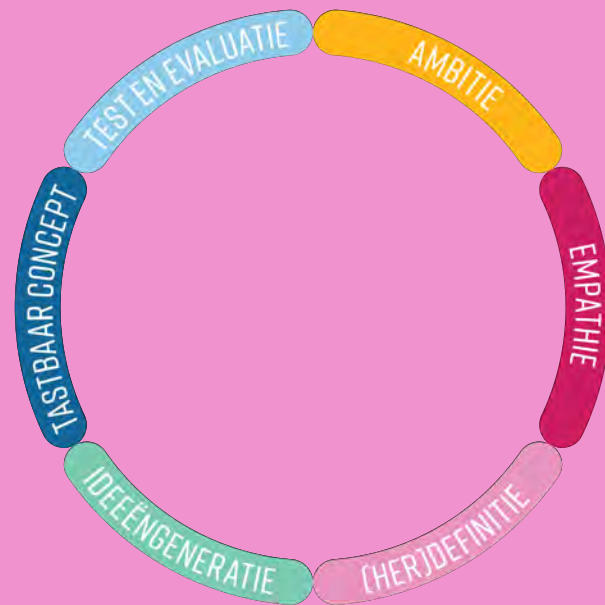


# KEUZEPROCES ZORGVERZEKERING

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ministerie van Financiën en  
Nederlandse Zorgautoriteit

Perspective: Sabine Croes, Annefleur Noom & Richard Alker

2373 v.3.0 | 9 maart 2022



# INHOUD

Achtergrond	p.3	4. Empathie: inertie & passendheid p.18-33	5. Selectie uitdagingen	p.34-39
1. Management samenvatting	p.4- 9	4.1 <i>Empathie fase 1: inertie</i> p.18-27	<i>Herdefinitie fase</i>	
1. Inertie & zorgverzekeringen		Zelfrapportages	Uitdagingen	
2. Passende zorgverzekering		Inertie triggers	BJ Fogg & beïnvloedingsprincipes	
3. Uitdagingen		• Markt & procedures	Ontwerpprincipes	
4. Interventierichtingen		• Ervaring & verwachtingen		
Advies voor vervolg		• Persoonlijk & situationeel	6. Interventie richtingen	p.40-49
2. Public Design Wiel	p.10-12	Inertie reflexen	<i>Ideeëngeneratie fase</i>	
Overzicht aanpak		• Berusting & negeren	Kansrijke richtingen	
3. Inertie theorie	p.13-17	• Blokkade & afkeer	• Ken de basis	
<i>Ambitie fase</i>		• Reflexen per fase	• Aandacht voor eigen polis	
Inertie: een continuüm		4.2 <i>Empathie fase 2: passendheid</i> p.28-33	• Dashboard	
Inertie model		Rationele passendheid	• Alerts & advies	
Inertie fases		Emotionele passendheid	• Baby steps	
Gewenste actie inertien		Switchen vs. Aanpassen	• Aanpassen bij huidige verzekeraar	
		Weinig kennis	• Spijtoptantregeling	
		Zelfreflectie passendheid	Impact / Effort matrix	
			Bijlagen	p.50-54
			Double diamond	
			Overzicht aanpak in details	
			Selectie deelnemers interviews	
			Inhoud van de gesprekken	

# ACHTERGROND

*Zoals bij veel woorden zijn er meerdere **definities** van inertie. In de psychologie wordt vaak gerefereerd aan een vorm van weerstand. In de scheikunde betekent het weer dat een stof niet of zeer traag reageert op andere stoffen. In dit project bedoelen we met inertie dat iemand al 5 jaar of langer niet van zorgverzekeraar is veranderd.*

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het ministerie van Financiën (Fin) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) streven ernaar dat zoveel mogelijk mensen zich vrij voelen om een zorgverzekering te kiezen die bij hen past. Om dit te bewerkstelligen is het goed dat men (1) weet dat men jaarlijks van zorgverzekering kan veranderen, (2) eens in de zoveel tijd nagaat of men nog wel een passende zorgverzekering heeft (en hier geen mentale drempels bij ervaart), en (3) de polis aanpast of overstapt indien men geen passende zorgverzekering meer blijkt te hebben (en hier geen procesmatige drempels bij ervaart).

Recente onderzoeken laten zien dat twee derde van alle verzekerden de afgelopen 7 jaar niet is overgestapt van zorgverzekering. Daarnaast heeft de helft van alle verzekerden zich zelfs niet georiënteerd op overstappen. Deze vorm van inertie hoeft niet problematisch te zijn; het kan immers zijn dat men (bewust of onbewust) een zorgverzekering heeft die bij hen past. Het is dus zeker niet het doel van VWS, Fin en NZa dat alle inerte verzekerden overstappen naar een andere zorgverzekering.

Inertie kan er echter ook voor zorgen dat men niet een zorgverzekering heeft die past. Achter deze vorm van inertie kunnen verschillende redenen zitten. De Ministeries van VWS en Financiën en de NZa willen graag weten welke redenen dit zijn en welke barrières mensen weerhouden om de polis aan te passen of over te stappen naar een zorgverzekering die beter bij hen past. Op basis daarvan dienen (gedrags)interventies te worden ontwikkeld die oorzaken van inertie wegnemen en inerte verzekerden faciliteren in de intentie-, informatie- en actiefase.

Overall / lange termijn doelstelling:

Iedereen – dus ook de inerte verzekerde – voelt zich vrij en is in staat om een zorgverzekering te kiezen die goed bij hen past.

Interne doelstelling ministeries:

Aantonen dat het zorgvuldig inzetten van gedragskennis en de burger centraal stellen duidelijk toegevoegde waarde heeft binnen een traject.

Project doelstelling:

Het identificeren van kansrijke (gedrags)interventies (oplossingsrichtingen) die ertoe bij kunnen dragen dat inerte verzekerden in het keuzeproses worden gefaciliteerd om een passende zorgverzekering te kiezen.

# I. MANAGEMENT SAMENVATTING

Samenvatting van de belangrijkste bevindingen over de volgende vier onderwerpen die zijn verkend:

1. Inertie triggers en reflexen rondom zorgverzekeringen;
2. Criteria passende zorgverzekering;
3. Uitdagingen en kansen die er liggen;
4. Interventierichtingen die het komen tot een passende zorgverzekering stimuleren en faciliteren.



# I. INERTIE & ZORGVERZEKERINGEN

ZIE OOK: P. 18-27

## Inertie triggers en reflexen bij zorgverzekeringen

Bepaalde triggers roepen reflexen (gedrag patronen) op die inertie in de hand werken. Uit de gesprekken met inerte verzekerden zijn onderstaande triggers en reflexen achterhaald. Deze komen terug in verschillende fases van het keuzeprocess: (1) Intentiefase – de fase waarin men de intentie vormt om te onderzoeken of men iets wil aanpassen of wil overstappen, (2) Informatiefase – de fase waarin men informatie zoekt en vergelijkt, (3) Actiefase – de fase waarin men actie onderneemt.

Inertie is dan ook niet simpelweg aanwezig of afwezig: het is een continuüm. Sommige mensen zijn zeer inert, anderen worden inert na enkele stappen in het keuzeprocess. Onderstaande triggers en reflexen zijn gebaseerd op desk research, input van experts en gesprekken met inerte verzekerden.

### Inertie triggers zorgverzekeringen

- Markt & procedures: extra druk door beperkte overstap periode en jaar vast | informatie overload | veel aanbieders en weinig verschillen in aanbod en kosten.
- Ervaringen & verwachtingen: weinig kennis over de huidige verzekering en dekking basisverzekering | geen reden om over te stappen | bang om de verkeerde keuze te maken | geen ervaring met overstappen.
- Persoonlijk & situationeel: zien zichzelf als loyaal of besluiteloos | zien op tegen veranderingen | drukke december maand zorgt voor minder doenvermogen.

### Inertie reflexen zorgverzekeringen

- Berusting: Voor jezelf jouw zorgverzekering goedpraten, zonder zeker te weten of die het meest passend is. Je tevreden stellen met wat je hebt, terwijl er diep van binnen nog wel twijfels zijn.
- Blokkade: Met jezelf in conflict komen omdat je vindt dat je iets moet uitzoeken rondom zorgverzekeringen. Het komt er steeds maar niet van. Het steeds groter maken en daardoor 'bevrozen'.
- Negeren: Zorgverzekeringen en bijbehorende informatie verdringen of het belang ervan relativiseren. Kop in het zand steken.
- Afkeer: Jezelf afkeren tegen het proces: irritatie. De markt en overheid wantrouwen. Het probleem buiten jezelf leggen.

## 2. PASSENDE ZORGVERZEKERING

ZIE OOK: P. 29-34

Twee soorten criteria voor passendheid: rationeel en emotioneel

Het is niet de ambitie van het team geweest om in dit project een sluitende definitie te formuleren over wat een passende zorgverzekering is. Wel is verkend wat inerten verstaan onder passendheid en hoe zij een zorgverzekering op passendheid beoordelen. Uit de gesprekken blijkt dat passendheid van de zorgverzekering is berust op twee aspecten: rationele en emotionele passendheid.

Onderstaande punten zijn gebaseerd op desk research en gesprekken met inerte verzekerden.

### Rationele passendheid

Eerdere studies kijken vooral naar rationele passendheid. Die komt in eerste instantie ook terug bij de gesproken inerten. Zij spreken over passendheid in kosten, dekking en service. Ook inerte verzekerden noemen als eerste deze rationele en meer objectieve aspecten als zij een beschrijving geven van de passendheid van hun zorgverzekering.

### Emotionele passendheid

Emotionele passendheid staat voor gesproken inerten echter boven rationele passendheid en zit in rust, bekendheid en wederkerigheid. Men wil niet voor verrassingen komen te staan. Daarnaast is men het liefst verzekerd bij grote organisaties die zich hebben bewezen. Tot slot is men trouw aan organisaties die hen in het verleden goed hebben geholpen.

Geen goed beeld van rationele passendheid, wel emotioneel passend

Uit de gesprekken blijkt dat inerten geen goed beeld hebben over hoe rationeel-passend hun huidige zorgverzekering is. Men weet niet goed waarvoor men momenteel verzekerd is, wat de basisverzekering dekt en kijkt uit zichzelf weinig naar historisch zorgverbruik. Toch schat men de huidige zorgverzekering wel in als emotioneel passend. De huidige zorgverzekering biedt vaak het geruststellende, veilige gevoel dat men zoekt.

# 3. UITDAGINGEN

ZIE OOK: P. 34-39

Inerten lopen tegen verschillende zaken aan. Onderstaande uitdagingen vormden het vertrekpunt voor het uitwerken van interventierichtingen.

Weinig kennis over huidige zorgverzekering en zorgverbruik

Er is weinig kennis over de eigen zorgverzekering en het zorgverbruik bij gesproken inerten. Zij hebben jarenlang niet naar hun polis gekeken. Men kan hierdoor geen goede inschatting maken van de passendheid van de zorgverzekering. Echter, het zien van de eigen polis en inzicht in zorgverbruik leiden wel tot vragen over de passendheid van de zorgverzekering. Het zet aan tot bewustwording rondom de zorgverzekering.

Persoonlijk & situationeel: oververzekeren

Bij veel gesproken inerten is er angst om onderverzekerd te zijn: *“Stel dat je ineens alles zelf moet betalen!”*. Men sluit aanvullende pakketten af die men nooit gebruikt. Door meer het gevoel van zekerheid te bieden bij alle zorgverzekeringen, kunnen inerten een betere afweging maken of zij een rationeel goed passende zorgverzekering hebben.

Ervaringen & verwachtingen: onduidelijkheid basisverzekering, angst voor verkeerde keuzes en de keuze te belangrijk maken

Gesproken inerten verwachten dat een basisverzekering onvoldoende dekt. Ook als men bijna geen zorg nodig heeft. Veel van wat hun huidige zorgverzekering dekt, wijzen zij (onjuist) toe aan de aanvullende pakketten. Ook is er een grote angst voor spijt: het kiezen van de ‘verkeerde’ zorgverzekeraar. De keuze maakt men bovendien steeds maar groter. Het wegnemen van angst om iets verkeerd te doen, opent mogelijkheden voor actie bij inerte verzekerden. Ook als men inzicht heeft wat de basisverzekering allemaal al dekt.

Markt & procedures: focus op switchen, druk tijdens overstapperiode en het bieden van veel informatie en opties

De markt is geheel gericht op switchen. Weinig aandacht gaat naar het aanpassen van een polis binnen de zorgverzekeraar. Daarbij komt dat er een beperkte overstapperiode is, waar heel veel informatie en tal van opties beschikbaar zijn. Dit brengt een grote druk met zich mee en gesproken inerten raken hierdoor overweldigd. Het makkelijker vergelijken, hebben van minder opties en wegnemen van de druk zorgt voor minder spanning en stress. Hierdoor kunnen inerten met een rustiger gevoel en makkelijker een eerste stap zetten in het keuzeprocess.

# 4. INTERVENTIERICHTINGEN

Interventierichtingen spelen in op motivatie en gemak. Samen met de doelgroep zijn er zeven grote interventierichtingen gekomen die moeten leiden tot minder inertie en daarmee meer passende zorgverzekeringen. De richtingen spelen in op verschillende inertie triggers en reflexen, waarmee ook ander type inerte verzekerden bereikt worden. De verschillende interventierichtingen dienen in te spelen op zowel de motivatie als het gemak om gewenst gedrag te vertonen.

## Bewustwording passendheid

Richtingen 1, 2 en 3 dragen bij aan de bewustwording van de huidige situatie. Waarvoor ben je verzekerd en wat is je zorgvraag? Er gaat meer aandacht naar de huidige situatie, de inerte verzekerde krijgt vooral te maken met interventies die tonen waarvoor diegene verzekerd is. En wat men nodig lijkt te hebben.

## Aanzetten tot actie: aanpassen of overstappen

Richting 6 en 7 gaan over het proces van aanpassen en overstappen. Het doel is niet direct te switchen van zorgverzekeraar, het aanpassen van de polis kan ook. Om angst voor de overstap weg te nemen, kan men ook altijd terug.

## Bewustwording passendheid en aanzetten tot actie

Richting 4 en 5 behelzen beide aspecten: bewustwording en aanzetten tot actie. Door middel van advies en het benadrukken dat een eerste kleine stap al veel is. Men kijkt eens naar wat men heeft en er is duidelijkheid over de vervolgstap.

ZIE OOK: P. 40-49

1. Ken de basis  
Doel: weten wat de basisverzekering dekt

2. Aandacht voor eigen polis  
Doel: inzicht in waar je zelf voor verzekerd bent

3. Dashboard  
Doel: overzicht en inzicht in zorgverbruik en dekking

4. Alerts & advies  
Doel: rationeel en emotioneel passende zorgverzekering

5. Baby steps  
Doel: een eerste stap zetten

6. Aanpassen bij huidige zorgverzekeraar  
Doel: aanpassen polis i.p.v. switchen van zorgverzekeraar

7. De spijtoptantregeling  
Doel: angst om over te stappen wegnemen



# ADVIES VOOR VERVOLG

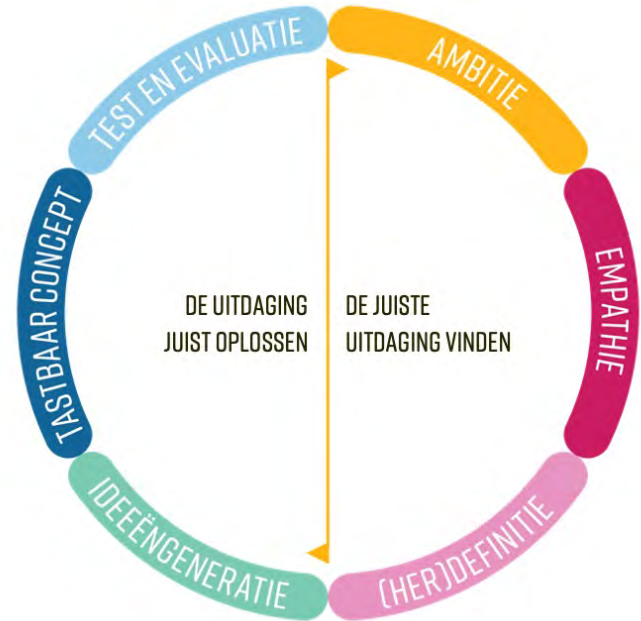
Laatste twee stappen uit het Public Design Wiel

- De scope van dit project was van ambitiefase tot en met de ideeëngeneratie (zie Public Design Wiel rechts). We zijn hiermee gekomen tot het formuleren van interventierichtingen.
- De eerste vervolgstap is het ontwerpen van een tastbaar concept. Focus hierbij op één interventierichting tegelijkertijd (of vorm aparte teams per richting). Binnen iedere interventierichting zijn weer verschillende concrete oplossingen te bedenken. Werk één hiervan uit tot tastbaar concept (concreet en uitgewerkt prototype).
- Leg de tastbare concept interventies voor aan inerte verzekeren. Haal feedback op en pas het concept aan. Als het nodig is, test de aangepaste concept interventie opnieuw onder inerte verzekeren. Doe daarna een beperkte pilot in de markt.

Verdere uitwerking inertie en passendheid

Dit project levert een verdieping op inertie bij zorgverzekeringen. Helder is dat er vele gradaties zijn (continuüm) en dat het goed is om in de discussie duidelijk onderscheid te maken tussen triggers, reflexen en inert gedrag zelf.

Wij weten nu meer over waardoor mensen hun zorgverzekering als passend beschouwen. Vooral over emotionele passendheid hebben wij meer geleerd. Bij het stellen van doelen en meten van passendheid is het van groot belang om ook dit aspect nadrukkelijk mee te nemen.



# 2. AANPAK: PUBLIC DESIGN WIEL

Het Public Design Wiel vormde de basis voor de opzet van dit traject.



# OPZET - PUBLIC DESIGN WIEL

Dit project is opgezet aan de hand van het Public Design Wiel dat is ontwikkeld in samenwerking met het Ministerie van Algemene Zaken. In de eerste stappen ligt de focus op de juiste uitdaging vinden door o.a. het begrijpen van de context, de belevingswereld van burgers, en hun drijfveren en barrières. Pas als dat duidelijk is, kan er gewerkt worden aan oplossingen, in dit geval interventies. Dit gebeurt in iteraties waarbij mogelijke oplossingsrichtingen op basis van feedback van burgers en stakeholders worden aangescherpt.

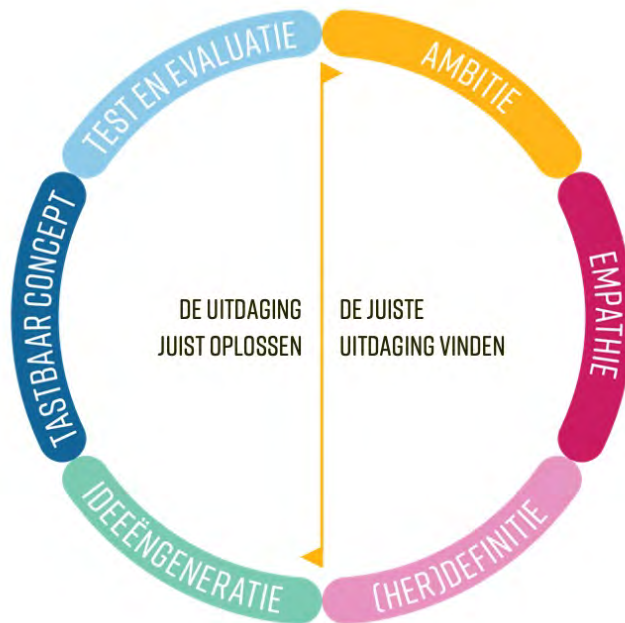
In totaal kent het Public Design Wiel zes stappen:

1. Ambitie: formuleren uitdaging
2. Empathisch onderzoek: ophalen inzichten
3. (Her)definitie: reframen uitdaging
4. Ideeëngeneratie: bedenken mogelijke interventies
5. Tastbaar concept: tastbaar maken interventies
6. Test & evaluatie: toetsen van de oplossingsrichtingen

In dit traject zijn alleen de eerste 4 fases doorlopen. De uitkomsten uit de ideeëngeneratie kunnen de Ministeries van VWS en Financiën en de NZa desgewenst - na verdere uitwerking en kwantitatieve validatie - in samenwerking met stakeholders in de praktijk toetsen.

Voor meer informatie over het Public Design Wiel zie:

<https://www.communicatierijk.nl/documenten/publicaties/2020/07/17/handreiking-public-design>).



# OVERZICHT AANPAK

Zie in de bijlage op p. 52 de aanpak in details.  
Daar zijn alle stappen en sessies te vinden.

## Sessies met multidisciplinair team

Diverse partijen zijn tijdens de verschillende stappen van het Public Design Wiel betrokken in sessies en co-creaties. Naast het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het ministerie van Financiën en de Nederlandse Zorgautoriteit, zijn dit enkele zorgverzekeraars, vergelijkingssites, de Patiëntenfederatie en Zorgverzekeraars Nederland.

## Volgen van inerte verzekerden

8 inerte verzekerden zijn gedurende 9 weken gevolgd: van november tot begin januari. Op drie momenten vond een uitvoerig gesprek plaats en tussentijds was er contact via WhatsApp. Zo zaten we dicht op momenten waarop men informatie binnenkreeg of wanneer men iets meemaakte wat inertie stimuleerde of juist verminderde

## Co-creatie met inerte verzekerden

Eind januari vond een co-creatie sessie met inerte verzekerden (N=6) en het multidisciplinaire team plaats.

## Desk research

Autoriteit Consument & Markt (2021) Consumentenonderzoek Zorgverzekeringsmarkt; Vektis (2021) Verzekerden in beeld; CBS (2021) Gezondheidsenquête; CentERdata (2017) Keuzegedrag verzekerden; Universiteit Leiden (2021) Inertie concepten.

Ambitie	Empathie	(Her)definitie	Ideeëngeneratie
<ul style="list-style-type: none"><li>Multidisciplinair team</li><li>Desk research</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Inerte verzekerden</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Multidisciplinair team</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Inerte verzekerden</li><li>Multidisciplinair team</li></ul>



# 3. INERTIE THEORIE

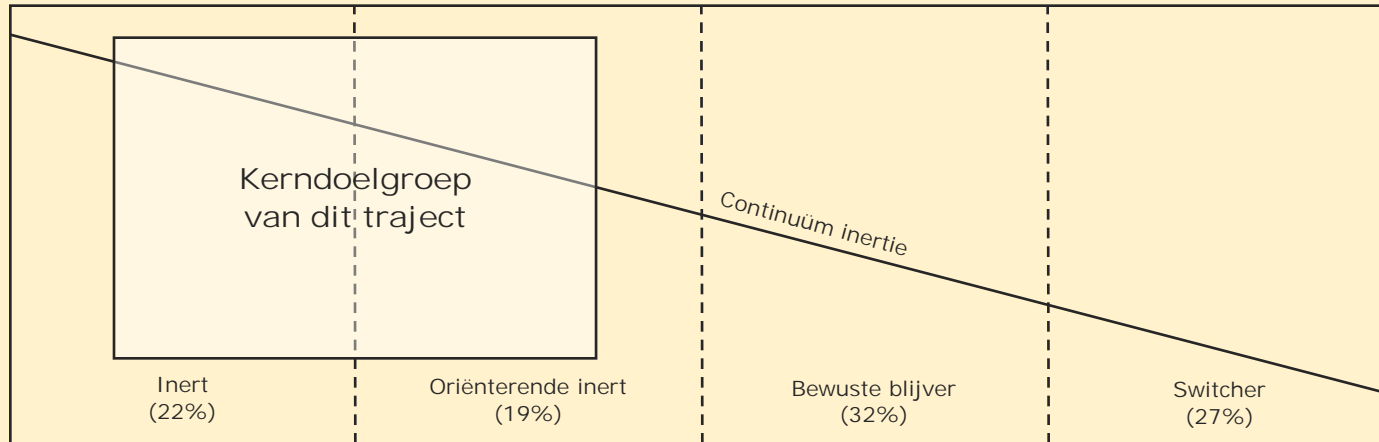
## AMBITIE FASE

Het eerste deel van het Public Design Wiel ('de juiste uitdaging vinden') begint met de ambitiefase: het kaderen van de uitdaging. Voor dit project betekende dat vooral het scherp krijgen van de factoren die een rol spelen bij inertie.



# INERTIE: EEN CONTINUÛM

In het CentERdata rapport ('Keuzegedrag verzekeren'; 2017) wordt onderscheid gemaakt tussen onderstaande vier groepen. Belangrijk is daarbij op te merken dat inertie niet simpelweg aanwezig of afwezig is: het is een continuüm.



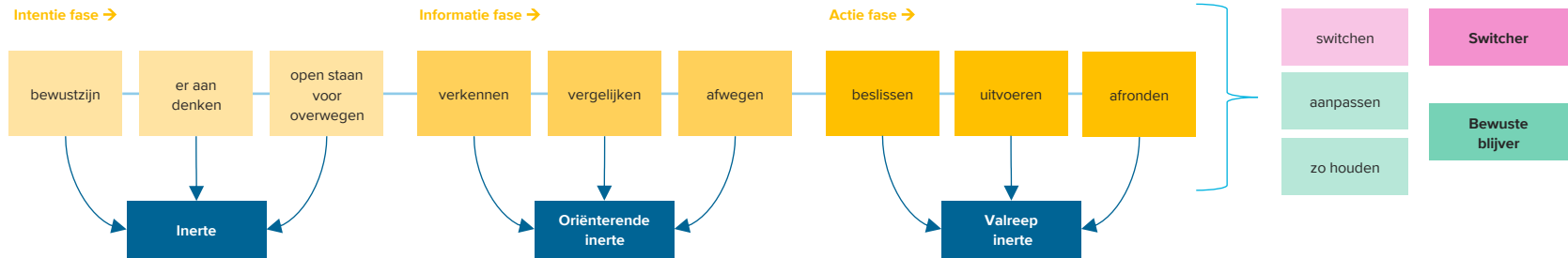
We hebben ons in dit traject gericht op personen die vallen in het snijvlak van 'Inerten' en 'Oriënterende inerten'. De 'Inerten' zijn niet bezig (geweest) met overstappen. De 'Oriënterende inerten' hebben zich georiënteerd op een andere zorgverzekering / zorgverzekeraar, maar zijn niet overgestapt. De verwachting is dat interventies bij de kerndoelgroep het meest kansrijk zijn en bij hen de meeste impact kan worden gemaakt.

*Wanneer interventies worden ontwikkeld is het goed om te kijken op welke (sub)fase deze zich richt.*

# INERTIE FASES

We kunnen drie fases in het keuzeproces onderscheiden (CentERdata, 'Keuzegedrag verzekerden'; 2017): (1) Intentiefase – de fase waarin men de intentie vormt om te onderzoeken of men iets wil aanpassen of wil overstappen, (2) Informatiefase – de fase waarin men informatie zoekt en vergelijkt, (3) Actiefase – de fase waarin men actie onderneemt.

In elk van deze fases kan men tot inertie 'vervallen'. Dit kan helemaal aan het begin gebeuren (men denkt er zelfs niet aan: Inerte), in het midden (voordat men een besluit heeft genomen: Oriënterende inerte) of helemaal aan het eind (besluit genomen om over te stappen, maar niet doorgezet: Valreep inerte). In onderstaande schema hebben we aan iedere fase enkele subfases toegevoegd die we uit de interviews en WhatsApp gesprekken met inerten over inertie in het algemeen hebben gedestilleerd. Fases of subfases kunnen in de praktijk ook heel snel worden doorlopen of zelfs compleet worden overgeslagen. Op p. 27 is te lezen hoe de fases en inertie terugkomen bij zorgverzekeringen.

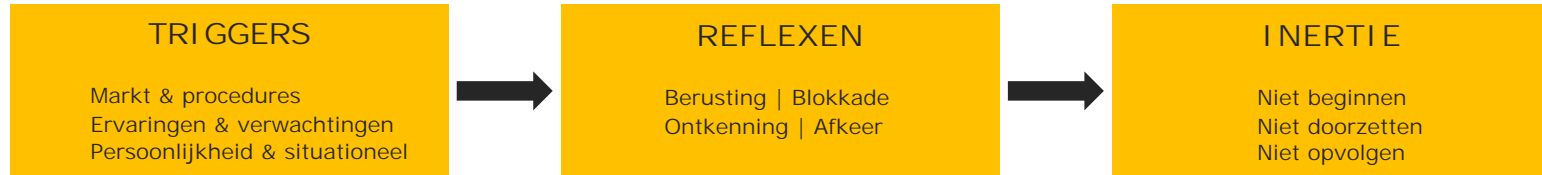


*Wanneer interventies worden ontwikkeld is het goed om te kijken op welke onderdeel deze zich richt.*

# INERTIE MODEL

Aan de Universiteit Leiden is, onder andere door Robert-Jan de Rooij, een aantal componenten verzameld die verband houden met inertie. In dit project hebben we die verder uitgebouwd en uitgediept. Op basis van desk research en inzichten van de experts uit de kader sessie zijn we gekomen tot een 'Trigger-Reflex' model van inertie.

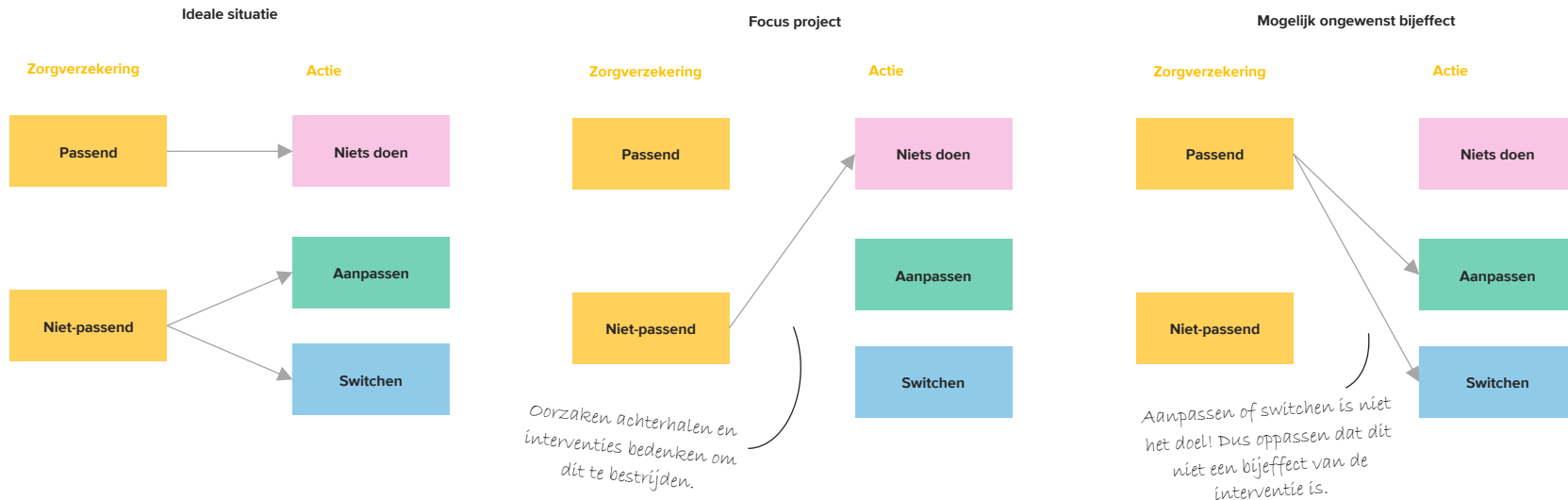
In ons model van inertie onderscheiden we triggers en reflexen (gedragspatronen die hier op kunnen volgen) die leiden tot inertie. Een meer gedetailleerde beschrijving van mogelijke inertie triggers en reflexen is te vinden op p.20 en p.24. Dit model hebben we in de empathie fase gebruikt en verder uitgediept rondom zorgverzekeringen, zie p.18 t/m 27. De inertie triggers en reflexen kunnen in elke fase (intentie, informatie en actie) voorkomen en in elke fase leiden tot inertie.





# GEWENSTE ACTIE INERTEN

Het doel is dat mensen zich vrij voelen om de zorgverzekering te kiezen die bij hen past. Voorkomen dient te worden dat mensen die een niet-passende zorgverzekering hebben niets doen (inert zijn). Of een zorgverzekering passend is bepaalt men zelf, op basis van verschillende factoren. Welke factoren dat zijn is te lezen in hoofdstuk 4: Passende zorgverzekering (zie p. 28 t/m 33).



# 4. EMPATHIE: INERTIE & PASSENDHEID

## EMPATHIE FASE

### 4.1 Inertie & zorgverzekeringen

In de Empathiefase zorgen we dat we de belevingswereld van de doelgroep goed begrijpen. Wat zijn hun ervaringen, ervaren drempels en behoeften. Het eerste deel van dit hoofdstuk beschrijft inertie rondom zorgverzekeringen.



# ZELFRAPPORTAGES KEUZES MAKEN

Onderstaande berichten zijn een bloemlezing om een eerste beeld te krijgen van inertie rondom verschillende keuzes.

Toevallig wilde ik dit weekend een nieuwe printer kopen, echter heb ik dit na 15 minuten even opgegeven omdat ik door de bomen het bos niet zag + alles was uitverkocht bij Coolblue.

De afgelopen week ben ik wezen zoeken naar een lease auto op internet en ben er niet helemaal aan toe gekomen. Op een gegeven moment zie ik door de bomen het bos niet meer. Er is zoveel keus dat ik eerder afhaak en wat anders ga doen en laat zitten. Bij de lease auto's heb je toch behoorlijk wat keuze vind ik en modellen en de verschillende bedragen die bij iedere keuze hoort. Dat zijn dan dingen waar ik dan toch weer denk het is wel goedzo. En dan hak ik toch niet de knoop door. Terwijl er wel interesse is. Meestal heb ik dat ook bij andere belangrijke zaken zoals verzekering of abonnement ofzo, dat ik toch veel twijfel en dan afhaak. 😞😞😞 twijfelaar 😞😞

Ik ben bezig met uitvaartverzekering. Mijn zoon, 26 jaar, staat nog bij mij mee verzekerd. Ik zit bij Ardanta en wil mijn zoon zelfstandig zijn uitvaartverzekering laten betalen. Ik vind dit verdomde moeilijk en vind het een groot (grijs) gebied. Ik ga nu om mij heen vragen waar mijn kennissen hun uitvaartverzekering hebben, ik vind het moeilijk hier een keuze in te maken. 🙄 Ik houd je op de hoogte.

Nou eerlijk gezegd...ben ik er totaal niet aan toegekomen om mij te verdiepen in de providers. De mail van Gogo deals mobile is nog steeds gemarkeerd \*(als op te maken voor eind deze maand).

Ik kom er maar niet aan toe. Twee collega's op de afdeling waar ik werk. Gaan eind december met vervroegd pensioen. Drukte op het werk dus... en eenmaal thuis Gare Annie om nog iets uit te zoeken.

Deze week heb ik uiteraard keuzes moeten maken, dit verschilde van wat te eten tot waar ik naar op vakantie wil. Qua providers, abonnementen en verzekeringen viel het deze week mee. Ik heb bewust niet gekozen voor een NRC abonnement omdat ik er slechte ervaringen mee had ook al was het financiële aanbod deze week erg goed. Ik moet nog steeds mijn NPO plus afzeggen ook al had ik dat vorige week bij jullie op kantoor al beloofd. Ik gebruik het meer dan ik eigenlijk dacht. Ik wilde het afzeggen maar kwam er toen dus achter dat ik vaker programma's ervan kijk dan ik dacht en ik het ook (onbewust) gebruik op mijn laptop.



# INERTIE TRIGGERS

*Wanneer interventies worden ontwikkeld is het goed om te kijken op welke **factor** deze zich richt.*

We onderscheiden drie factoren die inertie in de hand werken. Als men inertie wil bestrijden en hiervoor interventies wil ontwikkelen, is het goed om eerst te kijken welke inertie triggers in deze specifieke situatie een rol spelen. Dit kan namelijk van onderwerp tot onderwerp sterk verschillen. Deze factoren zijn gebaseerd op de kader sessie met experts, desk research en interviews met inerte verzekerden.

Markt & procedures	Ervaringen & verwachtingen	Persoonlijkheid & situationeel
Denk aan:  Aanbieders & opties <ul style="list-style-type: none"><li>• Heel veel aanbieders</li><li>• Veel opties</li><li>• Moeilijk vergelijkbare opties</li><li>• Te kleine verschillen</li></ul> Procedures & informatie <ul style="list-style-type: none"><li>• Overload aan informatie</li><li>• Complexe informatie</li><li>• Onbekend met de te nemen stappen</li><li>• Ingewikkelde procedures</li><li>• Uitkomst ambiguïteit</li></ul>	Denk aan:  Ervaringen <ul style="list-style-type: none"><li>• Geen klantervaring</li><li>• Goede klantervaring</li><li>• Geen ervaring met oriënteren &amp; switchen</li><li>• Slechte ervaring met oriënteren &amp; switchen</li></ul> Verwachtingen <ul style="list-style-type: none"><li>• Bang om niet geaccepteerd te worden</li><li>• Angst voor spijt</li><li>• Extreem belangrijk maken</li><li>• Impact te hoog inschatten</li><li>• Te afwijkende nieuwe routine</li></ul>	Denk aan:  Persoonlijkheid <ul style="list-style-type: none"><li>• Gemakzuchtig / Niet nieuwsgierig</li><li>• Loyaal / Moeite met verandering</li><li>• Niet ambitieus / Snel opgeven, niet doorzetten</li><li>• Twijfel over eigen capaciteit / vaardigheden</li></ul> Situationeel <ul style="list-style-type: none"><li>• Mentale belasting</li><li>• Doenvermogen</li><li>• Fysieke beperking</li><li>• Mentale beperking</li></ul>

# INERTIE TRIGGERS – MARKT & PROCEDURES

In de gesprekken met inertien kwamen de volgende inertie triggers naar voren die betrekking hebben op de zorgverzekeringen markt en procedures:

- Het uitzoeken van een zorgverzekering is voor inerte verzekerden al een belangrijke keuze, maar dat je een jaar vast zit aan de zorgverzekeraar en dat er een beperkte overstapperiode is, geeft de keuze extra druk. Zoals iemand aangeeft: *“Je moet het ook nu doen hè, anders ben je te laat. En als je het nu regelt, dan zit je er meteen ook weer een heel jaar mee. Je kunt het niet maandelijks aanpassen.”* *“Het moeilijke vind ik dat je meteen een jaar vast zit. Stel dat er iets gebeurt met mij of mijn kinderen en het is niet verzekerd?”*
- Voor de meesten is er geen acute aanleiding om zichzelf in zorgverzekeraars te verdiepen en een overstap te overwegen. Deze aanleiding is er bijvoorbeeld wel bij een reisverzekering, waar een vakantie de aanleiding vormt. Bij een veranderende zorgbehoefte lijkt men eerder gemotiveerd om zich te verdiepen en eventueel over te stappen: *“Als in de zomer blijkt dat ik fysio nodig heb, en ik heb dat niet in m’n pakket, dan zou ik dan m’n zorgverzekering aan willen passen.”*
- De hoeveelheid aanbieders en keuzemogelijkheden ervaart men vervolgens als overweldigend, zeker omdat men het gevoel heeft dat veel in de kleine lettertjes verstopt staat. Wat de zorgverzekeraars aanbieden verschilt daarnaast nog eens weinig van elkaar in kosten. *“Zoveel verschilt het allemaal niet van elkaar, wat maakt het dan uit welke zorgverzekering ik heb? Voor die paar euro verschil ga ik niet overstappen.”*
- Hoewel vergelijkingssites dienen te helpen bij het maken van een keuze, leidt het er ook toe dat men een informatie overload ervaart. *“Door de bomen zie ik het bos gewoon niet meer bij al die zorgverzekeringen op die sites.”* Er bestaan meerdere vergelijkingssites, men vergelijkt ook de uitkomsten van deze vergelijkingssites met elkaar. Het komt voor dat ze tot een andere uitkomst komen, hetgeen de twijfel doet toenemen.
- Als coping-mechanisme beperkt men de hoeveelheid keuzes voor zichzelf door minder zorgverzekeraars met elkaar te vergelijken: *“Ik check bij m’n vrienden wat zij hebben en vergelijk daarna die paar zorgverzekeringen met elkaar.”* en *“Ik heb bij één andere gekeken en daar kwam ongeveer hetzelfde uit. Dat gaf me bevestiging dat ik goed zit.”*

# INERTIE TRIGGERS - ERVARING & VERWACHTINGEN

Op het gebied van ervaringen & verwachtingen met zorgverzekeringen kwamen in de gesprekken met inertien de volgende triggers naar voren:

- Men is niet altijd op de hoogte van het huidige pakket wat men bij de zorgverzekeraar heeft en wat er allemaal onder de basisverzekering valt. Een deel heeft überhaupt weinig ervaring en contact met de zorgverzekeraar. Dit maakt het moeilijk een goede inschatting te doen van de alternatieve mogelijkheden. *“Tja, bij welke zorgverzekeraar zit ik eigenlijk ook al weer...?”*
- Als men wel ervaringen heeft, zijn deze veelal prettig. Men heeft vertrouwen in de huidige zorgverzekeraar en vindt de dienstverlening fijn. *“Ik weet wat ik heb, ben tevreden.”*
- Met switchen heeft men weinig ervaring. Men zit vaak al voor langere tijd bij dezelfde zorgverzekeraar. Enkelen hebben slechte ervaringen met switchen: men had toen iets nodig wat niet gedekt werd. Met het vergelijken van verzekeraars hebben velen wel slechte ervaringen. Daardoor zien zij hiertegen op.
- Men wil het liefst de huidige zorgverzekering (of zelfs polis) ergens kunnen invoeren en vergelijken. In plaats van vanaf nul alle gegevens en zorgwensen aan te geven op vergelijkingssites.
- Een deel ziet geen noodzaak om zich überhaupt in een zorgverzekering te verdiepen. Het loopt al jaren prima en men verwacht geen veranderingen op het gebied van zorg.
- Velen maken echter de keuze voor een zorgverzekering te belangrijk. Ze zijn bang om de verkeerde keuze te maken en daar negatieve gevolgen van te ervaren. Mede door de markt en procedures ervaart men druk om een keuze te maken. *“Het gaat om je gezondheid, dat zijn echt belangrijke keuzes!” En wat zijn de consequenties voor m'n kinderen als ik overstap? Straks kunnen ze niet meer de zorg krijgen die ze nodig hebben.”*
- Men ervaart van de omgeving dat het bekijken van de zorgverzekering hoort en heeft soms het gevoel dat overstappen moet. Toch leidt dit er niet toe dat men vergelijkt of overstapt. Men praat eigen acties voor zichzelf goed. *“Eigenlijk zou ik mijn huidige polis er eens bij moeten pakken en dan vergelijken, maar ik heb het gewoon te druk. Ik kom er niet aan toe. Bovendien is het toch allemaal hetzelfde.”*

# INERTIE TRIGGERS - PERSOONLIJK & SITUATIONEEL

Over persoonlijke en situationele triggers hoorden we het volgende:

- Men twijfelt vooral veel over het maken van een keuze voor een zorgverzekeraar: *“Heb ik dan straks een betere verzekering dan nu?”* en *“Ik ben dan gewoon besluiteloos, terwijl ik er al veel tijd aan besteed heb.”*
- Ook draagt bij aan inertie dat men zichzelf als loyaal bestempelt: *“Je hebt mensen die ieder jaar overstappen, maar zo ben ik niet. Ik ben loyaal, trouw en misschien ook een beetje laks.”*
- Men weet daarbij wat men heeft, vindt dat prettig en ziet op tegen (gepercipieerde) veranderingen in de dekking en dienstverlening: *“Bij m'n huidige verzekeraar weet ik dat ik via m'n app de declaraties in kan dienen, heel fijn. Ik weet niet hoe dat bij anderen werkt.”*
- Naast persoonlijke kenmerken speelt ook de mentale belasting tijdens de laatste maanden van het jaar een rol. Men ervaart in deze periode verschillende keuzes die men moet maken, drukte op werk of in het gezin (naast de feestdagen). In dit project hebben we geen situationele aspecten gevonden die op een fysieke of mentale beperking ingaan, deze kunnen er uiteraard onder een grotere groep inerte verzekerden wel zijn.



# INERTIE REFLEXEN

*Wanneer interventies worden ontwikkeld is het goed om te kijken op welke reflex deze zich richt.*

Inertie triggers leiden tot verschillende reacties, afhankelijk van het onderwerp, de invloed van de actie triggers en de persoon. Hier de meest voorkomende reflexen zoals wij die hebben gevonden.



Berusting

Men stelt zich tevreden met de huidige situatie c.q. men berust zich in de huidige situatie, omdat men inschat dat actie ondernemen (waarschijnlijk) niet de moeite waard is. Men besluit dat men het proces niet (verder) ingaat.



Negeren

Men weet diep van binnen dat men er beter aan zou doen om andere opties te verkennen, maar dit geeft men niet toe aan zichzelf of anderen. Men negeert het onderwerp als het voorbij komt in de media of mailings.



Blokkade

Men wil wel het oriëntatieproces ingaan, maar het komt er maar niet van. Men voelt en weet dat actie ondernemen wellicht het beste is, maar in de praktijk doet men niets. Hierdoor ontstaat ook vaak een innerlijk conflict.



Afkeer

Men heeft een diepe afkeer (gekregen) van het proces. Men kan zich niet over de eigen irritatie heen zetten. Alles wat met het onderwerp te maken heeft ligt gevoelig. Men wantrouwt de betrokken organisaties.



# REFLEXEN: BERUSTING & NEGEREN

## Berusting

De voornaamste reflex die in de gesprekken met inerten over zorgverzekeringen terugkomt is berusting in de zorgverzekering die men nu heeft. Een deel lijkt echt tevreden, maar velen praten zo voor zichzelf goed dat men zich er niet (verder) in verdiept.

*"Ik ben al jaren verzekerd via mijn werkgever, pas mijn pakket ook niet aan, ik zou echt dom zijn als ik iets anders zou kiezen."*

*"Voor die €3,- is het me echt niet waard om over te stappen."*

*"Je hebt er ook geen last van als je blijft, dus ja, waarom veranderen?"*

*"Ik zeg wel dat ik helemaal goed zit, maar dat weet ik helemaal niet zeker."*

*"Veranderen heeft voor mij geen nut, het blijft voor mij hetzelfde allemaal."*

*"Ik vind het wel goed zo."*

*"Het is mij al die moeite niet waard."*

*"Ik zie de urgentie niet om nu actie te gaan ondernemen."*

*"Ik laat me niet gek maken; heb wel wat beters te doen."*

## Negeren

We zien dat een klein deel zich - na verloop van tijd - afsluit voor het onderwerp zorgverzekeringen. Men heeft geen zin om zich in het onderwerp te verdiepen, soms tegen beter weten in.

*"Ik houd me er gewoon weinig mee bezig. Al een paar jaar niet eigenlijk."*

*"Ja, ik heb een e-mail gehad dat de zorgverzekering hoger werd, tja..."*

*"Ik heb er een keer aan gedacht toen mijn vriendin over de tandartsverzekering begon. Maar dat hoeft ik niet."*

*"Ik flag mails, bijvoorbeeld over zorgverzekeringen, gaat er weer langer overheen of vergeet ik het."*

*"Ik stop het gewoon diep weg."*

*"Als het in mijn gedachten oppopt, lukt het me altijd wel om het weer snel te vergeten."*

*"Struisvogelpolitiek; ik weet het."*

# REFLEXEN: BLOKKADE & AFKEER

## Blokkade

Een groot deel van de inerten die we hebben gesproken geeft aan dat men eigenlijk naar de zorgverzekering moet kijken, maar dat men er steeds maar niet aan toe komt. Elke keer als men het wil oppakken slaat de twijfel toe en blokkeert men. Dit veroorzaakt een innerlijk conflict.

*“Ik weet dat het geen gunstig pakket is, maar weet niet waarvoor ik wel moet kiezen.”*

*“Ik ben bang dat ik de foute keuze maak hier.”*

*“Ik begin dan weer met vergelijken, nu ik die mails over zorgverzekeringen krijg, maar kom er nooit helemaal uit.”*

*“Ik weet niet wat ik moet doen, wel of niet die beugel voor m'n kinderen? Heb ik dat nu nodig?”*

*“Ik kan me er maar niet toe zetten.”*

*“Het voelt allemaal heel overweldigend.”*

*“Ik baal van mezelf dat ik niets doe.”*

*“Ik begin wel steeds, maar dan loop ik al weer heel snel vast.”*

*“Ik zei wel dat ik geen tijd heb, maar het is natuurlijk gewoon een kwestie van prioriteit.”*

## Afkeer

Afkeer speelt slechts bij enkele gesproken inerten. Als dit speelt, uit zich dit als wantrouwen naar zorgverzekeraars, specifiek en als branche, en wat zij aanbieden. En als een frustratie over het oriëntatieproces dat men als lastig ervaart.

*“In zorgverzekeringen ga ik geen energie meer stoppen. Daar ben ik echt klaar mee.”*

*“Ik vertrouw zorgverzekeraars toch niet helemaal.”*

*“Je kan je wel verzekeren maar als er iets is, vinden ze in de kleine lettertjes toch wel een reden om dat niet te vergoeden.”*

*“Ik vind het echt belachelijk hoe het allemaal is geregeld.”*

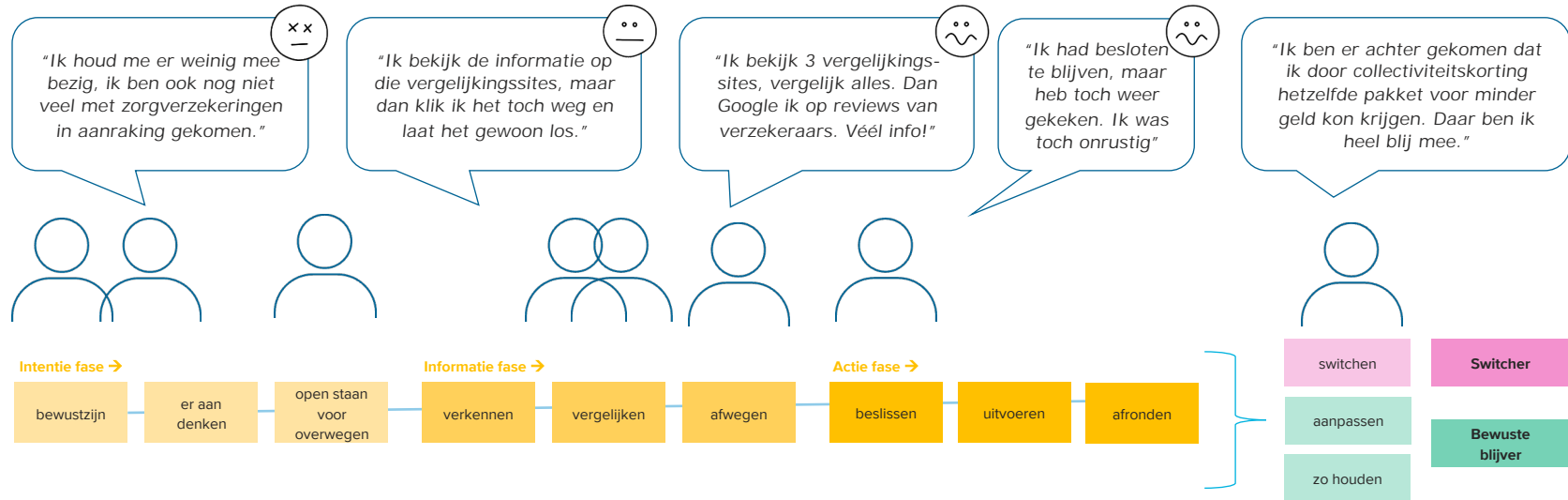
*“Ik krijg het al heet als ik er aan denk.”*

*“Ik kan dan echt woedend alles van tafel vegen.”*

*“Het zijn allemaal boeven, dus het maakt niet uit wat ik doe.”*

# REFLEXEN PER FASE

Onderstaand een overzicht van de fases waarin de deelnemers zich begin januari, na het overstapeseizoen, bevonden. Te zien is dat verschillende deelnemers in verschillende fases tot inertie zijn vervallen. Daarbij zien we bij de personen die in de intentiefase zijn blijven hangen, veelal de reflex 'negeren'. Zij praten het voor zichzelf goed om zich hier niet mee bezig te houden. In de informatiefase zien we 'berusting' en - met name als mensen verder blijven zoeken - 'blokkade'. Men overziet het niet meer en wordt onrustig.



# 4. EMPATHIE: INERTIE & PASSENDHEID

## EMPATHIE FASE

### 4.2 Passendheid zorgverzekeringen

In de Empathiefase zorgen we dat we de belevingswereld van de doelgroep goed begrijpen. Wat zijn hun ervaringen, ervaren drempels en behoeften. Het eerste deel van dit hoofdstuk beschrijft inertie rondom zorgverzekeringen.



# RATIONELE PASSENDHEID

We hebben met het team niet de intentie om tot een definitie van een passende zorgverzekering te komen. Wat de één als passend ervaart zal voor de ander niet zo voelen. Bepaalde aspecten zullen voor de één zwaarder wegen dan voor de ander.

We weten uit onderzoek (o.a. CBS - Gezondheidsenquête 2021) dat de hiernaast benoemde drie clusters van aspecten in ieder geval een rol spelen bij de keuze van een zorgverzekering; kosten, dekking en service. De eerste twee aspecten zijn objectief vast te stellen, het laatste aspect is gebaseerd op reviews van anderen en eigen ervaring.

Ook uit de interviews en WhatsApp berichten komen deze aspecten van passendheid naar voren.

## Kosten

- o Hoogte premie
- o Hoogte vrijwillig eigen risico
- o Mogelijkheid om in termijnen te betalen
- o Financiële voordelen collectiviteit

## Dekking

- o Dekking aanvullende verzekering
- o Dekking medicijnen
- o Dekking zorgaanbieders
- o Vrije acceptatie aanvullende verzekering

## Service

- o Informatievoorziening
- o Klantenservice
- o Declaraties
- o Bemiddeling specifieke zorgaanbieder
- o Preventie

# EMOTIONELE PASSENDHEID

Echter is passendheid geen puur rationele afweging. In de gesprekken kwam naar voren dat de beoordeling op passendheid vaak nog meer op emotionele en meer gevoelsmatige aspecten is gebaseerd. Ook hierin onderscheiden we drie clusters.

Als eerste ervaart men een zorgverzekering als passend als men niet voor verrassingen komt te staan. Weten wat je hebt en weten hoe het werkt is van groot belang. Men wil geen risico lopen en geen onverwachtse uitgaven hebben. Vandaar dat een deel van de inerten het prettig vindt om het eigen risico al vooraf en/of in termijnen te kunnen betalen. De behoefte aan rust en zekerheid kan overigens ook leiden tot oververzekering. Goed gedekt zijn geeft een veilig gevoel. Een deelnemer: *“Zekerheid dat wil ik hebben, ik wil me geen zorgen hoeven maken.”* en *“Er zou toch maar iets gebeuren dat niet in je pakket zit...”*

Daarnaast neigt men eerder naar verzekeren bij bekende, grote, organisaties. Men gaat ervanuit dat deze organisaties niet snel omvallen. Een deelnemer: *“Die zorgverzekeraar neem ik niet mee in vergelijking. Die ken ik niet. Ik zie geen reviews en je kunt het niet afsluiten bij de vergelijkingsite. Dat past niet bij me. Dan blijf ik liever bij m'n huidige.”*

Een zorgverzekering wordt ook als passend ervaren als men er al langer zit, soms al van kinds af aan. Men voelt zich verbonden met de organisatie en soms moreel verplicht om de relatie niet zomaar op te zeggen. Dit wordt nog sterker als men - soms jaren geleden - goed geholpen is. Een deelnemer: *“Ze hebben alles voor mijn zoon zo keurig afgehandeld, dat ik het heel vreemd zou vinden om voor een habbekrats over te stappen.”* en *“Ze hebben bewezen een goede partij te zijn.”*

## Rust

- o Voorspelbaarheid
- o Zekerheid
- o Geen risico
- o Veiligheid

## Bekendheid

- o Grote organisatie
- o Zich bewezen
- o Stabiliteit
- o Betrouwbaar

## Wederkerigheid

- o Van huis uit
- o Loyaliteit
- o Goed geholpen
- o Fatsoen
- o Dankbaarheid

# SWITCHEN VS. AANPASSEN

## Zorgverzekering en zorgverzekeraar

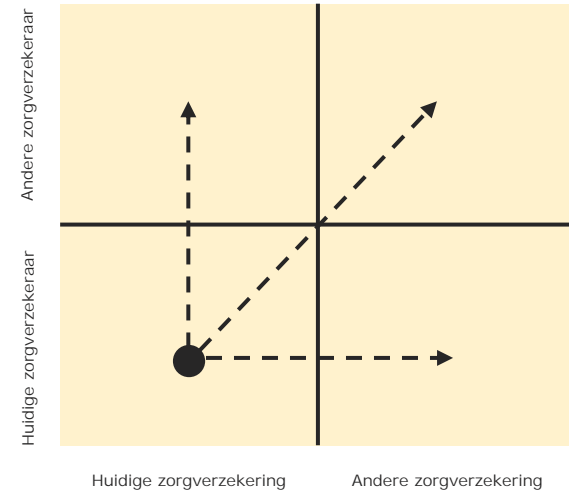
In de gesprekken over de ingeschatte passendheid van de zorgverzekering bleek dat men moeilijk een onderscheid maakt tussen de passendheid van de zorgverzekeraar en de passendheid van de zorgverzekering / polis. Vooral de emotionele aspecten (zie vorige pagina) hebben meer betrekking op de organisatie dan op de verzekering.

## Nu nadruk op overstappen

Men richt zich in het vergelijkingsproces primair op het bekijken van andere verzekeraars en men verwacht ook dat dit de bedoeling is. Het is immers het 'overstapeseizoen' en in communicatie van de overheid en betrokken organisaties lijkt het volgens de deelnemers vooral te gaan over over switchen en overstappen. Deze stap is voor veel inerten erg groot.

## Kansen door te focussen op aanpassen

Dat de zorgverzekering ook passender te maken is door een andere zorgverzekering te kiezen bij de huidige zorgverzekeraar is voor veel inerten een eyeopener. Vooral hierover communiceren biedt volgens hen veel kansen. Binnen de huidige zorgverzekeraar wisselen is namelijk een veel lagere drempel dan overstappen naar een andere zorgverzekeraar om te komen tot een meer passende zorgverzekering.



Dit figuur toont de mogelijkheden van overstappen. Inerte verzekerden zijn vooral gefocust op het vlak rechtsboven. Echter zijn er ook andere opties voor een meer passende zorgverzekering, namelijk een vergelijkbare verzekering bij een andere verzekeraar (linksboven) of een andere verzekering/polis bij de huidige verzekeraar (rechtsonder).

# WEINIG KENNIS: POLIS, ZORG, BASISVERZEKERING

In de gesprekken met inerte verzekerden kwam naar voren dat de inerten weinig tot niets weten over de inhoud van de eigen polis. Velen hebben jarenlang niet naar hun polis gekeken.

Het wel bekijken van de polis (hetgeen door ons in januari is geïnitieerd) leidt direct tot vragen over de passendheid hebben we gemerkt. Bijvoorbeeld doordat men niet begrijpt wat er in de polis staat. Wat valt er onder termen als '3 sterren', 'wereldfit' of 'werkfit'? En is dat dan wat men nodig heeft?

De confrontatie met de polis lijkt ook te stimuleren om na te gaan wat het daadwerkelijk zorgverbruik in het verleden was. Men kijkt in eerste instantie namelijk weinig terug naar dit historische zorggebruik, terwijl juist dit kan helpen bij een inschatting van het zorggebruik in de toekomst.

Naast de inhoud van de polis en het zorggebruik is er weinig kennis over de dekking die een basisverzekering al biedt. De basisverzekering verwacht men vaak met een aanvullende verzekering, wat er ook toe leidt dat deelnemers soms zorgverzekeraars op een voetstuk plaatsen voor vergoedingen of dekkingen die niet uniek zijn voor die zorgverzekeraar. Ook in de onderbouwing waarom men nu een passende zorgverzekering heeft, haalt men vaak punten van de basisverzekering aan. *“Waarom is mijn zorgverzekering passend? Nou omdat ze iedere keer vergoeden als ik naar de huisarts en het ziekenhuis ga.”*

*“Je wilt het risico gewoon afdekken, ik heb het gevoel dat de basisverzekering dat niet voldoende doet.”*

*“Eerste hulp ga ik vanuit dat ik bij iedere verzekeraar krijg, maar weet ik echt niet zeker.”*

*“Ik wist niet dat je een keuze uit ziekenhuizen had. Dacht dat je overal meteen terecht kon.”*

*“Je bent toch aangenaam verrast als het in je pakket zit. Ik wist niet dat ik fysio had, maar had paar jaar geleden wel nodig. Dat is dan lekker, heb je geen verrassingen in kosten.”*

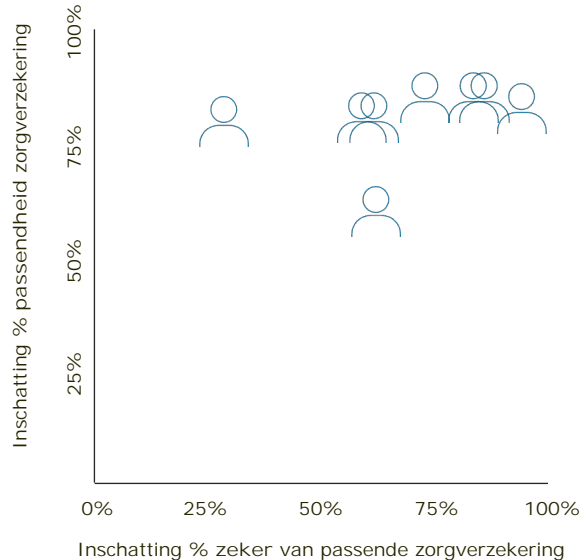


*“Ik was niet direct helemaal op de hoogte wat de verzekering allemaal dekt.”*

*“Wat heb ik nu eigenlijk?! Haha, ik zie niet wat voor fysio ik heb hoor.”*



# ZELFREFLECTIE PASSENDHEID



## Hoge inschatting passendheid

Aan alle deelnemers is in januari gevraagd een inschatting te maken van de passendheid van de huidige zorgverzekering en hoe zeker men daarvan is.

Deelnemers schatten de passendheid van hun zorgverzekering hoog in, veelal op 80% of hoger. De meesten zijn hier ook vrij zeker van; zij zeggen dit met minimaal 75% zekerheid.

## Soms twijfels over rationele aspecten

Dat men geen 100% score geeft aan de passendheid van de zorgverzekering zit in het feit dat men niet een echt goede rationele inschatting kan maken. Dit komt onder andere omdat men zich niet goed heeft verdiept in wat men heeft en verbruikt heeft. Ook weet men niet goed welke alternatieven er zijn. Men twijfelt vooral over aspecten als kosten en dekking. Het gevoel lijkt bij de inschatting van passendheid bepalend. Een deelnemer:

*"Ik ben wel goed verzekerd maar heb soms het gevoel dat ik oververzekerd ben. Maar voel me daar wel goed bij eigenlijk. Ik word ook een dagje ouder hè!"*

*"Het is puur een gevoel, ik weet het echt niet precies, maar het voelt gewoon goed."*

*"Mijn verzekering voelt als goed passend omdat ik ze ken en weet wat ik aan ze heb."*

# 5. SELECTIE UITDAGINGEN

## (HER)DEFINITIE FASE

In de (her)definitie sessie zijn uitdagingen aangescherpt en keuzes gemaakt welke uitdagingen wel of niet worden aangepakt. Daarna zijn de uitgangspunten en kaders voor de oplossingen geformuleerd.



# UITDAGINGEN (1)

In totaal komen we tot onderstaande 10 belangrijkste uitdagingen.

1. Hoe kunnen we mensen bewust maken van wat er met hun huidige zorgverzekeringspolis gedekt is?  
De gesproken inerten weten veelal niet waarvoor ze verzekerd zijn. Men heeft een grof beeld, maar heeft de eigen polis vaak al jaren niet bekeken. Dit leidt ertoe dat mensen geen goede afweging kunnen maken of zij een passende zorgverzekering hebben (ze weten immers niet wat ze hebben) en welke alternatieven mogelijk beter passen. Daarnaast hebben we in de gesprekken gezien dat het checken van de huidige polis direct ook een trigger kan zijn om deze te vergelijken met andere opties.
2. Hoe kunnen we mensen bewust maken van hun recente en verwachte zorgverbruik?  
Men kijkt weinig terug naar het zorgverbruik in het verleden om te bepalen welke dekking passend is. Ook over het benodigde zorgverbruik denkt men weinig na, dit gaat met name op gevoel en heeft als uitgangspunt 'het zekere voor het onzekere nemen' (zie ook uitdaging 3). In de interviews zagen we dat mensen bewust maken van hun recente en verwachte zorgverbruik er ook voor zorgt dat mensen kritischer naar hun zorgverzekering kijken.
3. Hoe kunnen we mensen van oververzekerd naar zeker genoeg krijgen?  
Uit de gesprekken blijkt dat men vaak oververzekerd is: men heeft aanvullende pakketten die men nog nooit gebruikt heeft of waar men de extra kosten nooit uit haalt (bijvoorbeeld brillen en lenzen). Zekerheid en rust zijn de belangrijkste redenen om dit te doen. Men is bang niet voldoende gedekt te zijn en geconfronteerd te worden met hoge rekeningen. Passendheid is dus voor veel deelnemers een gevoel van zekerheid. De uitdaging is om mensen naar een objectief beter passende zorgverzekering te krijgen zonder aan het gevoel van zekerheid af te doen (inertie trigger persoonlijk & situationeel).

# UITDAGINGEN (2)

4. Hoe kunnen we het verschil tussen basis- en aanvullende verzekering verduidelijken?  
De dekking van de basisverzekering wordt door de inertien onderschat. Men heeft veelal geen goed idee wat er onder de basisverzekering valt en wat onder de aanvullende verzekering. Het effect is dat men alle gedekte kosten toewijst aan de zorgverzekeraar en de aanvullende verzekering: *“Ik heb nooit iets hoeven te betalen dus ik zit nu goed met mijn polis bij mijn huidige zorgverzekering”*. Dit maakt dat men eerder oververzekerd is en minder snel geneigd is verder te kijken naar alternatieven. Het gaat nu immers goed (inertie trigger ervaringen & verwachtingen).
5. Hoe kunnen we de angst om een verkeerde keuze te maken wegnemen bij mensen?  
In de gesprekken viel op dat inerte verzekerden bang zijn om een verkeerde keuze te maken. Zoals onder uitdaging 3 beschreven wil men grote onverwachte uitgaven vermijden. Overstappen van zorgverzekeraar of het aanpassen van de verzekering brengt risico's met zich mee: wat als er volgend jaar iets gebeurt en men heeft achteraf de verkeerde keuze gemaakt. De angst remt men om actie te ondernemen (inertie trigger ervaringen & verwachtingen).
6. Hoe kunnen we de keuze voor een zorgverzekering luchtiger maken?  
De gesproken inertien maken de keuze voor een zorgverzekering te groot. Het gaat om zorg, iets waarvan men vindt dat er veel van afhangt en wat ook veel kosten met zich mee kan brengen. De keuze maakt men zelfs zó groot dat men de keuze voor zich uitschuift, uitstelt en uiteindelijk nooit een keuze maakt (inertie trigger ervaringen & verwachtingen).

# UITDAGINGEN (3)

7. Hoe kunnen we de focus verschuiven van switchen naar passend?  
Op basis van de gesprekken met inerte verzekerden zien we in de huidige markt (o.a. op vergelijkingssites) een grote focus op het switchen. In de gesprekken kwam naar voren dat men switchen voornamelijk ziet als overstappen van zorgverzekeraar en niet als het aanpassen van je verzekering bij je huidige verzekeraar. Het uitgangspunt bij mensen die beginnen met vergelijken, is dan ook niet zoeken naar de meest passende polis, maar kijken naar andere verzekeraars. Dit kan een extra barrière vormen gezien men overstappen spannender vindt dan aanpassen (inertie trigger markt & procedures).
8. Hoe kunnen we druk wegnemen die door de beperkte aanpasperiode wordt veroorzaakt?  
Hoewel uit gedragswetenschappen blijkt dat een deadline werkt om mensen een keuze te laten maken, merkten we in de gesprekken met inerten dat deze vaak ook stress oplevert. Men zou de verzekering liever aanpassen bij veranderende behoefte, zoals bij andere verzekeringen het geval is (inertie trigger markt & procedures).
9. Hoe kunnen we informatie begrijpelijker en makkelijker te vergelijken maken?  
Men vindt veel informatie rondom zorgverzekeringen moeilijk te begrijpen. De informatie is nog onbegrijpelijker door specifieke zorgtermen en namen voor pakketten. Door de termen en onbegrijpelijke informatie loopt men vast in het oriëntatieproces en vindt men het moeilijk om zorgverzekeringen met elkaar te vergelijken (inertie trigger markt & procedures).
10. Hoe kunnen we het aantal opties verminderen?  
Bij het kiezen voor een zorgverzekering komen veel keuzes kijken. Onder andere keuzes voor zorgverzekeraars, keuzes binnen zorgverzekeraars en de hoogte van het eigen risico. Men is overspoelt door de hoeveelheid opties die er zijn, waardoor een keuze maken moeilijker wordt (inertie trigger markt & procedures).

# ONTWERPPRINCIPES

Om tot succesvolle interventierichtingen te komen, heeft het multidisciplinaire team tijdens de herdefinitie sessie ontwerp principes vastgesteld. Deze zijn op te delen in principes over de gewenste beleving/ervaring van verzekerden en organisatorische principes. De principes dienen als input om de interventierichtingen op te toetsen nadat deze concreter zijn uitgewerkt in daadwerkelijke interventies.

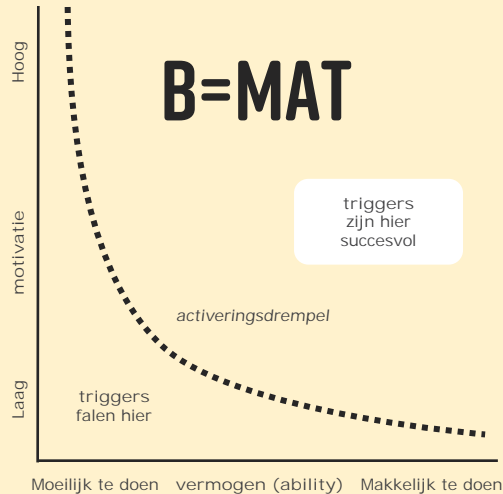
## Gewenste beleving/ervaring van verzekerden

1. Passend & herkenbaar: Zet de burger centraal in de uitwerking van het ontwerp en ga uit van voor hem bekende situaties.
2. Overzichtelijk & eenvoudig: De interventierichtingen zijn direct te begrijpen. Ze zijn concreet en hebben een heldere doelstelling. Het is voor de verzekerden duidelijk wat men zelf moet doen en welke stappen er nodig zijn.
3. Transparant & vertrouwen: Verzekerden weten wat hen te wachten staat. Zij zijn juist geïnformeerd.
4. Eerlijk & respectvol: Verzekerden voelen dat er rekening gehouden wordt met hun mening en leefwereld. Zij ervaren eerlijkheid en geen dwang door de interventierichtingen.
5. Positief & eigentijds: De interventierichtingen zijn leuk en stimuleren positiviteit rondom zorgverzekeringen. De interventierichtingen passen bij de huidige tijd.

## Organisatorische principes

1. Proportioneel: De investering voor de interventierichting past bij het verwachte effect.
2. Draagvlak: De interventierichtingen kennen draagvlak bij verschillende partijen. Bijvoorbeeld de overheid, zorgverzekeraars, de Patiëntenfederatie, zorgverzekeraars Nederland, NZa en vergelijkingssites.
3. Uitvoerbaar: Er moet een pilot opgezet worden om de interventies te toetsen. Dat betekent dat de interventierichting past binnen de huidige systemen en wetten.
4. Multidisciplinair: Een interventierichting is bij voorkeur een gezamenlijke actie en is niet alleen door de overheid uit te voeren.
5. Verantwoordelijkheid: Er is duidelijkheid wie verantwoordelijk is, ook als het een multidisciplinaire oplossing is. De implementatie is niet vrijblijvend voor de betrokkenen als zij zich aan de interventierichting hebben gecommitteerd.

# BJ FOGG & BEÏNVLOEDINGSPRINCIPES



Naast de ontwerpprincipes op de vorige pagina, moeten de interventies ook rekening houden met gedragsprincipes.

Bij het ontwikkelen van de interventies die moeten leiden tot het kiezen van een passende zorgverzekering is rekening gehouden met de richtlijnen van het B=MAT model van B.J. Fogg voor gedragsbeïnvloeding (behaviour = motivation + ability + trigger).

Het B=MAT model stelt dat gedrag alleen tot stand komt als de motivatie en het vermogen hoog genoeg is en de juiste triggers worden aangeboden.

Motivatie principes:

- Sociale bewijskracht
- Schaarste
- Consistentie
- Autoriteit
- Wederkerigheid
- Framing
- Ankerstrategie (anchoring)
- Verlies aversie

Vermogen principes:

- Default optie
- Verminder keuzes
- Vervanging van vraag
- Herhaling
- Dominantie
- Eenvoud
- Onderscheidend vermogen
- Duidelijkheid

# 6. INTERVENTIE RICHTINGEN

## IDEEËNGENERATIE FASE

Nadat het probleem goed in beeld is gebracht in de empathie en herdefinitie fase, is een eerste stap gemaakt met deel twee van het Public Design Wiel ('de uitdaging juist oplossen'). Hier zijn interventierichtingen tot stand gekomen op basis van een ideeëngeneratiesessie met een multidisciplinair team en een co-creatie sessie met de doelgroep.





# OVERZICHT KANSRIJKE INTERVENTIERICHTINGEN

De meest kansrijke interventierichtingen volgens de betrokkenen bij het project zijn hieronder kort vermeld. De interventierichtingen spelen in op verschillende uitdagingen en richten zich op verschillende onderdelen van gedragsbeïnvloeding. We verwachten dat een combinatie van onderstaande interventierichtingen het meest succesvol zal zijn om verschillende groepen inerten te bereiken. Bij de ontwikkeling van de interventierichtingen is primair gekeken naar de waarde voor de inerte verzekerden en de potentiële bijdrage aan de doelstellingen. Bij het vervolgtraject en de verdere uitwerking van de interventies zal meer aandacht besteed moeten worden aan de haalbaarheid en aansluiting bij andere organisatorische ontwerpprincipes (zie p. 38).

## Ken de basis (p. 42)

Doel: weten wat de basisverzekering dekt

Door een e-mail, quiz of een aanpassing in de polis is beter in te zien wat er al onder de basisverzekering valt.

Speelt in op: uitdaging 4



## Aandacht eigen polis (p. 43)

Doel: waar je zelf voor verzekerd bent

Kennis over wat je hebt, dat is belangrijk. Een bericht van de zorgverzekeraar of landelijke aandacht zorgt hiervoor.

Speelt in op: uitdaging 1



## Dashboard (p. 44)

Doel: overzicht en inzicht

Historisch zorgverbruik en de dekking van de polis, dat is wat dit behapbare en overzichtelijke dashboard biedt.

Speelt in op: uitdaging 1 & 2



## Advies & alerts (p. 45)

Doel: rationeel en emotioneel passend

De inerte verzekerden uiten de wens om meer advies van zorgverzekeraars te krijgen over hun zorgverzekering.

Speelt in op: uitdaging 3 & 7



## Baby steps (p. 46)

Doel: een eerste stap zetten

Een stappenplan helpt bij hoe men tot een passende zorgverzekering komt. Een stimulans om de eerste stap te zetten.

Speelt in op: uitdaging 1, 2, 4 of 7



## Aanpassen huidige ZVZ (p. 47)

Doel: aanpassen polis ipv zorgverzekeraar

De nadruk komt niet te liggen op het switchen van zorgverzekeraar, maar op de passendheid van de polis.

Speelt in op: uitdaging 7



## De spijtoptantregeling (p. 48)

Doel: neemt angst weg

Een verkeerde keuze is niet mogelijk! Bij spijt is kan men altijd terug naar de oude polis of zorgverzekering.

Speelt in op: uitdaging 5



# KEN DE BASIS

## De richting

Dat de basisverzekering al veel dekt, is voor velen onbekend. Deze richting neemt verzekerden daarom mee in wat er allemaal onder de basisverzekering valt. De interventies dienen mensen te laten beseffen dat de basisverzekering al heel veel omvat. Dit maakt de keuze voor een (andere) zorgverzekeraar minder groot en belangrijk. Heel veel is immers binnen de basisverzekering al goed geregeld.

## Uitvoering & aandachtspunten

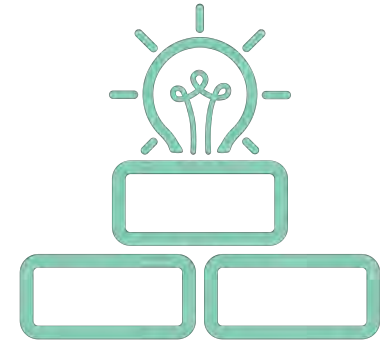
De kennis over de basisverzekering vergroten kan op verschillende manieren. Bijvoorbeeld met e-mail vanuit zorgverzekeraars die aangeeft wat er onder de basisverzekering valt. Of dit duidelijk uitschrijven op het polisblad (zoals bij aanvullende verzekeringen nu wel gebeurt). De basisverzekering leren kennen kan misschien ook door middel van een quiz. Deze quiz kan een samenwerking zijn tussen zorgverzekeraars en de overheid.

## Speelt in op:

[Uitdaging 4:](#) Hoe kunnen we het verschil tussen basis- en aanvullende verzekering verduidelijken?

## Inertie (triggers en reflexen) en passendheid

Speelt in op inertietrigger ervaringen en verwachtingen (te belangrijk maken). Bevordert kennis over (rationele) passendheid zorgverzekering.



*"De basis? Tja, ik zie vooral die aanvullende pakketten op m'n polis staan."*

*"Ja, wijs me maar eens op die basis. Maar liever niet door een vergelijkingsite, die vertrouw ik toch niet helemaal."*

# AANDACHT VOOR EIGEN POLIS

## De richting

Deze interventierichting richt zich op het bewust maken waar mensen nu allemaal voor verzekerd zijn. Dat start bij confrontatie met de eigen polis. De interventies onder deze richting stimuleren (motivatie as) of maken het makkelijker (ability as) om eens naar de eigen zorgverzekeringspolis te kijken. Op basis van de gesprekken met inerten verwachten we dat interventies in deze richting leiden tot extra bewustzijn en overweging of de huidige verzekering nog passend is. Met name relevant voor inerten die zich in de intentiefase bevinden.

## Uitvoering & aandachtspunten

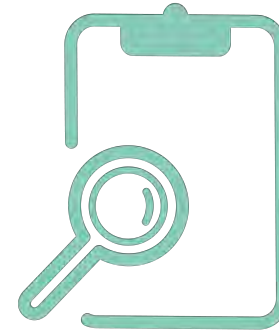
De aandacht ligt nu op kijken wat zorgverzekeraars komend jaar bieden. Deze focus moet verlegd worden naar de huidige polis. Verzekerden krijgen bijvoorbeeld een e-mail vanuit hun zorgverzekeraar om naar hun polis te kijken. Of extremere optie; in 2022 gaat er totaal geen aandacht naar het kijken naar andere zorgverzekeraars. Alle zorgverzekeraars communiceren alleen over het checken van de polis!

## Speelt in op:

**Uitdaging 1:** Hoe kunnen we mensen bewust maken van wat er met hun huidige zorgverzekeringpolis gedekt is?

## Inertie (triggers en reflexen) en passendheid

Bevordert gevoel bij (rationele) passendheid zorgverzekering en speelt in op inertietrigger ervaringen en verwachtingen (niet op de hoogte).



*"Pfft, ik heb al jaren niet naar m'n polis gekeken. Zou me wel helpen. Weet ik tenminste een keer wat ik heb."*

*"Nu ik zo naar m'n polis kijk, denk ik ineens: waarom heb ik dit zo geregeld?!"*

# DASHBOARD

## De richting

Deze richting draait om overzicht en inzicht. Zowel op het gebied van het zorgverbruik van afgelopen jaren als wat de verzekering daarin wel en niet gedekt heeft. Het zien waarvoor je verzekerd bent en wat je gebruikt, motiveert om na te denken over de passendheid van je verzekering. En het maakt het makkelijker om een afweging en vergelijking te maken of je een aanpassing wilt maken in de polis of zorgverzekeraar.

## Uitvoering & aandachtspunten

Bij voorkeur is de informatie op één plek te vinden. Bijvoorbeeld een dashboard met het historische zorgverbruik en de dekking van de polis. Dit is anders dan de huidige Mijnomgeving van de zorgverzekeraars. Het is makkelijker toegankelijk, bijvoorbeeld via een website of app, naar wens van gesproken inerte verzekerden zonder in te hoeven loggen. Plus, het geeft uitgebreider inzicht. Wijs vervolgens verzekerden ook actief op dit overzicht. Hier zit een uitdaging met betrekking tot de AVG.

## Speelt in op:

Uitdaging 1: Hoe kunnen we mensen bewust maken van wat er met hun huidige zorgverzekeringpolis gedekt is?

Uitdaging 2: Hoe kunnen we mensen bewust maken van hun recente en verwachte zorgverbruik?

## Inertie (triggers en reflexen) en passendheid

Bevordert gevoel bij en kennis over (rationele) passendheid zorgverzekering en speelt in op inertietrigger ervaringen en verwachtingen (niet op de hoogte).



*"Makkelijk en snel, zo wil ik het kunnen zien."*

*"Ik kijk bijna nooit op die Mijnomgeving van m'n zorgverzekeraar. Handig om zo'n overzicht ergens anders te hebben."*

# ALERTS & ADVIES

## De richting

Deze richting speelt in op de behoefte aan advies die inerten hebben. Tijdens de co-creatie spraken zij uit dat ze vinden dat zorgverzekeraars een taak hebben om in te springen om de juiste en meest passende zorgverzekering aan te bieden. Op het moment dat een zorgverzekeraar (1) merkt dat iemand sterk oververzekerd of onderverzekerd is, of (2) als ontdekt wordt dat iemand een onverstandige keuze maakt, of (3) als er bij de zorgverzekeraar zelf iets verandert, vinden zij het hun taak om in te springen. Deze interventierichting helpt een passende zorgverzekering te krijgen.

## Uitvoering & aandachtspunten

Zorgverzekeraars hebben inzicht in de declaraties en het zorgverbruik. Gesproken inerten vinden daarom dat zorgverzekeraars het zorgverbruik en de polis met elkaar moeten vergelijken en advies moeten uitbrengen. Dat kan online en offline advies zijn. Denk aan een alert via e-mail, bericht in de app of MijnOmgeving. Verdieping van het advies kan bijvoorbeeld telefonisch, via videobellen of fysiek. Het multidisciplinair team wijst op het onderscheid tussen de wensen van inerten en de huidige praktijk. In de praktijk hebben zorgverzekeraars de beschreven taak niet. Het team noemt daarnaast twee andere kanttekeningen: 1) zorgverzekeraars zijn gebonden aan wet- en regelgeving rondom advies geven en 2) advies over overzekerden kan uitholling van de aanvullende verzekeringen veroorzaken, wat ertoe kan leiden dat de aanvullende verzekering verdwijnt.

Speelt in op:

Uitdaging 3: Hoe kunnen we mensen van oververzekerd naar zeker genoeg krijgen?

Uitdaging 7: Hoe kunnen we de focus verschuiven van switchen naar passend?

Inertie (triggers en reflexen) en passendheid

Speelt in op: gevoel (rationele) passendheid zorgverzekering + persoonlijk en situationeel (twijfel).



*“Dat hoort gewoon bij wat een zorgverzekeraar doet: advies geven. Zij hebben die plicht.”*

*“Zij weten toch al veel van je verbruiken kosten? Logisch als ze je dan helpen bij een keuze.”*

# BABY STEPS

## De richting

In deze richting wordt door middel van een stappenplan getoond hoe men tot een passende zorgverzekering kan komen. Het is niet nodig om direct alle stappen te doorlopen. Juist het zetten van de eerste stap kan al genoeg zijn. Het opdelen van het proces in stappen, die men eenvoudig kan uitvoeren, maakt het behapbaarder (ability) en vermindert de kans op mentale blokkade.

## Uitvoering & aandachtspunten

De stappen kunnen er als volgt uit zien:

- Stap 1: Check je polis
- Stap 2: Kijk wat je aan zorg hebt verbruikt
- Stap 3: Kijk wat je aan (aanvullende) zorg verwacht
- Stap 4: Kijk of je zorgverzekeraar een beter passend aanbod heeft
- Stap 5: Kijk of anderen een beter passend aanbod hebben
- Stap 5: Maak een keuze - 1) niets doen, 2) aanpassen, 3) overstappen

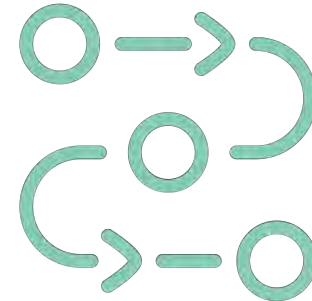
Voorkom hier een overkill aan te nemen stappen en informatie. Dat is namelijk juist één van de inertie triggers. Het plan moet het voor verzekerden echt vereenvoudigen.

## Speelt in op:

Afhankelijk van de stappen mogelijk op uitdaging 1, 2, 4 en 7

## Inertie (triggers en reflexen) en passendheid

Speelt in op de inertietrigger markt & procedures (informatie overload) en de inertiereflex blokkade.



*“Ik weet anders ook gewoon niet waar ik moet beginnen.”*

*“Duidelijkheid over wat ik moet doen, dat vind ik prettig. Nu doe ik vaak van alles door elkaar, dan ben ik er in ieder geval mee bezig”*

# AANPASSEN BIJ HUIDIGE ZORGVERZEKERAAR

## De richting

De nadruk komt niet te liggen op het switchen van zorgverzekeraar, maar op de passendheid van de polis. Interventies in deze richting zorgen dat iedereen zich afvraagt of men nog wel goed zit. Niet switchen is niet erg. Niet weten of je wel een passende zorgverzekering hebt wel (motivatie). Zelfs als men is gewisseld van zorgverzekeraar, kan men later de polis nog passender maken.

## Uitvoering & aandachtspunten

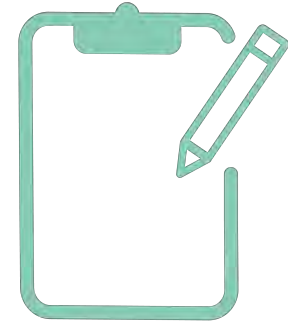
Aandacht voor een passende polis, daar gaat het om. Dat kan ook heel goed binnen de huidige zorgverzekeraar. Immers kan een zorgverzekeraar een polis aanbieden die beter past dan de huidige polis. Zorgverzekeraars kunnen inerte verzekerden activeren om naar de passendheid te kijken. Men kan ook met behulp van een interactieve keuzelijst door de zorgverzekeraar meegenomen worden in de meest passende optie.

## Speelt in op:

Uitdaging 7: Hoe kunnen we de focus veranderen van switchen naar passend?

## Inertie (triggers en reflexen) en passendheid

Speelt in op inertie triggers vanuit de markt en procedures (beperkte periode) en persoonlijk en situationeel (mentale belasting december).



*"Binnen m'n zorgverzekeraar kijken naar een andere polis? Nee, nooit gedaan. Goed idee wel, haha!"*

*"Hm, ja, het gaat altijd over een andere zorgverzekeraar. Dit zet me wel aan het denken."*

# DE SPIJTOPTANTREGELING

## De richting

Gesproken inerten willen, als zij spijt hebben van hun keuze, binnen een aantal maanden terug kunnen naar hun oude polis of zorgverzekeraar. Deze regeling neemt daarom de angst weg om een verkeerde keuze te maken. Niets houdt je tegen om de stap te wagen, het idee is dat je altijd terug kunt. De richting zit op de motivatie as.

## Uitvoering & aandachtspunten

Voor de gesproken inerten is het een aantrekkelijk idee om binnen een afgesproken periode terug te mogen naar de oude polis of zorgverzekeraar. Zeker als zorgverzekeraars dat onderling regelen. Of verzekerden goed op de hoogte zijn dat ze nu ook de mogelijkheid hebben om binnen 14 dagen terug te komen op hun keuze, is onbekend.

Bij deze richting is door het multidisciplinair team benoemd dat het verlengen van de 14 dagen tot enkele maanden niet mogelijk is binnen het huidige zorgstelsel.

## Speelt in op:

Uitdaging 5: Hoe kunnen we de angst om een verkeerde keuze te maken wegnemen bij mensen?

Inertie (triggers en reflexen) en passendheid

Speelt in op de inertietrigger ervaringen en verwachtingen (angst om de verkeerde keuze te maken) en persoonlijk en situationeel (twijfel).

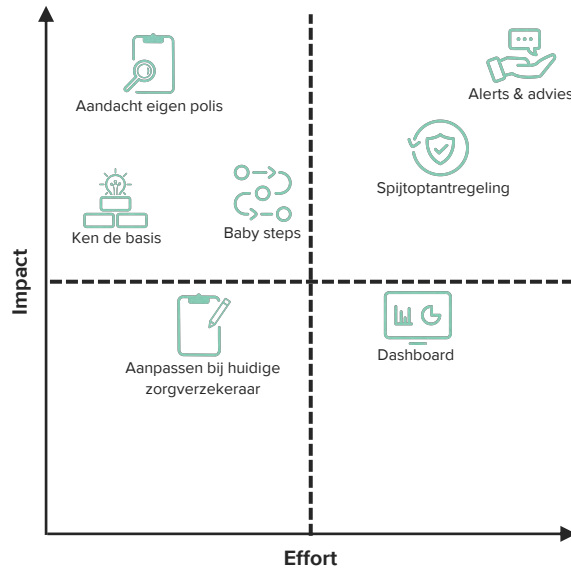


*“Echt een fijn idee om terug te kunnen! Kan dat dan bij alle zorgverzekeraars?”*

*“Dan durf ik toch eerder eens een andere verzekering af te sluiten. Kijken of die beter bij me past.”*



# IMPACT / EFFORT MATRIX



Tijdens de deliver sessie is met het multidisciplinaire team een eerste aanzet gemaakt voor de impact / effort matrix. Deze matrix helpt bij het bepalen van de meest kansrijke interventierichtingen.

## Impact

De impact geeft aan hoeveel effect de interventierichtingen hebben op de inerten. Hoe hoger de richting op deze as staat, hoe groter de verwachte impact is.

## Effort

De effort staat voor de moeite die het kost om de interventierichting uit te werken en te implementeren. Bijvoorbeeld de moeite in tijd, geld, energie, aanpassingen van wet- en regelgeving of ontwikkeling van (nieuwe) systemen.

# BIJLAGEN

Bijlage 1 – Double Diamond

Bijlage 2 – Overzicht aanpak in details

Bijlage 3 – Selectie deelnemers interviews

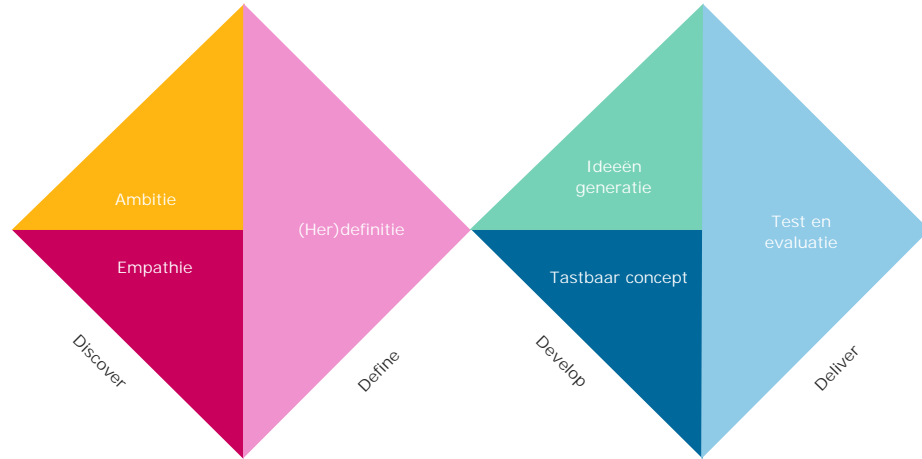
Bijlage 4 – Inhoud van de gesprekken



# BIJLAGE I - DOUBLE DIAMOND

Het Public Design Wiel is gebaseerd op de Double Diamond aanpak van Design Thinking.

PUBLIC  
DESIGN  
WIELO



# BIJLAGE 2 - OVERZICHT AANPAK IN DETAILS

Onderstaand de stappen, in lijn met het Public Design Wiel, die we in dit project doorliepen.

Ambitie	Empathie	(Her)definitie	Ideeëngeneratie
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kick-off sessie (2 uur) met het kernteam</li> <li>Vaststelling doelen, scope en deliverables van het onderzoek</li> <li>Afstemming praktische zaken zoals planning en onderling overleg</li> <li>Delen van relevante informatie en rapporten door de opdrachtgever</li> <li>Bepalen doelgroep: mate van inertie en passende zorgverzekering</li> <li>Samenstellen multidisciplinair projectteam &amp; benoemen stakeholders/experts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Framing sessie (3 uur) met het multidisciplinair team</li> <li>In kaart brengen van bestaande kennis en hypothesen over het keuzeproces</li> <li>Op basis van o.a. het Behavioural Design canvas en het Customer Journey canvas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Herdefinitie sessie (3 uur) met multidisciplinair team</li> <li>Delen inzichten interviews en tussentijdse opdrachten</li> <li>Aanvullen en finaliseren van het Behavioural Design canvas en het Customer Journey canvas</li> <li>Definiëren belangrijkste Job-to-be-done, pains, gains, barrières en gewoontes inertien</li> <li>Opstellen Design principles en criteria gedragsinterventies: waar moeten interventies aan voldoen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DEEL 1: Co-creatie sessie van 2,5 uur met multidisciplinair team en N=6 experts/stakeholders</li> <li>Genereren van concept gedragsinterventies</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diepdive in bestaande informatie</li> <li>Voorbereiden verschillende werksessies, onderzoek en co-creatie sessies</li> </ul> <p>door Perspective</p>	<p><b>Uitwerken sessie en voorbereiden interviews door Perspective</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>In gesprek met de doelgroep (N=8)</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>Interview over keuzes en overstappen in het algemeen</li> <li>Interview over op welke momenten men hiermee bezig is</li> <li>Interview over keuze voor een zorgverzekering en best passende zorgverzekering</li> <li>Wekelijkse WhatsApp inventarisatie</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uitwerken diverse canvassen en Design principles</li> <li>Voorbereiden co-creatie sessie met inertien</li> </ul> <p>door Perspective</p>	<p><b>Uitwerken concept interventies door Perspective</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>DEEL 2: Een co-creatie sessie van 2,5 uur: met N=6 burgers</li> <li>Feedback concept interventies</li> <li>Aanscherpen, verdiepen, aanvullen</li> </ul> <p><b>Verder uitwerken interventies en schrijven rapportage door Perspective</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deliver sessie (2 uur) met multidisciplinair team</li> <li>Plotten potentiële interventies op impact-effort schaal</li> </ul>
Oktober	November - Januari	December - Januari	November - Januari



# BIJLAGE 3 – SELECTIE DEELNEMERS INTERVIEWS

## Stap 1 - Operationalisering inertie

De basis voor de selectie vormde de operationalisering van inertie van de Universiteit Leiden. Hieruit zijn 6 factoren gedestilleerd. Drie daarvan zijn uitingen van inertie: (1) Beslissingen uitstellen, (2) Snel opgeven, niet doorzetten en (3) Keuzeopties niet onderzoeken. Drie andere zijn meer gelieerd aan gevoelens en houding; (4) Overweldigd voelen door de hoeveelheid keuzes, (5) Tijdgebrek ervaren en (6) Opzien tegen de moeite die het gaat kosten.

## Stap 2 - Selectievragenlijst

De 6 factoren zijn uitgevraagd via stellingen (zie rechts). Mensen met een gemiddelde score van 3,1 tot 4,6 op de factoren zijn uitgenodigd voor deelname. Deze personen vallen in de kerndoelgroep van het onderzoek.

Daarnaast is letterlijk gevraagd of men de afgelopen 5 jaar is gewisseld van zorgverzekeraar en of men zich heeft georiënteerd. Als men zich had georiënteerd, maar niet was gewisseld, is gevraagd wat de reden hiervoor was.

## Stap 3 - Versluierd

Ter voorkoming van priming zijn mensen in de selectievragenlijst in eerste instantie breed gevraagd naar hun keuzegedrag. Onder andere rondom internetproviders, abonnementen en verzekeringen.

### Stellingen selectievragenlijst

- Stel ik beslissingen steeds maar uit
- Geef ik snel op; ik zet niet door
- Voel ik mij overweldigd door de hoeveelheid keuzes
- Ervaar ik tijdgebrek om er iets mee te doen
- Zie ik op tegen de moeite die het gaat kosten
- Onderzoek ik de keuzeopties niet

### Score

- 1 – (Bijna) nooit
- 2 – Soms
- 3 – Soms wel, soms niet
- 4 – Vaak
- 5 – (Vrijwel) altijd
- 99 – Weet niet / Geen antwoord

# BIJLAGE 4 - INHOUD VAN DE GESPREKKEN

In totaal zijn er 3 gesprekken gevoerd met deelnemers. Daarnaast heeft een co-creatie sessie plaatsgevonden met de doelgroep. Alle gesprekken en de sessie vonden plaats via MS Teams.

Gesprek 1 – Inertie algemeen  
November 2021  
45 minuten

## Onderwerpen

- Algemeen aanschafproces kleine en grote aankopen
- Aanschafproces van abonnementen / verzekeringen
- Houding t.a.v. veranderen van aanbieder: internetprovider, verzekeringen, mobiele telefoonprovider
- Verkenning inertiefactoren – eigenschappen, gewoontes en patronen
- Overige inertiefactoren & aanbieder
- Algemene redenen overstappen bij abonnementen en verzekeringen

Gesprek 2 – Inertie zorgverzekering  
December 2021  
30 minuten

## Onderwerpen

- Fases in keuzeproces zorgverzekeringen
- Uitvalmomenten in het keuzeproces (=momenten van inertie)
- Verdieping inertie triggers zorgverzekeringen: marktkenmerken, ervaringen & verwachtingen, persoonlijk & situationeel

Gesprek 3 – Passendheid zorgverzekering  
Januari 2022  
45 minuten

## Onderwerpen

- Nagaan keuze zorgverzekering
- Spontaan: passendheid zorgverzekering
- Geholpen: passendheid zorgverzekering
- Test of zorgverzekering 'past': bespreken polis en/of vergelijken op Independer
- Ideeën voor interventies

Co-creatie – Interventierichtingen  
Januari 2022  
2,5 uur

## Onderwerpen

- Groepsdiscussie uitdagingen rondom inertie en passendheid zorgverzekeringen
- Ideeëndump inerte verzekerden om uitdagingen op te lossen
- Meerdere rondes waarin inerte verzekerden en het multidisciplinaire team ideeën uitwerkten en aanscherpten

# PER SPEC TIVE.

[www.perspective.amsterdam](http://www.perspective.amsterdam)

