

Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars

CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2011

NIVEL:

C.G. Donselaar

D. de Boer

L. van der Hoek

M.W. Krol

J. Rademakers

Centrum Klantervaring Zorg:

D.M.J. Delnoij



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

ISBN 978-94-6122-112-4

<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

©2011 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
Samenvatting	7
1 Inleiding	9
1.1 Vraaggestuurde gezondheidszorg	9
1.2 Meten van consumentenervaringen: de CQ-index	11
1.3 Keuze-informatie over zorgverzekeraars op www.kiesBeter.nl	12
1.4 Het huidige onderzoek	12
1.5 Opzet van het rapport	14
2 Methode	15
2.1 Deelnemende zorgverzekeraars	15
2.2 Dataverzameling	16
2.3 Steekproeftrekking van respondenten	17
2.4 Vragenlijst	18
2.5 Statistische analyses	20
3 Beschrijving van de steekproef en respondenten	23
3.1 Representativiteit van de steekproef	23
3.2 Opschoning van databestand	24
3.2.1 Ten onrechte aangeschreven	25
3.2.2 Blanco lijsten verwijderen	25
3.2.3 Hulp bij het invullen van de vragenlijst	26
3.2.4 Compleetheid van invullen en ontbrekende case-mix adjusters	26
3.2.5 Skip-instructies	28
3.3 Non-respons analyse	29
3.4 Achtergrondkenmerken van de respondenten	30
3.4.1 Verzekering	31
4 Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraar	33
4.1 Ervaringen van de verzekerden voor alle zorgverzekeraars gezamenlijk	33
4.1.1 Ervaringen met de zorgverzekeraar	33
4.2 Verschillen in ervaringen tussen zorgverzekeraars	37
4.2.1 Ervaringen met de zorgverzekeraar	38
4.2.2 Ervaringen met medicijngebruik	38
4.3 Indeling van de zorgverzekeraars in drie groepen	39

5 Algemene samenvatting en discussie	41
5.1 Doel van het onderzoek	41
5.2 Opzet van het onderzoek	41
5.3 De ervaren kwaliteit van de zorg en de service van de zorgverzekeraar	42
5.4 Ervaren verschillen in kwaliteit tussen zorgverzekeraars	43
5.5 Respons	44
5.6 Een vergelijking tussen de jaren 2009/2010 en 2010/2011	45
5.7 Keuze-informatie over de prestaties van zorgverzekeraars	46
5.8 Toekomstig gebruik van de CQI Zorg en Zorgverzekering	47
5.9 Tot slot	48
Literatuur	49
Bijlagen:	
Bijlage 1 CQI Zorg en Zorgverzekeraars, versie 2011	53
Bijlage 2 Consumenteninformatie over de prestaties van zorgverzekeraars	65
Bijlage 3 Gemiddelde scores en vergelijkingsintervallen per kwaliteitsaspect	75
Bijlage 4 Percentages gegeven antwoorden en de gemiddelde score per vraag over alle zorgverzekeraars	85

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 zevende achtereenvolgende jaar door het NIVEL uitgevoerd, en voor de vijfde 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. De informatie uit dit onderzoek wordt daarnaast gebruikt door de Consumentenbond en is desgewenst beschikbaar in het publieke domein voor andere toepassingen.

NIVEL/CKZ

Utrecht, november 2011

Samenvatting

Vanaf 2005 worden jaarlijks de ervaringen van verzekerden met hun verzekeraar in beeld gebracht. Het doel is om de prestaties van verzekeraars op het gebied van service en zorginkoop te vergelijken. De resultaten worden onder andere gepubliceerd op kiesBeter.nl zodat verzekerden die willen overstappen naar een andere verzekeraar de informatie kunnen gebruiken bij hun keuze.

Dit jaar deden 13 zorgverzekeraars mee met in totaal 29 resultaat verantwoordelijke eenheden. Deze eenheden worden ook wel 'labels' genoemd en kunnen worden gezien als de merknaam waaronder een verzekeraar polissen uitbrengt. Per label werden 1000 verzekerden aangeschreven en dat heeft in totaal 7.260 bruikbare vragenlijsten opgeleverd.

Het zwaartepunt van de meting ligt bij de ervaringen met de dienstverlening van de verzekeraar. Hiertoe zijn de volgende aspecten gemeten en gerapporteerd op kiesBeter.nl: telefonische bereikbaarheid, ervaren telefonische hulp, bejegening, afhandeling van rekeningen, duidelijkheid over het bijbetalen, informatievoorziening, eenduidigheid van informatie en het algemeen oordeel over de zorgverzekeraar. De ervaringen op deze aspecten zijn over het algemeen goed, maar er zijn ook verschillen tussen verzekeraars. De grootte van deze verschillen is over het algemeen beperkt.

Naast de ervaringen met de service worden ieder jaar ook vragen gesteld over de ontvangen zorg. De gedachte hierachter is dat er verschillen tussen verzekeraars kunnen ontstaan in de ervaren zorg van hun verzekerden als gevolg van het zorginkoopbeleid. Dit jaar waren deze vragen specifiek gericht op de ervaringen met medicijngebruik, zoals informatie over vergoedingen voor medicijnen en informatie over welke merken de verzekeraar wel of niet vergoed gegeven de werkzame stof. Op de ervaringen met de zorg zijn geen noemenswaardige verschillen gevonden. Ook in eerdere metingen, waarbij andere vormen van zorg werden vergeleken, werden weinig verschillen tussen verzekeraars gevonden. Dat betekent dat er (nog) weinig verschil zit in de door verzekeraars ingekochte zorg en/of dat deze verschillen door verzekerden (nog) niet worden waargenomen.

Hoewel de meting zich vooral richt op het vergelijken van prestaties van verzekeraars heeft deze ook deels een monitorfunctie waarbij op landelijk niveau wordt bekeken wat de ervaringen van verzekerden zijn. Evenals voorgaande jaren komt hieruit naar voren dat de ervaringen over het algemeen goed zijn. De duidelijkheid omtrent bijbetaling blijft echter wel een aandachtspunt. Dit jaar is gebleken dat verzekerden nauwelijks de moeite nemen om vooraf uit te zoeken of – en zo ja hoeveel – er moet worden bijbetaald voor zorg. Driekwart van de mensen weet dan ook van tevoren vaak niet of er moet worden

bijbetaald. Consumenten moeten kennelijk nog erg wennen aan het feit dat niet alle zorg geheel vergoed wordt. Achteraf, als de verzekeraar heeft laten weten dat er bijbetaald moet worden, is het voor 30% van de mensen niet duidelijk waarom dat zo is. De uitleg van verzekeraars is op dit punt kennelijk niet voldoende duidelijk. Een ander punt van zorg betreft het wachten op toestemming van de zorgverzekeraar. Voor sommige behandelingen is toestemming van de verzekeraar nodig. In 90% van de gevallen wordt het besluit om toestemming te verlenen heel snel genomen. Echter, van de mensen die wel moesten wachten op zo'n besluit, moest 73% hier langer dan een maand op wachten. Ten slotte is uit het onderzoek gebleken dat 7 à 8% van de mensen wel eens een behandeling of medicatie overslaat in verband met de kosten. Voor een kleine groep mensen is de toegankelijkheid van de zorg dus niet optimaal en het is van belang te monitoren of die groep groter wordt, bijvoorbeeld als gevolg van premieverhogingen of verhogingen van het eigen risico.

De toekomst van deze meting is in verband met bezuinigingen op het Centrum Klantervaring Zorg onzeker. Om in de toekomst prestaties van verzekeraars te kunnen monitoren op basis van onafhankelijke en vergelijkbare gegevens, is het echter van belang de meting te continueren. Naast kwaliteitsinformatie kan de meting bovendien belangrijke beleidsinformatie opleveren, bijvoorbeeld over duidelijkheid omtrent bijbetaling en toegankelijkheid van zorg. De meting is daarmee zowel van belang voor de kiezende consument als voor landelijk beleidsmakers.

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/kwaliteit. De informatie over de service is steeds gebaseerd op NIVEL-CKZ onderzoek naar de ervaringen van verzekerden met hun huidige zorgverzekeraar en de geleverde zorg. Eind 2011 wordt de keuzesite Zorgverzekeringen herzien met de meest recente gegevens. De gegevens voor de rubriek 'kwaliteit verzekeraars' 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. 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.

Tot vorig jaar was er van marktwerking, zoals deze beoogd werd door de overheid, betrekkelijk weinig sprake. Zorgverzekeraars waren terughoudend in het selectief

contracteren, wellicht omdat zij imagoschade bij verzekerden vreesden en verzekerden naar andere zorgverzekeraars zouden kunnen gaan (Zorgbalans, 2010, Ministerie VWS). Tegelijkertijd stuurt de overheid steeds meer aan op selectieve zorginkoop door verzekeraars, onder meer door het aantal behandelingen met een vrij onderhandelbare prijs steeds verder te verhogen. Zo is het percentage vrij onderhandelbare behandelingen gestegen van 31% in 2009 tot 50% in 2011 en stijgt het verder tot 70% in 2012 (www.cvz.nl). Inmiddels zijn er ook zorgverzekeraars die inderdaad een meer prominente rol pakken bij de zorginkoop. Zo heeft zorgverzekeraar CZ tegen het einde van 2010 al bekend gemaakt dat het een aantal ziekenhuizen niet meer zal 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). Ook zorgverzekeraar Achmea heeft besloten om voor haar onderdelen Zilveren Kruis en Agis voor enkele behandelingen ziekenhuizen vanaf 2012 niet meer te contracteren wanneer zij niet aan de kwaliteitsnorm voldoen. Naarmate zorgverzekeraars zich sterker profileren op zorginkoop en daarin ook verschillende accenten leggen, wordt de keuze voor een zorgverzekeraar steeds belangrijker.

Een centrale gedachte achter marktwerking in de zorg in zijn algemeenheid en de inrichting van een zorgverzekeringsmarkt in het bijzonder, is dat consumenten zullen kiezen voor zorgverzekeraars die kwalitatief goede zorg aanbieden tegen een scherpe prijs (Kerssens en Groenewegen, 2003). Als indicator voor of consumenten een dergelijke bewuste keuze maken, wordt – als het gaat om een keuze voor een zorgverzekeraar – veelal het overstapedrag gebruikt: het aantal mensen dat aan het begin van het jaar overstapt naar een andere verzekeraar, uitgedrukt in procenten van de totale verzekeringsplichtigen. In 2006, bij de invoering van het nieuwe stelsel, bedroeg dit percentage bijna 20%, in 2007 was het 6%, 4% in 2008, 3% in 2009 en 4% in 2010. In het afgelopen jaar, 2011, is meer dan 5% van de verzekerden overgestapt (Reitsma-van Rooijen et al., 2011, www.vektis.nl). Dit is een lichte maar wel opmerkelijke stijging ten opzichte van de voorgaande jaren. De belangrijkste verklaring voor deze stijging lijkt de hoogte van de premies te zijn. Het afgelopen jaar is de gemiddelde jaarpremie van de basisverzekering met 9,1% gestegen. Dit is de grootste stijging sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel in 2006. De premiestijging verschilt per verzekeraar, waardoor het prijsverschil tussen de zorgverzekeraars aanzienlijk is. Het verschil tussen de goedkoopste en duurste basispremie bedraagt ongeveer 276 euro per jaar (Reitsma-van Rooijen et al., 2011). Inderdaad blijkt uit het onderzoek van Reitsma-van Rooijen et al. is gebleken dat voor 52% van de overstappers de hoogte van de premie verreweg de voornaamste reden is om over te stappen. Ter vergelijking: slechts 4% van de overstappers geeft aan dat ‘de service van mijn zorgverzekeraar’ een reden voor hen is geweest om over te stappen en slechts 1% geeft aan dat ‘de kwaliteit van de zorg die mijn zorgverzekeraar regelt’ een reden is om over te stappen.

Deze gegevens lijken de aanname dat consumenten zullen kiezen voor zorgverzekeraars die kwalitatief goede zorg aanbieden tegen een scherpe prijs in twijfel te trekken. Wil echter de vraagsturing binnen de gezondheidszorg slagen, dan zullen consumenten

gefaciliteerd moeten worden in hun keuze voor een zorgverzekeraar. Gezien de genoemde ontwikkelingen is het van belang dat informatie over prestaties van zorgverzekeraars beschikbaar blijft, want als kwaliteitsinformatie niet beschikbaar is kunnen consumenten alleen kiezen op prijs. Verzekeraars zullen dan vooral op prijs gaan concurreren, wat ten koste kan gaan van de kwaliteit. Daarom is het erg belangrijk om de kwaliteit van de service van zorgverzekeraars regelmatig in kaart te blijven 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 Eisen & Werkwijzen CQI-metingen (Koopman et al., 2011). 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 zorgverzekeraar.

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

Om weloverwogen te kunnen kiezen tussen zorgverzekeraars moeten consumenten beschikken over toegankelijke en vergelijkbare informatie over de prestaties van zorgverzekeraars. 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 (2005-2010) 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, Donselaar et al., 2010). 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 2010 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 tijdig 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 de aanwezigheid van een contract tussen fysiotherapeut en zorgverzekeraar;
- d de zorgverzekeraars verschillen significant van elkaar op alle gemeten aspecten wat betreft ervaringen van hun verzekerden met de service. Vooral wat betreft de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice, het algemeen oordeel over de zorgverzekeraar en de afhandeling van rekeningen 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. 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 2011.

Aangezien verzekeraars hun rol bij de zorginkoop op verschillende wijze vorm kunnen geven is het mogelijk dat verzekerden van verschillende zorgverzekeraars andere ervaringen hebben met de zorg. In de eerste jaren van de meting werd dit onderzocht met behulp van zeer algemene vragen over de zorg, zoals bijvoorbeeld de bejegening door en toegankelijkheid van zorgverleners in het algemeen. Omdat deze vragen geen noemenswaardige verschillen lieten zien tussen verzekeraars is in 2009 besloten om de algemene vragen over de zorg te laten vervallen ten gunste van vragen over een specifieke zorgvorm. In 2009 en 2010 zijn hiertoe vragen gesteld over fysiotherapie en de verkrijging van hulpmiddelen, waarbij de verschillen tussen verzekeraars wederom klein waren. Dit jaar is besloten om de vragen over fysiotherapie en hulpmiddelen te laten vervallen ten gunste van vragen naar ervaringen met (de verstrekking van) medicijnen. De gedachte hierachter is dat zorgverzekeraars kunnen verschillen in de afspraken met apothekers over de kwaliteit van de service, de prijs van medicijnen en wat wel en niet vergoed wordt. Daarnaast voert een groot deel van de zorgverzekeraars een preferentiebeleid, wat wil zeggen dat de verzekeraar geregeld kijkt welke fabrikant een werkzame stof tegen de laagste prijs aanbiedt. De verzekeraar stuurt er dan op aan dat de goedkoopste variant wordt verstrekt, bijvoorbeeld door alleen deze te vergoeden, de vergoeding te beperken tot de prijs van de goedkoopste variant en/of de goedkoopste variant niet ten laste te laten komen van het eigen risico. Verzekeraars kunnen verschillen in de wijze waarop zij dit preferentiebeleid vormgeven.

Ook dit jaar zijn per deelnemend label 1.000 verzekerden aangeschreven, waarbij mensen konden kiezen of zij de vragenlijst liever schriftelijk of liever online invulden. In overleg met de zorgverzekeraars zijn er een aantal ingrijpende wijzigingen doorgevoerd, o.m. in de verzendmethode, maar ook in de inhoud van de vragenlijst. Zoals gezegd worden dit jaar vragen enkele nieuwe vragen gesteld, waaronder vragen over medicijngebruik en zijn de vragen over fysiotherapie en hulpmiddelen geschrapt teneinde de vragenlijst compact te houden. Deze bestond dit jaar uit 71 vragen. Een volledig overzicht van alle aanpassingen wordt verstrekt in hoofdstuk 2.

De vragen van het onderzoek kunnen als volgt worden samengevat:

- 1 *‘Hoe hebben verzekerden in 2010/2011 de kwaliteit van hun zorgverzekeraar ervaren?’*
- 2 *‘Verschillen de ervaringen van verzekerden die verzekerd zijn bij verschillende zorgverzekeraars?’*
- 3 *‘Hoe hebben verzekerden in 2010/2011 de kwaliteit van de zorg rondom (de verstrekking van) medicijnen ervaren en verschilt dit tussen verzekeraars?’*

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. Ten slotte 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. In totaal besloten 13 zorgverzekeraars mee te doen, die tezamen 29 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 Interpolis ZorgActief OZF Achmea Zilveren Kruis Achmea
Agis	Agis Pro Life TakeCareNow!
ASR	De Amersfoortse
CZ Actief in Gezondheid	CZ CZdirect Delta Lloyd OHRA
De Friesland Zorgverzekeraar	De Friesland Zorgverzekeraar
FBTO	FBTO
Menzis	Menzis AnderZorg Azivo
ONVZ Zorgverzekeraar	ONVZ PNO Ziektekosten VvAA

- 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
Salland verzekeringen	Salland
UVIT	IZZ Zorgverzekeraar
	Univé
	VGZ
Zorg en Zekerheid	Zekur
	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 eerst een uitnodiging tot deelname aan het onderzoek naar ervaringen met de zorg en zorgverzekeraar verstuurd met daarin inlogcodes voor de online versie van de vragenlijst. Vorig jaar werd besloten bij de eerste uitnodiging met inlogcodes voor het online invullen niet te vermelden 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 óf online), ze minder vaak reageren dan wanneer je de verschillende methoden na elkaar aanbiedt (Millar et al., 2009). Dit bleek echter in de praktijk tegen te vallen. Er zijn bij de helpdesk erg veel telefoontjes en e-mails binnengekomen met vragen of men een papieren vragenlijst kon krijgen én klachten waarom men enkel online de vragenlijst kon invullen want men was er niet toe in staat dit te doen. Dit heeft de helpdesk en de uitvoerend onderzoeker onevenredig veel tijd gekost. Het responspercentage lag in 2010 wel iets hoger dan in 2009, maar dit is een minimaal verschil en niet met zekerheid toe te schrijven aan de keuze om in de eerste brief niet te vermelden dat er een papieren vragenlijst zou volgen. Dit jaar is dan ook weer besloten om in de eerste brief aan te kondigen dat er een papieren vragenlijst bij de volgende verzending bijgevoegd zou worden.

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.

Daarnaast is dit jaar bij de eerste verzending ook een zogeheten afmeldkaartje bijgesloten om afmelden voor het onderzoek makkelijker te maken. Bij de tweede verzending werd de papieren versie van de vragenlijst bijgesloten. De begeleidende brieven werden verzonden uit naam van het NIVEL.

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 hebben we dit jaar besloten niet de gebruikelijke verzendmethode met vier verzendingen te volgen. Vorig jaar zijn er relatief veel klachten binnengekomen van de verzekerden over de veelvuldige benadering wanneer een verzekerde de vragenlijst (nog) niet had ingevuld. In overleg met de verzekeraars is daarom besloten om het aantal verzendingen van vier terug naar drie te brengen waarbij een aangepast verzendschema gebruikt is:

- Week 0: Brief met inlogcodes aan alle verzekerden met het verzoek om de vragenlijst op internet in te vullen. Afmeldkaart bijgesloten.
- Week 2: 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 5: Een laatste herinneringsbrief met inlogcodes aan non-respondenten.

Met behulp van een uniek identificatienummer dat op de vragenlijst stond, werd bijgehouden welke personen de vragenlijst hadden teruggezonden of zich hadden afgemeld voor het onderzoek. De herinneringen in week 2 en week 5 werden alleen verzonden naar de respondenten die op dat moment nog niet hadden gereageerd. De zendingen werden op dinsdagen verstuurd, het mailhouse maakte gebruik van 48-uurs levering, waardoor de respondenten de post op een donderdag 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 trekken, ontvingen de zorgverzekeraars richtlijnen van het NIVEL om de verzekerden uit hun bestand te selecteren. Deze richtlijnen waren dezelfde als de richtlijnen in 2010, met één aanpassing. Zorgverzekeraars van de deelnemende labels hebben het afgelopen jaar hun zorgen geuit over de aanschrijving van zeer oude verzekerden. Zij ontvingen daar veel klachten over en hebben de onderzoekers gevraagd wat nu het rendement is van het aanschrijven van deze groep. Dit is nader onderzocht in de data van vorig jaar en het bleek dat de respons in de groep verzekerden van 96 en ouder bijzonder laag was. Deze lage respons en de wens van verzekeraars om geen

verzekerden te belasten die dat niet (meer) aankunnen, hebben tot de beslissing geleid de verzekerden van 96 en ouder niet in de steekproef op te nemen.

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 95 jaar of jonger zijn. Oftewel, verwijder alle verzekerden die voor mei 1915 geboren zijn.
- Stap 5: Selecteer alle verzekerden die minimaal 12 maanden bij u verzekerd zijn. Dit wil zeggen dat de verzekering voor mei 2010 moet zijn afgesloten.
- Stap 6: 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 7: Selecteer uit de overgebleven groep verzekerden willekeurig 1.000 personen.

Elke verzekeraar werd gevraagd van het steekproefbestand twee bestanden te maken; één bestand met daarin een uniek identificatienummer, de geboortedatum en het geslacht, en één bestand met daarin hetzelfde unieke identificatienummer en de adresgegevens van de geselecteerde verzekerden. Het bestand met de geboortedatum en het geslacht is naar de onderzoekers gestuurd die met dit bestand konden berekenen of de geselecteerde verzekerden representatief zijn voor de totale groep van verzekerden van de betreffende zorgverzekeraar (zie paragraaf 3.1). Het bestand met naam en adresgegevens werd na goedkeuring door de onderzoekers wat betreft de representativiteit rechtstreeks door de zorgverzekeraars naar het mailhouse gestuurd.

Van alle 29 deelnemende labels ontvingen we 1.000 adressen van verzekerden.

2.4 Vragenlijst

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

De vragenlijst kent meerdere typen vragen (zie ook bijlage 1):

- 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 54, 55, 56, 57, 58 en 59 vormen de schaal “Bejegening”, de vragen 44 en 45 vormen de schaal “Afhandeling rekening(en)”, en de vragen 18, 20 en 21 vormen de schaal “Informatievoorziening zorgverzekeraar. In tabel 2.2 staan de vragen per schaal vermeld met de daarbij behorende betrouwbaarheidscoëfficiënten.

De vragenlijst is dit jaar op verschillende punten aangepast:

- 1 Alle vragen over fysiotherapie en hulpmiddelen zijn verwijderd.
- 2 Daarvoor in de plaats is er dit jaar gekozen om naar de ervaringen van verzekerden met de verstrekking van medicijnen te vragen. De vragen zijn in overleg met de zorgverzekeraars opgesteld. Een discussiepunt in dit verband was waar de verantwoordelijkheid van de verzekeraar ophoudt en die van de apotheek begint. Hier is zoveel mogelijk rekening mee gehouden bij het opstellen van de vragen.
- 3 Er zijn vier vragen overgenomen uit het internationale onderzoek van het OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) naar ervaringen van burgers en/of patiënten met de gezondheidszorg in het algemeen. Deze vragen inventariseren met name de toegankelijkheid van de zorg in het kader van de kosten voor burgers en/of patiënten.
- 4 Voorgaande jaren is altijd gevraagd naar wat verzekerden vinden van de informatie over (bij)betalen die zij van hun verzekeraar krijgen voorafgaand aan een consult of behandeling. Verzekeraars hebben opgemerkt dat verzekerden zich vaak niet vooraf, maar achteraf laten informeren over waarom zij moeten (bij)betalen. Om deze reden zijn er twee vragen toegevoegd die de verzekerde vragen óf zij van tevoren informatie opgezocht hebben over hoeveel zij zouden moeten (bij)betalen én of de zorgverzekeraar achteraf uitgelegd heeft waarom de verzekerde moest (bij)betalen.
- 5 In een aantal vragen naar de ervaringen van verzekerden werd de tijdsaanduiding “overdag” gebruikt (bv: “Is het een probleem geweest om de klantenservice overdag telefonisch te bereiken.”). Op verzoek van verzekeraars is deze aanduiding komen te vervallen, de verzekeraar is niet enkel overdag, maar ook in de avonden en weekenden te bereiken.
- 6 In overleg is besloten de vraag over de begrijpelijkheid van de schriftelijke informatie over de polisvoorwaarden te schrappen. Eerder in de vragenlijst wordt al een vraag gesteld over de begrijpelijkheid van schriftelijke informatie van de zorgverzekeraar. De geschrapte vraag werd overbodig geacht door de zorgverzekeraars, omdat volgens hen verzekerden niet het onderscheid maken tussen schriftelijke informatie en schriftelijke informatie over de polisvoorwaarden. Deze vraag maakte deel uit van de schaal *Informatievoorziening zorgverzekeraar*, maar een herberekening van de

betrouwbaarheidscoëfficiënt heeft uitgewezen dat dit nog steeds een betrouwbare schaal is.

Tabel 2.2 Betrouwbaarheidscoëfficiënten van de schalen en bijbehorende vragen

	alpha
Schaal Bejegening	0,92
54. Waren de medewerkers van uw zorgverzekeraar beleefd tegen u?	
55. Namen de medewerkers van uw zorgverzekeraar u serieus?	
56. Vond u de medewerkers van uw zorgverzekeraar behulpzaam?	
57. Luisterden medewerkers van uw zorgverzekeraar aandachtig naar u?	
58. Legden de medewerkers van uw zorgverzekeraar u dingen op een begrijpelijke manier uit?	
59. Hadden medewerkers van uw zorgverzekeraar genoeg tijd voor u?	
Schaal Afhandeling rekening(en)	0,75
44. Heeft uw zorgverzekeraar uw rekeningen binnen een redelijke termijn afgehandeld?	
45. Heeft uw zorgverzekeraar uw rekeningen correct afgehandeld?	
Schaal Informatievoorziening zorgverzekeraar	0,75
<i>Schriftelijke informatie:</i>	
18. Is het een probleem geweest om deze informatie te begrijpen?	
<i>Informatie op de website:</i>	
20. Is het een probleem geweest om deze informatie te vinden?	
21. Is het een probleem geweest om deze informatie 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. Bekeken werd 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 Eisen & Werkwijzen CQI-metingen (Koopman et al., 2011) opgeschoond.

In hoofdstuk 4 wordt met behulp van multilevel regressieanalyses nagegaan of de ervaringen van verzekerden met de verstrekking van medicijnen en met 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 en Leyland, 1996). De data in dit onderzoek kennen twee niveaus: het label van de zorgverzekeraar (N=29) waar respondenten rond geclusterd zijn en de respondent (N=7.260). 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 regressieanalyses 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 regressieanalyses 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. Daaruit zijn geen andere kenmerken naar voren gekomen waarvoor op statistische gronden gecorrigeerd zou moeten worden (Damman et al., 2006b).

Hoofdstuk 4 geeft vervolgens de ervaringen met 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 van iedere zorgverzekeraar bekeken of het vergelijkingsinterval overlapt met het gemiddelde van zorgverzekeraars. Een zorgverzekeraar is ingedeeld in de laagste (een ster) of hoogste categorie (drie sterren), als het vergelijkingsinterval van het gemiddelde van de zorgverzekeraar geheel beneden of geheel boven de gemiddelde score over alle zorgverzekeraars viel. Als het vergelijkingsinterval overlapte met de gemiddelde score over alle zorgverzekeraars, kreeg de zorgverzekeraar twee sterren toegewezen. Vergelijkingsintervallen zijn speciaal gericht op het vergelijken van twee schattingen en daarmee wat smaller dan een 95%-betrouwbaarheidsinterval dat gericht is op het vergelijken van een schatting met een vaste norm of waarde (Goldstein en Healy, 1995).

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 2011 (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 6 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). Wanneer beide, of één van beide kenmerken van de steekproef van een verzekeraar buiten dit 95%-betrouwbaarheidsinterval viel, is de verzekeraar gevraagd opnieuw een steekproef te trekken. Dit is een verschil ten opzichte van voorgaande jaren, waarin verzekeraars één steekproef aanleverde en een eventueel te grote afwijking in representativiteit ten opzichte van de verzekerdenpopulatie werd geaccepteerd. Omdat er wordt gecorrigeerd voor leeftijd in de analyses en er voor geslacht op statistische gronden niet hoeft te worden gecorrigeerd, was deze werkwijze te verdedigen, hoewel niet ideaal. Dit jaar is er in de planning daarom wat meer tijd ingeruimd voor de steekproeftrekking en de representativiteitsanalyse, waardoor zorgverzekeraars dit jaar voor elk deelnemend label een representatieve steekproef hebben kunnen trekken.

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
DVZ	47,0	47,8	46,6	45,4 - 47,8	46,9	43,8 - 50,0
Interpolis	42,6	51,4	42,3	41,2 - 43,4	52,2	49,1 - 55,3
OZF	53,6	50,6	54,5	53,4 - 55,6	49,2	46,1 - 52,3
Zilveren Kruis Achmea	53,3	47,9	52,7	51,5 - 53,9	47,1	44,0 - 50,2
Avéro Achmea	48,7	52,6	48,9	47,9 - 49,9	51,9	48,8 - 55,0
FBTO	45,0	67,7	45,8	44,9 - 46,7	67,5	64,6 - 70,4
Agis	51,3	51,9	51,0	49,9 - 52,1	49,4	46,3 - 52,5
Pro Life	45,9	61,7	46,9	45,7 - 48,2	63,2	60,3 - 66,1
Take Care Now	22,3	47,3	22,0	21,7 - 22,3	46,0	43,0 - 49,0
De Amersfoortse	46,2	54,1	46,4	45,5 - 47,3	55,3	52,2 - 58,4
Azivo	47,1	47,0	47,3	46,2 - 48,4	46,1	43,0 - 49,2
CZ	50,2	49,7	49,0	47,8 - 50,2	49,6	46,5 - 52,7
CZDirect	39,2	53,8	38,7	37,9 - 39,5	54,4	51,5 - 57,3
Delta Lloyd	50,8	52,2	49,7	48,6 - 50,8	54,2	51,1 - 57,3
OHRA	52,1	49,5	51,7	50,5 - 52,9	49,0	45,9 - 52,1
de Friesland	48,8	60,0	49,0	47,9 - 50,1	58,5	55,5 - 61,6
Stad Holland	43,7	51,5	44,0	43,1 - 44,9	54,2	51,1 - 57,3
DSW	47,3	46,1	46,2	45,1 - 47,3	46,0	42,9 - 49,1
Menzis	51,0	58,3	49,9	48,8 - 51,0	59,9	56,9 - 62,9
Anderzorg	40,5	60,1	41,0	40,0 - 42,0	60,6	57,6 - 63,6
ONVZ	49,9	53,5	49,7	48,7 - 50,7	56,2	53,1 - 59,3
PNO	51,9	48,8	52,2	51,2 - 53,2	46,9	43,9 - 49,9
VvAA	50,1	48,7	50,5	49,4 - 51,6	44,3	41,3 - 47,3
Salland	46,8	48,6	46,0	45,0 - 47,0	47,1	44,0 - 50,2
IZZ	49,4	27,1	49,2	48,4 - 50,0	29,9	27,1 - 32,7
Univé	50,1	64,4	50,0	48,9 - 51,1	66,6	63,7 - 69,5
VGZ	52,3	59,1	52,1	51,0 - 53,2	58,7	55,7 - 61,8
Zekur	28,1	61,7	27,6	27,0 - 28,2	63,8	60,9 - 66,7
Zorg en Zekerheid	49,0	45,8	49,7	48,5 - 50,9	44,0	40,9 - 47,1

3.2 Opschoning van databestand

De CQI-richtlijnen zoals beschreven in het Handboek Eisen & Werkwijzen CQI-metingen (Koopman et al., 2011) 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 Eisen en Werkwijzen CQI-metingen (Koopman et al., 2011).
- 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.

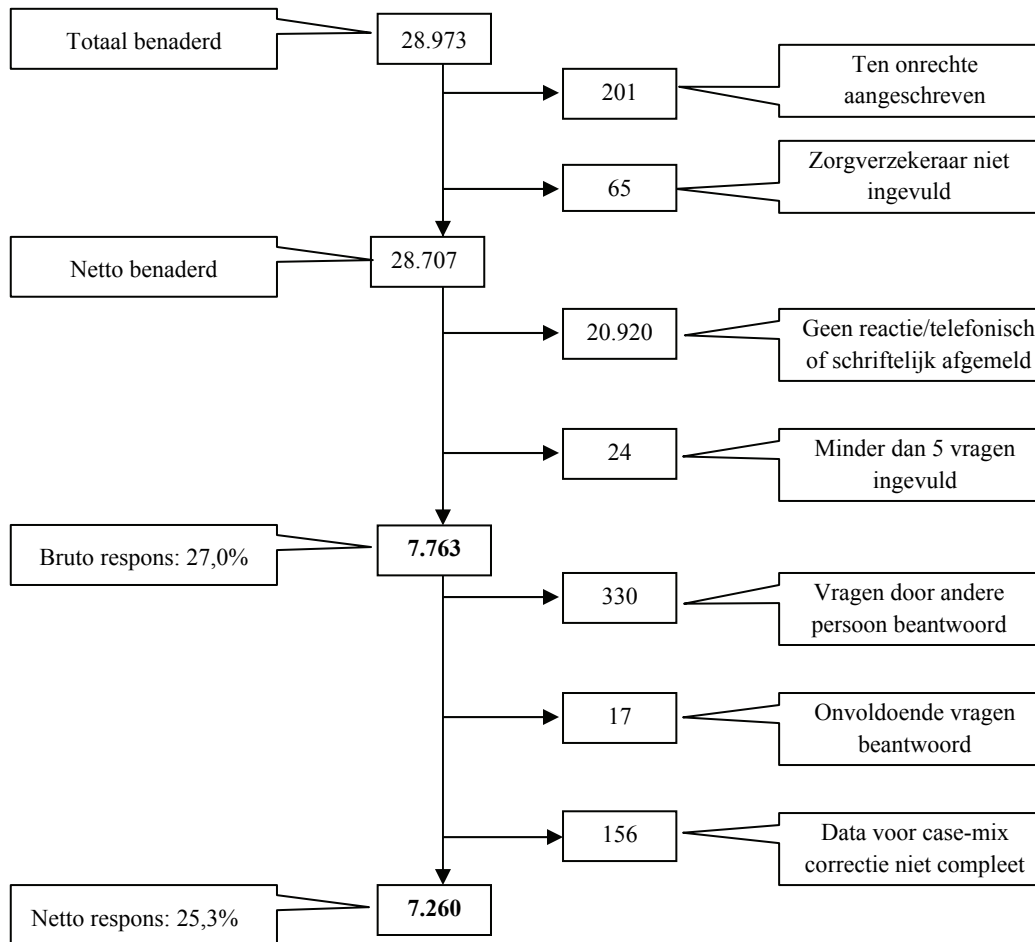
3.2.1 Ten onrechte aangeschreven

De vragenlijst werd verstuurd naar 28.973 mensen. Dit zijn er niet precies 29.000, omdat tussen het moment dat de steekproef getrokken werd en de eerste aanschrijving verzonden werd er mensen uit de steekproeven gehaald zijn die niet langer aangeschreven konden worden, bijvoorbeeld doordat er met hun gegevens iets niet in orde was. Eerst zijn de personen verwijderd die ten onrechte zijn aangeschreven. Enkele vragenlijsten werden blanco teruggestuurd omdat de aangeschrevene overleden was (N=4). 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 159 vragenlijsten verwijderd. Respondenten die korter dan een jaar bij de betreffende zorgverzekeraar verzekerd waren zijn ook verwijderd (N=103). In totaal werden er dus 266 lijsten verwijderd omdat respondenten ten onrechte waren aangeschreven. Het aantal mensen dat netto is benaderd voor dit onderzoek komt daarmee op 28.707.

3.2.2 Blanco lijsten verwijderen

20.920 personen hebben geheel niet gereageerd, hebben via de telefoon laten weten niet mee te doen aan dit onderzoek, of hebben het afmeldkaartje teruggestuurd (N=6.343). Voorts zijn 24 lijsten verwijderd omdat de betreffende respondenten minder dan vijf vragen hadden ingevuld. De bruto respons bedroeg daarmee 7.736 mensen, een percentage van 27,0.

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. 330 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 Eisen & Werkwijzen CQI-metingen (Koopman et al., 2011) wordt een vragenlijst beschouwd als voldoende compleet ingevuld indien 50% of meer van de zogenoemde sleutelvragen en demografische kenmerken zijn ingevuld. De CQI Zorg en Zorgverzekering bestaat uit 32 dergelijke vragen. 17 personen hadden minder dan 16 van deze vragen ingevuld. Ten slotte werden er 156 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 het responspercentage 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 $(7.763/28.707) \times 100 = 27,0\%$ en de netto respons was $(7.260/28.707) \times 100 = 25,3\%$. Het netto responspercentage is 7,8 procentpunten lager dan vorig jaar (33,1%). Dit betekent een aanzienlijke daling. Deze daling zou verklaard kunnen worden door de wijzigingen in de gebruikte methoden (drie in plaats van vier verzendingen, gebruik afmeldkaartje en het NIVEL in plaats van de zorgverzekeraar als afzender) ten opzichte van vorig jaar. In 2005 - 2007 nam de netto respons af van 40% naar 34%, maar is sindsdien redelijk constant gebleven (33% in 2010, 32% in 2009, 31% in 2008).

Van de 7.260 respondenten hebben 3.998 respondenten (54,8%) de vragenlijst schriftelijk ingevuld en 3.262 respondenten (45,2%) hebben de vragenlijst online ingevuld. In vergelijking met de meting in 2010, waarbij 56,6% van de respondenten de vragenlijst schriftelijk invulde en 43,4% online, lijkt het zo te zijn dat de percentages wat naar elkaar toe groeien en dat het online invullen van een vragenlijst aan populariteit toeneemt.

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 111 (11,1%) respondenten tot 400 (40,0%) respondenten. Opvallend is dat de twee labels die zich speciaal richten op jongeren (Take Care Now en Zekur) de laagste responses hebben (zie tabel 3.2).

Tabel 3.2 Aantal respondenten en netto respons percentage per label

label	N	netto respons %
Agis	184	18,4
AnderZorg	229	22,9
Avéro Achmea	245	24,5
Azivo	176	17,8
CZ Actief in Gezondheid	261	26,1
Czdirect	236	23,6
De Amersfoortse	200	20,0
De Friesland Zorgverzekeraar	296	29,6
Delta Lloyd	219	21,9
DVZ	279	27,9
FBTO	246	24,6
Interpolis	267	26,7
IZZ	400	40,0
Menzis	251	25,2
OHRA	238	23,8
ONVZ	266	26,6
OZF Achmea	330	33,0
PNO	314	31,4
ProLife	322	32,2
Salland	279	28,0
Stad Holland Zorgverzekeraar	241	24,1
TakeCareNow	111	11,1
Univé	248	24,8
VvAA	309	30,9
VGZ	250	25,0
Zekur	138	13,8
Zilveren Kruis Achmea	212	21,3
Zorg en Zekerheid	230	23,1
Zorgverzekeraar DSW	283	28,3

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 beoordeling in hoeverre de verzekerde vond dat medewerkers van de zorgverzekeraar beleefd tegen hem of haar waren moest alleen gegeven worden door verzekerden die aangaven dat zij contact gehad hebben met medewerkers van de zorgverzekeraar. 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 april 2011) 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 28.707 personen (netto benaderd) classificeerden we 7.260 (25,3%) als respondent en de overige 21.447 (74,7%) personen als non-respondent.

De respondenten ($M=52,5$ jaar, $SD=16,8$) waren gemiddeld genomen ouder dan de non-respondenten ($M=44,5$ jaar, $SD=17,8$; $t=-33,3$, $p=<0,001$). Zie tabel 3.3 voor de leeftijdsverdeling binnen de groep respondenten en de groep non-respondenten.

Tabel 3.3 Respondenten en non-respondenten naar leeftijdscategorie

leeftijd	non-respondenten		respondenten		steekproef	
	N	%	N	%	N	%
18-24 jaar	3.301	15,4	452	6,2	3.758	13,1
25-34 jaar	3.980	18,6	796	11,0	4.779	16,6
35-44 jaar	4.123	19,2	1.082	14,9	5.208	18,1
45-54 jaar	3.931	18,3	1.430	19,7	5.366	18,7
55-64 jaar	2.878	13,4	1.673	23,0	4.554	15,9
65-74 jaar	1.757	8,2	1.133	15,6	2.891	10,1
75 jaar of ouder	1.477	6,9	694	9,6	2.184	7,6

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 ($\chi^2=91,2$, $p=<0,001$).

Tabel 3.4 Respondenten en non-respondenten naar geslacht

geslacht	non-respondenten		respondenten		steekproef	
	N	%	N	%	N	%
man	11.579	54,1	3.453	47,6	15.048	52,4
vrouw	9.845	46,0	3.806	52,4	13.663	47,6

3.4 Achtergrondkenmerken van de respondenten

Deze paragraaf beschrijft enkele achtergrondkenmerken van de 7.260 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 3.348 (46,1%) mannen en 3.893 (53,6%) vrouwen (van 19 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 de 29 zorgverzekeraars, omdat we voor de non-respondenten alleen gegevens hadden van de zorgverzekeraar. De percentages in deze paragraaf zijn gebaseerd op de antwoorden van de respondenten zelf. Daarnaast weten we uit ervaring dat de percentages kunnen verschillen doordat niet de aangeschreven persoon de vragenlijst heeft ingevuld, maar bijvoorbeeld de partner die bij dezelfde zorgverzekeraar verzekerd is.

Tabel 3.5 toont de verdeling van de respondenten in leeftijdscategorieën. Het blijkt dat de meeste respondenten tussen de 55 en 64 jaar oud waren. Tabel 3.5 laat ook zien dat ruim de helft van de respondenten (55,8%) 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. Ruim een kwart van de respondenten (28,8%) had een gezinsinkomen groter of gelijk aan €2.500 per maand.

Het merendeel van de respondenten (N=6.686, 95,9%) was in Nederland geboren en had ook een vader (N=6.554, 94,4%) en/of een moeder (N=6.522, 93,8%) die in Nederland geboren is. Daarnaast spraken de meeste mensen thuis Nederlands, of Fries of een Nederlands dialect (N=6.940, 99,0%).

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

	N	%
Leeftijd:		
18-24 jaar	417	5,7
25-34 jaar	816	11,2
35-44 jaar	1.064	14,7
45-54 jaar	1.437	19,8
55-64 jaar	1.641	22,6
65-74 jaar	1.167	16,1
75 jaar of ouder	718	9,9
Opleiding:		
geen opleiding	117	16
lager onderwijs	311	5,9
lager of voorbereidend beroepsonderwijs	1.059	14,6
middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	1.218	16,8
middelbaar beroepsonderwijs	1.349	18,6
hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs	721	9,9
hoger beroepsonderwijs	1.620	22,3
wetenschappelijk onderwijs	865	11,9
Ervaren gezondheid:		
uitstekend	862	11,9
zeer goed	1.715	23,6
goed	3.648	50,3
redelijk	947	13,1
slecht	88	1,2
Netto gezinsinkomen per maand:		
< €900	318	4,4
tussen €900 en €1.220	496	6,8
tussen €1.220 en €1.350	326	4,5
tussen €1.350 en €1.750	737	10,2
tussen €1.750 en €2.500	1.325	18,3
≥ €2.500	2.089	28,8
ik wil hierover geen informatie verstrekken	1.862	25,7
missing	107	1,5

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=714, 10,6%). Overige respondenten hadden een basisverzekering en een aanvullende verzekering (N=1.500, 22,3%), een basisverzekering, aanvullende verzekering en een tandartsverzekering (N=4.461, 66,3%) en een klein deel had een basisverzekering en een tandartsverzekering (N=58, 0,9%).

Iets meer dan de helft van de respondenten (N=3.980, 54,8%) gaf aan een individuele verzekering te hebben, wat opmerkelijk is daar andere cijfers duiden op een collectiviteitsgraad van 70% (NZA, 2010) De overige respondenten waren collectief verzekerd: 23,3% (N=1.690) via zijn of haar werkgever, 6,5% (N=468) via de werkgever van zijn of haar partner, en 14,2% (N=1.028) niet via een werkgever. Ruim een derde van de respondenten (N=2.574, 35,5%) wist niet of hij/zij een 'zorg in natura polis' of een 'restitutiepolis' had. 32,9% (N=2.387) van de mensen hadden een 'zorg in natura polis', 17,3% (N=1.259) een 'restitutie polis' en 12,3% (N=896) 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=3.795, 52,3%) was langer dan 10 jaar verzekerd bij de huidige zorgverzekeraar. Van de respondenten was 20,0% (N=1.451) tenminste vijf jaar, maar minder dan tien jaar verzekerd bij de huidige verzekeraar. 1.481 respondenten (20,4%) waren tussen de twee en vijf jaar bij de huidige zorgverzekeraar verzekerd. Een minderheid van de respondenten (N=470, 6,5%) 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 2010/2011 weer. Hierbij kijken we zowel naar de ervaringen voor alle respondenten gezamenlijk (onafhankelijk van zorgverzekeraar) als naar de verschillen tussen zorgverzekeraars.

4.1 Ervaringen van de verzekerden voor alle zorgverzekeraars gezamenlijk

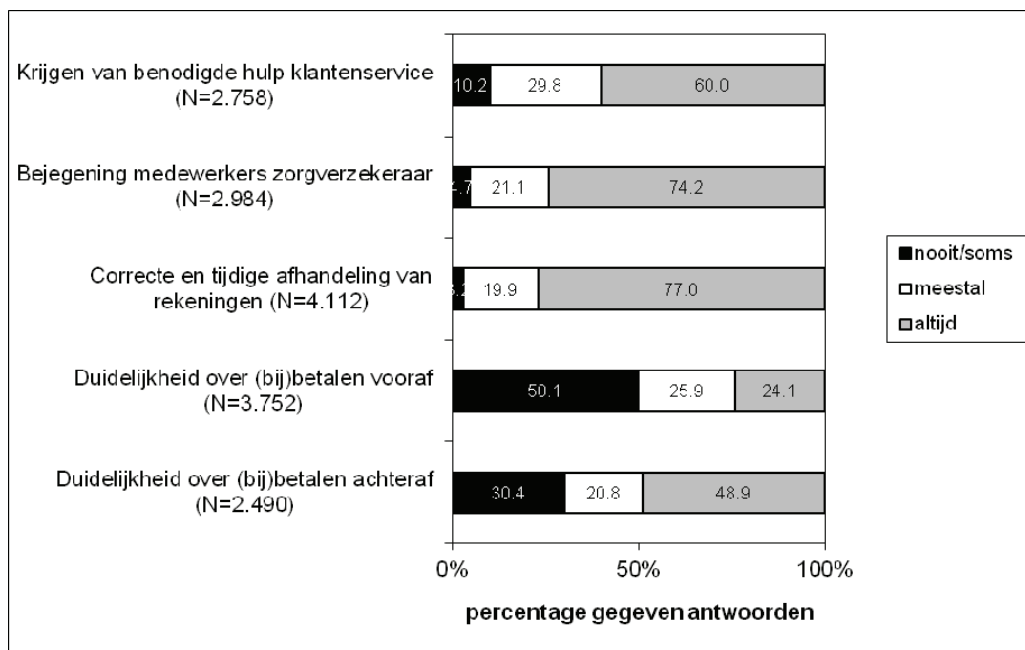
In eerste instantie worden de ervaringen van alle respondenten gezamenlijk bekeken, onafhankelijk van de zorgverzekeraar (zie figuren 4.1 tot en met 4.4). Naast de aspecten die op www.kiesBeter.nl zullen komen besteden we, evenals in voorgaande jaren, aandacht aan de aspecten ‘ervaren problemen bij het 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. Ook de frequenties waarmee respondenten aangeven bepaalde zorg of onderzoeken niet hebben laten uitvoeren of medicijnen niet hebben opgehaald vanwege de kosten worden weergegeven. In bijlage 4 worden zijn gemiddelden en de percentages gegeven antwoorden voor alle vragen uit de vragenlijst te vinden.

4.1.1 *Ervaringen met de zorgverzekeraar*

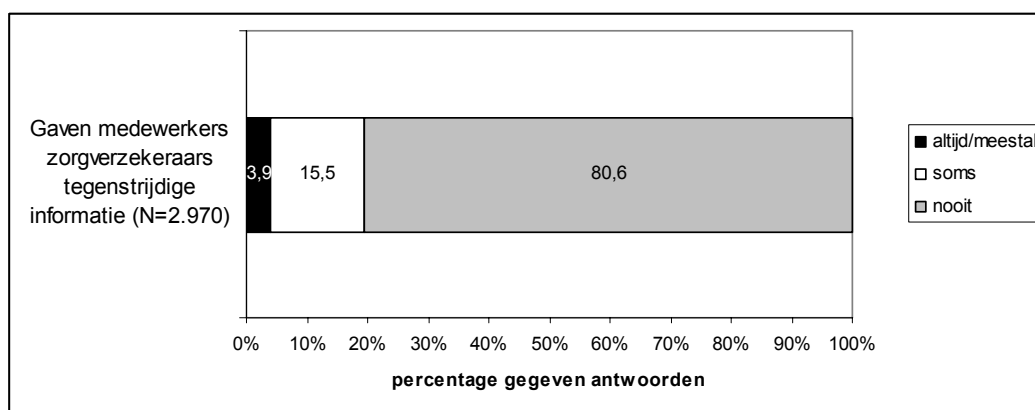
De meeste verzekerden gaven de zorgverzekeraar een ruime voldoende ($M=7,9$, $SD=1,23$). Het gemiddelde cijfer per zorgverzekeraar varieert van een 7,5 tot een 8,6. Bijna driekwart van de verzekerden vindt dat ze altijd vriendelijk en met aandacht werden benaderd door medewerkers van de zorgverzekeraar (zie figuur 4.1). 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 bijna een derde van de respondenten gaf aan deze hulp meestal te krijgen. Verzekerden geven aan vrijwel nooit tegenstrijdige informatie te ontvangen van de medewerkers van de zorgverzekeraar. Dit aspect zal op www.KiesBeter.nl overigens als volgt geformuleerd worden: “Eenduidigheid informatie zorgverzekeraar”. Dit om zo min mogelijk verwarring te veroorzaken met betrekking tot een kopje met een negatieve lading met daaronder sterreninformatie waarvoor doorgaans geldt dat hoe meer sterren, hoe positiever het oordeel is.

Duidelijkheid vooraf over bijbetaling wordt - evenals in 2005 t/m 2010 - minder positief gewaardeerd: voor de helft van de respondenten was nooit of soms duidelijk hoeveel moest worden bijbetaald voor zorg waar gebruik van werd gemaakt. Daar tegenover staat dat 70% van de verzekerden aangeeft dat de verzekeraar achteraf uitgelegd heeft waarom er (bij)betaald moest worden. Dit jaar is ook gevraagd of verzekerden van te voren informatie hebben gezocht over hoeveel ze zouden moeten (bij)betalen. Het blijkt dat ruim de helft van de respondenten die hebben moeten bijbetalen dit niet gedaan hebben. 22,1% van de respondenten geeft aan soms van te voren naar informatie over (bij)betalen gezocht te hebben en 22,3% geeft aan dit meestal of altijd te hebben gedaan (data niet in figuur).

Figuur 4.1a Frequentie waarmee dienstverlening van zorgverzekeraar voldoet aan kwaliteitseisen

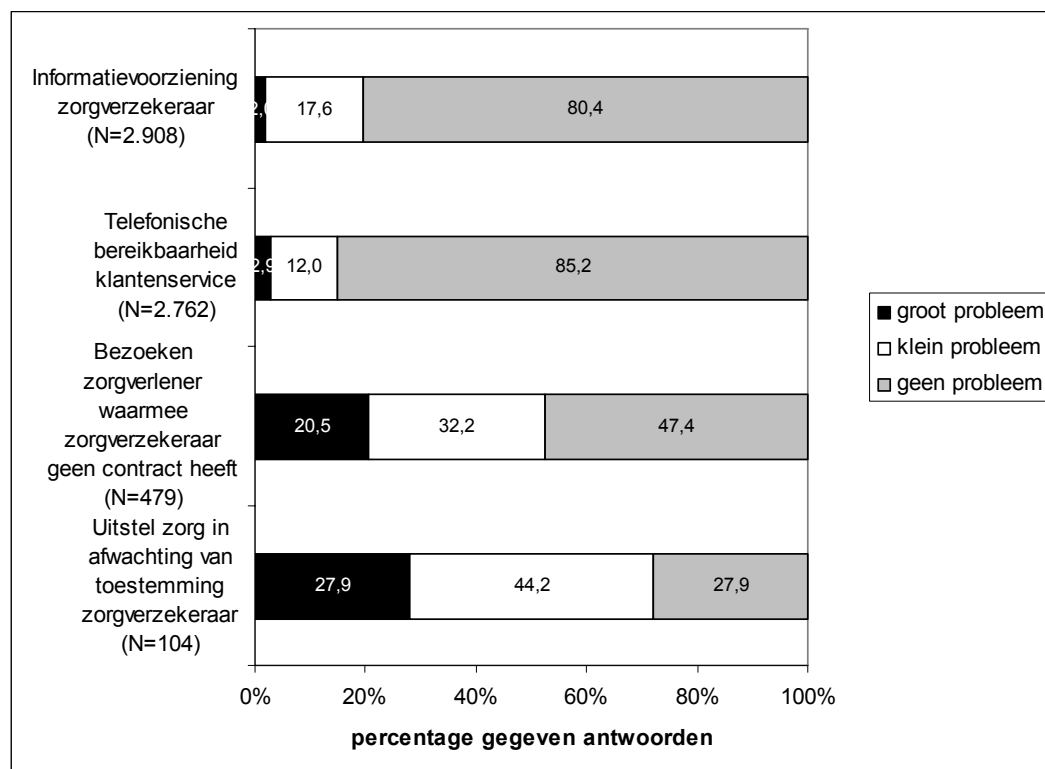


Figuur 4.1b Frequentie waarmee dienstverlening van zorgverzekeraar voldoet aan kwaliteitseisen



Uit figuur 4.2 blijkt dat de meerderheid van de verzekerden geen problemen had om de informatie over de zorgverzekeraar te vinden en te begrijpen. Ook de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice van de zorgverzekeraar werd door de meerderheid van de respondenten die heeft gebeld met de klantenservice als probleemloos ervaren. Van de kleine groep verzekerden die uitstel van zorg heeft ervaren door het wachten op toestemming van de zorgverzekeraar, ervoer 44,2% dit als klein probleem en 27,9% dit als groot probleem. 479 mensen wilden het afgelopen jaar een zorgverlener bezoeken waarmee de zorgverzekeraar geen contract had. Het krijgen van deze zorg heeft bij ongeveer drie kwart van deze mensen tot kleine danwel 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. Dit jaar is ook gevraagd naar hoe lang de medische zorg dan uitgesteld is. Het blijkt dat bij 76 verzekerden (73,1% van de respondenten die aangaven te moeten wachten op toestemming) de medische zorg meer dan vier weken is uitgesteld in afwachting van toestemming (data niet in figuur).

Figuur 4.2 Ervaren problemen met de dienstverlening van zorgverzekeraars

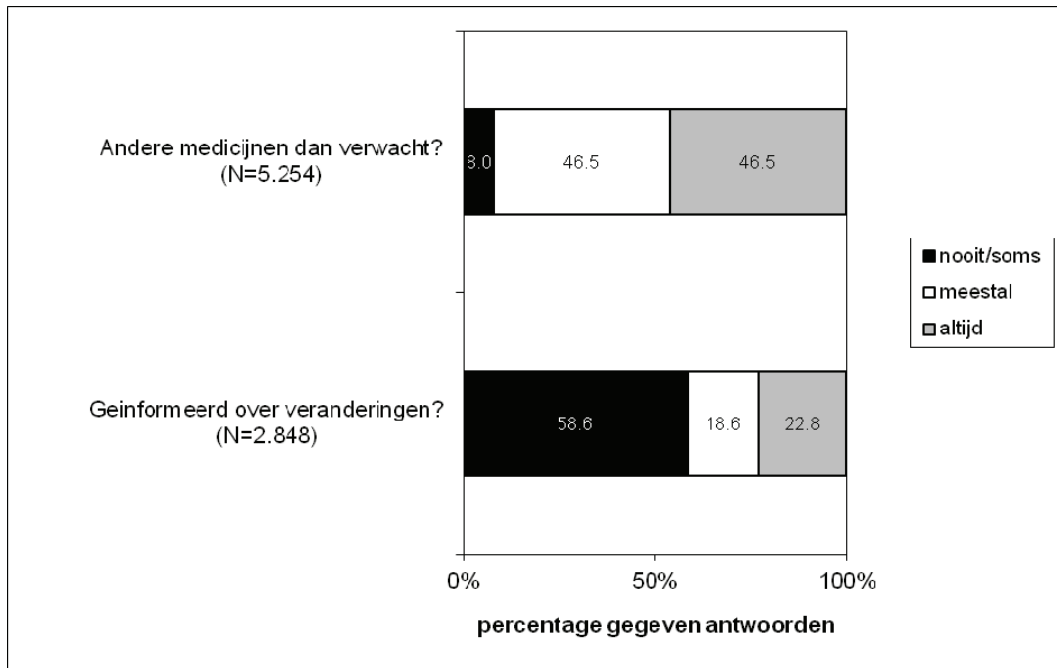


Ervaringen met medicijngebruik en toegankelijkheid

In figuur 4.3 worden enkele vragen naar ervaringen met medicijnen gerapporteerd. Van de 5.254 mensen die hier ervaringen mee hadden gaf meer dan 90% aan meestal of altijd een ander medicijn te krijgen als verwacht, naar alle waarschijnlijkheid het gevolg van

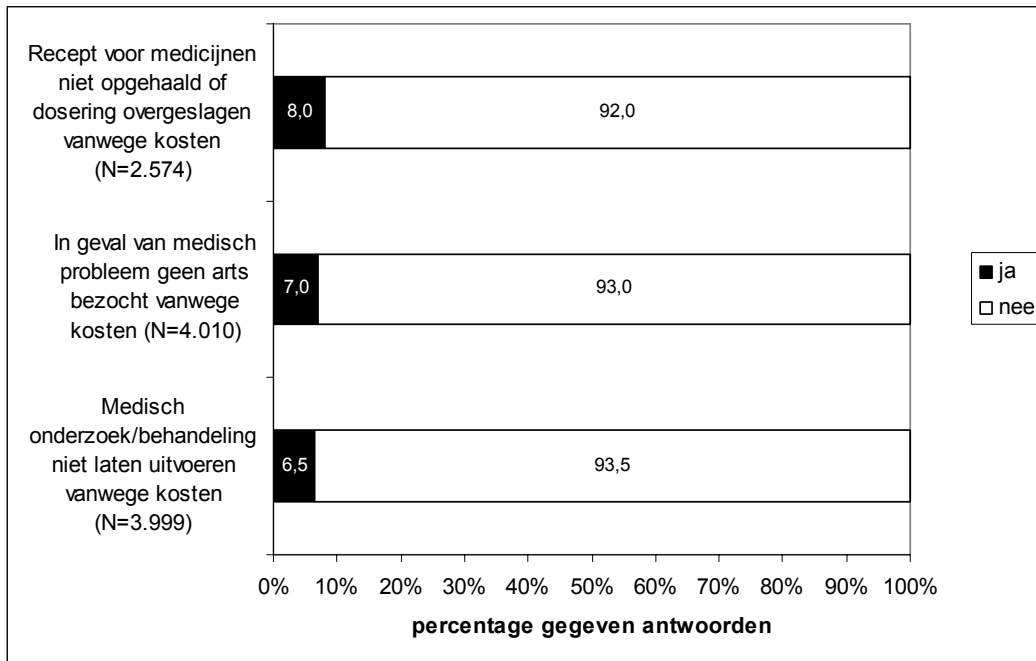
preferentiebeleid. Bijna 80% gaf aan hier nooit of soms over geïnformeerd te zijn. De vragen naar bijbetaling voor medicijnen zijn niet terug te vinden in figuur 4.3 omdat deze geen ander beeld lieten zien dan de algemene vragen naar bijbetaling (zie paragraaf 4.1.1).

Figuur 4.3 Ervaringen met medicijngebruik



Dit jaar zijn er ook vragen gesteld naar de toegankelijkheid van de zorg in het kader van de kosten voor burgers en/of patiënten, waarvoor vragen uit de OECD vragenlijst zijn overgenomen. Uit figuur 4.4 valt af te lezen dat 8% van de respondenten wel eens medicijnen niet heeft opgehaald of ingenomen vanwege de kosten. Bijna 7% van de respondenten heeft in geval van een medisch probleem niet de arts bezocht of een medisch onderzoek of behandeling niet laten uitvoeren vanwege de kosten.

Figuur 4.4 Toegankelijkheid zorg in het kader van de kosten voor burgers en/of patiënten



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=29) en de respondent (N=7.260). 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 haalde van minimaal 20 respondenten die bijbehorende vragen moeten hebben beantwoord. Tevens zijn de ervaringen met toegankelijkheid niet meegenomen (zie figuur 4.4) omdat eventuele verschillen tussen verzekeraars voor deze vragen waarschijnlijk vooral een gevolg zouden zijn van het gegeven dat verzekeraars die hun polissen goedkoop aanbieden vooral mensen aantrekken met een beperkt inkomen. Een selectie-effect is hier dus niet goed te scheiden van de invloed van de verzekeraar.

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 opschoningprocedure al afgevallen (zie figuur 3.1). Zowel de resultaten van de ongecorrigeerde als de gecorrigeerde gegevens worden weergegeven om het effect van de correctie inzichtelijk te maken.

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

4.2.1 *Ervaringen met de zorgverzekeraar*

De volgende analyses betreffen de verschillen in ervaringen met de service en dienstverlening van de zorgverzekeraar. Tabel 4.1 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 (5,33%), de bejegening door medewerkers van de klantenservice (4,75%) en het algemeen oordeel over de zorgverzekeraar (5,33%).

Tabel 4.1 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	5,89%	10,38**	5,33%	10,05**
Krijgen van benodigde telefonische hulp klantenservice	5,44%	10,06**	4,44%	9,32**
Bejegening door medewerkers zorgverzekeraar	6,54%	10,91***	4,75%	9,95**
Afhandeling van rekeningen	2,43%	8,52**	1,67%	7,01**
Duidelijkheid over het (bij)betalen voor de zorg vooraf	2,40%	8,19**	2,28%	7,99**
Duidelijkheid over (bij)betalen voor de zorg achteraf	3,43%	8,00**	2,16%	6,03*
Informatievoorziening van de zorgverzekeraar	2,24%	6,75**	2,13%	6,46*
Tegenstrijdige informatie van medewerkers zorgverzekeraar	3,56%	8,76**	2,59%	7,48**
Algemeen oordeel zorgverzekeraar	7,24%	13,06***	5,33%	12,53***

ICC=Intra Class-Correlation

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

4.2.2 *Ervaringen met medicijngebruik*

De resultaten voor de vragen over medicijnen lieten erg weinig verschillen tussen de zorgverzekeraars zien en aangezien bovendien niet onomstotelijk vast staat dat de vragen

enkel het handelen van de zorgverzekeraar weerspiegelen – de apotheek speelt immers ook een belangrijke rol – is in overleg met de verzekeraars besloten deze vragen niet als keuze informatie op kiesBeter.nl op te nemen. Voor de volledigheid presenteren we wel de resultaten van de multilevel analyse voor deze vragen in tabel 4.2, waaruit inderdaad blijkt dat verschillen tussen verzekeraar buitengewoon klein zijn: voor de gecorrigeerde gegevens geldt dat wanneer het onderliggende model rekening houdt met verschillen tussen verzekeraars, dit geen significante verbetering vormt t.o.v. een model dat geen rekening houdt met verschillen tussen verzekeraars.

Tabel 4.2 Multilevel analyses voor de ervaringen rondom de verstrekking van medicijnen

	ongecorrigeerde gegevens		gecorrigeerde gegevens	
	ICC	χ^2 (1 df)	ICC	χ^2 (1 df)
Medicijnverstrekking:				
Krijgen van andere medicijnen dan verwacht	0,44%	2,72	0,23%	1,17
Geïnformeerd over veranderingen	0,44%	1,26	0,41%	1,13
Zelf moeten (bij)betalen voor medicijnen op recept	0,76%	3,87*	0,56%	2,81
Legde de zorgverzekeraar uit waarom er (bij)betaald moest worden	2,34%	4,84*	1,41%	2,98

ICC=Intra Class-Correlation

* $p < 0,05$

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 vergelijkingsinterval van het gemiddelde van de zorgverzekeraar respectievelijk geheel beneden of geheel boven het gemiddelde over alle zorgverzekeraars valt. Als het vergelijkingsinterval 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. 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. De gemiddelden en vergelijkingsintervallen worden gepresenteerd in bijlage 3.

Tabel 4.3 Aantal zorgverzekeraars met één, twee en drie sterren voor ervaringen met de zorg en de zorgverzekeraar in 2010/2011

aspect	2010/2011		
	*	**	***
Ervaringen met de zorgverzekeraar:			
Informatievoorziening van de zorgverzekeraar	3	21	5
Afhandeling van rekeningen	5	17	7
Bejegening medewerkers zorgverzekeraars	6	15	8
Telefonische bereikbaarheid klantenservice	7	13	9
Krijgen van de benodigde telefonische hulp van de klantenservice	6	15	8
Duidelijkheid over (bij)betalen voor de zorg vooraf	5	17	7
Duidelijkheid over (bij)betalen voor de zorg achteraf	4	22	3
Tegenstrijdige informatie van medewerkers zorgverzekeraar	5	19	5
Algemeen oordeel zorgverzekeraar	15	5	9

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 zich bovendien goed realiseren dat het over relatief kleine kwaliteitsverschillen gaat. Dit geldt met name voor de verschillen in de afhandeling van rekeningen, de duidelijkheid over (bij)betalen voor de zorg, zowel vooraf als achteraf, de informatievoorziening van de zorgverzekeraars en de tegenstrijdigheid in informatie die medewerkers van de zorgverzekeraar geven (zie tabel 4.1).

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 in meer detail weergegeven voor het huidige jaar (2010/2011). Zowel de indeling in sterren als de percentages gegeven antwoorden zijn daarbij zichtbaar voor iedere verzekeraar afzonderlijk. In bijlage 3 geven we de vergelijkingsintervallen van dit jaar weer en is te zien welke vergelijkingsintervallen geheel boven of onder het gemiddelde over alle zorgverzekeraars vallen.

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 meting uitgevoerd om de ervaringen van Nederlandse verzekerden met hun zorgverzekeraar en de geleverde zorg in het jaar 2010/2011 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 versie 2011 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 medicatieverstrekking, de toegankelijkheid van de zorg in termen van kosten voor de burger en/of patiënt en de dienstverlening van de zorgverzekeraar.

Uiteindelijk bekeken we de antwoorden van 7.260 respondenten van 29 verschillende labels van zorgverzekeraars (respons: 25,3%). 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

In de eerste jaren van de meting met de CQI Zorg en Zorgverzekering zijn zeer algemene vragen over de zorg gesteld. Bijvoorbeeld of verzekerden vonden dat zorgverleners goed bereikbaar waren en hen prettig bejegenden. Aangezien op deze aspecten nooit verschillen tussen verzekeraars naar voren kwamen is de focus voor wat betreft de zorg sinds 2009 verschoven van algemene vragen naar vragen over specifieke zorgvormen waar de verzekeraar een relatief actieve rol heeft. In 2009 en 2010 is daarom naar ervaringen rondom fysiotherapie en de verstrekking en vergoeding van hulpmiddelen gevraagd, waarbij wederom geen grote verschillen naar voren kwamen. Dit jaar is gevraagd naar ervaringen rondom medicijnverstrekking. De gegevens hierover wezen uit dat de onduidelijkheid omtrent vergoedingen bij medicijngebruik net zo groot is als in het algemeen. Tevens geeft meer dan 90% van de mensen aan meestal of altijd een ander geneesmiddel te krijgen dan verwacht. Dit wijst erop dat het preferentiebeleid van zorgverzekeraars – dat erop gericht is om alleen het medicijn te verstrekken van de fabrikant die de werkzame stof tegen de laagste prijs aanbiedt – goed merkbaar is voor verzekerden.

Wat betreft de kwaliteit van de zorgverzekeraar rapporteerden verzekerden over het algemeen positieve ervaringen. De verzekeraars scoorden gemiddeld een 7,9 en het gemiddelde cijfer per zorgverzekeraar varieerde van een 7,5 tot een 8,6. De overgrote meerderheid van de verzekerden ondervond weinig tot geen problemen wat betreft de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice en gaf aan dat ze daar meestal of altijd de benodigde hulp kreeg. Vrijwel alle verzekerden vond dat ze meestal of altijd prettig bejegend werden en dat de rekeningen die ze indienden meestal of altijd correct werden afgehandeld. 80,6% van de respondenten gaf aan nooit tegenstrijdige informatie te krijgen van de medewerkers van de zorgverzekeraar, 15,5% gaf aan dit soms te krijgen en 3,9% gaf aan altijd tegenstrijdige informatie te ontvangen.

Verzekerden oordeelden echter niet over alle aspecten positief. Zo ervoer bijna driekwart (72%) van de verzekerden waarbij de medische zorg was uitgesteld door het wachten op toestemming van de zorgverzekeraar dit als problematisch. Ook ervoer meer dan de helft van de verzekerden die niet-gecontracteerde zorg nodig hadden of wensten (53%) problemen met het verkrijgen hiervan. Er zijn maar weinig mensen die ervaringen hebben met uitstel van zorg of niet-gecontracteerde zorg, maar de mensen die hier ervaringen mee hebben ondervinden dus wel problemen. Tevens gaf 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 ligt net als in voorgaande jaren op hetzelfde niveau. 30% van de verzekerden geeft aan *achteraf* nooit of soms informatie over (bij)betalen te hebben ontvangen. Deze onduidelijkheid die verzekerden ervaren is vrij opvallend, want

tegelijkertijd gaf maar 1% aan dat ze grote problemen hadden met het vinden en begrijpen van de informatie die de verzekeraar verstrekt. Een mogelijke verklaring voor deze onverminderd hoge onduidelijkheid 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 leidt het verplicht eigen risico tot verwarring 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 bijvoorbeeld voorkomen dat bepaalde zorg het ene jaar vergoed wordt en het daaropvolgende jaar niet meer. Hoewel de onduidelijkheid rondom bijbetaling eigen risico en de inhoud van het basispakket onwenselijk is, is dit vanuit de overheid nog te overzien wanneer bijbetaling slechts een middel is om de kosten te drukken. Indien bijbetaling ook als prikkel dient om marktwerking te versterken – waarbij verzekerden de mate van bijbetaling mee laten wegen bij de keuze voor een zorgaanbieder – dan lijkt het er op dat het huidige beleid teveel verwarring zaait voor dit doel.

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. Dit jaar hebben we specifiek bekeken of verzekeraars verschillen wat betreft de ervaringen van verzekerden met medicijnverstrekking, zoals preferentiebeleid van verzekeraars en informatie over (vergoedingen van) medicijnen. Dit bleek niet het geval te zijn. De apotheek drukt waarschijnlijk een veel grotere stempel op de ervaringen van verzekerden met medicijnverstrekking dan de verzekeraar. 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 was ook in 2010 het geval. 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 7,1 tot een 8,8. In aanvulling op voorgaande jaren zijn twee aspecten met betrekking tot de ervaren service van de zorgverzekeraar toegevoegd: duidelijkheid over bijbetaling achteraf en ervaren tegenstrijdige informatie. Op deze aspecten werden ook verschillen gevonden tussen verzekeraars.

Een belangrijk discussiepunt is of de aangetroffen verschillen ook relevant zijn. In termen van het algemene oordeel varieerden de scores van zorgverzekeraars van 7,5 tot 8,6. Hieruit kan allereerst worden afgeleid dat de meeste, zo niet alle, verzekeraars goed scoren. Is het dan de moeite waard om voor een verschil van maximaal 1,1 punt in rapportcijfer over te stappen? Dit is uiteraard een afweging die iedere verzekerde voor

zichzelf moet maken. Interessant is wel dat een recente publicatie uitwijst dat verzekeraars die minder goed scoren op de meting met de CQI Zorg en Zorgverzekering meer verzekerden zien overstappen naar een concurrent (Boonen et al., 2011). Voor de verzekerden die overstappen lijken de verschillen die worden gevonden in de meting dus wel degelijk relevant. Gek genoeg wordt de keuze voor de nieuwe verzekeraar dan weer grotendeels bepaald door de premie en niet door gegevens over de kwaliteit van de service. Kortom, het lijkt erop dat verzekeraars klanten kunnen binnenhalen met lage prijzen, maar voor het behouden van klanten ook een goede service moeten leveren.

5.5 Respons

De aanzienlijk 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 33% in 2010. Het responspercentage dit jaar bedraagt 25,3%. Dit mag een zorgwekkende ontwikkeling genoemd worden. Wellicht leeft het thema zorgverzekeringen en zorgverzekeraars niet erg onder consumenten.

Een lage respons kan ervoor zorgen dat verschillen tussen zorgverzekeraars minder snel significant zijn. Daarnaast kan een lage respons voor problemen zorgen wat betreft de representativiteit van de resultaten. De lagere respons dit jaar ten opzichte van vorig jaar zou teruggevoerd kunnen worden op de veranderingen die zijn doorgevoerd in de wijze van benadering van de verzekerden. Een verschil met voorgaande jaren is bijvoorbeeld het aantal keren dat de verzekerden gevraagd worden deel te nemen. In het verleden werden mensen altijd vier keer benaderd, maar dit jaar zijn de verzekerden, in overleg met de zorgverzekeraars, slechts drie maal benaderd. Gezien de lage respons dit jaar vergeleken met voorgaande jaren hebben we daarom ook nog eens gekeken naar de respons bij het verzendschema dat in 2009 en in 2010 werd gehanteerd (data niet gepresenteerd). Hierbij viel op dat 79% van de geadresseerden reageerden op verzending 1 t/m 3 en nog eens zo'n 21% van de geadresseerden na de laatste verzending gereageerd heeft. Kortom, een vierde verzending wekt misschien bij een groep mensen irritatie op, maar tegelijkertijd zorgt deze vierde verzending nog voor een groot gedeelte van de respons. De aanbeveling voor toekomstige metingen is daarom om deze vierde verzending toch weer op te nemen.

Een ander verschil met vorig jaar is dat de verzekerden dit jaar bij de eerste verzending ook een afmeldkaartje ontvingen dat zij eenvoudig konden retourneren wanneer zij niet mee wilden werken aan de vragenlijst. Ongeveer 20% van de mensen uit de steekproef heeft hiervan gebruik gemaakt. Dit kan ook worden gezien als een vorm van respons, maar hoe dan ook levert dat geen bruikbare vragenlijsten op. Hoewel het mensen op deze manier wellicht erg gemakkelijk wordt gemaakt om niet mee te werken aan het onderzoek is ook duidelijk dat zo'n afmeldkaartje in een behoefte voorziet. In het algemeen waren de deelnemende verzekeraars dan ook positief over deze aanpassing.

Een laatste aanpassing is dat verzekerden zijn aangeschreven vanuit het NIVEL, in plaats van uit de zorgverzekeraar. Dit is naar alle waarschijnlijkheid niet of nauwelijks van

invloed geweest aangezien de verzekerden voor 2009 ook al vanuit het NIVEL werden aangeschreven en de respons destijds (aanzienlijk) hoger was.

De daling in respons is niet te herleiden tot één van de genoemde aanpassingen, het is waarschijnlijk een samenspel van de factoren. Meer onderzoek zou nodig zijn om te bepalen welke factoren (afzender, en met name minder verzendingen en het gebruik van afmeldkaartjes) van invloed zijn en in welke mate ze van invloed zijn op de respons.

5.6 Een vergelijking tussen de jaren 2009/2010 en 2010/2011

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 (2009/2010).

Wanneer de dienstverlening van de zorgverzekeraars dit jaar vergeleken wordt met vorig jaar, zien we dat verzekerden dit jaar vergelijkbare ervaringen rapporteren als vorig jaar. Op een aantal aspecten worden wat positievere ervaringen gerapporteerd. Zo is een groter aantal verzekerden van mening dat zij altijd juist bejegend worden (2010: 70,8%, 2011: 74,2%), en dat zij geen problemen ondervinden als het gaat om de telefonische bereikbaarheid van de klantenservice (2010: 78,2%, 2011: 85,2%). Er zijn dit jaar echter wel meer verzekerden die kleine of grote problemen ondervonden hebben met het bezoeken van een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft (2010: 47,8%, 2011: 52,7%).

Evenals vorig jaar is het verzekerden vaak vooraf niet duidelijk in welke mate er bijbetaald moet worden voor zorg. Dat hebben verzekerden deels aan zichzelf te danken: ruim de helft (55,6%) van de verzekerden gaf aan nooit van te voren naar informatie over (bij)betalen gezocht te hebben. Verzekerden moeten wellicht nog wennen aan het idee dat voor sommige vormen van zorg bijbetaald moet worden. Zorgverzekeraars kwijten zich achteraf redelijk van hun taak: bijna 70% van de verzekerden geeft aan dat de zorgverzekeraar achteraf altijd of meestal uitleg heeft gegeven waarom er (bij)betaald moest worden. Op dit punt valt echter nog kwaliteitswinst te behalen.

Ook met het uitstel van zorg in afwachting van toestemming van de zorgverzekeraar ervaren verzekerden die hiermee te maken hebben gehad dit jaar weer problemen, maar wel in iets mindere mate dan vorig jaar. Dat verzekerden hier problemen mee hebben is niet verwonderlijk want voor de kleine groep waarbij zorg wordt uitgesteld in afwachting van toestemming, duurt het bij driekwart van de mensen langer dan vier weken voor de verzekeraar een besluit neemt.

Het algemeen oordeel over de zorgverzekeraar dit jaar (7,9) is vergelijkbaar met vorig jaar (7,8). Als we kijken naar hoe de verzekeraars verschillen ten opzichte van elkaar, zien we dit jaar dat procentueel minder zorgverzekeraars 1 of 3 sterren toebedeeld gekregen, en meer zorgverzekeraars 2 sterren toebedeeld hebben gekregen dan 2009/2010. Dit ligt vermoedelijk aan de lagere respons, waardoor verschillen minder snel significant worden. Inderdaad, hoewel de verschillen uitgedrukt in sterren dit jaar wat kleiner lijken, zijn de ICC's van dit jaar vergelijkbaar met die van vorig jaar. De verschillen zijn dus niet kleiner geworden, maar komen alleen minder tot uitdrukking in de sterindeling als gevolg van een lager aantal waarnemingen.

5.7 Keuze-informatie over de prestaties van zorgverzekeraars

Het Ministerie van VWS nam destijds 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. De vraag speelt hoe keuze-informatie voor consumenten het beste gepresenteerd kan worden op internet. Volgens Damman et al. (2007, 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 waarderingcijfer 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., 2007, 2010).

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), 3% in 2009 (Vos en De Jong, 2009) en 4% in 2010 (www.kiesBeter.nl; Vektis, 2010). Het percentage overstappers is in 2011 voor het eerst sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel duidelijk gestegen tot boven de 5% (www.vektis.nl, Reitsma-van Rooijen et al, 2011). Het lijkt erop dat de kwaliteit van zorg en de service van de zorgverzekeraar geen

belangrijke rol speelt in de keuze voor een zorgverzekeraar. Slechts 4% van de respondenten uit het onderzoek van Reitsma-van Rooijen et al (2011) geeft de service van de zorgverzekeraar als reden aan om over te stappen en 1% geeft aan dat de kwaliteit van zorg die de zorgverzekeraar regelt een reden is om over te stappen. Dit in tegenstelling tot de 52% van de overstappers die aangeeft dat de hoogte van de totale premie de belangrijkste reden is om te wisselen van zorgverzekeraar. De onderzoekers uit dit onderzoek concluderen dan ook dat er weinig sprake lijkt te zijn van concurrentie op kwaliteit (Reitsma-van Rooijen et al., 2011). Vergelijkbare resultaten kwamen in voorgaande jaren uit andere onderzoeken naar voren (Vos et al., 2009, Vektis, 2010, www.KiesBeter.nl). Tegelijkertijd wordt uit secundaire analyses duidelijk dat verzekeraars die minder goed scoren op de CQ-index meer verzekerden zien vertrekken (Boonen et al., 2011). Hoewel verzekerden kwaliteit dus zelf niet als een belangrijke factor benoemen, blijkt deze in de praktijk wel degelijk van relevant. Verzekeraars doen er dan ook verstandig aan om een hoge kwaliteit na te blijven streven (Fung et al., 2008; Donselaar et al., 2011).

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. Er is het afgelopen jaar veel aandacht in de media geweest voor verschillende zorgverzekeraars, met name CZ, die besloten hebben selectief zorgaanbieders te contracteren. Zo heeft CZ in 2010 en in 2011 op basis van verschillende indicatoren - waaronder indicatoren gebaseerd op de CQ-index - besloten om voor 2011 vier ziekenhuizen, en voor 2012 vijf 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.

5.8 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 dat onderzoek werd gevonden dat zorgverzekeraars volgens hun verzekerden in het algemeen beter zijn gaan presteren over de jaren.

Daarnaast zijn zorgverzekeraars naar elkaar toegegroeid. Om te bepalen of deze trend zich doorzet, is het belangrijk om dit onderzoek te herhalen met de resultaten uit de jaren 2009, 2010 en 2011.

Zoals eerder aangegeven hebben eerdere pogingen om onderscheid te maken tussen verzekeraars wat betreft de ervaringen van verzekerden met de zorg weinig opgeleverd. Dit jaar hebben we specifiek gekeken naar ervaringen rondom de verstrekking van medicijnen. De gedachte was dat er mogelijk verschillen zouden bestaan tussen verzekeraars, bijvoorbeeld als gevolg van preferentiebeleid en informatievoorziening over preferentiebeleid. Wederom zijn verschillen niet zichtbaar geworden, mogelijk ook omdat de apotheek – onafhankelijk van de zorgverzekeraar – een belangrijke stempel druk op de ervaringen van verzekerden. Hoe dan ook zullen deze gegevens niet als keuze-informatie gebruikt worden (er valt immers niets te kiezen als verzekeraars allemaal hetzelfde scoren), maar kan het wel dienen als monitor informatie. Aangezien de pogingen om verschillen tussen verzekeraars te meten als het gaat om ervaringen van verzekerden met de zorg tot nu toe weinig hebben opgeleverd is het de vraag of dit bij een eventuele volgende meting opnieuw aan de orde moet komen. Mogelijk is het verstandig om af te wachten tot verzekeraars nog duidelijker een rol pakken bij de zorginkoop en daarbij ook verschillende accenten leggen in hun zorginkoopbeleid.

Ondanks de nuttige informatie die de metingen de afgelopen jaren hebben opgeleverd is de toekomst van de meting allerm minst zeker. Het Centrum Klantervaring Zorg betaalde in de afgelopen jaren de onderzoekscapaciteit, maar moet zich als gevolg van bezuinigingen (20% in 2012; 40% in 2013) noodgedwongen terugtrekken. De vraag of de onderzoekscapaciteit op andere wijze gefinancierd kan worden is vooralsnog niet beantwoord.

5.9 Tot slot

Kiezen op kwaliteit staat centraal in ons zorgstelsel. Vijf jaar na de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet lijkt de verzekerdenmobiliteit weer enigszins op gang te komen. In 2011 is meer dan 5% van de Nederlanders overstapt naar een andere zorgverzekeraar. Hoewel overstapedrag wel deels gerelateerd lijkt aan de scores op de CQ-index (Boonen et al., 2011) benoemen verzekerden zelf vooral de hoogte van de premie voor de totale zorgverzekering (Vektis, 2011, Reitsma-van Rooijen et al., 2011) Hoe dan ook dienen consumenten in staat te worden gesteld om te kiezen tussen zorgverzekeraars. 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
- Boonen LHHM, Laske-Aldershof L, Schut FT. Kiezen verzekerden voor kwalitatief betere zorgverzekeraars? *TSG*, 2011; 89:7:380-7
- 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.centrumklantervaringzorg.nl
- www.cvz.nl
- www.cz.nl
- Damman OC, Hendriks M, Delnoij DMJ. Keuze-informatie over patiëntervaringen: aanbevelingen en dilemma's. *TSG*, 2011; 88(7):396-405
- 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 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 DMJ, Hendriks M. De CQ-index: het meten van klantervaringen in de zorg. *TSG*, 2008; 86(8):440-6
- Dillman DA. *Mail and internet surveys: The tailored design method*. New York: Wiley, 2000
- Donselaar CG, Boer D de, Zegers M, Rademakers J, Hendriks M. *Wat is belangrijker bij het bepalen van het algemeen oordeel over de zorgverzekeraar: concrete ervaringen of vertrouwen, loyaliteit en beeldvorming? Determinanten van het algemeen oordeel*. Utrecht: NIVEL, 2011
- Donselaar CG, Koopman L, Hendriks M, Rademakers J. *Het effect van steekproeftrekking en afzender op respons en ervaringen*. Utrecht: NIVEL, 2010
- Donselaar CG, Boer D de, Hoek L van der, Booij JC, Rademakers J, Hendriks M, Delnoij DMJ. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2010*. Utrecht: NIVEL, 2010
- Edwards P, Roberts I, Clarke M, DiGuseppi C, Pratap S, Wentz R et al. Methods to increase response rates to postal questionnaires. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007; MR000008
- Edwards PJ, Roberts I, Clarke MJ, DiGuseppi C, Wentz R et al.. *Methods to increase response to postal and electronic questionnaires (Review)*. The Cochrane Collaboration. New York: Wiley, 2009

- 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
- Goldstein H, Healy MJR. The graphical presentation of a collection of means. *J Royal Statistical Society A*, 1995; 158:175-7
- 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
- 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
- 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
- Koopman, L., Meulen-Arts, S. van der, Sixma H., Hendriks M., Boer D de, Delnoij D. *Handboek Eisen & Werkwijzen CQI-metingen*. Utrecht: Centrum Klantervaring Zorg, 2011 (<http://www.centrumklantervaringzorg.nl/cqi-richtlijnen/handboek-eisen-en-werkwijzen-cqi-metingen.html>)
- www.kiesBeter.nl
- www.nza.nl . *Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2010*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2010
- 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
- Reitsma-van Rooijen M, Brabers A, Jong J de. *Bijna 8% wisselt van zorgverzekeraar. Premie is de belangrijkste reden om te wisselen*. Utrecht: NIVEL, 2011
- Rice N, Leyland A. Multilevel models: applications to health data. *J Health Serv Res Policy*, 1996; 1(3):154-64

<http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws>

Schee E van der, Friele R, Delnoij DMJ. *Weinig mensen veranderen van ziekenfonds*. Utrecht: NIVEL, 2005

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

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

Vektis. *Zorgthermometer 2011. Verzekerden in beweging*. Zeist: Vektis, 2011

www.vektis.nl

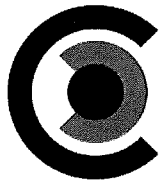
Vos L, Jong J de. *Percentage overstappers van zorgverzekeraars 3%. Ouderen wisselen nauwelijks van zorgverzekeraar*. Utrecht: NIVEL, 2009

Westert GP, Berg MJ van den, Zwakhals SLN, Heijink R, Jong JD de, Verkleij H. *Zorgbalans 2010. De prestaties van de Nederlandse zorg*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010

Zaslavsky A, Zaborksi L, Lin Ding M, Shaul J, Cioffi P. Adjusting performance measures to ensure equitable plan comparisons. *Health Care Financ Rev*, 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

Zwijnenberg, N., Hendriks, M., Boer, D. de, Spreeuwenberg, P., Zegers, M., Rademakers, J., Delnoij, D.M.J. *Ervaringen van verzekerden met de zorg en de zorgverzekeraars: CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2009*. Utrecht: NIVEL, 2009



CENTRUM
KLANTERVARING ZORG



Vragenlijst

Ervaringen met de zorg en zorgverzekering

CQ-index Zorg en Zorgverzekering

Versie 2011

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.

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

INTRODUCTIE

Deze vragenlijst gaat over uw ervaringen met dienstverlening van uw zorgverzekeraar en met ontvangen zorg. Wij stellen het zeer op prijs als u deze vragenlijst wilt invullen. Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 10 tot 20 minuten.

De vragenlijst wordt anoniem en vertrouwelijk gebruikt. Dit betekent dat niemand weet welke antwoorden u heeft gegeven. Ook worden uw gegevens niet met anderen gedeeld. Verder ziet u een nummer op de voorkant van deze vragenlijst staan. Dit nummer wordt ALLEEN gebruikt om te kijken of de vragenlijst al is teruggestuurd. U krijgt dan géén herinnering meer thuis gestuurd..

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Het wel of niet meedoen aan dit onderzoek heeft géén gevolgen voor uw verzekering of behandeling. Als u niet wilt meedoen aan dit onderzoek, zet dan een kruisje in dit vakje . Stuur daarna deze bladzijde terug in de antwoordenvelop.

Heeft u vragen, dan kunt u op werkdagen tussen 10.00-14.00 uur bellen met het NIVEL, telefoonnummer: 030 2 729 841. Of u kunt een e-mail sturen naar: cqizorgverzekering@nivel.nl. Wilt u het nummer dat op de voorpagina van deze vragenlijst staat hierbij vermelden?

INVULINSTRUCTIE

- ◆ Het is belangrijk dat de vragen alleen worden ingevuld door de persoon die in de begeleidende brief staat. Het is niet de bedoeling om de vragenlijst aan iemand anders door te geven.
- ◆ De meeste vragen kunt u beantwoorden door een kruisje te zetten in het vakje van uw keuze. Gebruik hiervoor een blauwe of zwarte pen. Kruisjes die buiten de vakjes staan worden door de computer niet gezien.
- ◆ Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Bij deze vragen staat dat aangegeven.
- ◆ Bij sommige vragen kunt u zelf een antwoord opschrijven. Wilt u dit met blokletters doen in het aangewezen vakje?
- ◆ Soms wordt u gevraagd om enkele vragen in deze vragenlijst over te slaan. U ziet dan een pijltje met een opmerking. Deze opmerking geeft aan welke vraag u daarna moet beantwoorden. Dit ziet er als volgt uit:

Nee → **indien nee: ga naar vraag 3**

Ja

- ◆ Heeft u een antwoord ingevuld, maar wilt u dat later veranderen? Zet het verkeerd 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 MEDICIJNEN

In dit deel van de vragenlijst stellen wij u een aantal vragen over uw ervaringen met het verkrijgen van medicijnen **in de afgelopen 12 maanden**.

4. Heeft u medicijnen op recept voorgeschreven gekregen?

- ¹ Nee → *indien nee: ga naar vraag 11*
² Ja

5. Kreeg u wel eens andere medicijnen dan de medicijnen die u verwacht had? (bijvoorbeeld een ander merk)

- ¹ Nooit → *indien nee: ga naar vraag 8*
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd

6. Bent u geïnformeerd over deze verandering(en)?

- ¹ Nooit → *indien nooit: ga naar vraag 8*
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd

7. Door wie bent u geïnformeerd over deze verandering(en)?

- ¹ De zorgverzekeraar
² De huisarts
³ De apotheker
⁴ Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

8. Heeft u zelf moeten (bij)betalen voor medicijnen die u op recept voorgeschreven kreeg?

- ¹ Nee → *indien nee: ga naar vraag 11*
² Ja

9. Legde uw zorgverzekeraar uit waarom u moest (bij)betalen voor de medicijnen?

- 1 Nooit
 2 Soms
 3 Meestal
 4 Altijd
 5 N.v.t., ik heb niet om uitleg gevraagd

10. Is het voorgekomen dat u vanwege de kosten een recept voor medicijnen niet hebt opgehaald of doseringen van uw medicijnen hebt overgeslagen?

- 1 Nee
 2 Ja

ENKELE VRAGEN OVER UW ZORGVERZEKERING

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

11. Bij welke zorgverzekeraar bent u verzekerd?

- 1 Aegon Zorgverzekering
 2 Agis
 3 AnderZorg
 4 Avéro Achmea
 5 Azivo
 6 CZ
 7 CZdirect
 8 De Amersfoortse
 9 De Friesland Zorgverzekeraar
 10 Delta Lloyd
 11 DSW
 12 DVZ
 13 FBTO
 14 Fortis ASR
 15 Groene Land Achmea
 16 Interpolis
 17 IZA Zorgverzekeraar
 18 IZZ Zorgverzekeraar
 19 Menzis
 20 OHRA
 21 ONVZ
 22 OZF Achmea
 23 PNO Ziektekosten
 24 Pro Life
 25 Salland
 26 SIZ

- 27 Stad Holland Zorgverzekeraar
 28 Take Care Now
 29 Trias
 30 Univé
 31 VGZ
 32 VvAA
 33 Zekur
 34 Zilveren Kruis Achmea
 35 Zorg en Zekerheid
 36 Zorgverzekeraar UMC
 37 Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

12. Hoe bent u verzekerd tegen ziektekosten?

- 1 Alleen een basisverzekering
 2 Een basisverzekering en een aanvullende verzekering (geen tandartsverzekering)
 3 Een basisverzekering en een aanvullende verzekering met daarin een tandartsverzekering
 4 Een basisverzekering, een aanvullende verzekering en een tandartsverzekering
 5 Een basisverzekering en een tandartsverzekering

13. Bent u individueel verzekerd of via een collectief?

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

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

Bij zorg in natura heeft u recht op zorg. De zorgverzekeraar sluit voldoende contracten met zorgaanbieders (zoals ziekenhuizen) om u de zorg te leveren. De zorgverzekeraar betaalt de rekening rechtstreeks aan de zorgaanbieder. U kunt naar alle zorgaanbieders gaan waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft. Wilt u naar een andere zorgaanbieder, dan krijgt u mogelijk niet alle kosten vergoed.

Bij restitutie kunt u zelf uw zorgaanbieder kiezen en heeft u recht op vergoeding van kosten door uw zorgverzekeraar.

Wat voor een soort verzekering heeft u?

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

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

- ¹ Minder dan 1 jaar → **ga naar vraag 63**
² Tenminste 1 jaar maar minder dan 2 jaar
³ Tenminste 2 jaar maar minder dan 5 jaar
⁴ Tenminste 5 jaar maar minder dan 10 jaar
⁵ 10 jaar of langer

UW ERVARINGEN MET DE ZORGVERZEKERAAR

De volgende vragen gaan over uw ervaring met de dienstverlening van uw zorgverzekeraar in de afgelopen 12 maanden.

16. Van welke diensten van uw zorgverzekeraar heeft u gebruik gemaakt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ¹ Wachtlijstbemiddeling
² Bemiddeling voor een second opinion
³ Gezondheidsadvies
⁴ Advisering bij het vinden van de beste zorgverlener
⁵ Geen van deze diensten

Informatievoorziening:

17. Heeft u schriftelijke informatie ontvangen van uw zorgverzekeraar?

- ¹ Nee → **indien nee: ga naar vraag 19**
² Ja

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

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

19. Heeft u zelf op de website van uw zorgverzekeraar gezocht naar informatie over uw zorgverzekering?

- ¹ Nee → **indien nee: ga naar vraag 22**
² Ja

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

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

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

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

Bereikbaarheid:

22. Bent u langs geweest bij één van de kantoren van uw zorgverzekeraar?

- ¹ Nee → **indien nee: ga naar vraag 25**
² Ja

23. Is het een probleem geweest om bij het kantoor van uw zorgverzekeraar langs te gaan?

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

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

- 1 Nooit
 2 Soms
 3 Meestal
 4 Altijd

Krijgen van informatie of hulp:

25. Heeft u gebeld met de klantenservice van uw zorgverzekeraar om informatie of hulp te krijgen?

- 1 Nee → *indien nee: ga naar vraag 28*
 2 Ja

26. Is het een probleem geweest om de klantenservice telefonisch te bereiken?

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

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

- 1 Nooit
 2 Soms
 3 Meestal
 4 Altijd

28. Heeft u een e-mail gestuurd naar uw zorgverzekeraar om informatie of hulp te krijgen?

- 1 Nee → *indien nee: ga naar vraag 31*
 2 Ja

29. 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

30. 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

Toestemming van zorgverzekeraar en gecontracteerde zorg:

31. Heeft u toestemming van uw zorgverzekeraar nodig gehad voor bepaalde verzorging, onderzoeken of een behandeling?

- 1 Nee → *indien nee: ga naar vraag 35*
 2 Ja

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

- 1 Nee → *indien nee: ga naar vraag 35*
 2 Ja

33. Hoe lang is de medische zorg uitgesteld?

- 1 Minder dan 1 week
 2 1 tot 2 weken
 3 2 tot 3 weken
 4 3 tot 4 weken
 5 Meer dan 4 weken

34. 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

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

Wilde u een arts of andere zorgverlener bezoeken die geen contract heeft met uw zorgverzekeraar?

¹ Nee → *indien nee: ga naar vraag 38*

² Ja

³ Weet ik niet → *indien u dit niet weet: ga naar vraag 38*

36. Wist u van tevoren dat uw zorgverzekeraar geen contract had met de zorgverlener?

¹ Nee

² Ja

37. 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

Afhandeling van klachten:

38. Heeft u uw zorgverzekeraar met een klacht of probleem gebeld, geschreven of ge-emaild?

¹ Nee → *indien nee: ga naar vraag 41*

² Ja

39. 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

40. Is uw klacht of probleem naar tevredenheid opgelost?

¹ Nee

² Ja

³ Ik wacht er nog op dat het opgelost wordt

Formulieren:

41. Heeft u formulieren moeten invullen voor uw zorgverzekeraar?

¹ Nee → *indien nee: ga naar vraag 43*

² Ja

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

¹ Een groot probleem

² Een klein probleem

³ Geen probleem

Rekeningen en kosten:

43. 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 rekeningen zelf ingediend bij de zorgverzekeraar?

¹ Nee → *indien nee: ga naar vraag 46*

² Ja

³ Weet ik niet → *indien u dit niet weet: ga naar vraag 46*

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

¹ Nooit

² Soms

³ Meestal

⁴ Altijd

⁵ Weet ik niet

45. Heeft uw zorgverzekeraar uw rekeningen correct afgehandeld?

¹ Nooit

² Soms

³ Meestal

⁴ Altijd

⁵ Weet ik niet

46. Heeft u zelf moeten (bij)betalen voor zorg waarvan u gebruik heeft gemaakt?
- ¹ Nee → *indien nee: ga naar vraag 53*
² Ja
³ Weet ik niet → *indien u dit niet weet: ga naar vraag 53*
47. Is het betalen van deze eigen bijdrage voor u een probleem (geweest)?
- ¹ Een groot probleem
² Een klein probleem
³ Geen probleem
48. Was het van tevoren duidelijk hoeveel u zou moeten (bij)betalen?
- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd
⁵ Weet ik niet
49. Heeft u van tevoren informatie gezocht over hoeveel u zelf zou moeten (bij)betalen?
- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd
50. Legde uw zorgverzekeraar u achteraf uit waarom u moest (bij)betalen?
- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd
⁵ N.v.t., ik heb niet om uitleg gevraagd
51. Is het voorgekomen dat u een medisch probleem had, maar vanwege de kosten geen arts heeft bezocht?
- ¹ Nee
² Ja

52. Is het voorgekomen dat u een door een arts aanbevolen medisch onderzoek, behandeling of nabehandeling vanwege de kosten niet hebt laten uitvoeren?
- ¹ Nee
² Ja

Persoonlijk contact met zorgverzekeraar:

53. Heeft u contact gehad (over de telefoon, in persoon) met medewerkers van uw zorgverzekeraar?
- ¹ Nee → *indien nee: ga naar vraag 61*
² Ja
54. Waren de medewerkers van uw zorgverzekeraar beleefd tegen u?
- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd
55. Namen de medewerkers van uw zorgverzekeraar u serieus?
- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd
56. Vond u de medewerkers van uw zorgverzekeraar behulpzaam?
- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd
57. Luisterden de medewerkers van uw zorgverzekeraar aandachtig naar u?
- ¹ Nooit
² Soms
³ Meestal
⁴ Altijd

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

- 1 Nooit
 2 Soms
 3 Meestal
 4 Altijd

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

- 1 Nooit
 2 Soms
 3 Meestal
 4 Altijd

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

- 1 Nooit
 2 Soms
 3 Meestal
 4 Altijd

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

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

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

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

AANVULLENDE VRAGEN

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

63. Bent u een man of een vrouw?

- 1 Man
 2 Vrouw

64. Wat zijn de vier cijfers van uw postcode?

--	--	--	--

65. Wat is het geboorteland van uzelf?

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

--

(a.u.b. in blokletters)

66. Wat is het geboorteland van uw vader?

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

--

(a.u.b. in blokletters)

67. Wat is het geboorteland van uw moeder?

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

(a.u.b. in blokletters)

68. In welke taal praat u thuis het meeste?

- 1 Nederlands
 2 Fries
 3 Nederlands dialect
 4 Indonesisch
 5 Sranan (Surinaams)
 6 Marokkaans-Arabisch
 7 Turks
 8 Duits
 9 Papiaments (Nederlandse Antillen)
 10 Anders, namelijk:

(a.u.b. in blokletters)

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

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

- 1 minder dan 900 euro
 2 van 900 tot en met 1.220 euro
 3 van 1.220 tot en met 1.350 euro
 4 van 1.350 tot en met 1.750 euro
 5 van 1.750 tot en met 2.500 euro
 6 2.500 euro en meer
 7 ik wil hierover geen informatie verstrekken

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

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

71. Hoe heeft die persoon u geholpen? (meerdere antwoorden mogelijk)

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

(a.u.b. in blokletters)

- EINDE -

HARTELIJK BEDANKT VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST

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



Deze ruimte niet beschrijven a.u.b.

		-			-					
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--



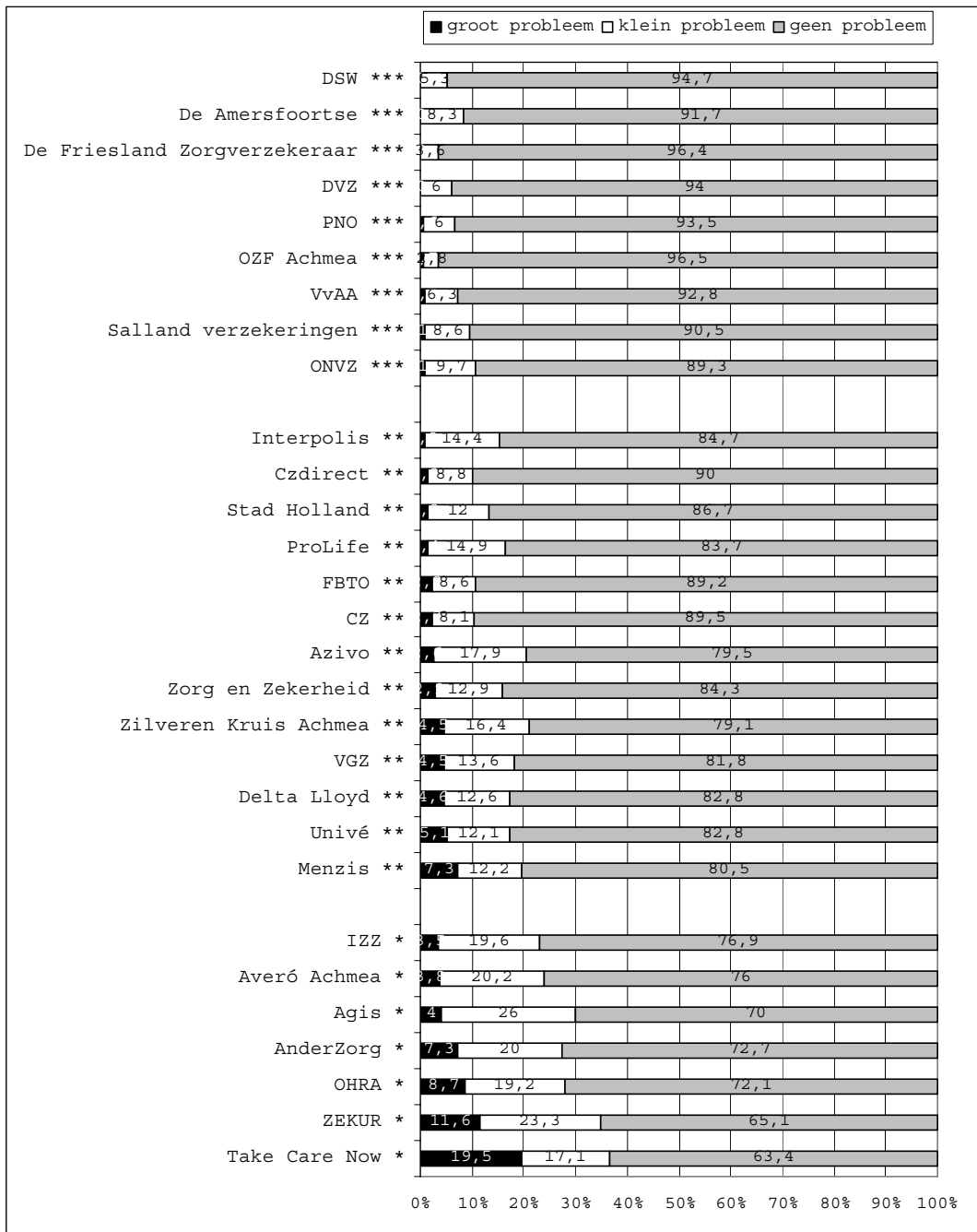
Bijlage 2 Consumenteninformatie over de prestaties van zorgverzekeraars

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.

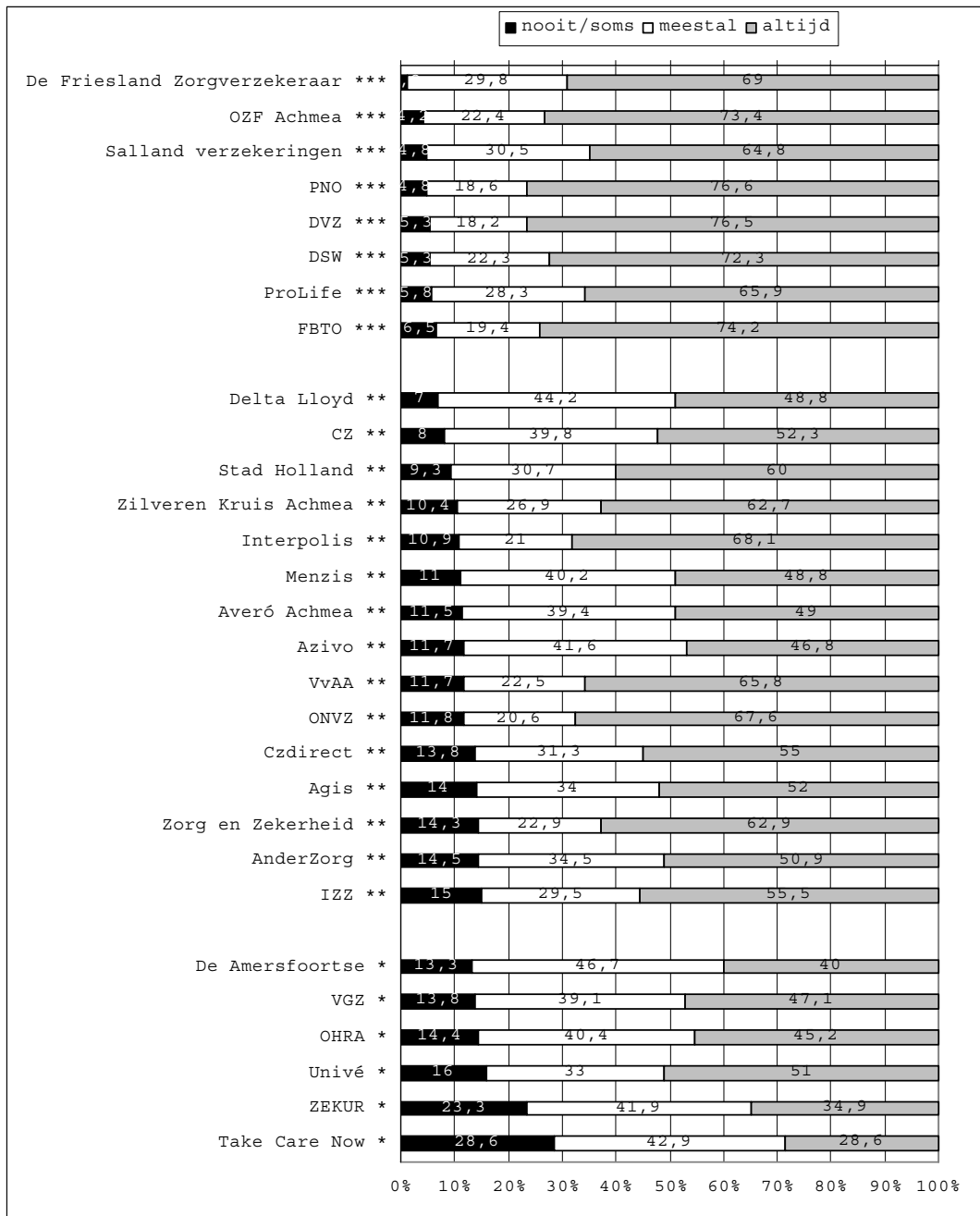
Het is belangrijk om op te merken dat de driedeling laat zien hoe iedere zorgverzekeraar zijn werk doet ten opzichte van het gemiddelde van alle zorgverzekeraars in het onderzoek en **niet** of de zorgverzekeraars op een bepaald aspect goed of slecht presteren. Een zorgverzekeraar wordt ingedeeld in de laagste (*) of hoogste (***) categorie, indien het vergelijkingsinterval van het gemiddelde van de zorgverzekeraar respectievelijk geheel beneden of geheel boven het gemiddelde over alle zorgverzekeraars valt. Als het vergelijkingsinterval 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.

Telefonische bereikbaarheid klantenservice



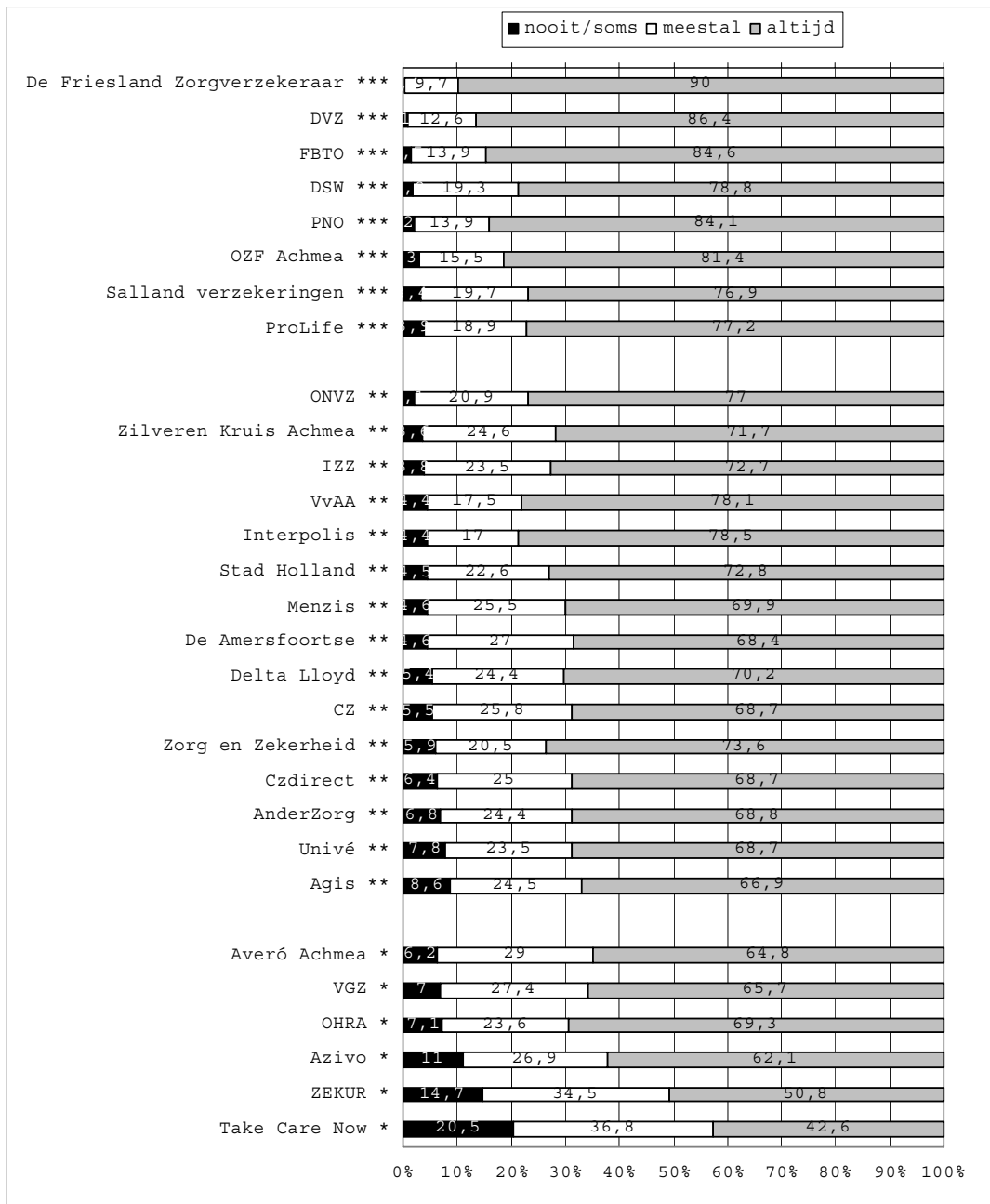
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Krijgen van benodigde telefonische hulp van de klantenservice



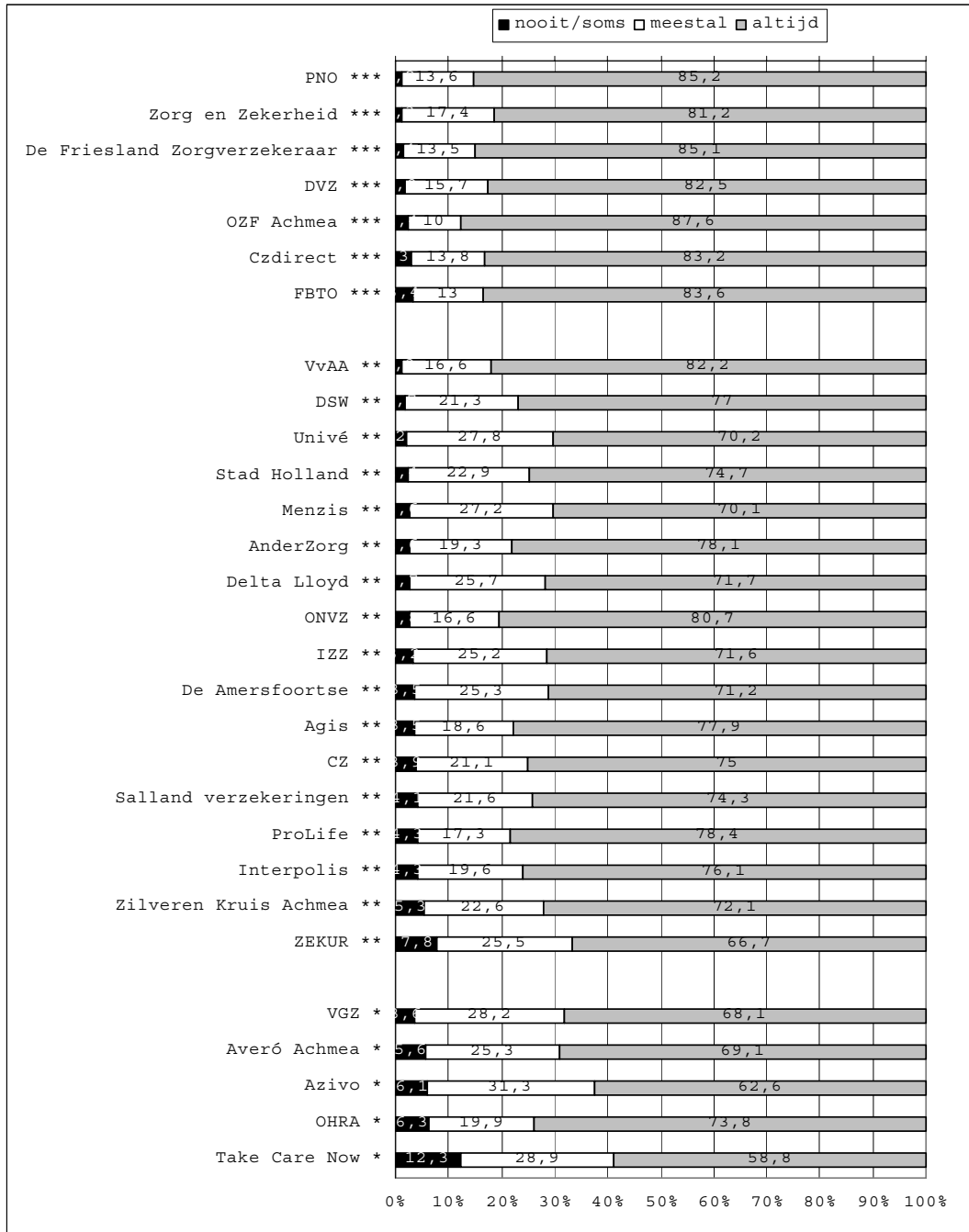
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Bejegening door medewerkers zorgverzekeraar



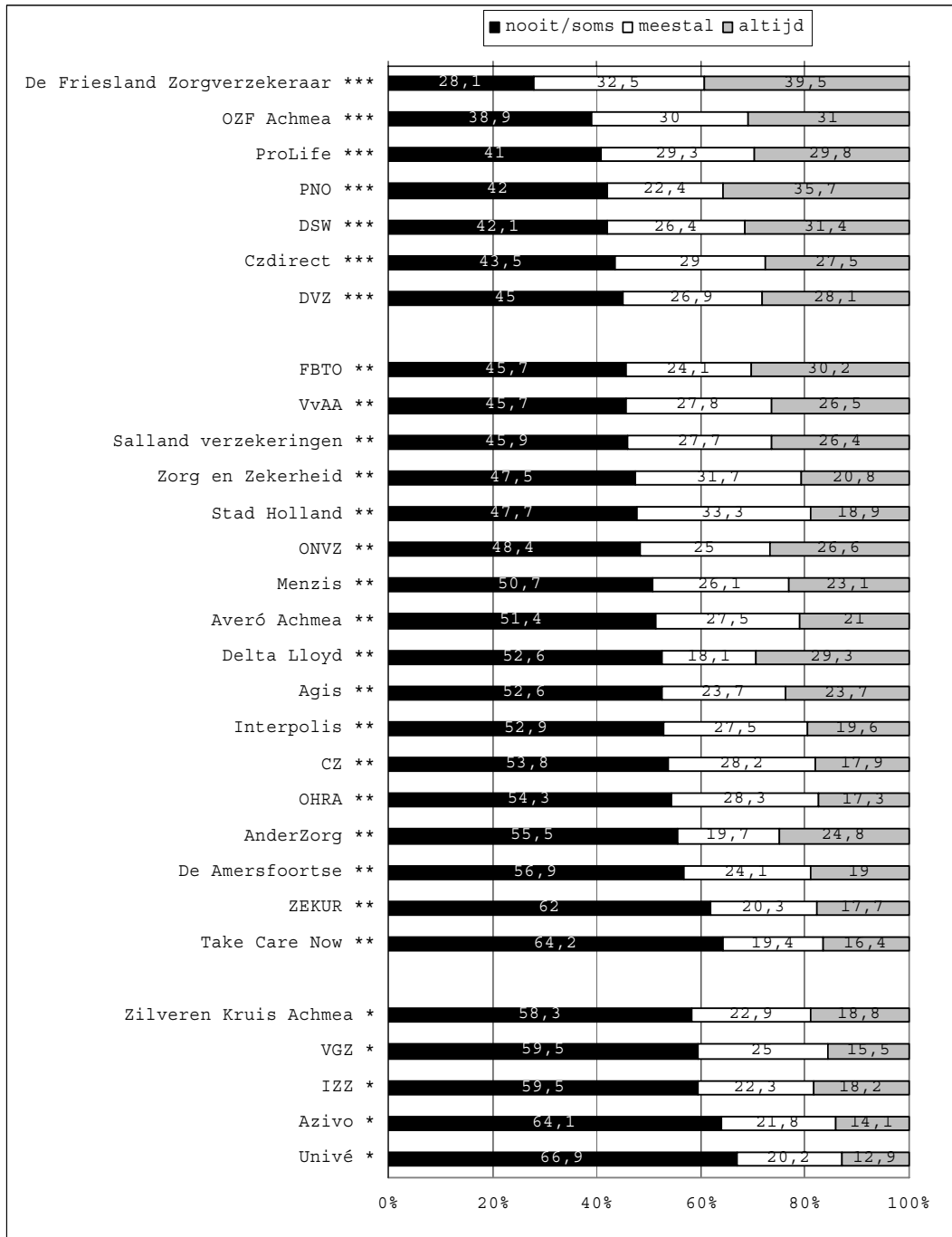
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Afhandeling van rekeningen



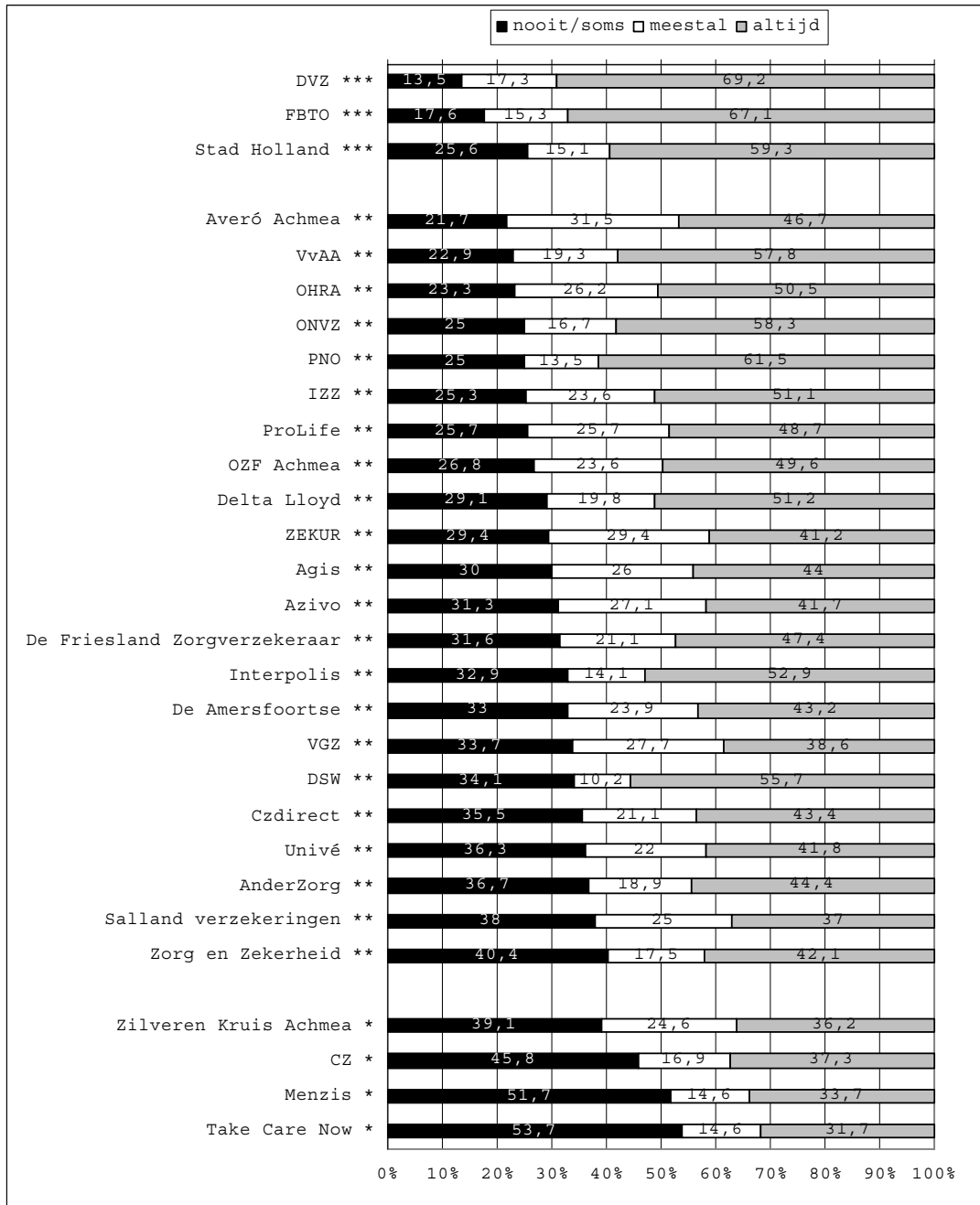
- * benedengemiddelde score
- ** gemiddelde score
- *** bovengemiddelde score

Duidelijkheid over het (bij)betalen voor de zorg vooraf



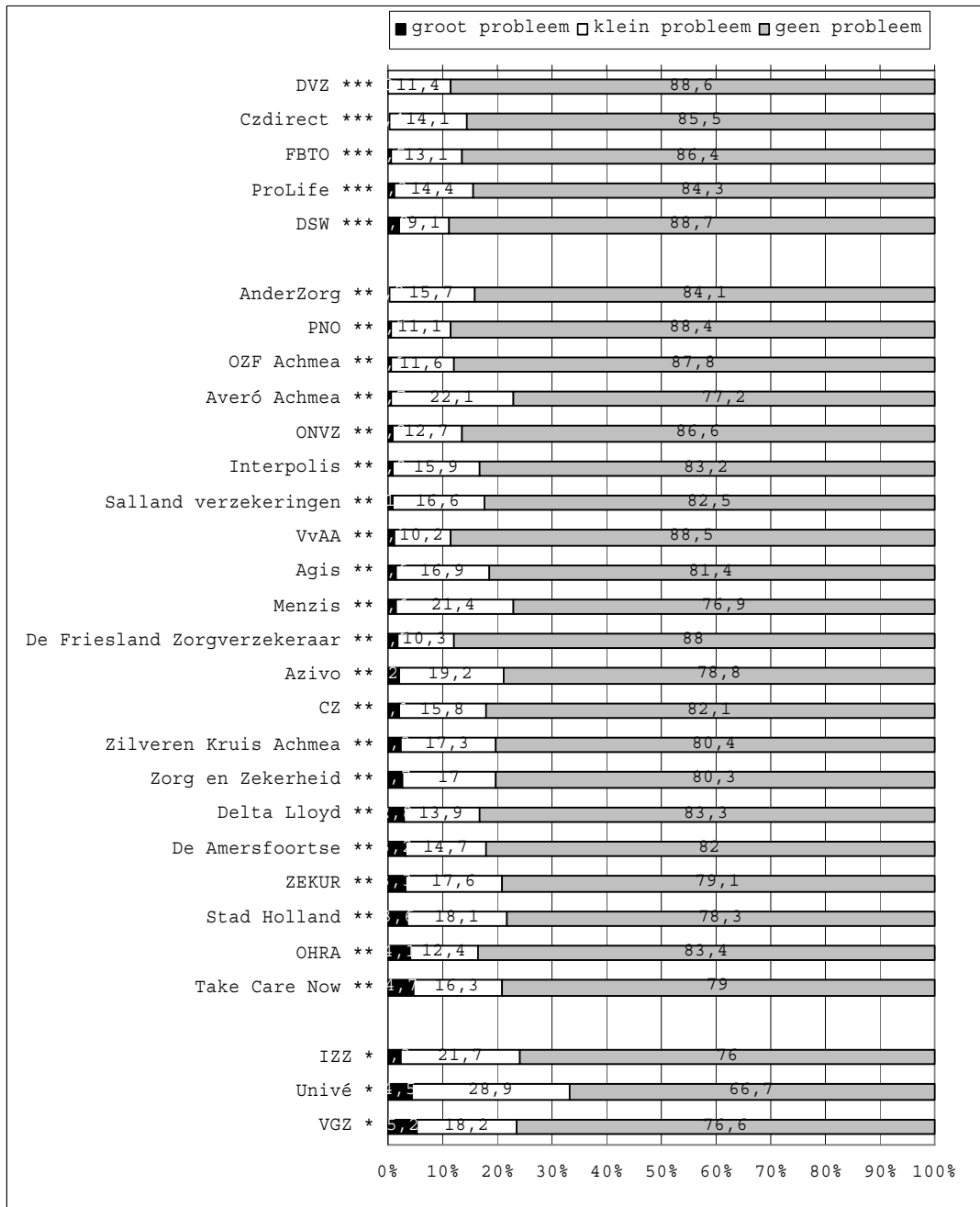
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Duidelijkheid over het (bij)betalen voor de zorg achteraf



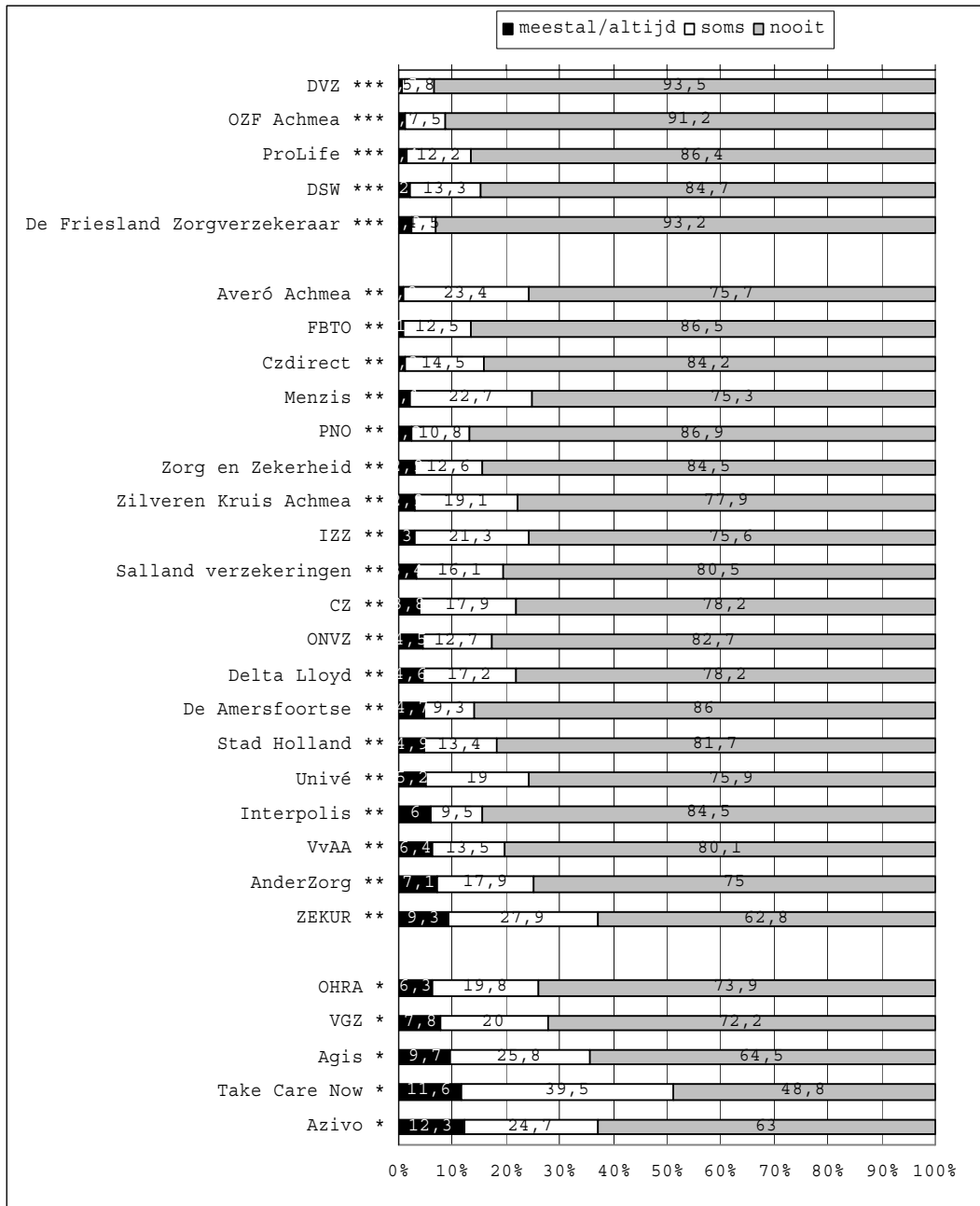
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Informatievoorziening van de zorgverzekeraar



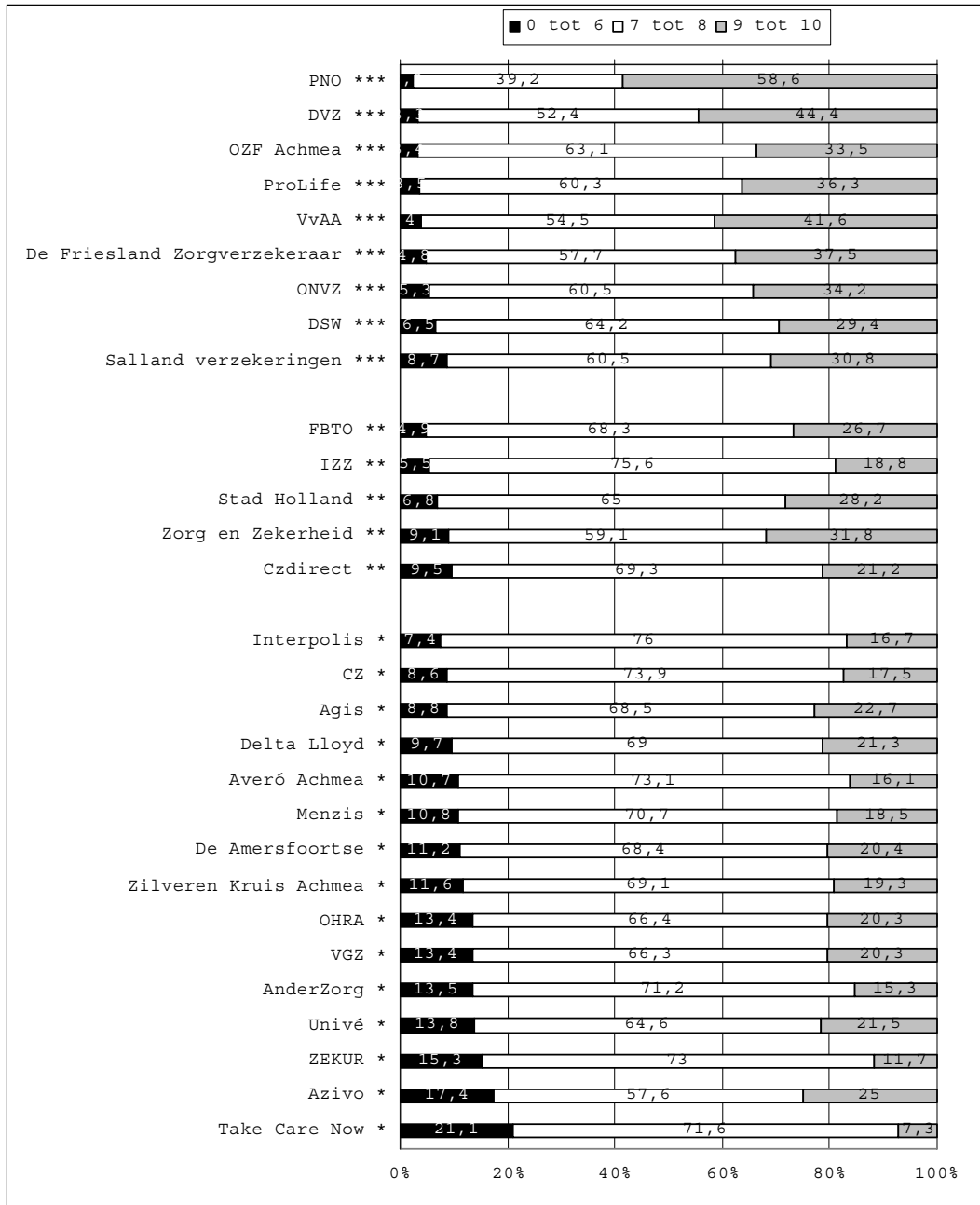
* benedengemiddelde score
 ** gemiddelde score
 *** bovengemiddelde score

Tegenstrijdige informatie van medewerkers van de zorgverzekeraar



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

Algemeen oordeel zorgverzekeraar



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

Bijlage 3 Gemiddelde scores en vergelijkingsintervallen per kwaliteitsaspect

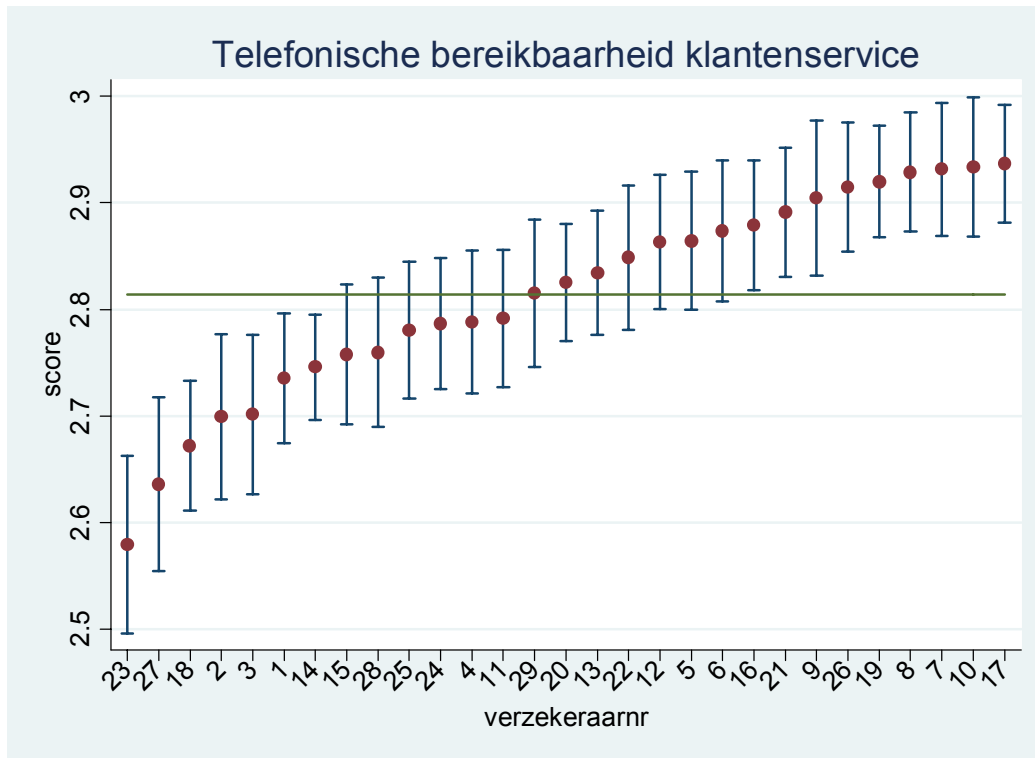
De volgende figuren tonen per zorgverzekeraar de gemiddelde score met vergelijkingsinterval voor 9 kwaliteitsaspecten van zorgverzekeraars. Vergelijkingsintervallen zijn speciaal gericht op het vergelijken van twee schattingen en daarmee wat smaller dan een 95%-betrouwbaarheidsinterval dat gericht is op het vergelijken van een schatting met een vaste norm of waarde (Goldstein en Healy, 1995). 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. Voor alle zorgverzekeraars met één ster op een aspect geldt dat het vergelijkingsinterval in zijn geheel onder de horizontale lijn van het gemiddelde valt. Bij de zorgverzekeraars met drie sterren op een aspect valt het vergelijkingsinterval in zijn geheel boven dit gemiddelde.

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

Tabel B3.1 Nummer per zorgverzekeraar

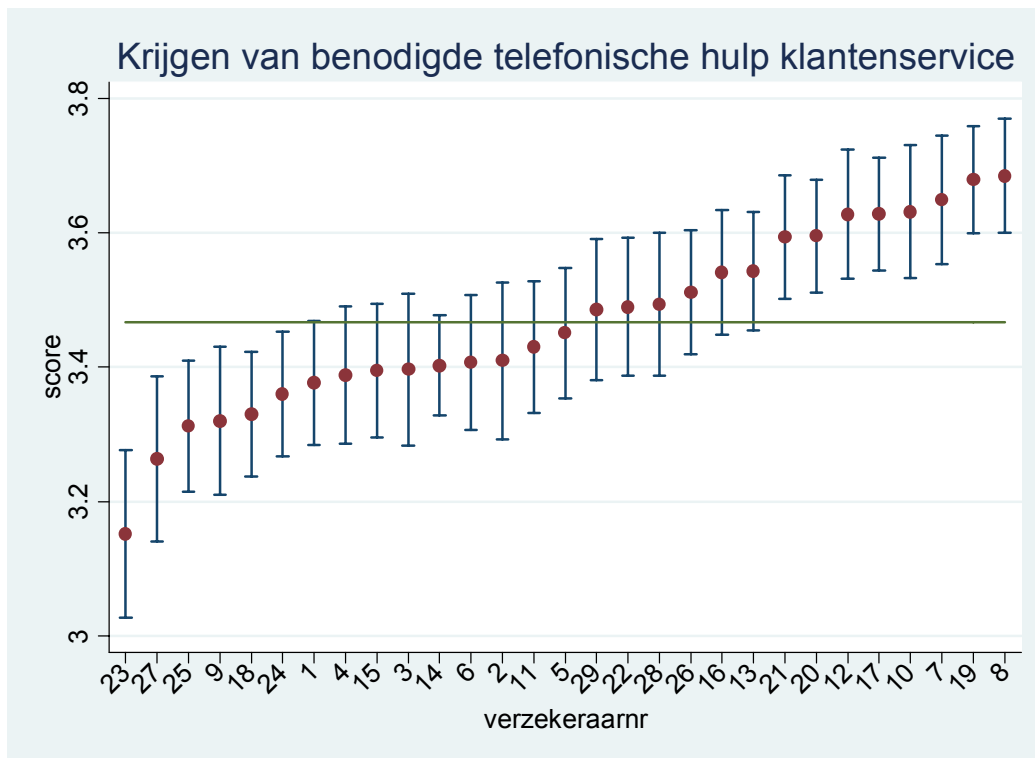
naam zorgverzekeraar	nummer	naam zorgverzekeraar	nummer
Averó Achmea	1	ONVZ	16
Agis	2	OZF Achmea	17
AnderZorg	3	OHRA	18
Azivo	4	PNO	19
CZ	5	Pro Life	20
Czdirect	6	Salland verzekeringen	21
DSW	7	Stad Holland	22
DVZ	8	Take Care Now	23
De Amersfoortse	9	Univé	24
De Friesland Zorgverzekeraar	10	VGZ	25
Delta Lloyd	11	VvAA	26
FBTO	12	ZEKUR	27
Interpolis	13	Zilveren Kruis Achmea	28
IZZ	14	Zorg en Zekerheid	29
Menzis	15		

Zorgverzekeraar



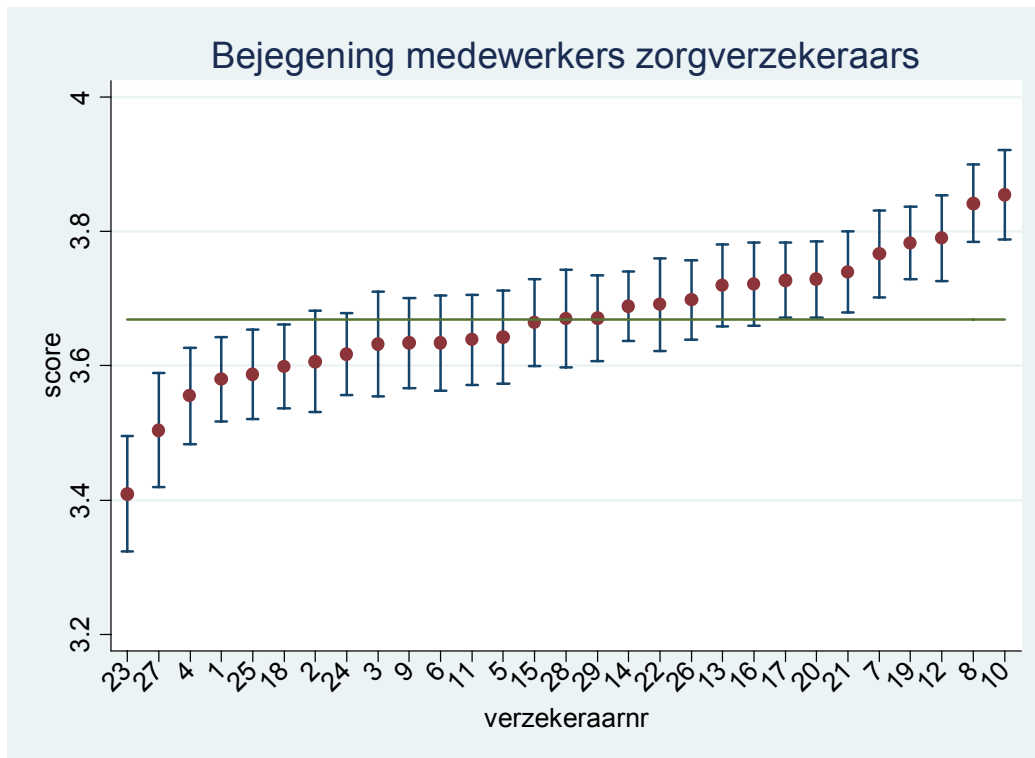
schaal 1 t/m 3

nummer	naam zorgverzekeraar	gemiddelde	nummer	naam zorgverzekeraar	gemiddelde
23	Take Care Now	2.58	13	Interpolis	2.83
27	ZEKUR	2.64	22	Stad Holland	2.85
18	OHRA	2.67	12	FBTO	2.86
2	Agis	2.70	5	CZ	2.86
3	AnderZorg	2.70	6	Czdirect	2.87
1	Averó Achmea	2.74	16	ONVZ	2.88
14	IZZ	2.75	21	Salland verzekeringen	2.89
15	Menzis	2.76	9	De Amersfoortse	2.90
28	Zilveren Kruis Achmea	2.76	26	VvAA	2.91
25	VGZ	2.78	19	PNO	2.92
24	Univé	2.79	8	DVZ	2.93
4	Azivo	2.79	7	DSW	2.93
11	Delta Lloyd	2.79	10	De Friesland Zorgverzekeraar	2.93
29	Zorg en Zekerheid	2.82	17	OZF Achmea	2.94
20	ProLife	2.83			



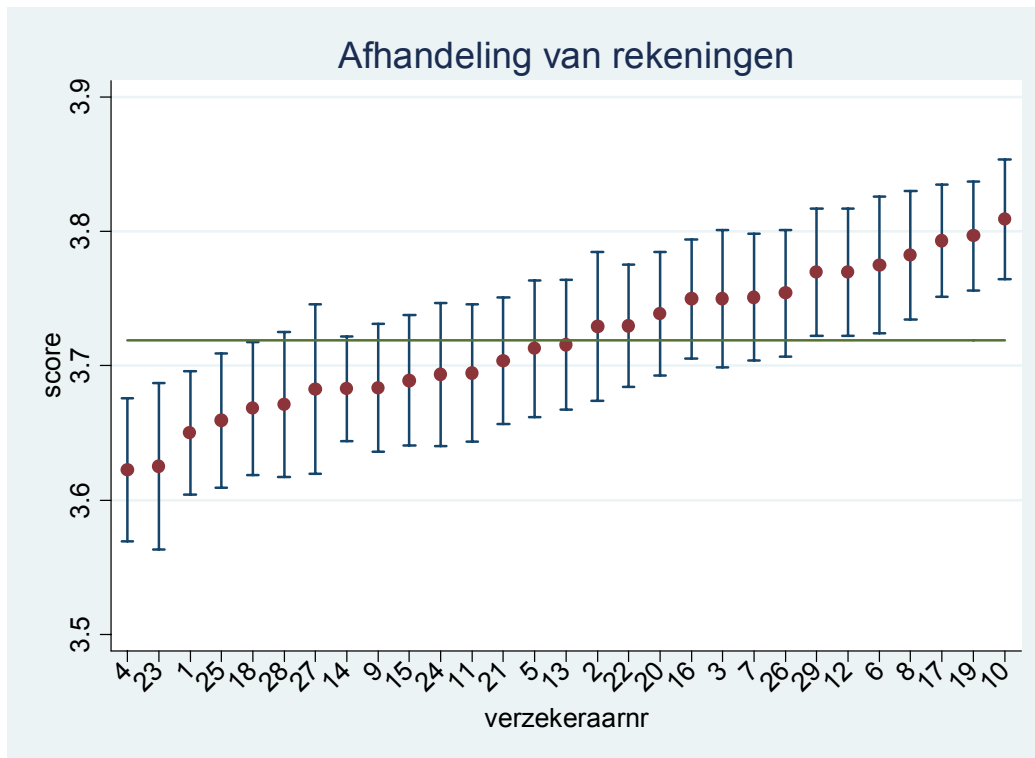
schaal 1 t/m 4

nummer	naam zorgverzekeraar	gemiddelde	nummer	naam zorgverzekeraar	gemiddelde
23	Take Care Now	3.15	29	Zorg en Zekerheid	3.49
27	ZEKUR	3.26	22	Stad Holland	3.49
25	VGZ	3.31	28	Zilveren Kruis Achmea	3.49
9	De Amersfoortse	3.32	26	VvAA	3.51
18	OHRA	3.33	16	ONVZ	3.54
24	Univé	3.36	13	Interpolis	3.54
1	Averó Achmea	3.38	21	Salland verzekeringen	3.59
4	Azivo	3.39	20	ProLife	3.60
15	Menzis	3.39	12	FBTO	3.63
3	AnderZorg	3.40	17	OZF Achmea	3.63
14	IZZ	3.40	10	De Friesland Zorgverzekeraar	3.63
6	Czdirect	3.41	7	DSW	3.65
2	Agis	3.41	19	PNO	3.68
11	Delta Lloyd	3.43	8	DVZ	3.68
5	CZ	3.45			



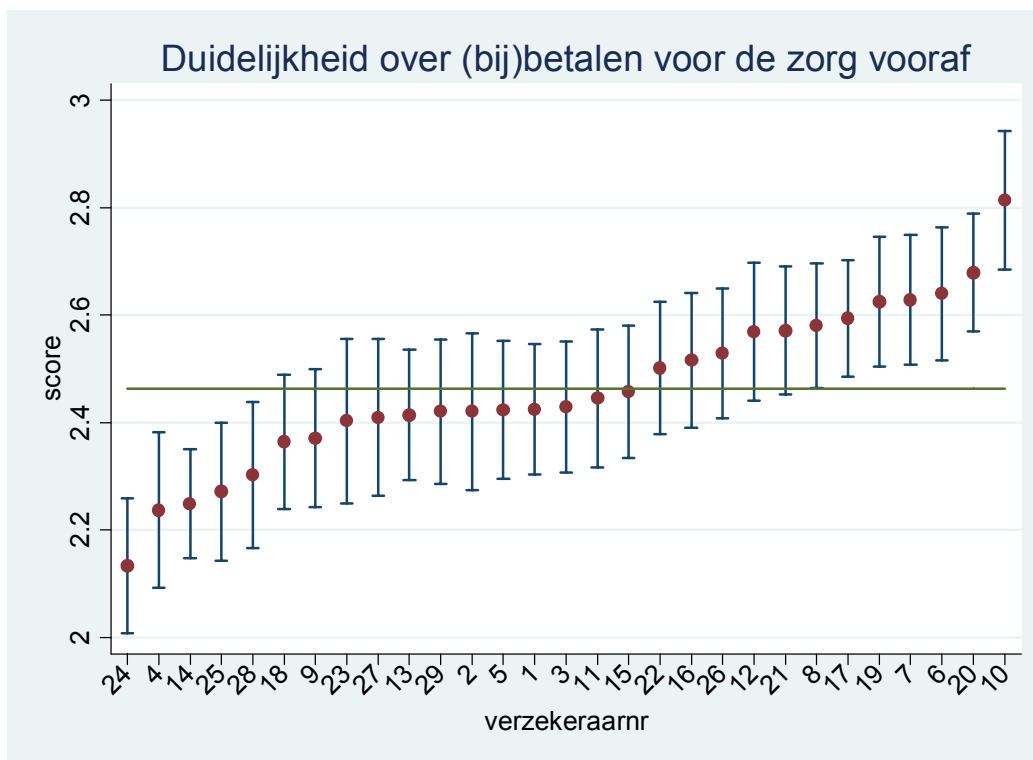
schaal 1 t/m 4

nummer	naam zorgverzekeraar	gemiddelde	nummer	naam zorgverzekeraar	gemiddelde
23	Take Care Now	3.41	29	Zorg en Zekerheid	3.67
27	ZEKUR	3.50	14	IZZ	3.69
4	Azivo	3.56	22	Stad Holland	3.69
1	Averó Achmea	3.58	26	VvAA	3.70
25	VGZ	3.59	13	Interpolis	3.72
18	OHRA	3.60	16	ONVZ	3.72
2	Agis	3.61	17	OZF Achmea	3.73
24	Univé	3.62	20	ProLife	3.73
3	AnderZorg	3.63	21	Salland verzekeringen	3.74
9	De Amersfoortse	3.63	7	DSW	3.77
6	Czdirect	3.63	19	PNO	3.78
11	Delta Lloyd	3.64	12	FBTO	3.79
5	CZ	3.64	8	DVZ	3.84
15	Menzis	3.66	10	De Friesland Zorgverzekeraar	3.85
28	Zilveren Kruis Achmea	3.67			



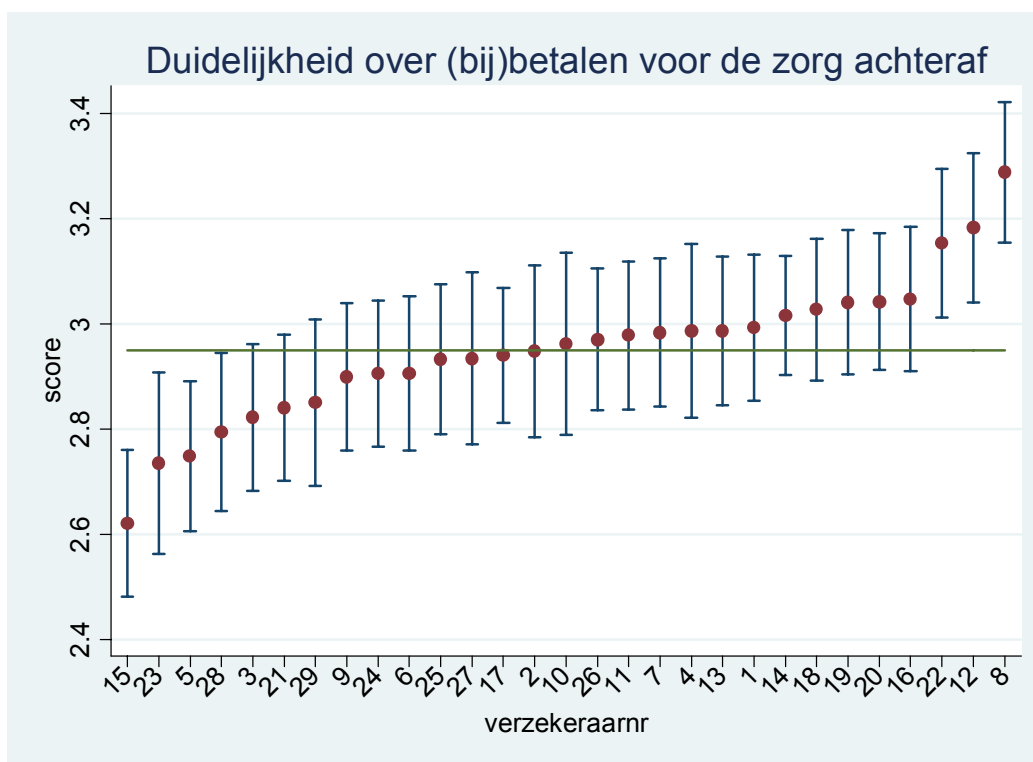
schaal 1 t/m 4

nummer	naam zorgverzekeraar	gemiddelde	nummer	naam zorgverzekeraar	gemiddelde
4	Azivo	3.62	2	Agis	3.73
23	Take Care Now	3.63	22	Stad Holland	3.73
1	Averó Achmea	3.65	20	ProLife	3.74
25	VGZ	3.66	16	ONVZ	3.75
18	OHRA	3.67	3	AnderZorg	3.75
28	Zilveren Kruis Achmea	3.67	7	DSW	3.75
27	ZEKUR	3.68	26	VvAA	3.75
14	IZZ	3.68	29	Zorg en Zekerheid	3.77
9	De Amersfoortse	3.68	12	FBTO	3.77
15	Menzis	3.69	6	Czdirect	3.77
24	Univé	3.69	8	DVZ	3.78
11	Delta Lloyd	3.69	17	OZF Achmea	3.79
21	Salland verzekeringen	3.70	19	PNO	3.80
5	CZ	3.71	10	De Friesland Zorgverzekeraar	3.81
13	Interpolis	3.72			



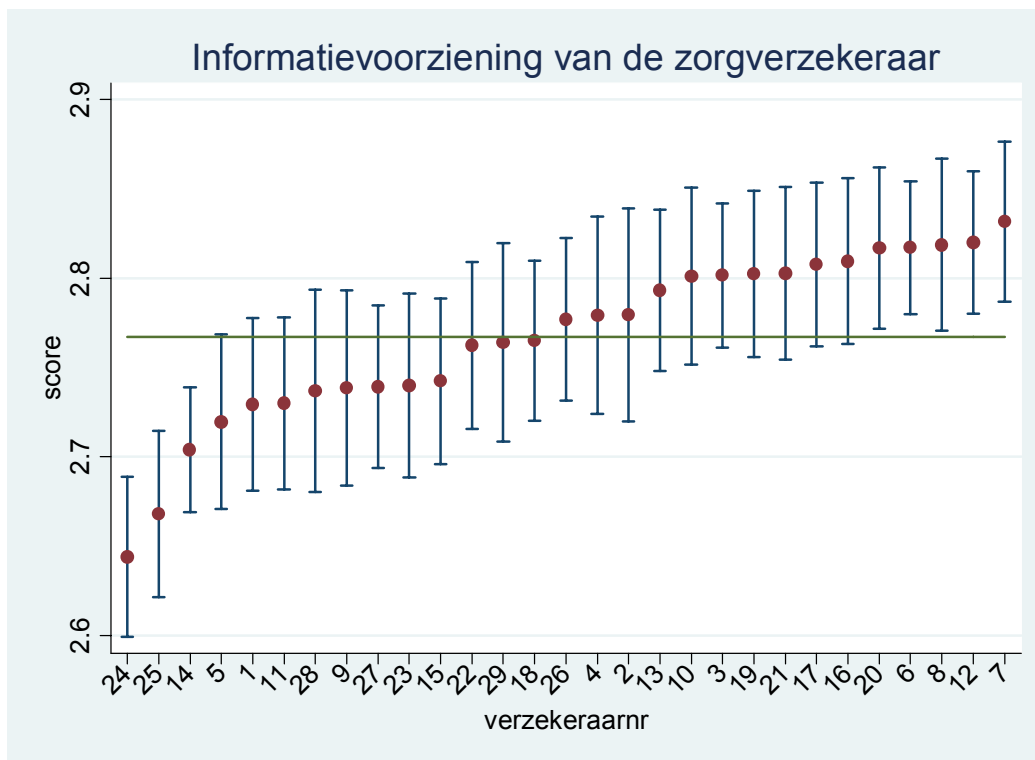
schaal 1 t/m 4

nummer	naam zorgverzekeraar	gemiddelde	nummer	naam zorgverzekeraar	gemiddelde
24	Univé	2.13	11	Delta Lloyd	2.45
4	Azivo	2.24	15	Menzis	2.46
14	IZZ	2.25	22	Stad Holland	2.50
25	VGZ	2.27	16	ONVZ	2.52
28	Zilveren Kruis Achmea	2.30	26	VvAA	2.53
18	OHRA	2.36	12	FBTO	2.57
9	De Amersfoortse	2.37	21	Salland verzekeringen	2.57
23	Take Care Now	2.40	8	DVZ	2.58
27	ZEKUR	2.41	17	OZF Achmea	2.59
13	Interpolis	2.41	19	PNO	2.63
29	Zorg en Zekerheid	2.42	7	DSW	2.63
2	Agis	2.42	6	Czdirect	2.64
5	CZ	2.42	20	ProLife	2.68
1	Averó Achmea	2.42	10	De Friesland Zorgverzekeraar	2.81
3	AnderZorg	2.43			



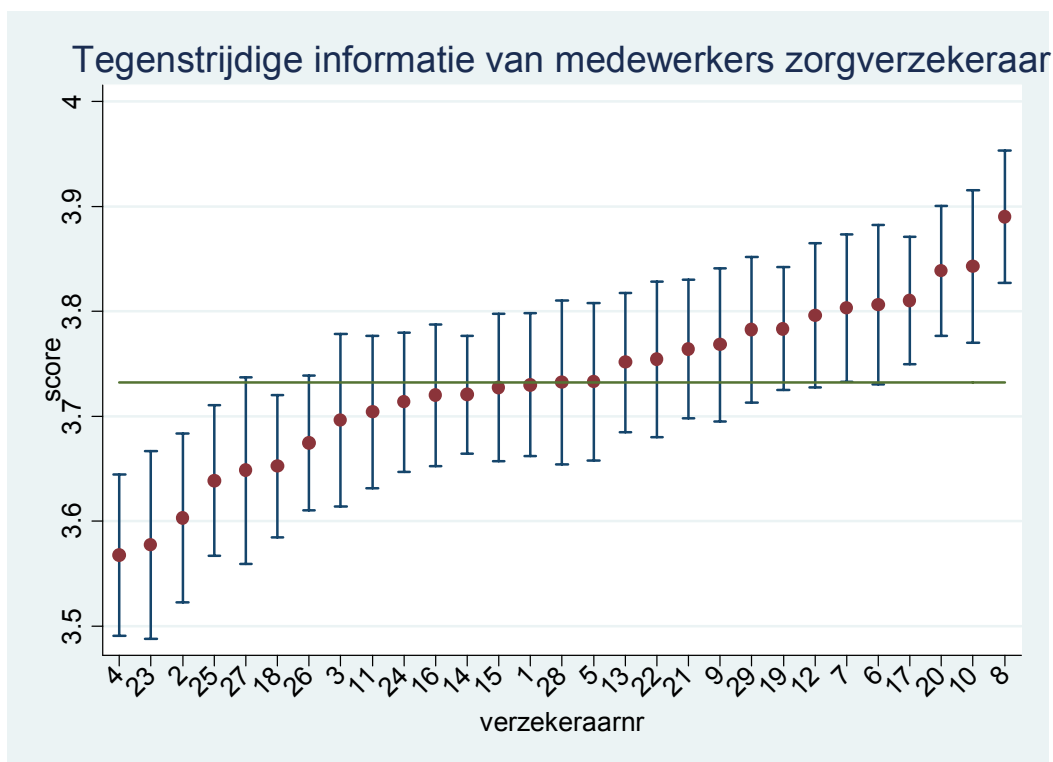
schaal 1 t/m 4

nummer	naam zorgverzekeraar	gemiddelde	nummer	naam zorgverzekeraar	gemiddelde
15	Menzis	2.62	26	VvAA	2.97
23	Take Care Now	2.73	11	Delta Lloyd	2.98
5	CZ	2.75	7	DSW	2.98
28	Zilveren Kruis Achmea	2.79	4	Azivo	2.99
3	AnderZorg	2.82	13	Interpolis	2.99
21	Salland verzekeringen	2.84	1	Averó Achmea	2.99
29	Zorg en Zekerheid	2.85	14	IZZ	3.02
9	De Amersfoortse	2.90	18	OHRA	3.03
24	Univé	2.91	19	PNO	3.04
6	Czdirect	2.91	20	ProLife	3.04
25	VGZ	2.93	16	ONVZ	3.05
27	ZEKUR	2.93	22	Stad Holland	3.15
17	OZF Achmea	2.94	12	FBTO	3.18
2	Agis	2.95	8	DVZ	3.29
10	De Friesland Zorgverzekeraar	2.96			



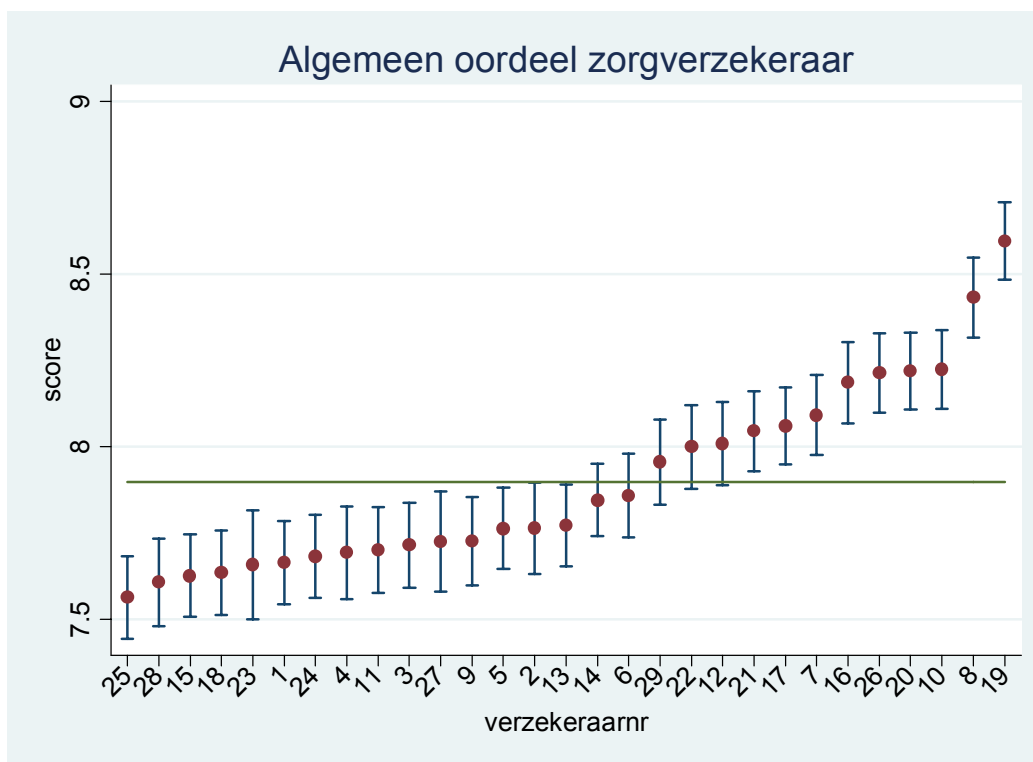
schaal 1 t/m 3

nummer	naam zorgverzekeraar	gemiddelde	nummer	naam zorgverzekeraar	gemiddelde
24	Univé	2.64	4	Azivo	2.78
25	VGZ	2.67	2	Agis	2.78
14	IZZ	2.70	13	Interpolis	2.79
5	CZ	2.72	10	De Friesland Zorgverzekeraar	2.80
1	Averó Achmea	2.73	3	AnderZorg	2.80
11	Delta Lloyd	2.73	19	PNO	2.80
28	Zilveren Kruis Achmea	2.74	21	Salland verzekeringen	2.80
9	De Amersfoortse	2.74	17	OZF Achmea	2.81
27	ZEKUR	2.74	16	ONVZ	2.81
23	Take Care Now	2.74	20	ProLife	2.82
15	Menzis	2.74	6	Czdirect	2.82
22	Stad Holland	2.76	8	DVZ	2.82
29	Zorg en Zekerheid	2.76	12	FBTO	2.82
18	OHRA	2.77	7	DSW	2.83
26	VvAA	2.78			



schaal 1 t/m 4

nummer	naam zorgverzekeraar	gemiddelde	nummer	naam zorgverzekeraar	gemiddelde
4	Azivo	3.57	5	CZ	3.73
23	Take Care Now	3.58	13	Interpolis	3.75
2	Agis	3.60	22	Stad Holland	3.75
25	VGZ	3.64	21	Salland verzekeringen	3.76
27	ZEKUR	3.65	9	De Amersfoortse	3.77
18	OHRA	3.65	29	Zorg en Zekerheid	3.78
26	VvAA	3.67	19	PNO	3.78
3	AnderZorg	3.70	12	FBTO	3.80
11	Delta Lloyd	3.70	7	DSW	3.80
24	Univé	3.71	6	Czdirect	3.81
16	ONVZ	3.72	17	OZF Achmea	3.81
14	IZZ	3.72	20	ProLife	3.84
15	Menzis	3.73	10	De Friesland Zorgverzekeraar	3.84
1	Averó Achmea	3.73	8	DVZ	3.89
28	Zilveren Kruis Achmea	3.73			



schaal 1 t/m 10

nummer	naam zorgverzekeraar	gemiddelde	nummer	naam zorgverzekeraar	gemiddelde
25	VGZ	7.56	14	IZZ	7.84
28	Zilveren Kruis Achmea	7.61	6	Czdirect	7.86
15	Menzis	7.63	29	Zorg en Zekerheid	7.95
18	OHRA	7.63	22	Stad Holland	8.00
23	Take Care Now	7.66	12	FBTO	8.01
1	Averó Achmea	7.66	21	Salland verzekeringen	8.04
24	Univé	7.68	17	OZF Achmea	8.06
4	Azivo	7.69	7	DSW	8.09
11	Delta Lloyd	7.70	16	ONVZ	8.19
3	AnderZorg	7.71	26	VvAA	8.21
27	ZEKUR	7.72	20	ProLife	8.22
9	De Amersfoortse	7.73	10	De Friesland Zorgverzekeraar	8.22
5	CZ	7.76	8	DVZ	8.43
2	Agis	7.76	19	PNO	8.60
13	Interpolis	7.77			

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 B4.1a Percentages gegeven antwoorden (in procenten) en de gemiddelde score op de vraag met antwoordcategorieën variërend van 0 (‘slechts mogelijke’) tot 10 (‘best mogelijke’)

vraag	N	gemiddelde	std. dev.	0	1	2	3
5	7139	7.948312	1.234596	0,07	0,07	0,13	0,27

Tabel B4.1b Vervolg percentages gegeven antwoorden (in procenten) en de gemiddelde score op de vraag met antwoordcategorieën variërend van 0 (‘slechts mogelijke’) tot 10 (‘best mogelijke’)

vraag	4	5	6	7	8	9	10
5	0,41	1,96	5,38	23,36	41,22	14,67	12,47

Tabel B4.2 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
5	5.041	1,64	0,67	45,51	46,54	6,57	1,39	*
6	2.724	2,33	1,14	31,02	27,53	18,65	22,80	*
9	1.711	2,37	1,28	26,14	9,95	9,80	20,37	33,73
24	559	3,38	0,78	1,97	12,34	31,48	54,20	*
27	2.758	3,49	0,71	1,12	9,03	29,80	60,04	*
29	778	3,22	0,87	4,88	14,78	33,80	46,53	*
30	776	3,27	0,89	5,41	13,66	29,90	51,03	*
44	4.086	3,71	0,55	0,58	2,92	21,47	73,70	1,33
45	4.022	3,76	0,50	0,32	2,45	17,50	77,24	2,50
48	3.752	2,47	1,13	25,78	21,22	24,30	22,60	6,11
49	3.994	1,77	1,02	55,61	22,13	11,64	10,62	*
50	2.490	3,00	1,16	11,28	7,67	12,96	30,52	37,56
54	2.973	3,80	0,48	0,37	2,39	14,36	82,88	*
55	2.970	3,77	0,51	0,27	3,30	15,29	81,14	*
56	2.971	3,64	0,62	0,74	5,62	22,58	71,05	*
57	2.972	3,65	0,60	0,44	5,08	23,92	70,56	*
58	2.973	3,59	0,64	1,01	5,05	28,36	65,59	*
59	2.964	3,69	0,56	0,30	3,91	21,86	73,92	*
60	2.970	1,25	0,58	80,61	15,45	2,32	1,62	*

* 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	7.229	1,71	0,45	29,05	70,95	*
8	5.055	1,52	0,50	48,11	51,89	*
10	2.574	1,08	0,27	91,96	8,04	*
17	7.052	1,72	0,45	28,02	71,98	*
19	7.096	1,41	0,49	58,70	41,30	*
22	7.143	1,08	0,27	92,01	7,99	*
25	7.125	1,39	0,49	61,11	38,89	*
28	7.104	1,11	0,31	88,89	11,11	*
31	7.128	1,14	0,35	85,61	14,38	0,01
32	1.016	1,10	0,30	89,67	10,33	*
35	6.168	1,08	0,27	79,81	6,77	13,42
36	480	1,46	0,50	54,37	45,63	*
38	7.121	1,11	0,31	89,00	11,00	*
41	7.103	1,28	0,45	72,35	27,65	*
43	6.947	1,60	0,49	38,96	58,33	2,70
46	6.748	1,60	0,49	38,21	56,55	5,24
51	4.010	1,07	0,25	93,04	6,96	*
52	3.999	1,07	0,25	93,50	6,50	*
53	7.122	1,42	0,49	58,05	41,95	*

* 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
18	5.030	2,85	0,39	1,27	12,39	86,34
20	2.907	2,73	0,50	2,68	21,91	75,40
21	2.883	2,77	0,46	1,98	18,56	79,47
23	562	2,89	0,40	3,02	5,34	91,64
26	2.762	2,82	0,45	2,86	11,95	85,19
34	104	2,00	0,75	27,88	44,23	27,88
37	479	2,27	0,78	20,46	32,15	47,39
39	778	2,50	0,72	13,50	23,26	63,24
42	1.947	2,88	0,37	1,59	8,68	89,73
47	4.006	2,50	0,64	8,16	33,90	57,94

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

vraag 15	N	%
< 1 jaar	nvt*	nvt*
1-2 jaar	470	6,53
2-5 jaar	1.481	20,58
5-10 jaar	1.451	20,16
≥10 jaar	3.795	53,73

* 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 61	N	%
beslist niet	101	1,42
waarschijnlijk niet	446	6,25
waarschijnlijk wel	3.745	52,51
beslist wel	2.84	39,82

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

vraag 40	N	%
nee	236	30,41
ja	503	64,82
wacht er nog op	37	4,77

Tabel B4.8 Percentages gegeven antwoorden (in procenten) bij de vraag door wie de verzekerde is geïnformeerd over veranderingen in medicatie

vraag 7	N	%
zorgverzekeraar	24	1,18
huisarts	169	8,70
apotheker	1.694	87,22
anders	55	2,90