



Brabantse Uitkeringsgerechtigden Samen Burgerkracht Uit Samenwerking.

Brabantse Koepelorganisatie BUS, Hoefstraat 175, 5014 NK Tilburg
Contacten: per e-mail: info@debus.nl en voor info: web: www.debus.nl



U als zorgverzekerde staat nu al op achterstand bij het maken van uw keuze 2024. Veel zorgverzekeraars hebben zorgcontracten nog niet rond, hoe nu verder?

Uit onderzoek van Radar Testpanel is naar voren gekomen dat 94 procent, van de mensen, bij het afsluiten van hun zorgverzekering voor 2023 ervan uit zijn gegaan dat het wel goed zou komen met de contracten tussen hun zorgverzekeraar en zorgaanbieders. Bijna 800 ondervraagden kwamen echter voor een vervelende verrassing te staan: het contract met hun vaste zorgaanbieders kwam er dit jaar (2023) niet. Dat zorgt niet alleen voor extra kosten, het heeft ook medisch gezien nadelige gevolgen.

Bijna 18.000 mensen vulden de vragenlijst van radar over uitblijvende zorgcontracten in. Daarvan sloot 31 procent voor het jaar 2023 een zorgverzekering af terwijl nog niet alle contracten rond waren, nog eens 36 procent weet niet of alle contracten toen rond waren.

Het zal toch wel goed zitten met mijn zorgverzekering?

94 procent van de ondervraagden was in de veronderstelling dat het allemaal goed geregeld zou zijn met hun zorgverzekering. Ook van de groep mensen die bij het afsluiten wist dat nog niet alle contracten rond waren, ging de overgrote meerderheid daarvan uit. Van deze groep is 1 op de 10 er echter achteraf, dus op het moment dat het te laat was om nog over te kunnen stappen, voor een vervelende verrassing komen te staan: hun zorgverzekeraar sloot géén contract af met hun vaste zorgaanbieders. Nog eens 20 procent weet niet of het contract rond is gekomen.

Reactie van een zorgverzekerde: Ik had graag vooraf willen weten welke kaakchirurg wel en wie niet vergoed wordt, dan had ik een andere keuze kunnen maken.

Dubbele zorgkosten: je premie én de rekening:

Dat er geen contract is, kan vervelende gevolgen hebben voor je portemonnee en voor je gezondheid, zo blijkt uit het onderzoek. Sommige verzekeraars vangen de kosten alsnog op, in andere gevallen vangt de behandelaar het prijsverschil op door de rekening te verlagen naar het bedrag dat vergoed wordt. Maar dit alles heeft niet iedereen ondervonden. 63 procent van degenen bij wie na de overstapdeadline bekend werd dat er geen contract is met hun zorgaanbieders is daardoor tegen extra kosten aangelopen.

In de meeste gevallen (85 procent) gaat het om kosten voor zorg (deels) niet worden vergoed. Bij een polis van vrije artskeuze (restitutiepolis), waar iedere maand flink meer premie voor wordt betaald, moest iemand, omdat er geen contract was met de zorgaanbieder, alsnog zelf een gedeelte betalen. 'Gevolg is dat veel mensen niet de beste zorg krijgen. Omdat ze geen vrije artskeuze hebben en/of bang zijn voor de factuur'.

Zorguitstel en- afstel om extra kosten te vermijden:

Ruim een kwart (26 procent) geeft aan dat het uitblijven van een contract negatieve gevolgen heeft voor hun behandeling (en dus ook voor de gezondheid). Nog eens 28 procent geeft aan dat negatieve gevolgen nog kunnen ontstaan. Deze negatieve gevolgen kunnen ontstaan doordat mensen niet bij de beste behandelaar terecht kunnen, tussentijds moeten overstappen of helemaal afzien van een behandeling. Van de mensen, die deelgenomen hebben aan het onderzoek, waarvan de verzekeraar uiteindelijk geen contract sloot met hun zorgaanbieders, kwam 29 procent er pas achter nadat de zorg geleverd was. Dan is het vooral een kwestie van (onverwachte) kosten.

Reactie van een zorgverzekerde: Ik kwam er pas achter toen ik een factuur kreeg die ik rechtstreeks moest betalen omdat verzekeraar geen contract had, waar ik totaal niet van op de hoogte was en dus werd verrast met extra zorgkosten.

Er is echter een grote groep die erachter kwam vóór de zorg geleverd werd (38 procent) of tijdens het zorgtraject (37 procent). Wie nog moest beginnen of in een traject zat, zou kunnen overwegen om naar een andere zorgaanbieder over te stappen. Ruim 1 op de 5 (21 procent) heeft dat inderdaad gedaan: zij zijn de behandeling gestart bij een andere zorgaanbieder, waarmee wel een contract is, of zijn tussentijds overstapt naar een andere zorgaanbieder. Maar er zijn ook mensen die het zorgtraject uitstellen tot het volgende verzekeringsjaar (22 procent waren dat). Uit het onderzoek is gebleken dat 12 procent helemaal afziet van de benodigde zorg. **Zorgverzekeraar ASR vergoedt 0 procent van de factuur.**

Liever overstapt naar een andere zorgverzekeraar:

Voor degenen die hier na de overstap-deadline achter kwamen was twee derde (64 procent) graag naar een andere zorgverzekeraar overstapt. Maar dat kon helaas niet meer na 31 januari sluit de overstapmogelijkheid. Degenen die ondanks het uitblijven van een contract met hun zorgaanbieder niet willen overstappen, willen dat niet omdat zij:

- ▶ Verder tevreden zijn met hun zorgverzekeraar (47 procent)
- ▶ Er geen vertrouwen in hebben dat het ergens anders wel goed is geregeld (28 procent)
- ▶ Geen gedoe willen met andere zorgtrajecten die zij via deze verzekeraar hebben lopen (18 procent)
- ▶ Bang zijn dat ze ergens anders geweigerd worden (15 procent).

Reactie van een zorgverzekerde: Ik kan niet overstappen door beperkingen krijg ik nergens meer een aanvullende verzekering.

Dat een overstap niet voor iedereen even makkelijk, of überhaupt mogelijk is, blijkt uit de toelichtingen die de deelnemers aan het onderzoek hebben aangeleverd. Een reactie: 'Ik heb diverse ernstige chronische ziektes daarom veel medicijnen, medische behandelingen en medische apparatuur nodig. Overstappen is voor mij geen optie vanwege machtigingen, leverancierscontracten en specifieke voorwaarden.

En dan zijn er natuurlijk ook nog mensen die er bij een overstap tegenaan lopen dat die ene zorgaanbieder bij een andere verzekeraar wel gecontracteerd is, maar andere zorgaanbieder waar hij/zij zorg afneemt dan weer niet.

Uit het onderzoek van Radar Testpanel blijkt: Dat de meerderheid niet gerust is dat het voor 2024 wel goed gaat komen.

Dit blijkt juist te zijn: Terwijl de deadline is gesloten (12 november 2023) en de zorgverzekeraars hun contractenportefeuille rond moesten hebben, moeten we vaststellen dat vele zorgverzekeraars hun zaken nog lang niet op orde hebben. Hoe kan dan een verzekerde een juiste keuze maken, laat staan overstappen?

Goed ingelezen, tijdig een juiste keuze gemaakt en toch:

Ik had voordat ik de verzekering afsloot echt alles goed bekeken en volgens mij hadden ze met iedereen waar wij kwamen voor zorg te laten leveren een contract. Waarschijnlijk is dat toch niet duidelijk gecommuniceerd en dat is misleidend, zo heb ik dat als verzekerde ervaren. Dergelijke voorbeelden komen maar al te vaak voor zijn de geluiden uit het veld.

Met 58 procent geeft een meerderheid van de totale groep respondenten aan dat zij er niet gerust op zijn dat hun zorgverzekeraar aankomend jaar de contracten wel op tijd rond zal hebben, waardoor zij mogelijk extra zorgkosten moeten maken. Er wordt zelfs geopperd of de zorgaanbieder en zorgverzekeraars gedwongen moeten worden de contracten rond te hebben op de dag dat de zorgpremies bekend worden gemaakt.

Noot vanuit BUS: Vandaag stelt de Consumentenbond dat wederom vele zorgverzekeraars nog lang niet klaar zijn met het afsluiten van de zorgcontracten voor het jaar 2024 bij diverse zorgaanbieder.

De vraag is dan ook terecht: Hoe kan een verzekerde een goede en juiste keuze maken als de zorgverzekeraars haar eigen zaakjes wederom niet op orde heeft. Hopelijk blijven vele zorgverzekerden gevrijwaard van ellende, tegenslag en extra zorgkosten veroorzaakt door zorgverzekeraars die hun plicht niet serieus nemen en een loopje nemen met hun zorgverzekerden.