



Onderzoek Ombudsman Zorgverzekeringen

Rapport v02

M230837

Auteur 1
m.voorn@motivaction.nl

Auteur 2
m.rooker@motivaction.nl

Auteur 3
t.holleman@motivaction.nl

skgz Ombudsman
Geschillencommissie
Zorgverzekeringslijn

14-11-2023

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Achtergrond	3
Conclusies en advies	4
Methode en opzet	7
Resultaten	8
Keuze voor een ziektekostenverzekering	9
Risicofactoren voor hoge medische kosten	10
Reactie na medische kosten voor eigen rekening	12
Kijk op ziektekostenverzekering na hoge medische kosten	13
Verwachtingen ten aanzien van de informatievoorziening (zorgverzekeraar)	14
Verwachtingen ten aanzien van de informatievoorziening (zorgaanbieder)	15
Verwachtingen ten aanzien van de informatievoorziening (consument)	16
Overige quotes over informatievoorziening	17
Privacy issues	18
Bijlage: gespreksrichtlijn	19
Auteursrecht	21

Achtergrond

In opdracht van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen heeft Motivaction International BV een onderzoek uitgevoerd naar de factoren die invloed hebben op de keuze voor een ziektekostenverzekering. De Ombudsman Zorgverzekeringen wilde onderzoeken hoe het bewustzijn is onder consumenten van de eigenschappen van het verzekeringsproduct dat zij kiezen.

Doelstelling van het onderzoek

Inzicht in de factoren die van invloed zijn op de keuze van consumenten voor een ziektekostenverzekering als zij geconfronteerd zijn geweest met medische kosten voor eigen rekening.

Onderzoeksvragen

- Welke factoren zijn van invloed geweest op de keuze voor een ziektekostenverzekering in het overstapeseizoen 2022/2023?
- Heeft de hoogte van de medische kosten voor eigen rekening invloed op de keuze voor een ziektekostenverzekering?
- Blijft prijs een dominant keuzecriterium ondanks toegenomen zorggebruik?
- Is het wel/niet gecontracteerd zijn van een vaste zorgaanbieder een criterium bij de keuze voor een zorgverzekering?
- Zijn consumenten zich bewust van de consequenties van het niet gecontracteerd zijn van een vaste zorgaanbieder op de vergoeding van hun zorg?
- Zijn consumenten zich bewust van de mogelijke consequenties van hun keuze voor een hoog vrijwillig eigen risico en/of geen aanvullende verzekering?

Doelgroep van het onderzoek

- Mensen die in 2021 geen zorgkosten hadden, maar in 2022 patiënt zijn geworden.
- Mensen die in 2022 €500,- of meer aan medische kosten voor eigen rekening hadden. Uitgezonderd kosten voor mondzorg en plastisch chirurgie.
- Spreiding naar hoogte eigen risico en wel/niet in het bezit van een aanvullende verzekering in 2022.
- Spreiding naar gender, leeftijd (18+), opleidingsniveau en woonplaats.

Conclusies en advies

Kernconclusie

De meeste consumenten zijn bij het afsluiten van hun ziektekostenverzekering onvoldoende op de hoogte van de dekking van hun verzekering en/of de mogelijke risico's die de kenmerken van hun zorgverzekering met zich brengen. Deze kennisachterstand kan leiden tot onverwachte medische kosten voor eigen rekening. Bij het voorkomen van onverwachte hoge medische kosten zijn er rollen weggelegd voor de zorgverzekeraars (proactief informeren) en de zorgaanbieders (actief informeren). Daarnaast heeft de consument ook een eigen verantwoordelijkheid om zich te informeren over de (on)mogelijkheden van de eigen ziektekostenverzekering.

Deelconclusie 1

De meeste **niet-chronisch zieke consumenten** in dit onderzoek hebben in het overstapeseizoen 2021/2022 'bewust' gekozen voor hun ziektekostenverzekering. Ze voelden zich gezond en zagen geen reden om een uitgebreide ziektekostenverzekering af te sluiten. De eventuele keuze voor een budgetpolis, vrijwillig eigen risico en/of het niet afsluiten van een aanvullende verzekering is bewust genomen met als doel een lagere premie.

"We zijn altijd gezond geweest. Nauwelijks klachten. Dus hebben we al jaren een maximaal vrijwillig eigen risico. Dat scheelt toch behoorlijk in de premie. En gaat het een keer mis dan kunnen we dat dragen." - V49

We zien echter ook dat deze groep consumenten beperkte kennis heeft van de verschillende onderdelen waaruit een verzekering tegen ziektekosten bestaat en/of beperkte kennis heeft van de inhoud van de eigen verzekering. We kunnen concluderen dat deze groep consumenten wel weet wat ze moet doen om een lagere premie te krijgen, en daar dus bewust hun keuze op baseert, maar dat ze de mogelijke financiële consequenties van die keuze niet of nauwelijks overziet. Het ontbreekt ze aan een goede inschatting van de risico's om een **gefundeerde** keuze te kunnen maken.

Deelconclusie 2

Chronisch zieke consumenten zien, vanwege hun zorgbehoefte, voor zichzelf vaak geen opties om een ziektekostenverzekering met een lagere premie af te sluiten. Zij kiezen bewust voor een zorgverzekering in combinatie met een aanvullende verzekering en zonder vrijwillig eigen risico omdat ze weten dat ze zorgkosten gaan maken. We zien ook dat chronisch zieke consumenten door hun ervaring vaak meer kennis hebben van de verschillende onderdelen waaruit een verzekering tegen ziektekosten bestaat en de inhoud van de eigen ziektekostenverzekering dan niet-chronisch zieken.

Voor chronisch zieke consumenten geldt dat zij vaak op andere manieren dan niet-chronisch zieken te maken krijgen met medische kosten voor eigen rekening. Dit heeft onder andere te maken met een onvermijdbare stapeling van het wettelijk eigen risico en de eigen bijdragen, maar ook met zelf gemaakte keuzes zoals afwijken van het preferentiebeleid of het gebruikmaken van een zorgaanbieder zonder contract met de zorgverzekeraar.

Deelconclusie 3

Bij niet-chronisch zieke consumenten zien we vier factoren die het risico op medische kosten voor eigen rekening verhogen: een vrijwillig eigen risico, het niet afsluiten van een aanvullende verzekering, het afsluiten van een budgetpolis en het gebruik maken van een zorgaanbieder die geen contract heeft met de eigen zorgverzekeraar.

Bij chronisch zieke consumenten zien we dat de volgende factoren van invloed kunnen zijn op medische kosten voor eigen rekening: een onvermijdbare stapeling van eigen risico en eigen bijdragen (voor geneesmiddelen, hulpmiddelen,

gebitsprothese, ziekenvervoer) en zelf gemaakte keuzes zoals afwijking van het preferentiebeleid of het gebruikmaken van een zorgaanbieder zonder contract met de zorgverzekeraar.

Deelconclusie 4

Slechts een klein deel van de respondenten heeft er vooraf bewust voor gekozen om de medische kosten zelf te betalen. De overgrote meerderheid voelde zich overvallen door de (hoge)medische kosten voor eigen rekening. In deze laatste groep waren consumenten zich, naar eigen zeggen, niet bewust van de beperkingen van de gekozen ziektekostenverzekering. Vooral waar het gaat om het niet gecontracteerd zijn van de zorgaanbieder.

“Een zorgaanbieder die niet aangesloten was en zorg dat buiten mijn pakket viel. Dat weet je vooraf niet altijd. Dat hoor je dan achteraf.” - V49

Deelconclusie 5

Medische kosten voor eigen rekening leiden ertoe dat kritischer wordt gekeken naar het zorggebruik. Chronisch zieke consumenten komen vaak tot de conclusie dat zij specifieke zorg nodig hebben ondanks de kosten. Vooral nietchronisch zieke consumenten kijken soms of zorg noodzakelijk is en/of kan worden uitgesteld. Het gaat dan met name om fysiotherapiebehandelingen. Uitstellen van de zorg of zorg mijden komt echter ook voor onder chronisch zieken.

“Zeker momenten gehad waarbij ik twee keer heb moeten nadenken of het wel kan omdat een behandeling te duur is. Ik ben vaker gaan kijken naar alternatieven. Hetzelfde met de fysio. Weken waarbij ik denk het gaat wel, slikte ik meer morfine in en hopen dat ik die week door kwam. Maar dat gaat allemaal ook weer ten koste van andere dingen. Door de hoge medische kosten, boven op alle andere kosten hebben we het elke maand weer moeilijk om rond te komen.” - V33, chronisch ziek

Deelconclusie 6

Medische kosten voor eigen rekening zijn niet voor iedereen aanleiding om de huidige ziektekostenverzekering aan te passen. Vooral consumenten met een chronische aandoening zien weinig mogelijkheden om een gunstiger verzekering af te sluiten. *“Ik ben nu maximaal verzekerd. Ik verwacht niet dat ik met mijn klachten in aanmerking kom voor een AV bij een andere zorgverzekeraar. Dan ben ik te duur.” - V49, chronisch ziek*

De niet-chronisch zieke consumenten kijken met name naar het vrijwillig eigen risico of naar het aanpassen van de aanvullende verzekering. Of ze gaan ervan uit dat de kosten eenmalig waren. We zien in ieder geval dat de confrontatie met medische kosten voor eigen rekening in bijna alle gevallen leidt tot een heroverweging van de keuze voor een bepaalde verzekering tegen ziektekosten.

Deelconclusie 7

De verantwoordelijkheid voor het tijdig en volledig informeren van de consument wordt door de consumenten gelegd bij de zorgverzekeraar, de zorgaanbieder en in mindere mate bij de consument zelf.

- De zorgverzekeraar heeft een proactieve rol. Zij moet de consument in heldere bewoordingen uitleggen wat de afgesloten ziektekostenverzekering qua dekking inhoudt. Daarnaast moet zij de consument informeren over de risico's van een budgetpolis, het vrijwillig eigen risico, het gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg en het niet-afsluiten van een aanvullende verzekering.

“De zorgverzekeraar heeft een overzicht. Zij moeten mensen informeren over wat de kosten zijn en wat wel en niet kan. Ik denk dat ze daar proactief in moeten zijn.” - M61

- Voor de zorgaanbieder zien de consumenten een meer actieve rol weggelegd. Op het moment dat een consument zorg wil afnemen kan de zorgaanbieder de consument wijzen op mogelijke financiële risico's van niet verzekerde zorg en/of niet-gecontracteerde zorg.

“De zorgaanbieder weet of hij een contract heeft met een zorgverzekeraar en hij kan zien of iemands zorgverzekering toereikend is. Hij kan dus ter plekke wijzen op een aantal risico’s.” - M59

- Ten slotte heeft de consument zelf ook een verantwoordelijkheid om zich goed te informeren over de (om)mogelijkheden van de eigen ziektekostenverzekering. Daarbij wordt wel de kanttekening gemaakt dat de zorgverzekeraar de informatie dan wel vindbaar, overzichtelijk en toegankelijk moet presenteren. *“Ja, ik was gefrustreerd. Maar je gaat daardoor wel beter opletten en neemt geen hoog vrijwillig eigen risico meer. Dit heb ik voor dit jaar wel meteen aangepast hoor.” - V49*

Advies

Uit de conclusies blijkt dat onverwachte medische kosten voor eigen rekening een behoorlijke impact kunnen hebben op consumenten. Consumenten kiezen vaak bewust voor een bepaalde verzekering tegen ziektekosten, maar de vraag is of er sprake kan zijn van een **gefundeerde** keuze als de consument onvoldoende is geïnformeerd. Het ontbreken van informatie of de onvolledigheid van de informatie kan leiden tot financieel risicovol gedrag.

Het is zaak om het risico op (hoge)medische kosten voor eigen rekening te verminderen door het bewustzijn bij de consument over diezelfde risico’s te vergroten en daarmee het keuzegedrag van de consument te veranderen. Dit bewustzijn over de risico’s moet dan wel op het juiste moment gevoed worden. Namelijk tijdens het afsluiten van een verzekering tegen ziektekosten (proactief) en bij de intake van een zorgaanbieder (actief).

Twee partijen hebben daadwerkelijk invloed in de informatievoorziening en daarmee op het keuzegedrag van consumenten:

- Zorgverzekeraars hebben een proactieve rol om het keuzegedrag van consumenten te veranderen. Ze hebben een verantwoordelijkheid om consumenten bij het afsluiten van een ziektekostenverzekering **tijdig en volledig te informeren** over de inhoud van het gekozen verzekeringsproduct. En zorgverzekeraars moeten de consument daarbij **expliciet wijzen op mogelijke financiële risico’s**.
- Zorgaanbieders hebben vooral een actieve rol om het keuzegedrag van consumenten te veranderen. Zorgaanbieders hebben een verantwoordelijkheid om, waar mogelijk, consumenten **bij de intake te attenderen op mogelijke financiële risico’s** als consumenten gebruik willen maken van hun diensten.

Daarnaast hebben consumenten ook een eigen verantwoordelijkheid als het gaat om de keuzes die zij maken. Zij moeten echter wel in de gelegenheid worden gesteld om deze eigen verantwoordelijkheid ook daadwerkelijk te kunnen nemen. Daarin moet de zorgverzekeraar het voortouw nemen door vindbare en toegankelijke informatie beschikbaar te stellen, maar kunnen ook verzekeringsadviseurs of onafhankelijke organisaties zoals de Patiëntenfederatie Nederland een rol spelen.

Methode en opzet



Methode

Methode

In totaal 25 interviews van elk 45-60 minuten met verzekerden.

Onderzoekslocatie

Alle interviews zijn online uitgevoerd via Microsoft Teams.

Gespreksrichtlijn

De gespreksrichtlijn voor de gesprekken is in samenwerking met de SKGZ opgesteld. De gespreksrichtlijn is opgenomen in de bijlagen



Deelnemers

Werving deelnemers

Potentiële deelnemers zijn geworven door de Patiëntenfederatie Nederland. Het verzamelde bestand met potentiële deelnemers is vervolgens door Motivaction benaderd om deelname en afspraken te bevestigen.



Veldwerkperiode

Veldwerkperiode

De interviews zijn uitgevoerd door onderzoekers van Motivaction. Het veldwerk vond plaats in de periode september-oktober 2023

Resultaten



Keuze voor een ziektekostenverzekering

De respondenten is gevraagd naar hun keuzegedrag in het overstapseizoen 2021/2022. Uit de antwoorden blijkt dat slechts een klein deel een andere ziektekostenverzekering heeft afgesloten. Wat opvalt is dat de meeste respondenten wel bewust kiezen voor een bepaald verzekeringsproduct. Men schat de kans in of en hoeveel zorg men nodig heeft en past de keuze voor een verzekeringsproduct er op aan. Voor mensen met een lage zorgbehoefte kan dit ertoe leiden dat de keuze wordt gemaakt voor een verzekeringsproduct met een lage premie.

Chronisch zieke consumenten kijken op een andere manier naar hun ziektekostenverzekering. Zij weten dat hun zorgbehoefte groot is en kijken bewuster naar de inhoud van de eigen verzekering. Ze kiezen meestal geen vrijwillig eigen risico maar wel een maximale aanvullende verzekering. Ze zien daarbij weinig tot geen ruimte om een aanvullende verzekering af te sluiten bij een andere zorgverzekeraar.

“We zijn altijd gezond geweest. Nauwelijks klachten. Dus hebben we al jaren een maximaal vrijwillig eigen risico. Dat scheelt toch behoorlijk in de premie. En gaat het een keer mis dan kunnen we dat dragen.”

- V49

“Ik ben nu maximaal verzekerd. Ik verwacht niet dat ik met mijn klachten in aanmerking kom voor een AV bij een andere zorgverzekeraar. Dan ben ik te duur.”

- Chronisch ziek, V49

Risicofactoren voor (hoge)medische kosten voor eigen rekening

De aanleiding voor de medische kosten die consumenten zelf moeten dragen verschilt van persoon tot persoon. Uit de gesprekken blijkt wel dat er een aantal risicofactoren onderscheiden kan worden die, al dan niet in combinatie, de kans op medische kosten voor eigen rekening kunnen vergroten:

- Een vrijwillig eigen risico
- Het niet afsluiten van een aanvullende verzekering
- Gebruik niet-gecontracteerde zorgaanbieder
- Afwijking van het preferentiebeleid van de zorgverzekeraar
- Stapeling van eigen risico en eigen bijdragen
- Gebrek aan kennis over hoe een verzekeringsproduct is opgebouwd

Ad. Vrijwillig eigen risico

Een vrijwillig eigen risico wordt vooral afgesloten met als doel een lagere premie voor de zorgverzekering. Meestal zijn het gezonde mensen met een lage zorgvraag. Wordt men toch ziek, dan blijkt dat een vrijwillig eigen risico kan leiden tot zorgkosten voor eigen rekening.

“Je neemt een risico met een vrijwillig eigen risico. En dat blijkt.”

- M59

Ad. Het niet afsluiten van een aanvullende verzekering

Bovenstaande redenering gaat deels ook op voor het niet afsluiten van een aanvullende verzekering (of het afsluiten van een aanvullende verzekering met onvoldoende dekking). Een lagere premie is ook hier het doel, al wordt er minder risico genomen dan met een vrijwillig eigen risico. De problemen ontstaan als er bijvoorbeeld meer fysiotherapiebehandelingen nodig zijn dan onder de dekking vallen.

Ad. Gebruik niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Waar bij de vorige twee risicofactoren (vrijwillig eigen risico en geen aanvullende verzekering) er min of meer sprake is van een bewuste keuze, betreden we nu een meer grijs gebied als het gaat om bewuste keuzes. Het lijkt erop dat a) niet iedereen zich bewust is van het feit dat gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg leidt tot kosten voor eigen rekening en b) niet iedereen weet of de zorgaanbieder waarvan men gebruik wil maken is gecontracteerd door hun zorgverzekeraar.

Sommige consumenten gaan ervan uit dat ze overal terecht kunnen terwijl hun verzekering dat niet toelaat. En daar komen ze pas achter als de factuur op de mat valt. Andere consumenten willen graag gebruik maken van een zorgaanbieder die ze kennen en waar ze tevreden over zijn. Dat kan ertoe leiden dat ze bewust kiezen voor deze zorgaanbieder met kosten voor eigen rekening als gevolg.

“Een zorgaanbieder die niet aangesloten was en zorg die buiten mijn pakket viel. Dat weet je vooraf niet altijd. Dat hoor je dan achteraf.” - V49

Ad. Afwijking van het preferentiebeleid van de zorgverzekeraar

Het preferentiebeleid van de zorgverzekeraar kan ook leiden tot (o)kosten voor eigen rekening. Een aantal respondenten geeft aan gedurende het verzekeringsjaar te zijn geconfronteerd met medicijnen die niet (meer) worden vergoed door hun zorgverzekeraar. Omdat ze naar eigen zeggen goed zijn ingesteld op deze medicijnen, houden ze hieraan vast en willen ze niet overstappen naar het voorkeursgeneesmiddel van de zorgverzekeraar. Met kosten voor eigen rekening als gevolg.

“Er bleek een preferentiebeleid te zijn waarvan ik niet op de hoogte was. Daarna kwam er elke keer een nieuw beleid voor de medicatie die ik gebruik. Daardoor moet ik dit zelf gaan betalen en omdat deze medicatie juist goed werkte bij mij, had ik ze ook echt nodig. Ik heb uiteindelijk een medische verklaring kunnen krijgen van het ziekenhuis voor een van de medicatie waardoor ik deze nu wel vergoed krijg. - V33

Ad. Stapeling van eigen risico en eigen bijdragen

Stapeling van het (verplicht) eigen risico en de eigen bijdragen voor hulpmiddelen, geneesmiddelen, ziekenvervoer en gebitsprothesen kan leiden tot onvermijdbare kosten in enig jaar, vooral voor chronisch zieken. In dit geval hebben consumenten geen keuze, ze hebben de zorg immers nodig.

Ad. Gebrek aan kennis over hoe een verzekeringsproduct is opgebouwd

Uit de gesprekken met consumenten wordt ook duidelijk dat een groot deel van hen onvoldoende kennis heeft van de verschillende onderdelen waaruit een verzekeringsproduct bestaat. Van begrippen als vrijwillig eigen risico, aanvullende verzekering, dekking en eigen bijdrage is niet voor iedereen duidelijk waar deze voor staan. Daarnaast zien we ook dat veel consumenten eigenlijk niet goed weten waarvoor ze precies verzekerd zijn. Dit gebrek aan kennis vergroot de kans dat consumenten geconfronteerd worden met medische kosten voor eigen rekening.

“Ik weet niet precies waar ik voor verzekerd ben. Ik ga al die kleine lettertjes niet lezen. Ik ga er vanuit dat het goed komt.” - V33

Reactie na medische kosten voor eigen rekening

Emoties lopen uiteen

De emoties na de confrontatie met hoge medische kosten voor eigen rekening lopen uiteen. Bij respondenten die onverwacht werden geconfronteerd met deze kosten en daar financieel last van ondervonden was de frustratie en boosheid het grootst. In sommige gevallen kwamen de hoge kosten compleet uit de lucht vallen. Voor respondenten die wisten dat de rekening zou komen bleven de emoties beperkt tot ergernis.

Wat opvalt is dat onder chronisch zieken er ook een soort gelatenheid te bespeuren is. Zij voelen dat ze door een gebrek aan keuzemogelijkheden geen optie hebben om iets aan hun situatie te doen.

Een andere zorgconsumptie wordt overwogen maar is niet voor iedereen een optie

De meeste respondenten denken, na een confrontatie met hoge medische kosten voor eigen rekening, wel na over de zorg die ze gebruiken. Voor veel respondenten is het echter geen optie om zorg uit te stellen of bijvoorbeeld de frequentie van behandelingen te verlagen. De zorg is voor hen noodzakelijk.

Andere respondenten kijken, indien mogelijk, wel naar hun zorggebruik en stellen behandelingen bijvoorbeeld uit tot na het nieuwe overstapseizoen.

“Verbaasd over wat het allemaal kost. Niet boos. We kunnen het betalen en ik was er nog.” - V67

“Meer met passen en meten. Je gaat goed overleggen met je artsen hoeveel behandelingen je hebt en wat verstandig is om in dat geval te doen en welke zorgbehandeling je wel gaat doen en welke je eventueel laat tot na het nieuwe jaar.” - V49

“Ik ben daar niet anders mee omgegaan. Het gaat om mijn gezondheid en ik ben daarom blijven vechten voor hetgeen wat ik nodig heb en het ook vergoed krijg uiteindelijk. Ik kan geen medicatie gaan vermijden omdat het te duur is, door mijn situatie. Anders beland ik gelijk in het ziekenhuis. Ook al moet ik dan meer gaan bij betalen, dan moet ik dat maar doen.” - chronisch ziek, V40

“Ik was erg boos, want ik moest al zoveel zelf betalen en nu kwamen er zulke hoge bedragen bij. Daar had ik zeker niet op gerekend. Ik heb toen ook veel telefoontjes naar de verzekeraar moeten maken om te achterhalen hoe het allemaal precies zat. Dat weet ik nu in middels wel.”

- chronisch ziek, V40

“Zeker momenten gehad waarbij ik twee keer heb moeten nadenken of het wel kan omdat een behandeling te duur is. Ik ben vaker gaan kijken naar alternatieven. Hetzelfde met de fysio. Weken waarbij ik denk het gaat wel, slikte ik meer morfine in en hopen dat ik die week door kwam. Maar dat gaat allemaal ook weer ten koste van andere dingen. Door de hoge medische kosten, boven op alle andere kosten hebben we het elke maand weer moeilijk om rond te komen.

- chronisch ziek, V33

Kijk op zorgverzekering na (hoge)medische kosten

Vooral onder chronisch zieke consumenten is er weinig beweging te zien in de richting van een andere ziektekostenverzekering. Een aantal van deze respondenten is bang dat ze dekking mislopen of is bang voor administratieve rompslomp bij een overstap. Sommigen hebben de ervaring dat ze vanwege hun medische klachten niet worden geaccepteerd door een andere zorgverzekeraar.

De beweging in de richting van een andere ziektekostenverzekering is wel zichtbaar bij mensen met bijvoorbeeld een vrijwillig eigen risico. Na confrontatie met medische kosten voor eigen rekening geven de meesten van deze groep aan dat ze hun zorgverzekering hebben aangepast en daardoor minder financieel risico lopen. Toch zijn er ook respondenten die er van uitgaan dat de hoge kosten een incident zijn en geen aanleiding voor verandering.

“Ik moet gewoon goed verzekerd blijven. Ik ga niet minder doen. Er kan zomaar iets gebeuren. En ik heb het er dan voor over om het zelf te betalen.”
- chronisch ziek, V67

“Ik zit al heel lang bij dezelfde verzekering. Eigenlijk omdat je nooit echt weet welke addertjes er onder het gras zitten. En als je gaat switchen dan weet je nooit echt goed wat er wel en niet in je pakket zit.”
- chronisch ziek, V39

“Ik heb ervoor gekozen om bij dezelfde verzekeraar te blijven. Ik ben nog niet volledig hersteld en ik wil geen gezeur hebben. Daar was ik wel bang voor als ik naar een andere verzekering zou overstappen. Ik heb verder mijn verzekering niet aangepast. Ik ben nog volledig aanvullend verzekerd zonder vrijwillig eigen risico. Ik denk dat ik ook het komend jaar hetzelfde blijf aanhouden.”
- V33

“Ja, ik was gefrustreerd. Maar je gaat daardoor wel beter opletten en neemt geen hoog vrijwillig eigen risico meer. Dit heb ik voor dit jaar wel meteen aangepast hoor.”
- V49

Verwachtingen ten aanzien van de informatievoorziening (zorgverzekeraar)

De zorgverzekeraar is de eerste waar respondenten naar wijzen als het gaat om het volledig en helder informeren van consumenten over de risicofactoren die kunnen leiden tot hoge medische kosten.

Respondenten zien vooral een proactieve rol voor de zorgverzekeraar door verzekerden tijdig, volledig en begrijpelijk te informeren over de inhoud en de risico's die samenhangen met een bepaalde ziektekostenverzekering. En daarnaast de verzekerden de gelegenheid geven om deze informatie ook zelfstandig tot zich te kunnen nemen: toegankelijk en laagdrempelig. Men ziet in de praktijk geen actieve rol voor een zorgverzekeraar als een verzekerde gedurende het verzekeringsjaar tegen kosten voor eigen rekening dreigt aan te lopen. *“Hoe zouden ze dat moeten weten?”*.

Verwachtingen van respondenten ten aanzien van de informatie van de zorgverzekeraar:

- Helder en volledig communiceren over de inhoud van de afgesloten ziektekostenverzekering. *“Waar ben ik nu precies voor verzekerd?”*
- Tijdig communiceren als er wijzigingen in de verzekering plaatsvinden.
- Toegankelijk: B1 taalgebruik, geen kleine letters, informatie die vindbaar is op de website, telefonisch bereikbaar
- Helder en volledig communiceren over de risico's van:
 - Een vrijwillig eigen risico,
 - Het gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg,
 - Het gebruiken van niet-preferente medicijnen,
 - Het niet afsluiten van een aanvullende ziektekostenverzekering.

“De zorgverzekeraar heeft een overzicht. Zij moeten mensen informeren van wat de kosten zijn en wat wel en niet kan. Ik denk dat ze daar proactief in moeten zijn.”
- M61

“Ik denk dat het een kleine moeite voor de verzekeraar is om aan iemand te zeggen van, ‘kijk je hebt nog 1 fysio behandeling over’. Daar zijn tegenwoordig zo veel systemen voor. Als je een basispakket hebt is het makkelijk dat zelf bij te houden. Maar als je aanvullend verzekerd bent moet er in ieder geval ergens zijn waar je kan inloggen en deze informatie makkelijk zelf kan inzien.”
- V33

“Je moet mensen een pakket bieden en uitleggen: als u iets overkomt, krijgt u 9 keer fysiotherapie, en ergotherapie is 4 keer gratis. En niet dat je zegt: ‘U bent verzekerd voor fysiotherapie’ en dat de fysiotherapeut vervolgens moet gaan uitleggen: ‘U krijgt maar 3 keer bij deze klacht.’ De verzekeraar verschuilt zich daarachter.”
- V64

Verwachtingen ten aanzien van de informatievoorziening (zorgaanbieder)

Naast de zorgverzekeraar zien de respondenten in de praktijk ook een belangrijke rol weggelegd voor de zorgaanbieder om een verzekerde te attenderen op mogelijke kosten voor eigen rekening. Ze zien voor de zorgaanbieder vooral een actieve rol op het moment dat een consument gebruik wil maken van zijn diensten. Op dat moment moet een zorgaanbieder de consument volledig informeren over de kosten van de behandeling of in andere woorden “*Wordt de behandeling vergoed door de desbetreffende zorgverzekeraar?*”.

De informatie moet volgens de respondenten de volgende onderwerpen bevatten:

1. Heeft de zorgaanbieder een contract met de desbetreffende zorgverzekeraar?
2. Is de afgesloten ziektekostenverzekering toereikend?
3. Welke kosten komen voor rekening van de verzekerde?
4. Eventueel informeren over alternatieven (bijvoorbeeld als het gaat om preferente medicijnen).

“Eigenlijk zou je eigen huisarts dat moeten doen zodat je dan kan overwegen of je het wel doet of niet doet. Of de praktijk ondersteuner. Dit is toch het eerste contactpunt en de huisarts is vaak degene die je doorverwijst naar allerlei specialisten.” - M73

“Ja, ik denk dat ze zeker verantwoordelijk zijn. De zorgaanbieders zouden dat bij hun patiënten moeten aangeven zodra ze daarvan op de hoogte worden gesteld. Ik moet zeggen dat mijn zorgaanbieders dat wel goed doen, hoor.” - chronisch ziek, V40

“Je kunt als verwijzer zeggen: ‘Je kunt eerst de verzekering bellen waar je het beste terecht kunt.’ Dat vind ik wel een taak van de verwijzer, om dat advies te geven. Dat voorkomt boosheid en administratie, en dat maakt zorgkosten duurder: het gekibbel over dat soort zaken.” - V63

“De zorgaanbieder weet of hij een contract heeft met een zorgverzekeraar en hij kan zien of iemands zorgverzekering toereikend is. Hij kan dus ter plekke wijzen op een aantal risico’s.” - M59

“Ik vind dat het ziekenhuis en de apotheek hadden moeten zien of iets wel of niet vergoed wordt. De huisarts kan dat ook zien. Ik niet. Ik vind dat wel een voorlichtingsplicht.” - V35

Verwachtingen ten aanzien van de informatievoorziening (consument)

Veel respondenten zijn van mening dat de verzekerde zelf ook een eigenverantwoordelijkheid heeft om onverwachte (hoge) medische kosten voor eigen rekening te voorkomen. Ze vinden dat iedereen zichzelf altijd vooraf moet informeren over de ziektekostenverzekering die wordt afgesloten en de eventuele risico's die daarmee samenhangen. Ze vinden ook dat het ieders eigen verantwoordelijkheid is om vooraf contact op te nemen met de zorgverzekeraar als het niet zeker is of kosten gedekt zijn. Men geeft wel toe dat ze zelf vaak ook niet de moeite nemen om zich goed te informeren, ondanks hun gebrek aan kennis over hoe de ziektekostenverzekering is opgebouwd.

Tegelijkertijd vindt men ook dat het voor veel verzekerden moeilijk is om zich te informeren. Ze vinden de informatie ontoegankelijk door de hoeveelheid informatie die verwerkt moet worden en het ingewikkelde taalgebruik. Maar ze hebben ook het gevoel dat de beschikbare informatie niet volledig is. *“Ze zeggen dat je verzekerd bent maar niet precies waarvoor.”*

“Ik zie de laatste tijd in de maatschappij dat iedereen de verantwoordelijkheid verschuift. Hetzij naar de overheid, hetzij naar een andere instantie. Ik vind dat je ook je eigen verantwoordelijkheid hebt.”
- V67

“Daar ben ik zelf verantwoordelijk voor, ik ben daar te makkelijk in geweest. Ik kan het dan wel bij de verzekering neerleggen maar de verzekering heeft het wel allemaal netjes in het overzicht gezet. Alleen ik ben degene die er niet naar gekeken heeft. Wiens schuld is het dan, dan is het toch mijn schuld?”
- V39

“We zijn zelf ook laks. Vooral als je weinig gebruik maakt van zorg.”
- M59

Overige quotes over informatie voorziening

“Over het algemeen vind ik wel dat zorgverzekeraars laat vertellen met welke zorgaanbieders ze samenwerken en welke niet. Je kunt geen afgewogen oordeel geven over welke verzekering je afsluit als je niet weet waarvoor je iets afsluit. Ze moeten dit eerder en makkelijker bekend maken.” - V73

“Bij de vorige oncoloog, stond er wel een flyer waarbij ze aangaven bij welke verzekeringen ze verbonden waren. Alleen had ik toen nog niet door dat dat ook voor mij gold. Maar ik denk dat de zorgverzekeraars daarvoor verantwoordelijk moeten zijn. Ook al vond ik het fijn dat ik dat bij de fysiopraktijk ook heb kunnen lezen. Ik denk dat ik daarbij zelf ook een stukje verantwoordelijkheid heb. Ik denk dat je zelf ook veel kan opzoeken. Soms is het misschien wel zoeken maar je vindt het wel.” - V40

“Misschien het spelen met je eigen risico. Dat vind ik wel een gevaarlijke. Dat zag ik bij de jongens ook, dan nemen ze een polis en dan hebben ze volgens mij € 1.000 eigen risico. Ze zitten op voetbal, ze breken een pols en weg € 1.000. Zeker die jongere generatie die nog studeert, die kan al eigenlijk maar heel weinig premie betalen en ze zijn zich niet goed bewust van wat zorg kost. Het begint bij de eerste stap; dat ik een eigen risico in zorg niet vind passen, daar begint het mee. Als je het dan wel hebt, dan moet je mensen daar ook beter over informeren. Echt veel beter, ja.” - M59

“Ik vind dat je het gemakkelijk moet kunnen vinden op internet. Of er dus een contract is met een bepaalde aanbieder. Maar voor mijn schoonmoeder ligt dat anders, die is 92, moeten de kinderen dat dan doen? De verzekeraar moet dat heel duidelijk vermelden maar ik vind ook dat de aanbieder het moet vermelden: ‘Als je bij mij komt, we hebben geen contract met die en die.’” - V49

“De informatie moet wel beschikbaar zijn. Er moet dus wel een plek zijn waar je informatie makkelijk kunt vinden zonder dat je echt moet gaan zoeken waar het staat. Het moet altijd meteen beschikbaar kunnen zijn. Hierdoor kun je ook makkelijker gaan vergelijken.” - V40

“Ik vind dat ze best wat duidelijker mogen communiceren. Je krijgt altijd wel een overzicht maar alles staat dan naast elkaar. Als je het dan niet goed doorleest of ergens overheen kijkt dan denk je al snel dat je verzekerd bent en dan blijkt dat achteraf niet zo te zijn. Misschien zouden ze je alleen de informatie van het pakket dat je hebt kunnen sturen. Dat zou mij meer duidelijkheid geven.” - V39

“Korter, duidelijker, concreter, minder papierwerk. Dat ze duidelijk op papier zetten wat gunstiger voor jou is. Misschien dat iemand even met je meekijkt, niet dat je het zelf allemaal uit moet pluizen. Ik geef het eerlijk toe, ik vind er geen zak aan, dan denk ik het zal allemaal wel het is goed.” - M58

“Ik denk dat de overheid en de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn om burgers op de hoogte te brengen van de risico's die er verbonden en de zorgkosten die daarbij komen kijken. Het gebeurt vaak genoeg dat men met hele hoge medische rekeningen komen te zitten.” - V49

“[Zorgverzekeraar 1] geeft duidelijk aan welk deel je voor iets vergoed krijgt. Maar bij [zorgverzekeraar 2] bijvoorbeeld kreeg ik een folder met 10 pagina's en daaruit moest ik zelf gaan opmaken wat er allemaal onder mijn polis viel. Ik kan me wel voorstellen dat er mensen zijn die hierin de weg kwijt raken. Misschien kunnen verzekeraars dat duidelijke en makkelijker aangeven.” - V33

Privacy issues

We hebben respondenten ook gevraagd of zij het een goed idee vinden dat zorgverzekeraars toegang krijgen tot databases en andere systemen waardoor zij proactief consumenten kunnen waarschuwen als zij medische kosten voor eigen rekening dreigen te gaan maken.

De meeste respondenten kunnen zich niet voorstellen hoe dat er in de praktijk uitziet. Een deel van de respondenten is positief over de onderliggende gedachte, namelijk voorkomen dat mensen in de financiële problemen komen. Zij zien vooral voor zichzelf voordelen.

Men ziet wel een rol voor een zorgverzekeraar om verzekerden die al tegen hoge kosten zijn aangelopen te attenderen op de mogelijkheid om de eigen ziektekostenverzekering bij de eerstkomende mogelijkheid aan te passen.

Het bewaken van de privacy is voor een aantal respondenten wel belangrijk. Zij maken zich zorgen over de mogelijk groeiende ‘macht’ van de zorgverzekeraars als deze nog meer toegang hebben tot persoonsgegevens van verzekerden. Ze zetten vraagtekens bij de motieven van zorgverzekeraars om inzicht te willen krijgen in de gegevens van alle verzekerden.

“Ik denk dat dat wel een slim iets zou zijn. Ik heb dat gelukkig zelf genoeg in de gaten, maar ik denk dat er genoeg mensen zijn die dat goed kunnen gebruiken. Het kan voor hun verbetering zijn, omdat ze dan beter een keuze kunnen maken van wat beter bij hun past. En waar ze het meest gaan besparen op extra zorgkosten. Ik denk dat een nadeel daarbij wel je privacy is. Verzekeraars hebben om dat te kunnen doen meer informatie van je nodig.” - V40

“Soms is het lastig om het voor elkaar te krijgen om doorverwezen te worden. Maar dan kunnen ze meekijken naar waar de zorgkosten vandaan komen, hoe dat gebeurd is. Aan de andere kant zouden ze kunnen zeggen: ‘U verbruikt teveel, zorg die helemaal niet nodig is. Daarom moet u meer gaan betalen.’ Dus stukje gevaar zit daarin.”

- V35

“Ik denk op zich dat het wel goed zou zijn als je daarin wel zelf de vrijheid blijft behouden om te besluiten of je dat advies ook aanneemt of niet. De voordelen die dit met zich mee kan brengen is dat mensen op die manier de kosten kunnen beperken. Het nadeel daarvan is denk ik wel op het gebied van privacy. Er zijn ook mensen die niet willen dat andere weten wat ze allemaal aan zorgkosten hebben. Je ziet vaak in gevallen waar mensen hoge medische kosten hebben, dat de verzekeraar vaak op het gebied van medicatie iets gaat aanpassen. Mijn voorkeur is in ieder geval niet inzien. Ik kan het zo zelf in de gaten houden en hoeft niemand te bemoeien.” - M59

“Dat is een hele lastige discussie, dan kom je op het gebied van privacy terecht en daar zitten juridisch haken en ogen aan. Ik vind het niet zo’n probleem: die gegevens zijn er, en als zij een tip hebben... Maar ik heb geen zin om de hele tijd gevoed te worden met: ‘Je zou dit en je zou dat....’ Dan denk ik: als die situatie er nu niet is, ga ik me er nu niet druk over maken. Ik haal dus liever zelf de informatie op.”

- V67

“De Privacywet is er nog, dus als ik ergens in behandeling loop dan hoeven zij niet te weten waarvoor ik daar loop. Maar zij mogen wel weten dat ik ergens in behandeling ben.”

- V49

Bijlage: gespreksrichtlijn

Project: Onderzoek Ombudsman Zorgverzekeringen
Datum veldwerk: 26 september – 6 oktober 2023
Duur: 45 minuten per gesprek
Projectnummer: M230837
Management: Marcel Voorn/Maartje Rooker/Tijmen Holleman

Deze gespreksrichtlijn is een handvat voor de interviewer: er zal zodanig worden doorgevraagd dat het 'hoe' en het 'waarom' achter de antwoorden duidelijk wordt. Er zal zo veel mogelijk worden aangesloten bij de terminologie en de woordkeus van de respondenten; onderstaande vragen geven een globaal overzicht van de te behandelen onderwerpen.

1. Introductie (5 minuten)

- Voorstellen Motivaction
- Onderwerp: keuze voor verzekering tegen ziektekosten
- Uitleg beeldopnames en, indien van toepassing, meekijken klant
- Anonimiteit garanderen, geen goede/foute antwoorden, eigen mening, waarborging privégevoelige zaken
- Respondent stelt zich voor: naam, leeftijd, gezinssituatie, baan, interesses, et cetera

2. Inventarisatie (5 minuten)

We gaan het vandaag hebben over de verzekering tegen ziektekosten. Om te beginnen wil ik eerst met jou 1,5 jaar teruggaan in de tijd. Om precies te zijn naar het einde van het jaar 2021-2022. De periode waarin je kunt overstappen naar een andere verzekering.

- Waaruit bestond toen je verzekering tegen ziektekosten? *INT Indien niet genoemd:*
 - Had je een zorgverzekering met een eigen risico van meer dan €385,-? Waarom?
 - Had je een aanvullende ziektekostenverzekering? Waarom?
- Indien van toepassing, waren jouw partner en kinderen ook 'meeverzekerd'?
- Heb jij in die periode je verzekering tegen ziektekosten gewijzigd? Waarom wel/niet?
 - Zo ja, wat was voor jou de aanleiding om wel een andere zorgverzekering of aanvullende ziektekostenverzekering te nemen? *INT check of prijs en/of perceptie eigen gezondheid een rol hebben gespeeld.*
 - Zo nee, wat was voor jou de reden om geen andere zorgverzekering of aanvullende ziektekostenverzekering te nemen? *INT check of prijs en/of perceptie eigen gezondheid een rol hebben gespeeld.*
- Ben jij iemand die regelmatig overstapt naar een andere zorgverzekeraar of de verzekering wijzigt? Of heb je al jaren dezelfde verzekering tegen ziektekosten? Vertel eens, welke overwegingen maak je dan.

3. Aanleiding voor hoge kosten (10 minuten)

We hebben je uitgenodigd omdat je in 2022 werd geconfronteerd met hoge zorgkosten die je zelf moest betalen.

- Kun je mij kort vertellen wat de aanleiding is geweest voor deze hoge zorgkosten? Je hoeft geen persoonlijke details te vertellen. *INT laat respondent zijn/haar verhaal in eigen woorden vertellen. Check vervolgens bij de respondent waar het probleem zit:*
 - Niet of te weinig aanvullend verzekerd?
 - Een (te) hoog eigen risico?
 - Niet-gecontracteerde zorgaanbieder, evt. in het buitenland?
 - Combinatie van bovenstaande?
- Hoe voelde je je toen je de rekening kreeg van de hoge zorgkosten?
- In hoeverre wist je van tevoren dat je te maken zou krijgen met hoge zorgkosten die je zelf zou moeten betalen? Werd je hierover door de zorgaanbieder vooraf geïnformeerd (alleen indien van toepassing)?
- In hoeverre hadden de- hoge zorgkosten die voor jouw rekening bleven effect op hoe jij daarna omging met zorg? *INT eerst open vragen*

- o Indien niet besproken, ben je op de een of andere manier door de hoge zorgkosten minder gebruik gaan maken van zorg? Of heb je na deze ervaring andere keuzes gemaakt? *INT denk aan zorg mijden, minder therapietrouw, medicijnen niet ophalen, voortaan toch naar een gecontracteerde zorgaanbieder.*

4. Gemaakte keuzes overstapseizoen 2022-2023 (10 minuten)

- In hoeverre hebben jouw ervaringen in 2022 effect gehad op jouw keuze voor de verzekering tegen ziektekosten in het afgelopen overstapseizoen (2022-2023)? INT eerst open laten antwoorden.
- Ik ben benieuwd wat voor verzekering tegen ziektekosten je nu hebt? INT check indien niet genoemd de volgende onderdelen:
 - Wat is de hoogte van je eigen risico? €385,- of hoger? Waarom heb je daarvoor gekozen?
 - Ben je overgestapt van een budget- of naturapolis (met gecontracteerde zorg) naar een restitutiepolis? Waarom heb je daarvoor gekozen?
 - Heb je ook een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten? Waarom heb je daarvoor gekozen?
- Welke informatie had je nodig om een keuze te kunnen maken?
- Waar heb je de informatie die je nodig had gevonden?
- In hoeverre was de informatie die je nodig had te vinden? Vond je dat eenvoudig of lastig te vinden? Waarom?
- In hoeverre heb je er bij het maken van de keuze voor de zorgverzekering rekening mee gehouden of de zorgaanbieder waarvan je gebruik maakt of wil gaan maken gecontracteerd is of niet?
- Wat doe je als blijkt dat de zorgaanbieder waarvan je gebruik maakt of wil gaan maken (nog) niet gecontracteerd is op het moment dat jij de keuze wil maken voor een zorgverzekering? Waarom?
- In hoeverre heb je bij je keuze ook rekening gehouden met de maandelijkse kosten voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (premie)?

5. Informatievoorziening (10 minuten)

- Wie vind jij dat verantwoordelijk is voor de informatievoorziening vooraf over de risico's van (.....), *INT afhankelijk van het probleem*: geen of te weinig aanvullend verzekerd zijn; een hoog eigen risico hebben; gebruik maken van niet-gecontracteerde zorgaanbieder (evt. in het buitenland)?
- En waarom is deze organisatie/partij hier verantwoordelijk voor?
- Wat zouden ze moeten doen om de informatie aan verzekerden over deze risico's te optimaliseren?
- En welke verantwoordelijkheid hebben verzekerden zelf als het gaat om deze risico's?
- Indien niet genoemd:
 - Als de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor het geven van informatie over de risico's hoe zouden ze dat dan moeten doen?
 - Als de zorgverzekeraar verantwoordelijk is voor het geven van informatie over de risico's hoe zouden ze dat dan moeten doen?
- Wat zou je ervan vinden als de zorgverzekeraar kan zien dat jij in een bepaald jaar onverzekerde kosten hebt gemaakt en jou vervolgens erop wijst dat je voor het komende verzekeringsjaar je verzekering kunt aanpassen? *INT let op. Dat kan nu niet.*
 - Wat zouden de voordelen kunnen zijn?
 - Wat zouden de nadelen kunnen zijn? INT indien niet genoemd check of privacy een rol speelt.

6. Afsluiting (5 minuten)

- Inventariseren en stellen van vragen van toehoorders
- Heb je nog laatste tips/opmerkingen over dit onderwerp?
- Afsluiten en bedanken.

Auteursrecht

Het auteursrecht op dit rapport ligt bij de opdrachtgever. Voor het vermelden van de naam Motivaction in publicaties op basis van deze rapportage – anders dan integrale publicatie – is echter schriftelijke toestemming vereist van Motivaction International bv

Zie ook ons [Pers- en publicatiebeleid](#).

Beeldmateriaal

Motivaction heeft datgene gedaan wat redelijkerwijs van ons verwacht kan worden om de rechthebbenden op beeldmateriaal te achterhalen. Mocht u desondanks menen recht te kunnen doen gelden op gebruikt beeldmateriaal, neem dan contact op met Motivaction.