

Meldactie 'Bezuinigingen en uw zorgverzekering' Augustus 2013

**MSc C. van Haastert, beleidsmedewerker
Ir. T. Lekkerkerk, projectleider
September 2013**

COLOFON

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)

Postbus 1539
3500 BM Utrecht
Churchillaan 11
3524 GV Utrecht

Telefoon: (030) 297 03 03
Fax: (030) 297 06 06
Email: npcf@npcf.nl
Website: www.npcf.nl
www.consumentendezorg.nl

De in dit rapport opgenomen informatie mag worden gebruikt met bronvermelding.

Utrecht, September 2013

Inhoudsopgave

1	Meldactie 'Bezuinigingen en uw zorgverzekering'	4
1.1	Interpreteren van de resultaten	4
1.2	Opzet	5
2	Resultaten	6
2.1	Profiel deelnemers	6
2.2	Uitstellen of geen gebruik maken van zorg	7
2.3	Inhoud pakket basisverzekering	11
2.4	Hoogte premie basisverzekering	12
2.5	Restitutiepolis	13
3	Conclusies	18
3.1	Kosten zijn belangrijke reden voor mijden zorg	18
3.2	Mijden van zorg heeft gevolgen	18
3.3	Besparing basispakket: Leg de rekening niet direct bij de patiënt?	18
3.4	Premie basisverzekering vergeleken met ontvangen zorg	18
3.5	Niet extra betalen voor een restitutiepolis	18
3.6	Keuze voor zorgaanbieder is belangrijk	18

1 Meldactie 'Bezuinigingen en uw zorgverzekering'

In Augustus 2013 konden mensen hun mening geven over en ervaring melden met het basispakket van de zorgverzekering.

De basisverzekering is al een langere tijd een belangrijk thema binnen de zorg. In juli 2013 heeft minister Schippers onderhandelingen gevoerd met organisaties van artsen, zorgverzekeraars, ziekenhuizen en patiënten. Hier kwam onder andere uit dat de besparing van 1,5 miljard op het basispakket voor 80% niet door gaat. Daarnaast geeft minister Schippers aan dat er de komende jaren 300 miljoen euro bespaard moet worden op het basispakket.

Deze meldactie geeft inzicht in of deelnemers weleens zorg uitstelden of niet gebruikten terwijl dit wel wenselijk was. Wat vinden deelnemers van de hoogte van de premie van het basispakket, wat mag van deelnemers absoluut niet uit het basispakket en wat is eventueel bespreekbaar. Daarnaast hoe belangrijk keuzevrijheid van zorgverlener is.

1.1 Interpreteren van de resultaten

De groep deelnemers van deze meldactie is niet representatief voor de Nederlandse bevolking. Er wordt bij de meldactie geen steekproef genomen uit de bevolking.

Wanneer je de groep deelnemers vergelijkt met de Nederlandse bevolking valt een aantal dingen op. De deelnemersgroep bevat ten opzichte van de Nederlandse bevolking relatief:

- een grotere groep vrouwen;
- een grotere groep mensen tussen de 50 en 70 jaar;
- meer mensen met een chronische aandoening;
- meer hoger opgeleiden.

De resultaten, en zeker de percentages, moeten dan ook voorzichtig worden geïnterpreteerd. Er kunnen geen conclusies worden gesteld over mensen in het algemeen.

Dit betekent niet dat de uitkomsten geen waarde hebben. Door het grote aantal deelnemers (N=11983) geven de uitkomsten van de meldactie een goed beeld van de ervaringen en mening van mensen.

De resultaten en conclusies van de meldactie hebben voor de NPCF en de patiëntenorganisaties dan ook een belangrijke signaalfunctie. Zij vinden het belangrijk dat deze signalen worden opgepakt door zorgverleners, zorginstellingen, zorgverzekeraars en de regionale en landelijke overheid.

1.2 Opzet

De meldactie geeft inzicht in ervaringen met en meningen over het basispakket van de zorgverzekering.

De NPCF heeft een vragenlijst samengesteld met vragen over:

- Uitstellen of geen gebruik maken van zorg die wel wenselijk was
- De inhoud van het basispakket van de zorgverzekering
- De hoogte van de premie voor het basispakket
- De restitutiepolis en keuze van zorgverlener

De vragenlijst is met name verspreid onder de panelleden van het Zorgpanel van de NPCF.

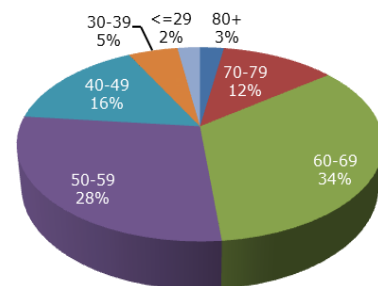
2 Resultaten

In totaal hebben 11983 mensen een vragenlijst ingevuld.

Vrijwel alle deelnemers (98%) hebben van de NPCF een directe uitnodiging ontvangen om een vragenlijst in te vullen.

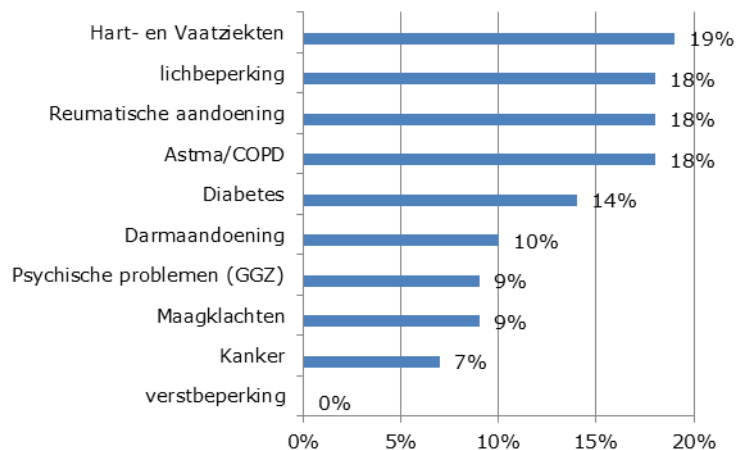
2.1 Profiel deelnemers

- 57% van de deelnemers is vrouw, 43% is man.
- De leeftijdsverdeling van de deelnemers is te zien in figuur 1.



Figuur 1. Leeftijdsverdeling deelnemers

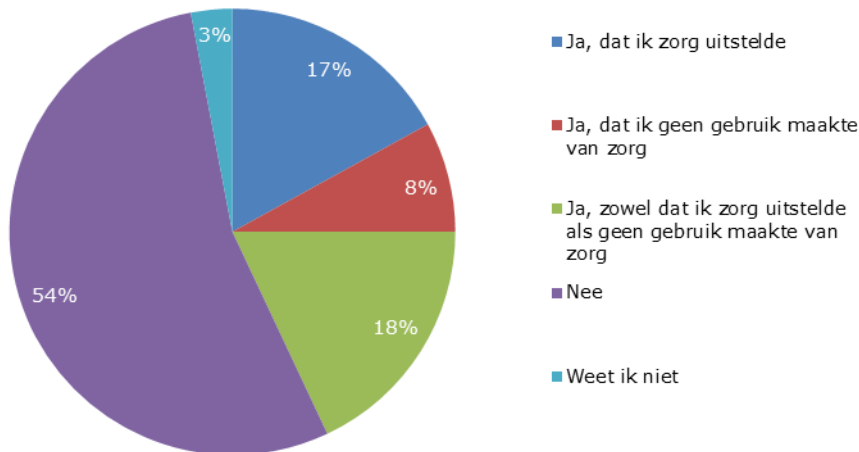
- De deelnemers zijn met name afkomstig uit de provincies Zuid-Holland (20%), Noord-Holland (16%), Noord-Brabant (15%), Gelderland (13%) Utrecht (7%), Limburg (7%) en Overijssel (6%).
- Zorgverzekeraars, meest genoemd: Zilveren Kruis Achmea (15%), CZ (14%), VGZ (11%), Menzis (10%), Agis (6%).
- Opleidingsniveau: 41% hoger opgeleiden, 44% middelbaar opgeleiden en 14% lager opgeleiden.
- 20% van de deelnemers heeft niet te maken met een chronische aandoening. De andere deelnemers hebben te maken met de volgende aandoeningen:



Figuur 2. Chronische aandoeningen

2.2 Uitstellen of geen gebruik maken van zorg

Aan deelnemers is gevraagd of het weleens is gebeurd dat zij zorg uitstelden of geen gebruik maakten van zorg die wel wenselijk was. 54% van de deelnemers geeft aan nooit zorg te hebben uitgesteld of geen gebruik te hebben gemaakt van zorg terwijl dit wel wenselijk was. 43% heeft weleens zorg uitgesteld en/of heeft geen gebruik gemaakt van zorg terwijl het wel wenselijk was. 17% stelde zorg uit, 8% maakte geen gebruik van zorg en 18% stelde zorg uit en maakte geen gebruik van zorg (figuur 3).



Figuur 3: Is het wel eens gebeurd dat u zorg uitstelde of geen gebruik maakte van zorg die wel wenselijk was?

Situaties van uitstellen of geen gebruik maken van zorg

- Door hoogte van eigen risico en ontvangen van minder vergoeding voor tandarts zorg ben ik niet in staat nodige behandeling aan prothese gebit te laten doen. Hierdoor voortdurend klachten van pijn, niet alles kunnen eten, onduidelijk praten, veel moe door ontsteking in kaakbot. Ik spaar voor de dure behandeling van minimaal 5000 euro voor boven- en onderprothese. Doordat nu mijn dochter haar voet brak en behandeling nodig had, wat kosten van eigen risico met zich meebrengt, wordt behandeling weer uitgesteld.
- Maagbeschermers en Diclofenac had ik voorgeschreven gekregen van de huisarts maar heb ik niet gekocht bij de apotheek maar bij het Kruidvat, dat was veel goedkoper. Ik ga niet meer naar de internist (schildklier werkt niet) om te laten controleren of ik nog juist ben ingesteld maar gebruik de laatst voorgeschreven dosis totdat ik mijn eigen risico gehaald heb: daarna ga ik wel. Dat geldt ook voor de fysiotherapeut.
- Langere tijd last van mijn rug. Wilde het aankijken of het op den duur beter werd maar dit was niet het geval. Achteraf bleek er wel een verklaring voor te zijn. zelf alleen onnodig langer met pijnklachten gelopen.
- APS therapie bij ernstige pijn, vermoeidheid en psychische klachten. Werd aanvankelijk vergoed voor 80% tot een max van Euro 1.000. Premie ging omhoog, de verzekering vergoedde nog maar tot max. Euro 625.00. Het opvolgende jaar viel de betreffende beroepsvereniging opeens geheel buiten de verzekering en moest ik de behandelingen van Euro 40.00/keer volledig zelf gaan betalen. Ben toen gestopt met deze toch heilzame therapie. gevolg was, dat er extra fysiotherapie, manuele therapie en energetische therapie diende te worden ingezet, hetgeen per maand aanzienlijk meer kostte.
- Doordat ik geen bijvoeding heb gebruikt omdat ik mijn eigen risico niet kan betalen, ben ik zieker en zwakker geworden met gevolg dat ik nu extra kwalen erbij heb gekregen door ondervoeding
- Chronische gebruik van bepaalde pijnstillers formulaties (moet door een apotheek gemaakt worden) nodig v.w. absorptie problemen omdat ik bijna geen darm meer heb. Plots niet meer betaald en €60p/m...dus €720 extra boven de €350 Eigen risico en te veel uit mijn WAO uitkering. Probeerde 2 maanden zonder,

kon het niet meer aan... dus minder eten dan!

- Ben vorig jaar stevig gevallen tijdens het schaatsen op de ijsbaan. Heel pijnlijke pols aan overgehouden. heb zelf maar een strak verband eromheen gelegd. Na 2 maanden of zo was het vrijwel weer normaal. Was aanvankelijk wel bang dat er iets gebroken was. Gelukkig niet dus.
- 200 euro GGZ kan ik niet betalen. GGZ is daarom ondanks PTSS afgezegd. Ook de rijlessen in mijn elektrische rolstoel kunnen niet meer betaald worden vanuit de WMO. 10 uur per jaar is niet genoeg. Hierdoor kan en mag ik dus niet meer alleen naar buiten en zit dus vaak onnodig binnen.
- Aan obesitas wil ik graag iets doen. Mijn verzekeraar biedt daar niets voor aan. Inmiddels ben ik suikerpatiënt geworden. Zorgkosten: basisverzekering plus aanvullend plus 350,= eigen risico plus Hart in Beweging 500,= p/jaar is niet meer op te brengen. Ik zou ook nog naar een sportschool willen maar dit alles wordt onbetaalbaar.
- Aantal jaren niet naar tandarts geweest.
- Afspraak/zorg van december verplaatst naar Januari. Het uitstellen is niet ten laste van mijn gezondheid gegaan. Was wel voordelig voor mijn beurs. Ander ging de zorg in december en januari van mijn eigen bijdrage af en nu in januari.
- Daar ik 4 herseninfarcten heb gehad, is bloedverduuners en vaatverwijders noodzakelijk, maar haalde ze niet omdat 350 eigen risico wel erg veel is voor een WAO uitkering
- Dagelijks meer pijn door geen fysio meer vergoed te krijgen, waardoor ik ook andere mensen moest teleurstellen omdat ik minder kon doen.
Psychisch krijg je dan ook terugvallen doordat je niet verder kunt met behandeling, het geen je opgebouwd hebt met dezelfde gang weer wordt afgebroken, wat ook weer negatief werkt op je omgeving
- Dit jaar kan ik nog net alles betalen, maar volgend jaar niet meer. Eigen bijdrage voor medicijnen Kan ik volgend jaar niet meer betalen. Eigen risico is veel te hoog.

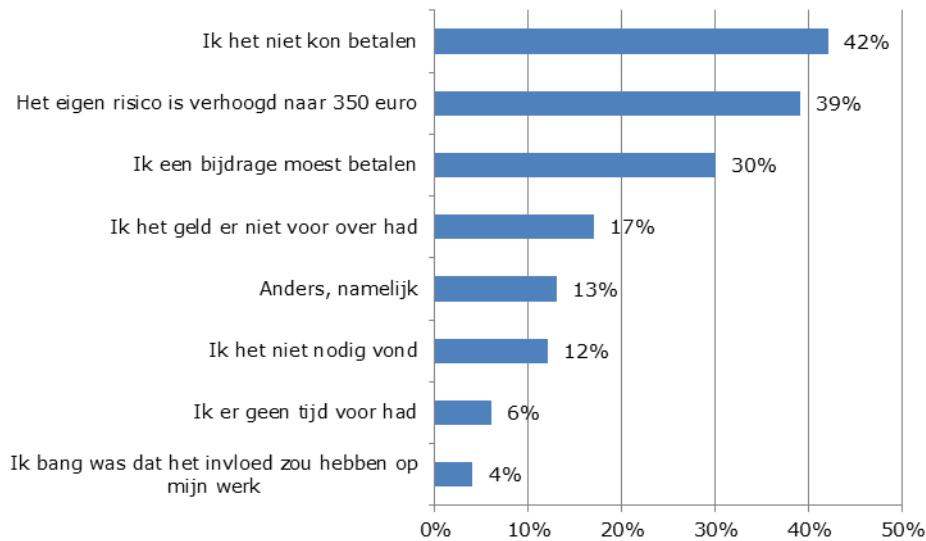
Aan deelnemers die weleens zorg hebben uitgesteld of geen gebruik maakte van zorg (N=5088) zijn vragen gesteld over de reden, welke zorg en wat de gevolgen waren. Hieronder staan de resultaten van deze vragen.

Bij reden van uitstel of geen gebruik maken van zorg konden deelnemers de volgende antwoorden geven (meerdere antwoorden mogelijk):

Ik stelde zorg uit of maakte geen gebruik van zorg, omdat...

- ik het niet kon betalen
- ik het geld er niet voor over had
- ik een bijdrage moest betalen
- het eigen risico is verhoogd naar 350 euro
- ik er geen tijd voor had
- ik bang was dat het invloed zou hebben op mijn werk
- ik het niet nodig vond
- anders, namelijk

Vooral 'Ik het niet kon betalen' (42%), 'het eigen risico is verhoogd naar 350 euro' (39%) en 'ik een eigen bijdrage moest betalen' (30%) werden vaak als reden genoemd (figuur 4). Bij anders werd ook vaak een van bovenstaande punten aangegeven of twijfel over het effect van de behandeling en andere prioriteiten.

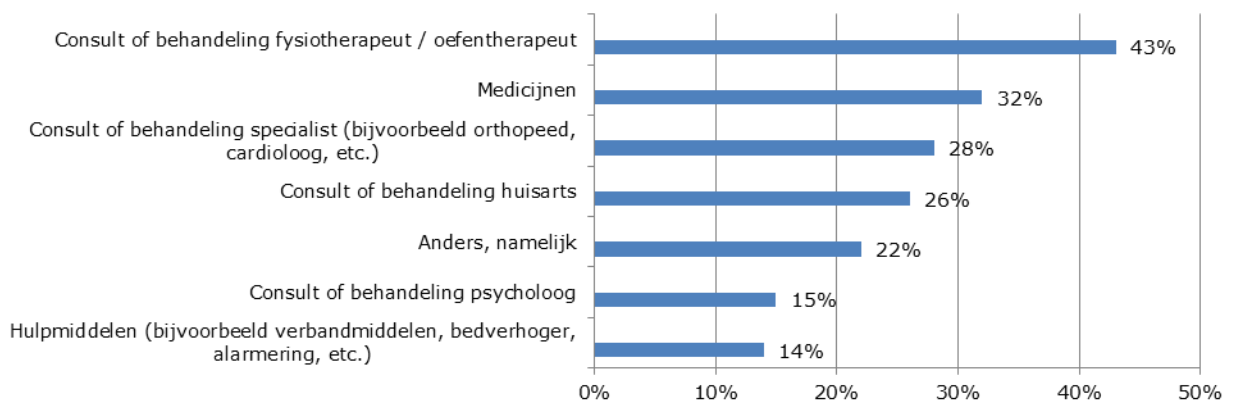


Figuur 4: Ik stelde zorg uit of maakte geen gebruik van zorg, omdat

Bij de vraag welke zorg is uitgesteld of waar geen gebruik van werd gemaakt konden deelnemers de volgende antwoorden geven (meerdere antwoorden mogelijk):

- Consult of behandeling huisarts
- Consult of behandeling specialist (bijvoorbeeld orthopeed, cardioloog, etc.)
- Consult of behandeling fysiotherapeut / oefentherapeut
- Consult of behandeling psycholoog
- Medicijnen
- Hulpmiddelen (bijvoorbeeld verbandmiddelen, bedverhoger, alarmering, etc.)
- Anders, namelijk

Deelnemers geven aan vooral fysiotherapie / oefentherapie (43%), medicijnen (32%), specialist (28%) en huisarts (26%) uit te stellen of geen gebruik van te maken. Psycholoog (15%) en hulpmiddelen (14%) wordt iets minder vaak genoemd. 22% geeft anders aan (figuur 5). Bijvoorbeeld alternatieve behandeling, tandarts/mondhygiëniste, diëtiste, operatie, bloed/labonderzoek.

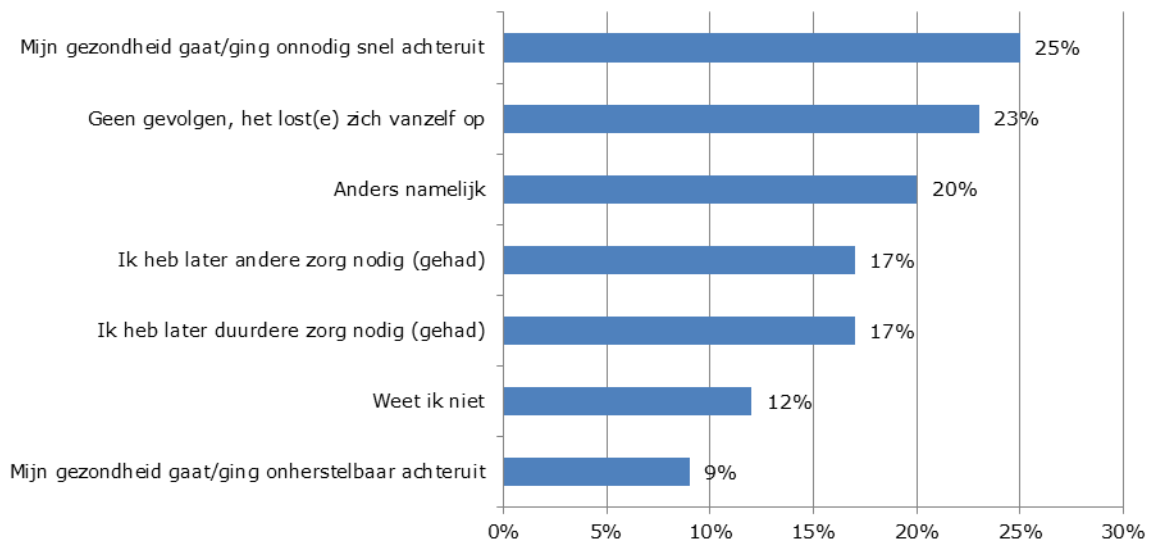


Figuur 5: Welke zorg stelde u uit of van welke zorg maakte u geen gebruik?

Bij de gevolgen van het uitstellen of geen gebruik maken van zorg konden deelnemers de volgende antwoorden geven (meerdere antwoorden mogelijk):

- Mijn gezondheid gaat/ging onnodig snel achteruit
- Mijn gezondheid gaat/ging onherstelbaar achteruit
- Ik heb later andere zorg nodig (gehad)
- Ik heb later duurdere zorg nodig (gehad)
- Geen gevolgen, het lost(e) zich vanzelf op
- Anders namelijk
- Weet ik niet

35% van de deelnemers denk dat hun gezondheid achteruit is gegaan; 25% onnodig snel achteruit en 9% onherstelbaar achteruit. 23% denkt dat het geen gevolgen had, 17% denkt later andere zorg nodig te hebben (gehad) en 17% denkt later duurdere zorg nodig te hebben (gehad). 12% weet het niet en 20% denkt anders (figuur 6). Bijvoorbeeld meer pijn, langere herstelperiode, nog steeds klachten.



Figuur 6: Wat denkt u dat de gevolgen voor u waren van het uitstellen of geen gebruik maken van deze zorg?

2.3 Inhoud pakket basisverzekering

De besparing van 1,5 miljard op het basispakket gaat voor 80% niet door. Ondanks deze reductie moet er de komende jaren 300 miljoen euro bespaard worden op het basispakket. Daarom is aan deelnemers gevraagd wat absoluut niet uit het basispakket mag of wat eventueel wel bespreekbaar is.

Voor de meeste deelnemers zijn ziekenvervoer, tandheelkundige zorg voor kinderen tot 18 jaar, kaakchirurgie en kunstgebit, fysiotherapie/oefentherapie bij chronische aandoeningen (vanaf de 21^e behandeling) absoluut niet bespreekbaar.

Als er dan echt bezuinigd moet worden, zijn voor een aantal deelnemers stoppen met roken programma's, maximaal 3 behandeluren dieetadvies, vergoeding 3 ivf-behandelingen en fluorbehandeling voor kinderen onder de 6 jaar eventueel bespreekbaar. Als toelichting stond daar soms bij dat 'zaken' waar je zelf invloed op hebt eventueel bespreekbaar zijn.

Zaken waar je zelf invloed op hebt

- Aandoeningen waar men zelf geen invloed op heeft gehad bij het ontstaan er van moeten in het basispakket blijven evenals preventieve zorg (fluorbehandeling bij kinderen). Aandoeningen of zaken waarbij medische hulp nodig is maar waar men zelf invloed op heeft gehad op het ontstaan van klachten dan wel behandelingen zijn bespreekbaar in hoeverre een vergoeding noodzakelijk is of de hoogte van de vergoeding.
- "zorg" waar je zelf voor kan kiezen zoals het wel/niet krijgen van kinderen, het "bestrijden" van slechte gewoontes waar je zelf voor gekozen hebt zoals roken en teveel eten, kunnen mijn inzien wel in de aanvullende verzekering worden opgenomen; als je het zo belangrijk vindt dan betaal je er maar extra voor. Dieetzorg voor mensen met bv. diabetes type 1 (ziektes waar je zelf niet "moedwillig" veroorzaker van bent) moeten dit wel vergoed kunnen krijgen uit de basisverzekering.
- Hulpmiddelen, stoppen met roken, begeleiding bij dieet e.d zijn zaken die veelal door zelfdiscipline te voorkomen zijn. Kosten voor duurder hulpmiddelen zijn dikwijls zelf te bekostigen omdat de auto weg moet en die maandelijkse kosten dan wegvallen.

Regelmatig wordt genoemd dat de rekening niet direct bij de patiënt neergelegd moet worden. Onderstaande uitspraken illustreren dit.

Rekening niet direct bij de patiënt neerleggen

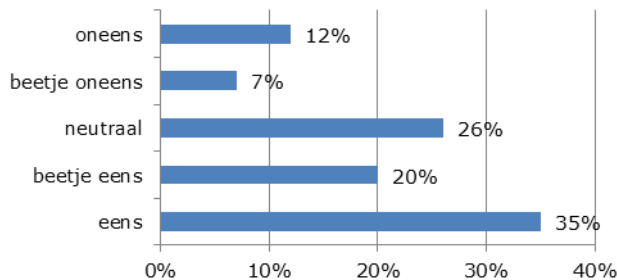
- In een beschaafd land zou de overheid (en al zijn (semi-)instellingen het niet moeten hebben over snijden van basiszorg, maar over eerlijk verdelen van de lasten i.p.v. winstmodel. Eigenlijk zou het basispakket inkomens afhankelijk moeten zijn, zodat de solidariteit, iedereen dezelfde kansen en rechten geeft op goede zorg. De bezuiniging(uitsluiting) van het basispakket is een regelrechte discriminatie/scheiding tussen mensen. Een goede controle op de zorgverleners en een veel soberder overhead (management en directie zorgverzekeraars en zorginstellingen), onbegrijpelijk marktmodel/winst-model). Dus niet nog verder snijden in het basispakket.
- Er mag helemaal niets uit het basispakket. Het is schandelijk hoe er nu maar gehandeld wordt. Laat eerst de mensen die boven de norm verdienen maar inleveren. Dan kan iedereen geholpen worden zoals het moet
- Anders kunnen alleen de rijke mensen goed functioneren, zoals lezen, zonder pijn bewegen, gezonde tanden et cetera.
- Allereerst wil ik graag dat het bonusbeloningssysteem voor iedereen verdwijnt, verder wil ik dat de zorg weer onder de overheid gaat vallen en dus geen marktwerking. Verder dat de winsten van de zorgverzekeringen terugvloeien naar de mensen. Als dat allemaal gebeurt ben ik bereid, als er is dan nog een tekort is, om mee te denken aan bezuinigingen. Maar nu is het een richtingsverkeer.

2.4 Hoogte premie basisverzekering

Aan alle deelnemers zijn twee stellingen voorgelegd over de premie van de basisverzekering in relatie tot de zorg die wordt vergoed.

1. Ik vind dat ik teveel premie betaal vergeleken met de zorg die ik vergoed krijg

Ruim de helft van de deelnemers (55%) is het (een beetje) eens met deze stelling. Zij vinden dat ze teveel premie betalen vergeleken met de zorg die ze vergoed krijgen. 19% van de deelnemers is het (een beetje) oneens met deze stelling (figuur 7).

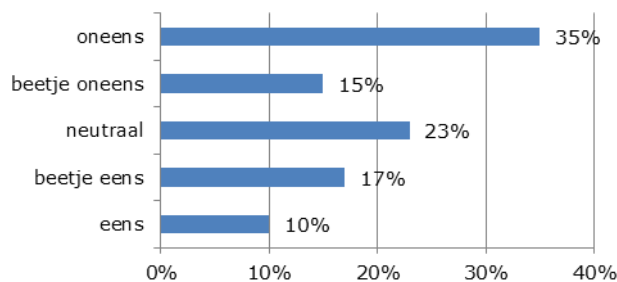


Figuur 7: Ik vind dat ik teveel premie betaal vergeleken met de zorg die ik vergoed krijg

Deelnemers met een restitutiepolis vinden iets minder vaak dat ze teveel premie betalen vergeleken met de zorg die ze vergoed krijgen (50% (beetje) eens / 23% (beetje) oneens).

2. Ik ben bereid om meer premie te betalen als ik dan ook meer zorg vergoed krijg

Ruim een kwart van de deelnemers (27%) is het (een beetje) eens met deze stelling. Zij zijn bereid meer premie te betalen als ze dan ook meer zorg vergoed krijgen. De helft van de deelnemers (50%) is het (een beetje) oneens met deze stelling (figuur 8).



Figuur 8: Ik ben bereid om meer premie te betalen als ik dan ook meer zorg vergoed krijg

Deelnemers met een naturapolis (26%) zijn het iets minder vaak (gedeeltelijk) eens met deze stelling dan deelnemers met een restitutiepolis (28%) of combinatiepolis (31%). Deelnemers met een naturapolis (53%) zijn het iets vaker (gedeeltelijk) oneens met deze stelling dan deelnemers met een restitutiepolis (48%) of combinatiepolis (45%).

2.5 Restitutiepolis

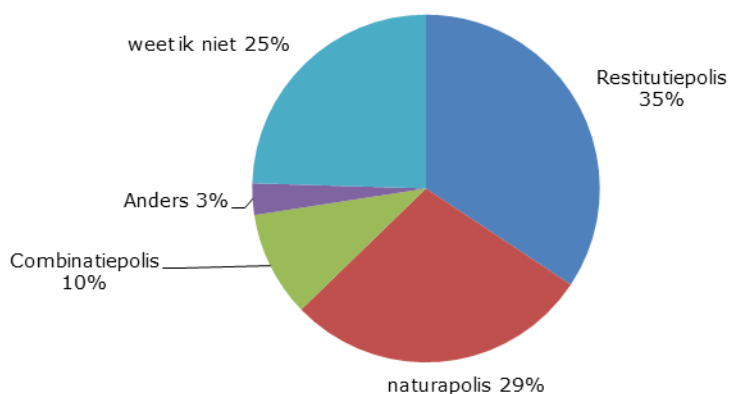
Minister Schippers is bereid de restitutiepolis in het basispakket te houden. Een restitutiepolis heeft twee belangrijke kenmerken:

- 1) Zelf bepalen naar welke zorgverlener men gaat (dit kan dus ook een zorgverlener zijn waar de zorgverzekering geen contract mee heeft, maar die wel aan bepaalde kwaliteitseisen voldoet)
- 2) Men krijgt de kosten geheel of gedeeltelijk (soms achteraf) vergoed

Naast de restitutiepolis bestaat ook de naturapolis. Bij een naturapolis kan men alleen naar een zorgaanbieder waar de zorgverzekeraar een contract mee heeft gesloten. Gaat men naar een andere zorgaanbieder, dan krijgt men (veel) minder vergoed.

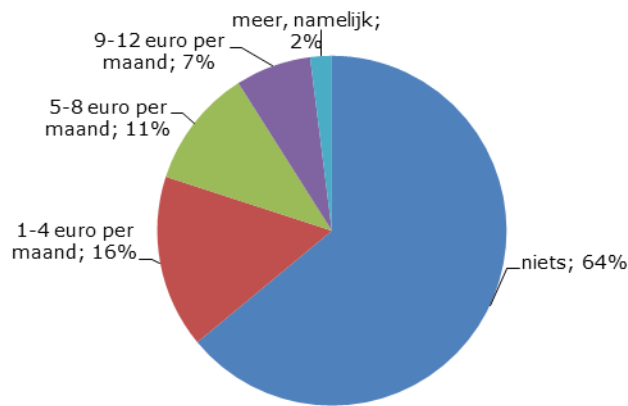
Aan alle deelnemers is gevraagd wat voor soort polis zij hebben en hoeveel deelnemers bereid zijn extra te betalen voor een restitutiepolis. Daarnaast zijn vier stellingen voorgelegd over restitutiepolis en naturapolis

Ongeveer een derde van de deelnemers (35%) heeft een restitutiepolis. 29% van de deelnemers heeft een naturapolis, 10% een combinatiepolis, 3% anders en 25% weet het niet (figuur 9). Bij anders gaven deelnemers meestal een polis soort aan die onder een van bovenstaande polissen valt. De bovenstaande verdeling wijkt iets af van de landelijke verdeling. Landelijk heeft iets meer dan de helft van de deelnemers een naturapolis, een kwart een restitutiepolis en een kwart een combinatiepolis (*Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2013, NZa*)



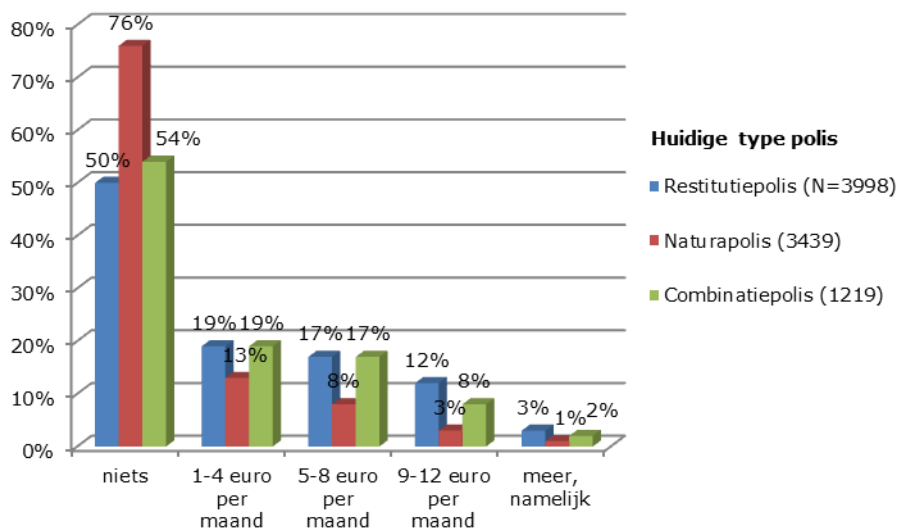
Figuur 9: Wat voor polis heeft u?

Bijna twee derde van de deelnemers (64%) is niet bereid extra te betalen voor een restitutiepolis. 36% is wel bereid extra te betalen; 16% 1-4 euro per maand, 11% 5-8 euro per maand, 7% 9-12 euro per maand en 2% meer dan 12 euro per maand (figuur 10).



Figuur 10: Een restitutiepols is vaak iets duurder dan een naturapols. Hoeveel bent u bereid extra te betalen voor een restitutiepols?

Deelnemers die nu een restitutiepols of combinatiepols hebben zijn vaker bereid extra te betalen voor een restitutiepols (figuur 11)



Figuur 11: Hoeveel bent u bereid extra te betalen voor een restitutiepols?

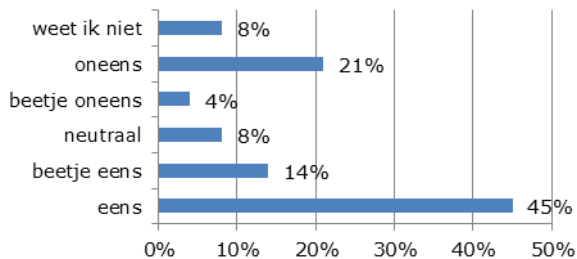
Extra kosten restitutiepols

- We betalen extra voor de restitutiepols maar vinden dit niet terecht!!
- Al zou ik het willen meer betalen zit er niet in
- Begrijp niet waarom restitutiepols duurder zou moeten zijn
- Dat de premie hiervoor hoger is, vind ik begrijpelijk. Bovendien vind ik, dat iedereen voor zich zelf moet bepalen welke soort pols hij/zij wil.

De volgende vier stellingen over restitutiepolis en naturapolis zijn aan de deelnemers voorgelegd.

1. Voor het invullen van deze vragenlijst wist ik al het verschil tussen restitutiepolis en naturapolis

Ruim de helft van de deelnemers (59%) is het (een beetje) eens met deze stelling. Zij wisten voor het invullen van de vragenlijst al het verschil tussen restitutiepolis en naturapolis. Een kwart van de deelnemers (25%) is het (een beetje) oneens met deze stelling (figuur 12).

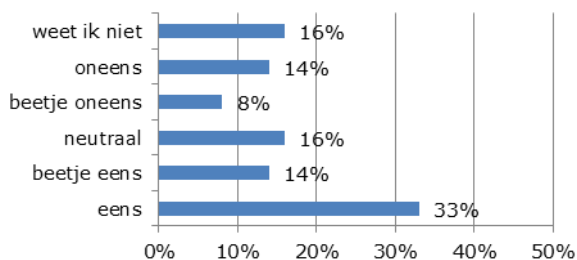


Figuur 12: Voor het invullen van deze vragenlijst wist ik al het verschil tussen restitutiepolis en naturapolis

Vooraf deelnemers met een restitutiepolis (74%) of naturapolis (77%) wisten al het verschil.

2. Ik kan makkelijk goede informatie over het verschil tussen een restitutiepolis en naturapolis vinden

Bijna de helft van de deelnemers (47%) is het (een beetje) eens met deze stelling. Zij konden makkelijk goede informatie vinden over het verschil tussen een restitutiepolis en naturapolis. Bijna een kwart van de deelnemers (22%) is het (een beetje) oneens met deze stelling (figuur 13).



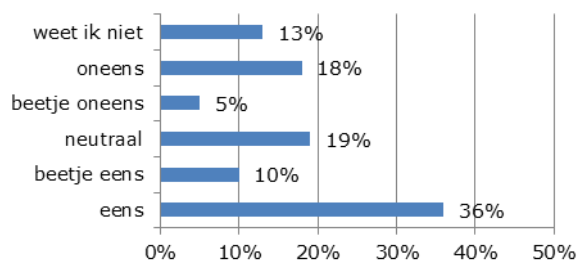
Figuur 13: Ik kan makkelijk goede informatie over het verschil tussen een restitutiepolis en naturapolis vinden

Aanvullende opmerkingen verschil restitutiepolis en naturapolis

- Bij een restitutiepolis behoudt de patiënt regie over zijn/haar eigen gezondheid. Bij naturapolissen ligt de macht bij de zorgverzekeraar. Ik vind dat zij in de organisatie van de zorg te veel macht hebben.
- Bij een restitutiepolis ben je vrij in de keuze hulpverlener
- Bij een restitutiepolis heb je zelf overzicht in de kosten van de zorgverlener
- De verschillen zijn mij bekend maar tot nu toe heb ik steeds alle zorg gekregen in de instellingen/ziekenhuizen van mijn voorkeur. Omdat dit nooit knelpunten heeft opgeleverd heb ik me niet verdiept in de soorten polissen. Zolang dat zo blijft, ga ik daar geen moeite voor doen. Het leven is al ingewikkeld/bureaucratisch genoeg!!!

3. Bij het kiezen van een polis maak ik een bewuste keuze tussen een restitutiepolis en een naturapolis

Bijna de helft van de deelnemers (46%) is het (een beetje) eens met deze stelling. Zij maken een bewuste keuze tussen een restitutiepolis en naturapolis. Bijna een kwart van de deelnemers (23%) is het (een beetje) oneens met deze stelling (figuur 14).



Figuur 14: Bij het kiezen van een polis maak ik een bewuste keuze tussen een restitutiepolis en een naturapolis

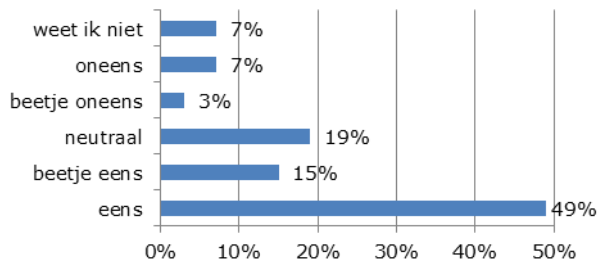
Vooraf deelnemers met een restitutiepolis (69%) of naturapolis (54%) geven aan een bewuste keuze te maken.

Aanvullende opmerkingen (on)bewuste keuze restitutiepolis of naturapolis

- Mijn zorgverzekeraar bood bij invoering van het nieuwe systeem alleen naturapolissen aan, daar heb ik dus niet bewust voor gekozen. Natuurlijk had ik bij mijn zorgverzekering weg kunnen gaan, maar ja, al het gedoe...
- Bewust voor een restitutiepolis gekozen omdat ik zelf wil kunnen kiezen naar welke specialist ik wil ook al loop ik dan het risico dat ik bij moet betalen
- Bij het omgooien van de hele ziektekostenbedoening vanuit de overheid ben ik verzekerd gebleven waar ik was. Gewoon omdat ik daar goed verzekerd ben. Om natura- of restitutiepolis heb ik me daarbij niet druk gemaakt.
- Bij het overgaan naar mijn huidige zorgverzekeraar is mij de naturapolis opgedrongen, omdat ik anders niet geaccepteerd werd.

4. Ik vind het belangrijk dat ik kan kiezen voor een zorgaanbieder die geen contract heeft met mijn zorgverzekering

Bijna twee derde van de deelnemers (64%) is het (een beetje) eens met deze stelling. Zij vinden het belangrijk om te kunnen kiezen voor een zorgaanbieder die geen contract heeft met hun zorgverzekering. 10% is het (een beetje) oneens met deze stelling (figuur 15).



Figuur 15: Ik vind het belangrijk dat ik kan kiezen voor een zorgaanbieder die geen contract heeft met mijn zorgverzekering

Vooraf deelnemers met een restitutiepolis (82%) of combinatiepolis (69%) vinden het belangrijk te kunnen kiezen voor een zorgaanbieder die geen contract heeft met hun zorgverzekering.

Voor de deelnemers die een bewuste keuze maken tussen restitutiepolis en naturapolis (Stelling 3, N=5215) is ook gekeken naar hoe belangrijk zij het vinden om te kunnen kiezen voor een zorgaanbieder die geen contract heeft met hun zorgverzekering. Ruim drie kwart (76%) van deze deelnemers vindt de keuze voor een zorgaanbieder die geen contract heeft belangrijk.

Aanvullende opmerkingen keuze zorgaanbieder

- De zorgverzekeraars hebben zo veel contracten dat je over het algemeen toch wel kan kiezen
- "Vrijheid" van keuze voor bijvoorbeeld een bepaalde specialist is voor mij fundamenteel. Bij voorkeur de beste, al is het in België. Ik vind het onzin dat je daarvoor meer zou moeten betalen
- Ben blij met restitutie, omdat ik een zeer goede orthopedische operatie in België heb gehad. Mogelijk is dit in de toekomst nog eens nodig. Ik wil dan niet gedwongen worden naar een voorgeschreven ziekenhuis te gaan.

3 Conclusies

3.1 Kosten zijn belangrijke reden voor mijden zorg

Een groot deel van de deelnemers heeft zorg uitgesteld of geen gebruik gemaakt van zorg terwijl het wel wenselijk was. Uit de toelichting blijkt dat dit vaak te maken heeft met een combinatie van verschillende kosten. Bijvoorbeeld het eigen risico en het betalen van een eigen bijdrage. Fysiotherapie/oefentherapie en medicijnen worden het vaakst gemeden.

3.2 Mijden van zorg heeft gevolgen

Het mijden van zorg heeft voor veel deelnemers gevolgen. Deelnemers geven aan dat hun gezondheid onnodig snel achteruit ging. Bij sommige deelnemers zelfs onherstelbaar achteruit. Daarnaast geven deelnemers aan dat ze later andere en/of duurdere zorg nodig hadden.

3.3 Besparing basispakket: Leg de rekening niet direct bij de patiënt?

Aan deelnemers is gevraagd wat absoluut niet uit het basispakket mag en wat bespreekbaar is. Deelnemers geven aan dat de rekening niet direct bij de patiënt neergelegd mag worden. Als er dan echt bezuinigd moet worden, zijn vooral zaken waar je zelf invloed op hebt eventueel bespreekbaar. Bijvoorbeeld stoppen met roken programma's of maximaal 3 behandelingen dieetadvies. Ziekenvervoer, tandheelkundige zorg voor kinderen tot 18 jaar, kaakchirurg en kunstgebit, fysiotherapie/oefentherapie bij chronische aandoening (vanaf 21^e behandeling) zijn voor de meeste deelnemers absoluut niet bespreekbaar.

3.4 Premie basisverzekering vergeleken met ontvangen zorg

De meeste deelnemers vinden dat ze teveel premie betalen vergeleken met de zorg die ze vergoed krijgen. Ook als ze meer zorg zouden krijgen, zijn veel deelnemers niet bereid meer premie te betalen.

3.5 Niet extra betalen voor een restitutiepolis

De landelijke verdeling van soorten polissen (natura, restitutie, combinatie) komt grotendeels overeen met de verdeling van polissen van de deelnemers.

De meeste deelnemers zijn niet bereid extra te betalen voor een restitutiepolis. Deelnemers met een restitutiepolis of combinatiepolis zijn vaker bereid extra te betalen.

Een kwart van de deelnemers weet niet het verschil tussen een restitutiepolis en naturapolis. Wat opvalt is dat ongeveer evenveel deelnemers moeilijk informatie kan vinden over het verschil tussen de polissen.

3.6 Keuze voor zorgaanbieder is belangrijk

De helft van de deelnemers maakt een bewuste keuze tussen restitutiepolis en naturapolis. Dit zijn vooral deelnemers met een restitutiepolis. Een groot deel van de deelnemers vindt het belangrijk te kunnen kiezen voor een zorgverlener die geen contract heeft met hun zorgverzekeraar.