

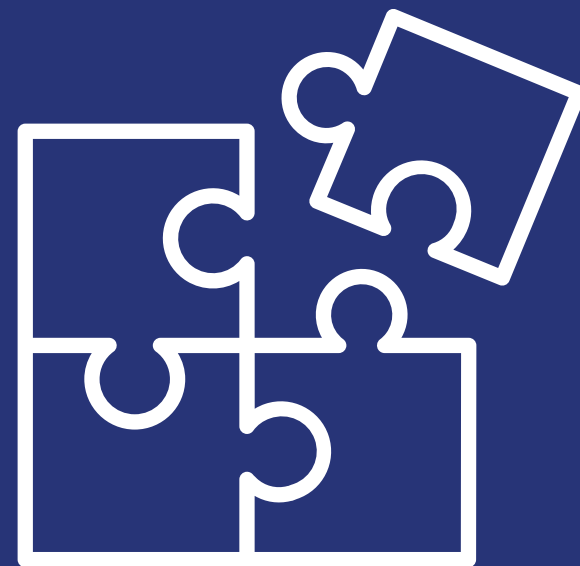


Ombudsman  
Zorgverzekeringen

*Onderzoek naar factoren die  
een rol spelen bij de keuze  
voor een zorgverzekering*

# Aanleiding ombudsonderzoek;

*De Ombudsman zorgverzekeringen signaleert een stijgende onzekerheid over de betaalbaarheid van zorg*



## **Onzekerheid over de betaalbaarheid van zorg**

Uit vragen en klachten die de Ombudsman tijdens het overstapeseizoen 2022-2023 ontving, bleek dat veel consumenten zich zorgen maakten over de betaalbaarheid van zorg. Zou hun behandeling nog wel vergoed worden en konden zij de gestegen zorgpremie nog wel betalen? Kunnen zij de behandeling voortzetten bij de behandelaar van hun keuze en welke kosten blijven voor eigen rekening.

Deze onzekerheid werd gevoed door een periode die werd gekenmerkt door algemeen stijgende prijzen en moeizame contractonderhandelingen tussen zorgverleners en zorgverzekeraars. Hierdoor moesten consumenten hun keuze baseren op onvolledige informatie.

## **Op zoek naar oorzaken en oplossingen**

Om de ontvangen signalen beter te kunnen duiden en tot verbeteringen te kunnen komen, heeft de Ombudsman nader onderzoek ingesteld. Daarbij is met name gekeken naar de financiële aspecten van te maken keuzes (of “naar betaalbaarheid”). Hoe is iemand tot een keuze gekomen en welke rol speelt de beschikbare informatie hierbij? En hoe kijkt iemand daarop terug?

# Doel en onderzoeksoopdracht



## Doel onderzoek

Aanknopingspunten vinden voor het verbeteren van het keuzeproses en daarmee zorgen rondom het overstappen weg te nemen.

## Onderzoeksoopdracht

De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft aan onderzoeksbureau Motivaction gevraagd om in gesprek te gaan met 25 verzekerden, die in 2022 te maken kregen met hoge zorgkosten voor eigen rekening. Door het optekenen van hun ervaringen, wilden wij inzicht krijgen in de volgende vragen:

- Wat waren beslissende factoren in hun keuze voor een zorgverzekering in het overstapeseizoen 2021/2022?
- Wat was de oorzaak dat zij in 2022 te maken kregen met hoge zorgkosten voor eigen rekening en welke impact hadden deze kosten?
- Hoe heeft deze ervaring hun keuze voor een zorgverzekering in het overstapeseizoen 2022/2023 beïnvloed en konden zij daarmee het risico op hoge kosten verkleinen?

# Kernconclusie

## Ondanks bewuste keuze toch onverwacht hoge kosten



### Conclusie

- Wat opvalt, is dat er vaak een bewuste keuze is gemaakt voor een zorgverzekering maar dat de overgrote meerderheid zich overvallen voelt door de medische kosten voor eigen rekening.
- Om dit verder goed te kunnen duiden, onderscheiden we drie consumentenprofielen:
  - Chronisch zieke zorggebruikers; ‘bewust bekwaam’
  - Niet-chronisch zieken; ‘bewust bekwaam’
  - Niet-chronisch zieken; ‘onbewust onbekwaam’

Op de volgende pagina's zijn de belangrijkste conclusies per consumentenprofiel vermeld.



### Reactie Ombudsman Zorgverzekeringen

Deze conclusie sluit aan bij de signalen die wij ontvangen en die de aanleiding vormen voor dit onderzoek. Ik maak me daar zorgen over. Deze kennisachterstand kan leiden tot onverwachte medische kosten voor eigen rekening, overstapangst en zorgmijding.

# Deelconclusie 1 Chronisch zieke zorggebruikers zijn 'bewust bekwaam'

*Maar hebben het gevoel dat ze nauwelijks tot geen opties hebben*



*Chronisch zieke zorggebruikers zijn vaak 'bewust bekwaam' omdat ze door hun ziektegeschiedenis redelijk kunnen inschatten welke zorg ze nodig hebben, bij wie en welke regelingen daarop van toepassing zijn. Zij zijn dus in staat om gericht de informatie te zoeken die bij hun situatie past.*

- Bevinding: men ervaart een gevoel van onmacht en er is sprake van overstap angst. Deze groep lijkt dit gelaten te accepteren maar hebben het gevoel dat ze 'vastzitten' in het systeem.
- Zij zien, vanwege hun zorgbehoefte, voor zichzelf geen opties om een zorgverzekering met een lagere premie af te sluiten.
- Zij worden geconfronteerd met kosten die niet te vermijden zijn, zoals een stapeling van het verplicht eigen risico en allerlei eigen bijdragen.
- Ze zijn bang voor administratieve rompslomp of zijn, vaak ten onrechte, bang dat ze vanwege hun klachten niet worden geaccepteerd door een andere zorgverzekeraar.

## Deelconclusie 2 Niet chronisch zieken zijn soms bewust bekwaam zij nemen welbewust het risico dat ze met hoge zorgkosten te maken kunnen krijgen



*Het kenmerk van de groep 'bewust bekwame' niet chronisch zieken is dat zij zich gezond voelen en geen structureel zorggebruik hebben. Zij maken een inschatting wat hun zorggebruik zal zijn en maken een bewuste keuze voor een zorgverzekering met vaak een lagere premie als doel.*

- Deze groep calculeert in dat ze met zorgkosten geconfronteerd worden die ze kunnen dragen. Toch blijkt ook deze groep verrast te worden door de hoogte van de zorgkosten wat in dat jaar tot zorgmijding kan leiden maar niet tot ander keuzegedrag in de toekomst.
- Ze voelen zich gezond en durven het aan een product te kiezen met financiële risico's (budgetpolis, hoog vrijwillig eigen risico, geen aanvullende verzekering).
- Door 'pech' worden zij gedurende het jaar met hoge kosten geconfronteerd. Deze zijn echter vaak ingecalculeerd.
- Ter voorkoming van verdere kosten in dat jaar vermijden ze waar mogelijk zorg. Fysiotherapie behandelingen worden bijvoorbeeld uitgesteld tot na het nieuwe overstapseizoen.
- Men maakt voor het volgende jaar opnieuw een afweging tussen kosten en baten. Vaak wordt het vrijwillig eigen risico en de aanvullende verzekering aangepast.

## Deelconclusie 3 De meeste niet chronisch zieken zijn onbewust onbekwaam; Onverwacht hoge zorgkosten komen als een verrassing



*Deze groep maakt een bewuste keuze voor een zorgverzekering met vaak een lagere premie als doel. In tegenstelling tot de calculerende groep 'bewust bekwame' niet chronisch zieken, doen ze dit op basis van onvoldoende informatie of besef van de consequenties van hun keuze.*

- Deze groep wordt overvallen door de zorgkosten voor eigen rekening, wat leidt tot boosheid, frustratie en soms tot betalingsproblemen. Het komt voor dat men hun keuzegedrag een volgend jaar aanpast, maar die 'luxé' is vanwege de financiële situatie niet voor iedereen weggelegd.
- Men kiest financieel gedreven voor zorgverzekeringen met meer risico: budgetpolis, vrijwillig eigen risico, geen aanvullende verzekering.
- Men onderschat daarbij de eigen zorgbehoefte en overschat de eigen kennis over de dekking van de zorgverzekering.
- Ze worden dan ook overvallen door hoge medische kosten voor eigen rekening. Vaak omdat de gekozen zorgaanbieder niet gecontracteerd is door de zorgverzekeraar en men niet weet wat hiervan de consequenties zijn. Dit leidt tot frustratie en boosheid.
- Zorgmijding kan het gevolg zijn, ter voorkoming van verdere kosten in dat jaar.
- Waar mogelijk past men in het jaar daarop de keuze voor de zorgverzekering aan maar dat is financieel niet voor iedereen weggelegd. Door de stapeling van kosten voor eigen rekening kunnen mensen bij weinig financiële buffer in de problemen komen en ook niet meer in staat zijn een meer passende -duurdere- zorgverzekering te kiezen (bijvoorbeeld zonder vrijwillig eigen risico).
- Ook kan het betekenen dat men vanuit deze financiële overweging van zorgverlener moet wisselen.

# Beschouwing ombudsman

## **Consumenten benutten keuzevrijheid**

In ons zorgverzekeringsstelsel moet de consument veel keuzes maken. Bij welke ziektekostenverzekeraar sluit ik een verzekering af? Welk type polis kies ik? Sluit ik wel of geen aanvullende verzekering af en kies ik voor een vrijwillig eigen risico? Uit het onderzoek blijkt dat consumenten gebruik maken van deze keuzevrijheid. Ze zeggen een bewuste keuze voor een zorgverzekering te maken en laten zich hierbij in de meeste gevallen leiden door de prijs. Overigens is bij chronisch zieken niet de prijs leidend, maar hun verwachte zorgvraag.

## **Onvoldoende bewustzijn van financiële risico's kan tot zorgmijding leiden**

Het onderzoek toont aan dat de weliswaar bewust gemaakte maar op prijs gebaseerde keuze financiële risico's met zich meebrengt. Hierdoor komen mensen alsnog in de knel. Soms is dit risico ingecalculeerd. Maar vaker zijn consumenten zich vooraf niet voldoende bewust van de financiële risico's van hun keuze en worden zij daar pas mee geconfronteerd als het kwaad al is geschied. In het geval van chronisch zieken zijn kosten voor eigen rekening vaak onvermijdbaar, ongeacht de keuze zij maken. /Niet iedereen kan die kosten opvangen en dan is een treurige consequentie dat mensen zorg gaan mijden. Dat ze behandelingen uitstellen of zelfs stoppen omdat ze die niet kunnen betalen. Individueel heeft dat gevolgen, maar ook voor ons allemaal. Deze zorgmijding kan immers op termijn tot hogere zorgkosten leiden.

## **Gaat meer informatie helpen? Dat is de vraag**

In de optiek van de respondenten zou meer informatie kunnen helpen. Dat is begrijpelijk vanuit de gedachte: 'als ik dit van tevoren had geweten, dan had ik nu niet in deze situatie gezeten'. Tegelijkertijd is het de vraag of meer informatie daadwerkelijk het probleem gaat oplossen. Want aandacht voor toegankelijke en begrijpelijke informatie is er al jaren. Toch heeft die aandacht niet kunnen voorkomen dat deze groep mensen geconfronteerd werd met hoge onverwachte kosten of een onverwacht beperkte dekking binnen hun verzekering. De vraag is dan of meer informatie een afdoende oplossing gaat bieden. Is het zorgsysteem waarover we moeten informeren niet te ingewikkeld geworden? Een vraag waarop het antwoord niet gemakkelijk te geven is.

Overigens is het goed om te zien dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in voorbereiding op deze overstapperperiode onder leiding van de NZA gekomen zijn tot afspraken over hoe het beter kan. De NZA heeft aangegeven hierbij gedurende de overstapperperiode de vinger aan de pols houden. Het mooie van deze aanpak is dat er direct gesignaleerd kan worden wat werkt en wat (nog) niet. Ik kijk uit naar de inzichten van de NZA waar het gaat om de uitvoering van de afspraken met zorgverzekeraars<sup>1</sup> en zorgaanbieders<sup>2</sup> over heldere informatievoorziening en vooral ook of verbeterpunten daadwerkelijk direct worden opgepakt. Voor de consument is het belangrijk dat hij weet waar hij aan toe is. Het zou dan ook goed zijn transparant te zijn over de uitkomsten van de monitoring.



# Aanbevelingen; wat kan wél?

Doen wat helpt om de juiste keuze te maken



## **Risico op onverwacht hoge kosten achteraf tot minimum beperken**

De ingewikkeldheid van het systeem lossen we niet op met dit onderzoek. Waar we ons wel voor kunnen inzetten, is om het gemakkelijker te maken voor consumenten om de goede keuze te maken. Een keuze die het risico op onverwacht hoge kosten achteraf tot een minimum beperkt. Daarbij hebben drie actoren invloed:

- de zorgverzekeraar
- de zorgaanbieder
- de consument

Op de volgende pagina's zijn aanbevelingen per actor uitgewerkt.

# Aanbevelingen zorgverzekeraars (1)

## *Persoonlijke, passende en pro-actieve informatie*



Het lastige bij het verstrekken van informatie is, dat er wel oren moeten zijn om die informatie te ontvangen. Een consument die 'onbewust onbekwaam' is, die heeft de overtuiging voldoende geïnformeerd te zijn om een passende zorgverzekering af te sluiten. Deze consument heeft dus geen vragen. Hij is zich immers niet bewust dat ze informatie nodig hebben. Om deze 'blinde vlek' te verkleinen helpt het om vragen te stellen. Dus naast het zenden van informatie, een proactieve rol van zorgverzekeraars om hun verzekerden te bevragen. Zorgverzekeraars moeten consumenten helpen een goede keuze te maken. Ze moeten consumenten **persoonlijk, passend en proactief** bevragen en informeren over de eigenschappen van het gekozen verzekeringsproduct. Ook over de mogelijke financiële risico's die met het gekozen product samenhangen."

Ik zie dat zorgverzekeraars deze informatieplicht serieus nemen. Tijdens de overstapperiode, is er de mogelijkheid mensen te helpen met het maken van onderbouwde keuzes. Het is goed om daarbij te bedenken dat lang niet iedereen digitaal vaardig genoeg is om de informatie te vinden die nodig is om een weloverwogen keuze te maken. Informatie die vaak een 'paar klikken' weg is. Bij zo'n ingewikkeld product als de zorgverzekering is het voor veel mensen fijn als er iemand met verstand van zaken met ze meedenkt. Dus wat kan er nog meer?

### **Aanbeveling 1. Persoonlijk contact | vraag-gestuurd informeren**

- We moeten erkennen dat de keuze voor een zorgverzekering complex is en de consequenties van de keuzes groot zijn. De reactie hierop van de zorgverzekeraars zou vooral meer persoonlijk contact moeten zijn. Ik pleit dan ook voor het goed toegankelijk houden van het telefonisch klantcontact.
- Goede vindbaarheid van de juiste telefoonnummers: op de homepage van de website
- Duidelijk telefoonnummer vermelden waar je met vragen terecht kunt
- Goede bereikbaarheid: voldoende capaciteit om de telefoon aan te nemen en ook bereikbaarheid buiten reguliere kantoortijden
- En vooral voldoende mensen die ingewikkelde zorgverzekeringvragen kunnen ontwarren. Denk daarbij aan vragen als: "Hoe sluit contractering aan bij de (mogelijke) zorgbehoefte, bij welke apotheek, ziekenhuis, etc. kan ik terecht. En hoe werkt het als je bijvoorbeeld hulpmiddelen gebruikt en wilt overstappen."

# Aanbevelingen zorgverzekeraars (2)

## *Persoonlijke, passende en pro-actieve informatie*

### **Aanbeveling 2. Passende informatie**

De complexiteit van de keuze heeft niet alleen te maken met het productaanbod van de verzekeraar maar ook met de afspraken die hij maakt met de zorgaanbieders. En om het helemaal lastig te maken uiteindelijk ook met de zorgbehoefte van de consument. Op al deze terreinen is vaak sprake van onvolledige informatie. Toch is de het de uitdaging voor de verzekeraar om de informatie zo passend mogelijk aan te bieden. De drie onderscheiden consumenten profielen uit het onderzoek kunnen daarbij behulpzaam zijn.

De 'bewust-bekwame' groep niet chronische patiënten weet in grote lijnen welke financiële risico's hij maximaal kan en wil lopen in het volgende jaar. Om een goede afweging te maken moet er een inschatting gemaakt worden van de eigen kosten voor zorggebruik. Hiervoor is concretere makkelijk vindbare informatie over de kosten en vergoeding voor meest gebruikte reguliere zorg belangrijk. Jargon als bijvoorbeeld 'gecontracteerd' zoveel mogelijk voorkomen en in ieder geval uitleggen wat ermee bedoeld wordt. Per saldo gaat het om het kunnen inschatten wat het je gaat kosten als je naar de zorgaanbieder van je keuze gaat. Hiervoor kan de informatie over de status van de contractering directer zichtbaar zijn (gecontracteerd, nog onzeker, niet gecontracteerd) en moet duidelijk worden wat de vergoeding is bij niet gecontracteerd, inclusief een verwijzing naar de zorgaanbieder voor een prijsindicatie.

### **Bij passende informatie hoort óók speciale aandacht voor chronisch zieken; overstappen met minder blokkades en minder gedoe**

Uit dit en ook ander onderzoek komt naar voren dat chronisch zieken niet durven over te stappen. Deze overstapangst weerhoudt ze van de overstap naar misschien wel een beter passende of goedkopere verzekering, omdat ze bang zijn om dan tussen wal en schip te vallen. Deze angst was feitelijk niet gegrond, maar werd wel zo gevoeld. Ik zie het als taak van de verzekeraar om deze groepen specifiek te informeren via eigen kanalen en de patiëntenverenigingen. Daarbij moet er nadrukkelijk op gewezen worden dat er voor de basisverzekering een acceptatieplicht geldt voor de verzekeraar, daar is dus geen belemmering – ook niet voor chronisch zieken. Daarnaast roep ik verzekeraars op werk te maken om het ervaren "gedoe" bij overstappen te verminderen. Dan gaat het over het makkelijk kunnen meenemen van in gebruik zijnde hulpmiddelen en het maat houden met het opwerpen van barrières bij het afsluiten van een aanvullende verzekering.

# Aanbevelingen zorgverzekeraars (3)

*Persoonlijke, passende en pro-actieve informatie*

## **Aanbeveling 3 Pro-actief doen wat helpt**

- Een duidelijke waarschuwing plaatsen voor de belangrijkste risico's bij het kiezen van een verzekering. Bijvoorbeeld, zoals dat nu al op sommige sites ook al wordt gedaan:
  - een waarschuwing als je een budgetpolis wilt afsluiten *'pas op, u staat op het punt een budgetpolis af te sluiten, weet u zeker dat u dit wilt?'* Met de heldere toevoeging dat je alleen volledige vergoeding krijgt als je gebruik maakt van het relatief beperkte aantal zorgaanbieders die bij deze verzekering onder contract staan.
- Heldere informatie over het (wettelijk) eigen risico en wanneer een eigen bijdrage verwacht wordt van de consument.
- Bij het aanbod voor een nieuwe verzekering in november, expliciet de vraag stellen om te kijken naar je zorgverbruik, hoe heeft u uw *vrijwillig eigen risico afgelopen jaar verbruikt? Denk goed na of een vrijwillig eigen risico voor het komende jaar dan voor u een goede keuze is. Rekenvoorbeelden geven of, nog beter, een eenvoudig rekenmodelletje op de site waarmee de klant zelf kan uitrekenen wat voor hem de beste optie is*

# Aanbevelingen zorgaanbieders (en verwijzers)

## Waarschuwen voor financiële risico's

### Consumenten al bij de intake waarschuwen voor financiële risico's

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.

Het zou in elke verwijzing en elk gesprek met een zorgverlener aan de orde moeten komen dat er niet alleen over de diagnose en behandeling wordt gesproken, maar ook de vraag aan de orde is hoe de vergoeding daarvan geregeld wordt. Als verwijzers of zorgaanbieders deze informatie hebben, zouden ze deze actief moeten delen. Mochten verwijzers of zorgaanbieders niet over die informatie beschikken, dan zouden ze de verzekerde moeten adviseren om navraag te doen bij zijn zorgverzekeraar of en in hoeverre de behandeling door deze behandelaar ook voor vergoeding in aanmerking komt.

Het is overigens al een verplichting dat zorgaanbieders die niet gecontracteerd zijn, de verzekerde moeten waarschuwen vóór de start van de behandeling. Dat moet voorkomen dat mensen achteraf verrast worden door onverwacht hoge kosten voor eigen rekening. Als het dan onverhoopt toch misgaat met die informatievoorziening, dan kan het in ieder geval niet zo zijn dat de rekening enkel en alleen bij de consument komt te liggen.

# Aanbevelingen consumenten

*Zoek informatie, check of 'jouw' zorgverlener vergoed wordt*

## **Zoek actief informatie!**

Consumenten hebben ook een eigen verantwoordelijkheid als het gaat om de keuzes die zij maken. In ons zorgsysteem moeten we ons ervan bewust zijn dat er recht is op zorg, maar dat het nodig is om je goed te informeren over welke zorgaanbieders door jouw verzekering vergoed worden.

- Door betere informatievoorziening maken verschillende partijen het consumenten gemakkelijker om een passende zorgverzekering te vinden.
- Patiëntenorganisaties spelen hierin een belangrijke rol en kunnen samen met aanbieders van zorg en verzekeringen komen tot meer specifieke informatie voor bijvoorbeeld chronisch zieke patiënten.
- Een niet te onderschatten hulpbron voor de consument zijn de vergelijkingssites. Het verdient de aanbeveling te kijken of deze kunnen helpen het keuzeproces, ook voor de meer complexe onderdelen, makkelijker te maken.

# En wat doet de Ombudsman zorgverzekeringen zelf?



Het moet normaler worden dat wij, als consumenten, ons laten informeren over de keuzes die we hebben om een passende zorgverzekering af te sluiten. Vervolgens moeten we in de gelegenheid worden gesteld om passende keuzes te maken. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties kunnen en moeten hier het voortouw in nemen en doen wat helpt.

**Ook de Ombudsman zorgverzekeringen, samen met de SKGZ, spant zich in om te doen wat helpt. Dat doen wij onder meer via:**

- Voorlichting & Vraagbaak: we zijn belbaar (0800-6464644) en bereikbaar voor vragen via Zorgverzekeringslijn en geven overstaptrainingen op maat ook voor hulpverleners en patiëntenorganisaties.
- Bemiddeling bij klachten: we zijn beschikbaar om samen 'gedoe' op te lossen. We doen dat vanuit de bedoeling van de regels met de mens centraal. In 80% van de gevallen lukt dat via bemiddeling. Ook kan een onafhankelijke geschillencommissie een bindend advies uitbrengen over de vraag of de regels juridisch correct zijn toegepast.
- Signaleren: We voorzien verzekeraars, toezichthouders, beleidsmakers en patiëntenorganisaties van signalen (die we ontvangen van consumenten) over waar het schuurt en brengen hen waar nodig samen met hen aan verbeteringen.

## **Tot slot een oproep**

Ontstaat er onverhoopt toch gedoe? Dan moeten we oog blijven houden voor de mens. Wat is zijn zorg en behoefte? Kijk naar de rechtmatigheid en de rechtvaardigheid. Niet alleen naar de letter van de regel, maar zeker ook naar de bedoeling van de regel. Want dat er in dit complexe systeem dingen misgaan, is een gegeven. Maar hoe je ermee omgaat, dat is aan ons. En als de consument tussen wal en schip dreigt te vallen in een specifieke situatie, kijk dan ook naar wie er wat kan oplossen. Samen zorgen we voor vertrouwen en met elkaar maken we die goede toegang tot zorg.

# Over de ombudsman zorgverzekeringen



Soms lukt het de verzekerde en de zorgverzekeraar niet om samen een goede oplossing voor een probleem of klacht te vinden. Verzekerden die hierover bij de SKGZ aankloppen, hebben soms het gevoel dat hun klacht niet serieus genomen is. Dat de verzekeraar hen niet begrijpt, dat ze onrechtvaardig behandeld zijn of dat de regels te formeel zijn toegepast.

Ombudsman Zorgverzekeringen Frederique van Zomeren: 'Als je een probleem hebt, wil je dat er iemand naar je luistert en met je meedenkt. Of in ieder geval goed uitlegt hoe het precies zit met die regels, vergoedingen, eigen risico en eigen bijdragen.'

Dat is precies wat wij doen. Luisteren en doorvragen naar wat voor jou belangrijk is. Met elkaar in gesprek gaan en een oplossing zoeken die niet alleen rechtmatig is, maar ook rechtvaardig. Daarbij kijken we niet alleen of de regel juist is toegepast, maar ook naar de bedoeling achter de regel. Hierdoor komen er soms uitkomsten en oplossingen aan het licht die je in eerste instantie niet had verwacht.

Zo wordt ongeveer 80% van alle klachten opgelost, met een gemiddelde klantwaardering van een 8,1. Een klacht indienen bij de Ombudsman is gratis.





Klik [hier voor de rapportage van Motivaction](#)



## Bijlagen

**Postadres**

Postbus 291  
3700 AG Zeist

**Bezoekadres**

Het Rond 6D  
3701 HS Zeist

088 900 6900

[info@skgz.nl](mailto:info@skgz.nl)

[www.skgz.nl](http://www.skgz.nl)