

Rapport

Overstapseizoen 2024

April 2025

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	1
1.2	Opzet vragenlijst	1
2.	Profiel deelnemers	2
3.	Resultaten	4
3.1	Zorgverzekering in 2024	4
3.2	Zorgverzekering in 2025	9
3.3	Zorgkosten en het eigen risico in 2024	15
3.4	Informatie over gecontracteerde zorg en het kiezen van een zorgverzekering	17
3.5	Ervaring met niet-gecontracteerde zorg in 2024	18
3.6	Invloed van aandoening en gebruik van zorg	28
4.	Conclusies	32
5.	Aanbevelingen	35

1. Inleiding

Het overstapseizoen 2024 – 2025 voor het kiezen van een zorgverzekering is afgesloten. Patiëntenfederatie Nederland is benieuwd of mensen kijken naar andere zorgverzekeraars of zorgverzekeringen en of mensen iets wilden wijzigen in hun zorgverzekering of wilden overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Hiervoor is in december 2024 onderzoek gedaan onder het eigen Zorgpanel. Er is hierbij ook gekeken naar ervaringen van deelnemers met zorgkosten door eigen risico en niet-gecontracteerde zorg. Daarnaast hebben we ook gekeken naar de invloed van aandoening en gebruik van zorg.

Uiteindelijk hebben 9.117 mensen met een zorgverzekering de vragenlijst ingevuld. Deze groep is niet volledig representatief voor de Nederlandse bevolking. Jonge mensen zijn ondervertegenwoordigd en deelnemers zijn iets vaker hoog opgeleid. Daarnaast hebben relatief veel mensen een chronische aandoening.

1.2 Opzet vragenlijst

De vragenlijst bevat de volgende onderwerpen:

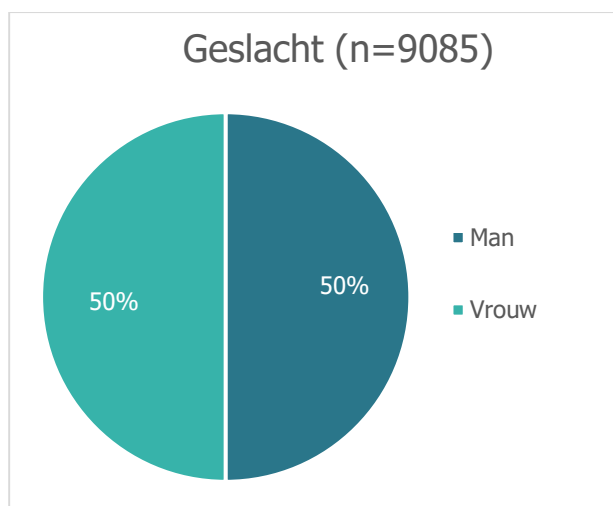
- **Wijzigingen in zorgverzekeringen:** waar waren deelnemers in 2024 verzekerd, in hoeverre was dit anders dan in 2023 en zijn ze van plan hier in 2025 iets in te wijzigen.
- **Keuze zorgverzekering:** waarom wijzigen deelnemers iets in hun zorgverzekering en waar zoeken ze naar informatie hiervoor.
- **Eigen risico:** In hoeverre heeft het eigen risico invloed op zorg die deelnemers afnemen en welke ervaring hebben zij met zorgkosten door het eigen risico.
- **Niet-gecontracteerde zorg:** in hoeverre hadden deelnemers ervaring met niet-gecontracteerde zorg in 2024, waren ze hiervan tijdig op de hoogte en moesten ze (bij)betalen voor de betreffende zorg. En hebben ze voor 2025 voldoende inzicht in de gesloten contracten van de zorgverzekeraar van hun keuze.

Niet elke vraag is op iedere deelnemer van toepassing. En niet alle vragen zijn verplicht gesteld. Hierdoor varieert het aantal deelnemers dat een vraag invult. Ook tellen percentages regelmatig op tot meer dan 100%. Dit kan komen door afronding, of omdat mensen meer dan één antwoord konden geven op bepaalde vragen.

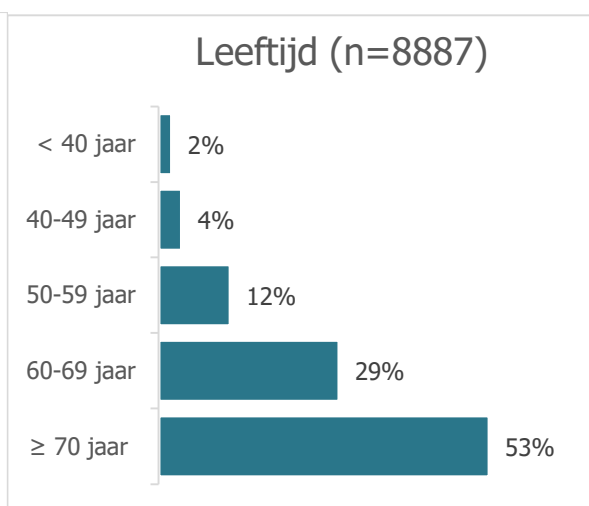
2. Profiel deelnemers

Het profiel van de deelnemers is als volgt samen te vatten:

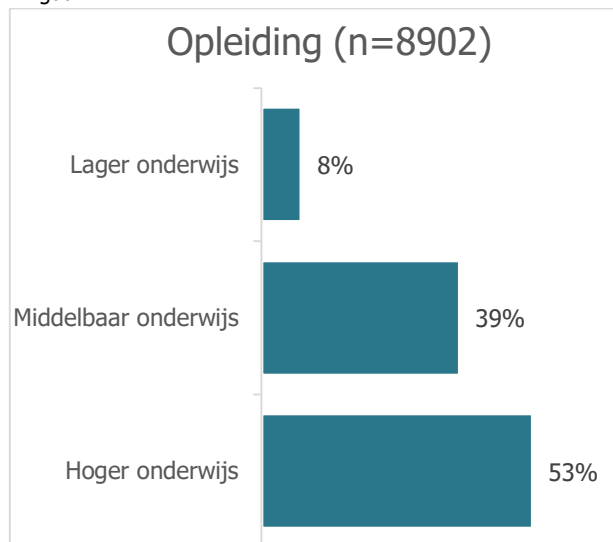
- De verhouding man/vrouw onder de deelnemers is gelijk verdeeld (figuur 1).
- De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 68 jaar.
- Van de deelnemers is 8% lager opgeleid, 39% middelbaar opgeleid en 53% hoger opgeleid (figuur 3).
 - Lager onderwijs: deelnemers zonder afgerond onderwijs, lagere school, lager beroepsonderwijs en voorbereidend of kort middelbaar beroepsonderwijs.
 - Middelbaar onderwijs: deelnemers met middelbaar algemeen onderwijs, middelbaar beroepsonderwijs en voortgezet algemeen onderwijs.
 - Hoger onderwijs: deelnemers met hoger beroepsonderwijs, wetenschappelijk onderwijs.
- De deelnemers komen vooral uit Zuid-Holland (19%), Noord-Holland (16%), Noord-Brabant (15%) en Gelderland (14%) (figuur 4).
- 86% heeft een aandoening. Relatief vaak hebben zij te maken met hart- of vaatziekten (28%) of reumatische aandoeningen (25%) (figuur 5).



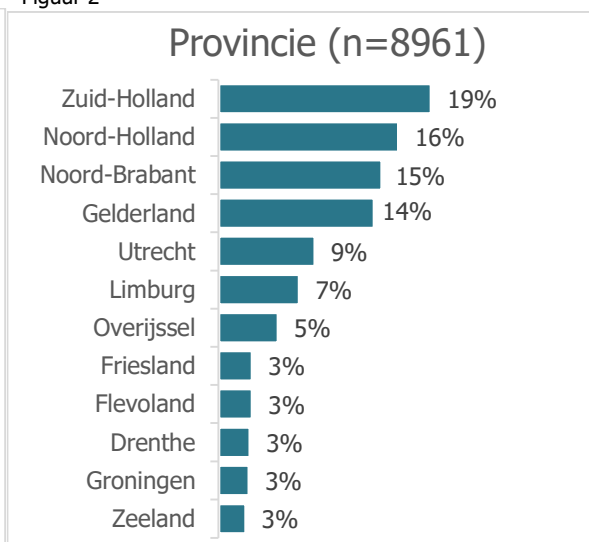
Figuur 1



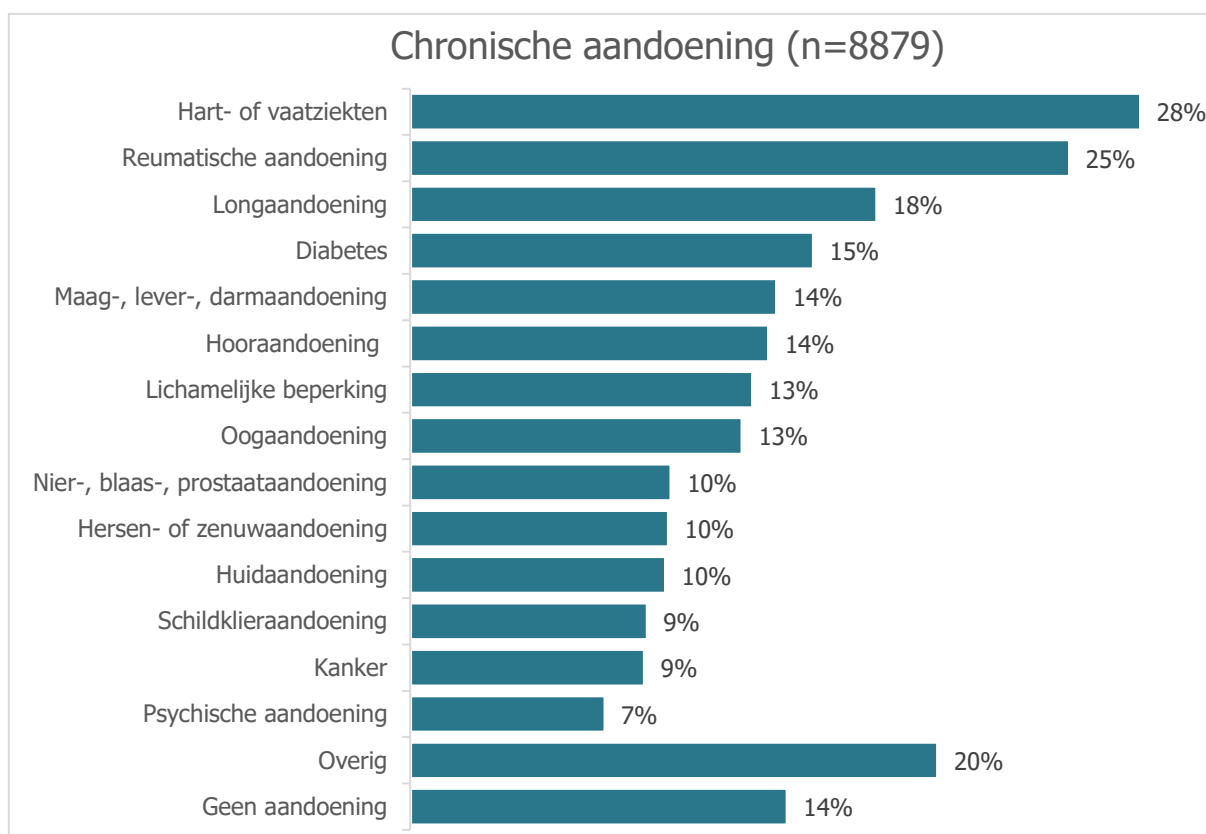
Figuur 2



Figuur 3



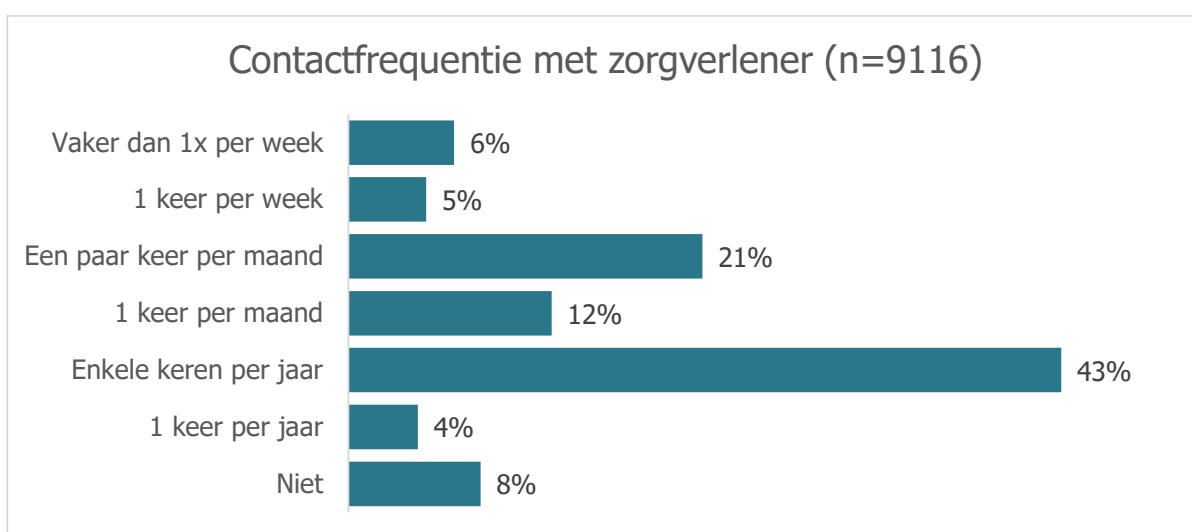
Figuur 4



Figuur 5

Er zijn in dit onderzoek ook vragen gesteld over het zorggebruik van mensen in 2024. Dit kan invloed hebben op bepaalde resultaten uit het onderzoek zoals het zoeken van informatie over zorgverzekeringen en de keuzes die deelnemers daarbij hebben gemaakt voor 2025.

Gevraagd is hoe vaak deelnemers in 2024 voor zichzelf contact hadden met één of meer zorgverleners voor bijvoorbeeld een behandeling, onderzoek, diagnose, consult, opname of het ophalen van medicijnen. 92% van de deelnemers heeft dit contact gehad, 44% een keer per maand of vaker, 43% enkele keren per jaar en 4% 1 keer per jaar (figuur 6).



Figuur 6

3. Resultaten

3.1 Zorgverzekering in 2024

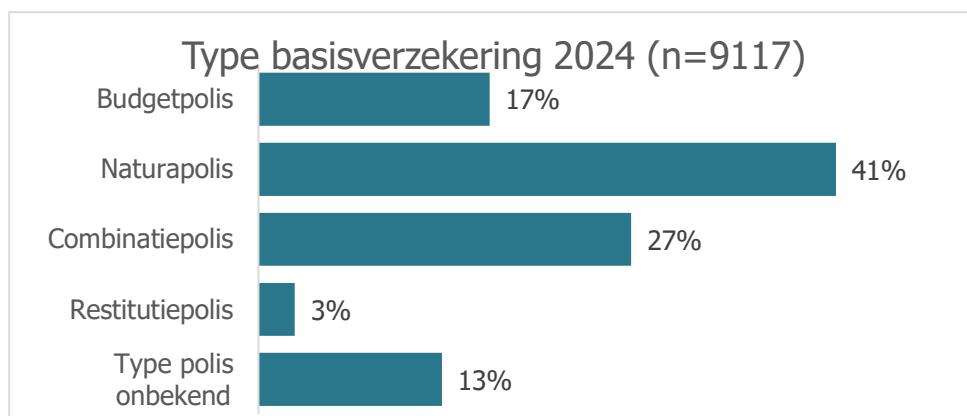
Basisverzekering

Deelnemers is gevraagd bij welke zorgverzekeraar zij in 2024 een basisverzekering hadden. In figuur 7 is de top 10 zorgverzekeraars weergegeven waar driekwart van de deelnemers dit jaar hun basisverzekering heeft. Zilveren Kruis (16%), CZ (11%) en VGZ (10%) zijn de meest genoemde verzekeraars.



Figuur 7

In figuur 8 is te zien welk type basisverzekering deelnemers hebben. Om hier inzicht in te krijgen, zijn per zorgverzekeraar alle basisverzekeringen voorgelegd die zorgverzekeraars voor 2024 aanboden. 41% van de deelnemers heeft een naturapolis, 27% een combinatiepolis, 17% een budgetpolis¹ en 3% een restitutiepolis. Voor 13% is onduidelijk welke soort basisverzekering zij precies hebben.

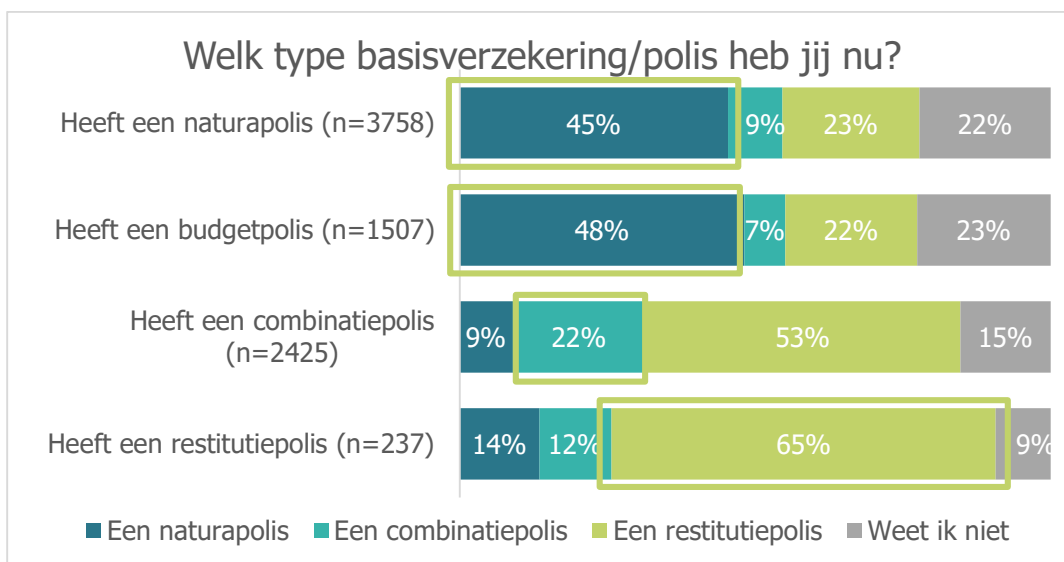


Figuur 8

¹ Een budgetpolis is in dit onderzoek een polis die de NZa kwalificeert als polissen met beperkende voorwaarden. Dat zijn polissen met selectieve contractering en/of met een vergoedingspercentage voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder lager dan 75% van het marktconforme tarief of van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

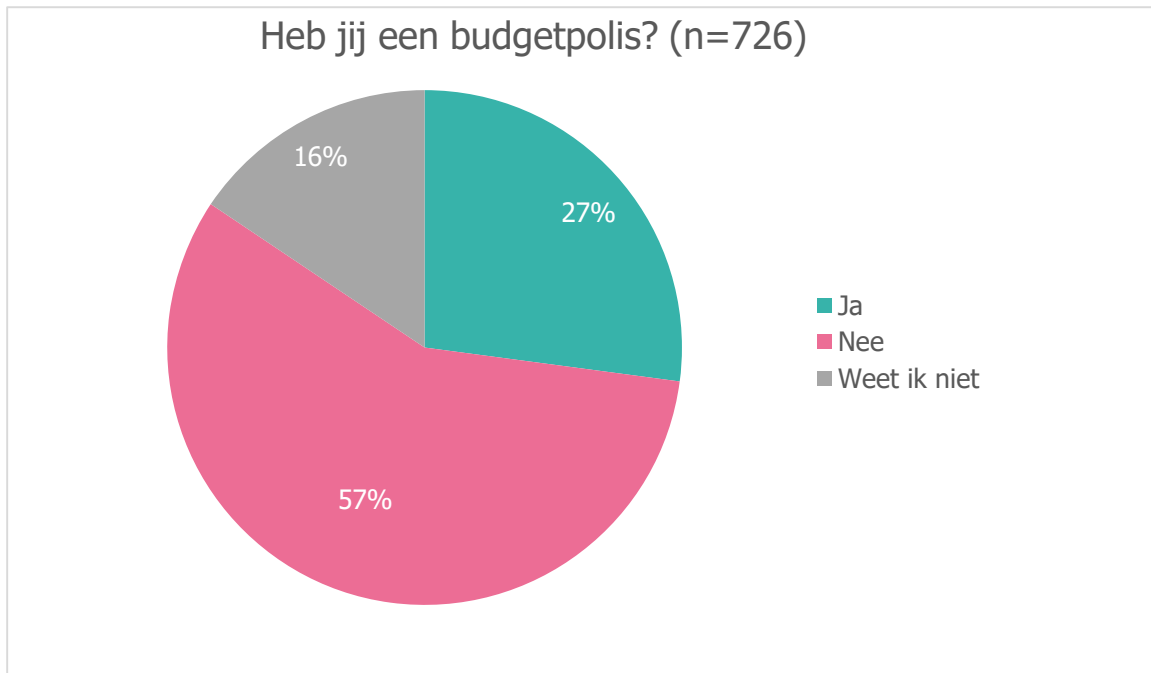
Aan de deelnemers is behalve de naam van hun polis ook gevraagd of zij zelf weten welk type polis zij hebben: een naturapolis, een combinatiepolis of restitutiepolis. Door de door hun opgegeven naam van hun polis te combineren met het opgegeven type polis, wordt duidelijk dat veel deelnemers een ander type polis hebben dan zij denken. Van de 9117 deelnemers weet 34% welke type polis ze hebben. 35% noemt een ander type polis dan die ze hebben en 23% weet niet welk type polis ze hebben. Van 7% tot slot is niet bekend welke polis ze hebben.

In figuur 9 is per opgegeven soort polis weergegeven welke polis deelnemers zelf denken te hebben, met groen gearceerd de groepen deelnemers die weten welk type polis ze hebben. Zo is bijvoorbeeld te zien is dat 45% van de deelnemers die een naturapolis heeft, ook zelf aangeeft een naturapolis te hebben. De rest van de groep met een naturapolis denkt een andere type polis te hebben (9% denkt een combinatiepolis en 23% denkt een restitutiepolis te hebben) of weet niet om welk type polis het gaat (22%). Met name binnen de groep deelnemers met een combinatiepolis is voor een groot percentage onduidelijk welk type polis zij hebben: 22% benoemt dat zij een combinatiepolis hebben, maar 62% denkt dat het een ander soort polis betreft, en dan met name een restitutiepolis (53%). Bij deelnemers met een restitutiepolis is het percentage deelnemers dat dit juist weet te benoemen met 65% het hoogst.



Figuur 9

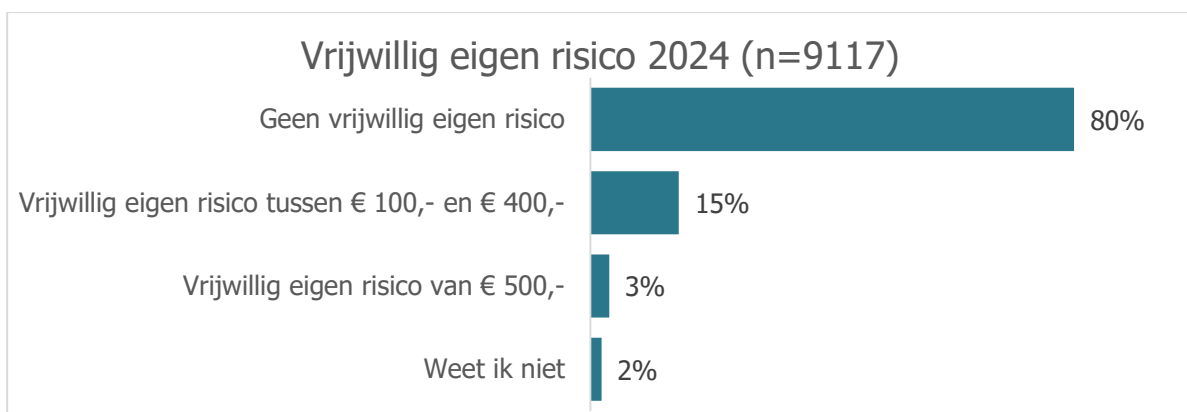
Bij deelnemers waarvan bekend is dat zij een natura - budgetpolis hebben (op basis van de polisnaam die ze in de vragenlijst hebben aangevinkt) is gekeken of zij weten dat zij een budgetpolis hebben. Dat wil zeggen, een polis met extra beperkte voorwaarden, waar ze minder vergoed krijgen als je naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat. In figuur 10 is te zien dat 27% van deze groep deelnemers weet dat zij een budgetpolis heeft, de overige 73% echter niet.



Figuur 10

Eigen risico

Deelnemers is gevraagd wat hun vrijwillig eigen risico in 2024 was. Acht op de tien deelnemers heeft geen vrijwillig eigen risico (figuur 11).



Figuur 11

Aanvullende zorgverzekering(en)

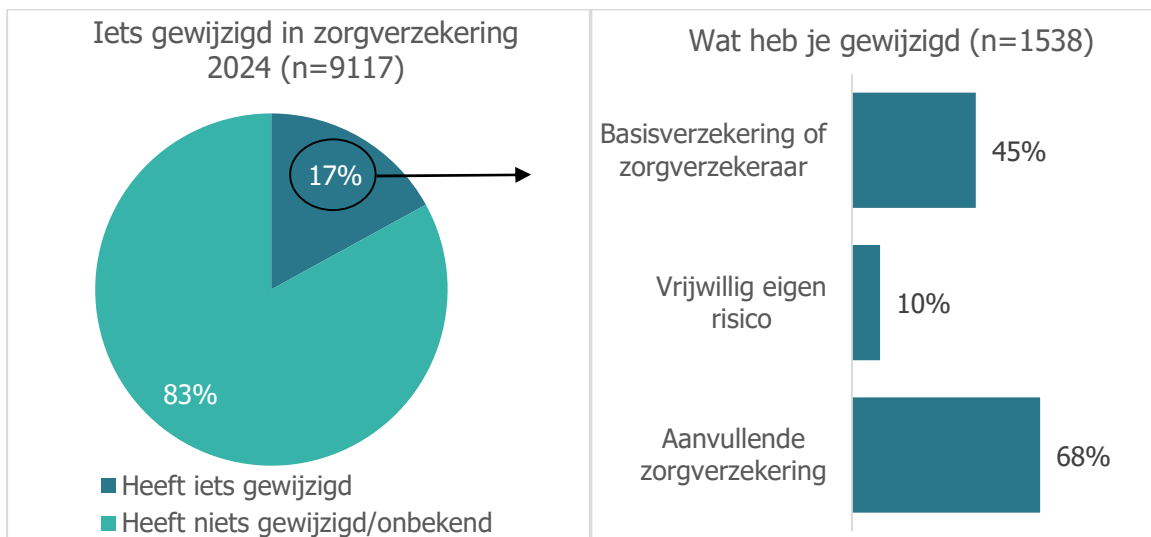
Deelnemers is tot slot gevraagd of en zo ja, welke aanvullende zorgverzekering(en) zij hebben. In figuur 12 is te zien dat 85% een aanvullende verzekering heeft: 22% heeft alleen een aanvullende zorgverzekering, 58% een aanvullende en een tandartsverzekering (los of als vergoeding in de aanvullende verzekering) en 5% heeft alleen een tandartsverzekering.



Figuur 12

Iets gewijzigd in zorgverzekering in 2024

In totaal heeft 17% voor 2024 iets gewijzigd in de zorgverzekering ten opzichte van 2023 (figuur 13). Figuur 14 laat zien dat binnen deze groep 45% iets in de basisverzekering of zorgverzekeraar heeft gewijzigd, 10% iets in het vrijwillig eigen risico en 68% in aanvullende zorgverzekering(en).



Figuur 13

Figuur 14

In figuur 15 is verder uitgesplitst wat deelnemers precies hebben gewijzigd; 13% binnen die groep heeft een andere basisverzekering bij dezelfde en 32% bij een andere zorgverzekeraar afgesloten.

Veel genoemde redenen dat deelnemers zijn veranderd van basisverzekering is de aantrekkelijkere premie al dan niet in combinatie met vergoedingen.

"Zelfde prijs maar meer vergoedingen."

"Wissel vaak om te kijken waar ik denk behoefte aan te hebben. En vergelijk dan wat het beste en meest voordelige is."

"Restitutie was bij de vorige verzekering niet meer mogelijk."

"Prijs. Ik heb een lage zorgvraag en woon op een plek met veel aanbod. Een lage premie heeft dus mijn prioriteit."

"Meer fysiotherapie in het huidige pakket."

"Collectief via werkgever en gunstig 50+ pakket."

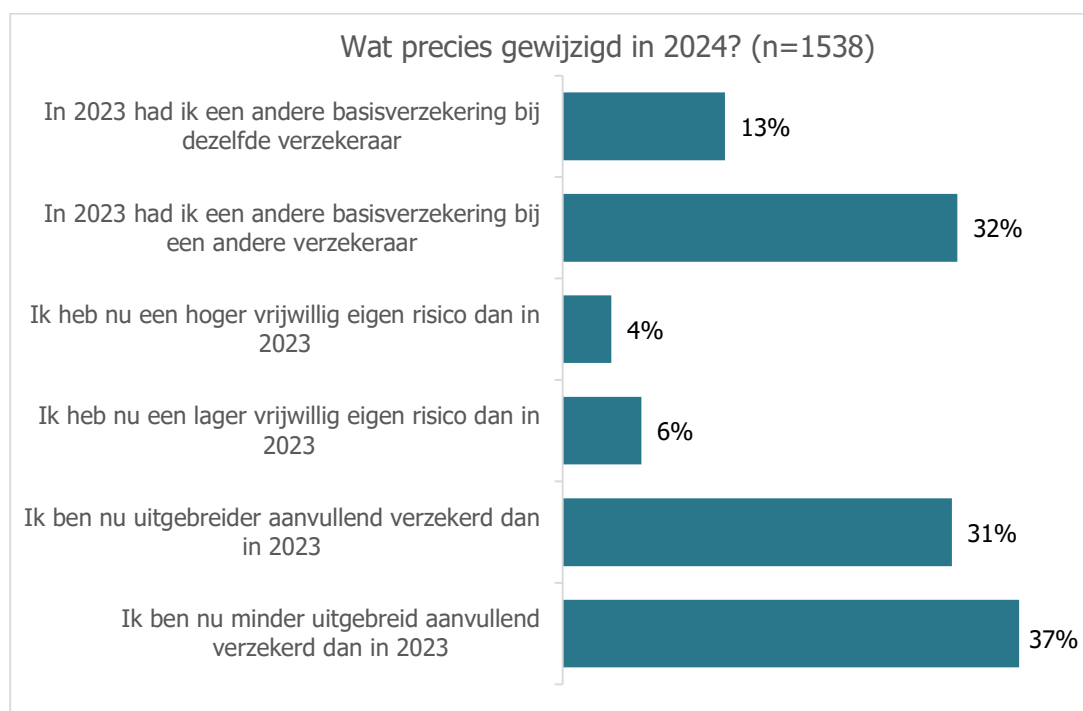
Daarnaast heeft 4% van de deelnemers een hoger en 6% een lager vrijwillig eigen risico ten opzichte van 2023. Zij lichten met name toe dat dit te maken heeft met zorgkosten die naar verwachting hoger of juist lager of afwezig zijn in 2024.

"Omdat dit in de uiteindelijke premie niet heel veel verschil maakt. Ik word wat ouder en houd er rekening mee dat ik mogelijk meer zorgkosten ga krijgen."

"Omdat ik nu een chronische ziekte heb waardoor ik naar het ziekenhuis moet en medicatie gebruik."

"Omdat ik in normale omstandigheden dat bedrag niet opmaak en het in premie scheelt."

"Ik leek goed gezond en had niet langer fysio wekelijks nodig na een knieoperatie (prothese)."



Figuur 15

Tot slot is 31% uitgebreider en 37% minder uitgebreid verzekerd ten opzichte van 2023. Net als bij het vrijwillig eigen risico geven deelnemers hier ook weer de verwachte zorg als reden voor uitgebreider of minder uitgebreid aanvullend verzekeren. Daarnaast vinden deelnemers de kosten soms te hoog en verzekeren ze zich minder uitgebreid.

"Een uitgebreidere tandartsverzekering was goedkoper dan de extra kosten die ik anders zelf moest betalen."

"Deze verzekering was gunstig gezien onze situatie en beugelende kinderen."

"Door artrose krijg ik steeds meer klachten. Daardoor is bijvoorbeeld meer fysiotherapie nodig."

"Er zaten grote kosten voor tandheelkunde aan te komen. Handig om dan één jaar meer uitgebreid verzekerd te zijn."

"Fysiotherapie nodig, dus die aanvullend verzekerd."

"De kosten worden steeds hoger. Als ik het maximum verbruik is het voordelig, als niet dan kost het meer geld. Ik spaar het dan liever zelf."

"Fysio eruit. In verband met reuma volg ik intensieve sport via fysio. Dat zit nu in het basispakket."

"De premie voor de tandartsverzekering werd te hoog samen met de basis en aanvullende, dus om te besparen heb ik de tandartsverzekering opgezegd."

3.2 Zorgverzekering in 2025

Ten tijde van het onderzoek konden deelnemers overstappen naar een andere zorgverzekeraar en/of zorgverzekering voor 2025. Er is hen gevraagd of zij al gekeken hebben of een andere zorgverzekering beter bij hun situatie past of dat ze dat nog van plan zijn. 27% antwoordt hier bevestigend op, 65% is niet van plan hiernaar te kijken, meestal (59%) omdat ze niets willen veranderen aan hun huidige zorgverzekering (figuur 16).



Figuur 16

Aan deze laatste groep is gevraagd waarom ze hier niet naar gaan kijken. De meeste deelnemers (81%) geven aan dat ze tevreden zijn met hun huidige verzekeraar. Daarnaast zegt 24% dat er niets in hun persoonlijke situatie verandert. Bij overige antwoorden lichten deelnemers regelmatig toe dat ze vanwege hun ziekte of aandoening niet kunnen of durven over te stappen omdat ze dan het risico lopen geen aanvullende verzekering meer te krijgen of hulpmiddelen weer opnieuw moeten aanvragen.



Figuur 17

"Ik heb doorlopende fysiotherapie uit de basis en dan zou ik weer helemaal door de procedure van machtiging moeten. Dat durf ik niet."

"Op mijn leeftijd (77) kan ik, bij verandering, geen aanspraak meer maken op aanvullende verzekering."

"Wanneer ik van zorgverzekering wissel, moet ik al mijn voorzieningen zoals bijvoorbeeld mijn aangepaste sta-op stoel inleveren en bij de nieuwe zorgverzekering opnieuw aanvragen."

"Vergoedingen staan mooi omschreven, maar als het erop aan komt om te vergoeden dan gaat elke verzekeraar moeilijk doen."

"Loop door Parkinson risico geweigerd te worden voor de aanvullende verzekering."

"Vorig jaar uitgebreid onderzocht en tot de conclusie gekomen dat het wezenlijk niet veel uitmaakt voor wat ik wil."

"Voor de basis mogen ze je niet weigeren maar wel voor de aanvullende verzekering en aangezien ik chronisch ziek ben begin ik daar niet aan."

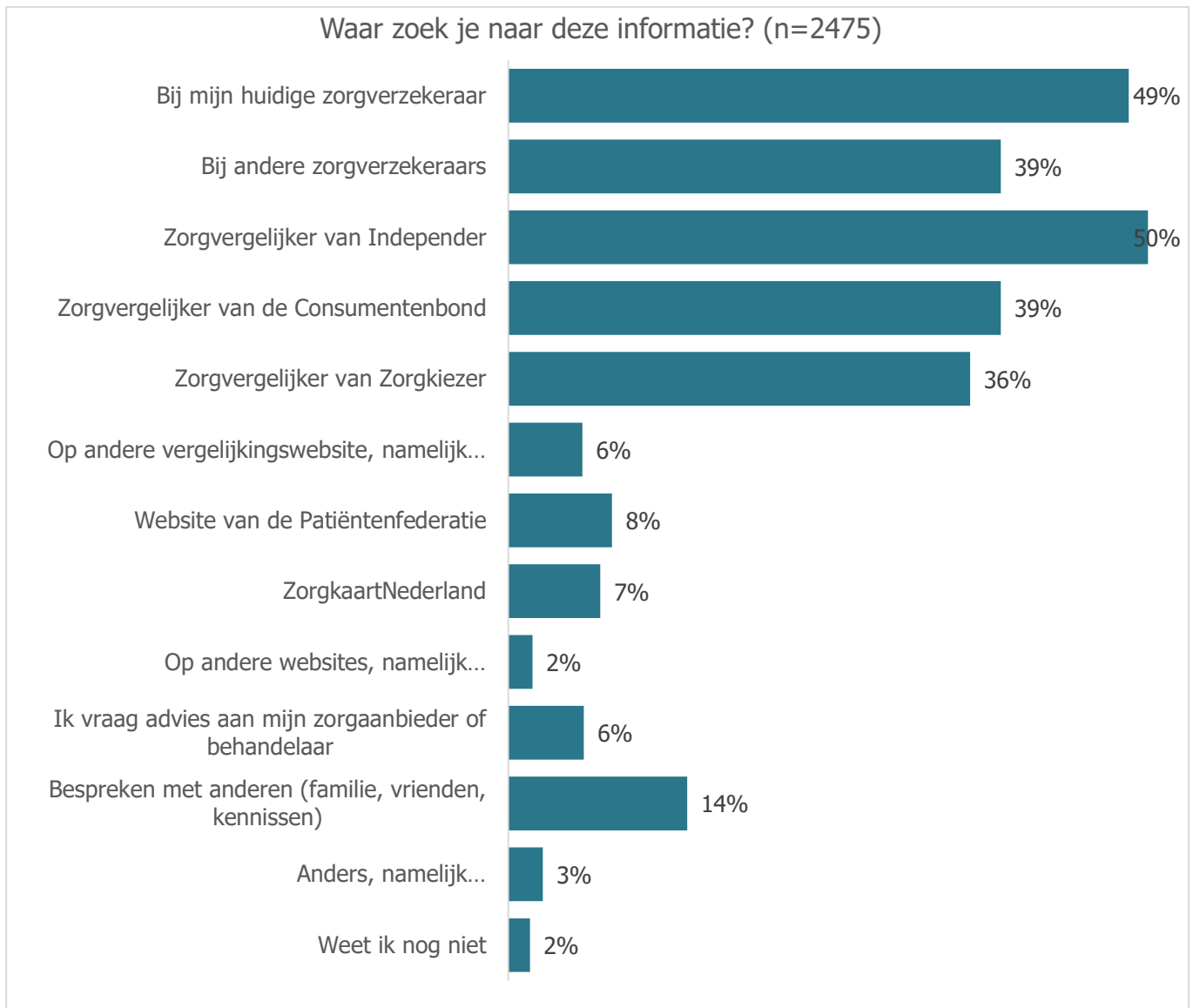
"Mijn vrouw krijgt zorg uit de Zorgverzekeringswet (ZIN en PGB), we gaan dat niet allemaal omzetten of opsplitsen."

Deelnemers die wel kijken of een andere zorgverzekering of zorgverzekeraar beter bij hen past (27%, figuur 18) is gevraagd waar zij zorgverzekeraars of zorgverzekeringen op vergelijken. Ze vergelijken meestal op vergoedingen van zorg die ze (mogelijk) in 2025 nodig hebben (77%) of op hoogte van de premie (69%). Daarnaast vergelijkt 48% op contracten die zorgverzekeraars hebben met voor hen belangrijke zorgverleners. Bij overige antwoorden wordt onder andere genoemd dat gekeken wordt naar inhoud van aanvullende verzekeringen (aantal behandelingen fysiotherapie, tandartsverzekeringen etc.), vergoeding van medicatie en van zorg in het buitenland.



Figuur 18

Er wordt met name gezocht naar informatie bij zorgverzekeraars (49% bij de huidige zorgverzekeraar, 39% bij andere zorgverzekeraars), en bij zorgvergelijkers (Independer (50%), Consumentenbond (39%), Zorgkiezer (36%) en overige vergelijkingswebsites (6%), als Pricewise, Poliswijzer en Geld.nl). Daarnaast wordt er ook op andere websites gekeken: 8% kijkt op de website van de Patiëntenfederatie en 7% op ZorgkaartNederland. Tot slot geeft 14% aan dit te bespreken met anderen zoals familie, vrienden of kennissen.



Figuur 19

Als deze deelnemers gevraagd wordt wat zij nodig hebben om een goede keuze te maken, zijn de antwoorden divers. Het volgende wordt regelmatig aangegeven:

- Vergelijkingsites;
- Zelf goed uitzoeken, wat heb je nodig en wat past daarbij;
- Uitgebreide, duidelijke, overzichtelijke, onafhankelijke en transparante informatie;
- Voldoende tijd;
- Overzicht van premies, vergoedingen en met welke zorgverleners een verzekeraar contracten heeft gesloten.

"Betere vergelijkingssites en transparantere informatie van verzekeraars."

"Zou handig zijn als de veranderingen duidelijker werden omschreven. Nu is het vaak een zoektocht op de site wat er allemaal daadwerkelijk verandert."

"Als ik meer tijd zou krijgen om te vergelijken. De tijd is te kort en verzekeraars misleiden je nogal vaak is mijn ervaring. Elk jaar leer ik helaas weer iets."

"Een goede keuze maken is onmogelijk omdat de meeste zorgverzekeraars nog heel veel openstaande zorgcontracten hebben. Ik moet kiezen voor 1 jan 2025, op deze wijze is het een soort Russische roulette."

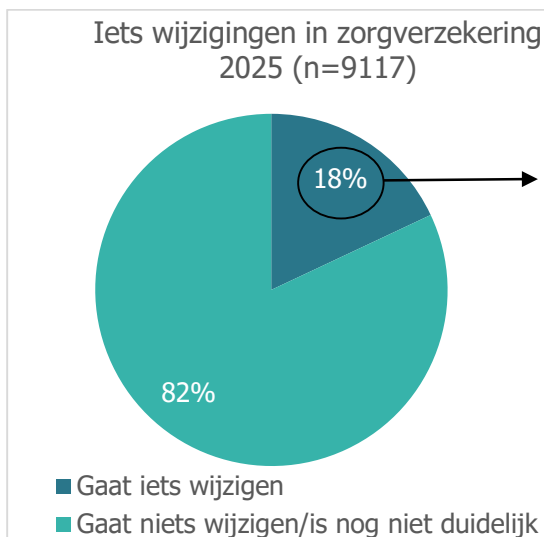
"Als de vergelijkingen wat eenvoudiger zouden zijn en beter te vergelijken met de verzekering die ik heb."

"Goede vergelijking zonder reclame. Als duidelijk is met welke zorgverlener er contracten zijn en met welke zorgverlener niet."

"Zo goed als niks - het blijft lastig om te vergelijken - veel lijkt heel erg op elkaar, bovendien vaak van dezelfde club."

"Het is onmogelijk om in dit woud van ongebreidelde verzekeringen een passende keuze te maken."

Deelnemers is gevraagd of zij voor 2025 iets willen veranderen in hun basisverzekering of zorgverzekeraar, in hun eigen risico en/of in hun aanvullende verzekeringen. In figuur 20 is te zien dat 18% van plan is iets te wijzigen. Figuur 21 laat zien dat binnen deze groep 43% iets wil veranderen in basisverzekering of zorgverzekeraar, 14% in het vrijwillig eigen risico en 76% in aanvullende zorgverzekering(en).



Figuur 20



Figuur 21

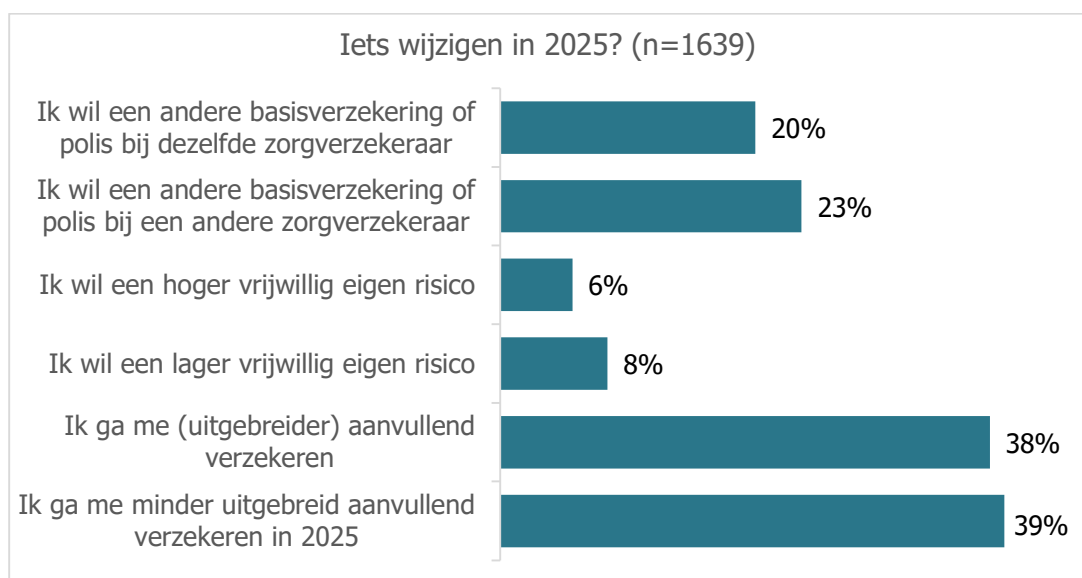
In onderstaande tabel 1 zijn twee groepen naar achtergrond uitgesplitst: deelnemers die van plan zijn in 2025 iets in hun zorgverzekering te wijzigen en deelnemers die dit niet van plan zijn. Te zien is dat naarmate de leeftijd oploopt, deelnemers minder van plan zijn iets te wijzigen. En vrouwen zijn meer dan mannen geneigd iets te wijzigen in hun zorgverzekering.

	Van plan iets te wijzigen in verzekering (n=1639)	Niet van plan iets te wijzigen in verzekering (n=7484)
< 40 jaar (n=195)	41%	59%
40-49 jaar (n=339)	30%	70%
50-59 jaar (n=1029)	26%	74%
60-69 jaar (n=2588)	19%	81%
≥ 70 jaar (n=4736)	14%	86%
Gemiddelde leeftijd	65 jaar	69 jaar
Man (n=4539)	16%	84%
Vrouw (n=4529)	20%	80%

Tabel 1

In figuur 22 is verder uitgesplitst wat deelnemers precies willen wijzigen; 20% binnen die groep wil een andere basisverzekering bij dezelfde en 23% bij een andere zorgverzekeraar. Daarnaast wil 6% een hoger en 8% een lager vrijwillig eigen risico. Tot slot wil 38% zich uitgebreider en 39% zich juist minder uitgebreid verzekeren in 2025.

Overwegingen zijn vaak kosten gerelateerd en sterk afhankelijk van de zorg die verwacht kan worden of juist niet meer verwacht wordt in 2025 en waar deelnemers dan hun verzekering op aanpassen.



Figuur 22

"Zorgverzekeraar is te duur voor zowel de basisverzekering als aanvullende verzekering."

"Wil kijken of ik onnodige zorg uit pakket kan halen en daarmee goedkoper uit ben."

"Zo goedkoop mogelijk, ik verwacht nu geen hoge kosten meer. Wat ik bespaar op mijn zorgverzekering zet ik altijd opzij. Dus als er onverwachts toch iets gebeurt, is er een potje voor."

"We hebben gekozen voor een kostenreductie, met daarmee ook lagere dekking. Hierbij rekening gehouden met het verbruik in 2024. Het verschil in de totale premie in 2025 in vergelijking met 2024 is zo groot dat we met dit bedrag als buffer, denken goedkoper uit te zijn."

"Omdat ik dit jaar 800 euro moest betalen voor ambulancevervoer tijdens mijn bevalling. Ik wil niet meer onverwacht een groot bedrag moeten betalen."

"Afgelopen jaar heb ik veel geld aan fysio uitgegeven. Ik overweeg om fysio in het zorgpakket te nemen."

"Daar we beiden ouder worden, zoeken we op een uitgebreide aanvullende verzekering."

"De tandarts heeft blijkbaar geen prijslijst die je van tevoren kunt inzien. Ik ben in 1x door mijn volledige bedrag van €500,- heen, dus in de nieuwe neem ik een aanvullende tot €750,-."

"Ik heb een aanvullende verzekering voor fysiotherapie 20 behandelingen, maar gebruik vanwege een chronische aandoening minimaal 36 behandelingen."

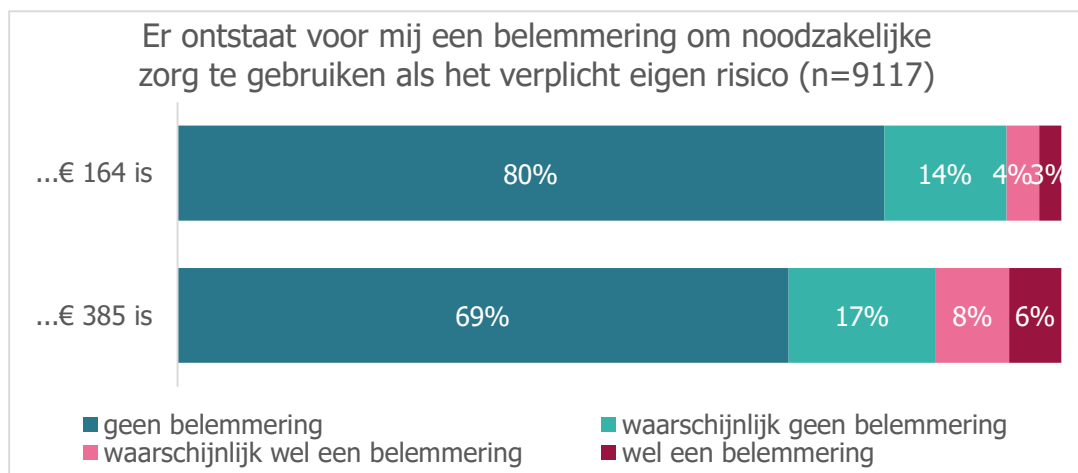
3.3 Zorgkosten en het eigen risico in 2024

8% van de deelnemers geeft aan minder of geen gebruik te hebben gemaakt van zorg in 2024, omdat ze een deel van de kosten zelf moesten betalen door het (vrijwillig) eigen risico. Binnen deze groep wordt met name regelmatig aangegeven dat er minder bezoeken aan de zorgverlener hebben plaatsgevonden. Zo ging 37% minder vaak naar de fysiotherapeut, 32% minder vaak naar de tandarts en/of de huisarts en 23% minder vaak naar (de medisch specialist in) het ziekenhuis. Bij overige antwoorden (17%) worden nog andere zorgverleners genoemd waar deelnemers minder of niet is geweest, bijv. chiropractor, psycholoog en mondhygiënist. Tot slot stelde 34% het gebruik van zorg uit en zag 19% af van bepaalde zorg die nodig was.



Figuur 23

Het verplicht eigen risico is nu 385 euro. Dat betekent dat je de eerste 385 euro die je aan medische zorg maakt, zelf moet betalen. Wanneer de hoogte van het verplichte eigen risico verandert, betekent dit dat het bedrag dat je zelf moet betalen als je gebruik maakt van medische zorg verandert. Deelnemers is gevraagd of ze voor verschillende bedragen konden aangeven in hoeverre het een belemmering vormt om zorg te gebruiken. In figuur 24 zijn de resultaten hiervan weergegeven. Bij een eigen risico van € 385 is er voor 14% (waarschijnlijk) een belemmering om noodzakelijke zorg te gebruiken. Bij een eigen risico van € 164 is dit percentage gedaald naar 7%.

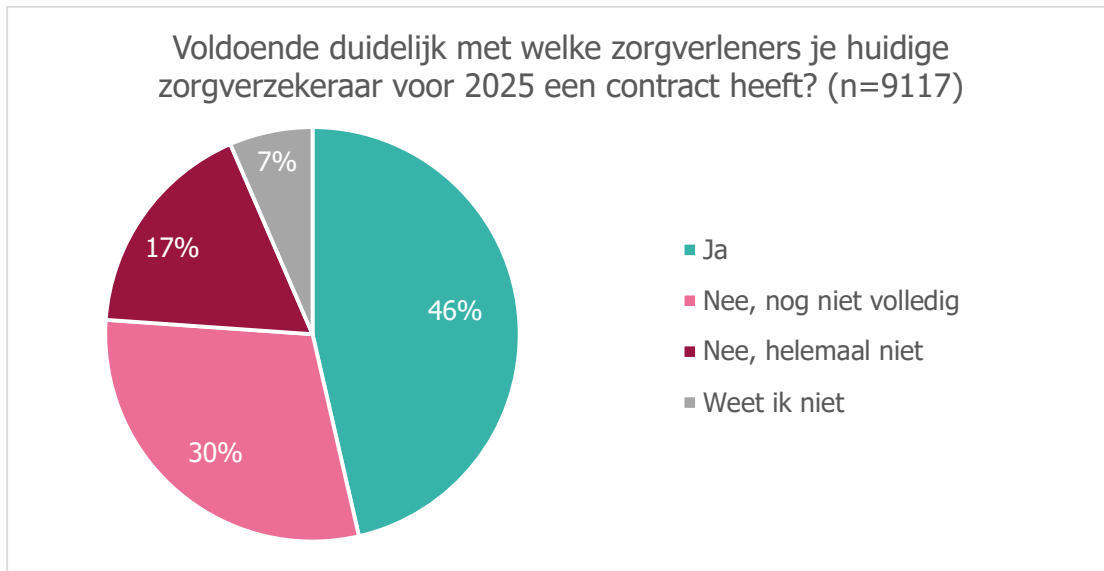


Figuur 24

3.4 Informatie over gecontracteerde zorg en het kiezen van een zorgverzekering

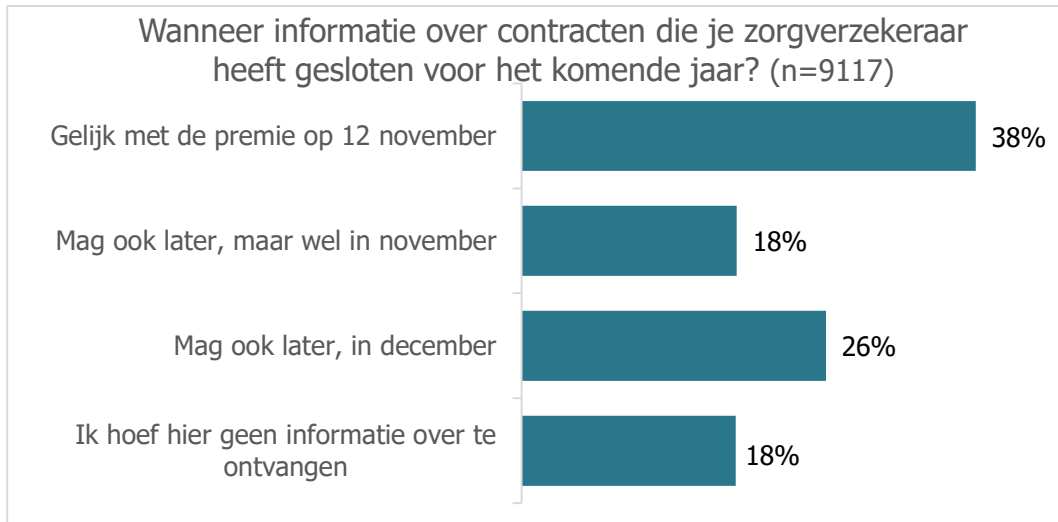
Zorgverzekeraars sluiten contracten met zorgverleners waardoor verzekerden bij die zorgverleners hun zorgkosten volledig vergoed krijgen. Wanneer een zorgverzekeraar geen contract met een zorgverlener heeft, dan moet de verzekerde meestal bijbetalen voor zorg van die zorgverlener.

Deelnemers is gevraagd of voor hen voldoende duidelijk is met welke zorgverleners hun huidige zorgverzekeraar voor 2025 een contract heeft afgesloten. Ten tijde van het onderzoek was dit voor 46% duidelijk, maar voor 47% nog niet volledig of helemaal niet duidelijk (figuur 25).



Figuur 25

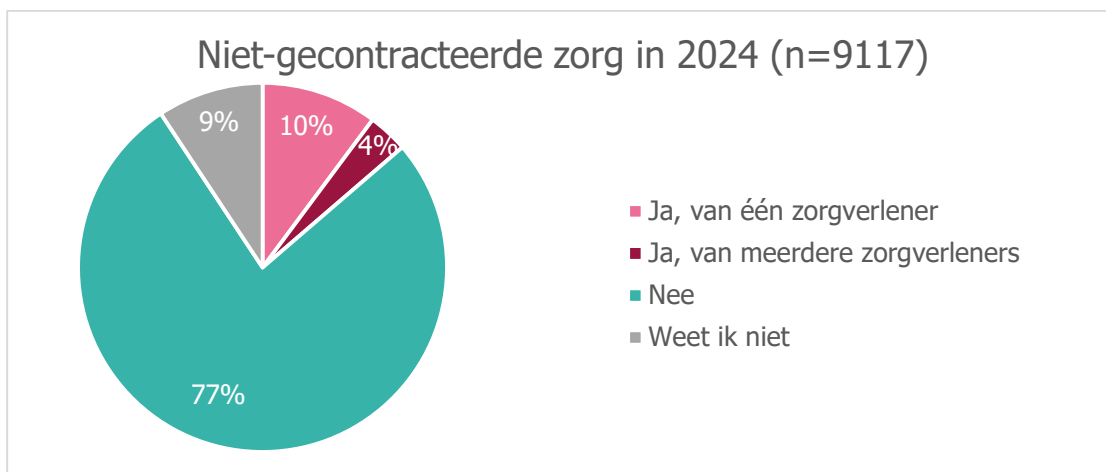
Uiterlijk op 12 november moeten zorgverzekeraars hun premie voor het komende jaar bekend maken. Ten tijde van het onderzoek waren nog niet alle contracten tussen zorgverzekeraars en zorgverleners gesloten. Deelnemers is gevraagd wanneer zij informatie willen ontvangen over de contracten die hun zorgverzekeraar heeft gesloten voor het komende jaar (figuur 26). 38% wil deze informatie gelijk met de bekendmaking van de premie voor het komende jaar ontvangen, voor 44% mag dit ook daarna (18% wil dit wel in november ontvangen, 26% vindt december ook goed). 18% hoeft hier helemaal geen informatie over te ontvangen.



Figuur 26

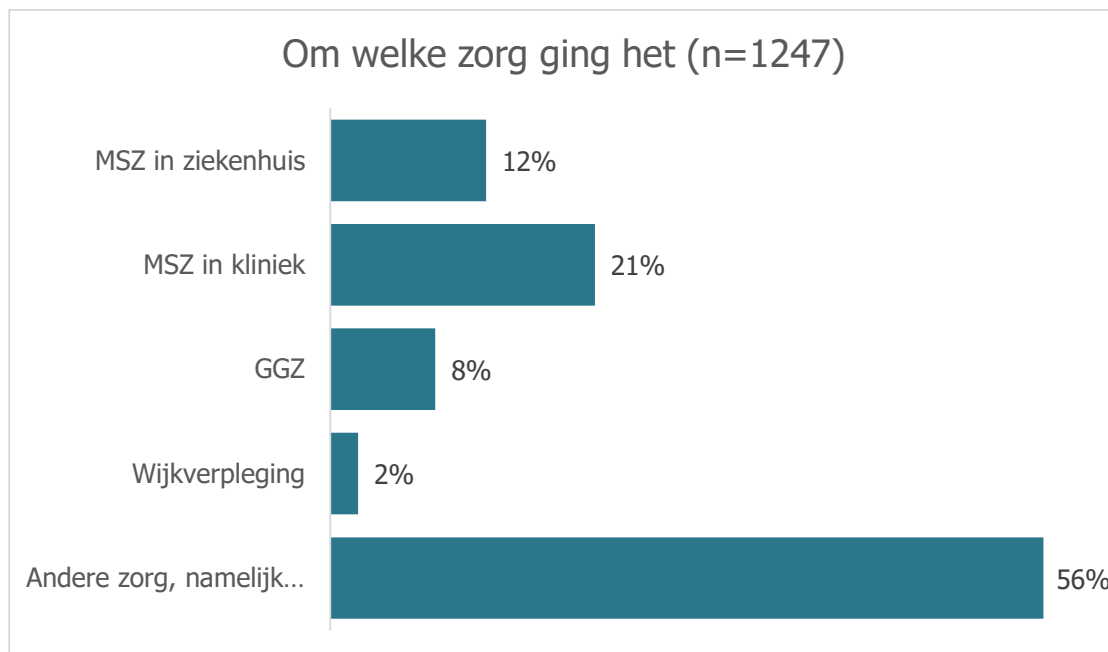
3.5 Ervaring met niet-gecontracteerde zorg in 2024

Deelnemers is gevraagd of zij in 2024 zorg hebben gehad van een zorgverlener waarmee hun zorgverzekeraar geen contract had. 14% heeft deze ervaring, waarvan 10% bij één zorgverlener en 4% bij meerdere zorgverleners. 77% heeft deze ervaring niet en 9% weet dit niet (figuur 27).



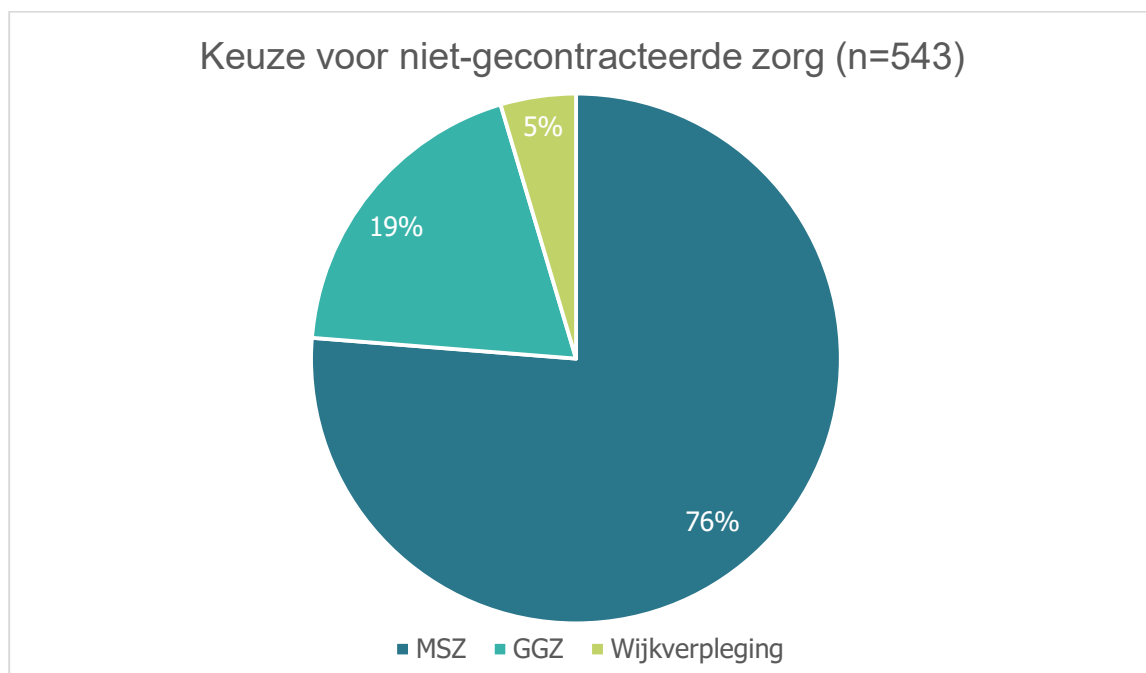
Figuur 27

Deelnemers die niet-gecontracteerde zorg hadden, is gevraagd om welke zorg het precies ging. Wanneer er sprake was van meerdere zorgverleners, is gevraagd de zorgverlener in gedachten te nemen waarvan deelnemers de laatste keer zorg kregen. In 33% van de situaties ging het om medisch specialistische zorg in ziekenhuizen (12%) of klinieken (21%). Daarnaast ging het in 8% van de gevallen om geestelijke gezondheidszorg en bij 2% om wijkverpleging. Bij 56% betrof het andere zorg (figuur 28).



Figuur 28

Bij andere zorg is relatief veel zorg genoemd waarbij niet zeker is of het daadwerkelijk over niet-gecontracteerde zorg gaat of over zorg die niet vergoed werd, omdat het buiten het pakket viel. Er wordt hier bijvoorbeeld veel fysiotherapie en mondzorg genoemd. Om de resultaten zo zuiver mogelijk te houden is deze groep in de vervolgvragen buiten beschouwing gelaten. Deelnemers die wijkverpleging kregen vanuit een persoonsgebonden budget zijn ook buiten beschouwing gelaten. Zij sluiten zelf contracten met zorgverleners. De groep die uiteindelijk overblijft, bestaat uit 543 deelnemers (figuur 29).



Figuur 29

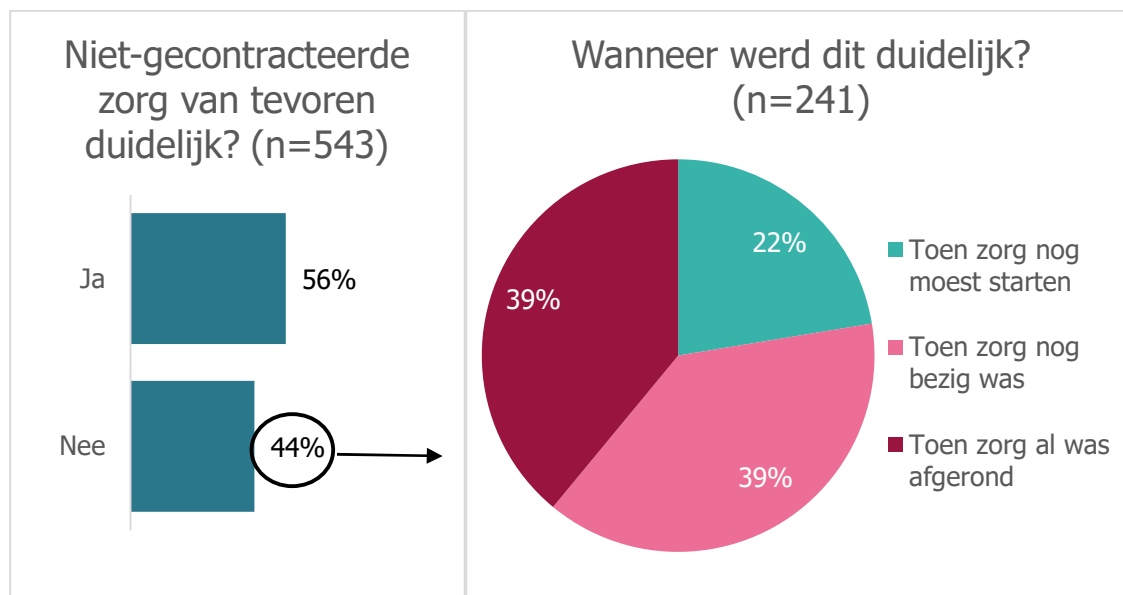
De meeste deelnemers zijn met de niet-gecontracteerde zorgverlener in contact gekomen doordat ze doorverwezen zijn door de huisarts (56%) of door een andere zorgverlener (22%), bijvoorbeeld een specialist of een tandarts (figuur 30).

Bij de overige genoemde antwoorden (16%) geven deelnemers regelmatig aan dat zij dit contact zelf hebben gelegd of via een (behandelend) zorgverlener hebben verkregen.



Figuur 30

56% wist van tevoren dat hun zorgverzekeraar geen contract had met de zorgverlener. Voor deelnemers die dit niet van tevoren wisten, werd dit vaak pas duidelijk toen de zorg al bezig was (39%) of toen de zorg al was afgerond (39%) (figuur 32).



Figuur 31

Figuur 32

Deelnemers die wel van tevoren wisten dat het om niet-gecontracteerde zorg ging, is gevraagd waarom ze hiervoor gekozen hebben. Meestal is dit vanwege kortere wachttijden bij de betreffende zorgverlener. Ook wordt als reden gegeven dat de betreffende zorgverlener goed bekend staat of aanbevolen wordt (bijv. door een zorgverlener) of vanwege (eerdere) goede ervaringen.

"Wachttijd bij gecontracteerde zorgverlener duurde heel lang."

"Omdat ze een van de weinigen zijn die een integrale aanpak hebben en veel van hormoonsuppletie weten."

"Volgens mijn fysiotherapeut was de kliniek het beste voor een heupoperatie."

"Was de enige mogelijkheid nog voor behandeling."

"Werd aangeraden door huisarts en niet vergoede deel zou revalidatiecentrum op zich nemen."

"Zij staat goed aangeschreven; was eerst wel aan verzekering gekoppeld, maar viel ineens in alternatieve zorg."

"Omdat ik me bij deze hulpverlener op mijn plaats voelde en zij mij kan helpen met de problemen die ik heb."

"Zocht iemand met ervaring en expertise die ik in de grote instellingen niet vond."

In figuur 33 is te zien hoe mensen wisten dat hun zorgverlener geen contract had. Er is een uitsplitsing gemaakt naar deelnemers die dit van tevoren wisten en deelnemers die dit niet van tevoren wisten. In beide groepen is te zien dat deelnemers hier vooral door de zorgverlener over geïnformeerd zijn, met name in de groep die dit van tevoren wist. De laatste groep krijgt deze informatie ook vaker door zelf informatie op te vragen of te zoeken bij de zorgverlener (17%) of bij de zorgverzekeraar (12%). Deelnemers die niet van tevoren wisten dat hun zorgverlener geen contract had, is relatief vaker geïnformeerd door de zorgverzekeraar (14%). Daarnaast kwam 22% ervan op de hoogte door een rekening van hun zorgverlener en 13% doordat hun declaratie niet vergoed werd.



Figuur 33

Deelnemers is gevraagd hoe tevreden ze waren over de informatie die zij vonden of kregen over de niet-gecontracteerde zorg. 62% was hierover (zeer) tevreden, 22% neutraal en 16% (zeer) ontevreden (figuur 34).

Bij de toelichtingen van deelnemers die hier tevreden over zijn, is regelmatig te lezen dat de informatie duidelijk was. Ook is te lezen dat deelnemers hier zelf een rol in hebben gespeeld door van tevoren goed door te vragen of onderzoek te doen. Het blijkt lang niet altijd gemakkelijk om deze informatie helder te krijgen.

"Ik heb zelf na de intake contact opgenomen met de zorgverzekeraar en heb goed doorgevraagd, totdat me duidelijk was hoe een en ander zou geregeld worden. Proces is nog niet afgerond, maar ik heb er wel vertrouwen in dat de afspraken worden nagekomen, ook gelet op de informatie die ik via internet over de zorgverlener heb gevonden."

"Het stond heel duidelijk op de site die ik bezocht."

"Kwestie van zoeken in de Q&A's. Ik heb wel de indruk dat dit voor mensen die minder vaardig zijn op internet een grote belemmering kan zijn om aan goede informatie te komen."

"Ik was op de hoogte via de zorgverlener dat slechts een deel zou worden vergoed. Ik wist alleen nog niet welk deel ik zelf moest betalen."

"De huisarts had het gemeld en de keus was aan mij. De zorgverlener legde uit hoe ik dat dan moest regelen. En was helemaal goed gegaan, en lekker snel geholpen."

Deelnemers die hier ontevreden over zijn, dachten eerst dat de zorg vergoed zou worden, terwijl dit uiteindelijk toch niet vergoed werd. Of ze wisten niet precies wat er wel en niet vergoed zou worden. Ze werden hierover niet of niet goed geïnformeerd.

"Was wel netjes geweest als ze dit in de kliniek hadden gezegd, of bij verwijzing van huisarts. Ik had destijds de keus om sneller te kunnen gaan, niet in de gaten dat het hierom is, wellicht is het in het MUMC wel gratis? We zijn nog zo gewend gewoon naar binnen te kunnen lopen. Daar moet ik ook alert op zijn."

"Zorgverlener kon me niet goed vertellen wat wel eens niet vergoed zou worden, moest ik zelf maar na gaan vragen."

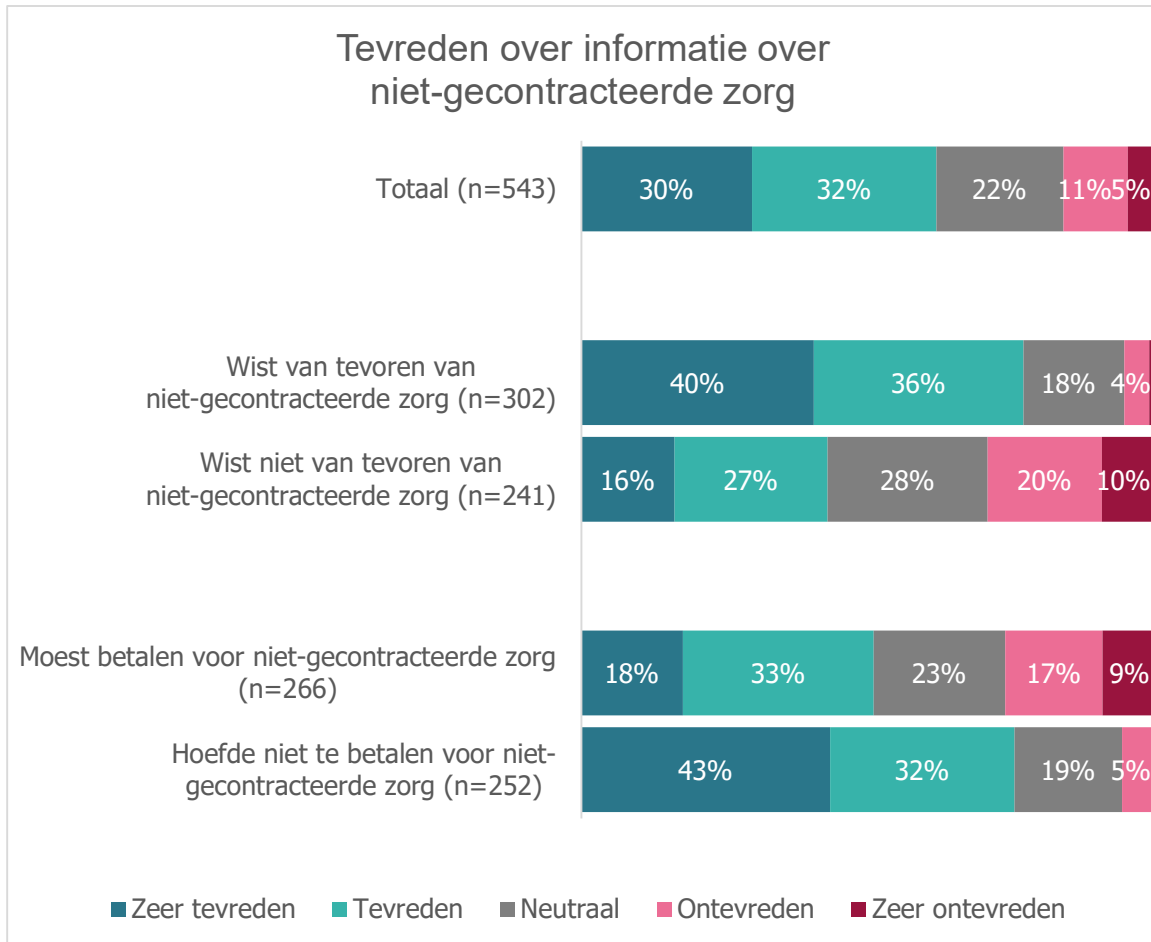
"In de polis werden de extra voorwaarden niet omschreven. Naast de 75% regeling werden ook eventuele complicaties na een operatie en een langer verblijf in het ziekenhuis uitgesloten van vergoeding."

"Ik had de klantenservice hierover gebeld van tevoren, daar werd aangegeven dat ik die zorg nodig had, het zou worden vergoed. Achteraf bleek dat slechts 25% vergoed werd. Heb de behandeling helaas niet voortgezet vanwege het geld."

"Ik heb een polis waarbij contracten niet nodig zijn. Zou dit wel het geval zijn dan had dit geen verschil mogen maken omdat het ziekenhuis wel in de lijst staat van gecontracteerde zorgaanbieders. Ik had mij op geen ene manier kunnen voorbereiden op de factuur."

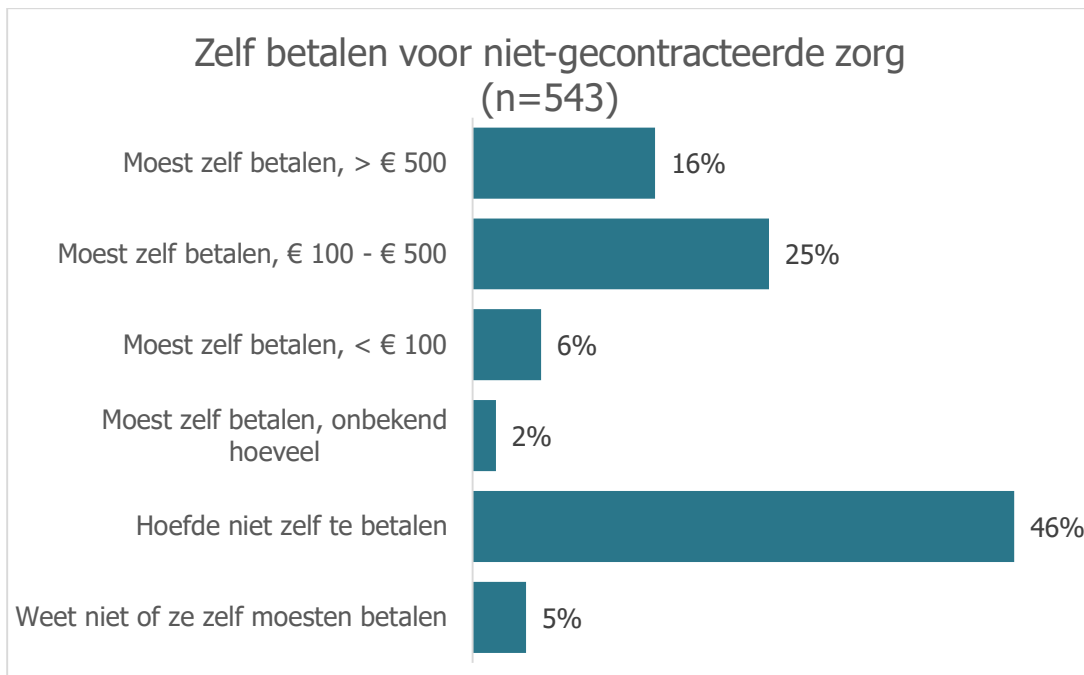
In figuur 34 zijn enkele uitsplitsingen gemaakt. Zo zijn deelnemers die van tevoren wisten dat de zorg niet-gecontracteerd was, vaker (zeer) tevreden over de gekregen informatie (76%) vergeleken met de groep die dit niet wist (43%).

Deelnemers die moesten betalen voor de niet-gecontracteerde zorg zijn vaker (zeer) ontevreden over de informatie. In deze groep zitten zowel deelnemers die hiervan wel als die hiervan niet van tevoren op de hoogte waren. Zij weten dan bijvoorbeeld wel dat ze moeten betalen, maar het blijft lang onduidelijk om welk bedrag het hierbij precies gaat.



Figuur 34

49% van de mensen die niet-gecontracteerde zorg kreeg, moest hiervoor betalen (figuur 35). Het ging met name om bedragen tussen € 100,- en € 500,- (25%).



Figuur 35

46% van de hoefde de rekening niet zelf te betalen. Bijvoorbeeld omdat de zorgverlener (een gedeelte van) de kosten op zich nam of omdat ze een restitutiepolis hadden.

"Ik kreeg een rekening die mijn verzekering aan mij gedeeltelijk vergoedde. Het niet vergoedde deel van de rekening werd door de hulpverlener betaald."

"De hulpverlening werd aangegaan omdat de kliniek zei dat ze met de ziekenhuis vergoeding genoeg namen en ik geen navordering zou krijgen."

"Ik heb een restitutiepolis, speciaal om naar deze zorgverlener te kunnen."

53% zou, als ze in de toekomst zorg nodig hebben, weer gebruik maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener, 18% zou hier dan geen gebruik van maken en 29% weet dit niet (figuur 36).

Mensen die hier weer gebruik van zouden maken, geven vaak aan dat ze tevreden zijn over de geboden zorg, de voorkeur hebben voor de beste zorg die ze kunnen krijgen, of bereid zijn te betalen (en dit ook betalen kunnen) als ze hierdoor minder of geen wachttijd hebben.

"In het geval van de specialist: ja. De expertise van deze specialist/internist is nergens in Nederland te vinden."

"Mits de in rekening gebrachte kosten bijna of geheel vergoed worden door zorgverzekeraar."

"Ik wil de beste zorgverlener, en dat is niet per definitie de zorgverlener met een contract. In mijn opinie is de zorgverzekeraar alleen bereid een contract af te sluiten volgens hun eigen tarieven en regels."

"Ik heb het geld om de rekening van mijn zorg zelf te betalen en ik vertik het om gehandicapt te raken en veroordeeld tot een rolstoel, omdat de zorgverzekering deze zorg onzin vindt. Dus zolang ik het zelf kan bekostigen, doe ik dat."

"Helaas ben je soms afhankelijk van zorgverleners die geen contract hebben met de zorgverzekeraar."

"Deze zorgverlener is snel beschikbaar. Bij andere moet je eindeloos wachten. Deze zorgverlener luistert naar mij. Anderen volgen vooral de geprotocolleerde stappen."

Deelnemers die in de toekomst geen gebruik meer gaan maken van niet-gecontracteerde zorg, geven aan dat ze dit niet willen of kunnen betalen.

"Ook al betalen zij het niet vergoedde gedeelte, ze hadden het mij moeten zeggen. Het was puur toevallig dat ik erachter kwam, omdat het tegen een andere patiënt gezegd werd."

"Omdat de coullance regeling afgeschaft gaat worden volgend jaar en ik zelf per behandeling 150 euro moet gaan betalen en dat kan ik mij niet veroorloven."

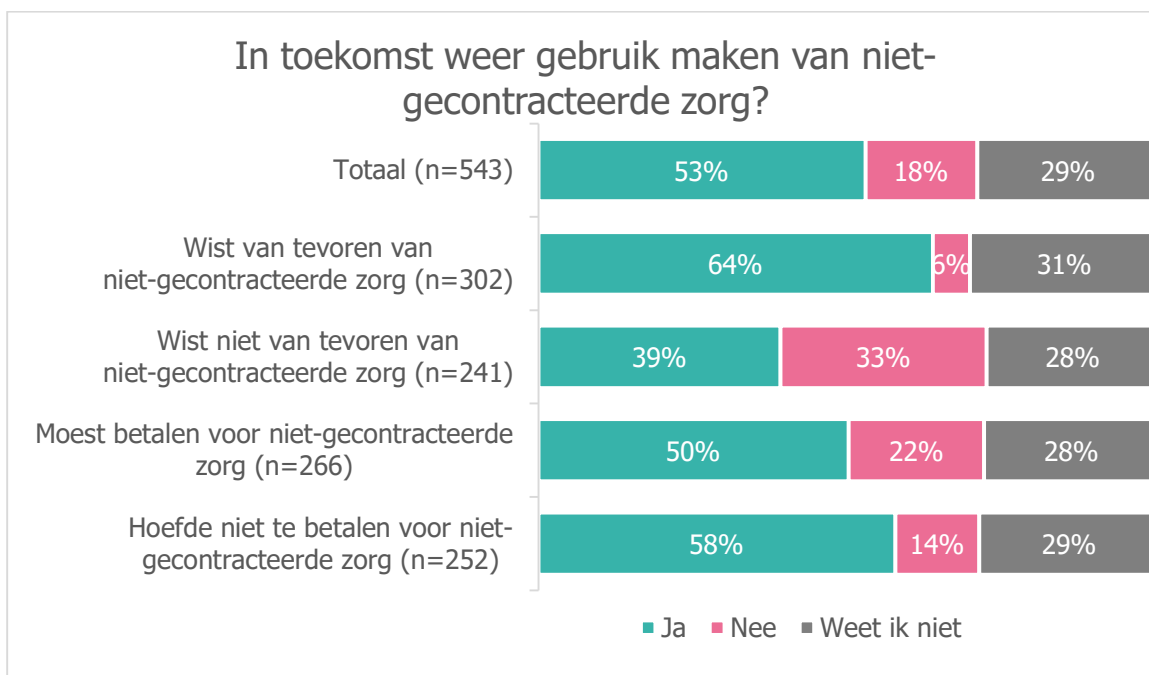
"Nu de restitutiepolsen wijzigen in combinatiepolsen, wordt er sowieso een eigen bijdrage verwacht. Dit zorgt voor een oneerlijke situatie: als je rijk bent kun je het betalen, als je het minder goed hebt niet."

"Ik wil niet bijbetalen, ik betaal genoeg eigen risico en flinke premie voor de basisbeurs en een uitgebreide aanvullende beurs. Nu mogen ze mij tegemoetkomen."

"Nu ik bekend ben met de procedure om het geld terug te krijgen, is het bezoeken van deze kliniek geen probleem. Als ik naar een andere niet-gecontracteerde kliniek zou moeten, zou ik wel 2 keer nakijken."

Deelnemers die niet hoefden te betalen voor de niet-gecontracteerde zorg, zijn positiever over gebruik van niet-gecontracteerde zorg in de toekomst, zo is ook af te lezen uit figuur 36. Een voorwaarde voor gebruik hiervan in de toekomst is dan wel dat het dan wederom vergoed wordt.

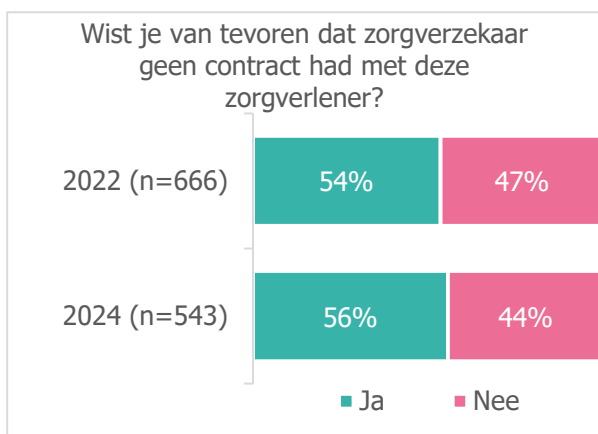
Ook het moment waarop deelnemers geïnformeerd zijn over de niet-gecontracteerde zorg heeft invloed op de intentie om hier in de toekomst weer gebruik van te gaan maken. Deelnemers die dit van tevoren wisten, zijn positiever over gebruik van niet-gecontracteerde zorg in de toekomst.



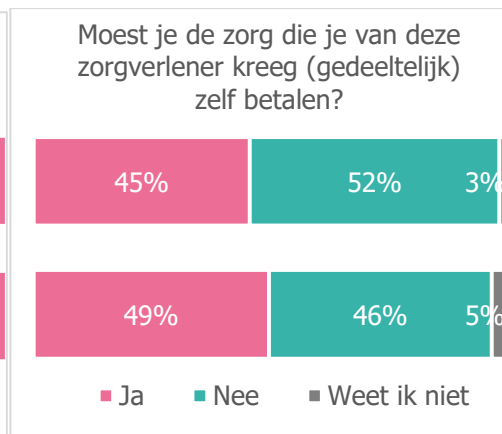
Figuur 36

Vergelijking resultaten met eerder onderzoeken

In onderzoek van 2023 zijn ook vragen gesteld over niet-gecontracteerde zorg in 2022. In figuur 37 en 38 zijn enkele vergelijkingen gemaakt tussen beide metingen. Te zien is dat het percentage deelnemers dat van tevoren wist dat de zorgverzekeraar geen contract had met de zorgverlener vergeleken met 56% onveranderd is gebleven vergeleken met 2022 (54%). Het percentage deelnemers dat voor deze zorg moest betalen, is met 49% bovendien onverminderd hoog.



Figuur 37



Figuur 38

3.6 Invloed van aandoening en gebruik van zorg

Tot slot is gekeken in hoeverre er verschillen in resultaten zijn naarmate deelnemers meer te maken hebben met zorg. De resultaten zijn hiervoor uitgesplitst naar het wel of niet hebben van een chronische aandoening en naar de mate van contact met zorgverleners in 2024. De gevonden verschillen worden in deze paragraaf besproken.

Polis in 2024

In tabel 2 is het type polis dat deelnemers in 2024 hadden weergegeven. Te zien is dat deelnemers met een aandoening en deelnemers die in 2024 minstens maandelijks contact hadden met zorgverleners minder vaak een budgetpolis hebben en vaker een combinatiepolis vergeleken met deelnemers zonder aandoening en deelnemers die minder vaak contact hadden met zorgverleners. Ook hebben zij vaker geen vrijwillig eigen risico en zijn ze vaker aanvullend verzekerd.

Polis 2024					
	Totaal (n=9117)	Heeft aandoening (n=7613)	Heeft geen aandoening (n=1266)	Heeft minstens maandelijks contact gehad (n=4079)	Heeft minder vaak of geen contact gehad (n=5037)
Naturapolis - normaal	41%	42%	40%	42%	41%
Naturapolis - budget	17%	16%	21%	14%	19%
Combinatiepolis	27%	27%	24%	30%	24%
Restitutiepolis	3%	3%	3%	3%	3%
Onbekend	13%	13%	12%	12%	14%
Geen vrijwillig eigen risico	80%	82%	71%	84%	77%
Vrijwillig eigen risico € 100 - € 400	15%	14%	16%	13%	16%
Vrijwillig eigen risico € 500,-	3%	2%	11%	2%	4%
Weet ik niet	2%	2%	2%	1%	2%
Geen aanvullende verzekering	15%	14%	18%	11%	18%
Wel aanvullende verzekering	84%	85%	81%	88%	81%

Tabel 2

Minder gebruik van zorg vanwege (vrijwillig) eigen risico in 2024

Aan deelnemers die in 2024 minder gebruik hebben gemaakt van medische zorg, omdat ze een deel van de kosten zelf moest betalen door het (vrijwillig) eigen risico, is gevraagd op welke manieren zij dit gedaan hebben. In tabel 3 is te zien dat deelnemers die in 2024 minstens maandelijks contact hadden met zorgverleners ook vaker zorg hebben uitgesteld, frequentie ervan hebben teruggeschroefd (fysiotherapie en tandarts) of helemaal hebben afgezien van gebruik van medicijnen en zorg.

	Totaal (n=685)	Heeft minstens maandelijks contact (n=264)	Heeft minder vaak of geen contact (n=421)
Minder vaak naar fysiotherapeut	37%	45%	33%
Gebruik van zorg uitgesteld	34%	41%	30%
Minder vaak naar tandarts	32%	38%	28%
Minder vaak naar huisarts	31%	27%	34%
Minder vaak naar ziekenhuis	23%	23%	23%
Afgezien van gebruik zorg	19%	25%	15%
Afgezien van gebruik medicijnen	15%	20%	12%
Naar huisarts i.p.v. eerste hulp of medisch specialist	10%	11%	9%
(Huis)arts gevraagd minder vaak medicijnen voor te schrijven	4%	4%	5%
(Huis)arts gevraagd goedkopere medicijnen voor te schrijven	3%	5%	2%

Tabel 3

Vergelijken van zorgverzekeraars en zorgverzekeringen voor 2025

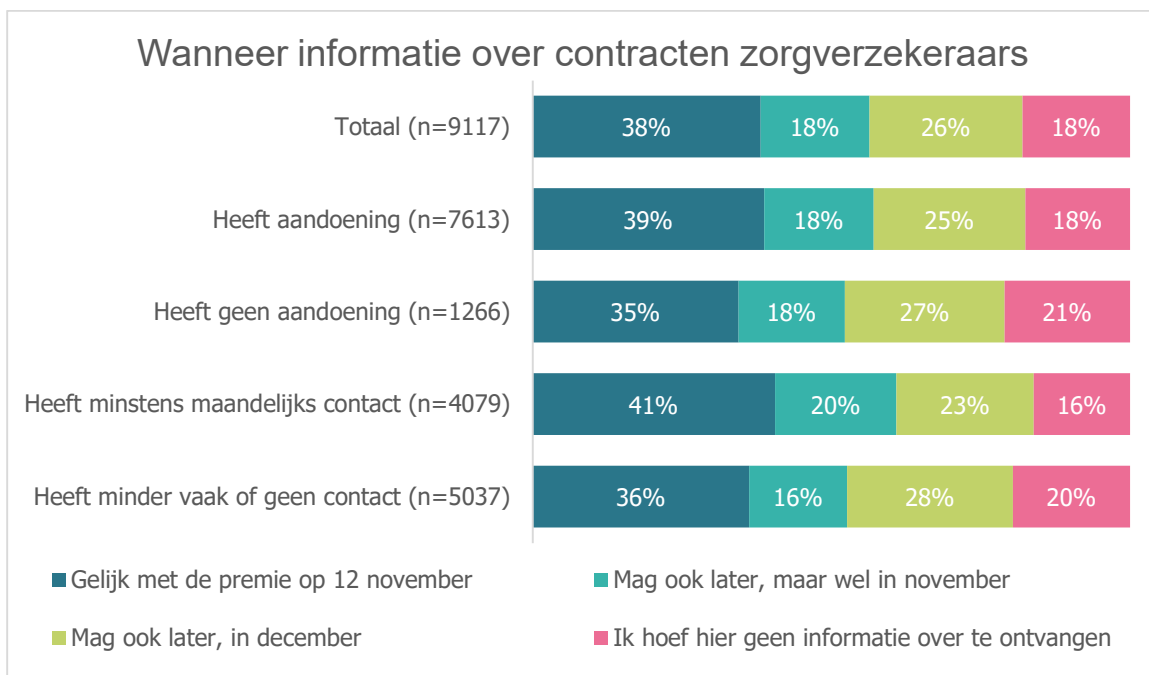
In tabel 4 zijn de onderdelen waar deelnemers zorgverzekeraars of zorgverzekeringen op vergelijken, weergegeven. Te zien is dat deelnemers met een aandoening en deelnemers die in 2024 minstens maandelijks contact hadden met zorgverleners vaker vergelijken op vergoedingen van zorg die zij in 2025 nodig denken te hebben en of zorgverzekeraars contracten hebben afgesloten met voor hen belangrijke zorgverleners.

Waar vergelijk je zorgverzekeraars of zorgverzekeringen op?					
	Totaal (n=2475)	Heeft aandoening (n=2037)	Heeft geen aandoening (n=375)	Heeft minstens maandelijks contact (n=1149)	Heeft minder vaak of geen contact (n=1326)
Vergoeding van benodigde zorg in 2025	77%	78%	70%	83%	72%
Hoogte premie	69%	68%	71%	68%	70%
Of zorgverzekeraars contracten hebben met belangrijke zorgverleners	48%	49%	40%	50%	45%
Extra service zoals zorgadvies en zorgbemiddeling	13%	14%	9%	14%	13%
Duurzaamheid	6%	6%	6%	6%	6%
Weet ik nog niet	1%	1%	1%	1%	1%

Tabel 4

Informatie over contracten zorgverzekeraars voor 2025

Tot slot is in figuur 39 te zien of en wanneer deelnemers informatie willen over de contracten die hun zorgverzekeraar voor 2025 heeft gesloten. Te zien is dat deelnemers met een aandoening en deelnemers die in 2024 minstens maandelijks contact hadden met zorgverleners hier vaker informatie over willen ontvangen. Ook willen ze dit wat vaker gelijk met de premie op 12 november ontvangen.



Figuur 39

4. Conclusies

Het overstapseizoen 2024 – 2025 was in december 2024 aanleiding voor Patiëntenfederatie Nederland om onderzoek te doen onder het eigen Zorgpanel. Om inzicht te krijgen in de mate waarin mensen naar andere zorgverzekeraars of zorgverzekeringen keken en/of hier iets in wilden wijzigen. En om na te gaan wat de ervaring is met het krijgen van niet-gecontracteerde zorg. Aan het onderzoek deden in totaal 9.117 mensen mee die een zorgverzekering hebben.

Zorgverzekering in 2024 en 2025

Zilveren Kruis (16%), CZ (11%), VGZ (10%) en Menzis (9%) zijn de meest genoemde zorgverzekeraars waar deelnemers verzekerd zijn in 2024. Daarnaast heeft acht op de tien deelnemers geen vrijwillig eigen risico en heeft 85% één of meer aanvullende verzekeringen: 22% heeft alleen één aanvullende verzekering, 58% een aanvullende en een tandartsverzekering en 5% heeft alleen een tandartsverzekering.

Op basis van de door deelnemers genoemde polissen, heeft 17% een budgetpolis², 41% een naturapolis, 27% een combinatiepolis en 3% een restitutiepolis. Voor 13% is onduidelijk welke verzekering zij precies hebben. Wanneer deelnemers gevraagd wordt welk type polis zij hebben (naturapolis, combinatiepolis of restitutiepolis), noemt 35% een ander type polis dan die ze hebben. Bovendien geeft 23% aan niet te weten welk type polis ze hebben. Daarnaast weet 73% van deelnemers met een budgetpolis (n=726) niet dat zij dit type polis hebben.

17% heeft voor 2024 iets gewijzigd in de zorgverzekering ten opzichte van 2023. Binnen deze groep heeft 45% iets in de basisverzekering of zorgverzekeraar gewijzigd, 10% iets in het vrijwillig eigen risico en 68% in aanvullende zorgverzekering(en). Een vergelijkbaar percentage van 18% verwacht iets te gaan wijzigen in hun zorgverzekering voor 2025. Binnen deze groep wil 43% iets veranderen in basisverzekering of zorgverzekeraar, 14% in het vrijwillig eigen risico en 76% in aanvullende zorgverzekering(en).

Opgegeven redenen voor wijzigingen zijn vaak gebaseerd op een analyse van gemaakte kosten in het afgelopen jaar en te verwachten kosten voor het komende jaar. Op basis daarvan wordt een keuze gemaakt die naar verwachting het meest gunstig uitpakt voor de verzekerde.

27% van de deelnemers kijkt voor 2025 of een andere zorgverzekering of zorgverzekeraar beter bij hen past of heeft hier al naar gekeken. Zij vergelijken meestal op vergoedingen van zorg die ze (mogelijk) in 2025 nodig hebben (77%) of op hoogte van premie (69%). Daarnaast vergelijkt 48% op contracten die zorgverzekeraars hebben met voor hen belangrijke zorgverleners.

Deze informatie wordt met name gezocht bij zorgverzekeraars (49% zoekt bij de huidige zorgverzekeraar, 39% bij andere zorgverzekeraars) en zorgvergelijkers (50% zoekt bij Independer, 39% bij Consumentenbond, 36% bij Zorgkiezer). Om een goede keuze te maken, is overzichtelijke en onafhankelijke informatie gewenst. Deelnemers geven hierbij ook aan dat ze zelf goed moeten uitzoeken wat ze nodig hebben en wat hierbij past en hiervoor voldoende tijd moeten nemen.

² In dit onderzoek rekenen we tot een budgetpolis naturapolissen die de NZa kwalificeert als polissen met beperkende voorwaarden. Dat zijn polissen met selectieve contractering en/of met een vergoedingspercentage voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder lager dan 75% van het marktconforme tarief of van het gemiddeld gecontracteerd tarief.

Zorgkosten en het eigen risico in 2024

8% van de deelnemers heeft minder of geen gebruik gemaakt van zorg in 2024, omdat ze een deel van de kosten zelf moesten betalen door het (vrijwillig) eigen risico. Het betrof met name minder bezoeken aan zorgverleners. 34% binnen deze groep ging minder vaak naar de fysiotherapeut, 31% minder vaak naar de tandarts en/of huisarts. Verder stelde 34% het gebruik van zorg uit en zag 19% af van bepaalde zorg die nodig was. Voor 14% ontstaat er (waarschijnlijk) een belemmering om noodzakelijke zorg te gebruiken bij het huidige verplichte eigen risico van € 385,-. Bij een verplicht eigen risico van € 164,- daalt dit percentage naar 7%.

Niet-gecontracteerde zorg

Ten tijde van het onderzoek was voor 46% van de deelnemers duidelijk met welke zorgverleners hun huidige zorgverzekeraar voor 2025 een contract heeft afgesloten, voor 47% was dit nog niet volledig of helemaal niet duidelijk. 38% wil deze informatie het liefst gelijk met de premie op 12 november ontvangen van hun zorgverzekeraar. Voor 44% mag dit ook later, 18% hoeft hier helemaal geen informatie over te ontvangen.

543 deelnemers hebben in 2024 zorg gehad van een zorgverlener binnen de MSZ, GGZ of wijkverpleging waarmee hun zorgverzekeraar geen contract had. Vaak komen deelnemers met een niet-gecontracteerde zorgverlener in contact na doorverwijzing door de huisarts (56%) of door een andere zorgverlener (22%), bijvoorbeeld een specialist of een tandarts.

56% wist van tevoren dat hun zorgverzekeraar geen contract had met de zorgverlener. Meestal kiezen zij hiervoor vanwege kortere wachttijden of een goede reputatie of aanbeveling van de betreffende zorgverlener. Voor deelnemers die dit niet van tevoren wisten, werd dit vaak pas duidelijk toen de zorg al bezig was (39%) of toen de zorg al was afgerond (39%).

Meestal horen zij hierover via de zorgverlener; 39% in de groep die dit niet van tevoren wist, tegenover 66% in de groep die dit wel van tevoren wist. Deze laatste groep zoekt ook vaker zelf informatie bij de zorgverlener (17%) of bij de zorgverzekeraar (12%).

Deelnemers die niet van tevoren wisten dat hun zorgverlener geen contract had, zijn hierover relatief vaker geïnformeerd door de zorgverzekeraar (14%). Of kwamen op de hoogte door een rekening van hun zorgverlener (22%) of doordat hun declaratie niet vergoed werd (13%).

62% is (zeer) tevreden over de informatie die zij vonden of kregen over de niet-gecontracteerde zorg, 22% neutraal en 16% (zeer) ontevreden. De informatie hierover is over het algemeen duidelijk. Wel wordt aangegeven dat je als verzekerde zelf goed moet doorvragen en onderzoek moet doen, het blijkt lang niet altijd gemakkelijk om deze informatie helder te krijgen. Deelnemers die hier ontevreden over zijn, dachten eerst dat de zorg vergoed zou worden terwijl dit uiteindelijk niet het geval bleek. Of werden niet goed geïnformeerd over wat precies wel en niet vergoed zou worden.

Deelnemers die van tevoren wisten dat de zorg niet-gecontracteerd was, zijn vaker (zeer) tevreden over de gekregen informatie (76%) vergeleken met de groep die dit niet wist (43%). Deelnemers die moesten betalen voor niet-gecontracteerde zorg zijn juist vaker (zeer) ontevreden over de informatie.

49% van de mensen die niet-gecontracteerde zorg kreeg, moest hiervoor betalen, met name bedragen tussen € 100,- en € 500,-. 46% van de hoofde de rekening niet zelf te betalen. Bijvoorbeeld omdat de zorgverlener (een gedeelte van) de kosten op zich nam of omdat ze een restitutiepolis hadden.

53% zou, als ze in de toekomst zorg nodig hebben, weer gebruik maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener. Vaak omdat ze tevreden zijn over de geboden zorg, de voorkeur hebben voor de beste zorg die ze kunnen krijgen of bereid zijn te betalen (en dit ook kunnen betalen) als ze hierdoor minder of geen wachttijd hebben.

Deelnemers die niet hoefden te betalen voor de niet-gecontracteerde zorg, geven vaker aan hier in de toekomst weer gebruik van te maken, onder voorwaarde dat de zorg wederom vergoed wordt. Ook deelnemers die van tevoren wisten dat de zorg niet-gecontracteerd bleek, geven vaker aan hier in de toekomst weer gebruik van te willen maken.

Een vergelijking met eerder onderzoek uit 2023 over niet-gecontracteerde zorg in 2022, toont aan dat het percentage deelnemers dat van tevoren wist dat de zorgverzekeraar geen contract had met de zorgverlener onveranderd is gebleven. Het percentage deelnemers dat voor deze zorg moest betalen, is bovendien onverminderd hoog.

Invloed van aandoening en gebruik van zorg

Er zijn verschillen in resultaten naarmate deelnemers meer te maken hebben met zorg. Deelnemers met een aandoening en deelnemers die in 2024 minstens maandelijks contact hadden met zorgverleners kozen in 2024 minder vaak voor een budgetpolis en vaker voor een combinatiepolis, hadden vaker geen vrijwillig eigen risico en waren vaker aanvullend verzekerd.

Deelnemers met minstens maandelijks contact in 2024 hebben vanwege de kosten van het (vrijwillig) eigen risico zorg in dat jaar ook vaker uitgesteld, de frequentie ervan teruggeschroefd (fysiotherapie en tandarts) of helemaal afgezien van gebruik van medicijnen en zorg.

Deelnemers met een aandoening en deelnemers die in 2024 minstens maandelijks contact hadden met zorgverleners vergelijken vaker op vergoedingen van zorg die zij in 2025 nodig denken te hebben en of zorgverzekeraars contracten hebben afgesloten met voor hen belangrijke zorgverleners. Ze willen over dit laatste onderwerp bovendien vaker informatie ontvangen en ook vaker bij voorkeur gelijk met de premie op 12 november.

5. Aanbevelingen

Naar aanleiding van de uitkomsten van dit onderzoek Overstapseizoen 2024 komen we tot onderstaande aanbevelingen.

Duidelijkheid bieden over soort polis moet beter

Deelnemers is onvoldoende duidelijk welk type polis zij hebben. Wat betekent dat voor de werking van de zorgverzekeringsmarkt? Volgens de NZa³ is voor een goede werking van de zorgverzekeringsmarkt het belangrijk is dat er voor verzekerden voldoende te kiezen is, zodat zij voldoende prikkels hebben om over te stappen. Maar wat is die markt waard als je niet weet wat je kiest? Vermoedelijk draagt dit ook bij aan het onbewust en onbedoeld terechtkomen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Voor 44% van deelnemers geldt dat ze vooraf niet wisten dat ze naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gingen. Sinds 2025 zijn er geen volledige restitutiepolissen meer. Dus iedere verzekerde kan te maken krijgen met niet-gecontracteerde zorg die niet of deels wordt vergoed. Zorgverzekeraars werken aan betere informatievoorziening over vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Dat zouden ze ook moeten doen type polis en de consequenties voor de verzekerde. Wellicht maakt een universeel herkenbaar icoon voor het type polis op het polisblad, de zorgverzekeringskaart en bij zorgvergelijkers verzekerden bewuster. Of een pop-upvraag met 'weet je het zeker dat je deze budgetpolis wilt?' voordat je de aanvraag voor een budgetpolis bevestigt.

Help misverstanden bij overstappen de wereld uit

Deelnemers lichten regelmatig toe dat ze niet kijken of een andere zorgverzekering beter bij hun situatie past, omdat ze vanwege hun ziekte of aandoening niet kunnen of durven overstappen. Ze zijn bijvoorbeeld bang dat ze geen aanvullende verzekering meer krijgen of hulpmiddelen opnieuw moeten aanvragen. Soms is die vrees terecht, maar dikwijls ook niet. De informatievoorziening over zorgverzekering kiezen kan hier nog beter op inspelen.

Minder eigen risico betalen kan helpen in het voorkomen van zorgmijden

We weten dat mensen zorg mijden vanwege zorgkosten. Voor 14% van de deelnemers ontstaat er (waarschijnlijk) een belemmering om noodzakelijke zorg te gebruiken bij het huidige verplichte eigen risico van € 385,-. Dit percentage daalt naar 7% als het verplichte eigen risico daalt naar € 164,- per jaar. De aangekondigde verlaging van het verplichte eigen risico zal naar verwachting helpen bij het terugdringen van het mijden van noodzakelijke zorg. Onze aanbeveling is om de ontwikkeling van het mijden van noodzakelijke zorg en ook de opbrengst van minder zorg mijden blijvend te monitoren.

Doorontwikkeling van bruikbare informatie over niet-gecontracteerde zorg blijft nodig

We willen dat mensen niet onbedoeld en onbewust bij een niet-gecontracteerde zorgverlener terecht komen. Dan is het belangrijk dat mensen op tijd weten dat ze naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaan en wat dat voor hun zorg en voor eventuele bijkomende kosten betekent. 'Op tijd' geldt zowel voor het kiezen van de zorgpolis als voor het starten van een behandeling.

³ [NZa informatiekaart Zorgverzekeringen 2024](#)

Sinds 2022⁴ zijn er verschillende maatregelen genomen om de informatievoorziening rondom niet-gecontracteerde zorg te verbeteren. Zo is de informatieplicht voor zorgaanbieders per september 2024 aangescherpt⁵. Dit onderzoek laat zien dat ten opzichte van 2022 het percentage deelnemers dat van tevoren wist dat de zorgverzekeraar geen contract had met de zorgverlener onveranderd is gebleven. Ook het percentage deelnemers dat voor deze zorg moest betalen, is onverminderd hoog. De NZa ziet toe op de informatieplicht. Onze oproep is om de recente aanscherping goed te monitoren.

Verder biedt doorontwikkeling van het initiatief waarmee verzekerden en verwijzers ook op de voor hun logische zoekplekken eenvoudig kunnen achterhalen of zorg van een bepaalde zorgverlener volledig wordt vergoed, een verbeterkans. Deze mogelijkheid, naast de nu bestaande opties via de zorgverzekeraars, vergroot de kans dat een verzekerde op tijd informatie heeft over eventuele bijkomende kosten. Ook vinden we het belangrijk dat zorgverzekeraars werk blijven maken van helder communiceren over waarom zorg (nog) niet is gecontracteerd, wat dat betekent voor vergoeding van kosten en waar mensen op moeten letten bij niet-gecontracteerde zorg.

Veel van deze aanbevelingen gaan over betere en slimmere informatievoorziening. Tenslotte doen we een oproep aan allen die hierin voorzien om te zorgen dat informatie toegankelijk is voor iedereen, dus ook mensen bereikt die niet of beperkt digitaal vaardig zijn of taalproblemen hebben.

⁴ In 2023 deden wij ook onderzoek naar ervaringen met niet-gecontracteerde zorg. De resultaten staan [hier](#).

⁵ Zie ook dit [nieuwsbericht](#).