

KANTAR

Overstappedrag bij zorggebruikers

Petra Kramer
Elmara Bemer
Lenneke Nieuwenhuizen

28 februari 2020

H7453/H7455



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Inhoudsopgave

1. Conclusies en aanbevelingen	3
2. Inleiding en onderzoeksopzet	6
3. Huidig overstapgedrag en de meest bepalende factoren	11
4. Redenen om niet over te stappen	20
Bijlagen	32

1

Conclusies en aanbevelingen

Conclusies (I)

1. In de afgelopen drie jaar is ongeveer één op de vijf ondervraagden overstapt van zorgverzekering. Zoals ook uit eerder onderzoek is gebleken, zien we dat **zorggebruikers** (chronisch zieken, geneesmiddelgebruikers, hulpmiddelgebruikers) **minder vaak overstappen** van zorgverzekering.
2. Echter zien we dat dit meer bepaald wordt door **achterliggende factoren** (overstapgedrag in het algemeen, leeftijd, sociale klasse) dan direct door het gebruik van/de afhankelijkheid van zorg.
3. De redenen die mensen geven om niet over te stappen laten ook zien dat zorggerelateerde zaken niet de belangrijkste reden zijn om niet over te stappen. De belangrijkste redenen om niet over te stappen zijn **tevredenheid met de huidige verzekering** en/of **de collectiviteitsregeling** (positieve redenen) en **het gevoel bij een andere verzekeraar niet beter af te zijn**. We zien een vergelijkbaar beeld tussen mensen die wel en niet actief overwogen hebben om over te stappen.
4. Bij chronisch zieken en geneesmiddelgebruikers staan dezelfde bij punt drie genoemde redenen voor niet overstappen bovenaan. Deze twee groepen geven wel vaker aan dat (ook) meespeelde dat ze **bang waren om niet geaccepteerd te worden** of **niet dezelfde vergoedingen zouden krijgen**. Hier lijkt een verkeerde perceptie te heersen. Maar deze redenen lijken vaak samen te gaan met tevredenheid over de huidige verzekeraar, zo bleek ook uit interviews.

Aanbevelingen (I)

- De urgentie om belemmeringen bij overstappen die specifiek voor zorggebruikers spelen weg te nemen lijkt niet zo hoog, aangezien het zorggebruik op zich een relatief kleine rol speelt in het niet overstappen.
- De bevinding dat er wel enkele belemmeringen worden ervaren met betrekking tot de angst om niet geaccepteerd te worden of niet dezelfde vergoedingen te krijgen bij een andere verzekeraar, is de moeite waard om bij zorgverzekeraars neer te leggen. Zij kunnen dit opnemen in hun communicatie omtrent overstappen. Hierbij is het belangrijk duidelijk te maken dat er bij een overstap (vrijwel) niet wordt gevraagd naar de zorgsituatie van de verzekerde.

Conclusies (II)

5. De angst om **niet geaccepteerd** te worden, blijkt uit kwalitatieve interviews te **overlappen met de angst om niet de vergoedingen te blijven krijgen** die men nu krijgt. Verder lijkt dit vooral te gelden voor de aanvullende verzekering. En aangezien deze min of meer als onlosmakelijk van de basisverzekering wordt gezien, heeft dit ook invloed op het niet overstappen van basisverzekering.
6. Bij de overweging om over te stappen (of hierover na te denken), beschouwt men **de basis- en aanvullende verzekering als één pakket**. Ondanks dat men vaak wel weet dat het om twee verschillende producten gaat die in principe los afgesloten kunnen worden, ziet men een overstap als iets wat je voor het geheel doet.
7. Behalve de (gepercipieerde) belemmering van mogelijk niet dezelfde vergoedingen krijgen, vormt moeite met het zoeken van informatie ook een belemmering. Men vindt **de informatie ingewikkeld**, vooral de informatie over de aanvullende verzekering. Door de complexiteit kost het veel tijd en ervaart men het als “gedoe”. Dit lijkt bij zorgverzekeringen sterker te gelden dan bij andersoortige overstappen. Tijdens de interviews was het ontbreken van toegankelijke en overzichtelijke informatie een terugkerend geluid.
8. We zien dat mensen **vaker overstappen van energieleverancier dan van zorgverzekeraar**. Maar men stapt vaker over van zorgverzekering dan van andere verzekeringen, wat er op duidt dat het feit dat het over zorg gaat niet per se de drempel vormt.

Aanbevelingen (II)

- Onderzoek wat er mogelijk is om de (gepercipieerde) koppeling tussen de aanvullende verzekering en de basisverzekering minder sterk te maken. En koppel hier goede communicatie aan. Dit kan mensen helpen die vooral het overstappen van aanvullend pakket moeilijk vinden.
- Onderzoek, eventueel in samenwerking met vergelijkers/vergelijkingssites de mogelijkheden om de vergelijking van zorgverzekeringen verder te vereenvoudigen.

2

Inleiding en onderzoeksopzet

Inleiding

Iedere verzekerde heeft de mogelijkheid zelf zijn of haar polis te kiezen en jaarlijks over te stappen. De zorgverzekeringswet bepaalt dat niemand geweigerd mag worden voor de basisverzekering. Voor aanvullende verzekeringen mag een verzekeraar mensen wel weigeren, hoewel in de praktijk alleen acceptatie-eisen gelden voor de meest uitgebreide aanvullende verzekeringen.

Voor het ministerie van VWS is het belangrijk dat iedere Nederlander zich vrij kan bewegen op de zorgverzekeringsmarkt en zich daarin niet belemmerd voelt. Overstappen is daarbij geen doel op zich, maar een bewuste keuze maken wel.

Jaarlijks stapt zo'n 6-7%* over van zorgverzekering. Op basis van onderzoeken** heeft VWS aanwijzingen dat **overstappen onder zorggebruikers relatief weinig voorkomt**.

Het is belangrijk dat zorggebruikers niet minder overstappen vanwege redenen die onnodig zijn, bijvoorbeeld door verkeerde percepties. Om beter te begrijpen wat de redenen zijn dat zorggebruikers minder overstappen heeft Kantar eind 2019/begin 2020 onderzoek uitgevoerd.

Dit onderzoek wijst uit welke redenen er aan te wijzen zijn waarom zorggebruikers minder overstappen. Maar ook of dit positieve redenen (zoals tevredenheid met de huidige verzekeraar) zijn of negatieve (belemmeringen). En of ervaren belemmeringen mogelijk gebaseerd zijn op verkeerde percepties

In dit onderzoek is ook de vergelijking gemaakt met de mate waarin mensen overstappen van andersoortige verzekeringen, energieleverancier en telefonie/tv/internetaanbieder. Zo zien we **welke rol de algemene 'overstapgeneigdheid' speelt** bij het overstappen van zorgverzekeraar.

Het is voor VWS belangrijk om inzicht te krijgen in de ervaren belemmeringen (al dan niet door verkeerde percepties) van zorggebruikers, zodat verkend kan worden of deze weg te nemen zijn.

Hoofdvraag in dit onderzoek is dan ook:

In hoeverre wordt het feit dat zorggebruikers minder overstappen veroorzaakt door (werkelijke dan wel gepercipieerde) belemmeringen?

Op de volgende pagina is te zien hoe deze hoofdvraag in het onderzoek is opgedeeld in drie deelvragen.

Centrale vraag in dit onderzoek

In hoeverre wordt het feit dat zorggebruikers minder overstappen veroorzaakt door (werkelijke dan wel gepercipieerde) belemmeringen ?

1. Welk overstapgedrag laten zorggebruikers momenteel zien?

2. Wat zijn redenen om niet over te stappen?

3. Waar komen negatieve belemmeringen en percepties vandaan?

Onderzoeksverantwoording

Kwantitatief onderzoek

Periode: 18 t/m 24 november 2019

Doelgroep en steekproef: Er is een representatieve groep Nederlanders van 18 jaar en ouder aangeschreven en daarnaast een extra groep Nederlanders waarvan vooraf bekend was dat zij een chronische aandoening hebben. Alleen mensen die zelf beslissingen nemen ten aanzien van hun zorgverzekering hebben alle vragen beantwoord. Achteraf is de groep 'chronisch ziek' teruggewogen, waardoor de totale groep als representatief voor Nederlanders van 18+ kan worden gezien.

Steekproefgrootte: Bruto n=1.200 'repre 18+' en n=370 'chronisch ziek', netto n=603 'repre 18+' en n=472 'chronisch ziek' (totale respons: 68%). Dit netto aantal bevat alleen de mensen die ook aangeven zelf verantwoordelijk te zijn voor keuzes rondom hun zorgverzekering.

Steekproefbron: Kantar NIPObase

Methode: online vragenlijst. Men is aangeschreven per e-mail met daarin een link naar de vragenlijst

Kwalitatief onderzoek

Periode: 17 december 2019 t/m 16 januari 2020

Doelgroep: zorggebruikers, dit zijn mensen die (op basis van wat ze zelf hebben aangegeven) een chronische ziekte hebben en/of gebruik maken van medicijnen en/of specialisten en /of hulpmiddelen (in bijlage 1 een overzicht). Daarnaast is gesproken met zowel overwegers (mensen die de afgelopen drie jaar niet zijn overgestapt, maar het voor 2020 wel overwogen) als niet-overwegers (afgelopen jaren niet overgestapt en overwegen het nu ook niet).

Steekproef: de respondenten zijn geworven via het kwantitatieve onderzoek. Daarin is de vraag gesteld of men open stond voor deelname aan een interview. Er is een selectie gemaakt van 8 overwegers en 12 niet-overwegers, waarbij voornamelijk mensen zijn uitgenodigd die (vermoedelijk) zorggerelateerde redenen hadden om de afgelopen jaren niet over te stappen, maar ook een paar die daarnaast hebben aangegeven tevreden te zijn.

Methode: diepte-interviews met overwegers en niet overwegers. Daarnaast hebben de overwegers deelgenomen aan een digital diary voorafgaand aan het interview. Deze digital diary bestond uit drietal vragen die op drie verschillende momenten in de overstapmaand december zijn voorgelegd via WhatsApp.

Er zijn 6 deelnemers face-to-face op kantoor van Kantar geïnterviewd, de overige 14 zijn telefonisch geïnterviewd.

Kanttelingen bij het onderzoek en de steekproef

Alleen (redelijk) digitaal vaardigen in de steekproef

In het onderzoek zijn alleen mensen ondervraagd die (redelijk) digitaal vaardig zijn. De respondenten zijn namelijk geworven vanuit onze respondentendatabase (Kantar NIPObase) met mensen die online benaderd kunnen worden. Dit kan enige invloed hebben op de resultaten, aangezien het vergelijken van zorgverzekeringen vooral online gedaan wordt. Voor mensen die niet goed overweg kunnen met het internet kan het zoeken naar informatie en het maken van vergelijkingen daarom een extra belemmering vormen voor het overstappen.

Alleen mensen die zelf beslissen over hun zorgverzekering

Verder zijn er alleen mensen ondervraagd die zelf beslissen over hun zorgverzekering (in plaats van dit over te laten aan iemand anders). Immers, alleen voor deze groep is het onderzoek relevant.

Mate van overstappen wijkt iets af van andere cijfers

Het percentage overstappers dat we in dit onderzoek vinden lijkt hoog in vergelijking met landelijke gegevens van VEKTIS (2019-2020 6,5%). Dit heeft twee mogelijke verklaringen. Allereerst kijkt VEKTIS alleen naar overstappen van risicodrager, terwijl mensen zelf ook vinden dat ze zijn overgestapt als het om een andere polis gaat (bijvoorbeeld bij ander label onder dezelfde risicodrager).

Daarnaast is het mogelijk dat er een lichte selectiebias in het onderzoek zit en dat deelnemers aan het onderzoek meer dan gemiddeld geïnteresseerd zijn in het onderwerp zorgverzekeringen (in de uitnodiging voor het onderzoek is het onderwerp 'zorgverzekeringen' genoemd).

Redenen om niet over te stappen zijn niet gespecificeerd naar basisverzekering en aanvullende verzekering

De vraag óf men in de afgelopen drie jaar is overgestapt van zorgverzekering is specifiek over de basiszorgverzekering gesteld. Echter, de redenen waarom men al dan niet is overgestapt zijn in het algemeen gesteld, zonder onderscheid naar basis en aanvullend. De verwachting is ook dat verzekerden hierin geen of weinig onderscheid maken, aangezien vrijwel iedereen de aanvullende verzekering bij dezelfde verzekeraar afsluit als de basisverzekering.

Leeswijzer

In grafieken worden significante verschillen aangegeven met een *.

In de figuren die op basis van de AID-analyse zijn gemaakt is de significantie niet aangegeven, omdat alles wat in deze figuren getoond wordt significant is (voor uitleg wat een AID-analyse is, zie p. 14).

De inzichten die gebaseerd zijn op de kwantitatieve vragenlijst worden aangeduid met het volgende icoon.

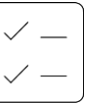


De inzichten die zijn opgedaan uit de diepte-interviews worden aangeduid met het volgende icoon.



2

Huidig overstappedrag en de meest bepalende factoren



Gemiddeld is 1 op de 5 mensen in de afgelopen 3 jaar overgestapt van zorgverzekering

Een bijna even grote groep heeft een overstap wel overwogen, maar heeft een bewuste keuze gemaakt dit niet te doen

Van de Nederlanders van 18 jaar en ouder is in de afgelopen drie jaar naar eigen zeggen...

22%

één keer of vaker
overgestapt van
basiszorgverzekering

20%

niet overgestapt van
basiszorgverzekering,
maar heeft dit wel
overwogen

57%

niet overgestapt van
basiszorgverzekering,
heeft dit ook niet
overwogen

Bent u in de afgelopen drie jaar (in de overstapperiode eind 2016, eind 2017 of eind 2018) overgestapt van basiszorgverzekering? n=1.075 | totaal telt niet op tot 100%: de resterende 1% zegt 'geen idee'



We zien verschillen in overstapgedrag tussen zorggebruikers en niet-zorggebruikers

In onderstaande tabel is te zien dat mensen met één of meer chronische ziekten, mensen die dagelijks geneesmiddelen gebruiken en mensen die hulpmiddelen gebruiken, in de afgelopen drie jaar minder vaak overgestapt zijn dan mensen zonder chronische ziekte, dagelijkse geneesmiddelen of hulpmiddelen.

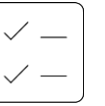
In de afgelopen drie jaar...	1 of meer chronische ziekten (n=472)	Geen chronische ziekte (n=573)	Dagelijks geneesmiddelen (n=647)	Periodiek/geen geneesmiddelen (n=428)	Gebruikt medische hulpmiddelen* (n=67)	Gebruikt ondersteunende hulpmiddelen** (n=68)	Gebruikt geen hulpmiddelen (n=952)
Overgestapt	18%	24%*	18%	26%*	16%	9%	23%*
Niet overgestapt, wel overwogen	22%	18%	20%	19%	31%*	19%	19%
Niet overgestapt, niet overwogen	60%	56%	61%*	52%	52%	71%*	57%

We zien verder geen opvallende verschillen in overstapgedrag tussen:

- Mensen die vaker of minder vaak naar een medisch specialist gaan
- Mensen die vaker of minder vaak naar een paramedicus gaan (zoals fysiotherapeut, logopedist of psycholoog)
- Mensen die al dan niet gebruikmaken van wijkverpleging of thuiszorg (hierbij speelt mee dat er slechts 44 mensen in de steekproef zijn die dit gebruiken)

Ook wanneer we een indeling maken in lichte, matige en zware zorggebruikers, zien we geen significante verschillen in overstapgeneigdheid.

Echter, het feit dat zorggebruikers minder overstappen blijkt vooral veroorzaakt te worden door achterliggende persoonskenmerken



- Het feit dat in eerdere onderzoeken is gevonden dat zorggebruikers minder overstappen kunnen we op basis van de informatie op de vorige pagina deels onderschrijven.
- Hierbij is echter een nuancering nodig.
- Op de volgende pagina's zijn de resultaten te vinden van een AID-analyse.
 - Deze statistische methode bepaalt welke variabele het meest bepalend is voor het onderscheid tussen de groep verzekerden die in de afgelopen jaren wel is overgestapt en de groep die dit niet heeft gedaan. Ook wordt bepaald welke variabelen daarna volgen (welke daarna het meest bepalend zijn).
- In deze analyse komen andere persoonskenmerken sterker naar voren dan kenmerken die met zorggebruik te maken hebben.
- Dit geeft sterke aanwijzingen dat de verschillen die we zien tussen mensen met en zonder chronische aandoening, met en zonder dagelijks geneesmiddelgebruik en met en zonder hulpmiddelen voor een groot deel verklaard worden door leeftijd en/of sociale klasse (aangezien chronische aandoeningen en hulpmiddelengebruik relatief meer voorkomen bij ouderen en lagere sociale klassen).





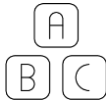
Of men overstapt van zorgverzekering hangt vooral af van algemene overstapgeneigdheid, leeftijd en sociale klasse; zorggebruik heeft een beperkte invloed



Als we kijken waardoor het al dan niet overstappen van zorgverzekering het meest bepaald wordt, is dat de **mindset of 'algemene overstapgeneigdheid'**: mensen die de afgelopen jaren ook van energieleverancier zijn overgestapt, zijn meer geneigd tot overstappen van zorgverzekering (28,5%). Als men ook van andere soorten verzekeringen is overgestapt is de kans nog groter dat men een overstap van zorgverzekering heeft gemaakt (40%).



Als we de factor overstapgeneigdheid buiten beschouwing laten, blijkt **leeftijd** het meest bepalend: van de mensen jonger dan 47 jaar is meer dan 30% overgestapt in de afgelopen 3 jaar, terwijl dit bij mensen ouder dan 71 slechts 14% is.



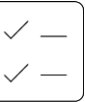
Als we ook leeftijd buiten beschouwing laten, is **sociale klasse** de meest verklarende variabele. Mensen uit de hogere sociale klasse zijn vaker overgestapt dan mensen uit lagere sociale klassen (hoog: 25%, laag: 15%). Dit effect is nog sterker als we binnen de hoge sociale klasse kijken naar mensen die geen (of alleen periodiek) **geneesmiddelen** gebruiken (35%). Als men in de hoge sociale klasse valt en dagelijks geneesmiddelen gebruikt is dat veel minder (15%).



Wanneer alle voorgaande factoren buiten beschouwing worden gelaten, dan zien we voor het eerst een vorm van zorggebruik die zorgt voor significante verschillen: gebruik van **geneesmiddelen**. Van de mensen die dagelijks geneesmiddelen gebruiken is 19% in de afgelopen 3 jaar overgestapt, van de mensen die periodiek of geen geneesmiddelen gebruiken is dat 27%. Als de mensen die dagelijks geneesmiddelen gebruiken ook nog een **ondersteunend hulpmiddel** (traplift, sta-opstoel, e.d.) hebben, neemt het af tot 7%. Dit laatste kan ook een leeftijdseffect zijn.

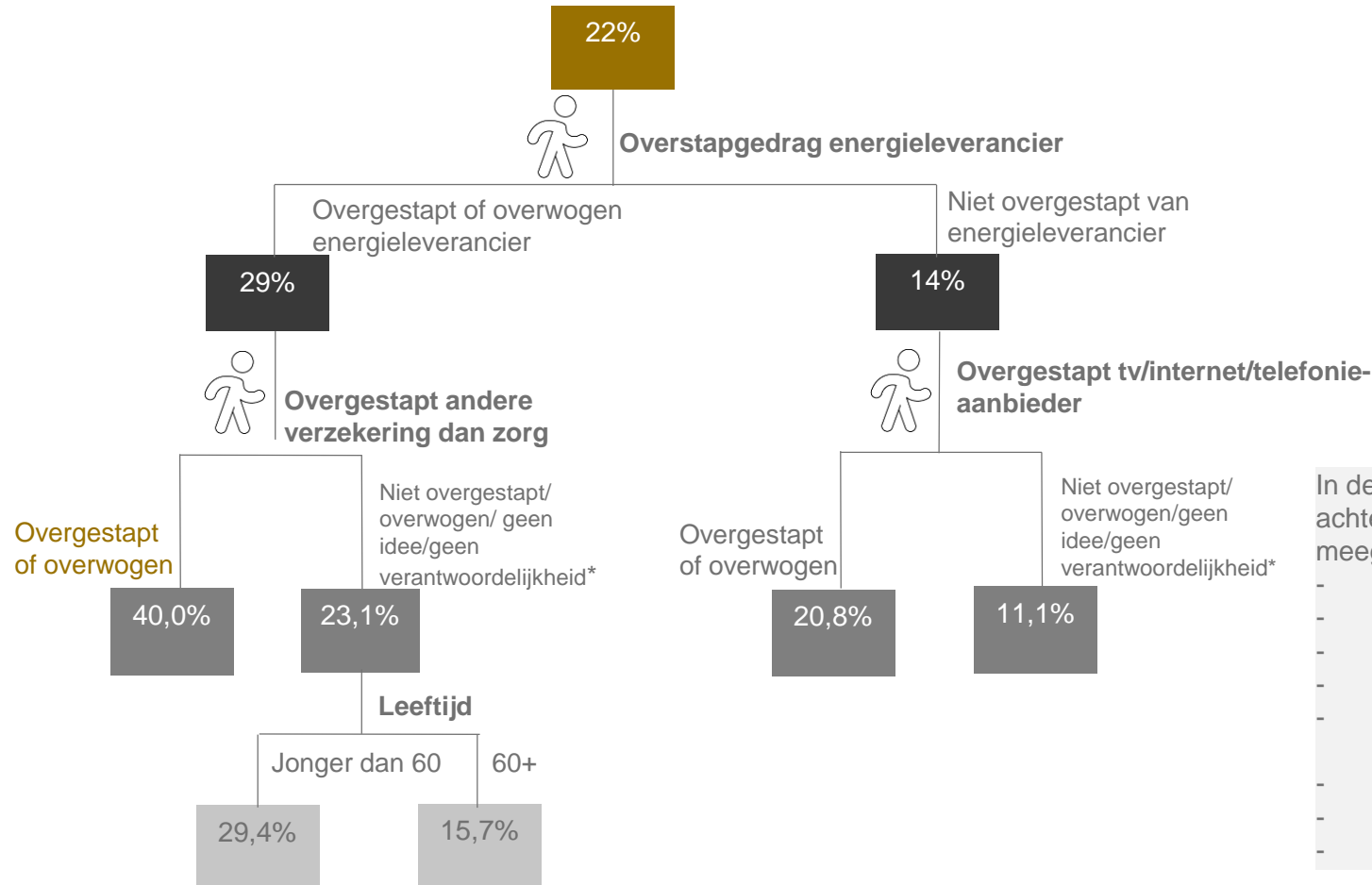


Dit wordt geïllustreerd op de hierna volgende pagina's (waar naar doorgeklikt kan worden)



Of men al dan niet is overgestapt hangt het sterkst samen met algemene overstapgeneigdheid

Mensen die in de afgelopen 3 jaar zijn overgestapt of hebben overwogen om over te stappen van energieleverancier én zijn overgestapt van een ander soort verzekering, zijn het vaakst overgestapt van zorgverzekering (40%)

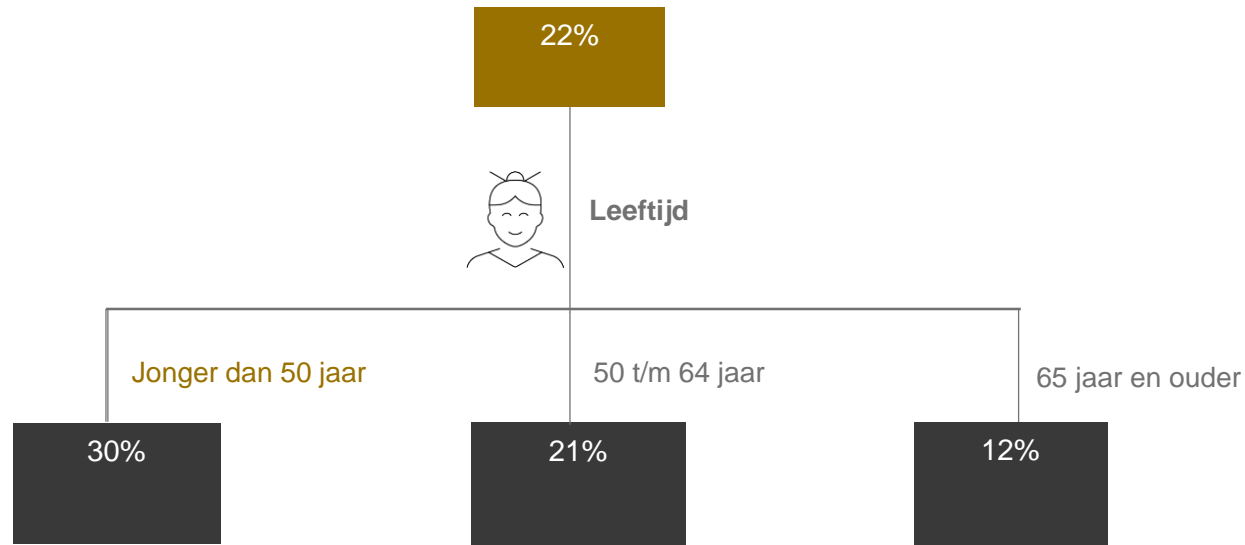


In deze analyse zijn de volgende achtergrondkenmerken van respondenten meegenomen:

- Leeftijd
- Sociale klasse
- Aanwezigheid chronische aandoening
- Mate beperking chr. Aandoening
- Frequentie van bezoek aan huisarts, specialist en/of andere zorgverleners
- Ondersteuning thuiszorg of wijkverpleging
- Overstapgedrag afg. 3 jr energieleverancier, telefonie/tv/internet en/of andere verzekeringen

* "Ik ga hier niet over binnen mijn huishouden, dus ik kan deze vraag niet beantwoorden."

Mensen jonger dan 50 jaar zijn de afgelopen 3 jaar het vaakst overgestapt; we zien dat de mate van overstappen afneemt naarmate de leeftijd hoger wordt

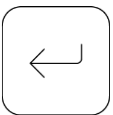


In deze analyse zijn de volgende achtergrondkenmerken van respondenten meegenomen:

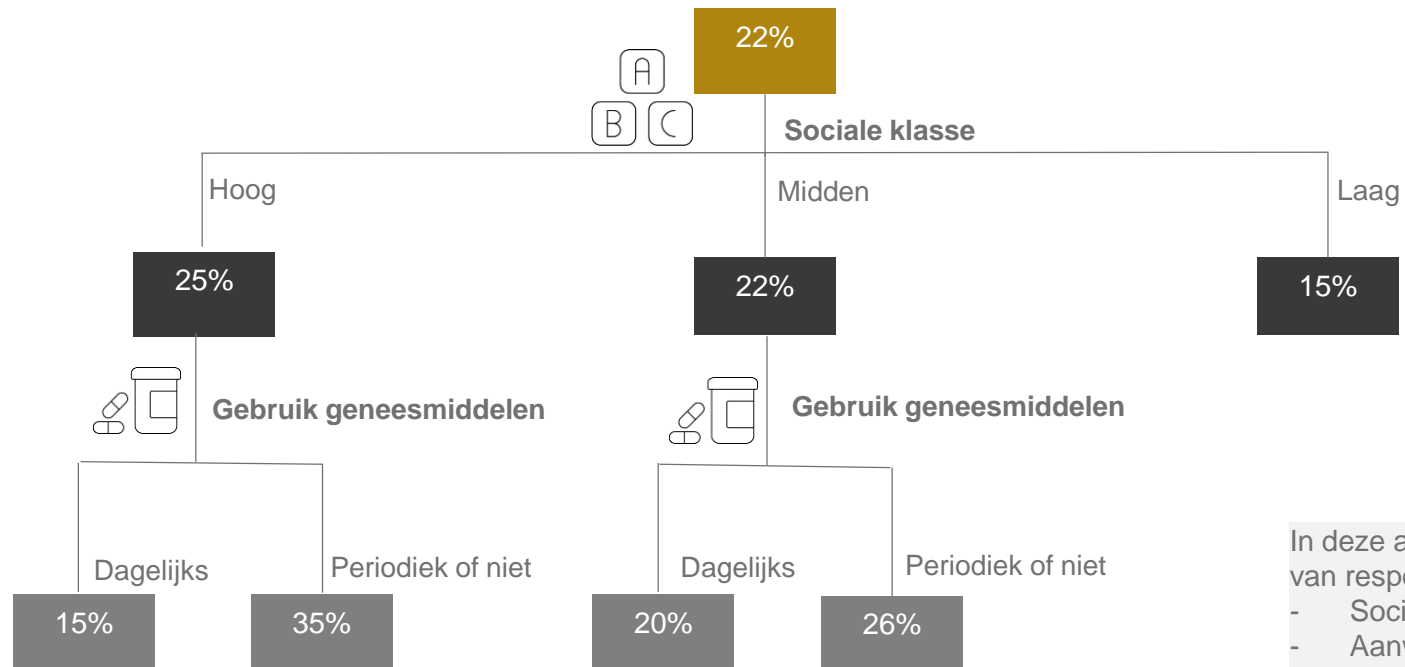
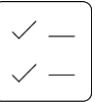
- Leeftijd
- Sociale klasse
- Aanwezigheid chronische aandoening
- Mate beperking chr. Aandoening
- Frequentie van bezoek aan huisarts, specialist en/of andere zorgverleners
- Ondersteuning thuiszorg of wijkverpleging

NIET meegenomen:

- Overstapgedrag afg. 3 jr. energieleverancier,
- telefonie/tv/internet en/of andere verzekeringen



Mensen uit de hoge sociale klasse die periodiek of geen geneesmiddelen gebruiken, zijn de afgelopen 3 jaar het vaakst overgestapt



In deze analyse zijn de volgende achtergrondkenmerken van respondenten meegenomen:

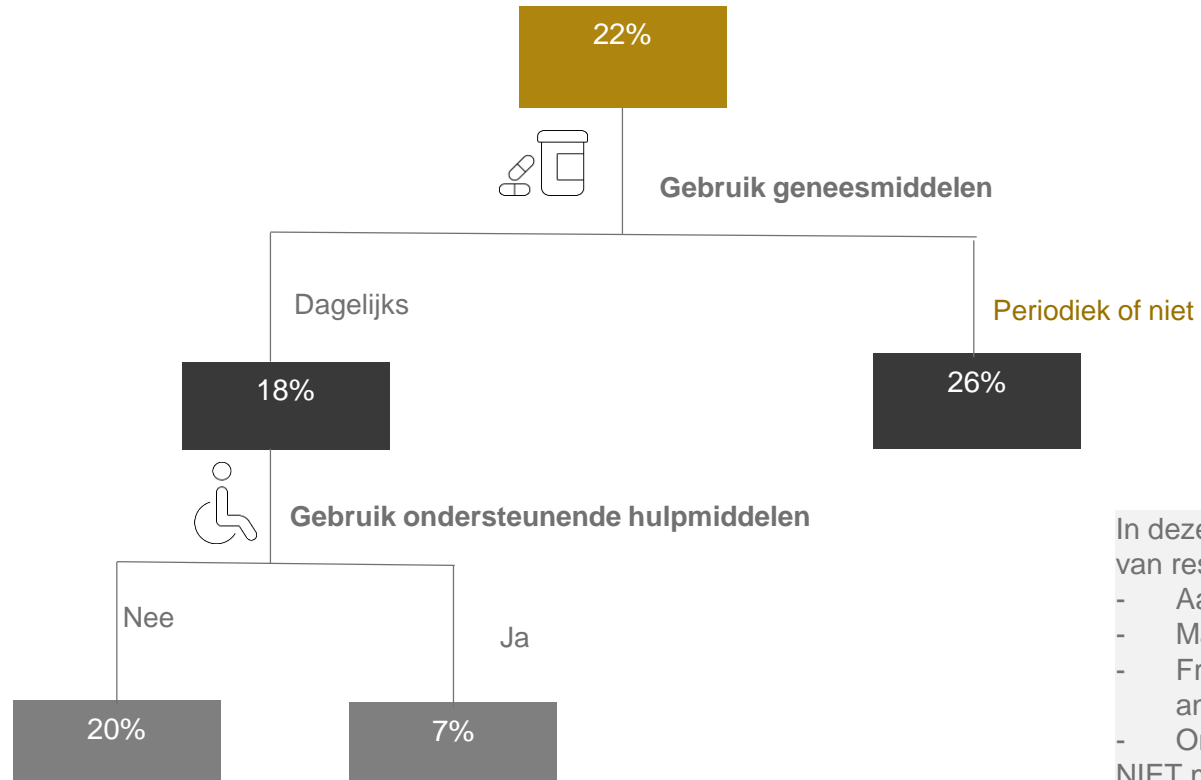
- Sociale klasse
- Aanwezigheid chronische aandoening
- Mate beperking chr. Aandoening
- Frequentie van bezoek aan huisarts, specialist en/of andere zorgverleners
- Ondersteuning thuiszorg of wijkverpleging

NIET meegenomen:

- Overstappedrag afg. 3 jr energieleverancier, telefonie/tv/internet en/of andere verzekeringen
- Leeftijd



Indien men dagelijks geneesmiddelen gebruikt én ondersteunende hulpmiddelen, is de kans dat men de afgelopen 3 jaar is overgestapt het kleinst

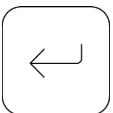


In deze analyse zijn de volgende achtergrondkenmerken van respondenten meegenomen:

- Aanwezigheid chronische aandoening
- Mate beperking chr. Aandoening
- Frequentie van bezoek aan huisarts, specialist en/of andere zorgverleners
- Ondersteuning thuiszorg of wijkverpleging

NIET meegenomen:

- Overstappedrag afg. 3 jr energieleverancier, telefonie/tv/internet en/of andere verzekeringen
- Leeftijd
- Sociale klasse



3

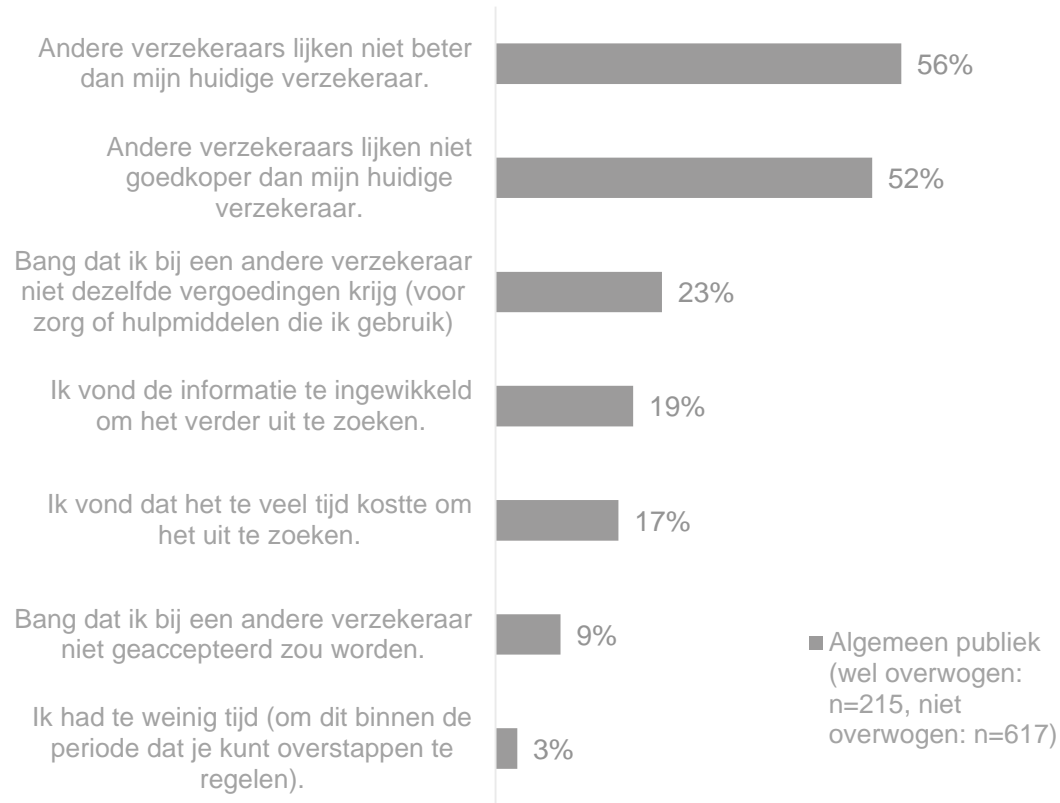
Redenen om niet over te stappen



Redenen om niet over te stappen hebben het meest te maken met tevredenheid met de huidige situatie en de verwachting dat andere verzekeraars niet beter of goedkoper zijn

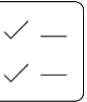
De meest voorkomende zorggerelateerde reden is dat sommige mensen verwachten dat ze bij een andere verzekeraar niet dezelfde vergoedingen krijgen

Belangrijkste redenen waarom men niet is overgestapt in de afgelopen 3 jaar, terwijl men dit wel heeft overwogen



Belangrijkste redenen waarom men niet is overgestapt in de afgelopen 3 jaar en dit ook niet heeft overwogen

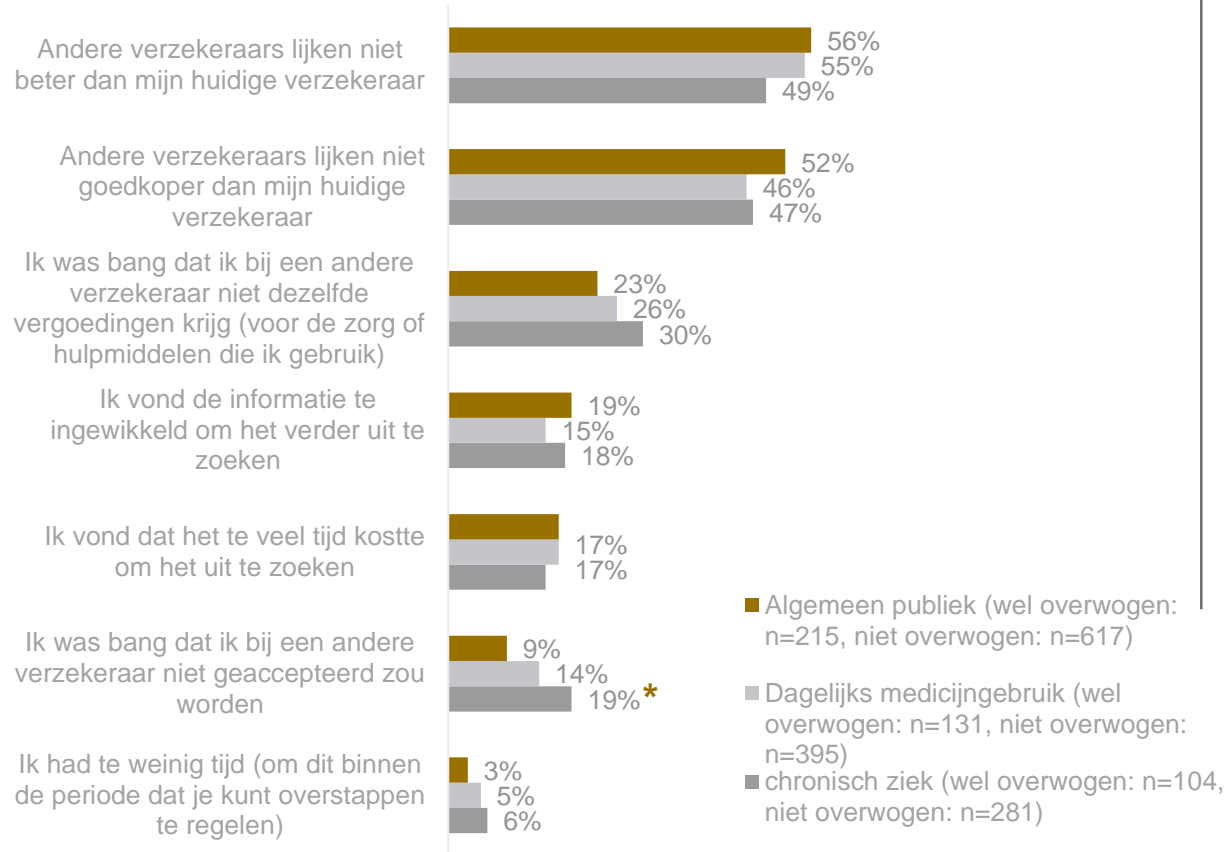




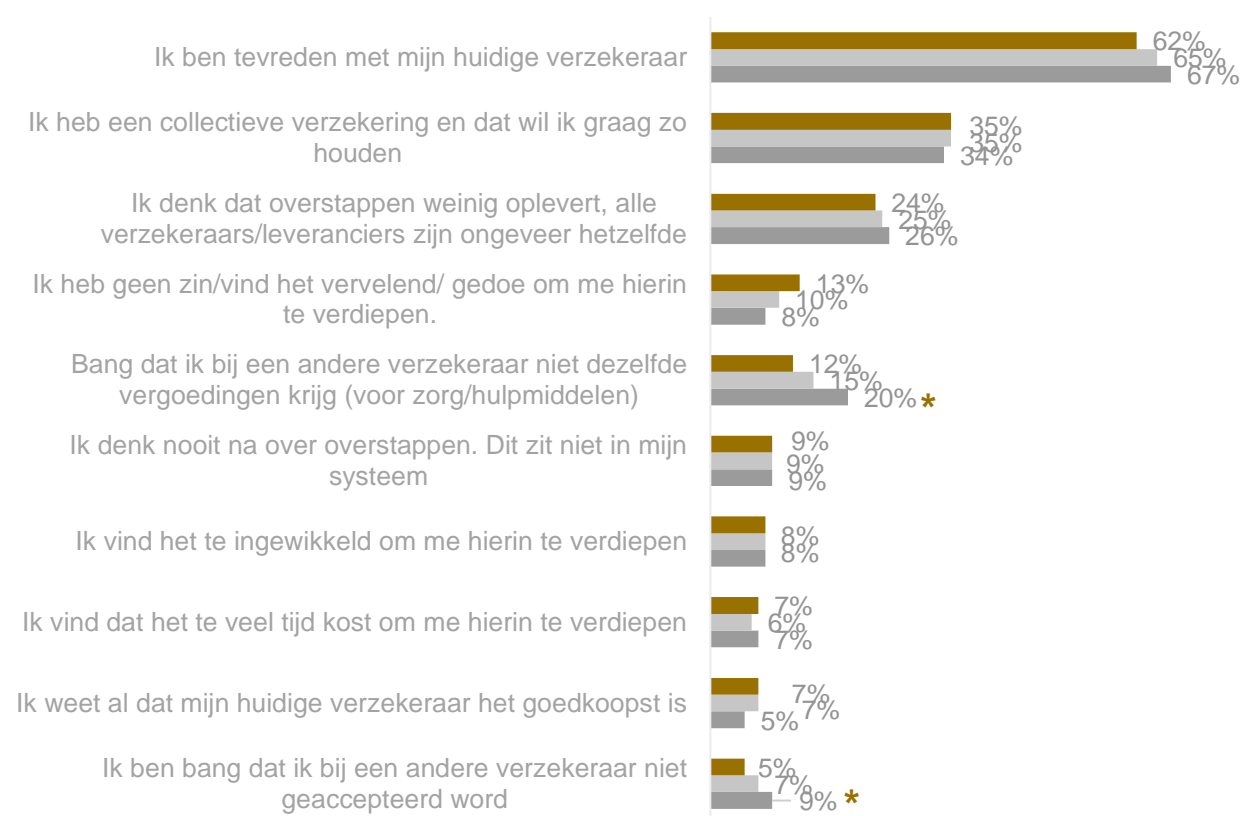
Voor verzekerden met één of meer chronische ziekten zijn de vrees niet dezelfde vergoedingen te krijgen of niet geaccepteerd te worden relatief vaak een reden om niet over te stappen, maar tevredenheid met de huidige situatie is ook voor hen het belangrijkste

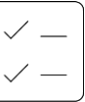
Bij verzekerden die dagelijks geneesmiddelen gebruiken zien we geen significante verschillen vergeleken met anderen

Niet overgestapt, wel overwogen



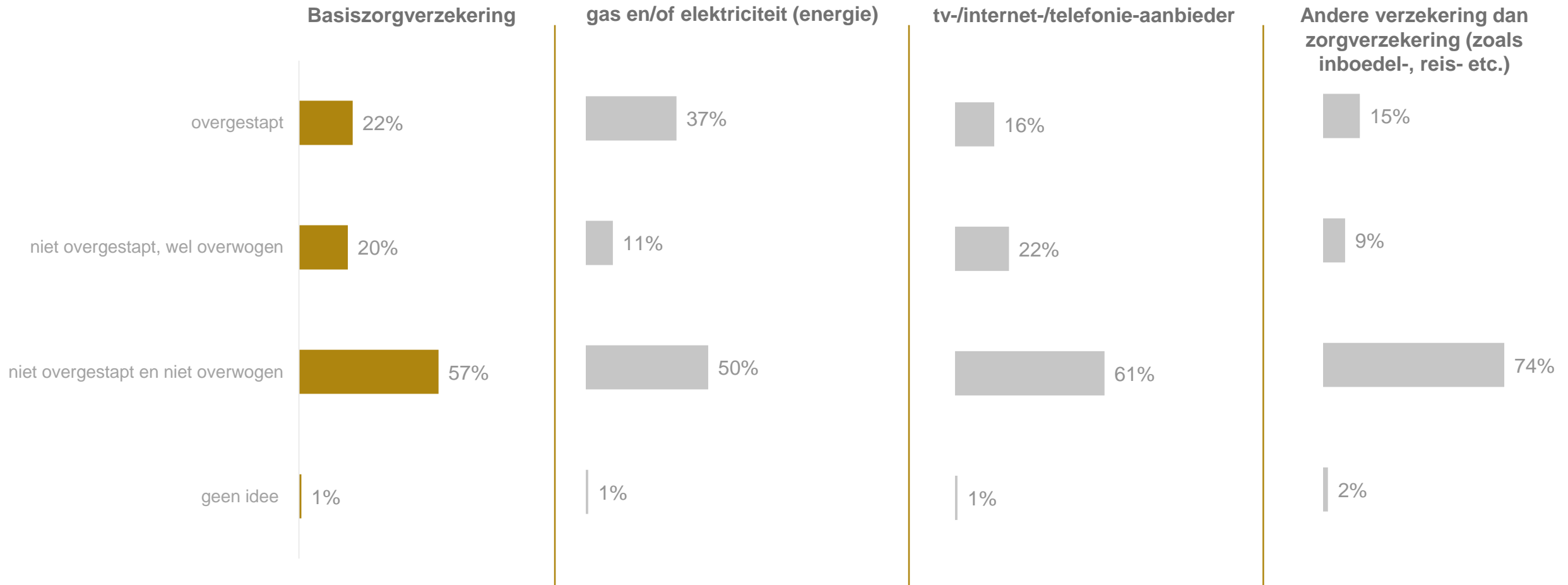
Niet overgestapt, ook niet overwogen





Mate van overstappen is bij energieleveranciers hoger, maar bij tv/internet/telefonie en andere verzekeringen vergelijkbaar met zorgverzekeringen

Van andere verzekeringen zoals inboedel- en reisverzekering stapt men minder vaak over dan van zorgverzekering

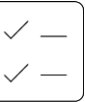


Bent u de afgelopen 3 jaar overgestapt van basiszorgverzekering? Mensen die hierover beslissen in hun huishouden, n=1.075

Bent u de afgelopen 3 jaar overgestapt van tv-/internet-/telefonie-aanbieder? Mensen die hierover beslissen in hun huishouden, n=1.018

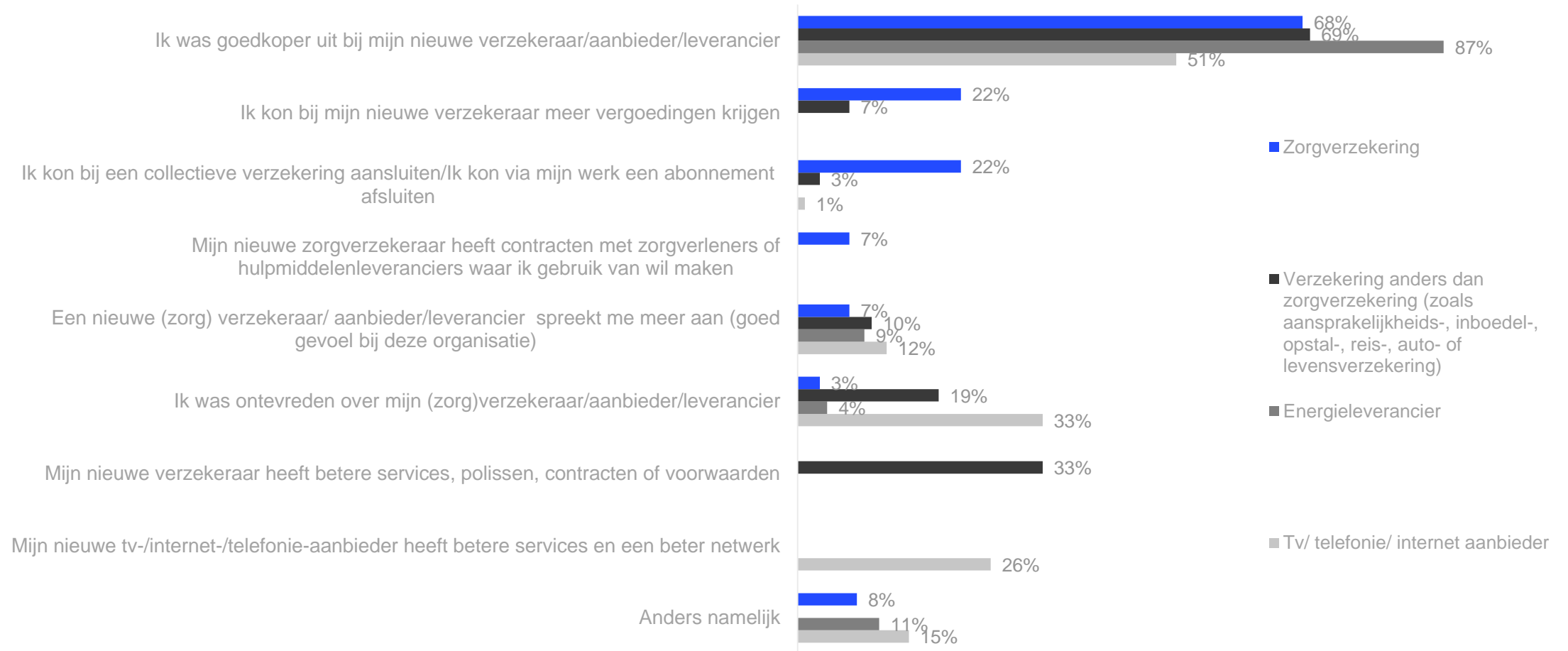
Bent u in de afgelopen 3 jaar overgestapt van energieleverancier (uw leverancier van gas en/of elektriciteit)? Mensen die hierover beslissen in hun huishouden, n=993

Bent u in de afgelopen 3 jaar overgestapt van een ander soort verzekering (zoals aansprakelijkheids-, inboedel-, opstal-, reis-, auto- of levensverzekering)? Mensen die hierover beslissen, n=1.017



Kostenbesparing is voor ieder type overstap de belangrijkste motivator

Bij zorgverzekeringen zijn de hoeveelheid vergoedingen en collectiviteit daarnaast opvallend vaak de reden; bij andere verzekeraars een verwachte verbetering in service, polis of voorwaarden. Bij tv/telefonie/internet speelt ontevredenheid het vaakst een rol en bij energie lijkt prijs bijna de enige reden

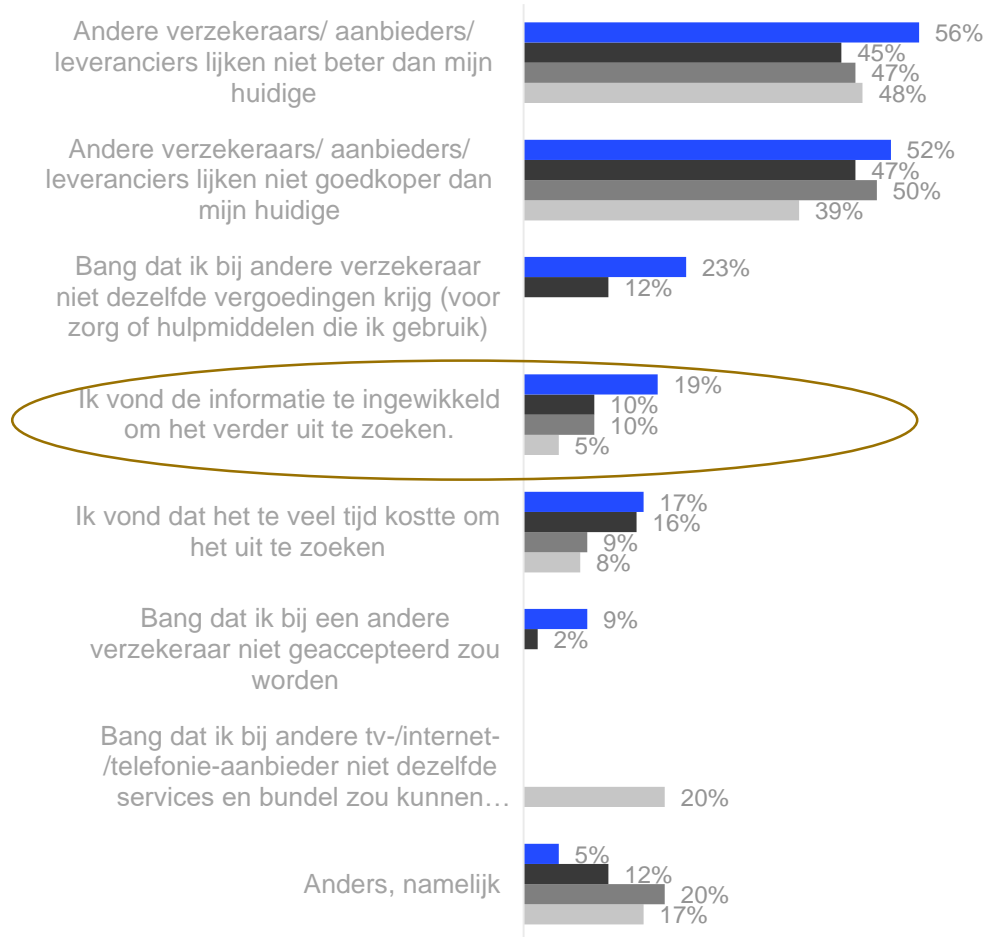


Alleen redenen die voor tenminste 1 groep door 6% of meer zijn genoemd, zijn in deze grafieken weergegeven, minder voorkomende redenen niet.

Redenen om niet over te stappen van zorgverzekering lijken op die bij het niet overstappen van iets anders; wel lijkt ingewikkelde informatie bij zorgverzekeringen vaker een drempel (evenals de angst niet geaccepteerd te worden of minder vergoedingen te krijgen)

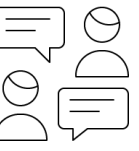


Niet overgestapt, wel overwogen



Niet overgestapt, ook niet overwogen



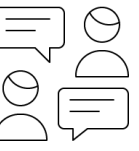


Geïnterviewden zijn bang om niet dezelfde (aanvullende) vergoedingen te krijgen

- Sommige geïnterviewden stappen niet over omdat ze bang zijn om niet dezelfde vergoedingen te krijgen bij een andere verzekeraar. Het gaat hier vooral om mensen met een wat **ernstigere zorgsituatie** (bijv. doofheid en diabetes) en om de **vergoedingen uit het aanvullend pakket**.
- Wat opvalt bij de angst om niet dezelfde vergoeding te krijgen is dat de geïnterviewden niet zeker weten of deze angst terecht is. Meestal hebben ze dat niet uitgezocht. Het is een vermoeden en een aanname. Deze geïnterviewden willen **het risico niet nemen**.
- Daarnaast denken verschillende geïnterviewden dat - als ze een zorgverzekering bij een nieuwe verzekeraar afsluiten - hen **gevraagd wordt naar hun gezondheidstoestand** of dat de verzekeraar dit al weet via een medisch dossier dat ze kunnen inzien. Deze informatie zal niet in hun voordeel werken, denken meerdere geïnterviewden. Vooral omdat ze zorgverzekeraars zien als commerciële partijen die aan de verzekerden moeten kunnen verdienen. Daarom verwacht men dat bepaalde aanvullende zaken niet vergoed zullen worden.
- Tot slot voelen de geïnterviewden geen **urgentie** om goed uit te zoeken hoe het precies zit met de vergoedingen en of hun vermoeden klopt. Daarvoor worden twee redenen genoemd: ofwel de zorggebruikers zijn tevreden met de huidige situatie, ofwel men verwacht weinig prijsverschil en/of ze vinden enig prijsverschil niet zo'n probleem (ze hebben voldoende financiële ruimte).

“Ik ben slechthorend en heb hoorapparaten. Als ik overstap zullen ze alles wat ik aan mijn oren heb uitsluiten. Qua vergoedingen ja. Het is maar net hoe zo'n dokter daarover moet oordelen. Ik ben te onzeker om dat te gaan veranderen.”

“Mijn man is diabeet. We hadden een apparaatje. Werd niet wetenschappelijk ondersteund dus we moesten het allemaal zelf betalen. Het is inmiddels wel op de markt, het apparaatje. Nu met een pomp. En nu wordt het allemaal vergoed. Dan denk ik: stel ik ga naar een ander en die vergoedt dat niet. Voor een jaar gaat dat wel, maar spreid dat uit over 5 jaar en het wordt een ander plaatje. Ik kies dan wel voor veiligheid.”



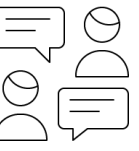
Geïnterviewden zijn bang om niet geaccepteerd te worden voor de aanvullende verzekering

- De geïnterviewden lijken goed te weten dat zorgverzekeraars mensen **niet kunnen weigeren voor de basisverzekering**. Voor de aanvullende verzekering ligt dat anders volgens de geïnterviewden. Zorgverzekeraars kunnen volgens meerdere geïnterviewden eisen stellen en mensen ook weigeren te verzekeren.
- Men denkt hierbij (onterecht) dat **zowel de huidige situatie als ziekte in het verleden** voor elk type zorgpakket een rol speelt. Ze lijken niet te weten dat dit op dit moment alleen speelt wanneer een verzekerde een zeer uitgebreid aanvullend pakket wil.
- **Opvallend:** na doorvragen bij de geïnterviewden blijkt dat sommigen bang zijn dat de nieuwe verzekeraar **hun zorgsituatie niet accepteert**, wat in hun ogen concreet betekent dat hun huidige zorg bij de nieuwe zorgverzekeraar niet vergoed zal worden. Hieruit leren we dat er enige overlap zit met de angst die we op de vorige pagina hebben behandeld.

“Ik ben bang dat een andere verzekering mij niet neemt vanwege mijn toestand zeg maar. Ik slik nu drie medicijnen (voor hoge bloeddruk, hoog cholesterol en voor het hart)... Dat ik dingen zelf moet betalen zeg maar. Ik heb mij er niet in verdiept. Ik vind de situatie prima.”

“Een algemeen principe is dat je een brandend huis niet kunt verzekeren.”

“Ik wilde een paar jaar geleden overstappen, contact gezocht. Toen moest ik een medische verklaring hebben. Moest naar mijn hartchirurg, die moet een verklaring afleggen. En dan naar de huisarts. Dan zeggen ze: je bent te duur. Daar ben ik niet aan begonnen.”



De verschillende zorgverzekeraars worden gezien als vergelijkbaar qua prijs en aanbod

- Meerdere geïnterviewden hebben het idee dat zorgverzekeraars erg op elkaar lijken qua aanbod en prijs, en ook service wordt soms genoemd. Dit komt volgens de geïnterviewden omdat er slechts **een paar grote spelers** zijn in Nederland waar de overige zorgverzekeraars onder vallen. Daarnaast houden de verschillende zorgverzekeraars elkaar goed in de gaten, volgens een aantal geïnterviewden, waardoor verschillen klein zijn.
- Sommigen maken een duidelijke **kosten- en batenafweging** (bijv. het uitzoeken kost veel tijd vs. er is weinig verschil tussen de zorgverzekeraars) en concluderen dat het de moeite niet loont om over te stappen. Andere geïnterviewden vertellen dat ze aan het einde van elk jaar *wel even een korte check doen* en dan tot de conclusie komen dat het ergens anders niet (veel) goedkoper is met de wensen die ze hebben (vooral aanvullend). Ze zoeken bevestiging dat ze goed zitten en krijgen die.
- Men is meestal ook **tevreden** (of in ieder geval niet ontevreden) en dan komt loyaliteit om de hoek kijken (en *gemakzucht* zoals meerdere geïnterviewden het noemen). Het ontbreekt aan een duidelijke urgentie om over te stappen. En als men kritisch is (bijv. gebrek aan behulpzaamheid van de klantenservice) dan is dat in de perceptie van zorggebruikers bij andere verzekeraars niet beter.

Men is tevreden over:

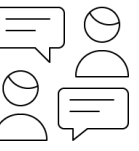
- overzicht en transparantie
- tijdig ontvangen van vergoeding
- klantenservice (*“Als ik een vraag heb, word ik goed geholpen.”*)

“Voor een paar euro's doe ik het niet (overstappen), maar als het om tientjes gaat..... Ligt aan de voorwaarden, wat de verzorging is. Wat het pakket inhoudt.”

“Zorgverzekeraars kijken ook heel erg naar elkaar, zien wat de anderen doen qua prijs. Dus dat zal niet veel verschillen.”

“Wij betalen nu 300 euro en 80 cent exact. Ik denk niet dat daar 25-30 afgaat als ik ergens anders naar toe ga.”

“Ben tevreden. Geen gezeur qua vergoedingen. Alles werd vergoed. Plus dat collectief. Dat je iets terug krijgt van je werkgever. Waarom zou ik overstappen? Ik vind dat altijd een heel gedoe om alles uit te pluizen.”



De informatie van de zorgverzekeraars is ingewikkeld én het kost veel tijd om tot een goede keuze te komen

- Er is een **groot aanbod** van zorgverzekeraars, die in de beleving van de geïnterviewden allemaal gebruik maken van andere terminologie en zorgpakketten onder verschillende namen aanbieden. Hierbij lijkt men met name informatie over aanvullende verzekeringen te bedoelen, maar in de beleving van geïnterviewden doe je een overstap voor basis en aanvullend tegelijk, dus behandelt men het als één pakket.
- Men is bekend met **vergelijkingsites** en gebruikt deze ook volop, maar deze zijn volgens de geïnterviewden vaak te oppervlakkig. Om een goede afweging te kunnen maken heeft men behoefte aan details (specifieke vergoedingen, aantallen behandelingen die vergoed worden) en bezoekt daarom naast de vergeljkingsites nog diverse websites van zorgverzekeraars, dit kost veel tijd.
- Geïnterviewden beoordelen zorgverzekeraars aan de hand van de zorg die ze gebruiken, maar soms ook voor zorg die ze in de toekomst mogelijk nodig hebben. Vooral voor degenen die meerdere typen zorg nodig hebben is het lastig om een goed overzicht te krijgen. Ze maken Exceloverzichten en noemen het “complete studies”. Men is er niet gerust op dat men goed voor ogen heeft wat wel en niet vergoed wordt bij de verschillende verzekeraars, terwijl men (het gevoel heeft dat men) wel weet wat men nu heeft. Niet overstappen geeft dus ook **rust & zekerheid**. Meerdere geïnterviewden staan om deze redenen positief ten aanzien van het krijgen van hulp van een persoonlijk adviseur, onder de voorwaarde dat deze geheel onafhankelijk is.
- **Deze perceptie van het informatieaanbod zorgt ervoor dat men voorafgaand aan het zoeken barrières ervaart, vaak gebaseerd op eerdere zoekervaringen.**

Informatie die men belangrijk vindt

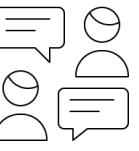
- Keuzevrijheid zorgverlener (ziekenhuis dichtbij huis)
- Huidige zorgverlener gecontracteerd
- Vergoedingen voor het type zorg waar ze nu gebruik van maken (bijvoorbeeld fysiotherapie)

“Het is appels en peren vergelijken. Dan zitten er weer bepaalde dingen niet bij. Dan moet je een rekensom doen. Zo moeilijk.”

“Het is een moeras. Alle condities zijn overal net weer wat anders. Je hoop dat je dan goed kiest. Zorgt voor gevoel van onzekerheid.”

“Het is een onmogelijke puzzel voor de gewone mens. En zelfs voor heel hoog opgeleide mensen is het lastig hoor.”

“Ik vond die pakketten heel moeilijk om te vergelijken. Mijn vergoedingen, het zijn er zoveel, dan moet je ze naast elkaar zetten. En je weet nooit wat er in de toekomst gebeurt. Dat je iets moet hebben, een medisch hulpmiddel of steunkousen. Moet je allemaal vergelijken.”



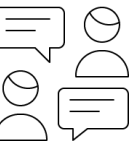
Een periode van zes weken om over te stappen is voldoende, maar de timing is ongunstig

Eén van de vragen de VWS had was in hoeverre de termijn (zes weken) en periode (vooral december) een rol spelen bij het minder overstappen.

- In principe vinden geïnterviewden dat er **voldoende tijd** is om zich te oriënteren op een andere zorgaanbieder en een keuze te maken. Dit blijkt ook de kwantitatieve meting, waar *het hebben van te weinig tijd (5%)* niet naar voren komt als een grote belemmering.
- Men benoemt echter wel dat december **een drukke maand** is met feestdagen en een drukke periode op het werk. Dit zorgt ervoor dat de zes weken (die doorgaans voldoende zouden moeten zijn) niet voldoende is om de tijd erin te stoppen die ze verwachten nodig te hebben om een afgewogen keuze te kunnen maken.
- Daarnaast is voor zorggebruikers **belangrijke informatie laat beschikbaar** (bijv. welke zorgverleners in 2020 gecontracteerd zijn) Dit geeft het gevoel dat er nog minder tijd is en de ervaring van een bepaalde druk. Met soms als gevolg dat men liever bij de zorgverzekeraar blijft (meestal is men hier wel tevreden over).

“Het is altijd zo’n drukke maand, er gebeurt van alles. De tijd gaat snel. Ik kom er dan gewoon niet aan toe..(..) En dan denk ik, nou ja misschien volgend jaar.”

“Op zich heb je genoeg tijd hoor, een maand is prima. Het is alleen een beetje gekke maand, zo aan het einde van het jaar. Logisch natuurlijk. Maar beetje onhandig.”



Overige zaken die ervoor zorgen dat geïnterviewden niet overstappen

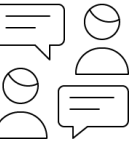
Tijdens de diepte-interviews zijn nog een aantal andere barrières aan bod gekomen.

- **Gedoe:** als eerste wordt met *gedoe* het vele uitzoekwerk (zoals op sheet 27 beschreven) bedoeld. Daarnaast noemt een enkele geïnterviewde ook de kans dat het misgaat bij het aan- en afmeldproces. Uit de omgeving 'weet' de geïnterviewde dat men op deze manier maanden dubbele premie kan betalen. Ook andere geïnterviewden denken dat het overstapproces niet zo makkelijk zal gaan als bijvoorbeeld bij energiemaatschappijen, waar meerderen ervaring mee hebben en wat ze als heel eenvoudig bestempelen. Bij een zorgverzekeraar ligt dit in hun beleving mogelijk anders.
- **Gewoontegedrag:** men geeft aan dat ze - in het algemeen - niet het type zijn om over te stappen. Dat ze er niet eens over nadenken. Hoewel sommigen van hen aangeven dat dit alleen geldt voor zorgverzekeraars (bij energiemaatschappijen stappen sommigen namelijk wel over). Wat hier meespeelt is de behoefte aan zekerheid (*"ik weet wat ik heb en voel me daar prettig bij"*).

"Het overstappen, Ik denk dat dat een hoop rompslomp is hoor."

"Ze zijn altijd goed voor me geweest. Zijn er als ik ze nodig heb. Dan mogen ze ook wel wat van mij terugverwachten. Ja dat ik blijf ja."

Bijlage



Bijlage 1: aandoeningen geïnterviewden

- Astma en allergieën
- Hoge bloeddruk
- Chronische ADHD
- Artrose
- Langzame schildklier
- Diabetes type 2
- Fibromyalgie (Weke delen reuma)
- COPD
- Slechthorendheid/doofheid
- Psychische klachten (burn-out)
- Beschadigde ruggenwervels, hersenletsel, chronische pijnpatiënt.
- Whiplash klachten
- Parkinson
- Melanoom
- Ziekte van Wegener
- Glaucoom
- Versleten ruggenwervels
- Hartproblemen