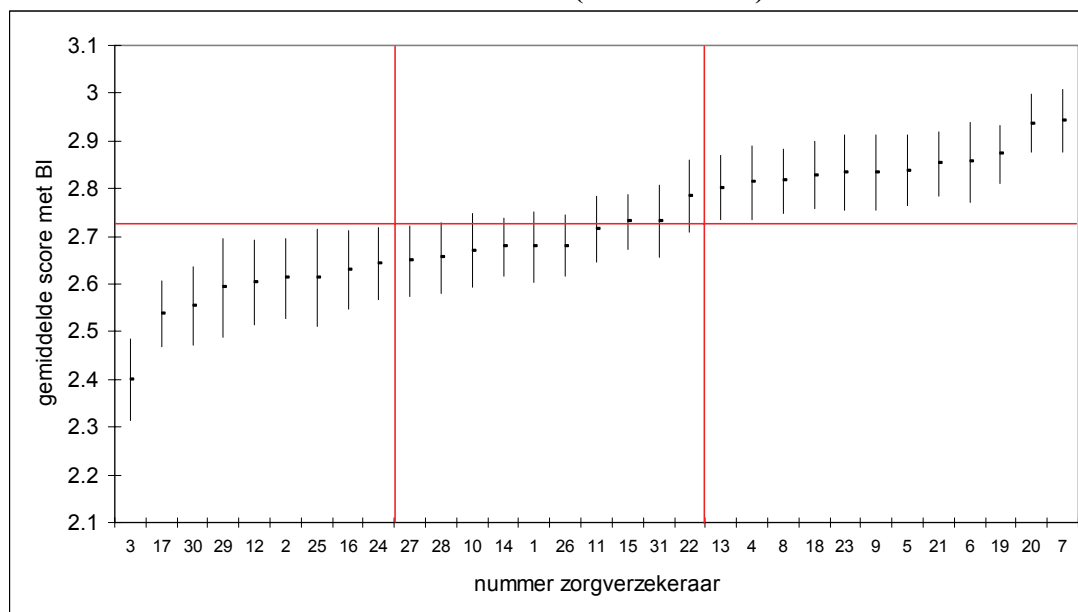


nummer	naam	gemiddelde	nummer	naam	gemiddelde
26	UMC	7.61	31	Zorg en Zekerheid	7.79
24	TRIAS	7.68	12	Groene Land Achmea	7.79
14	IZA	7.68	4	Azivo	7.80
30	Zilveren Kruis Achmea	7.70	27	Univé	7.81
22	Salland	7.72	11	FBTO	7.83
19	OZF Achmea	7.72	10	Delta Lloyd	7.83
15	IZZ	7.73	21	ProLife	7.84
3	AnderZorg	7.73	7	DVZ	7.86
2	Agis	7.73	6	DSW	7.87
1	Avéro Achmea	7.74	8	De Amersfoortse	7.88
29	ZEKUR	7.75	23	Stad Holland	7.88
5	CZ	7.77	25	TakeCareNow	7.89
17	OHRA	7.77	9	De Friesland	7.90
16	Menzis	7.77	20	PNO	7.93
28	VGZ	7.78	18	ONVZ	7.93
13	Interpolis	7.78			

Totaalgemiddelde:	7.79
-------------------	------

Zorgverzekeraar

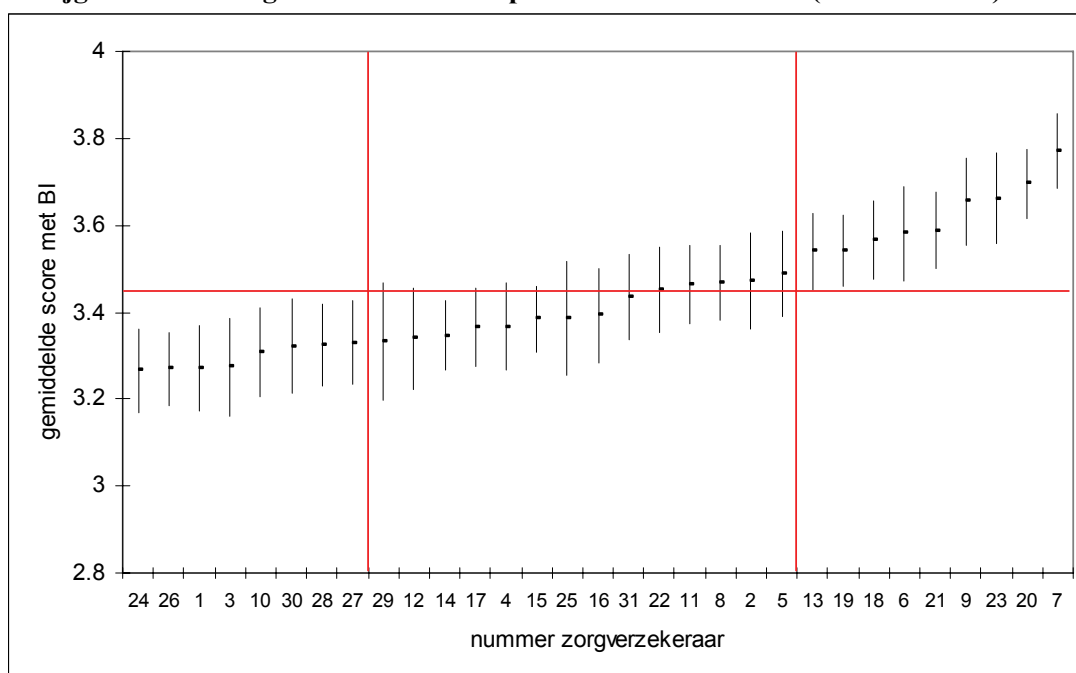
Telefonische bereikbaarheid klantenservice (schaal 1 t/m 3)



nummer	naam	gemiddelde	nummer	naam	gemiddelde
3	AnderZorg	2.40	15	IZZ	2.73
17	OHRA	2.54	31	Zorg en Zekerheid	2.73
30	Zilveren Kruis Achmea	2.56	22	Salland	2.78
29	ZEKUR	2.59	13	Interpolis	2.80
12	Groene Land Achmea	2.60	4	Azivo	2.81
2	Agis	2.61	8	De Amersfoortse	2.82
25	TakeCareNow	2.61	18	ONVZ	2.83
16	Menzis	2.63	23	Stad Holland	2.83
24	TRIAS	2.64	9	De Friesland	2.83
27	Univé	2.65	5	CZ	2.84
28	VGZ	2.65	21	ProLife	2.85
10	Delta Lloyd	2.67	6	DSW	2.86
14	IZA	2.68	19	OZF Achmea	2.87
1	Avéro Achmea	2.68	20	PNO	2.94
26	UMC	2.68	7	DVZ	2.94
11	FBTO	2.72			

Totaalgemiddelde:	2.72
-------------------	------

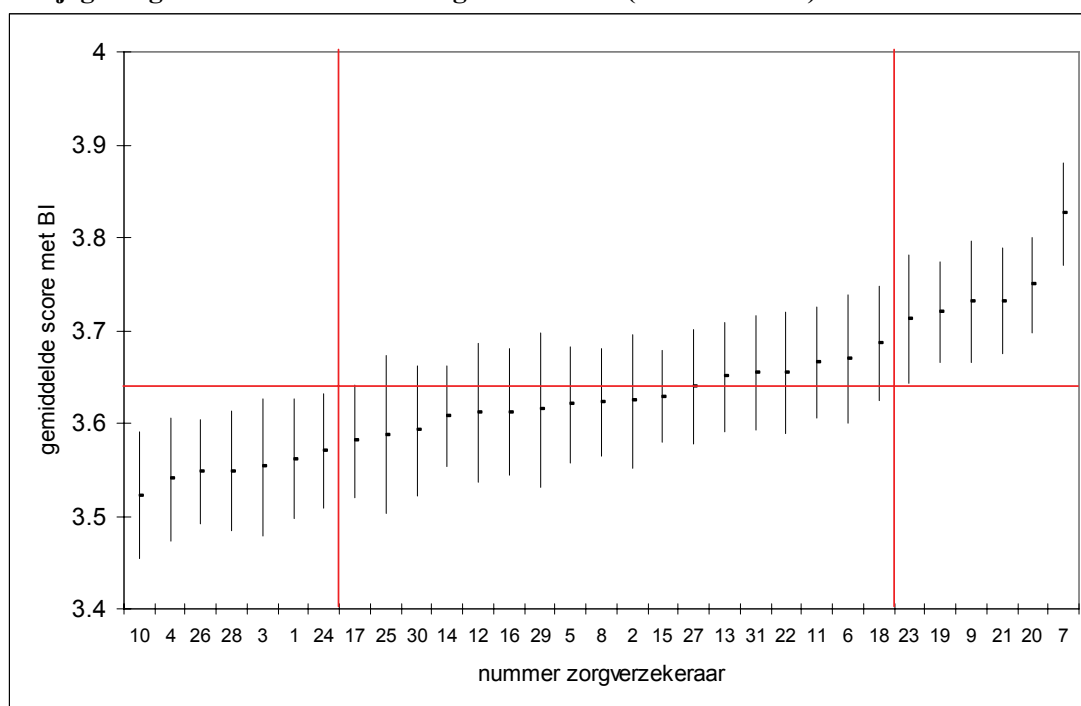
Krijgen van benodigde telefonische hulp van de klantenservice (schaal 1 t/m 4)



nummer	naam	gemiddelde	nummer	naam	gemiddelde
24	TRIAS	3.27	31	Zorg en Zekerheid	3.43
26	UMC	3.27	22	Salland	3.45
1	Avéro Achmea	3.27	11	FBTO	3.46
3	AnderZorg	3.27	8	De Amersfoortse	3.47
10	Delta Lloyd	3.31	2	Agis	3.47
30	Zilveren Kruis Achmea	3.32	5	CZ	3.49
28	VGZ	3.32	13	Interpolis	3.54
27	Univé	3.33	19	OZF Achmea	3.54
29	ZEKUR	3.33	18	ONVZ	3.57
12	Groene Land Achmea	3.34	6	DSW	3.58
14	IZA	3.35	21	ProLife	3.59
17	OHRA	3.36	9	De Friesland	3.65
4	Azivo	3.37	23	Stad Holland	3.66
15	IZZ	3.38	20	PNO	3.70
25	TakeCareNow	3.39	7	DVZ	3.77
16	Menzis	3.39			

Totaalgemiddelde:	3.44
-------------------	------

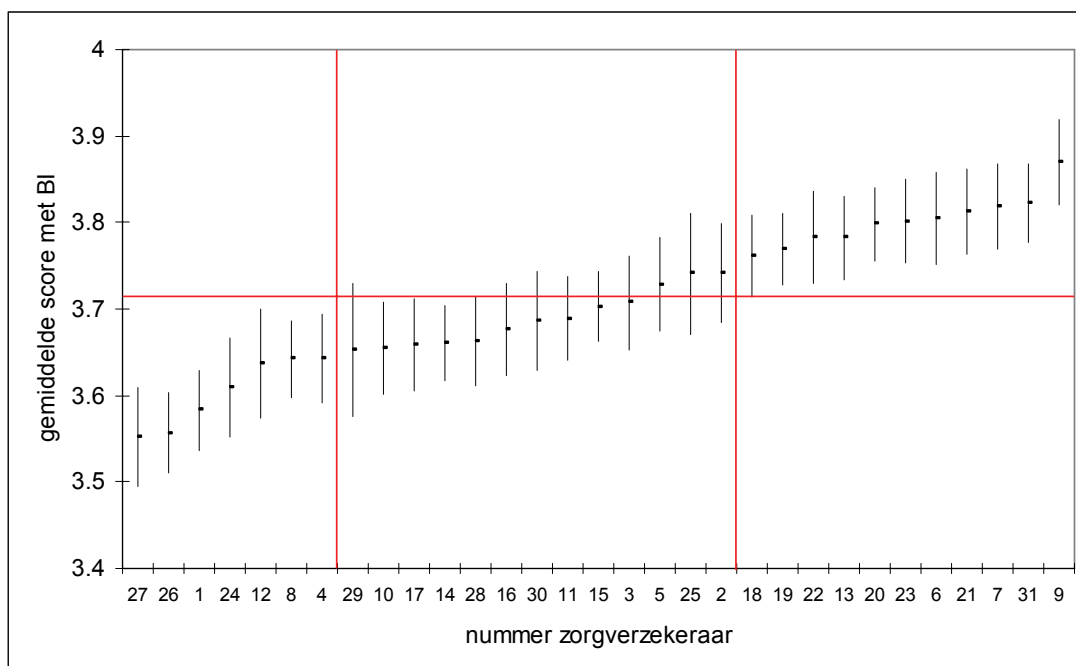
Bejegening door medewerkers zorgverzekeraar (schaal 1 t/m 4)



nummer	naam	gemiddelde	nummer	naam	gemiddelde
10	Delta Lloyd	3.52	2	Agis	3.62
4	Azivo	3.54	15	IZZ	3.63
26	UMC	3.55	27	Univé	3.64
28	VGZ	3.55	13	Interpolis	3.65
3	AnderZorg	3.55	31	Zorg en Zekerheid	3.65
1	Avéro Achmea	3.56	22	Salland	3.65
24	TRIAS	3.57	11	FBTO	3.67
17	OHRA	3.58	6	DSW	3.67
25	TakeCareNow	3.59	18	ONVZ	3.69
30	Zilveren Kruis Achmea	3.59	23	Stad Holland	3.71
14	IZA	3.61	19	OZF Achmea	3.72
12	Groene Land Achmea	3.61	9	De Friesland	3.73
16	Menzis	3.61	21	ProLife	3.73
29	ZEKUR	3.61	20	PNO	3.75
5	CZ	3.62	7	DVZ	3.83
8	De Amersfoortse	3.62			

Totaalgemiddelde:	3.63
-------------------	------

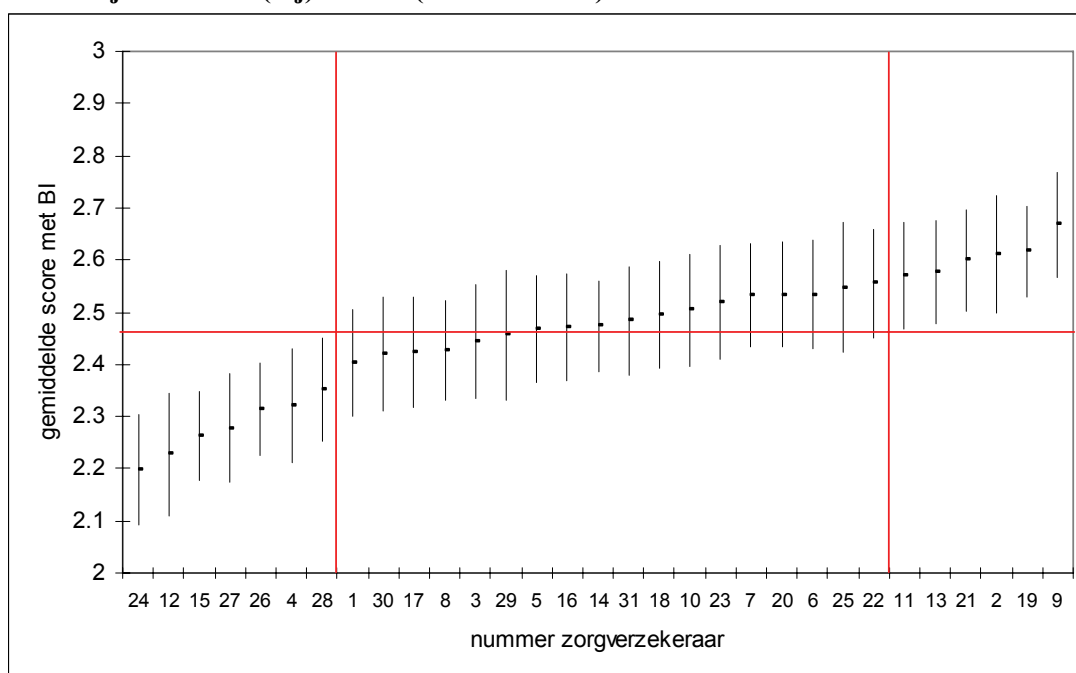
Afhandeling rekening(en) door zorgverzekeraar (schaal 1 t/m 4)



nummer	naam	gemiddelde	nummer	naam	gemiddelde
27	Univé	3.55	3	AnderZorg	3.71
26	UMC	3.56	5	CZ	3.73
1	Avéro Achmea	3.58	25	TakeCareNow	3.74
24	TRIAS	3.61	2	Agis	3.74
12	Groene Land Achmea	3.64	18	ONVZ	3.76
8	De Amersfoortse	3.64	19	OZF Achmea	3.77
4	Azivo	3.64	22	Salland	3.78
29	ZEKUR	3.65	13	Interpolis	3.78
10	Delta Lloyd	3.65	20	PNO	3.80
17	OHRA	3.66	23	Stad Holland	3.80
14	IZA	3.66	6	DSW	3.80
28	VGZ	3.66	21	ProLife	3.81
16	Menzis	3.68	7	DVZ	3.82
30	Zilveren Kruis Achmea	3.69	31	Zorg en Zekerheid	3.82
11	FBTO	3.69	9	De Friesland	3.87
15	IZZ	3.70			

Totaalgemiddelde:	3.71
-------------------	------

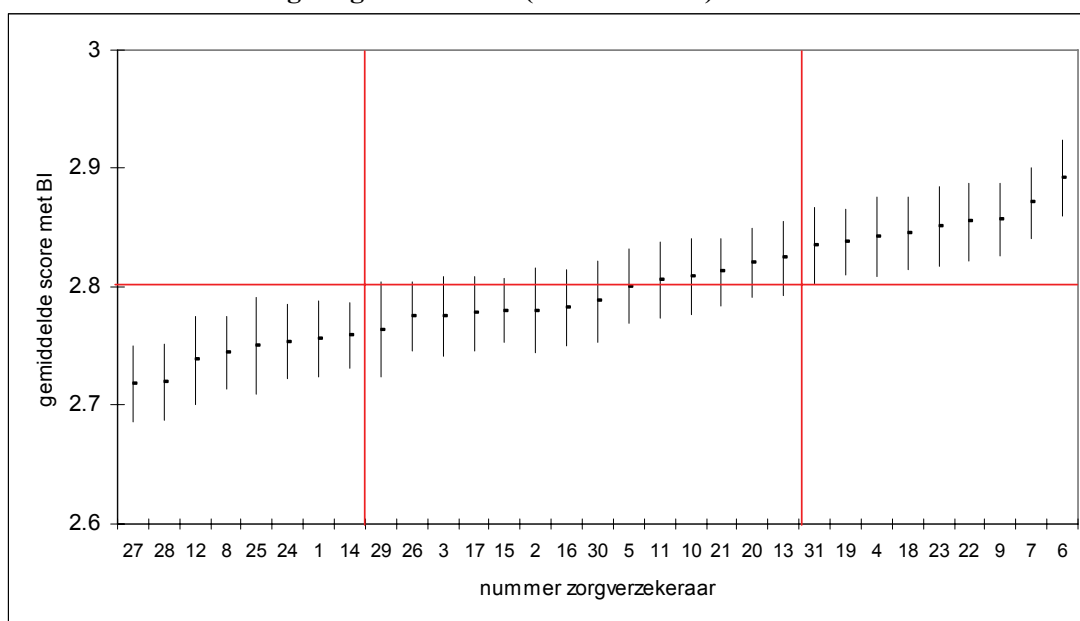
Duidelijkheid over (bij)betalen (schaal 1 t/m 4)



nummer	naam	gemiddelde	nummer	naam	gemiddelde
24	TRIAS	2.20	31	Zorg en Zekerheid	2.48
12	Groene Land Achmea	2.23	18	ONVZ	2.50
15	IZZ	2.26	10	Delta Lloyd	2.50
27	Univé	2.28	23	Stad Holland	2.52
26	UMC	2.31	7	DVZ	2.53
4	Azivo	2.32	20	PNO	2.53
28	VGZ	2.35	6	DSW	2.53
1	Avéro Achmea	2.40	25	TakeCareNow	2.55
30	Zilveren Kruis Achmea	2.42	22	Salland	2.56
17	OHRA	2.42	11	FBTO	2.57
8	De Amersfoortse	2.43	13	Interpolis	2.58
3	AnderZorg	2.44	21	ProLife	2.60
29	ZEKUR	2.46	2	Agis	2.61
5	CZ	2.47	19	OZF Achmea	2.62
16	Menzis	2.47	9	De Friesland	2.67
14	IZA	2.47			

Totaalgemiddelde:	2.46
-------------------	------

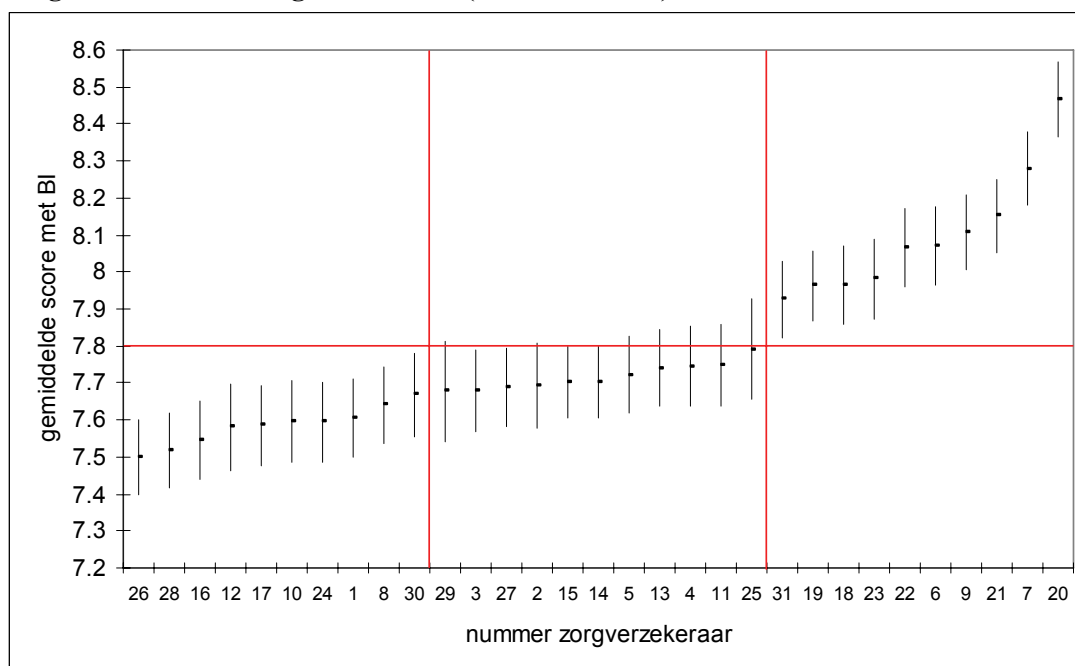
Informatievoorziening zorgverzekeraar (schaal 1 t/m 3)



nummer	naam	gemiddelde	nummer	naam	gemiddelde
27	Univé	2.72	5	CZ	2.80
28	VGZ	2.72	11	FBTO	2.81
12	Groene Land Achmea	2.74	10	Delta Lloyd	2.81
8	De Amersfoortse	2.74	21	ProLife	2.81
25	TakeCareNow	2.75	20	PNO	2.82
24	TRIAS	2.75	13	Interpolis	2.82
1	Avéro Achmea	2.76	31	Zorg en Zekerheid	2.83
14	IZA	2.76	19	OZF Achmea	2.84
29	ZEKUR	2.76	4	Azivo	2.84
26	UMC	2.78	18	ONVZ	2.85
3	AnderZorg	2.78	23	Stad Holland	2.85
17	OHRA	2.78	22	Salland	2.86
2	Agis	2.78	9	De Friesland	2.86
15	IZZ	2.78	7	DVZ	2.87
16	Menzis	2.78	6	DSW	2.89
30	Zilveren Kruis Achmea	2.79			

Totaalgemiddelde:	2.80
-------------------	------

Algemeen oordeel zorgverzekeraar (schaal 1 t/m 10)



nummer	naam	gemiddelde	nummer	naam	gemiddelde
26	UMC	7.50	5	CZ	7.72
28	VGZ	7.52	13	Interpolis	7.74
16	Menzis	7.54	4	Azivo	7.75
12	Groene Land Achmea	7.58	11	FBTO	7.75
17	OHRA	7.59	25	TakeCareNow	7.79
10	Delta Lloyd	7.59	31	Zorg en Zekerheid	7.93
24	TRIAS	7.60	19	OZF Achmea	7.96
1	Avéro Achmea	7.60	18	ONVZ	7.96
8	De Amersfoortse	7.64	23	Stad Holland	7.98
30	Zilveren Kruis Achmea	7.67	22	Salland	8.06
29	ZEKUR	7.68	6	DSW	8.07
3	AnderZorg	7.68	9	De Friesland	8.11
27	Univé	7.69	21	ProLife	8.15
2	Agis	7.69	7	DVZ	8.28
15	IZZ	7.70	20	PNO	8.47
14	IZA	7.70			

Totaalgemiddelde:	7.80
-------------------	------

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

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

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

vraag	N	gemiddelde	std. dev.	0	1	2	3
5	7755	7,86	1,38	0,12	0,19	0,17	0,49
7	4928	7,74	1,36	0,28	0,08	0,26	0,63
11	2735	8,03	1,30	0,11	0,04	0,22	0,40
15	2508	7,84	1,61	0,76	0,24	0,28	0,60
63	9857	7,84	1,23	0,13	0,09	0,15	0,17

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

vraag	4	5	6	7	8	9	10
5	0,93	2,66	6,83	23,61	37,79	13,40	13,81
7	0,91	2,70	6,86	24,98	40,77	12,42	10,02
11	0,62	1,97	5,37	19,56	40,18	17,33	14,19
15	0,84	3,55	7,74	20,77	35,05	14,11	16,07
63	0,57	2,07	5,78	26,16	41,31	13,21	10,35

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

vraag	N	gemiddelde	std. dev.	nooit	soms	meestal	altijd	weet ik niet
13	2484	3,53	0,71	2,66	5,11	28,82	63,41	*
30	539	3,43	0,74	1,86	9,83	31,73	56,59	*
33	3283	3,45	0,73	1,58	9,75	30,61	58,06	*
35	713	3,18	0,88	5,75	14,03	36,33	43,90	*
36	711	3,24	0,90	6,19	12,66	32,21	48,95	*
49	5564	3,69	0,55	0,65	2,53	23,33	71,83	1,66
50	5506	3,76	0,51	0,44	2,27	17,93	76,81	2,55
53	5925	2,46	1,13	25,72	20,27	24,79	22,02	7,20
55	3163	3,77	0,50	0,19	2,97	16,22	80,62	*
56	3167	3,72	0,56	0,54	4,20	17,78	77,49	*
57	3168	3,59	0,65	0,92	6,44	25,38	67,27	*
58	3167	3,60	0,62	0,54	5,62	27,44	66,40	*
59	3161	3,53	0,69	1,36	7,02	28,98	62,64	*
60	3167	3,65	0,58	0,51	4,07	24,94	70,48	*
61	3147	1,31	0,65	77,38	17,32	2,70	2,61	*

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

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

vraag	N	gemiddelde	std. dev.	nee	ja	weet ik niet
4	9928	1,78	0,41	21,62	78,38	*
6	9863	1,50	0,50	49,68	50,32	*
8	9810	1,28	0,45	71,96	28,04	*
9	1504	1,92	0,27	5,14	59,80	35,06
10	1485	1,62	0,49	37,91	62,09	*
14	2512	1,86	0,35	14,41	85,59	*
21	9766	1,88	0,33	12,39	87,61	*
23	9804	1,30	0,46	70,45	29,55	*
26	9794	1,83	0,38	17,40	82,60	*
28	9846	1,06	0,23	94,49	5,51	*
31	9857	1,33	0,47	66,51	33,49	*
34	9815	1,07	0,26	92,65	7,35	*
37	9818	1,09	0,29	90,97	9,03	*
38	873	1,13	0,33	87,40	12,60	*
40	8886	1,07	0,25	84,33	6,19	9,47
41	605	1,40	0,49	60,50	39,50	*
43	9838	1,09	0,29	90,92	9,08	*
46	9814	1,23	0,42	76,95	23,05	*
48	9614	1,59	0,49	39,92	57,76	2,33
51	9360	1,69	0,46	29,93	65,30	4,77
54	9847	1,32	0,47	67,74	32,26	*

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

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

vraag	N	gemiddelde	std. dev.	groot probleem	klein probleem	geen probleem
22	8475	2,85	0,40	1,42	12,53	86,05
24	2890	2,67	0,56	4,50	23,91	71,59
25	2885	2,76	0,50	3,12	18,13	78,75
27	7987	2,80	0,45	1,90	16,51	81,58
29	539	2,92	0,32	1,48	4,82	93,69
32	3285	2,74	0,53	4,32	17,47	78,20
39	108	1,91	0,77	34,26	40,74	25,00
42	603	2,33	0,78	19,40	28,36	52,24
44	883	2,48	0,72	13,70	24,69	61,61
47	2252	2,90	0,33	0,93	7,77	91,30
52	6391	2,51	0,64	7,98	33,03	58,99

Tabel B4.5 Percentages gegeven antwoorden (in procenten) bij vraag over aantal jaren ingeschreven bij zorgverzekeraar

vraag	N	gemiddelde	std. dev.	< 1 jaar	1-2 jaar	2-5 jaar	5-10 jaar	≥10 jaar
20	9933	4,23	0,94	nvt*	4,63	21,38	19,97	54,01

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

Tabel B4.6 Percentages gegeven antwoorden (in procenten) en de gemiddelde score bij vraag over aanbeveling verzekeraar bij anderen

vraag	N	gemiddelde	std. dev.	beslist niet	waarschijnlijk niet	waarschijnlijk wel	beslist wel
62	9790	3,27	0,65	1,50	6,68	55,55	36,27

Tabel B4.7 Percentages gegeven antwoorden (in procenten) bij de vraag of een ingediende klacht is afgehandeld

vraag	N	gemiddelde	std. dev.	nee	ja	wacht er nog op
45	883	1,77	0,59	32,05	59,23	8,72

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

vraag 22	N	%
Geen hulpmiddelen vergoed gekregen	6.600	71,97
Verzorgingsmiddelen	136	1,48
Gebitsprothesen	378	4,12
Orthesen en schoenvoorzieningen	211	2,30
Hulpmiddel voor slecht gehoor	104	1,13
Hulpmiddel voor slechte ogen	914	9,97
Diabetes hulpmiddelen	132	1,44
Aangepaste inrichting in huis wegens functiebeperking	5	0,05
Hulpmiddel voor functieverlies van aderen/lymfevaten	117	1,28
Hulpmiddel voor ademhalingsproblemen	49	0,53
Hulpmiddel voor vervanging ledemaat of lichaamsdeel	24	0,26
Hulpmiddel voor communicatie, informatievoorziening en communicatie	12	0,13
Hulpmiddel voor beperkte mobiliteit	144	1,57
Hulpmiddel voor voeding	5	0,05
Hulpmiddel voor behandeling	34	0,37
Anders	305	3,33