

In gesprek met...

Ervaringen van zorggebruikers met toegang tot zorg, gezond leven en de zorgverzekering



Inhoud

Samenvatting	3
1. Aanleiding	6
2. Methode van uitvoering	6
3. Beschrijving respondenten	7
3.1 Achtergrondkenmerken	7
3.2 Leefwereld respondenten	7
3.3 Twee levensverhalen	10
4. Belemmeringen bij toegang tot zorg, gezond leven en verzekeren	12
4.1 Betaalbare toegang	12
4.2 Beschikbare toegang	16
4.3 Begrijpelijke toegang	18
4.4 Passende toegang	21
4.5 Invloed systeemwereld op toegang	23
4.6 Het bereiken van de doelgroep	25
5. Positieve ervaringen met toegang tot zorg, gezond leven en verzekeren	26
5.1 Toegang tot zorg	26
5.2 Gezond leven	27
5.3 Verzekeren	27
6. Waar liggen kansen voor verbetering?	29

Samenvatting

Over dit onderzoek

Mensen in een lagere sociaaleconomische positie overlijden gemiddeld 6 jaar eerder en leven 15 jaar in minder goed ervaren gezondheid dan mensen in een hogere sociaaleconomische positie. Dit heeft niet zozeer met enkel opleiding en inkomen te maken. Er zijn immers genoeg mensen met een lagere opleiding en minimuminkomen die geen gezondheidsproblemen hebben, en mensen met een hogere opleiding en voldoende inkomen die wél problemen hebben. Het heeft ook met achterliggende factoren en mechanismen in een complexe leefwereld te maken. Dit rapport laat deze factoren en mechanismen zien. Met als doel om beleidsontwikkeling daarop aan te passen. In opdracht van VGZ heeft Pharos onderzocht welke belemmeringen mensen ervaren op het gebied van toegang tot zorg, gezond leven en verzekeren. Ook is nagegaan welke oplossingsrichtingen respondenten voor deze belemmeringen zien. Op basis hiervan zijn aanbevelingen geformuleerd.

Methode

In de maanden februari en maart van 2022 zijn in totaal 16 diepte-interviews gevoerd met verzekerden. Deze mensen zijn via sleutelpersonen uit het netwerk van Pharos geworven. Aan de hand van een topiclijst is ingegaan op de volgende thema's: leef- en werksituatie, gevoel van welbevinden en ervaren gezondheid, toegang tot informatie over verzekering en verzekerd zijn, toegang tot zorg en gezond leven en suggesties voor verbetering. De gesprekken zijn opgenomen en aan de hand van een thematische analyse van de gespreksverslagen zijn belemmeringen en oplossingsrichtingen geïdentificeerd.

Resultaten

Allereerst komt uit de analyse naar voren dat het merendeel van de respondenten te maken heeft met een opeenstapeling van problemen en/of stressvolle life events die met elkaar samenhangen. Enkele voorbeelden zijn: echtscheiding, schuldproblematiek, migratieverleden of een burn-out. De combinatie van deze factoren beïnvloedt vaardigheden om preventie, zorg en

verzekeren te organiseren. Daar komt bovenop dat respondenten veel belemmeringen ervaren op het gebied van toegang tot zorg, gezond leven en verzekeren. Hierbij gaat het om belemmeringen in toegang op vijf verschillende thema's: betaalbaarheid, beschikbaarheid, begrijpelijkheid, passendheid en de invloed van de systeemwereld (zie hieronder). Alleen door te kijken naar het totaalbeeld van achtergrondkenmerken, de opeenstapeling van problemen én belemmeringen binnen de vijf verschillende thema's, kan begrepen worden welke keuzes mensen (moeten) maken en hoe hun leefwereld eruitziet.

Aanbevelingen

Op basis van de typen belemmeringen die de respondenten benoemen, hebben we een aantal aanbevelingen geformuleerd voor hoe VGZ een bijdrage kan leveren aan het verkleinen van gezondheidsverschillen. Deze aanbevelingen betreffen de verbetering van toegang op het gebied van betaalbaarheid, beschikbaarheid, begrijpelijkheid, passendheid en de invloed van de systeemwereld op de toegang (zie onderaan). Verbeteringen in het primaire proces om toegang te verbeteren lijken echter geen stand te houden wanneer in de aansturing binnen de organisatie of afdeling geen rekening wordt gehouden met achterliggende mechanismen en complexiteit van gezondheidsverschillen. Daarom formuleren we drie randvoorwaarden om op een duurzame manier de aanpak van gezondheidsverschillen in te bedden in het beleid van de organisatie:

1. Heb oog voor complexiteit van gezondheidsverschillen en besef dat je als zorgverzekeraar onderdeel uitmaakt van een complex landschap van zorg, ondersteuning en regelgeving rondom mensen in kwetsbare omstandigheden.
2. Zet in op een intern sturingsmechanisme op onder meer borging van visie, scholingsbudget, monitoring en evaluatie van uitkomsten van zorg bij en tussen verschillende groepen en organiseer bestuurlijk draagvlak.
3. Werk samen met mensen om wie het gaat, gemeenten en andere partners.

Belemmeringen in toegang binnen de vijf thema's

Betaalbaarheid

- > Zorgverzekering is te duur en wat nodig is wordt niet vergoed
- > Zorg mijden of voortijdig afronden omdat het te duur is
- > Zorg mijden door negatieve ervaring om achteraf veel te moeten betalen
- > Eigen risico en/of eigen bijdrage vormt een drempel om gebruik te maken van zorg of medicatie
- > Voorgeschreven medicatie niet kunnen betalen of medicatie niet ophalen i.v.m. hoge kosten.
- > Minder mogelijkheden om gezond te leven door beperkte financiën
- > Zorg mijden of afbreken door bijkomende reiskosten of geen vervoer
- > Schuldhulpverlening heeft invloed op aanvullende zorgverzekering

Beschikbaarheid

- > Afstand vormt drempel om gebruik te maken van bepaalde zorg of gezond-leven-aanbod
- > Digitale drempel te groot
- > Gebrek aan laagdrempelige fysieke informatiepunten
- > De informatievorm sluit niet goed aan
- > De contactvorm sluit niet goed aan

Begrijpelijkheid

- > Onduidelijk waarom zaken wel of niet buiten pakket vallen en waar je recht op hebt
- > De inhoud van informatie is te ingewikkeld
- > Het te bewandelen pad is onduidelijk

Passendheid

- > Gemis aan persoonlijke contact en afstemming.
- > Gemis aan cultuursensitiviteit in samen beslissen
- > Gebrek aan vertrouwen
- > Geen continuïteit van zorg

Invloed van de systeemwereld

- > Verwachtingen over zelfredzaamheid zijn te groot
- > Rechtlĳnigheid van instanties
- > Instanties werken langs elkaar heen
- > Gebaseerd op wantrouwen

Aanbevelingen voor verbetering van toegang binnen de vijf thema's

Betaalbaarheid

- > Bied heldere informatie en tips voor mensen met financiële problemen
- > Wees als verzekeraar op de hoogte van de mogelijke 'financiële verrassingen' in de keten waardoor mensen zorg uitstellen of stoppen met de behandeling
- > Verken de mogelijkheden om bepaalde vergoedingen in het basispakket en/of gemeentepolis uit te breiden.
- > Onderzoek de vindbaarheid en passendheid van de regeling die VGZ heeft voor mensen die in de schuldsanering zitten

Beschikbaarheid

- > Ga na in hoeverre het (gratis) preventieaanbod in de polis van VGZ beschikbaar is in wijken waar mensen met een lage SES oververtegenwoordigd zijn
- > Breng (gratis) preventief aanbod beter onder de aandacht
- > Investeer in laagdrempelige informatiepunten dichtbij mensen
- > Bied informatie via sociale media kanalen aan en in meerdere talen
- > Verken mogelijkheden om de VGZ-app uit te breiden met informatie over zelfzorgmogelijkheden

Begrijpelijkheid

- > Investeer in begrijpelijke taal en eenduidige informatie in alle uitingen en kanalen
- > Investeer in begrijpelijke aanmelding bij leefstijlprogramma's en bij huisarts
- > Organiseer blended toegang

Passendheid

- > Investeer in persoonlijke benadering en proactief handelen
- > Kies voor preventieaanbod in de polis met veel persoonlijke begeleiding

Invloed systeemwereld

- > Wees bewust van hoge aannames over zelfredzaamheid en pas op basis hiervan dienstverlening aan
- > Benader mensen vanuit vertrouwen in plaats van wantrouwen
- > Bouw flexibiliteit in binnen de dienstverlening met oog voor persoonlijke behoeften

1. Aanleiding

Mensen in een lagere sociaaleconomische positie overlijden gemiddeld 6 jaar eerder en leven 15 jaar in minder goed ervaren gezondheid dan mensen in een hogere sociaaleconomische positie. Deze positie wordt bepaald door verschillende factoren die in verschillende mate een rol kunnen spelen, zoals inkomen, opleiding, type arbeidscontracten, fysieke leefomgeving, sociale omgeving en vaardigheden om toegang tot zorg en preventie zelf te organiseren. In de meeste gevallen betreft het mensen met weinig inkomen en een lage opleiding, maar ook mensen met een hogere opleiding kunnen in een sociaal-economisch kwetsbare positie komen en als gevolg daarvan gezondheidsproblemen ontwikkelen en in stand houden. Als zorgverzekeraar wil VGZ een bijdrage leveren aan het verkleinen van deze gezondheidsverschillen. Bestaande

initiatieven zijn hulp bij schulden en betaalproblematiek, de sociale minimapolis voor gemeenten, samenwerking met gemeentes en het inkopen van gecombineerde leefstijlinterventies. VGZ verkent de mogelijke oplossingen en interventies gericht op het verbeteren van de 'toegang tot verzekeren', 'toegang tot zorg' en 'toegang tot gezond leven'. In dat kader heeft VGZ aan Pharos gevraagd om ondersteuning bij het voeren van gesprekken met de doelgroep over de belemmeringen die zij ervaren op deze drie terreinen. Om vervolgens op basis van de resultaten van deze gesprekken te kunnen identificeren hoe deze belemmeringen overbrugd of weggenomen kunnen worden en hoe VGZ hieraan een bijdrage kan leveren. Dit alles gebeurt ter voorbereiding op een intern adviesrapport van VGZ.

2. Methode van uitvoering

In de maanden februari en maart van 2022 zijn in totaal 16 diepte-interviews gehouden met de doelgroep. Deze respondenten zijn via sleutelpersonen uit het netwerk van Pharos geworven. Sleutelpersonen waren onder andere buurtcoaches, schuldhulpmaatjes en activeringscoaches die een vertrouwelijke band met de respondenten hebben. De respondenten zijn geworven in Rotterdam, Limburg, Noord-Brabant en Arnhem. Verzekerd zijn bij VGZ was geen voorwaarde bij de selectie. De interviews duurden één tot anderhalf uur en zijn afhankelijk van de wensen van de respondent op

locatie, telefonisch of online gevoerd. Aan de hand van een topiclijst is ingegaan op de volgende thema's: leef- en werksituatie, gevoel van welbevinden en ervaren gezondheid, toegang tot (informatie) over verzekering en verzekerd zijn, toegang tot zorg en gezond leven en suggesties voor verbetering. Door de semigestructureerde opzet van de interviews is hierbinnen veel ruimte geboden voor onderwerpen waar respondenten zelf mee kwamen. Na de interviews zijn de gesprekken schriftelijk uitgewerkt en op basis van een thematische analyse van deze gespreksverslagen zijn belemmeringen en oplossingsrichtingen geïdentificeerd.

3. Beschrijving respondenten

In dit hoofdstuk schetsen we een beeld van de respondenten¹ die we hebben gesproken voor het onderzoek. Allereerst beschrijven we de achtergrondkenmerken van de groep en vervolgens gaan we in op de leefwereld van de respondenten. Om nog een beter beeld te geven van de mensen waar het om gaat en de situatie waar zij zich in bevinden, sluiten we dit hoofdstuk af met twee levensverhalen.

3.1 Achtergrondkenmerken

Het overgrote deel van de respondenten die we hebben gesproken is vrouw, namelijk 13 van de 16. De leeftijd varieert van 32 tot 67 jaar. Bijna de helft van de respondenten is geboren in Nederland (waarvan één respondent Surinaams-Hindoestaanse ouders en één respondent een ouder uit Indonesië heeft). De andere helft heeft een (Marokkaanse of Wit-Russische) migratieachtergrond. Het opleidingsniveau van de respondenten loopt sterk uiteen; zes van hen hebben geen opleiding gevolgd of afgerond. De overige tien respondenten hebben wel een opleiding afgerond, waarvan vijf een vmbo opleiding, één het voortgezet speciaal onderwijs, drie een mbo niveau 3 of 4 opleiding en één van hen een post-hbo opleiding.

Bijna een kwart van alle respondenten heeft moeite met lezen en schrijven en twee van hen zijn analfabeet. Dit zijn zowel mensen met als zonder migratieachtergrond. Het merendeel (12) van de respondenten heeft geen schulden, maar drie van hen hebben in het verleden wel schuldhelpverlening gehad. Drie respondenten zitten momenteel in de schuldsanering en één respondent krijgt ondersteuning van een schuldhelpmaatje. Bijna alle respondenten hebben gezondheidsklachten, waarvan een groot deel zowel lichamelijke als psychische klachten. Ondanks dat bijna alle respondenten gezondheidsklachten hebben, verschilt de mate van het zorggebruik enorm. Dit hangt

samen met verschillende factoren, zoals vertrouwen in zorgverleners en financiën. In hoofdstuk 4 gaan we hier verder op in.

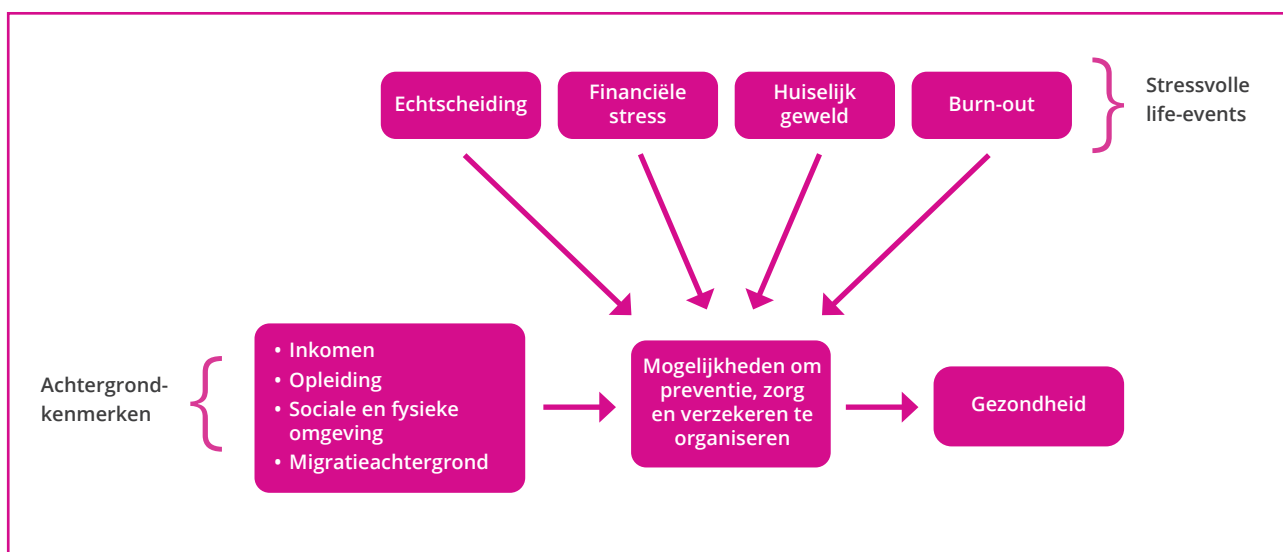
3.2 Leefwereld van de respondenten

Het merendeel van de respondenten woont in een wijk waarin meerdere problemen spelen en heeft te maken met omstandigheden en gebeurtenissen in het leven die voor veel extra stress zorgen. Vaak gaat het om een opeenstapeling van problemen en/of stressvolle 'live-events' die op elkaar inwerken. Enkele voorbeelden zijn: echtscheiding, migratieverleden, schuldenproblematiek, burn-out of een verleden met huiselijk geweld. Daarnaast zijn veel van de vrouwen alleenstaande ouder en enkelen hebben een kind met een stoornis of handicap. Door deze opeenstapeling van problemen en samenhang van mechanismen is het niet mogelijk (en zinvol) om respondenten in specifieke groepen in te delen. Het kan gaan om iemand die moeite heeft met lezen en schrijven in combinatie met armoede en beperkte vaardigheden. Of om iemand met schulden, tijdelijke contacten en langdurige migratie en discriminatie. De combinatie van al deze factoren bepaalt de leefwereld van respondenten (zie figuur 1 met een aantal voorbeelden van achtergrondkenmerken en life-events die op elkaar inwerken). In de volgende paragrafen beschrijven we aan de hand van voorbeelden en citaten de opeenstapeling en samenhang van problemen die respondenten benoemen.

Lichamelijke en psychische problemen

Allereerst noemen de respondenten veel lichamelijke en psychische problemen die nauw met elkaar verweven zijn. Zo noemt een deel van hen dat zij door lichamelijke problemen minder bewegen en activiteiten ondernemen waardoor zij gevoelens van eenzaamheid ervaren of meer gaan piekeren. Dit werkt ook andersom; psychische problemen zorgen ervoor dat het moeilijker is om lichamelijk gezond te blijven.

1. In de rapportage maken we gebruik van fictieve namen.



Figuur 1. Denkkader om de werking van life events en andere achterliggende factoren op gezondheid te laten zien.

“Door mijn fibromyalgie heb ik veel last van mijn lichaam waardoor ik minder naar buiten ga en beweeg. Hierdoor is het ook moeilijker om gezond te blijven.”
(Linda)

“Het begint allemaal in je hoofd. Ik moest meer naar een psycholoog gaan. Toen ik met mijn ex was, zat ik opgesloten in een kamer. Eten en computeren, eten en computeren. Hij heeft al mijn vrienden afgesneden van mij. Ik had niemand waar ik naartoe kon. Mijn overgewicht is ook daardoor gekomen.” (Ivana)

Stress

Daarnaast horen we van een groot deel van de respondenten dat zij door verschillende vormen van stress (financiële stress, zorgen om kinderen of gezondheid) moeite hebben om gezond te leven en gezonde keuzes te maken. Respondenten beschrijven dat zij door de stress minder helder kunnen nadenken en minder prioriteit voelen om bijvoorbeeld te sporten, gezond te eten of uit te zoeken welk zorgverzekeringspakket het beste bij hen past. Er zijn andere en meer acute zaken die ruimte innemen

waardoor dit soort zaken naar de achtergrond verdwijnen. Daarnaast zorgt langdurige stress ervoor dat zij eerder lichamelijke en mentale problemen ontwikkelen.

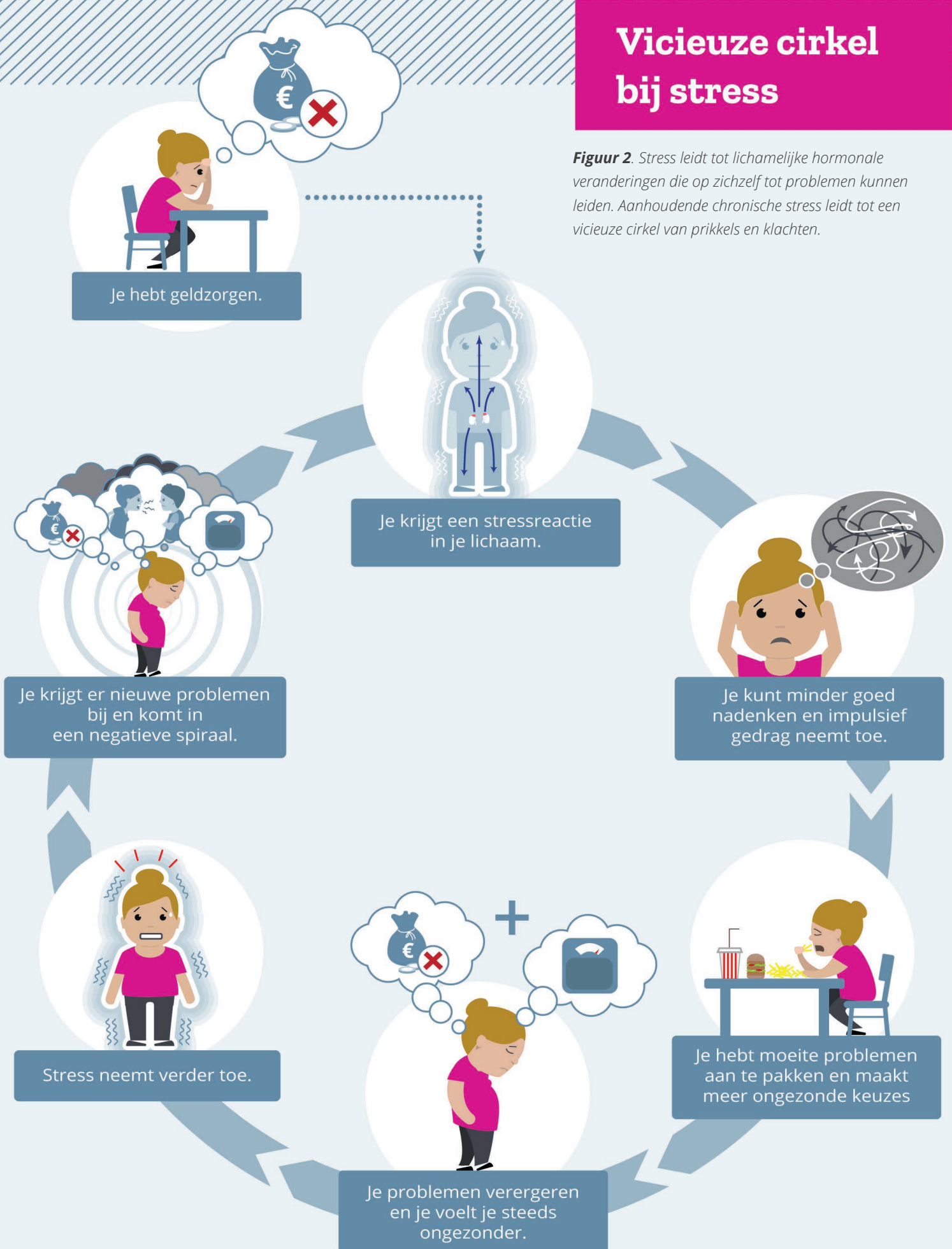
“Ik had zoveel slecht nieuws. Ik kon het er gewoon niet bij hebben. Daarbij gaat een depressie niet goed samen met lange-termijn-denken.” (Maya)

Ook horen we van een deel van de respondenten dat zij door stress en mentale druk in financiële problemen terechtkomen. Zo benoemt een deel van de respondenten dat zij hierdoor geen financiële zaken meer kunnen oppakken. De financiële problemen kunnen er uiteindelijk weer voor zorgen dat zij nog meer stress ervaren. Een deel van de mensen komt hierdoor in een neerwaartse spiraal waarin de problemen zich verder opstapelen (zie figuur 2).

“Ik denk dat het niet zo tot me doordrong doordat ik in een depressie zat. Je durft dingen niet meer op te pakken. Op een gegeven moment word je er bang voor.” (Tessa)

Vicieuze cirkel bij stress

Figuur 2. Stress leidt tot lichamelijke hormonale veranderingen die op zichzelf tot problemen kunnen leiden. Aanhoudende chronische stress leidt tot een vicieuze cirkel van prikkels en klachten.



Systemen en regels

Respondenten verkeren daarnaast (en vaak juist door alle problemen) in een complex landschap van systemen en regels. De opeenstapelingen van de problemen en dit ingewikkelde landschap in combinatie met een groot beroep op de 'eigen verantwoordelijkheid' zorgt ervoor dat zij keuzes maken of moeten maken die invloed hebben op hun gezondheid, welzijn en zorgverzekering.

Netwerk en assertiviteit

Ondanks de opeenstapeling van problemen lukt het een deel van de respondenten om zich staande te houden. Respondenten benoemen dat hun netwerk en een assertieve houding van groot belang zijn. Het zorgt voor draagkracht en veerkracht. Allereerst kan een netwerk helpen bij het maken van keuzes, mentale steun bieden en respondenten van betrouwbare informatie voorzien. In veel gevallen gaat het om familieleden en in een aantal gevallen ook om gemeentelijke instanties zoals de sociale dienst. Bij assertiviteit/zelfredzaamheid gaat het bijvoorbeeld om het bellen van een zorgverzekering bij vragen over vergoedingen of het stellen van vragen aan hulpverleners over behandelingen. Niet iedereen heeft echter een steunend netwerk of lukt het om zelf contact op te nemen met instanties (mentale druk en

stress belemmeren zelfredzaamheid). Voor deze groep is ondersteuning nog belangrijker.

"Ik had allerlei verzekeringen maar aan de tandarts moest ik wel bijbetalen. Ik begrijp er niks van, ik vind het heel moeilijk'. Mijn dochter heeft toen gebeld en toen betalingsregeling [geregeld]." (Mina)

Over gebruik kunnen maken van de zorg zegt Jan:
"Ik weet mijn weg daar naartoe en ik weet mijn mondje te roeren."

3.3 Levensverhalen

Hieronder plaatsen we twee levensverhalen van respondenten die we hebben gesproken voor dit onderzoek. De levensverhalen geven een indruk van hoe complex de verhalen soms zijn en ook hoe uiteenlopend. De eerste betreft een casus van een stressvol levensverhaal, het tweede levensverhaal is een voorbeeld van een iets minder extreme situatie, maar laat de beperking zien van moeite hebben met lezen en schrijven.

Ivana is rond de 40 jaar en geboren in Oost-Europa. In Oost-Europa heeft ze de middelbare school afgerond en daarna is ze haar ex-man tegengekomen. Haar man had traditionele opvattingen: *"Hij zegt altijd: vrouwen mogen niet werken dus je blijft thuis."* Hierdoor heeft respondent nooit gewerkt of verder gestudeerd. Ruim twintig jaar geleden zijn ze samen naar Nederland gekomen. Ivana benoemt dat de jaren in Nederland heftig en eenzaam waren. Ze mocht van haar ex-man niet naar buiten en hij mishandelde haar. In Nederland heeft ze drie kinderen met hem gekregen. Vijf jaar geleden is ze van hem gescheiden.

"Te veel mensen vind ik niet goed, ik wil me liever verstoppen in mijn huis. Dat heeft te maken met mijn verleden. Ik was getrouwd, maar ben twintig jaar mishandeld door mijn ex-man. 5 jaar geleden ben ik gescheiden, maar tot nu toe word ik gestalkt door hem. Ik vind het erg dat hij geen enkele straf heeft gekregen. Ik heb zoveel aangiftes gedaan en bewijs geleverd, maar niemand boeit het. De zaak is gestopt, klaar. Hij blijft maar stalken. Ik ben ook moe om naar de politie te gaan. Ze doen toch niks, dus waarom zou ik gaan? Ik zit nu liever altijd thuis. Dan is het rustig." >>

Door de vele ruzies met haar ex-man en de bedreigingen zijn haar kinderen in eerste instantie allemaal uit huis geplaatst. Ivana heeft na de scheiding met een urgentieverklaring een eigen huis toegewezen gekregen zodat de kinderen bij haar konden wonen. De kinderen zijn echter in de woongroep blijven wonen omdat ze niet kunnen doorstromen naar een eigen huis als ze weer bij haar gaan wonen. Ze mist ze, maar ze heeft dagelijks contact met hen. Ivana's ex-man heeft in eerste instantie een straatverbod gekregen, maar door een fout van de gemeente is hij toch aan haar adresgegevens gekomen. Toch ervaart Ivana steeds wat meer rust, ze heeft nu een eigen huis.

Ivana komt rond van een bijstandsuitkering en haar financiën worden geregeld door een bewindvoerder omdat haar ex-man veel schulden heeft gemaakt. Omdat ze PTSS en een depressie heeft, lukt het haar niet om te werken. Wel doet ze twee keer per week vrijwilligerswerk bij het huis van de wijk. Dit kost haar veel moeite omdat ze bang is om haar ex-man tegen te komen en ze een sociale angst heeft ontwikkeld. Ze heeft weinig sociale contacten omdat haar man deze heeft tegengewerkt. Nu is ze te moe om nieuwe contacten aan te gaan.

Respondent komt nu bijna nooit bij de huisarts of andere zorgverleners. Ze komt alleen af en toe bij de huisarts voor controle omdat ze medicatie slikt. Voor kleine problemen wil ze niet naar de huisarts omdat ze zich bezwaard voelt omdat de huisarts het al zo druk heeft. *"Ik vraag nu ook niet meer om hulp. De financiën zijn geregeld, laat me maar gewoon met rust."* In het verleden heeft ze een behandeling gehad bij een specialistische GGZ-instelling in een andere stad. Het reizen vormde echter een drempel omdat de reiskosten niet werden vergoed en ze moeite had met de hoeveelheid mensen in het OV. Hierdoor is ze uiteindelijk gestopt met de behandeling.

Ivana is al jaren bij dezelfde zorgverzekeraar verzekerd. Motivatie voor deze zorgverzekering waren de cadeautjes die ze destijds kreeg bij het afsluiten. Ivana kan online goed uit te voeten en zoekt op deze manier informatie over de zorgverzekering op. Het is voor haar echter niet altijd duidelijk waarom bepaalde zaken wel of niet vergoed worden. Voor Ivana is het wel prima zo, het is ten minste iets wat stabiel is.

Kees is rond de 40 en woont samen met zijn vrouw in Limburg, waar hij ook geboren is. Samen hebben ze twee kinderen gekregen. Kees heeft speciaal onderwijs gevolgd omdat hij moeite had met leren.

Op zijn negentiende is hij van het voortgezet onderwijs afgegaan en is hij gaan werken. Momenteel werkt hij in ploegendienst als heftruckchauffeur. Op latere leeftijd is hij weer naar school gegaan om zijn laaggeletterdheid aan te pakken. *"Nu kan ik gewoon lezen en schrijven. Maar schrijven vind ik niet makkelijk. Ik denk vaak, wat staat er nou joh? Ik moet een boek of tekst 10 keer lezen."*

Kees' vrouw doet met name de administratie. Als Kees het zelf doet, laat hij het nakijken door zijn vrouw voordat het de deur uitgaat. Om wat te betekenen voor mensen die laaggeletterd zijn, is hij nu aangesloten bij stichting ABC.

Kees sportte vroeger veel, maar tijdens een wedstrijd is zijn schouder uit de kom geraakt. Dat heeft een aantal jaar lang gedoe opgeleverd. Het regelen van zorg en ondersteuning lukt Kees wel, maar: *"Het was vroeger wel makkelijker. [...] Het was fijn dat je in die tijd gewoon naar een balie kon gaan. Nu heb je vaak zo'n zuil."*

Kees is verzekerd bij VGZ en is hier tevreden over. Voordat hij een pakket koos heeft hij goed gekeken waar hij zichzelf voor wilde verzekeren. Het hele gezin zit nu bij VGZ, wel zo makkelijk. Kees hoort wel eens dat mensen elk jaar weer opnieuw uitzoeken welk pakket het beste past, maar daar begint hij niet aan. Ook checkt hij niet welke zorgaanbieder wordt vergoed: *"Nee dat doen we niet, we merken het wel. Zijn er echt mensen die dit doen?"*

4. Belemmeringen bij toegang tot zorg, gezond leven en verzekeren

Uit de analyse van de gesprekken komen 5 thema's naar voren die een belemmering vormen bij **toegang tot zorg, gezond leven en verzekeren**. Namelijk, *betalbare toegang, beschikbare toegang, begrijpelijke toegang, passende toegang en de invloed van de systeemwereld op toegang*. Per thema maken we inzichtelijk waar respondenten tegenaan lopen en beschrijven we de door hen aangedragen oplossingen. Hoewel we deze thema's afzonderlijk beschrijven, is het belangrijk om je te realiseren dat de belemmeringen sterk met elkaar samenhangen. In de realiteit kunnen ze niet los van elkaar gezien worden.

4.1 Betaalbare toegang

In deze paragraaf gaan we allereerst in op de verschillende financiële belemmeringen die naar voren komen uit de gesprekken met de respondenten. In totaal gaat het om 8 financiële belemmeringen, die we één voor één beschrijven.

- Zorgverzekering is te duur en wat nodig is wordt niet vergoed
- Zorg mijden of voortijdig afronden omdat het te duur is
- Zorg mijden door negatieve ervaring om achteraf veel te moeten betalen
- Eigen risico en/of eigen bijdrage vormt een drempel om gebruik te maken van zorg of medicatie
- Voorgeschreven medicatie niet ophalen i.v.m. hoge kosten.
- Minder mogelijkheden om gezond te leven door beperkte financiële middelen
- Zorg mijden of afbreken door bijkomende reiskosten of geen vervoer
- Schuldhulpverlening heeft invloed op aanvullende zorgverzekering

Zorgverzekering is te duur en wat nodig is wordt niet vergoed

Alle respondenten benoemen dat de maandelijkse zorgpremie erg duur voor hen is. Voor het merendeel van de respondenten is de premie een grote hap uit hun besteedbare maandelijkse inkomen (NB: bijstandsniveau is circa 1000 euro per maand voor een alleenstaande ouder). Zij benoemen daarnaast dat de zorg, medicatie of behandeling die zij nodig hebben – ondanks de dure premie – vaak alsnog niet wordt vergoed.

“Er is een vraag die ik mezelf al zo lang afvraag: wat is het verschil met twintig jaar geleden toen iedereen gewoon naar de tandarts kon en medicijnen vergoed werden? [...] Dan denk ik bij mezelf waarom moet ik zo'n hoge premie betalen als ik twee derde van de medicijnen zelf moet betalen?” (Kirsten)

“Je denkt dat je helemaal goed verzekerd bent. Maar op het moment dat je het uit gaat zoeken krijg je minder vergoeding dan je dacht. Bijvoorbeeld geen vergoeding van een bril. Ik heb me zo ruim mogelijk verzekerd zodat ik niets bij hoeft te betalen, maar nee.” (Maya)

Zorg mijden of voortijdig afronden omdat het te duur is

Bijna alle respondenten geven aan dat zij regelmatig zorg mijden omdat ze hier geen geld voor hebben. Dit horen we met name bij zorg en behandelingen die niet worden vergoed in het basispakket en waar mensen dus zelf voor moeten betalen. Specifiek worden fysiotherapie, de tandarts en medicatie vaak genoemd. Respondenten lopen hierdoor lang door met lichamelijke klachten, waardoor de klachten verergeren. Eén van de

respondenten noemt daarnaast dat de drempel op den duur steeds hoger wordt om naar een zorgverlener te gaan:

"De tandarts en fysio zit niet meer in het basispakket. Ik heb nu al maanden last van mijn rug en schouders, maar ik ga dus niet naar de fysio. Tandarts idem dito. Ik ben al in geen jaren meer geweest. Dat is best een ding. En op een gegeven moment kom je op een punt dat je niet meer durft."
(Tessa)

Naast dat respondenten in verband met kosten bij voorbaat zorg mijden, geeft een aantal van de respondenten aan zij voortijdig stoppen met een behandeling omdat zij deze niet meer kunnen betalen. Ook hierbij geldt dat dit met name het geval is als het niet meer wordt vergoed binnen hun verzekering omdat er maximaal aantal behandelingen of een maximale vergoeding geldt. Dit resulteert uiteindelijk ook in het lang blijven lopen met klachten omdat deze niet geheel verholpen zijn.

"Fysiotherapie 20 keer is niet genoeg voor mij. Is 90 euro per keer. Ik ga 20 keer en dan moet ik stoppen."
(Mariam)

Zorg mijden door negatieve ervaring om achteraf veel te moeten betalen

Ten derde horen we van een aantal respondenten dat zij behandelingen of ondersteuning uit de weg gaan door negatieve financiële ervaringen. Voor bijna alle respondenten is het onduidelijk wat wel en wat niet wordt vergoed (zie ook 4.3: begrijpelijkheid). Een aantal respondenten is hierdoor gestart met een behandeling, maar kwam er achteraf achter dat zij deze toch zelf moesten betalen. Uit angst om achteraf weer veel te moeten betalen, mijden zij nu nieuwe vormen van zorg of ondersteuning:

Patricia had een intakegesprek bij een psycho-loog en een tweede gesprek waarin haar werd verteld dat ze niet bij het aanbod van die praktijk paste. Ze kreeg een verwijzing naar een andere praktijk. Patricia ging er vanuit dat dit vergoed werd en was verbaasd dat ze een rekening van 251 euro kreeg. Het bedrag betaalt ze nu in stukjes af aan VGZ. Omdat Patricia niet weer geconfronteerd wilde worden met onvoorziene kosten heeft ze afgezien van verdere psychologische hulp. Toen Patricia wilde stoppen met roken middels een cursus, heeft ze eerst gevraagd of ze geld moest terugbetalen als ze toch weer ging roken: *"Het moet wel bij iemand zijn die vergoed wordt. Ik ga er niet aan beginnen als ik weer kosten heb."*

Eigen risico en/of eigen bijdrage vormt een drempel om gebruik te maken van zorg of medicatie

Ook in situaties waarin de zorg of behandeling wel wordt vergoed, vormt het eigen risico een drempel. Voor een grote groep mensen is ook het laagste eigen risico van 385 euro te veel geld, waardoor zij de zorg alsnog mijden of de voorgeschreven medicatie niet kunnen betalen.

"De meeste mensen halen dingen bij de drogist. Het Kruidvat heeft een heel groot assortiment. Bijvoorbeeld om je suiker te meten. Als je diabetes hebt, kun je veel beter naar het Kruidvat gaan. Heel veel medicijnen zijn er uitgehaald en vallen nu onder het eigen risico" (Jamila)

"Voor de bevalling geldt een eigen bijdrage. Ik heb alleen voor een paar dagen kraamhulp genomen." (Aicha)

Voorgeschreven medicatie niet kunnen betalen of medicatie niet ophalen i.v.m. hoge kosten.

Bijna de helft van de respondenten benoemt dat zij de voorgeschreven medicatie niet kunnen betalen. Deels doordat deze niet vergoed worden en deels doordat zij

zoals hierboven beschreven het eigen risico niet kunnen betalen. Dit zorgt voor situaties waarin respondenten zelf gaan experimenteren met medicatie van de drogist of zelf hulpmiddelen fabriceren. Het risico is dat klachten verkeerd of niet behandeld worden.

"Ik heb ook een elastiek voor mijn arm [i.v.m. lymfoedeem]. Is 100 euro. Ik zeg: ik hoef die niet ik heb nog. Ik ben naar Kruidvat gegaan. Ik heb zelf iets genaaid'. Ik heb ook veel kosten medicijnen maar als je belt zeggen ze: u heeft ook veel medicijnen." (Mina)

Tessa vertelt dat ze vroeger veel naar alternatieve zorgverleners ging, maar nu niet meer omdat dit nu te duur voor haar is. Ook vormt geld soms een belemmering binnen het reguliere circuit. Zo moest ze Diclofenac-zalf gaan smeren maar dit moest ze zelf betalen: *"Dan ga ik niet voor Voltaren – wat een hoger gehalte Diclofenac heeft – maar dan ga ik voor het Kruidvat huismerk en smeer ik wat vaker."* (Tessa)

Aicha gaat naar de huisarts, maar als ze een recept meekrijgt vraagt ze bij de apotheek hoeveel het gaat kosten. Als het te duur is zegt ze dat ze later terugkomt, maar doet dit vervolgens niet. Ook is het gebruik van de anticonceptiepil een afweging voor respondent: *"Ik wil de [anticonceptie]pil gaan halen maar weer 20 tot 25 euro. Maar ik wil ook niet zwanger worden."*

Minder mogelijkheden om gezond te leven door beperkte financiële middelen

Een gezonde levensstijl zorgt ervoor dat je minder snel een behandeling of medicatie nodig hebt. Voor het merendeel van de respondenten is gezond leven echter niet vanzelfsprekend omdat dit over het algemeen veel geld kost. Zo horen we van respondenten dat zij wel willen sporten, maar dat zij de sportschool niet kunnen betalen. Ook geven respondenten aan dat zij zich gezonde voeding niet kunnen permitteren.

Patricia is sinds kort wat meer bezig met haar gezondheid. Daarvoor is het in haar leven geen thema geweest. Ze weet dat ze wat moet veranderen maar vindt dit lastig op te brengen. Als oplossing ziet ze een sportschoolabonnement: *"maar ja, geen geld"*.

"Ze vragen zich af waarom mensen zo ongezond leven en dik zijn, maar als je in de uitkering zit kun je niet elke dag vers fruit en verse groenten betalen." (Kirsten)

Zorg mijden of afbreken door bijkomende reiskosten of geen vervoer

Van enkele respondenten horen we dat zij stoppen met een behandeling of hier überhaupt niet aan beginnen doordat zij geen vervoer hebben of de reiskosten niet kunnen betalen. Passende behandeling is niet altijd dichtbij, met name wanneer het om specialistische behandelingen gaat zoals behandeling van PTSS-klachten. Uit de gesprekken komt naar voren dat een aantal zorgverzekeringen enkel de reiskosten vergoeden vanaf een bepaald aantal kilometers. Daarnaast geldt er soms ook een maximumbedrag per jaar. Dit soort regelingen maken dat mensen met weinig geld zorg mijden.

Ivana is gestopt met de behandeling voor haar psychische problemen omdat de reiskosten niet werden vergoed. Vergoedingen gelden alleen voor reiskosten boven de 25 km, maar de afstand naar de GGZ-instelling is iets minder dan 25 km. *"Als er iemand bij de huisarts in [plaats] was geweest, dan was dat natuurlijk beter geweest. Dan kon ik rustig komen en was het probleem opgelost."*

Schuldhelpverlening heeft invloed op aanvullende zorgverzekering

Twee respondenten die we hebben gesproken zitten in de schuldsanering. Zij geven allebei aan dat zij hierdoor geen aanvullende verzekering kunnen afsluiten. Wanneer respondenten geen aanvullende verzekering

hebben, kan dit leiden tot problemen als zij dringende zorg nodig hebben, die niet wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Respondenten benoemen zelf dat de voor hen noodzakelijke behandelingen en medicatie niet worden gedekt vanuit de basisverzekering.

“Vroeger had ik een plus pakket, maar dat heb je niet meer als je in de schuldhulpverlening zit. Dus er vallen dan een heleboel dingen weg.” (Tessa)

Ten slotte hoorden we van één respondent dat zij in de schuldhulpverlening kwam door een onvoorziene en hoge rekening van zorg die buiten het basispakket viel. De kosten liepen op omdat respondent de hoge rekening niet kon betalen:

“Wij hadden ineens een hele hoge rekening. De fysio en tandarts, echt veel kosten. De deurwaarder kwam, het kwam bij de rechter. Het kon niet meer. We zaten klem en we hebben hulp gezocht. We zijn naar maatschappelijk werk gegaan en die hebben gewezen waar we heen moesten. Schuldhulp was dat. Het salaris van de man ging naar de schuldhulpverlening.” (Mina)

Behoeften / aangedragen oplossingen

Tijdens de gesprekken is de respondenten gevraagd wat er zou kunnen verbeteren aan toegang tot zorg, gezond leven en de zorgverzekering. In deze paragraaf benoemen we de suggesties die respondenten mee geven op het gebied van financiën:

1. Meer vergoeden

De meest genoemde behoefte van respondenten is dat meer vergoed zou moeten worden. Respondenten vinden de maandelijkse zorgpremie niet in verhouding staat met hetgeen vergoed wordt. We horen specifiek het belang van vergoeden van fysiotherapie en de tandarts. Dit zijn voor de respondenten de twee vormen van zorg die zij nu vaak uit de weg gaan omdat dit beperkt of niet vergoed wordt.

“Lagere rekeningen, want het is nu wel erg gek. Ik kan me herinneren dat het vroeger veel goedkoper was. Ik betaal 190 euro per maand en nog steeds wordt bijna niks vergoed.” (Linda)

2. Proactieve houding zorgverzekeraar zonder belerend te zijn

Van meerdere respondenten horen we dat het prettig zou zijn als de zorgverzekeraar contact met hen opneemt bij betalingsachterstanden. Door de opeenstapeling van problemen en de bijkomende angst, lukt het soms niet meer om zelf initiatief te nemen. Respondenten benoemen hierbij dat het van belang is dat een zorgverzekeraar op een laagdrempelige, persoonlijke en gelijkwaardige manier meedenkt in oplossingen. Dit is een voorwaarde om vertrouwelijk contact aan te gaan en daadwerkelijk te kunnen ondersteunen.

“Ik denk dat het best fijn zou zijn als zorgverzekeringen contact met je opnemen als ze erachter komen. Bijvoorbeeld dat ze je bellen om te vragen of ze je ergens mee kunnen helpen. Dat ze bijvoorbeeld herinneren aan dat je het niet moet laten oplopen of dat ze voorstellen om een regeling te treffen. Verder niet hoor. Het is niet zo dat ze dan meteen met een financieel expert aan de slag moeten, maar hulp aanbieden door te bellen of een betalingsregeling te treffen zou fijn zijn. Veel mensen met mentale problemen zoals ik, zitten dan onder een steen. Je denkt dat het allemaal verkeerd gaat en durft niet te kijken.” (Tessa)

“Misschien hebben sommige mensen een zetje nodig. Een verzekeraar kan zien wat je allemaal gedaan hebt en zien of het zoden aan de dijk zet. Als zij daar kennis over hebben en je adviseren² over wat je kan doen, dan is dat best behulpzaam. Ik zie dat meer als een teken dat je gezien wordt. Je weet toch wel dat ze alles van je weten. [...] Het ligt dan wel aan te toon, het moet niet belerend zijn en het moet een echt aanbod zijn.” (Maya)

2. In de praktijk kan een zorgverzekeraar dit soort medische gegevens niet gebruiken zonder toestemming vooraf.

3. Gratis informatie en aanbod duidelijker presenteren

Een groot deel van de respondenten heeft behoefte aan gratis informatie en gratis aanbod. Hierbij gaat het om informatie zoals dat kinderen gratis meeverzekerd zijn, informatie over gezond eten en bewegen, maar om ook het presenteren van het preventieve aanbod zoals stoppen met roken en hulp bij overgewicht. Het zou hen helpen als dit laagdrempeliger en duidelijker gepresenteerd wordt, omdat zij dit nu niet altijd kunnen vinden.

"Ze zouden je kunnen bellen met informatie. Ze kunnen je een uitdraai geven van een lijst met dingen die goed voor je zijn. En dingen onderstrepen die gratis zijn." (Jamila)

"Mensen ervan bewust maken dat ze ook aan hun gezondheid kunnen werken zonder medicijnen. Bijvoorbeeld voeding, iedereen is nu aan de gember. En fytotherapie; de medicinale werking van planten. Ik denk dat mensen daar nu meer voor openstaan. Dit is makkelijk toepasbaar." (Maya)

4. Informatie op site zorgverzekeraar met tips bij financiële problemen

Enkele respondenten hebben behoefte aan informatie bij financiële problemen. Zij zouden het prettig vinden als de zorgverzekeraar betrouwbare informatie deelt over wat zij in dat geval kunnen doen. Ook noemt één respondent dat het goed zou zijn als een zorgverzekeraar onderscheid maakt tussen mensen die wel en niet in staat zijn om zorg en ondersteuning te betalen. Aangezien hier al bestaande regelingen voor zijn (waaronder gemeentepolis VGZ), is het van belang om deze laagdrempeliger te delen.

"Het zou best mooi zijn als op de website van een zorgverzekeraar informatie beschikbaar is over wat je kunt doen als je het niet kunt betalen." (Linda)

"Ik vind het echt belangrijk dat ze focussen op gezond blijven. Hoe mooi als de zorgverzekering mensen die het niet kunnen betalen korting aanbiedt op een sportabonnement". (Tessa)

4.2 Beschikbare toegang

In deze paragraaf gaan we in op belemmeringen op het gebied van beschikbaarheid van zorg, gezond leven en de zorgverzekering. Beschikbaarheid gaat over of de zorg, het aanbod en de benodigde informatie voor iedereen daadwerkelijk beschikbaar is: in de buurt, laagdrempelig, toegankelijk en vindbaar. We werken de onderstaande drie belemmeringen één voor één uit met citaten van respondenten ter illustratie.

- > Afstand vormt een drempel om gebruik te maken van bepaalde zorg of gezond-leven-aanbod
- > Gebrek aan laagdrempelige fysieke informatiepunten
- > De informatievorm sluit niet altijd goed aan
- > De contactvorm sluit niet altijd goed aan

Afstand vormt drempel om gebruik te maken van bepaalde zorg of gezond-leven-aanbod

Van een aantal respondenten horen we dat de letterlijke afstand een belemmering vormt om gebruik te maken van zorg of aanbod op het gebied van gezond leven. Sportscholen of cursussen zoals stoppen met roken zijn niet altijd in de buurt. Dit geldt ook voor bepaalde behandelingen in het ziekenhuis of bij een psycholoog. Door financiële (zie ook 4.1), lichamelijke of psychische problemen heeft een deel van de respondenten hierdoor minder toegang tot zorg of preventief aanbod.

"Nu ook gezond bewegen nog". De afstand vormt echter een drempel. Er is alleen een sportschool ver weg en dat lukt Linda niet met haar scooter. Linda kan wel naar het huis van de wijk, maar dit is ook lastig want hier kunnen ze geen rekening houden met haar slechthorendheid. (Linda)

Ivana noemt dat afstand regelmatig een drempel vormt om zorg te krijgen. Ze kan alleen een boostervaccinatie krijgen in een andere stad en niet in haar eigen wijk. Door beperkte financiën en psychische klachten reist ze niet naar een andere stad. Hierdoor heeft ze geen boostervaccinatie gehaald.

Gebrek aan laagdrempelige fysieke informatiepunten

Een deel van de respondenten verkiest fysiek contact boven online of telefonisch contact. Dit geldt met name voor de laaggeletterde en de wat oudere respondenten. Zij missen echter fysieke plekken waar zij betrouwbare informatie kunnen verkrijgen. Zij geven aan dat dit vroeger wel bestond, maar nu grotendeels verdwenen is. Hierdoor is het voor hen moeilijk om betrouwbare informatie te verkrijgen.

“Mijn enige voorkeur is een klein pandje waar je naartoe kan gaan en waar je wat informatie kan halen. Er is helemaal niks meer. Ik bedoel een of twee medewerkers in een klein gebouwtje. Dat je rechtstreeks mond tot mond bij iemand terecht kan. Ik woon in [plaats]. En ik denk aan de ouderen die wonen in [plaatsen] Die moeten allemaal naar [plaats ver weg]. Die oudjes moeten allemaal een taxi bestellen om naar [plaats] te gaan.” (Kees)

De informatievorm sluit niet altijd goed aan

Het merendeel van de respondenten geeft aan dat de informatievorm maakt dat zij geen of minder toegang hebben tot zorg, verzekeren of gezond leven. Zo benoemen respondenten allereerst dat het bijna niet meer mogelijk is om aan actuele informatie te komen als je geen computer of telefoon met internet hebt. Mensen met weinig geld of beperkte digitale vaardigheden, hebben hierdoor minder toegang tot informatie. Daarbij komt dat veel respondenten het moeilijk vinden om

online de juiste informatie te vinden doordat de vorm niet aansluit. Sites zijn niet altijd overzichtelijk doordat er veelal gebruik wordt gemaakt van *links*, en de manier waarop informatie over verschillende pakketten wordt gepresenteerd is niet overzichtelijk.

“Je moet internet en een computer of smartphone hebben want anders kom je eigenlijk niet meer aan informatie. Meestal kan het wel opgestuurd worden, maar daar zijn ze niet meer op ingesteld. Dat is best een probleem.” (Tessa)

Op internet vindt Ivana het moeilijk om de juiste informatie te vinden omdat er heel veel verschillende links zijn. Een website zou wel het beste zijn benoemt respondent, maar voor oude mensen is dit weer moeilijker omdat zij niet altijd een computer hebben.

“Het is best een oerwoud waar je in terecht komt en de informatie vandaan moet halen.” Tessa geeft met name aan dat het (pakketten en zorgverzekeraars) allemaal erg op elkaar lijkt waardoor het moeilijk is om de juiste keuzes te maken.

De contactvorm sluit niet altijd goed aan

Ten slotte geven een aantal respondenten aan dat de contactvorm³ niet altijd aansluit waardoor de beschikbaarheid belemmerd wordt. Zo geven een aantal respondenten aan dat dat zij lang in de wacht staan wanneer zij telefonisch contact opnemen met zorgverleners of de zorgverzekeraar. Ten slotte vormt het telefonische keuzemenu voor een groep respondenten een drempel omdat dit te ingewikkeld is.

“Je staat vaak wel lang in de wacht, en dan na een kwartier krijg je vaak toch je antwoord niet. Ik begrijp online wel snel.” (Jamila)

3. Zie ook 4.4. De contactvorm heeft invloed op de toegankelijkheid en passendheid.

Behoeften / aangedragen oplossingen

Hieronder beschrijven we twee verschillende suggesties die respondenten meegeven op het gebied van beschikbaarheid van zorg, gezond leven en verzekeren:

1. Maak gebruik van toegankelijke informatie- en contactvormen

Een groot deel van de respondenten heeft behoefte aan toegankelijke informatievormen. Dit betekent voor hen dat er gebruik wordt gemaakt van overzichtelijke sites waarbij niet teveel links worden gebruikt. Ook benoemen zij dat het behulpzaam zou zijn als het telefonisch keuzemenu versimpeld wordt zodat zij niet afhaken alvorens ze iemand aan de lijn krijgen. Voor een deel van de respondenten is het van belang dat de informatie niet alleen online, maar ook op papier wordt aangeboden. Hiermee wordt namelijk een groep mensen die niet digitaal vaardig is uitgesloten van betrouwbare informatie.

“Duidelijke online informatie over welke zorg en welke diensten wel en niet vergoed worden. Zonder allemaal links. Ook zou het helpen als je sneller wordt doorverbonden naar de juiste persoon.” (Ivana)

2. Laagdrempelige informatiepunten, buurthuizen en zorgverleners dichtbij in de wijk

Het merendeel van de respondenten onderstreept het belang van fysieke plekken waar zij andere mensen kunnen ontmoeten of gebruik kunnen maken van preventief aanbod.

Voorbeelden hiervan zijn fitness-scholen en buurthuizen waar cursussen worden aangeboden. Het gaat hierbij ook om zorgverleners dichtbij in de wijk. Oudere en/of laaggeletterde mensen hebben daarnaast behoefte aan een fysieke plek waar zij informatie kunnen krijgen over uiteenlopende zaken, zoals wat vergoed wordt en naar welke zorgverlener zij het beste toe kunnen gaan.

Tessa merkt vanuit eigen ervaring en vrijwilligerswerk hoe belangrijk het Huis van de wijk is. Met name doordat het een plek is voor iedereen en de laagdrempelige insteek: *“Zo komen mensen met elkaar in contact en bouw je een sociale cirkel op. Je kunt elkaar helpen en mensen uit hun isolement helpen.”*

4.3 Begrijpelijke toegang

In deze paragraaf beschrijven we de belemmeringen die respondenten ervaren op het gebied van begrijpelijke informatie en dienstverlening. Hierbij gaat het om drie verschillende soorten belemmeringen die we achtereenvolgens beschrijven:

- Onduidelijk waarom zaken wel of niet buiten pakket vallen en waar je recht op hebt
- De inhoud van informatie is te ingewikkeld
- Het te bewandelen pad is onduidelijk

Onduidelijk waarom zaken wel of niet buiten pakket vallen en waar je recht op hebt

In vrijwel elk gesprek komt naar voren dat het voor respondenten niet duidelijk is wat vergoed wordt binnen het afgesloten pakket en waarom het wel of niet vergoed wordt. Zo worden bepaalde merken medicatie wel vergoed, maar andere merken met dezelfde werkzame stoffen niet. Ook benoemen respondenten dat zorg en ondersteuning in alleen in bepaalde gemeenten wordt vergoed. Het is voor hen niet duidelijk waarom dit het geval is en waar zij recht op hebben. Opvallend is dat met name de Marokkaanse vrouwen in het onderzoek veel leunen op hun kinderen die e.e.a. voor hen uitzoeken. Hierdoor lukt het deze groep om uiteindelijk aan informatie te komen. Voor mensen zonder netwerk of een netwerk dat niet beschikbaar is, blijven deze zaken onduidelijk:

“Ik vind het moeilijk te begrijpen wat er in zit en wat niet. Onze dochters zijn druk met hun eigen leven. Ik laat het gewoon.” (Mina)

"Waarom moet ik steeds zoveel betalen voor medicijnen? Ik ben toch verzekerd? Ik moet steeds bijbetalen." (Yasmina)

"Het is niet altijd duidelijk omschreven. Er staan vaak te veel dure woorden in. Het is niet gewoon op z'n plat Hollands geschreven." (Kirsten)

De inhoud van informatie is te ingewikkeld

De onduidelijkheid over wat wel en niet vergoed wordt, komt voort uit informatie die te ingewikkeld is voor een groot deel van de respondenten. De polisvoorwaarden zijn niet voor iedereen begrijpelijk door ingewikkelde taal. Dit geldt ook voor de beschikbare online informatie over een bepaalde zorgverzekeraar of een bepaald pakket. Hierdoor is het voor een groot deel van de respondenten moeilijk om te besluiten welk pakket en welke zorgverzekeraar het beste bij hen past. Ook benoemen respondenten dat informatie over gezond leven en behandelingen regelmatig in vakjargon wordt beschreven of uitgelegd waardoor het moeilijk te volgen is. Dit geldt ten slotte ook voor bijsluiters van medicatie.

"Het is lastig om te weten waar je recht op hebt. Alleen een polisblad krijg je. Je hebt geschoolde mensen en ongeschoold. Bepaalde woorden die ze gebruiken die begrijpt niet iedereen. Ik volgde de opleiding tot apothekersassistente dan snap je die taal sneller. Het gebeurt dat mensen een half uur aan de lijn zijn en dan de uitleg nog niet begrijpen." (Jamila)

"Dat is best wel lastig. Ik heb een paar burn-outs gehad. Ik kan ook geen boek meer lezen bijvoorbeeld. Het moeten dus ook geen lappen tekst zijn of iets dergelijks. Gewoon luid en duidelijk in gewone taal. Nu ben ik nog wel redelijk slim, maar er zijn ook mensen die een laag IQ hebben. Ik kan me heel goed voorstellen dat het een groot struikelblok vormt. Het is ook een beetje beangstigend om informatie te vragen. Als je diep in je hart weet dat je het wilt weten, maar toch weet dat je het niet gaat snappen." (Tessa)

Het te bewandelen pad is onduidelijk

Enkele respondenten stippen aan dat het voor hen onduidelijk is bij wie ze met een bepaalde vraag terecht kunnen. Zo benoemen respondenten dat het niet duidelijk is of ze meteen naar de fysiotherapeut kunnen of dat zij eerst een verwijzing van de huisarts nodig hebben. In sommige gevallen is een verwijzing wel nodig, maar in andere gevallen weer niet. Voor een deel van de respondenten zit hier geen logica achter, waardoor ze in het duister tasten. Het overgrote deel lukt het uiteindelijk om bij de juiste hulpverlener te komen doordat zij door een huisarts of assistente op weg worden geholpen. Een kleiner deel komt door de onduidelijkheid niet tot het zetten van stappen:

Ivana weet niet waar ze terecht moet met zorgvragen. Soms moet ze eerst naar de huisarts, in een ander geval kan ze meteen naar de zorgverlener. Het roept verwarring op en het zorg ervoor dat ze niet tot het zetten van stappen komt: *"Niks, ik weet niet aan wie ik het kan vragen." (Ivana)*

Mariam hoorde van haar fysiotherapeut dat een matras vergoed wordt als je schouderklachten hebt. Deze fysiotherapeut zou het voor Mariam op een briefje schrijven, maar is nu niet meer werkzaam. De nieuwe fysiotherapeut van respondent heeft hier niet eerder van gehoord. *"Ik weet niet waar ik naartoe moet gaan. Ik wil vragen om een nieuw matras, maar waar?"*

Behoeften / aangedragen oplossingen:

Hieronder beschrijven we de behoeften en oplossingen van de respondenten op het gebied van begrijpelijke informatie en dienstverlening.

1. Meer duidelijke, eerlijke en betrouwbare informatie over vergoedingen zorgverzekering.

Bijna alle respondenten benoemen dat zij behoefte hebben aan duidelijke en betrouwbare informatie over wat vergoed wordt. Voor iets meer dan de helft van de respondenten gaat dit om betrouwbare online informatie. De rest van de respondenten heeft behoefte aan papieren informatie. Zij opperen een overzichtelijke online pagina of een papieren boekje met polisvoorwaarden. Hierbij is het belangrijk dat er makkelijke taal en niet te veel tekst wordt gebruikt en dat het duidelijk is wie zij kunnen bellen bij vragen. Respondenten hebben daarnaast behoefte aan betrouwbare informatie over zorgverzekeringen en de verschillende pakketten zodat zij een weloverwogen keuze kunnen maken over wat het beste bij hen past. Ook hierbij is het voor respondenten belangrijk dat zij kunnen bellen naar een medewerker bij vragen of dat zij langs kunnen gaan voor advies als zij er zelf niet uitkomen.

"Ik zou het fijn vinden als alles open en eerlijk is. Bijvoorbeeld: je bent verzekerd tot dit bedrag. Nu is het vaak als je het op gaat zoeken: jaaa.... Je bent verzekerd maar die wordt niet door ons vergoed. Potverdorie! Ik ben verzekerd voor osteopathie maar niet voor die. Zo voelt het toch als een addertje onder het gras. Vrije zorgkeuze! Maar alleen als je voor die van ons kiest. Waar ik vooral behoefte aan heb is eerlijkheid. Ik denk dat VGZ daarop kan scoren. Ze hoeven niet de goedkoopste te zijn of de inclusiefste". (Patricia)

"Dat je in gewoon Hollands een informatiepakket krijgt thuisgestuurd waarin eenvoudig in staat wat je kunt verwachten van je verzekering bij ziekenhuiskosten, de tandarts enzo. Het zou ook fijn zijn als ze eenvoudige informatie delen welk pakket je het beste kan kiezen als je bijvoorbeeld slechte tanden hebt. Ik heb al jaren geen polisblad binnen gehad. Ik zou het me niet voor de geest kunnen halen. Misschien alleen online?" (Kirsten)

Het is volgens respondenten daarnaast van belang om duidelijke en betrouwbare communicatie in te bedden binnen de hele dienstverlening van een zorgverzekeraar. Hierbij gaat het om eenvoudige brieven en online informatie, maar ook om begrijpelijke taal aan de telefoon. Ook benoemen respondenten dat het van belang is dat zorgaanbieders hier rekening mee houden. Bijvoorbeeld bij bijsluiters van medicatie:

"Brieven moeten eenvoudiger, geen abracadabra taal. Maar gewone taal. Hou het laagdrempelig. Idem voor bijsluiters van medicatie. Informatie op internet is te moeilijk." (Kees)

"Het moet korter zijn ja. Ik zal je eerlijk zeggen, ik heb nog geen enkele polis in mijn leven gelezen. [...] Het is gewoon heel erg veel. Het is te veel en gewoon niet duidelijk." (Anna)

2. Database met betrouwbare informatie over gezondheid

Een groot deel van de respondenten heeft naast informatie over de zorgverzekering ook behoefte aan betrouwbare informatie over gezond leven en zelfzorgmogelijkheden. Respondenten benoemen dat er veel informatie te vinden is, maar zij vinden het lastig te beoordelen welke informatie betrouwbaar is en niet alle informatie is begrijpelijk. Het zou hen helpen als een zorgverzekeraar objectieve informatie deelt over preventiemogelijkheden zoals gezond eten en sporten. Opnieuw heeft een deel behoefte aan online informatie en een ander deel heeft behoefte aan papieren informatie.

"Ik zou graag informatie van de zorgverzekering willen over gezond leven. Wat is de beste methode? Kun je ook te snel zwaar sporten bijvoorbeeld? Ik kan daar wel wat hulp bij gebruiken." (Patricia)

"Ik ben goed thuis op internet en ik kijk veel rond en dat help me heel erg. Ik zou best graag bij een ziektekostenverzekering een databank willen hebben met betrouwbare en laagdrempelige informatie.

Bijvoorbeeld over zelfzorg. Dat vind ik heel belangrijk. Als mensen goed de weg weten in zelfzorg, dan kom je denk ik een heel eind. [...] Ik denk dat het niet gek is als een zorgverzekeraar dit organiseert. Dat laat ook een bepaalde betrokkenheid zien" (Tessa)

kanker krijg. Ik heb al eerder kanker gehad. De dokter wil eerst een biopt nemen, maar de vorige keer bleef het weken bloeden. Dat wil ik niet. Ik heb gezegd dat ik niet naar de afspraak kom." (Linda)

Mevrouw K krijgt vaak medicatie voorgeschreven die ze niet binnen kan houden omdat ze een slechte maag heeft: "Ze proberen je te pushen. Je hebt een laag ijzer dus je moet pilletjes. Maar ik weet zelf wat ik binnen kan houden. Het is zonde."

4.4 Passende toegang

In deze paragraaf beschrijven we de belemmeringen op het gebied van passendheid die naar voren komen uit de gesprekken met de respondenten. Met passendheid doelen we op zorg en ondersteuning die aansluit bij de omstandigheden, behoeften en mogelijkheden van de doelgroep. Het gaat om drie verschillende belemmeringen binnen het thema passendheid:

- Gemis aan persoonlijke contact en afstemming.
- Gebrek aan vertrouwen
- Geen continuïteit van zorg

Gemis aan persoonlijk contact en afstemming

Allereerst beschrijft een groot deel van de respondenten situaties waarin zij persoonlijk contact en afstemming missen. Dit horen we met name in het contact met zorg- en hulpverleners. Respondenten missen een passende behandeling of informatie doordat niet altijd wordt gekeken naar wensen en mogelijkheden. Respondenten benoemen dat zij regelmatig een algemeen advies krijgen, maar missen maatwerk. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om cultuurgevoelige begeleiding en communicatie.

"Ze [de gynaecoloog] zegt dat ik dan in de overgang kom, maar ik ben al in de overgang geweest. Ik heb steeds verkeerde uitstrijkjes en ben bang dat ik weer >>

Een aantal respondenten benoemt daarnaast dat de manier van contact vanuit de zorgverzekeraar niet aansluit bij hun wensen. De ene respondent heeft behoefte aan schriftelijke communicatie, de andere respondent juist online communicatie en weer een andere respondent zou graag communiceren via WhatsApp. Wanneer de communicatievorm niet aansluit bij hetgeen zij kunnen en willen, loopt een zorgverzekeraar het risico dat de informatie niet overkomt.

"Contact opnemen via de telefoon heeft voor mij geen nut omdat ik slechthorend ben. Via de mail kan wel. Of whatsapp, maar ja dat doen ze dan weer niet. [...] Weetje, ik ben heel onzeker geworden door mijn slechthorendheid." (Linda)

Eén respondent noemt daarnaast dat de zorgverzekeraar bij het afbetalen van schulden niet altijd rekening houdt met de mogelijkheden van de burger:

"Ik roep dit eigenlijk al jaren, maar als je een uitkering hebt en je hebt een schuld bij een zorgverzekeraar, dan kun je dit in principe zelf nooit oplossen. De meeste mensen houden maar 100 of 200 euro per maand over. Dat gaat gewoon niet als je ook nog een schuld moet aflossen. Je hebt hulp nodig, maar er wordt niet verteld dat de gemeente je hierbij kan ondersteunen." (Kirsten)

Gebrek aan vertrouwen

Ten tweede horen we van bijna de helft van de respondenten dat zij weinig vertrouwen en erkenning ervaren vanuit hulpverleners. Zij hebben het gevoel dat hun klachten niet serieus worden genomen en/of dat niet naar de oorzaak van problemen wordt gekeken. Twee respondenten benoemen dat preventieprogramma's van de zorgverzekeraar niet aansluiten doordat hierbij ook geen aandacht is voor de oorzaak van problematiek. Door negatieve ervaringen in het verleden mijden zij nu zorg of gaan zij zelf op zoek naar alternatieven.

"Ik mis de erkenning. [...] Het is het zo van; oh ja oogontsteking, ja dan moet je het goed schoonhouden. Ik voel me niet altijd gehoord. Met mijn fibromyalgie kan ik een half jaar vreselijke last hebben, maar dan kunnen ze nog niks vinden. Eigenlijk ga ik zelf eerst op zoek en dan ga ik pas naar de dokter." (Tessa)

"Laat me gewoon gaan. Het is bangmakerij van hen. Als iets gebeurt, gebeurt het. Welke garantie heb ik dat als ik in het ziekenhuis blijf er geen vroeggeboorte komt?" (Jamila)

Linda haakte af met de cursus empoweren en bewegen omdat de coach geen oog had voor haar beperking: *"Ik ga niet meer naar het onderdeel bewegen van de cursus. Ze [de coach] stelde zichzelf niet eens voor! Ze vroeg ook niet of er mensen zijn die minder mobiel zijn. Zo werkt dat niet bij mij hoor. Ik ben gewoon weggelopen."* (Linda)

Geen continuïteit van zorg

Vertrouwen in hulpverleners is voor respondenten belangrijk en voor het opbouwen van een vertrouwensband is continuïteit van zorg essentieel. Zo heeft een groot deel van de respondenten behoefte aan een vaste huisarts/hulpverlener die hen goed kent en daardoor goed kan aansluiten. Uit de gesprekken komt echter naar voren dat dit in de praktijk niet altijd het

geval is. Zo benoemt één respondent dat zij steeds een andere huisarts heeft en een andere respondent heeft al maanden geen huisarts omdat er geen enkele praktijk in haar stad plek heeft. Daarnaast benoemen een aantal respondenten dat doorverwijzingen niet altijd soepel verlopen waardoor zij niet de juiste zorg ontvangen.

Linda ervaart veel stress en vertelt dat er vorig jaar PTSS is geconstateerd. Ze vertelt dat de behandeling voor de woedeaanvallen die hierbij horen niet geholpen heeft. *"Ze zegt dat ik tot tien moet tellen, maar denk je dat ik daaraan denk als ik een woede-aanval heb? Dat schiet niet op. Ze heeft me ook niet verder doorverwezen. Ik wil er graag hulp voor, maar ik word toch steeds doorverwezen. Dat heeft geen nut."*

"Ik had vroeger altijd een vaste dokter, maar die is nu met pensioen. Dat is wel lastig." Roan vertelt dat hij Temazepam kreeg van zijn huidige huisarts om beter te slapen, terwijl hij vroeger verslavingen heeft gehad. *"Mijn oude dokter zou mij dit niet geven omdat hij mij goed kende. Maar nu schipper ik steeds tussen andere dokters. Ik ken ze geen van allen."*

Mevrouw K vertelt dat de kraamzorg anders is gelopen dan afgesproken. Onaangekondigd kwam er een andere collega na de eerste dag. Het was een zzp-er en ze hadden het druk. *"Als ik het wist dan had ik het misschien oké gevonden. Dan was het fijn dat het was besproken."*

Behoeften / aangedragen oplossingen

Ook op het gebied van passendheid hebben de respondenten in de gesprekken meerdere behoeften en oplossingen aangegeven. Deze oplossingen beschrijven we hieronder:

1. Behoeftte aan open communicatie en persoonlijk contact

Het merendeel van de respondenten heeft behoefte aan persoonlijk contact vanuit de zorgverzekeraar. Opvallend

is dat een groot deel van de respondenten het prettig vindt als een zorgverzekeraar op een proactieve manier contact zoekt. Bijvoorbeeld door te bellen over of het pakket nog steeds bevalt en/of mensen vragen hebben. Om de proactieve houding zo goed mogelijk aan te laten sluiten, benoemen respondenten dat het fijn zou zijn als een zorgverzekeraar vraagt op welke manier zij het beste contact kunnen opnemen. Via de post, WhatsApp of telefonisch.

“Misschien een keer per jaar een belletje of een brief of het pakket nog steeds goed is of dat er misschien vragen zijn. Gewoon een keer per jaar kijken of het pakket nog passend is of dat er iets aangepast moet worden. Er zijn veel mensen die gemakzuchtig zijn en bij hetzelfde blijven, maar soms past het dan niet meer.” (Kirsten)

Een voorwaarde voor persoonlijk contact is echter dat respondenten de zorgverzekeraar vertrouwen. Respondenten noemen dat het van belang is dat een zorgverzekeraar niet belerend is (zie ook 4.1), luistert zonder meteen te oordelen, rekening houdt met de wensen en mogelijkheid van de burger - en indien dit niet kan helder uitlegt waarom dit niet kan. Daarnaast noemen respondenten dat een zorgverzekeraar kan aansluiten door zich te verdiepen in laaggeletterdheid, cultuurverschillen en wat het voor mensen betekent als zij in forse schulden leven. Respondenten hebben daarnaast ook behoefte aan persoonlijk contact en maatwerk vanuit zorgverleners en gemeentelijke instanties. Ook hierbij wordt proactiviteit op prijs gesteld, mist het op een zorgvuldige en passende manier gebeurt.

“Laaggeletterdheid moet onder de aandacht worden gebracht bij huisartsen. Hoe kunnen zij dat doen? Een huisarts moet doorverwijzen. Als mensen niet kunnen schrijven, dan lopen ze tegen een lamp.” (Kees)

2. Preventie vanuit zorgverleners, maar ook vanuit zorgverzekeraar

Naast een database aan informatie over gezond leven, heeft een groot deel van de respondenten behoefte

aan fysieke programma's zoals stoppen met roken en ondersteuning bij overgewicht. Respondenten noemen dat het van belang is dat de zorgverleners en zorgverzekeraars hierbij aandacht hebben voor de oorzaak van de problemen. Alleen dan kan passende ondersteuning geboden worden. Daarnaast hebben sommige respondenten meer intensieve en langdurige begeleiding nodig dan anderen als het gaat om gezond leven, bewegen en eten. Zij noemen daarom dat het belangrijk is dat hier onderscheid in wordt gemaakt. Voor respondenten is het belangrijk dat zorgverleners op de hoogte zijn van programma's zodat zij hen kunnen doorverwijzen.

“Ik vind het fantastisch dat het bestaat [programma empowerment en bewegen]. Toen begon ik me eigenlijk al sterker te voelen. Ik was niet klaar met mijn psychische problemen, maar ik had wel weer zin om iets te gaan doen. Toen ben ik begonnen als gastvrouw in het huis van de wijk.” (Tessa)

“Ik ben naar een stoppen-met-roken-programma geweest. Maar ja. Kijk om te stoppen met roken moet je het echt willen. Maar als je zoals ik in de problemen zit. Met stalking en bedreiging en andere problemen die opgelost moeten worden, dan heb je er geen zin in. Sigaretten roken is iets wat je helpt. [...] Er moet naar de wortel van problemen gekeken worden. Dat is altijd belangrijk.” (Ivana)

4.5 Invloed systeemwereld op toegang

Ten slotte gaan we in deze paragraaf in op de belemmeringen die respondenten ervaren door de invloed van de 'systeemwereld'. Hieronder verstaan we situaties waarin respondenten door procedures, wetten en regelgeving in het systeem in de knel zijn gekomen. Hierbij gaat er om twee verschillende soorten belemmeringen:

- Verwachtingen over zelfredzaamheid zijn te groot
- Rechthoofdigheid van instanties

Verwachtingen over zelfredzaamheid zijn te groot. Uit de gesprekken met de respondenten blijkt dat veel instanties en organisaties te hoge verwachtingen hebben over de zelfredzaamheid van mensen. Zoals in de vorige paragrafen besproken is, hebben veel respondenten moeite om zelfstandig informatie te vinden over zorg, gezond leven en de zorgverzekering. Een aantal respondenten noemt dat hun gevoel van eigenwaarde hierdoor steeds verder afbrokkelt. Ook is het voor een deel van de respondenten te ingewikkeld om zelf betalingsregelingen te treffen bij achterstanden. Respondenten met een netwerk of een hulpverlener die zij vertrouwen, kunnen bij hen terecht voor advies en ondersteuning. Een deel van de mensen die wij spraken, heeft dit niet. Hierdoor zijn zij op zichzelf aangewezen en komen zij in de knel.

"Ik had 10 cent te kort op de rekening want ik had mijn rekening veranderd. Dit is 200 euro geworden! Ik hoorde er pas van toen het 200 euro was." (Yasmina)

Rechtlijnigheid van instanties

Daarnaast benoemt een aantal respondenten dat instanties zich op starre wijze aan eigen procedures, regels en wetgeving houden zonder oog te hebben voor persoonlijke omstandigheden van mensen. Zo noemt een respondent dat het bij onwetendheid over financiële regelingen van de gemeente niet mogelijk is om hier met terugwerkende kracht voor in aanmerking te komen. Ook horen we dat de zorgverzekeraar niet altijd rekening houdt met het inkomen van mensen bij betalingsregelingen. Hierdoor houden mensen o.a. te weinig geld over om boodschappen te doen en gezond te leven. Daarnaast benoemt een respondent aan dat zij elk jaar opnieuw de gemeentepolis moet aanvragen.

Linda vertelt echter dat er twintig jaar geleden een fout is gemaakt en dat ze eigenlijk in de Wajong had moeten zitten. Daardoor loopt ze nu veel geld mis. *"Het bijstandsniveau is natuurlijk niet zo veel. Ik heb ook niet gevraagd om een nummertje voor al die ziektes zodat ik lekker in de bijstand kan."*

Maya loopt regelmatig tegen dingen aan die niet vergoed worden. Zo is haar zicht veranderd van +7 naar -1,5. Maar deze verzekering vergoed alleen een bril vanaf -2. Dat is dan wel een verrassing voor haar. Geen bril dus...

Hier komt bovenop dat een deel van de respondenten met meerdere organisaties en instanties te maken heeft waardoor zij regelmatig met tegenstrijdige procedures of adviezen opgezadeld worden:

Maya had in het verleden veel psychische problemen. De psycholoog adviseerde haar om haar zoontje naar het kinderdagverblijf te brengen om zo aan zichzelf te kunnen werken. De belastingdienst was het echter niet eens met het recht op kinderopvangtoeslag omdat respondent niet werkte (i.v.m. psychische problemen). Daarom moest ze alle tegemoetkomingen terugbetalen. In een korte tijd stortte haar fragiele kaartenhuis in. Ze kon geen slecht nieuws meer hebben en heeft een tijd haar post niet opengemaakt. Hierdoor werden de problemen steeds groter.

Ook horen we van enkele respondenten dat zij steeds opnieuw verantwoording moeten afleggen bij gemeentelijke instanties, hulpverleners en de zorgverzekeraar. Een voorbeeld hierbij is dat een respondent meermaals moet uitleggen waarom zij recht heeft op bepaalde hulpmiddelen. Hierdoor groeit het wantrouwen in instanties.

"Ik heb nu ook problemen met VGZ. Ik loop op verband omdat ik geen vlees meer onder mijn voeten heb. [...] Ik gebruik dat verband al twintig jaar nu. Normaal gaat dat via de apotheek, maar VGZ heeft opeens gezegd dat het nu via Mediq gaat. Als ik het dan bestel willen ze weer weten waarom ik het moet krijgen."

Anders krijg ik het niet. Moet ik dat dan elke keer blijven zeggen? Dat wordt mij ook een beetje te veel hoor. Ze vragen dan elke keer of die wonden niet dicht gaan. Nee, die gaan dus nooit meer dicht. Ik heb contact gehad met VGZ, maar ze doen er niks aan.”
(Linda)

voor maatwerk. Dit kan door aan mensen te vragen welke contactvorm bij hen aansluit.

In algemene zin verwijzen we naar de website van Pharos waar veel instrumenten staan om inwoners beter te bereiken en te betrekken. Deze instrumenten gelden ook voor zorgaanbieders.

Behoeften / aangedragen oplossingen

Op het vlak van de invloed van de systeemwereld dragen respondenten minder concrete oplossingen aan. Dat is niet vreemd, het gaat immers vaak over *‘wicked problems’* waarbij verschillende belangen en perspectieven spelen. Hierdoor is het niet eenvoudig om tot een oplossing te komen. In hoofdstuk 6 gaan we in op overstijgende kansen voor verbetering, waarin we de invloed van de systeemwereld een plek geven.

4.6 Het bereiken van de doelgroep

Binnen de verschillende belemmeringen komt communicatie meerdere keren naar voren. Respondenten hebben het over begrijpelijk contact, passend contact en toegankelijk contact. Hierbinnen noemen respondenten verschillende communicatievormen zoals papieren communicatie, communicatie via sociale media, de telefoon en fysieke kantoren waar respondenten naartoe kunnen. Een groot deel van de respondenten geeft aan dat zij het prettig vinden als VGZ contact opneemt over welke manier van contact bij hen aansluit. Op deze manier kan communicatie in de toekomst aansluiten op de wensen en mogelijkheden van verzekerden. Door de kwalitatieve opzet van dit onderzoek is het niet mogelijk om voor verschillende subdoelgroep aan te geven welke communicatievorm aansluit. Wel valt het op dat laaggeletterde mensen en oudere mensen voorkeur geven aan papieren of fysieke communicatie. Een aantal relatief jonge respondenten benoemen juist dat Whatsapp of internet voor hen zou werken. Een oudere respondent benoemt expliciet dat ze contact wil via Whatsapp omdat ze slechthorend is. Voorbeelden zoals het laatste pleiten

5. Positieve ervaringen met toegang tot zorg, gezond leven en verzekeren

Hoewel de doelgroep met name te maken heeft met veel belemmeringen, benoemen zij ook een aantal zaken waar zij tevreden over zijn en/of die goed georganiseerd zijn. In dit hoofdstuk schetsen we deze positieve verhalen aan de hand van de onderstaande drie thema's⁴.

5.1 Toegang tot zorg

Bijna de helft van de respondenten is door wisselingen van huisartsen en een beperkt gevoel van vertrouwen niet tevreden over deze zorg. De andere helft van de respondenten benoemt juist dat de huisarts een belangrijke rol voor hen vervult. Zo informeert de huisarts hen op passende wijze, denkt de huisarts mee over behandelingen en verwijst goed door. Voor veel respondenten is het van belang dat zij een vaste huisarts hebben. Dit lijkt voor een groot deel van de respondenten een voorwaarde voor een vertrouwelijke relatie met de huisarts.

"Ik heb de beste huisarts ooit. Zij denkt met me mee en draagt actief dingen aan. Zij kwam met een activerings- en beweegaanbod. Is vanuit Rotterdam voor mensen die aanspraak en tips nodig hebben." (Maya)

"Ik heb nu wel een hele fijne huisarts. Die hiervoor was ook heel fijn. Hij dacht mee wat goed was om te eten voor mij. Hij is nu met pensioen. Daarna kreeg ik meerdere huisartsen, maar ik wilde een vaste. Dat heb ik toen zelf geregeld." (Linda)

Patricia komt niet vaak bij de huisarts, maar haar ervaring is in het algemeen goed. Ze vertrouwt de HA volledig en als er iets is zou ze als eerste naar hem gaan. Hij verwijst goed door. Ze voelt geen schroom om erbij te zeggen dat ze een klein budget heeft en dat het een vergoede zorgverlener moet zijn. Als hij zou doorverwijzen naar niet-vergoede zorg zou ze naar HA teruggaan.

Naast ondersteuning van de huisarts horen we van enkele respondenten dat hulpverleners in het sociale domein hen passend ondersteunen bij zorgvragen en bij administratieve vragen. Dit is met name belangrijk voor mensen met een beperkt sociaal netwerk of een netwerk dat niet kan ondersteunen.

"De EMDR-behandeling is eigenlijk ook via de sociale dienst gegaan. Die zitten daar ook mee in. Die bellen dus ook gewoon één keer in de zoveel tijd op om te horen hoe het met mij gaat. Ik heb toen ik hier net kwam wonen ook verschillende gesprekken met hen gehad." (Kirsten)

Mariam haar dochters doen de administratie maar dat gaat niet zo goed omdat ze weinig tijd hebben. Daarom gaat ze naar het huis van de wijk voor ondersteuning: *"maar ik komen naar [naam huis van de wijk] waar mensen helpen"*.

4. Ook hierbij is het van belang om je te realiseren dat de belemmeringen met elkaar samenhangen en niet uitsluitend onder toegang tot zorg, gezondheid of verzekeren vallen.

5.2 Toegang tot gezond leven

Een aantal respondenten die we hebben gesproken is bekend met zelfhulpprogramma's zoals 'stoppen met roken' of 'empowerment en bewegen' en/of hebben deze gevolgd. Het merendeel is hier heel tevreden over. Respondenten zijn blij met de betrouwbare informatie en de cursussen bieden een ingang om op een laagdrempelige manier extra ondersteuning te vragen. Ook biedt het de mogelijkheid om andere mensen te ontmoeten.

"Empowerment en bewegen is een hele goede voor de ziektekostenverzekering. Het houdt mensen echt gezond. Online apps zoals mindfulness zijn ook heel leuk, maar menselijk contact is echt het belangrijkste. Je stimuleert elkaar. Het kan heel gezellig zijn, maar je kunt ook eerder om hulp vragen." (Tessa)

Van enkele respondenten horen we daarnaast dat de gemeente meedenkt bij passende ondersteuning voor kinderen. Een voorbeeld hierbij dat de zoon van een moeder met depressieve klachten naar een medisch kinderdagverblijf kon gaan. Ook benoemen twee respondenten dat hun kinderen op een 'lekker fit'-school zitten waar ze veel aandacht besteden aan gezond leven. Hierdoor zijn de respondenten zelf ook meer bewust geworden van gezonde voeding en bewegen.

De zoon van Maya heeft autisme en het lukte hem niet om zijn zwemdiploma te halen. *"Dat vond ik zo jammer... Dan was hij het enige kindje zonder zwem-diploma".* Maar in de vakantie kreeg Maya opeens een bericht van de gemeente Rotterdam voor gratis een week intensief zwemlessen volgen. Dit hebben ze in de kerstvakantie gedaan en hij heeft het gehaald! Respondent ziet dit *"echt als zorg vanuit Rotterdam".*

5.3 Toegang tot verzekeren

Een aantal respondenten die we hebben gesproken, zijn verzekerd via een collectieve verzekering vanuit de gemeente; de gemeentepolis. Een deel is hier erg tevreden over omdat het hen financiële rust biedt. De premie wordt maandelijks automatisch van hun uitkering afgetrokken waardoor zij geen risico meer lopen op betaalachterstanden.

"Zij zorgen dat het gelijk van mijn uitkering afgehaald wordt en naar VGZ gaat. I.p.v. 1100 krijg ik 800. Dus ik heb ook geen omkijken naar betalen. Ik betaal alleen een keer per jaar 50 euro." [...] "Heel veel mensen kunnen het gewoon niet betalen en raken in de problemen. Zo kun je niet in de problemen raken." (Linda)

"Dan krijg je dus laat maar zeggen voor minder geld de optimale zorg. Dat is denk ik voor de minima van de gemeente. [...] Ik vind het ideaal dat ze het al van mijn inkomen afhouden want dan weet ik dat ik altijd goed verzekerd ben en dat ik geen schuld kan opbouwen. Ik heb vroeger best vaak schulden gehad." (Kirsten)

"Over het algemeen worden kosten meteen bij de zorgverzekeraar in rekening gebracht. Dat vind ik erg prettig omdat ik niet voor niets in de schuldhulpverlening zit. We waren best laks met een aantal dingen. Dat is dan in ieder geval geregeld. Je hoeft er niet achteraan te gaan." (Tessa)

Van enkele respondenten horen we dat de app vanuit de zorgverzekering prettig is. Het werkt erg makkelijk; bijvoorbeeld bij het declareren van kosten en daarnaast biedt het in een oogopslag informatie. Eén respondent noemt expliciet dat de app van VGZ fijn is omdat deze erg duidelijk is.

"Ik vind de app heel makkelijk zeg maar, we krijgen te zien wat je op hebt gemaakt of wat je nog gebruikt. Mijn vader heeft ook een app van andere zorgverzekeraar, die is helemaal niet duidelijk. Hij komt er niet uit en dat snap ik. Het is echt heel ingewikkeld. Deze vind ik heel duidelijk." (Anna)

Ten slotte horen we van een respondent dat de zorgverzekeraar haar telefonisch goed ondersteunde en meedacht bij een passende behandeling. Uit dit voorbeeld blijkt dat de zorgverzekeraar maatwerk biedt binnen de ondersteuning.

Patricia voelt schroom om te bellen. Maar die keer dat ze VGZ telefonisch om hulp vroeg, voelde ze zich goed geholpen. Het was VGZ die voorstelde om het vervangen van haar tanden door het ziekenhuis te laten doen, omdat het dan volledig vergoed zou worden. Bij de tandarts waren haar kosten opgelopen tot het maximale verzekerde bedrag.

6. Waar liggen kansen voor verbetering?

Op basis van de typen belemmeringen die de respondenten in de gesprekken benoemen, hebben we een aantal aanbevelingen geformuleerd voor hoe VGZ een bijdrage kan leveren aan het verkleinen van gezondheidsverschillen. De aanbevelingen hebben als doel om het aanbod van VGZ beter af te stemmen op de populatie met grote gezondheidsachterstanden. De aanbevelingen betreffen de verbetering van de toegang op het gebied van betaalbaarheid, beschikbaarheid, begrijpelijkheid, passendheid en de invloed van de systeemwereld. Met deze aanbevelingen kan VGZ direct zelf aan de slag.

Tegelijkertijd biedt VGZ – en elke andere verzekeraar – de zorgverzekering aan in een context van nationaal beleid en is ze ook gehouden aan landelijk geldende afspraken over vergoedingen. De gezondheidsproblemen van verzekerden in een sociaal kwetsbare positie en de belemmeringen die zij ervaren met de toegankelijkheid van de zorg en zorgverzekering kunnen echter niet los van de systeemwereld gezien worden. Vandaar dat we dit hoofdstuk beginnen met aanbevelingen ten aanzien van deze bredere context.

6.1 Aanbevelingen in bredere context: visie en beleidsontwikkeling

De bevindingen van verzekerden bieden verbetermogelijkheden voor de uitvoering van de primaire taken, maar óók voor beleidsontwikkeling in de organisatie. De genoemde verbeteringen gelden voor alle primaire processen van VGZ en kunnen in samenhang besproken worden. Vooral zo'n gezamenlijk gesprek over toegang tot zorg, tot gezond leven en verzekeren leidt tot inzicht en biedt de mogelijkheid om in de eigen werkzaamheden tot verbeteringen te komen. Verbeteringen in het primaire proces lijken daarnaast geen stand te houden wanneer in de aansturing niet al rekening gehouden wordt met achterliggende mechanismen en complexiteit van gezondheidsverschillen. Het ligt vaak niet binnen

de verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraar om de achterliggende mechanismen te beïnvloeden. In dat geval kan met partners, bijvoorbeeld met werkgevers in collectieve verzekeringen of met de gemeente, samengewerkt worden.

We noemen drie aanbevelingen die zorg dragen voor de juiste randvoorwaarden om op een duurzame wijze de aanpak van gezondheidsverschillen in te bedden in het beleid van de organisatie:

Oog voor de complexiteit van gezondheidsverschillen

Als zorgverzekeraar is het van belang inzicht te hebben in het feit dat je onderdeel uitmaakt van een complex landschap van zorg, ondersteuning en regelgeving rondom mensen in kwetsbare omstandigheden. De vaak complexe leefomstandigheden met een stapeling aan problemen, zowel sociaal, financieel als op gebied van gezondheid, vragen om een integrale aanpak. Deze omstandigheden leiden tot langdurige stress en langdurige stress heeft op zichzelf weer grote impact op uiteenlopende fysieke en mentale gezondheidsklachten en op het 'doevermogen' van mensen. Daarnaast hebben mensen in complexe leefsituaties vaak beperkte gezondheidsvaardigheden en zijn ze vaker laaggeletterd. Kennis over deze mechanismen en hoe hier rekening mee te houden in de systeemwereld, kan bijdragen aan meer inclusieve beleidsontwikkeling en uitvoering. De beleidsontwikkeling betreft alle bedrijfsprocessen van de organisatie, zoals inkoop, commercie, klantenservice en communicatie, maar bijvoorbeeld ook begeleiding door een werkgever, een bewindvoerder of de uitkeringsinstantie.

Sturing en draagvlak

Het bijdragen aan het duurzaam terugdringen van gezondheidsverschillen vraagt om bestuurlijk draagvlak en een intern sturingsmechanisme op onder meer borging van de visie, voldoende scholingsbudget, differentiëren in de data naar SES-indicatoren, personeelsbeleid op

diversiteit en inclusie, monitoring en evaluatie van uitkomsten van zorg bij verschillende groepen. Daarnaast is structurele samenwerking met de mensen om wie het gaat (co-creatie met verzekerden) een manier om nieuw beleid, materialen of informatie te toetsen op passendheid, begrijpelijkheid, beschikbaarheid, financiële laagdrempeligheid of andere barrières in het systeem. Hiervoor kan een panel van sleutelpersonen of ervaringsdeskundigen gevormd worden die met enige regelmaat geraadpleegd worden tegen een redelijke vergoeding. Pharos heeft ervaring met inzet van panels en sleutelpersonen en kan hierin adviseren.

>Samenwerking gemeenten en andere partners

Voor de zorgverzekeraar betekent het ook uitbreiding van de samenwerking met gemeenten en afstemming en het mogelijk opbouwen van een partnership met professionals/instanties in het veld zoals UWV, participatiewet, schuldhulpverlening, schuldsanering en het toeslagenstelsel, maar ook met private partners, zoals drogisterijen. Specifiek voor de gemeentepolis geldt dat de samenwerking met gemeenten uitgebreid kan worden, bijvoorbeeld door het nog beter benutten van ondersteuning uit het sociaal domein vanuit de gemeente en dit koppelen aan de gemeentepolis.

Voor grote collectiviteiten biedt samenwerking met gezondheidsprogramma's voor werknemers met beperkte gezondheidsvaardigheden een kans. Dat geldt ook voor samenwerking met programma's op armoede en gezondheid en passend verzuimbeleid gericht op gezondheidsbevordering.

6.2 Verbeteren van de toegang tot zorg, gezond leven en de zorgverzekering

Het verbeteren van de toegang tot zorg, gezond leven en de zorgverzekering draagt bij aan het verkleinen van gezondheidsverschillen. De onderstaande aanbevelingen zijn geformuleerd op basis van oplossingsrichtingen die de respondenten in de gesprekken aandroegen en op basis van een overkoepelende analyse van deze gesprekken.

De aanbevelingen zijn ingedeeld naar de vier dimensies van toegang, te weten betaalbaarheid, beschikbaarheid, passendheid en begrijpelijkheid, en hebben vooral betrekking op de verzekeringen en het contact met VGZ. Deze dimensies van toegang gelden ook voor het zorgaanbod bij bijvoorbeeld huisartsen, ziekenhuizen, apothekers en andere zorgverleners.

Betaalbaarheid

- > Bied heldere informatie en tips voor mensen met financiële problemen die moeite hebben met het betalen van de premie of het eigen risico.** Als daar op de website op een begrijpvolle manier aandacht voor komt, draagt dat bij aan vertrouwen in de dienstverlening van VGZ. Maak het laagdrempelig voor verzekerden om hierover contact op te nemen met VGZ. Dat zou bijvoorbeeld kunnen door een direct doorkiesnummer te vermelden.
- > Houd daarbij rekening met de mensen die door schuldsanering geen aanspraak meer mogen maken op een aanvullende verzekering.** Hierdoor mijden betrokkenen zorg en stijgen de zorgkosten van comorbiditeit voor personen die chronische zorg uit een AV nodig hebben. VGZ komt mensen tegemoet door een alternatief te bieden (zie: <https://www.vgz.nl/bewindvoerders>). Het is de moeite waard te onderzoeken hoe goed dit werkt, of dit voldoende bekend is (ook bij bewindvoerders), en of dit uitgebreid kan worden.
- > Wees als verzekeraar op de hoogte van de mogelijke 'financiële verrassingen' (bijvoorbeeld onverwachte zorgkosten door eigen bijdrage na verwijzing) in de keten waardoor mensen zorg uitstellen of stoppen met de behandeling.** Onduidelijke informatie, misverstanden en miscommunicatie die tot onverwachte kostenposten leiden, hebben invloed op toekomstig gedrag en angst voor onverwachte kosten kan leiden tot zorgmijndend gedrag. Uiteindelijk leidt dit tot verergering van de klachten en tot duurdere zorg. Heldere uitleg over de voorwaarden voor vergoedingen van bepaalde vormen van zorg draagt bij aan vertrouwen.
- > Verken de mogelijkheden om bepaalde vergoedingen in het basispakket en/of de gemeentepolis uit te breiden.** Fysiotherapie, tandarts en medicatie worden het meest genoemd.

Beschikbaarheid van aanbod en informatie

- > *Ga na in hoeverre het (gratis) preventieaanbod in de polis van VGZ ook daadwerkelijk beschikbaar is in de regio's / gebieden waar inwoners met lage sociaal-economische status oververtegenwoordigd zijn.* Beschikbaarheid betekent in dit geval: er is een aanbieder (leefstijlcoach, stoppen-met-roken-begeleider etc.) werkzaam in de meest kwetsbare wijken, deelname vergt geen extra kosten en het aanbod is makkelijk vindbaar en te bereiken.
- > *Breng dit (gratis) preventieve aanbod beter onder de aandacht.* Uit eerder onderzoek naar gebruik van de gemeentepolis van Zilveren Kruis bleek dat het preventieve aanbod (cursussen stoppen met roken, bewegen en afvallen) door de verzekerden bij Zilveren Kruis nauwelijks benut werd. De interviews in deze verkenning laten zien dat dit deels ook opgaat voor de verzekerden van VGZ.
Belangrijkste vragen die mensen beantwoord willen zien: is het aanbod in mijn wijk beschikbaar? Mag ik er gebruik van maken? Is het kosteloos? Bij wie meld ik me aan?
- > *Laagdrempelige informatiepunten dichtbij de mensen: bied naast telefonisch contact of informatie via de website ook mogelijkheden om mensen persoonlijk advies te kunnen geven/vragen te beantwoorden dichtbij huis.* Als voorbeeld zijn zowel locaties ('kantoortje waar je heen kunt gaan') als bijeenkomsten voorgesteld ('een high tea hier in het buurthuis met voorlichting'). Denk aan samenwerking met ontmoetingspunten in de wijk zoals Huis van de wijk, buurthuizen, locaties van buurt- en wijkteams. Vrijwilligers of andere professionals werkzaam in de wijk kunnen hierin een rol spelen.
- > *Informatie via sociale media en in meerdere talen aanbieden:* om bepaalde (migranten)groepen beter te bereiken kan het helpen om op belangrijke onderwerpen filmpjes met begrijpelijke uitleg in meerdere talen op de website te plaatsen.
- > Via kanalen op sociale media (Facebook, Instagram, YouTube) worden bepaalde groepen goed bereikt, maar ook via WhatsApp-groepen. Rolmodellen uit de

eigen groep die een groot bereik hebben onder de achterban kunnen hierin een rol spelen. VGZ kan de eigen sociale mediakanalen en acties onder de loep nemen en verkennen welke kansen hier liggen om het bereik te vergroten.

- > De VGZ App wordt door een aantal mensen als heel handig en prettig ervaren; verken de mogelijkheid tot uitbreiden met informatie over zelfzorgmogelijkheden (o.a. tips bij gezond leven) en maak het gratis preventieve aanbod meer zichtbaar.

Begrijpelijkheid

- > *Investeer in begrijpelijke taal en eenduidige informatie in alle uitingen en kanalen.* Denk aan informatie op de website, taalgebruik in de VGZ App, brieven en folders, informatie over de polis, maar ook de belkeuzemenu's. De beste manier om te garanderen dat de informatie in begrijpelijke taal is opgesteld is door deze **te laten testen door mensen uit de doelgroep** op begrijpelijkheid. Pharos doet dit regelmatig samen met Taalambassadeurs die hier ervaring mee hebben. Taalambassadeurs zijn mensen die zelf laaggeletterd waren en inmiddels hebben geleerd te lezen en schrijven.
- > *Investeer in begrijpelijke aanmelding* bij leefstijl-programma's en bij de huisarts. Digitale aanmelding is voor mensen in een stressvolle omgeving vaak een te hoge drempel. Triage bij huisarts wordt vaak niet begrepen.

Passendheid

- > *Investeer in persoonlijke benadering en proactief handelen:* er wordt nog steeds veel zelfredzaamheid van burgers verwacht, maar er is een grote groep die daar niet aan kan voldoen. Proactief handelen door gemeente en zorgverzekeraar is van belang bij mensen waarvoor het huidige systeem te ingewikkeld is. Opvallend is dat veel mensen deze betrokkenheid juist prettig vinden en het zouden waarderen als de verzekeraar persoonlijk contact opneemt om mensen te adviseren. Persoonlijk contact, vertrouwen en echt gehoord worden (zonder oordeel) is daarbij een voorwaarde.

Onder meer persoonlijke begeleiding bij het kiezen van een verzekering kan een uitkomst zijn voor de mensen die uit gemak of uit onwetendheid jarenlang bij dezelfde zorgverzekering zitten.

- **Kies voor preventieaanbod in de polis met veel persoonlijke begeleiding.** Voor mensen in kwetsbare omstandigheden is meer persoonlijke aandacht en begeleiding nodig om tot gedragsverandering te komen. Het risico is anders dat zij voortijdig afhaken. Aandacht voor versterken van gevoel van zelfcontrole (vertrouwen dat men invloed kan hebben op het eigen gedrag en het veranderen van omstandigheden) en behalen van kleine succesjes is daarbij cruciaal. Bij de keuze voor het wel of niet opnemen van preventief (leefstijl)aanbod zou **als criterium moeten gelden dat het passend en begrijpelijk** is voor de verzekerden in kwetsbare leefomstandigheden met beperktere gezondheidsvaardigheden. Ook belangrijk: meerdere keren per jaar kunnen beginnen aan een preventieaanbod is een belangrijke voorwaarde voor het uiteindelijk doorzetten naar een gezonde leefstijl.

Invloed van de systeemwereld op toegang

- **Wees je ervan bewust dat aannames over de hoge mate van zelfredzaamheid voor een groot deel van de verzekerden niet kloppen.** Door op basis hiervan dienstverlening aan te passen, sluit het aanbod beter aan. Een voorbeeld hierbij is om extra aandacht te besteden aan de begrijpelijkheid en vindbaarheid van betalingsregelingen voor mensen met achterstanden. Juist omdat mensen met financiële stress nog meer moeite hebben om dit zelf te organiseren.
- **Benader mensen vanuit vertrouwen in plaats van wantrouwen.** Dit betekent onder andere niet belerend zijn in dienstverlening en mensen met een open houding benaderen.
- **Realiseer je dat mensen in een complexe leefsituatie zitten waarin meerdere instituties langs elkaar heen werken.** Het coördineren van oplossingen is een taak die actoren rondom een burger met elkaar kunnen afspreken
- **Bouw flexibiliteit in binnen de dienstverlening met oog voor persoonlijke behoeften.** Dit kan bijvoorbeeld door in brieven naar verzekerden waarin verplichte juridische taal opgenomen dient te worden, ook toegankelijke taal op te nemen.