

Rapport

Zorgverzekering kiezen

Juni 2023

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	1
1.2	Opzet vragenlijst	1
2.	Profiel deelnemers	2
3.	Resultaten	6
3.1	Wijzigingen in zorgverzekering	6
3.2	Keuze zorgverzekeraar	15
3.3	Niet-gecontracteerde zorg	26
4.	Conclusies	35
4.1	Wijzigingen in zorgverzekering	35
4.2	Keuze zorgverzekeraar	36
4.3	Niet-gecontracteerde zorg	38
5.	Aanbevelingen	39

1. Inleiding

Er was in het overstapeseizoen 2022 – 2023 veel te doen rondom het kiezen van de zorgverzekering. De uitzonderlijk hoge kostenstijgingen in het dagelijks leven en het wegvallen van de collectiviteitskorting, zouden verzekerden extra aanzetten om op zoek te gaan naar een goedkopere verzekering. Ook was er sprake van onduidelijkheid voor verzekerden bij het kiezen van een polis doordat het sluiten van contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders relatief veel vertraging had opgelopen. De bijbehorende media-aandacht maakte dat zeker voor mensen die zorg nodig hebben de keuze voor de zorgverzekering extra onder druk kwam te staan.

Voor Patiëntenfederatie Nederland waren deze gebeurtenissen aanleiding om na te gaan bij de deelnemers van ons panel of deze ontwikkelingen van invloed zijn geweest op de keuze van hun zorgverzekering voor 2023. In hoeverre zijn deelnemers zich gaan oriënteren op extra goedkope zorgverzekeringen en hebben ze veranderingen doorgevoerd in hun zorgverzekering? Wat hielp hen daarbij, en wat niet? En als ze zorg nodig hebben, letten ze dan op of een polis ook hun zorgverlener of behandeling vergoedt? Wat zijn de ervaringen van deelnemers met niet-gecontracteerde zorg? Was dit een bewuste keuze of werden ze achteraf verrast door de rekening?

Deze en andere vragen hebben we februari 2023 voorgelegd aan de deelnemers van ons panel en via onze website ook aan anderen die belangstelling hadden om mee te doen. Uiteindelijk hebben 12.173 mensen de vragenlijst ingevuld. Deze groep is niet volledig representatief voor de Nederlandse bevolking. Jonge mensen zijn ondervertegenwoordigd en deelnemers zijn iets vaker hoog opgeleid. Daarnaast hebben relatief veel mensen een chronische aandoening.

1.2 Opzet vragenlijst

De vragenlijst bevat de volgende onderwerpen:

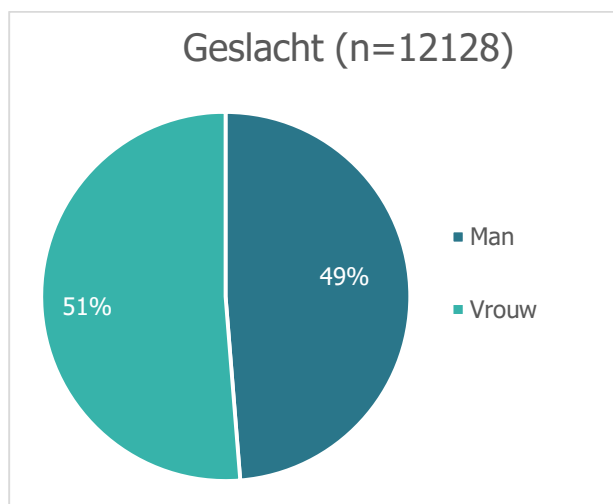
- Wijzigingen in zorgverzekeringen: waar zijn deelnemers in 2023 verzekerd en hebben ze iets gewijzigd ten opzichte van vorig jaar.
- Keuze zorgverzekering: wat vinden mensen belangrijk bij het kiezen van hun zorgverzekering en in hoeverre zoeken ze naar informatie hierover.
- Niet-gecontracteerde zorg: in hoeverre hebben mensen hier ervaring mee, waren ze hiervan tijdig op de hoogte en moesten ze (bij)betalen voor de betreffende zorg.

Niet elke vraag is op iedere deelnemer van toepassing. En niet alle vragen zijn verplicht gesteld. Hierdoor varieert het aantal deelnemers dat een vraag invult. Ook tellen percentages regelmatig op tot meer dan 100%. Dit kan komen door afronding, of omdat mensen meer dan één antwoord konden geven op bepaalde vragen.

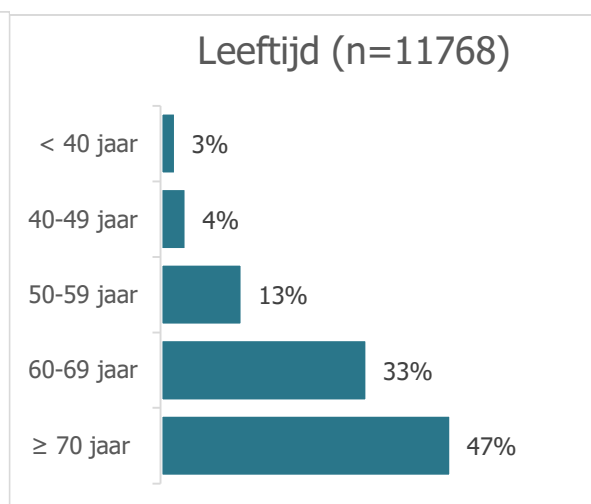
2. Profiel deelnemers

Het profiel van de deelnemers is als volgt samen te vatten:

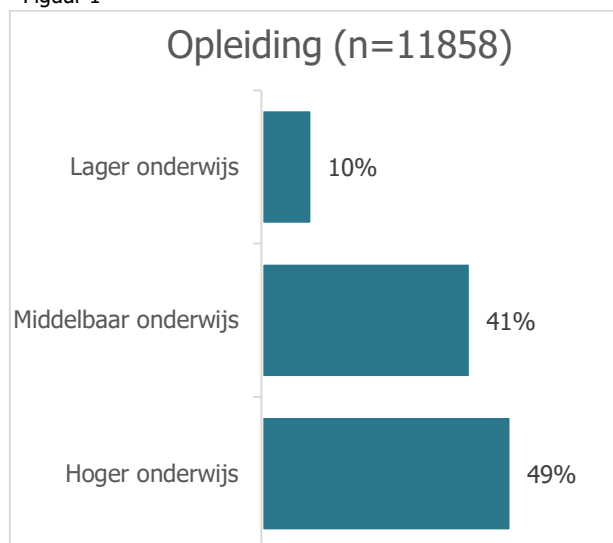
- 49% van de deelnemers is man, 51% is vrouw (figuur 1).
- De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 67 jaar.
- Van de deelnemers is 9% lager opgeleid, 40% middelbaar opgeleid en 48% hoger opgeleid (figuur 3).
 - Lager onderwijs: deelnemers zonder afgerond onderwijs, lagere school, lager beroepsonderwijs en voorbereidend of kort middelbaar beroepsonderwijs.
 - Middelbaar onderwijs: deelnemers met middelbaar algemeen onderwijs, middelbaar beroepsonderwijs en voortgezet algemeen onderwijs.
 - Hoger onderwijs: deelnemers met hoger beroepsonderwijs, wetenschappelijk onderwijs.
- De deelnemers komen vooral uit Zuid-Holland (19%), Noord-Holland (16%), Noord-Brabant (15%) en Gelderland (14%) (figuur 4).
- 85% heeft een aandoening. Relatief vaak hebben zij te maken met hart- of vaatziekten (27%) (figuur 5).



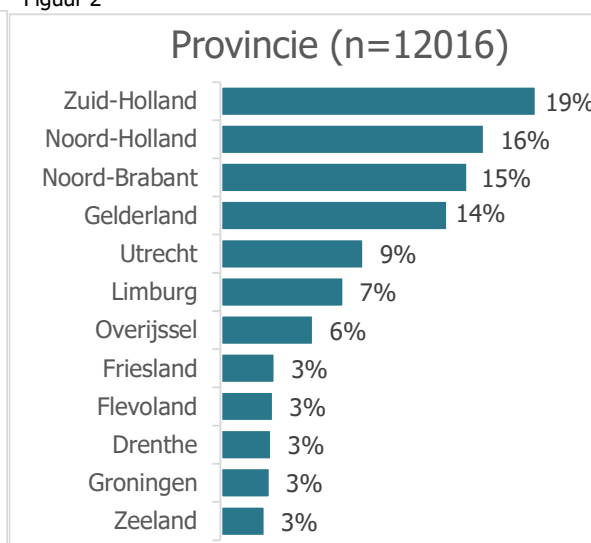
Figuur 1



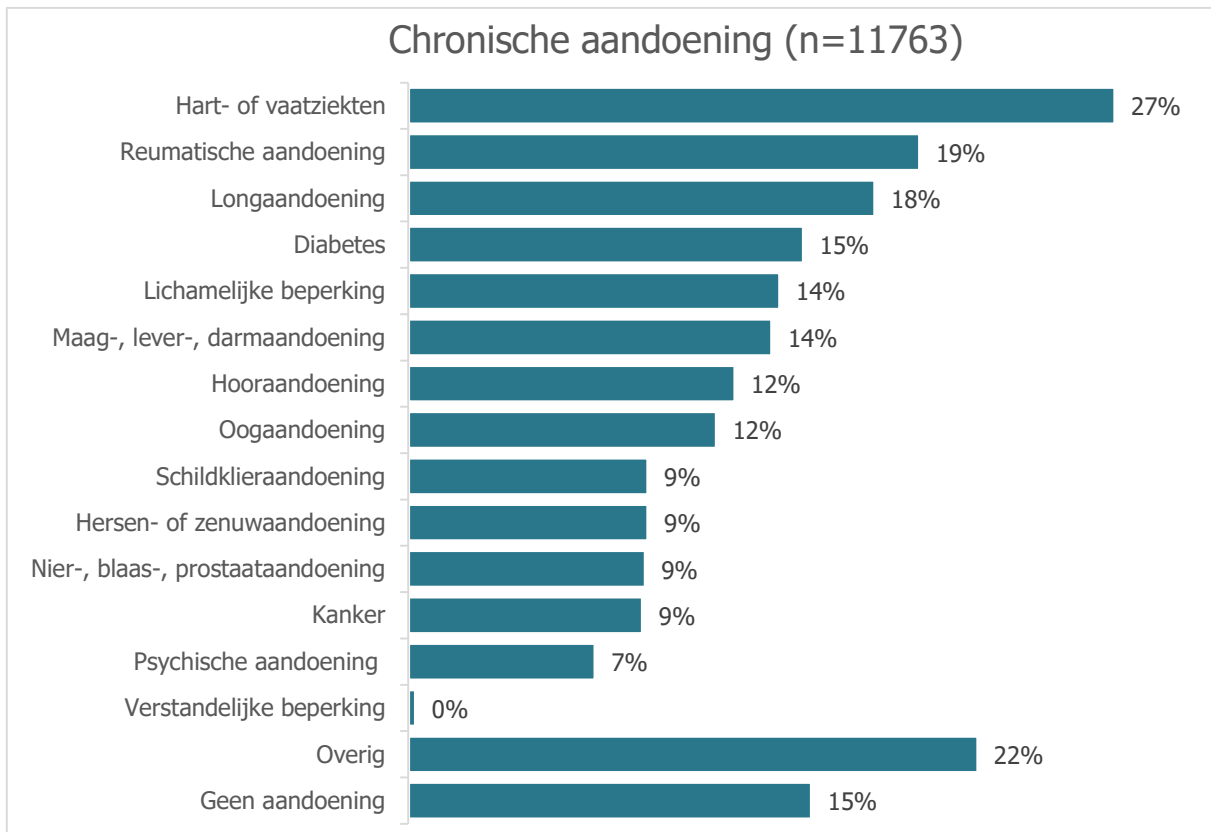
Figuur 2



Figuur 3



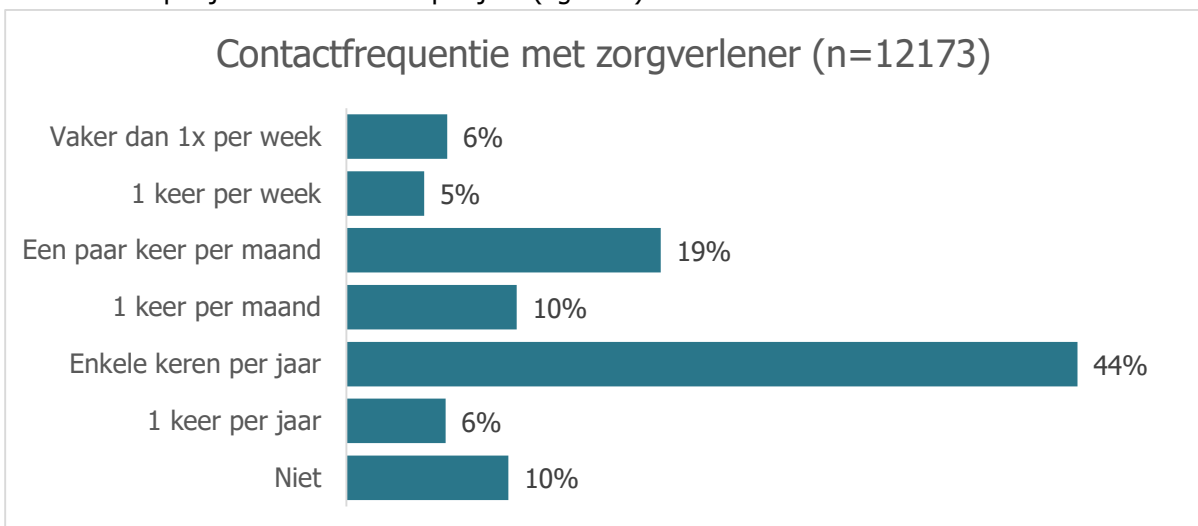
Figuur 4



Figuur 5

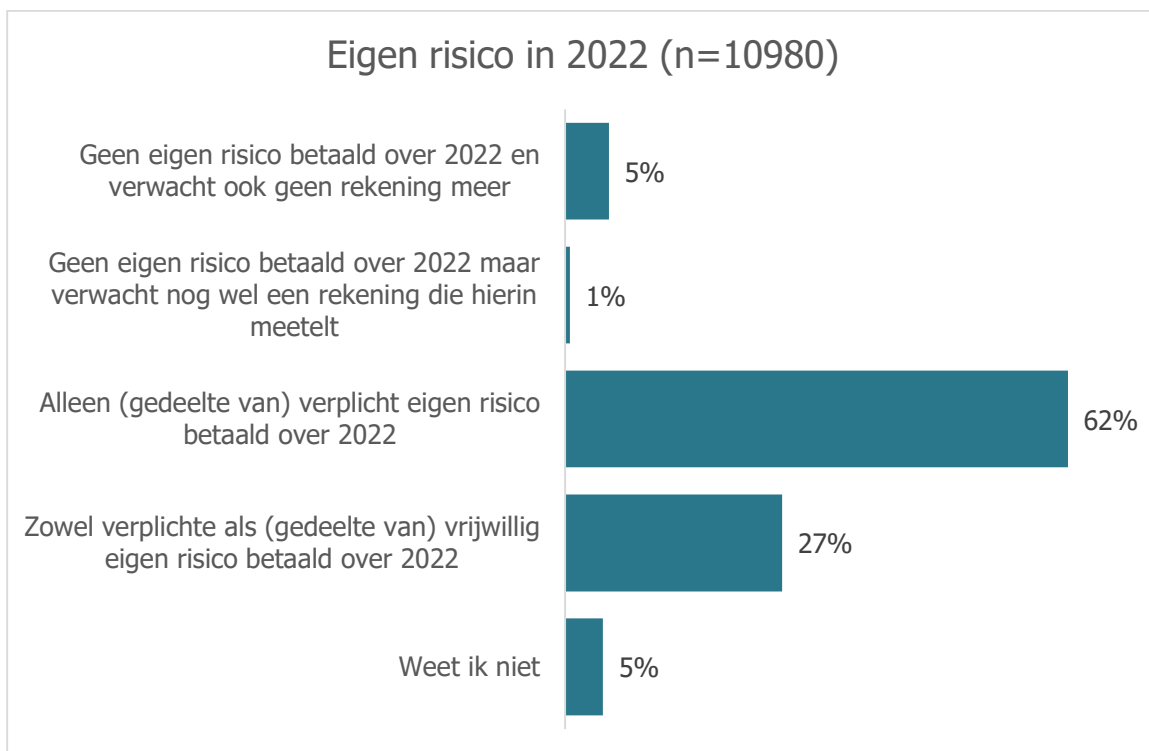
Er zijn in dit onderzoek ook vragen gesteld over het zorggebruik van mensen in 2022. Dit kan invloed hebben op bepaalde resultaten uit het onderzoek zoals het zoeken van informatie over zorgverzekeringen en de keuzes die deelnemers daarbij hebben gemaakt voor 2023.

Gevraagd is hoe vaak deelnemers in 2022 voor zichzelf contact hadden met een of meer zorgverleners voor bijvoorbeeld een behandeling, onderzoek, diagnose, consult, opname of het ophalen van medicijnen. Negen op de tien mensen heeft dit contact gehad, 40% een keer per maand of vaker, 44% enkele keren per jaar en 6% 1 keer per jaar (figuur 6).



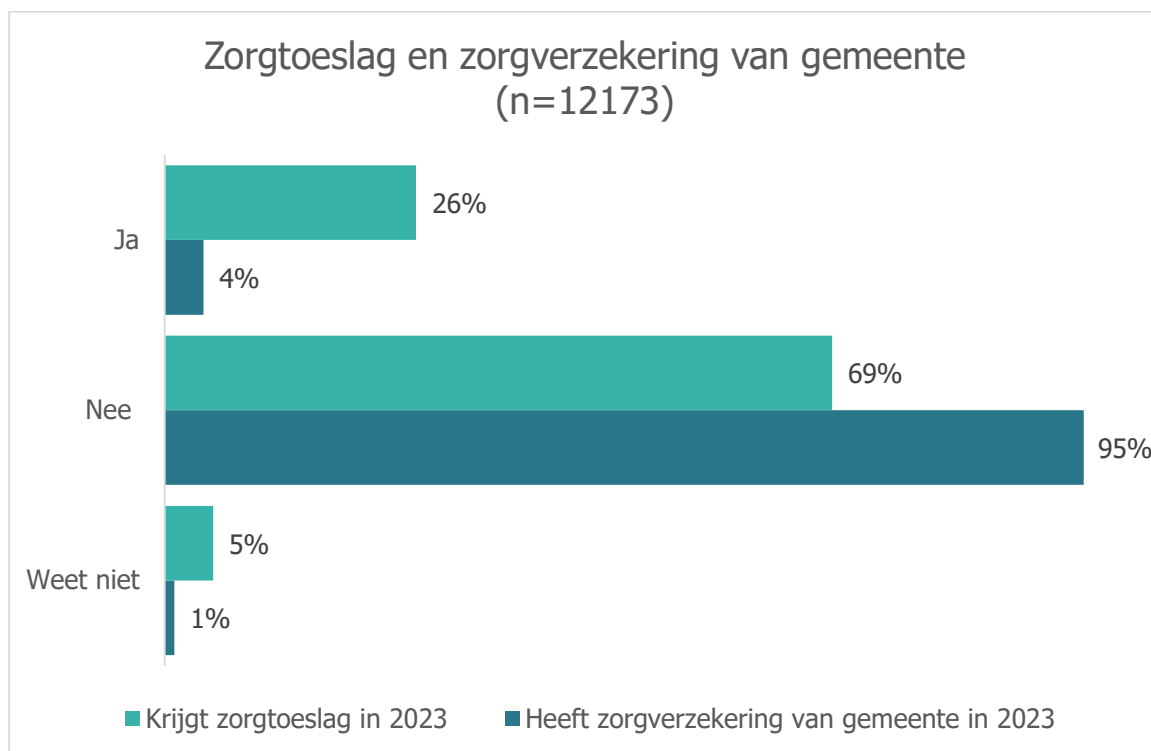
Figuur 6

Circa negen op de tien mensen die in 2022 contact hadden met een zorgverlener heeft eigen risico betaald: 62% (een gedeelte van) het verplichte eigen risico, 27% naast het verplichte ook (een gedeelte van) het vrijwillige eigen risico (figuur 7).



Figuur 7

Tot slot krijgt 26% van de deelnemers in 2023 zorgtoeslag. 4% maakt gebruik van een zorgverzekering die de gemeente biedt aan mensen met een laag inkomen (figuur 8).



Figuur 8

3. Resultaten

3.1 Wijzigingen in zorgverzekering

Deelnemers is gevraagd in hoeverre ze met ingang van 2023 iets gewijzigd hebben in hun zorgverzekering. Ook is gevraagd of ze in de afgelopen 5 jaar iets gewijzigd hebben. Een meerderheid van 59% heeft niets gewijzigd dit jaar en ook niet in de afgelopen 5 jaar (figuur 9).

De meeste deelnemers geven aan dat ze geen reden zien om hun zorgverzekering te wijzigen, ze zijn tevreden. Er zijn ook deelnemers die niet goed weten wat ze moeten wijzigen, omdat ze het ingewikkeld vinden en/of het aanbod te uitgebreid vinden.

"Tevreden over het pakket wat ik nu heb, het voldoet voor mij."

"Wil niet het risico lopen geweigerd te worden bij nieuwe zorgverzekeraar i.v.m. mijn waslijst aan mankementen."

"Wat goed is, moet je niet veranderen."

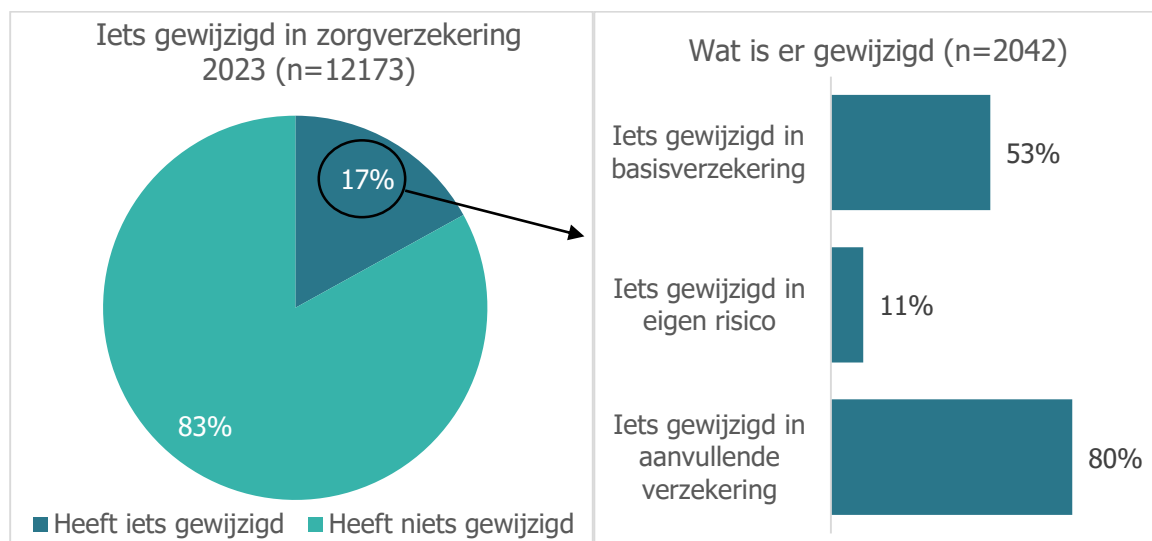
"Veel te ingewikkeld allemaal. Heel slechte informatie, je ziet door de bomen het bos niet meer!"

17% heeft dit jaar wel iets gewijzigd. Binnen die groep heeft 8% de afgelopen 5 jaar vaker iets gewijzigd, 9% wijzigt dit jaar voor het eerst.



Figuur 9

Deelnemers die in 2023 iets gewijzigd hebben in hun zorgverzekeringen, hebben met name hun aanvullende verzekering gewijzigd (80%) en/of hun basisverzekering (53%) (figuur 11).



Figuur 10

Figuur 11

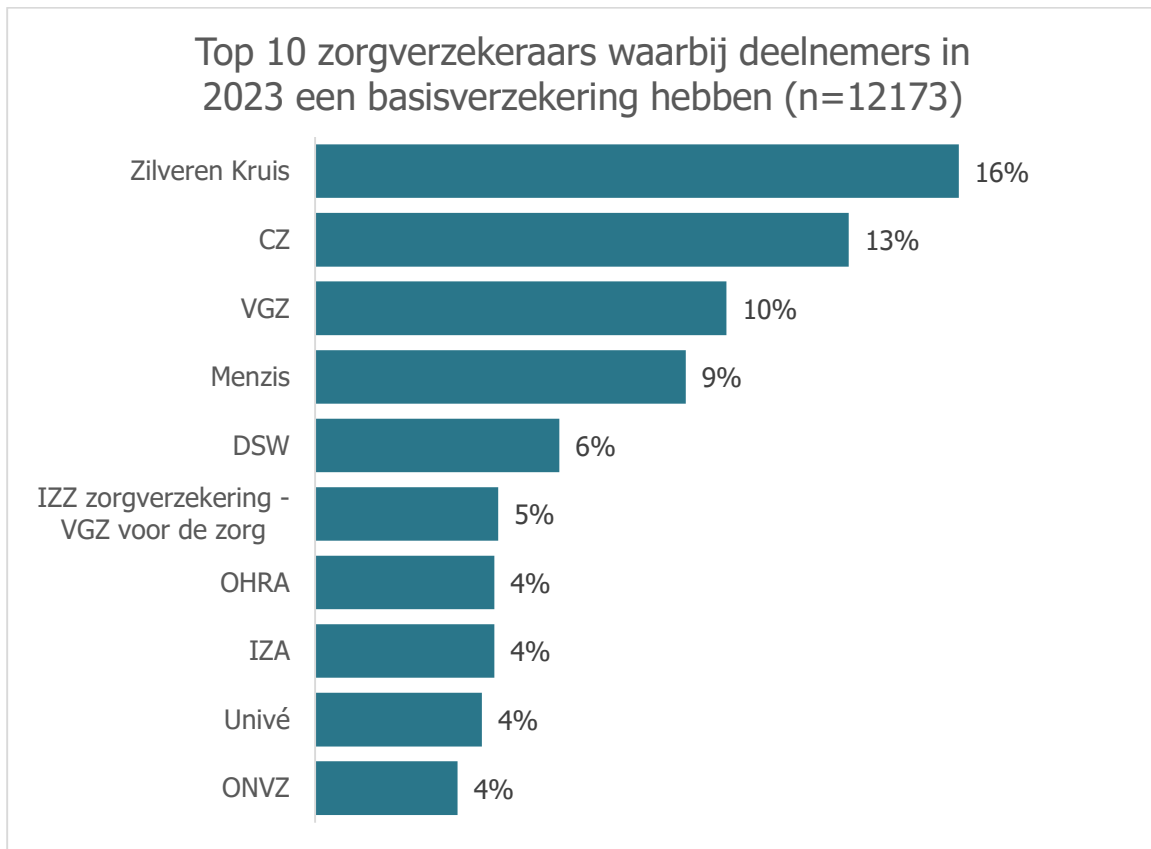
In onderstaande tabel zijn twee groepen naar achtergrond uitgesplitst: deelnemers die in 2023 iets gewijzigd hebben in hun verzekering en deelnemers die hierin niets gewijzigd hebben. Te zien is dat de eerste groep vaker bestaat uit vrouwen, gemiddeld jonger is en hoger opgeleid. Er zijn geen duidelijke verschillen te zien in de mate waarin beide groepen zorg nodig hadden in 2022.

	Heeft iets gewijzigd in verzekering (n=2042)	Heeft niets gewijzigd in verzekering (n=10131)
< 40 jaar	6%	2%
40-49 jaar	5%	4%
50-59 jaar	19%	12%
60-69 jaar	36%	33%
≥ 70 jaar	34%	49%
Gemiddelde leeftijd	64 jaar	68 jaar
lager onderwijs	7%	10%
middelbaar onderwijs	39%	42%
hoger onderwijs	55%	48%
man	41%	50%
vrouw	59%	50%

Tabel 1

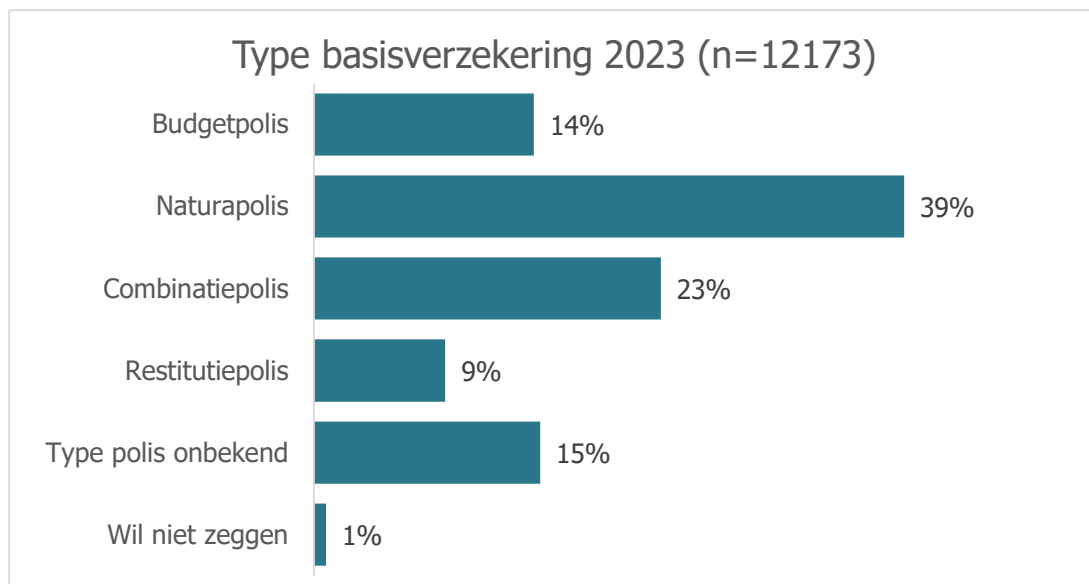
Basisverzekering

In figuur 12 is de top 10 zorgverzekeraars weergegeven waar 75% van de deelnemers dit jaar hun basisverzekering hebben. Zilveren Kruis (16%), CZ (13%) en VGZ (10%) zijn de meest genoemde verzekeraars.



Figuur 12

Deelnemers is gevraagd welke specifieke basisverzekering zij hebben. Om hier inzicht in te krijgen, zijn per zorgverzekeraar alle basisverzekeringen voorgelegd die zorgverzekeraars voor 2023 aanboden. Circa vier op de 10 deelnemers heeft een naturapolis, 23% een combinatiepolis, 14% een budgetpolis¹ en 9% een restitutiepolis. Voor 15% is onduidelijk welke soort basisverzekering zij precies hebben.

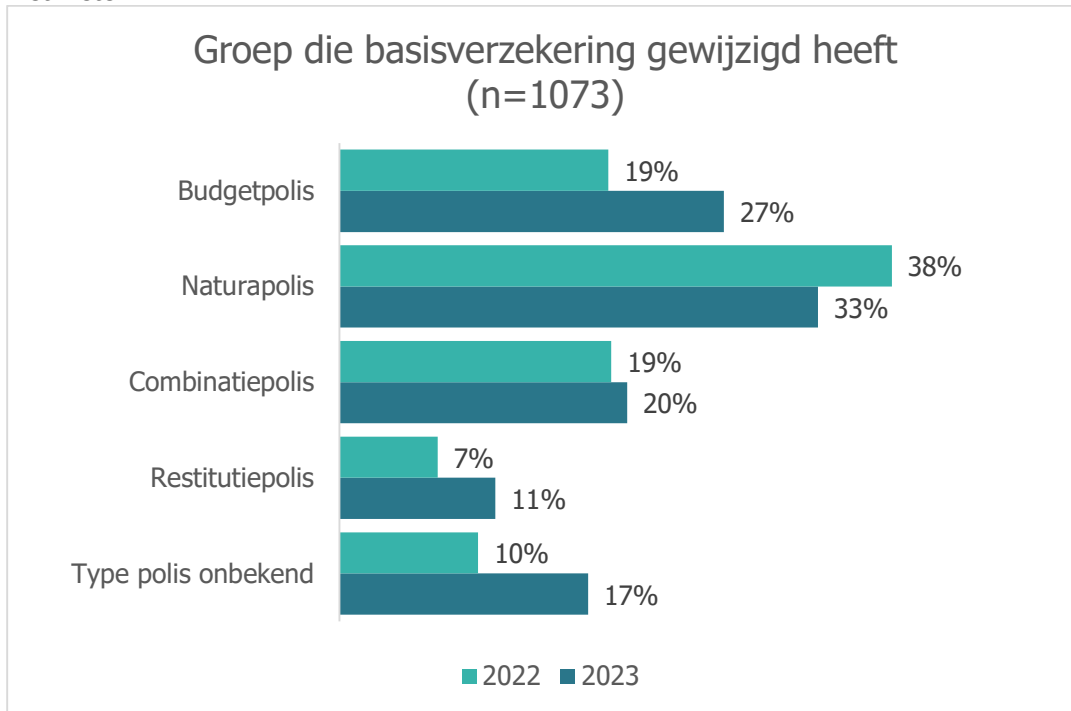


Figuur 13

9% (n=1073) heeft iets veranderd in de basisverzekering van 2023. Iets meer dan de helft (54%) van de deelnemers is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar, 46% koos voor een andere basisverzekering bij hun huidige zorgverzekeraar.

¹ In dit onderzoek rekenen we tot een budgetpolis naturapolissen die de NZa kwalificeert als polissen met beperkende voorwaarden. Dat zijn polissen met selectieve contractering en/of met een vergoedingspercentage voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder lager dan 75% van het marktconforme tarief of van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Aan de hand van de namen van de genoemde polissen is gekeken welk type polis (budget, natura, combinatie of restitutie) het betrof. Van deze groep is het type polis van beide jaren naast elkaar gezet (figuur 14). De categorie "Type polis onbekend" bevat deelnemers die de naam van hun polis niet weten.



Figuur 14

De premie is meestal de reden voor het wisselen van basisverzekering: deelnemers kiezen voor een goedkopere polis om kosten te besparen.

Andere genoemde redenen voor het wisselen zijn:

- een betere dekking;
- verandering in situatie, bijvoorbeeld bereiken bepaalde leeftijd (55+ polis, kind dat niet meer meeverzekerd is);
- wisseling in aanvullende verzekering(en) die bij andere verzekeraar beter voldoet;
- wegvallen collectiviteitskorting;
- verzekeraar bood geen geschikte verzekering (bijv. VGZ die stopt met restitutiepolis) of dit was nog onduidelijk (contracten nog niet rond).

Enkele toelichtingen waarom deelnemers wisselen van basisverzekering:

"Vanwege het geld, ik zocht een goedkopere polis."

"Omdat ze niet een contract hadden met onze zorgverleners. En overstappen naar een andere verzekering was geen optie omdat die zeer moeilijk doen over prevalentie medicatie en we geen zin hadden in die strijd. Dus daarom overgestapt naar een restitutiepolis."

"Om iets zekerder van bepaalde zorg te zijn."

"Om de maandelijkse kosten lager te krijgen."

"Ik kies altijd een basis en aanvullende verzekering bij dezelfde zorgverzekeraar en de aanvullende verzekering van DSW voldeed niet meer aan mijn eisen."

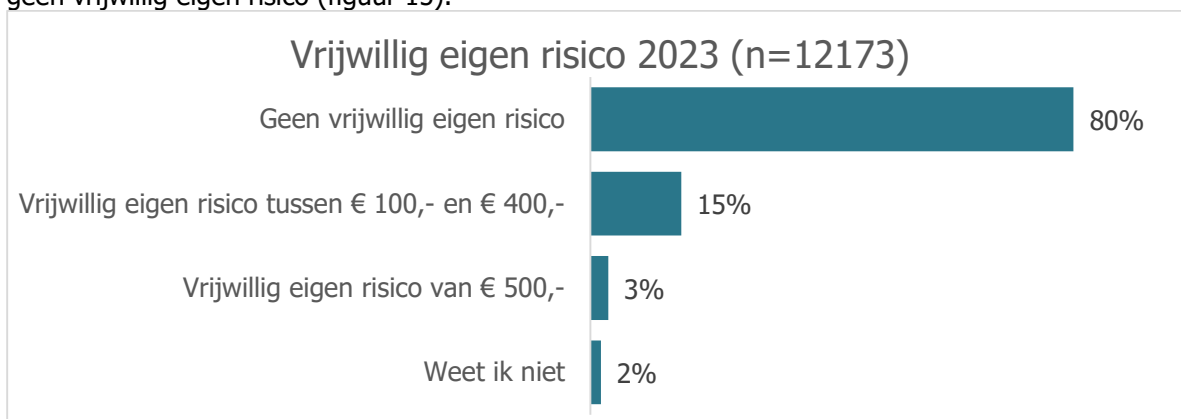
"Collectiviteit viel weg en kosten gingen omhoog. Mijn nieuwe verzekering heeft een betere prijs-kwaliteitsverhouding."

"Ik stond op de polis van mijn ouders en wilde graag een eigen polis. Ook wilde ik overstappen naar een zorgverzekeraar die duurzamer is."

Aan de deelnemers is behalve de naam van hun polis ook gevraagd of zij weten welk type polis zij hebben: een naturapolis met beperkte keuze (ook bekend als budgetpolis), een naturapolis, een combinatiewpolis of restitutiewpolis. Door de door hun opgegeven naam van hun polis te combineren met het opgegeven type polis, wordt duidelijk dat veel mensen niet weten welk type polis ze hebben. Van alle 12173 deelnemers weet 27% welke type polis ze hebben. Vier op de tien deelnemers noemt echter een ander type polis dan die ze hebben. Bovendien geeft 32% aan niet te weten welk type polis ze hebben.

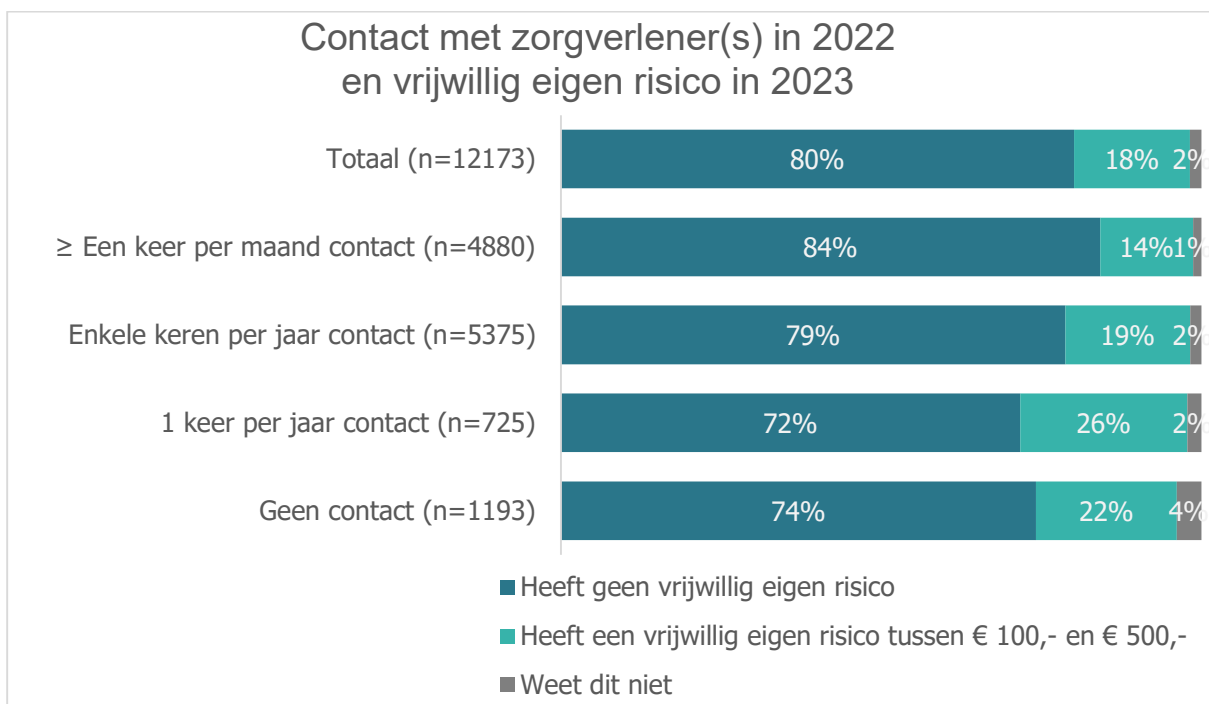
Eigen risico

Deelnemers is gevraagd wat hun vrijwillig eigen risico in 2023 is. Acht op de tien deelnemers heeft geen vrijwillig eigen risico (figuur 15).



Figuur 15

Hoe vaker deelnemers gebruik hebben gemaakt van zorg in 2022, hoe minder vaak er sprake is van een vrijwillig eigen risico in 2023. Van de deelnemers die in 2022 1 keer per maand of vaker contact hadden met zorgverleners voor bijvoorbeeld een behandeling, onderzoek, diagnose, consult, opname of het ophalen van medicijnen heeft 84% dit jaar geen vrijwillig eigen risico. Dit percentage daalt vanaf het moment dat deelnemers enkele keren per jaar of minder contact hebben (figuur 16).



Figuur 16

2% (n=224) heeft het vrijwillig eigen risico gewijzigd ten opzichte van 2022. 66% van deze groep heeft dit naar beneden bijgesteld, zo blijkt uit figuur 17; 23% heeft het vrijwillig eigen risico namelijk verlaagd en 43% heeft helemaal geen vrijwillig eigen risico meer. Wijziging heeft vaak te maken met zorgkosten die mensen hebben of verwachten. Verwachten ze geen zorgkosten, dan kan het vrijwillig eigen risico omhoog. De meeste deelnemers verwachten echter wel zorgkosten in 2023. Ook mensen die onverwacht geconfronteerd zijn met kosten, nemen het jaar erna vaak liever minder of geen extra risico.

Enkele toelichtingen voor wijzigingen in vrijwillig eigen risico:

"Om maandelijks minder te betalen en mijn eigen risico niet helemaal gebruikt wordt de laatste jaren."

"Ik hoop weinig kosten te maken in 2023 dus durf naar maximale eigen risico te gaan. Verder ook i.v.m. kostenbesparing."

"Omdat ik in 2022 grote operatie heb ondergaan. Weg hoge eigen risico."

"Vanwege een geconstateerde chronische ziekte die mijn zorgkosten flink zal laten stijgen."



Figuur 17

Aanvullende verzekering

Deelnemers is gevraagd of zij aanvullende verzekeringen hebben. 84% heeft een of meer aanvullende verzekeringen. Iets meer dan de helft heeft zowel een aanvullende verzekering als een tandartsverzekering, 23% heeft alleen een aanvullende verzekering en 8% heeft alleen een tandartsverzekering (figuur 18).



Figuur 18

13% (n=1634) heeft ten opzichte van 2022 iets gewijzigd in de aanvullende verzekering(en). De grootste groep (60%) is nu minder uitgebreid aanvullend verzekerd dan in 2022 (figuur 19). Als reden geven zij aan dat dit goedkoper is, of dat ze geen of onvoldoende gebruik maken van de zorg waarvoor ze verzekerd zijn.

"We waren verzekerd voor zaken waar we nooit gebruik van zullen maken."

"We hebben gekozen voor de 50plus verzekering om dat dat scheelde in de kosten en we denken dat die ook onze kosten zullen dekken."

"Vanwege de hoge kosten van de totale verzekering. Heb door deze wijziging ruim € 35,- maandelijks kunnen besparen."

"Uiterekend dat ik meer betaal dan ik vergoed zou krijgen (bril) en ik niet wil betalen voor iets wat ik niet gebruik."

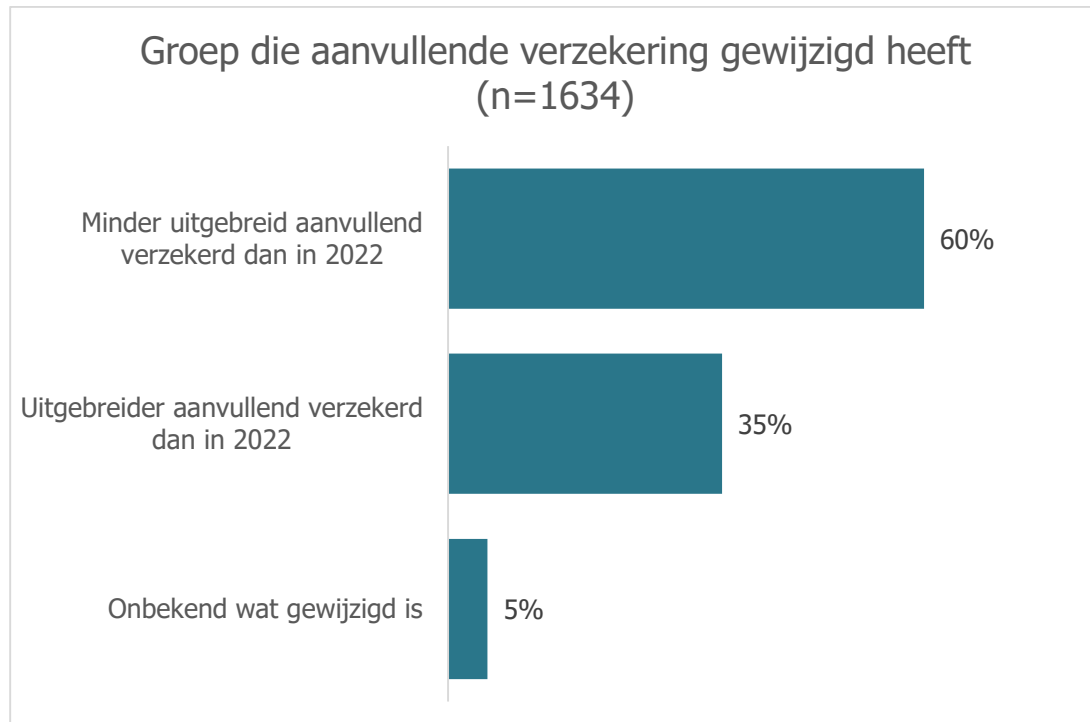
35% is juist uitgebreider verzekerd ten opzichte van vorig jaar, omdat ze bepaalde zorgkosten verwachten.

"Verwachting was dat ik meer fysiotherapie nodig zou hebben (vorig jaar had ik te weinig vergoedingen en daardoor deel zelf moeten betalen.)"

"Op advies van mondhygiëniste. Heb meer zorg nodig vanwege parodontitis."

"Omdat mijn zoon een beugel krijgt."

"Omdat mijn spiraaltje dit jaar vervangen moet worden en dat niet verzekerd was in mijn oude aanvullende pakket."



Figuur 19

3.2 Keuze zorgverzekeraar

Deelnemers is gevraagd wat ervoor zorgde dat zij kozen voor hun huidige zorgverzekering. Deelnemers vinden het vooral belangrijk of de zorgverzekering de zorg die ze in 2023 nodig hebben of verwachten vergoedt (40%). Daarnaast is de premie (28%) een belangrijke factor. Ook contracten met zorgverleners spelen hierbij een rol: 27% kiest voor de huidige verzekering omdat de voor hen passende zorgverleners gecontracteerd zijn, 25% omdat er veel keuze is aan gecontracteerde zorgverleners. Bij 'overige aspecten' (25%) lichten deelnemers vaak toe dat ze al jaren bij dezelfde zorgverzekeraar zitten en niet veranderen omdat ze tevreden zijn, of omdat een overstap een te hoge drempel voor ze is (figuur 20).



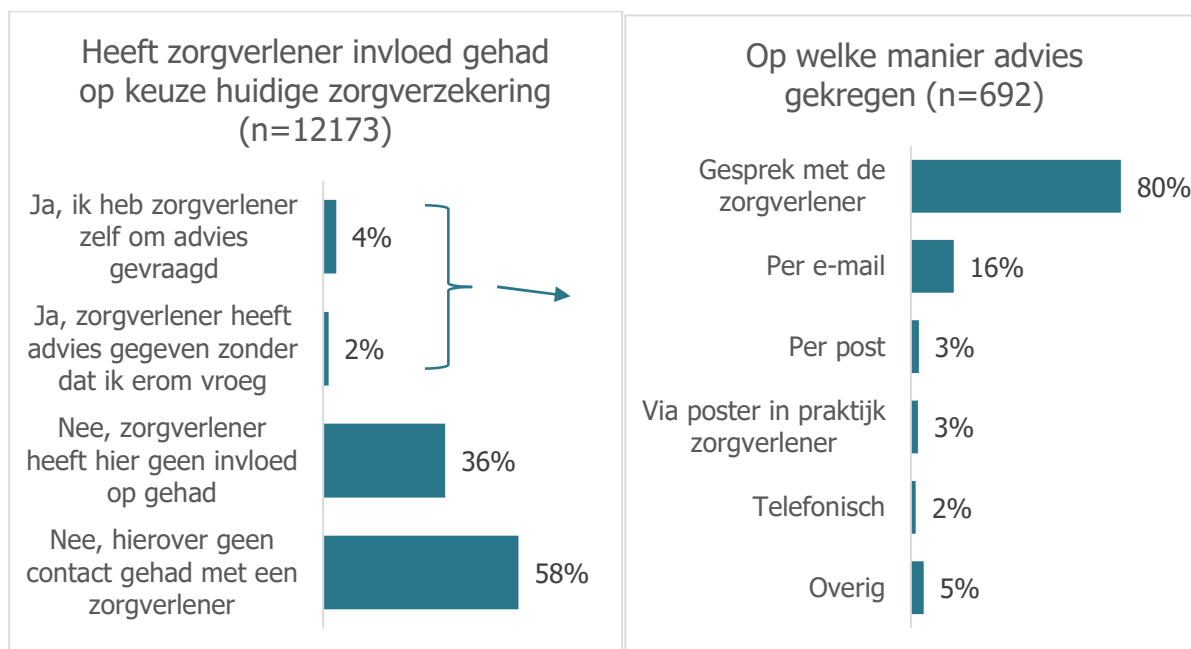
Figuur 20

"Zit al ruim 30 jaar bij dezelfde verzekeraar, in die tijd had je eigenlijk geen keuze. Durf niet goed over te stappen."

"Omdat ik bang ben dat als ik naar een andere verzekeraar ga dat ik niet meer de zorg krijg die ik nu wel krijg, ik ben ervan afhankelijk."

"Zo lang als ik leef al klant, en naar tevredenheid. goed behulpzaam."

Bij een klein gedeelte van de deelnemers (6%) heeft de zorgverlener invloed gehad op de keuze van hun huidige zorgverzekering (figuur 21). Vaak hebben zij via een gesprek met de zorgverlener advies gekregen (80%). Bij 36% heeft de zorgverlener geen invloed gehad op de keuze van de huidige zorgverzekering, 58% heeft hierover geen contact gehad met een zorgverlener.



Figuur 21

Figuur 22

De meeste deelnemers (80%) hebben het jaarlijkse aanbod van hun zorgverzekeraar voor een nieuwe zorgverzekering over 2023 bekeken. Binnen deze groep heeft 54% hier verder niets mee gedaan, terwijl 26% ging kijken of ze een andere zorgverzekering moesten kiezen.



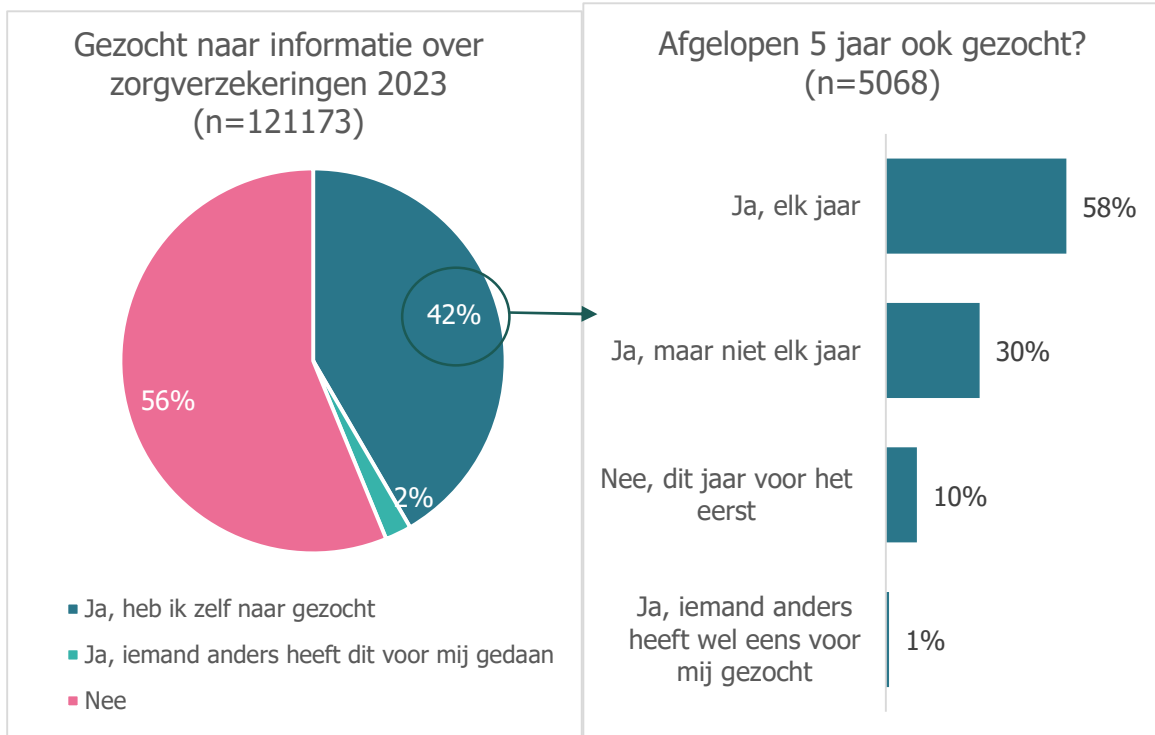
Figuur 23

Deelnemers is gevraagd of zij gezocht hebben naar informatie over zorgverzekeringen in 2023. 56% heeft hier niet naar gezocht. De meesten zijn tevreden over hun huidige verzekeraar en polis en zoeken daarom niet naar informatie. 37% geeft aan dat de zorgverzekeraar een passende polis bood voor 2023, 18% heeft een goede verzekering: via werkgever (12%), gemeente (3%) of patiëntenvereniging of ouderenbond (3%). Ook bij overige redenen noemen mensen vaak dat ze al jaren bij dezelfde zorgverzekeraar zitten en hier tevreden over zijn. 16% zoekt geen informatie omdat het te ingewikkeld is en 13% omdat ze er te weinig geld mee besparen.



Figuur 24

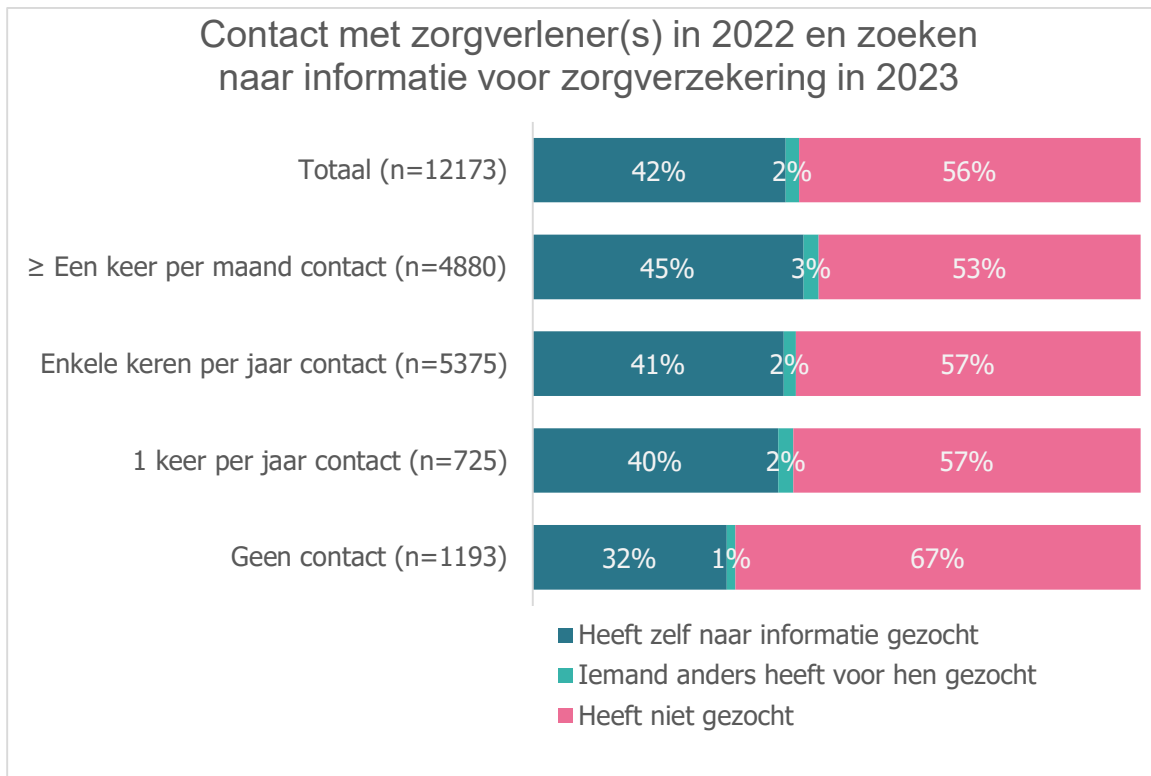
44% van de deelnemers heeft wel gezocht naar informatie over zorgverzekeringen over 2023. Hiervan zocht 58% de afgelopen 5 jaar elk jaar naar informatie, 30% zocht wel meerdere jaren naar informatie, maar niet ieder jaar. 10% zocht dit jaar voor het eerst (figuur 26).



Figuur 25

Figuur 26

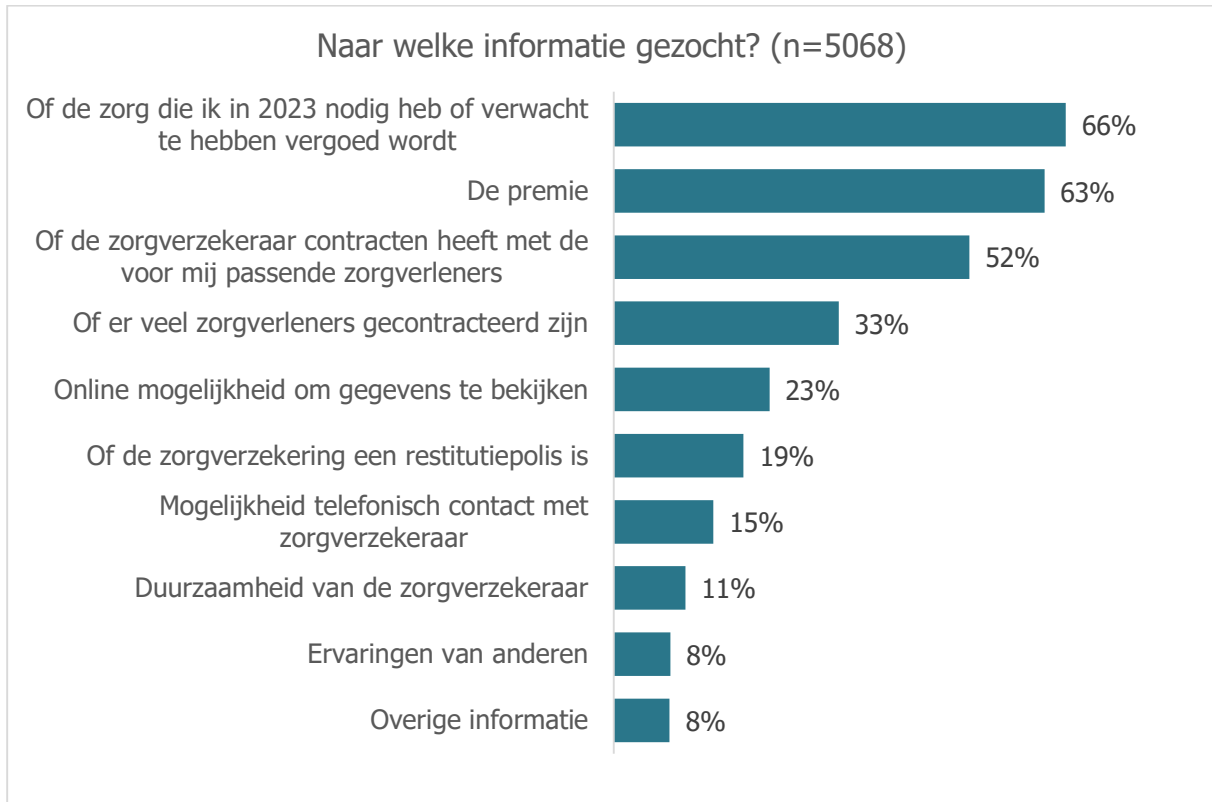
De mate waarin deelnemers in 2022 contact hadden met een zorgverlener blijkt van invloed te zijn op de mate waarin naar informatie wordt gezocht over zorgverzekeringen in 2023. 45% van de deelnemers die in 2022 1 keer per maand of vaker contact hadden, zocht naar informatie voor een zorgverzekering in 2023, tegenover 41% bij enkele keren per jaar contact en 40% bij 1 keer per jaar contact. Van de deelnemers die helemaal geen contact hadden met een zorgverlener, heeft 32% gezocht naar informatie (figuur 27).



Figuur 27

Meestal zoeken deelnemers naar vergoedingen voor zorg die zij nodig hebben of verwachten (66%). Ook bij overige informatie koppelen deelnemers dit regelmatig terug, maar dan vergoedingen in het algemeen.

Daarnaast wordt veel naar premie gekeken (63%). Bovendien zoeken veel deelnemers naar informatie over contracten: 52% heeft gekeken of de zorgverzekeraar contracten heeft met voor hen passende zorgverleners, 33% of er veel zorgverleners gecontracteerd zijn.



Figuur 28

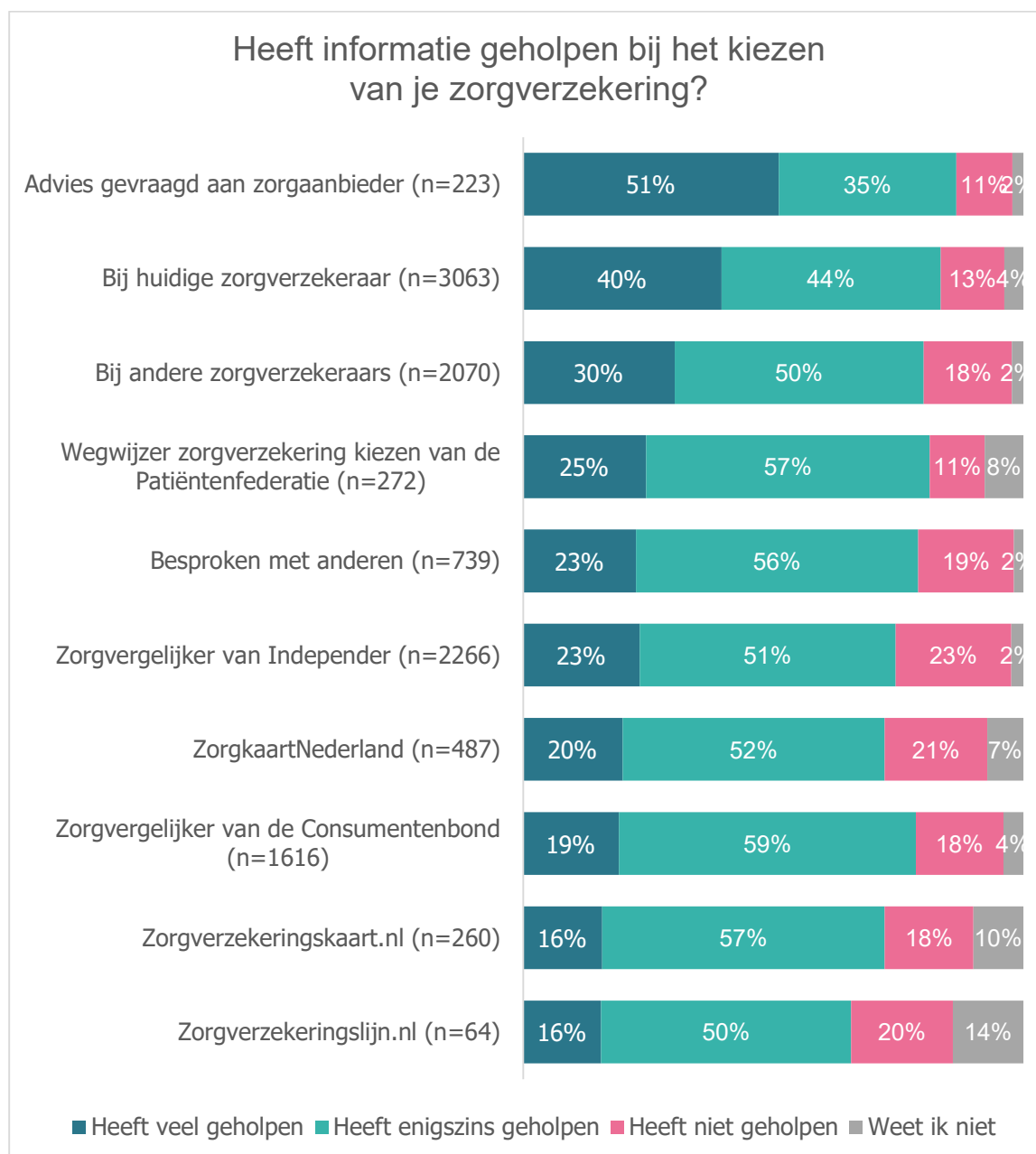
Veel deelnemers zoeken informatie bij hun huidige zorgverzekeraar (60%) en/of andere zorgverzekeraars (41%). Ook zorgvergelijkers worden hier veel voor gebruikt: 45% heeft via Independer gezocht, 32% via de Consumentenbond.

Vaak (69%) hebben deelnemers minstens 2 bronnen geraadpleegd voor informatie over zorgverzekeringen.



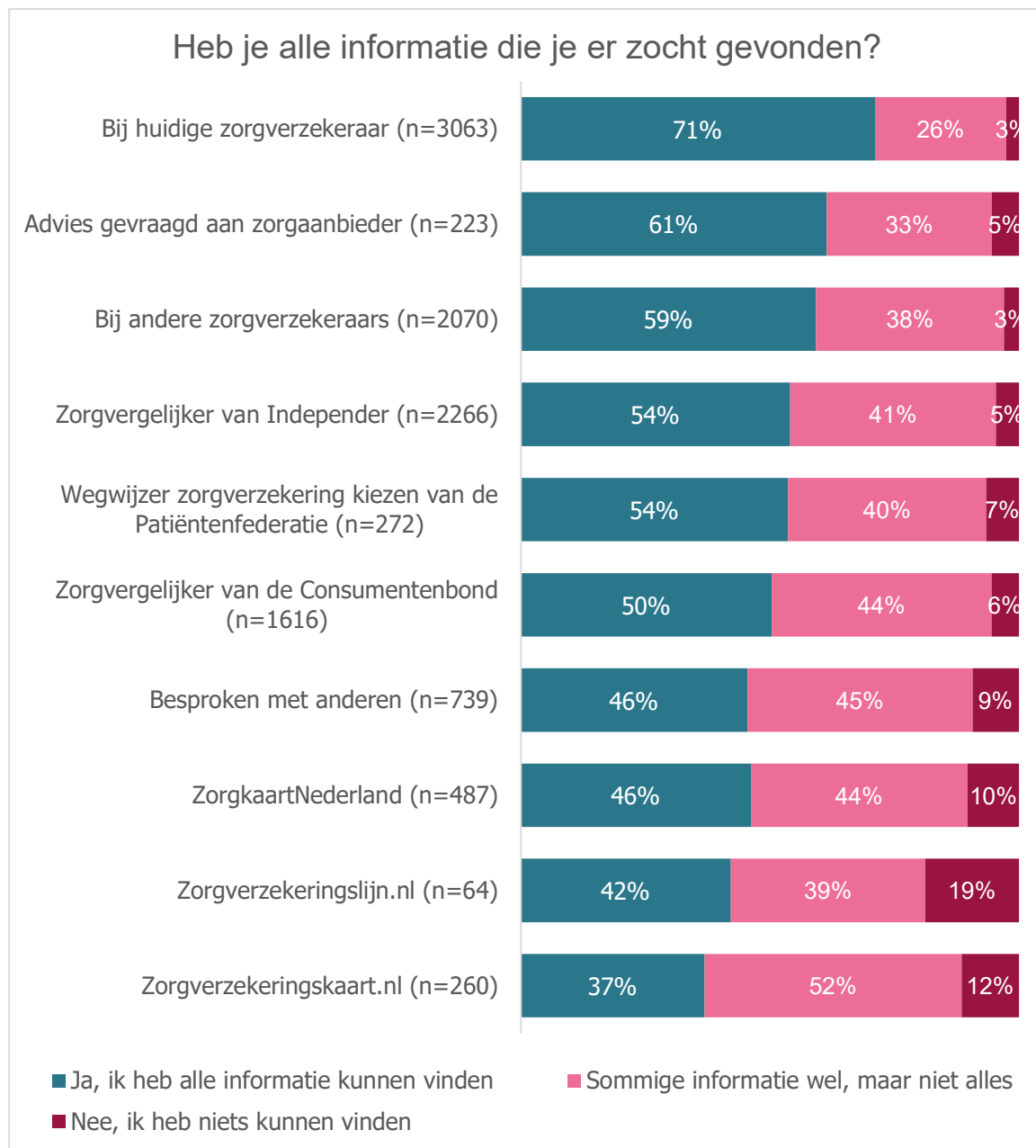
Figuur 29

Per informatiebron is gekeken in hoeverre het deelnemers geholpen heeft bij het kiezen van hun zorgverzekering voor 2023. Voor alle bronnen geldt dat het voor het merendeel van de deelnemers die er gebruik van hebben gemaakt enigszins of veel heeft geholpen. Wel varieert dit per bron. Advies van zorgaanbieders en informatie bij huidige of andere zorgverzekeraars helpen het best: voor respectievelijk 87%, 84% en 80% van de groepen die deze bronnen hebben gebruikt, heeft dit enigszins of veel geholpen. Ook de wegwijzer zorgverzekering kiezen van de Patiëntenfederatie heeft relatief veel deelnemers, namelijk 81%, enigszins of veel geholpen. Respectievelijk minder mensen zijn geholpen door websites als Zorgverzekeringslijn.nl en Zorgverzekeringskaart.nl. Hier geeft respectievelijk 66% en 72% aan dat dit hen enigszins of veel heeft geholpen.



Figuur 30

Per informatiebron is gevraagd of deelnemers daar alle informatie hebben gevonden waar ze naar zochten. De resultaten variëren sterk, zo is te zien in figuur 31. Informatie die bij de huidige zorgverzekeraar wordt gezocht, wordt relatief vaak gevonden. 71% van de deelnemers die daar naar informatie zocht, vond alle informatie, 26% miste nog informatie en 3% vond er geen informatie. Deelnemers die informatie zochten op zorgverzekeringslijn.nl en zorgverzekeringskaart.nl vonden relatief het minst vaak alle informatie, namelijk respectievelijk 42% en 37%. Vaak vonden ze niet alle informatie (39% en 52%) of zelfs helemaal geen informatie (19% en 12%)².



Figuur 31

² De zorgverzekeringslijn.nl en zorgverzekeringskaart.nl bieden informatie over het kiezen van een zorgverzekering, en geen verzekeringsadvies waar mensen tijdens de overstapperiode vaak naar op zoek zijn. Daar komt bij dat Zorgverzekeringskaart.nl gedurende overstapeseizoen 2022-2023 nauwelijks bereikbaar was.

Deelnemers zoeken vaak via meerdere bronnen naar informatie over premies en vergoedingen. Ze kijken bijvoorbeeld op de website van de eigen zorgverzekeraar en/of van andere zorgverzekeraars naar het aanbod en bezoeken ook een of meer vergelijkingssites.

Het helpt ze op weg, maar regelmatig lopen ze tegen een te grote hoeveelheid informatie aan, die tegelijkertijd complex is, waardoor het moeilijk is om een goed en compleet overzicht te krijgen. Informatie van zorgvergelijkers als Independer en Consumentenbond worden als handig ervaren, omdat hier de zorgverzekeraars al voor hen op een rijtje worden gezet. Ervaren knelpunten van deze sites zijn de onafhankelijkheid (in geval van Independer) en het feit dat niet alle zorgverzekeraars hierin worden meegenomen.

Sommige deelnemers hebben hun keuze voor een zorgverzekeraar al gemaakt en zoeken naar bevestiging van hun eigen inzichten. Of kijken of de zorg die zij nodig hebben ook vergoed wordt. Veel deelnemers kunnen onvoldoende informatie vinden over specifieke vergoedingen. Omdat ook veel contracten tussen zorgverzekeraars en zorgverleners nog niet rond waren ten tijde van de overstap, missen veel deelnemers hierover informatie.

Hieronder per bron enkele positieve en negatieve quotes:

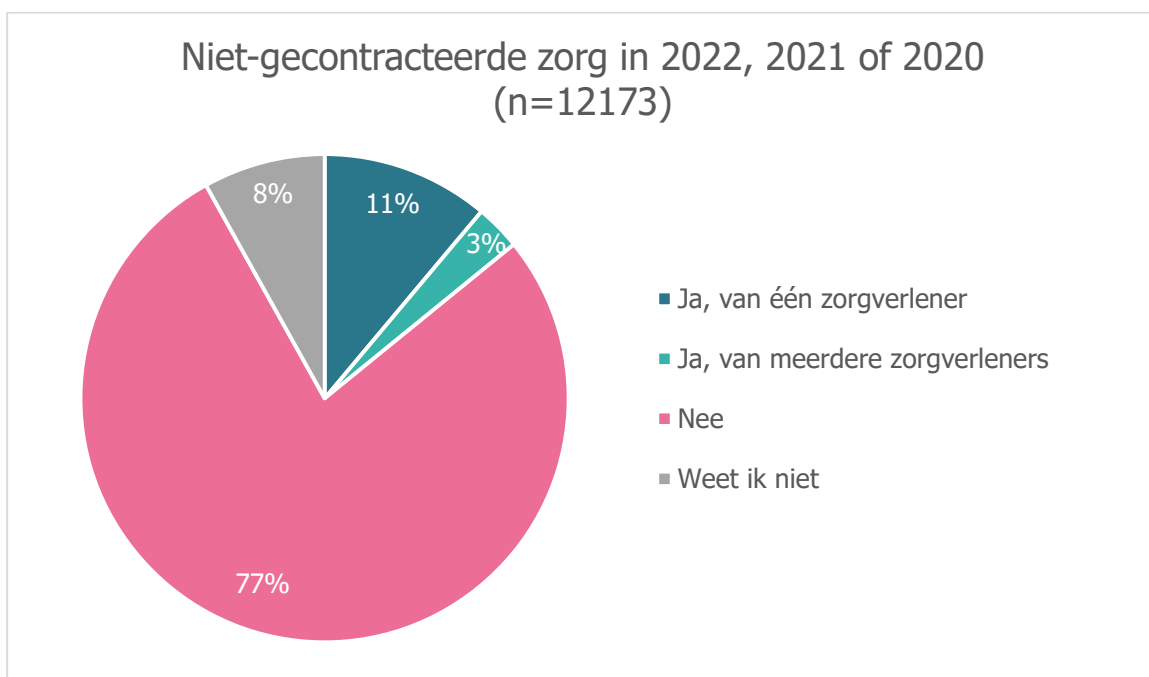
- Bij mijn huidige zorgverzekeraar
 - "Ik heb gekeken wat er veranderde aan mijn verzekering in 2023. Wel wat minder dan in 2022, maar acceptabel en ik weet dat ik hier niet voor verrassingen kom te staan."*
 - "De info die ik vond bevestigde mijn vermoeden dat ik beter mijn aanvullende verzekering kon verlagen."*
 - "Ze kunnen niets zeggen over met wie contacten worden afgesloten. Dit is nog steeds niet bekend. Kiezen is hierdoor eigenlijk niet mogelijk."*
 - "Ik heb heel veel moeite moeten doen om er achter te komen wat nu wel en niet vergoed werd! Een vreselijk gepuzzel en ik ben er nog niet achter."*
- Bij andere zorgverzekeraars
 - "Zorgverzekeraars vergelijken is haast niet te doen. Zeer tijdrovend."*
 - "Sommigen konden niets uitleggen, ik moest maar op de website informatie ophalen. Met andere woorden: zoek het maar uit."*
 - "Was niet veel anders dan mijn eigen verzekering."*
 - "Ik schrijf op wat ik aan zorg verwacht nodig te hebben. Vervolgens zoek ik op welke basis- en aanvullende verzekering daar het beste bij passen en hoeveel dat kost. Dat doe ik voor 3 tot 5 zorgverzekeringen. De meest gunstige wordt het."*
- Zorgvergelijker van Independer
 - "Was voor mijn doelen nog te grofmazig. Is overigens in zijn algemeenheid wel een goed hulpmiddel voor een eerste selectie van mogelijke zorgverzekeringen."*
 - "Vreemd programma wat met de meest uitzonderlijke verzekeringen komt: lijkt wel gesponsord door zorgverzekeraars."*
 - "Door de aanbiedingen van zorgverzekeraars te vergelijken met datgene wat ik nodig heb, kon ik beslissen dat ik bij mijn huidige zorgverzekeraar bleef."*
 - "Ik kon opgeven wat ik belangrijk vind in een zorgverzekering, en daar kreeg ik dan de resultaten van."*

- **Zorgvergelijker van de Consumentenbond**
"Weer de informatie over contracten met zorgverleners die ontbreekt. Verder is het feit dat de ene zorgverlener een x bedrag vergoed en de ander een x aantal sessies ook niet een makkelijke vergelijking. Maar dat lukt wel als je een eigen spreadsheet maakt met de gegeven informatie."
"Veel te veel informatie wat je moet doorspitten. Op een gegeven moment denk je bij een prijsverschil van € 100,- per jaar het zal allemaal wel. Ik blijf wel bij mijn huidige verzekering."
"Consumentenbond is onafhankelijk, dus ook een goede bron."
"De site gaf aan dat ik bij mijn huidige zorgverzekeraar goed zat voor de basis en gaf ook aan dat ik eventueel elders moest zijn voor aanvullende verzekeringen."
"Duidelijke selecties en vergelijkingen van onafhankelijk orgaan. Bij andere vergelijkers lijkt het of je in een bepaalde richting wordt geduwd. Lijkt daardoor onbetrouwbaar."
- **Zorgverzekeringskaart.nl**
"Gaf geen duidelijke inzichten en de website is niet stabiel."
"Teveel uitzoekwerk, is niet echt een vergelijkingsite."
"Prima informatiebron over de aangeboden zorg en of mijn verzekeraar hier contracten had afgesloten."
"Ik heb deze in aanvulling op de gegevens die ik al had uit de Consumentenbond bekeken."
- **Zorgverzekeringlijn.nl**
"Ook hier niet alles zichtbaar."
"Wist eigenlijk al wat ik wilde. Dus globaal bekeken."
- **Wegwijzer zorgverzekering kiezen van de Patiëntenfederatie**
"Het is wel leuk dat men van alles op papier, of web in dit geval, duidelijk probeert te maken. Maar je kunt alle informatie in detail niet bevatten. Het zou beter zijn als er algemene richtlijnen zijn en misschien wat minder aanbieders zodat er minder te kiezen is."
"Je probeert de informatie te krijgen die je wilt opzoeken, maar door de onbekendheid met veel dingen in deze materie kom je er nooit helemaal uit."
- **ZorgkaartNederland**
"Ook op deze site staat (te)veel informatie. Zoeken is moeilijk. "
"Ik kon hier makkelijk controleren of er voor mij interessante zorgaanbieders in de buurt zijn. Daarvan heb ik opgezocht welke verzekeraars er een contract mee hebben."
- **Advies gevraagd aan mijn zorgaanbieder**
"De mensen aan de telefoon konden ook niet vertellen welke zorgaanbieders een akkoord zouden bereiken en wat er zou gebeuren als er geen akkoord komt tussen mijn ziekenhuis en de verzekeraar."
"Telefonisch contact en mijn vragen werden netjes behandeld. Ik ben tevreden met mijn zorgverzekeraar al stijgen de prijzen door het dak, wat ik minder vind."
- **Besproken met anderen (familie, vrienden, kennissen)**
"Inspirerend om hun overwegingen te horen."
"Ieder heeft zijn eigen wensen die kunnen afwijken."

3.3 Niet-gecontracteerde zorg

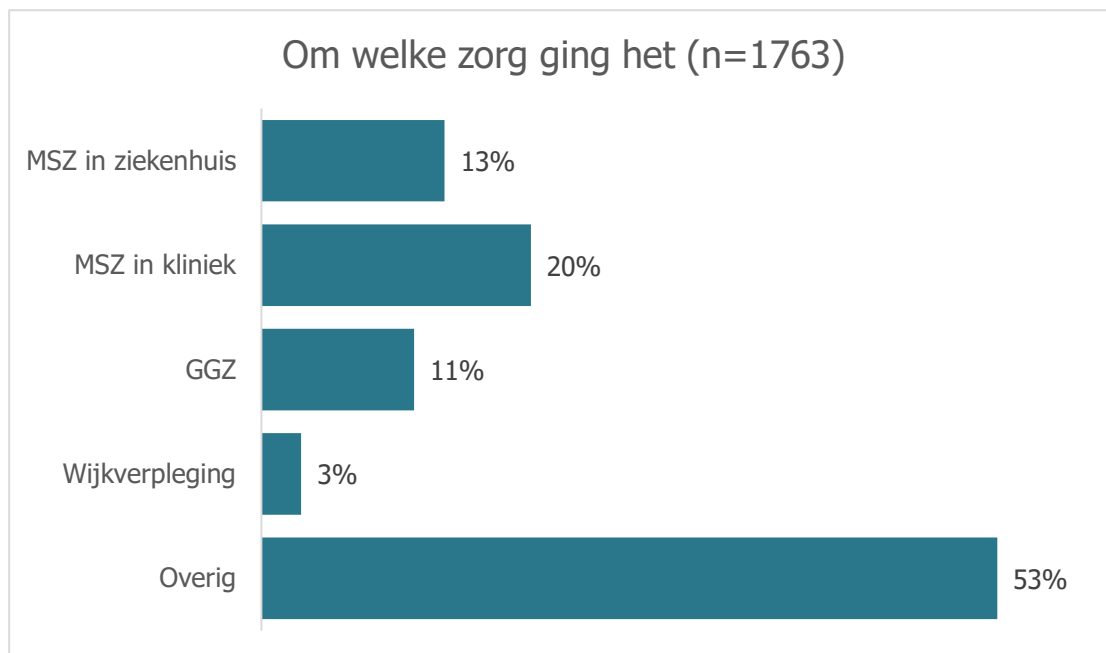
Deelnemers is gevraagd of zij in 2022 zorg hebben gehad van een zorgverlener waarmee hun zorgverzekeraar geen contract had. 11% heeft deze ervaring, waarvan 8% bij één zorgverlener en 3% bij meerdere zorgverleners. Deelnemers die dit niet hadden (83%) of dit niet weten (7%) is gevraagd of ze in 2021 of 2020 wel ervaring hadden met niet-gecontracteerde zorg. Van deze groep heeft 4% deze ervaring, 3% bij één zorgverlener en 1% bij meerdere zorgverleners.

In figuur 32 is het totaalplaatje weergegeven van deelnemers die in de afgelopen 3 jaar ervaring hadden met niet-gecontracteerde zorg, in totaal 14%. In de rest van deze paragraaf worden de resultaten van deze groep weergegeven (n=1763). Wanneer er sprake was van meerdere zorgverleners, is gevraagd de zorgverlener in gedachten te nemen waarvan deelnemers de laatste keer zorg kregen.



Figuur 32

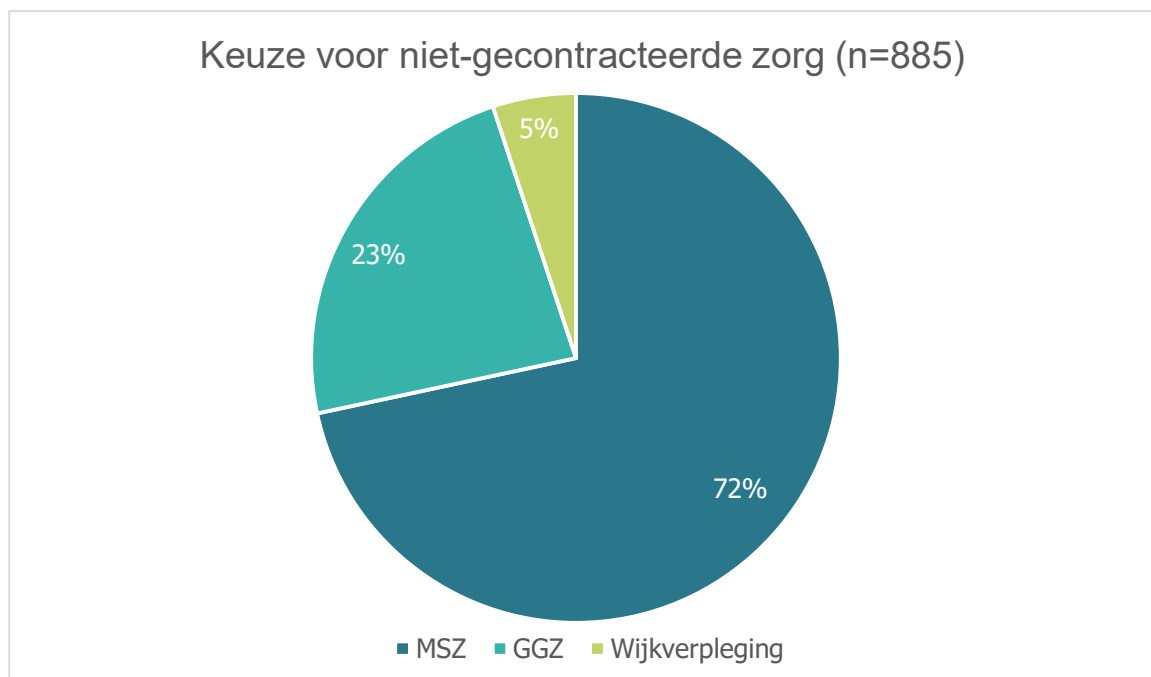
Deelnemers die niet-gecontracteerde zorg hadden, is gevraagd om welke zorg het precies ging. In een derde van de situaties ging het om medisch specialistische zorg in ziekenhuizen (13%) of klinieken (20%). Daarnaast ging het in 11% van de gevallen om geestelijke gezondheidszorg en bij 3% om wijkverpleging. Bij meer dan de helft (53%) ging het om overige zorg (figuur 33).



Figuur 33

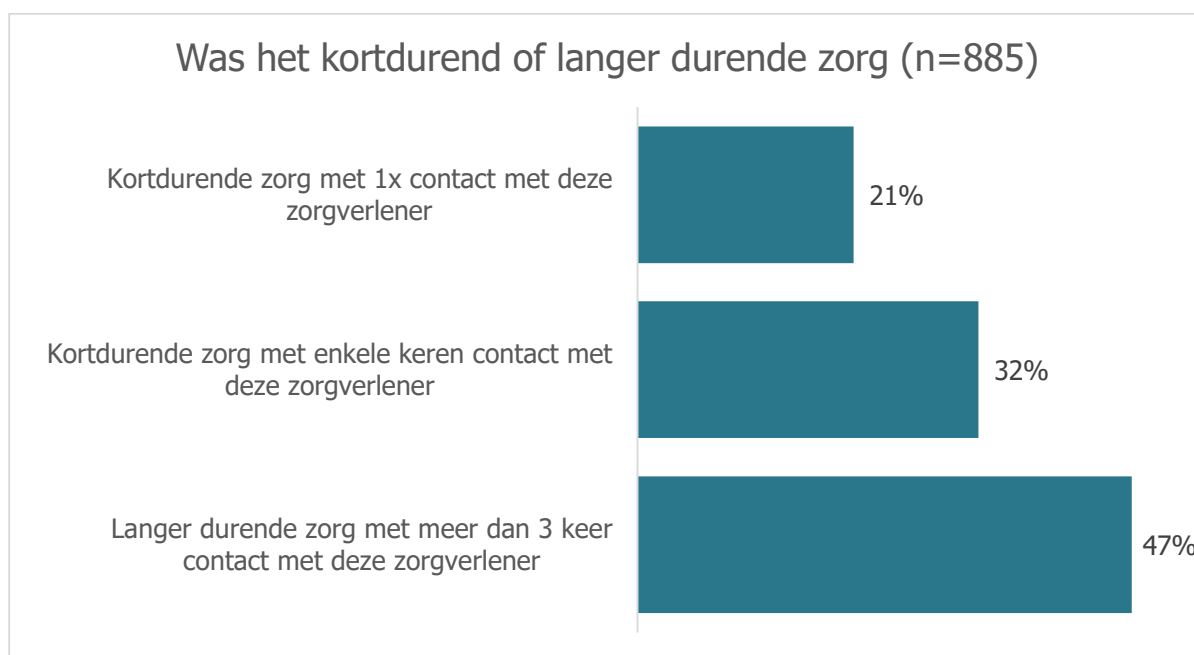
Bij overige zorg is relatief veel zorg genoemd waarbij niet zeker is of het daadwerkelijk over niet-gecontracteerde zorg gaat of over zorg die niet vergoed werd, omdat het buiten het pakket viel. Er wordt hier bijvoorbeeld veel fysiotherapie en mondzorg genoemd. Om de resultaten zo zuiver mogelijk te houden is deze groep in de vervolgvragen buiten beschouwing gelaten. Deelnemers die wijkverpleging kregen vanuit een persoonsgebonden budget zijn ook buiten beschouwing gelaten. Zij sluiten zelf contracten met zorgverleners.

De groep die uiteindelijk overblijft, bestaat uit 885 deelnemers (figuur 34).



Figuur 34

In circa de helft van de niet-gecontracteerde zorg (47%) ging het om langer durende zorg met meer dan 3 keer contact met de zorgverlener (figuur 35). Daarnaast was 53% kortdurende zorg, waarvan 21% met 1x en 32% met enkele keren contact met deze zorgverlener.



Figuur 35

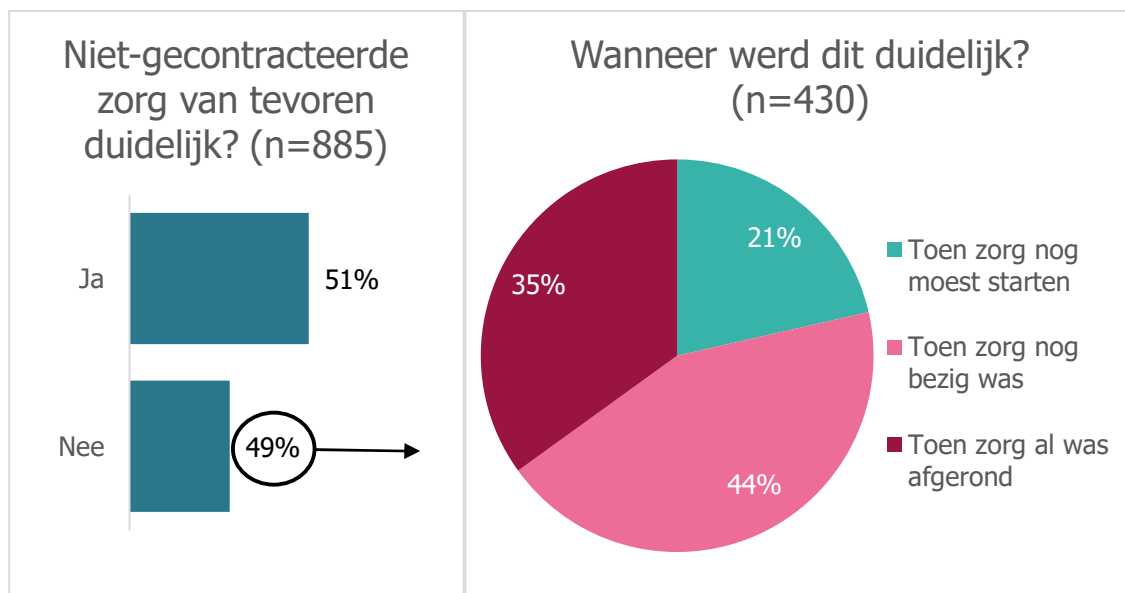
De meeste deelnemers zijn met de niet-gecontracteerde zorgverlener in contact gekomen doordat ze doorverwezen zijn door de huisarts (52%) of door een andere zorgverlener (19%), bijvoorbeeld een specialist of een tandarts.

Bij de overige genoemde antwoorden geven deelnemers regelmatig aan dat zij zelf dit contact gelegd hebben.



Figuur 36

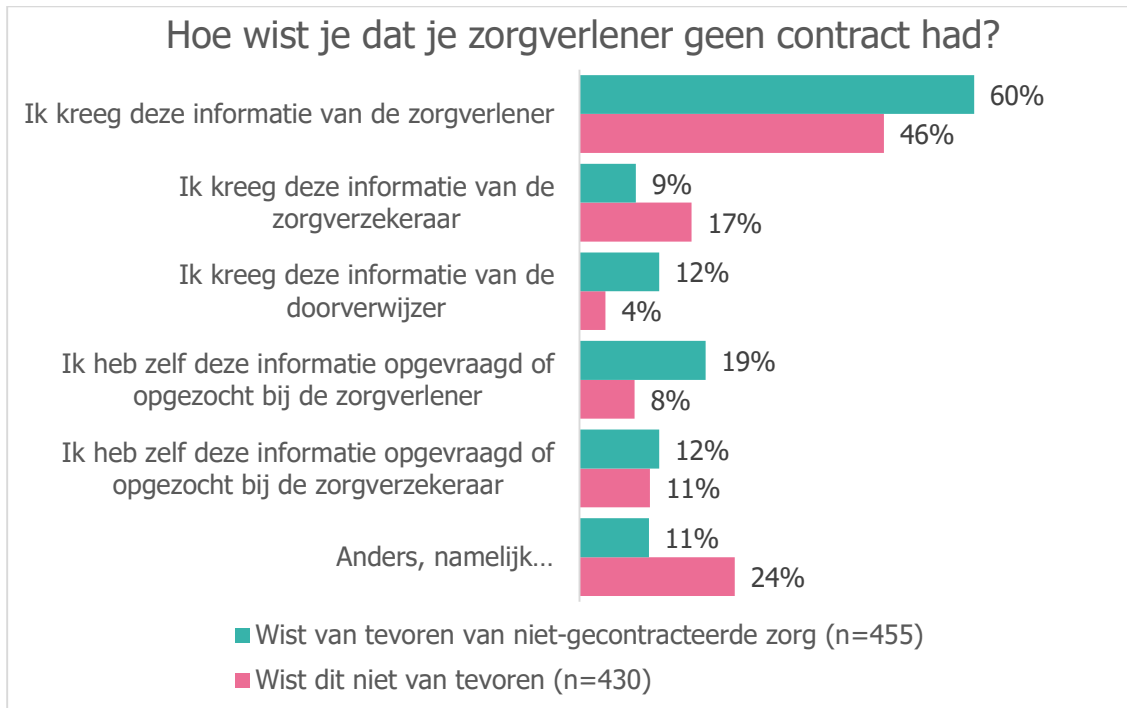
51% wist van tevoren dat hun zorgverzekeraar geen contract had met de zorgverlener. Voor deelnemers die dit niet van tevoren wisten, werd dit vaak pas duidelijk toen de zorg al bezig was (44%) of toen de zorg al was afgerond (35%) (figuur 38).



Figuur 37

Figuur 38

In figuur 39 is te zien hoe mensen wisten dat hun zorgverlener geen contract had. Er is een uitsplitsing gemaakt naar deelnemers die dit van tevoren wisten en deelnemers die dit niet van tevoren wisten. In beide groepen is te zien dat deelnemers hier vooral door de zorgverlener over geïnformeerd zijn, met name in de groep die dit van tevoren wist. Zij vragen dit bovendien ook vaker na bij de zorgverlener (19%) vergeleken met deelnemers die niet van tevoren wisten dat er geen contract was (8%). Deze laatste groep is vaker geïnformeerd door de zorgverzekeraar (17%) en noemt relatief vaak een overige reden (24%). Regelmatig geven deelnemers daar aan dat ze een rekening kregen (onduidelijk is of dit dan van de zorgverlener of de zorgverzekeraar kwam) of dat hun declaratie niet vergoed werd.



Figuur 39

Deelnemers is gevraagd hoe tevreden ze waren over de informatie die zij vonden of kregen over de niet-gecontracteerde zorg. 65% was hierover (zeer) tevreden, 21% neutraal en 14% (zeer) ontevreden (figuur 40).

Bij de toelichtingen van deelnemers die hier tevreden over zijn, is regelmatig te lezen dat de informatie helder was, op tijd en proactief gemeld is door bijvoorbeeld de zorgverlener.

"Toen ik een andere behandeling nodig had, heeft mijn verzekering gezocht waar ik naar toe kon."

"Op de website staat duidelijk vermeld dat het om niet-gecontracteerde zorg gaat en welke zorgverzekeringen zij aanraden. In het mailcontact was de arts zeer duidelijk in de adviezen omtrent de te kiezen zorgverzekering."

"Het was duidelijk dat de zorg niet in aanmerking komt voor vergoeding. Zelfs niet in Duitsland. Het is nog experimenteel. Ik had er baat bij."

"Wist van te voren waar ik aan toe was."

"Zorgverzekeraar kon me deze informatie niet verstrekken, hetgeen ik kwalijk vind. Zorgverlener gaf hele duidelijke informatie."

"Het was duidelijk. Zorgverlener heeft bewust gekozen om niet-gecontracteerd te zijn, omdat ze dan kwalitatief betere zorg kan bieden."

Wanneer deelnemers hier ontevreden over zijn, zijn zij er vaak te laat achter gekomen of de zorg wel of niet vergoed werd. Ook geven zij aan dat ze het niet te horen hadden gekregen als ze hier niet zelf achteraan waren gegaan.

"Compleet onduidelijk wie wel en niet gecontracteerd zijn, maar zou voor complexe zorgbehoefte en restitutiepolis ook helemaal geen issue moeten zijn."

"Er was mij vooraf door niemand verteld dat ik dit zelf moest betalen. Ik heb er wel baat bij gehad."

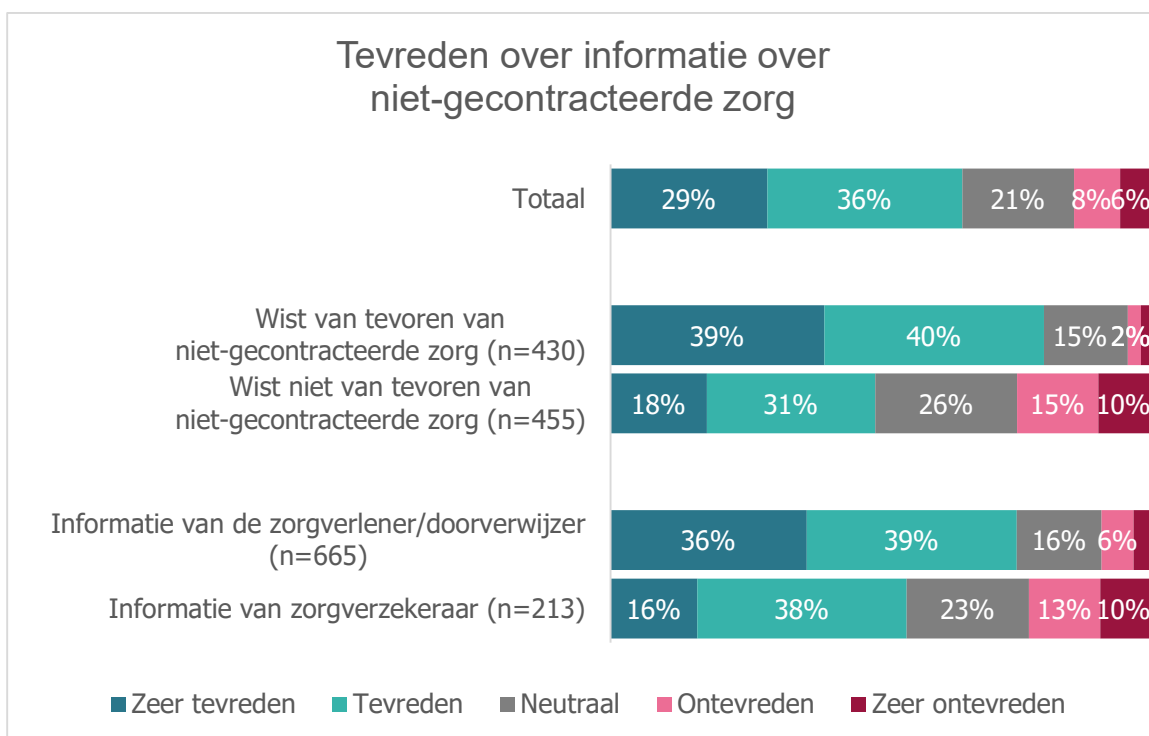
"Het was netter geweest als ik hier van tevoren over ingelicht was."

"Als ik niet na de doorverwijzing naar een oogkliniek eerst had geïnformeerd bij de zorgverzekeraar of zij een contract hadden met de oogkliniek, had ik een groot bedrag zelf moeten betalen, ondanks dat een staaroperatie in de basisdekking zit."

"Je moet zelf actie ondernemen om te weten te komen of de zorg gecontracteerd is bij de verzekering. Niet iedereen is daartoe in staat."

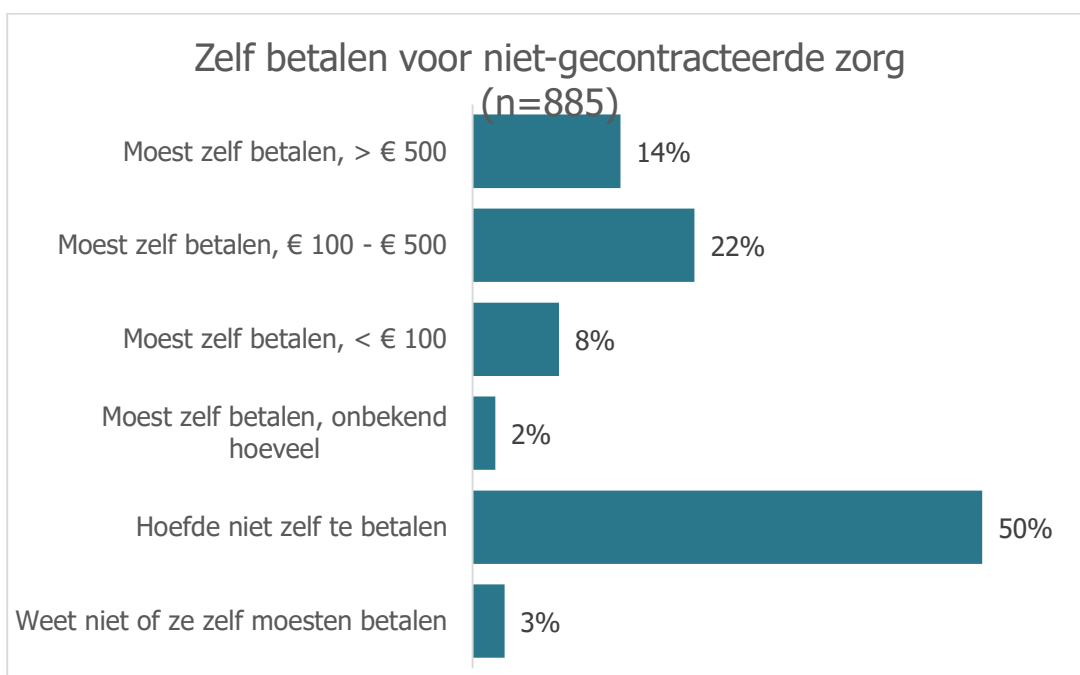
"In 2021 had de Bergmankliniek wel een contract met OHRA en ik had er niet bij stilgestaan dat het in 2022 niet het geval was."

In figuur 40 zijn ook enkele uitsplitsingen gemaakt. Zo zijn deelnemers die van tevoren wisten dat de zorg niet-gecontracteerd was, vaker (zeer) tevreden over de gekregen informatie (79%) vergeleken met de groep die dit niet wist (49%). Dit bevestigen de toelichtingen hierboven. Ook deelnemers die deze informatie van een zorgverlener of doorverwijzer kregen, zijn vaker (zeer) tevreden over de informatie (75%) dan deelnemers die deze informatie van een zorgverzekeraar kregen (54%). Dat informatie van een zorgverzekeraar vaker op een later moment komt, zal hierop van invloed zijn.



Figuur 40

47% van de mensen die niet-gecontracteerde zorg kreeg, moest hiervoor betalen (figuur 41). Het ging met name om bedragen tussen € 100,- en € 500,- (22%).



Figuur 41

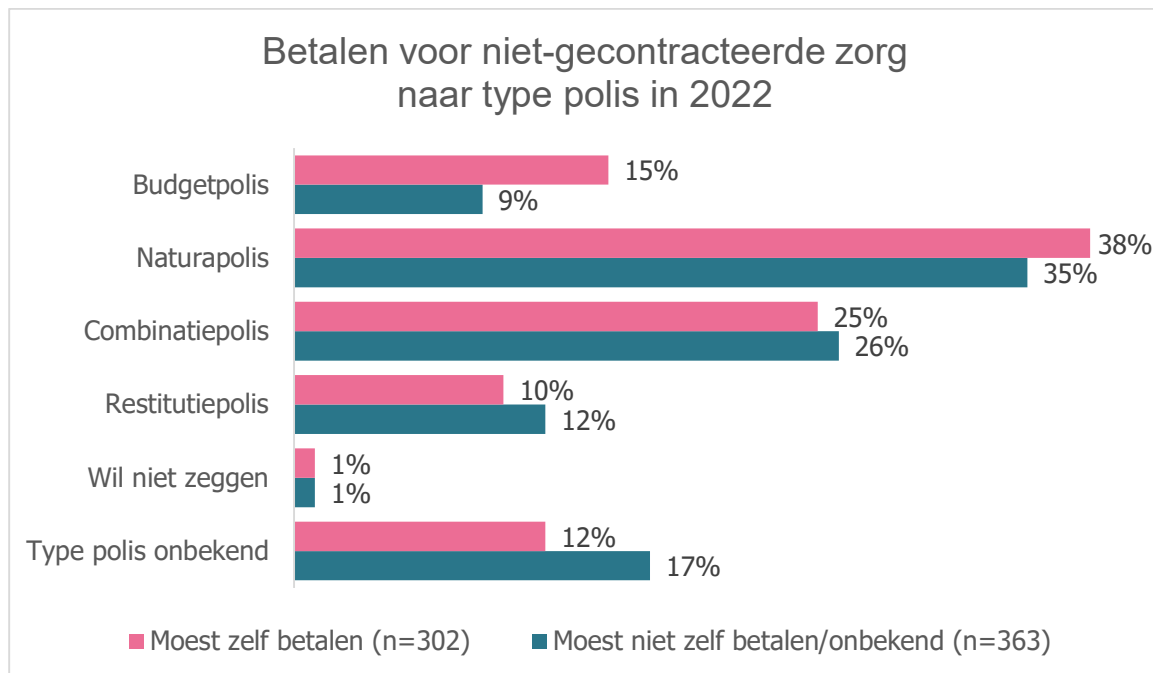
50% van de hoofde de rekening niet zelf te betalen. Bijvoorbeeld omdat de zorgverlener (een gedeelte van) de kosten op zich nam of omdat ze een restitutiepols hadden.

"Mijn verzekeraar gaf aan dat ze geen contract hadden, maar het wel vergoeden."

"De kliniek nam het gedeelte wat ze niet terug kregen van mijn verzekeraar voor hun rekening."

"Ik heb vrije zorgkeuze. Dan zijn contracten niet relevant."

Er is gekeken of deelnemers die de niet-gecontracteerde zorg zelf moesten betalen in 2022 in dat jaar een ander type pols hadden vergeleken met de groep die dit niet zelf hoefde te betalen. In beide groepen blijken echter vooral deelnemers met een naturapolis en een combinatiepols voor te komen. Het percentage deelnemers met een restitutiepols is in de groep die de zorg niet zelf hoefde te betalen niet groter dan in de andere groep. Wel zitten er wat meer deelnemers met een budgetpols in de groep die de kosten zelf moest betalen (15%, vergeleken met 9% in de andere groep).



Figuur 42

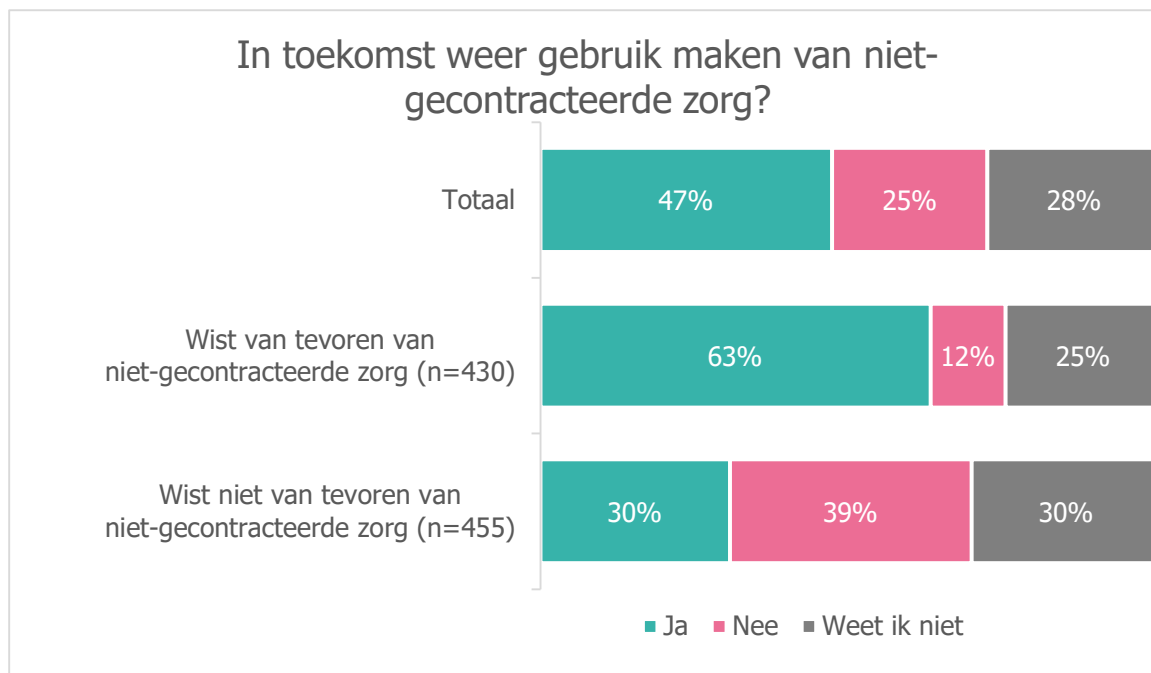
47% zou, als ze in de toekomst zorg nodig hebben, weer gebruik maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener, 25% zou hier dan geen gebruik van maken en 28% weet dit niet (figuur 43).

Mensen die hier weer gebruik van zouden maken, geven vaak aan dat ze tevreden zijn over de geboden zorg, de voorkeur hebben voor de beste zorg die ze kunnen krijgen, of bereid zijn te betalen als ze hierdoor minder of geen wachttijd hebben. Deelnemers waarbij de zorgverlener (een gedeelte van) de kosten op zich nam, zijn ook positiever over gebruik van niet-gecontracteerde zorg in de toekomst. Deelnemers die in de toekomst geen gebruik meer gaan maken van niet-gecontracteerde zorg, geven aan dat ze dit niet meer kunnen betalen. Of dat ze voortaan eerst goed gaan kijken of de zorg wel vergoed wordt.

"Ik vermijd liever zorg vanwege de kosten en ik zal een volgende keer wel heel duidelijk zelf informeren of er een contract is en of ik op vergoeding geheel of gedeeltelijk kan rekenen."

"Soms is het de zorg waard om voor te betalen. Zeker als je kijkt naar bijvoorbeeld de lange wachttijden bij de GGZ. Wij hebben het geluk dat we het kunnen betalen, maar eigenlijk is het schandelijk voor een land als Nederland dat hier onderscheid in is."

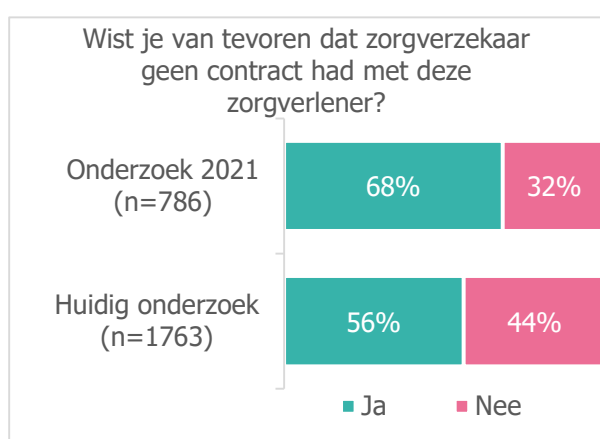
Het moment waarop deelnemers horen dat er sprake is van niet-gecontracteerde zorg heeft hier invloed op, zo is te zien in figuur 43. 63% van de deelnemers die dit van tevoren wist, geeft aan als ze in de toekomst weer zorg nodig heeft, gebruik te maken van niet-gecontracteerde zorg, tegenover 30% binnen de groep die dit niet van tevoren wist.



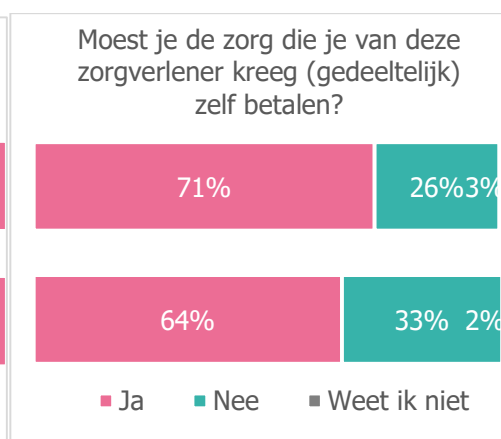
Figuur 43

Vergelijking resultaten met eerder onderzoek uit 2021

In eerder onderzoek van 2021 zijn ook vragen gesteld over niet-gecontracteerde zorg. Omdat toen niet is gevraagd om welk type zorg het ging, kan alleen op hoofdniveau vergeleken worden met die resultaten. In figuur 44 en 45 zijn de resultaten opgenomen van de vragen die in beide onderzoeken terugkwamen. Te zien is dat het percentage dat van tevoren niet wist dat de zorgverzekeraar geen contract had met de zorgverlener wat gedaald is van 68% in 2021 naar 56% in dit onderzoek. Het percentage deelnemers dat voor deze zorg moest betalen is tevens iets gedaald van 71% naar 64%.



Figuur 44



Figuur 45

4. Conclusies

Het kiezen van een zorgverzekering stond in de afgelopen jaarwisseling extra in de belangstelling. Mensen zouden vanwege de hoge inflatie en het wegvallen van de collectiviteitskorting op zoek gaan naar een goedkopere zorgverzekering. Ook bleef lang onduidelijk voor meerdere zorgpolissen of de contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars rond zouden komen.

Dit was aanleiding voor Patiëntenfederatie Nederland om na te gaan of deze ontwikkelingen invloed hebben gehad op de keuze van een zorgverzekering in 2023. En na te gaan wat de ervaring is met het krijgen van niet gecontracteerde zorg. Hiervoor is begin 2023 onderzoek gedaan onder de deelnemers van het eigen Zorgpanel. Aan het onderzoek deden in totaal 12.173 mensen mee die zelf een zorgverzekering hebben.

Hieronder vatten we de belangrijkste uitkomsten samen en trekken we conclusies.

4.1 Wijzigingen in zorgverzekering

Veel deelnemers zitten al jaren bij dezelfde verzekeraar; 59% heeft de afgelopen 5 jaar niets gewijzigd in hun zorgverzekering en hebben dat dit jaar ook niet gedaan. Ze zien geen reden om dit te wijzigen, want ze zijn tevreden. Maar er zijn ook deelnemers die niet goed weten wat ze moeten wijzigen, omdat ze het ingewikkeld vinden en/of het aanbod te uitgebreid vinden.

17% heeft dit jaar wel iets gewijzigd. Binnen die groep heeft 8% de afgelopen 5 jaar vaker iets gewijzigd, 9% wijzigt dit jaar voor het eerst.

Deelnemers die in 2023 iets gewijzigd hebben in hun zorgverzekeringen, hebben met name iets gewijzigd in hun basisverzekering en/of aanvullende verzekering, minder vaak in het eigen risico.

Deze groep bestaat vaker uit vrouwen en is gemiddeld jonger en hoger opgeleid.

Basisverzekering

Zilveren Kruis (16%), CZ (13%) en VGZ (10%) zijn de meest genoemde verzekeraars. Op basis van de door deelnemers genoemde polisnamen, heeft circa vier op de 10 deelnemers een naturapolis, 23% een combinatiepolis, 14% een budgetpolis³ en 9% een restitutiepolis. Voor 15% is onduidelijk welke verzekering zij precies hebben. Wanneer deelnemers gevraagd wordt welk type polis zij hebben (naturapolis met beperkte keuze, naturapolis, combinatiepolis of restitutiepolis), noemt vier op de tien deelnemers een ander type polis dan die ze hebben. Bovendien geeft 32% aan niet te weten welk type polis ze hebben.

9% (n=1073) heeft iets veranderd in de basisverzekering van 2023. Iets meer dan de helft (54%) van de deelnemers is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar, 46% koos voor een andere basisverzekering bij hun huidige zorgverzekeraar. Het percentage deelnemers dat een budgetpolis heeft, is toegenomen van 19% in 2022 naar 27% in 2023. Vooral de premie is een reden voor een andere basisverzekering: deelnemers kiezen voor een goedkopere polis om kosten te besparen.

³ In dit onderzoek rekenen we tot een budgetpolis naturapolissen die de NZa kwalificeert als polissen met beperkende voorwaarden. Dat zijn polissen met selectieve contractering en/of met een vergoedingspercentage voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder lager dan 75% van het marktconforme tarief of van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Vrijwillig eigen risico

Acht op de tien deelnemers heeft geen vrijwillig eigen risico in 2023. Hoe vaker deelnemers gebruik hebben gemaakt van zorg in 2022, hoe minder vaak er sprake is van een vrijwillig eigen risico in 2023. 2% (n=224) heeft het vrijwillig eigen risico gewijzigd ten opzichte van 2022. Tweederde van deze groep heeft dit naar beneden bijgesteld. Wijziging heeft vaak te maken met zorgkosten die mensen hebben of verwachten. Verwachten ze geen zorgkosten, dan kan het vrijwillig eigen risico omhoog. De meeste deelnemers verwachten echter wel zorgkosten in 2023.

Aanvullende verzekering

84% heeft een of meer aanvullende verzekeringen. Iets meer dan de helft heeft zowel een aanvullende verzekering als een tandartsverzekering, 23% heeft alleen een aanvullende verzekering en 8% heeft alleen een tandartsverzekering. 13% (n=1634) heeft ten opzichte van 2022 iets gewijzigd in de aanvullende verzekering(en). De grootste groep (60%) is nu minder uitgebreid aanvullend verzekerd dan in 2022. Als reden geven zij aan dat dit goedkoper is, of dat ze geen of onvoldoende gebruik maken van de zorg waarvoor ze verzekerd zijn. 35% is juist uitgebreider verzekerd ten opzichte van vorig jaar, omdat ze bepaalde zorgkosten verwachten.

4.2 Keuze zorgverzekeraar

Deelnemers kiezen vooral voor hun huidige zorgverzekering omdat de zorg die zij verwachten nodig te hebben wordt vergoed (40%) en vanwege de premie (28%). Ook contracten met zorgverleners spelen een rol: 27% kiest voor de huidige verzekering omdat de voor hen passende zorgverleners gecontracteerd zijn, 25% omdat er veel keuze is aan gecontracteerde zorgverleners. De zorgverlener heeft slechts bij een klein gedeelte van de deelnemers (6%) invloed gehad op de keuze van hun zorgverzekering.

De meeste deelnemers (80%) hebben het jaarlijkse aanbod van hun zorgverzekeraar voor een nieuwe zorgverzekering over 2023 bekeken. Binnen deze groep heeft 54% hier verder niets mee gedaan, terwijl 26% ging kijken of ze een andere zorgverzekering moesten kiezen.

56% van de deelnemers heeft niet gezocht naar informatie over zorgverzekeringen in 2023. De meesten zijn tevreden over hun huidige verzekeraar en polis en zoeken daarom niet naar informatie. 44% van de deelnemers heeft wel gezocht naar informatie over zorgverzekeringen over 2023. Hiervan zocht 58% de afgelopen 5 jaar elk jaar naar informatie, 30% zocht wel meerdere jaren naar informatie, maar niet ieder jaar. 10% zocht dit jaar voor het eerst. Hoe vaker deelnemers in 2022 contact hadden met een zorgverlener, hoe meer zij hebben gezocht naar deze informatie. Meestal zoeken deelnemers naar vergoedingen voor zorg die zij nodig hebben of verwachten (66%). Daarnaast wordt veel naar premie gekeken (63%). Bovendien zoeken veel deelnemers naar informatie over contracten: 52% heeft gekeken of de zorgverzekeraar contracten heeft met voor hen passende zorgverleners, 33% of er veel zorgverleners gecontracteerd zijn.

Veel deelnemers zoeken informatie bij hun huidige zorgverzekeraar (60%) en/of andere zorgverzekeraars (41%). Ook zorgvergelijkers worden hier veel voor gebruikt: 45% heeft via Independer gezocht, 32% via de Consumentenbond. 69% van de deelnemers heeft minstens 2 bronnen geraadpleegd. De meeste informatiebronnen helpen deelnemers wel op weg bij het kiezen van hun zorgverzekering. Regelmatig lopen ze echter tegen een te grote hoeveelheid informatie aan, die tegelijkertijd complex is, waardoor het moeilijk is om een goed en compleet overzicht te krijgen. Deelnemers ervaren zorgvergelijkers als een handig hulpmiddel, maar missen ook daar een compleet overzicht van alle zorgverzekeraars.

Veel deelnemers kunnen onvoldoende informatie vinden over specifieke vergoedingen. Ook misten zij informatie over contracten tussen zorgverzekeraars en zorgverleners, omdat deze vaak nog niet rond waren ten tijde van de overstap.

Voor de keuze de zorgpolis 2023 komen we tot de volgende conclusies:

Meer prijsbewustzijn bij keuze zorgpolis in 2023

Uit verschillende vragen blijkt dat 'prijsbewustzijn' bij de keuze van de zorgpolis voor 2023 aan de orde is. De deelnemers die voor 2023 hun zorgpolis daadwerkelijk hebben aangepast, noemen daarvoor de premie als belangrijkste argument. Een vrijwillig eigen risico hebben de meeste deelnemers niet. Daarnaast hebben 148 deelnemers die dit in 2022 wel hadden, het in 2023 verlaagd of afgeschaft omdat ze wel zorgkosten verwachten in 2023.

Ook kozen meer deelnemers voor een budgetpolis, en is een grote groep nu minder uitgebreid aanvullend verzekerd dan in 2022. Als reden geven zij aan dat dit goedkoper is, of dat ze geen of onvoldoende gebruik maken van de zorg waarvoor ze verzekerd zijn.

Kiezen van een zorgpolis draait om wat er wordt vergoed, tegen welke premie en of zorgverleners wel/niet zijn gecontracteerd

Deelnemers aan het onderzoek kiezen vooral voor hun zorgverzekering omdat de zorg die zij verwachten nodig te hebben wordt vergoed. De premie komt op de tweede plaats, en bijna net zo belangrijk vinden de deelnemers de contracten met zorgverleners.

Oriënteren op de zorgverzekering is vaak niet nodig, maar blijkt soms ook onaantrekkelijk

Van de deelnemers die niet op zoek gaan naar informatie noemen de meesten dat ze tevreden zijn over hun huidige verzekeraar en het polisaanbod dat ze hebben gekregen. Toch is er ook een groep die niet op zoek gaat omdat het te ingewikkeld is of omdat ze er te weinig geld mee besparen.

Zij die op zoek gaan naar informatie, vinden (te) veel maar ook te weinig

Deelnemers die wel op zoek gaan naar informatie zoeken vaak via meerdere bronnen. Dit helpt ze op weg, maar regelmatig lopen ze tegen een te grote hoeveelheid informatie aan die tegelijkertijd complex is. Hierdoor is het moeilijk om een goed en compleet overzicht te krijgen. Ze vinden onvoldoende informatie over specifieke vergoedingen en omdat veel contracten tussen zorgverzekeraars en zorgverleners nog niet rond waren bij de start van het overstapeseizoen, missen deelnemers hierover informatie.

Zorgvergelijkers zoals Independer en Consumentenbond helpen. Maar als nadelen worden genoemd dat ze geen inzicht geven in of een bepaalde zorgaanbieder is gecontracteerd, dat ze niet altijd onafhankelijk zijn, en dat niet alle zorgverzekeraars in een vergelijking worden meegenomen.

4.3 Niet-gecontracteerde zorg

885 deelnemers hebben in de afgelopen 3 jaren zorg gehad van een zorgverlener binnen de MSZ, GGZ of wijkverpleging waarmee hun zorgverzekeraar geen contract had. Bij 47% ging het om langer durende zorg met meer dan 3 keer contact met de zorgverlener, bij 53% was dit kortdurende zorg met 1 of enkele keren contact. Vaak komen deelnemers met een niet-gecontracteerde zorgverlener in contact na doorverwijzing door de huisarts (52%) of door een andere zorgverlener (19%), bijvoorbeeld een specialist of een tandarts.

51% wist van tevoren dat hun zorgverzekeraar geen contract had met de zorgverlener. Voor deelnemers die dit niet van tevoren wisten, werd dit vaak pas duidelijk toen de zorg al bezig was (44%) of toen de zorg al was afgerond (35%).

Meestal horen zij hierover via de zorgverlener, met name in de groep die dit van tevoren wist (60% tegenover 46% in de groep die dit niet van tevoren wist).

Deelnemers die niet van tevoren op de hoogte waren van de niet-gecontracteerde zorg, horen dit vaker via de zorgverzekeraar. Ze komen hier regelmatig achter doordat ze een rekening krijgen of hun declaratie niet wordt vergoed.

65% is (zeer) tevreden over de informatie die zij vonden of kregen over de niet-gecontracteerde zorg, 21% neutraal en 14% (zeer) ontevreden.

Deelnemers die van tevoren wisten dat de zorg niet-gecontracteerd was, zijn vaker (zeer) tevreden over de gekregen informatie (79%) vergeleken met de groep die dit niet wist (49%).

47% van de mensen die niet-gecontracteerde zorg kreeg, moest hiervoor betalen. In circa de helft hiervan ging het om bedragen tussen € 100,- en € 500,-. 50% van de hoofde de rekening niet zelf te betalen. Bijvoorbeeld omdat de zorgverlener (een gedeelte van) de kosten op zich nam of omdat ze een restitutiepolis hadden.

47% zou, als ze in de toekomst zorg nodig hebben, weer gebruik maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener. Dit zijn vaker deelnemers die van tevoren wisten dat de zorg niet-gecontracteerd was. Zij zijn vaak tevreden over de geboden zorg, willen de beste zorg die ze kunnen krijgen of zijn bereid (meer) te betalen als ze hierdoor minder of geen wachttijd hebben. Ook wanneer de zorgverlener (een gedeelte van) de kosten op zich neemt, zijn mensen positiever of toekomstig gebruik hiervan.

25% zou in de toekomst geen gebruik meer maken van niet-gecontracteerde zorg. Dit zijn vaker deelnemers die niet van tevoren op de hoogte waren dat de zorg niet-gecontracteerd was. Zij geven aan dat ze dit niet meer kunnen betalen. Of willen voortaan eerst goed kijken of de zorg wel vergoed wordt.

Niet weten of kunnen vinden of zorg is gecontracteerd en met welke gevolgen is een bron van zorg

Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek komen wij tot de conclusie dat de informatievoorziening over het kiezen en vergoeden van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder beter kan en moet.

Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan, daar zitten risico's aan. Het is belangrijk om mensen in staat te stellen een weloverwogen keuze te maken, zowel bij de keuze voor een zorgaanbieder als voor de keuze van een zorgpolis. Daarvoor moeten ze vooraf weten als ze naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan of als ze kiezen voor een polis met beperkingen in vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Dat is nog niet afdoende geregeld. Maar de helft van de deelnemers die naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gingen, blijkt dat van te voren te weten. Tegelijkertijd zien we in dit onderzoek dat meer deelnemers kiezen voor een budgetpolis, met een grotere kans om terecht te komen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Ook was er extra onduidelijkheid bij het kiezen van de zorgpolis voor 2023 door achterstand in de contractering. In de wetenschap dat steeds meer zorgsectoren kampen met wachtlijsten en dat wetswijzing wordt voorbereid om de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in bepaalde sectoren verder te kunnen verlagen, zien wij de informatievoorziening rondom niet-gecontracteerde zorg als een bron van zorg die hoognodig verbetering behoeft.

5. Aanbevelingen

Als we willen dat mensen niet onbedoeld en onbewust bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder terecht komen, dan moet de informatievoorziening beter. Zorg dat mensen op tijd weten dat ze naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan en wat dat voor hun zorg en voor bijkomende kosten betekent. Op tijd betekent dus zowel bij het kiezen van de zorgpolis, als voordat je naar een zorgaanbieder gaat. Als Patiëntenfederatie zien we dat de verantwoordelijkheid om erachter te komen of zorg gecontracteerd is vooral bij de individuele patiënt wordt neergelegd. Dat moet wat ons betreft veranderen. Daar hebben we een aantal suggesties voor, die zowel door zorgverzekeraars, beleidsmakers, de NZa als toezichthouder, zorgvergelijkers en andere informatieverstrekkers kunnen worden opgepakt.

- Voor uitleg over gecontracteerde zorg zijn er verschillende vindplaatsen. Websites van zorgverzekeraars, zorgaanbieders, polisvergelijkers, en vooral ook verwijzers spelen een belangrijke rol. Zorg dat deze bronnen niet alleen goed, en liefst uniform en een makkelijk te begrijpen, uitleg geven. Maar ga een stap verder en maak mogelijk dat verzekerden op de plekken waar zij naar informatie over een zorgaanbieder en/of -verzekering zoeken, eenvoudig kunnen achterhalen of ze met hun polis zonder bijbetalen terecht kunnen bij een bepaalde zorgaanbieder.
- Introduceer een voor iedereen makkelijk te vinden plek op alle sites van aanbieders, zorgverzekeraars, zorgvergelijkers, etc. waar mensen bruikbare informatie kunnen vinden over zorgkosten die voor eigen rekening kunnen komen. Denk aan eigen risico, eigen bijdragen, niet-gecontracteerde zorg en niet-verzekerde zorg;
- Versimpel waar mogelijk vergoedingsvoorwaarden voor niet-gecontracteerde zorg. Stop met verschil te maken tussen polissen die een % van het *gemiddeld gecontracteerd* tarief vergoeden, en polissen die een % van het *marktconforme* tarief vergoeden. Kies voor één van beiden.
- Zorg in ieder geval dat zorgaanbieders meer en beter zorgdragen voor degelijke en bruikbare informatievoorziening voor de start van diagnostiek en/of behandeling. Het is immers de zorgaanbieder bij wie de verzekerde patiënt start met ongecontracteerde zorg. Ga ook na of de mail of brief waar zorgverzekeraars jaarlijks polishouders over het aanbod voor komend jaar informeren, te benutten is voor attenderen op niet-gecontracteerde zorg. Zowel in dit onderzoek, maar ook al in eerdere onderzoeken, blijkt dat veel mensen deze informatie bekijken.
- Wees helder over waarom zorg (nog) niet is gecontracteerd en waar mensen op moeten letten bij niet-gecontracteerde zorg. Gebruik daarbij zoveel mogelijk eenduidige taal en uitleg. En leg dan ook de geldende spelregels uit. Denk aan regels die gelden voor situaties waarbij een zorgverzekeraar niet aan de zorgplicht voldoet of kan voldoen. Of aan de situatie waarbij de verzekerde patiënt in behandeling is, en het contract tussen zorgaanbieder en de zorgverzekeraar ondertussen vervalt. En de situatie waarbij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wel de best passende oplossing is maar de verzekerde de bijkomende kosten niet kan betalen.
- Zorg dat genoemde informatie toegankelijk is voor iedereen, dus ook mensen bereikt die niet/beperkt digitaal vaardig zijn of taalproblemen hebben.

Tenslotte is ons in de beantwoording over vragen van niet-gecontracteerde zorg opgevallen dat veel mensen de optie 'anders namelijk' invullen. Analyse van deze antwoorden laat zien dat het voor mensen lang niet altijd duidelijk is waarom ze zelf iets moeten betalen. Zelf betalen vanwege het eigen risico, een eigen bijdrage, of omdat het niet-verzekerde zorg betreft dan wel een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is lang niet voor iedereen te begrijpen. Ook op dat punt kan de informatie beter.