

De keuze voor en ervaringen met een zorgverzekeringsspolis met beperkende voorwaarden

Een onderzoek onder verzekerden

Laurens Holst
Frank van der Hulst
Anne Brabers
Judith de Jong



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

September 2020

ISBN 978-94-6122-644-0

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2020 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 “De keuze voor en ervaringen met een zorgverzekeringpolis met beperkende voorwaarden. Een onderzoek onder verzekerden”. Dit rapport is door onderzoekers van het Nivel geschreven, in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Voor dit onderzoek zijn verzekerden benaderd via hun zorgverzekeraar of via het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het Nivel. We willen zowel de zorgverzekeraars als de verzekerden bedanken voor hun medewerking. Ook de panelleden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg willen we bedanken voor hun deelname aan het onderzoek.

Utrecht, september 2020

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	8
1.1 Achtergrond	8
1.2 Doel en vraagstellingen	9
1.3 Leeswijzer	9
2 Methode in het kort	10
3 Redenen voor het kiezen van een polis met beperkende voorwaarden	11
3.1 Kenmerken van respondenten die een polis hebben met beperkende voorwaarden	11
3.2 Bekendheid met naam basisverzekering	13
3.3 Wisselen van zorgverzekering	13
3.4 Redenen voor keuze huidige basisverzekering	14
3.5 Informatie bij kiezen zorgverzekering	15
3.6 Conclusie	19
4 Ervaringen met een polis met beperkende voorwaarden	20
4.1 Tevredenheid met de huidige basispolis	20
4.2 Ervaringen zorgaanbieder	24
4.3 Ervaringen ziekenhuiszorg	26
4.4 Conclusie	30
5 Bekendheid met beperkende voorwaarden	31
5.1 Bekendheid dekking zorgaanbieders in basisverzekering	31
5.2 Zorgverzekeringsvaardigheden	34
5.3 Voorwaarden basisverzekering	36
5.4 Conclusie	39
6 Beschouwing	40
A. Polissen met beperkende voorwaarden in 2020	43
B. Methode	44
C. Vragenlijst	47
D. Topiclijst interviews	57

Samenvatting

Verzekerden kunnen kiezen uit verschillende typen basisverzekeringen (restitutie, natura of een combinatie daarvan). Binnen de categorie naturapolissen bestaan polissen waarin sprake is van beperkende voorwaarden, zoals een beperktere keuze uit zorgaanbieders of een lagere vergoeding bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg. Dit worden ook wel “budgetpolissen” genoemd. In dit onderzoek is nagegaan of verzekerden, die kiezen voor een budgetpolis, weten wat de consequenties daarvan kunnen zijn. Het doel van dit onderzoek was om meer inzicht te krijgen in hoe bewust verzekerden voor een verzekering met beperkende voorwaarden kiezen, wat hun ervaringen met een dergelijke zorgverzekering zijn en of zij voldoende bekend zijn met de beperkende voorwaarden van hun polis. Voor dit onderzoek zijn twee groepen verzekerden benaderd met een online vragenlijst. De eerste groep is benaderd via twee zorgverzekeraars en bestond uit verzekerden die een polis met selectieve contractering van ziekenhuiszorg hebben (groep A). De andere groep bestaat uit leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg en betreft ook verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden, maar hierbij kan er sprake zijn van ofwel een beperktere keuze van zorgaanbieders of een lagere vergoeding van ongecontracteerde zorg (groep B). Deze respondenten (groep B) hebben in de vragenlijst aangegeven welke polis zij hebben.

Wat zijn de redenen van verzekerden voor het kiezen van een polis met beperkende voorwaarden?

De premie is de meest genoemde reden om te kiezen voor een polis met beperkende voorwaarden: ruim de helft gaf dit aan (groep A). Naast een financiële reden speelt ook het zorggebruik een rol. Een kwart (26%) van de respondenten gaf aan deze polis te hebben gekozen omdat ze weinig zorg gebruiken. Voor verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden is het van belang dat zij weten of hun zorgaanbieder vergoed wordt wanneer zij gebruik maken van zorg. Iets meer dan een derde (35%) van de respondenten gaf aan bij het kiezen van hun zorgverzekering niet te hebben gelet op welke zorgaanbieders volledig worden vergoed. Onder groep B zien we een iets ander beeld. Een mogelijke reden hiervoor is dat we hier breder hebben gekeken naar polissen met beperkende voorwaarden. Voor een kwart van groep B was de premie een reden om voor de huidige polis te kiezen, en voor 9% het feit dat ze weinig zorg gebruiken. Ruim de helft (55%) van groep B zegt niet te hebben gelet op welke zorgaanbieders volledig worden vergoed.

Wat zijn de ervaringen van verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden?

Over het algemeen zijn verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden tevreden met hun polis: 70% gaf aan het helemaal of deels eens te zijn met de stelling hierover, 14% van de respondenten gaf aan het deels of helemaal oneens te zijn met deze stelling (de overige 16% heeft hier geen duidelijke mening over). Daarnaast gaf 42% aan dat het (heel of deels) waarschijnlijk is dat ze hun basisverzekering zullen aanbevelen. De aspecten waar verzekerden het minst tevreden over zijn, zijn de premie en dekking. Dit zijn ook de aspecten die verzekerden het meest belangrijk vinden.

Een deel van de respondenten uit groep A (13%) geeft aan geen zorg te gebruiken. Iets minder dan een kwart van de respondenten in groep A heeft zich de afgelopen twaalf maanden in de situatie bevonden waarin ze naar een zorgaanbieder wilden gaan die niet gecontracteerd was door hun verzekeraar. Het gaat hierbij dan vooral om ziekenhuiszorg. Het merendeel (61%) van de respondenten die naar een zorgaanbieder is gegaan die niet volledig werd vergoed, is alsnog naar deze desbetreffende zorgaanbieder gegaan. In groep B zien we ook dat het merendeel alsnog naar de niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Van de verzekerden (groep A) die in de afgelopen 12 maanden naar het ziekenhuis zijn geweest voor zorg (4.404 van de 13.588 respondenten), moest ongeveer de helft bijbetalen voor de zorg die zij in het ziekenhuis kregen. In 39% van de gevallen waarbij bijbetaald moest worden, kwam dat volgens de verzekerden doordat de ziekenhuiszorg niet volledig vergoed werd. In de andere gevallen (61%) waren de kosten volgens de respondenten niet gerelateerd aan niet-gecontracteerde zorg (het kan dan bijvoorbeeld gaan om het eigen risico) of waren de respondenten niet zeker of dit het geval was. Van de verzekerden die aangaven te moeten bijbetalen omdat de ziekenhuiszorg niet vergoed werd, gaf bijna twee derde aan dat ze dit niet van tevoren wisten. Dit geldt zowel voor groep A als voor groep B. Het ontbreekt verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden in deze situaties kennelijk aan tijdige en duidelijke informatie, terwijl het juist voor deze groep verzekerden van belang is om goed geïnformeerd te zijn over eventuele bijbetalingen op het moment dat ze naar een zorgaanbieder willen gaan. Een kwart van de respondenten in groep A gaf aan op dat moment informatie over eventuele bijbetalingen te hebben ontvangen van de zorgaanbieder, en een achtste van de zorgverzekeraar. Vier op de tien respondenten uit groep A gaf aan geen informatie te hebben ontvangen, maar het zelf te hebben opgezocht op het moment dat ze naar een zorgaanbieder wilden gaan die niet gecontracteerd was. Voor een derde van de verzekerden (in groep A) met een polis met beperkende voorwaarden die aangaven te maken hebben gehad met bijbetaling vanwege niet-volledige vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg, was het bijbetalen een groot probleem. Dit betreft 2% van alle respondenten uit groep A. De groep respondenten die aangaf dat het bijbetalen een groot probleem was, bestaat voor een groot gedeelte uit verzekerden met een laag inkomen (netto maandinkomen < 2500) die in de meeste gevallen aangaven niet te weten dat ze moesten bijbetalen.

Zijn verzekerden bekend met de beperkende voorwaarden van hun polis en met de vindbaarheid, beschikbaarheid en begrijpelijkheid van de beperkende voorwaarden?

Een vijfde (19%) van de respondenten met een polis met beperkende voorwaarden (groep A) gaf aan niet bekend te zijn met de voorwaarden van zijn of haar basisverzekering. Ook geeft ruim de helft (59%) aan dat ze niet weten wat het maximale vergoedingspercentage is voor zorg die niet volledig vergoed wordt. Wel geeft ruim een derde (37%) in de afgelopen zes maanden zelf informatie opgezocht te hebben over de voorwaarden van zijn of haar basisverzekering. Verzekerden geven aan redelijk op de hoogte te zijn van de voorwaarden van hun basisverzekering en daarnaast geven ze aan redelijk overtuigd te zijn dat ze informatie hierover (redelijk) makkelijk kunnen vinden en begrijpen. Wel lijkt de hoogte van de bijbetaling een moeilijk onderwerp om op te zoeken voor verzekerden. Van de respondenten in groep A gaf 42% aan het redelijk tot heel moeilijk te vinden om te achterhalen hoeveel er bijbetaald moet worden als ze naar een zorgaanbieder gaan die niet gecontracteerd is. Ook gaf een vijfde (22%) aan helemaal niet zeker te zijn dat ze vóórdat ze bepaalde zorg krijgen te weten kunnen komen hoeveel ze zelf nog moeten betalen, nadat de zorgverzekeraar zijn deel van de zorgkosten heeft vergoed.

Conclusie

Het huidige onderzoek toont aan dat niet alle verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden goed geïnformeerd zijn over de consequenties als zij zorg gebruiken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het merendeel van de verzekerden dat moest bijbetalen voor ongecontracteerde ziekenhuiszorg, gaf aan dat ze dit niet van tevoren wisten. Indien men dit wel wist, was het bedrag dat moest worden bijbetaald vaak onduidelijk. Hier ontbreekt het voor verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden kennelijk aan tijdige en duidelijke informatie. Ondanks de verbeterpunten die in het huidige onderzoek naar voren komen, met name waar het gaat om informatie over het bijbetalen bij niet-gecontracteerde zorg, is zeven op de tien

verzekerden het helemaal of deels eens met de stelling: *'Ik ben over het algemeen tevreden met mijn huidige basisverzekering'*. Daarmee lijkt een polis met beperkende voorwaarden voor deze verzekerden aan te sluiten bij hun behoeften.

Methode

Met behulp van vragenlijstonderzoek en telefonische interviews is er in augustus 2020 informatie verzameld om inzicht te krijgen in de keuze van verzekerden voor en de ervaringen met een zorgverzekeringpolis met beperkende voorwaarden. Het vragenlijstonderzoek is ten eerste uitgezet onder verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden waarbij een beperkt aantal ziekenhuizen is gecontracteerd, via de ledenbestanden van twee verzekeraars die deze polissen aanbieden. Voor één verzekeraar betrof dit alle verzekerden van twee polissen (circa 380.000 verzekerden), voor de andere verzekeraar betrof dit een steekproef van 16.000 verzekerden van één polis. De respons bestond uit 13.588 verzekerden (groep A). De vragenlijst is ook uitgezet onder panelleden van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg. Dit betrof een brede steekproef van verzekerden (van 18 jaar en ouder) in Nederland (n=7.192). Vanuit deze steekproef zijn voor dit onderzoek alleen de respondenten meegenomen die in de vragenlijst aangaven een polis met beperkende voorwaarden te hebben, waarbij de beperkende voorwaarden ofwel een beperktere keuze van zorgaanbieders betrof, of een lagere vergoeding van ongecontracteerde zorg. Dit betrof 1.330 respondenten (groep B). Een aantal verzekerden uit groep A is, na het invullen van de vragenlijst, benaderd voor een telefonisch interview met als doel om de keuze voor een polis met beperkende voorwaarden en de ervaringen en bekendheid hiermee beter te begrijpen.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Elk jaar kunnen verzekerden kiezen of zij bij hun huidige zorgverzekeraar blijven, of dat zij overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Ook hebben zij de keuze uit verschillende typen basisverzekeringen (restitutie, natura of een combinatie daarvan). Binnen de categorie naturapolissen bestaan polissen waarin sprake is van beperkende voorwaarden. Deze worden ook wel “budgetpolissen” genoemd. Volgens de definitie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn dit naturapolissen die minimaal aan één van onderstaande voorwaarden voldoen¹:

- minder keuze uit gecontracteerde aanbieders
- minder dan 75% vergoeding bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg

In 2019 waren er 14 polissen die voldeden aan één van deze voorwaarden. Vier daarvan hadden een beperktere ziekenhuiskeuze, waarbij de vergoeding voor zorg door een zorgaanbieder zonder contract met een verzekeraar varieert van 65 tot 80% van het gemiddeld door de zorgverzekeraar gecontracteerde tarief¹. Ter vergelijking, dit percentage ligt bij naturapolissen zonder beperkende voorwaarden meestal op 75 tot 80%, soms op 90% van het gemiddeld gecontracteerde tarief¹. Driekwart van de verzekerden in Nederland koos voor een naturapolis in 2019. Als we kijken naar het totale aantal verzekerden dat een polis met beperkende voorwaarden had, dan gaat het om 2,4 miljoen verzekerden (14,1%)¹. Het aantal polissen met beperkende voorwaarden in 2020 gedaald naar 10 (zie bijlage A). Vier van deze tien polissen hebben een beperktere ziekenhuiskeuze. Budgetpolissen zouden moeten aansluiten bij de wensen van verzekerden, maar ze kunnen ook een negatief effect hebben als het gaat om de solidariteit in het zorgverzekeringsstelsel². In het Regeerakkoord 2017-2021 is opgenomen dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) begin 2020 een meting zal uitvoeren naar het aanbod van budgetpolissen. Het ministerie van VWS wil daarbij niet alleen kijken naar het aanbod van budgetpolissen, maar ook meer inzicht krijgen in de ervaringen die verzekerden hebben met dergelijke polissen. Het is van belang om te weten of verzekerden die deze polis kiezen, goed weten wat de consequenties daarvan kunnen zijn. Hoewel er in de afgelopen jaren in diverse media berichtgeving is geweest over situaties waarin verzekerden met een budgetpolis onverwacht de hoge ziekenhuisrekening deels zelf moesten betalen, ontbreekt structureel onderzoek en informatie naar het bewustzijn van verzekerden over de mogelijke gevolgen van het hebben van een dergelijke polis. In dit onderzoek richten we ons op de ervaringen van verzekerden met polissen met beperkende voorwaarden. In combinatie met de meting naar het aanbod van polissen, kan het huidige onderzoek bijdragen aan het (beter) laten aansluiten van polissen met beperkende voorwaarden bij de wensen van verzekerden.

¹ NZa Monitor Zorgverzekeringen 2019: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_289640_22/1/ geraadpleegd op 11-9-2020

² Regeerakkoord 2017-2021

1.2 Doel en vraagstellingen

Doel

Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in hoe bewust verzekerden voor een verzekering met beperkende voorwaarden kiezen, wat hun ervaringen met een dergelijke zorgverzekering zijn en of zij voldoende bekend zijn met de beperkende voorwaarden van hun polis. Dit inzicht kan meegenomen worden in de beslissing of er maatregelen nodig zijn met betrekking tot het aanbod van budgetpolissen.

Vraagstellingen

De onderzoeksvragen die in dit rapport worden beantwoord zijn:

1. *Wat zijn de redenen van verzekerden voor het kiezen van een polis met beperkende voorwaarden?*
2. *Wat zijn de ervaringen van verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden (denk aan tevredenheid over de polis, eventuele (hoogte van) bijbetalingen voor niet-gecontracteerde zorg en of de verzekerde vooraf op de hoogte was van de bijbetaling)?*
3. *Zijn verzekerden bekend met de beperkende voorwaarden van hun polis en met de vindbaarheid, beschikbaarheid en begrijpelijkheid van de beperkende voorwaarden?*

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de onderzoeksmethode kort toegelicht (een uitgebreide beschrijving van de gevolgde methode is te vinden in bijlage B). Vervolgens worden in de drie hoofdstukken die volgen de onderzoeksresultaten besproken, waarbij elk hoofdstuk ingaat op één van de drie onderzoeksvragen. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de redenen van verzekerden om te kiezen voor een polis met beperkende voorwaarden. Hoofdstuk 4 heeft betrekking op de ervaringen van verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden. Hoofdstuk 5 beschrijft de resultaten met betrekking tot de bekendheid van verzekerden met de beperkende voorwaarden van hun polis. Ten slotte wordt in hoofdstuk 6 een beschouwing van de resultaten gegeven.

2 Methode in het kort

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van een online vragenlijst onder verzekerden en telefonische interviews met verzekerden. Hieronder wordt een korte beschrijving van de methode gegeven. Een uitgebreide beschrijving van de methode is te vinden in bijlage B.

Online vragenlijst

In dit onderzoek wordt met behulp van een online vragenlijst (zie bijlage C) nagegaan of verzekerden, die kiezen voor een polis met beperkende voorwaarden, dit bewust hebben gedaan. Wanneer dit niet het geval is, zijn de gevolgen naar verwachting het grootst bij de polissen die een selectieve contractering hebben voor ziekenhuiszorg (ook wel medisch specialistische zorg/ MSZ genoemd) (zie bijlage A voor een overzicht van deze polissen). Om deze reden zijn specifiek verzekerden benaderd die een polis hebben met een selectieve contractering in de MSZ. Deze polissen worden door twee overkoepelende zorgverzekeraars aangeboden. Via de ledenbestanden van deze twee verzekeraars zijn verzekerden benaderd met de vraag of ze de vragenlijst in wilden vullen. Voor één verzekeraar betrof dit alle verzekerden van twee polissen (circa 380.000 verzekerden), voor de andere verzekeraar betrof dit een steekproef van 16.000 verzekerden van één polis. De respons bestond uit 13.588 verzekerden. Deze groep verzekerden noemen we in dit rapport **groep A**.

Daarnaast zijn panelleden van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg benaderd. Via het panel is een brede steekproef van verzekerden (van 18 jaar en ouder) in Nederland online aangeschreven (n=7.192). Vanuit deze steekproef zijn voor dit onderzoek alleen verzekerden meegenomen die in de vragenlijst aangaven een polis met beperkende voorwaarden te hebben. Hierbij is er dus gekozen voor de bredere definitie van polissen met beperkende voorwaarden, waarbij de beperkende voorwaarden ofwel een beperktere keuze van zorgaanbieders betrof, of een lagere vergoeding van ongecontracteerde zorg (zie vraag 4 in bijlage C). Deze respondenten (n= 1.330) noemen we in dit rapport **groep B**.

Telefonische interviews

Om de keuze voor een polis met beperkende voorwaarden en de ervaringen en bekendheid hiermee beter te begrijpen, zijn aanvullend op de online vragenlijst 11 telefonische interviews gehouden. Deze interviews zijn afgenomen bij respondenten die via de zorgverzekeraars benaderd zijn (groep A), die in de vragenlijst toestemming hebben gegeven om hiervoor benaderd te worden.

3 Redenen voor het kiezen van een polis met beperkende voorwaarden

In dit hoofdstuk geven we een beschrijving van de respondenten en gaan we in op de vraag wat de redenen zijn om voor een polis met beperkende voorwaarden te kiezen. Ook geven we inzicht in de informatiebronnen die de respondenten gebruiken bij hun keuze en of ze bij hun keuze meenemen of zorgaanbieders gecontracteerd zijn.

Belangrijkste resultaten

- De helft (47%) van de respondenten uit groep A en driekwart (78%) van de respondenten uit groep B (Consumentenpanel Gezondheidszorg) zijn in de afgelopen 5 jaar niet overstapt van zorgverzekering.
- De premie is de meest genoemde reden (56%) om voor de huidige basisverzekering te kiezen, gevolgd door weinig zorggebruik (26%) in groep A. In groep B gaven respondenten aan hun huidige basisverzekering voornamelijk te kiezen omdat ze deze al jaren hebben (49%), gevolgd door de premie (25%).
- De website van een zorgverzekeraar is de meest gebruikte informatiebron bij de keuze voor een basisverzekering.
- 1 op de 3 (35%) respondenten uit groep A en 55% uit groep B letten bij de keuze voor een zorgverzekering niet op welke zorgaanbieders er volledig worden vergoed.

3.1 Kenmerken van respondenten die een polis hebben met beperkende voorwaarden

In totaal hebben 14.918 respondenten de vragenlijst ingevuld. Groep A, benaderd via de ledenbestanden van de twee zorgverzekeraars, bestond uit 13.588 respondenten. Groep B, benaderd via het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg, bestond uit 1.330 respondenten. De man/vrouw verhouding in de totale groep respondenten was 53/47 (zie tabel 3.1). De gemiddelde leeftijd van de respondenten in groep A was 47 jaar en in groep B 68 jaar. Van de respondenten was 44% hoog opgeleid, en één op de vijf had een netto maandinkomen van €3500 of meer. Twee op de vijf respondenten beoordeelden de eigen gezondheid als zeer goed of uitstekend en 13% gaf aan geen zorg te gebruiken.

Tabel 3.1. Kenmerken van de respondenten met een polis met beperkende voorwaarden

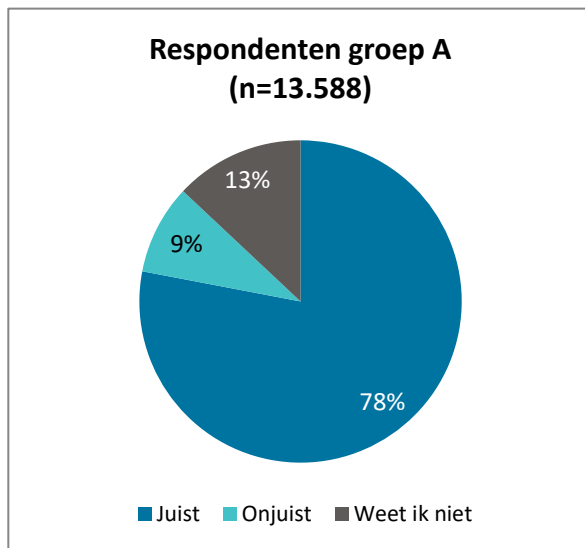
	Respondenten totaal (n=14.918)	Respondenten groep A (n=13.588)	Respondenten groep B (n=1.330)
Geslacht			
Man	53%	52%	59%
Vrouw	47%	48%	41%
Geen van beide	0%	0%	n.v.t.
Leeftijd			
18-39 jaar	37%	40%	4%
40-64 jaar	42%	43%	26%
65 jaar en ouder	22%	17%	70%
Opleidingsniveau*			
Laag	8%	7%	13%
Midden	26%	23%	50%
Hoog	44%	45%	36%
Anders	1%	1%	n.v.t.
Onbekend	21%	23%	1%
Netto maandinkomen			
< €1500	17%	17%	14%
€1500 - €2500	23%	21%	39%
€2500 - €3500	17%	16%	27%
> €3500	19%	19%	17%
Onbekend	25%	27%	4%
Ervaren gezondheid			
Zeer goed / uitstekend	39%	40%	31%
Goed	33%	31%	47%
Matig / slecht	9%	8%	16%
Onbekend	20%	21%	6%
Zorggebruik			
Geen	13%	13%	11%
Heel weinig / weinig	56%	55%	60%
Veel / heel veel	11%	10%	21%
Onbekend	20%	22%	8%

* laag (t/m lager of voorbereidend beroepsonderwijs), midden (middelbaar onderwijs en HAVO en VWO), hoog (HBO of hoger)

3.2 Bekendheid met naam basisverzekering

Van de respondenten uit groep A was bekend welke basisverzekering met beperkende voorwaarden zij hebben afgesloten voor 2020, omdat zij zijn aangeschreven via twee zorgverzekeraars. Driekwart (78%) van de respondenten wist de juiste naam van hun basisverzekering aan te kruisen (Figuur 3.1), 13% gaf aan niet te weten wat de naam is van hun huidige basisverzekering, en één op de tien (9%) kruiste een onjuiste naam aan.

Figuur 3.1 Wat is de naam van uw basisverzekering in 2020?

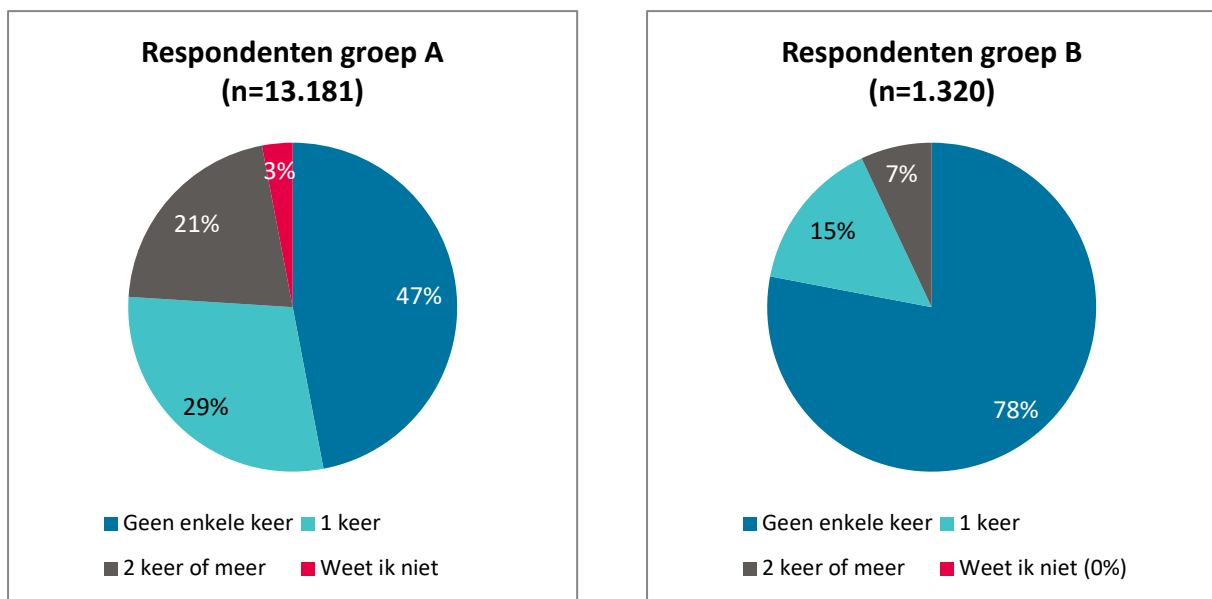


3.3 Wisselen van zorgverzekering

De meeste respondenten gaven aan dat ze vorig jaar (2019) dezelfde polis hadden als dit jaar (2020). Onder de respondenten uit groep A was dit 75%, onder respondenten uit groep B 92%. Een groot deel van de respondenten gaf ook aan in de afgelopen 5 jaar niet te zijn overgestapt van zorgverzekering (zie Figuur 3.2). In groep A was dit ongeveer de helft van de respondenten (47%), in groep B ongeveer drie kwart (78%). Kijkend naar de kenmerken van de respondenten, stapten ouderen (65 jaar en ouder) over het algemeen minder vaak over dan jongeren, en stapten laagopgeleiden minder vaak over dan hoogopgeleiden. Dit kan ook het verschil in overstappen tussen groep A en groep B verklaren. De gemiddelde leeftijd van de respondenten in groep A (47 jaar) lag namelijk lager dan de gemiddelde leeftijd van de respondenten in groep B (68 jaar).

Ook uit de interviews kwam naar voren dat een deel niet overstapt. Een aantal respondenten gaf aan al jarenlang dezelfde basisverzekering te hebben. Zo gaf een respondent aan zijn huidige polis al lange tijd te hebben. Door tevredenheid met zijn zorgverzekering zal hij niet snel overstappen. Een andere respondent gaf ook aan al heel lang dezelfde polis te hebben. Ook zij gaf aan door de goede ervaring met haar zorgverzekering nooit de keuze gemaakt te hebben om over te stappen en zei hierover het volgende: *“Ik ben eigenlijk niet zo van het overstappen, met niets niet. Ik weet nu wat ik heb en ik weet dat dit voor mij goed is.”*

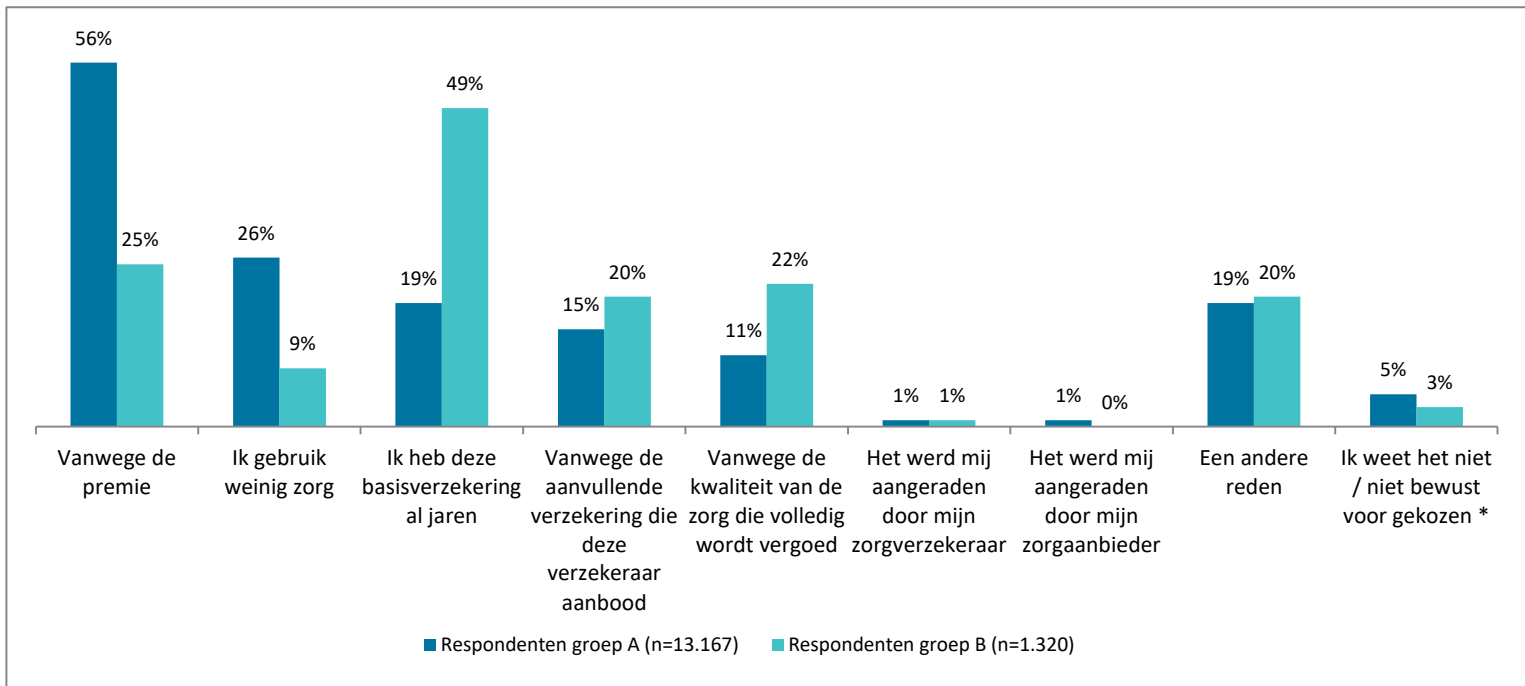
Figuur 3.2 Hoe vaak bent u de afgelopen vijf jaar gewisseld van zorgverzekering?



3.4 Redenen voor keuze huidige basisverzekering

Meer dan de helft (56%) van de respondenten uit groep A gaf aan dat ze hun huidige basisverzekering hebben gekozen vanwege de premie (zie Figuur 3.3). Dit is daarmee de meest genoemde reden in deze groep. Een kwart (26%) van de respondenten uit groep A gaf aan dat weinig zorggebruik een reden is om te kiezen voor deze polis. Bijna de helft (49%) van de respondenten uit groep B gaf aan dat zij voor hun huidige basisverzekering hebben gekozen omdat zij deze verzekering al jaren hebben. Dit is voor deze groep de meest benoemde reden. Een kwart (25%) van de respondenten uit groep B noemde de premie als reden voor de keuze van de huidige basisverzekering. Onder de groep respondenten die aangaf hun huidige basisverzekering te hebben gekozen vanwege een andere reden, gaf een groot deel aan dit te hebben gedaan vanwege de collectiviteitskorting.

Figuur 3.3 Waarom heeft u voor uw huidige basisverzekering gekozen? (meerdere antwoorden mogelijk)

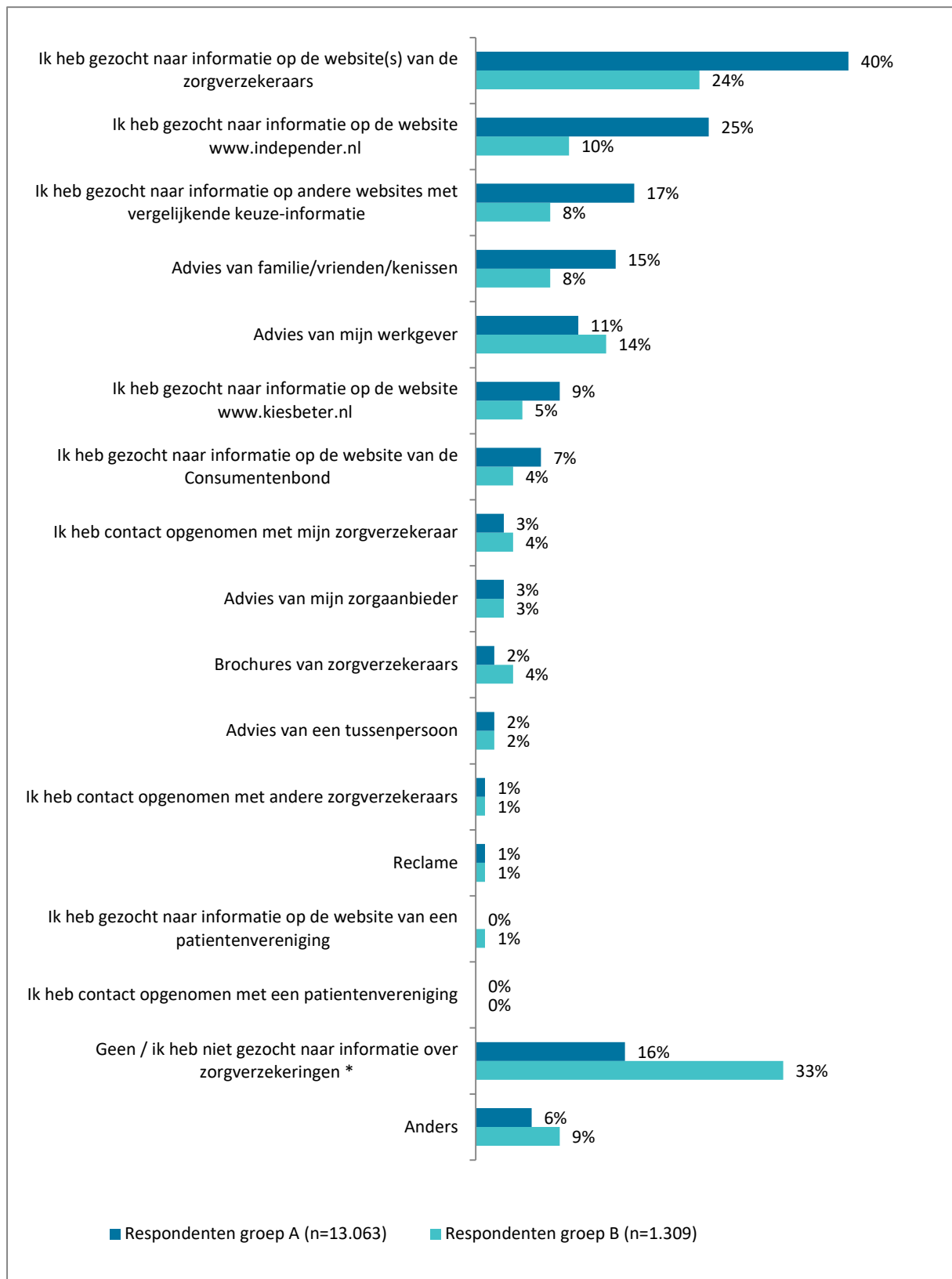


* Deze antwoordoptie kon niet in combinatie met de andere antwoordopties.

3.5 Informatie bij kiezen zorgverzekering

Twee vijfde (40%) van de respondenten uit groep A heeft gezocht naar informatie op de website(s) van de zorgverzekeraar(s) bij de keuze voor hun huidige basisverzekering (zie Figuur 3.4). Een kwart (24%) van de respondenten uit groep B gaf aan deze informatiebron te hebben gebruikt. In groep A gaf tevens een kwart van de respondenten (25%) aan informatie te hebben gezocht op de website www.independ.nl. In beide groepen is er ook een groep die aangaf geen informatiebronnen te hebben geraadpleegd bij de keuze voor de huidige basisverzekering. In groep A was dit 16% van de respondenten, en in groep B was dit een derde (33%). Van de groep die geen informatiebron heeft gebruikt, is het merendeel in de afgelopen vijf jaar niet overgestapt van polis.

Figuur 3.4 Welke informatie heeft u gebruikt bij de keuze van uw huidige basisverzekering?
(meerdere antwoorden mogelijk)



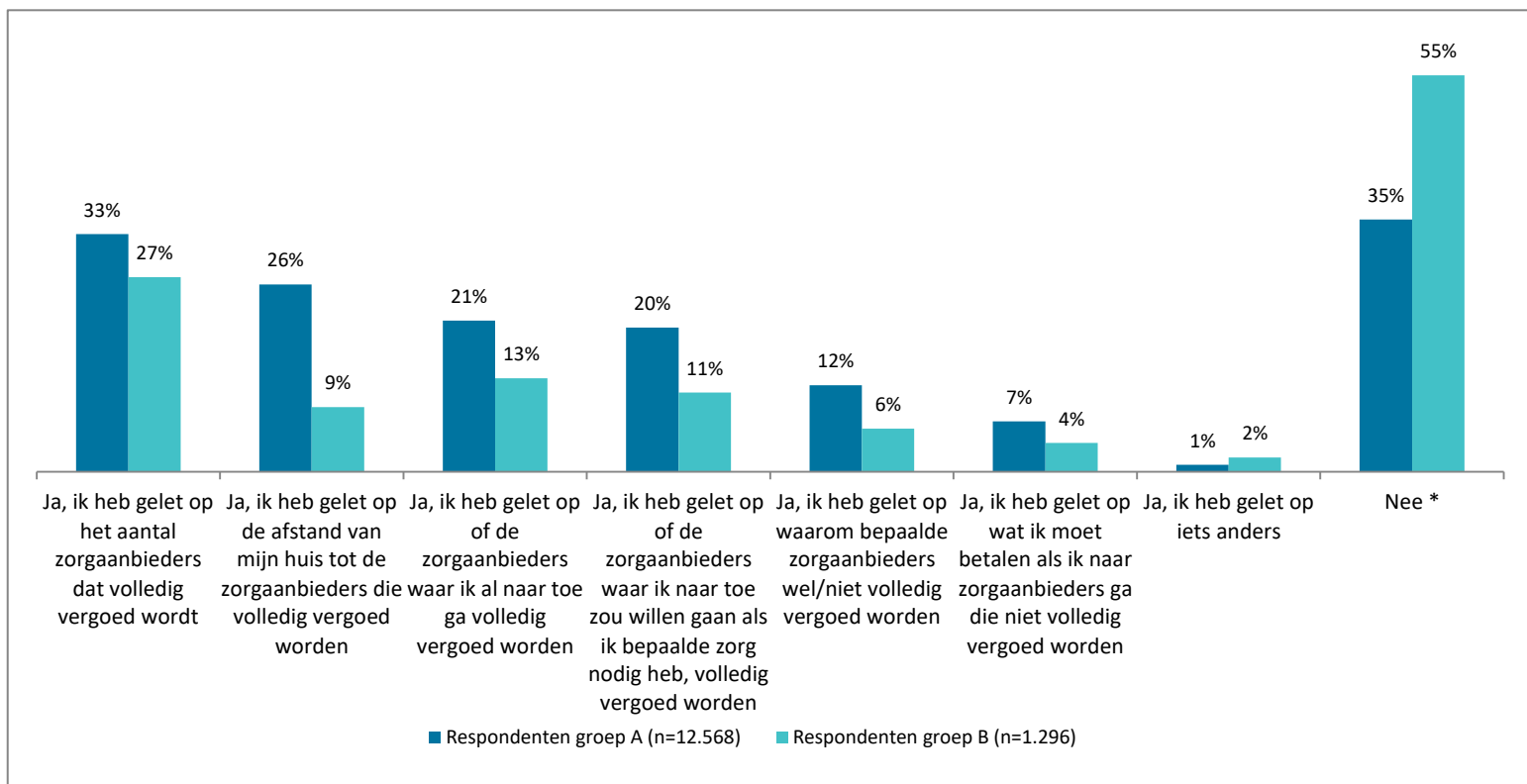
* Deze antwoordoptie kon niet in combinatie met de andere antwoordopties.

Uit de interviews blijkt dat sommige respondenten de verschillende polissen niet of alleen op prijs hebben vergeleken, terwijl andere respondenten wat meer uitgebreid hebben uitgezocht welke zorgverzekering goed bij hun situatie past. Sommige respondenten hebben hier meerdere bronnen van informatie voor gebruikt. Zo zei een respondent: *“Ik heb daar het internet voor gebruikt, ik heb diverse vergelijkingswebsites gebruikt, ik heb de tips gebruikt die in nieuwsberichten stonden en ik heb de website bezocht van de zorgverzekeraar zelf.”*

3.5.1 Aandacht voor volledige vergoeding bij keuze zorgverzekering

Ongeveer één op de drie respondenten (35%) uit groep A, en meer dan de helft van de respondenten (55%) uit groep B gaven aan niet te hebben gelet op welke zorgaanbieders (buiten het eigen risico om) volledig worden vergoed (zie Figuur 3.5). Als respondenten hier wel op hebben gelet, hebben ze vooral gelet op het aantal zorgaanbieders dat volledig wordt vergoed. Respectievelijk 33% en 27% van de respondenten uit groep A en B hebben hier op gelet bij het kiezen van hun zorgverzekering.

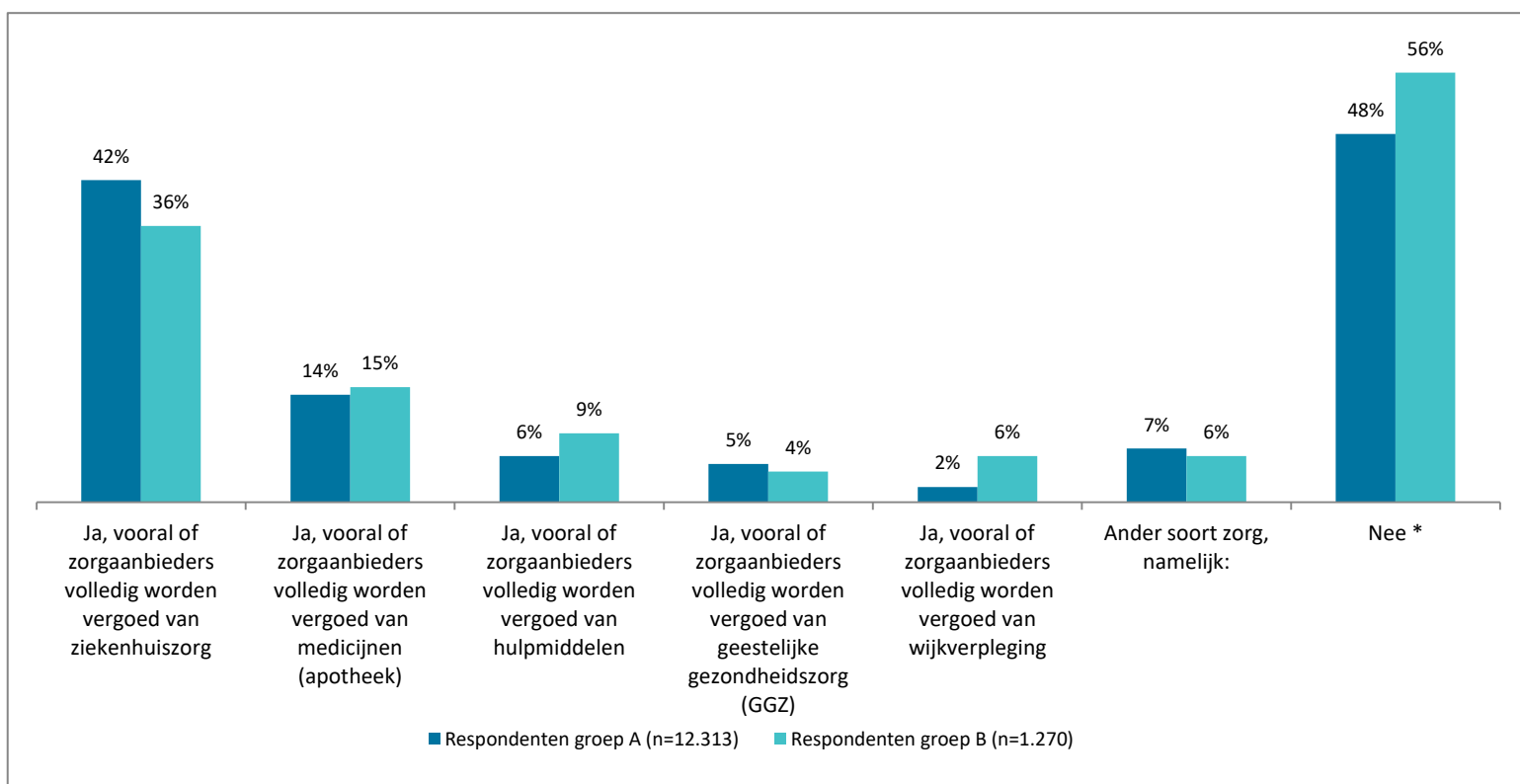
Figuur 3.5 Heeft u er bij het kiezen van uw zorgverzekering op gelet welke zorgaanbieders bij uw huidige basisverzekering volledig worden vergoed? (meerdere antwoorden mogelijk)



* Deze antwoordoptie kon niet in combinatie met andere antwoordopties.

Ongeveer de helft van de respondenten (48% in groep A, 56% in groep B) heeft er niet op gelet of een bepaald soort zorgaanbieders volledig wordt vergoed (zie Figuur 3.6). Wanneer men hier wel op heeft gelet, keek men het meest naar ziekenhuiszorg. Van de respondenten uit groep A en B gaf 42% respectievelijk 36% aan vooral hierop te letten bij het kiezen van een basisverzekering.

Figuur 3.6 Heeft u er op gelet of zorgaanbieders van een bepaald soort zorg volledig worden vergoed? (meerdere antwoorden mogelijk)



* Deze antwoordoptie kon niet in combinatie met andere antwoordopties.

Uit de interviews blijkt dat sommige respondenten ieder jaar controleren of de zorgaanbieders van hun voorkeur opnieuw gecontracteerd zijn door de zorgverzekeraar. Andere respondenten geven aan één keer bij het afsluiten van de polis uitgezocht te hebben welke ziekenhuizen gecontracteerd zijn in de regio en gaan er dan vanuit dat het ziekenhuis gecontracteerd blijft. Niet uitzoeken of een zorgaanbieder gecontracteerd is kan soms kan leiden tot onverwachte bijbetalingen. Een respondent die pas na de behandeling vernam over de bijbetaling zei hierover het volgende: *“Ik ging er gewoon heen (naar het ziekenhuis) en toen kreeg ik op een gegeven moment de rekening van het ziekenhuis en toen stond erbij ‘niet gedekt’.”* Ook een andere respondent gaf aan dat hij, omdat hij dit niet van tevoren had uitgezocht, onverwacht moest bijbetalen voor de zorg die hij gekregen had. Deze respondent zei het volgende: *“Ik was er gewoon van uitgegaan: ik heb hier twee grote ziekenhuizen, die zijn natuurlijk gecontracteerd.”*

Hoewel er dus respondenten zijn die onverwacht moesten bijbetalen, zijn er ook respondenten die tijdens het interview aangaven dit altijd voor het gebruikmaken van zorg goed uit te zoeken. Deze verzekerden gaven aan zich bewust te zijn van de mogelijke consequenties die het gevolg zijn van het hebben van een polis met beperkende voorwaarden. Een van de respondenten zei hierover het volgende: *“Met name de eerste stap (het uitzoeken of een zorgaanbieder gecontracteerd is) is noodzakelijk om te voorkomen dat ik tegen een rekening aanloop die ik zelf moet bekostigen.”*

3.6 Conclusie

De vraag die in dit hoofdstuk centraal stond was wat de redenen van verzekerden zijn voor het kiezen van een polis met beperkende voorwaarden. Kijken we naar de respondenten van de polissen met beperkende voorwaarden waarbij een beperkt aantal ziekenhuizen is gecontracteerd, dan blijkt de premie de meest genoemde reden om te kiezen voor deze polis: ruim de helft gaf dit aan. Daarnaast gaf een kwart (26%) aan dat ze de polis hebben gekozen omdat ze weinig zorg gebruiken. Als verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden gebruik maken van zorg, dan is het belangrijk dat zij weten of hun zorgaanbieder vergoed wordt. Hier kunnen ze al bij de keuze voor een zorgverzekering op letten. Iets meer dan een derde (35%) gaf aan hier niet op gelet te hebben. Onder de groep verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden, waarbij de beperkende voorwaarden ofwel een beperktere keuze van zorgaanbieders betrof, of een lagere vergoeding van ongecontracteerde zorg (groep B), zien we een iets ander beeld. Zo gaf onder deze groep een kwart (25%) aan dat de premie een reden was om voor de huidige polis te kiezen en 9% heeft gekozen voor de huidige polis omdat ze weinig zorg gebruiken. Ruim de helft (55%) van deze groep gaf aan dat ze er niet op gelet hebben welke zorgaanbieders volledig worden vergoed. Dat dit percentage hoger ligt dan in groep A (35%) komt mogelijk omdat groep B voor een groot deel bestaat uit verzekerden met een polis waarbij de beperkende voorwaarden in mindere mate betrekking hebben op de zeer ruime keuze in ziekenhuizen.

4 Ervaringen met een polis met beperkende voorwaarden

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag wat de ervaringen van verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden zijn. We kijken daarbij naar tevredenheid met de polis en de ervaringen van verzekerden met (niet-gecontracteerde) zorgaanbieders in de afgelopen 12 maanden.

Belangrijkste resultaten

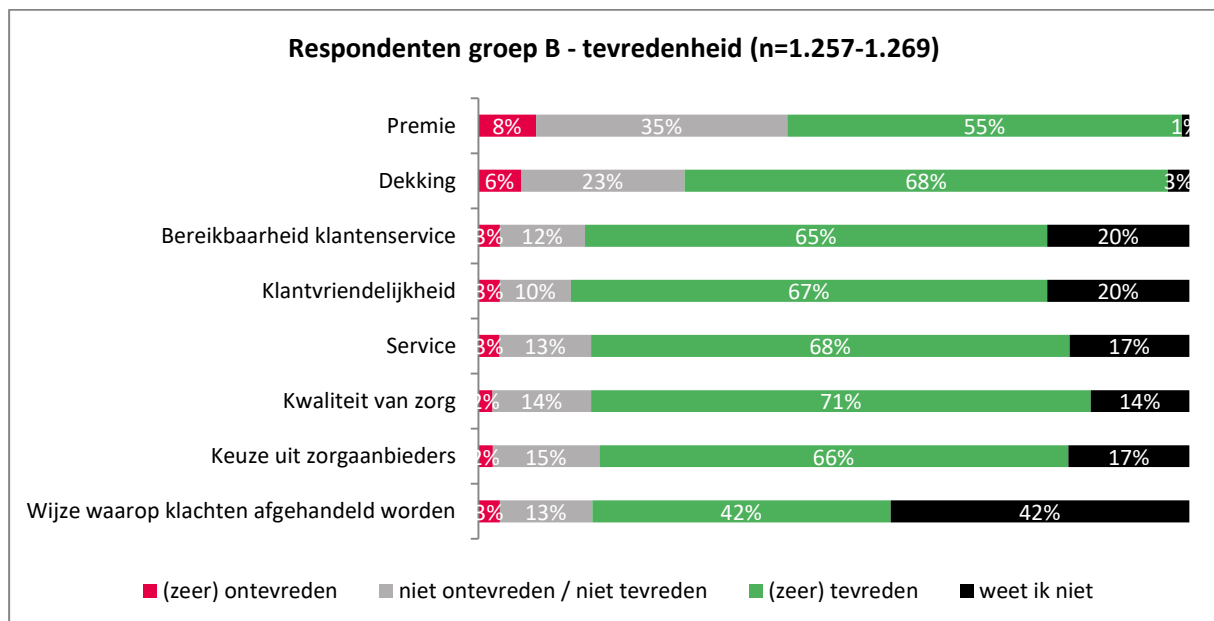
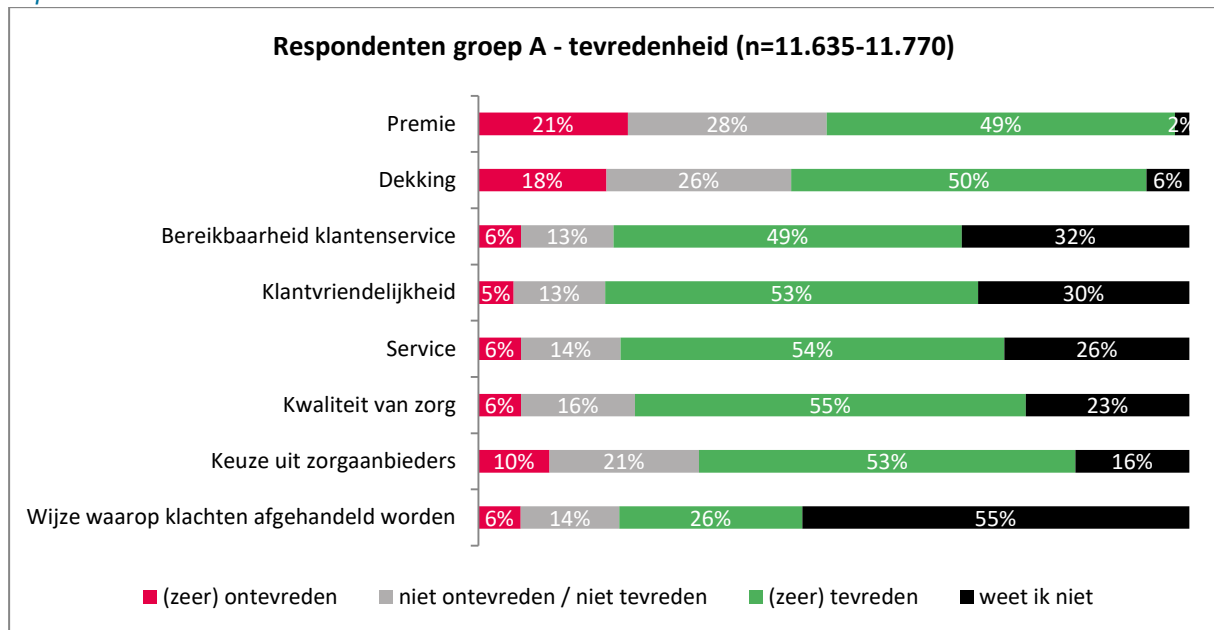
- Respondenten zijn over het algemeen tevreden over alle voorgelegde aspecten van hun basisverzekering.
- Respectievelijk 21% en 18% van de respondenten die via de zorgverzekeraars zijn benaderd (groep A) gaven aan (zeer) ontevreden te zijn over de premie en dekking van hun basisverzekering. Onder de respondenten van groep B (Consumentenpanel Gezondheidszorg) is 8% respectievelijk 6% ontevreden over de premie en dekking.
- Ongeveer vier op de tien respondenten (42% in groep A en 43% in groep B) gaf aan dat het (heel of deels) waarschijnlijk is dat ze hun huidige basisverzekering zouden aanbevelen.
- De meerderheid van de respondenten gaf aan de informatievoorziening met betrekking tot hun basisverzekering duidelijk (62% in groep A en 69% in groep B) en begrijpelijk (60% in groep A en 66% in groep B) te vinden.
- Op het moment dat respondenten naar een bepaalde zorgaanbieder willen gaan die niet volledig wordt vergoed, geeft 38% en 29% van de respondenten in respectievelijk groep A en B aan hier geen informatie over te ontvangen, maar het wel zelf op te zoeken. Een kwart in groep A en een derde in groep B zegt op dat moment geïnformeerd te zijn door de zorgaanbieder.
- Van de respondenten die in de afgelopen 12 maanden weleens in de situatie zijn geweest dat ze naar een zorgaanbieder wilden gaan die niet volledig werd vergoed (n=2507 in groep A en n=132 in groep B), gaf een meerderheid in beide groepen (61% in groep A en 64% in groep B) aan alsnog naar deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder te zijn gaan.
- Van de mensen die moesten bijbetalen voor niet-gecontracteerde ziekenhuiszorg, gaf 62% aan niet van tevoren te weten dat ze moesten bijbetalen voor deze zorg (zowel in groep A als in groep B).

4.1 Tevredenheid met de huidige basispolis

4.1.1 Tevredenheid

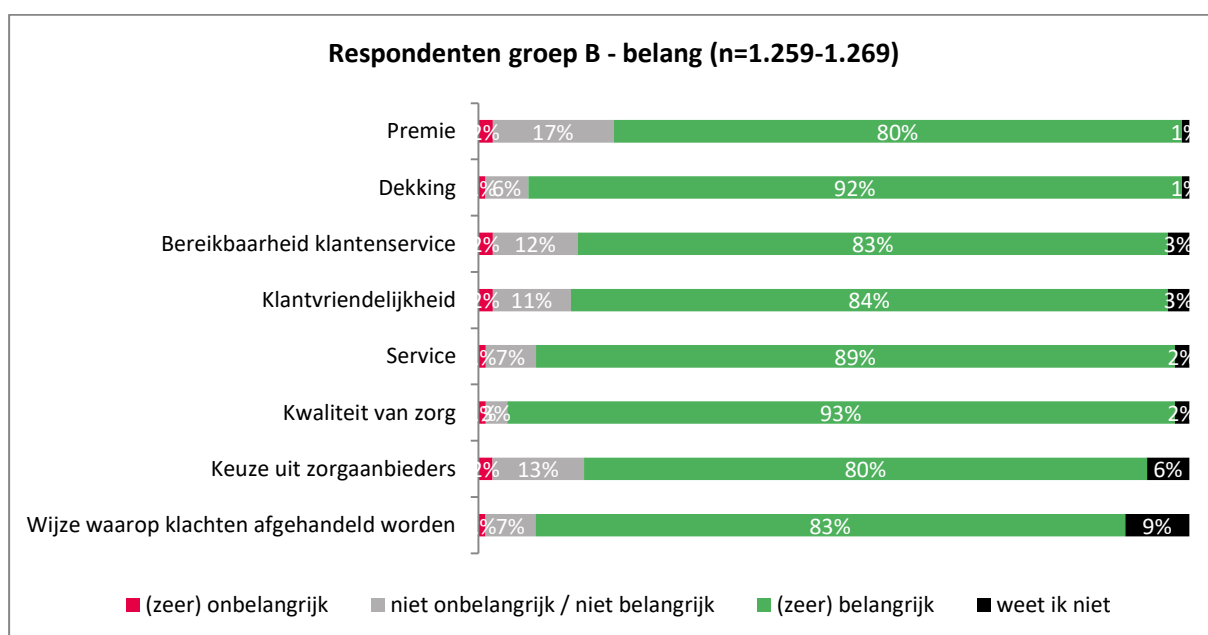
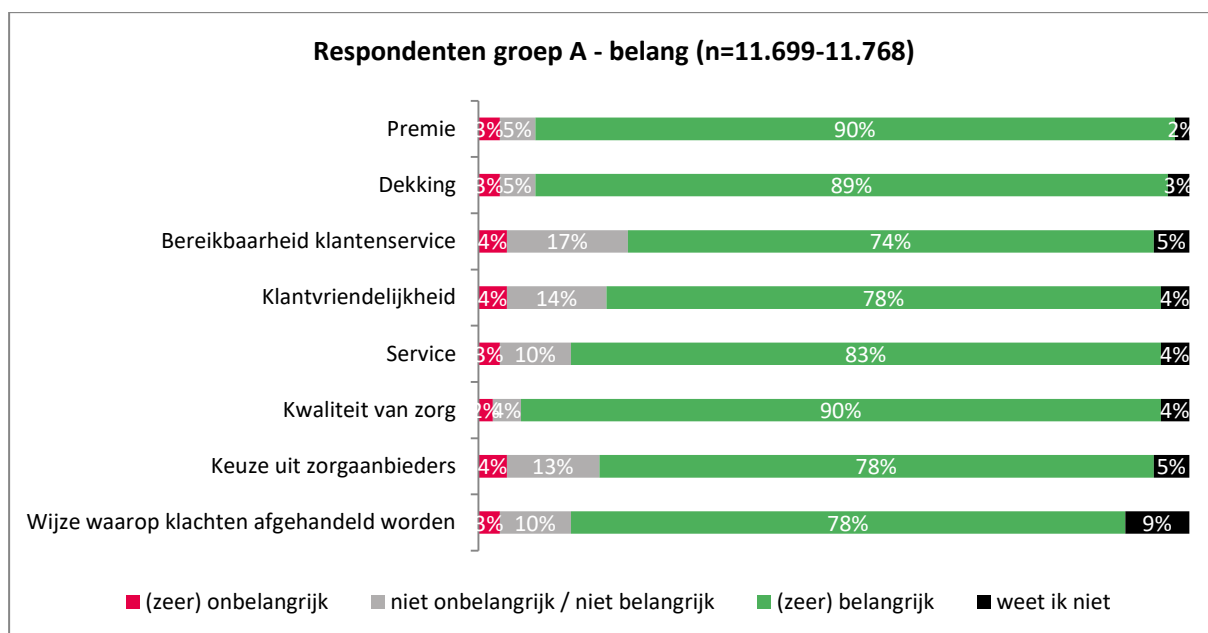
Als we kijken naar diverse aspecten van hun polis dan zijn verzekerden daar over het algemeen tevreden over (zie Figuur 4.1). Men gaf aan het minst tevreden te zijn over de premie en de dekking; respectievelijk 21% en 18% van de respondenten uit groep A was hier (zeer) ontevreden over. In groep B is dit 8% respectievelijk 6%. In groep A valt op dat 10% aangaf (zeer) ontevreden te zijn over de keuze uit zorgaanbieders.

Figuur 4.1 In hoeverre bent u tevreden over uw basisverzekering met betrekking tot onderstaande aspecten?



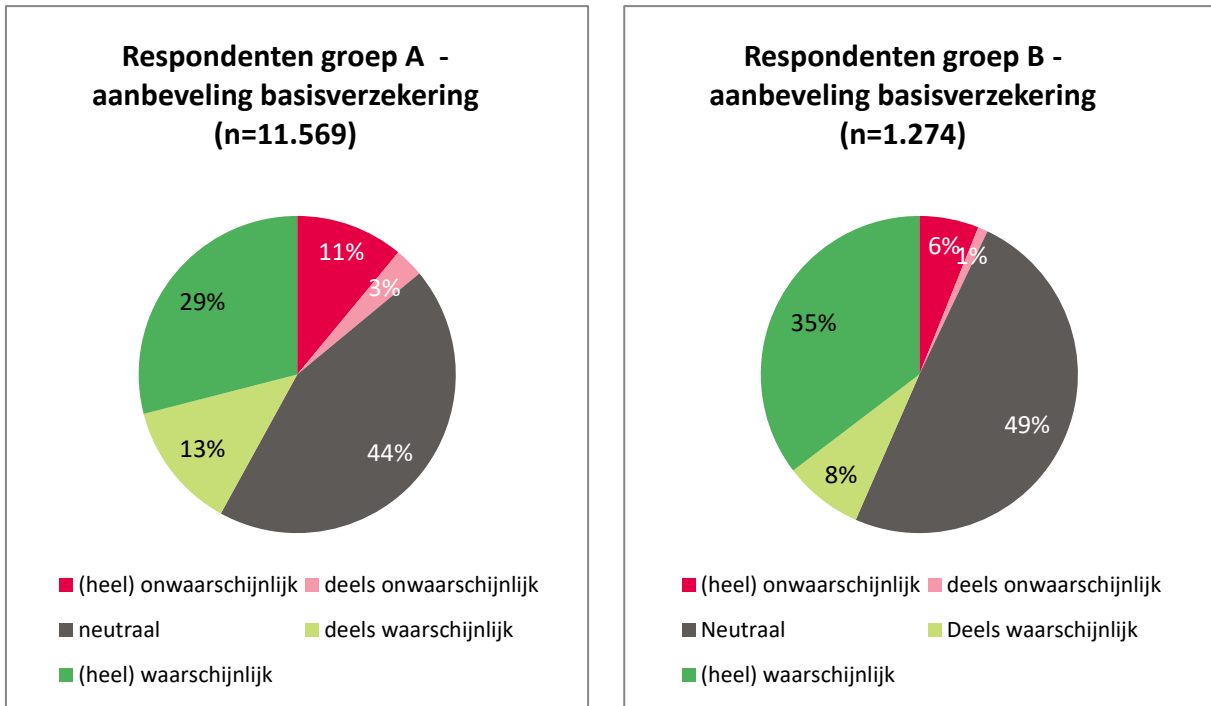
Figuur 4.2 toont dat een ruime meerderheid uit beide groepen alle voorgelegde aspecten (zeer) belangrijk vindt aan een basisverzekering. De premie en de kwaliteit van zorg zijn voor groep A het belangrijkste en werden door 90% van de respondenten als (zeer) belangrijk bestempeld. Het percentage respondenten in groep A dat de bereikbaarheid van de klantenservice een (zeer) belangrijk aspect vindt van de basisverzekering ligt op 74% en is daarmee het minst belangrijke aspect. De resultaten van groep B wijken niet veel af van de resultaten van groep A, hoewel het percentage respondenten in groep B dat de premie (zeer) belangrijk vindt minder hoog ligt (80%).

Figuur 4.2 Hoe belangrijk vindt u onderstaande aspecten van uw basisverzekering?

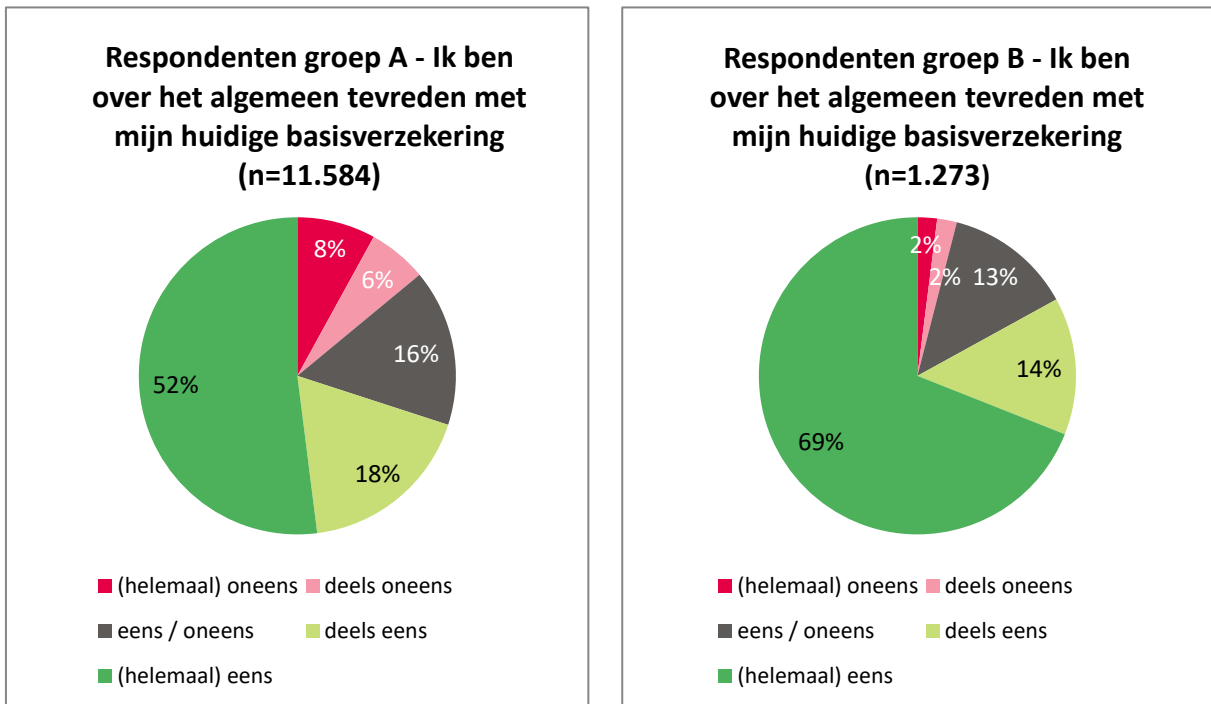


Over het algemeen zijn respondenten in beide groepen redelijk tevreden over hun huidige basisverzekering. Vier op de tien respondenten (42%) gaf aan dat het heel of deels waarschijnlijk is dat ze hun huidige basisverzekering zouden aanbevelen aan anderen (zie Figuur 4.3). In beide groepen was een merendeel van de respondenten het (helemaal) eens met de stelling: 'Ik ben over het algemeen tevreden met mijn huidige basisverzekering' (zie Figuur 4.4). Onder respondenten uit groep A was 70% het helemaal of deels eens met deze stelling, in groep B was dit 83%. Een deel is ontevreden: 14% van de respondenten uit groep A was het deels of helemaal oneens met de stelling en bij groep B gaat het om 4%.

Figuur 4.3 Hoe waarschijnlijk is het dat u uw basisverzekering zult aanbevelen?

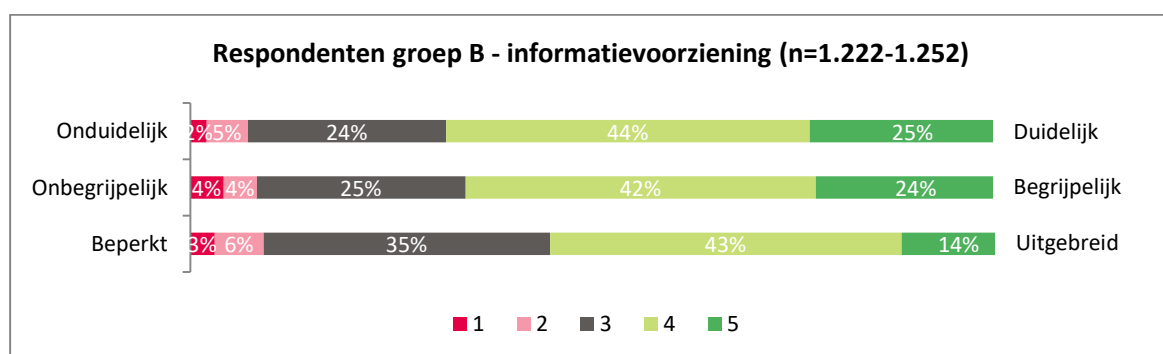
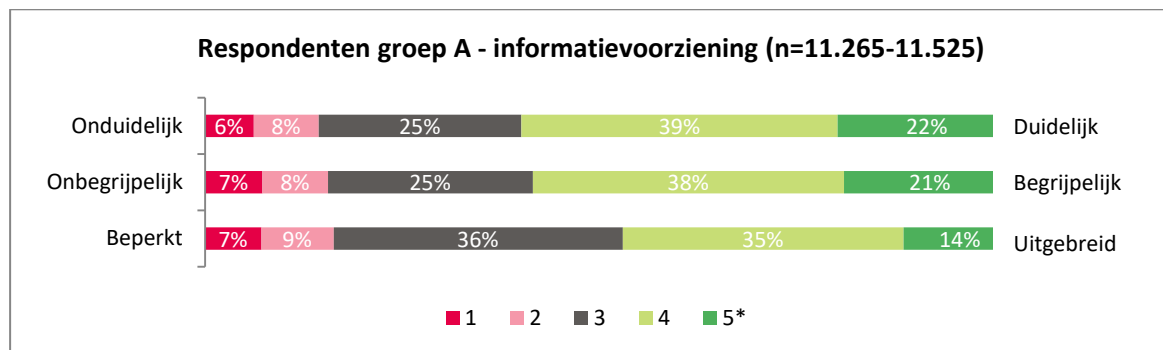


Figuur 4.4 In hoeverre bent u het eens met onderstaande stelling?



Aan de respondenten is gevraagd wat zij vinden van de informatievoorziening met betrekking tot hun basisverzekering. Drie aspecten zijn uitgevraagd: duidelijkheid, begrijpelijkheid en uitgebreidheid (zie Figuur 4.5). De meerderheid respondenten van groep A gaf aan de informatievoorziening duidelijk (62%) en begrijpelijk (60%) te vinden (score 4 of 5). Het percentage respondenten dat aangaf de informatievoorziening uitgebreid te vinden (score 4 of 5) ligt op 49% en scoort daarmee minder goed. Voor de respondenten van groep B is een vergelijkbaar beeld te zien.

Figuur 4.5 Wat vindt u van de informatievoorziening in het algemeen met betrekking tot uw basisverzekering?

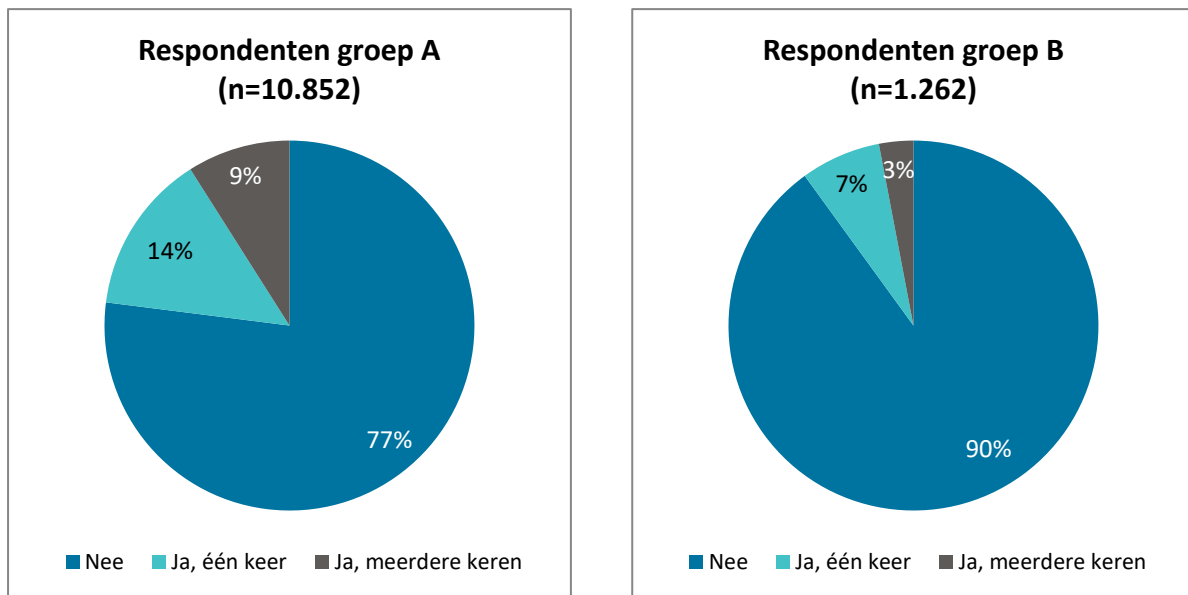


* Er is gebruik gemaakt van een 5-puntsschaal, waarbij 1 = onduidelijk/onbegrijpelijk/beperk, en 5 = duidelijk/begrijpelijk/uitgebreid (zie vraag 15 in bijlage C)

4.2 Ervaringen zorgaanbieder

Bij een polis met beperkende voorwaarden kan het voorkomen dat een verzekerde naar een zorgaanbieder wil gaan die niet volledig wordt vergoed. Van de respondenten uit groep A gaf 23% aan de afgelopen 12 maanden in de situatie te zijn geweest dat ze naar een bepaalde zorgaanbieder wilden gaan die niet volledig werd vergoed (zie Figuur 4.6). In groep B was dat 10%. Dit verschil kan verklaard worden door het verschil in polissen tussen beide groepen.

Figuur 4.6 Bent u in de afgelopen 12 maanden wel eens in de situatie geweest dat u naar een bepaalde zorgaanbieder wilde gaan die niet volledig werd vergoed?

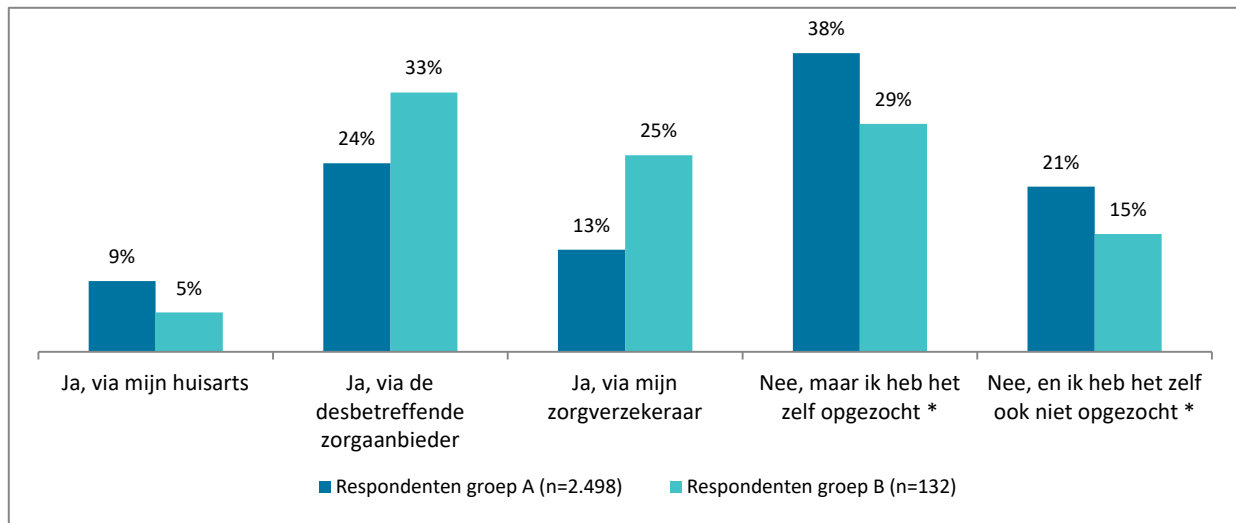


Van de respondenten in groep A (n=2.507) die in de situatie geweest zijn dat ze naar een bepaalde zorgaanbieder wilden gaan die niet volledig werd vergoed, wilde 38% naar het ziekenhuis gaan en 24% naar de apotheek. Van de groep die zich in een dergelijke situatie hebben bevonden, is 62% toen alsnog naar de desbetreffende niet-gecontracteerde zorgaanbieder gegaan, 12% is naar een andere zorgaanbieder gegaan die wel volledig werd vergoed; 26% heeft afgezien van de zorg. Deze percentages zijn berekend over een subgroep, namelijk over de respondenten die in de situatie zijn geweest dat ze naar een bepaalde zorgaanbieder wilden gaan die niet volledig werd vergoed. Het percentage dat heeft afgezien van zorg ligt berekend over het totaal aantal respondenten op 6%. Daarbij is het mogelijk dat een deel van deze zorg niet urgent was en dat er wellicht sprake is van uitstel.

In groep B zijn er 132 respondenten in de situatie geweest dat ze naar een bepaalde zorgaanbieder wilden gaan die niet volledig werd vergoed. Deze respondenten wilden voornamelijk naar het ziekenhuis (19%), de apotheek (18%) of een aanbieder van hulpmiddelen (18%) gaan. Twee derde (64%) van de 132 respondenten is toen alsnog naar de desbetreffende niet-gecontracteerde zorgaanbieder gegaan, 5% is naar een andere zorgaanbieder gegaan die wel volledig werd vergoed; 28% heeft afgezien van de zorg.

Als respondenten informatie ontvangen over dat de zorg niet volledig wordt vergoed, krijgen ze dit vooral van de zorgaanbieder die niet gecontracteerd is of de zorgverzekeraar (zie Figuur 4.7). Daarnaast gaf een behoorlijk aantal respondenten (38% in groep A en 29% in groep B) aan geen informatie te hebben ontvangen, maar het zelf te hebben opgezocht.

Figuur 4.7 Heeft u op dat moment (dat u naar een bepaalde zorgaanbieder wilde gaan die niet volledig werd vergoed) informatie ontvangen dat de zorg niet volledig werd vergoed? (meerdere antwoorden mogelijk)



* Deze antwoordopties konden niet in combinatie met andere antwoordopties en ook niet in combinatie met elkaar.

Tijdens de interviews is gevraagd aan de deelnemers bij wie volgens hen de verantwoordelijkheid ligt om verzekerden te informeren over het bijbetalen van zorg. Eén van de respondenten zei: *“Wanneer de verzekeraar klanten heeft binnen een regio en zij hebben hier geen contract (met een ziekenhuis in de regio), dan vind ik eigenlijk dat de verzekeraar dat zou moeten melden.”* Een andere respondent had dezelfde mening, en motiveerde dit door het volgende te zeggen: *“In het algemeen vind ik dat de verzekeraar daar wel degelijk een rol in heeft, in het informeren, want lang niet iedereen is bij machte om zo’n zorgverzekering te begrijpen en al die principes die daar onder liggen.”*

Echter was er ook een respondent die vond dat de verantwoordelijkheid om goed op de hoogte te zijn over eventuele bijbetalingen volledig bij hemzelf lag: *“De verantwoordelijkheid om geïnformeerd te zijn over eventuele bijbetalingen ligt volledig bij mij.”*

Verder werd ook de zorgaanbieder door een aantal respondenten genoemd als verantwoordelijke voor het verstrekken van informatie hierover.

4.3 Ervaringen ziekenhuiszorg

Bij een deel van de polissen met beperkende voorwaarden zijn niet alle ziekenhuizen gecontracteerd. Als een verzekerden naar een ziekenhuis gaat dat niet gecontracteerd is, moet de verzekerden mogelijk zelf een deel van de kosten betalen.

In groep A geven er 4.404 (41%) respondenten aan in de afgelopen 12 maanden voor zorg naar het ziekenhuis te zijn geweest (zie Figuur 4.8). Van deze groep zegt 48% te hebben moeten bijbetalen voor de zorg die zij in het ziekenhuis hebben gekregen. Van de respondenten die moeten bijbetalen voor ziekenhuiszorg (2.090 respondenten), kwam dit volgens de respondenten in twee op de vijf gevallen (39%) doordat de ziekenhuiszorg niet volledig vergoed werd door de verzekeraar. In de andere gevallen (61%) waren de kosten volgens de respondenten niet gerelateerd aan niet-gecontracteerde zorg (het kan dan bijvoorbeeld gaan om het eigen risico) of wisten de respondenten

het niet. Het merendeel (62%) van de respondenten dat zegt te hebben moeten bijbetalen doordat de ziekenhuiszorg niet volledig vergoed werd (n=805), wist dit niet van tevoren. Hierbij dient wel rekening gehouden te worden met het feit dat dit percentage berekend is over een subgroep, en geen percentage over de gehele groep respondenten uit groep A betreft³. Berekend over alle respondenten uit groep A komt het erop neer dat 5% zich in deze situatie heeft bevonden. Opvallend is dat respondenten met een matige of slechte gezondheid in verhouding vaker aangaven van tevoren niet te weten dat zij moesten bijbetalen voor deze ziekenhuiszorg, dan respondenten met een (zeer) goede of uitstekende gezondheid. Daarnaast gaven respondenten met een lager opleidingsniveau vaker aan dit niet te weten dan respondenten met een hoger opleidingsniveau, en gaven respondenten met een lager inkomen vaker aan dit niet te weten dan respondenten met een hoger inkomen. Voor de groep respondenten die wel wist dat zij moesten bijbetalen voor hun ziekenhuiszorg (n=298), was de hoogte van de bijbetaling in drie op de vijf gevallen (62%) niet duidelijk.

Voor 30% van de respondenten van groep A die moesten bijbetalen doordat de ziekenhuiszorg niet volledig vergoed werd (240 van de 803 respondenten), was het bijbetalen een groot probleem. Deze groep bestaat voor een groot gedeelte uit verzekerden met een laag inkomen (netto maandinkomen < 2500) die in de meeste gevallen aangaven niet te weten dat ze moesten bijbetalen.

In groep B gaven er 632 (50%) respondenten aan in de afgelopen 12 maanden voor zorg naar het ziekenhuis te zijn geweest (Figuur 4.9). Van deze groep zei 20% te moeten hebben bijbetalen voor de zorg die zij in het ziekenhuis hebben gekregen. Van de respondenten die moeten bijbetalen voor ziekenhuiszorg (127 respondenten), kwam dit volgens de respondenten in één op de drie gevallen (33%) doordat de ziekenhuiszorg niet volledig vergoed werd door de verzekeraar (het ging hierbij niet om het eigen risico). Het merendeel (62%) van de respondenten dat moest bijbetalen doordat de ziekenhuiszorg niet volledig vergoed werd (n=42), wist dit niet van tevoren. Berekend over de gehele groep respondenten van groep B, gaat dit om 2% dat zich in deze situatie heeft bevonden. Van de 16 respondenten die wel wisten dat zij moesten bijbetalen, was de hoogte van de bijbetaling in 9 gevallen niet duidelijk.

Voor 3 van de 40 respondenten van groep B die moesten bijbetalen doordat de ziekenhuiszorg niet volledig vergoed werd, was het bijbetalen een groot probleem. De 3 respondenten hebben allen een laag inkomen (netto maandinkomen < 2500).

In groep A gaf 34% en in groep B 16% van de respondenten aan meestal of altijd informatie op te zoeken hoeveel men zelf moet bijbetalen voor ziekenhuiszorg die niet volledig wordt vergoed. Van de groep respondenten die informatie zoekt over hoeveel men zelf moet (bij)betalen voor ziekenhuiszorg die niet volledig wordt vergoed, gaf 9 op de 10 aan deze informatie te zoeken bij zijn of haar zorgverzekeraar.

Uit de interviews blijkt dat niet uitzoeken of een zorgaanbieder gecontracteerd is soms kan leiden tot bijbetaling. Een van de respondenten gaf aan dat hij voorheen nooit opzocht welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn. Echter gaf hij aan dat hij laatst een brief van zijn zorgverzekeraar had ontvangen met de mededeling dat er mogelijk kosten zijn verbonden aan een recentelijke ziekenhuisbehandeling. Hij weet nog niet hoeveel het bedrag is dat hij moet bijbetalen, maar hij gaf

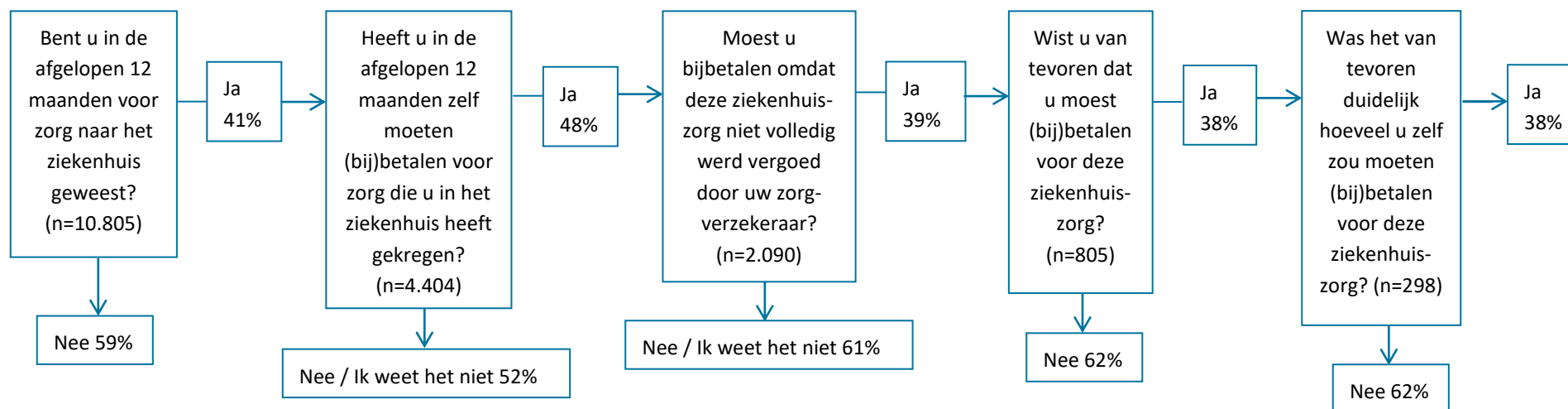
³ Met dit principe dient ook rekening gehouden te worden bij de overige resultaten van Figuur 4.8 en Figuur 4.9.

aan dat hij, mede door deze ervaring, in de toekomst vooraf zal opzoeken of er sprake kan zijn van bijbetalingen.

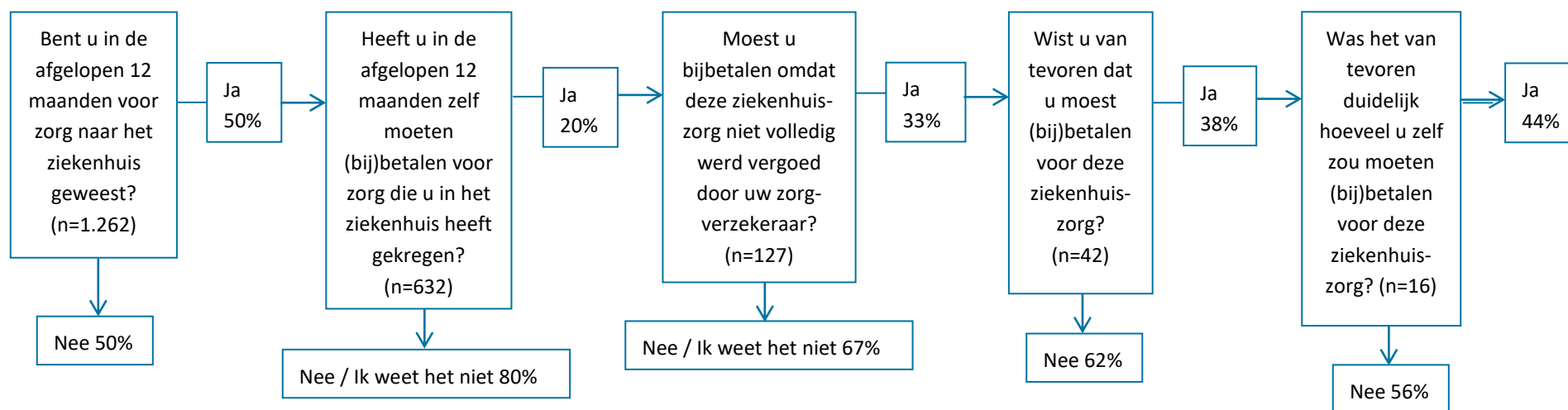
Daarnaast is tijdens de interviews gevraagd naar de mening van respondenten over het bijbetalen van zorg die niet gecontracteerd is. Een van de respondenten gaf aan te begrijpen waarom hij moet bijbetalen. Hij zegt hierover het volgende: *“Ik geef niet zo gauw en graag andere mensen de schuld. Dus in eerste instantie was ik boos op mijzelf. En in tweede instantie dacht ik, dat is wel waar, maar heeft de verzekeraar daar ook geen rol in (om de verzekerde goed te informeren)? Dat vind ik eigenlijk wel.”*

Een andere respondent, die ook daadwerkelijk heeft moeten bijbetalen voor zorg gaf ook aan dit te begrijpen. Hij legt de verantwoordelijkheid bij zichzelf en gaf aan dat het een risico is dat hij heeft genomen.

Figuur 4.8 Overzicht respons groep A op achtereenvolgende vragen over de ervaringen van de respondenten met ziekenhuiszorg



Figuur 4.9 Overzicht respons groep B op achtereenvolgende vragen over de ervaringen van de respondenten met ziekenhuiszorg



4.4 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we naar de ervaringen van verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden gekeken. Van de respondenten met een polis waarbij een beperkt aantal ziekenhuizen is gecontracteerd (groep A, bijlage A), gaf 70% aan het helemaal of deels eens te zijn met de stelling over het algemeen tevreden te zijn met de huidige basisverzekering. Als we kijken naar diverse aspecten van hun polis dan zijn zij daar over het algemeen tevreden over. Een vijfde (21%) gaf aan ontevreden te zijn over de premie en 18% over de dekking. Daarmee zijn dit de aspecten waar respondenten het minst tevreden over zijn. Het zijn ook de aspecten die de meeste respondenten belangrijk vinden.

De meerderheid van de respondenten vindt de informatievoorziening met betrekking tot hun basisverzekering duidelijk en begrijpelijk. Wel heeft een deel van de respondenten te maken gehad met de situatie dat ze naar een zorgaanbieder wilden gaan die niet gecontracteerd was door hun zorgverzekeraar. Het gaat dan het vaakst om een ziekenhuis dat niet gecontracteerd is. De meerderheid (62%) kiest er dan toch voor om naar de desbetreffende zorgaanbieder toe te gaan, dit geldt zowel voor groep A als groep B. In dat geval kan het zo zijn dat verzekerden zelf moeten bijbetalen voor het gebruik van de zorg. Zij wisten vaak niet van tevoren dat ze moesten bijbetalen. Het ontbreekt verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden in deze situaties kennelijk aan tijdige en duidelijke informatie, terwijl het juist voor deze groep verzekerden van belang is om goed geïnformeerd te zijn over eventuele bijbetalingen op het moment dat ze naar een zorgaanbieder willen gaan. Voor een derde van de respondenten in groep A die aangaven te maken hebben gehad met bijbetaling vanwege niet-volledige vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg, was het bijbetalen een groot probleem. De groep respondenten die aangaf dat het bijbetalen een groot probleem was, bestaat voor een groot gedeelte uit verzekerden met een laag inkomen, die in de meeste gevallen aangaven niet te weten dat ze moesten bijbetalen. Waar de verantwoordelijkheid ligt voor het informeren van verzekerden met betrekking tot een mogelijke bijbetaling is voor verzekerden ook nog een vraag. Sommigen geven aan dat het hun eigen verantwoordelijkheid is, anderen geven aan dat hier een rol voor de zorgverzekeraar ligt en weer anderen noemen ook de zorgaanbieder. Het vaakst komen ze aan informatie door het zelf op te zoeken.

5 Bekendheid met beperkende voorwaarden

In dit hoofdstuk geven we antwoord op de vraag of verzekerden bekend zijn met de beperkende voorwaarden van hun polis en met de vindbaarheid, beschikbaarheid en begrijpelijkheid van de beperkende voorwaarden.

Belangrijkste resultaten

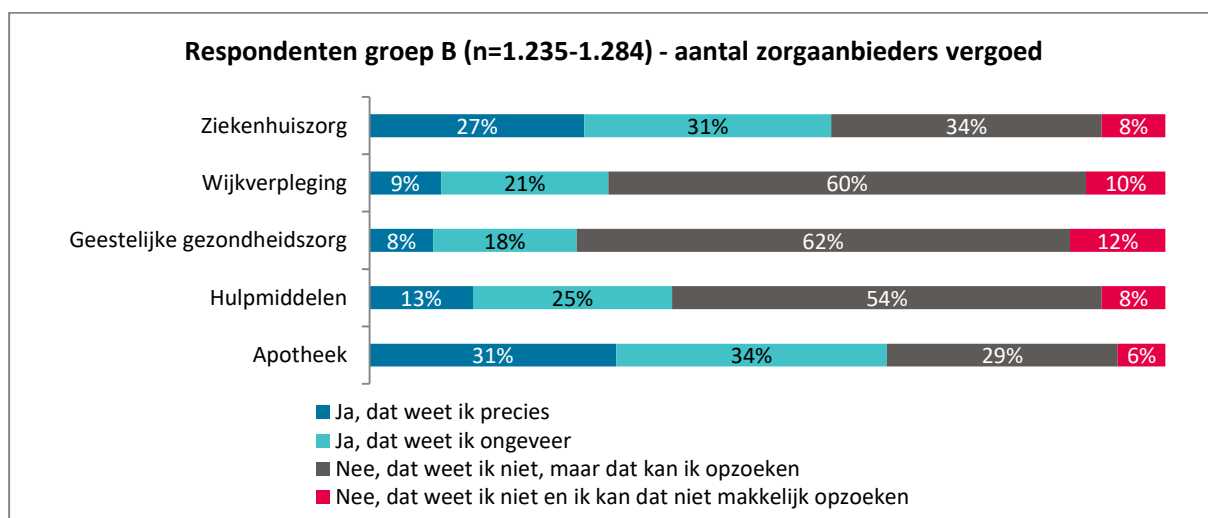
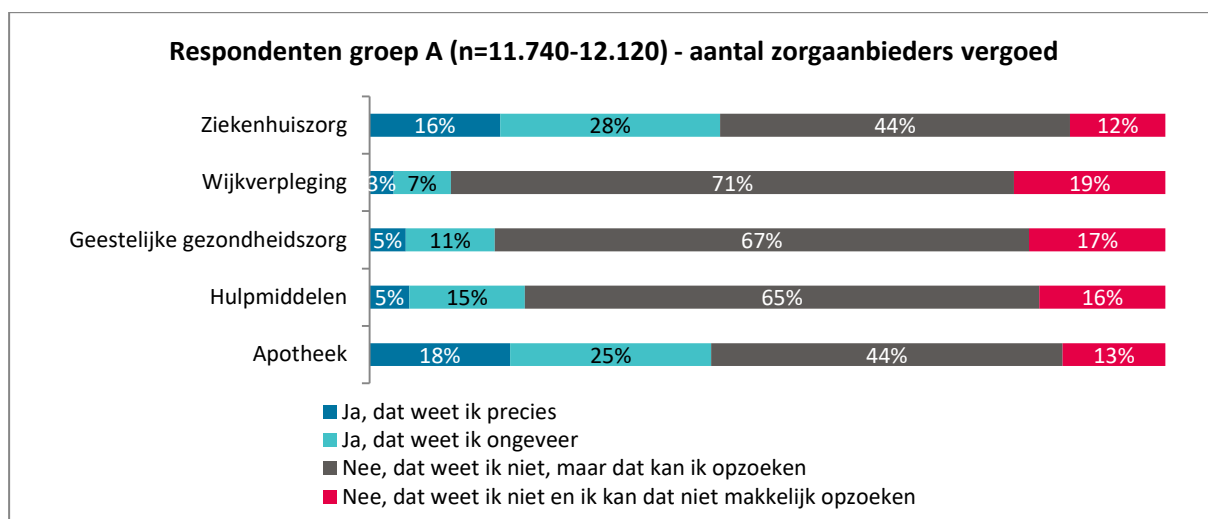
- 44% van groep A en 58% van groep B weten precies of ongeveer hoeveel zorgaanbieders op het gebied van ziekenhuiszorg volledig worden vergoed in hun basisverzekering. Voor apotheken weet 43% in groep A dit en 65% in groep B.
- Iets meer dan een kwart van de respondenten (26% in A en 30% in B) gaf aan eind 2019 te zijn geïnformeerd door de zorgverzekeraar over welke zorgaanbieders volledig worden vergoed. Meer dan de helft (56%) van respondenten uit groep A gaf aan hier zelf informatie over te hebben opgezocht, twee derde (68%) uit groep B gaf aan dit niet te hebben gedaan.
- Een vijfde (22%) van de respondenten uit groep A gaf aan helemaal niet zeker te zijn dat ze vóóordat ze bepaalde zorg krijgen te weten kunnen komen hoeveel ze zelf nog moeten betalen, nadat de zorgverzekeraar zijn deel van de zorgkosten heeft vergoed. 15% van deze groep gaf tevens aan dat het helemaal niet waarschijnlijk is dat ze, voordat ze bepaalde zorg krijgen, uitzoeken wat er wel en niet wordt gedekt door hun zorgverzekering. In groep B liggen deze percentages op 12% respectievelijk 23%.
- Meer dan de helft (57% in groep A en 68% in groep B) van de respondenten gaf aan bekend te zijn met de voorwaarden van hun basisverzekering.
- Een ruime meerderheid (78% in groep A en 85% in groep B) van de respondenten die in de afgelopen zes maanden informatie heeft gezocht over de voorwaarden van hun huidige basisverzekering, vindt het redelijk of heel makkelijk om deze informatie te vinden. Het achterhalen hoeveel men moet bijbetalen wanneer men naar een zorgaanbieder gaat die niet volledig wordt vergoed wordt door 42% uit groep A en 35% uit groep B als redelijk of heel moeilijk beschouwd.

5.1 Bekendheid dekking zorgaanbieders in basisverzekering

5.1.1 Aantal zorgaanbieders vergoed

Een deel van de respondenten weet niet hoeveel zorgaanbieders volledig worden vergoed in hun basisverzekering. Dit verschilt tussen typen zorg. Voor de respondenten van zowel groep A als groep B geldt dat zij het beste op de hoogte zijn van de gecontracteerde zorgaanbieders op het gebied van ziekenhuiszorg en apotheken (zie Figuur 5.1). Meer dan de helft van de respondenten van groep B gaf aan te weten welke zorgaanbieders vergoed worden voor deze twee typen zorg. Hoewel een minderheid van de respondenten van groep A aangaf te weten welke zorgaanbieders vergoed worden, gaf de grootste groep aan dit wel op te kunnen zoeken. Ongeveer een zesde van de respondenten van groep A en ongeveer een tiende van de respondenten van groep B gaf aan niet te weten welke zorgaanbieders vergoed worden en zegt dit ook niet makkelijk op te kunnen zoeken.

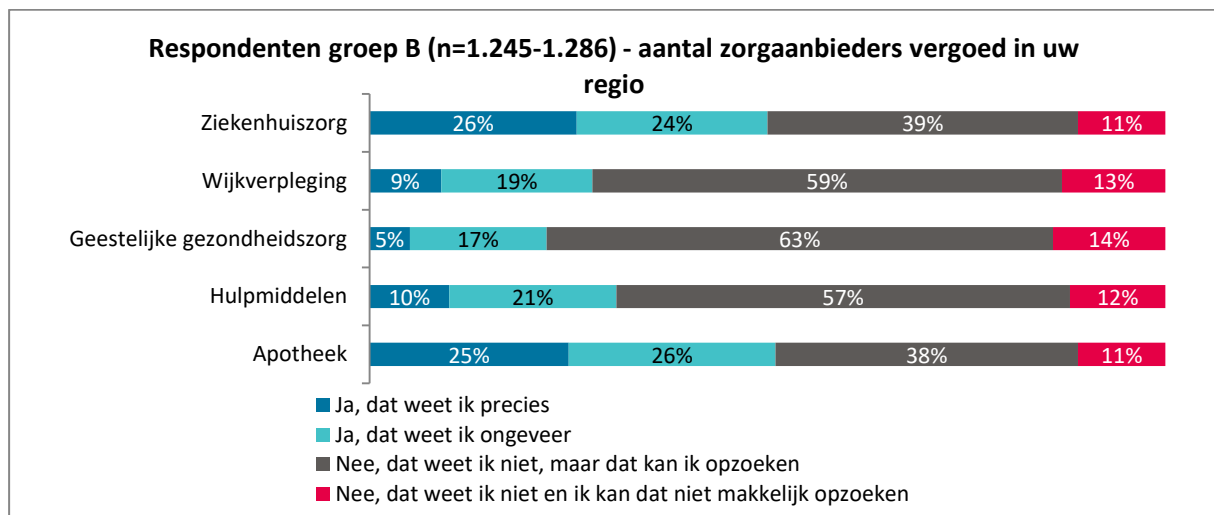
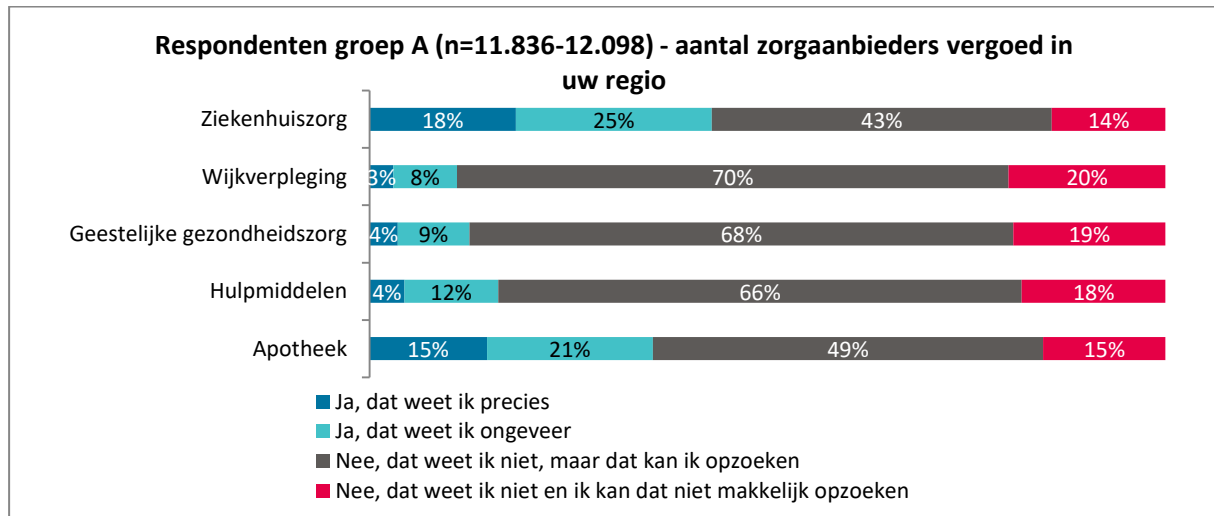
Figuur 5.1 Heeft u voor deze soorten zorg enig idee hoeveel zorgaanbieders volledig worden vergoed in uw basisverzekering die u dit jaar (2020) heeft?



Wanneer specifiek gevraagd wordt naar de kennis over zorgaanbieders in de regio die vergoed worden (zie Figuur 5.2), is zowel voor de respondenten van groep A als van groep B een vergelijkbaar beeld te zien als in Figuur 5.1. Wat wel opvalt, is dat over het algemeen een net iets kleiner percentage respondenten aangaf op de hoogte te zijn van het aantal zorgaanbieders dat specifiek in de regio volledig vergoed wordt.

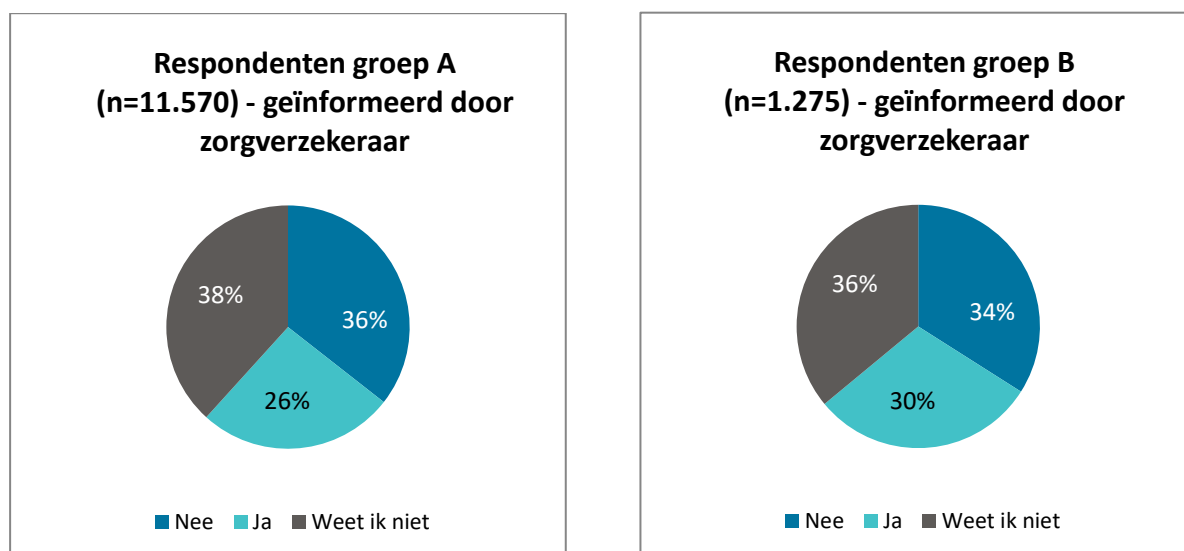
In de interviews gaf een aantal respondenten juist wel aan het voornamelijk belangrijk te vinden om te weten of je terecht kunt bij een van de ziekenhuizen in de regio. Zo gaf één van de deelnemers aan dat hij altijd naar hetzelfde ziekenhuis gaat waar hij tevreden over is. Dit ziekenhuis heeft eigenlijk altijd een contract met zijn zorgverzekeraar, maar meestal loopt hij dit jaarlijks nog even na. Hij zei hier verder over: *“Ik woon in [woonplaats], dan kun je alleen terecht in [ziekenhuis A], maar voor mij is dat meer dan voldoende. Dat is een prima ziekenhuis. Sommige mensen zullen dan zeggen, met een restitutiepolis kun je ook bij [ziekenhuis B] terecht, maar dat maakt mij niks uit. Ik ga wel naar [ziekenhuis A].”* Een andere deelnemer gaf dit ook aan. Voor haar is enkel belangrijk of het mogelijk is om naar de ziekenhuizen in de omgeving te gaan, de rest is niet belangrijk.

Figuur 5.2 En heeft u voor deze soorten zorg enig idee hoeveel zorgaanbieders in uw regio volledig worden vergoed in uw basisverzekering die u dit jaar (2020) heeft?

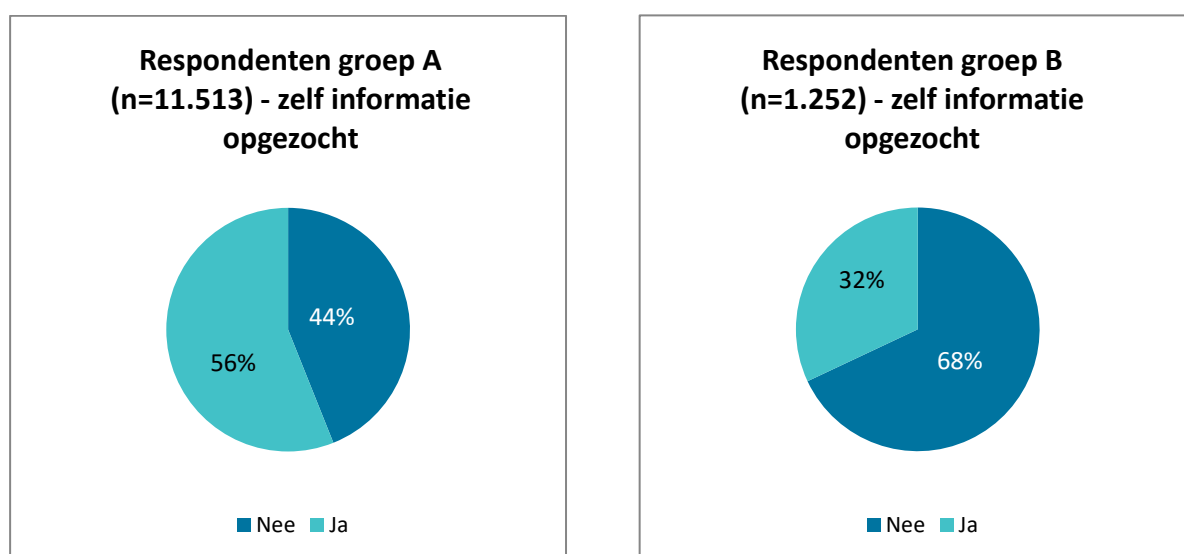


Een kwart (26%) van de respondenten van groep A en 30% van groep B gaf aan dat ze eind 2019, bij het afsluiten of verlengen van hun huidige basisverzekering, zijn geïnformeerd door hun zorgverzekeraar over welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn (zie Figuur 5.3). Iets meer dan een derde (38% in groep A en 36% in groep B) weet niet of ze geïnformeerd zijn door hun zorgverzekeraar. Ruim de helft (56%) van de respondenten van groep A gaf aan zelf informatie hierover te hebben opgezocht (zie Figuur 5.4). In groep B gaf de meerderheid (68%) aan geen informatie zelf te hebben opgezocht. Voor groep B is dit wellicht ook minder relevant, omdat dit ook polissen betrof waarbij een ruim aantal ziekenhuizen is gecontracteerd.

Figuur 5.3 Bent u eind 2019 (bij het afsluiten of verlengen van uw huidige basisverzekering) geïnformeerd door uw zorgverzekeraar over welke zorgaanbieders volledig worden vergoed binnen uw basisverzekering (buiten het eigen risico om)?



Figuur 5.4 Heeft u hier zelf informatie over opgezocht?



5.2 Zorgverzekeringsvaardigheden

In tabel 5.1 staat weergegeven in welke mate respondenten vertrouwen hebben in hun vaardigheden wanneer zij gebruik maken van hun zorgverzekering. Bijna de helft (46%) van de respondenten uit groep A en 58% van de respondenten uit groep B is redelijk zeker dat zij te weten kunnen komen wat hun zorgverzekering wel en niet dekt. Verder is 39% respectievelijk 52% van de respondenten van groep A en B redelijk zeker dat zij te weten kunnen komen hoeveel zij zelf nog moeten betalen nadat de zorgverzekeraar zijn deel van de kosten heeft vergoed. Ongeveer één op de vijf respondenten van groep A gaf aan hier helemaal niet zeker over te zijn. In groep B ligt dit percentage op 12%.

Het minst zeker zijn respondenten over wat zij moeten doen als de zorgverzekeraar weigert te betalen voor zorg die volgens hen moet worden vergoed: 42% van de respondenten van groep A en 30% van de respondenten van groep B gaf aan hier helemaal niet zeker over te zijn.

Tabel 5.1 Vertrouwen in vaardigheden bij gebruik van zorgverzekering

	Respondenten groep A (n=11.216-11.256)	Respondenten groep B (n=1.256-1.264)
Vóórdat u bepaalde zorg krijgt, hoe zeker bent u dat u te weten kunt komen wat uw zorgverzekering wel en niet dekt?		
Helemaal niet zeker	13%	7%
Een beetje zeker	24%	17%
Redelijk zeker	46%	58%
Heel zeker	17%	18%
Vóórdat u bepaalde zorg krijgt, hoe zeker bent u dat u te weten kunt komen hoeveel u zelf nog moet betalen, nadat uw zorgverzekeraar zijn deel van de zorgkosten heeft vergoed?		
Helemaal niet zeker	22%	12%
Een beetje zeker	27%	21%
Redelijk zeker	39%	52%
Heel zeker	12%	15%
Hoe zeker weet u welke vragen u aan uw zorgverzekeraar moet stellen als u een probleem hebt met de vergoeding?		
Helemaal niet zeker	16%	9%
Een beetje zeker	24%	19%
Redelijk zeker	43%	52%
Heel zeker	17%	20%
Hoe zeker weet u wat u moet doen als uw zorgverzekeraar weigert te betalen voor zorg die volgens u moet worden vergoed?		
Helemaal niet zeker	42%	30%
Een beetje zeker	25%	26%
Redelijk zeker	25%	34%
Heel zeker	8%	10%

Kijken we naar gedrag (tabel 5.2), dan zien we dat bijna een derde (31%) van de respondenten van groep A aangaf dat het heel waarschijnlijk is dat zij uitzoeken wat er wel en niet gedekt wordt door hun zorgverzekering; 15% verwacht niet dat zij dit van tevoren zouden uitzoeken. Voor groep B liggen deze percentages anders. Hier gaf een vijfde (18%) van de respondenten aan dat het heel waarschijnlijk is dat zij uitzoeken wat er wel en niet gedekt wordt door hun zorgverzekering; 23% verwacht dit niet.

Verder gaf ongeveer twee derde van de respondenten van groep A (66%) en groep B (63%) aan dat het waarschijnlijk is dat zij te weten kunnen komen of een arts een contract heeft met een verzekeraar. Ten slotte blijken respondenten het meest zeker te zijn over de waarschijnlijkheid dat zij overzichten van hun zorgverzekering bekijken om te zien wat zij nog moeten betalen en wat de zorgverzekeraar heeft vergoed: in beide groepen gaf 70% aan dat dit redelijk of heel waarschijnlijk is.

Tabel 5.2 Gedrag bij gebruik van zorgverzekering

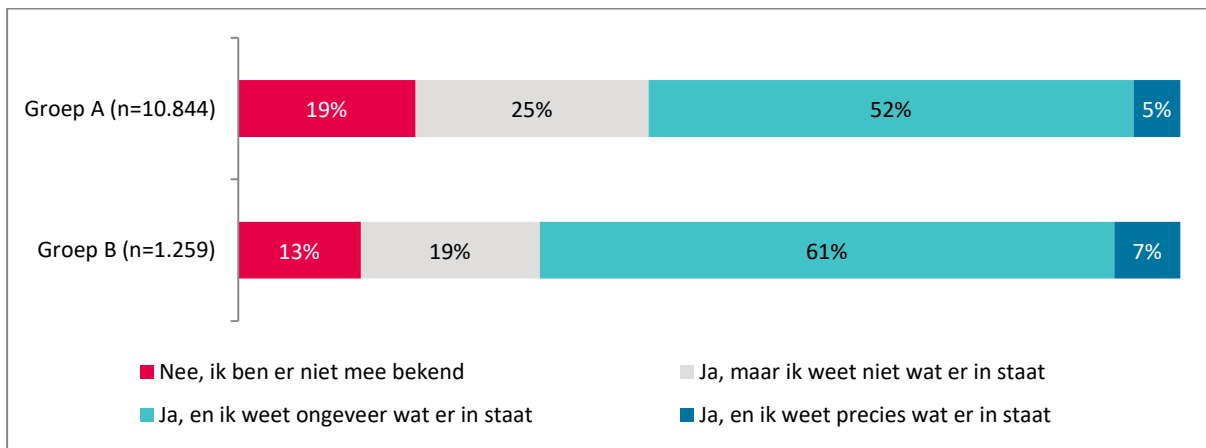
	Respondenten groep A (n=10.913-10.951)	Respondenten groep B (n=1.253-1.265)
Vóórdat u bepaalde zorg krijgt, hoe waarschijnlijk is het dat u uitzoekt wat er wel en niet wordt gedekt door uw zorgverzekering?		
Helemaal niet waarschijnlijk	15%	23%
Een beetje waarschijnlijk	21%	23%
Redelijk waarschijnlijk	33%	36%
Heel waarschijnlijk	31%	18%
Hoe waarschijnlijk is het dat u contact opneemt met de klantenservice om te vragen welke zorg wordt gedekt door uw zorgverzekeraar		
Helemaal niet waarschijnlijk	23%	20%
Een beetje waarschijnlijk	30%	27%
Redelijk waarschijnlijk	29%	33%
Heel waarschijnlijk	18%	20%
Hoe waarschijnlijk is het dat u te weten kunt komen of een arts een contract heeft met uw zorgverzekeraar, vóórdat u die arts bezoekt?		
Helemaal niet waarschijnlijk	17%	21%
Een beetje waarschijnlijk	18%	16%
Redelijk waarschijnlijk	36%	38%
Heel waarschijnlijk	30%	25%
Hoe waarschijnlijk is het dat u de overzichten van uw zorgverzekering bekijkt om te zien wat u nog moet betalen en wat de zorgverzekeraar heeft vergoed?		
Helemaal niet waarschijnlijk	11%	12%
Een beetje waarschijnlijk	18%	18%
Redelijk waarschijnlijk	34%	35%
Heel waarschijnlijk	36%	35%

5.3 Voorwaarden basisverzekering

Respectievelijk 5% en 7% van de respondenten in groep A en B geven aan precies te weten wat er in de voorwaarden van hun basisverzekering staat, en meer dan de helft (52% in groep A en 61% in groep B) geeft aan het ongeveer te weten (zie Figuur 5.5). Een vijfde (19%) van de respondenten van groep A blijkt niet bekend te zijn met de voorwaarden van zijn of haar basisverzekering, tegenover 13% in groep B.

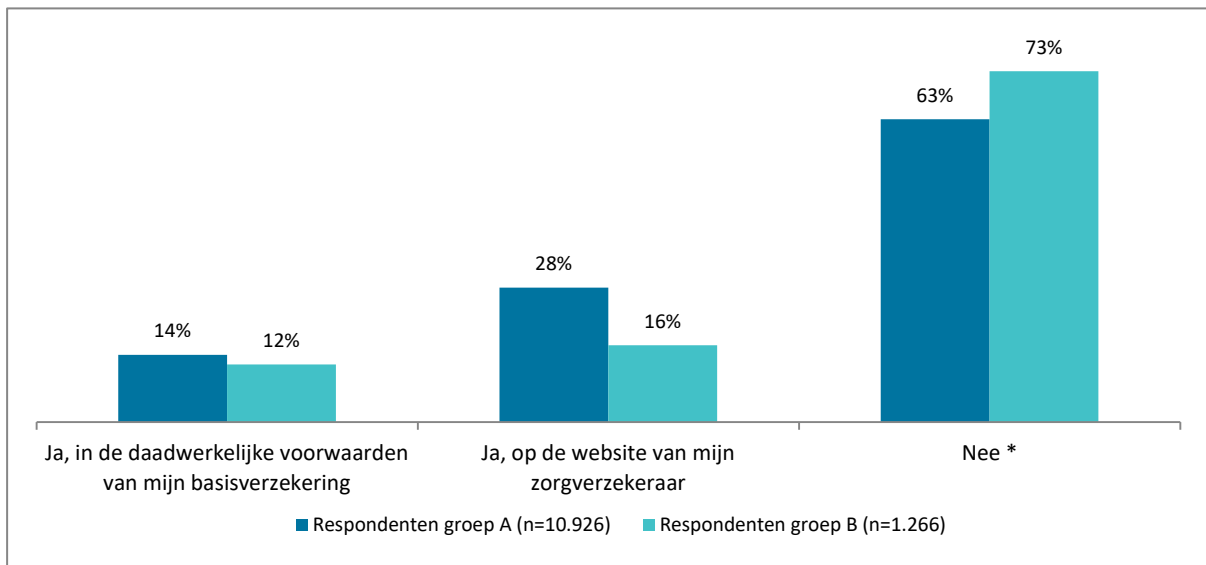
Zoals in paragraaf 4.3 besproken, gaf zowel in groep A als B 62% van de respondenten die moesten bijbetalen voor ziekenhuiszorg aan dit niet van tevoren te weten. Respondenten die precies weten wat er in de voorwaarden van hun basisverzekering staat, lijken hier iets minder vaak door verrast te zijn. Onder deze respondenten gaf, zowel in groep A als in groep B, 50% aan niet te weten dat er moest worden bijbetaald.

Figuur 5.5 Bent u bekend met de voorwaarden van uw basisverzekering?



In beide groepen gaf een meerderheid (63% in groep A en 73% in groep B) van de respondenten aan zelf geen informatie te hebben gezocht over de voorwaarden van zijn of haar basisverzekering in de afgelopen 6 maanden. Indien men hierover wel informatie zoekt, is dit vaker op de website van de zorgverzekeraar dan in de daadwerkelijke voorwaarden van de basisverzekering (zie Figuur 5.6).

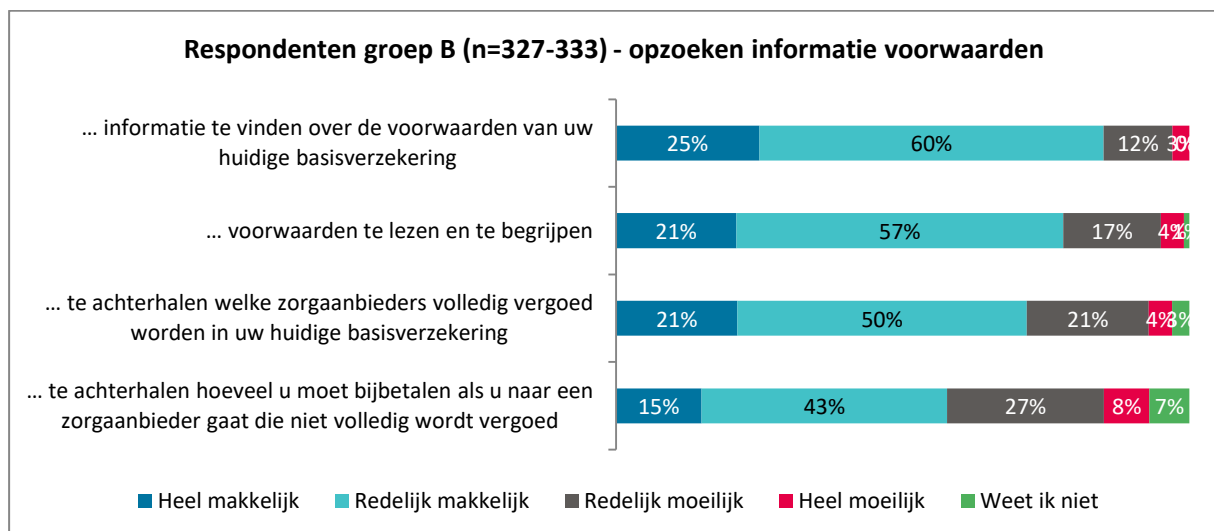
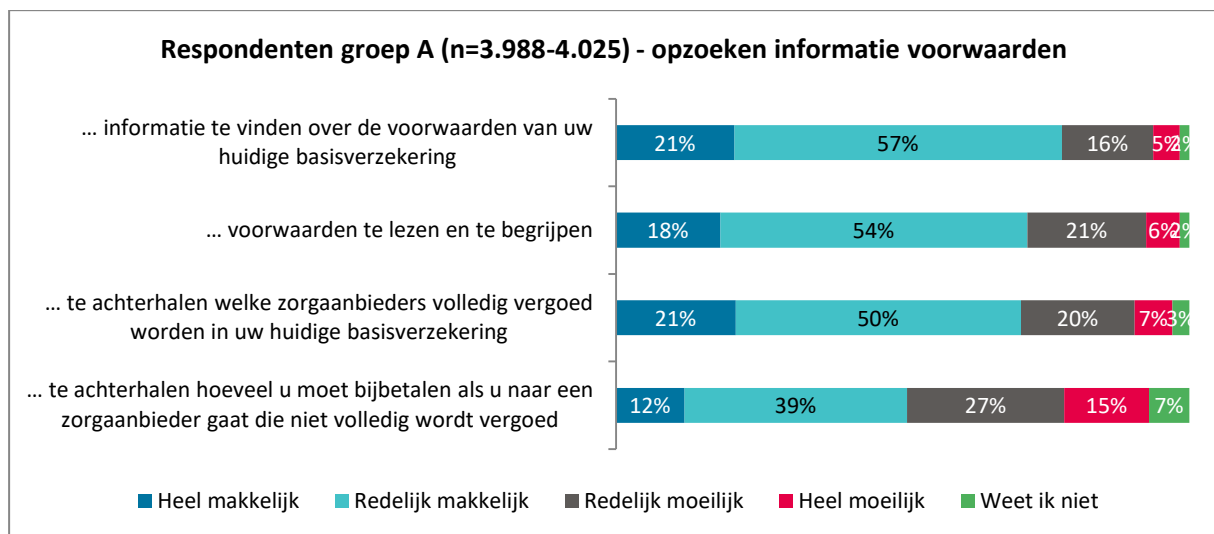
Figuur 5.6 Heeft u in de afgelopen 6 maanden zelf wel eens informatie gezocht over de voorwaarden van uw basisverzekering? (meerdere antwoorden mogelijk)



* Deze antwoordoptie kon niet in combinatie met andere antwoordopties.

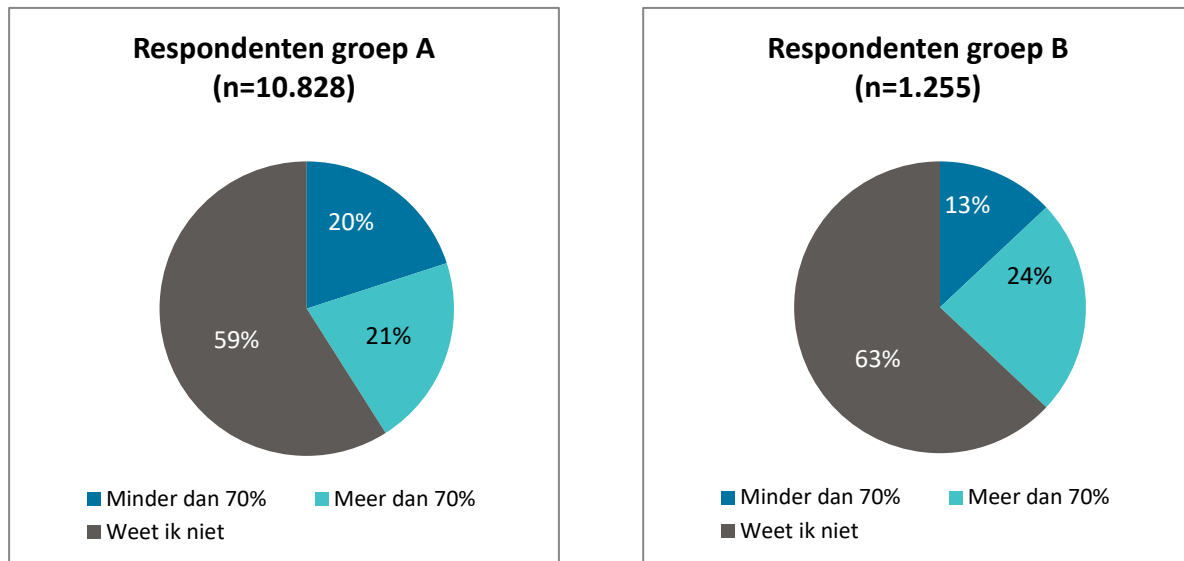
Respondenten die in de afgelopen zes maanden informatie hebben gezocht vinden het voornamelijk makkelijk om informatie te vinden over de voorwaarden van hun huidige basisverzekering; voor 78% van de respondenten van groep A en 85% van de respondenten van groep B was dit redelijk of heel makkelijk (zie Figuur 5.7). Het moeilijkst vinden respondenten het om te achterhalen hoeveel men moet bijbetalen als ze naar een zorgaanbieder gaan die niet volledig wordt vergoed: 42% van de respondenten van groep A en 35% van de respondenten van groep B gaf aan dat dit redelijk of heel moeilijk voor hen is. Dit bevestigt eerdere bevindingen van paragraaf 4.3, waarin een meerderheid van de respondenten die wist dat men moest bijbetalen voor bepaalde ziekenhuiszorg, niet wist hoeveel er moest worden bijbetaald.

Figuur 5.7 Hoe makkelijk of moeilijk is het voor u om...



Meer dan de helft van de respondenten van zowel groep A (59%) als groep B (63%) gaf aan niet op de hoogte te zijn van het maximale vergoedingspercentage binnen hun huidige basisverzekering voor zorg die niet volledig vergoed wordt (Figuur 5.8). Respondenten die aangaven precies te weten wat er in de voorwaarden van hun basisverzekering staat (Figuur 5.5), geven dit in mindere mate aan dan respondenten die niet aangaven dit precies te weten; respectievelijk 30% in groep A en 48% in groep B.

Figuur 5.8 Wat is, in uw huidige basisverzekering, het maximale vergoedingspercentage voor zorg die niet volledig wordt vergoed?



In de interviews gaf één van de respondenten die moest bijbetalen aan dat hij het opzoeken van informatie over welke zorgaanbieders volledig vergoed worden lastig vindt. In zijn geval ging hij naar eigen zeggen naar een gecontracteerd ziekenhuis, waarbij enkel een bepaalde afdeling (dermatologie) niet gecontracteerd was. *“Het staat dus gewoon in de polis waar je voor kiest, alleen is er een stukje onduidelijkheid. Als er direct bij had gestaan ‘houd er rekening mee dat u maar 75% vergoed krijgt’ was dat beter. Want er staat dus wel bij dat je bij sommige ziekenhuizen niet terecht kunt, maar volgens mij heb ik nergens kunnen lezen dat je ergens maar 75% van de vergoeding krijgt, indien je naar een aangesloten ziekenhuis. [Ziekenhuis X] is wel gecontracteerd, maar de dermatoloog viel er buiten.”*

Andere respondenten gaven in de interviews aan goed te weten waar zij de informatie over de gecontracteerde zorgaanbieders kunnen opzoeken. Dit is volgens hen goed te vinden op de website van de zorgverzekeraar.

5.4 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we gekeken naar de vraag of verzekerden bekend zijn met de beperkende voorwaarden van hun polis en met de vindbaarheid, beschikbaarheid en begrijpelijkheid van de beperkende voorwaarden. Een merendeel geeft aan bekend te zijn met de voorwaarden van zijn of haar basisverzekering en het wordt over het algemeen redelijk makkelijk gevonden om informatie op te zoeken over de voorwaarden, en te begrijpen. Een uitzondering is het achterhalen welke zorgaanbieders er volledig vergoed worden in een basisverzekering, en hoeveel er bijbetaald moet worden als verzekerden naar een zorgaanbieder gaan die niet gecontracteerd is. Een vijfde (22%) gaf aan helemaal niet zeker te zijn dat ze vóórdát ze bepaalde zorg krijgen te weten kunnen komen hoeveel ze zelf nog moeten betalen, nadat de zorgverzekeraar zijn deel van de zorgkosten heeft vergoed.

6 Beschouwing

Polissen met beperkende voorwaarden zouden moeten aansluiten bij de wensen van verzekerden. Het is voor het ministerie van VWS van belang om te weten of verzekerden die deze polis kiezen, goed weten wat de consequenties daarvan kunnen zijn. Het doel van dit onderzoek was om meer inzicht te krijgen in hoe bewust verzekerden voor een verzekering met beperkende voorwaarden kiezen, wat hun ervaringen met een dergelijke zorgverzekering zijn en of zij voldoende bekend zijn met de beperkende voorwaarden van hun polis. Dit inzicht kan bijdrage in de beslissing of er maatregelen genomen moeten worden met betrekking tot het aanbod van budgetpolissen. Om inzicht te krijgen in het doel van het onderzoek is gebruik gemaakt van een online vragenlijst onder verzekerden en telefonische interviews met verzekerden. We hebben hiervoor enerzijds via zorgverzekeraars verzekerden benaderd met een polis met beperkende voorwaarden, waarbij het aantal ziekenhuizen dat gecontracteerd was beperkt was (de respondenten noemen we groep A). Anderzijds hebben online panelleden van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg deelgenomen die zelf aangaven dat zij een polis met beperkende voorwaarden hadden (groep B). Hierbij gaat het om verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden, waarbij er sprake is van of een beperkte keuze van zorgaanbieders of een lagere vergoeding van ongecontracteerde zorg.

Dit onderzoek laat zien dat de premie voor verzekerden de belangrijkste reden is om voor een basisverzekering met beperkende voorwaarden te kiezen. Een deel van de verzekerden met een basisverzekering met beperkende voorwaarden kiest zo'n polis, zonder van tevoren uit te zoeken welke zorgaanbieders volledig worden vergoed. Dit hoeft geen probleem te zijn, aangezien een andere belangrijke reden voor verzekerden om voor een dergelijke polis te kiezen is dat zij weinig zorg gebruiken. Wel is het in dit geval belangrijk dat wanneer verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden niet vooraf kijken, ze voordat ze zorg gaan gebruiken op de hoogte zijn of een zorgaanbieder gecontracteerd is of niet. Het lijkt van belang om verzekerden op dat moment goed te informeren over eventuele bijbetalingen. Als verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden wel zorg gebruiken en zij naar een zorgaanbieder gaan die niet gecontracteerd is, dan is er een kans dat zij zelf moeten bijbetalen.

Een deel van de respondenten heeft te maken gehad met een situatie dat ze naar een zorgaanbieder wilden gaan die niet gecontracteerd was door hun zorgverzekeraar. Het gaat dan het vaakst om een ziekenhuis dat niet gecontracteerd is. De meerderheid kiest er dan toch voor om naar de desbetreffende zorgaanbieder toe te gaan. Zij wisten vaak niet van tevoren dat ze moesten bijbetalen, ondanks dat het merendeel van de respondenten aangaf bekend te zijn met de voorwaarden van hun basisverzekering. Dit is in lijn met eerder Nivel onderzoek dat concludeerde dat bijna een derde van de verzekerden in Nederland wel eens zelf moet betalen voor zorg, terwijl ze dachten hiervoor verzekerd te zijn⁴. Het ontbreekt voor verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden kennelijk aan tijdige en duidelijke informatie over de bijbetaling van zorg. Het is de vraag in hoeverre verzekerden de voorwaarden van hun basisverzekering daadwerkelijk bekijken en begrijpen. Opvallend is dat respondenten met een lager inkomen vaker aangaven niet te weten bij te moeten betalen dan respondenten met een hoger inkomen. Voor hen zal bijbetalen mogelijk eerder tot problemen leiden. Voor een derde van de respondenten die moesten bijbetalen was dit een groot probleem. Deze groep bestaat voor een groot gedeelte uit verzekerden met een laag inkomen (netto

⁴ https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Polisvoorwaarden_factsheet_2014.pdf

maandinkomen < 2500) die in de meeste gevallen aangaven niet te weten dat ze moesten bijbetalen. Voor deze verzekerden lijkt hun zorgverzekering niet te voldoen, omdat hun zorgkosten niet gedekt werden. Zij komen door gebrek aan informatie, en daardoor een keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, in de problemen. Het is dan de vraag hoe deze groep bereikt kan worden, zodat zij op het moment dat zij zorg gaan gebruiken kunnen kiezen voor een gecontracteerde zorgaanbieder. Daarmee wordt een bijbetaling voorkomen. Dit betreft 2% van alle respondenten uit groep A.

Naast op de hoogte zijn van welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn of niet, is het voor verzekerden ook belangrijk om een indicatie te hebben van het bedrag dat bijbetaald moet worden indien ze naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan. Dit blijkt moeilijk te achterhalen voor verzekerden. Twee vijfde gaf aan het redelijk tot heel moeilijk te vinden om te achterhalen hoeveel er bijbetaald moet worden als ze naar een zorgaanbieder gaan die niet gecontracteerd is. Tevens gaf een vijfde aan helemaal niet zeker te zijn dat ze, vóórdat ze bepaalde zorg krijgen, te weten kunnen komen hoeveel ze zelf nog moeten betalen nadat de zorgverzekeraar zijn deel van de zorgkosten heeft vergoed. In vergelijking met eerder Nivel onderzoek onder verzekerden in Nederland⁵, lijkt het er op dat verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden (waarbij het aantal ziekenhuizen dat gecontracteerd was beperkt was) iets minder zeker te zijn van hun vaardigheden met betrekking tot het gebruik van hun zorgverzekering. Aangezien deze vaardigheden (opzoeken, begrijpen en gebruiken van informatie) van groot belang zijn bij een polis met beperkende voorwaarden, zou onderzocht kunnen worden hoe dit verbeterd kan worden.

Sterke en zwakke punten

Een sterk punt van dit onderzoek is de inzet van verschillende onderzoeksmethoden. Er is een online vragenlijst uitgezet onder verzekerden en er zijn aanvullend telefonische interviews afgenomen. Op deze manier kon voor bepaalde onderwerpen aanvullende, verdiepende, informatie worden verzameld. Een ander sterk punt is dat door het aanschrijven van verzekerden via de zorgverzekeraars de vragenlijst daadwerkelijk naar verzekerden met een polis met beperkte voorwaarden kon worden verstuurd. Wel was de respons op de online vragenlijst, vooral in groep A, laag (gemiddeld 3,4% in groep A, en 40,6% in groep B).

Respondenten afkomstig uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg (groep B in dit onderzoek) hebben zelf moeten rapporteren via de vragenlijst welke polis zij hebben. Wij kunnen niet met zekerheid zeggen dat alle respondenten hun polis juist hebben aangegeven. Door deze zelfrapportage is het dus mogelijk dat er binnen groep B verzekerden zitten die geen polis met beperkende voorwaarden hebben. Voor de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg hebben we een bredere definitie van een polis met beperkende voorwaarden gehanteerd dan voor de verzekerden die via de zorgverzekeraars zijn benaderd. De reden hiervoor was dat de aantallen anders te klein zouden worden. In de smalle definitie ging het om polissen met beperkende voorwaarden waarbij een beperkt aantal ziekenhuizen is gecontracteerd. In de bredere definitie zijn ook polissen met beperkende voorwaarden meegenomen waarbij het aantal gecontracteerde ziekenhuizen ruim is, maar de vergoeding van ongecontracteerde zorg onder de 75% lag. Hoewel de definitie van een polis met beperkende voorwaarden verschilt tussen beide groepen zien we wel dat de ervaringen die de verzekerden hebben overeenkomen. Zo wist in beide groepen bijna twee derde

⁵ <https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1003698.pdf>

van de verzekerden die moest bijbetalen omdat de ziekenhuiszorg niet vergoed werd, dit niet van tevoren.

Verder vullen de respondenten uit groep B, deelnemers aan het Consumentenpanel Gezondheidszorg, met regelmaat vragenlijsten in over zorg gerelateerde onderwerpen. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat zij boven gemiddeld geïnformeerd zijn over de gezondheidszorg en hun zorgverzekering. Om dergelijke leereffecten van deelname aan het panel te voorkomen, kunnen panelleden enkel lid worden als zij hiervoor benaderd worden door het Nivel en wordt het panel regelmatig verversd. Op deze manier blijft een boven gemiddelde kennis van gezondheidszorg onder de respondenten van groep B beperkt. In de resultaten van dit onderzoek zien we dat de ervaringen van de respondenten van groep B op het gebied van informatievoorziening overeenkomen met de ervaringen van de respondenten van groep A. Het lidmaatschap van het Consumentenpanel lijkt niet van invloed te zijn geweest op dit onderzoek.

Conclusie

Het huidige onderzoek toont aan dat niet alle verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden goed geïnformeerd zijn over de consequenties als zij zorg gebruiken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het merendeel van de verzekerden dat moest bijbetalen voor ongecontracteerde ziekenhuiszorg, gaf aan dat ze dit niet van tevoren wisten. Indien men dit wel wist, was het bedrag dat moest worden bijbetaald vaak onduidelijk. Hier ontbreekt het voor verzekerden met een polis met beperkende voorwaarden kennelijk aan tijdige en duidelijke informatie. Verzekerden noemen zelf verschillende verantwoordelijken voor dit gebrek aan informatie: zichzelf, de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Zeker voor de kleine groep die door een onverwachte bijbetaling in de problemen komt, is tijdige informatie gewenst. Ondanks de verbeterpunten die in het huidige onderzoek naar voren komen, met name waar het gaat om informatie over het bijbetalen bij niet-gecontracteerde zorg, is zeven op de tien verzekerden het helemaal of deels eens met de stelling: *'Ik ben over het algemeen tevreden met mijn huidige basisverzekering'*. Daarmee lijkt een polis met beperkende voorwaarden voor deze verzekerden aan te sluiten bij hun behoeften.

A. Polissen met beperkende voorwaarden in 2020

In de monitor zorgverzekeringen 2019 van de NZa worden voor polissen met beperkende voorwaarden als volgt omschreven. Naturapolissen die minimaal aan één van beide voorwaarden voldoen:

- minder keuze uit gecontracteerde aanbieders
- minder dan 75% vergoeding bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg

In 2020 voldoen 10 polissen aan één van beide voorwaarden:

Polis	Selectieve contractering in Medische Specialistische Zorg	% vergoeding bij niet-gecontracteerde zorg lager dan 75%
Zilveren Kruis Basis Budget	Ja	Nee
Pro Life Principe Polis Budget	Ja	Nee
ZieZo Selectief	Ja	Nee
CZdirect (Natura Direct)	Nee	Ja
CZ Zorgbewustpolis (Natura Select)	Nee	Ja
CZ Just (Natura Just)	Nee	Ja
Ruime Keuze (IptiQ)	Nee	Ja
Anderzorg Basis	Nee	Ja
Menzis Basis Voordelig	Nee	Ja
Univé Gewoon ZEKUR Zorg	Ja	Nee

B. Methode

Deelnemers

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is in augustus 2020 een online vragenlijst voorgelegd aan verzekerden in Nederland. Daarnaast zijn aanvullend op de online vragenlijst, 11 telefonische interviews afgenomen bij verzekerden die een polis met beperkende voorwaarden hebben.

Verzekerden zijn op twee manieren benaderd om deel te nemen aan de online vragenlijst in augustus 2020. Ten eerste zijn gericht verzekerden aangeschreven die een polis hadden met een selectieve contractering in de medisch specialistische zorg (MSZ) (groep A in bijlage A). Deze polissen worden door twee overkoepelende zorgverzekeraars aangeboden. Via de ledenbestanden van deze twee verzekeraars zijn deze verzekerden benaderd met de vraag of ze de vragenlijst in wilden vullen. Voor één verzekeraar betrof dit alle verzekerden van twee polissen met beperkende voorwaarden (circa 380.000 verzekerden), voor de andere verzekeraar betrof dit een steekproef van 16.000 verzekerden van één polis met beperkende voorwaarden. Deze respons noemen we in deze rapportage **Groep A**. Daarnaast zijn panelleden van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg benaderd. Via het panel is een brede steekproef van verzekerden (van 18 jaar en ouder) in Nederland online aangeschreven (n=7.192). Vanuit deze steekproef zijn voor dit onderzoek alleen de verzekerden meegenomen die in de vragenlijst aangaven een polis met beperkende voorwaarden te hebben. Hierbij is er dus gekozen voor de bredere definitie van polissen met beperkende voorwaarden (zie vraag 4 in bijlage C). Deze respondenten noemen we in deze rapportage **groep B**.

Ledenbestanden twee verzekeraars

De twee verzekeraars hebben zelf per e-mail hun leden benaderd om aan de online vragenlijst mee te doen, zodat aan de wet Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) is voldaan. Het Nivel heeft een begeleidende e-mail en link naar de vragenlijst bij de verzekeraars aangeleverd. Voor iedere polis was er een aparte link.

Consumentenpanel Gezondheidszorg

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg wordt beheerd door het Nivel. Het doel van het panel is om op landelijk niveau informatie te verzamelen over de meningen en kennis, verwachtingen en ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg. Ten tijde van het onderzoek bestond het panel uit ongeveer 11.000 panelleden van 18 jaar of ouder. Van deze panelleden is een groot aantal achtergrondkenmerken bekend, zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Panelleden krijgen ongeveer drie à vier keer per jaar een vragenlijst voorgelegd over actuele en beleidsrelevante thema's binnen de gezondheidszorg. Panelleden kunnen zelf kiezen of ze een schriftelijke vragenlijst of een vragenlijst via internet willen ontvangen. Om met het panel een representatieve afspiegeling te kunnen blijven vormen van de algemene bevolking in Nederland, worden regelmatig nieuwe leden geworven. Mensen kunnen zichzelf niet aanmelden als panellid, maar kunnen alleen lid worden als zij hiervoor benaderd worden. Hiermee wordt voorkomen dat relatief veel mensen die boven gemiddeld geïnteresseerd zijn in of geïnformeerd zijn over de gezondheidszorg zich aanmelden voor het Consumentenpanel. Meer informatie over het panel is te vinden in: Brabers AEM, Reitsma-van Rooijen M en Jong JD de. *Consumentenpanel Gezondheidszorg: basisrapport met informatie over het panel (2015)*. Utrecht: Nivel, 2015.

Online vragenlijst

Onderzoekers van het Nivel hebben aan de hand van de onderzoeksvragen de vragenlijst opgesteld. Een conceptversie is besproken met beleidsmedewerkers van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de opdrachtgever van het huidige onderzoek, en medewerkers van de verzekeraars. Dit was bedoeld om zoveel mogelijk aan te kunnen sluiten bij de praktijk. De concept vragenlijst is ook voorgelegd aan de programmacommissie van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. In deze commissie zitten afgevaardigden van het ministerie van VWS, de inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Zorginstituut Nederland, Patiëntenfederatie Nederland, de Consumentenbond en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De feedback is meegenomen bij het maken van de definitieve vragenlijst. Het Nivel was verantwoordelijk voor de uiteindelijke vragenlijst.

De vragenlijst bevatte vragen over de keuze voor een zorgverzekeringpolis met beperkende voorwaarden en de ervaringen en bekendheid hiermee. De vragenlijst bestond in totaal uit 49 vragen, onderverdeeld binnen 6 thema's. De vragenlijst die onder de ledenbestanden van de twee verzekeraars is uitgezet was vrijwel identiek aan de vragenlijst die naar leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg is gestuurd. Het verschil is dat er aan deze vragenlijst voor de leden van de twee verzekeraars extra vragen zijn toegevoegd, om, net als bij het Consumentenpanel Gezondheidszorg, onderscheid te kunnen maken naar leeftijd, geslacht en opleiding van de verzekerden. Daarnaast konden leden van het Consumentenpanel uit een bredere selectie naturapolissen kiezen dan de verzekerden met een budgetpolis die via de verzekeraars werden benaderd. Het invullen van de vragenlijst nam ongeveer 15 tot 20 minuten in beslag. In bijlage C is de gehele vragenlijst opgenomen. De vragenlijst is online afgenomen met behulp van het programma Survalyzer. De vragenlijst was 'mobile friendly', waardoor de vragenlijst goed kon worden ingevuld op computer, tablet en telefoon.

Interviews

De vragenlijst die door de verzekeraars is verstuurd, eindigde met de vraag of de respondent bereid was om deel te nemen aan een telefonisch interview. Het doel van deze telefonische interviews was om door te kunnen vragen bij een aantal vragen in de vragenlijst en aanvullende vragen te stellen over de ervaringen met een polis met beperkende voorwaarden. Ter voorbereiding van de interviews is een topiclist samengesteld. Een conceptversie van deze topiclist is van feedback voorzien door beleidsmedewerkers van het ministerie van VWS. In bijlage D is de uiteindelijke versie van de topiclist die door de onderzoekers van het Nivel is gebruikt opgenomen, bestaande uit drie overkoepelende doelen. Alle deelnemers is aan het begin van het interview gevraagd toestemming te geven voor deelname aan en opname van het interview. Na afloop ontvingen de deelnemers een Bol.com cadeaukaart ter waarde van 15 euro.

Dataverzameling

De dataverzameling heeft plaatsgevonden tussen maandag 3 augustus en dinsdag 25 augustus 2020. De vragenlijst voor de verzekerden van de twee verzekeraars stond open van maandag 3 augustus t/m dinsdag 18 augustus. Op maandag 10 augustus is een reminder verstuurd door de verzekeraars. De vragenlijst voor het Consumentenpanel Gezondheidszorg stond open van dinsdag 11 augustus t/m dinsdag 25 augustus. Een reminder is verstuurd op dinsdag 18 augustus. De interviews zijn afgenomen op donderdag 20 augustus en vrijdag 21 augustus 2020.

Respons

Vragenlijst

De vragenlijst is ingevuld door 13.302 van de 380.334 leden van verzekeraar A (respons 3,5%), en 286 van de 16.000 leden van verzekeraar B (respons 1,8%). Wat betreft het Consumentenpanel hebben 2.922 van de 7.192 online panelleden (respons 40,6%) de vragenlijst ingevuld. Hiervan behoorden 1.330 panelleden tot de groep verzekerden met een naturapolis met beperkende voorwaarden. Deze groep respondenten is in de analyses meegenomen.

Interviews

In totaal gaven 1.671 verzekerden aan deel te willen nemen aan een telefonisch interview. Uit deze groep is een selectie van 12 verzekerden gemaakt, waarbij gestreefd is naar diversiteit op basis van leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Daarnaast is rekening gehouden met het includeren van voldoende deelnemers die ervaring hadden met het bijbetalen voor niet gecontracteerde zorg. Uiteindelijk hebben 11 verzekerden deelgenomen aan het telefonisch interview. Tabel 7.1 geeft een overzicht van de deelnemende verzekerden.

Tabel 7.1 Kenmerken van deelnemers telefonische interviews

	Deelnemers telefonisch interview (n=11)
Geslacht	
Man	6
Vrouw	5
Leeftijd	
Gemiddeld	54 jaar
Range	29 – 92 jaar
Opleidingsniveau	
Laag (tot en met LBO)	4
Midden	4
Hoog (HBO en universiteit)	3

Analyses

De vragenlijsten zijn geanalyseerd met behulp van STATA versie 15.0. Er is vooral gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek. In elk figuur/ tabel staat het aantal respondenten (N) vermeld dat de vraag heeft ingevuld. Deze N kan verschillen tussen de figuren en tabellen, omdat niet altijd alle respondenten een vraag hoefden in te vullen en/of omdat respondenten niet verplicht waren om alle vragen in te vullen. Van alle telefonische interviews is een bondige samenvatting gemaakt met daarin de belangrijkste bevindingen en opvallende uitspraken. Alle interviews zijn tevens opgenomen.

C. Vragenlijst

A Achtergrondgegevens

1 Wat is uw geboortejaar?

Wat is uw geboortedatum? (dag - maand - jaar)

--- - --- - -----

2 Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw
- Geen van beide

B Uw basisverzekering

3 Kunt u aangeven in hoeverre de volgende stellingen volgens u waar of niet waar zijn?

	Waar	Niet waar	Weet ik niet
Het is mogelijk dat zorgverzekeraars niet met alle zorgaanbieders contracten afsluiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het is mogelijk dat een behandeling niet (volledig) vergoed wordt als ik naar een zorgaanbieder ga met wie mijn zorgverzekeraar geen contract heeft afgesloten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgverzekeraars moeten iedereen accepteren voor de basisverzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorgverzekeraars moeten iedereen accepteren voor de aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Wat is de naam van uw basisverzekering in 2020?

- Basis Budget van Zilveren Kruis
- ZieZo Selectief van Zilveren Kruis
- Pro Life Principe Polis Budget
- Univé Gewoon ZEKUR zorg
- CZdirect
- CZ Zorgbewustpolis
- CZ Just
- Besured
- National Academic
- Promovendum
- Anderzorg Basis
- Menzis Basis voordelig
- Geen van deze basisverzekeringen → **einde vragenlijst**
- Weet ik niet → **einde vragenlijst**

5 Had u vorig jaar (2019) dezelfde basisverzekering als dit jaar (2020)?

- Nee
- Ja
- Weet ik niet

6 Hoe vaak bent u de afgelopen vijf jaar gewisseld van zorgverzekering?

- Geen enkele keer
- 1 keer
- 2 keer
- 3 keer
- 4 keer
- 5 keer
- Weet ik niet

7 Waarom heeft u voor uw huidige basisverzekering gekozen? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Vanwege de premie
- Vanwege de kwaliteit van de zorg die volledig wordt vergoed
- Vanwege de aanvullende verzekering die deze verzekeraar aanbood
- Het werd mij aangeraden door mijn zorgverzekeraar
- Het werd mij aangeraden door mijn zorgaanbieder
- Ik gebruik weinig zorg
- Ik heb deze basisverzekering al jaren
- Een andere reden, namelijk:

- Ik weet het niet / niet bewust voor gekozen

8 Welke informatie heeft u gebruikt bij de keuze van uw huidige basisverzekering? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Geen / ik heb niet gezocht naar informatie over zorgverzekeringen
- Advies van familie/vrienden/kennissen
- Advies van een tussenpersoon
- Advies van mijn zorgaanbieder
- Advies van mijn werkgever
- Ik heb contact opgenomen met mijn zorgverzekeraar
- Ik heb contact opgenomen met andere zorgverzekeraars
- Ik heb contact opgenomen met een patiëntenvereniging
- Ik heb gezocht naar informatie op de website(s) van de zorgverzekeraar(s)
- Ik heb gezocht naar informatie op de website www.kiesbeter.nl
- Ik heb gezocht naar informatie op de website www.independer.nl
- Ik heb gezocht naar informatie op andere websites met vergelijkende keuze-informatie
- Ik heb gezocht naar informatie op de website van de Consumentenbond
- Ik heb gezocht naar informatie op de website van een patiëntenvereniging
- Brochures van zorgverzekeraars
- Reclame (bijvoorbeeld op radio en televisie)
- Anders, namelijk:

9 Heeft u er bij het kiezen van uw zorgverzekering op gelet welke zorgaanbieders bij uw huidige basisverzekering volledig vergoed worden (buiten het eigen risico om)? *Dit zijn de zorgaanbieders die gecontracteerd zijn door uw zorgverzekeraar*

(meerdere antwoorden mogelijk)

- Nee
- Ja, ik heb gelet op het aantal zorgaanbieders dat volledig vergoed wordt
- Ja, ik heb gelet op waarom bepaalde zorgaanbieders wel/niet volledig vergoed worden
- Ja, ik heb gelet op de afstand van mijn huis tot de zorgaanbieders die volledig vergoed worden
- Ja, ik heb gelet op of de zorgaanbieders waar ik al naar toe ga volledig vergoed worden
- Ja, ik heb gelet op of de zorgaanbieders waar ik naar toe zou willen gaan als ik bepaalde zorg nodig heb, volledig vergoed worden
- Ja, ik heb gelet op wat ik moet betalen als ik naar zorgaanbieders ga die niet volledig vergoed worden
- Ja, ik heb gelet op iets anders, namelijk:

10 Heeft u er op gelet of zorgaanbieders van een bepaald soort zorg volledig worden vergoed?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- Nee
- Ja, vooral of zorgaanbieders volledig worden vergoed van ziekenhuiszorg
- Ja, vooral of zorgaanbieders volledig worden vergoed van wijkverpleging
- Ja, vooral of zorgaanbieders volledig worden vergoed van geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
- Ja, vooral of zorgaanbieders volledig worden vergoed van hulpmiddelen
- Ja, vooral of zorgaanbieders volledig worden vergoed van medicijnen (apothek)
- Ander soort zorg, namelijk:

11 Hieronder staat een lijst met verschillende soorten zorg (ziekenhuiszorg, wijkverpleging, etc.). Heeft u voor deze soorten zorg enig idee hoeveel zorgaanbieders volledig worden vergoed in uw basisverzekering die u dit jaar (2020) heeft?

	<i>Ja, dat weet ik precies</i>	<i>Ja, dat weet ik ongeveer</i>	<i>Nee, dat weet ik niet, maar dat kan ik opzoeken</i>	<i>Nee, dat weet ik niet en ik kan dat niet makkelijk opzoeken</i>
Ziekenhuiszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wijkverpleging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hulpmiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 En heeft u voor deze soorten zorg enig idee hoeveel zorgaanbieders in uw regio volledig worden vergoed in uw basisverzekering die u dit jaar (2020) heeft?

	<i>Ja, dat weet ik precies</i>	<i>Ja, dat weet ik ongeveer</i>	<i>Nee, dat weet ik niet, maar dat kan ik opzoeken</i>	<i>Nee, dat weet ik niet en ik kan dat niet makkelijk opzoeken</i>
Ziekenhuiszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wijkverpleging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hulpmiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 In hoeverre bent u tevreden over uw basisverzekering met betrekking tot onderstaande aspecten? *Wilt u dit per aspect aangeven.*

	<i>Zeer ontevreden</i>	<i>Ontevreden</i>	<i>Niet ontevreden / niet tevreden</i>	<i>Tevreden</i>	<i>Zeer tevreden</i>	<i>Weet ik niet</i>
Premie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereikbaarheid klantenservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klantvriendelijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kwaliteit van zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuze uit zorgaanbieders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wijze waarop klachten afgehandeld worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 Hoe belangrijk vindt u onderstaande aspecten van uw basisverzekering?

	<i>Zeer onbelangrijk</i>	<i>Onbelangrijk</i>	<i>Niet onbelangrijk / niet belangrijk</i>	<i>Belangrijk</i>	<i>Zeer belangrijk</i>	<i>Weet ik niet</i>
Premie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereikbaarheid klantenservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klantvriendelijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kwaliteit van zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keuze uit zorgaanbieders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wijze waarop klachten afgehandeld worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15 Wat vindt u van de informatievoorziening in het algemeen met betrekking tot uw basisverzekering?

De informatievoorziening vind ik...

	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	
Onduidelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duidelijk
Onbegrijpelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Begrijpelijk
Beperkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uitgebreid

16 Bent u eind 2019 (bij het afsluiten of verlengen van uw huidige basisverzekering) geïnformeerd door uw zorgverzekeraar over welke zorgaanbieders volledig worden vergoed binnen uw basisverzekering (buiten het eigen risico om)? *Dit zijn de zorgaanbieders die gecontracteerd zijn door uw zorgverzekeraar?*

- Nee
- Ja
- Weet ik niet

17 Heeft u eind 2019 (bij het afsluiten of verlengen van uw huidige basisverzekering) zelf informatie opgezocht over welke zorgaanbieders volledig worden vergoed binnen uw basisverzekering?

- Nee
- Ja

18 Hoe waarschijnlijk is het dat u uw basisverzekering zult aanbevelen?

- Heel onwaarschijnlijk
- Onwaarschijnlijk
- Deels onwaarschijnlijk
- Neutraal
- Deels waarschijnlijk
- Waarschijnlijk
- Heel waarschijnlijk

Wilt u aangeven in hoeverre u het met onderstaande stelling eens bent?

19 Over het geheel ben ik tevreden met mijn huidige basisverzekering.

- Helemaal oneens
- Oneens
- Deels oneens
- Eens/oneens
- Deels eens
- Eens
- Helemaal eens

C Het gebruik van uw zorgverzekering

De volgende vragen gaan over het gebruik van uw zorgverzekering.

Vóórdat u bepaalde zorg krijgt, hoe zeker bent u dat ...

20 ... u te weten kunt komen wat uw zorgverzekering wel en niet dekt?

- Helemaal niet zeker
- Een beetje zeker
- Redelijk zeker
- Heel zeker

21 ... u te weten kunt komen hoeveel u zelf nog moet betalen, nadat uw zorgverzekeraar zijn deel van de zorgkosten heeft vergoed?

- Helemaal niet zeker
- Een beetje zeker
- Redelijk zeker
- Heel zeker

22 Hoe zeker weet u welke vragen u aan uw zorgverzekeraar moet stellen als u een probleem hebt met de vergoeding?

- Helemaal niet zeker
- Een beetje zeker
- Redelijk zeker
- Heel zeker

- 23 Hoe zeker weet u wat u moet doen als uw zorgverzekeraar weigert te betalen voor zorg die volgens u moet worden vergoed?
- Helemaal niet zeker
 - Een beetje zeker
 - Redelijk zeker
 - Heel zeker

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met **het gebruik van uw zorgverzekering**, bijvoorbeeld als u naar de arts gaat om zorg te krijgen die door uw zorgverzekering wordt gedekt.

- 24 Vóórdat u bepaalde zorg krijgt, hoe waarschijnlijk is het dat u uitzoekt wat er wel en niet wordt gedekt door uw zorgverzekering?
- Helemaal niet waarschijnlijk
 - Een beetje waarschijnlijk
 - Redelijk waarschijnlijk
 - Heel waarschijnlijk
- 25 Hoe waarschijnlijk is het dat u contact opneemt met de klantenservice om te vragen welke zorg wordt gedekt door uw zorgverzekering?
- Helemaal niet waarschijnlijk
 - Een beetje waarschijnlijk
 - Redelijk waarschijnlijk
 - Heel waarschijnlijk
- 26 Hoe waarschijnlijk is het dat u te weten kunt komen of een arts een contract heeft met uw zorgverzekeraar, vóórdat u die arts bezoekt?
- Helemaal niet waarschijnlijk
 - Een beetje waarschijnlijk
 - Redelijk waarschijnlijk
 - Heel waarschijnlijk
- 27 Hoe waarschijnlijk is het dat u de overzichten van uw zorgverzekering bekijkt om te zien wat u nog moet betalen en wat de zorgverzekeraar heeft vergoed?
- Helemaal niet waarschijnlijk
 - Een beetje waarschijnlijk
 - Redelijk waarschijnlijk
 - Heel waarschijnlijk

D Voorwaarden basisverzekering

De volgende vragen gaan over de voorwaarden van uw basisverzekering. Deze voorwaarden worden ook wel polisvoorwaarden of verzekeringsvoorwaarden genoemd. Deze informatie is vaak ook op de website van de verzekeraar te vinden. Het gaat hier bijvoorbeeld om informatie over de vergoeding van zorg, met welke aanbieders de verzekeraar een contract heeft afgesloten en voor welke zorg het eigen risico van toepassing is.

- 28 Bent u bekend met de voorwaarden van uw basisverzekering?
- Nee, ik ben er niet mee bekend
 - Ja, maar ik weet niet wat er in staat
 - Ja, en ik weet ongeveer wat er in staat
 - Ja, en ik weet precies wat er in staat

29 Heeft u in de afgelopen 6 maanden zelf wel eens informatie gezocht over de voorwaarden van uw basisverzekering?

Meerdere antwoorden mogelijk

- Nee → **ga door naar vraag 31**
- Ja, in de daadwerkelijke voorwaarden van mijn basisverzekering
- Ja, op de website van mijn zorgverzekeraar

30 Kunt u aangeven hoe makkelijk of moeilijk u onderstaande zaken vindt?

Hoe makkelijk of moeilijk is het voor u om...	Heel makkelijk	Redelijk makkelijk	Redelijk moeilijk	Heel moeilijk	Weet ik niet
... informatie te vinden over de voorwaarden van uw huidige basisverzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... voorwaarden te lezen en te begrijpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... te achterhalen welke zorgaanbieders volledig vergoed worden in uw huidige basisverzekering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... te achterhalen hoeveel u moet bijbetalen als u naar een zorgaanbieder gaat die niet volledig wordt vergoed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31 Wat is, in uw huidige basisverzekering, het maximale vergoedingspercentage voor zorg die niet volledig wordt vergoed?

- Minder dan 70%
- Meer dan 70%
- Weet ik niet

E Ervaringen met uw zorgverzekeraar en zorgaanbieder

32 Bent u in de afgelopen 12 maanden wel eens in de situatie geweest dat u naar een bepaalde zorgaanbieder wilde gaan die niet volledig werd vergoed?

- Nee → **ga door naar vraag 37**
- Ja, één keer
- Ja, meerdere keren

33 Voor welk(e) soort(en) zorg was dit? (*meerdere antwoorden mogelijk*)

- Ziekenhuiszorg
- Wijkverpleging
- Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
- Hulpmiddelen
- Apotheek
- Ander soort zorg, namelijk:

Neem de meest recente situatie in gedachte dat u naar een bepaalde zorgaanbieder wilde gaan die niet volledig werd vergoed.

34 Heeft u op dat moment informatie ontvangen dat de zorg niet volledig werd vergoed? (*meerdere antwoorden mogelijk*)

- Ja, via mijn huisarts
- Ja, via de desbetreffende zorgaanbieder
- Ja, via mijn zorgverzekeraar
- Nee, maar ik heb het zelf opgezocht
- Nee, en ik heb het zelf ook niet opgezocht

- 35 Bent u op dat moment alsnog naar deze zorgaanbieder gegaan die niet volledig werd vergoed?
- Ja, ik ben toen alsnog naar deze zorgaanbieder gegaan → **ga door naar vraag 37**
 - Nee, ik ben toen niet naar deze zorgaanbieder gegaan

- 36 Bent u naar een andere zorgaanbieder gegaan die wel volledig werd vergoed?
- Ja, ik ben naar een zorgaanbieder gegaan die volledig werd vergoed
 - Nee, ik ben uiteindelijk niet naar een zorgaanbieder gegaan

De volgende vragen gaan over uw ervaringen met zorg die u in het ziekenhuis heeft gekregen, bijvoorbeeld van een medisch specialist.

- 37 Bent u in de afgelopen 12 maanden voor zorg in het ziekenhuis geweest?
- Nee → **ga door naar vraag 45**
 - Ja
- 38 Heeft u in de afgelopen 12 maanden zelf moeten (bij)betalen voor zorg die u in het ziekenhuis heeft gekregen?
- Nee → **ga door naar vraag 43**
 - Ja
 - Ik weet het niet → **ga door naar vraag 43**
- 39 Moest u (bij)betalen omdat deze ziekenhuiszorg niet volledig werd vergoed door uw zorgverzekeraar? *Let op! We bedoelen hiermee niet de betaling van uw eigen risico*
- Nee → **ga door naar vraag 43**
 - Ja
 - Ik weet het niet → **ga door naar vraag 43**
- 40 Wist u van tevoren dat u moest (bij)betalen voor deze ziekenhuiszorg?
- Nee → **ga door naar vraag 42**
 - Ja
- 41 Was het van tevoren duidelijk hoeveel u zelf zou moeten (bij)betalen voor deze ziekenhuiszorg?
- Nee
 - Ja
- 42 Is het (bij)betalen van deze ziekenhuiszorg een probleem voor u (geweest)?
- Een groot probleem
 - Een klein probleem
 - Geen probleem
- 43 Zoekt u van tevoren informatie over hoeveel u zelf zou moeten (bij)betalen voor ziekenhuiszorg die niet volledig vergoed wordt?
- Nooit → **ga door naar vraag 45**
 - Soms
 - Meestal
 - Altijd
- 44 Waar zoekt u deze informatie? *Meerdere antwoorden mogelijk*
- Bij mijn huisarts
 - Bij mijn zorgaanbieder in het ziekenhuis
 - Bij mijn zorgverzekeraar
 - Ergens anders, namelijk:
-

F Overige gegevens

45 Heeft u in **2019** uw totale eigen risico opgemaakt? Het gaat hier om het verplicht eigen risico plus eventueel het vrijwillig eigen risico.

- Ja Nee Weet ik niet

46 Kunt u uw eigen gezondheid typeren? (*meerdere antwoorden mogelijk*)

- Ik ben volledig gezond
 Ik heb af en toe kleine kwalen
 Ik heb een chronische aandoening (zoals Diabetes, COPD, hart of vaatproblemen, etc.)
 Ik heb af en toe een aandoening (gehad) waarvoor ziekenhuiszorg nodig is
 Ik heb een ernstige aandoening achter de rug
 Ik heb op dit moment een ernstige aandoening

47 Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- Uitstekend Zeer goed Goed Matig Slecht

48 Hoeveel gebruik van zorg maakt u?

- Geen Heel weinig Weinig Veel Heel veel

49 Hoe is op dit moment uw financiële situatie?

- Ik moet schulden maken / spreek spaarmiddelen aan
 Ik kan precies rondkomen
 Ik houd geld over

50 Kunt u aangeven wat het **netto maandinkomen van uw huishouden** is?

i *We bedoelen hier uw eigen inkomen plus dat van uw eventuele partner. Het gaat om het inkomen uit arbeid, uitkering en/of vermogen dat je **per maand** 'schoon' in handen krijgt (dat is na aftrek van belastingen en premies). Het inkomen van inwonende kinderen moet u alleen meetellen voor zover dit aan het huishouden wordt afgedragen (kostgeld). Vakantiegeld moet u niet meerekenen. Indien u uw inkomen per jaar ontvangt, bijvoorbeeld als u zelfstandige bent, wilt u dan uw jaarinkomen door twaalf delen?*

Het netto maandinkomen van mijn huishouden bedraagt:

- minder dan €900,-
 tussen €900,- en €1.500,-
 tussen €1.500,- en €2.000,-
 tussen €2.000,- en €2.500,-
 tussen €2.500,- en €3.000,-
 tussen €3.000,- en €3.500,-
 tussen €3.500,- en €4.250,-
 meer dan €4.250,-

51 Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift)

- geen opleiding i lager onderwijs: niet afgemaakt
- lager onderwijs i basisschool, speciaal basisonderwijs
- lager of voorbereidend beroepsonderwijs i zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO
- middelbaar algemeen voortgezet onderwijs i zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t
- middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs i zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS
- hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs i zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS
- hoger beroepsonderwijs i zoals HBO, HTS, HEAO, HBO-V, WO kandidaats
- wetenschappelijk onderwijs i universiteit
- anders, namelijk:

Onderzoekers van Nivel willen graag een aantal personen uitnodigen voor een telefonisch interview om meer inzicht te krijgen in de ervaringen van verzekerden met een bepaald type polis. Als u bereid bent om mee te werken een interview, en als u in aanmerking komt, wordt u door een onderzoeker van Nivel benaderd. Het interview zal plaatsvinden in augustus 2020. De deelnemers ontvangen een passende vergoeding voor deelname.

52 Ik geef toestemming dat onderzoekers van Nivel contact met mij opnemen voor een telefonisch interview voor dit onderzoek: *Het interview zal afgenomen worden op een voor u geschikt moment. Het interview duurt maximaal 30 minuten. U mag op elk moment van het interview het gesprek beëindigen. Uw naam en andere persoonlijke gegevens zullen nooit worden weergegeven op een wijze die herleidbaar is tot u.*

- Ja en ik ben beschikbaar op 20 augustus
- Ja en ik ben beschikbaar op 21 augustus
- Ja, maar ik ben niet beschikbaar op 20 en 21 augustus
- Nee → **ga door naar opmerkingenveld**

53 U hebt toestemming gegeven dat een onderzoeker van Nivel contact met u opneemt voor een telefonisch interview. Om contact met u op te kunnen nemen, willen wij u vragen hieronder uw naam en het telefoonnummer in te vullen waarop de onderzoeker u kan bereiken.

NB: Uw telefoonnummer zal alleen gebruikt worden om u telefonisch te bereiken. Na afloop van het onderzoek zal uw telefoonnummer worden vernietigd.

Mijn naam is: _____

Mijn telefoonnummer is: _____

U bent aan het einde gekomen van de vragenlijst. Hieronder kunt u eventuele opmerkingen kwijt: (a.u.b. in blokletters)

Hartelijk bedankt voor het invullen van de vragenlijst!

D. Topiclijst interviews

Interview protocol

6 – 12 telefonische interviews, ongeveer 30 minuten per interview.

1) Introductie

- Voorstellen
- Doel onderzoek + interview
- Uitleg interview (opnemen, stoppen wanneer men wil, duurt half uur etc.)
- Opname apparatuur aanzetten en toestemming opnemen

2) Wat zijn redenen dat u voor uw huidige basispolis heeft gekozen?

- Hoe lang heeft u uw huidige basispolis al? Op welke manier keuze gemaakt?
- Noem de 3 belangrijkste redenen. Waarom zijn deze redenen belangrijk?
- Wat zijn nadelen aan uw huidige basispolis?
- Hebben deze nadelen een rol gespeeld bij de keuze van uw polis?

Doel: probeer erachter te komen of er sprake is van een bewuste keuze, waarbij mensen weten waarvoor ze gekozen hebben en wat eventuele risico's (bijbetalen) hierbij zijn.

3) Waar kunt u allemaal terecht voor zorg?

- Weet u bij welke zorgaanbieders en ziekenhuizen u terecht kunt (binnen uw basispolis)? Hoe weet u dit? En hoe zit dat met zorgaanbieders bij u in de buurt?
- Welke rol speelt dit bij de keuze van een zorgaanbieder. Hoe ziet dat proces eruit? Eerst uitzoeken of aanbieder gecontracteerd is? Hoe?

Doel: probeer erachter te komen of men kan achterhalen welke zorgaanbieders binnen hun basispolis vallen. En begrijpen hoe dit proces bij verzekerden verloopt.

4) Wat zijn de ervaringen met uw huidige polis?

- Heeft u wel eens moeten bijbetalen voor zorg? Doorvragen: Ging het om ER of omdat zorgaanbieder niet gecontracteerd was? Wist u dat u moest bijbetalen? Hoe bent u hierachter gekomen?
- Wat vindt u ervan dat u moet bijbetalen voor zorg?
- Heeft het bijbetalen gevolgen voor uw toekomstig zorggebruik en/ of keuze polis?

Doel: probeer erachter te komen of men begrijpt waarom hij/zij moest bijbetalen en wat de gevolgen zijn van de bijbetaling.

5) Afsluiting