

Monitor Overstapseizoen 2017-2018

Een onderzoek naar informatievoorziening door de zorgverzekeraar, potentiële overstapbelemmeringen voor verzekerden en de zorgverzekeraar als zorgadviseur



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Monitor Overstapseizoen 2017-2018

Een onderzoek naar informatievoorziening door de zorgverzekeraar, potentiële overstapbelemmeringen voor verzekerden en de zorgverzekeraar als zorgadviseur

Thamar van Esch
Anne Brabers
Madelon Kroneman
Judith de Jong

Maart 2018

ISBN 978-94-6122-482-8

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

© 2018 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt het rapport Monitor Overstapeseizoen 2017-2018 waarin gekeken is naar de volgende drie onderwerpen: 1) Informatievoorziening door de zorgverzekeraar, 2) Potentiële overstapbelemmeringen voor verzekerden en 3) De zorgverzekeraar als zorgadviseur. Dit onderzoek heeft het Nivel in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) uitgevoerd. In het onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens afkomstig uit analyses van websites van zorgverzekeraars, volmachten en vergelijkingssites, een mystery-onderzoek, een vragenlijst onder panelleden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel en een focusgroepdag met verzekerden.

We bedanken Alexander Haarman, Amy Potappel en Aafke Victoor van het Nivel voor hun hulp bij de analyses van de websites. Verder bedanken we Lenny Smulders en Lianne van der Weijden van het Ministerie van VWS voor hun kritische opmerkingen bij eerdere versies van dit rapport. De verantwoordelijkheid voor de inhoud van dit rapport ligt bij het Nivel.

De auteurs
Utrecht, maart 2018

Inhoud

Voorwoord	3
Begrippen en afkortingen	6
Samenvatting & beschouwing	7
1 Inleiding	12
2 Informatievoorziening door de zorgverzekeraar	13
2.1 Meeste websites geven informatie over type polissen maar die informatie is moeilijk te begrijpen	14
2.2 Financiële consequenties duidelijk bij niet-gecontracteerde aanbieders	18
2.3 Informatie over het marktconform tarief op de helft van de websites en lastig te begrijpen	20
2.4 Op een kwart van de websites is informatie over gevolgen van kwaliteitseisen op het recht van vergoeding aanwezig	23
2.5 Tot slot	24
3 Potentiële overstapbelemmeringen voor verzekerden	26
3.1 Overnemen van machtigingen wordt vaker aangeboden dan vorig jaar	27
3.2 Overnemen van toegangsverlening voor PGB wordt vaker aangeboden dan vorig jaar	29
3.3 Acceptatievoorwaarden voor de aanvullende verzekering bij overstap met een vergelijkbare aanvullende verzekering worden nauwelijks genoemd	31
3.4 Tot slot	33
4 De zorgverzekeraar als zorgadviseur	35
4.1 Vrijwel alle zorgverzekeraars en volmachten bieden zorgadvies aan en ongeveer één op de tien van de verzekerden maakt daar gebruik van	36
4.2 Informeren over zorgadvies gebeurt meestal via de website, zorgadvies wordt vooral telefonisch verstrekt	38
4.3 Informatie over redenen voor contracteren	42
4.4 Tot slot	42
Literatuur	44
Bijlage A Resultaten per website	45
A.1 Toelichting	45
A.2 Zorgverzekeraars	47
A.3 Volmachten	75
A.4 KOV- vergelijkingsites	79
A.5 Overige vergelijkingsites	84
Bijlage B Rapport analyses taalniveau (door BureauTaal)	89
B.1 Inleiding	89
B.2 Taalanalyse van webteksten van zorgverzekeraars	90

B.3	Conclusie	92
B.4	Wat te doen?	93
Bijlage C Methoden		94
C.1	Consumentenpanel Gezondheidszorg	94
C.2	Focusgroepdag met panelleden Consumentenpanel Gezondheidszorg	95
C.3	Mystery mails	96
C.4	Websiteanalyses	98
Bijlage D Vragen Consumentenpanel Gezondheidszorg		101

Begrippen en afkortingen

NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
Volmacht	Een volmacht is een onderneming die de zorgverzekering van een andere verzekeraar aanbiedt en daarbij zelfstandig de administratie en schadeafwikkeling verzorgt
Naturapolis	Bij een naturaverzekering hebben verzekerden recht op zorg. Zij kunnen kiezen uit zorgaanbieders die een contract hebben met hun zorgverzekeraar. Zij krijgen hun zorg, de zorgverzekeraar betaalt rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Als een verzekerde naar een zorgaanbieder zonder contract gaat moet hij/zij misschien een deel zelf betalen.
Restitutiepolis	Bij een restitutiepolis hebben verzekerden recht op de vergoeding van de kosten van zorg. Het is niet belangrijk of zorgaanbieders wel of niet gecontracteerd zijn. De zorgverzekeraar vergoedt de rekening. Tenzij de rekening onredelijk hoog is. Dit komt in uitzonderlijke gevallen voor. Als de zorgaanbieder een onredelijk hoge rekening stuurt, dan mag de zorgverzekeraar maximaal de in Nederland gangbare tarieven vergoeden.
Combinatiepolis	Een combinatiepolis is een combinatie van een naturapolis voor sommige soorten zorg en een restitutiepolis voor andere soorten zorg.
Marktconform tarief	De kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden redelijk zijn.
Taalniveau	In het Europees gemeenschappelijk referentiekader, vastgesteld door de Raad van Europa, worden zes taalniveaus onderscheiden: A1, A2, B1, B2, C1 en C2. A staat voor beginners, B voor onafhankelijke gebruiker en C voor vaardige gebruiker. Het niveau B1 wordt door de meeste mensen begrepen.
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
Machtiging	Sommige zorg en ziekenhuisbehandelingen, hulp- of geneesmiddelen kunnen door de verzekerden alleen bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd als ze hiervoor toestemming hebben van de zorgverzekeraar. Deze toestemming heet een machtiging.
PGB	Persoonsgebonden budget

Samenvatting & beschouwing

In ons zorgverzekeringsstelsel is iedereen verplicht een zorgverzekering af te sluiten. Het stelsel is zo ingericht dat het voor iedereen, oud of jong, gezond of ziek, arm of rijk, mogelijk is om tegen dezelfde voorwaarden een basisverzekering af te sluiten. Verzekerden mogen zelf kiezen bij welke zorgverzekeraar zij dat doen. Daarbij kunnen zij kiezen tussen een restitutie- en een naturapolis, of zij een aanvullende verzekering willen en of zij een vrijwillig eigen risico willen. Elk jaar kunnen verzekerden opnieuw een keuze maken. Het wisselen van zorgverzekeraar, is één van de manieren waarop verzekerden invloed kunnen uitoefenen op het aanbod van zorgverzekeraars.

Verzekerden kunnen hun verzekering tussen half november en 1 januari opzeggen en uiterlijk 31 januari moeten zij een nieuwe basisverzekering hebben afgesloten. De periode waarin het mogelijk is om over te stappen noemen we het overstapseizoen. Sinds het overstapseizoen 2015-2016 is er een monitor van de activiteiten van zorgverzekeraars tijdens het overstapseizoen. Deze monitor over het overstapseizoen 2017-2018 bestaat uit drie deelonderzoeken: informatievoorziening door de zorgverzekeraar, potentiële overstapbelemmeringen voor verzekerden en de zorgverzekeraar als zorgadviseur.

Relevante regelgeving en afspraken

Ingevolge de Wet marktordening gezondheidszorg, is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van transparantie van ziektekostenverzekeraars aan consumenten. In de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten'¹ wordt onder meer beschreven hoe zorgverzekeraars hun polissen moeten typeren en hoe zij de term marktconform tarief moeten gebruiken. In Hoofdstuk 2 van deze monitor gaan we in op deze onderwerpen.

In het Actieplan Kern-gezond [1] hebben zorgverzekeraars onder andere afgesproken eventuele (gepercipieerde) overstapbelemmeringen voor verzekerden weg te nemen. Zo streven zij ernaar dat verzekerden zo gemakkelijk mogelijk kunnen overstappen op basis van heldere en betrouwbare informatie. In Hoofdstuk 3 van deze monitor beschrijven we de informatievoorziening door zorgverzekeraars gerelateerd aan drie mogelijke/gepercipieerde overstapbelemmeringen.

Informatievoorziening door zorgverzekeraars, volmachten en vergelijkingsites

Het is van belang dat verzekerden geïnformeerd worden over de verschillende typen polissen (bijv. natura of restitutie), zodat verzekerden een goede keuze kunnen maken. Hiervoor moet de informatie beschikbaar zijn, oftewel aanwezig én vindbaar. Ook moet de beschikbare informatie begrijpelijk zijn voor verzekerden. De aanwezigheid, vindbaarheid en begrijpelijkheid van informatie brachten we in kaart door analyse van websites van zorgverzekeraars, volmachten en vergelijkingsites en bepaling van het taalniveau van de teksten op deze websites. Daarnaast hebben we tijdens een focusgroepdag met verzekerden bekeken of zij in de praktijk de informatie op de websites kunnen vinden en begrijpen.

Op vrijwel alle websites worden de verschillende typen polissen omschreven, alleen op twee websites van volmachten is deze informatie niet gevonden. Vorig jaar is deze informatie op alle websites van zorgverzekeraars en volmachten gevonden. De informatie bleek voor de onderzoekers meestal goed

¹ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2017-45350.html>

vindbaar in minder dan drie clicks² vanaf de homepage, via de zoekfunctie en via Google³. Dit komt overeen met de uitkomsten van vorig jaar toen 'één op de tien keer enig zoekwerk' nodig was. Echter, voor deelnemers aan de focusgroepdag bleek het zoeken beduidend lastiger te zijn dan voor de onderzoekers. Deelnemers vonden het zoeken vooral lastig als een website geen zoekfunctie bevat.

Alle zorgverzekeraars en volmachten met een natura- of combinatiepolis geven op hun website uitleg over vergoedingspercentages. Op ongeveer de helft van de websites staat uitleg over het marktconform tarief en deze uitleg is voor de onderzoekers meestal goed vindbaar. Deelnemers aan de focusgroepdag konden deze informatie vaak moeilijk of niet vinden. Ook was voor hen de betekenis van 'marktconform tarief' niet duidelijk na het zoeken.

De aanwezige informatie is vaak lastig te begrijpen voor de deelnemers aan de focusgroepdag. Zij begrijpen wat het verschil is tussen een natura- en restitutiepolis, maar vinden het verwarrend dat zorgverzekeraars en volmachten andere namen voor hun polissen hanteren. Het gemeten taalniveau van de teksten van websites over alle onderzochte onderwerpen was meestal hoger dan eenvoudig Nederlands (B1⁴). Dit kwam door gebruik van laagfrequente en formele woorden, door abstract taalgebruik, door lange en ingewikkelde zinnen en/of door lange alinea's. Bij geen enkele website zijn alle onderzochte teksten op niveau B1, in tegenstelling tot vorig jaar. Doordat vorig jaar teksten over andere onderwerpen verzameld zijn, kan er echter geen directe vergelijking gemaakt worden. Het belangrijkste verbeterpunt vorig jaar was het verminderen van het gebruik van laagfrequente woorden. Ook dit jaar is het gebruik van laagfrequente woorden de belangrijkste oorzaak van de relatief hoge taalniveaus.

Potentiële overstapbelemmeringen voor verzekerden

Voor de werking van het zorgverzekeringsstelsel, is het belangrijk dat elke verzekerde zonder belemmeringen kan wisselen van zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars hebben afgesproken eventuele gepercipieerde overstapbelemmeringen voor verzekerden weg te nemen (actieplan 'Kern-Gezond' [1]). Met behulp van websitesanalyses en mystery mails hebben we onderzocht hoeveel zorgverzekeraars dit doen, en of ze dat actief doen of pas als een verzekerde ergens om vraagt. We onderzochten de informatievoorziening rondom drie mogelijke overstapbelemmeringen:

1. De overname van een bestaande, nog geldige machtiging.
2. De overname van een bestaande, nog geldige toegangsverlening tot een persoonsgebonden budget (PGB) voor verpleging en persoonlijke verzorging thuis.
3. Medische acceptatie-eisen voor een uitgebreide aanvullende verzekering en uitgebreide tandartsverzekering voor verzekerden die elders een vergelijkbaar pakket hebben.

De informatievoorziening over het overnemen van machtigingen en toegangsverleningen op de websites en na het stellen van een vraag door een verzekerde is duidelijk verbeterd ten opzichte van vorig jaar, toen hier helemaal geen expliciete toelichtingen over gevonden zijn. Toch is er ook nog veel ruimte voor verdere verbetering. Nu informeert één op de vier (25%, 7 van de 28) zorgverzekeraars verzekerden via de website over het overnemen van machtigingen (volmachten doen dat niet). Na

² Hiermee wordt bedoeld dat de informatie te bereiken was minder dan drie clicks vanaf de homepage, via de kortst mogelijke route, zonder gebruik te maken van de zoekfunctie op de website. In eerste instantie kon het zoeken meer dan drie clicks vergen.

³ Bij het zoeken met de zoekfunctie en Google werd gezocht op vooraf bepaalde zoektermen (zie Tabel B1.1 in Bijlage A).

⁴ Taalniveau B1, eenvoudig Nederlands, is begrijpelijke taal voor bijna iedereen (zo'n 95% van de bevolking). Teksten op taalniveau B1 hebben korte actieve zinnen, geen tangconstructies en concrete woorden. Belangrijk voor taalniveau B1 is ook dat de lezer na het lezen van de tekst weet wat hij moet doen en antwoord heeft op de belangrijkste vragen.

een vraag van onze mystery-verzekerde geeft het grootste deel van de zorgverzekeraars (60%, 12 van de 20) en volmachten (drie op de vier) aan de machtiging over te nemen. De overige zorgverzekeraars en volmachten verwijzen de verzekerde naar de leverancier, of geven aan de machtiging niet over te nemen. Dit laatste is in tegenspraak met de afspraken uit het actieplan Kern-gezond [1]. Ruim twee op de vijf (43%, 12 van de 28) zorgverzekeraars informeert verzekerden via de website over het overnemen van een positieve PGB-toegangsverlening; de overige zorgverzekeraars en de volmachten geven hier geen informatie over. Na een vraag van onze mystery-verzekerde geeft ruim vier op de vijf (83%, 15 van de 18) zorgverzekeraars en de helft (2 van de 4) van de volmachten aan de toegangsverlening machtiging over te nemen. De overige zorgverzekeraars en volmachten willen de toegangsverlening eerst beoordelen. Het feit dat sommige verzekeraars aangeven machtigingen niet over te nemen, en de beperkte informatievoorziening via de websites, maakt dat het hebben van een machtiging of PGB-toegangsverlening voor verzekerden een overstapbelemmering kan zijn. De kans is immers aanwezig dat zij niet weten dat deze overgenomen kan worden door de nieuwe zorgverzekeraar. Uit eerder onderzoek blijkt dat een deel van de verzekerden aangeeft niet over te stappen van zorgverzekeraar omdat zij bang zijn voor administratieve problemen, en dat verzekerden die veel zorg gebruiken minder vaak overstappen dan verzekerden die weinig of geen zorg gebruiken [2].

Verzekeraars en volmachten informeren verzekerden nauwelijks over de afspraak dat geen acceptatievoorwaarden gehanteerd worden voor aspirant verzekerden met een vergelijkbaar pakket bij hun oude verzekering. Op de websites is hierover geen informatie te vinden, ondanks dat in ieder geval twaalf van de 28 (43%) zorgverzekeraars acceptatievoorwaarden hanteren voor één of meer van hun aanvullende (tand)verzekeringen. Ook na een vraag van een mystery-verzekerde geeft maar één zorgverzekeraar informatie over acceptatievoorwaarden voor aspirant verzekerden met een vergelijkbaar pakket elders. Hierdoor kan het hebben van een uitgebreide aanvullende verzekering een overstapbelemmering voor verzekerden zijn. Zij weten immers mogelijk niet dat voor hen geen acceptatievoorwaarden gelden als zij elders een soortgelijke verzekering willen afsluiten. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor onze eerdere bevinding dat verzekerden met een uitgebreidere aanvullende verzekering minder vaak wisselen van zorgverzekeraar [2].

De zorgverzekeraar als zorgadviseur

Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om verzekerden van zorgadvies te voorzien. Zij kunnen adviseren over de meest geschikte zorgaanbieder of wachtlijstbemiddeling aanbieden. In dit onderzoek analyseerden wij websites van zorgverzekeraars om een overzicht te maken van hoeveel zorgverzekeraars wat voor soort zorgadvies geven en hoe zij verzekerden daarover informeren. Omdat zorgverzekeraars verzekerden ook op andere manieren dan via de website kunnen informeren, onderzochten we met een vragenlijst onder verzekerden (leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg) of en hoe zij naar eigen zeggen over zorgadvies door de zorgverzekeraar geïnformeerd worden en hoe zij eventueel advies van hun zorgverzekeraar ervaren hebben.

Uit analyses van websites blijkt dat alle zorgverzekeraars en volmachten één of meerdere vormen van zorgadvies aanbieden: meestal ging het om wachtlijstbemiddeling (100% van de zorgverzekeraars en alle vier de volmachten), begeleiding bij het regelen van zorg (75% van de zorgverzekeraars) en advies over de meest geschikte zorgaanbieder (71% van de zorgverzekeraars). Ruim één op de tien verzekerden heeft gebruik gemaakt van zorgadvies (12%)⁵. Zij zijn daar in het algemeen tevreden

⁵ We weten niet hoeveel van de ondervraagde verzekerden zorg hebben gebruikt en/of voor hoeveel van hen zorgadvies relevant zou kunnen zijn geweest.

over. Zorgadvies lijkt daarmee een middel waarmee verzekeraars verzekerden aan zich kunnen binden.

Verzekerden staan ambivalent tegenover het zorgadvies. Ongeveer de helft (48%) zal de verzekeraar hiervoor niet benaderen, de andere helft (41%) wellicht wel. Ook stelt een groot deel (46%) het niet op prijs om actief benaderd te worden, terwijl ruim een derde (37%) het juist wel op prijs zou stellen als de zorgverzekeraar dit doet. Deze resultaten zijn in lijn met eerder onderzoek [3] waaruit bleek dat bijna vier op de tien verzekerden positief reageert op de vraag of ze het fijn zouden vinden als de zorgverzekeraar een adviserende rol op zich neemt. Eén van de mogelijke redenen waarom verzekerden hun zorgverzekeraar niet zouden benaderen voor zorgadvies, is dat verzekerden niet weten dat hun zorgverzekeraar zorgadvies aanbiedt: de meeste verzekerden weten niet dat hun zorgverzekeraar zorgadvies aanbiedt (67-87%). Van de verzekerden die aangaven hun zorgverzekeraar zeker of waarschijnlijk niet te benaderen voor zorgadvies, geeft ruim de helft (53%) aan niet te weten dat hun zorgverzekeraar zorgadvies aanbiedt.

Tot slot

Voor het goed functioneren van het zorgverzekeringsstelsel, is het van belang dat verzekerden zonder belemmeringen kunnen wisselen van zorgverzekeraar en weloverwogen keuzes kunnen maken. Om een weloverwogen keuze te kunnen maken, hebben verzekerden begrijpelijke informatie nodig over onder andere verschillen tussen typen polissen of over financiële gevolgen van het zorggebruik bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Uit dit onderzoek blijkt dat dat soort informatie meestal beschikbaar is op de onderzochte websites en goed vindbaar voor de onderzoekers. Deelnemers aan de focusgroepdag vonden het zoeken lastiger. De informatie blijkt bovendien lastig te begrijpen: het taalniveau is vaak hoger dan eenvoudig Nederlands (niveau B1) en ook verzekerden geven aan de informatie ingewikkeld te vinden. Doordat zorgverzekeraars bovendien veel verschillende namen voor hun polissen gebruiken is het voor verzekerden lastig de informatie over het verschil tussen een natura- en een restitutiepols te gebruiken bij het kiezen.

Om de informatie begrijpelijker te maken voor verzekerden kunnen zorgverzekeraars bijvoorbeeld zoveel mogelijk alledaagse woorden gebruiken; korte, actieve zinnen maken en korte alinea's maken (liefst niet langer dan 5 of 6 regels). Uit de vergelijking tussen de gemeten taalniveaus en de resultaten van de focusgroepdag blijkt echter dat een lager taalniveau niet per se hoeft te betekenen dat verzekerden de informatie makkelijker begrijpen.

Daarnaast zouden polissen voor verzekerden waarschijnlijk gemakkelijker te vergelijken worden als verzekeraars allemaal dezelfde namen zouden gebruiken voor hun polissen (natura-, restitutiepols en combinatiepols). Die namen worden nu ook al wel gebruikt, maar de eigen namen van de polissen zijn op de websites meestal prominenter aanwezig. In 2016 introduceerde Zorgverzekeraars Nederland de Zorgverzekeringskaart⁶. De zorgverzekeringskaarten beogen door gelijke en eenvoudige informatie het kiezen te vereenvoudigen. De bekendheid van de zorgverzekeringskaart is nu nog beperkt [5].

Om te zorgen dat iedere verzekerde zonder belemmeringen kan overstappen van verzekeraar, is het van belang dat verzekeraars goede informatie geven over potentiële/gepercipieerde overstapbelemmeringen, zoals het hebben van een machtiging, PGB-toegangsverlening of uitgebreide aanvullende verzekering. Uit dit onderzoek blijkt dat de informatievoorziening daarover sterk verbeterd is ten opzichte van vorig jaar, maar dat er ook nog ruimte voor verbetering is. Er wordt dit

⁶ <https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=1483898880>

jaar meer informatie verstrekt via websites en in reactie op mystery mails. Toch is de informatievoorziening op de websites over de drie onderwerpen nog beperkt of, over de acceptatievoorwaarden voor verzekerden met een vergelijkbaar pakket elders, zelfs afwezig. Bovendien geven zorgverzekeraars soms aan dat een PGB-toegangsverlening of machtiging niet wordt overgenomen. Dit is niet conform de afspraken uit het actieplan Kern-gezond [1]. Hierdoor is het een reëel risico dat verzekerden niet overstappen vanwege deze (gepercipieerde) overstapbelemmeringen. Dit zou vooral kunnen spelen voor verzekerden die veel zorg gebruiken. Uit eerder onderzoek blijkt inderdaad dat een deel van de verzekerden aangeeft niet over te stappen van zorgverzekeraar omdat zij bang zijn voor administratieve problemen, en dat verzekerden die veel zorg gebruiken minder vaak overstappen dan verzekerden die weinig of geen zorg gebruiken [2].

Aan verzekerden die zorg nodig hebben kunnen zorgverzekeraars zorgadvies bieden. Verzekerden die zorgadvies gekregen hebben, zijn hier in het algemeen tevreden over. Door het geven van zorgadvies, kunnen zorgverzekeraars dus aantrekkelijker worden voor verzekerden en zo verzekerden trekken die willen overstappen, of juist verzekerden aan zich binden. Bovendien kunnen zorgverzekeraars door middel van zorgadvies verzekerden sturen naar zorgaanbieders van goede kwaliteit [6]. Op die manier hebben verzekeraars dus invloed op de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Uit dit onderzoek blijkt dat alle zorgverzekeraars één of meerdere vormen van zorgadvies aanbieden op hun websites. Verzekerden zijn hier echter vaak niet van op de hoogte. Blijkbaar wordt via de websites dus maar een klein deel van de verzekerden bereikt. Om meer verzekerden te bereiken, kunnen zorgverzekeraar daarom beter ook op andere manieren verzekerden informeren over zorgadvies. Een mogelijk complicerende factor hierbij is dat bijna de helft van de verzekerden aangeeft het (zeer) onprettig te vinden als hun zorgverzekeraar hen actief zou benaderen met zorgadvies. Daarnaast kan de rol als zorgadviseur lastig zijn, omdat verzekerden relatief weinig vertrouwen hebben in zorgverzekeraars. Het vertrouwen in verzekeraars is laag vergeleken met vertrouwen in ziekenhuizen, medisch specialisten en huisartsen en verzekerden hebben het meeste vertrouwen in informatie over de kwaliteit van zorg die ze ontvangen van zorgaanbieders [4]. Het is voor zorgverzekeraars belangrijk om inzicht te krijgen in wat de juiste wijze is om hun verzekerden hierover te benaderen, opdat zij hun dienstverlening aan de verzekerde in de vorm van zorgadvies kunnen optimaliseren.

1 Inleiding

Met de introductie van de nieuwe zorgverzekeringswet in 2006 heeft marktwerking een belangrijke rol gekregen in het stelsel. Er zijn drie markten gecreëerd: de zorgverzekeringsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgaanbiedersmarkt. De marktwerking moet bijdragen aan het realiseren van een kwalitatief goede zorg voor een redelijke prijs. Op de zorgverzekeringsmarkt sluiten verzekerden een polis af voor een zorgverzekering bij de zorgverzekeraar van hun keuze. Om een goede keuze te kunnen maken hebben verzekerden goede informatie nodig over de voorwaarden van de polis. Als verzekerden niet tevreden zijn, moeten ze zonder belemmeringen kunnen wisselen van zorgverzekeraar. Verzekerden kunnen hun verzekering tussen half november en 1 januari opzeggen. Uiterlijk 31 januari moeten zij een nieuwe basisverzekering hebben afgesloten. Deze periode noemen we het overstapeseizoen. Sinds het overstapeseizoen 2015-2016 is er een monitor van de activiteiten van zorgverzekeraars tijdens het overstapeseizoen. Deze monitor over het overstapeseizoen 2017-2018 bestaat uit drie deelonderzoeken. We onderzoeken de aanwezigheid, vindbaarheid en begrijpelijkheid van informatie op websites van zorgverzekeraars, volmachten en vergelijkingsites (Hoofdstuk 2). Daarnaast onderzoeken we enkele mogelijke overstapbelemmeringen die verzekerden kunnen ervaren en hoe de verzekeraars hier mee omgaan (Hoofdstuk 3). Tot slot onderzoeken we de rol van de verzekeraar als zorgadviseur (Hoofdstuk 4).

Methoden in het kort (zie Bijlage C voor uitgebreide omschrijving van de methoden)

- **Websitesanalyses:** We analyseerden de websites van 28 zorgverzekeraars, vier volmachten, vijf vergelijkingsites met het keurmerk objectief vergelijken (KOV), en vijf overige vergelijkingsites aan de hand van gestructureerde invulbladen, in de periode november 2017 tot februari 2018.
- **Taalniveau-analyses:** Deze analyses zijn uitgevoerd door Bureau Taal. Zij hebben het taalniveau van de teksten op de websites in kaart gebracht, met gebruik van het programma Texamen.
- **Vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg:** In november 2017 is een vragenlijst met vragen over zorgadvies door de zorgverzekeraar gestuurd naar 1.500 leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. We ontvingen bruikbare antwoorden van 668 respondenten (respons van 44,5%).
- **Mystery-onderzoek:** Drie mystery-verzekerden hebben per mail vragen gestuurd naar de zorgverzekeraars en volmachten. De mystery-verzekerden stelden een vraag over de overname van een bestaande nog geldende machtiging voor stomamateriaal, de overname van een bestaande, nog geldende toekenningsverlening tot een PGB verpleging en persoonlijke verzorging thuis en over de voorwaarden voor het meest uitgebreide pakket van de aanvullende verzekeringen, waarbij de mystery-verzekerde aangaf elders een vergelijkbaar pakket te hebben.
- Op vrijdag 17 november hebben 15 panelleden die deelnamen aan een **focusgroepdag** van het Consumentenpanel Gezondheidszorg meegedaan aan twee sessies, waarin we zijn ingegaan op de vindbaarheid en begrijpelijkheid van informatie over 1) *het verschil tussen de natura- en restitutiepolis* en 2) *het marktconform tarief*.

2 Informatievoorziening door de zorgverzekeraar

Belangrijkste resultaten

- Op vrijwel alle websites worden de verschillende typen polissen omschreven en deze informatie is voor de onderzoekers meestal goed vindbaar in minder dan drie clicks, via de zoekfunctie vanaf de homepage of met Google. De betekenis van de termen restitutiepolis en combinatiepolis is niet op alle websites hetzelfde. Deelnemers aan de focusgroepdag vonden zoeken van informatie over het verschil tussen een restitutie- en naturapolis niet altijd even makkelijk, wel is het verschil tussen de twee polissen duidelijk na het zoeken. Alle zorgverzekeraars en volmachten met een natura- of combinatiepolis geven op hun website uitleg over vergoedingspercentages.
- Op ongeveer de helft van de websites staat uitleg over het marktconform tarief en deze uitleg is meestal vindbaar binnen drie clicks, via de zoekfunctie of met Google. Deelnemers aan de focusgroepdag konden informatie over marktconform tarief vaak moeilijk of niet vinden. Ook was voor hen de betekenis van 'marktconform tarief' niet duidelijk na het zoeken.
- Op een kwart van de websites is informatie over gevolgen van kwaliteitseisen op het recht van vergoeding aanwezig.
- Het taalniveau van de teksten van websites over alle onderzochte onderwerpen was meestal hoger dan B1. Dit komt door gebruik van laagfrequente en formele woorden, door abstract taalgebruik, door lange en ingewikkelde zinnen en/of door lange alinea's.
- Informatie op websites wordt soms ondersteund door extra's zoals animaties, infographics, of rekenvoorbeelden.

Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om een naturapolis, restitutiepolis en/of combinatiepolis aan te bieden. Bij een naturapolis heeft de verzekerde recht op zorg door gecontracteerde aanbieders. De zorgverzekeraar betaalt zorg door gecontracteerde zorgaanbieders rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Bij zorg door niet-gecontracteerde aanbieders moet de verzekerde meestal een deel zelf betalen. Bij een restitutiepolis heeft de verzekerde recht op de vergoeding van de kosten van zorg, ongeacht of zorgaanbieders wel of niet gecontracteerd zijn. De zorgverzekeraar vergoedt de rekening, tenzij de rekening onredelijk hoog is. Als de zorgaanbieder een onredelijk hoge rekening stuurt, dan mag de zorgverzekeraar maximaal de in Nederland gangbare tarieven vergoeden. Een combinatiepolis is een combinatie van een naturapolis en een restitutiepolis: natura voor sommige soorten zorg en restitutie voor andere soorten zorg.

Het is van belang dat zorgverzekeraars verzekerden informeren over de verschillende typen polissen zodat verzekerden een goede keuze kunnen maken. Ook is het belangrijk dat verzekerden op de hoogte zijn van eventuele financiële consequenties van hun keuze en voorwaarden voor vergoeding. Om verzekerden hier goed over te informeren, moet ten eerste de informatie beschikbaar zijn, ofwel aanwezig én vindbaar. Bovendien moet de beschikbare informatie ook begrijpelijk zijn voor verzekerden.

Volgens onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is informatievoorziening één van de punten waarop zorgverzekeraars beter kunnen presteren. Het gaat dan zowel om de kwaliteit van de informatieverstrekking, als om de vindbaarheid van informatie op websites. Transparante informatieverstrekking was en is één van de focuspunten van de NZa in 2016 en 2017. In 2016 heeft

de NZa dit verder uitgewerkt in de ‘Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten’⁷. Drie punten daaruit zijn:

- Zorgverzekeraars moeten polissen op dezelfde manier typeren als natura-, restitutie- of combinatiepolis;
- Alle zorgverzekeraars moeten de term ‘marktconform tarief’ op dezelfde manier gebruiken⁸.
- Zorgverzekeraars clusteren de informatie die ze op grond van deze regeling op de website vermelden zodanig dat de informatie per onderwerp overzichtelijk gepresenteerd wordt. Daarnaast vermelden zorgverzekeraars de informatie op de website zodanig dat deze vindbaar is. Informatie is vindbaar wanneer deze op een logische, toegankelijke en relevante plek staat.

In dit onderzoek beschrijven wij de beschikbaarheid (aanwezigheid én vindbaarheid) en begrijpelijkheid van informatie op websites van zorgverzekeraars en volmachten en op vergelijkingsites. We geven we antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

1. *In hoeverre is de beschrijving die zorgverzekeraars, volmachten en vergelijkingssites geven van het type polis (natura-, restitutie- of combinatiepolis) begrijpelijk? Indien een zorgverzekeraar meerdere type polissen aanbiedt, worden de verschillen tussen de polissen dan geduid?*
2. *In hoeverre verstrekken zorgverzekeraars, volmachten en vergelijkingssites informatie over de financiële consequenties van het zorggebruik bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders?*
 - *Is inzichtelijk welke vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders gehanteerd worden?*
 - *Is inzichtelijk welke zorgverzekeraars het eigen risico als sturingsinstrument voor gecontracteerde zorg inzetten?*
3. *In hoeverre maken zorgverzekeraars, volmachten en vergelijkingssites bij restitutiepolissen duidelijk wat bedoeld wordt met ‘het marktconform tarief’? Is de uitleg begrijpelijk?*
4. *In hoeverre hebben zorgverzekeraars en volmachten in de polisvoorwaarden kwaliteitseisen opgenomen waar een zorgaanbieder aan moet voldoen alvorens er recht op (vergoeding van de kosten van) zorg bestaat? In hoeverre worden verzekerden over de eventuele kwaliteitseisen en de gevolgen hiervan geïnformeerd?*

Om deze onderzoeksvragen te beantwoorden gebruiken we gegevens verzameld via de websites van zorgverzekeraars en volmachten, de analyses van het taalniveau van teksten van websites door Bureau Taal, en gegevens verzameld tijdens de focusgroepdag met leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg met sessies over het verschil tussen de natura- en restitutiepolis en over het marktconform tarief). Details over de aanpak vindt u in Bijlage C - Methoden.

2.1 Meeste websites geven informatie over type polissen maar die informatie is moeilijk te begrijpen

In deze paragraaf gaan we in op informatie over type polissen (bijv. naturapolis, restitutiepolis) op websites van zorgverzekeraars en volmachten en op vergelijkingswebsites en op informatie over verschillen tussen type polissen. Ook beschrijven we resultaten van een focusgroepdag waarop de deelnemers informatie op verschillende websites hebben opgezocht.

⁷ <https://zoek.officiëlebezoekingen.nl/stcrt-2017-45350.html>. Vergelijkingssites zijn niet gebonden aan deze regels. De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de informatie die de vergelijkingssite namens hen verstrekt.

⁸ Tekst uit de regeling: ‘De zorgverzekeraar gebruikt het begrip marktconform tarief enkel wanneer hiermee bedoeld wordt de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.’ Het gebruik van de term is dus niet verplicht.

2.1.1 Beschrijving over verschillende typen polissen aanwezig en vindbaar op websites, maar taalniveau is meestal hoog

Beschikbaarheid van informatie over type polissen

Uit Tabel 2.1 blijkt dat op vrijwel alle websites verschillende typen polissen worden omschreven. Alleen op de websites van één verzekeraar en twee volmachten is nauwelijks of geen omschrijving van een natura-, restitutie- of combinatiepolis te vinden. De overige websites geven informatie over in ieder geval de type polissen die daar worden aangeboden, en regelmatig ook over andere type polissen (zie de tabellen in Bijlage A voor gedetailleerde resultaten per website). Bij de beschrijving van het type polis wordt vrijwel altijd informatie gegeven over de wijze van vergoeding (moet een verzekerde de rekening voorschieten of niet?), vergoedingspercentages en contractering. Vorig jaar is de informatie over verschillende typen polissen, voor zover wij hebben kunnen achterhalen, op alle websites van zorgverzekeraars en volmachten gevonden[7].

De term combinatiepolis wordt op verschillende manieren gebruikt. Sommige combinatiepolissen bestaan uit een combinatie van restitutiepolis voor sommige zorgsoorten en naturapolis voor andere zorgsoorten, zoals bij Ditzo. Een andere vorm van de combinatiepolis is een polis waarbij zorg bij gecontracteerde aanbieders in natura vergoed wordt en zorg bij niet-gecontracteerde aanbieders via restitutie, tegen een iets lager tarief, zoals bij DSW.

Vindbaarheid van informatie over type polissen

De beschrijvingen van type polissen was op de meeste websites te vinden binnen enkele clicks⁹ vanaf de homepage, met gebruik van een zoekfunctie op de homepage en via Google¹⁰ (zie Tabel 2.1). Op vier van de tien vergelijkingssites was echter geen zoekfunctie beschikbaar.

Begrijpelijkheid van informatie over type polissen

Het taalniveau van de beschrijvingen over de type polissen of de verschillen daartussen was meestal hoog. Op vier websites van zorgverzekeraars (15%, zie Tabel 2.1) en op één vergelijkingssite was het taalniveau B1. Dat is het niveau dat de meeste Nederlanders kunnen begrijpen. Op alle andere websites waren de teksten over type polissen en verschillen daartussen moeilijker, door gebruik van laagfrequente en formele woorden, door abstract taalgebruik, door lange en ingewikkelde zinnen en/of door lange alinea's (zie ook Bijlage B).

Enkele websites ondersteunen de beschrijvingen van type polissen met extra's zoals animaties (filmpjes, bij vier zorgverzekeraars en één vergelijkingssite) en infographics (bij één zorgverzekeraar en twee vergelijkingssites). Een voorleesfunctie was bij twee zorgverzekeraars beschikbaar.

Informatie over verschillen tussen type polissen

Op het grootste deel van de websites worden verschillen tussen typen polissen expliciet duidelijk gemaakt (zie Tabel 2.1). Op zeven websites van zorgverzekeraars en drie websites van volmachten worden de verschillen tussen type polissen niet toegelicht. Deze zorgverzekeraars en volmachten bieden allemaal zelf maar één type polis aan¹¹. Deze zorgverzekeraars beschrijven meestal (7 van de 10) wel het type polis dat zij zelf aanbieden. De overige drie (één zorgverzekeraar en één volmacht) beschrijven ook het type polis dat zij zelf aanbieden niet of nauwelijks.

⁹ Hiermee wordt bedoeld dat de informatie te bereiken was minder dan drie clicks vanaf de homepage, via de kortst mogelijke route, zonder gebruik te maken van de zoekfunctie op de website. In eerste instantie kon het zoeken meer dan drie clicks vergen.

¹⁰ Bij het zoeken met de zoekfunctie en Google werd gezocht op vooraf bepaalde zoektermen (zie Tabel B1.1 in Bijlage A).

¹¹ Op andere websites van zorgverzekeraars met één type polis, staat het verschil tussen type polissen wel vermeld.

Op de websites waar informatie over verschillen tussen type polissen aanwezig is, is deze informatie meestal te vinden in minder dan drie clicks, via de zoekfunctie en via Google (Tabel 2.1). Op KOV-vergelijkingssites is de informatie het lastigst te vinden: op 4 van de 5 sites lukt het binnen drie clicks en op 2 websites met een zoekfunctie. Op de websites van zorgverzekeraars lukt dit op 79% en 86% van de websites.

In enkele gevallen wordt de uitleg over verschillen tussen type polissen ondersteund met animaties (één zorgverzekeraar en één KOV-vergelijkingssite) of infographics (één zorgverzekeraar en één vergelijkingssite, zie Tabel 2.2). Verder hebben drie websites van zorgverzekeraars een voorleesfunctie.

Tabel 2.1 Informatie op websites over type polissen en verschillen daartussen

		Informatie over type polissen en verschillen daartussen			
		Websites van zorgverzekeraars (N=28)	Websites van volmachten (N=4)	Vergelijkingssites KOV (N=5)	Vergelijkingssites overig (N=5)
Aanwezigheid	Informatie over type polissen (natura, restitutie, combinatie)	Websites van zorgverzekeraars waarop informatie aanwezig is (N=27)	Websites van volmachten waarop informatie aanwezig is (N=2)	Vergelijkingssites KOV waarop informatie aanwezig is (N=5)	Vergelijkingssites overig waarop informatie aanwezig is (N=5)
Vindbaarheid (als informatie aanwezig is)	Minder dan 3 clicks?	89% (24)	1	5	4
	Via zoekfunctie?	96% (26)	1	2	4
	Via google?	96% (26)	2	5	5
Begrijpelijkheid (als informatie aanwezig is)	Op taalniveau B1?	15% (4)	0	0	1
Aanwezigheid	Informatie over verschillen tussen type polissen	Websites van zorgverzekeraars waarop informatie aanwezig is (N=21)	Websites van volmachten waarop informatie aanwezig is (N=1)	Vergelijkingssites KOV waarop informatie aanwezig is (N=5)	Vergelijkingssites overig waarop informatie aanwezig is (N=5)
Vindbaarheid (als informatie aanwezig is)	Minder dan 3 clicks?	79% (15)	1	4	4
	Via zoekfunctie?	86% (18)	1	2	4
	Via google?	95% (20)	1	5	5

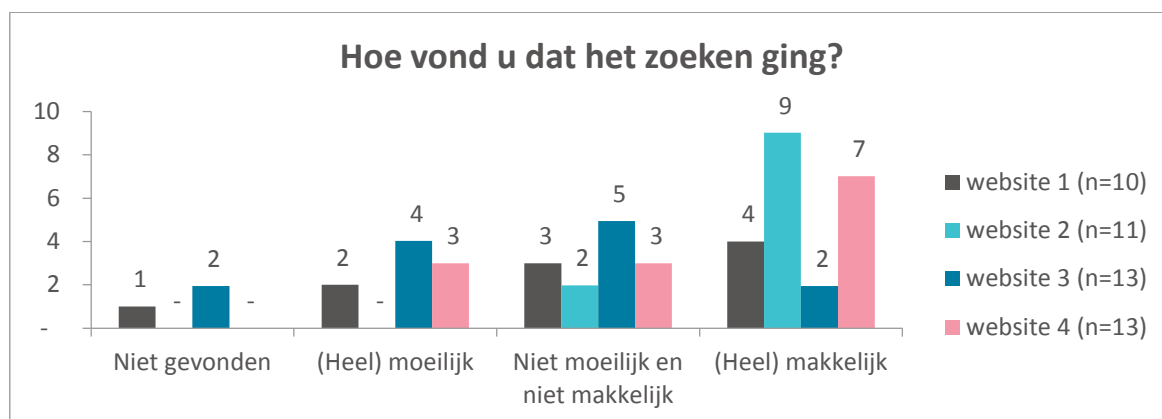
Bron: websitesanalyses

2.1.2 Zoeken van informatie over verschil restitutie- en naturapolis niet altijd even makkelijk voor verzekerden, wel is verschil duidelijk na zoeken

Om te kijken in hoeverre verzekerden informatie op websites van zorgverzekeraars/volmachten en vergelijkingssites kunnen vinden en begrijpen, is aan de deelnemers (N=15) van de focusgroepdag gevraagd om op vier verschillende websites (drie websites van zorgverzekeraars en één vergelijkingssite) te zoeken naar wat het verschil is tussen een restitutie- en naturapolis. Uit Figuur 2.1 blijkt dat het zoeken naar deze informatie niet altijd even makkelijk was. Zo vonden bijvoorbeeld één

respectievelijk twee deelnemers géén informatie op website 1 en website 3. Waarschijnlijk heeft dit te maken met het feit dat website 1 geen zoekfunctie heeft en dat op website 3 volgens de websitesanalyses 3 of meer clicks nodig zijn om bij de uitleg over de verschillen te komen. Daartegenover konden 9 van de 11 deelnemers de informatie op website 2 (heel) makkelijk vinden. Op deze website was ook volgens de websitesanalyses de vindbaarheid optimaal: de informatie was vindbaar binnen drie clicks en de site heeft een zoekfunctie. Wel moet hierbij worden opgemerkt dat (vrijwel) alle deelnemers op deze website informatie van een aantal jaar geleden vonden.

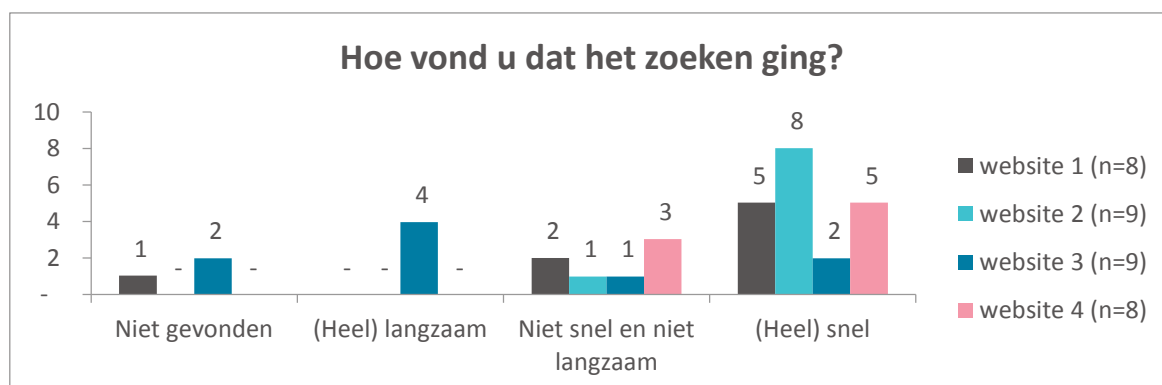
Figuur 2.1 Hoe vindt u dat het zoeken ging? Verschil natura- en restitutiepólis



Bron: focusgroepdag met verzekerden

Er is ook gevraagd aan de deelnemers hoe snel ze de informatie konden vinden. Ook hier is verschil zichtbaar tussen de websites (zie Figuur 2.2). Zo werd de informatie op website 2 door de meeste deelnemers (heel) snel gevonden, terwijl het merendeel (N=6) de informatie op website 3 niet of (heel) moeilijk kon vinden. Als de informatie werd gevonden, was dit altijd binnen 10 minuten, en voor het grootste deel (88%) binnen 5 minuten¹². In het algemeen merkten de deelnemers op dat het prettig is als er een zoekfunctie is op de website. De deelnemers zochten tijdens de sessies het vaakst met de zoekfunctie.

Figuur 2.2 Hoe vindt u dat het zoeken ging? Verschil natura- en restitutiepólis



Bron: focusgroepdag met verzekerden

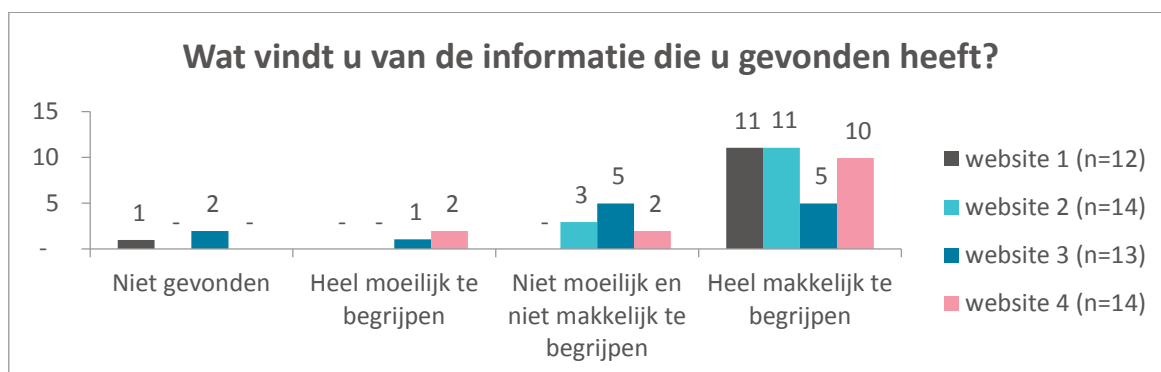
Uit Figuur 2.3 blijkt dat het merendeel van de deelnemers de informatie op de websites 1, 2 en 4 (heel) makkelijk te begrijpen vond. Ter vergelijking: uit de analyse van het taalniveau bleek dat op twee van deze websites de informatie over natura- en restitutiepólissen een B2 niveau had, en op één van de drie websites niveau C1. Idealiter heeft een tekst taalniveau B1, omdat deze dan door het

¹² Driekwart van de deelnemers die het zoeken opgaven (in één of beide sessies), deden dat binnen 5 minuten.

grootste deel van de verzekerden te begrijpen is. De informatie op website 3 vonden de deelnemers lastiger te begrijpen. Deze tekst had een taalniveau op B2. Uit de resultaten blijkt dus dat een lager taalniveau niet per se hoeft te betekenen dat verzekerden de informatie makkelijker vinden te begrijpen. Uit de plenaire terugkoppeling na afloop van de sessie bleek dat vrijwel alle deelnemers het verschil tussen een restitutie- en naturapolis goed begrepen. Wel gaven meerdere deelnemers aan dat ze het lastig vonden dat zorgverzekeraars verschillende namen gebruiken voor hun polissen, zoals ook blijkt uit deze opmerking van één van de deelnemers:

“Betekent dat hier niet-gecontracteerde zorg? Alles verzorgd polis, vrije keus polis en zelf bewust polis? Je zou er een aparte studie voor moeten gaan volgen om het te begrijpen.”

Figuur 2.3 Wat vindt u van de informatie die u gevonden heeft? Verschil natura- en restitutiepolis



Bron: focusgroepdag met verzekerden

2.2 Financiële consequenties duidelijk bij niet-gecontracteerde aanbieders

In deze paragraaf beschrijven we informatie van websites over financiële consequenties van zorggebruik bij niet-gecontracteerde aanbieders, en van zorggebruik bij aanbieders die niet voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen.

2.2.1 Alle zorgverzekeraars en volmachten met een natura- of combinatiepolis geven op hun website uitleg over vergoedingspercentages

Op alle websites van zorgverzekeraars en volmachten die een naturapolis en/of een combinatiepolis aanbieden, is informatie beschikbaar over vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg (zie Tabel 2.2). Zorgverzekeraars die alleen een restitutiepolis aanbieden zijn hierbij buiten beschouwing gelaten. Deze zorgverzekeraars vergoeden immers de hele rekening, eventueel gemaximeerd tot het marktconform tarief. Vergelijkingswebsites geven niet altijd inzicht in vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg: zeven van de tien geven hier informatie over. Meestal wordt op vergelijkingswebsites een range van percentages gegeven, soms wordt een overzicht met informatie per zorgverzekeraar/volmacht gepresenteerd.

Als de vergoedingspercentages aanwezig zijn, zijn die op websites van zorgverzekeraars en op KOV-vergelijkingsites in minder dan drie clicks te vinden (respectievelijk 83% van de zorgverzekeraars en drie vergelijkingsites). Op websites van volmachten en de overige vergelijkingsites lukt dit minder vaak (respectievelijk één en twee van de vier keer) binnen drie clicks. Op websites van zorgverzekeraars, volmachten en overige vergelijkingsites, maar niet op de KOV-vergelijkingsites, is de informatie ook bijna altijd via de zoekfunctie te vinden (Tabel 2.2). Op alle websites op één na zijn de vergoedingspercentages vindbaar via Google.

Op geen enkele website is het taalniveau van de teksten bij vergoedingspercentages op het gewenste niveau B1 Tabel 2.2). De informatie over vergoedingspercentages wordt op geen enkele website ondersteund met animaties of infographics. Wel geven vier zorgverzekeraars op hun websites rekenvoorbeelden bij de vergoedingspercentages. Ten slotte is het op twee websites van zorgverzekeraars mogelijk de tekst voor te laten lezen.

Tabel 2.2 Informatie op websites over vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg

		Informatie over vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg			
		Websites van zorgverzekeraars (N=23)	Websites van volmachten (N=4)	Vergelijkingsites KOV (N=5)	Vergelijkingsites overig (N=5)
Aanwezigheid (niet bij restitutiepolis)	Informatie aanwezig?	100% (22)	4	3	4
		Websites van zorgverzekeraars waarop informatie aanwezig is (N=22)	Websites van volmachten waarop informatie aanwezig is (N=4)	Vergelijkingsites KOV waarop informatie aanwezig is (N=3)	Vergelijkingsites overig waarop informatie aanwezig is (N=4)
Vindbaarheid (als informatie aanwezig is)	Binnen 3 clicks?	83% (19)	1	3	2
	Via zoekfunctie?	91% (21)	3	0	4
	Via google?	100% (23)	3	3	4
Begrijpelijkheid (als informatie aanwezig is)	Op taalniveau B1?	0% (0)	0	0	0

Bron: websitesanalyses

2.2.2 Ongeveer vier op de tien zorgverzekeraars gebruiken het eigen risico als sturingsinstrument voor gecontracteerde zorg

Op basis van informatie op de websites, gebruiken ongeveer vier op de tien zorgverzekeraars (43%, 11 van de 28) het eigen risico als sturingsinstrument voor gecontracteerde zorg (zie Tabel 2.3). Dit betekent dat verzekerden bij deze zorgverzekeraars voor bepaalde gecontracteerde zorg geen eigen risico hoeven te betalen. Het gaat daarbij meestal om voorkeursgeneesmiddelen (10 van de 12) en soms ook om drinkvoeding, hulpmiddelen of bepaalde behandelingen of zorgarrangementen bij geselecteerde zorgaanbieders. Geen enkele volmacht hanteert in 2018 dit soort uitzonderingen op het eigen risico. Op twee KOV-vergelijkingssites en twee overige vergelijkingssites is informatie over dit soort uitzonderingen op het eigen risico aanwezig.

De informatie over deze regelingen is, mits aanwezig, meestal goed vindbaar (Tabel 2.3). Soms wordt de informatie ondersteund met animaties of rekenvoorbeelden (bij twee zorgverzekeraars en één KOV-vergelijkingssite).

Tabel 2.3 Informatie op websites over het eigen risico als sturingsinstrument voor gecontracteerde zorg

		Informatie over eigen risico als sturingsinstrument voor gecontracteerde zorg?			
		Websites van zorgverzekeraars waarop informatie aanwezig is (N=12)	Websites van volmachten waarop informatie aanwezig is (N=0)	Vergelijkingsites KOV waarop informatie aanwezig is (N=2)	Vergelijkingsites overig waarop informatie aanwezig is (N=2)
Vindbaarheid	Binnen 3 clicks?	67% (8)	0	2	1
	Via zoekfunctie?	92% (11)	0	0	1
	Via Google?	92% (11)	0	1	2
Begrijpelijkheid	Op taalniveau B1?	0% (0)	0	0	0

Bron: websitesanalyses

2.3 Informatie over het marktconform tarief op de helft van de websites en lastig te begrijpen

Het marktconform tarief is het tarief 'dat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten'¹³. Dit is het tarief dat zorgverzekeraars bij een restitutiepolis moeten vergoeden voor niet-gecontracteerde zorg¹⁴. Dit is niet hetzelfde als het 'gemiddelde gecontracteerde tarief', een begrip dat wordt gehanteerd bij naturapolissen (bij niet-gecontracteerde zorg wordt een percentage van het gemiddelde gecontracteerde tarief vergoed). Ook wordt voor vergoeding van zorg in het buitenland vaak het marktconform tarief gehanteerd. In deze paragraaf beschrijven we de informatie over 'het marktconform tarief' op websites van zorgverzekeraars en volmachten en op vergelijkingswebsites en op informatie over verschillen tussen type polissen. Ook presenteren we resultaten van een focusgroepdag waarop de deelnemers informatie over het marktconform tarief op verschillende websites hebben opgezocht.

2.3.1 Uitleg over marktconform tarief op grootste deel van de websites van zorgverzekeraars aanwezig

Op ongeveer drie van de vijf (61%, 17 van de 28) websites van zorgverzekeraars is een uitleg van het marktconform tarief aanwezig (zie Tabel 2.4). De uitleg is ook aanwezig op één van de vier websites van volmachten en twee van de vijf KOV-vergelijkingsites en overige vergelijkingsites. De beschrijving die wordt gegeven verschilt en is vaak kort, bijvoorbeeld 'het tarief dat naar ons oordeel in redelijkheid passend is in de Nederlandse markt' tot zeer kort, zoals 'redelijke marktprijs'. Op de meeste overige websites (25% van de websites van zorgverzekeraars, drie van volmachten en vijf vergelijkingsites) wordt de term 'marktconform tarief' wel genoemd, maar wordt daar geen toelichting bij gegeven. Andere zorgverzekeraars hanteren niet het marktconform tarief voor niet-gecontracteerde zorg, maar het gemiddeld gecontracteerd tarief of een percentage daarvan.

Op websites waar de beschrijving van het marktconform tarief aanwezig is, is deze vaak lastig te vinden via clicks. Bij 53% van de zorgverzekeraars, maar niet bij volmachten en vergelijkingsites, is de informatie binnen 3 clicks vindbaar. Via de zoekfunctie en via Google is deze informatie meestal wel te vinden (zie Tabel 2.4). Op alle website is de uitleg over het marktconform tarief moeilijker dan het gewenste taalniveau B1. Dit betekent dat de uitleg voor een aanzienlijk deel van de mensen te

¹³ Artikel 2.2, tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering

¹⁴ Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2017-45350.html>

ingewikkeld is. Behalve een voorleesfunctie (bij twee zorgverzekeraars) wordt de informatie over het marktconform tarief niet ondersteund met extra's.

Tabel 2.4 Uitleg over het marktconform tarief op websites

		Informatie over het marktconform tarief			
		Websites van zorgverzekeraars (N=28)	Websites van volmachten (N=4)	Vergelijkingsites KOV (N=5)	Vergelijkingsites overig (N=5)
Aanwezigheid	Informatie aanwezig?	61% (17)	1	2	2
		Websites van zorgverzekeraars waarop informatie aanwezig is (N=17)	Websites van volmachten waarop informatie aanwezig is (N=1)	Vergelijkingsites KOV waarop informatie aanwezig is (N=2)	Vergelijkingsites overig waarop informatie aanwezig is (N=2)
Vindbaarheid (als informatie aanwezig is)	Minder dan 3 clicks?	53% (9)	0	0	0
	Via zoekfunctie?	82% (14)	1	1	1
	Via Google?	88% (15)	1	2	2
Begrijpelijkheid (als informatie aanwezig is)	Op taalniveau B1?	0% (0)	0	0	0

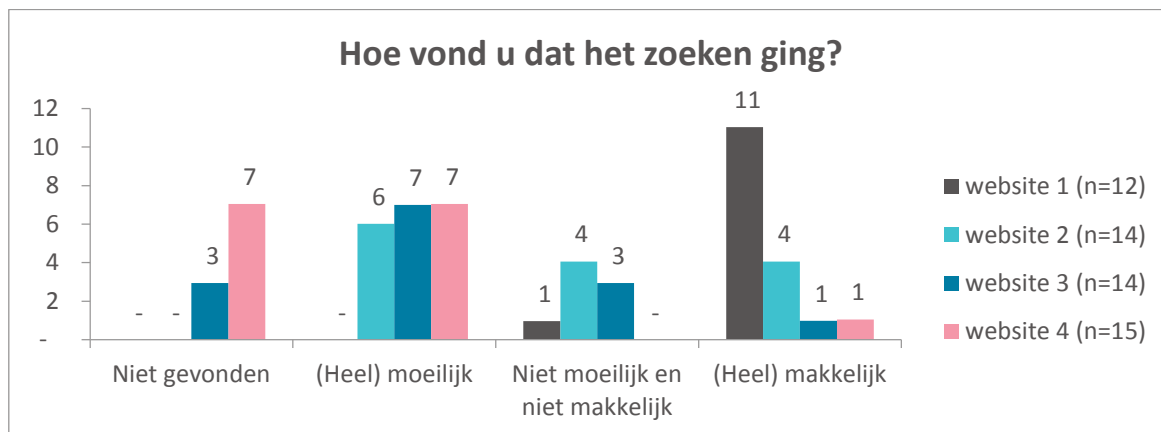
Bron: websitesanalyses

2.3.2 Informatie over marktconform tarief vaak moeilijk of niet te vinden voor verzekerden, ook betekenis marktconform tarief niet duidelijk na het zoeken

Om te kijken in hoeverre verzekerden informatie over het marktconform tarief op websites van zorgverzekeraars en volmachten en vergelijkingssites kunnen vinden en begrijpen, is in een tweede sessie op de focusgroepdag aan de deelnemers (N=15) gevraagd om op vier websites (drie websites van zorgverzekeraars en één vergelijkingssite)¹⁵ te zoeken naar dit tarief. Uit Figuur 2.4 blijkt dat er verschillen tussen websites zijn in hoe makkelijk informatie over het marktconform tarief was te vinden. Op website 4 heeft bijna de helft (N=7) geen informatie gevonden over het marktconform tarief. Op deze website was de informatie alleen vindbaar door te zoeken via Google. Op website 2 en 3 vond ongeveer de helft het zoeken (heel) moeilijk. Dit is opvallend aangezien we de informatie op deze websites wel vindbaar was via de zoekfunctie en via clicks. Op website 1 vond daarentegen bijna iedereen (N=11) het zoeken (heel) makkelijk.

¹⁵ Dit waren vier andere websites dan de vier websites in de sessie over het verschil tussen een restitutie- en naturapolis.

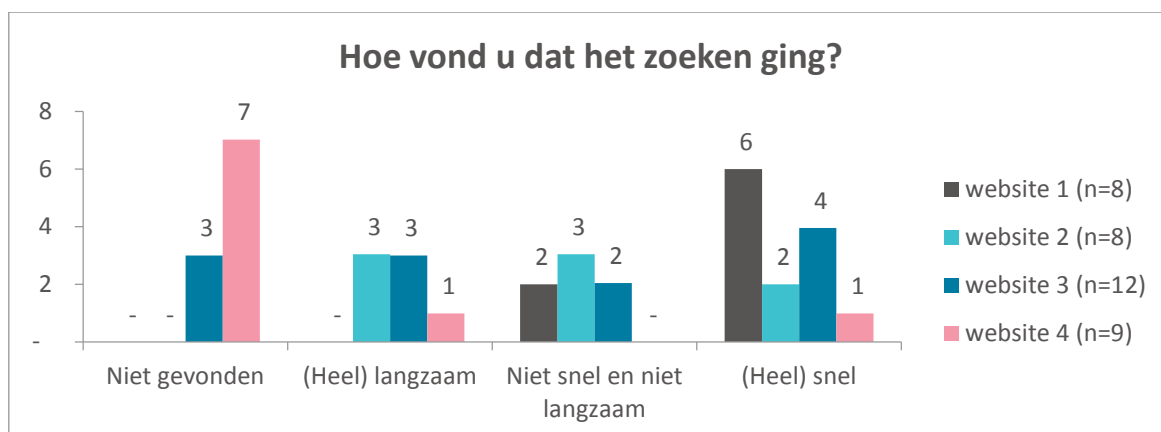
Figuur 2.4 Hoe vindt u dat het zoeken ging? Marktconform tarief



Bron: focusgroepdag met verzekerden

Ook de snelheid waarmee het zoeken ging, verschilde tussen deelnemers en tussen websites (zie Figuur 2.5). Als de informatie werd gevonden was dit, vergelijkbaar met de sessie over de natura- en restitutiepolis, altijd binnen 10 minuten, en voor het grootste deel (85%) binnen 5 minuten¹⁶. Ook in deze sessie is de zoekfunctie op de website het meest gebruikt om de informatie te zoeken.

Figuur 2.5 Hoe vindt u dat het zoeken ging? Marktconform tarief



Bron: focusgroepdag met verzekerden

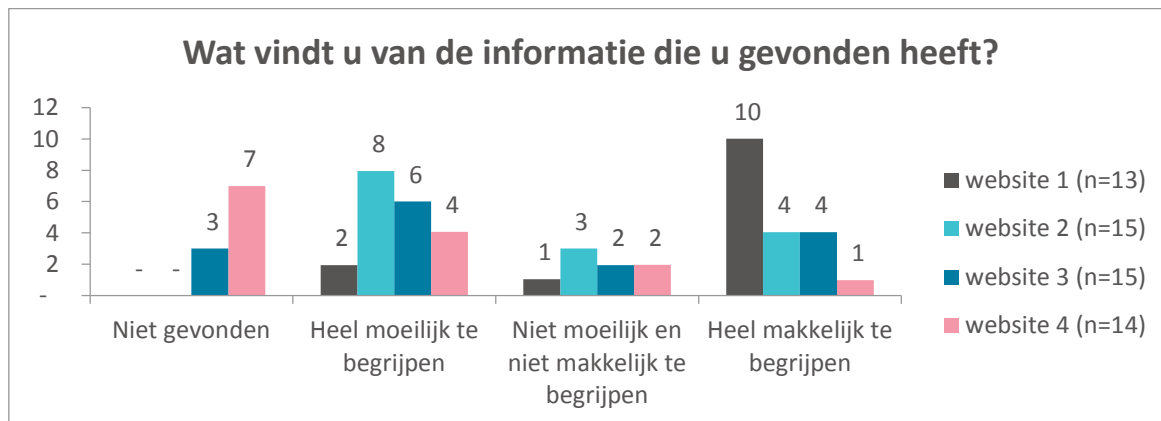
Met betrekking tot de begrijpelijkheid van de informatie, vonden de deelnemers de informatie van website 1 het makkelijkst te begrijpen (zie Figuur 2.6). Ter vergelijking: uit de taalanalyse bleek dat de informatie op deze website over het marktconform tarief niveau B2 had. De informatie op de andere 3 websites vonden de meeste deelnemers (heel) moeilijk te begrijpen, of de informatie werd niet gevonden. Twee van deze websites hadden ook taalniveau B2 en één website had taalniveau C1. Tijdens de plenaire terugkoppeling bleek dat de meesten deelnemers wisten dat het marktconform tarief betrekking heeft op iets als 'gangbaar' of 'passend'. Slechts weinig deelnemers wisten na deze sessie dat het betrekking heeft op zorg door niet-gecontracteerde aanbieders bij een restitutiepolis en op zorg in het buitenland. De betekenis van het marktconform tarief was voor de deelnemers niet duidelijk, ze hadden geen idee wie of wat bepaalt wat redelijk is en dus marktconform. Eén van de deelnemers verwoordde het als volgt:

¹⁶ Driekwart van de deelnemers die het zoeken opgaven (in één of beide sessies), deden dat binnen 5 minuten.

“De gevonden informatie [is makkelijk te begrijpen maar] zegt me eigenlijk nog niks. Wat zijn de criteria die worden gehanteerd?”

Bovendien gaven deelnemers tijdens de centrale terugkoppeling aan dat het marktconform tarief hen niet heel belangrijk leek en het bij het kiezen van een zorgverzekering geen prioriteit heeft.

Figuur 2.6 Wat vindt u van de informatie die u gevonden heeft? Marktconform tarief



Bron: focusgroepdag met verzekerden

2.4 Op een kwart van de websites is informatie over gevolgen van kwaliteitseisen op het recht van vergoeding aanwezig

Alle zorgverzekeraars en volmachten hebben in hun voorwaarden bepaalde kwaliteitseisen waar een zorgaanbieder aan moet voldoen voordat de zorg door die zorgaanbieder vergoed wordt. Het gaat er dan bijvoorbeeld om dat een GGZ-aanbieder een Kwaliteitsstatuut moet hebben, of dat een fysiotherapeut als zodanig staat ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister Fysiotherapie of bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie. Een kwart van de zorgverzekeraars (25%, 7 van de 28) en geen enkele volmacht geeft op haar website expliciete informatie over de gevolgen daarvan voor het recht op vergoeding (zie Tabel 2.5). Wij vonden vooral informatie over vergoeding van zorg door GGZ-aanbieders, bijvoorbeeld:

“Let op! De GGZ-zorgaanbieder die u behandelt moet een goedgekeurd kwaliteitsstatuut GGZ hebben. Anders krijgt u geen vergoeding.”

Op sommige andere websites staat wel informatie over het recht op vergoeding, maar wordt ‘kwaliteit’ niet expliciet genoemd, bijvoorbeeld:

‘Je krijgt een behandeling alleen vergoed wanneer de zorgverlener aan bepaalde eisen voldoet’.

Op één na alle websites was het taalniveau van de teksten over dit onderwerp hoger dan het gewenste B1 (Tabel 2.5). De informatie werd op geen enkele website ondersteund met extra’s zoals animaties of infographics.

Tabel 2.5 Informatie op websites over gevolgen van kwaliteitseisen op het recht op vergoeding

		Informatie over financiële gevolgen van kwaliteitseisen	
		Websites van zorgverzekeraars (N=28)	Websites van volmachten (N=4)
Aanwezigheid	Informatie aanwezig?	25% (7)	1
		Websites van zorgverzekeraars waarop informatie aanwezig is (N=7)	Websites van volmachten waarop informatie aanwezig is (N=1)
Vindbaarheid (als informatie aanwezig is)	Minder dan 3 clicks?	71% (5)	0
	Via zoekfunctie?	100% (7)	1
	Via Google?	100% (7)	1
Begrijpelijkheid (als informatie aanwezig is)	Op taalniveau B1?	6% (1)	0

Bron: websitesanalyses

2.5 Tot slot

In dit hoofdstuk beschreven wij de aanwezigheid, vindbaarheid en begrijpelijkheid van informatie op websites van zorgverzekeraars en volmachten en op vergelijkingsites. Het ging hierbij om informatie die van belang is voor verzekerden om een weloverwogen keuze te kunnen maken, zoals informatie over verschillende typen polissen, financiële consequenties en voorwaarden voor vergoeding.

Op vrijwel alle websites worden de verschillende typen polissen omschreven. De aanwezige informatie was, volgens de onderzoekers, meestal vindbaar in minder dan 3 clicks, via de zoekfunctie en via Google. Dit komt overeen met de uitkomsten van vorig jaar toen 'één op de tien keer enig zoekwerk' nodig was. Dit jaar hebben we ook onderzocht hoe moeilijk of makkelijk deelnemers aan de focusgroepdag de informatie konden vinden. Hieruit bleek dat het zoeken voor hen beduidend lastiger is dan voor de onderzoekers. Deelnemers vinden het zoeken vooral lastig als een website geen zoekfunctie bevat.

De aanwezige informatie is vaak lastig te begrijpen volgens de deelnemers aan de focusgroepdag. De betekenis van de termen restitutiepolis en combinatiepolis is niet op alle websites hetzelfde. Bovendien hanteren de zorgverzekeraars en volmachten andere namen voor hun polissen. Dat maakt het onderscheid verwarrend voor verzekerden. Zorgverzekeraars proberen hier met de in 2016 geïntroduceerde Zorgverzekeringskaart¹⁷ meer duidelijkheid in te scheppen. De zorgverzekeringskaarten beogen door heldere en gelijke informatie het kiezen te vereenvoudigen. De bekendheid van de zorgverzekeringskaart is nu nog beperkt [5].

Het taalniveau van de teksten van websites over alle onderzochte onderwerpen was meestal hoger dan eenvoudig Nederlands (niveau B1). Dit kwam door gebruik van laagfrequente en formele woorden, door abstract taalgebruik, door lange en ingewikkelde zinnen en/of door lange alinea's. Het feit dat op sommige websites de teksten over type polissen en over de gevolgen van kwaliteitseisen wél op B1-niveau zijn, laat zien dat het in principe mogelijk is over deze onderwerpen eenvoudige

¹⁷ <https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=1483898880>

teksten te schrijven. Bij geen enkele website zijn alle onderzochte teksten op niveau B1. Vorig jaar was het taalniveau op sommige websites wel op B1. Doordat toen teksten over andere onderwerpen verzameld zijn kan er echter geen directe vergelijking gemaakt worden. Het belangrijkste verbeterpunt vorig jaar was het verminderen van het gebruik van laagfrequente woorden. Ook dit jaar is het gebruik van laagfrequente woorden echter de belangrijkste oorzaak van de hoge taalniveaus. Om teksten begrijpelijk te maken voor de meeste Nederlanders, adviseert BureauTaal het volgende:

- Gebruik zoveel mogelijk alledaagse woorden in de tekst. We bedoelen hier woorden die iedereen in alledaagse situaties in gesprekken gebruikt.
- Maak korte zinnen. Een B1-tekst bestaat uit zinnen met gemiddeld 10 tot 12 woorden.
- Maak actieve zinnen en gebruik geen passieve zinnen of naamwoordstijl. In actieve zinnen is het duidelijk wie iets doet. De verzekeraar kan de lezer aanspreken met 'u' en naar zichzelf verwijzen met 'we'.
- Maak korte alinea's, liefst niet langer dan 5 of 6 regels.

Informatie op websites wordt soms ondersteund door extra's zoals animaties, infographics, of rekenvoorbeelden. Zulke toepassingen kunnen er voor zorgen dat bepaalde groepen, zoals mensen met lage gezondheidsvaardigheden, de informatie beter begrijpen. Pharos geeft aan dat als informatie eenvoudig wordt overgebracht, bijvoorbeeld door beelden (al dan niet bewegend), korte teksten in eenvoudige taal, of kort gesproken teksten, dit er voor zorgt dat de lezer weet wat hij of zij moet doen na het lezen¹⁸.

¹⁸ www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/laaggeletterdheid-en-gezondheid/eenvoudig-voorlichtingsmateriaal

3 Potentiële overstapbelemmeringen voor verzekerden

Belangrijkste resultaten

- Verzekeraars en volmachten bieden vaker dan vorig jaar aan een nog geldige machtiging over te nemen: één op de vier informeert verzekerden daarover via de website en na een vraag van de mystery-verzeekerde geeft bijna twee van de drie aan de machtiging over te nemen.
- Verzekeraars en volmachten bieden vaker dan vorig jaar aan om een positieve toegangsverlening tot het PGB verpleging en verzorging over te nemen: bijna twee op de vijf informeert verzekerden daarover via de website en na een vraag van de mystery-verzeekerde geeft ruim driekwart aan de toegangsverlening over te nemen.
- Verzekeraars en volmachten informeren verzekerden nauwelijks over acceptatievoorwaarden voor aspirant verzekerden met een soortgelijk pakket bij hun oude verzekering: op geen enkele website (van de 12 waarop acceptatievoorwaarden genoemd worden) is daar informatie over te vinden. Na een vraag van de mystery-verzeekerde zegt slechts één zorgverzekeraar geen wachttijd voor dure tandartsbehandelingen te hanteren als de verzeekerde elders een vergelijkbaar pakket heeft.
- Verzekeraars en volmachten reageerden vaker dan vorig jaar op de vragen van de mystery-verzekerden: alle vier de volmachten reageerden op alle drie de vragen en van de 28 zorgverzekeraars reageerden per vraag slechts 1, 2 of 3 zorgverzekeraars niet.

Ons zorgverzekeringsstelsel is zo ingericht dat het voor iedereen, oud of jong, gezond of ziek, arm of rijk, mogelijk is om tegen dezelfde voorwaarden een basisverzekering af te sluiten. Elke verzeekerde moet zonder belemmeringen kunnen wisselen van zorgverzekeraar. Hierdoor worden zorgverzekeraars gestimuleerd om voor een goede prijs kwalitatief goede zorg in te kopen. Als verzekerden niet tevreden zijn over de dienstverlening van zorgverzekeraars kunnen zij dit onder andere uiten door over te stappen. Er bestaat een aantal instrumenten, zoals de acceptatieplicht voor de basisverzekering en een verbod op premiedifferentiatie op de basisverzekering, die er onder andere toe moeten leiden dat alle verzekerden kunnen overstappen. Toch blijken er (gepercipieerde) overstapbelemmeringen te zijn: verzekerden geven bijvoorbeeld aan niet te wisselen van zorgverzekeraar omdat zij bang zijn voor administratieve problemen of bang zijn niet geaccepteerd te worden (beide ongeveer 4% van de mensen die niet overstapten in 2017) [2]. Ook blijkt dat mensen die veel zorg gebruiken en mensen met een uitgebreid aanvullend pakket minder vaak van verzekeraar wisselen[2]. Zorgverzekeraars “willen ervoor zorgen dat mensen die zorg gebruiken, bijvoorbeeld met een PGB of een machtiging, niet bang hoeven te zijn dat ze die kwijtraken als ze overstappen naar een andere zorgverzekeraar”.¹⁹ In 2015 hebben zorgverzekeraars in het actieplan ‘Kern-gezond’[1] bestuurlijk afgesproken eventuele (gepercipieerde) overstapbelemmeringen voor verzekerden weg te nemen door:

- de akkoordverklaring/machtiging van de oude zorgverzekeraar over te nemen voor de duur van de afgegeven akkoordverklaring/machtiging met dezelfde eventuele bijbetaling voor de verzeekerde;
- een positieve toegangsverlening tot het ‘pbg verpleging en verzorging’ door de oude zorgverzekeraar over te nemen voor de duur van de door de verpleegkundige gestelde indicatie;
- een aspirant verzeekerde zonder acceptatievoorwaarden toegang te geven tot de aanvullende verzekering, indien de verzeekerde bij de oude zorgverzekeraar een vergelijkbare aanvullende verzekering heeft afgesloten.

¹⁹ Zorgverzekeraars Nederland. Actieplan zorgverzekeraars voor transparante en solidaire zorgverzekering. 14 april 2015, <https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=266567680>.

In dit hoofdstuk geven we antwoord op de volgende onderzoeksvraag:

In hoeverre is de informatie die zorgverzekeraars verstrekken via hun website of via antwoorden op vragen van (potentiële) verzekerden, in overeenstemming met bovengenoemde afspraken uit het actieplan ‘Kern-gezond’?

We hebben twee informatiebronnen onderzocht die potentiële overstappers kunnen raadplegen: websites van verzekeraars en volmachten, en antwoorden op vragen aan de verzekeraar of volmacht. We analyseerden de websites van 28 zorgverzekeraars en 4 volmachten en stelden in een mystery-onderzoek vragen aan zorgverzekeraars en volmachten. De vragen stelden we via e-mail of een webformulier, of als dat niet kon, via een live chat aan 21 zorgverzekeraars en vier volmachten. Bij de zeven overige zorgverzekeraars was het niet mogelijk om op deze manieren een vraag te stellen²⁰. Details over de aanpak en de exacte vraagstelling van de mystery mails vindt u in Bijlage C - Methoden.

3.1 Overnemen van machtigingen wordt vaker aangeboden dan vorig jaar

Sommige zorg en ziekenhuisbehandelingen, hulp- of geneesmiddelen worden door de zorgverzekeraar alleen vergoed als hiervoor toestemming is verleend door de zorgverzekeraar. Deze toestemming wordt een machtiging genoemd. In deze paragraaf gaan we in op het overnemen van een nog geldige machtiging bij het overstappen van zorgverzekeraar. Eerst brengen we in kaart in hoeverre zorgverzekeraars en volmachten op hun website informatie geven over het overnemen van een machtiging. Daarna laten we zien hoe zorgverzekeraars en volmachten reageren op een vraag van een mystery-verzekerde over het overnemen van een machtiging voor stomamateriaal.

3.1.1 Eén op de vier zorgverzekeraars informeert verzekerden via de website

Eén op de vier zorgverzekeraars (25%, 7 van de 28) geeft op haar website informatie over het overnemen van machtigingen, ook wel toestemming of akkoordverklaring genoemd (zie Tabel 3.1). Geen van de vier volmachten geeft op de website informatie over het overnemen van machtigingen.

Tabel 3.1 Informatie op websites van zorgverzekeraars en volmachten over overnemen van machtigingen

Wil de zorgverzekeraar de machtiging overnemen:	Verzekeraars (N=28)	Volmachten (N=4)
	n (%)	n
Ja	7 (25%)	0
Onbekend (geen informatie op website)	21 (75%)	4

Bron: websitesanalyse

Alle zorgverzekeraars die hier iets over op hun website hebben staan, bieden aan bestaande machtigingen over te nemen van de vorige zorgverzekeraar, mits de machtiging nog geldig is.

‘Stapt u over naar [X]? En heeft u van uw vorige zorgverzekeraar een machtiging (ook wel toestemming of akkoordverklaring genoemd) gekregen voor een vergoeding vanuit de

²⁰ Bij deze verzekeraars kunnen verzekerden vragen stellen per telefoon, WhatsApp en/of Facebook.

basisverzekering? Als uw machtiging nog geldig is, dan nemen wij deze gewoon over. Is uw machtiging niet meer geldig? Dan moeten wij een eventuele vervolgaanvraag opnieuw beoordelen.'

Eén van de zorgverzekeraars noemt een extra voorbehoud, dat voor verwarring kan zorgen:
'Kan zorgverzekeraar X de toestemming van mijn vorige zorgverzekeraar overnemen? Als de behandeling vanuit de basisverzekering vergoed wordt, kun je de toestemming/machtiging gewoon gebruiken bij 'X'. We hebben namelijk de verplichting om deze over te nemen. Wel bekijken we voor jou de kwaliteit en prijs van de zorg opnieuw. Op basis daarvan verlengen we de toestemming of niet.'

De informatievoorziening over het overnemen van machtigingen is duidelijk verbeterd ten opzichte van vorig jaar. Toen is namelijk op geen enkele website van zorgverzekeraars en volmachten informatie over het overnemen van machtigingen gevonden[7].

3.1.2 Bijna twee van de drie zorgverzekeraars en volmachten geeft na de vraag van de mystery-verzekerde aan dat zij de machtiging overnemen

Bijna alle zorgverzekeraars (20 van de 21) en alle 4 de volmachten gaven antwoord op onze vraag of de zorgverzekeraar een nog geldige machtiging voor stomamateriaal wil overnemen. Drie van de vier volmachten en 60% van de zorgverzekeraars (12 van de 20) geeft aan dat ze een nog geldige machtiging overnemen (zie Tabel 3.2). Eén van de vier volmachten en 25% van de zorgverzekeraars (5 van de 20) geeft aan dat een machtiging niet nodig is en verwijst de verzekerde rechtstreeks naar de (gecontracteerde) leverancier, waarbij één zorgverzekeraar en één volmacht aangeven dat de leverancier de medische noodzaak zal beoordelen. Deze zorgverzekeraar en volmacht nemen de machtiging van de oude zorgverzekering dus niet over. Het is niet duidelijk in hoeverre de verzekerde hier hinder van ondervindt²¹. Opvallend is dat drie zorgverzekeraars (15%) expliciet aangeven de machtiging niet over te nemen. Twee verzekeraars melden dat zij een verwijzing van een arts of gespecialiseerd verpleegkundige willen ontvangen. De derde wil eerst een gedetailleerd overzicht ontvangen van de oude verzekeraar, met daarin vermeld het soort hulpmiddel, de nieuwwaarde, de restwaarde en de afleverdatum.

²¹ Een andere leverancier kan bijvoorbeeld een ander merk materialen hebben. Daarnaast is niet duidelijk of de leverancier de medische noodzaak kan afwijzen.

Tabel 3.2 Informatie op websites van zorgverzekeraars en volmachten over het overnemen van een machtiging voor stomamateriaal

Wil de zorgverzekeraar de machtiging overnemen:	Verzekeraars (N=20*) n (%)	Volmachten (N=4) n
Ja	12 (60%)	3
Nee, verzekerde moet nieuwe machtiging aanvragen of oude opnieuw laten beoordelen	3 (15%)	0
Nee, verzekerde wordt verwezen naar leverancier	5 (25%)	1

Bron: mystery-onderzoek

*Van de 28 zorgverzekeraars in ons onderzoek hebben we er 21 per mail een vraag kunnen stellen. Daar hebben 20 zorgverzekeraars op geantwoord.

De meeste zorgverzekeraars en volmachten geven informatie over voorwaarden voor vergoeding en eventuele andere financiële consequenties. Zo geeft de helft van de zorgverzekeraars (50%, 6 van de 12) en alle drie de volmachten die de machtiging overnemen aan dat zij de oude machtiging willen ontvangen. Drie zorgverzekeraars geven aan dat het stomamateriaal ten laste komt van het eigen risico. Twee zorgverzekeraars geven aan dat meerverbruik ofwel niet vergoed wordt, of dat hiervoor een extra verwijzing nodig is, overigens zonder te specificeren wat meerverbruik is. Eén zorgverzekeraar geeft een gedetailleerd overzicht van de stomamaterialen en de aantallen die vergoed worden.

De informatievoorziening over het overnemen van machtigingen na een vraag van een verzekerde lijkt verbeterd ten opzichte van vorig jaar. Toen wees in het mystery-onderzoek geen enkele zorgverzekeraar of volmacht op het overnemen van bestaande machtigingen[7]. Daarbij moet opgemerkt worden dat toen niet expliciet, maar impliciet gevraagd is naar het overnemen van een machtiging: *'ik heb een afspraak met mijn huidige zorgverzekeraar,..., bestaat er bij jullie ook zoiets?'*. Mogelijk verklaart dit een deel van het verschil tussen de uitkomsten in beide jaren.

3.2 Overnemen van toegangsverlening voor PGB wordt vaker aangeboden dan vorig jaar

Verzekerden die gebruik maken van persoonlijke verzorging en verpleging thuis en dit graag zelf willen inkopen, kunnen hiervoor een persoonsgebonden budget (PGB) aanvragen. Voor zo'n PGB is toestemming nodig van de verzekeraar. Deze toestemming wordt een positieve toegangsverlening genoemd. In deze paragraaf beschrijven we informatie over het overnemen van een positieve toegangsverlening tot het PGB verpleging en verzorging bij het overstappen van zorgverzekeraar: zowel de informatie daarover op de websites van zorgverzekeraars en volmachten, als hun reacties op een vraag van een mystery-verzekerde over het overnemen van een PGB-toegangsverlening.

3.2.1 Ruim twee op de vijf zorgverzekeraars informeert verzekerden via de website

Ruim twee op de vijf zorgverzekeraars (43%, 12 van de 28) geeft op haar website informatie over het overnemen van een positieve toegangsverlening tot het 'PGB verpleging en verzorging' (zie Tabel 3.3). Geen van de vier volmachten geeft hier informatie over op de website.

Tabel 3.3 Informatie op websites van zorgverzekeraars en volmachten over het overnemen van een positieve toegangsverlening tot het PGB verpleging en verzorging

Wil de zorgverzekeraar de toegangsverlening overnemen:	Verzekeraars (N=28) n (%)	Volmachten (N=4) n
Info op website	12 (43%)	0
Ja	3 (11%)	0
Andere zorgverzekeraars nemen de toegangsverlening over	8 (29%)	0
Nee	1 (4%)	0
Onbekend (geen info op website)	16 (57%)	4

Bron: websitesanalyse

Van de 12 zorgverzekeraars met informatie over dit onderwerp op de website, geven er 8 aan dat andere zorgverzekeraars de toegangsverlening moeten overnemen bij een eventuele overstap:

'Maakt u gebruik van een PGB verpleging en verzorging? Dan heeft u een akkoordverklaring van uw huidige zorgverzekeraar. Bewaar deze akkoordverklaring goed, want wanneer u overstapt heeft u deze nodig. U krijgt bij het overstappen gewoon uw PGB verpleging en verzorging vergoed tot de einddatum van de akkoordverklaring. Het vermelde aantal uren voor verpleging of verzorging blijft gelijk. Wel kan de hoogte van de vergoeding voor deze uren afwijken, omdat iedere zorgverzekeraar haar eigen tarieven hanteert.'

Deze zorgverzekeraars bieden niet expliciet aan zelf toegangsverleningen over te nemen, maar het is te verwachten dat zij dat wel doen. Drie zorgverzekeraars schrijven expliciet op hun website dat zij zelf de positieve PGB-toegangsverleningen overnemen als verzekerden naar hen overstappen, zoals bijvoorbeeld:

'Bent u per 1 januari 2018 naar ons overgestapt en is uw toestemmingsverklaring van uw vorige zorgverzekeraar nog geldig? Dan nemen wij de (tot de vermelde einddatum van de indicatie) geldige toestemmingsverklaring over. Is dit het geval, stuur dan de meest recente toestemmingsverklaring van uw vorige zorgverzekeraar en deel 2 van het aanvraagformulier op naar [...].'

'Het vermelde aantal uren voor verpleging en/of verzorging blijft gelijk. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar haar eigen tarieven hanteert.'

Opvallend is dat één zorgverzekeraar aangeeft dat een toegangsverlening tot het 'pgb verpleging en verzorging' niet mee kan worden genomen naar een andere zorgverzekeraar:

'Nee, u kunt uw pgb verpleging en verzorging niet meenemen naar een andere zorgverzekeraar. Bij overstappen moet u een nieuw pgb verpleging en verzorging aanvragen.'

Deze informatievoorziening is niet conform de afspraak uit het actieplan Kern-gezond.

De informatievoorziening over het overnemen van machtigingen is duidelijk verbeterd ten opzichte van vorig jaar. Toen is namelijk op geen enkele website van zorgverzekeraars en volmachten informatie over het overnemen van toegangsverleningen gevonden[7].

3.2.2 Ruim drie kwart van de zorgverzekeraars en volmachten zegt een PGB-toegangsverlening over te nemen als antwoord op de vraag van de mystery-verzekerde

De mystery-verzekerde heeft aan de verzekeraars en volmachten de vraag gesteld of de nog geldende positieve toegangsverlening tot het PGB verpleging en verzorging overgenomen kon worden bij een eventuele overstap. 18 van de 21 zorgverzekeraars en alle vier de volmachten gaven antwoord op onze vraag. Het merendeel (83%, 15 van de 18) van de zorgverzekeraars en de helft van de vier volmachten geeft aan dat een nog geldende toegangsverlening wordt overgenomen (zie Tabel 3.4). De overige drie zorgverzekeraars geven aan eerst de toegangsverlening te willen beoordelen.

Tabel 3.4 Reacties van zorgverzekeraars en volmachten op de vraag van een mystery-verzekerde over het overnemen van een PGB-toegangsverlening

Biedt de zorgverzekeraar aan de toegangsverlening over te nemen?	Verzekeraar (N=18*) n (%)	Volmacht (N=4) n
Ja	15 (83%)	2
Verzekeraar wil toegangsverlening eerst beoordelen	3 (17%)	2

Bron: mystery-onderzoek.

*Van de 28 zorgverzekeraars in ons onderzoek hebben we er 21 per mail een vraag kunnen stellen. Daar hebben 18 zorgverzekeraars op geantwoord.

Drie zorgverzekeraars en twee volmachten vermelden dat de toegangsverlening onder hun voorwaarden gaat vallen en verwijzen voor meer informatie naar die voorwaarden. Vijf zorgverzekeraars en één volmacht geven in hun antwoord aan dat het overstappen mogelijk financiële consequenties kan hebben, omdat elke zorgverzekeraar zijn eigen tarieven hanteert en dit gevolgen kan hebben voor de hoogte van het budget. Eén zorgverzekeraar geeft aan dat zij zelf bij de oude zorgverzekeraar de benodigde informatie op zullen vragen, bij de overige zorgverzekeraars en volmachten moet de cliënt zelf voor de gevraagde papieren zorgen.

3.3 Acceptatievoorwaarden voor de aanvullende verzekering bij overstap met een vergelijkbare aanvullende verzekering worden nauwelijks genoemd

In deze paragraaf gaan we in op informatie over acceptatievoorwaarden voor aanvullende verzekeringen, voor verzekerden die elders een vergelijkbare uitgebreide aanvullende verzekering hebben. Onder acceptatievoorwaarden verstaan we medische beoordelingen en eventuele wachttijden voor (duurdere) behandelingen. Bij wachttijden wordt de verzekerde wel geaccepteerd, maar mag in bijvoorbeeld het eerste jaar van verzekering bepaalde behandelingen niet declareren. We beschrijven informatie op websites over dit onderwerp, en reacties op vragen van een mystery-verzekerde.

3.3.1 Op geen enkele website wordt aangegeven of acceptatievoorwaarden ook gelden voor verzekerden met een vergelijkbaar pakket elders

Geen enkele zorgverzekeraar en geen enkele volmacht geeft op haar website informatie over de acceptatievoorwaarden voor aanvullende verzekeringen voor aspirant verzekerden die elders een vergelijkbare aanvullende verzekering hebben. Voor ongeveer een derde van de zorgverzekeraars (32%, 9 van de 28) en drie van de vier volmachten is deze vraag niet relevant, omdat zij geen acceptatievoorwaarden hanteren (zie Tabel 3.5). Ruim vier op de tien zorgverzekeraars (43%, 12 van de 28) hanteren echter wel acceptatievoorwaarden voor één of meer van hun aanvullende (tand)verzekeringen. Op hun websites wordt echter niet vermeld of deze voorwaarden komen te vervallen als aspirant verzekerden al een soortgelijke aanvullende verzekering elders hebben. Bij een kwart van de zorgverzekeraars (25%, 7 van de 28) en één van de vier volmachten is op basis van de informatie op de website niet duidelijk of zij acceptatievoorwaarden hanteren voor hun aanvullende verzekeringen.

Tabel 3.5 Informatie op websites van zorgverzekeraars en volmachten over of zij acceptatievoorwaarden hanteren voor hun aanvullende (tand)verzekeringen

Hanteert de zorgverzekeraar acceptatievoorwaarden?	Verzekeraars (N=28) n (%)	Volmachten (N=4) n
Ja	12 (43%)	0
Onbekend (geen info op website)	7 (25%)	1
Nee	9 (32%)	3

Bron: websitesanalyse

3.3.2 Eén zorgverzekeraar zegt geen wachttijd voor dure tandartsbehandelingen toe te passen als de mystery-verzekerde elders een vergelijkbaar pakket heeft

19 van de 21 zorgverzekeraars en alle vier de volmachten gaven antwoord op onze vraag welke voorwaarden er gelden voor het meest uitgebreide aanvullende verzekeringspakket en het meest uitgebreide tandverzekeringspakket. In ons bericht stond dat de vragensteller bij een andere zorgverzekeraar het meest uitgebreide pakket heeft. Een meerderheid antwoordt hierop dat zij geen voorwaarden stellen voor acceptatie voor hun meest uitgebreide aanvullende verzekering (68% (13 van de 19) van de verzekeraars en één volmacht, zie Tabel 3.6). Twee (van de 19) zorgverzekeraars en twee volmachten geven aan wel een medische selectie te hanteren. Zij geven geen informatie over of die selectie ook geldt voor verzekerden met een gelijkwaardig pakket bij hun oude zorgverzekeraar. In het antwoord van vier zorgverzekeraars en één volmacht staat helemaal geen informatie over eventuele acceptatievoorwaarden.

Voor de aanvullende tandverzekeringen wordt vaker een medische selectie gehanteerd (63% van de zorgverzekeraars (12 van de 19) en twee volmachten). De selectie vindt meestal plaats door middel van een vragenlijst (beide volmachten en 67% verzekeraars (8 van de 12)). De overige zorgverzekeraars hanteren een wachttijd voor de duurdere behandelingen (twee zorgverzekeraars) of vragen een tandartsverklaring (één zorgverzekeraar). Eén van deze zorgverzekeraars zegt geen wachttijd te hanteren voor kronen, bruggen en implantaten als de verzekerde elders een vergelijkbaar pakket heeft.

Tabel 3.6 Reacties van zorgverzekeraars en volmachten op de vraag van een mystery-verzekerde over acceptatievoorwaarden voor de meest uitgebreide aanvullende (tand)verzekering

	Verzekeraar (N=19*) n (%)	Volmacht (N=4) n
Medische selectie voor meest uitgebreide pakket AV?		
Ja	2 (11%)	2
Nee	13 (68%)	1
Geen informatie / onduidelijk	4 (21%)	1
Medische selectie voor meest uitgebreide pakket Tand?		
Ja	12 (63%)	2
Nee	4 (21%)	0
Geen informatie / onduidelijk	3 (16%)	2

Bron: mystery-onderzoek

*Van de 28 zorgverzekeraars in ons onderzoek hebben we er 21 per mail een vraag kunnen stellen. Daar hebben 19 zorgverzekeraars op geantwoord.

3.4 Tot slot

Wij brachten in kaart in hoeverre de informatie die zorgverzekeraars verstrekken via hun website of via antwoorden op vragen van (potentiële) verzekerden in overeenstemming is met enkele bestuurlijke afspraken die zorgverzekeraars gemaakt hebben uit het actieplan “Kern-gezond”[1]. Deze afspraken gaan over het overnemen van machtigingen en PGB-toegangsverleningen en over acceptatievoorwaarden voor aspirant verzekerden met een vergelijkbare verzekering elders.

De informatievoorziening over het overnemen van machtigingen en toegangsverleningen op de websites en na het stellen van een vraag door een mystery-verzekerde is duidelijk verbeterd ten opzichte van vorig jaar. Toch is er ook nog veel ruimte voor verbetering. In het overstapeseizoen 2016-2017 bleek de voorlichting over het overnemen van machtigingen en toegangsverleningen minimaal. Tijdens analyses van websites en mystery mailing hebben de onderzoekers hier toen geen expliciete toelichtingen over gevonden[7]. Dit jaar informeert een deel van de zorgverzekeraars en volmachten via de website over het overnemen van machtigingen en toegangsverleningen, maar op het grootste deel van de websites staat deze informatie niet. Het is niet duidelijk of deze verzekeraars geen machtigingen en toegangsverleningen overnemen of dat ze dat wel doen, maar dit niet vermelden.

De respons op de mystery mails is sterk verbeterd: alle vier de volmachten reageerden op alle drie de vragen en van de 28 zorgverzekeraars reageerden per vraag slechts 1, 2 of 3 zorgverzekeraars niet. Vorig jaar reageerde 36% van de volmachten en 13% van de zorgverzekeraars niet op de vragen per mail[7].

Opvallend is wel dat 15% van de zorgverzekeraars in het mystery-onderzoek aangeeft een geldige machtiging *niet* over te nemen.

De beperkte informatievoorziening via de websites en het feit dat sommige zorgverzekeraars aangeven machtigingen niet over te nemen, maakt dat het hebben van een machtiging of PGB-toegangsverlening voor verzekerden een overstapbelemmering kan zijn. Verzekerden weten mogelijk

niet of deze overgenomen wordt door de nieuwe zorgverzekeraar. Daarnaast kan het overnemen van een toegangsverlening tot een PGB (financiële) consequenties hebben, doordat verzekeraars en volmachten wel het aantal uren overnemen, maar andere tarieven en voorwaarden kunnen hanteren. Uit eerder onderzoek blijkt dat een deel van de verzekerden aangeeft niet over te stappen van zorgverzekeraar omdat zij bang zijn voor administratieve problemen, en dat verzekerden die veel zorg gebruiken minder vaak overstappen dan verzekerden die weinig of geen zorg gebruiken[2].

Verzekeraars en volmachten informeren verzekerden nauwelijks over de afspraak dat geen acceptatievoorwaarden gehanteerd worden voor aspirant verzekerden met een vergelijkbaar pakket bij hun oude verzekeraar. Op geen enkele website is daar informatie over te vinden en na een vraag door een mystery verzekerde zegt slechts één zorgverzekeraar geen wachttijd toe te passen voor dure behandelingen als de verzekerde elders een vergelijkbaar tandpakket heeft. Hierdoor kan het hebben van een uitgebreide aanvullende verzekering een overstapbelemmering voor verzekerden zijn. Zij weten mogelijk niet dat voor hen geen acceptatievoorwaarden gelden als zij elders een soortgelijke verzekering willen afsluiten. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor onze bevinding in eerder onderzoek dat verzekerden met een uitgebreidere aanvullende verzekering minder vaak wisselen van zorgverzekeraar[2].

4 De zorgverzekeraar als zorgadviseur

Belangrijkste resultaten

- Alle zorgverzekeraars bieden één of meerdere vormen van zorgadvies aan: meestal wachtlijstbemiddeling (100%), begeleiding bij het regelen van zorg (75%) en advies over de meest geschikte zorgaanbieder (71%). Hulp bij de voorbereiding van een gesprek wordt door een kwart (25%) aangeboden. Volmachten bieden alleen wachtlijstbemiddeling aan (alle vier). Meestal (in 92% van de gevallen) verstrekken zorgverzekeraars en volmachten hun zorgadvies telefonisch. Ongeveer één op de vier keer is het mogelijk via een webformulier (26%) of per mail (27%) zorgadvies op te vragen.
- 12% van de verzekerden heeft wel eens zorgadvies ontvangen, bleek uit een vragenlijst onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Meestal ging het om advies over de meest geschikte zorgaanbieder.
- De meeste verzekerden weten niet dat de zorgverzekeraar zorgadvies aanbiedt (67-87%), als ze het wel weten, weten ze dat meestal via de website (5-18%).
- Vier op de tien (41%) verzekerden geven aan hun zorgverzekeraar zeker of waarschijnlijk te benaderen voor zorgadvies als zij daar behoefte aan hebben, tegenover bijna de helft (48%) die aangeeft dat zeker of waarschijnlijk niet te doen. Ook vindt bijna de helft (46%) van de verzekerden het (zeer) onprettig als hun zorgverzekeraar hen actief zou benaderen met zorgadvies, terwijl ruim een derde (37%) dit wel (zeer) prettig zou vinden.
- Drie kwart van de zorgverzekeraars (21 van de 28) en twee van de vier volmachten geven op hun website informatie over redenen waarom zij bepaalde zorgaanbieders contracteren. Een kleiner deel van de zorgverzekeraars (43%, 12 van de 28) geeft ook informatie over redenen waarom zij bepaalde zorgaanbieders *niet* contracteren.

Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om verzekerden van zorgadvies te voorzien. Voorbeelden zijn het adviseren over de meest geschikte zorgaanbieder, wachtlijstbemiddeling, begeleiding bieden bij het regelen van zorg en het helpen bij de voorbereiding van een gesprek met een arts. Hiermee kunnen zorgverzekeraars aantrekkelijker worden voor verzekerden en zo verzekerden trekken die willen overstappen, of juist verzekerden aan zich binden. Bovendien kunnen zorgverzekeraars middels zorgadvies verzekerden sturen naar zorgaanbieders van goede kwaliteit[6]. Op die manier kunnen verzekeraars invloed uitoefenen op de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Een andere manier waarop zorgverzekeraars invloed kunnen uitoefenen op de kwaliteit van zorg, is door bij contracteren te selecteren op basis van kwaliteit. In dit hoofdstuk gaan we in op de vormen zorgadvies die zorgverzekeraars en volmachten aanbieden. Ook brengen we in kaart op welke wijze zij verzekerden informeren over het advies dat ze kunnen bieden en waarom bepaalde zorgaanbieders (niet) gecontracteerd zijn. Daarnaast gaan we in op hoe verzekerden aankijken tegen zorgadvies door de zorgverzekeraar. In hoeverre zijn zij op de hoogte of hun zorgverzekeraar verschillende vormen van zorgadvies aanbiedt? En hebben zij hier ervaringen mee? De volgende onderzoeksvragen worden beantwoord in dit hoofdstuk:

1. *In welke mate en op welke wijze verstrekken zorgverzekeraars en volmachten zorgadvies?*
2. *Op welke wijze en wanneer worden verzekerden geïnformeerd over het zorgadvies dat de zorgverzekeraar/volmacht kan bieden?*
3. *In welke mate lichten zorgverzekeraars en volmachten toe waarom bepaalde zorgaanbieders (niet) gecontracteerd zijn?*

Om bovenstaande onderzoeksvragen te beantwoorden gebruiken we gegevens van de websites van zorgverzekeraars en volmachten, en gegevens uit de vragenlijst onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Details over de aanpak vindt u in Bijlage C – Methoden, de relevante vragen uit de vragenlijst in Bijlage D.

4.1 Vrijwel alle zorgverzekeraars en volmachten bieden zorgadvies aan en ongeveer één op de tien van de verzekerden maakt daar gebruik van

In deze paragraaf gaan we in op de vormen van zorgadvies die zorgverzekeraars aanbieden, hoeveel zorgverzekeraars en volmachten die vormen van zorgadvies aanbieden, en hoeveel verzekerden gebruik maken van deze vormen van zorgadvies.

4.1.1 Alle zorgverzekeraars en volmachten bieden zorgadvies aan

Uit analyse van websites blijkt dat alle zorgverzekeraars en alle volmachten één of meerdere vormen van zorgadvies aanbieden (zie Tabel 4.1). Hierbij moet wel opgemerkt worden dat informatie hierover soms lastig te vinden was²². Advies over de meest geschikte zorgaanbieder wordt aangeboden door het grootste deel van de zorgverzekeraars (71%, 20 van de 28) maar door geen enkele volmacht. Dit advies kan bijvoorbeeld individueel telefonisch advies zijn over het type zorgaanbieder of welke individuele aanbieder, of een advies uit een zorgzoeker waarbij ook informatie over bijv. kwaliteit of patiënttevredenheid wordt meegenomen. Zorgzoekers die alleen adviseren op basis van contractering en adres van de verzekerde zijn buiten beschouwing gelaten. Ook begeleiding bij het regelen van zorg wordt aangeboden door het grootste deel van de zorgverzekeraars (75%, 21 van de 28) maar door geen enkele volmacht. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om het regelen van een second opinion, wijkverpleging of kraamzorg. Ook hulp en ondersteuning bij mantelzorg wordt door sommige zorgverzekeraars genoemd. Alle zorgverzekeraars (N=28) en alle volmachten bieden wachtlijstbemiddeling aan. Hulp bij de voorbereiding van een gesprek ten slotte wordt door een kleiner deel (25%, 4 van de 28) van de zorgverzekeraars aangeboden en door geen enkele volmacht.

Tabel 4.1 Overzicht van hoeveel zorgverzekeraars en volmachten verschillende vormen zorgadvies aanbieden, volgens de gegevens op hun websites

	Verzekeraars (N=28) n (%)	Volmachten (N=4) (n)
Advies over meest geschikte zorgaanbieder		
Ja	20 (71%)	0
Onbekend (geen info op website)	8 (29%)	4
Wachtlijstbemiddeling		
Ja	28 (100%)	4
Onbekend (geen info op website)	0 (0%)	0
Begeleiding bij het regelen van zorg		
Ja	21 (75%)	0
Onbekend (geen info op website)	7 (25%)	4

- Tabel 4.1 wordt vervolgd -

²² In sommige gevallen hebben de onderzoekers de informatie over het zorgadvies in eerste instantie niet gevonden op de websites. Pas na terugkoppeling aan de zorgverzekeraars is deze informatie gevonden. Zie Bijlage A (resultaten per website) en Bijlage B (Methoden) voor details.

	Verzekeraars (N=28) n (%)	Volmachten (N=4)
Hulp bij de voorbereiding van een gesprek		
Ja	7 (25%)	0
Onbekend (geen info op website)	21 (75%)	4

Bron: websitesanalyse

4.1.2 Een deel van de verzekerden (12%) heeft minimaal één keer zorgadvies gekregen

Iets meer dan één op de tien (12%, N=76) verzekerden geeft in de vragenlijst aan ten minste één keer gebruik te hebben gemaakt van een vorm van zorgadvies door de zorgverzekeraar. Uit Tabel 4.2 blijkt dat het vaakst gebruik is gemaakt van advies over wat de meest geschikte zorgaanbieder is (N=42), gevolgd door wachtlijstbemiddeling (N=25). Het minst vaak hebben de respondenten advies gekregen over hoe zich voor te bereiden op een gesprek met een arts (N=7). De respondenten die aangegeven hebben zorgadvies te hebben gehad, zijn hier over het algemeen tevreden over (zie Figuur 4.1). Aan de respondenten is ook gevraagd, met behulp van een open vraag, over welke aspect van het zorgadvies ze (on)tevreden zijn. Voorbeelden van aspecten waar respondenten tevreden over zijn, zijn: “Ze konden me voorzien van de informatie die ik vroeg; ik was op zoek naar een nieuwe huisarts”, “serieus genomen”, en “duidelijk en snel antwoord”. Een voorbeeld van een ontevreden aspect is “De wachtlijstbemiddeling haalde helemaal niets uit”.

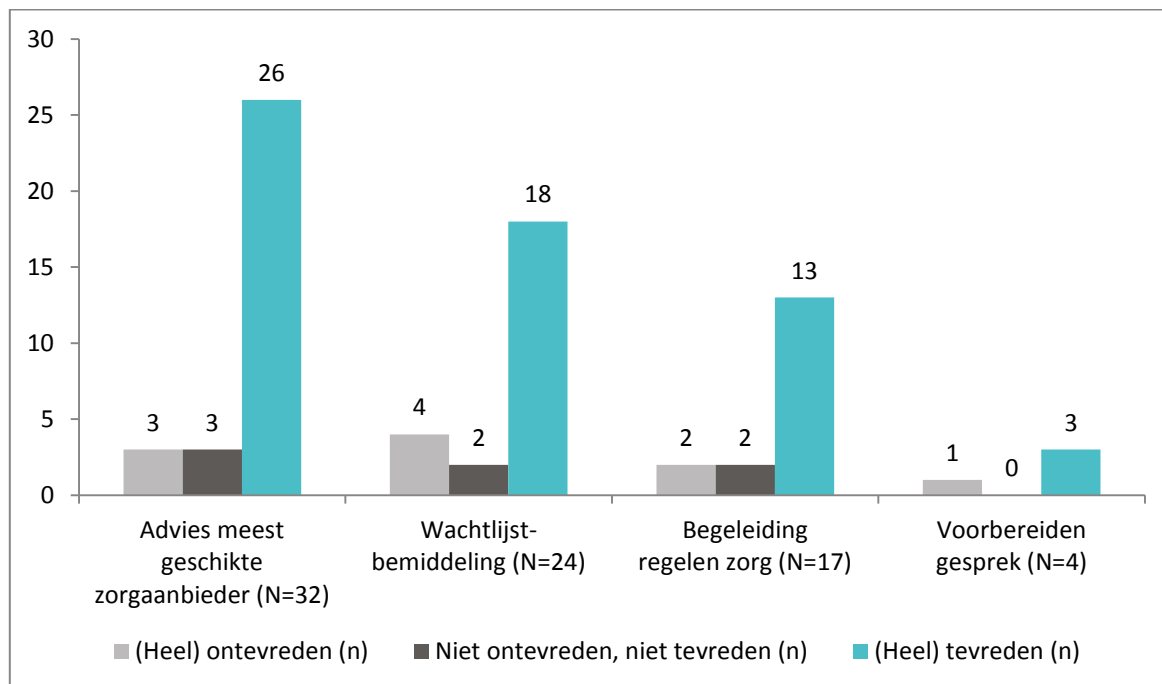
Tabel 4.2 Wilt u voor de verschillende vormen van advies aangeven of u er wel eens gebruik van heeft gemaakt (N=623, gewogen)?

Vorm van zorgadvies	n
Ten minste 1x één van onderstaande vormen van zorgadvies ontvangen	76 (12%)*
Advies over wat voor u de meest geschikte zorgaanbieder is	42
Wachtlijstbemiddeling	25
Begeleiding bij het regelen van zorg	19
Hulp bij de voorbereiding van een gesprek met de arts	7

* Omdat respondenten gebruik kunnen hebben gemaakt van meer dan één vorm van zorgadvies, tellen de afzonderlijke vormen van zorgadvies op tot 93.

Bron: vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

Figuur 4.1 Wilt u hieronder voor de verschillende soorten advies aangeven hoe tevreden u daarover was?*



* Geanalyseerd over de groep die bij vorige vraag heeft aangegeven de categorie zorgadvies te hebben gekregen (zie Tabel 4.2). Doordat niet iedereen de vraag over tevredenheid heeft ingevuld, is de N hier soms lager dan in Tabel 4.2. Bron: vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

4.2 Informeren over zorgadvies gebeurt meestal via de website, zorgadvies wordt vooral telefonisch verstrekt

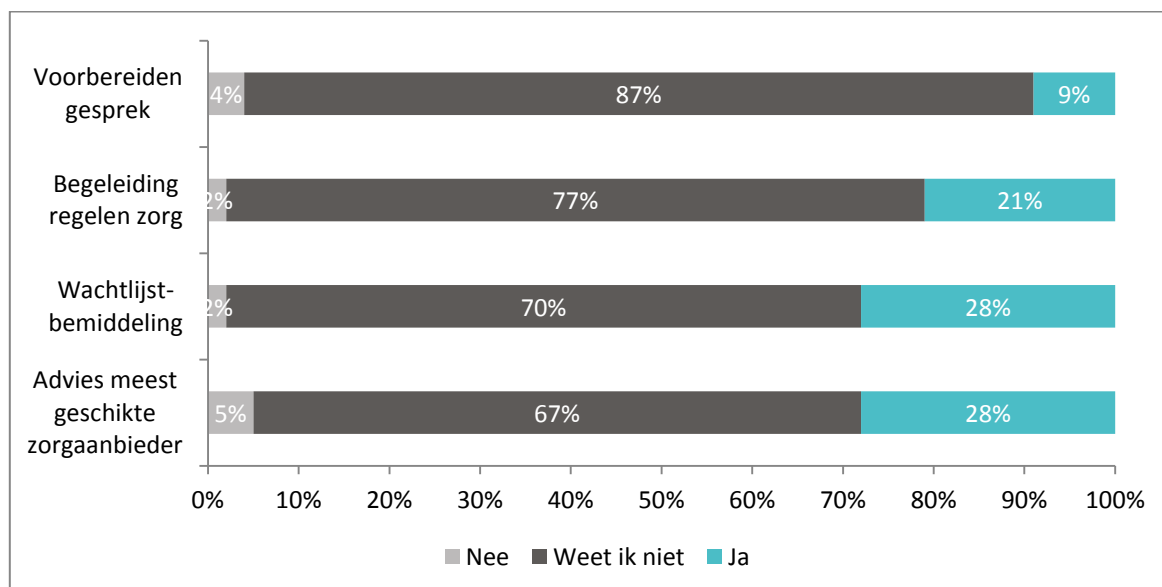
In deze paragraaf beschrijven we de manier waarop verzekerden geïnformeerd worden over zorgadvies en waarop zorgadvies verstrekt wordt.

4.2.1 De meeste verzekerden weten niet dat de zorgverzekeraar zorgadvies aanbiedt

Uit de vragenlijst blijkt dat het merendeel van de verzekerden niet weet of ze bij hun zorgverzekeraar terecht kunnen voor zorgadvies (variërend van 67-87% per vorm van advies, zie Figuur 4.2). Als verzekerden wel weten of hun zorgverzekeraar een vorm van zorgadvies aanbiedt, hebben ze dit vooral gezien op de website van hun zorgverzekeraar (5-18% per vorm van advies, zie Figuur 4.3). Een kleiner deel van de verzekerden geeft aan per post of mail informatie over zorgadvies te hebben ontvangen van hun zorgverzekeraar (2-8%). Andere manieren waarop verzekerden geïnformeerd zijn over zorgadvies is via reclameboodschappen, na een vraag die zij stelden, of zijn hierop geattendeerd door hun fysiotherapeut of bedrijfsarts.

Verzekerden van 65 jaar en ouder (15%) geven significant vaker aan dat hulp bij het voorbereiden van een gesprek met een arts mogelijk is bij hun zorgverzekeraar dan verzekerden van 18 t/m 39 jaar (4%) en van 50 t/m 64 jaar (10%).

Figuur 4.2 Kunt u bij uw zorgverzekeraar terecht voor... (N=614-622, gewogen)



Bron: vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

Figuur 4.3 Kunt u bij uw zorgverzekeraar terecht voor... * (N=614-622, gewogen)



* Meerdere antwoorden mogelijk. Respondenten die 'weet ik niet' of 'nee' aankruisten zijn hier niet weergegeven. Zie figuur 4.2 voor de percentages 'weet ik niet' en 'nee'

Bron: vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

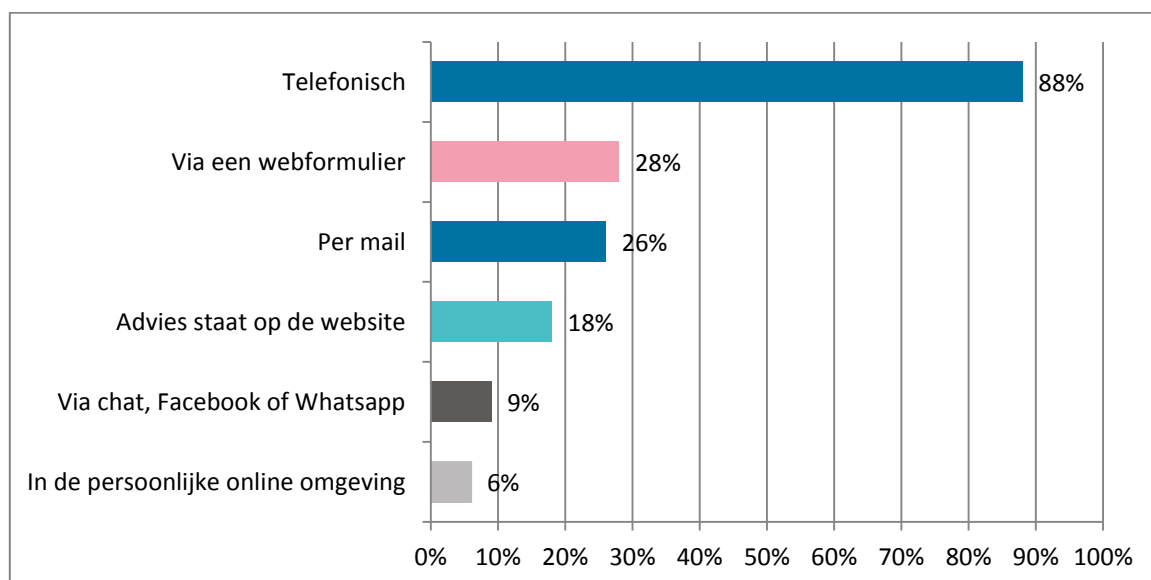
4.2.2 Zorgadvies wordt meestal telefonisch verstrekt, als een verzekerde erom vraagt

In ongeveer twee van de drie gevallen waarin een zorgverzekeraar of volmacht volgens de informatie op de website zorgadvies aanbiedt (65%), kan het zorgadvies op meer dan één manier worden aangevraagd of gekregen. Meestal (in 88% van de gevallen) verstrekken zorgverzekeraars en volmachten hun zorgadvies telefonisch, zie Figuur 4.4. Ongeveer één op de vier keer is het (ook) mogelijk via een webformulier (28%) of per mail (26%) zorgadvies op te vragen. Het komt ook voor

dat verzekerden via chat, Facebook of WhatsApp (samen 9%) of in hun persoonlijke online omgeving op de website van de zorgverzekeraar (6%) zorgadvies kunnen vragen. Eén verzekeraar biedt aan dat verzekerden langs kunnen komen op hun kantoor voor zorgadvies. Als verzekerden anders dan telefonisch om zorgadvies vragen, neemt de verzekeraar daarna meestal contact op met de verzekerde. Het is niet duidelijk op welke manier dat dan gebeurt, telefonisch, per mail of op een andere manier.

In 18% van de gevallen waarin een zorgverzekeraar of volmacht volgens de informatie op de website zorgadvies aanbiedt staat het zorgadvies op de website en is dat altijd beschikbaar. Het gaat daarbij om advies voor de meest geschikte zorgaanbieder en om hulp bij de voorbereiding van een gesprek. Bij advies voor de meest geschikte zorgaanbieder gaat het bij advies op de website meestal om een zorgzoeker waarin ook patiënttevredenheidsscores of andere kwaliteitsuitkomsten worden weergegeven. Als hulp bij de voorbereiding van een gesprek is dat meestal in de vorm van voorbeeldvragen.

Figuur 4.4 Manieren waarop zorgadvies kan worden opgevraagd of gekregen volgens informatie op de websites van zorgverzekeraars en volmachten (N=80)*



* Gebaseerd op gegevens van alle zorgverzekeraars en volmachten die een of meerdere vormen van zorgadvies aanbieden (28 zorgverzekeraars en vier volmachten). Als een zorgverzekeraar of volmacht meerdere vormen van zorgadvies aanbiedt, zijn alle vormen meegeteld. Bovendien kan het zorgadvies vaak op meerdere manieren worden opgevraagd. Hierdoor komt het aantal op 80 i.p.v. 32 uit.

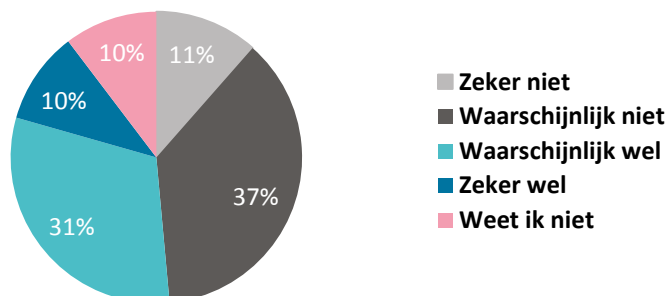
Bron: websitesanalyse

4.2.3 Vier op de tien verzekerden stelt zorgadvies van de zorgverzekeraar op prijs

In de vragenlijst onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg is gevraagd in hoeverre verzekerden hun zorgverzekeraar zouden benaderen voor zorgadvies indien zij daar behoefte aan hebben. Vier op de tien (41%) verzekerden geven aan hiervoor waarschijnlijk of zeker wel hun zorgverzekeraar te benaderen (zie Figuur 4.5). Anderzijds geeft bijna de helft (48%) aan hun zorgverzekeraar hiervoor zeker of waarschijnlijk niet te benaderen. Hoogopgeleiden (58%) geven vaker aan hun zorgverzekeraar zeker of waarschijnlijk niet te benaderen voor zorgadvies dan midden- en laagopgeleiden (41% en 38%). Van de groep die aangeeft hun zorgverzekeraar zeker of waarschijnlijk niet te benaderen voor zorgadvies, weet ruim de helft (53%) niet dat zijn of haar zorgverzekeraar zorgadvies aanbiedt. Opvallend is dat ook in de groep die hun zorgverzekeraar

waarschijnlijk of zeker wel zou benaderen, 37% niet weet dat zijn of haar zorgverzekeraar zorgadvies aanbiedt.

Figuur 4.5 Stel dat u behoefte heeft aan een van de hierboven genoemde vormen van advies, zou u daar uw zorgverzekeraar voor benaderen? (N=625, gewogen naar leeftijd en geslacht)*

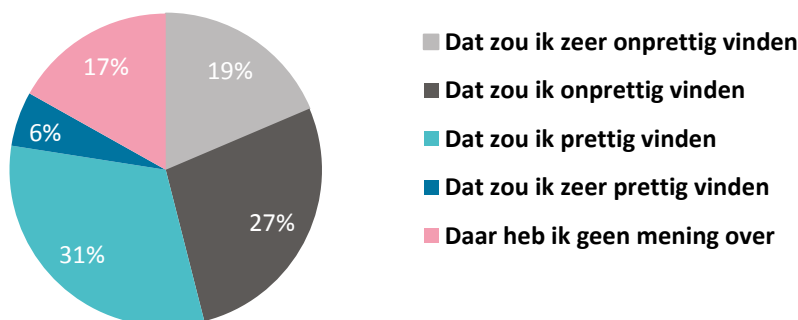


* Bijvoorbeeld advies over wat voor u de meest geschikte zorgaanbieder is, wachtlijstbemiddeling, begeleiding bij het regelen van zorg of hulp bij de voorbereiding van een gesprek met een arts

Bron: vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

Uit Figuur 4.6 blijkt dat ook ongeveer de helft (46%) van de verzekerden het niet op prijs stelt als hun zorgverzekeraar hen actief zou benaderen met zorgadvies. Ruim een derde (37%) zou dit wel (zeer) prettig vinden en 17% heeft daar geen mening over. Mannen geven vaker aan het (zeer) prettig te vinden als de zorgverzekeraar hen actief zou benaderen dan vrouwen, 46% tegenover 31%.

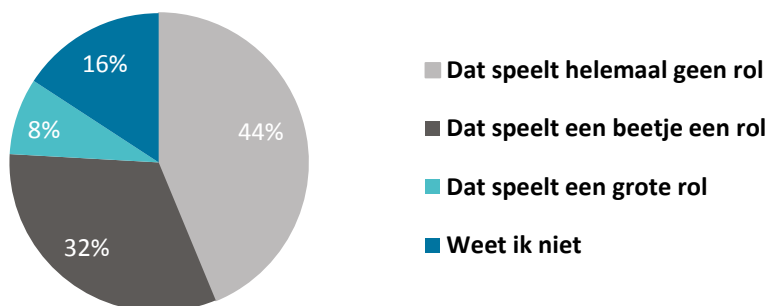
Figuur 4.6 Wat zou u ervan vinden als uw zorgverzekeraar u actief zou benaderen met advies, bijvoorbeeld over de kwaliteit van een specifieke zorgaanbieder? (N=625, gewogen)



Bron: vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

Het advies dat zorgverzekeraars kunnen bieden speelt voor de verzekerden geen grote rol bij het kiezen van een zorgverzekeraar: 44% geeft aan dat dit helemaal geen rol speelt (zie Figuur 4.7). Voor 32% speelt dit een beetje een rol, voor 8% speelt dit wel een rol, en 16% weet niet of dit een rol speelt. Hoogopgeleiden (51%) geven vaker dan midden- en laagopgeleiden (42% respectievelijk 34%) aan dat het advies dat zorgverzekeraars kunnen bieden geen rol speelt bij het kiezen van een zorgverzekeraar. Verder valt op dat van de groep die aangeeft dat het advies een beetje/een grote rol speelt bij het kiezen van een zorgverzekeraar, meer dan een derde (respectievelijk 37% en 40%) niet weet dat zijn/haar zorgverzekeraar zorgadvies aanbiedt.

Figuur 4.7 In hoeverre speelt het advies* dat uw zorgverzekeraar kan bieden voor u een rol bij het kiezen van een zorgverzekeraar? (N=625, gewogen)



Bron: vragenlijst Consumentenpanel Gezondheidszorg

* Voorafgaand aan de vragen stond: Bijvoorbeeld advies over wat voor u de meest geschikte zorgaanbieder is, wachtlijstbemiddeling, begeleiding bij het regelen van zorg of hulp bij de voorbereiding van een gesprek met een arts.

4.3 Informatie over redenen voor contracteren

In deze paragraaf laten we zien in hoeverre zorgverzekeraars en volmachten op hun websites inzicht geven in redenen waarom zij bepaalde zorgaanbieders wel, en andere niet contracteren.

Drie kwart van de zorgverzekeraars (21 van de 28) en twee van de vier volmachten geven op hun website informatie over redenen waarom zij bepaalde zorgaanbieders contracteren. Daarbij worden geen individuele zorgaanbieders bij naam genoemd, maar gaat het om een algemene uitleg, zoals bijvoorbeeld bij UMC Zorgverzekering:

'De zorg in Nederland is goed, maar er zijn verschillen tussen zorgaanbieders. Omdat we willen dat jij goede zorg krijgt, gaan we elk jaar met zorgaanbieders in gesprek. We maken samen met hen afspraken over de zorg. Bijvoorbeeld over hoe snel je een behandeling kunt krijgen en wat een behandeling kost. Hierbij kijken we naar de normen van de beroepsgroepen.'

De helft van de zorgverzekeraars (50%, 14 van de 28) geeft ook informatie over redenen waarom zij bepaalde zorgaanbieders niet contracteren. Dat gebeurt, net als bij redenen voor wel contracteren, in algemene bewoordingen, zonder zorgaanbieders bij naam te noemen, bijvoorbeeld bij Bewuzt:

'Beroepsgroepen bepalen voor verschillende behandelingen normen voor samenwerking, prijzen, kwaliteit en service. Voldoet een zorgaanbieder niet aan deze normen? Dan sluiten we geen contract.'

Op de websites van de volmachten zijn geen redenen gevonden waarom zij bepaalde zorgaanbieders niet contracteren. Op geen van de websites van zorgverzekeraars en volmachten hebben wij redenen gevonden waarom specifieke, bij naam genoemde, zorgaanbieders wel of niet gecontracteerd zijn.

4.4 Tot slot

Uit analyses van websites blijkt dat alle zorgverzekeraars en volmachten één of meerdere vormen van zorgadvies aanbieden: meestal wachtlijstbemiddeling (alle zorgverzekeraars en volmachten), begeleiding bij het regelen van zorg (75% van de zorgverzekeraars) en advies over de meest geschikte zorgaanbieder (71% van de zorgverzekeraars). Hulp bij de voorbereiding van een gesprek wordt door een kwart (25%) aangeboden. Een deel (12%) van de verzekerden heeft wel eens zorgadvies ontvangen, blijkt uit de vragenlijst onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Meestal

ging het om advies over de meest geschikte zorgaanbieder. Het krijgen van zorgadvies is niet voor alle verzekerden relevant. Ter illustratie, cijfers uit 2016 van Nivel Zorgregistraties eerste lijn laten zien dat per 1000 ingeschreven patiënten, 304 verwijzingen uitgeschreven worden voor een medisch specialist²³. In het algemeen zijn respondenten die gebruik hebben gemaakt van zorgadvies daar tevreden over. Het geven van zorgadvies lijkt daarom een goede mogelijkheid voor zorgverzekeraars om verzekerden aan zich te binden. Dit blijkt ook uit de bevinding dat vier op de tien respondenten (40%) aangeeft dat het advies dat een zorgverzekeraar kan bieden een beetje of een grote rol speelt bij de keuze voor een zorgverzekeraar.

Dit potentieel wordt echter maar ten dele benut aangezien de meeste verzekerden niet weten dat hun zorgverzekeraar zorgadvies aanbiedt (67-87%). Zelfs van de groep die aangeeft dat het advies een beetje of een grote rol speelt bij de keuze voor een zorgverzekeraar, weet ruim een derde (37%-40%) niet dat hun zorgverzekeraar zorgadvies aanbiedt. Op alle onderzochte websites staat dat zorgadvies wordt aangeboden, maar blijkbaar wordt via de websites dus slechts een klein deel van de verzekerden bereikt. Om meer verzekerden te bereiken, kunnen zorgverzekeraar daarom beter ook op andere manieren informeren over zorgadvies. Dat zal echter niet door alle verzekerden gewaardeerd worden, aangezien bijna de helft in de vragenlijst aangeeft het niet prijs stellen als hun zorgverzekeraar hen actief zou benaderen met zorgadvies (46%). Mogelijk hangt dit samen met het relatief lage vertrouwen dat mensen hebben in zorgverzekeraars: het vertrouwen in verzekeraars is laag vergeleken met vertrouwen in ziekenhuizen, medisch specialisten en huisartsen. Ook blijkt uit eerder onderzoek dat verzekerden het meeste vertrouwen hebben in informatie over de kwaliteit van zorg die ze ontvangen van zorgaanbieders, zoals huisartsen, specialisten en verpleegkundigen[4].

Van de andere kant is er ook een groep (ruim een derde, 37%) die het wel op prijs zou stellen als de zorgverzekeraar hen actief benadert met advies. Deze resultaten zijn in lijn met eerder onderzoek[3] waaruit bleek dat bijna vier op de tien verzekerden positief reageert op de vraag of ze het fijn zouden vinden als de zorgverzekeraar een adviserende rol op zich neemt.

Bijna de helft van de verzekerden geeft aan hun zorgverzekeraar zeker of waarschijnlijk niet te benaderen voor zorgadvies (48%). Er zijn allerlei redenen denkbaar waarom verzekerden hun zorgverzekeraar niet zouden benaderen voor zorgadvies. Naast het genoemde lage vertrouwen, is ook het feit dat veel verzekerden niet weten dat hun zorgverzekeraar zorgadvies aanbiedt een mogelijke reden. Ruim de helft (53%) van de groep die aangaf hun zorgverzekeraar zeker of waarschijnlijk niet te benaderen voor zorgadvies, geeft aan niet te weten dat hun zorgverzekeraar zorgadvies aanbiedt.

²³ <https://www.Nivel.nl/nl/nzr/zorgverlener/huisarts/verwijzingen/verwijzingen-naar-geslacht-en-leeftijd>

Literatuur

1. Nederland, Z., Kern-gezond. Actieplan Zorgverzekeraars Nederland. 2015, Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.
2. Jong, J.d., T.v. Esch, en A. Brabers, De zorgverzekeringsmarkt: gedrag, kennis en solidariteit. Een verdiepend onderzoek naar verschillen tussen groepen verzekerden. Utrecht: Nivel, 2017.
3. Bes, R., S. Wendel, en J.d. Jong, Het vertrouwensprobleem van zorgverzekeraars. ESB, 2012. 97(4647): p. 676-7.
4. Jong, J.d., A. Brabers, en R. Hoefman, Zorgverzekeraars zijn een belangrijke bron voor prijsinformatie. 2016.
5. Meinema, W. en P. Kramer, De Zorgverzekeringskaart. Effectiviteit van de Zorgverzekeringskaart Basisverzekering. KANTAR PUBLIC, 2017.
6. Bes, R., et al., Advice from the health insurer as a channelling strategy: a natural experiment at a Dutch health insurance company. Selective contracting by health insurers: p. 133.
7. Zorgweb, Z.a.e., Monitor overstapseizoen 2016-2017. 2017.
8. Brabers, A.E., M. Reitsma-van Rooijen, en J.D. de Jong, Consumentenpanel Gezondheidszorg. Basisrapport met informatie over het panel, 2015.